

**Aanbevelingen voor de maximale afbouw van en het
bewust omgaan met afzondering en fixatie
om kansen te bevorderen en escalatie te voorkomen
in de zorg voor personen met een handicap**

Sam Baert¹

Sara Nijs¹

Bea Maes¹

Ilse Noens¹

Tim Ophenhaffen²

Kathleen De Cuyper³

¹ Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek, KU Leuven

² Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven; Afdeling Privaat en Economisch Recht, VUB

³ LUCAS KU Leuven

Inhoud

Inleiding	5
Herbenoeming finaliteiten	6
1 Moeilijk onderscheid tussen finaliteiten	6
2 Samenvoeging finaliteiten	9
Aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie om kansen te bevorderen en escalatie te voorkomen bij personen met een handicap	11
1 Focus op structurele aspecten en zorg op maat	11
2 Six core strategies als basisinterventie	12
2.1 Leiderschap gericht op organisatieverandering	12
2.2 Data verzamelen en gebruiken om de praktijk te informeren	12
2.3 Personeelsontwikkeling	12
2.4 Gebruik van specifieke methoden ter preventie van afzondering en fixatie	12
2.5 De rol van cliënten en hun omgeving versterken	14
2.6 Organiseren van nabesprekingen	14
Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie om kansen te bevorderen en escalatie te voorkomen	15
0 Inleiding	15
0.1 Voorwaarden voor de toepassing van afzondering en fixatie	15
0.2 Verduidelijking van situaties met en zonder ernstig en acuut gevaar	15
0.3 Hoe aanbevelingen in de praktijk gebruiken	24
1 Toelaatbaarheid	25
2 Voorafgaande afspraken over het gebruik van de maatregel in het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan	25
3 Het opstarten van de maatregel	27
4 Uitvoeren van de maatregel	28
4.1 Wie voert de maatregel uit?	28
4.2 In welk lokaal vindt de afzondering plaats	28
4.3 Voer de maatregel respectvol en zo humaan mogelijk uit	28
4.4 Registratie van afzondering en fixatie toegepast als ongeplande maatregel om kansen te bevorderen en escalatie te voorkomen	29
4.5 Registratie van afzondering en fixatie toegepast als vooraf geplande maatregel om kansen te bevorderen en escalatie te voorkomen bij een voorspelbare en terugkerende situatie	30
4.6 Toezien, opvolgen en evalueren	30
5 Beslissen tot het beëindigen van de maatregel	30
6 Na het beëindigen van de maatregel	31

Aanbevelingen voor de praktische uitvoering van fysieke interventie ter bevordering van kansen én het voorkomen van escalatie in situaties waar ernstig gevaar nog af te wenden is (geen noodtoestand)	32
1. Indien er meerdere zorgverleners/begeleiders betrokken zijn	33
2. Indien één zorgverlener/begeleider de fysieke interventie uitvoert	33
3. Handelingen en technieken	33
4. Duurtijd van een fysieke interventie	34
Referenties	36

Inleiding

Op basis van voorgaand interdisciplinair wetenschappelijk onderzoek (onderzoek SWVG EF64) kwam naar voor dat afzondering en fixatie in de praktijk van de brede residentiële jeugdhulp worden toegepast voor verschillende finaliteiten: (1) om de veiligheid te herstellen bij acuut en ernstig gevaar, (2) om de veiligheid te behouden bij potentieel gevaar (om ernstig en acuut gevaar te voorkomen), (3) om ontwikkelings- en ontplooiingskansen te bevorderen, en (4) om te straffen. Terwijl er – in lijn met de wetenschappelijke literatuur en het mensenrechtelijke kader – consensus bestond over het verbod om afzondering of fixatie als straf te gebruiken en over het uitzonderlijke gebruik van afzondering en fixatie bij ernstig en acuut gevaar, bleken stakeholders uit verschillende zorgsectoren andere visies te hanteren over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie bij potentieel gevaar en om de ontwikkelings- en ontplooiingskansen van de cliënt te bevorderen. Het gebruik van afzondering en fixatie is in deze gevallen niet verboden volgens het mensenrechtelijke kader en de regelgeving in België, mits dat met toestemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger gebeurt. Uit het onderzoek bleek dat er, in tegenstelling tot in andere sectoren, alleen in de VAPH-sector over deze visie consensus bestond. Hulpverleners uit de praktijk gaven aan dat er bij sommige doelgroepen soms geen andere manieren mogelijk zijn om de ontwikkelingskansen van de cliënten te bevorderen of acuut en ernstig gevaar te voorkomen. Daarom werden er voorlopige aanbevelingen (Bijlage 7 & 8 bij het [rapport](#) over de ontwikkeling van de intersectorale richtlijn) geformuleerd voor de praktische toepassing van afzondering en fixatie bij potentieel gevaar en om kansen te bevorderen specifiek bij kinderen en jongeren met een verstandelijke handicap.

Aangezien afzondering en fixatie voor deze finaliteiten in de handicapsector niet altijd te vermijden zijn, is een nieuw onderzoek opgestart (onderzoek MJP_16). Het doel van deze studie is om best practices te verzamelen en generieke handvatten te ontwikkelen voor de handicapsector inzake afbouw van en bewust omgaan met afzondering en fixatie bij potentieel gevaar en ter bevordering van de ontwikkelings- en ontplooiingskansen door evidentie uit de literatuur en de praktijk te integreren. De literatuurstudie en de bevraging van de praktijk leidden tot enkele belangrijke bevindingen. Zo blijkt dat afzondering en fixatie altijd worden ingezet als reactie op challenging behaviour gesteld door de cliënt. Challenging behaviour is een verzamelterm voor elk gedrag dat negatieve gevolgen veroorzaakt bij zowel de persoon (met een beperking) als diens omgeving (Heyvaert et al., 2014), waarbij dit gedrag vaak onbewust gesteld wordt en/of het resultaat is van een interactie tussen de symptomen van het ziektebeeld en de omgeving die er niet in slaagt om te voorzien in de noden van de cliënt. Daarnaast blijken de best practices voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie uit de literatuur die deze studie terugvond, de wetenschappelijke aanbevelingen uit het onderzoek naar de intersectorale richtlijn over afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp niet tegenspreken. Aangezien dezelfde strategieën en methodes worden aanbevolen die vooral focussen op de individuele noden van de cliënt, bestaat evidentie dat deze best practices verbreed kunnen worden naar zowel kinderen, jongeren én volwassenen met een verstandelijke, motorische en/of sensorische handicap. Tenslotte blijkt dat de verschillende finaliteiten in de praktijk niet altijd duidelijk van elkaar te onderscheiden zijn. Daarom beslissenten de onderzoekers op basis van deze studie om de finaliteiten potentieel gevaar en het bevorderen van ontwikkelings- en ontplooiingskansen samen te voegen tot één finaliteit, namelijk: **afzondering en fixatie om kansen te bevorderen en escalatie te voorkomen.**

Herbenoeming finaliteiten

1 Moeilijk onderscheid tussen finaliteiten

Uit de literatuurupdate van deze studie bleek dat de voorlopige aanbevelingen uit het [rapport](#) over de ontwikkeling van de intersectorale richtlijn de adviezen van de wetenschappelijke literatuur over de veilige toepassing van afzondering en fixatie bij potentieel gevaar en om ontwikkelings- en ontplooiingskansen te bevorderen in de handicapsector niet tegenspreken. Hierdoor kunnen ze fungeren als een goede basis voor de best practices en generieke handvatten voor de bewuste omgang met afzondering en fixatie bij deze finaliteiten en werden ze ook gebruikt als rode draad tijdens de praktijkbezoeken. Uit deze praktijkbezoeken bleek dat de hulpverleners weinig inhoudelijke bedenkingen hadden bij de aanbevelingen zelf, maar dat de verschillende finaliteiten van afzondering en fixatie in de praktijk veel moeilijker van elkaar te onderscheiden zijn, wat bij hulpverleners verwarring veroorzaakt. Deze verwarring is het gevolg van een andere invulling van de criteria, dan bedoeld door de onderzoekers, voor elk van de finaliteiten.

Volgens het onderzoek van de intersectorale richtlijn worden de finaliteiten als volgt omschreven:

- Afzondering en fixatie bij **acuut en ernstig gevaar** worden gebruikt om de veiligheid te herstellen wanneer de fysieke en/of psychische integriteit van de cliënt of andere personen ernstig en acuut in gevaar is. Er is sprake van ernstig en acuut gevaar wanneer de **schade die zal optreden erg is** (ernstig) en **niet meer af te wenden is** (acuut).

Opmerking: In deze situatie is er sprake van een noodtoestand en kunnen afzondering en fixatie als laatste redmiddel onder dwang worden ingezet voor zover alternatieven voor de maatregel niet h(langer) volstaan.

- Afzondering en fixatie bij **potentieel gevaar** worden gebruikt voor de preventie van acuut en ernstig gevaar om zo de veiligheid te behouden voor de cliënt en andere personen. Van potentieel gevaar is volgens de richtlijn sprake wanneer het **ernstig gevaar dat zich zal voordoen nog af te wenden valt**.

Opmerking: In deze situatie is er dus nog geen sprake van een noodtoestand en kunnen afzondering en fixatie enkel met toestemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger worden toegepast.

- Afzondering en fixatie **ter bevordering van de ontwikkelings- en ontplooiingskansen** worden gebruikt om iets positief voor de cliënt te bekomen, ook op vlak van participatie buiten de voorziening.

Er zijn twee aspecten waarop de invulling gegeven door de hulpverleners niet overeenstemt met de invulling bedoeld door de onderzoekers. Het eerste gaat over het moeilijke onderscheid tussen de finaliteiten potentieel gevaar en acuut & ernstig gevaar. Bij situaties die hulpverleners beschrijven als potentieel gevaar, is de toestand vaak zo gevorderd dat de-escalatie technieken en alternatieven niet meer mogelijk zijn, waardoor ze verkiezen om afzondering en fixatie zonder de toestemming van de cliënt (desgevallend zijn vertegenwoordiger) toe te passen. Die vereiste toestemming in de door hen beschreven gevallen van potentieel gevaar is dus volgens hen geen haalbare voorwaarde. Volgens de definitie van de intersectorale richtlijn zijn deze situaties die de hulpverleners beschrijven echter *geen* voorbeelden van potentieel gevaar. Hulpverleners geven aan dat de-escalatie niet meer mogelijk is en alternatieve methodes ook niet meer werkzaam blijken. In deze voorbeelden is er dus sprake van een noodtoestand en beschrijven ze eigenlijk casussen die zich over de – soms - dunne scheidingslijn met acuut en ernstig gevaar bevinden

en dus reeds acuut en ernstig gevaarlijk zijn. Het belangrijkste onderscheid tussen 'ernstig en acuut gevaar' en 'potentieel gevaar' bevindt zich in het feit dat het ernstige gevaar al dan niet *nog af te wenden is*, en of er dus al dan niet sprake is van een noodtoestand.

De bevroegde hulpverleners interpreteren situaties van afzondering en fixatie bij potentieel dus anders dan bedoeld door de intersectorale richtlijn. De term potentieel gevaar betekent voor de hulpverleners: ernstig gevaar dat niet meer af te wenden valt en waar alleen afzondering of fixatie kan worden ingezet om de veiligheid te herstellen. Onder de term potentieel gevaar verstaan zij dus eigenlijk situaties van afzondering en fixatie bij acuut en ernstig gevaar, zoals bedoeld door de intersectorale richtlijn.

Doordat de hulpverleners deze interpretatie geven aan potentieel gevaar - die anders is dan bedoeld door de onderzoekers in de intersectorale richtlijn – beïnvloedt dit ook wat ze omschrijven als afzondering en fixatie ter bevordering van de ontwikkelings- en ontplooiingskansen. Dit is het tweede aspect waarop de invulling gegeven door de hulpverleners niet overeenstemt met de invulling bedoeld door de onderzoekers. Situaties die hulpverleners tijdens de interviews benoemen als het toepassen van afzondering en fixatie om de ontwikkelings- en ontplooiingskansen te bevorderen, illustreren het gebruik van deze maatregelen om bepaald gedrag van de cliënt, dat zijn kansen in de weg staat, te doen afnemen. Volgens de hulpverleners kan het gedrag van de cliënt zijn normale functioneren belemmeren, maar kan het ook door accumulatie van verschillende stressoren mogelijk leiden tot escalatie naar een acute en gevaarlijke situatie als er geen enkele vorm van ondersteuning voor wordt geboden. Dit illustreert dat de situaties van afzondering en fixatie ter bevordering van de ontwikkelings- en ontplooiingskansen die hulpverleners tijdens de praktijkbezoeken hebben gegeven, eigenlijk ook onder de finaliteit potentieel gevaar vallen zoals gedefinieerd door de intersectorale richtlijn.

Volgende voorbeelden verduidelijken dit:

Voorbeeld 1

Een kind met een verstandelijke beperking valt andere kinderen lastig door hen lichtjes te slaan wanneer ze overprikkeld raakt. Binnenkort gaat de leefgroep op uitstap maar de begeleiding twijfelt of het een goed idee is om het kind mee te nemen.

- In deze situatie vertoont een kind challenging behaviour, namelijk het slaan van andere kinderen doordat ze overprikkeld raakt. Dit gedrag heeft gevolgen voor de kansen van het kind want het belemmert mogelijk de sociale ontwikkelingskansen. Daarnaast vreest de begeleiding ook dat het lichtjes slaan van andere kinderen uiteindelijk zou kunnen escaleren tot agressie en een gevaarlijke situatie.

Interventie

De begeleiding overweegt de polsen van het kind te fixeren zodat zij toch mee kan op uitstap naar de stad waar er veel prikkels zijn. Ze gaan hierover in gesprek met de vertegenwoordiger van het kind en die geeft toestemming voor het gebruik van deze maatregel.

Voorbeeld 2

Een cliënt kan 's nachts heel moeilijk slapen omdat hij niet in zijn bed blijft liggen en gaat rondwalen in de voorziening.

- In deze situatie vertoont de cliënt challenging behaviour, namelijk het verlaten van zijn kamer 's nachts. Dit gedrag staat mogelijk de ontwikkelingskansen van de cliënt in de weg omdat hij niet slaapt en de dag erna moe is. Daarnaast zou de cliënt tijdens het rondwalen de kamers kunnen binnengaan van andere bewoners, wat eventueel tot een gevaarlijke situatie zou kunnen leiden.

Interventie

De begeleiding overweegt om de cliënt in een tentbed te laten slapen waar hij niet zelfstandig uit kan. Zo heeft de cliënt ruimte om in zijn bed te bewegen, maar kan hij zijn kamer niet verlaten. Ze gaan hierover in gesprek met de vertegenwoordiger van de cliënt en die geeft toestemming voor het gebruik van deze maatregel.

Bij **Voorbeeld 1** past de begeleiding fixatie toe zodat dat het kind toch de kans krijgt om mee op uitstap te gaan waardoor haar ontwikkelingskansen toenemen. Tegelijkertijd doet de begeleiding dit ook (in mindere mate) omdat het lichtjes slaan van andere kinderen na een tijd zou kunnen leiden tot agressie en dus een acute gevaarlijke situatie. Bij **Voorbeeld 2** gaat de begeleiding een tentbed gebruiken om te voorkomen dat de cliënt naar de andere kamers gaat. Daarnaast doet de begeleiding dit ook (in mindere mate) zodat de cliënt beter zal slapen en de volgende dag actiever zal zijn wat bevorderend is voor zijn ontwikkelingskansen. Dit toont aan dat de finaliteiten potentieel gevaar en de bevordering van ontwikkelings- en ontplooiingskansen eigenlijk niet van elkaar te onderscheiden zijn, waarvoor ook al evidentie werd gevonden in het onderzoek van de intersectorale richtlijn en de recente literatuur. In bepaalde situaties waar een cliënt met een handicap challenging behaviour stelt – en indien alternatieven niet blijken te werken - zijn afzondering en fixatie in principe dus toelaatbaar zowel om acuut en ernstig gevaar te voorkomen (= potentieel gevaar) als om de ontwikkelings- en ontplooiingskansen te bevorderen die door dit gedrag belemmerd worden. Beide liggen op een **continuüm** waarbij de **focus** op de ene finaliteit dan wel op de andere te maken heeft met de **bril waarmee hulpverleners naar een situatie kijken**: willen hulpverleners met afzondering en fixatie vooral de mate van kansen bevorderen of vooral escalatie naar acuut en ernstig gevaar voorkomen?

Deze evidentie leidde dus tot een samenvoeging van de finaliteiten afzondering en fixatie ter bevordering van de ontwikkelings- en ontplooiingskansen en bij potentieel gevaar tot één finaliteit. Deze samenvoeging benadrukt dat beide finaliteiten eigenlijk een continuüm vormen. Aangezien de term potentieel gevaar bij de bevroegde hulpverleners verwarring veroorzaakte, werd hij bij de samenvoeging van beide finaliteiten vervangen door de term '*voorkomen van escalatie*', waar de term potentieel gevaar volgens de intersectorale richtlijn eigenlijk voor staat. Deze herbenoeming zou het voor de praktijk duidelijker moeten maken dat bij deze finaliteit ernstig gevaar nog af te wenden valt en er dus wel degelijk een verschil is met de finaliteit ernstig en acuut gevaar (waar dit ernstig gevaar dus niet meer af te wenden valt).

Deze samenvoeging en herbenoeming worden nog eens verduidelijkt met bovenstaande voorbeelden:

Voorbeeld 1

→ Het doel van de begeleiding is om ervoor te zorgen dat het kind de kans krijgt om mee op uitstap te gaan (= bevorderen van de ontwikkelingskansen). Langs de andere kant doet de begeleiding dit ook omdat het lichtjes slaan van andere kinderen uiteindelijk na een lange tijd misschien zou kunnen leiden tot agressie en een gevaarlijke situatie (= voorkomen van escalatie).



De focus in dit voorbeeld ligt dus vooral op het bevorderen van de kansen van de cliënt en in mindere mate het voorkomen van escalatie naar acuut en ernstig gevaar.

Voorbeeld 2

→ De cliënt zal hierdoor beter slapen (= bevordering van de ontwikkelingskansen) maar het doel is vooral voorkomen dat de cliënt naar de andere kamers gaat (= voorkomen van escalatie)



De focus in dit voorbeeld ligt vooral op het voorkomen van escalatie naar acuut en ernstig gevaar en in mindere mate het bevorderen van de kansen van de cliënt.

***Opmerking:** In beide situaties valt het mogelijke gevaar nog af te wenden en is er dus geen sprake van een noodtoestand, waardoor het gebruik van deze maatregelen enkel kan met toestemming van de cliënt (desgevallend zijn vertegenwoordiger).*

De samenvoeging en herbenoeming van de finaliteiten resulteert dus in één vernieuwde finaliteit: **afzondering en fixatie om kansen te bevorderen en escalatie te voorkomen**. Deze samenvoeging en herbenoeming zal op zijn beurt hopelijk leiden tot minder verwarring bij de hulpverleners en een betere implementatie van de aanbevelingen in de praktijk.

2 Samenvoeging finaliteiten

Bovenstaande voorbeelden illustreren dat afzondering en fixatie ter bevordering van de ontwikkelingskansen zowel gericht is op het bevorderen van de kansen als op het voorkomen van escalatie. De voornaamste focus waarop afzondering en fixatie zich bij deze finaliteiten richten, is dus afhankelijk van de situatie en de bril waarmee hulpverleners naar die situatie kijken. Tussen de finaliteiten potentieel gevaar en het bevorderen van de ontwikkelings- en ontplooiingskansen bestaat geen harde lijn. Voor deze bevinding was er indicatie in zowel het vorige onderzoek als in de literatuurupdate van deze studie. Het wordt bovendien door de praktijk bevestigd. Beide finaliteiten vormen eerder één continuüm waarbij de focus afhankelijk van de situatie meer op het ene dan wel op het andere ligt.

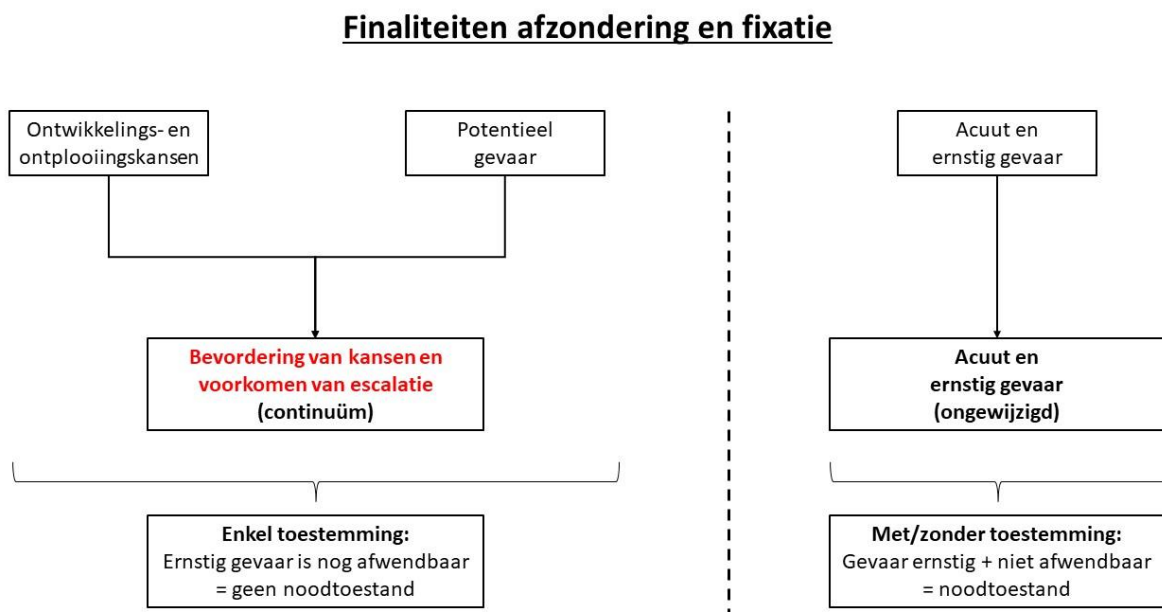
Om deze reden is het aangewezen om de finaliteiten afzondering en fixatie ter bevordering van de ontwikkelings- en ontplooiingskansen en bij potentieel gevaar uit het eerdere onderzoek te laten samensmelten tot één finaliteit: **afzondering en fixatie om kansen te bevorderen en escalatie te voorkomen**. Een belangrijk aspect bij deze finaliteit is dat de toepassing ervan enkel toegelaten is met toestemming van de cliënt (desgevallend zijn vertegenwoordiger). Bij de situaties waar deze finaliteit betrekking op heeft, is ernstig gevaar nog af te wenden en doet er zich dus geen noodtoestand voor.

Het samenvoegen van beide finaliteiten maakt enerzijds duidelijk dat het bevorderen van kansen en het voorkomen van escalatie op een continuüm liggen. Anderzijds leidt het tot een duidelijker onderscheid van situaties die wel ernstig en acuut gevaarlijk zijn en situaties waar dit (nog) niet het geval is. De doelstelling

is dat deze aanpassing zal leiden tot minder verwarring bij de hulpverleners en een betere implementatie van de aanbevelingen in de praktijk.

Figuur 1 vat visueel samen hoe het nieuwe onderscheid tussen de finaliteiten op basis van de oorspronkelijke finaliteiten (uit de intersectorale richtlijn) tot stand is gekomen en hoe de finaliteiten zich verhouden ten opzichte van elkaar. Op dit moment is deze nieuwe indeling van de finaliteiten van toepassing voor personen met een handicap. Of deze indeling zal kunnen doorgetrokken worden naar de andere doelgroepen van de (semi)residentiële zorg- en welzijnssectoren zal uitgezocht worden in vervolgonderzoek (MJP_22).

Figuur 1 Herbenoeming en indeling van de finaliteiten voor afzondering en fixatie



Aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie om kansen te bevorderen en escalatie te voorkomen bij personen met een handicap

1 Focus op structurele aspecten en zorg op maat

Volgens verschillende studies en de hulpverleners uit de bezochte voorzieningen voor personen met een handicap dragen vooral het creëren van een zorg op maat en het inzetten op organisatorische/structurele aspecten zoals de visie van de voorziening, de attitude van het personeel en de fysieke leefruimte bij tot de preventie van afzondering en fixatie (Allikmets et al., 2020; Björne et al., 2022; Clark et al., 2020; Duffy & Kelly, 2020; Hammervold et al., 2022; Sparby et al., 2020). De six core strategies en de positive behaviour support (PBS) methode richten zich op deze aspecten en zijn in de zorg voor personen met een handicap effectief in het voorkomen van afzondering en fixatie omdat zij succesvol inspelen op het challenging behaviour van de cliënt (Klaver et al., 2020; Richardson et al., 2020). Daarnaast reikt de wetenschappelijke literatuur gericht op andere doelgroepen dan personen met een handicap nog andere effectieve methodes of strategieën aan die bijdragen tot een vermindering in het gebruik van afzondering en fixatie. De effectiviteit van deze methodes werd niet specifiek bij personen met een handicap getest maar richtte zich ook op één of meerdere van deze aspecten (Perers et al., 2022). Voor meer informatie hierover verwijzen we naar de rapporten van de multidisciplinaire richtlijn voor de residentiële volwassenen GGZ (Peeters et al., 2019) en de intersectorale richtlijn voor de brede residentiële jeugdhulp (Beeckmans et al., 2021).

De six core strategies is een interventiemethode die bestaat uit 6 kernstrategieën die het gebruik van afzondering en fixatie doen afnemen door zich vooral te focussen op structurele factoren van de voorziening (Azeem et al., 2011). De positive behaviour support methode stelt positieve interacties binnen het ontwikkelingsproces centraal omdat uitsluitend reageren op ongewenst gedrag zonder gewenst gedrag positief te bekrachtigen, belemmerend is voor de ontwikkeling. Deze methode tracht te begrijpen waarom, hoe en met welk doel bepaald gedrag gesteld wordt. In de eerste plaats hanteert het dus een cliëntgerichte benadering maar sommige interventies zijn net zoals bij de six core strategies ook gericht op de structurele aspecten van de voorziening (Allen et al., 2005; Clark et al., 2020). Doordat de six core strategies deze structurele factoren aangrijpt, zal dat op zich al bijdragen tot een daling in het gebruik van afzondering en fixatie. Tegelijkertijd ontstaat hierdoor ruimte voor cliëntgerichte zorg, waar dus vooral de PBS-methode op focust. Ook andere preventiemethoden kunnen bijdragen tot een daling in het gebruik van de maatregelen. Dit zijn de Trauma-informed care, Collaborative Problem Solving (CPS) & Child and Family Centered Care (CFCC), sensory of comfortrooms en het inzetten van milieu nurses (hulpverleners die instaan voor het leefklimaat) (Perers et al., 2022). De aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie bij personen met een handicap om kansen te bevorderen en escalatie te voorkomen bestaan dan ook uit de six core strategies als basis aangevuld met PBS--interventies en de hierboven genoemde andere specifieke preventieve methoden (Beeckmans et al., 2021; Perers et al., 2022). Deze aanbevelingen zijn specifiek opgemaakt voor de zorg van personen met een handicap maar overlappen grotendeels met de aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie uit de intersectorale richtlijn en vullen deze ook aan.

2 Six core strategies als basisinterventie

2.1 Leiderschap gericht op organisatieverandering

Het beleid van een voorziening staat in voor het formuleren van de missie, doelen en de algemene visie binnen de voorziening en moet de realisatie ervan in de praktijk bewaken (Allikmets et al., 2020; Azeem et al., 2011; Björne et al., 2022; Clark et al., 2020; Duffy & Kelly, 2020). Om binnen een voorziening een zorgklimaat te creëren dat gericht is op vermindering van afzondering en fixatie, is het noodzakelijk dat deze visie door de beleidsmedewerkers wordt uitgedragen. Het implementeren van specifieke interventiemethodes zoals de PBS of andere inspanningen om deze maatregelen maximaal te vermijden is alleen mogelijk wanneer het beleid hierop gericht is (Clark et al., 2020; Wilson et al., 2022).

2.2 Data verzamelen en gebruiken om de praktijk te informeren

Het verzamelen en analyseren van alle relevante data over de factoren die de toepassing van afzondering en fixatie in stand houden, is essentieel om het gebruik van deze maatregelen binnen een voorziening te kunnen afbouwen (Azeem et al., 2011). Het registreren van elke afzonderings- en fixatiemaatregel is in de praktijk verplicht. Het registreren van extra informatie zoals de aanleiding, het type maatregel, de duur, enz. kan hier ook toe bijdragen. Kijk met een kritische blik naar de dagelijkse zorghandelingen en het gebruik van afzonderings- en fixatiemaatregelen. Analyseer deze factoren, durf structurele afzonderings- en fixatiemaatregelen in vraag te stellen en evalueer wat er gebeurt als die maatregel niet gesteld wordt. Dit kan bijdragen tot de afbouw van sommige maatregelen.

2.3 Personeelsontwikkeling

Naast leiderschap dat gericht is op alternatieven voor afzondering en fixatie is gelijkgezind en bekwaam personeel essentieel om die preventieve gedachtegang te implementeren in het zorgproces van de cliënten. Het hanteren van alternatieve strategieën en methodes is alleen mogelijk wanneer hulpverleners over voldoende vaardigheden beschikken en overtuigd zijn van de achterliggende ideeën. Het organiseren van trainingen, workshops, vormingen, supervisies en evaluaties over die visie en specifieke interventiemethodes draagt hiertoe bij (Azeem et al., 2011).

2.4 Gebruik van specifieke methoden ter preventie van afzondering en fixatie

2.4.1 Focus op emotionele en situationele triggers

Een preventief beleid met bekwame personeelsleden die dezelfde visie implementeren in het dagelijks handelen, vormt een belangrijke basis voor de reductie van afzondering en fixatie. Om het gebruik van afzondering en fixatie echter tot een absoluut minimum te beperken, zijn specifieke aanvullende preventiemethoden noodzakelijk. Vooral het herkennen van zowel emotionele als situationele risicofactoren en triggers speelt een belangrijke rol in de afbouw van afzondering en fixatie. De meeste specifieke preventiemethoden zijn hier dan ook op gericht. Volgens de six core strategies en de PBS-methode vervullen (be)handeling/begeleidings- en signaleringsplannen een belangrijke functie om zowel de situationele als emotionele triggers van cliënten in kaart te brengen en hulpverleners te informeren over de meest geschikte interventie wanneer deze triggers zich voordoen (Azeem et al., 2011; Clark et al., 2020). Het succesvol gebruik ervan is reeds wijd verspreid in de organisaties voor personen met een handicap.

2.4.2 Trauma informed care voor emotionele triggers

Volgens de six core strategies is aandacht hebben voor traumatische gebeurtenissen binnen het hulpverleningsproces van de cliënt essentieel om challenging behaviour dat kan leiden tot afzondering en fixatie te begrijpen en er gepaste ondersteuning voor te bieden. Trauma-informed care of traumasensitieve zorg is een niet handicap specifieke interventietechniek die hierbij kan helpen. Het heeft als doel de connectie tussen de huidige symptoomexpressie en de traumageschiedenis van de cliënt in kaart te brengen. Hulpverleners moeten deze connectie erkennen, begrijpen en hun zorghandelingen hierop afstemmen, zodat herstel kan optreden en het gebruik van afzondering en fixatie niet meer nodig is (Perers et al., 2022).

2.4.3 Wijzigingen in leefklimaat of fysieke ruimte voor situationele triggers

Volgens de PBS-methode worden veel situationele triggers veroorzaakt door de manier waarop de zorg voor personen met een handicap wordt georganiseerd. Een aanpassing van de activiteiten, handelingsmethoden, rolverdeling en organisatie van de zorg kunnen hierbij helpen. Meer individuele zorg met een aangepast aanbod voor elke cliënt, kleinere leefgroepen en individuele begeleiders die specifieke taken per cliënt op zich nemen dragen bij tot een reductie van overprikkeling en resulteren in een afname van afzondering en fixatie (Allen et al., 2005; Perers et al., 2022). Dit vergt opnieuw een kritische kijk op de eigen zorg en ook niet elke voorziening beschikt over dezelfde middelen om de organisatie van de zorg drastisch te kunnen wijzigen. Aanpassingen doorvoeren aan de fysieke ruimte kan echter ook helpen om situationele triggers te vermijden. De literatuur hamert op het belang van sensory of comfortrooms (snoezelruimtes). Dit zijn veilige open of gesloten ruimtes waar cliënten zelfstandig naar toe mogen en tot rust kunnen komen. Cliënten kunnen ook zelf beslissen om die ruimtes te verlaten. Ze verhinderen dat cliënten geconfronteerd worden met situationele triggers of laten toe dat zij zichzelf uit een situatie met zulke triggers kunnen onttrekken (Azeem et al., 2011; Perers et al., 2022; Wilson et al., 2022). Het creëren van die veilige ruimtes lijkt op het eerste zicht veel middelen te vereisen, niet alle voorzieningen beschikken over dezelfde middelen. De hulpverleners uit de bezochte voorzieningen laten echter zien dat kleine creatieve - niet middelen intensieve - wijzigingen ook een grote invloed kunnen hebben op de preventie van afzondering en fixatie.

Enkele voorbeelden uit de praktijk:

Creatieve time-out ruimtes

Leegstaande opberglokaaltjes worden omgevormd tot persoonlijke ruimtes met allerlei persoonlijke spullen die cliënten helpen tot rust komen. Deze ruimtes bevinden zich dicht bij het leslokaal of de leefgroep en de cliënt mag zelf aangeven dat hij nood heeft om er naartoe te gaan. De cliënt kan deze ruimte zelf verlaten en het lokaal wordt niet gebruikt als afzonderingsruimte.

Aparte hoekjes in de leefgroep

In de leefgroep worden voor sommige cliënten aparte hoekjes ingericht volgens de noden van de cliënt om te ontspannen of rustig te kunnen werken. Deze bestaan net zoals de creatieve time-out ruimtes uit materialen en hulpmiddelen die de concentratie van de cliënt verbeteren of hem doen helpen tot rust komen. Deze aparte hoekjes kunnen ook ingericht worden in bij-lokaaltjes van de leefgroep/klas zodat cliënten die daar nood aan hebben, nog meer rust kunnen vinden. Deze hoekjes kunnen zich tenslotte ook in de tuin of op het domein van de voorziening bevinden. Cliënten kunnen zich daar dan samen met een begeleider terugtrekken om te spelen of tot rust te komen als zij daar nood aan hebben.

Tussenstop

De Tussenstop is een uniek concept uit één van de bezochte voorzieningen. De Tussenstop is een apart lokaal waar cliënten zelfstandig naartoe kunnen als ze overprikkeld zijn in de klas of leefgroep. In dit lokaal is permanent een begeleider aanwezig. Cliënten kunnen kiezen om er via een koptelefoon muziek te luisteren, een spelletje te spelen, creatief bezig te zijn, gewoon tot rust te komen of om de situatie uit de klas/leegroep te verwerken door in gesprek te gaan met de aanwezige begeleider. De begeleiders werken met een beurtrol zodat niet altijd dezelfde persoon continu aanwezig moet zijn en iedere begeleider maar een paar uur per week in de Tussenstop aanwezig moet zijn. Wanneer er geen cliënten naar de Tussenstop komen, kunnen de begeleiders zich bezighouden met hun administratieve of andere taken.

2.5 De rol van cliënten en hun omgeving versterken

Specifieke preventiemethoden kunnen enkel effectief zijn als ze volledig zijn afgesteld op de kenmerken en noden van de cliënt. Om alle unieke persoonsaspecten in kaart te brengen moet er naast de cliënt zelf intensief worden samengewerkt met familie of andere belangrijke personen uit de context van de cliënt (Azeem et al., 2011; Richardson et al., 2020). Door een hulpverleningstraject op maat uit te werken, leren hulpverleners begrijpen wat er aan de basis ligt van het challenging behaviour van de cliënt en kunnen ze specifieke interventies aangepast aan de noden van de cliënt toepassen zodat gedragsverandering kan ontstaan (Clark et al., 2020; Wilson et al., 2022). Collaborative Problem Solving (CPS) en Child and family Centered Care (CFCC) zijn interventietechnieken die dit vergemakkelijken doordat zij cliënten en hun netwerk als volwaardige partners in het zorgproces betrekken. Zo kan er een traject op maat van de cliënt worden uitgewerkt waardoor het gebruik van afzondering en fixatie zal afnemen (Perers et al., 2022).

2.6 Organiseren van nabesprekingen

Het verzamelen van alle relevante gegevens met betrekking tot afzondering en fixatie is noodzakelijk om deze maatregelen maximaal te vermijden. Ook het organiseren van nabespreking wanneer een afzonderings- of fixatiemaatregel wordt toegepast, levert essentiële informatie over de aanleiding tot de interventie en hoe het toepassen van de maatregel in de toekomst kan worden vermeden. Cliënten moeten zich gehoord en gesteund voelen tijdens deze bespreking omdat dit voor hen ook gezien wordt als een hulpmiddel om het voorval te verwerken (Azeem et al., 2011; Hammervold et al., 2022). Nabesprekingen worden al veelvuldig gebruikt in de praktijk en blijken effectief te zijn voor de reductie van afzondering en fixatie.

Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie om kansen te bevorderen en escalatie te voorkomen

0 Inleiding

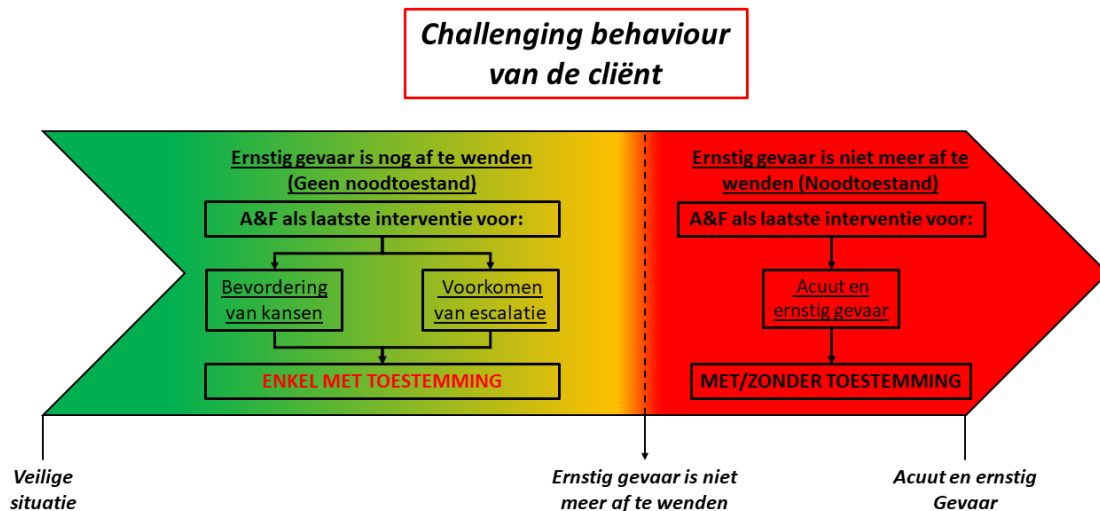
0.1 Voorwaarden voor de toepassing van afzondering en fixatie

Dit onderzoek pleit voor de preventie van afzondering en fixatie om kansen te bevorderen en escalatie te voorkomen, maar is zich er ook van bewust dat het in de handicapsector niet altijd mogelijk is om afzondering en fixatie met deze finaliteit te vermijden (over de andere sectoren van zorg en welzijn doet dit onderzoek geen uitspraak). Dit onderzoek keurt het gebruik van afzondering en fixatie in deze situaties dan ook niet af als de toepassing aan verschillende voorwaarden voldoet. Zo kunnen deze maatregelen enkel worden toegepast voor zover alle andere minder ingrijpende alternatieven het niet mogelijk maken om de kansen van de cliënt te bevorderen of escalatie te voorkomen én voor zover de wilsbekwame cliënt of de vertegenwoordiger van de wilsonbekwame cliënt daar toestemming voor geeft. De reden dat er toestemming nodig is volgt uit het autonomiebeginsel en de bescherming van de fysieke integriteit. Het gebruik van dwang is niet toegestaan tenzij er zich een noodtoestand voordoet. Zo'n noodtoestand doet zich niet voor wanneer afzondering en fixatie worden toegepast om kansen te bevorderen en escalatie te voorkomen (Beeckmans et al., 2021).

0.2 Verduidelijking van situaties met en zonder ernstig en acuut gevaar

Om dit verschil voor de praktijk helder te krijgen, werd Figuur 2 gecreëerd. Het is een visuele weergave van hoe de finaliteiten zich verhouden tegenover elkaar in een situatie waar challenging behaviour van de cliënt met een handicap evolueert en aan welke voorwaarden zij zijn gebonden. De scheidingslijn tussen de finaliteiten bevindt zich dus op het moment dat ernstig gevaar niet meer is af te wenden. Het is belangrijk om in het achterhoofd te houden dat deze scheiding deels subjectief is, grijze zones bevat en mede bepaald wordt door het beleid en de afspraken over preventie van gevaar in de voorziening. Door het subjectieve karakter van dit onderscheid, is het essentieel dat voorzieningen hulpverleners aan de hand van trainingen ondersteunen en handvatten aanreiken om dit onderscheid objectiever te maken.

Figuur 2 Onderscheid finaliteiten bij evolutie van challenging behaviour



Groene gedeelte

Helemaal links in het schema (groene gedeelte) is de situatie veilig. Het gedrag van de cliënt kan een invloed hebben op zijn eigen functioneren, op dat van anderen en/of op de werking van de leefgroep, maar challenging behavior kan worden ingeperkt via de afgesproken aanpak in het (be)handelings- of signaleringsplan van de cliënt, zonder dat een afzondering of fixatie nodig is. Het is mogelijk dat in dit gedeelte van het schema toch een afgesproken afzonderings- of fixatiemaatregel uit het (be)handelings- of signaleringsplan van de cliënt worden toegepast. De situatie is 'veilig' dus de nadruk ligt niet op het voorkomen van escalatie. Het toepassen van deze afzondering- of fixatie maatregel zal vooral gericht zijn op het bevorderen van kansen. Hier geldt wel nog steeds dat het toepassen van deze maatregel enkel kan *op voorwaarde dat* alle minder ingrijpende alternatieven het gewenste doel niet bereiken.

Overgang van groen naar oranje & oranje gedeelte

Hoe meer we opschuiven naar rechts in het schema hoe meer het gedrag van de cliënt escaleert en hoe groter het risico is op ernstig en acuut gevaar. Het challenging behavior van de cliënt heeft een duidelijke en grotere invloed op zijn eigen of andermans functioneren en/of de werking van de leefgroep. De begeleiding past de verschillende strategieën toe uit het (be)handelings- of signaleringsplan, maar het lukt niet om het challenging behavior van de cliënt te reduceren. De begeleiding overweegt uiteindelijk om een afgesproken afzonderings- of fixatiemaatregel uit het (be)handelings- of signaleringsplan toe te passen, waarmee de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger instemt. Na deze maatregel keert de rust bij de cliënt en de leefgroep terug.

Belangrijk: Er is geen sprake van een noodtoestand. Het challenging behavior van de cliënt wordt wel intenser maar het gevaar is nog niet ernstig valt nog af te wenden. Het gaat over gedrag waarvan de begeleiding weet dat als er geen enkele vorm van ondersteuning voor wordt geboden, het na accumulatie van verschillende stressoren wel zou kunnen leiden tot ernstig gevaar, maar er is dus nog een weg naar die noodtoestand te gaan waardoor het ernstige gevaar vermeden kan worden. Afzondering en fixatie zijn in dat geval een mogelijkheid, **maar alleen met toestemming van de cliënt (desgevallend zijn vertegenwoordiger) en als alle alternatieven er niet in slagen de situatie te de-escaleren.** Deze maatregel moet dan ook in het (be)handelings- of signaleringsplan van de cliënt zijn opgenomen.

Overgang van oranje naar rood (scheidingslijn)

Dit gebied vormt een kantelpunt in de situatie. Het kan gebeuren dat het challenging behavior van de cliënt blijft escaleren en dat het gebruik van afgesproken (afzonderings- en fixatie)maatregelen niet helpt om het challenging behaviour van de cliënt te doen stoppen. Als dit gedrag zo blijft evolueren dat de situatie op een bepaald moment dreigt te ontsporen en het gevaar dat dit met zich meebrengt ernstig is, dan doet er zich een noodtoestand voor want het ernstig gevaar is niet meer af te wenden. Op dit moment gaat het schema over in de rode fase.

Rode gedeelte

Dit gebied beschrijft dat het challenging behavior van de cliënt zo geëscaleerd is dat het ernstig gevaar veroorzaakt en dat dit gevaar niet meer af te wenden valt. Op dit moment doet er zich dus een noodtoestand voor en kan de begeleiding een afzondering- of fixatiemaatregel toepassen onder dwang (dus zonder toestemming), maar alleen als laatste redmiddel om de veiligheid voor de cliënt en de omgeving te herstellen.

Opmerking: Het onderscheid tussen situaties waarbij ernstig gevaar nog af te wenden valt en situaties waar dit niet meer kan, zijn in de praktijk niet eenvoudig te bepalen. Het moment waarop een situatie acuut en ernstig gevaarlijk wordt, is deels een subjectieve inschatting van de begeleiders. Het wordt ook mee bepaald door het beleid en de afspraken over preventie van gevaar in de voorziening én bevat veel grijze zones.

Aan de hand van onderstaande voorbeelden willen we de interpretatie van het schema (zie Figuur 2), het onderscheid tussen de finaliteiten en de toepassing ervan verduidelijken:

Situatie 1

Een volwassen cliënt met meervoudige beperking kan tijdens het middageten niet zelfstandig eten omdat hij niet op zijn stoel kan blijven zitten. De begeleiding wil graag dat de cliënt mee aan tafel zit met de andere personen uit de leefgroep en de kans krijgt om zelf te kunnen eten.

Bepaling finaliteit

Voor we beschrijven hoe de richtlijn aanbeveelt dat de begeleiding te werk gaat, nemen we eerst Figuur 2 erbij om duidelijk te maken voor welke finaliteit de interventie wordt toegepast.

In deze situatie vertoont de cliënt een vorm van challenging behaviour, namelijk het niet kunnen blijven zitten op zijn stoel, wat een gevolg is van zijn meervoudige beperking. Dit gedrag heeft gevolgen voor de kansen van de cliënt want het belemmert zijn sociale ontwikkelingskansen en de mogelijkheid om zelfstandig te (leren) eten.

- Het doel van de begeleiding zal voornamelijk zijn om ervoor te zorgen dat de cliënt samen met de andere personen uit de leefgroep aan tafel kan zitten en zelfstandig kan eten (= bevorderen van kansen). Het zou kunnen dat de begeleiding dit ook doet omdat het niet kunnen stilzitten mogelijks zou leiden tot stress/agitatie bij de persoon zelf of bij andere personen wat dan uiteindelijk zou kunnen leiden tot een gevaarlijke situatie (= voorkomen van escalatie).



De focus in dit voorbeeld ligt vooral op het bevorderen van de kansen van de cliënt en in mindere mate op het voorkomen van escalatie naar acuut en ernstig gevaar.

De finaliteit waarvoor een interventie zal worden toegepast is dus **het bevorderen van kansen en het voorkomen van escalatie**. Het risico op gevaar is klein en dus valt ernstig gevaar nog af te wenden (groene deel van het schema) waardoor we besluiten dat er zich geen noodtoestand voordoet.

Interventie

De verschillende begeleiders overleggen samen met de vertegenwoordiger van de cliënt (ouder) hoe ze deze situatie best aanpakken. Ze komen samen tot enkele interventies en nemen deze mee op in het (be)handelings- of signaleringsplan. Bij het volgende eetmoment passen ze deze interventies toe. Eerst probeert een hulpverlener om samen met de cliënt mee aan tafel te zitten en hem te ondersteunen bij het blijven zitten en het gebruiken van het bestek. Dit lijkt niet te werken want de cliënt kan niet blijven zitten en het lukt hem niet om te eten. De begeleiding probeert bij het volgende eetmoment een andere interventie uit. Ze leggen een verzwaringskussen op de schoot van de cliënt. De cliënt kan dit kussen zelf nog verwijderen. De begeleiding ziet dat de cliënt nu wel op zijn stoel blijft zitten en het lukt hem om zelfstandig te eten. Dit duurt echter niet lang en na 5 minuten heeft de cliënt het kussen op de grond gegooid. De begeleiding ziet in deze interventie wel kansen dus ze blijven het een aantal dagen proberen, met wisselend succes. Na een aantal dagen wil de cliënt het kussen niet meer gebruiken. De begeleiding probeert nog andere afgesproken interventies uit het (be)handelings- of signaleringsplan maar er komt geen verbetering. Ze overleggen opnieuw met heel het team en de vertegenwoordiger van de cliënt en komen samen tot de conclusie dat het fixeren van de cliënt in een verzwaarde stoel nog de enige oplossing is zodat de cliënt met de andere bewoners aan tafel kan zitten en zelfstandig kan leren eten. De vertegenwoordiger stemt dus in met de fixatie in de verzwaarde stoel op voorwaarde dat alle alternatieve interventies niet werken. Bij het volgende eetmoment probeert de begeleiding deze interventie uit. De cliënt is eerst niet zo'n fan van de stoel. De begeleiding denkt dat deze interventie voor de cliënt vooral onwennig aanvoelt omdat dit voor hem nieuwe situatie is. Ze willen daarom eerst kijken of de cliënt hieraan gewend kan raken met bijkomende ondersteuning, vooraleer ze iets anders uit proberen. Met ondersteuning van de begeleiding lijkt hij het aangenaam te vinden. Vanaf dan kan de cliënt gewoon mee aan tafel zitten en lukt het hem om zelfstandig te eten.

Bespreking

De begeleiding past uiteindelijk een **mechanische fixatie toe om de kansen te bevorderen** en, in mindere mate, om **escalatie te voorkomen**. Aangezien de kans op ernstig gevaar in deze situatie enorm klein is en dit ernstig gevaar dus nog af te wenden valt, is er **geen sprake van een noodtoestand**. Daarom kan de begeleiding **fixatie alleen maar toepassen met de toestemming** van de cliënt desgevallend zijn vertegenwoordiger. Hiermee wordt bedoeld dat **bij elke toepassing van de maatregel moet worden nagegaan**, of de cliënt (desgevallend zijn vertegenwoordiger) nog altijd **akkoord** is met de toepassing van de afgesproken maatregel. Indien de **cliënt beslissingsbekwaam** is en de mogelijkheid heeft om zich verbaal uit te drukken, vraagt de hulpverlener op het moment dat de maatregel wordt uitgevoerd of de cliënt nog steeds akkoord gaat met de **toestemming** die op voorhand werd gegeven. Wanneer de cliënt zich niet verbaal kan uitdrukken gaat de hulpverlener na of het **gedrag** (verbale en of non-verbale signalen) van de cliënt nog steeds **conform is aan de toestemming** die op voorhand werd gegeven. Indien de **cliënt beslissingsonbekwaam** is, brengt de hulpverlener zijn **vertegenwoordiger** op de hoogte en gaat hij na of de vertegenwoordiger akkoord is met de uitvoering van de maatregel. Deze afspraken moeten dan ook opgenomen worden in het **(be)handelings- of signaleringsplan**. Voordat de begeleiding overgaat op afzondering en fixatie, moeten **eerst alle minder ingrijpende alternatieven worden uitgeprobeerd**. Wanneer die niet in staat blijken het gewenste doel (bevorderen van kansen en in mindere mate de preventie van escalatie) te bereiken, dan pas kan afzondering en fixatie worden toegepast.

- Als we naar de interventie van de hulpverleners kijken dan zien we dat aan deze voorwaarden voldaan is. Vooraleer hulpverleners fixatie gaan toepassen zit het hele team met de ouders samen om te kijken welke minder ingrijpende interventies eerst kunnen worden uitgeprobeerd. Deze worden beschreven in het (be)handelings- of signaleringsplan. Wanneer blijkt dat deze alternatieven niet werken gaat de begeleiding opnieuw in gesprek met het team en de ouders en komen ze samen tot de beslissing dat de fixatie maatregel kan worden opgestart. Dit wordt opgenomen in het (be)handelings- of signaleringsplan en pas dan wordt de fixatie maatregel effectief toegepast.


Situatie 2

Een volwassen cliënt met ASS knutselt graag overdag. De cliënt raakt snel overprikkeld als er teveel andere personen in de leefgroep zijn en het te rumoerig wordt. Als de cliënt onrustig heen en weer begint te bewegen in zijn stoel, weet de begeleiding dat dit een signaal is van toenemende agitatie. In het verleden heeft de cliënt wel eens, wanneer die agitatie een maximum bereikt, de situatie voor zowel de begeleiders als de bewoners onveilig gemaakt door naar een schaar te grijpen en die naar andere personen te gooien. Dit is nog maar zelden gebeurd en zelfs wanneer de agitatie van de cliënt vergevorderd is, kan de begeleiding meestal nog goed op hem inpraten. De begeleiding heeft samen met de vertegenwoordiger van de cliënt verschillende interventies afgesproken die hem kunnen helpen om terug tot rust te komen. Deze interventies staan beschreven in het (be)handelings- of signaleringsplan van de cliënt. Op een middag wanneer de cliënt aan de tafel zit te knutselen, komen er verschillende bewoners terug van een wandeling. Zij zijn zeer uitgelaten waardoor de drukte in de leefgroep toeneemt. De begeleider in de leefgroep merkt op dat de cliënt onrustig op zijn stoel aan het bewegen is en wil tussenkomen.

Bepaling finaliteit

Voor we beschrijven hoe de begeleiding volgens de richtlijn te werk moet gaan, nemen we eerst Figuur 2 erbij om duidelijk te maken voor welke finaliteit de interventie wordt toegepast.

In deze situatie vertoont de cliënt een vorm van challenging behaviour, namelijk onrustig gedrag. Dit gedrag heeft gevolgen voor de kansen van de cliënt want op die manier kan hij zijn fijne motoriek en creativiteit via het knutselen niet verder ontwikkelen. Daarnaast kan het gedrag leiden tot toenemende agitatie waardoor de situatie gevaarlijk kan worden voor zowel de cliënt als de andere bewoners en de begeleiding.

- Het doel van de begeleiding zal voornamelijk zijn om de agitatie van de cliënt te doen afnemen zodat de situatie niet ontspoord en ernstig gevaarlijk wordt (= preventie van escalatie). In mindere mate denkt de begeleiding ook dat de onrust bij de cliënt het knutselen verhindert  waardoor ze willen zorgen dat hij dit opnieuw kan hernemen (= bevordering van kansen).

De focus in dit voorbeeld zal vooral liggen op het voorkomen van escalatie naar acuut en ernstig gevaar en in mindere mate op het bevorderen van kansen van de cliënt

De finaliteit waarvoor een interventie zal worden toegepast is dus **het bevorderen van kansen en het voorkomen van escalatie**. Het gedrag dat de cliënt stelt is voor de begeleiding een signaal van toenemende agitatie. De begeleiding weet dat dit via een combinatie van verschillende stressoren en wanneer geen enkele vorm van ondersteuning wordt geboden, na een lange tijd mogelijks zou kunnen leiden tot acuut en ernstig gevaar. Op het moment dat de cliënt dit gedrag stelt, in deze situatie, is het risico op gevaar nog klein. De cliënt zal nog niet meteen zo geagiteerd raken dat de situatie ontspoord. Er zijn nog verschillende bruikbare interventies om de cliënt tot rust te laten komen. Het ernstig gevaar valt dus nog af te wenden (groene/gele/oranje deel van het schema) waardoor we besluiten dat er zich geen noodtoestand voordoet.

Interventie

In het (be)handelings- of signaleringsplan van de cliënt staan verschillende interventies die de cliënt terug tot rust kunnen brengen wanneer hij onrustig begint te bewegen op zijn stoel. Omdat de begeleiding de cliënt al lang ondersteunt, weten ze dat het kan helpen om de cliënt even af te leiden of met hem samen de ruimte te verlaten. Eerst nemen ze zijn favoriete bal erbij en proberen ze hem met de bal te laten spelen. Dit lukt voor even maar het onrustige gedrag van de cliënt keert terug. De begeleiding probeert de cliënt opnieuw tot rust te brengen door samen met hem te gaan wandelen. Tijdens de wandeling merkt de begeleider dat de cliënt niet veel rustiger is geworden en bij terugkomst in de leefgroep blijft zijn gedrag hetzelfde. De hulpverleners proberen nog andere alternatieven uit het (be)handelings- of signaleringsplan toe te passen maar de cliënt blijft nog steeds onrustig. Bij het begin van de opname zijn het team van begeleiders samen met de ouders van de cliënt overeengekomen dat wanneer alle minder ingrijpende alternatieven niet werken, de cliënt naar zijn kamer mag worden gebracht om tot rust te komen. De cliënt kan zelf de kamer niet verlaten. Deze interventie staat ook beschreven in het (be)handelings- of signaleringsplan van de cliënt. Omdat alle minder ingrijpende interventies dus niet in staat zijn om de cliënt rust te bezorgen, gaat de begeleiding over tot een rustmoment op de kamer. Mits de begeleider nog enkele keren naar de cliënt toegaat in zijn kamer om een tijdje rustig bij hem te zitten, kan de cliënt nadien rustig verder knutselen in de woonkamer.

Bespreking

De begeleiding past uiteindelijk een **afzondering toe om escalatie te voorkomen** en, in mindere mate, om **de kansen van de cliënt te bevorderen**. De cliënt is geagiteerd maar er moet nog veel gebeuren vooraleer de situatie ontspoot. Dus ernstig gevaar is nog af te wenden en er is **geen sprake van een noodtoestand**. Om deze reden kan de begeleiding **afzondering alleen maar toepassen met de toestemming** van de cliënt desgevallend zijn vertegenwoordiger. Hiermee wordt bedoeld dat **bij elke toepassing van de maatregel moet worden nagegaan**, of de cliënt (desgevallend zijn vertegenwoordiger) nog altijd **akkoord** is met de toepassing van de afgesproken maatregel. Indien de **cliënt beslissingsbekwaam** is en de mogelijkheid heeft om zich verbaal uit te drukken, vraagt de hulpverlener op het moment dat de maatregel wordt uitgevoerd of de cliënt nog steeds akkoord gaat met de **toestemming** die op voorhand werd gegeven. Wanneer de cliënt zich niet verbaal kan uitdrukken gaat de hulpverlener na of het **gedrag** (verbale en of non-verbale signalen) van de cliënt nog steeds **conform is aan de toestemming** die op voorhand werd gegeven. Indien de **cliënt beslissingsonbekwaam** is, brengt de hulpverlener zijn **vertegenwoordiger** op de hoogte en gaat hij na of de vertegenwoordiger akkoord is met de uitvoering van de maatregel. Deze afspraken moeten dan ook opgenomen worden in het **(be)handelings- of signaleringsplan**. Voordat de begeleiding overgaat tot afzondering, moeten **eerst alle minder ingrijpende alternatieven worden uitgetoetst**. Wanneer die niet in staat blijken het gewenste doel (de preventie van escalatie en in mindere mate het bevorderen van kansen) te bereiken, dan pas kan afzondering worden toegepast, voor zover daar de toestemming voor gegeven is.

- Als we naar de interventie van de hulpverleners kijken dan zien we dat aan deze voorwaarden voldaan is. Vooraleer hulpverleners afzondering gaan toepassen zit het hele team met de ouders samen om te kijken welke minder ingrijpende interventies eerst kunnen worden uitgetoetst. Deze worden beschreven in het (be)handelings- of signaleringsplan. Wanneer blijkt dat deze alternatieven niet werken gaat de begeleiding over tot de afzonderingsmaatregel. Ook voor deze maatregel werd op voorhand toestemming gegeven door de ouders en hij staat beschreven in het (be)handelings- of signaleringsplan.

Situatie 3

We hernemen het voorbeeld van Situatie 2 op het moment dat de begeleiders reeds de eerste interventies uit het (be)handelings- of signaleringsplan hebben toegepast om het onrustig gedrag van de cliënt te doen afnemen.

Wanneer de hulpverlener samen met de cliënt terugkomt van de wandeling keert de rust bij de cliënt niet terug, in plaats daarvan is de agitatie deze keer nog meer toegenomen. De begeleiding past nog andere interventies toe uit het (be)handelings- of signaleringsplan maar niks lijkt te helpen. Opnieuw stijgt de onrust bij de cliënt. De begeleiding gaat zoals afgesproken in het (be)handelings- of signaleringsplan over tot een verplicht rustmoment. Op weg naar de kamer van de cliënt zijn er net twee andere bewoners die met elkaar ruzie maken. De cliënt met ASS is nu extra gevoelig voor de spanningen en de geluiden van de andere bewoners. Hij begint heel hevig en onrustig heen en weer te bewegen en de begeleiders hebben geen vat meer op hem. Ze weten dat ze nu iets moeten doen of de situatie escaleert volledig.

Bepaling finaliteit

Voor we beschrijven hoe de begeleiding volgens de richtlijn te werk moet gaan, nemen we eerst Figuur 2 erbij om duidelijk te maken voor welke finaliteit de interventie wordt toegepast.

In deze situatie vertoont de cliënt een vorm van challenging behaviour namelijk, onrustig gedrag, wat een gevolg is van zijn autisme. Dit gedrag had initieel gevolgen voor de kansen van de cliënt en kon leiden tot toenemende agitatie. Hiervoor ging de begeleiding afgesproken interventies uit het (be)handelings- of signaleringsplan toepassen (Groen/geel deel van het schema). Ze zien echter in deze situatie dat de agitatie niet vermindert maar juist oploopt (oranje/donkeroranje deel van het schema) tot op het punt dat ernstig gevaar dreigend is (Overgang oranje & rood/rood deel van het schema).

→ Het doel van de begeleiding zal dus vooral zijn om de veiligheid te herstellen en proberen schade te voorkomen want ernstig gevaar is niet meer af te wenden

De finaliteit waarvoor een interventie zal worden toegepast is dus **acut en ernstig gevaar**. De begeleiding weet dat de situatie volledig ontspoord als ze nu niet ingrijpen. Het ernstig gevaar valt dus niet meer af te wenden. Op dit moment doet er zich in deze situatie, een noodtoestand voor.

Dit voorbeeld laat zien dat om over te gaan naar de finaliteit acut en ernstig gevaar, het ernstig gevaar zich nog niet moet omgezet hebben in daadwerkelijke schade. Begeleiders moeten dus niet wachten tot de cliënt ernstige schade bij zichzelf of andere personen veroorzaakt om te kunnen ingrijpen volgens de richtlijnen die bij deze finaliteit horen. De overgang naar de finaliteit acut en ernstig gevaar wordt gedefinieerd doordat ernstig gevaar op een bepaald moment niet meer af te wenden valt en er zich dus een noodtoestand voordoet. In dit voorbeeld weet de begeleiding dat er niet meer met de cliënt te praten valt en dat afgesproken interventies uit het (be)handelings- of signaleringsplan niet meer zullen helpen om de cliënt tot rust te brengen. Ze bevinden zich op dit moment dus al in een noodtoestand.

Interventie

De begeleiding beslist om het initiële plan van het verplicht rustmoment op de kamer te laten vallen en de cliënt met een aantal collega's te begeleiden naar de afzonderingskamer waar er geen externe prikkels zijn voor de cliënt. Voor het uitvoeren van deze maatregel werd (op voorhand) geen toestemming gevraagd aan de cliënt of diens vertegenwoordiger. De begeleiding past de afzondering dus toe zonder toestemming als laatste redmiddel omdat alle alternatieven niet effectief blijken en ze zich in een noodtoestand bevinden. Na het verblijf in de afzonderingskamer is de cliënt terug rustig. Hij kan opnieuw aansluiten bij de leefgroep.

Bespreking

De interventie van de begeleiding gebeurt in 2 verschillende fases.

Fase 1 (volgt redenering van Situatie 2):

Initieel wil de begeleiding **escalatie voorkomen** en, in mindere mate, **de kansen van de cliënt bevorderen**. De hulpverleners passen eerst de minst ingrijpende interventies toe uit het (be)handelings- of signaleringsplan. Deze lijken niet effectief te zijn in het tot rust brengen van de cliënt en de agitatie neemt juist toe. Ondanks de toename van de agitatie bij de cliënt lijkt ernstig gevaar volgens de hulpverleners wel nog ver weg. Het valt dus nog af te wenden waardoor er **geen sprake is van een noodtoestand**. Aangezien alle alternatieven niet werken, kan de begeleiding overgaan tot afzondering of fixatie. De begeleiding kan **enkel een afzondering toepassen met toestemming** van de cliënt desgevallend zijn vertegenwoordiger die in het **(be)handelings- of signaleringsplan** is opgenomen omdat ernstig gevaar nog af te wenden valt en er zich geen noodtoestand voordoet. De begeleiding wilde die afzonderingsmaatregel dan ook toepassen door de cliënt een verplicht rustmoment op zijn kamer te geven (Situatie 2).

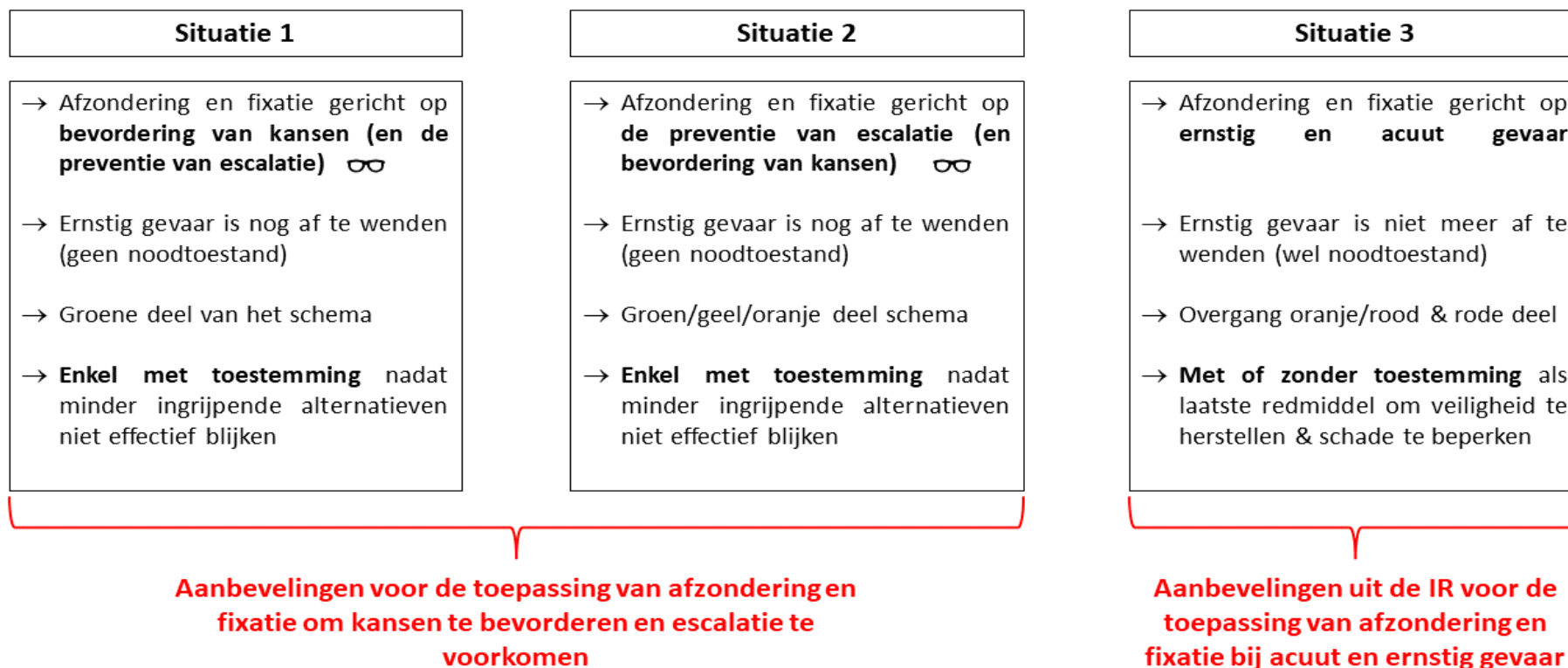
Fase 2:

Op weg naar de kamer escaleert de situatie plots door een onverwacht voorval. Waar ernstig gevaar eerst nog ver weg was, **valt het nu niet meer af te wenden en ontstaat er dus een noodtoestand**. Vanaf dit moment zitten we dus in het schema op de overgang van de donkeroranje naar de rode fase en gaan we over naar de rode fase. De interventies van de begeleiding zullen dan gericht zijn op de finaliteit **acuut en ernstig gevaar**. Door alles wat hieraan voorafging weet de begeleiding dat de alternatieve methodes niet hebben geholpen om de agitatie te doen afnemen op het moment dat het ernstig gevaar nog kon worden afgewend. Nu de situatie nog verder is geëscaleerd, door het voorval met de andere bewoners, is de cliënt helemaal niet meer vatbaar voor de afgesproken interventies uit (be)handelings- of signaleringsplan. Op dit moment kan de begeleiding **een afzondering zonder toestemming toepassen als laatste redmiddel** om de veiligheid te herstellen en ernstige schade te voorkomen.

- Als we naar de interventie van de hulpverleners kijken dan zien we dat aan alle voorwaarden zijn voldaan om eerst afzondering toe te passen voor de preventie van escalatie, en in mindere mate om de kansen te bevorderen, en daarna op het moment dat ernstig gevaar niet af te wenden was, over te gaan op afzondering zonder toestemming van de cliënt desgevallend zijn vertegenwoordiger.

Figuur 3 Overzicht van de finaliteiten en aanbevelingen bij elke situatie

Samenvatting voorbeelden



0.3 Hoe aanbevelingen in de praktijk gebruiken

De situaties die hierboven beschreven staan, dienen als voorbeeld om het onderscheid tussen de finaliteiten te verduidelijken en aan te geven welke aanbevelingen over de toepassing van afzondering en fixatie dan gelden. We zijn ons ervan bewust dat deze voorbeelden niet representatief zijn voor alle (complexe) situaties uit de praktijk waarvoor afzondering en fixatie worden toegepast. Deze voorbeelden dienen dan ook niet als kant-en-klare instructies die in elke praktijksituatie op dezelfde manier moeten worden overgenomen. Wel illustreren zij de redeneringen die achter de aanbevelingen uit de richtlijn schuilgaan en die hulpverleners kunnen volgen om afzondering en fixatie zo menswaardig en veilig mogelijk toe te passen. Het doel van de richtlijn is niet om het handelen van hulpverleners te verankeren en te beperken in voorgeschreven instructies waarvan de naleving tot op de letter wordt gecontroleerd. De aanbevelingen zijn vooral een evidence-based reflectie-instrument dat aangeeft waar hulpverleners naar zouden moeten streven om de uitvoering van afzondering en fixatie zo veilig en mensenrechtenconform mogelijk te laten verlopen. Het werken met de aanbevelingen in de praktijk verloopt volgens de principes van evidence based practice. Dit betekent dat er erkenning is voor het feit dat de toepassing van deze aanbevelingen gebeurt binnen een klinische context die vereist dat hulpverleners rekening houden met de prognose van de zorggebruiker als ook met zijn voorkeuren, verwachtingen en waarden. De beslissingen die hulpverleners nemen m.b.t. de zorg en behandeling van de cliënten moeten gebaseerd zijn op de gepaste aanpak voor de klinische toestand van de zorggebruiker rekening houdend met diens voorkeuren, verwachtingen en waarden in combinatie met de onderzoeksevidentie samengevat in de aanbevelingen (Peeters et al., 2019). Dit betekent niet dat aanbevelingen van de richtlijn zomaar te verwerpen zijn, maar de geest van de richtlijn voorziet hulpverleners wel van een zekere handelingsruimte om de aanbevelingen in het hulpverleningsproces zo goed mogelijk toe te passen. Bij het lezen en de implementatie van de richtlijn is het dus essentieel om de aanbevelingen uit de richtlijn op deze manier te benaderen.

1 Toelaatbaarheid

De aanbevelingen over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie om de kansen te bevorderen voor de cliënt of andere personen én escalatie te voorkomen, maken een onderscheid tussen toepassing onder dwang en toepassing met toestemming van de cliënt (desgevallend zijn vertegenwoordiger).

- a. Afzondering en fixatie om de kansen van de cliënt te bevorderen én escalatie te voorkomen in situaties waar ernstig gevaar nog af te wenden is (geen noodtoestand), **zijn niet toelaatbaar onder dwang**. De toepassing ervan mag bovendien niet als dwang of straf worden ervaren vanuit het perspectief van de cliënt en vanuit de intentie van de zorgverlener/begeleider.
- b. Afzondering en fixatie om de kansen van de cliënt te bevorderen én escalatie te voorkomen; zijn toelaatbaar wanneer ertoe beslist wordt in overeenstemming met het **professioneel oordeel** van de zorgverlener (begeleider) én met de **toestemming van de cliënt** (desgevallend zijn vertegenwoordiger) op voorwaarde dat alternatieven niet (langer) volstaan.
 - i. Het **te bereiken doel staat in verhouding tot het gebruikte middel**. Er wordt nagegaan of de cliënt baat heeft bij de afzondering of fixatie. Dit wil zeggen dat de afzondering of fixatie welomschreven kansen van de cliënt moet versterken én dat de kans voor deze cliënt belangrijk genoeg is om hiervoor af te zonderen of te fixeren. Ook moet de proportionaliteit van afzondering en fixatie in verhouding tot de dreigende escalatie worden afgewogen. Het is daarnaast mogelijk dat de afzondering of fixatie tegelijkertijd ook kansen van de omstaanders bevordert. Het is niet toegestaan om afzondering en fixatie toe te passen als dit alleen ten bate is van de omstaanders.

2 Voorafgaande afspraken over het gebruik van de maatregel in het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan

2.1. Afspraken over de toepassing van afzondering en fixatie om kansen te bevorderen en escalatie te voorkomen wanneer ernstig gevaar nog af te wenden is (geen noodtoestand), worden in samenspraak met de cliënt (en desgevallend de vertegenwoordiger) opgenomen in het **signaleringsplan of (be)handelings/ begeleidingsplan**.

- a. Afspraken over afzondering en fixatie als **ongeplande interventie** om kansen te bevorderen en escalatie te voorkomen wanneer ernstig gevaar nog af te wenden is (geen noodtoestand), worden opgenomen in een signaleringsplan. Het betreft voornamelijk afspraken over hoe afzondering of fixatie kunnen helpen in onvoorzien of onvoorspelbare situaties waarin de escalatie oploopt, maar ernstig gevaar nog af te wenden is (geen noodtoestand). Aangezien men niet kan weten op welke momenten de oplopende escalatie zich zal voordoen, worden de afzondering en fixatie in dit geval ongeplande interventies genoemd.

Afspraken over afzondering en fixatie als vooraf **geplande interventie** om kansen te bevorderen en escalatie te voorkomen wanneer er ernstig gevaar nog af te wenden is, worden opgenomen in het (be)handelings-/begeleidingsplan. Het betreft voornamelijk afspraken over hoe afzondering of fixatie kan helpen om kansen te bevorderen van minstens de persoon zelf of escalatie kan voorkomen in voorspelbare en terugkerende situaties. Deze voorspelbare en terugkerende situaties worden beschreven in het (be)handelings-/begeleidingsplan. De afzondering of fixatie die dan worden toegepast zijn dus geplande interventies.

- b. Streef bij het opmaken van het (be)handelings-/begeleidings-/signaleringsplan naar **maximale samenwerking** met de cliënt (en desgevallend de vertegenwoordiger). Vermijd dat deze

documenten enkel werkinstrumenten zijn van de begeleiding die de cliënt (desgevallend zijn vertegenwoordiger) enkel mag goedkeuren.

2.2. In multidisciplinair overleg stelt een zorgverlener/begeleider die daartoe opgeleid is, opties voor aan de cliënt (desgevallend zijn vertegenwoordiger) en bespreekt de voor- en nadelen ervan. Indien de toepassing van de maatregel gepaard gaat met een nood aan medische zorg, wordt medische expertise (arts of verpleegkundige) betrokken bij dit multidisciplinair overleg.

- a. Hou bij het maken van de afspraken over het type maatregel en de te volgen techniek rekening met de kwetsbaarheid van de cliënt en ga indien nodig op zoek naar andere types/technieken. Enkele **kwetsbaarheidsfactoren** zijn:
 - i. De ontwikkelingsleeftijd van de cliënt op fysiek, cognitief, emotioneel en psychisch vlak;
 - ii. Fysieke en medische kwetsbaarheidsfactoren zoals bv. een lichamelijke beperking, andere gezondheidsfactoren, gewicht en kracht, zwangerschap;
 - iii. De aanwezigheid van psychotrauma in de voorgeschiedenis, de aard van dit trauma;
 - iv. Voorgaande ervaring met afzonderingen en/of bepaalde vormen van fixatie die cliënt niet ten goede komen en of niet het gewenste doel bereiken.
- b. Volg bij het maken van de afspraken over het type maatregel en de te volgen techniek de principes van **proportionaliteit en subsidiariteit**. Ook al stemt de cliënt in, dan nog moet de maatregel in verhouding staan met het beoogde doel.
- c. Ga met elke cliënt (desgevallend zijn vertegenwoordiger) in dialoog over zijn eventuele voorkeuren met betrekking tot:
 - i. De vormen van afzondering en fixatie die zouden kunnen worden toegepast wanneer dat onvermijdelijk is.
 - ii. Het informeren van naasten. Het betreft de voor- en afkeuren over of, wanneer en hoe de naasten op de hoogte gebracht worden over de toepassing van de maatregel.
Toelichting: de afspraken met de vertegenwoordiger van een beslissingsonbekwame cliënt over het op de hoogte brengen met betrekking tot de toepassing van afzondering en fixatie dienen sowieso opgenomen te worden in het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan (Zie 2.1. volledig).
- c. Beargumenteer **de redenen voor het gebruik van afzondering en fixatie** indien preventieve interventies of alternatieven niet (langer) volstaan. Beargumenteer deze redenen vanuit het functioneren van de persoon en met in achtneming van de (sociaal-emotionele) ontwikkeling en levenskwaliteit. De functieanalyse is hier helpend bij.
- d. **Omschrijf in het (be)handelings-/begeleidingsplan de terugkerende situaties/activiteiten** waarin afzondering of fixatie zal toegepast worden indien preventieve interventies of alternatieven niet (langer) volstaan. Beschrijf hierbij ook de momenten van de dag/week waarin die situaties/activiteiten terugkeren.
- e. Bepaal een doelstelling tot **afbouw** van de maatregel en voer een **kritische evaluatie en herbevestiging** hiervan minstens jaarlijks uit. Doe dit daarnaast minstens elke keer wanneer het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan opnieuw beoordeeld wordt en wanneer de cliënt zich verzet (*Zie verder: 3.b.ii*) tegen de uitvoering van een maatregel die in het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan is opgenomen.

2.3. De cliënt (desgevallend zijn vertegenwoordiger) maakt duidelijk welke optie hij verkiest. Deze keuze wordt opgenomen in het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan.

- a. Plaats de cliënt (desgevallend zijn vertegenwoordiger) niet onder druk om voor afzondering of fixatie te kiezen. Wees ook alert voor een eventuele gelatenheid bij de cliënt en vertegenwoordiger en blijf continu creatief zoeken naar alternatieve manieren. Beschouw een onthouding van een akkoord als een uitdaging om verder te zoeken naar alternatieve manieren.

- b. Noteer de gemaakte afspraken in hetzij het signaleringsplan, hetzij het (be)handelings-/begeleidingsplan.
- c. Bij het opmaken van het (be)handelings-/begeleidingsplan of signaleringsplan samen met de cliënt of diens vertegenwoordiger mogen **afzondering of fixatie nooit de eerste en de enige interventies** zijn die worden aangereikt. Pas als alle alternatieven niet effectief blijken en deze interventies de enige manier zijn om de kansen van een cliënt te bevorderen en escalatie te voorkomen in situaties waar ernstig gevaar nog af te wenden is (geen noodtoestand), kunnen ze worden toegepast. Continu zoeken naar alternatieven betekent in deze situatie dat het **kiezen voor afzondering en fixatie niet het eindpunt** mag zijn. Houd de deur open om alternatieve interventies te proberen en voer een periodieke herevaluatie uit.

3 Het opstarten van de maatregel

Het opstarten van de maatregel is het resultaat van de overeenstemming van het professioneel oordeel van de zorgverlener/begeleider met de toestemming van de cliënt (desgevallend zijn vertegenwoordiger).

- a. Afzondering en fixatie om de kansen te bevorderen en om escalatie te voorkomen in een situatie waar ernstig gevaar nog af te wenden is (geen noodtoestand), mogen niet worden toegepast zonder dat hier **vooraf afspraken** over werden gemaakt in het **signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan**.
 - i. In uitzonderlijke situaties kan een afzonderings- of fixatiemaatregel die **nog niet werd opgenomen** in het **signaleringsplan of (be)handelings/ begeleidingsplan** worden toegepast. Wanneer dit het geval is, moet er **ad hoc toestemming** worden gevraagd aan de cliënt (desgevallend zijn vertegenwoordiger). De situatie die zich heeft voorgedaan wordt achteraf geëvalueerd en meegenomen bij de ontwikkeling van het signaleringsplan of (be)handelings/ begeleidingsplan.
- b. Wanneer een situatie zich voordoet die volgens het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan tot afzondering of fixatie kan leiden, **beoordeel** dan steeds, **bij elke toepassing**, of de cliënt (desgevallend zijn vertegenwoordiger) nog altijd **akkoord** is met de toepassing van de afgesproken maatregel.
 - i. Indien de **cliënt beslissingsbekwaam** is, vraagt de hulpverlener op het moment dat de maatregel wordt uitgevoerd of de cliënt nog steeds akkoord gaat met de **toestemming** die op voorhand werd gegeven. Wanneer de cliënt zich niet verbaal kan uitdrukken gaat de hulpverlener na of het **gedrag** (verbale en of non-verbale signalen) van de cliënt nog steeds **conform is aan de toestemming** die op voorhand werd gegeven.
 - ii. Indien de **cliënt beslissingsonbekwaam** is, brengt de hulpverlener zijn **vertegenwoordiger** op de hoogte en gaat hij na of de vertegenwoordiger akkoord is met de uitvoering van de maatregel.
 - ✓ Een uitzondering hierop mag enkel gemaakt worden voor maatregelen die met de vertegenwoordiger van een beslissingsonbekwame **cliënt** zijn afgesproken in het **signalerings- of (be)handelings-/begeleidingsplan**, voor zover de vertegenwoordiger expliciet aangeeft dat hij niet bij elke toepassing op de hoogte wil worden gebracht. De vertegenwoordiger wordt in dat geval op regelmatige tijdstippen geïnformeerd over de maatregel.
 - ✓ Heb tegelijk aandacht voor de mening van de **cliënt**, en in het bijzonder voor eventueel **verzet** van de **cliënt** tegen de uitvoering van de maatregel. Wees daarbij aandachtig voor zowel verbaal als non-verbaal verzet. Beoordeel samen met de vertegenwoordiger het gewicht dat aan het verzet gegeven

moet worden. Voer de maatregel niet uit indien uit het verzet blijkt dat de **cliënt** de situatie en de gevolgen begrijpt.

- c. Voer de maatregel niet uit in geval van verzet van de beslissingsbekwame cliënt of van verzet van de vertegenwoordiger van de beslissingsonbekwame cliënt.
- d. Hulpverleners moeten ook steeds blijven **beoordelen** of de maatregel de **kansen van de cliënt bevordert en escalatie voorkomt**. Vanaf dat dit niet meer zo is, wordt de maatregel niet meer opgestart ook al werd deze vooraf besproken en moet er samen met de cliënt (desgevallend zijn vertegenwoordiger) op zoek gegaan worden naar alternatieven.

4 Uitvoeren van de maatregel

4.1 Wie voert de maatregel uit?

Zorgverleners/begeleiders van het behandelings-/begeleidingsteam die opgeleid zijn in het veilig, respectvol en humaan toepassen van afzonderen en fixeren, voeren de maatregel uit. Daarnaast wordt rekening gehouden met onderstaand element:

- a. Indien de maatregel gepaard gaat met een **nood aan medische zorg**, dan wordt de maatregel uitgevoerd door zorgverleners/begeleiders met **medische expertise**. Dit betreft een arts, een verpleegkundige, of een zorgkundige na delegatie door en onder toezicht van een verpleegkundige of een arts. Indien dat betekent dat de uitvoering gebeurt door een persoon die niet gekend is voor de cliënt, wordt de arts/verpleegkundig/zorgkundige vergezeld door de zorgverlener/begeleider waarmee de cliënt wel vertrouwd is.

4.2 In welk lokaal vindt de afzondering plaats

- a. Afzondering vindt plaats in de **afzonderingskamer** die specifiek voor het gebruik van afzondering ontworpen is en enkel hiervoor gebruikt wordt.
- b. Afzondering kan ook in de **eigen kamer** plaatsvinden op voorwaarde dat dit wordt opgenomen in het **(be)handelings-/begeleidingsplan of signaleringsplan**. De keuze van de kamer waarin afgezonderd wordt, wordt gemaakt op maat van de cliënt. Er kan per cliënt bekeken worden waar de cliënt op dat moment het meeste rust vindt.
 - i. De zorgverlener/begeleider oordeelt of de mate van agressie en/of escalatie afzondering in de eigen kamer toelaat. Indien dit niet het geval is, past hij indien nodig de beschreven aanbevelingen voor situaties met acuut en ernstig gevaar toe (zie onder deel C.II.3.2 van de intersectorale richtlijn).

4.3 Voer de maatregel respectvol en zo humaan mogelijk uit

Respecteer steeds de waardigheid en privacy van de cliënt en minimaliseer zoveel als mogelijk het machtsonevenwicht in de relatie met de cliënt:

- a. Gebruik **open en respectvolle communicatie** voor, tijdens én na het toepassen van de maatregel:
 - i. Besteed aandacht aan de wijze van communiceren - verbaal en non-verbaal - met de cliënt:
 - ✓ Stem je wijze van communiceren af op het ontwikkelings- en communicatieniveau van de cliënt.
 - ✓ Communiceer respectvol, beheerst en rustig.

- ✓ Let op de mogelijke impact van de eigen emoties, bv. angst en kwaadheid.
 - ii. **Informeer** de cliënt. Licht in de regel toe welke maatregel zal toegepast worden, wat die inhoudt en waarom de maatregel wordt toegepast. Zeg tijdens het toepassen van de maatregel steeds wat je doet en waarom je dit doet. Dit verhoogt de voorspelbaarheid voor de cliënt. Doe dit enkel wanneer dit gunstig is voor het herstelproces van de cliënt.
 - ✓ Uitzondering: als het informeren van de cliënt zou kunnen leiden tot meer onrust of escalatie is dit niet aan te bevelen.
 - iii. Blijf aandachtig voor verbaal en non-verbaal verzet, en geef hier gepast gevolg aan (Zie deel 3.b.ii.).
 - iv. Wees bereikbaar en beschikbaar voor contact en communicatie met de cliënt zodat hij steeds vragen kan stellen, verbaal of non-verbaal behoeften kan uiten of zich kan verzetten tegen de maatregel. Geef aan dat vragen en verzoeken steeds gesteld kunnen worden. Neem deze vragen en verzoeken ernstig en geef onmiddellijk passend gevolg aan verzet (zie deel 3.b.ii.)
 - v. Toon **empathie, bekommernis en betrokkenheid** ten aanzien van de cliënt.
- b. Respecteer zoveel mogelijk de **privacy** van de cliënt en **bescherm** het psychisch welzijn van de omstaanders.
- i. Voer afzondering en fixatie daarom **uit buiten het zicht van omstaanders**. Bespreek echter met de cliënt (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) of het eerder te verkiezen is - in het belang van de cliënt - om in het zicht van omstaanders te blijven. Dit is mogelijk op voorwaarde dat hiervoor geen duidelijke en belangrijke tegenindicatie bestaat die betrekking heeft op de omstaanders.
- c. Respecteer zo veel mogelijk **de privacy** van de cliënt tijdens hygiënische lichaamsverzorging, toiletbehoefte en eventuele ontkleding bij afzondering en mechanische fixatie. Indien gebruik wordt gemaakt van een camera, maak geen herkenbaar beeldmateriaal van omkleeden, toiletgebruik en handelingen voor hygiëne.
- d. Zorg ervoor dat de cliënt maximaal en zo autonoom mogelijk kan voldoen aan zijn **noden en basisbehoefte** zoals dorst, honger, persoonlijke hygiëne, toiletbehoefte. Bied zo veel mogelijk **fysiek comfort**. Wees proactief in het nagaan van deze behoeften en sta de **cliënt** bij indien nodig.
- e. Zorg dat de cliënt steeds gekleed is.
- f. Zorg ervoor dat de cliënt, wanneer hij dit wenst, **in contact kan treden met naasten**. Het betreft contact in alle mogelijke vormen, zowel live contact als contact via communicatiemiddelen.
- g. Gebruik steeds **veilige** technieken voor het uitvoeren van de maatregel. Bijlage 8 bevat aanbevelingen over **handelingen, technieken en het gebruik van materialen** tijdens de praktische uitvoering van fysieke interventie.

4.4 Registratie van afzondering en fixatie toegepast als ongeplande maatregel om kansen te bevorderen en escalatie te voorkomen

Registreer in het **individueel dossier van de cliënt** het volgende voor elke afzondering en fixatie:

- a. Het type maatregel (en in uitzonderlijke gevallen een eventuele combinatie van maatregelen);
- b. De omstandigheden, de aanleiding/reden, uitgeprobeerde alternatieven;
- c. Het tijdstip van begin en einde;

- d. De naam van de verantwoordelijke die de maatregel heeft opgestart of bevestigd;
- e. Afwijkingen ten opzichte van afgesproken maatregelen in het signaleringsplan;
- f. De eventuele verwondingen bij de cliënt en/of de zorgverleners/begeleiders;
- g. De eventuele opmerkingen van de cliënt met betrekking tot het verloop van de afzondering of fixatie (zie B.6.2 hieronder);
- h. De tijdstippen van en observaties tijdens het toezicht;
- i. De nabespreking.

4.5 Registratie van afzondering en fixatie toegepast als vooraf geplande maatregel om kansen te bevorderen en escalatie te voorkomen bij een voorspelbare en terugkerende situatie

Registreer eenmalig in het **(be)handelings-/begeleidingsplan** de volgende elementen:

- a. Het type maatregel (en in uitzonderlijke gevallen een eventuele combinatie van maatregelen);
- b. Beargumenteer de redenen voor de geplande toepassing van afzondering en fixatie vanuit het functioneren van de cliënt en met in achtneming van de (sociaal-emotionele) ontwikkeling en levenskwaliteit;
- c. De vaste momenten of situaties waarin de maatregel wordt toegepast;
- d. De naam van de verantwoordelijke die over de opstart van de geplande maatregel beslist.

Registreer bovendien elke keer wanneer afgeweken wordt van wat er in het (be)handelings-/begeleidingsplan staat, of indien er zich verwondingen of andere incidenten voordoen. De registratie gebeurt hierbij volgens dezelfde principes als ongeplande maatregelen (zie deel 4.4. hierboven).

4.6 Toezien, opvolgen en evalueren

Afspraken worden met de cliënt (desgevallend zijn vertegenwoordiger) gemaakt over hoe de opvolging en evaluatie dienen te verlopen, binnen de grenzen van wat de zorgverlener/begeleider als veilig acht. Hou steeds toezicht op verzet (Zie deel 3.b.ii.). Dit is belangrijk met het oog op de mogelijke herziening van de maatregel of de beëindiging ervan.

5 Beslissen tot het beëindigen van de maatregel

5.1. Wanneer de maatregel beëindigen

- a. Wanneer de beslissingsbekwame cliënt (desgevallend de vertegenwoordiger van de beslissingsonbekwame cliënt) zijn **toestemming intrekt**. Dit kan zowel expliciet of impliciet (bv. blijken uit de feiten);
 - i. Indien de zorgverlener/begeleider oordeelt dat het beëindigen van de maatregel aanleiding zou geven tot een ernstig en acuut gevaar (het gevaar is erg (ernstig) en valt niet meer af te wenden (acuut)), dan past hij de daar beschreven aanbevelingen toe en gaat hij indien nodig over tot de toepassing van afzondering of fixatie onder dwang.
- b. Wanneer de **beslissingsonbekwame cliënt** zich op standvastige wijze tegen de uitvoering van de maatregel verzet en uit dit verzet blijkt dat hij de situatie en de mogelijke gevolgen van het stopzetten van de maatregel begrijpt.
 - i. Indien de zorgverlener/begeleider oordeelt dat het beëindigen van de maatregel aanleiding zou geven tot een ernstig en acuut gevaar (zie hierboven), dan past hij de daar

beschreven aanbevelingen toe en gaat hij indien nodig over tot de toepassing van afzondering of fixatie onder dwang.

- c. Wanneer het in de situatie niet langer vereist of gewenst is en/of alternatieve oplossingen opnieuw geprobeerd kunnen worden;
- d. Wanneer deze maatregel niet werkt, bv. indien de maatregel contraproductief is of de maatregel niet leidt tot de verwachte kansen of het voorkomen van escalatie.

5.2. Wie beëindigt de maatregel?

De zorgverleners/begeleiders die het toezicht uitvoeren en de evaluatie van het effect van de maatregel opvolgen, beëindigen de maatregel. In het geval dat de maatregel niet beëindigd wordt door de verantwoordelijke die de maatregel heeft gestart, dan wordt de verantwoordelijke zo snel mogelijk geïnformeerd over de beëindiging van de maatregel.

6 Na het beëindigen van de maatregel

6.1. Nabespreking met de cliënt

- a. **Bied de cliënt de kans** om de eigen ervaringen te delen en vragen te stellen. Doe dit zeker bij ongeplande interventies en blijf de cliënt de kans bieden bij geplande interventies.
- b. **Bespreek** volgende aspecten indien dit haalbaar is voor de cliënt, aangepast aan de cliënt en indien de **cliënt** hiervoor open staat:
 - i. wat er gebeurd is;
 - ii. waarom het gebeurd is;
 - iii. de beleving van de cliënt, de emotionele en fysieke impact;
 - iv. wederzijdse veronderstellingen over gebeurtenis, aanleiding, aanpak en beleving;
 - v. of de maatregel nog steeds het beoogde doel bereikt,
 - vi. of alternatieven voor de maatregel een (betere) optie zijn.

Toelichting: Deze nabespreking gebeurt op maat van de cliënt. Als een cliënt de gebeurtenis niet meteen wil nabespreken omdat hij er nog niet klaar voor is of het de kans op escalatie kan doen toenemen, dan hoeft dit ook niet meteen te gebeuren. Het nabespreken mag ook ruim geïnterpreteerd worden. Bij cliënten die niet mondig zijn of door hun ontwikkelingsniveau niet tot reflecteren komen, zal nabespreken niet altijd mogelijk zijn, maar dan kan een vertrouwelijke interactie wel helpen om opnieuw verbinding met de cliënt te maken en de gebeurtenis te verwerken.

6.2. Opmerking van de cliënt in het individuele dossier van de cliënt

Bied de **cliënt** (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) de mogelijkheid om opmerkingen over de maatregel te laten registreren in het dossier van de **cliënt** en informeer hen over de mogelijkheid om een afschrift van de registratie van de maatregel in het dossier te ontvangen.

Aanbevelingen voor de praktische uitvoering van fysieke interventie ter bevordering van kansen én het voorkomen van escalatie in situaties waar ernstig gevaar nog af te wenden is (geen noodtoestand)

Onderstaande aanbevelingen zijn gericht naar de **zorgverleners/begeleiders** die afzondering en fixatie uitvoeren. Alle aanbevelingen hebben betrekking op de **praktische uitvoering van fysieke interventie** bij personen met een (verstandelijke) **beperving**, voor die situaties waarin de maatregel tot doel heeft om de kansen te bevorderen en escalatie te voorkomen als ernstig gevaar nog af te wenden is (geen noodtoestand). Dit is ook het geval wanneer dit niet uitdrukkelijk in de aanbeveling vermeld staat. Belangrijk is dat deze aanbevelingen **enkel** van toepassing zijn wanneer de cliënt instemt met de maatregel of er **zelf naar vraagt**. Deze kunnen nooit onder dwang uitgevoerd worden. Wanneer de cliënt tijdens het uitvoeren van de maatregel er verzet (zie deel 3.b.ii.) tegen toont, dient men de maatregel meteen te stoppen.

Een aantal van deze aanbevelingen dienen zorgverleners/begeleiders **voor bepaalde groepen deels aan te passen**, op maat van de individuele **cliënt**. Bij deze aanbevelingen zal er altijd een verduidelijking staan en volgend symbool staan:



Bij de hertaling 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 het cognitieve en emotionele ontwikkelingsniveau van de cliënt;

- Omdat de inzet op communicatie tussen de cliënt en zorgverlener(s)/begeleider(s) tijdens een maatregel zo belangrijk is, dient het gebruik van hulpmiddelen voor communicatie, zoals een hoorapparaat, spraakcomputer of pictoborden tijdens de uitvoering van een maatregel zo weinig mogelijk belemmerd of verhinderd te worden;
- Wanneer de zorgverlener/begeleider de cliënt bepaalde lichaamshoudingen laat aannemen tijdens een fysieke interventie, 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 zorgverleners/begeleiders, concrete handelingen en technieken en tijdsduur van een maatregel komt ook **registratie van de observaties en evaluaties** aan bod. Registratie is belangrijk omdat het een “paper trail” vormt van de maatregel die wordt toegepast. Voor de cliënt is registratie in het bijzonder van belang omdat het de maatregel controleerbaar maakt en hem de mogelijkheid biedt de maatregel in vraag te stellen. Wanneer de cliënt de maatregel in vraag stelt, is een zorgvuldige registratie ook in het belang van de voorziening en de zorgverleners/begeleiders. Bovendien helpt de geregistreeerde informatie de zorgverleners/begeleiders en beleidsmedewerkers om te kunnen leren uit het verloop van een afzondering of fixatie. Desondanks mag de registratie niet ten koste gaan van de zorg voor de (mede)cliënten.

1. Indien er meerdere zorgverleners/begeleiders betrokken zijn

1. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie steeds één zorgverlener/begeleider de leiding heeft.
2. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie de zorgverleners/begeleiders nauw samenwerken als een team, waarbij ieder zijn rol begrijpt en kent.
3. Neem als zorgverlener/begeleider 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 cliënt of eventuele omstaanders in gevaar brengt.



4. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie één zorgverlener/begeleider uitleg geeft aan de gefixeerde persoon; dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijk mogelijk.
Toelichting: Doe dit enkel wanneer dit de cliënt ten goede komt. Als een cliënt dit door zijn ontwikkelingsniveau niet begrijpt en de kans op escalatie daardoor nog kan toenemen, kan hiervan worden afgeweken.
5. De zorgverlener/begeleider die tijdens een fysieke interventie de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-zorgverleners/begeleiders in de mogelijkheid zijn om zo nodig het hoofd en de nek van de jongere te beschermen en te ondersteunen, te waken over het vrijhouden van de luchtwegen en ademhaling, en over de vitale functies.
6. De zorgverlener/begeleider die tijdens een fysieke interventie de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-zorgverleners/begeleiders tijdens het hele proces worden bijgestaan en ondersteund.

2. Indien één zorgverlener/begeleider de fysieke interventie uitvoert



7. Geef tijdens een fysieke interventie uitleg aan de gefixeerde cliënt; doe dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijk mogelijk.
Toelichting: Doe dit enkel wanneer dit de cliënt ten goede komt. Als een cliënt dit door zijn ontwikkelingsniveau niet begrijpt en de kans op escalatie daardoor nog kan toenemen, kan hiervan worden afgeweken.
8. Zorg ervoor dat je, indien nodig, het hoofd en de nek van de persoon beschermt en ondersteunt, en waakt over het vrijhouden van de luchtwegen en ademhaling, en over de vitale functies.
9. Vraag een collega-zorgverlener/begeleider om ondersteuning als je niet zelf de voorzorgsmaatregelen of technieken op een goede manier kan uitvoeren of indien de situatie (verder) dreigt te escaleren.

3. Handelingen en technieken

10. Zorg er telkens voor dat de fysieke interventie en de wijze waarop deze wordt uitgevoerd in verhouding staan tot het gedrag dat de jongere stelt.
11. Gebruik bij fysieke interventie uitsluitend technieken die schadelijke lichamelijke effecten minimaliseren, om op die manier het risico op fysieke pijn of kwetsuren bij de jongere te vermijden.

12. Belemmer tijdens een fysieke interventie nooit iemands luchtwegen, de ademhaling of de bloedcirculatie.

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



14. Indien fixeren bij een persoon die ligt 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.

Toelichting: Doe dit enkel wanneer dit de cliënt ten goede komt. Als dit door de cliënt zijn fysieke beperking niet mogelijk is, kan hiervan worden afgeweken.

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

16. Vermijd bij een fysieke interventie contact dat als seksueel kan worden ervaren.

17. Houd rekening met het geslacht van de zorgverlener(s)/begeleider(s) indien fysieke interventie wordt toegepast bij personen met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik.



18. Vertel de persoon die de fysieke interventie ondergaat, dat de interventie zal stoppen zodra het gedrag waarvoor de fysieke interventie wordt toegepast zich niet langer stelt.

Toelichting: Als dit de kans op escalatie verhoogt, kan hiervan worden afgeweken.

19. Bij automutilatie of stereotiep gedrag dat tot schade voor de persoon leidt moet altijd worden gezocht naar factoren die het gedrag versterken of verminderen.

20. Ook bij zelffixatie (cliënt beperkt zelf zijn bewegingsvrijheid door bijvoorbeeld de arm of hand vast de draaien in kleding) die ontplooiingskansen in de weg staat, moet altijd worden gezocht naar factoren die het gedrag versterken of verminderen.

21. Voordat fysieke interventie wordt overwogen, moeten alternatieve interventies worden verkend, zoals positief bekrachtigen van het gewenste gedrag, het ongewenste gedrag met verbale instructies proberen te onderbreken, of het aanpassen van voorwerpen en materialen in de nabije omgeving van de cliënt.

22. Pas wanneer andere alternatieven zijn overwogen en niet het gewenste effect hebben, kan fysieke interventie worden toegepast bij automutilatie en stereotiep gedrag dat tot schade voor de persoon leidt, of bij zelffixatie die ontplooiingskansen in de weg staat.

23. Mogelijke fysieke interventies bij automutilatie, stereotiep gedrag dat tot schade voor de persoon leidt en zelffixatie die ontplooiingskansen in de weg staat, kunnen bestaan uit 'response blocking' of 'response redirection'. Respectievelijk houdt de zorgverlener/begeleider hierbij de beweging van het bewuste lichaamsdeel (bv. de hand) tegen, of begeleidt de zorgverlener/begeleider het lichaamsdeel naar een andere positie.

4. Duurtijd van een fysieke interventie

24. Streef bij fysieke interventie(s) in de vorm van 'response blocking' of 'response redirection' in de regel eerder naar een aantal seconden dan een aantal minuten.

25. Observeer en evalueer altijd het onmiddellijke effect van de fysieke interventie(s) die de persoon ondergaat.

Toelichting: Beoordeel of de cliënt bij elke toepassing nog steeds akkoord is met de maatregel op dezelfde wijze zoals beschreven bij 3.b. Beoordeel daarnaast of de maatregel het hulpverleningsproces van de cliënt ten goede komt en doeltreffend is. Vanaf dat dit niet meer zo is, moet erop zoek gegaan worden naar alternatieven.

26. Neem in het (be)handelings-/begeleidingsplan of signaleringsplan minstens jaarlijks evaluaties op en bespreek het effect en de noodzaak van de fysieke interventie(s) binnen het multidisciplinaire team.

Referenties

- Allen, D., James, W., Evans, J., Hawkins, S., & Jenkins, R. (2005). Positive Behavioural Support: Definition, Current Status and Future Directions. *Tizard Learning Disability Review*, 10(2), 4-11. <https://doi.org/10.1108/13595474200500014>
- Allikmets, S., Marshall, C., Murad, O., & Gupta, K. (2020). Seclusion: A Patient Perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(8), 723-735. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1710005>
- Azeem, M. W., Aujla, A., Rammerth, M., Binsfeld, G., & Jones, R. B. (2011). Effectiveness of Six Core Strategies Based on Trauma Informed Care in Reducing Seclusions and Restraints at a Child and Adolescent Psychiatric Hospital: Effectiveness of Six Core Strategies Based on Trauma Informed Care in Reducing Seclusions and Restraints at a Child and Adolescent Psychiatric Hospital. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1), 11-15. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00262.x>
- Beeckmans, D., Droogmans, G., Mertens, N., Opgenhaffen, T., Vanhoof, J., Maes, B., van Achterberg, T., Nijs, S., Put, J., Audenhove, C. V., & Cuyper, K. D. (2021). *De ontwikkeling van een intersectorale richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp* (69; p. 379). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Björne, P., Deveau, R., McGill, P., & Nylander, L. (2022). The Use of Restrictive Measures in Community Services for People With Intellectual Disabilities in Sweden. *Journal of Policy & Practice in Intellectual Disabilities*, 19(2), Article 2. <https://doi.org/10.1111/jppi.12399>
- Clark, L. L., Lekkai, F., Murphy, A., Perrino, L., Bapir-Tardy, S., & Barley, E. A. (2020). The use of positive behaviour support plans in mental health inpatient care: A mixed methods study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(2), 140-150. <https://doi.org/10.1111/jpm.12566>
- Duffy, R. M., & Kelly, B. D. (2020). Can the World Health Organisation's 'QualityRights' initiative help reduce coercive practices in psychiatry in Ireland? *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1-4. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.81>
- Hammervold, U. E., Norvoll, R., & Sagvaag, H. (2022). Post-incident reviews after restraints-Potential and pitfalls. Patients' experiences and considerations. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(3), 472-483. <https://doi.org/10.1111/jpm.12776>
- Heyvaert, M., Saenen, L., Maes, B., & Onghena, P. (2014). Systematic Review of Restraint Interventions for Challenging Behaviour Among Persons with Intellectual Disabilities: Focus on Effectiveness in Single-Case Experiments. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(6), 493-510. <https://doi.org/10.1111/jar.12094>
- Klaver, M., Bildt, A., Bruinsma, E., Kuijper, G., Hoekstra, P. J., & Hoofdakker, B. (2020). First Steps Toward Positive Behavior Support in the Netherlands: A Pilot Study Exploring the Effectiveness of a Training for Staff. *Journal of Policy & Practice in Intellectual Disabilities*, 17(3), 188-194. <https://doi.org/10.1111/jppi.12334>
- Peeters, T., De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Buyck, I., Put, J., & Van Audenhove, C. (2019). De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg. *Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*.

- Perers, C., Bäckström, B., Johansson, B. A., & Rask, O. (2022). Methods and Strategies for Reducing Seclusion and Restraint in Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Care. *Psychiatric Quarterly*, *93*(1), 107-136. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09887-x>
- Richardson, B., Webber, L. S., & Lambrick, F. (2020). Factors Associated with Long-Term Use of Restrictive Interventions. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*.
- Sparby, L. E., Olsvold, N., & Obstfelder, A. (2020). Mediating the interface between voluntariness and coercion: A qualitative study of learning disability nurses' work in medical examinations of people with intellectual disability. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(9-10), 1539-1551. <https://doi.org/10.1111/jocn.15211>
- Wilson, K. V., Rhodes, C. E., Kern, L., & George, H. P. (2022). Promoting Positive Discipline Approaches and Reducing Restraint and Seclusion: The American School for the Deaf's Model of Success. *Center on Positive Behavioral Interventions and Supports*.