

De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen

Een multidisciplinaire richtlijn met zicht op de toekomst

Versie 2.1

Tine Peeters¹, Els Vanlinthout¹, Kathleen De Cuyper¹, Tim Opgenhaffen², Jasper Vanhoof³,
Inez Buyck¹, Sara Nijs⁴, Theo van Achterberg³, Johan Put² & Chantal Van Audenhove¹

¹ LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, KU Leuven

² Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven

³ Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde, KU Leuven

⁴ Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek, KU Leuven

April 2022

Inhoudstafel

A.	Inleiding	5
I.	Doelstelling van de multidisciplinaire richtlijn	5
II.	Overzicht van de multidisciplinaire richtlijn	6
III.	Ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn: Methode	7
1.	Methode fase 1: Ontwikkeling van de aanbevelingen voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie	7
2.	Methode fase 2: Ontwikkeling van praktijkgerichte aanvullingen en toelichtingen bij de aanbevelingen voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie	20
3.	Methode fase 3: Ontwikkeling van intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie	21
IV.	Definities van begrippen die gebruikt worden in de multidisciplinaire richtlijn	23
B.	Aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie	27
I.	Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers	29
B.I.1	Leiderschap	29
B.I.2	Preventieve maatregelen en alternatieven voor afzondering en fixatie	37
B.I.3	Opbouw en inrichting van de afdelingen	38
B.I.4	Bekendmaking van het preventiebeleid	38
II.	Aanbevelingen op het niveau van het behandelteam	39
B.II.1	Werking van het team	39
B.II.2	Continuïteit van zorg	39
B.II.3	Omgaan met regels op de afdeling	39
III.	Aanbevelingen op het niveau van de directe zorg voor de zorggebruikers	42
B.III.1	Onthaal en bejegening	42
B.III.2	Kennismaking en het inschatten van kwetsbaarheid en risico's	44
B.III.3	Nabijheid, therapeutisch aanbod en activiteiten	46
B.III.4	Vroegtijdige zorgplanning	47
B.III.5	Omgaan met escalatie	50
B.III.6	Nabespreking na een afzondering of fixatie	53
C.	Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie	55
I.	Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers	57
C.I.1	Procedures	57
C.I.2	Opleiding en training van de hulpverleners	57
C.I.3	Ruimte voor afzondering	58
C.I.4	Klachtenprocedures	58
II.	Aanbevelingen voor de afzonderings- en fixatieprocedures	59
C.II.1	Indicatie voor afzondering en fixatie	59

C.II.2	Bij indicatie: overwegen en beslissen	59
C.II.3	Uitvoeren van de maatregel	61
C.II.4	Beslissen tot het beëindigen van de maatregel	65
C.II.5	Na het beëindigen van de maatregel	66
D.	Aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie	67
I.	Fysieke interventie	68
D.I.1.	Het team	68
D.I.2.	Handelingen en technieken	68
D.I.3.	Duurtijd van een fysieke interventie	69
D.I.4.	Observeren, evalueren en registreren	69
II.	Mechanische fixatie	70
D.II.1.	Het team	70
D.II.2.	Handelingen en technieken	70
D.II.3.	Duurtijd van een mechanische fixatie	71
D.II.4.	Observeren, evalueren en registreren	72
III.	Afzondering	73
D.III.1.	Het team	73
D.III.2.	Handelingen en technieken	73
D.III.3.	Duurtijd van een afzondering	74
D.III.4.	Observeren, evalueren en registreren	75
E.	Randvoorwaarden voor de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn	77
I.	Randvoorwaarden op het niveau van de individuele residentiële voorzieningen	78
E.I.1.	Basisveiligheid van de behandel- en begeleidingsomgeving	78
E.I.2.	Collectief leren en zorg voor personeel	78
II.	Randvoorwaarden op het niveau van de residentiële GGZ als sector	79
E.II.1.	Een 'only once' intersectoraal en gebruiksvriendelijk registratiesysteem	79
E.II.2.	Een optimale en gedifferentieerde personeelscapaciteit	79
E.II.3.	Begeleiding van de voorzieningen bij deskundigheidsbevordering	80
E.II.4.	Architecturale aanpassingen	80
III.	Randvoorwaarden op het niveau van de wetgeving	81
	Referenties	82

A. Inleiding

I. Doelstelling van de multidisciplinaire richtlijn

Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin heeft een multidisciplinaire richtlijn (MDR) ontwikkeld voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de Vlaamse **residentiële geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor volwassenen**. De studie werd uitgevoerd door een samenwerkingsverband tussen LUCAS – Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, het Instituut voor Sociaal Recht, het Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde en de Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek, allen KU Leuven. In overleg met de opdrachtgevers – minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het Agentschap Zorg en Gezondheid – is het een MDR geworden die

- uitgebreid ingaat op de **preventie** van afzondering en fixatie. De aanbevelingen voor de **toepassing** en **praktische uitvoering** van afzondering en fixatie volgen hieruit;
- betrekking heeft op het voorkomen en toepassen van afzondering en fixatie in de context van **escalatie** en **agressie** bij de zorggebruiker;
- uitgewerkt is voor **alle groepen van zorggebruikers** die behandeld worden binnen de Vlaamse residentiële GGZ voor volwassenen;
- Vlaamse residentiële GGZ-voorzieningen wil ondersteunen in de **kwaliteitsverbetering** van de preventie en toepassing van afzondering en fixatie en wil bijdragen tot een **mensenrechten-conforme** preventie en toepassing van deze vrijheidsbeperkende maatregelen;
- opgebouwd is op basis van **wetenschappelijk onderzoek** vanuit **klinisch** en **juridisch** perspectief:
 - evidentie uit klinisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek;
 - een juridische analyse van mensenrechtelijke bronnen over afzondering en fixatie;
 - bestaande (inter-)nationale richtlijnen;
 - input vanuit groepen van stakeholders uit Vlaanderen: GGZ-voorzieningen met goede praktijken m.b.t. preventie en toepassing van afzondering en fixatie, patiëntenvertegenwoordigers, beroepsverenigingen, koepelorganisaties, overheidsadministraties, onderzoekers en ethici.

De MDR vormt een set van goede praktijken voor de Vlaamse residentiële GGZ-voorzieningen. De aanbevelingen zijn gericht naar zowel directies en beleidsmedewerkers als naar hulpverleners. De **directies** en **beleidsmedewerkers** bepalen het beleid inzake de preventie en toepassing van afzondering en fixatie op het niveau van de *voorziening*. De **hulpverleners** passen dit beleid toe op het niveau van de *directe zorg* voor de **zorggebruikers**. Betrokkenheid van en wisselwerking tussen al deze groepen van stakeholders - directies, beleidsmedewerkers, hulpverleners en zorggebruikers binnen de GGZ-voorzieningen - is noodzakelijk om de preventie en toepassing van afzondering en fixatie te optimaliseren.

De MDR is bewust ontwikkeld met zicht op de **toekomst**. De aanbevelingen werden bijgevolg niet aangepast op basis van de haalbaarheid of realiseerbaarheid in de Vlaamse GGZ op dit moment. De MDR heeft immers *kwaliteitsverbetering* van de preventie en toepassing van afzondering en fixatie als doel. Op het einde van de MDR worden wel enkele randvoorwaarden geformuleerd voor de implementatie van de MDR in de praktijk.

De versies 1.0 en 2.0 van deze richtlijn waren zowel gericht naar de residentiële GGZ voor kinderen en jongeren, als voor volwassenen. Sinds de publicatie van een gelijkaardige [richtlijn voor de brede residentiële jeugdhulp](#) in april 2022 (De Cuyper et al., 2022), die zich ook richt tot de kinder- en

jeugdpsychiatrie, is versie 2.1 van deze richtlijn enkel nog van toepassing op de **residentiële GGZ voor volwassenen**.

II. Overzicht van de multidisciplinaire richtlijn

De MDR plaatst de **preventie** van afzondering en fixatie voorop. Daartoe bevat de richtlijn aanbevelingen voor een multi-methodische aanpak met preventieve strategieën op het niveau van de directie, de behandelteams en de directe zorg voor de zorggebruikers. Slechts voor situaties waarin preventieve of alternatieve acties rigoureus maar tevergeefs uitgeprobeerd zijn, bevat de MDR aanbevelingen voor de **toepassing** van afzondering en fixatie, en de **praktische uitvoering** ervan. De aanbevelingen voor de toepassing en praktische uitvoering van afzondering en fixatie volgen uit de aanbevelingen over de preventie ervan. De drie onderdelen – preventie, toepassing en praktische uitvoering – vormen samen één geheel. Menswaardigheid en veiligheid voor de zorggebruikers en het personeel staan centraal.

We geven – bij wijze van **leeswijzer** – een overzicht van de structuur van de richtlijn. De richtlijn is als volgt opgebouwd:

- **Hoofdstuk A: Inleiding**
 - Doelstelling van de multidisciplinaire richtlijn
 - Overzicht van de multidisciplinaire richtlijn
 - Ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn: methode
 - Definities van begrippen die gebruikt worden in de multidisciplinaire richtlijn
- **Hoofdstuk B: Aanbevelingen** voor de **preventie** van afzondering en fixatie
 - Op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers
 - Op het niveau van het behandelteam
 - Op het niveau van de directe zorg voor de zorggebruikers
- **Hoofdstuk C: Aanbevelingen** voor de **toepassing** van afzondering en fixatie
 - Op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers
 - Aanbevelingen voor de afzonderings- en fixatieprocedures
- **Hoofdstuk D: Aanbevelingen** voor de **praktische uitvoering** van afzondering, fysieke interventie en mechanische fixatie in de context van agressie en escalatie
- **Hoofdstuk E: Randvoorwaarden** voor de **implementatie** van de multidisciplinaire richtlijn

In hoofdstukken B, C en D bevatten

- De blauwe kaders de aanbevelingen voor de preventie, toepassing en praktische uitvoering van afzondering en fixatie. De gewone zwarte tekst geeft toelichtingen weer bij deze aanbevelingen;
- De lichtgrijze kaders tips, handvatten en inspiratie bij de aanbevelingen.

III. Ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn: Methode

De GGZ-richtlijn is in drie fasen ontwikkeld:

- Fase 1 (2018-2019): ontwikkeling van de aanbevelingen voor de **preventie** en **toepassing** van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ;
- Fase 2 (2019-2020): ontwikkeling van **toelichtingen, tips, handvatten en inspiratie** bij een aantal aanbevelingen die in de eerste fase van de studie zijn ontwikkeld;
- Fase 3 (2019-2020): ontwikkeling van intersectorale aanbevelingen voor de **praktische uitvoering** van afzondering en fixatie. Deze aanbevelingen zijn niet alleen ontwikkeld voor de residentiële GGZ, maar ook voor alle sub-sectoren van de brede residentiële jeugdhulp.

Volgend op deze drie fasen heeft hetzelfde samenwerkingsverband van onderzoekers een tweede [richtlijn](#) ontwikkeld, met name voor de brede residentiële jeugdhulp (De Cuyper et al., 2022). Sinds de publicatie van deze richtlijn in april 2022 - die zich ook richt tot de kinder- en jeugdpsychiatrie - is de GGZ-richtlijn enkel nog van toepassing op de **residentiële GGZ voor volwassenen** (versie 2.1).

In wat volgt, wordt de methode van de drie fasen van de ontwikkeling van de GGZ-richtlijn toegelicht.

1. **Methode fase 1: Ontwikkeling van de aanbevelingen voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie**

1.1. **De GRADE-methode: Internationale standaard voor de ontwikkeling van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen in de gezondheidszorg**

De ‘Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation’ methode – of kortweg GRADE-methode – vormde de leidraad voor de ontwikkeling van de aanbevelingen van deze MDR. Zowel de Wereldgezondheidsorganisatie (2008) als internationale experts (Hill & Pang, 2007; Movsisyan, Dennis, Rehfuess, Grant, & Montgomery, 2018; Oxman, Lavis, & Fretheim, 2007) adviseren om wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen voor de gezondheidszorg te ontwikkelen op basis van deze methode. De vier onderdelen van deze methode worden weergegeven in Figuur 2 en kunnen als volgt worden samengevat (Barbui & Cipriani, 2011):

1. Resultaten uit wetenschappelijk onderzoek verzamelen en samenvatten: Klinische richtlijnen worden ontwikkeld op basis van de systematische studie van wetenschappelijke evidentie. De GRADE-methode is in oorsprong uitgewerkt voor de ontwikkeling van richtlijnen binnen de *somatische* gezondheidszorg, waar (meta-analyses van) *randomized controlled trials* frequent als onderzoeksmethode gebruikt (kunnen) worden. In de geestelijke gezondheidszorg zijn richtlijnen vaak ook onderbouwd met evidentie uit observationele studies, zoals cohort-studies en case-control studies. In de GGZ wordt bovendien expertconsensus over goede praktijken – die bestudeerd wordt aan de hand van kwalitatief onderzoek – meegenomen als wetenschappelijke onderbouwing voor richtlijnen (Barbui et al., 2010).
2. Kwaliteit van de wetenschappelijke evidentie bepalen: *Randomized controlled trials* (RCTs) leveren volgens de GRADE-methode wetenschappelijke evidentie op van de hoogste kwaliteit. Op basis van een aantal criteria wordt de kwaliteit van deze evidentie bepaald. De zogenaamde GRADE-tabellen laten toe om de kwaliteit van dit bewijs op een kwantitatieve manier te omschrijven. Observationele studies leveren wetenschappelijke evidentie op van een lagere kwaliteit. De kwaliteit van deze studies wordt op een narratieve wijze omschreven. Expertconsensus over goede praktijken behoort

volgens de GRADE- methode tot het laagste niveau van wetenschappelijke evidentie (Barbui et al., 2010). De sterkte van de aanbevelingen uit de richtlijn wordt allereerst bepaald door de kwaliteit van de evidentie op basis waarvan de aanbevelingen zijn ontwikkeld.

3. Waarden en voorkeuren expliciteren: Vervolgens wordt er nagegaan in welke mate de aanbevelingen, die gebaseerd zijn op de verzamelde evidentie uit wetenschappelijk onderzoek, in overeenstemming zijn met waarden en voorkeuren die gelden in de praktijk. De sterkte van de aanbevelingen wordt op basis van deze afweging aangepast (Barbui et al., 2010).
4. Haalbaarheid inschatten: Tenslotte wordt er nagegaan in welke mate de aanbevelingen haalbaar zijn om toe te passen in het werkveld waarvoor de MDR bedoeld is. Ook in deze laatste stap wordt de sterkte van de aanbevelingen op basis van deze afweging aangepast (Barbui et al., 2010).



Figuur 2 Samenvatting van de GRADE-methode om wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen te ontwikkelen (gebaseerd op Barbui & Cipriani, 2011)

1.2. De onderzoeksmethode gebaseerd op GRADE en aangevuld met extra werkpakketten (fase 1 van de studie)

Voor de opbouw van deze MDR is – in tegenstelling tot de meeste andere MDRs in de gezondheidszorg – wetenschappelijke evidentie vanuit zowel *klinisch* als *juridisch* onderzoek noodzakelijk. Afzondering en fixatie raken immers aan de fysieke en psychische integriteit van de persoon. Ze vormen bovendien een uitzondering op het zelfbeschikkingsbeginsel dat in (het recht over) de zorg centraal staat. Buiten de situaties waarin de wet afzondering en fixatie toelaat, zijn ze dan ook verboden. Waar ze toegelaten zijn, zijn er bovendien waarborgen nodig die de rechten van de zorggebruiker vrijwaren. Verschillende mensenrechtenorganen hebben zich vanuit dat perspectief meermaals over afzondering en fixatie uitgesproken. Dit leidt tot een normatief kader waaraan afzondering en fixatie moeten voldoen. Daarom dient de MDR niet alleen klinisch wetenschappelijk zo sterk mogelijk onderbouwd te zijn, maar moet ze daarnaast ook in lijn zijn met dit juridisch kader. Omwille van dit tweevoudige perspectief werden twee werkpakketten toegevoegd aan de vier onderdelen die afkomstig zijn uit de GRADE-methode. Om af te stemmen op de doelstelling van deze studie en de MDR, werden de vier onderdelen van de GRADE-methode ook op enkele punten aangepast. De zes stappen van de uiteindelijke onderzoeksmethode worden hieronder weergegeven. De toevoegingen en aanpassingen staan schuin gedrukt:

1. Resultaten uit wetenschappelijk onderzoek vanuit *klinisch en juridisch perspectief* verzamelen en samenvatten;
2. *Ontwikkelen van een mensenrechtelijk toetsingskader*;
3. *Integreren van wetenschappelijk onderzoek vanuit klinisch en juridisch perspectief*;
4. De kwaliteit van de evidentie bepalen op basis waarvan de aanbevelingen werden ontwikkeld;

5. De aanbevelingen toetsen en aanpassen aan de waarden en voorkeuren die bestaan binnen het werkveld;
6. De aanbevelingen toetsen aan de haalbaarheid binnen het werkveld. *Op basis hiervan worden randvoorwaarden geformuleerd voor de implementatie van de MDR.*

Deze zes stappen worden in onderstaande paragrafen 1.3 tot 1.8 toegelicht.

1.3. Wetenschappelijke evidentie vanuit klinisch en juridisch perspectief (fase 1 van de studie)

1.3.1 Formuleren van de richtvragen

Op basis van de richtvragen van de studie werd de wetenschappelijke evidentie verzameld voor de ontwikkeling van de aanbevelingen van de MDR. De richtvragen kwamen tot stand op basis van:

- een eerste inspectie van de klinisch georiënteerde wetenschappelijke literatuur en juridische bronnen;
- drie interviews die plaats vonden in drie psychiatrische ziekenhuizen. Deze interviews hadden tot doel de onderzoekers kennis te laten maken met een aantal goede praktijken inzake preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de Vlaamse residentiële GGZ;
- de projectfiche die overeengekomen werd met de opdrachtgevers en de onderzoekers van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Onderstaande vijf richtvragen werden geformuleerd voor deze studie:

1. Welke preventieve interventies verminderen in de context van escalatie en agressie de hoeveelheid afzonderingen en fixaties - en de duur ervan - bij kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen die opgenomen zijn in de residentiële GGZ? Deze vraag richt zich ook tot de doelgroep van personen met dementie of een intellectuele beperking die behandeld worden binnen de residentiële GGZ.
2. Welke goede praktijken bestaan er in Vlaanderen en daarbuiten voor de toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ?
3. Wat is de impact van afzondering en fixatie op (de beleving van) het psychisch en fysiek welzijn van de zorggebruikers en de hulpverleners?
4. Welke voorwaarden stellen de verdragsorganen van de Raad van Europa opdat het recht en het beleid met betrekking tot afzondering en fixatie, en de concrete toepassing van afzondering en fixatie, mensenrechtenconform is?
5. Welke randvoorwaarden zijn noodzakelijk opdat de toepassing van de MDR enerzijds haalbaar is en anderzijds op mensenrechtenconforme wijze kan gebeuren?

1.3.2 Verzamelen van wetenschappelijke evidentie vanuit klinisch en juridisch perspectief

a. Wetenschappelijk onderzoek vanuit klinisch perspectief

Bestaande wetenschappelijke evidentie op basis van klinisch georiënteerd onderzoek werd op volgende manier verzameld:

1. De wetenschappelijke literatuur werd doorzocht op systematische reviews, narratieve en scoping reviews en/of RCTs met betrekking tot
 - preventieve interventies om de hoeveelheid afzonderingen en fixaties – en de duur ervan – in het kader van escalatie en agressie te verminderen bij zowel kinderen, jongeren, volwassenen

(zonder intellectuele beperking) als ouderen (zonder dementie) die opgenomen zijn in de residentiële GGZ;

- de gevolgen van afzondering en fixatie op het psychisch en fysiek welzijn van zorggebruikers en hulpverleners;
- de beleving van zorggebruikers tijdens en na het ondergaan van afzondering en/of fixatie;
- preventie en toepassing van afzondering en fixatie bij personen met dementie of intellectuele beperking (ongeacht de oorzaak) in de residentiële GGZ.

2. De bestaande (inter-)nationale richtlijnen en adviezen werden inhoudelijk met elkaar vergeleken. Deze richtlijnen zijn zowel gebaseerd op evidentie uit wetenschappelijk onderzoek, als op expertconsensus. Richtlijnen die (ook) gebaseerd zijn op expertconsensus zijn contextafhankelijk, in dit geval afhankelijk van bv. land-specifieke kenmerken van de GGZ en de betrokken beroepsgroepen. Daarenboven zijn de richtlijnen tot stand gekomen in de specifieke juridische context van het betreffende land. Daarom kunnen onderdelen van deze richtlijnen niet altijd overgenomen worden voor Vlaanderen. Volgende richtlijnen werden meegenomen in deze studie:

- De standaard van het Europees Comité voor de Preventie van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing (CPT-standaard; Raad van Europa, 2017)
- Hoge Gezondheidsraad advies nr. 9193 (Hoge Gezondheidsraad, 2016);
- De klinische richtlijn van het 'National Institute for Health and Care Excellence' (NICE instituut) van het Verenigd Koninkrijk: "Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings" (NICE, 2015);
- Nederlandse richtlijn: "Dwang en Drang in de GGZ" (van der Hoeven, de Hoop, de Haan, & Bikker, 2016);
- De richtlijn van de 'American Academy of Child & Adolescent Psychiatry', specifiek voor kinderen en jongeren: "Practice Parameter for the Prevention and Management of Aggressive Behavior in Child and Adolescent Psychiatric Institutions, With Special Reference to Seclusion and Restraint" (Masters et al., 2002).

Daarnaast werd ook het standpunt van het Vlaams Patiëntenplatform en OPGanG (2017) over het gebruik van dwangmaatregelen in de GGZ meegenomen voor de onderbouwing van de MDR. Dit standpunt vormt een aanvulling op het advies van de Hoge Gezondheidsraad op basis van de expertise van ervaringsdeskundigen.

3. Om zicht te krijgen op expertconsensus over goede praktijken van preventie en toepassing van afzondering en fixatie in Vlaanderen, werd een eerste draft van de MDR tijdens een expertpanel voorgelegd aan 22 experts. De eerste draft van de MDR werd opgesteld op basis van de literatuurstudie, de vergelijking tussen de bestaande (inter-)nationale richtlijnen, de CPT-standaard (zie verder in de tekst) en de resultaten van de drie interviews. Verschillende groepen van stakeholders werden tijdens het expertpanel bevraagd:

- GGZ-professionals uit voorzieningen met goede praktijken (n = 10);
- vertegenwoordigers van beroepsverenigingen (n = 3);
- vertegenwoordigers van zorggebruikers (n = 3);
- onderzoekers/ethici (n = 2);
- vertegenwoordigers van koepelorganisaties (n = 2).

Met betrekking tot de eerste draft van de MDR werd er gevraagd naar

- de sterkste punten;
- de minst goede punten;

- de punten die moeten toegevoegd te worden;
- de randvoorwaarden om de MDR te kunnen implementeren in de Vlaamse residentiële GGZ.

Voor de samenvatting van de literatuurstudie, de analyse van bestaande (inter-)nationale richtlijnen en de resultaten van de interviews en het expertpanel wordt respectievelijk verwezen naar hoofdstukken 2, 3, 4 en 5 van het [onderzoeksrapport](#) van de eerste versie van de MDR (Peeters et al., 2019).

b. Wetenschappelijk onderzoek vanuit juridisch perspectief

Vanuit het juridische perspectief werd een klassieke juridische methode toegepast waarbij twee bronnenkaders opgebouwd en geanalyseerd werden.

1. Een eerste bronnenkader omvat het recht dat in Vlaanderen op afzondering en fixatie van toepassing is. Het bestaat uit:
 - de wetgeving (in ruime zin) die op afzondering en fixatie in Vlaanderen van toepassing is, enerzijds omdat ze de toepassing ervan expliciet of impliciet rechtvaardigt, en anderzijds omdat ze de toepassingsmodaliteiten ervan regelt;
 - gepubliceerde rechtspraak over afzondering en fixatie;
 - waar relevant, parlementaire voorbereidingen, *soft law* en rechtsleer.

Het bronnenkader werd juridisch geanalyseerd om volgende vragen te beantwoorden:

- wanneer is de toepassing van afzondering en fixatie juridisch toegelaten?
 - wat zijn de toepassingsmodaliteiten?
2. Een tweede bronnenkader gaat de voorwaarden na waaraan moet worden voldaan opdat een afzondering of fixatie mensenrechtenconform is. Ze bestaat uit een integrale analyse van de wijze waarop de verdragsorganen, die gekoppeld zijn aan de voor afzondering en fixatie relevante mensenrechtenverdragen, omgaan met afzondering en fixatie. In het bijzonder:
 - Raad van Europa
 - Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens: alle rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) over afzondering en fixatie in de GGZ;
 - Europees Verdrag ter voorkoming van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing: in de landenrapporten van het Europees Comité voor de Preventie van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing (CPT) gepubliceerd op *Hudoc CPT* tussen mei 2013 en april 2018, de onderdelen over afzondering en fixatie [topic: means of restraint] in de residentiële GGZ [places: psychiatric establishments] & de CPT-standards on the means of restraint in psychiatric establishments for adults (CPT, 2017).
 - Verenigde Naties:
 - VN-Verdrag inzake Burgerlijke en Politieke Rechten (IVBPR): landenrapporten, *views* en *general comments* van het VN-comité voor de Rechten van de Mens;
 - VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap (IVRPH): landenrapporten, *views* en *general comments* van het Comité voor de Rechten van Personen met een Handicap (CRPH);
 - VN-verdrag inzake de Rechten van Kind (IVRK): landenrapporten, *views* en *general comments* van het Comité voor de rechten van het kind.

1.4. Ontwikkelen van een mensenrechtelijk toetsingskader (fase 1 van de studie)

Na een analyse van het werk van de verschillende verdragsorganen bleek 'de' mensenrechtenconforme benadering niet te bestaan. Daarom werd de keuze gemaakt om de benadering die ontwikkeld is binnen de verdragsorganen van de Raad van Europa als uitgangspunt te nemen. Deze keuze is om drie redenen gegrond:

1. Het aantal bronnen van deze verdragsorganen, en de mate van detail ervan. Vooral het CPT besteedt veel aandacht aan het onderwerp en geeft daarbij een specifieke invulling aan de algemene beginselen;
2. Er is sprake van een interne coherentie binnen het werk van de organen van de Raad van Europa;
3. De benadering van de Raad van Europa is invloedrijk, soms zelfs bindend.

De benadering van de Verenigde Naties maakt niet rechtstreeks deel uit van het toetsingskader. Binnen de Comités is er immers vaak minder oog voor detail en worden soms tegenstrijdige posities ingenomen. Wel heeft de benadering van de Verenigde Naties, in het bijzonder van het CRPH, een invloed op de benaderingswijze van afzondering en fixatie door het EHRM en het CPT.

Om het toetsingskader op te bouwen, werden uit de rechtspraak van het EHRM-principes afgeleid die bij afzondering en fixatie van belang zijn. Aan de hand van de EHRM-rechtspraak werden deze principes zo concreet mogelijk ingevuld. De appreciatiemarge die het EHRM laat, werd vervolgens verder verfijnd aan de hand van de CPT-standaard en de landenrapporten. Zo werd een lijst met principes en belangrijke elementen opgebouwd, die vervolgens als toetsingskader is ingezet.

Voor de inhoudelijke aspecten van de opbouw tot het toetsingskader en voor het toetsingskader zelf, wordt verwezen naar hoofdstuk 6 van het [onderzoeksrapport](#) van de eerste versie van de MDR (Peeters et al., 2019).

1.5. Integreren van evidentie uit wetenschappelijk onderzoek vanuit klinisch en juridisch perspectief (fase 1 van de studie)

De aanbevelingen voor de *preventie* van afzondering en fixatie werden integraal ontwikkeld op basis van evidentie uit klinisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek. Dit betrof internationale studies naar preventiestrategieën, alsook de resultaten van de eigen kwalitatieve studie (drie interviews en het eerste expertpanel (zie hoofdstuk 5) die werd uitgevoerd in de Vlaamse GGZ. In een tweede beweging werd nagegaan of deze aanbevelingen in overeenstemming waren met de mensenrechtelijke principes. Dit bleek steeds het geval te zijn.

De aanbevelingen voor de *toepassing* van afzondering en fixatie werden op een andere manier ontwikkeld, namelijk op basis van (1) juridische bronnen, (2) klinisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek en (3) de bestaande (inter-)nationale richtlijnen. Zoals voorheen vermeld betrof het klinisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek studies naar de gevolgen van afzondering en fixatie op het psychisch en fysiek welzijn van zorggebruikers en hulpverleners, en studies naar de beleving van zorggebruikers tijdens en na het ondergaan van afzondering en/of fixatie. De integratie van deze verschillende soorten van evidentie resulteerde in aanbevelingen die ontwikkeld zijn op basis van:

- *enkel* juridische bronnen. Deze aanbevelingen werden daarna getoetst aan algemene principes van goede klinische zorg uit de herstelgerichte, participerende en trauma-geïnformeerde zorg. Hierbij werden geen inconsistenties gevonden;

of

- *enkel* evidentie uit klinisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek. In een tweede beweging werd nagegaan of deze aanbevelingen in overeenstemming waren met de mensenrechtelijke principes. Dit bleek steeds het geval te zijn;

of

- *zowel* de juridische bronnen *als* evidentie uit klinisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek. Bij inconsistenties tussen beide perspectieven werd gezocht naar een variant van de aanbeveling die voldoende werd ondersteund door beide vormen van evidentie. Indien het niet mogelijk was om klinisch en juridisch georiënteerde evidentie met elkaar te integreren, werd ervoor gekozen om deze onderdelen van aanbevelingen niet op te nemen in de MDR;

en

- bestaande (inter-)nationale richtlijnen.

1.6. De kwaliteit van de evidentie bepalen op basis waarvan de aanbevelingen werden ontwikkeld (fase 1 van de studie)

De kwaliteit van de wetenschappelijke evidentie op basis waarvan de aanbevelingen van de MDR werden ontwikkeld, wordt geëxpliciteerd aan de hand van evidentieniveaus. Hieronder worden de evidentieniveaus toegelicht die voor deze richtlijn werden gehanteerd. Daarnaast wordt uitgelegd hoe de overgang werd gemaakt van de sterkte van het bewijs (evidentieniveau) naar de sterkte van de aanbevelingen, die op basis van dit bewijs werd ontwikkeld.

In hoofdstuk 7 van het [onderzoeksrapport](#) van de eerste versie van de MDR (Peeters et al., 2019) wordt het evidentieniveau van alle aanbevelingen van de MDR weergegeven.

1.6.1. Aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ

Voor de aanbevelingen met betrekking tot de *preventie* van afzondering en fixatie werden onderstaande evidentieniveaus uitgewerkt om de kwaliteit van de evidentie uit klinisch georiënteerd onderzoek te kwantificeren. In het onderzoeksdomein van de preventie van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ zijn nog maar enkele RCTs gedaan. Wel zijn reeds verschillende systematische of narratieve reviews verschenen van observationele studies en van kwalitatieve studies. Onderstaande 5 evidentieniveaus werden onderscheiden.

- Niveau 1: Bevinding afkomstig uit één of meerdere reviews van kwantitatieve, kwalitatieve of *mixed method* studies;
- Niveau 2: Bevinding afkomstig uit één of meer onafhankelijk van elkaar uitgevoerde RCTs;
- Niveau 3: Bevinding die terugkeert in verschillende onafhankelijk van elkaar uitgevoerde (kwantitatieve, kwalitatieve of *mixed method*) studies die geen RCTs zijn. Onze eigen kwalitatieve studie (drie interviews en het eerste expertpanel) kan hiervan onderdeel uitmaken;
- Niveau 4A: Enkel op basis van het eerste expertpanel en de interviews die in Vlaanderen werden afgenomen, bestaan er aanwijzingen voor consensus¹ onder hulpverleners; én op basis van deze

¹ Met “aanwijzingen voor consensus” wordt bedoeld dat tijdens het expertpanel en de interviews meerdere experten het eens waren over een standpunt, zonder dat iemand hiertegen inging (= zich niet akkoord uitte, tegenargumenten gaf, een andere opinie gaf die indruiste tegen het standpunt).

studie zijn er ook aanwijzingen dat vertegenwoordigers van zorggebruikers of familie hiermee akkoord gaan;

- Niveau 4B: Enkel op basis van het eerste expertpanel en de interviews die in Vlaanderen werden afgenomen, bestaan er aanwijzingen voor consensus¹ onder hulpverleners, zonder dat we op basis van deze studie weten wat vertegenwoordigers van zorggebruikers of familie daarover denken.

De sterkte van de aanbevelingen wordt in eerste instantie bepaald door de kwaliteit van de evidentie op basis waarvan de betreffende aanbeveling werd ontwikkeld, hetgeen aangeduid wordt met één van bovenstaande evidentieniveaus. Het is door de formulering van de aanbeveling dat de sterkte van de aanbeveling duidelijk wordt. De aanbevelingen die gebaseerd zijn op één of meer reviews van observationele en/of kwalitatieve studies (evidentieniveau 1), op één of meer RCTs (evidentieniveau 2) en/of op bevindingen die terugkeren in verschillende onafhankelijk van elkaar uitgevoerde observationele en/of kwalitatieve studies (evidentieniveau 3) werden in gebiedende wijs geformuleerd. Aanbevelingen die enkel gebaseerd zijn op input uit het eerste expertpanel en de drie interviews (evidentieniveau 4A of 4B) werden geformuleerd met toevoeging van de term “overweeg om”.

1.6.2. Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ

De aanbevelingen voor de *toepassing* van afzondering en fixatie werden op een andere manier ontwikkeld dan de aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie: op basis van (1) juridische bronnen, (2) klinisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek en (3) de bestaande (inter-) nationale richtlijnen. De kwaliteit van deze evidentie wordt bijgevolg ook met andere evidentieniveaus aangeduid:

- Voor de aanbevelingen die enkel ontwikkeld werden op basis van juridische evidentie wordt de kwaliteit van die evidentie aangegeven aan de hand van de evidentieniveaus A_1, A_2 en A_3 (zie hieronder);
- Voor de aanbevelingen die enkel ontwikkeld werden op basis van evidentie uit klinisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek wordt de kwaliteit van die evidentie aangeduid aan de hand van de evidentieniveaus B_1, B_2, B_3, B_4A en B_4B (zie hieronder). Deze evidentieniveaus zijn volledig analoog aan de evidentieniveaus die de kwaliteit van de evidentie aangeven van de aanbevelingen voor de *preventie* van afzondering en fixatie;
- Voor de aanbevelingen die ontwikkeld werden op basis van zowel juridische evidentie als evidentie uit klinisch georiënteerd onderzoek wordt de kwaliteit van beide vormen van evidentie geëxpliciteerd, dus met een A-evidentieniveau én een B-evidentieniveau;
- Ook de studie van bestaande (inter-)nationale richtlijnen werd meegenomen in de ontwikkeling van de aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie. Een aanbeveling werd opgenomen in de MDR op basis van:
 - het advies van de Hoge Gezondheidsraad, of
 - minstens twee internationale richtlijnen en/of het advies van OPGanG.

Na alle stappen van de ontwikkeling van de MDR doorlopen te hebben, bleek dat geen enkele aanbeveling *uitsluitend* gebaseerd was op het advies van de Hoge Gezondheidsraad of op minstens twee internationale richtlijnen en/of het advies van OPGanG, *zonder dat* er juridische evidentie voor bestond en/of dat er evidentie uit klinisch wetenschappelijk onderzoek voorhanden was. Dit volgt uit het feit dat

deze richtlijnen allen opgesteld zijn op basis van wetenschappelijk onderzoek², expertconsensus en in lijn met de mensenrechtelijke principes. Daarom wordt dit evidentieniveau niet weergegeven in de bewijstabel. Voor de bewijstabellen zelf wordt verwezen naar hoofdstuk 7 van het [onderzoeksrapport](#) van de eerste versie van de MDR (Peeters et al., 2019).

De evidentieniveaus worden hieronder gedefinieerd:

A-evidentieniveaus duiden de kwaliteit aan van de juridische evidentie:

- Niveau A_1: Gebaseerd op één of meer mensenrechtelijke principes zoals vertaald in de CPT-standaard;
- Niveau A_2: Gebaseerd op één of meer mensenrechtelijke principes zoals vertaald in minstens één CPT landenrapport of in minstens één uitspraak van het Europees Hof van de Rechten van de Mens, en niet integraal in de CPT-standaard;
- Niveau A_3: Gebaseerd op één of meer mensenrechtelijke principes die de onderzoekers naar analogie met de CPT-standaard zelf vertaald hebben om consistentie te bekomen tussen de aanbevelingen van de MDR.

B-evidentieniveaus duiden de kwaliteit aan van evidentie uit klinisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek:

- Niveau B_1: Bevinding afkomstig uit één of meerdere reviews van kwantitatieve, kwalitatieve of *mixed method* studies;
- Niveau B_2: Bevinding afkomstig uit één of meer onafhankelijk van elkaar uitgevoerde RCTs;
- Niveau B_3: Bevinding die terugkeert in verschillende onafhankelijk van elkaar uitgevoerde (kwantitatieve, kwalitatieve of *mixed method*) studies die geen RCTs zijn. Onze eigen kwalitatieve studie (drie interviews en het eerste expertpanel) kan hiervan onderdeel uitmaken;
- Niveau B_4A: Enkel op basis van het eerste expertpanel en de interviews die in Vlaanderen werden afgenomen, bestaan er aanwijzingen voor consensus³ onder hulpverleners; én op basis van deze studie zijn er ook aanwijzingen dat vertegenwoordigers van zorggebruikers of familie hiermee akkoord gaan;
- Niveau B_4B: Enkel op basis van het eerste expertpanel en de interviews die in Vlaanderen werden afgenomen, bestaan er aanwijzingen voor consensus³ onder hulpverleners, zonder dat we op basis van deze studie weten wat vertegenwoordigers van zorggebruikers of familie daarover denken.

Alle aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie werden beschouwd als sterke aanbevelingen en werden bijgevolg geformuleerd in de gebiedende wijs. Deze beslissing werd ingegeven door het feit dat er bij alle betrokken experten uit de expertpanels, bij alle onderzoekers die de richtlijn hebben geschreven en ook bij alle leden van de stuurgroep van deze studie (zie paragraaf 9 van dit hoofdstuk) de voorkeur en waarde leeft dat afzondering en fixatie zoveel mogelijk

² Dit geldt veel minder voor het advies van OPGanG. Dat was ook niet het opzet van dit advies.

³ Met “aanwijzingen voor consensus” wordt bedoeld dat tijdens het expertpanel en de interviews meerdere experten het eens waren over een standpunt, zonder dat iemand hiertegen inging (= zich niet akkoord uitte, tegenargumenten gaf, een andere opinie gaf die indruiste tegen het standpunt).

dienen vermeden te worden. Deze waarde is gebaseerd op de overtuiging dat ook de rechten van alle zorggebruikers in de residentiële GGZ maximaal gerespecteerd dienen te worden. Bovendien stemt dit overeen met de groeiende bezorgdheid die er nationaal en internationaal in de samenleving bestaat omtrent de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in de (geestelijke) gezondheidszorg. Bijgevolg werd beslist dat – voor die situaties waarin afzondering en/of fixatie dan toch wordt toegepast – de aanbevelingen uit de MDR geïnterpreteerd dienen te worden als sterke aanbevelingen, die bijgevolg steeds in gebiedende wijs werden geformuleerd.

1.7. Waarden en voorkeuren expliciteren (fase 1 van de studie)

Op verschillende momenten doorheen de studie werd input verzameld over de waarden en voorkeuren rond vrijheidsbeperkende maatregelen die leven binnen de residentiële GGZ. Dit gebeurde tijdens (1) de drie interviews die afgenomen werden in residentiële GGZ-voorzieningen met goede praktijken inzake afzondering en fixatie, (2) de twee expertpanels, en (3) de stuurgroepvergaderingen (zie 9.).

Doorheen de volledige studie werd dus rekening gehouden met de waarden en voorkeuren die binnen de GGZ als belangrijk worden geacht met betrekking tot de preventie en toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Tijdens het tweede expertpanel werd de derde draft van de MDR hier nog eens finaal op afgetoetst. Op basis van deze input werden daarna de laatste aanpassingen aan de (sterkte van de) aanbevelingen gedaan.

1.8. Randvoorwaarden bepalen voor de implementatie van aanbevelingen voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie (fase 1 van de studie)

Ten slotte zijn de randvoorwaarden uitgewerkt voor de implementatie van de MDR in de Vlaamse residentiële GGZ-voorzieningen. Deze randvoorwaarden kwamen in de eerste fase van het project tot stand op basis van

- de literatuurstudie van het klinisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek: (reviews van) klinische interventiestudies en (reviews van) kwalitatieve studies die de ervaringen van zorggebruikers met afzondering en fixatie inventariseren;
- de studie van de mensenrechtelijke beginselen, de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens, de CPT-standaard en de landenrapporten van het Comité ter Preventie van Foltering van de Raad van Europa;
- de bestaande (inter-)nationale richtlijnen;
- de twee expertpanels en de drie interviews.

Op de randvoorwaarden die ontwikkeld zijn tijdens de eerste fase van het project (Peeters et al., 2019) is verder gewerkt tijdens de derde fase van het project (Vanlinthout et al., 2020). Deze randvoorwaarden zijn op hun beurt verder aangevuld bij de ontwikkeling van de intersectorale richtlijn voor de brede residentiële jeugdhulp (Beeckmans et al., 2022). Het is deze laatste versie van de randvoorwaarden die in deze versie 2.1 van de GGZ-richtlijn is opgenomen.

1.9. Betrokkenen bij de ontwikkeling van de aanbevelingen voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie (fase 1 van de studie)

De zes onderdelen van de onderzoeksmethode werden vormgegeven en uitgevoerd door onderzoekers van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin die in de eerste fase van de studie samen de richtlijnwerkgroep vormden:

- Drie volwassenenpsychologen: Tine Peeters, dr. Kathleen De Cuyper en prof. dr. Chantal Van Audenhove (LUCAS KU Leuven – Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy),
- Eén kinder- en jeugdpsycholoog: dr. Inez Buyck (LUCAS KU Leuven – Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy),
- Twee juristen: dr. Tim Opgenhaffen en prof. dr. Johan Put (Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven).

Zij zijn de auteurs van de eerste versie van de richtlijn.

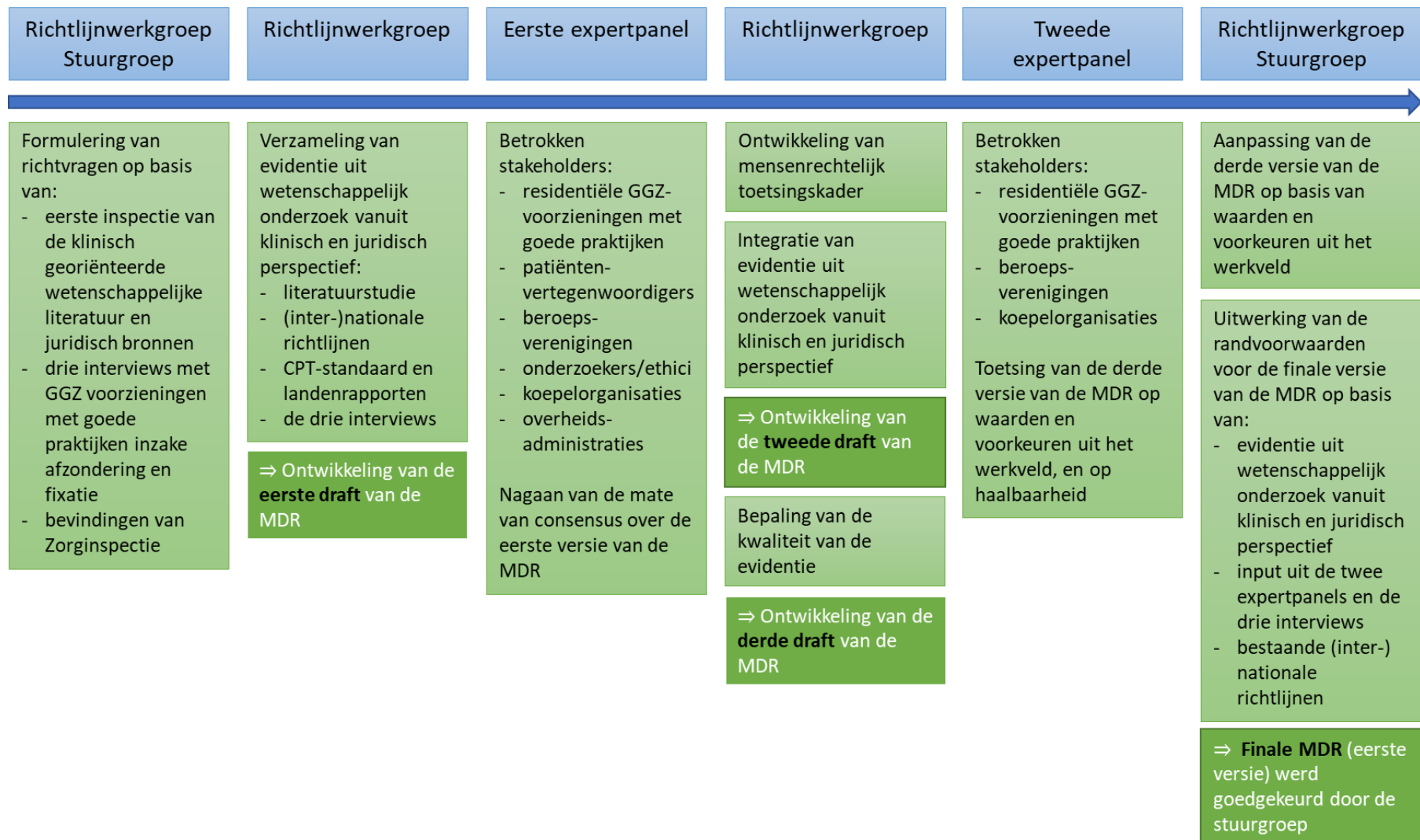
Alle onderzoeksactiviteiten van de richtlijnwerkgroep werden doorheen de eerste fase van het project opgevolgd door een stuurgroep die bestond uit

- de opdrachtgevers van de studie, met name het Agentschap Zorg en Gezondheid en het kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
- het Agentschap Jongerenwelzijn,
- Zorginspectie,
- het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
- de richtlijnwerkgroep.

Op twee momenten in het onderzoeksproces werd de MDR die tot dan toe ontwikkeld was, voorgelegd aan expertpanels van

- residentiële GGZ-voorzieningen met goede praktijken op vlak van afzondering en fixatie,
- patiëntenvertegenwoordigers,
- betrokken beroepsverenigingen,
- onderzoekers/ethici,
- betrokken koepelorganisaties, en/of
- administraties van de betrokken overheden.

Op welke momenten en op welke wijze de betrokkenen hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van de MDR doorheen het onderzoeksproces, wordt in Figuur 3 in beeld gebracht.



Figuur 3 Bijdragen van de betrokkenen aan de eerste fase van de studie: de ontwikkeling van aanbevelingen voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ

2. **Methodie fase 2: Ontwikkeling van praktijkgerichte aanvullingen en toelichtingen bij de aanbevelingen voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie**

2.1. Literatuurstudie en documentenanalyse

De praktijkgerichte aanvullingen en toelichtingen werden voornamelijk uitgewerkt bij aanbevelingen voor de **preventie van afzondering en fixatie**. Om tot meer kwaliteitsvolle zorg te komen met betrekking tot afzondering en fixatie dient daar immers in eerste instantie op ingezet te worden. Toelichting bij aanbevelingen, alsook tips, handvatten en inspiratie voor de implementatie ervan, werden uitgewerkt voor een aantal onderdelen van deel B van de MDR: Aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie in residentiële GGZ-voorzieningen. Het betreft volgende onderdelen:

- Op het niveau van directie en beleidsmedewerkers:
 - Leiderschap
- Op het niveau van het behandelteam:
 - Omgaan met regels
- Op het niveau van de directe zorg voor de zorggebruiker:
 - Onthaal en bejegening
 - Vroegtijdige zorgplanning
 - Omgaan met escalatie

Eenzijds werd hiertoe de literatuur die in de eerste fase van het studieproject werd verzameld, opnieuw geanalyseerd (zie paragraaf 1.3.2 hierboven). Anderzijds werd nieuwe onderzoeksliteratuur – reviews en/of individuele studies – en wetenschappelijk onderbouwde documenten verzameld via Web of Science, LIMO (KU Leuven), Google Scholar en de website van ICOBA, het kennis- en expertisecentrum rond agressiebeheersing. Met betrekking tot onderstaande topics werd op deze manier een bijkomende literatuurstudie en documenten-analyse uitgevoerd:

- Ervaringen van beleidsmedewerkers en leidinggevenden met betrekking tot de preventie van afzondering en fixatie
- Herstelondersteunende zorg
- Participatie in de GGZ
- Agressie
- Verbale de-escalatie
- Verbindende en geweldloze communicatie.

Over andere topics waarvoor de onderzoekers ook praktijkgerichte aanvullingen en toelichtingen hebben uitgewerkt, werd geen bijkomende literatuurstudie en documentenanalyse gedaan. Dit was reeds zeer uitvoerig gebeurd tijdens de eerste fase van het studieproject.

Met betrekking tot de **toepassing van afzondering en fixatie** werd op basis van de hierboven beschreven literatuurstudie en documentenanalyse

- Het verband toegelicht tussen de aanbevelingen over preventie en de aanbevelingen over de toepassing van afzondering en fixatie;
- Geduid waar en hoe de principes van herstelondersteunende zorg en trauma-geïnformeerde zorg aan bod komen in het onderdeel over de toepassing van afzondering en fixatie.

2.2. Richtlijnwerkgroep

De richtlijnwerkgroep uit de eerste fase van de studie werd voor de tweede en derde fase van de studie uitgebreid met **vertegenwoordigers van alle betrokken stakeholders**. De samenstelling van de richtlijnwerkgroep vindt u in Figuur 4. Aangezien het Instituut voor Sociaal Recht en de onderzoeksgroep Gezins- en orthopedagogiek van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen (KU Leuven) voornamelijk een consult-functie hadden in deze fases van het studieproject, maakten zij geen deel uit van de richtlijnwerkgroep.



Figuur 4 Samenstelling van de richtlijnwerkgroep

Deze richtlijnwerkgroep heeft de methode en preliminaire resultaten van de tweede en derde fase van het studieproject opgevolgd en van feedback voorzien. Deze feedback namen de onderzoekers mee in de verderzetting van de studie.

3. Methode fase 3: Ontwikkeling van intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie

De intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie (Hoofdstuk D) zijn ontwikkeld aan de hand van een **Delphi-procedure**. Deze aanbevelingen zijn niet alleen ontwikkeld voor de residentiële GGZ, maar ook voor alle sub-sectoren van de brede residentiële jeugdhulp. Daarom is de Delphi-studie uitgevoerd door een samenwerkingsverband tussen LUCAS – Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, het Instituut voor Sociaal Recht, het Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde en de Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek, allen KU Leuven.

De Delphi-methode is een consensusmethode die expert-opinies over een controversieel of gevoelig thema op een systematische en efficiënte manier verzamelt en uitwisselt om tot een gedeelde consensus te komen. Er wordt onderzocht of de stap kan gezet worden van individuele opinies naar een groepsstandpunt (Fink, Kosecoff, Chassin, & Brook, 1984; Kieft, 2011). Drie factoren hebben een rol gespeeld in de keuze voor de Delphi-methode om aanbevelingen te ontwikkelen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie: (1) de wetenschappelijke literatuur geeft over dit onderwerp

onvoldoende en/of tegenstrijdige informatie, (2) de visie van expert-professionals en ervaringsdeskundigen is van groot belang met betrekking tot dit onderwerp, en (3) afzondering en fixatie vormt een gevoelig en ook maatschappelijk relevant thema waarover mogelijks verschillende visies bestaan bij de betrokken stakeholders.

De Delphi-studie is in 10 stappen verlopen:

1. Op basis van een literatuurstudie van 41 wetenschappelijke reviews en 12 richtlijnen en rapporten ontwikkelden de onderzoekers een vragenlijst met stellingen over de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de context van agressie en/of escalatie in de betrokken sectoren. De stellingen werden ook vanuit juridisch perspectief beoordeeld.
2. De onderzoekers rekruteerden de deelnemers voor de Delphi-studie, zowel expert-professionals als ervaringsdeskundigen. Expert-professionals waren afkomstig uit de kinder- en jeugd-GGZ, volwassenen-GGZ, jeugdhulp en multifunctionele centra voor kinderen en jongeren. De ervaringsdeskundigen hadden ervaring binnen de kinder- en jeugd- en/of volwassenen-GGZ.
3. Vervolgens werd het consensuscriterium vastgelegd. Dit werd gedefinieerd aan de hand van het percentage deelnemers dat (eerder) akkoord gaat met een stelling. Opdat een stelling zou opgenomen worden in de finale set van aanbevelingen diende meer dan 65% van de expert-professionals én meer dan 65% van de ervaringsdeskundigen (eerder) akkoord te gaan met de betreffende stelling.
4. De deelnemers ontvingen een e-mail met daarin een link naar de online vragenlijst. Zestig expert-professionals en 18 ervaringsdeskundigen namen deel aan de eerste Delphi-ronde. Bij elke stelling gaven de deelnemers aan in welke mate ze al dan niet akkoord waren om de stelling op te nemen in een richtlijn met aanbevelingen voor goede praktijk. De deelnemers kregen ook de kans om aan te duiden dat ze geen expertise hadden over de stelling en om hun antwoord toe te lichten.
5. Aangezien de Delphi-methode niet geschikt is voor jongeren (-18 jaar; Cachet vzw, persoonlijke communicatie, 2019) werden de resultaten van de eerste Delphi-ronde aangevuld met een focusgroep met jongeren die ervaring hebben binnen de jeugdhulp en eventueel de GGZ.
6. De stellingen waarvoor het consensuscriterium niet bereikt werd tijdens de eerste Delphi-ronde werden herwerkt op basis van de input van de deelnemers aan de studie, de richtlijnwerkgroep, de focusgroep met jongeren, de stuurgroep en een beoordeling vanuit juridisch perspectief. De herwerkte stellingen en enkele nieuwe stellingen werden opgenomen in de tweede Delphi-vragenlijst. Stellingen waarvoor tijdens de eerste Delphi-ronde reeds voldoende consensus tussen de deelnemers bereikt was, werden niet opnieuw aangeboden.
7. Bij de start van de tweede Delphi-ronde ontving elke deelnemer via e-mail een persoonlijk feedbackrapport. Per stelling werd hierin de visie van beide Delphi-panels – expert-professionals en ervaringsdeskundigen – en van de totale groep weergegeven. De deelnemers konden ook zien waar hun persoonlijke score zich situeerde ten opzichte van de verdeling van de groepsscores. In dezelfde e-mail ontvingen de deelnemers de link naar de tweede online vragenlijst. Op dezelfde manier als in de eerste Delphi-ronde werd de visie van de deelnemers over deze stellingen gevraagd en konden de deelnemers waar nodig hun antwoord toelichten. Achtenveertig expert-professionals en 17 ervaringsdeskundigen namen deel aan de tweede Delphi-ronde in de tweede Delphi-ronde.
8. Na twee rondes werden de stellingen waarvoor in de eerste of tweede Delphi-ronde voldoende consensus bereikt was tussen de deelnemers, omgezet in aanbevelingen voor gebruik in residentiële voorzieningen voor minderjarigen en residentiële GGZ-voorzieningen voor volwassenen. In deze fase werd specifiek aandacht besteed aan (1) de consistentie met de multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de GGZ, (2) de geschiktheid van de aanbevelingen voor alle doelgroepen van de betrokken sectoren, en (3) de beoordeling vanuit juridisch perspectief.

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

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

Naast de toelichtingen wordt er in hoofdstuk D ook gewerkt met een symbool. Bij elke aanbeveling die mogelijks dient aangepast te worden voor toepassing bij bepaalde deelpopulaties, voegden de onderzoekers volgend symbool toe:



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

Verdere uitleg over de manier waarop de aanbevelingen werden ontwikkeld, kan teruggevonden worden in het [rapport](#) over de Delphi-studie (Vanlinthout et al., 2020).

IV. Definities van begrippen die gebruikt worden in de multidisciplinaire richtlijn

Een aantal begrippen uit de aanbevelingen lichten we hier toe. De definities van afzondering en fixatie werden vastgelegd door het Management Comité van Welzijn Volksgezondheid en Gezin (februari 2019⁴) en zijn van toepassing in de integrale jeugdhulp en de residentiële geestelijke gezondheidszorg.

Afzondering: Het verblijf van een zorggebruiker in een daartoe speciaal voorziene individuele afzonderingskamer, hetzij in een ander lokaal voor één persoon, welke de zorggebruiker niet zelfstandig kan verlaten.

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

Comfortroom: Een ruimte voor de-escalatie, ingericht als een rustgevende omgeving door gebruik te maken van aangename, rustgevende materialen en zintuiglijke prikkels. De zorggebruiker dient een comfortroom steeds op zelfstandige wijze te kunnen verlaten.

Crisis: Een hevige en soms acute, emotionele reactie op een gebeurtenis die wordt opgevat als een bedreiging van een essentieel levensdoel. De reactie verloopt in fases en na afloop is er een fundamentele verandering merkbaar.

⁴ De definities van afzondering en mechanische fixatie zijn licht aangepast bij de ontwikkeling van de [intersectorale richtlijn voor de brede residentiële jeugdhulp](#) in 2020-2022. Deze kleine aanpassingen zijn hier ook toegevoegd.

Derden: Andere personen dan de zorggebruiker en de hulpverleners die rechtstreeks betrokken zijn bij het uitvoeren van afzondering of fixatie.

Dwang: Er is sprake van dwang wanneer iemand tegen zijn wil wordt genoodzaakt iets te doen of te laten.

Emotieregulerende vaardigheden: De mogelijkheid van een individu om een bepaalde emotie om te zetten of een bepaalde strategie toe te passen om met die emotie om te gaan (Campos, Frankel, & Camras, 2004; Eisenberg, Fabes, Nyman, Bernzweig, & Pinuelas, 1994).

Ervaringsgerichte vorming: Vorming waarbij gebruik wordt gemaakt van ervaringsgericht leren. Ervaringsgericht leren is een proces waardoor kennis wordt gecreëerd door de transformatie van ervaring. Bij ervaringsleren worden specifieke situaties gecreëerd waarbij hulpverleners concrete ervaringen opdoen om te kunnen reflecteren over hun eigen handelen. Een goede combinatie tussen deze ervaringen en de reflectie hierop leidt tot nieuwe leerprocessen die de hulpverleners helpen om een verbinding te leggen naar toekomstig gedrag. Op die manier kunnen de ervaringen gegeneraliseerd worden naar toekomstige situaties (Kolb, 2015).

Escalatie: Toenemende negatieve emotionele spanning bij de zorggebruiker met een risico op agressie (naar zichzelf toe of naar anderen toe) of op een crisis.

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

- Fysieke interventie: fixatie door middel van een interventie waarbij de zorggebruiker door één of meerdere hulpverleners op een fysieke wijze vastgehouden of geïmmobiliseerd wordt of waarbij de zorggebruiker op een fysiek gecontroleerde wijze verplaatst wordt of zich laat verplaatsen.
- Mechanische fixatie: fixatie door middel van het aanwenden van mechanische hulpmiddelen bevestigd aan of in de directe omgeving van de zorggebruiker, welke niet zelfstandig door de zorggebruiker kunnen verwijderd worden. Hulpmiddelen voor het ondersteunen of corrigeren van de fysieke houding van de persoon bevestigd aan of in de directe omgeving van de zorggebruiker, en die niet zelfstandig door de zorggebruiker kunnen verwijderd worden, worden niet beschouwd als mechanische fixatie tenzij deze hulpmiddelen buiten hun oorspronkelijke doelstelling gebruikt worden.
- Medicamenteuze fixatie: fixatie door middel van het acuut en chronisch gebruik van medicatie.

Maatregel: Afzondering of fixatie, al dan niet onder dwang toegepast.

Naaste: Een belangrijke persoon in het leven van de zorggebruiker, iemand die de zorggebruiker vertrouwt en waar hij een hechte relatie mee heeft. Deze personen kunnen verschillen van zorggebruiker tot zorggebruiker.

Proportionaliteit: De maatregel en de wijze waarop deze wordt uitgevoerd, staan in verhouding met de ernst van de dreiging of het gevaar (Dirix, Tilleman & Lierman, 2018).

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

Signaleringsplan: Het is een middel voor het vroegtijdig detecteren van toenemende emotionele spanning van de zorggebruiker, alsook het inventariseren van manieren waarop hulpverleners en de zorggebruiker best reageren in deze situatie. Het wordt opgesteld met oog op vroeg-signalering, en

aldus de preventie van escalatie of crisis. Een signaleringsplan wordt gemaakt op maat van de zorggebruiker. Indien nodig wordt het signaleringsplan geactualiseerd nadat er zich een escalatie of crisis heeft voorgedaan.

Subsidiariteit: Een meer ingrijpende maatregel is enkel toelaatbaar als een minder ingrijpende maatregel niet volstaat (Dirix et al., 2018).

B. Aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie

Er is zowel op Vlaams als op internationaal vlak een groeiende maatschappelijke bezorgdheid over het gebruik van afzondering en fixatie binnen de geestelijke gezondheidszorg (Lagrou & Danckaerts, 2017; van der Schaaf, Dusseldorp, Keuning, Janssen, & Noorthoorn, 2013). Wetenschappelijk onderzoek wijst op het verhoogde risico op diverse nefaste gevolgen voor zowel zorggebruikers als hulpverleners bij de toepassing van deze maatregelen. Bij zorggebruikers kunnen ze leiden tot verschillende gradaties van fysieke problemen gaande van somatische kwetsuren tot zelfs overlijden, en psychische moeilijkheden zoals traumatisering, gevoelens van woede, angst, onmacht, vernedering en onbegrip (Aguilera-Serrano, Guzman-Parra, Garcia-Sanchez, Moreno-Küstner, & Mayoral-Cleries, 2018; Cusack, Cusack, McAndrew, McKweon, & Duxbury, 2018; Goulet, Larue, & Dumais, 2017; Van der Merwe, Muir-Cochrane, Jones, Tziggili, & Bowers, 2013). Ook voor de hulpverleners die de maatregelen toepassen, is er een verhoogd risico op fysieke kwetsuren en psychische problemen zoals angst, kwaadheid, onzekerheid, schuldgevoel en secundaire traumatisering (Sequeira & Halstead, 2004; Stewart, Van der Merwe, Bowers, Simpson, & Jones, 2010). Naast het feit dat dergelijke maatregelen de werkrelatie tussen hulpverlener en zorggebruiker kunnen beschadigen (Bowers, 2014; Lagrou & Danckaerts, 2017; Stewart et al., 2010), wordt ook het therapeutische nut van afzondering en fixatie in vraag gesteld (Nelstrop et al., 2006). Ten slotte – en niet in het minst – zijn fysieke vormen van dwang in principe verboden. De autonomie van de persoon is immers een basisbeginsel in het gezondheidsrecht. Slechts in bepaalde, goed geregelde gevallen is fysieke dwang mogelijk. Omwille van al deze redenen bestaat er dan ook al langer internationale consensus dat afzondering en fixatie zo min mogelijk en zo kort mogelijk mogen worden toegepast.

Vanuit wereldwijd wetenschappelijk onderzoek, alsook uit de praktijkervaring van Vlaamse GGZ-voorzieningen die in het kader van de ontwikkeling van de huidige MDR werden bevestigd, blijkt dat inspanningen voor de preventie van afzondering en fixatie hun vruchten afwerpen. Zowel de frequentie als de duur van deze maatregelen kunnen ingeperkt worden. In sommige gevallen is men er zelfs in geslaagd om het gebruik van een bepaald type dwangmaatregel (bv. mechanische fixatie) volledig te elimineren. Al deze inspanningen gaan doorgaans gepaard met het globaal stabiel blijven van de veiligheid binnen de voorziening (Goulet et al., 2017; LeBel, Duxbury, Putkonen, Sprague, Rae, & Sharpe, 2014; Scanlan, 2010).

Interventiestudies binnen diverse volwassenenpsychiatrische settings - die het merendeel van het beschikbare wetenschappelijke onderzoek uitmaken - alsook studies binnen kinder-, jeugd- en gerontopsychiatrische settings, wijzen op het belang van een **gecombineerde, multimethodische aanpak** bij de preventie van afzondering en fixatie (Singh, Singh, David, Latham, & Ayers, 1999; Donovan, Siegel, Zera, Plant, & Martin, 2003; Scanlan, 2010; Stewart et al., 2010; Brockardt et al., 2011; Bak et al., 2012; Pollastri, Epstein, & Ablon, 2013; LeBel et al., 2014; Goulet & Larue, 2016; Goulet et al., 2017). De aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie worden hieronder toegelicht. Op basis van bestaand onderzoek kan er zelden uitspraak gedaan worden over de werkzaamheid of het belang van één afzonderlijke preventiestrategie. De gecombineerde aanpak van de voorgestelde preventieve strategieën wordt dan ook aanbevolen.

De aanbevolen aanpak voor de preventie van afzondering en fixatie in het kader van agressie en escalatie, speelt zich af **op verschillende niveaus**:

- Het niveau van de directie en de beleidsmedewerkers van de GGZ-voorziening;
- Het niveau van het behandelteam;
- Het niveau van de directe zorg voor de zorggebruikers.

Daarnaast is er ook **een vierde niveau** van belang voor een goed preventiebeleid van afzondering en fixatie, met name het niveau van **de wetgever**, en de **nationale en deelstatelijke beleidsvoering** (Bowers, 2014). Aanbevelingen voor dit niveau worden geformuleerd in het hoofdstuk van de randvoorwaarden (zie hoofdstuk E van deze richtlijn) en in hoofdstuk 8 van het [onderzoeksrapport](#) van de eerste versie van de MDR (Peeters et al., 2019).

Alle aanbevelingen zijn bedoeld **als leidraad** voor de ontwikkeling van een **preventiebeleid** op maat van de eigen voorziening. Het wordt aanbevolen om alle medewerkers van de residentiële GGZ-voorzieningen bij de uitvoering hiervan te betrekken, gaande van de directie en beleidsmedewerkers, tot de hulpverleners die behandeling en zorg bieden aan de zorggebruikers. Hierbij wordt ook de samenwerking met de zorggebruikers zelf en hun naasten aanbevolen. Dit alles komt immers uit Vlaams en internationaal onderzoek naar voor: een goed preventiebeleid van afzondering en fixatie is een zaak van **verschillende disciplines** en is een **gedeelde verantwoordelijkheid**.

I. Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers

B.1.1 Leiderschap

Betrokken en duidelijk leiderschap zijn uiterst belangrijk voor een geslaagd en gedragen preventiebeleid van afzondering en fixatie (Huckshorn, 2004).

- Dit start met de formulering van **een expliciete missie en duidelijk plan**. Het plan geeft weer wat de visie van de organisatie is met betrekking tot het voorkomen van agressie, conflict, afzondering en fixatie. Hierbij wordt verduidelijkt wat doelstellingen zijn, en wat de rollen van de verschillende medewerkers in de organisatie zijn. Belangrijk is om dit plan mee te nemen in een **voortdurend proces van kwaliteitsontwikkeling**, met het besef dat de cultuur en gewoontes van de organisatie steeds in ontwikkeling zijn en dat **een veranderingsproces tijd vraagt**. Als leidinggevende volg je dit proces actief op, stimuleer je het en evalueer je het op regelmatige basis. Geef medewerkers de tijd om de nieuwe informatie te verwerken en herhaal je boodschap en missie regelmatig (Huckshorn, 2004). Het motiveren en ondersteunen van de medewerkers is hierbij belangrijk. Mogelijks zullen leidinggevend en/of hulpverleners in de organisatie hun ideeën en overtuigingen over agressie, afzondering en fixatie moeten bijschaven. Het kan een uitdaging zijn om visies en overtuigingen in de organisatie te veranderen. Tegelijk is het essentieel voor het slagen van een nieuwe preventieve aanpak (Huckshorn, 2014; Price et al., 2016; Whitmore, 2017).

Handvatten bij het ontwikkelen van een gedragen preventiebeleid

- ✓ *Het bieden van **regelmatige (psycho)educatie, vormingen en trainingen** kan een grote hulp zijn. Informeer medewerkers over de feiten en mythes over de oorzaken en in standhoudende factoren van conflict en agressie. Besteed ook aandacht aan feiten en mythes over het gebruik, de gevolgen en werkzaamheid van afzondering en fixatie.*
- ✓ *Het informeren en bieden van wetenschappelijk onderbouwde argumenten alleen, volstaat niet altijd om medewerkers te overtuigen. De ervaring in de GGZ (zowel in Vlaanderen als daarbuiten) leert dat het belangrijk is om snel, correct en oprecht in te gaan op bezorgdheden, twijfels en/of scepticisme van medewerkers. Leg zo min mogelijk zaken ‘op’ aan je medewerkers (de top-down benadering), maar ga in dialoog met hen. **Stel je coachend en motiverend op** en laat medewerkers zoveel mogelijk ‘zelf ondervinden’.*
 - *Medewerkers steken meer op en raken sneller overtuigd wanneer ze nieuwe zaken zelf kunnen uitproberen en ondervinden. Opleidingen worden daarom best **ervaringsgericht** georganiseerd (Huckshorn, 2014; Blair & Moulton-Adelman, 2015; LeBel, Huckshorn, & Caldwell, 2010; eigen kwalitatief onderzoek). Laat medewerkers bijvoorbeeld door rollenspelen zelf ervaren wat de impact is van communicatiestijl op het ontstaan van conflict en agressie (Blair & Moulton-Adelman, 2015; eigen kwalitatieve studie).*
 - *Verder is het een goed idee om **ervaringsdeskundigen** tijdens opleidingen te laten vertellen over hun ervaringen met afzondering en fixatie en het belang van bejegening in de zorg (Huckshorn, 2014; eigen kwalitatieve studie).*
 - *Het kan ook helpen om enkele gemotiveerde medewerkers of afdelingen als eerste de nieuwe preventiestrategieën concreet te laten uitwerken en **uittesten**. Bespreek hun ervaringen en bevindingen tijdens vormingen en informatiesessies (eventueel ook op basis van cijfers). Dit kan helpen om andere medewerkers binnen de organisatie te*

motiveren en overtuigen over de haalbaarheid en effectiviteit van het nieuwe preventiebeleid (Huckshorn, 2014; eigen kwalitatieve studie).

- Betrokken leiderschap betekent ook dat de directie zelf een voorbeeldfunctie opneemt door duidelijke acties te nemen omtrent de preventie van agressie, afzondering en fixatie. Het **registreren en analyseren** van het toepassen van afzondering en fixatie is hier een voorbeeld van. Houd bij waar, wanneer, bij wie, door wie, in welke omstandigheden... afzondering of fixatie wordt toegepast (Huckshorn, 2014). Het regelmatig organiseren van **inhoudelijke incidentenanalyses** is hierbij van groot belang. Gebruik bevindingen uit de analyses om het preventiebeleid verder te ontwikkelen en aan te passen. Koppel deze bevindingen ook terug aan de medewerkers. Informeer medewerkers dat het doel van het registreren en analyseren bestaat uit het zoeken naar objectieve cijfers en informatie over wat er gebeurt en leeft in de organisatie, en wat ervoor zorgt dat agressie en het gebruik van afzondering en fixatie vaker/minder vaak voorkomen. Het is belangrijk dat hierbij goed bewaakt wordt dat dit alles in een **niet-beoordelende, niet-bestrafende cultuur** plaatsvindt. Vraag daarom feedback aan je medewerkers over het verloop van de analyses. Pas je aanpak en communicatiestijl op zo'n manier aan, dat medewerkers zich zo min mogelijk bekritiseerd of (negatief) beoordeeld voelen. Wees sensitief voor het feit wanneer dit wél het geval is, en ga dan in dialoog (Blair & Moulton-Adelman, 2015; Huckshorn, 2014; Kull, 2014; LeBel, Huckshorn, & Caldwell, 2010).
- Luister als leidinggevende regelmatig naar **de ervaringen en opinies van de hulpverleners, de zorggebruikers en hun naasten over het nieuwe preventiebeleid**. Vraag hun mening over het gebruik van de nieuwe preventiestrategieën, bv. de incidentenanalyses, het signaleringsplan, nabespreking naar een afzondering of fixatie (zie verder in de richtlijn). Gebruik deze input om het preventiebeleid verder te ontwikkelen en aan te passen. Zoals voorheen vermeld, dient het preventiebeleid immers beschouwd te worden als een continu veranderingsproces. Het is dan ook belangrijk om dit proces actief vast te houden, en zo ook de participatie van zowel medewerkers als zorggebruikers en hun context hierbij te bewaken (Huckshorn, 2014; LeBel, Huckshorn, & Caldwell, 2010).
- Een ander belangrijk aspect van leiderschap binnen het preventiebeleid voor afzondering en fixatie, is het **expliciteren en implementeren van een gekozen zorgvisie**. Onderzoek en ervaring leert dat het hanteren van de **herstelvisie en trauma-geïnformeerde zorg** gepaard gaat met succesvolle vermindering of eliminatie van het gebruik van afzondering en fixatie (Bowers, 2014; Blair & Moulton-Adelman, 2015; Huckshorn, 2004; Huckshorn, 2014; eigen kwalitatieve studie). Hieronder zullen beiden zorgvisies verder worden toegelicht, alsook tips bij de implementatie hiervan.

1. De herstelvisie en herstelondersteunende zorg

De herstelvisie wint aan naamsbekendheid binnen de GGZ. Herstelondersteunende zorg biedt een alternatief voor het traditionele, enigszins paternalistische biomedische model waarbij de patiënt als passieve ontvanger van zorg wordt gezien en waarbij de behandeling van 'de ziekte' centraal staat (Vandewalle et al., 2018; Huckshorn, 2004). Herstelondersteunende zorg pleit voor een meer **holistische benadering** van de zorggebruiker in zijn omgeving. De persoon is meer dan zijn mentale ziekte of beperkingen. De hulpverlener focust zich op de mogelijkheden en de sterktes van de persoon, heeft aandacht voor zijn persoonlijke waarden, de verschillende aspecten van zijn identiteit (andere rollen in het

leven zoals ouder, kind, buur, werknemer zijn) en de verbondenheid met belangrijke anderen in zijn nabije en verdere omgeving. Deze zorgvisie is actief gericht op 'hoop' op herstel. Herstel wijst niet op het (volledig) elimineren van psychische problemen, maar wel op het verbeteren van het functioneren en de levenskwaliteit van de zorggebruiker, volgens zijn waarden (Anthony, 1993; Vandewalle et al., 2018; Leamy et al., 2011; McKay, McDonald, Lie, & McGowan, 2012; Huckshorn, 2014; Huckshorn, 2004; Van Audenhove, 2015).

Herstelondersteunende zorg impliceert verder dat de zorggebruiker centraal wordt gesteld in zijn behandeltraject. De **autonomie en inspraak van de zorggebruiker** en zijn naasten wordt actief nagestreefd, door in te zetten op een model van samenwerking en dialoog. Tijdens de behandeling staat het streven naar gedeelde besluitvorming voorop, net als het rekening houden met de wensen en voorkeuren van de zorggebruiker en/of zijn naasten (Vandewalle et al., 2018; McKay, McDonald, Lie, & McGowan, 2012; Huckshorn, 2014; Huckshorn, 2004). Ook het steeds nastreven van geïnformeerde toestemming gedurende de behandeling, is een onderdeel van herstelondersteunende zorg. Daarom wordt het toepassen van dwang dan ook zoveel mogelijk vermeden (Huckshorn, 2004; LeBel, Huckshorn, & Caldwell, 2010).

Herstelondersteunende zorg implementeren in de praktijk

- ✓ Voor **de hulpverleners** kan het een uitdaging zijn om herstelondersteunende en participerende zorg daadwerkelijk **toe te passen** in de dagelijkse praktijk (Jørgensen & Rendtorff, 2017; McKay, McDonald, Lie, & McGowan, 2012).
 1. Ga als leidinggevende er niet vanuit dat hulpverleners automatisch over de juiste kennis en vaardigheden beschikken om de principes van herstel en participatie om te zetten in het dagelijks klinische handelen (McKay, McDonald, Lie, & McGowan, 2012). Zo kan het voor de hulpverlener bijvoorbeeld niet eenvoudig zijn om goed te kunnen inschatten wat de mogelijkheden en wensen van de zorggebruikers zijn wat betreft de participatie in het behandelproces. Het gericht **begeleiden en ondersteunen van hulpverleners** door hen te informeren, bezorgdheden te laten uiten, vragen te beantwoorden, en te motiveren is dan ook belangrijk.
 - Dit kan door regelmatig tijd te maken voor **opleiding en training** van de hulpverleners.
 - Maar ook het bieden van **intervisie en supervisie** is in dit kader van groot belang (Jørgensen & Rendtorff, 2017; Vandewalle et al., 2018; Vaismoradi, Jordan, & Kangasniemi, 2014; Stringer, Van Meijel, De Vree, & Van der Bijl, 2008).
 2. Het is daarnaast belangrijk dat medewerkers zich **gewaardeerd en veilig** voelen binnen de organisatie, zowel fysiek als mentaal, en dat ze zich voldoende **'empowered'** voelen. Houdt rekening met hun mening en input. Speel in op eventuele bezorgdheden of kritische houdingen en neem dit ernstig (Vaismoradi, Jordan, & Kangasniemi, 2014). Hiervoor verwijzen we opnieuw naar het belang van een ondersteunend en coachend leiderschap, zoals hierboven beschreven.

3. **Barrières voor motivatie en draagkracht** van de hulpverleners kunnen zijn: *team-functioneren en teamorganisatie, stabiliteit van het team (verloop van personeel), werkdruk op de afdeling en tekort aan personeel. Medewerkers hebben nood aan betrokken en ondersteunend leiderschap om deze moeilijkheden – indien deze zich voordoen - op te merken en aan te pakken (Vaismoradi, Jordan, & Kangasniemi, 2014).*
- ✓ Ook de **zorggebruikers** hebben nood aan voldoende **informatie en begeleiding** bij participerende zorg. Laat hulpverleners gesprekken voeren met de zorggebruikers (en/of zijn naasten) over wat hun visie, attitude en motivatie is om een samenwerkingsrelatie met de hulpverleners aan te gaan. Motiveer hulpverleners na te gaan wat de **draagkracht** van de zorggebruiker is. De mogelijkheden, kracht en motivatie van zorggebruikers kan onderling verschillen, maar ook bij eenzelfde zorggebruiker kunnen deze mogelijkheden schommelen doorheen de tijd. Het is belangrijk om er rekening mee te houden dat participatie op bepaalde momenten ook een belasting kan zijn voor de zorggebruiker en/of zijn context (Vaismoradi, Jordan, & Kangasniemi, 2014; Stringer et al., 2008).
2. Daarnaast wordt ook **trauma-geïnformeerde zorg** (TIC) aanbevolen als zorgvisie, hetgeen sterk overlapt met herstelondersteunende zorg. TIC wordt gezien als een **complementaire visie op de herstelvisie** en herstelondersteunende zorg (Wilson, Hutchinson, & Hurley, 2017; Beckett, Holmes, Phipps, Patton, & Molloy, 2017). Traumageïnformeerde zorg ontstond naar aanleiding van de toegenomen kennis over hoe vaak psychotrauma voorkomt in de voorgeschiedenis van personen in de GGZ. Dit besef blijkt van groot belang omdat trauma het cognitieve, gedragsmatige, en sociaal-emotionele functioneren van personen sterk beïnvloedt. Zij ontwikkelen zich op deze vlakken op een andere manier dan personen die niet getraumatiseerd zijn (Sweeney & Taggart, 2018; Muskett, 2014). TIC onderstreept het belang van het goed opleiden van medewerkers over de frequentie en de impact van trauma op de ontwikkeling van de mens. Het doel is om **het gedrag en de emoties van getraumatiseerde personen beter te begrijpen en er aldus op een constructieve en helpende wijze mee leren om te gaan**. Het is belangrijk om op een professionele en deskundige manier om te gaan met het gedrag en de emoties van de zorggebruiker. Het kunnen opbouwen van een **positieve, constructieve therapeutische relatie met de zorggebruiker** is hierbij essentieel. Een gepaste reactie op de emoties en het gedrag van de zorggebruiker kan escalatie voorkomen of verminderen. Verkeerde reacties kunnen agressie in de hand werken, wat de kans op ernstige escalatie vergroot, en zo ook het risico op het toepassen van dwangmaatregelen. Bij de uitoefening van dwang bestaat er een ernstig risico op een traumatiserende werking. Zeker bij personen met een traumatisch verleden kan de hulpverlener die dwang uitoefent onbedoeld een parallel trekken met het controleverlies dat werd ervaren tijdens voorgaande traumatische ervaringen. Op deze manier kunnen hulpverleners onbedoeld de persoon her-traumatiseren. TIC pleit er dan ook sterk voor om in principe geen dwang toe te passen (Sweeney & Taggart, 2018; Muskett, 2014).
- Het deskundig en professioneel handelen volgens de principes van trauma-geïnformeerde zorg, toont veel overeenkomst met de kernaspecten van herstelondersteunende zorg. Ook vanuit IC wordt gestreefd naar het **zo min mogelijk uitoefenen van controle en macht** over

zorggebruikers (in principe 'niet'), maar veeleer ruimte te creëren voor zo veel mogelijk **zelfbeschikking en empowerment** van deze personen. Daarom wordt het samenwerkingsmodel en het continu voeren van een open, gelijkwaardige **dialogo** zo veel mogelijk nagestreefd. De ervaring leert dat zorggebruikers op deze wijze minder vaak onrust en agitatie ervaren, en minder kans op agressief gedrag vertonen, gaande van agressie naar zichzelf gericht, zoals zelfverwonding, tot agressie naar anderen gericht. Niet alleen de **samenwerking met de zorggebruiker, maar ook die met zijn belangrijke naasten** wordt hierbij belangrijk geacht (Wilson, Hutchinson, Hurley, 2017; Isobel & Edwards, 2017; Beckett et al., 2017). Een belangrijke kanttekening is dat TIC niet enkel aangewezen is bij zorggebruikers met een traumatisch verleden, maar dat *alle* zorggebruikers gebaat zijn bij dez zorgvisie (Sweeney & Taggart, 2018).

Trauma-geïnformeerde zorg implementeren in de praktijk

(Sweeney & Taggart, 2018; Wilson, Hutchinson, Hurley, 2017; Isobel & Edwards, 2017; Beckett et al., 2017)

Net als bij de principes van herstelondersteunende zorg en participerende zorg, is trauma-geïnformeerde zorg (TIC) niet altijd eenvoudig te realiseren in de praktijk.

- ✓ *Ook hier is het van groot belang om **medewerkers proactief op te volgen en te ondersteunen**. Dit kan door hen op te leiden over de principes en implicaties van TIC (bv. leren praten over trauma, rekening houdend met de draagkracht van de persoon) en hen te motiveren over het belang van preventie van (her)traumatisering in de GGZ.*
- ✓ *Ook is het belangrijk de zelfeffectiviteit van medewerkers te vergroten door hen ervaringsgericht op te leiden. **Training** of vorming zijn in dit kader aangeraden. Aanhoudende **supervisie en intervisie** zijn eveneens van groot belang. Dit laatste biedt de kans om meer zicht te krijgen op **het psychische welzijn en de draagkracht van de medewerkers**. TIC vergt immers een mentale investering wat niet altijd vanzelfsprekend is.*
- ✓ *Mogelijke **barrières** voor het toepassen van trauma-geïnformeerde zorg zijn*
 - *werkgerelateerde factoren zoals de werkdruk op de afdeling, zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie en agressierisico, hoeveelheid personeelsbezetting en de organisatie en stabiliteit van behandelteams (wat in het bijzonder een uitdaging kan zijn voor bv. acute opname afdelingen, waarbij wissels van personeel relatief vaker voorkomen).*
 - *Daarnaast zijn er ook persoonlijke kwetsbaarheidsfactoren van de medewerkers die het uitoefenen van TIC bemoeilijken. Het betreft bijvoorbeeld (al dan niet chronische) stress in de persoonlijke levenssfeer, eigen gevoeligheden of trauma's in de voorgeschiedenis. Het is bij intervisie en supervisie dan ook belangrijk om aandacht te hebben voor deze thema's. Specifiek in kader van het kunnen toepassen van TIC, wijst onderzoek hierbij op het belang van vroegdetectie van chronische stress om zo mogelijke 'compassion fatigue' en/of secundaire traumatisering van de hulpverlener te voorkomen (Wilson et al., 2017).*

De principes en implicaties van **herstelondersteunende en trauma-geïnformeerde zorg** vormen **een rode draad in de aanbevelingen van deze MDR**, zowel voor preventie als voor toepassing van afzondering en fixatie. Het gaat erom dat

- er steeds aandacht is voor **het unieke van iedere zorggebruiker**: zijn persoonlijke levensverhaal, zijn sterktes en zijn mogelijkheden, maar ook zijn kwetsbaarheden en gevoeligheden (bijvoorbeeld voortkomend uit eventuele trauma's of ingrijpende ervaringen). Er wordt gestreefd naar het leren kennen van de zorggebruiker en bovendien rekening te houden met zijn unieke persoon, achtergrond en situatie.
- er steeds ingezet wordt op **een humane en respectvolle bejegening** van de zorggebruiker en een transparante communicatie naar hem en zijn naasten toe.
- er gestreefd wordt naar zoveel mogelijk **zelfbeschikking** van de zorggebruiker, en het uitoefenen van controle en macht zo min mogelijk wordt toegepast. Dit is een kernaspect van trauma-geïnformeerde zorgverlening, en vloeit voort uit het inzicht dat **het uitoefenen van controle en macht** een negatief effect heeft op het welzijn en welbevinden van de zorggebruiker, en aldus **het risico op crisis en agressie verhoogt**. Dit geldt voor alle zorggebruikers, en in het bijzonder voor personen met een traumatische voorgeschiedenis.
- er gestreefd wordt naar zoveel mogelijk **gelijkwaardige samenwerking** met de zorggebruiker en/of zijn naasten. Deze participatie wordt op verschillende vlakken sterk aanbevolen. Voor preventie geldt dit bijvoorbeeld voor het opstellen van een preventiebeleid in de voorziening, het zoeken naar creatieve alternatieven voor de-escalatie en het opstellen van een individueel signaleringsplan.

Samengevat worden de volgende aanbevelingen gemaakt in het kader van het belang van sterk en betrokken **leiderschap** in het preventiebeleid:

B.I.1.1 Ontwikkeling van het preventiebeleid

- a. **Ontwikkel** een preventiebeleid omtrent afzondering en fixatie en schrijf dit gedetailleerd uit.
- b. Overweeg om **eenzelfde preventiebeleid** toe te passen **in de hele voorziening**, met enkel aanpassingen voor specifieke afdelingen of doelgroepen indien dit noodzakelijk is.
- c. Formuleer in het preventiebeleid:
 - i. een expliciete **missie en concrete doelstellingen** inzake de preventie van afzondering en fixatie;
 - ii. een duidelijke **visie op de zorg** voor de zorggebruiker. Onderzoek toont aan dat de volgende visies op zorg de preventie van afzondering en fixatie versterken:
 - √ herstelgerichte zorg;
 - √ participerende zorg;
 - √ trauma-geïnformeerde zorg.

B.I.1.2 Gedragen preventiebeleid

- a. Streef naar een **gedragen** preventiebeleid:
 - i. Zorg ervoor dat alle hulpverleners binnen de organisatie **de zorgvisie kennen en begrijpen**.
 - ii. **Informeer en sensibiliseer** alle medewerkers van de voorziening – directie, beleidsmedewerkers, hulpverleners – omtrent:
 - √ het belang van het streven naar het zo min mogelijk toepassen van afzondering en fixatie: afzondering en fixatie zijn heel uitzonderlijke maatregelen;
 - √ de haalbaarheid van dit streefdoel;
 - √ de wijze waarop dit doel bereikt kan worden.
- b. Maak gebruik van verschillende strategieën om tot een gedragen preventiebeleid te komen:
 - i. Zet in op **coachend leiderschap** (zie B.I.1.3: Coachend leiderschap).
 - ii. Overweeg om regelmatig **cultuurpeilingen** uit te voeren.
 - iii. Overweeg om in te zetten op **ervaringsgerichte vorming** m.b.t. het preventiebeleid:
 - √ Heb in de vorming minstens aandacht voor:
 - * visie op zorg, de inhoud en rationale van het preventiebeleid;
 - * feiten en mythes omtrent afzondering en fixatie.
 - √ Overweeg om ervaringsdeskundigen in te schakelen voor het ontwikkelen en geven van de vorming.

B.I.1.3 Coachend leiderschap

Zet in op **betrokken en coachend leiderschap** bij de ontwikkeling, implementatie, opvolging, evaluatie en bijsturing van het preventiebeleid:

- a. Stimuleer en houd rekening met **ideeën en bottom-up feedback** van hulpverleners, als ook met input van zorggebruikers, naasten van zorggebruikers en ervaringsdeskundigen.
- b. Installeer in de organisatie een **lerende cultuur** en een **positieve verbetercultuur**, waarbij medewerkers positief gestimuleerd worden om te leren uit het eigen handelen (zie B.I. 1.5: Opvolging, evaluatie en bijsturing van het preventiebeleid).
- c. Zet in op **empowerment** van het personeel. Geef afdelingen en hulpverleners voldoende **autonomie** om goede zorg op maat te kunnen aanbieden aan de zorggebruiker.

B.I.1.4 Gedeelde verantwoordelijkheid

Betrek **meerdere standpunten en disciplines** in de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en bijsturing van het preventiebeleid:

- a. Betrek zowel medewerkers, ervaringsdeskundigen, als de huidige zorggebruikers en hun naasten.
- b. Zorg voor een duidelijke **rolverdeling** voor de verschillende medewerkers.
- c. Overweeg de oprichting van een **multidisciplinaire werkgroep** met de vertegenwoordiging van minstens de volgende disciplines: psychiater, psychiatrisch verpleegkundige of verpleegkundig specialist, ervaringsdeskundige.
- d. Overweeg om de wisselwerking en communicatie tussen de werkgroep ('top') en de hulpverleners ('down') te bevorderen, door bijvoorbeeld gebruik te maken van referentiepersonen op de afdelingen.

B.I.1.5 Opvolging, evaluatie en bijsturing van het preventiebeleid

- a. **Volg** het gebruik van **afzondering en fixatie** in de voorziening op en **analyseer** dit gebruik:
 - i. Registreer alle afzonderingen en fixaties en voer kwantitatieve analyses uit.
 - ii. Voer post-incidentenanalyses uit: bespreek en analyseer casussen van afzondering en fixatie op inhoudelijk niveau.
 - iii. Stuur vervolgens het preventiebeleid en de afzonderings- en fixatieprocedures bij, indien nodig.
- b. **Overweeg** om eveneens **agressie** in de voorziening op te volgen en te analyseren:
 - i. Registreer agressie-incidenten en voer kwantitatieve analyses uit.
 - ii. Voer post-incidentenanalyses uit: bespreek en analyseer casussen van agressie op inhoudelijk niveau.
 - iii. Stuur vervolgens het preventiebeleid bij waar nodig.
- c. Evalueer het **gebruik van preventieve maatregelen en alternatieven** voor afzondering en fixatie (zie B.I.2), en stuur bij indien nodig. Gebruik hiervoor bottom-up feedback van:
 - i. de hulpverleners op de behandelingsafdelingen;
 - ii. de zorggebruikers;
 - iii. naasten en/of de vertegenwoordigers van zorggebruikers.

B.1.2 Preventieve maatregelen en alternatieven voor afzondering en fixatie

B.1.2.1 Algemeen

Ontwikkel en implementeer binnen de voorziening **alternatieven voor afzondering en fixatie**, alsook **preventieve middelen** voor escalatie, agressie, afzondering en fixatie.

- a. Overweeg je te laten inspireren door gepubliceerde goede praktijkvoorbeelden zoals bijvoorbeeld Best Practices rondom Dwangreductie in de GGZ⁵;
- b. Overweeg daarnaast om de **creatieve zoektocht** te stimuleren naar algemene en eventueel doelgroepgerichte alternatieven en preventieve middelen;
 - i. onder hulpverleners, in samenwerking met ervaringsdeskundigen, huidige zorggebruikers, hun vertegenwoordigers en/of hun naasten;
 - ii. in dialoog met andere zorgverstrekkers in het zorglandschap: wissel ervaringen en goede praktijken uit.

B.1.2.2 Opleiding en training van de hulpverleners

- a. In het kader van preventie van escalatie, agressie, afzondering en fixatie is het van belang om de hulpverleners grondig en regelmatig te trainen omtrent:
 - i. het **vertalen van de** herstelgerichte, participerende en trauma-geïnformeerde **zorgvisie in het dagelijks professioneel handelen** en de bejegening van de zorggebruikers, hun vertegenwoordigers en hun naasten;
 - ii. preventieve **communicatievaardigheden** gericht op **de opbouw van een positieve therapeutische werkrelatie** waarbij gelijkwaardigheid, wederzijds respect, samenwerking en dialoog centraal staan;
 - iii. de **aard, de oorzaken, de preventie en gevolgen** van escalatie en agressief gedrag. Besteed hierbij minstens aandacht aan:
 - √ factoren gerelateerd aan de **zorggebruiker**:
 - * psychologische kennis en inzicht in moeilijk hanteerbaar gedrag;
 - * kennis van psychopathologie.
 - √ factoren gerelateerd aan de **hulpverlener** en de **interactie** tussen hulpverlener en zorggebruiker:
 - * de rol van bejegening en het omgaan met regels;
 - * de rol van de emoties (bv. angst en frustratie) en emotieregulerende vaardigheden van de hulpverlener.
 - iv. **verbale de-escalatievaardigheden**.
- b. Overweeg daarnaast om hulpverleners te vormen over de rationale, de aard en de werkwijze van verschillende **alternatieven voor afzondering en fixatie** (bv. comfortroom). Overweeg hen ook te trainen in het gebruik hiervan.

⁵ Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011

B.1.3 Opbouw en inrichting van de afdelingen

Verschillende kenmerken van de fysieke omgeving van de afdeling zijn geassocieerd met het risico op agressie en de preventie van afzondering en fixatie. Zorg bij het inrichten van de afdelingen daarom voor:

- a. een huiselijke, comfortabele en aangename omgeving;
- b. de **privacy** van elke zorggebruiker;
- c. **bewegingsruimte** voor de zorggebruiker, zowel binnen als buiten;
- d. voldoende mogelijkheden tot (informele) **interactie** tussen hulpverleners en zorggebruikers. Stimuleer hierbij de **nabijheid en bereikbaarheid** van verplegend personeel en hulpverleners door bv. te werken met **open verpleegposten**;
- e. de aanwezigheid van **ruimte voor spanningsreductie** bij de zorggebruiker:
 - i. Maak gebruik van **comfortrooms**.
 - √ Gebruik de kamer steeds op **vrijwillige** basis:
 - * op eigen initiatief van de zorggebruiker;
 - * op vrijblijvend voorstel van een hulpverlener, na instemming van de zorggebruiker.
 - √ Doe de deur van de comfortroom nooit op slot tijdens het gebruik hiervan.
 - ii. Overweeg het gebruik van **andere plaatsen** en ruimten die rust bieden aan de zorggebruiker, en op actieve of passieve wijze de-escalatie kunnen ondersteunen.

B.1.4 Bekendmaking van het preventiebeleid

Overweeg om de zorggebruikers, hun vertegenwoordigers en andere naasten te informeren over het volledige preventiebeleid. Doe dit op een duidelijke en begrijpbare wijze, waarbij rekening wordt gehouden met de cognitieve mogelijkheden en ontwikkelingsleeftijd van de zorggebruikers en hun naasten.

II. Aanbevelingen op het niveau van het behandelteam

B.II.1 Werking van het team

Investeer in een **goede werking en samenwerking** van het behandelteam. Besteed in het bijzonder aandacht aan:

- a. organisatie en orde;
- b. duidelijke verdeling van rollen en taken;
- c. goede onderlinge communicatie;
- d. intervisie en supervisie.

B.II.2 Continuïteit van zorg

B.II.2.1 Zorgcontinuïteit tussen afdelingen

Overweeg voldoende te investeren in continuïteit van zorg **tussen de afdelingen** binnen de eigen voorziening. Zet daarom in op een goed gebruik van het elektronisch patiëntendossier, alsook verbaal overleg, opdat er voldoende informatie wordt uitgewisseld met betrekking tot de zorggebruikers wanneer zij veranderen van verblijfsafdeling.

B.II.2.2 Zorgcontinuïteit in het zorglandschap

Overweeg eveneens in te zetten op continuïteit van zorg **binnen het zorglandschap**. Ga bv. bij de opname van een zorggebruiker in dialoog met eerstelijnsverleners (bv. huisarts). Investeer bv. in een dialoog met andere hulpverleners in het regionale GGZ-netwerk omtrent het omgaan met risico, agressie en vrijheidsbeperking binnen de GGZ.

B.II.3 Omgaan met regels op de afdeling

Wanneer een zorggebruiker zich – al dan niet vrijwillig – laat opnemen in een residentiële GGZ-voorziening, verandert er veel in zijn of haar dagelijkse leven. Dagelijkse gewoontes en activiteiten kunnen niet (altijd) worden voortgezet, en ook het contact met vrienden, familie, collega's, ... verandert. Het is onvermijdelijk dat de persoon een stukje van de controle over zijn eigen leven verliest, en dus een stuk van zijn autonomie. Houd als hulpverlener rekening met de emotionele impact van een opname en een verblijf in de voorziening. Het gevoel voor een stuk afhankelijk te zijn van de hulpverleners, kan als stresserend of zelfs frustrerend worden ervaren. **Heb oog voor de noden en behoeften van de zorggebruiker**. Op deze manier kan een opeenstapeling van onrust, ongemak of onvrede voorkomen worden (WHO, 2017b).

Het gevoel controle te verliezen en afhankelijk te zijn, kan worden versterkt door de aard en/of de veelheid aan regels en leefregels op de afdeling. Het is daarom van belang om:

- goed **na te denken over de noodzaak en het belang van bepaalde regels** (Bowers, 2014). (Leef)regels dienen steeds doordacht te zijn en een duidelijke en helpende functie te hebben (bv. een ondersteunende functie, creëren van duidelijkheid en voorspelbaarheid, ...).

- regelmatig **in dialoog** te gaan met de zorggebruikers en hun naasten over hoe zij de regels ervaren.
- algemeen geldende regels tot een minimum te beperken, en waar mogelijk in te zetten op individuele afspraken (Huckshorn, 2004; Blair & Moulton-Adelman, 2015, eigen kwalitatieve studie).
- voldoende **flexibel** om te gaan met regels (Huckshorn, 2004; Blair & Moulton-Adelman, 2015). Bij een vraag voor een uitzondering of een ander verzoek van de zorggebruiker is 'nee' soms sneller en gemakkelijker gezegd, bijvoorbeeld door tijdsgebrek en hoge werkdruk bij de hulpverleners. De frustratie en onmacht die dit teweeg brengt bij de zorggebruiker, kan zich vertalen in agressieve gedragingen (frustratieagressie). Dit kan verkeerdelijk geïnterpreteerd worden als opzettelijk moeilijk of tegendraads gedrag (instrumentele agressie). Wanneer de precieze oorzaak van de agressie gemist wordt, kan de reactie van de hulpverlener leiden tot verdere escalatie (WHO, 2017b; Price & Baker, 2012). Tracht daarom zorgvuldig en met een open geest om te gaan met een verzet tegen een regel of met een verzoek van de zorggebruiker (Bowers, 2014).

Inspirerende praktijk: "Een cultuur creëren waarin je meer 'ja' kan zeggen"

(WHO, 2017a, WHO, 2017b)

Hoe omgaan met vragen of verzoeken van de zorggebruiker? Soms is een nee sneller en gemakkelijker gezegd. In deze inspirerende praktijk tracht de hulpverlener op een open en onbevooroordeelde wijze stil te staan bij de beweegredenen van de zorggebruiker. Je denkt na of een 'ja' mogelijk is, en of er een gulden middenweg bestaat om op een bepaalde manier tegemoet te komen aan de noden of behoeften van de zorggebruiker. Je kan jezelf hierbij de volgende vragen stellen:

- ✓ *Heb ik goed geluisterd naar de bezorgdheid van de persoon en heb ik goed gehoord wat zijn vraag precies is?*
- ✓ *Is 'nee' hier het gemakkelijke antwoord?*
- ✓ *Heb ik genoeg tijd genomen om de vraag te overwegen?*
- ✓ *Wat is er nodig om 'ja' te zeggen?*
- ✓ *Kan ik uitleggen aan de persoon waarom ik 'nee' zeg en/of niet aan zijn vraag tegemoet kan komen?*
- ✓ *Zijn er creatieve manieren om tot een oplossing te komen en tegemoet te komen aan de vraag?*

➔ *Deze vragen kan je jezelf als hulpverlener ook stellen wanneer je reeds 'nee' heeft gezegd, maar wil reflecteren over hoe je in de toekomst met dit soort verzoeken wenst om te gaan.*

➔ *Een stap verder is nagaan of het aangewezen is om de zorggebruiker(s) meer autonomie te geven in de toekomst, zodat het verzoek of de vraag niet meer gesteld moet worden. Als dit een goed idee lijkt is de volgende stap na te denken over de manier waarop dit bereikt kan worden.*

Dit zijn de aanbevelingen omtrent het omgaan met regels op de afdeling:

B.II.3.1 Bewustwording

Rigide of arbitrair gebruik van regels houdt een **risico** in op conflict en agressie. Zorg er daarom voor dat:

- a. Alle regels kritisch worden aanschouwd: ze dienen te passen binnen de **zorgvisie en waarden** van de voorziening.
- b. Alle regels steeds kunnen worden **gestaafd vanuit hun nut en noodzaak**: vanuit een pedagogisch of therapeutisch kader, om een gunstig behandel- en leefklimaat te creëren of omwille van ernstige veiligheidsoverwegingen.
- c. Regels minstens eenmaal per jaar kritisch **geëvalueerd** worden op hun nut en belang, en zo nodig geschrapt of bijgestuurd worden. Doe dit met inspraak van hulpverleners van de afdeling, huidige zorggebruikers en/of hun naasten, ervaringsdeskundige(n).

B.II.3.2 Flexibiliteit en maatwerk

- a. Overweeg om **minder algemeen geldende regels** te gebruiken en meer in te zetten op afspraken op maat van de zorggebruiker en/of de situatie. Ga het effect hiervan na.
- b. Beoordeel regelovertredingen van een zorggebruiker op een **respectvolle, doordachte en voldoende flexibele** manier. Doe dit op maat van de zorggebruiker en houd rekening met zijn situatie en context.

B.II.3.3 Helderheid en transparantie

- a. **Licht** bij opname **de zorggebruiker** en/of zijn vertegenwoordiger, alsook zijn naasten **in** over de algemene regels en individuele afspraken die van toepassing zijn. Ga in dialoog, licht toe wat de rationale van de regels en afspraken zijn.
- b. Formuleer de regels steeds **helder en begrijpbaar**. Houd hierbij rekening met de ontwikkelingsleeftijd en de cognitieve mogelijkheden van de zorggebruiker.

III. Aanbevelingen op het niveau van de directe zorg voor de zorggebruikers

B.III.1 Onthaal en bejegening

Zoals voorheen aangegeven, kan het behoorlijk ingrijpend zijn om in opname en behandeling te komen. De zorggebruiker verliest een stuk controle over zijn leven. Hij komt in een nieuwe omgeving terecht, met eigen regels en een eigen gang van zaken. De nieuwe context en deels afhankelijk worden van hulpverleners kan als stresserend of frustrerend worden ervaren. Aandacht hebben voor de beleving van de zorggebruiker, helpt te voorkomen dat onrust, ongemak of onvrede zich onnodig opeenstapelt (WHO, 2017b).

- Zet daarom in op een **goede therapeutische relatie**, van zodra de opname start en verder gedurende het volledige verblijf. Hierbij staat wederzijds respect en een zo goed mogelijk contact centraal. De wijze waarop aan een goede therapeutische relatie kan worden gewerkt, hangt mede af van de psychische toestand van de zorggebruiker en zijn mogelijkheden, sterktes en kwetsbaarheden (Blair & Moulton-Adelman, 2015; Voskes, Kemper, Landeweer & Widdershoven, 2014; eigen kwalitatieve studie). Een respectvolle bejegening is echter *steeds* belangrijk, en dit bij *alle* zorggebruikers. Dit geldt ook wanneer zij op een bepaald moment geagiteerd of agressief worden (WHO, 2017a; WHO, 2017b).

Inspirerende praktijk: Verbindende communicatie (Rosenberg, 2015)

‘Verbindende communicatie’ oftewel ‘geweldloze communicatie’ kan inspiratie en handvatten aanreiken voor de opbouw van een positieve relatie met de zorggebruiker waarbij wederzijds respect, samenwerking en dialoog centraal staan. Bij verbindende communicatie wordt bewust stilgestaan bij wat je communiceert en hoe. Het doel is verbinding zoeken met de ander. Het model werd ontwikkeld door Marshall Rosenberg (1934-2015). Componenten van verbindend communiceren zijn:

1. Observeren

Je focust op wat je observeert en bent je bewust van het onderscheid observeren versus interpreteren. Als mens maak je snel een interpretatie van wat je waarneemt, wat op zijn beurt weer kan leiden tot een (voor)oordeel. Bij verbindende communicatie formuleer je zorgvuldig wat je observeert, en spreek je niet je interpretatie of oordeel hierover uit.

2. Gevoelens uiten

Je geeft aan wat je voelt ten gevolge van wat je observeert. Dit helpt de ander om zich in te leven in jouw perspectief.

3. Behoeftes uiten

Je geeft aan wat je nodig hebt en wenst.

4. Verzoek formuleren

Je vraagt de ander om iets te doen voor jou om tegemoet te komen aan je behoefte. Je eist dit niet van de ander, maar vraagt het.

Het gaat erom dat je bewust, duidelijk en oprecht in communicatie treedt met de ander. Bij verbindende communicatie is ‘wat’ je zegt van belang, maar evenzeer ‘hoe’ je het zegt (non-verbale

communicatie). Het draait erom om oprecht en respectvol te communiceren naar anderen toe, en anderzijds empathisch te kunnen reageren op wat anderen zeggen. Het biedt je de kans om de ander beter te begrijpen en ook zelf beter begrepen te worden. Op die manier wordt de relatie versterkt. Verbindende communicatie gaat over niet verdedigend, aanvallend of terugtrekkend te reageren op (voor)oordelen of kritiek. Verbindende communicatie zoekt in deze situaties naar 'verbinding', in de plaats van 'gelijk krijgen'.

- Zet in op een **warm, gastvrij onthaal** van de zorggebruiker. Heb oog voor de impact die een opname heeft op de zorggebruiker. Ook hier geldt dat een warm en respectvol onthaal iets anders kan betekenen voor de ene versus de andere zorggebruiker. Stem de werkwijze af op de toestand waarin de persoon zich bevindt, de aanleiding en de omstandigheden van de opname, de voorgeschiedenis, de kwetsbaarheden, enzovoort (Voskes et al., 2014).

Inspirerende praktijk: "De eerste vijf minuten bij opname"

(Stringer, Welleman, Berkheij, Keppel & Kleve, 2009)

Deze praktijk gaat er vanuit dat de eerste vijf minuten in het contact met de zorggebruiker sterk bepalend zijn voor de verdere therapeutische werkrelatie. De manier van bejegenen en de wijze van non-verbaal communiceren (lichaamshouding, oogcontact, gezichtsuitdrukking, manier van spraken, ...) zijn hierbij van belang. Het idee is dat de hulpverlener het eerste initiatief neemt in de zoektocht naar een goed contact en samenwerking met de zorggebruiker. Hierbij wil men een **gastvrije ontvangst** organiseren, en zoekt men steeds naar een aanpak **op maat** van de zorggebruiker, zijn persoonlijke situatie en de omstandigheden waarin hij zich bevindt. Interventies die helpend zijn bij de ene persoon, kunnen juist voor meer onrust zorgen bij de andere persoon (Voskes et al., 2014).

De verschillende stappen zijn (Stringer et al., 2009):

1. Voorbereiding van de opname

Het team maakt een schone kamer klaar, voorzien van de nodige faciliteiten. De aankomst op de afdeling wordt gezien als een nieuwe start. Indien er voorheen sprake was van agitatie en agressie, wil dit niet automatisch zeggen dat de zorggebruiker ook bij aankomst agressief zal zijn. De hulpverleners maken daarom een nieuwe inschatting van eventuele risico's na aankomst op de afdeling.

2. Ontvangen van de zorggebruiker

De ontvangst vindt plaats in een aangename omgeving. De hulpverlener neemt de tijd om zichzelf voor te stellen en te vragen hoe het is voor de zorggebruiker om hier te zijn. Het is belangrijk op de hoogte te zijn van de reden van de opname en de omstandigheden hierrond. De hulpverlener is attent voor de toestand en de gevoelens van de zorggebruiker en stemt het gesprek, de bejegening, en zijn non-verbale communicatie hierop af.

3. Comfort bieden

De hulpverlener vraagt de persoon of hij iets wenst te eten of te drinken. Soms heeft de persoon immers al een heel traject achter de rug alvorens toe te komen op de afdeling,

en een lage bloedsuiker kan prikkelbaarheid of concentratiemoeilijkheden in de hand werken. De hulpverlener laat de zorggebruiker zich installeren op de kamer en gaat na wat de noden zijn (bv. graag hulp bij het uitpakken, of net niet?).

4. De zorggebruiker laten kennismaken met de afdeling
De hulpverlener stelt voor om een rondleiding te geven op de afdeling. De hulpverlener is er zich van bewust dat dit vermoeiend kan zijn en vermijdt het geven van veel informatie op korte tijd.
5. Persoonlijke aandachtspunten bevragen
De hulpverlener vraagt de zorggebruiker of hij met bepaalde zorgen of vragen zit over bv. de thuissituatie, het inlichten van naasten, Ze zoeken samen naar oplossingen of actie waar nodig.

Dit zijn de aanbevelingen m.b.t. onthaal en bejegening tijdens het verblijf op de afdeling:

B.III.1.1 Belang van de therapeutische relatie

Investeer van bij de opname in een **positieve therapeutische relatie** met de zorggebruiker, waarin wederzijds respect, gelijkwaardigheid en een open dialoog centraal staan.

B.III.1.2 Opbouw van de therapeutische relatie

Zorg daarom voor een **gastvrij, warm onthaal** van de zorggebruiker.

- a. **Stem de werkwijze af op de individuele zorggebruiker** en de situatie waarin deze zich bevindt.
- b. Geef vanaf de opname aandacht aan het opbouwen van **wederzijds vertrouwen** en een **samenwerkingsrelatie**. Investeer in een goed contact en de dialoog met de zorggebruiker.
- c. Dit is een bijzonder aandachtspunt bij opnames van weinig gemotiveerde zorggebruikers (bv. achterdochtig, vijandig of teruggetrokken in het contact) en bij opnames onder gedwongen statuut.

B.III.2 Kennismaking en het inschatten van kwetsbaarheid en risico's

Investeer de nodige tijd in een goede **kennismaking** met de zorggebruiker. Leer zijn verhaal en achtergrond kennen. Wat zijn sterktes, kwetsbaarheden en eventuele risicofactoren voor stress, onrust, crisis en/of frustratie tijdens de opname? Ga hiervoor in dialoog met de zorggebruiker of zo nodig zijn naasten (Blair & Moulton-Adelman, 2015; eigen kwalitatieve studie). Gestructureerd klinisch oordeel en gevalideerde instrumenten zijn belangrijke handvatten om kwetsbaarheden, gevoeligheden en risico's in te schatten (Bowers, 2014). Trauma-geïnformeerde zorg impliceert dat het belangrijk is om kennis te hebben van deze zaken, om de zorg en bejegening goed te kunnen afstemmen op de persoon. Dit werkt *preventief* voor onrust, en dus voor eventuele crisis, escalatie, agressie of conflict. Deze kennis is ook zeer belangrijk om goede zorg te kunnen leveren *tijdens* toepassen van afzondering of fixatie, indien het ooit tot dat punt zou komen (zie later, deel C).

De volgende aanbevelingen zijn belangrijk bij opname en gedurende het verdere verloop van de behandeling, voor het kunnen bieden van **preventie op maat** van de zorggebruiker:

- a. Voer **een grondige anamnese** uit bij opname, met in het bijzonder aandacht voor de volgende aspecten:
 - i. trauma's in het verleden en de verwerking hiervan;
 - ii. beleving van eventuele ervaring met afzondering en fixatie binnen de GGZ in het verleden;
 - iii. huidige stressoren in het leven van de zorggebruiker;
 - iv. emotieregulerende vaardigheden van de zorggebruiker.
- b. Overweeg om bij opname en gedurende het verdere verloop van de behandeling ook **de context van de zorggebruiker te betrekken** voor het inschatten van kwetsbaarheid en eventuele risico's:
 - i. Vraag informatie op en/of ga in dialoog met andere, huidige of voorgaande hulpverleners van de zorggebruiker. De zorggebruiker dient hiervoor toestemming te geven.
 - ii. Vraag input van de vertegenwoordiger, naasten, familie, vertrouwenspersonen.
- c. Ga gedurende het verloop van de behandeling regelmatig in **dialoog met de zorggebruiker**, om risico's te kunnen inschatten. Voer daarnaast op afgebakende momenten risico-inschattingen uit op een meer systematische wijze, door middel van:
 - i. een gestructureerd klinisch oordeel;
 - ii. een gevalideerd instrument.

B.III.3 Nabijheid, therapeutisch aanbod en activiteiten

B.III.3.1 Nabijheid en bereikbaarheid

Betrokkenheid van de hulpverlener ten aanzien van de zorggebruiker, alsook een positieve therapeutische relatie gebaseerd op wederzijds vertrouwen zijn belangrijk in het kader van preventie van escalatie en agressie:

- a. Richt je als hulpverlener daarom op voldoende **fysieke en emotionele nabijheid**, alsook **bereikbaarheid** ten aanzien van de zorggebruiker.
- b. Voorzie daarom ook voldoende **ruimte voor individuele begeleiding en gesprekken** met de zorggebruiker.

B.III.3.2 Therapeutisch aanbod

Specifiek binnen het kader van preventie van escalatie, agressie, afzondering en fixatie: voorzie voor de zorggebruikers een **therapeutisch aanbod** omtrent:

- a. mentaliserende vermogens en emotieregulerende vaardigheden;
- b. traumaverwerking.

Maak op indicatie gebruik van dit therapeutisch aanbod, rekening houdend met de kwetsbaarheden van de zorggebruiker.

B.III.3.3 Activiteiten aanbod

Heb aandacht voor voldoende **zinnvolle dagbesteding**, voorzie voldoende aanbod voor ontspanningsmogelijkheden en andere betekenisvolle activiteiten voor de zorggebruikers.

B.III.4 Vroegtijdige zorgplanning

B.III.4.1 Signaleringsplan

Belangrijk in het voorkomen van ernstige escalatie is het **tijdig kunnen opmerken van toenemende spanning, onrust of agitatie**. Immers: hoe sneller dit wordt opgemerkt, hoe eenvoudiger het doorgaan is om deze spanning opnieuw te doen afnemen. Nabijheid, nauw contact en opvolging van de zorggebruiker is hier een belangrijke voorwaarde voor (zie aanbeveling B.III.3.1). Een signaleringsplan opstellen **in dialoog** met de zorggebruiker (en wanneer nodig zijn naasten), kan eveneens helpen om toenemende spanning tijdig op te merken (Huckshorn, 2014).

Het signaleringsplan brengt in kaart wat voor de zorggebruiker 'triggers' zijn om overstuurd, geagiteerd of gestresseerd te geraken. Vervolgens wordt in kaart gebracht op welke manier deze toenemende spanning door de zorggebruiker en door anderen opgemerkt kan worden. De volgende stap is inventariseren welke acties kunnen helpen om de spanning te doen afnemen. Er wordt hierbij nagedacht wat de zorggebruiker zelf kan doen, en ook wat hulpverleners of naasten kunnen doen (LeBel & Stromberg, 2012; WHO, 2017a, WHO, 2017b).

Stel een **signaleringsplan** op, rekening houdend met de gekende kwetsbaarheden en/of risico's:

- a. Doe dit **alvorens** zich een crisis voordoet/zou voordoen. Het plan kan niet worden opgesteld tijdens een actieve crisis.
 - b. Ga op een geschikt moment **in dialoog** met de zorggebruiker en houd daarbij rekening met zijn mogelijkheden: leeftijd, ontwikkelingsleeftijd en reflecterend vermogen. In dit opzicht kan het ook aangewezen zijn om de input van naasten te vragen.
 - c. **Inventariseer** in het signaleringsplan:
 - i. persoonlijke triggers voor emotionele spanning;
 - ii. vroege signalen van toegenomen spanning; signalen per fase van spanningsopbouw;
 - iii. strategieën per fase van spanning, die kunnen helpen om spanning te doen dalen:
 - √ Wat kan de zorggebruiker zelf doen?
 - √ Wat kunnen anderen (hulpverleners, naasten ...) doen?
 - d. **Herbekijk** het signaleringsplan samen met de zorggebruiker en/of de vertegenwoordiger of naasten nadat er zich een crisis heeft voorgedaan. **Pas de inhoud aan** indien nodig, met het oog op toekomstige preventie van crisis en/of dwangmaatregelen.
- Stel het plan op in **samenwerking** met de zorggebruiker en bij voorkeur zijn naasten. De input van de ouders of andere naasten zal belangrijker zijn bij bijvoorbeeld jonge kinderen en personen met verstandelijke of cognitieve beperking (LeBel & Stromberg, 2012). Ook andere zorggebruikers kunnen moeite hebben om na te denken over zichzelf, en om gevoelens bij zichzelf op te merken en te plaatsen. Ondersteun hen dus extra bij het opstellen van een signaleringsplan. Door samen het plan op te stellen en het regelmatig te herevalueren, kan de therapeutische relatie tussen de hulpverlener en de zorggebruiker versterkt worden. Het kan ook een goede oefening zijn voor het introspectief en reflecterend vermogen van de zorggebruiker (LeBel & Stromberg, 2012, eigen kwalitatieve studie).
 - Maak een helder en **gebruiksvriendelijk** plan op, een plan dat handig is om te gebruiken. Pas de vormgeving aan aan de mogelijkheden en voorkeuren van de zorggebruiker. Denk bijvoorbeeld aan

het werken met afbeeldingen en pictogrammen bij jonge kinderen of personen met intellectuele of cognitieve beperkingen (LeBel en Stromberg, 2012; eigen kwalitatieve studie).

- Streef er ook naar dat het plan steeds **toegankelijk** is, zowel voor de zorggebruiker zelf als voor de hulpverleners. Het plan kan bijvoorbeeld opgenomen worden in het elektronisch patiëntendossier, idealiter op een plaats in het dossier waar de zorggebruiker ook steeds zelf kan gaan kijken. Het plan kan bijvoorbeeld ook opgehangen worden in de kamer van de zorggebruiker. Ga samen op zoek naar wat werkt (LeBel en Stromberg, 2012; eigen kwalitatieve studie).
- Het is een goed idee om het plan zo snel mogelijk na de opname op te stellen. Wees je ook bewust van de achtergrond en het levensverhaal van de zorggebruiker. Is er sprake van bepaalde traumatische ervaringen? Het is van belang om **op een deskundige en voorzichtige wijze** te praten over triggers gelinkt aan deze trauma's. Praten over deze triggers kan namelijk op zichzelf een trigger zijn voor de zorggebruiker (LeBel & Stromberg, 2012).
- In onderstaand kader wordt meer toelichting gegeven over de verschillende onderdelen van het signaleringsplan:

Handvatten bij het opstellen van een signaleringsplan

(WHO, 2017a, WHO, 2017b, LeBel & Stromberg, 2012)

1. Triggers

Triggers zijn zaken die onrust, spanning, stress, agitatie, boosheid, ... uitlokken bij een persoon. Veel triggers zijn persoonlijk en individueel bepaald: wat voor de ene persoon agiterend is, is dat niet noodzakelijk voor de andere. Triggers kunnen enerzijds externe zaken zijn zoals gebeurtenissen, interacties met anderen, waarnemingen en kunnen anderzijds ook interne zaken zijn zoals gedachten of gevoelens.

✓ *Voorbeelden van externe triggers:*

- *Drukke of lawaai*
- *Fel licht*
- *Mensen die te dicht komen*
- *Aangeraakt worden*
- *Agitatie, boosheid of geroep van anderen opmerken*
- *Verdriet of emotionele crisis van anderen aanschouwen*
- *Onrespectvol aangesproken worden*
- *Onder druk gezet worden om iets te doen dat je niet wil*
- *Ruzie, discussie met iemand*
- *...*

✓ *Voorbeelden van interne triggers:*

- *Erg vermoeid zijn*
- *(Grote) honger hebben (lage bloedsuikerspiegel)*
- *Het gevoel niets te zeggen te hebben, geen controle of input te hebben*
- *Zich niet begrepen voelen*
- *Piekergedachten*
- *Zich alleen voelen, eenzaam voelen*
- *Het gevoel in de steek gelaten te worden*
- *Slechte herinneringen, herinnerd worden aan traumatische ervaringen*
- *...*

2. Signalen van toenemende spanning

Toenemende spanning, stress en onrust kan worden opgemerkt via verschillende 'vroeg signalen'. Sommigen zijn waarneembaar voor de hulpverlener, anderen kan de zorggebruiker enkel bij zichzelf opmerken. Mensen verschillen in welke signalen voor hen typerend zijn, welke signalen het vroegst komen en/ of welke signalen het vaakst voorkomen.

- ✓ *Voorbeelden van uiterlijk waarneembare signalen:*
 - *Onrustig bewegen*
 - *Heen en weer lopen*
 - *Knijpen in handen, vuisten maken*
 - *Zweten*
 - *Spanning in het gezicht, rood worden*
 - *Kortaf zijn, geïrriteerd zijn*
 - *Luider praten of beginnen roepen*
 - *Stil worden*
 - *Zich terugtrekken*
 - *Weglopen*
 - *....*
- ✓ *Voorbeelden van innerlijk waarneembare vroeg signalen:*
 - *Het warm krijgen*
 - *Verhoogde hartslag*
 - *Spanning in nek of schouders*
 - *Druk op de borst*
 - *Sneller ademen*
 - *Op de tanden bijten*
 - *...*

3. Strategieën om de spanning te doen dalen

Bespreek vervolgens wat er gedaan kan worden om de spanning te doen dalen, enerzijds door de persoon zelf, en anderzijds door anderen (de hulpverleners, naasten). Ook dit is anders voor iedereen, en kan bovendien variëren naar gelang de situatie waarin de persoon zich bevindt. Soms helpt het om even alleen te kunnen zijn, soms heeft de persoon juist nood aan contact, gesprek of gewoon gezelschap.

- ✓ *Enkele voorbeelden van eindeloze mogelijkheden aan strategieën:*
 - *Naar buiten gaan en bewegen (wandelen, fietsen, sporten, spelen ...)*
 - *Muziek luisteren*
 - *Schrijven, tekenen*
 - *Een bad nemen*
 - *Ademhalingsoefeningen, meditatie*
 - *Praten met een vertrouwenspersoon*
 - *Comfortroom gebruiken*
 - *...*

B.III.4.2 Voorkeuren en wensen van de zorggebruiker

Ga met elke zorggebruiker in dialoog over welke eventuele **voorkeuren of afkeuren** hij heeft omtrent het gebruik van verschillende vormen van afzonderen of fixeren:

- a. Houd rekening met de **mogelijkheden** en ontwikkelingsleeftijd van de zorggebruiker en betrek de vertegenwoordiger en/of een naaste indien nodig.
- b. **Noteer** deze input in het patiëntendossier.
- c. Neem de input **ernstig** en hanteer dit tijdens het overwegingsproces om al dan niet tot een bepaalde vorm van afzonderen of fixeren over te gaan in geval van crisis (zie C.II.2).

Iedereen heeft een andere levensgeschiedenis, persoonlijkheid en fysieke kwetsbaarheden. Zorggebruikers kunnen traumatische ervaringen hebben, mogelijk ook gelinkt aan het ondergaan van een afzondering of fixatie. Omwille van al deze redenen verschillen zorggebruikers in hun **visie** ten aanzien van afzonderen en fixeren, en zullen zij ook verschillen in hun **beleving** van een dergelijke maatregel indien zij deze zouden ondergaan.

Praat daarom met de zorggebruiker over zijn mogelijke voor – of afkeuren voor afzonderen, fysieke interventie, medicamenteuze fixatie, mechanische fixatie. Denk tijdens dit gesprek ook zelf na over wat vermoedelijk de minst ingrijpende vorm van fixeren of afzonderen is voor deze persoon. Communiceer tijdens dit gesprek ook steeds duidelijk dat afzonderen of fixeren enkel zal worden gebruikt als beschermende **veiligheidsmaatregel**, indien er zich een zeer gevaarlijke situatie zou voordoen en er geen andere opties overblijven (zie later: aanbeveling C.II.1).

B.III.5 Omgaan met escalatie

Ga steeds op zoek naar wat **de onderliggende oorzaak** is van de stijgende emotionele spanning bij de zorggebruiker, en zoek naar manieren om de spanning te reduceren:

- a. Ga **in dialoog** met de zorggebruiker waarbij je als hulpverlener een open en respectvolle communicatiestijl hanteert.
- b. Maak bovendien gebruik van **verbale de-escalerende vaardigheden**.
- c. Grijp terug naar een eventueel **signaleringsplan**.
- d. Maak zo nodig gebruik van **alternatieven** voor de-escalatie.

Een juiste **inschatting maken van de oorzaak** van toenemende emotionele spanning, is belangrijk om gepast en professioneel te kunnen reageren. Een deskundige reactie helpt immers toenemende escalatie voorkomen. Omgekeerd kan een verkeerde reactie de escalatie juist onverhoopt doen toenemen (Price & Baker, 2012; Richmond et al., 2012).

Indien er sprake is van agitatie of agressie die voortvloeit uit gevoelens van onmacht of frustratie ('frustratieagressie') zal het zoeken en blijven houden van de **dialoog**, alsook het inzetten van **verbale de-escalatie vaardigheden** cruciaal zijn (Price & Baker, 2012). Bij 'ongecontroleerde agressie' vanuit een organische oorzaak is verbale de-escalatie minder zinvol. Het gaat hier over uitgesproken agressie vanuit bijvoorbeeld ernstige intoxicatie door alcohol of drugs, ernstige psychose, niet-aangeboren hersenletsel, dementie (Mysiwi & Sandel, 1997). **Verbaal de-escaleren** doe je vanuit een rustige, eerlijke en niet-bevooroordeelde basishouding. Je bent je bewust van je eigen emoties en je uitstraling. Je kan jezelf op een niet-dreigende en niet-autoritaire manier opstellen. Je toont een oprechte bezorgdheid ten aanzien

van de zorggebruiker. Je wil hem zijn beweegredenen begrijpen en tracht empathisch te reageren. Door het vertrouwen van de zorggebruiker te winnen en hem het gevoel te geven dat hij gehoord en gerespecteerd wordt, kan je hem ondersteunen om kalmer te worden (Price & Baker, 2012). Samengevat wijst onderzoek op de volgende kernaspecten van verbaal de-escaleren (Price & Baker, 2012; Richmond et al., 2012; Mavandi, Bieling & Madsen, 2016):

- ✓ Een rustige uitstraling behouden, met aandacht voor non-verbale communicatie
- ✓ Veiligheid van jezelf, de zorggebruiker en de anderen in het oog houden
- ✓ De gevoelens van de zorggebruiker valideren
- ✓ Op zoek gaan naar de (kern)oorzaak van de onrust/onvrede/agitatie
- ✓ Actief luisteren en empathisch reageren
- ✓ De zorggebruiker begeleiden en ondersteunen
- ✓ Zoeken naar oplossingen

In onderstaande kader worden deze kernaspecten concreet toegelicht.

Handvatten bij verbaal de-escaleren

(WHO, 2017a, WHO, 2017b; , Mavandi, Bieling & Madsen, 2016; Price & Baker, 2012; Richmond et al., 2012)

1. Een rustige uitstraling behouden

Straal steeds kalmte en rust uit, ook al voel je je niet altijd zo. Wees je bewust van het belang van je lichaamstaal hierin. Kies voor een open lichaamshouding. Praat op een rustige manier waarbij je let op je intonatie, volume en tempo. Wees voldoende beknopt wanneer je spreekt: ellenlange informatie kan een zorggebruiker in hoge emotie immers niet goed verwerken. Wanneer je als hulpverlener een zekere rust uitstraalt, geeft dit de zorggebruiker de boodschap dat je de situatie kan dragen en de kracht hebt om zijn gevoelens op te vangen. Ook een zeker zelfvertrouwen uitstralen als hulpverlener, kan de zorggebruiker rust en vertrouwen geven.

Tip: als je je als hulpverlener angstig voelt, kan het misschien helpen om je extra te focussen op het stellen van vragen en uit te zoeken hoe de zorggebruiker zich voelt en wat het probleem is (zie verder onderaan). Dit kan je afleiden van je eigen gevoelens. Duw je eigen angsten echter niet krampachtig weg, dit zal namelijk het omgekeerde effect hebben. Wees mild voor jezelf.

Tip: als je zelf boosheid of irritatie voelt, kan het wellicht helpen om extra in te zetten op empathie (zie verder onderaan) en het gedrag van zorggebruiker niet zomaar te koppelen aan zijn persoon of persoonlijkheid.

2. Veiligheid in het oog houden

Respecteer de persoonlijke ruimte van de zorggebruiker. Kom niet te dicht, want dit kan provocerend werken. Houd ook niet teveel afstand, want je wil voldoende betrokkenheid tonen en vertrouwen uitstralen. Wandel zo nodig met de zorggebruiker naar een rustigere en veiligere omgeving, zonder dat dit sterk opvalt voor de zorggebruiker. Let erop dat zowel jij als de zorggebruiker bewegingsvrijheid hebben. Zorg dat je een 'vluchtroute' hebt voor wanneer de situatie gevaarlijk zou worden.

3. Gevoelens van de zorggebruiker valideren

Ga na en benoem wat de zorggebruiker precies voelt en laat blijken dat dit 'oké' is. Hiervoor hoef je zelf niet precies te begrijpen waarom de persoon zich zo voelt en je hoeft er ook niet akkoord mee te zijn. Het gaat erom dat er erkenning is voor zijn gevoelens. De gevoelens worden niet gebagatelliseerd, veroordeeld of afgewezen. De zorggebruiker zal zich gerespecteerd voelen, wat onmiddellijk voor meer rust kan zorgen.

Opgelet: gevoelens accepteren is niet hetzelfde als gedrag aanvaarden. Wanneer er zeer ernstige verbale agressie optreedt (bv. het uiten van beledigingen of bedreigingen) is het van belang dit af te grenzen. Geef aan wat wel en niet kan. Vraag de zorggebruiker hiermee te stoppen en geef hier keuzes in. Geef aan wat je wél wenst dat de zorggebruiker doet.

4. Vragen stellen om de bron van het probleem te achterhalen

Stel vragen om uit te zoeken wat precies de bezorgdheden, frustraties, ... van de zorggebruiker zijn, en waar deze vandaan komen. Wat is de ware oorzaak van de onrust, onvrede, emotie? Wat is de kern van het probleem? Doe dit door oprechte interesse te tonen, actief te luisteren en voldoende door te vragen. Dit wordt onder het volgende puntje toegelicht.

5. Actief luisteren, betrokkenheid en empathie tonen

Toon je openheid en oprechte betrokkenheid door actief te luisteren en empathie te tonen. Tracht te achterhalen wat er omgaat in de zorggebruiker en waarom. Door actief te luisteren vergroot je de kans dat de zorggebruiker zich gehoord en begrepen voelt. Bij actief luisteren:

- ✓ Focus je je volle aandacht op de andere en wat hij zegt. Dit helpt om relevante vragen te kunnen stellen, zodat je hem beter kan begrijpen.
- ✓ Toon je je interesse en aandacht aan de hand van non-verbale signalen zoals oogcontact maken, knikken en een open lichaamshouding aanhouden.
- ✓ Herhaal je in je eigen woorden wat de andere juist heeft gezegd. Bijvoorbeeld: "Je zegt dat ...", "Ik hoor je zeggen dat ..., klopt dit?", "heb ik het goed begrepen dat jij aangeeft dat ...". Hiermee kan je afoetsen of je juist hebt begrepen wat de ander wil zeggen. Soms denken we immers te snel te weten wat de ander wil zeggen.

Zoek vervolgens naar manieren om empathisch te reageren. Zoek naar zaken waarmee je aansluiting kan vinden bij de zorggebruiker, zoek punten waarin je hem kan volgen of eventueel 'gelijk' in kan geven. Wees hier altijd oprecht in. Tracht optimisme en hoop te geven. Geef echter geen valse hoop, door bijvoorbeeld een belofte te maken die je niet kan waarmaken.

6. De zorggebruiker ondersteunen en begeleiden, en zoeken naar oplossingen

Ondersteun de zorggebruiker en zoek (al dan niet samen) naar oplossingen. Wat kan helpen? Dit zal afhangen van de situatie en het probleem. Mogelijkheden zijn: keuzes bieden, uitleg geven, samen naar een compromis zoeken, afleiding bieden, Kan er iets veranderd worden aan de situatie? Welke acties kunnen ondernomen worden, door de zorggebruiker zelf, door jou of andere hulpverleners, anderen? Bekijk een eventueel signaleringsplan.

B.III.6 Nabespreking na een afzondering of fixatie

B.III.6.1 Nabespreking met de zorggebruiker

Voer niet lang na het beëindigen van de maatregel **een nabespreking** met de zorggebruiker en desgevallend zijn vertegenwoordiger. Betrek een andere naaste voor zover de zorggebruiker dit wenst.

- a. Pas de **vorm, tijdstip, duur en manier** van het voeren van het gesprek aan **op maat van de zorggebruiker** en zijn mogelijkheden. Bevraag zijn noden en voorkeuren hieromtrent.
- b. Bied de zorggebruiker de kans om de eigen ervaringen te delen en vragen te stellen. Voer het gesprek ook binnen het kader van individuele preventie van toekomstige crisis, afzondering en fixatie.
- c. **Bespreek** daarom de volgende aspecten:
 - i. wat er gebeurd is;
 - ii. wat de aanleiding was;
 - iii. wat waarschuwingssignalen waren voor de crisis;
 - iv. de beleving van de zorggebruiker, de emotionele en fysieke impact;
 - v. de beleving en impact op de betrokken hulpverlener;
 - vi. lessen die eventueel getrokken kunnen worden in het kader van individuele crisispreventie.

B.III.6.2 Nabespreking onder hulpverleners

Organiseer tevens een nabespreking met alle betrokken **hulpverleners**, kort nadat de maatregel heeft plaatsgevonden.

Dit gesprek richt zich op:

- a. Ruimte bieden voor **intervisie** en kritische **reflectie**: inhoudelijke bespreking van de aard en aanleiding van het incident, hoe alles verlopen is en wat eventueel anders had aangepakt kunnen worden.
- b. Ruimte bieden voor **emotionele verwerking**.

C. Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie

Zoals voorheen werd toegelicht, zijn afzondering en fixatie controversiële maatregelen. Naast het feit dat er heel wat risico's aan verbonden zijn – op fysiek en psychisch vlak, alsook op vlak van de therapeutische relatie tussen zorggebruiker en hulpverlener – kunnen de maatregelen in vraag worden gesteld binnen het mensenrechtelijk kader. Fysieke dwang is immers in principe verboden en kan slechts in bepaalde, goed geregelde gevallen. Er moeten voldoende waarborgen bestaan dat de rechten van de zorggebruiker ook tijdens een dwangtoepassing worden gerespecteerd. Afzondering en fixatie dienen zo menswaardig mogelijk te worden toegepast. Omwille van deze redenen, worden onderstaande aanbevelingen geformuleerd. Enkele toelichtingen hierbij:

- Indien afzondering en fixatie worden toegepast, moet dit steeds binnen het bestaande wettelijke kader gebeuren. De aanbevelingen binnen dit document vervangen de wetgeving niet. Dit wil zeggen dat de aanbevelingen geen herhaling inhouden van de wetgeving, maar moeten toegepast worden binnen het bestaande wettelijke kader (zie hoofdstuk 6 van het [onderzoeksrapport](#) van de eerste versie van de MDR; Peeters et al., 2019);

- Dit hoofdstuk over de toepassing van afzondering en fixatie vormt een vervolg op het hoofdstuk over de preventie ervan. Beide onderdelen vormen een geheel, samen met Hoofdstuk D van de richtlijn over de praktische uitvoering van afzondering en fixatie.

Zoals voorheen reeds vermeld, vormen de principes van trauma-geïnformeerde zorg en herstelondersteunende zorg een rode draad doorheen de aanbevelingen van de MDR. **Het toepassen van dwang druist in tegen beide zorgvisies.** Het dient daarom zo veel mogelijk te worden vermeden. Wanneer er toch een afzondering of fixatie onder dwang wordt overwogen, is het **belangrijk dat de professionals de kern van herstelondersteunende en trauma-geïnformeerde zorg zo veel mogelijk in rekening nemen tijdens de toepassing ervan.** Het gaat er met name om dat:

- er steeds aandacht is voor het **unieke van iedere zorggebruiker**: zijn persoonlijk levensverhaal, zijn sterktes en zijn mogelijkheden, maar ook zijn kwetsbaarheden en gevoeligheden (voortgaande uit bijvoorbeeld eventuele trauma's of ingrijpende ervaringen). Er wordt zoveel mogelijk rekening te houden met zijn unieke persoon, zijn sterktes en kwetsbaarheden, zijn achtergrond en situatie. Dit komt bijvoorbeeld aan bod in de aanbevelingen over het overwegen en beslissen van het toepassen van een afzondering of fixatie (aanbeveling C.II.2.2) alsook tijdens het verder opvolgen van de zorggebruiker tijdens het toepassen ervan (aanbeveling C.II.3.4).
- er steeds ingezet wordt op een **humane en respectvolle bejegening** van de zorggebruiker en een transparante communicatie naar hem toe en zijn naasten. Dit komt bijvoorbeeld aan bod in aanbevelingen C.II.3.5 en C.II.3.3.
- er gestreefd wordt naar zoveel mogelijk **zelfbeschikking** van de zorggebruiker, en dat controle en macht zo min mogelijk wordt toegepast. Dit uit zich bijvoorbeeld in de aanbevelingen rond subsidiariteit (aanbevelingen C.II.2.3 en C.II.4.1) en aanbevelingen rond het rekening houden met de voorkeuren van de zorggebruiker (aanbeveling C.II.2.4)
- er gestreefd wordt naar zoveel mogelijk **gelijkwaardige samenwerking** met de zorggebruiker en/of zijn naasten. Deze participatie wordt op verschillende vlakken sterk

aanbevolen. Dit uit zich bijvoorbeeld in het rekening houden met de (vooraf besproken) voorkeuren van de zorggebruiker tijdens het overwegen van een (bepaald type) dwangmaatregel (aanbeveling C.II.2.4), het blijvend zoeken naar een dialoog met de persoon in crisis (aanbevelingen C.II.2.3b en C.II.3.6d) en het voeren van nabesprekingen met de zorggebruiker (aanbeveling C.II.5).

De aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie in het kader van agressie en escalatie, worden in deze MDR onderverdeeld in **twee niveaus**:

- I. Het niveau van de directies en de beleidsmedewerkers van de GGZ-voorzieningen;
- II. Het niveau van de afzonderings- en fixatieprocedures die toegepast worden in de directe zorg voor zorggebruikers.

I. Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers

C.I.1 Procedures

Ontwikkel procedures voor de toepassing van afzondering en fixatie:

- a. Voor aanbevelingen met betrekking tot de inhoud van de **procedures**: zie deel II van dit hoofdstuk C en hoofdstuk D.
- b. Schrijf deze procedures **gedetailleerd en helder** uit.
- c. Gebruik **dezelfde** procedures voor afzondering en fixatie in de hele voorziening, met enkel aanpassingen voor specifieke afdelingen of doelgroepen indien dit noodzakelijk zou zijn.
- d. **Informeer** de zorggebruikers, desgevallend hun vertegenwoordigers, en naasten over de procedures omtrent de toepassing van afzondering en fixatie, zodat ze kunnen begrijpen waarom en op welke wijze afzondering en/of fixatie plaatsvinden.

C.I.2 Opleiding en training van de hulpverleners

Voorzie in grondige en frequente **opleiding en training** van de hulpverleners. Opleiding richt zich op het verhogen van kennis en inzicht, terwijl training zich richt op het ontwikkelen van vaardigheden.

- a. Bied hulpverleners opleiding omtrent de volgende thema's:
 - i. **feiten en mythes** m.b.t. afzonderen en fixeren, bv. effectiviteit, risico's, impact en gevolgen;
 - ii. inzicht in **oorzaken en instandhoudende factoren van escalatie en agressie**: kennis omtrent factoren gerelateerd aan (1) de hulpverlener (bv. rol van de eigen emotie), (2) de interactie tussen hulpverlener en zorggebruiker, en (3) de zorggebruiker;
 - iii. **procedures** voor het toepassen van afzonderen en fixeren;
 - iv. kennis van de **juridische voorwaarden** voor afzondering en fixatie en **de mensenrechtelijke beginselen** die erop van toepassing zijn.
- b. Train de volgende vaardigheden van de hulpverlener:
 - i. respectvolle **bejegening** van de zorggebruiker en **communicatievaardigheden**;
 - ii. **de-escalerende communicatievaardigheden**;
 - iii. **emotieregulerende vaardigheden**: omgaan met de eigen emotie tijdens escalatie, crisis en agressie;
 - iv. **creatief en kritisch denken** over het gebruik van **alternatieven** in het kader van de-escalatie en preventie van escalatie;
 - v. **flexibel en kritisch** omgaan met afzonderings- en fixatieprocedures;
 - vi. het voeren van **nabesprekingen** met de zorggebruiker en met collega-hulpverleners (zie C.II.5: Na het beëindigen van de maatregel);
 - vii. **technische vaardigheden in het veilig toepassen** van de verschillende vormen van fixeren en afzonderen.
- c. Ga bij deze opleidingen en trainingen **ervaringsgericht** te werk.

C.1.3 Ruimte voor afzondering

Voorzie bij het gebruik van afzondering een ruimte die **specifiek hiertoe ontworpen** is en enkel hiervoor gebruikt wordt. De ruimte dient een **veilige en rustgevende omgeving** te bieden.

- a. Maak voortdurend **wederzijds visueel contact** tussen de hulpverlener en de zorggebruiker mogelijk, vanuit een aangrenzende ruimte.
- b. In het kader van de privacy van de zorggebruiker, zorg ervoor dat **enkel bevoegd personeel** de afzonderingskamer kan inkijken en betreden. Stem de architectuur hierop af.
- c. Zorg voor **sanitaire voorzieningen** in of aangrenzend aan de afzonderingskamer. Voorzie in goed hygiënisch onderhoud hiervan.
- d. Zorg steeds voor **oriëntatiemogelijkheden**. Voorzie mogelijkheden voor lichtinval (daglicht) en een digitale klok met vermelding van uur en datum.
- e. Voorzie steeds middelen waarmee de zorggebruiker **contact** kan nemen met een hulpverlener.

C.1.4 Klachtenprocedures

Informeer zorggebruikers, vertegenwoordigers en hun naasten omtrent de verschillende mogelijke klachtenprocedures.

- a. Ontwikkel **gebruiksvriendelijke interne klachtenprocedures**.
- b. **Informeer** op duidelijke wijze zorggebruikers, en desgevallend hun vertegenwoordigers, en hun naasten over deze **interne klachtenprocedures**.
- c. **Informeer** op duidelijke wijze zorggebruikers, en desgevallend hun vertegenwoordigers, en hun naasten over de bestaande **externe klachtenprocedures**.
- d. Zorg ervoor dat zorggebruikers, en desgevallend hun vertegenwoordigers, en hun naasten te allen tijde **toegang hebben** tot de interne en externe klachtenprocedures en dat de toegang tot juridische bijstand voor hen verzekerd is.

II. Aanbevelingen voor de afzonderings- en fixatieprocedures

C.II.1 Toelaatbaarheid van afzondering en fixatie

Gebruik afzondering of fixatie enkel als **een zeer uitzonderlijke veiligheidsmaatregel**, in geval van een **ernstig en acuut gevaar** voor de fysieke en/of psychische integriteit van de zorggebruiker of andere personen, **voor zover alternatieven** voor afzondering en fixatie **niet (langer) volstaan**. Hieruit volgt:

- a. Gebruik afzonderen, mechanisch fixeren, fysieke interventie of medicamenteuze fixatie niet omwille van een andere reden dan ernstig en acuut gevaar: bv. als middel van machtsvertoon, een straf of sanctie, omwille van tekort aan personeel, als behandeling.
- b. Afzonderen, mechanisch fixeren, fysieke interventie of medicamenteuze fixatie zijn hoogstens een laatste optie binnen de bredere preventieve benadering van escalatie en agressie.

C.II.2 Overwegen en beslissen met betrekking tot het gebruik van afzondering of fixatie

Indien het lijkt dat afzondering of fixatie niet vermeden kan worden, maak dan alsnog de **zorgvuldige afweging** om **al dan niet** over te gaan tot afzonderen of fixeren. Wees ook zorgvuldig in het afwegen van **de keuze van het type maatregel**. In het kader hiervan worden de volgende aanbevelingen gemaakt.

C.II.2.1 Wie beslist tot het opstarten van de maatregel?

Overwegen en beslissen met betrekking tot dwang gebeurt door **een arts** in overleg met andere leden van het behandelteam, nadat de arts de zorggebruiker onderzocht heeft. Indien dit niet tijdig realiseerbaar is, wordt de beslissing genomen door **verpleegkundigen in onderling overleg**. De arts wordt in dat geval onmiddellijk verwittigd, voert zo snel mogelijk een onderzoek uit en bevestigt al dan niet de maatregel.

Leg in de procedure een **maximum tijdsduur** vast waarbinnen de arts – nadat hij op de hoogte is gebracht door de verpleegkundigen – de zorggebruiker onderzoekt en de maatregel al dan niet bevestigt.

C.II.2.2 Houd rekening met de kwetsbaarheid van de persoon

Bij de **overweging** om al dan niet over te gaan tot afzondering of fixatie, en bij de **keuze** van het type maatregel en de te gebruiken techniek, wordt rekening gehouden met de **kwetsbaarheid van de zorggebruiker**. Enkele belangrijke kwetsbaarheidsfactoren zijn:

- a. de aanwezigheid van psychotrauma in de voorgeschiedenis, de aard van dit trauma;
- b. voorgaande ervaring met afzonderingen en/of bepaalde vormen van fixatie;
- c. de ontwikkelingsleeftijd van de zorggebruiker op fysiek, cognitief, emotioneel en psychisch vlak;

- d. fysieke en medische kwetsbaarheidsfactoren zoals bv. gezondheid, gewicht en kracht, zwangerschap.

C.II.2.3 Houd rekening met de principes van proportionaliteit en subsidiariteit

Kies het type maatregel en de te volgen techniek volgens de principes van **proportionaliteit en subsidiariteit**.

- a. De **mate** van dwang en de **ernst** van de maatregel moeten **in verhouding** zijn met het **gevaar**.
- i. **Kies de minst ingrijpende maatregel**, d.w.z. deze met de minste impact op de autonomie en de psychische en fysieke integriteit van de zorggebruiker.
- √ verschillen in psychische beleving van een afzondering of fixatie zijn **sterk individueel** bepaald. Baseer de beslissing van het type dwangmaatregel daarom zo veel mogelijk op individuele factoren waaronder de kwetsbaarheid van de zorggebruiker, en de wensen en vroegere ervaringen van de zorggebruiker.
 - √ weeg nadelen en risico's af tegen potentiële gewenste effecten.
- ii. **Vermijd** het gelijktijdig toepassen van meerdere vormen van dwang. Dit kan enkel als laatste redmiddel in uiterst uitzonderlijke en uiterst gevaarlijke situaties overwogen worden.
- b. **Blijf** ook tijdens het toepassen **nagaan** of de maatregel de beste optie is om het gevaar te doen wijken in de huidige situatie. Blijf op zoek gaan naar minder ingrijpende alternatieven.

C.II.2.4 Houd rekening met de voorkeuren van de zorggebruiker

- a. Neem de **voor- of afkeuren van de zorggebruiker omtrent dwangmaatregelen** mee in het *overwegingsproces* om al dan niet afzondering of fixatie toe te passen, alsook bij de *keuze* van het type maatregel.
- b. Indien er **geen of onvoldoende kennis** is over de wensen, voorkeuren en/of individuele kwetsbaarheidsfactoren van de zorggebruiker, neem dan de volgende bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek mee bij het kiezen van het type maatregel:
- √ *Over het algemeen* wordt gedwongen medicatie (medicamenteuze fixatie) als minder ingrijpend ervaren in vergelijking met afzondering of mechanische fixatie. Mechanische fixatie wordt *in het algemeen* het vaakst als meest ingrijpend ervaren, net als het combineren van afzondering met mechanische fixatie dan wel medicamenteuze fixatie.

C.II.2.5 Indien de zorggebruiker zelf vraagt naar afzondering of fixatie

Indien de zorggebruiker zelf vraagt naar een afzondering of fixatie, ga dan steeds na wat de **achterliggende drijfveer** is van deze vraag. Mogelijk zijn er bepaalde **behoeften** waaraan tegemoet kan gekomen worden. Ga vervolgens op zoek naar alternatieve, minder ingrijpende oplossingen. Indien er geen alternatieven mogelijk zijn, kan er ingegaan worden op de vraag van de zorggebruiker.

Volg ook in dit geval alle aanbevelingen met betrekking tot de uitvoering van afzondering en fixatie zoals hieronder omschreven.

C.II.3 Uitvoeren van de maatregel

C.II.3.1 Wie voert de maatregel uit?

Enkel **bevoegd** personeel⁶ dat grondig is **opgeleid** omtrent het veilig, respectvol en humaan toepassen van afzonderen en fixeren, voert afzondering en fixatie uit.

Hoofdstuk D bevat aanbevelingen over *hoe* het **team** dient te **functioneren** tijdens de uitvoering van

- Fysieke interventie: aanbeveling 1 tot 6
- Mechanische fixatie: aanbeveling 1 tot 6
- Afzondering: aanbeveling 1

C.II.3.2 Registreren

Registreer in het **patiëntendossier** het volgende voor alle afzonderingen en fixaties:

- a. Het type maatregel (en in uitzonderlijke gevallen een eventuele combinatie van maatregelen);
- b. Onder welke omstandigheden, de aanleiding/reden, uitgeprobeerde alternatieven;
- c. Het tijdstip van begin en einde;
- d. De naam van de arts die de maatregel heeft opgestart of bevestigd;
- e. De eventuele verwondingen bij de zorggebruiker en/of de hulpverleners;
- f. De eventuele opmerkingen van de zorggebruiker met betrekking tot het verloop van de afzondering of de fixatie (zie C.II.5.2);
- g. De tijdstippen van en observaties tijdens het toezicht.

Hoofdstuk D bevat aanbevelingen over wanneer observaties en evaluaties dienen geregistreerd te worden:

- Fysieke interventie: aanbeveling 22 en 23
- Mechanische fixatie: aanbeveling 34
- Afzondering: aanbeveling 17

⁶ Zijn volgens de huidige wetgeving bevoegd tot afzondering en fixatie: **artsen, verpleegkundigen** voor zover de lijst met technisch verpleegkundige verstrekkingen dit toelaat en **zorgkundigen** na delegatie door en onder toezicht van bevoegde verpleegkundigen.

C.II.3.3 Het op de hoogte brengen van de vertegenwoordiger en eventueel de naasten van de zorggebruiker

- a. Indien de zorggebruiker zijn belangen niet zelf kan behartigen, breng dan onmiddellijk zijn **vertegenwoordiger** op de hoogte van **de start en de aard** van de maatregel.
- b. Respecteer de voorkeuren van de zorggebruiker omtrent het verwittigen van **naasten**, indien deze gekend zijn.

C.II.3.4 Houd rekening met de kwetsbaarheid van de persoon

Houd tijdens de **uitvoering** van de gekozen maatregel en techniek steeds rekening met de **kwetsbaarheid van de persoon**. Relevant hierbij zijn:

- a. Aanwezigheid van psychotrauma in de voorgeschiedenis, de aard van dit trauma;
- b. Voorgaande ervaring met afzonderingen en/of bepaalde vormen van fixatie;
- c. De ontwikkelingsleeftijd van de zorggebruiker op fysiek, cognitief, emotioneel en psychisch vlak;
- d. Fysieke en medische kwetsbaarheidsfactoren zoals gezondheid, gewicht en kracht, zwangerschap.

C.II.3.5 Voer de maatregel respectvol en zo humaan mogelijk uit

Respecteer zo veel mogelijk de **waardigheid** van de zorggebruiker:

- 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 zorggebruiker: **respectvol, beheerst en rustig**. Let op de mogelijke impact van de eigen emoties, bv. angst en kwaadheid.
 - ii. **Informeer** de zorggebruiker. Licht 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 zorggebruiker. Blijf inzetten op het voeren van een respectvolle dialoog.
 - iii. Wees **bereikbaar en beschikbaar** voor contact en communicatie met de zorggebruiker zodat hij steeds vragen kan stellen, behoeften kan uiten. Geef aan dat **vragen en verzoeken** steeds gesteld kunnen worden. Neem deze vragen en verzoeken ernstig.
 - iv. Toon **empathie, bekommernis en betrokkenheid** ten aanzien van de zorggebruiker.
- b. Respecteer zoveel mogelijk de **privacy** van de zorggebruiker en **bescherm** het psychisch welzijn van de omstaanders. Voer afzondering en fixatie daarom uit **buiten het zicht van derden**. Een uitzondering kan worden gemaakt wanneer de zorggebruiker zelf vraagt naar het gezelschap van derden en wanneer hiervoor geen duidelijke en belangrijke tegenindicatie bestaat (zie C.II.3.5.f.).

- c. Zorg ervoor dat de zorggebruiker maximaal en zo autonoom mogelijk kan voldoen aan zijn **noden en basisbehoeften** zoals dorst, honger, persoonlijke hygiëne, toiletbehoeften. Bied zo veel mogelijk fysiek comfort. Wees **proactief** in het nagaan van deze behoeften en sta de zorggebruiker bij indien nodig.
- d. Respecteer zo veel mogelijk de **privacy** van de zorggebruiker tijdens hygiënische lichaamsverzorging, toiletbehoeften en eventuele ontkleding bij afzondering of mechanische fixatie. Indien gebruik wordt gemaakt van een camera, maak geen herkenbaar beeldmateriaal van omkleden, toiletgebruik en handelingen voor hygiëne.
- e. Zorg dat de zorggebruiker steeds **gekleed** is.
 - i. Ga **niet standaard** over tot het **ontnemen van de eigen kledij** en/of kleding-accessoires. Doe dit enkel **op specifieke indicatie** van zeer ernstig gevaar van de fysieke integriteit van de zorggebruiker.
 - ii. Respecteer bij het omkleden naar **scheurvrije kledij** zoveel mogelijk de waardigheid en privacy van de zorggebruiker, door dit bijvoorbeeld enkel te laten gebeuren onder toezicht van een hulpverlener van hetzelfde geslacht.
- f. Zorg ervoor dat de zorggebruiker, wanneer hij dit wenst, **in contact kan treden met derden**. Het betreft contact in alle mogelijke vormen, zowel live contact als contact via communicatiemiddelen. Beperk deze mogelijkheid nooit standaard, maar enkel indien hier een duidelijke en belangrijke indicatie voor is. Beperk de mogelijkheid in dit laatste geval zo min mogelijk en zo kort mogelijk.
- g. Hoofdstuk D bevat aanbevelingen over **handelingen, technieken en het gebruik van materialen** tijdens de praktische uitvoering van afzondering en fixatie:
 - Fysieke interventie: aanbeveling 7 tot 16
 - Mechanische fixatie: aanbeveling 7 tot 21
 - Afzondering: aanbeveling 2 tot 7
- h. Gebruik steeds **veilige** technieken voor het uitvoeren van de maatregel.

C.II.3.6 Toezien, opvolgen en evalueren

Zet in op een **nauwe opvolging van de psychische en fysieke toestand** van de zorggebruiker, door middel van toezicht en evaluatie van het effect van de maatregel.

- a. Zorg bij **afzondering** voor voortdurend wederzijds visueel contact met de zorggebruiker, tenzij dit het verhoopte de-escalierend effect in de weg staat.
 - i. Streef dus naar live toezicht, in de plaats van het gebruik van een camera.
 - ii. Streef daarnaast naar frequente fysieke aanwezigheid van een hulpverlener tijdens afzondering.
 - iii. Indien voortdurend wederzijds visueel contact niet aangewezen is omdat het duidelijk en aanhoudend contraproductief werkt voor de de-escalatie, zorg dan voor regelmatig toezicht. Leg een maximum tijdsduur vast tussen twee momenten van toezicht en contact (zie aanbeveling 12 onder Hoofdstuk D.III.4).

- b. Zet bij **mechanische fixatie** in op continue fysieke aanwezigheid bij de zorggebruiker, tenzij dit het verhoopte de-escalierend effect in de weg staat. Indien een continue aanwezigheid niet aangewezen is omdat het duidelijk en aanhoudend contraproductief werkt voor de-escalatie, zorg dan voor regelmatig toezicht. Leg een maximum tijdsduur vast tussen twee momenten van toezicht en contact (zie aanbevelingen 27 en 28 onder Hoofdstuk D.II.4).

- c. **Evalueer actief en frequent het effect** van de maatregel.

Hoofdstuk D bevat aanbevelingen over wat wanneer te observeren en te evalueren:

- Fysieke interventie: aanbeveling 20 en 21
- Mechanische fixatie: aanbeveling 27 tot 32
- Afzondering: aanbeveling 12 tot 15

- d. **Zoek naar een dialoog** met de zorggebruiker om te kunnen inschatten wanneer het gevaar voldoende geweken is, en de beëindiging van de maatregel kan overwogen worden.

Hoofdstuk D bevat aanbevelingen over het informeren van de zorggebruiker over het effect van de maatregel:

- Fysieke interventie: aanbeveling 17
- Mechanische fixatie: aanbeveling 33
- Afzondering: aanbeveling 16

C.II.4 Beslissen tot het beëindigen van de maatregel

C.II.4.1 Volg de principes van proportionaliteit en subsidiariteit

Beëindig de maatregel:

- a. zodra het **ernstige en acute gevaar** voldoende is geweken en/of alternatieve oplossingen opnieuw geprobeerd kunnen worden;
- b. indien deze maatregel **contraproductief** werkt voor de-escalatie.

Hoofdstuk D bevat aanbevelingen over

- a. de **tijdsduur** van afzondering en fixatie die in de regel gerespecteerd dient te worden, en zoveel mogelijk ingekort wordt (zie aanbeveling hierboven)
 - Fysieke interventie: in de regel niet langer dan 15 minuten (aanbeveling 18)
 - Mechanische fixatie: in de regel niet langer dan 15 minuten (aanbeveling 22)
 - Afzondering: in de regel niet langer dan 1 uur (aanbeveling 8)
- b. een **alternatieve dwangmaatregel** die uitgetoet is wanneer deze tijdsduur overschreden wordt
 - Fysieke interventie: overweeg afzondering (aanbeveling 19)
 - Mechanische fixatie: overweeg afzondering zonder mechanische fixatie (aanbeveling 23)
- c. wanneer **medisch onderzoek** nodig is indien deze tijdsduur niet gerespecteerd wordt, met het oog op de tijdige behandeling of rapportage van mogelijke fysieke verwondingen en/of emotioneel trauma
 - Mechanische fixatie: minstens elke 4 uur (aanbeveling 24)
 - Afzondering: minstens elke 4 uur (aanbeveling 9)
- d. wanneer een **second opinion** dient gevraagd te worden indien deze tijdsduur niet gerespecteerd wordt
 - Mechanische fixatie: minstens elke 4 uur (aanbeveling 25)
 - Afzondering: minstens elke 4 uur (aanbeveling 10)

De second opinion wordt gevraagd aan een arts van *buiten* de afdeling.

- e. de **maximale tijdsduur** die niet overschreven mag worden
 - Mechanische fixatie: nooit langer dan 24 uur (aanbeveling 26)
 - Afzondering: nooit langer dan 24 uur (aanbeveling 11)

Zet bij een verlengde afzondering of fixatie extra in op het zoeken naar **alternatieven**.

C.II.4.2 Wie beëindigt de maatregel?

De hulpverleners die het toezicht uitvoeren en de evaluatie van het effect van de maatregel opvolgen, beëindigen de maatregel zodra het **ernstige en acute gevaar voldoende geweken is**⁷. In het geval dat de maatregel niet beëindigd wordt door een arts, wordt de arts hierover zo snel mogelijk geïnformeerd.

⁷ Deze aanbeveling is niet uitvoerbaar zonder tussenkomst van de wetgever. Volgens de huidige wetgeving behoort de bevoegdheid tot beëindiging toe aan de verantwoordelijke voor de maatregel.

C.II.5 Na het beëindigen van de maatregel

C.II.5.1 Nabespreking met de zorggebruiker

Voer niet lang na het beëindigen van de maatregel **een nabespreking** met de zorggebruiker en desgevallend zijn vertegenwoordiger. Betrek een andere naaste voor zover de zorggebruiker dit wenst.

- a. Pas de **vorm, tijdstip, duur en manier** van het voeren van het gesprek aan **op maat van de zorggebruiker** en zijn mogelijkheden. Bevraag zijn noden en voorkeuren hieromtrent.
- b. Bied de zorggebruiker de kans om de eigen ervaringen te delen en vragen te stellen. Voer het gesprek ook binnen het kader van individuele preventie van toekomstige crisis, afzondering en fixatie.
- c. **Besprek** daarom de volgende aspecten:
 - i. wat er gebeurd is;
 - ii. wat de aanleiding was;
 - iii. wat waarschuwingssignalen waren voor de crisis;
 - iv. de beleving van de zorggebruiker, de emotionele en fysieke impact;
 - v. de beleving en impact op de betrokken hulpverlener;
 - vi. lessen die eventueel getrokken kunnen worden in het kader van individuele crisispreventie.

C.II.5.2 Opmerkingen van de zorggebruiker in het patiëntendossier

Bied de zorggebruiker de mogelijkheid om **opmerkingen** over de maatregel te laten registreren in het patiëntendossier en informeer hem over de mogelijkheid om een afschrift van de registratie van de maatregel in het dossier te ontvangen.

C.II.5.3 Nabespreking met omstaanders

Ook **getuigen en omstaanders** kunnen nood hebben aan een nabespreking voor het krijgen van informatie en opvangen van emoties. **Ga na wat de noden zijn** en bied deze personen de nodige ondersteuning.

C.II.5.4 Nabespreking met hulpverleners

Zie aanbeveling B.III.6.2

C.II.5.5 Verdere opvolging

Blijf **ook later** oog hebben voor de emotionele en/of fysieke impact van de ondergane maatregelen bij de zorggebruiker, alsook de betrokken hulpverleners en eventuele omstaanders. Bied zo nodig psychologische en/of medische bijstand.

D. Aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie

Onderstaande aanbevelingen zijn gericht naar de **hulpverleners** die afzondering en fixatie uitvoeren. Al deze aanbevelingen hebben betrekking op de praktische uitvoering van afzondering en fixatie, in het geval van **agressie en/of escalatie** bij de zorggebruiker, ook wanneer dit niet uitdrukkelijk in de aanbeveling vermeld staat. Voor de leesbaarheid van de aanbevelingen vermelden we niet in elke aanbeveling dat deze van toepassing is bij agressie en/of escalatie bij de zorggebruiker. De aanbevelingen zijn zowel van toepassing wanneer hulpverleners de maatregelen **onder dwang** uitvoeren als wanneer de zorggebruiker **instemt** met de maatregel of er **zelf naar vraagt**.

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



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

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

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

I. Fysieke interventie

D.1.1. Het team

1. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie steeds één hulpverlener de leiding heeft.
2. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie de hulpverleners nauw samenwerken als een team, waarbij ieder zijn rol begrijpt en kent.
3. Neem als hulpverlener niet deel aan een fysieke interventie wanneer je hier een slecht gevoel, stress of ongemak bij ervaart, tenzij je hiermee de veiligheid van andere collega's, de zorggebruiker of eventuele omstaanders in gevaar brengt.
4. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie één hulpverlener uitleg geeft aan de gefixeerde persoon; dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijk mogelijk.
5. De hulpverlener die tijdens een fysieke interventie de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-hulpverleners in de mogelijkheid zijn om zo nodig het hoofd en de nek van de zorggebruiker te beschermen en te ondersteunen, te waken over het vrijhouden van de luchtwegen en ademhaling, en over de vitale functies.
6. De hulpverlener die tijdens een fysieke interventie de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-hulpverleners tijdens het hele proces worden bijgestaan en ondersteund.





D.1.2. Handelingen en technieken

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

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

8. Gebruik bij fysieke interventie uitsluitend technieken die schadelijke lichamelijke effecten minimaliseren, om op die manier het risico op fysieke pijn of kwetsuren bij de zorggebruiker te vermijden.
9. Belemmer tijdens een fysieke interventie nooit iemands luchtwegen, de ademhaling of de bloedsomloop.
10. Belemmer tijdens een fysieke interventie bij een persoon nooit diens mogelijkheid tot verbale en non-verbale communicatie (bijvoorbeeld door de ogen, oren of mond af te dekken).
11. Gebruik bij een fysieke interventie het tegen de grond werken van een persoon (liggend fixeren) alleen als laatste keuze.
12. Indien liggend fixeren niet kan vermeden worden, verkies dan rugligging boven buikligging aangezien buikligging een risico op overlijden inhoudt. Indien buikligging onvermijdelijk is, moet er zo snel mogelijk worden overgegaan naar een andere, veilige positie, ook om verbale en non-verbale communicatie terug mogelijk te maken.



13. Voorkom tijdens een fysieke interventie dat de zorggebruiker (gedeeltelijk) ontkleed raakt, doordat zijn/haar (persoonlijke) kledij bijvoorbeeld scheurt of niet op de juiste plaats blijft zitten.
14. Vermijd bij een fysieke interventie contact dat door de zorggebruiker als seksueel kan worden ervaren.
15. Houd rekening met het geslacht van de hulpverlener(s) indien fysieke interventie wordt toegepast bij personen met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik.
-  16. Enkel indien er geen tweede hulpverlener beschikbaar is om samen een fysieke interventie uit te voeren, kan bij kleinere kinderen 'de mand-greep' toegepast worden. Het kind zit hierbij op de schoot van de hulpverlener met de rug tegen de borstkas van de hulpverlener. Het kind heeft de armen gekruist op de borstkas waarbij de hulpverlener de handen vasthoudt. Hierbij dient de hulpverlener op te passen dat het kind zijn/haar hoofd niet naar achter duwt aangezien dit schade bij de hulpverlener kan veroorzaken.
-  17. Vertel de persoon die de fysieke interventie ondergaat, dat de interventie zal stoppen zodra zijn of haar gedrag niet langer een ernstig gevaar betekent voor zichzelf of anderen.

D.1.3. Duurtijd van een fysieke interventie

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

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

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

D.1.4. Observeren, evalueren en registreren

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

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

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

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

Toelichting: Idem als bij aanbeveling 22.

II. Mechanische fixatie

D.II.1. Het team

1. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie steeds één hulpverlener de leiding heeft.
2. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie de hulpverleners nauw samenwerken als een team, waarbij ieder zijn rol begrijpt en kent.
3. Neem als hulpverlener niet deel aan een fysieke interventie wanneer je hier een slecht gevoel, stress of ongemak bij ervaart, tenzij je hiermee de veiligheid van andere collega's, de zorggebruiker of eventuele omstaanders in gevaar brengt.
4. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie één hulpverlener uitleg geeft aan de gefixeerde persoon; dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijk mogelijk.
5. De hulpverlener die tijdens een fysieke interventie de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-hulpverleners in de mogelijkheid zijn om zo nodig het hoofd en de nek van de zorggebruiker te beschermen en te ondersteunen, te waken over het vrijhouden van de luchtwegen en ademhaling, en over de vitale functies.
6. De hulpverlener die tijdens een fysieke interventie de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-hulpverleners tijdens het hele proces worden bijgestaan en ondersteund.



D.II.2. Handelingen en technieken



7. Hanteer (verbale) de-escalatietechnieken, ook als een persoon al mechanisch gefixeerd is.

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

8. Gebruik bij mechanisch fixeren uitsluitend materiaal dat gemaakt is om schadelijke lichamelijke effecten te minimaliseren, om op die manier het risico op fysieke pijn of kwetsuren bij zorggebruikers te vermijden.
9. Gebruik voor mechanische fixatie middelen die voor de zorggebruiker qua dragen zo min mogelijk storen.

10. Gebruik voor mechanische fixatie alleen professionele en géén zelfgemaakte materialen.
11. Gebruik voor mechanische fixatie in de context van agressie en/of escalatie nooit kooibedden of bedden met netten.

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

12. Gebruik nooit metalen handboeien om een persoon mechanisch te fixeren.
13. Indien verschillende mechanische fixatiemiddelen beschikbaar zijn en evenwaardig zijn in veiligheid en noodzakelijkheid, kies dan in het licht van het welzijn van de zorggebruiker het middel dat het minst opvalt.
14. Als er zich een levensbedreigend incident heeft voorgedaan met een specifiek mechanisch fixatiemateriaal, en een grondige evaluatie toont aan dat het incident eerder door de aard van het materiaal dan door de verkeerde toepassing ervan werd uitgelokt, gebruik dit materiaal dan niet meer.
15. Als er zich een levensbedreigend incident heeft voorgedaan met een specifiek mechanisch fixatiemateriaal, en een grondige evaluatie toont aan dat het incident eerder door de verkeerde toepassing dan door de aard van het materiaal werd uitgelokt, dan is een bijkomende opleiding over het gebruik van het betreffende materiaal noodzakelijk. Enkel nadat de hulpverleners hebben deelgenomen aan deze opleiding, kan het betreffende fixatiemateriaal opnieuw gebruikt worden bij mechanische fixatie.



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

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



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

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



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

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

D.II.3. Duurtijd van een mechanische fixatie

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

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

23. Overweeg afzondering zonder mechanische fixatie als een alternatief voor verlengd mechanisch fixeren (meer dan 15 minuten).
24. Indien een langdurige mechanische fixatie niet kan worden vermeden, streef er dan naar dat de toestand van de mechanisch gefixeerde persoon minstens elke 4 uur onderzocht wordt door een bevoegde hulpverlener⁸ VAN DE AFDELING, met het oog op de tijdige behandeling of rapportage van mogelijke fysieke verwondingen of emotioneel trauma. Indien het onderzoek niet om de 4 uur kon plaatsvinden worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.
25. Indien een langdurige mechanische fixatie niet kan worden vermeden, zorgen de betrokken hulpverleners uiterlijk elke 4 uur voor een second opinion van een bevoegde hulpverlener¹. Deze bevoegde hulpverlener is afkomstig van BUITEN DE AFDELING waar de mechanische fixatie plaatsvindt.

Toelichting: Voorzieningen die maar uit één afdeling of leefgroep bestaan, kunnen geen beroep doen op een bevoegde hulpverlener buiten de afdeling. Zij kunnen als alternatief een second opinion vragen aan de huisarts of aan een hulpverlener van de permanentie.

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

D.II.4. Observeren, evalueren en registreren

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

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

Toelichting: deze aanbeveling sluit aan bij aanbeveling C.II.3.6.b: "Zet bij mechanische fixatie in op continue fysieke aanwezigheid bij de zorggebruiker, tenzij dit het verhoopte de-escalierend effect in de weg staat. Indien een continue aanwezigheid niet aangewezen is omdat het duidelijk en aanhoudend contraproductief werkt voor de-escalatie, zorg dan voor regelmatig toezicht. Leg een maximum tijdsduur vast tussen twee momenten van toezicht en contact." Aanbeveling 27 expliciteert dat deze maximum tijdsduur 15 minuten bedraagt.

⁸ Zijn volgens de huidige wetgeving bevoegd tot afzondering en fixatie: artsen, verpleegkundigen voor zover de lijst met technisch verpleegkundige verstrekkingen dit toelaat en zorgkundigen na delegatie door en onder toezicht van bevoegde verpleegkundigen.

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

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

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

29. Controleer tijdens mechanische fixatie het bewustzijn, de hartslag, de ademhaling, de bloeddruk en het bewegingsbereik van de ledematen van de mechanisch gefixeerde persoon.
30. Controleer tijdens mechanische fixatie of de gebruikte materialen niet te strak zitten, en of er een verandering van houding nodig is.
31. Observeer en evalueer bij mechanisch gefixeerde personen altijd het niveau van agitatie, agressie en gewelddadig gedrag.
32. Evalueer tijdens observaties ook het effect van de mechanische fixatie.
33. Breng tijdens de observaties de zorggebruiker op de hoogte van het effect van de mechanische fixatie.
34. Streef ernaar om de bevindingen van zowel de observaties als de evaluaties van de mechanische fixatie in de regel elke 15 minuten te registreren.

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



III. Afzondering

D.III.1. Het team



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

D.III.2. Handelingen en technieken



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



4. Vertel de persoon die wordt afgezonderd, dat de afzondering wordt beëindigd zodra zijn of haar gedrag niet langer een ernstig gevaar voor zichzelf of anderen vormt.
5. Hanteer (verbale) de-escalatietechnieken, ook als een persoon reeds afgezonderd is.

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



6. Voorzie dagstructuur tijdens afzondering om desoriëntatie te voorkomen.
7. Klop op de deur vooraleer je een afzonderingskamer betreedt.

D.III.3. Duurtijd van een afzondering

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

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

9. Indien een langdurige afzondering niet kan worden vermeden, streef er dan naar dat de toestand van de afgezonderde persoon elke 4 uur onderzocht wordt door een bevoegde hulpverlener⁹ VAN DE AFDELING, met het oog op de tijdige behandeling of rapportage van mogelijke fysieke verwondingen of emotioneel trauma. Indien het onderzoek niet om de 4 uur kon plaatsvinden, worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.
10. Indien een langdurige afzondering niet kan worden vermeden, zorgen de betrokken hulpverleners uiterlijk elke 4 uur voor een second opinion van een bevoegde hulpverlener². Deze bevoegde hulpverlener is afkomstig VAN BUITEN DE AFDELING waar de afzondering plaatsvindt.

Toelichting: Voorzieningen die maar uit één afdeling of leefgroep bestaan, kunnen geen beroep doen op een bevoegde hulpverlener buiten de afdeling. Zij kunnen als alternatief een second opinion vragen aan de huisarts of aan een hulpverlener van de permanentie.

11. Een persoon mag in het kader van agressie en/of escalatie nooit langer dan 24 uur worden afgezonderd.

⁹ Zijn volgens de huidige wetgeving bevoegd tot afzondering en fixatie: artsen, verpleegkundigen voor zover de lijst met technisch verpleegkundige verstrekkingen dit toelaat en zorgkundigen na delegatie door en onder toezicht van bevoegde verpleegkundigen. Wie deze bevoegde hulpverlener dient te zijn in voorzieningen waarin geen artsen of verpleegkundigen standaard werkzaam zijn, dient nog te worden uitgeklaard in de vervolgstudie (ontwikkeling van een intersectorale richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede jeugdhulp).

D.III.4. Observeren, evalueren en registreren

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

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

Toelichting: deze aanbeveling sluit aan bij aanbeveling C.II.3.6.a.iii: "Zorg bij afzondering voor voortdurend wederzijds visueel contact met de zorggebruiker, tenzij dit het verhoopte de-escalerend effect in de weg staat. Indien voortdurend wederzijds visueel contact niet aangewezen is omdat het duidelijk en aanhoudend contraproductief werkt voor de de-escalatie, zorg dan voor regelmatig toezicht. Leg een maximum tijdsduur vast tussen twee momenten van toezicht en contact." Aanbeveling 12 expliciteert dat deze maximum tijdsduur 15 minuten bedraagt.

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

13. Observeer en evalueer tijdens de afzondering altijd het niveau van agitatie, agressie en gewelddadig gedrag.
14. Controleer de vitale functies van een persoon in afzondering.
15. Evalueer bij elke observatie ook het effect van de afzondering.
16. Breng tijdens de observaties de zorggebruiker op de hoogte van het effect van de afzondering.
17. Streef ernaar om de bevindingen van zowel de observaties als de evaluaties van de afzondering in de regel om de 15 minuten te registreren.



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

E. Randvoorwaarden voor de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn

Dit hoofdstuk expliciteert de **randvoorwaarden** voor de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ-voorzieningen in Vlaanderen.

De doelstelling van de MDR bestaat erin het proces van **kwaliteitsverbetering** in dit domein te ondersteunen. Dit wil zeggen dat de aanbevelingen ontwikkeld zijn met **zicht op de toekomst**. Niet alle aanbevelingen zijn op dit moment realiseerbaar in alle betrokken voorzieningen. Daarom eindigt de richtlijn met de bespreking van de randvoorwaarden voor de implementatie van de richtlijn in de praktijk.

Deze randvoorwaarden situeren zich **op drie niveaus**:

- I. De individuele residentiële GGZ-voorzieningen;
- II. De residentiële GGZ als sector;
- III. De wetgeving.

De doelstelling van de aanbevelingen is het proces van kwaliteitsverbetering met betrekking tot afzondering en fixatie te ondersteunen.

Alleen door inzet en samenwerking van alle stakeholders zal er steeds minder afgezonderd en gefixeerd worden. Het betreft hier directies en beleidsmedewerkers van voorzieningen, hulpverleners, betrokken overheden, patiënten- en familievertegenwoordigers en onderzoekers. Verschillende factoren kunnen bijdragen tot de implementatie van de aanbevelingen in de praktijk en worden hieronder geformuleerd in een aantal randvoorwaarden. Als alle stakeholders hier samen op inzetten, kan de implementatie van deze multidisciplinaire richtlijn een succes worden.

I. Randvoorwaarden op het niveau van de individuele residentiële voorzieningen

E.I.1. Basisveiligheid van de behandel- en begeleidingsomgeving

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

Naast **voldoende personeel** in het algemeen is er ook nood aan de inzet van personeel met specifieke **kennis en expertise** over afzondering en fixatie en over de doelgroep. Deze kennis draagt immers bij tot het nemen van verantwoorde risico's. Daarnaast dient er aandacht te zijn voor een **optimale verdeling** van hulpverleners **met betrekking tot de verschillende diversiteitsaspecten**. Onder andere het geslacht, de cultuur en de religie van de hulpverlener kan van belang zijn om afzondering en fixatie bij een bepaalde zorggebruikers te voorkomen of – indien er geen andere uitweg is – om afzondering en fixatie humaan en respectvol toe te passen.

E.I.2. Collectief leren en zorg voor personeel

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

Het collectief leren zet allereerst in op het **vergroten van de knowhow** omtrent de preventie van en alternatieven voor afzondering en fixatie. Het zo weinig mogelijk en zo kort mogelijk toepassen van afzondering en fixatie vergroot wel de kans dat hulpverleners en mede- zorggebruikers getuigen zijn van agressief, storend en/of invasief gedrag van zorggebruikers. Dit kan angst en een *gevoel* van onveiligheid aanwakkeren. Het **opvolgen en beschermen van het psychisch welbevinden** van de hulpverleners vormt bijgevolg een tweede belangrijk onderdeel van dit collectief leren. Daarbij is het van belang om te focussen op hoe om te gaan met mogelijke ethische dilemma's, met angst voor aansprakelijkheid, andere negatieve of gemengde gevoelens, het opnemen van medeverantwoordelijkheid en het opnemen van leiderschap. Ook tijdens de debriefing onder hulpverleners nadat een interventie heeft plaatsgevonden zijn dit belangrijke aandachtspunten (zie B.III.6 en C.II.5).

De bescherming van het psychisch welbevinden van de hulpverleners draagt bij tot het voorkomen dat een hulpverlener '**second victim**' wordt. Dit kan gebeuren wanneer een hulpverlener betrokken is bij een ernstig (klinisch) incident, een medische fout, schade die toegebracht werd aan een zorggebruiker,

en een eventuele klachtenprocedure die de zorggebruiker (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) hiervoor instelt. Dergelijke gebeurtenissen kan ervoor zorgen dat de betrokken hulpverlener zelf een slachtoffer wordt doordat die getraumatiseerd geraakt tijdens de afzondering of fixatie, en de klachtenprocedure die er kan op volgen (Bourne et al., 2016; Scott et al., 2009). Door in te zetten op goede begeleiding en samenwerking, wordt dit bespreekbaar gemaakt hetgeen bijdraagt tot het samen dragen van de gebeurtenis.

II. Randvoorwaarden op het niveau van de residentiële GGZ als sector

E.II.1. Een 'only once' intersectoraal en gebruiksvriendelijk registratiesysteem

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

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

E.II.2. Een optimale en gedifferentieerde personeelscapaciteit

Zowel de optimalisering als het voldoende differentiëren van de personeelscapaciteit zijn randvoorwaarden om de preventie van afzondering en fixatie maximaal te realiseren (de Valk et al., 2016; Yurtbasi, Melvin, Pavlou & Gordon, 2021) en om de uitvoering ervan – als laatste redmiddel – mensenrechtenconform te laten plaatsvinden.

Een hogere zorgwaarde en/of een verhoogd risico op agressie of crisis vereist een **hogere ratio personeelsbezetting-zorggebruikers**. Het is een bijzonder aandachtspunt tijdens avonden, weekends en feestdagen. De opbouw van een positieve begeleidingsrelatie en voldoende nabijheid en bereikbaarheid voorzien zijn essentieel voor de preventie van afzondering en fixatie (zie B.III.1 en B.II.3.1). Voldoende bereikbaarheid en betrokkenheid van de hulpverlener, zowel tijdens als na de maatregel, is nodig voor een humane en respectvolle toepassing van afzondering en fixatie (zie C.II.3.5 en C.II.5.1). Deze aanpak vraagt om de investering van voldoende tijd (dosReis & Davarya, 2008).

Een **voldoende gedifferentieerde capaciteit** aan personeel is allereerst nodig om **zorg en begeleiding op maat** van de zorggebruiker en zijn naasten te realiseren. Onder andere voor de preventie van afzondering en fixatie is dit essentieel. Het opzetten van intersectorale samenwerkingen tussen jeugdhulp-voorzieningen, GGZ-voorzieningen en organisaties voor personen met een handicap maakt

dit mede mogelijk. Ten tweede is voldoende gedifferentieerde capaciteit nodig om een mensenrechtenconforme toepassing van afzondering of fixatie bij ernstig en acuut gevaar mogelijk te maken. Alleen artsen, verpleegkundigen en zorgkundigen na delegatie door en onder toezicht van bevoegde verpleegkundigen mogen een afzondering of fixatie opstarten (zie C.II.3.1). De beschikbaarheid van deze beroepen is daarom essentieel. Afhankelijk van de doelgroep waarop een voorziening zich richt, kan een arts vast deel uitmaken van de equipe. In voorzieningen waarin dit niet nodig of aangewezen is, kunnen andere werkwijzen de beschikbaarheid van deze beroepen garanderen, zoals bijvoorbeeld het voorzien van een mobiele equipe binnen samenwerkingsverbanden tussen verschillende sub-sectoren. De opdracht van dergelijke mobiele equipes zou er dan niet alleen in bestaan om bij deze zorggebruikers de verantwoordelijkheid over de afzondering of fixatie over te nemen. Samen met de vaste hulpverleners uitzoeken hoe de afzondering of fixatie zo snel mogelijk beëindigd wordt, en daarna voorkomen kan worden, is even belangrijk. Ten slotte is voldoende gedifferentieerde capaciteit nodig opdat **transfers maximaal vermeden** zouden worden om afzondering of fixatie mogelijk te maken bij zorggebruikers met een psychiatrische aandoening of verstandelijke beperking. De **continuïteit van zorg/begeleiding** garanderen is niet alleen essentieel om de kwaliteit van de zorg/begeleiding te optimaliseren, maar ook om eventueel toekomstige afzonderingen en fixaties te voorkomen (zie B.II.2).

E.II.3. Begeleiding van de voorzieningen bij deskundigheidsbevordering

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

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

E.II.4. Architecturale aanpassingen

Aanpassingen aan architectuur en interieurarchitectuur kunnen nodig zijn om alle aanbevelingen over de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de praktijk realiseerbaar te maken. Hiertoe behoren o.a. aanpassingen aan de indeling van de leefruimte, het voorzien van clicksysteemen voor deuren, kamers voor rooming-in (slaapmogelijkheid voor dichte naasten van en bij de zorggebruiker), comfortrooms, bewegingsruimtes en een afgesloten tuin. Het voeren van een proactief en weloverwogen architecturaal beleid schept opportuniteiten voor de preventie van afzondering en fixatie.

III. Randvoorwaarden op het niveau van de wetgeving

Afzondering en fixatie zijn enkel toegelaten voor zover ze plaatsvinden binnen een **juridisch kader** dat de toepassing ervan voldoende duidelijk regelt. De uitwerking van noodzakelijke beginselen – onder andere legitimiteit, subsidiariteit, proportionaliteit, toerekenbaarheid – biedt **bescherming aan zowel zorggebruikers als hulpverleners**. Een gedragen brede richtlijn die zowel ingaat op de preventie als op de toepassing van afzondering en fixatie, speelt hierbij een belangrijke rol.

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

Referenties

De bronnen waarop de aanbevelingen uit de blauwe kaders zijn gebaseerd, worden niet weergegeven in deze MDR. Bijgevolg zijn deze bronnen niet opgenomen in onderstaande referentielijst. Voor deze bronnen refereren we naar het [rapport](#) over de ontwikkeling van de eerste versie van de MDR (Peeters et al., 2019).

- Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables associated with the subjective experience of coercive measures in psychiatric inpatients: A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63, 129-144. doi: 10.1177/0706743717738491
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.
- Bak, J., Brandt-Christensen, M., Sestoft, D. M., & Zoffman, V. (2012). Mechanical restraint: Which interventions prevent episodes of mechanical restraint? A systematic review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 83-94. doi: 10.1111/j.1744-6163.2011.00307.x
- Barbui, C., Dua, T., van Ommeren, M., Yasamy, M. T., Fleischmann, A., Clark, N., ..., & Saxena, S. (2010). Challenges in developing evidence-based recommendations using the GRADE approach: The case of mental, neurological, and substance use disorders. *PLoS Medicine*, 7, e1000322. doi: 10.1371/journal.pmed.1000322
- Barbui, C., & Cipriani, A. (2011). What are evidence-based treatment recommendations? *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20, 29–31. doi: 10.1017/S2045796011000084
- Beckett, P., Holmes, D., Phipps, M., Patton, D., & Molloy, L. (2017). Trauma-Informed Care and Practice: Practice Improvement Strategies in an Inpatient Mental Health Ward. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55, 34-38. doi: 10.3928/02793695-20170818-03
- Beeckmans, D., Droogmans, G., Mertens, N., Opgenhaffen, T., Vanhoof, J., Maes, B., van Achterberg, T., Nijs, S., Put, J., Van Audenhove, Ch., & De Cuyper, K. (2022). [De ontwikkeling van een intersectorale richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie voor de brede residentiële jeugdhulp](#). Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid & Gezin.
- Blair M. & Moulton-Adelman, F. (2015). The Engagement Model for Reducing Seclusion and Restraint. *Journal of Psychosocial Nursing*, 53, 39-45. doi: 10.3928/02793695-20150211-01
- Bourne, T., Vanderhaegen, J., Vranken, R., Wynanats, L., De Cock, B., Peters, M., Timmermans, D., Van Calster, B., Jalbrant, M., & Van Audenhove, C. (2016). Doctors' experiences and their perception of the most stressful aspects of complaints processes in the UK: an analysis of qualitative survey data. *BMJ Open*, 6, e011711. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011711
- Bowers, L. (2014) Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 499-508. doi: 10.1111/jpm.12129
- Brockardt, J. J., Madan, A., Grubaugh, A. L., Danielson, C. K., Pelic, C. G., Hardest, S. J., ..., & Frueh, B.C. (2011). Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restrain in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 62, 477-483.

- Bryson, S., Gauvin, E., Jamieson, A., Rathgeber, M., Faulkner-Gibson, L., Bell, S., ..., Burke, S. (2017). What are effective strategies for implementing trauma-informed care in youth inpatient psychiatric and residential treatment settings? A realist systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*, *11*, 1-16. doi: 10.1186/s13033-017-0137-3
- Campos, J.J., Frankel, C.B., & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child Development*, *75*, 377–394.
- Cusack, P., Cusack, F. P., McAndrew, S., Mckeown, M., & Duxbury, J. (2018). An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, *27*, 1162-1176. doi: 10.1111/inm.12432
- De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Droogmans, G., Beeckmans, G., Vanhoof, J., Mertens, N., Maes, B., Vanlinthout, E., van Achterberg, T., Nijs, S., Peeters, T., Put, J., & Van Audenhove, Ch. (2022). [De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp: Een intersectorale richtlijn met zich op de toekomst](#). Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- de Laat, M., Poell, R., Simons, P. R. J., & van der Krogt, F. (2001). Organiseren van leren op de werkplek. In A. Wald, & J. van der Linden (reds.). *Leren in perspectief* (pp. 69-84). Leuven: Garant
- de Valk, S., Kuiper, C., van der Helm, G. H. P., Maas, A. J. J. A., & Stams, G. J. J. M. (2016). Repression in residential youth care: A scoping review. *Adolescent Research Review*, *1*, 195-216. doi: 10.1007/s40894-016-0029-9
- Dirix, E., Tilleman, B., & Lierman, S. (2018). *De Valks juridisch woordenboek* (4de ed.). Antwerpen: Intersentia.
- Donovan, A., Siegel, L., Zera, G., Plant, R., & Martin, A. (2003). Seclusion and restraint reform: An initiative by a child and adolescent psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, *54*, 958-959.
- dosReis, S., & Davarya, S. (2008). Staff Perspectives of Precipitants to Aggressive Behavior of Adolescents in Residential Treatment Facilities. *Residential Treatment for Children & Youth*, *25*, 85–101. doi: 10.1080/08865710802309964
- Eisenberg, N., Fabes, R., Nyman, M., Bernzweig, J., & Pinuelas, A. (1994). The relations of emotionality and regulation to children's anger-related reactions. *Child Development*, *65*, 109–128. doi: 10.2307/1131369
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (2017). Means of restraint in psychiatric establishments for adults. Revised CPT standards. Geraadpleegd op 3 februari 2018 via <https://rm.coe.int/16807001c3>
- Fink, A., Kosecoff, J., Chassin, M., & Brook, R. H. (1984). Consensus Methods: Characteristics and Guidelines for Use. *American Journal of Public Health*, *74*(9), 979-983
- Goulet, M., & Larue, C. (2016). Post-Seclusion and/or restraint review in psychiatry: A scoping review. *Archives of Psychiatric Nursing*, *30*, 120-128. doi: 10.1016/j.apnu.2015.09.001 0883-9417
- Goulet, M., Larue, C., & Dumais, A. (2017). Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, *34*, 139-146. doi: 10.1016/j.avb.2017.01.019
- Hill, S., & Pang, T. (2007). Leading by example: A culture change at WHO. *Lancet*, *369*, 1842–1844. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60676-X

- Hoge Gezondheidsraad (2016). Advies van de Hoge Gezondheidsraad nr. 9193. Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg. Geraadpleegd op 3 februari 2018 via <https://www.health.belgium.be/nl/advies-9193-dwanginterventie#anchor-29680>
- Huckshorn, K. A. (2004). Reducing Seclusion and Restraint Use in Mental Health Settings. Core Strategies for Prevention. *Journal of Psychosocial Nursing*, 42, 22-31.
- Huckshorn, K. A. (2014). Reducing Seclusion and Restraint Use in Inpatient Settings: A Phenomenological Study of State Psychiatric Hospital Leader and Staff Experiences. *Journal of Psychosocial Nursing*, 52, 40-48. doi: 10.3928/02793695-20141006-01
- Isobel, S., & Edwards, C. (2017). Using trauma informed care as a nursing model of care in an acute inpatient mental health unit: A practice development process. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26, 88-94. doi: 10.1111/inm.12236
- Jørgensen, K., & Rendtorff, J. (2017). Patient participation in mental health care - perspectives of healthcare professionals: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32, 490-501. doi: 10.1111/scs.12531
- Kieft, M. (2011). De Delphi-methode nader bekeken. Nijmegen: Samenspraak Advies Nijmegen
- Kolb, D.A. (2015). *Experiential learning: experience as the source of learning and development* (second edition). New Jersey, Pearson Education.
- Kull, J. (2014) One RN's Experience Reducing Unit Conflict and the Use of Restraint and Seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing* 52, 5-6. doi: 10.3928/02793695-20141021-01
- Lagrou, A., & Danckaerts, M. (2017). Vrijheidsbeperkende maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Mogelijkheden tot reductie en alternatieve interventiemodellen (Masterproef). Katholieke Universiteit Leuven, Leuven.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733
- LeBel, J. L., Duxbury, J. A., Putkonen, A., Sprague, T., Rae, C., & Sharpe, J. (2014). Multinational experiences in reducing and preventing the use of restraint and seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing*, 52, 22-29. doi: 10.3928/02793695-20140915-01
- LeBel, J., Huckshorn, K., A. & Caldwell, B. (2010). Restraint use in residential programs: Why are best practices ignored? *Child Welfare*, 89, 169-187.
- LeBel, J. & Stromberg, N. (2012). Resource guide restraint. Geraadpleegd op 3 februari 2020 via <https://restraintreductionnetwork.org/wp-content/uploads/2016/11/restraint-resources.pdf>
- Masters, K. J., Bellonci, C., Bernet, W., Arnold, V., Beitchman, J., Benson, R. S., ..., & Stock, S. (2002). Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 4S-25S. doi: 10.1097/00004583-200202001-00002
- Mavandadi, V., Bieling, P. J., & Madsen, V. (2016). Effective ingredients of verbal de-escalation: Validating an English modified version of the 'De-Escalating Aggressive Behaviour Scale'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23, 357-368. doi: 10.1111/jpm.12310

- McKay, R., McDonald, R., Lie, D., & McGowan, H. (2012). Reclaiming the best of the biopsychosocial model of mental health care and 'recovery' for older people through a 'person-centred' approach. *Australasian Psychiatry*, *20*, 492-495. doi: 10.1177/1039856212460286
- Movsisyan, A., Dennis, J., Rehfuess, E., Grant, S., & Montgomery, P. (2018). Rating the quality of a body of evidence on the effectiveness of health and social interventions: A systematic review and mapping of evidence domains. *Research Synthesis Methods*, *9*, 224-242. doi: 10.1002/jrsm.1290
- Muskett, C. (2014). Trauma-informed care in inpatient mental health settings: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, *23*, 51-59. Doi: 10.1111/inm.12012
- Mysiwi, W., & Sandel, M. (1997). The agitated brain injured patient. Part 2: Pathophysiology and treatment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *78*, 213-220. doi: 10.1016/S0003-9993(97)90266-5
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2015). Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings. Geraadpleegd op 3 februari 2018 via <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>
- Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., Bingley, W., Bleetman, T., Corr, F., Cronin-Davis, J., ..., & Tsuchiya, A. (2006) A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* *3*, 8-18. doi: 10.1111/j.1741-6787.2006.00041.x
- Oxman, A. D., Lavis, J. N., & Fretheim, A. (2007). Use of evidence in WHO recommendations. *Lancet*, *369*, 1883-1889. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60675-8
- Peeters, T., De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Buyck, I., Put, J., Van Audenhove, Ch. (2019). De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (<https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef21-mdr-afzondering-en-fixatie-eindrapport>)
- Pollastri, A. R., Epstein, L. D., Heath, G. H., & Ablon, J. S. (2013). The collaborative problem solving approach: Outcomes across settings. *Harvard Review of Psychiatry*, *21*, 188-199. doi: 10.1097/HRP.0b013e3182961017
- Price, O., & Baker, J. (2012). Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, *21*, 310-319. doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x
- Price, O., Burberry, P., Leonard, S.; Doyle, M. (2016). Evaluation of Safewards in forensic mental health. *Mental Health Practice*, *19*, 14-21. doi: 10.7748/mhp.19.8.14.s17
- Richmond, J., Berlin, J., Fishkind, A., Holloman, G., Zeller, S., Wilson, M., . . . Ng, A. (2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *The Western Journal of Emergency Medicine*, *13*, 17-25. doi: 10.5811/westjem.2011.9.6864
- Rosenberg, M. (2015). *Non-violent communication: A Language of life* (3th edition). Louisville, Colorado: Sounds True Inc.

- Scanlan, J. N. (2010). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: What we know so far. A review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 412-423. doi: 10.1177/0020764009106630
- Scott, S. D., Hirschings, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandst, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Quality Safety Health Care Journal*, 18, 325-330. doi: 10.1136/qshc.2009.032870
- Sequeira, H., & Halstead, S. (2004). The psychological effects on nursing staff of administering physical restraint in a secure psychiatric hospital: 'When I go home, it's then that I think about it'. *The British Journal of Forensic Practice*, 6, 3-15.
- Singh, N. N., Singh, S. D., David, C. M., Latham, L. L., & Ayers, J. G. (1999). Reconsidering the use of seclusion and restraints in inpatient child and adult psychiatry. *Journal of Child and Family Studies*, 8, 243-253.
- Smeijsters, H. (2009). Onderzoek in en door de praktijk en practice based evidence in de lerende organisatie. Voorbeelden van onderzoek door kenniskringen van hogescholen. *TH&MA Hoger Onderwijs*, 16, 4-13.
- Stewart, D., Van der Merwe, M., Bowers, L., Simpson, A., & Jones, J. (2010). A review of Interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 413-424. doi: 10.3109/01612840903484113
- Stringer, B., Van Meijel, B., De Vree, W., & Van der Bijl, J. (2008). User involvement in mental health care: the role of nurses. A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 678-683. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01285.x
- Sweeney, A., Clement, Filson, & Kennedy. (2016). Trauma-informed mental healthcare in the UK: What is it and how can we further its development? *Mental Health Review Journal*, 21, 174-192. doi: 10.1108/MHRJ-01-2015-0006
- Sweeney, A., & Taggart, D. (2018). (Mis)understanding trauma-informed approaches in mental health. *Journal of Mental Health*, 27, 383-387. Doi: 10.1080/09638237.2018.1520973
- Vaismoradi, M., Jordan, S., & Kangasniemi, M. (2015). Patient participation in patient safety and nursing input - a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 627-639. doi: 10.1111/jocn.12664
- Van Audenhove, C. (2015a). *Herstellen kan je zelf: Hoopvol leven met een psychische kwetsbaarheid*. Leuven: Lannoo.
- van der Hoeven, C., de Hoop, I., de Haan, L., & Bikker, O. (2016). Multidisciplinaire Richtlijn Dwang en Drang in de GGZ. Utrecht: De Tijdstroom. Geraadpleegd op 15 maart 2018 via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dwang_en_drang_in_de_ggz/dwang_en_drang_in_de_ggz_-_startpagina.html
- Van der Merwe, M., Muir-Cochrane, E., Jones, J., Tziggili, M. & Bowers. L. (2013). Improving seclusion practice: Implications of a review of staff and patient views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(3), 203-215. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01903
- van der Schaaf, P. S., Dusseldorp, E., Keuning, F. M., Janssen, W. A., & Noorthoorn, E. O. (2013). Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *The British Journal Of Psychiatry*, 202, 142-149. doi: 10.1192/bjp.bp.112.118422

- Vandewalle, J., Malfait, S., Eeckloo, K., Colman, R., Beeckman, D., Verhaeghe, S., & Van Hecke, A. (2018). Patient safety on psychiatric wards: A cross-sectional, multilevel study of factors influencing nurses' willingness to share power and responsibility with patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27, 877-890. doi: 10.1111/inm.12376
- Vlaams Patiëntenplatform & Open Patiëntenkoepel Geestelijke Gezondheid (OpGanG) (2017). Standpunt over het gebruik van dwangmaatregelen in de geestelijke gezondheidszorg. Geraadpleegd op <http://www.opgang.be/publicaties/standpunt-over-het-gebruik-van-dwangmaatregelen-in-de-geestelijke-gezondheidszorg>
- Voskes, Y., Kemper, M., Landeweer, E. G., & Widdershoven, G. A. (2014). Preventing seclusion in psychiatry: A care ethics perspective on the first five minutes at admission. *Nursing ethics*, 21, 766-773. doi: 10.1177/0969733013493217
- Voskes, Y., Theunissen, J., & Widdershoven, G. (2011). Best practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg: Een inventariserend onderzoek naar best practices bij de reductie van dwang. Amsterdam: VU Medisch Centrum.
- Whitmore, C. (2017). Evaluation of Safewards in forensic mental health: A response. *Mental Health Practice*, 20, 26-29. doi: 10.7748/mhp.2017.e1203
- Wilson, A., Hutchinson, M., & Hurley, J. (2017). Literature review of trauma-informed care: Implications for mental health nurses working in acute inpatient settings in Australia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26, 326-343. doi: 10.1111/inm.12344
- World Health Organization (2017a). Creating mental health and related services free from coercion, violence and abuse - WHO Quality Rights training to act, unite and empower for mental health (pilot version). Geneva: World Health Organization. Geraadpleegd via <https://www.medbox.org/creating-mental-health-and-related-services-free-from-coercion-violence-and-abuse-who-qualityrights-training-to-act-unite-and-empower-for-mental-health-p-i-l-o-t-v-e-r-s-i-o-n/preview>
- World Health Organization (2017b). Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices - WHO Quality Rights training to act, unite and empower for mental health (pilot version). World Health Organization, Geneva. Geraadpleegd via <https://www.medbox.org/strategies-to-end-the-use-of-seclusion-restraint-and-other-coercive-practices-training-to-act-unite-and-empower-for-mental-health-p-i-l-o-t-v-e-r-s-i-o-n/preview>
- Yurtbasi, M. K., Melvin, G., Pavlou, C., & Gordon, M. (2021). Nurse and patient factors: Predicting seclusion in adolescent psychiatric units. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 34, 112-119. doi: 10.1111/jcap.12306

