

## Rapport 38

Juni 2020

### De ontwikkeling van intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie

Onderzoekers: Els Vanlinthout<sup>1</sup>, dr. Kathleen De Cuyper<sup>1</sup>, dr. Jasper Vanhoof<sup>2</sup>, Tine Peeters<sup>1</sup>,  
dr. Tim Opgenhaffen<sup>3</sup>, dr. Sara Nijs<sup>4,5</sup>

Promotor: prof. dr. Chantal Van Audenhove<sup>1</sup>

Copromotor: prof. dr. Theo van Achterberg<sup>2</sup>

<sup>1</sup> LUCAS KU Leuven – Zorgonderzoek & Consultancy; <sup>2</sup> Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde KU Leuven;

<sup>3</sup> Instituut voor Sociaal Recht KU Leuven; <sup>4</sup> Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University;

<sup>5</sup> Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, KU Leuven

## Samenvatting

### Inleiding en onderzoeksvragen

De doelstelling van deze studie bestond erin intersectorale aanbevelingen te ontwikkelen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie - met uitzondering van medicamenteuze fixatie - in de context van agressie en/of escalatie, voor residentiële geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voorzieningen en residentiële voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ. Uiteraard zijn de aanbevelingen ook van toepassing op zorggebruikers die enkel overdag aanwezig zijn in deze voorzieningen. De intersectorale aanbevelingen zijn gericht naar volgende sectoren:

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

- Alle types residentiële GGZ-voorzieningen voor volwassenen:
  - Afdelingen voor volwassenen (+ 18 jaar) van psychiatrische ziekenhuizen
  - Afdelingen voor volwassenen (+ 18 jaar) van algemene ziekenhuizen
  - Residentiële revalidatiecentra (voor verslaving) voor volwassenen (+ 18 jaar)
  - Psychiatrisch verzorgingstehuizen

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

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

In een eerdere studie van de onderzoekers (Peeters, De Cuyper, Opgenhaffen, Buyck, Put, & Van Audenhove, 2019) bleek dat er weinig onderzoek beschikbaar is over de *praktische* uitvoering van afzondering en fixatie. Dat interventiestudies over *hoe* afzondering of fixatie uit te voeren vanuit ethisch perspectief niet altijd te verantwoorden zijn, is daar niet vreemd aan. Daarnaast kunnen op basis van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens en de standaarden van het 'European Committee of the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment' (CPT, 2017) weinig concrete aanbevelingen gegeven worden met betrekking tot concrete handelingen, lichaamshoudingen, gebruik van materialen, maximale tijdsduur van een afzondering en fixatie, minimale tijdsduur tussen twee momenten van observatie of evaluatie, enzovoort. Daarom werden in deze studie Vlaamse expert-professionals alsook ervaringsdeskundigen hierover bevroegd. Er werd nagegaan of er voldoende consensus bestaat onder expert-professionals en ervaringsdeskundigen met betrekking tot volgende onderzoeksvragen:

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

### Onderzoeksmethode en -resultaten

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

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. Om voldoende draagvlak voor de aanbevelingen te garanderen, vroegen de onderzoekers ook op regelmatige tijdstippen feedback van de richtlijnwerkgroep over de onderzoeksmethode en de resultaten van de studie. In de richtlijnwerkgroep waren alle betrokken stakeholders vertegenwoordigd.

De **Delphi-studie** is als volgt verlopen:

1. Op basis van een **literatuurstudie** 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. Voor de literatuurstudie werden artikels, richtlijnen en rapporten verzameld in de klinische en (ortho-)pedagogische wetenschappelijke literatuur. Een eerste versie van de stellingen werd voorgelegd aan de richtlijnwerkgroep. De richtlijnwerkgroep gaf uitgebreide feedback op de inhoud van de stellingen en de opdeling van de vragenlijst. Hun feedback gaf eveneens meer zicht op de gangbare praktijken, gezien de kennis die ze hebben over de voorzieningen waarvoor de aanbevelingen ontwikkeld werden. Op basis van deze feedback pasten de onderzoekers de stellingen aan en voegden ze ook enkele stellingen toe. Naast de richtlijnwerkgroep gaven alle onderzoekers hun feedback over de stellingen, hetgeen ook een beoordeling vanuit juridisch perspectief inhield, wat tot verdere aanpassingen leidde. Tot slot werd de formulering van de stellingen op punt gesteld op basis van de input van een professional met specialisatie inzake afzondering en fixatie die niet deelnam aan de Delphi-studie en ook geen lid was van de richtlijnwerkgroep. De eerste Delphi-vragenlijst bestond uit 73 stellingen.
2. De onderzoekers **rekruteerden de deelnemers** voor de Delphi-studie, zowel expert-professionals als ervaringsdeskundigen. Om de personen met de juiste expertise te rekruteren, werden op voorhand selectiecriteria vastgelegd. De **ervaringsdeskundigen** dienden meerderjarig te zijn, en konden patiënt- of familie-ervaringsdeskundige zijn. Daarnaast diende een ervaringsdeskundige:
  - 1) ervaring te hebben in één van de betrokken sectoren
  - 2) deze ervaring verruimd te hebben door:
    - a) ofwel deelname aan een werkgroep of intervisiegroep
    - b) ofwel lid te zijn van een participatie- of ouderraad op beleidsniveau van een voorziening
    - c) ofwel vrijwilligerswerk te doen als ervaringsdeskundige
    - d) ofwel een opleiding te volgen of gevolgd te hebben als ervaringsdeskundige
  - 3) zelf ervaring met afzondering of fixatie te hebben of heeft hij hier kennis over en heeft hij over de uitvoering van afzondering en fixatie van gedachten kunnen uitwisselen met anderen.

Net zoals in andere Delphi-studies wordt gedaan (Jorm & Ross, 2018) vonden de onderzoekers het belangrijk dat de ervaringsdeskundigen hun eigen ervaring verruimd hadden, om op een kritische manier naar het gevoelige onderwerp van de studie te kunnen kijken (Van Regenmortel, 2017).

Om **expert-professionals** te rekruteren werden voorzieningen aangeschreven met *best practices* met betrekking tot afzondering en fixatie. De voorzieningen werden voornamelijk geselecteerd op basis van algemene auditverslagen van zorginspectie, auditverslagen van zorginspectie met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen, deelname aan platformen voor de ontwikkeling van best practices inzake vrijheidsbeperkende maatregelen, knowhow van koepelorganisaties en input uit "Het Grote Psychiatrie rapport" van De Morgen (2017). De onderzoekers vroegen aan deze voorzieningen om maximaal vier professionals uit hun organisatie te selecteren die ervaring

- hebben met de uitvoering van afzondering en fixatie of hierbij betrokken zijn, of mee het beleid rond uitvoering van afzondering en fixatie in hun voorziening uitwerken. De deelnemers voor de Delphi-studie werden dus met zorgvuldigheid en een vooraf bepaalde methode geselecteerd.
3. De Delphi-studie, het formulier voor geïnformeerde toestemming en de vragenlijst van de eerste Delphi-ronde werden goedgekeurd door het **Sociaal-Maatschappelijke Ethische Comité** van de KU Leuven (dossiernummer G-2019 07 1690).
  4. Vervolgens werd het **consensuscriterium** vastgelegd. Dit werd gedefinieerd aan de hand van het percentage deelnemers dat (eerder) akkoord dient te gaan met een stelling opdat de stelling zou opgenomen worden in de finale set van aanbevelingen. Het consensuscriterium werd vastgelegd in samenspraak met de stuurgroep en de richtlijnwerkgroep. Indien 65% van de expert-professionals en 65% van de ervaringsdeskundigen (eerder) akkoord gingen met een stelling werd deze aanvaard om op te nemen in de finale set van aanbevelingen.
  5. Aan de **eerste Delphi-ronde** namen 78 deelnemers deel, 18 ervaringsdeskundigen en 60 expert-professionals. De deelnemers ontvingen een e-mail met daarin een link naar de online vragenlijst. Bij elke stelling gaven de deelnemers aan in welke mate ze al dan niet akkoord waren om de stelling op te nemen in een geheel van aanbevelingen voor goede praktijk. De deelnemers kregen ook de kans om aan te duiden dat ze geen expertise hadden over de stelling en om hun antwoord toe te lichten. Na de eerste ronde haalden 52 van de 73 bevroegde stellingen het consensuscriterium van 65%. De andere 21 stellingen haalden het criterium niet, maar haalden meer dan 35% instemming over beide Delphi-panels heen. Deze stellingen werden – zoals voorafgaand aan de analyses vastgelegd - niet verworpen, maar herwerkt voor de tweede Delphi-ronde.
  6. Aangezien de Delphi-methode niet geschikt is voor jongeren (-18 jaar; Cachet vzw, persoonlijke communicatie, 2019) werden de resultaten van de eerste Delphi-ronde aangevuld met een **focusgroep met jongeren** die ervaring hebben binnen de jeugdhulp en eventueel de GGZ. Zes jongeren namen hieraan deel. Omdat het niet mogelijk was om alle stellingen met de jongeren te bespreken, werd een selectie gemaakt van stellingen die (ook) betrekking hebben op jongeren, en stellingen waarover deelnemers aan de Delphi-studie verschillende of tegenstijdige feedback gaven (bv. de tijdsduur). De mening van de jongeren werd meegenomen in de herwerking van de stellingen voor de tweede Delphi-ronde.
  7. De **21 stellingen** waarvoor het consensuscriterium niet bereikt werd tijdens de eerste Delphi-ronde werden **herwerkt** op basis van de input van de deelnemers aan de studie, de richtlijnwerkgroep, de focusgroep met jongeren, de stuurgroep en een beoordeling vanuit juridisch perspectief. De herwerkte stellingen en enkele nieuwe stellingen werden opgenomen in de tweede Delphi-vragenlijst. Stellingen waarvoor tijdens de eerste Delphi-ronde reeds voldoende consensus tussen de deelnemers bereikt werd, werden niet opnieuw aangeboden. Door rekening te houden met de verschillende perspectieven en stakeholders sloten de stellingen zowel aan bij de noden van de praktijk en de zorggebruikers als bij bestaande wetenschappelijke evidentie, en werd er een draagvlak gecreëerd voor de latere aanbevelingen. Dit kan in een later stadium bijdragen tot een betere implementatie van de aanbevelingen (Keeney, Hasson, & McKenna, 2001). Het resultaat van de herwerking van de stellingen, was een vragenlijst met 25 stellingen voor de tweede ronde.
  8. Bij de start van de **tweede Delphi-ronde** ontving elke deelnemer via e-mail een **persoonlijk feedbackrapport**. Per stelling werd hierin de visie van beide Delphi-panels – expert-professionals en ervaringsdeskundigen – en van de totale groep weergegeven. De deelnemers konden ook zien

waar hun persoonlijke score zich situeerde ten opzichte van de verdeling van de groepsscores. Hierdoor konden de deelnemers hun mening vergelijken met die van de andere deelnemers (Jorm & Ross, 2018). Via deze weg kunnen deelnemers van elkaars standpunt leren (Elliot, Heesterbeek, Lukensmeyer, & Slocum, 2006). De onderzoekers vermeldden in het feedbackrapport uitdrukkelijk dat de deelnemers eerst hun feedbackrapport moesten doornemen vooraleer de tweede Delphi-vragenlijst in te vullen. De feedbackrapporten geven de deelnemers ook de kans om hun antwoorden in de tweede Delphi-ronde te herzien en bij te stellen in het licht van de antwoorden van de andere deelnemers (Keeney et al., 2001; Kieft, 2011).

In dezelfde 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. Aan de tweede Delphi-ronde namen 65 deelnemers deel, 17 ervaringsdeskundigen en 48 expert-professionals. Vierentwintig van de 25 stellingen die bevestigd werden, bereikten het consensuscriterium.

9. Na twee rondes werden de 76 stellingen waarvoor in de eerste of tweede Delphi-ronde voldoende consensus bereikt werd tussen de deelnemers, **omgezet in aanbevelingen** voor gebruik in residentiële voorzieningen voor minderjarigen en residentiële GGZ-voorzieningen voor volwassenen. Na tussenkomst van de richtlijnwerkgroep en de stuurgroep – en ook in lijn met de visie van de onderzoekers – werd de ene stelling waarvoor het consensuscriterium niet werd bereikt bij de expert-professionals toch ook opgenomen in de finale set van aanbevelingen.

In deze fase werd specifiek aandacht besteed aan (1) de consistentie met de multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de GGZ, (2) de geschiktheid van de aanbevelingen voor alle doelgroepen van de betrokken sectoren, met bijzondere aandacht voor VAPH-voorzieningen voor kinderen en jongeren, en (3) de beoordeling vanuit juridisch perspectief.

10. De set van aanbevelingen werd aangevuld met **randvoorwaarden** waarop door alle betrokken stakeholders dient ingezet te worden opdat de implementatie van de aanbevelingen in de praktijk een succes zou kunnen worden.
11. Een aantal aanbevelingen werd door de onderzoekers voorzien van **toelichtingen** om de betreffende aanbevelingen te verduidelijken of beter in de praktijk te kunnen omzetten.
12. De deelnemers van de tweede Delphi-ronde kregen als afsluiting van de studie hun persoonlijke feedbackrapport van de tweede Delphi-vragenlijst toegestuurd.

De finale set van intersectorale aanbevelingen kan teruggevonden worden in de bijlage van dit rapport.

#### Antwoorden op de onderzoeksvragen

##### **Eerste onderzoeksvraag: Welke technieken kunnen aanbevolen worden voor de uitvoering van afzondering en fixatie in de Vlaamse residentiële GGZ-voorzieningen en residentiële voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ?**

In de bestaande wetenschappelijke literatuur die de basis vormde voor de eerste Delphi-vragenlijst werd weinig evidentie gevonden voor concrete *technieken* voor de handeling van het fixeren zelf. Enkel 'de mandgreep' kwam als concrete techniek uit de literatuurstudie en werd – voor de doelgroep van jonge kinderen - opgenomen in de eerste Delphi-vragenlijst. De finale aanbevelingen, die resulteerden uit de Delphi-studie, gaan - méér dan op technieken - in op *procedurele aspecten* van de uitvoering van

afzondering en fixatie. Er wordt onder andere ingegaan op welk materiaal gebruikt dient te worden, lichaamshoudingen van zorggebruikers, het samenwerken van de hulpverleners, welke observaties en evaluaties er dienen te gebeuren, wat er geregistreerd dient te worden, enzovoort.

**Tweede onderzoeksvraag: Kunnen er leeftijdsgrenzen aanbevolen worden voor afzondering en voor de verschillende vormen van fixatie?**

In een eerdere studie van de onderzoekers (Peeters et al., 2019) konden geen aanbevelingen over leeftijdsgrenzen ontwikkeld worden aangezien de bestaande klinische richtlijnen elkaar op dit vlak deels tegenspreken. Bij de ontwikkeling van de eerste Delphi-vragenlijst werden op basis van de NICE-richtlijn (2015) twee stellingen met betrekking tot leeftijd geformuleerd: (1) mechanische fixatie en (2) afzondering mogen niet worden toegepast bij kinderen onder de 12 jaar. De aanbevelingen van de NICE-richtlijn (2015) kregen de voorkeur boven die van Masters en collega's (2002) aangezien ze van recentere datum zijn.

In de eerste Delphi-ronde bleek dat de meningen van experts over beide stellingen sterk uiteenliepen. Geen van beide stellingen over leeftijdsgrenzen haalden het consensuscriterium van 65%. Bij de overgang naar de tweede Delphi-ronde, werden de stellingen aangepast op basis van de opmerkingen van de deelnemers aan de eerste Delphi-ronde, de richtlijnwerkgroep, de stuurgroep en een focusgroep met jongeren met ervaring in de jeugdhulp en/of GGZ. Dit resulteerde in twee nieuwe stellingen over leeftijdsgrenzen die opgenomen werden in de tweede Delphi-vragenlijst. Daarnaast werd de oorspronkelijke stelling over mechanische fixatie - niet onder en tot de leeftijd van 12 jaar - behouden en ook opnieuw aangeboden in de tweede Delphi-vragenlijst. Na de tweede ronde werd het consensuscriterium voor de drie stellingen bereikt, waardoor ze opgenomen werden in de finale set van aanbevelingen. In de finale aanbevelingen worden voor kinderen van 12 jaar en jonger volgende aanbevelingen geformuleerd:

1. Indien bij kinderen van 12 jaar of jonger een (dwang)maatregel in het kader van agressie en/of escalatie niet vermeden kan worden, verkies dan in eerste instantie om een fysieke interventie toe te passen.
2. Indien bij kinderen van 12 jaar of jonger een (dwang)maatregel in het kader van agressie en/of escalatie niet vermeden kan worden, én indien de lengte, het gewicht, de fysieke kracht en/of de voorgeschiedenis van het kind ervoor zorgt dat fysieke interventie niet kan worden toegepast, kies dan voor afzondering.
3. Pas geen mechanische fixatie toe bij kinderen van 12 jaar of jonger.

**Derde onderzoeksvraag: Kunnen er maximale tijdsduren aanbevolen worden voor afzondering en voor de verschillende vormen van fixatie? En hoe dienen de hulpverleners ermee om te gaan wanneer het ernstig en acuut gevaar voor de fysieke en/of psychische integriteit van de zorggebruiker of andere personen aanwezig blijft na het verlopen van deze tijdsduur?**

In de literatuurstudie werd slechts één concrete aanbeveling over een tijdslimiet teruggevonden. Het betrof een aanbeveling uit de NICE-richtlijn (2015) die stelt dat fysieke interventie *standaard* niet langer dan tien minuten mag duren. Deze stelling werd opgenomen in de eerste Delphi-vragenlijst. Voor mechanische fixatie voegden de onderzoekers zelf – zonder een bron uit de literatuur - een analoge stelling toe met dezelfde tijdslimiet. Hetzelfde deden ze voor afzondering, maar daarvoor pasten de onderzoekers de tijdslimiet aan: standaard niet langer dan één uur.

Naast de *standaard* tijdsduur die in principe niet mag overschreden worden, vermeldt het mensenrechterlijk toetsingskader dat werd gehanteerd voor de ontwikkeling van de MDR voor de

residentiële GGZ (Peeters et al., 2019), twee aanbevelingen over de *maximale* tijdsduur die *nooit* mag overschreden worden. Beiden werden ook als stellingen opgenomen in de eerste Delphi-vragenlijst: de maximale tijdsduur van zowel mechanische fixatie als van afzondering mag nooit langer dan 24 uur bedragen.

Zodoende bevatte de vragenlijst van de eerste Delphi-ronde vijf stellingen over de tijdsduur van afzondering en fixatie in de context van agressie en/of escalatie. De meningen van de deelnemers over deze stellingen bleken erg uiteenlopend te zijn. Voor vier van de vijf stellingen met betrekking tot de tijdsduur werd het consensuspercentage van 65% niet bereikt. De stelling over de maximale tijdsduur van mechanische fixatie die de 24 uur niet mag overschrijden, behaalde wel het consensuspercentage en werd opgenomen in de finale set van aanbevelingen.

Bij de overgang naar de tweede Delphi-ronde werden de vier niet-aanvaarde stellingen herwerkt. Hierbij wilden de onderzoekers enerzijds zo dicht mogelijk bij de input uit de literatuur blijven (standaard niet langer dan tien minuten voor fysieke interventie) en anderzijds hielden ze rekening met de kwalitatieve input van de deelnemers, de richtlijnwerkgroep, de stuurgroep en de focusgroep met jongeren. Uit de opmerkingen van de deelnemers van de Delphi-studie bleek dat er zich in de praktijk regelmatig situaties voordoen waarbij een fysieke interventie of mechanische fixatie langer of korter dan tien minuten duren.

- In de tweede Delphi-vragenlijst werd de tijdsduur van fysieke interventie en mechanische fixatie die *standaard* niet mag overschreden worden, opgetrokken naar 15 minuten, en er werd in de stelling toegevoegd dat de hulpverleners hiernaar dienen te *streven*. Beide aangepaste stellingen werden in de tweede Delphi-ronde vervolgens aanvaard. De finale aanbevelingen geven voor fysieke interventie en mechanische fixatie aan ernaar te *streven* dat de interventies in de regel niet langer dan 15 minuten duren. Bij deze aanbeveling voegden de onderzoekers een toelichting toe die de hulpverleners aanmoedigt om fysieke interventie en mechanische fixatie minder lang dan 15 minuten te laten duren.
- In de tweede Delphi-vragenlijst bleef de *standaard* tijdsduur van afzondering die niet mag overschreden worden, gelijk aan 1 uur (zoals in de eerste Delphi-vragenlijst), maar er werd in de stelling toegevoegd dat de hulpverleners hiernaar dienen te *streven*. In de tweede Delphi-ronde werd deze stelling aanvaard. De finale aanbeveling geeft voor afzondering aan ernaar te *streven* dat de interventie in de regel niet langer dan 1 uur duurt. Bij deze aanbeveling voegden de onderzoekers ook een toelichting toe die de hulpverleners aanmoedigt om afzondering minder lang dan 1 uur te laten duren.
- De stelling over de maximale tijdsduur van afzondering die de 24u niet mag overschrijden werd ongewijzigd in de tweede Delphi-ronde opnieuw aangeboden. Deze keer werd het consensuspercentage wel bereikt, en werd deze stelling dus ook opgenomen in de set van aanbevelingen.

Uitzonderlijk kunnen er situaties voorkomen waarin niet vermeden kan worden dat de interventie langer duurt dan 15 minuten in het geval van fysieke interventie en mechanische fixatie, of één uur in het geval van afzondering. De finale aanbevelingen houden hier rekening mee door bij een verlengde interventie verschillende procedurele stappen aan te bevelen, zodat de tijdsduur toch zoveel mogelijk beperkt blijft. Volgende stappen worden aanbevolen bij een verlengde toepassing van afzondering en fixatie:

- Er wordt aanbevolen om de tijdsduur van een interventie te registreren.

- Er wordt aanbevolen om *minstens* om de 15 minuten observaties in de fysieke aanwezigheid van de zorggebruiker uit te voeren. Dit sluit aan bij de bestaande MDR voor de residentiële GGZ waarin gesteld wordt dat hulpverleners bij mechanische fixatie en afzondering streven naar een continue aanwezigheid bij de zorggebruiker (Peeters et al., 2020).
- Indien een observatie niet kon plaatsvinden, wordt er aanbevolen om de redenen hiervoor te registreren.
- Er wordt aanbevolen om uiterlijk elke vier uur een second opinion te vragen van een bevoegde hulpverlener van buiten de afdeling, en de zorggebruiker te laten onderzoeken op mogelijk emotioneel of fysiek trauma.

### Beleidsaanbevelingen voor de betrokken overheden

De onderzoeksequipe formuleert hieronder acht beleidsaanbevelingen voor de betrokken overheden. Deze beleidsaanbevelingen zijn cruciaal om

- de implementatie van de nieuwe set van aanbevelingen in de praktijk tot een succes te maken;
- de kwaliteit van zorg met betrekking tot de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de sectoren van de GGZ en de jeugdhulp te optimaliseren.

Deze beleidsaanbevelingen zijn niet alleen van belang in het licht van de nieuw ontwikkelde aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie, maar hebben ook betrekking op de reeds bestaande MDR voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ.

#### **1. Voorzie in extra opleiding voor de professionals over de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de betrokken sectoren. Deze opleiding is zowel nodig in het kader van basisopleidingen als van bijscholingen.**

Om afzondering en fixatie volgens de aanbevelingen te kunnen uitvoeren, dienen hulpverleners over voldoende kennis en vaardigheden te beschikken met betrekking tot zowel de preventie als de toepassing van afzondering en fixatie. De **basisopleidingen** die aangeboden worden door hogescholen en universiteiten dienen hier meer aandacht aan te besteden. Ook de communicatie tussen hulpverlener en zorggebruiker, tussen hulpverleners onderling en vanuit de beleidsmedewerkers naar hulpverleners en zorggebruikers toe maakt een belangrijk onderdeel uit van deze opleiding. Binnen ICOBA – het kennis- en expertisecentrum rond agressiebeheersing - worden reeds verschillende **bijscholingen** gegeven over de preventie van *agressie*. Maar hier is een uitbreiding nodig naar de preventie en de toepassing van afzondering en fixatie, inclusief de praktische uitvoering ervan. De bestaande MDR voor de GGZ en de nieuw ontwikkelde aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie bieden juridisch onderbouwde, evidence-based en practice-based kennis en expertise aan voor de ontwikkeling van deze opleidingen. De aanbevelingen kunnen dan ook de basis vormen voor de ontwikkeling van een **kwaliteitslabel** voor deze opleidingen.

Aangezien er niet veel onderzoek bestaat over best practice *technieken* voor de handeling van het fixeren zelf, bevelen we aan dat opleidingen mede ontwikkeld worden op basis van de practice-based expertise van expert-professionals uit de betrokken voorzieningen.

#### **2. Voorzie in de toevoeging van praktijkgerichte *toelichtingen* bij de ontwikkelde aanbevelingen om het gebruik van de aanbevelingen in de praktijk te ondersteunen. Zet vervolgens in op de ontwikkeling en het gebruik van een e-learning tool hetgeen de implementatie van de aanbevelingen en toelichtingen in de praktijk zal faciliteren.**



De onderzoekers vulden de MDR voor de GGZ reeds deels aan met praktijkgerichte toelichtingen, voornamelijk gebaseerd op input uit de wetenschappelijke literatuur en documentenanalyse. Voor de voorzieningen die nog een belangrijke weg af te leggen hebben op vlak van kwaliteitsverbetering is het echter ook nodig dat de onderzoekers **toelichtingen** kunnen uitwerken **over praktijk-gebaseerde best practices**. Deze praktijken zijn in een aantal voorzieningen nog maar recent ontstaan waardoor er nog maar amper wetenschappelijk onderzoek is over gedaan. Maar in enkele voorzieningen - de koplopers - werd de meerwaarde ervan wel al ervaren. Om deze praktijk-gebaseerde best practices te kunnen verzamelen, en hierover vervolgens toelichtingen toe te voegen in de bestaande richtlijn, is bijkomend kwalitatief onderzoek nodig (expertpanels en interviews).

De aanbevelingen en toelichtingen vervolgens integreren in een **e-learning tool** zal de implementatie van de aanbevelingen in de praktijk faciliteren. Het zal de hulpverleners helpen om vertrouwd te geraken met de procedures en technieken voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie.

### 3. Voorzie in een **only once** intersectoraal en gebruiksvriendelijk registratiesysteem dat geïntegreerd wordt in het dossier van de zorggebruiker.

Een only once registratiesysteem betreft een *eenmalige* registratie van afzondering en fixatie in het dossier van de zorggebruiker. Deze registratie zorgt er enerzijds voor dat de toepassing van de (dwang)maatregel zichtbaar wordt en laat anderzijds toe om data te genereren op verschillende niveaus, conform de regelgeving inzake het beroepsgeheim:

- a. voor de **zorggebruiker** en eventueel zijn vertegenwoordiger: als input voor de nabespreking van de (dwang)maatregel. Daarnaast maakt de registratie de dwangmaatregel voor de zorggebruiker controleerbaar, en biedt het hem de mogelijkheid om de dwangmaatregel in vraag te stellen;
- b. voor de **afdeling**: als input voor de nabespreking van de (dwang)maatregel met de hulpverleners en voor de post-incident analyse van bepaalde casussen;
- c. voor de **voorziening**: als input voor de kwantitatieve analyses op alle uitgevoerde afzonderingen en fixaties en voor de 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.

De dataset die ontwikkeld wordt door VIVO vzw-ICOBA voldoet momenteel niet aan al deze voorwaarden; binnen dit project werd er immers voor gekozen om een *minimale* dataset te ontwikkelen. Daarnaast is ze maar gedeeltelijk gebaseerd op de MDR die de onderzoekers reeds ontwikkelden voor de GGZ en op de nieuw ontwikkelde intersectorale aanbevelingen. Deze minimale dataset kan in de toekomst uiteraard deel uitmaken van een only once intersectoraal en gebruiksvriendelijk registratiesysteem.

### 4. Blijf inzetten op architecturale aanpassingen in de residentiële voorzieningen.

Om preventieve infrastructurele aanpassingen te kunnen doen, zoals de bouw van comfortrooms of aanpassingen aan de tuin, heeft de Vlaamse overheid recent extra subsidies toegekend aan verschillende kinder-psihiatrische diensten van psychiatrische ziekenhuizen en aan private residentiële voorzieningen voor minderjarigen in de jeugdhulp en VAPH-sector voor minderjarigen (Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 15.01.2019; Vlaamse Regering, 30.11.2018). Voor de kinder-

psychiatrische diensten van psychiatrische ziekenhuizen werden eveneens middelen vrijgemaakt voor dringende bouwkundige ingrepen die de veiligheid van het personeel en/of de zorggebruikers ten goede komen (Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 15.01.2019). Ook voor de andere geestelijke gezondheids- en welzijnssectoren is het belangrijk dat de Vlaamse overheid hierop blijft inzetten.

**5. Zet in op een voldoende ratio personeelsbezetting-zorggebruikers zodat het preventie- en toepassingsbeleid van afzondering en fixatie kunnen uitgevoerd worden volgens de aanbevelingen.**

Een hogere zorgzwaarte en/of een verhoogd risico op agressie of crisis vereist een hogere ratio personeelsbezetting-zorggebruikers. Het is tevens een bijzonder aandachtspunt tijdens avonden, weekends en feestdagen. Om duidelijk te krijgen welke ratio personeelsbezetting-zorggebruikers voldoende is voor kwaliteitsvolle preventie en toepassing van afzondering en fixatie is bijkomend onderzoek nodig.

**6. Zet in op de ontwikkeling van intersectorale kwaliteitsindicatoren die gebaseerd zijn op de intersectorale aanbevelingen inzake de praktische uitvoering van afzondering en fixatie.**

Enkel voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie bestaan er nu *intersectorale* aanbevelingen. Voor de preventie van afzondering en fixatie en voor de verschillende aspecten van toepassing ervan worden in 2020 en 2021 intersectorale aanbevelingen voor de brede jeugdhulp ontwikkeld. In deze nieuwe richtlijn voor de brede jeugdhulp zal niet alleen afzondering en fixatie in de context van agressie en/of escalatie onder de loep genomen worden. Er zal ook onderzocht worden of en hoe afzondering of fixatie in bepaalde sub-sectoren omwille van andere finaliteiten rechtvaardigbaar en toelaatbaar zijn op voorwaarde dat alle preventieve acties uitgeput zijn.

Deze richtlijnen en aanbevelingen kunnen de basis vormen voor de ontwikkeling van indicatoren. Het only once registratiesysteem zou toelaten om de kwaliteitsindicatoren per voorziening te meten.

**7. Ontwikkel op wetgevend vlak duidelijke regels 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.**

Afzondering en fixatie zijn enkel toegelaten voor zover ze plaatsvinden binnen een rechtskader 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 breed gedragen richtlijn speelt hierbij een belangrijke rol. Voor de GGZ bestaat deze reeds, en wordt deze nu aangevuld met de intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie. Voor de residentiële voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ wordt een analoge brede richtlijn ontwikkeld in 2020 en 2021.

Naast deze 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 bestaande en toekomstige richtlijnen 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. Een coherent rechtskader ontbreekt momenteel voor alle betrokken sectoren. Meer rechtszekerheid is nodig in dit domein. Deze rechtszekerheid dient niet enkel het belang van de zorggebruiker, maar moet ook de zorgverlener en de voorziening beschermen. Zij treden vandaag op in een grijze zone, waarin niet enkel de zorggebruiker

maar ook de zorgverlener juridisch kwetsbaar is. Voor de sector van de residentiële GGZ werden de punten reeds opgelijst waaraan bijzondere aandacht dient besteed te worden bij de opbouw van een dergelijk rechtskader (Peeters et al., 2019). Voor de sectoren van de residentiële jeugdhulp, inclusief de VAPH-voorzieningen voor minderjarigen, maakt dit onderwerp deel uit van de volgende SWVG-studie met betrekking tot afzondering en fixatie (EF64).

**8. Zet in op bijkomend kwantitatief en kwalitatief onderzoek naar innoverende interventies en acties m.b.t. de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in alle betrokken gezondheids- en welzijnssectoren.**

Het gebruik van de interdisciplinaire methode waarbij de klinische, (ortho-)pedagogische, verpleegkundige en juridische perspectieven gecombineerd worden, is essentieel voor het bijkomend onderzoek. Onderzoek in verband met medicamenteuze fixatie dient uiteraard in eerste instantie door artsen gevoerd te worden. Last but not least is het betrekken van alle stakeholders bij bijkomend onderzoek van groot belang: patiënten- en familievertegenwoordiging, GGZ-voorzieningen, jeugdhulp- en andere welzijnsvoorzieningen, beroepsverenigingen, koepelorganisaties en ethici. Om afzondering en fixatie in alle betrokken sectoren tot een minimum te beperken is de inzet en expertise van alle onderzoeksdisciplines en stakeholders noodzakelijk.