

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg

Tine Peeters¹
dr. Kathleen De Cuyper¹
Tim Opgenhaffen²
dr. Inez Buyck¹
prof. dr. Johan Put²
prof. dr. Chantal Van Audenhove¹

¹ LUCAS KU Leuven, Zorgonderzoek & Consultancy

² Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 37 34 32
E-mail: swvg@kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2019/01

SWVG-Rapport 17

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg

Promotor: prof. dr. Chantal Van Audenhove

Copromotor: prof. dr. Johan Put

Onderzoekers: Tine Peeters, dr. Kathleen De Cuyper, Tim Opgenhaffen, dr. Inez Buyck

Coördinatie SWVG: Hilde Lauwers

Administratieve ondersteuning SWVG: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen</i>	<i>Dagelijks bestuur</i>
KU Leuven <ul style="list-style-type: none">· LUCAS KU Leuven, Zorgonderzoek & consultancy· Instituut voor Sociaal Recht· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Chantal Van Audenhove Prof. dr. Anja Declercq Prof. dr. Johan Put Prof. dr. Tine Van Regenmortel Prof. dr. Erik Schokkaert
UGent <ul style="list-style-type: none">· Vakgroep Innovatie, Ondernemerschap en Dienstenmanagement· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën· Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg	Prof. dr. Paul Gemmel Prof. dr. Joris Voets Prof. dr. An De Sutter
Vrije Universiteit Brussel <ul style="list-style-type: none">· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen <ul style="list-style-type: none">· Centrum OASeS, Departement Sociologie	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt <ul style="list-style-type: none">· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool <ul style="list-style-type: none">· Opleiding Toegepaste Psychologie	dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool <ul style="list-style-type: none">· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent <ul style="list-style-type: none">· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg <ul style="list-style-type: none">· Groep Gezondheid en Welzijn	

Rapport 17

De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg

Onderzoekers: Tine Peeters, dr. Kathleen De Cuyper, Tim Opgenhaffen, dr. Inez Buyck
Promotor: prof. dr. Chantal Van Audenhove
Copromotor: prof. dr. Johan Put

Samenvatting

Doelstelling van het onderzoek en van de multidisciplinaire richtlijn

Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin ontwikkelde in opdracht van Vlaams minister Vandeuren een **multidisciplinaire richtlijn** (MDR) voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze MDR is zowel gericht op de doelgroepen **kinderen** en **jongeren, volwassenen** als **ouderen**, inclusief personen met een intellectuele beperking of een vorm van dementie. De richtlijn handelt daarbij specifiek over afzondering en fixatie in de context van **escalatie** en **agressie** bij de zorggebruiker. In de MDR wordt allereerst uitgebreid ingegaan op de **preventie** van afzondering en fixatie. De aanbevelingen voor de **toepassing** van afzondering en fixatie volgen uit de aanbevelingen voor de preventie ervan. De MDR werd bewust ontwikkeld met zicht op de **toekomst**. Het doel ervan is de kwaliteitsverbetering van de preventie en de toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ.

De MDR handelt over afzondering en fixatie volgens de definities die tot stand kwamen in de werkgroep “Vrijheidsbeperkende maatregelen” van het kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het Agentschap Zorg en Gezondheid:

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

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

- Fysieke interventie: fixatie door middel van een interventie waarbij de zorggebruiker door één of meerdere hulpverleners op een fysieke wijze vastgehouden of geïmmobiliseerd wordt of waarbij de zorggebruiker op een fysiek gecontroleerde wijze verplaatst wordt of zich laat verplaatsen.

- Mechanische fixatie: fixatie door middel van het aanwenden van mechanische hulpmiddelen bevestigd aan of in de directe omgeving van de zorggebruiker, welke niet zelfstandig door de zorggebruiker kunnen verwijderd worden. Ergonomische hulpmiddelen bevestigd aan of in de directe omgeving van de zorggebruiker, en die niet zelfstandig door de zorggebruiker kunnen verwijderd worden, worden niet beschouwd als mechanische fixatie tenzij deze hulpmiddelen buiten hun oorspronkelijke doelstelling gebruikt worden.
- Medicamenteuze fixatie: fixatie door middel van het acuut en chronisch gebruik van medicatie.

Om optimale patiëntenzorg te leveren in de GGZ dienen afzondering en fixatie zoveel mogelijk vermeden te worden. Wetenschappelijk onderzoek wijst immers op het verhoogde risico van diverse nefaste gevolgen voor zowel zorggebruikers als hulpverleners bij de toepassing van deze maatregelen (Aguilera-Serrano, Guzman-Parra, Garcia-Sanchez, Moreno-Küstner, & Mayoral-Cleries, 2018; Bowers, 2014; Cusack, Cusack, McAndrew, McKweon, & Duxbury, 2018; Goulet, Larue, & Dumais, 2017; Lagrou & Danckaerts, 2017; Nelstrop et al., 2006; Sequeira & Halstead, 2004; Stewart, Van der Merwe, Bowers, Simpson, & Jones, 2010; Van der Merwe, Muir-Cochrane, Jones, Tziggili, & Bowers, 2013). Daarenboven – 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 deze redenen bestaat er dan ook al langer internationale consensus dat afzondering en fixatie zo kort mogelijk en zo min mogelijk mogen worden toegepast. Daarom begint de richtlijn die voorligt met een set van aanbevelingen voor de **preventie** van afzondering en fixatie. Wanneer afzondering of fixatie toch worden toegepast, dient erop te worden toegezien dat **de waardigheid en de rechten van de zorggebruiker maximaal gerespecteerd** worden. Daarom werden aanbevelingen ontwikkeld die niet alleen gebaseerd zijn op evidentie uit klinisch wetenschappelijk onderzoek, maar ook op een juridische analyse van mensenrechtelijke bronnen over afzondering en fixatie. Deze MDR is dan ook het resultaat van een intensieve samenwerking binnen een **interdisciplinair onderzoeksteam** bestaande uit volwassenen-, kinder- en jeugdpsychologen enerzijds, en juristen anderzijds.

De MDR wil Vlaamse residentiële GGZ-voorzieningen ondersteunen in de **kwaliteitsverbetering** van de preventie en toepassing van afzondering en fixatie. Daarenboven wil de MDR bijdragen tot een **mensenrechtenconforme toepassing** van deze vrijheidsbeperkende maatregelen. 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 achteraan in dit rapport opgenomen als bijlage.

De ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn: Methode

De ‘Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation’ methode – of kortweg GRADE methode – vormde de leidraad voor de ontwikkeling van deze MDR. De GRADE-methode is in oorsprong uitgewerkt voor de ontwikkeling van richtlijnen binnen de *somatische* gezondheidszorg op basis van klinisch wetenschappelijk onderzoek. Voor de opbouw van deze MDR is echter – in tegenstelling tot de meeste andere MDRs in de gezondheidszorg – wetenschappelijke evidentie vanuit zowel *klinisch* als *juridisch* onderzoek noodzakelijk. Deze wetenschappelijke evidentie werd verzameld op basis van de vijf richtvragen van de 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?

Omwille van het tweevoudige perspectief van deze studie – het klinische en het juridische - werden twee onderzoeksfasen toegevoegd aan de vier fasen die afkomstig zijn uit de GRADE-methode. Waar nodig werden de vier fasen van de GRADE-methode daarenboven op enkele punten aangepast opdat de onderzoeksmethode afgestemd zou zijn op de doelstelling van deze MDR. De **zes fasen van de onderzoeksmethode** worden hieronder weergegeven. De toevoegingen en aanpassingen ten opzichte van de GRADE-methode 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 fasen van de onderzoeksmethode worden toegelicht in hoofdstuk 1 van dit rapport. Ze werden vormgegeven en uitgevoerd door onderzoekers van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin die samen de **richtlijnwerkgroep** vormden. Zij zijn de auteurs van de richtlijn.

Alle onderzoeksactiviteiten van de richtlijnwerkgroep werden doorheen de hele studie opgevolgd door een **stuurgroep** die bestond uit de opdrachtgevers van de studie en betrokken instantie van de Vlaamse overheid.

Op twee momenten in het onderzoeksproces werd de MDR die tot dan toe ontwikkeld was, voorgelegd aan een **expertpanel** met groepen van stakeholders uit de residentiële GGZ. In het begin van de studie werden ook **drie interviews** afgenomen van directieleden, beleidsvoerders en/of beleidsmedewerkers van drie residentiële GGZ-voorzieningen met goede praktijken van afzondering en fixatie.

Op welke momenten en op welke wijze de betrokkenen hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van de MDR doorheen het onderzoeksproces, wordt in Figuur 1 in beeld gebracht.

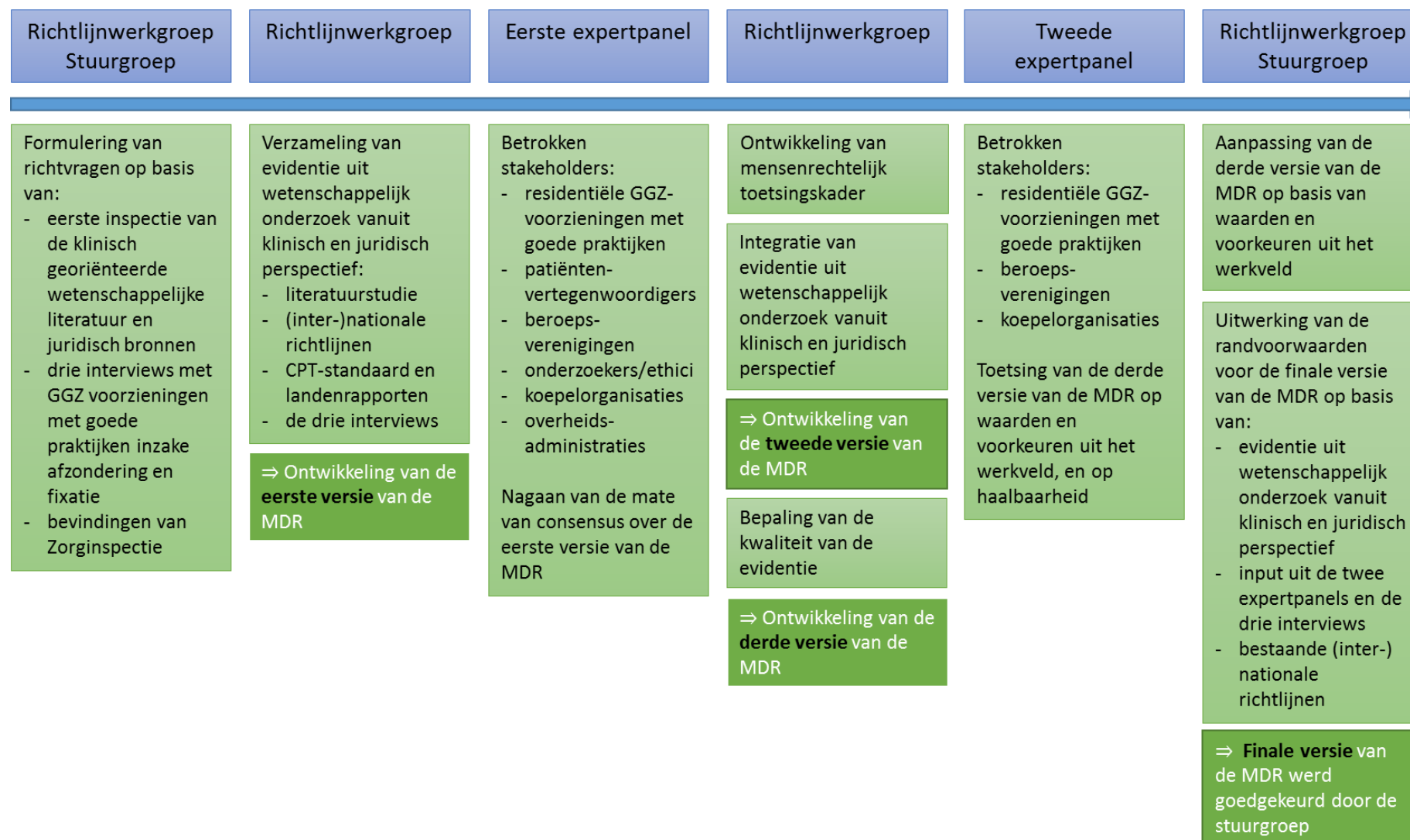
Samenvatting van de evidentie afkomstig uit klinisch georiënteerd onderzoek naar de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ

Internationaal is er de voorbije twee decennia veel aandacht besteed aan onderzoek naar de **preventie van afzondering en fixatie in de GGZ**. De resultaten van dit onderzoek worden toegelicht in hoofdstuk 2 van dit rapport.

Vier wetenschappelijk goed onderbouwde modellen reiken handvaten aan voor het voorkomen van afzondering en fixatie onder dwang en/of het omgaan met escalatie en agressie binnen de GGZ. Dit zijn:

1. Het Six Core Strategies model van Huckshorn (2004), gericht op de preventie van afzondering en fixatie bij kinderen, jongeren en volwassenen
2. Het Safewards model van Bowers (2014), gericht op de preventie van agressie, conflict, en vrijheidsbeperking zoals afzondering en fixatie bij volwassenen
3. Het Engagement model van Murphy en Bennington-Davis (2005), gericht op de preventie van afzondering en fixatie bij kinderen, jongeren en volwassenen. Dit model is gebaseerd op het Six Core Strategies model van Huckshorn (2004) en de therapeutische benadering die Trauma-Informed Care wordt genoemd (Bloom, 1997)
4. Het Collaborative Problem Solving model van Greene, Ablon, & Martin (2006), gericht op het omgaan met agressie en conflict, alsook op de preventie van afzondering en fixatie bij kinderen en jongeren.

In conclusie kan worden gesteld dat er een belangrijke overlap bestaat in de interventiestrategieën tussen de verschillende succesvolle interventieprogramma's gericht op de vermindering van afzondering en fixatie in de residentiële psychiatrische zorgverlening. Deze strategieën vormen de kern van het Six Core Strategies model, het Safewards model en het Engagement model. De meerderheid van de evidentie voor interventieprogramma's bestaat uit empirische studies binnen een residentiële GGZ-voorziening, met een pre- en postevaluatie van de toepassing van deze maatregelen, al dan niet met het gebruik van controlegroepen en met louter rapportage van beschrijvende data. Enkele onderzoekers konden deze evidentie sterker staven met een *randomized controlled trial* (RCT; Bowers et al., 2015; Brockardt et al., 2011; Putkonen et al., 2013). Op basis van de bevindingen kan momenteel gesteld worden dat er aanwijzingen zijn dat het mogelijk is om te komen tot een verminderd gebruik van afzondering en fixatie, zonder hierbij in te boeten op de algemene veiligheid van zorggebruikers en de hulpverleners. Meer kwaliteitsvol onderzoek wordt aanbevolen om deze aanbeveling - al dan niet - solider te maken.



Figuur 1 Bijdragen van de betrokkenen aan de ontwikkeling van de MDR doorheen het onderzoeksproces

Momenteel bestaat de onderzoeksevidentie over de vermindering van afzondering en fixatie voornamelijk uit correlatieve verbanden, op basis waarvan geen uitspraak gedaan kan worden over oorzaak-gevolg relaties. Daarnaast werden ook in enkele eerste RCTs de oorzakelijke verbanden onderzocht tussen interventieprogramma's en de beoogde daling in het gebruik van afzondering en fixatie. Er is tot op heden echter nog maar weinig onderzoek gedaan naar het relatieve belang van bepaalde *enkelvoudige* interventiestrategieën. De vraag of één of meerdere strategieën cruciaal zijn, blijft voorlopig grotendeels onbeantwoord. Desalniettemin wijzen de eerste RCTs alvast op het belang van het betrekken van en samenwerken met de zorggebruiker in de behandeling alsook in de beleidsvoering (Putkonen et al., 2013, Bowers et al., 2015, Bak et al., 2012). Daarnaast wijst het onderzoek tot nu toe op het belang van een *gecombineerde, multimethodische* aanpak van de reductie van afzondering en fixatie (Bak et al., 2012; Goulet & Larue, 2016). De betrokkenheid, visie en engagement van leidinggevenden op alle beleidsniveaus – binnen de zorginstelling maar ook binnen overheidsinstanties - is hierbij een belangrijke factor. Op basis van het onderzoek kan aanbevolen worden om deze aanpak te combineren met de volgende combinatie van strategieën: (1) het fysiek aanpassen van de verblijfsomgeving van de zorggebruiker, (2) het bieden van training in het voorkomen, vroegtijdig herkennen en het omgaan met agressie voor medewerkers, (3) het gebruik van preventiestrategieën waaronder risico-assessment, signaleringsplannen, traumageschiedenis bevragen en alternatieven zoeken, (4) registratie van alle agressie-incidenten, afzonderingen en fixaties voor verdere analyse en beleidsvoering, en (5) het invoeren van evaluatiemomenten na het gebruik van afzondering of fixatie. Specifiek over het uitvoeren van post-evaluatie gesprekken na afzondering of fixatie, is er de beste evidentie voor twee tijdstippen van evaluatie: onmiddellijk na de gebeurtenis met de directe betrokkenen en een meer formele evaluatie één of twee dagen later (Goulet & Larue, 2016).

De beleving en ervaring van zorggebruikers met **afzondering en fixatie in de GGZ** levert vervolgens input voor het **toepassen** van deze maatregelen. De resultaten van dit onderzoek worden toegelicht in hoofdstuk 3 van dit rapport.

Het eerste en belangrijkste aandachtspunt betreft het contact en de communicatie met hulpverleners voor, tijdens en na de maatregel. De wijze van communiceren, alsook de bereikbaarheid en betrokkenheid van de hulpverlener hebben een zeer belangrijke invloed op de psychische impact van de maatregel op de zorggebruiker. De wens om respectvol benaderd te worden en voldoende geïnformeerd te worden, blijkt een universele en belangrijke vraag van zorggebruikers. Verder hebben bepaalde kenmerken van de omgeving - de leefomgeving van de voorziening, alsook de afzonderingskamer zelf - en enkele kenmerken van de procedures - ontkleding, wijze van toezicht - eveneens een belangrijke impact op de ervaring van afzondering of fixatie. De beleving van afzondering en fixatie is daarenboven voor een deel individueel bepaald. Voorgaand trauma en voorgaande ervaring met dwang in de psychiatrie blijken bijvoorbeeld een belangrijke impact te hebben. Deze persoonlijke factoren dienen dan ook steeds in rekening te worden genomen vooraf, tijdens en na het uitvoeren van een afzondering of fixatie (Aguilera-Serrano et al., 2018; Cusack et al., 2018; Tingleff et al., 2017; Mellow et al., 2017; Montreuil et al., 2018; van der Merwe et al., 2013; Sturrock, 2010).

Een beperkt aantal studies deed onderzoek naar verschillen in de ernst van de diverse dwangmaatregelen op basis van de ervaringen van zorggebruikers: afzondering versus mechanische fixatie, fysieke interventie en/of medicamenteuze fixatie (Bergk, Einsiedler, Flammer, & Steinert, 2011; Steinert, Birk, Flammer, & Bergk, 2013; Georgieva, Mulder, & Whittington, 2012; Georgieva, Mulder, & Wierdsma, 2012; Veltkamp, Nijman, Stolker, Frigge, Dries, & Bowers, 2008). Op basis van dit onderzoek kan er voorlopig geconcludeerd worden dat (1) het gelijktijdig toepassen van verschillende vormen van

dwang, en (2) mechanische fixatie, doorgaans als het meest ingrijpend worden ervaren. Medicamenteuze fixatie blijkt doorgaans het minst negatief beleefd te worden. Desalniettemin wijst onderzoek er evenzeer op dat de ervaren ernst ook individueel bepaald is, bijvoorbeeld door voorgaande ervaring met afzondering of fixatie, en psychologische trauma's. Het strekt daarom tot de aanbeveling dat de keuze van het type dwangmaatregel - waarbij men zoekt naar de minst ingrijpende interventie – zoveel mogelijk afgestemd wordt op het individu. Het vooraf bevragen van de eventuele voorkeuren van de zorggebruiker dient evenzeer dit keuzeproces te ondersteunen.

Onderzoek naar het uitvoeren van nabesprekingen wijst erop dat zowel zorggebruikers als hulpverleners hier belang aan hechten. Er is weinig evidentie voor hoe een dergelijke nabespreking het best wordt vormgegeven. Er is in de praktijk veel variatie. Het is echter wel duidelijk wat zorggebruikers en hulpverleners hopen te bereiken met een dergelijke nabespreking. Zorggebruikers vragen ruimte om over de afzondering of fixatie te spreken en vragen te stellen. Hulpverleners willen samen met collega's kunnen reflecteren en tijd krijgen om het gebeurde emotioneel te verwerken (Mangaoil et al., 2018).

Analyse van de bestaande (inter-)nationale richtlijnen voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de gezondheidszorg

De bestaande (inter-)nationale richtlijnen en adviezen werden inhoudelijk met elkaar vergeleken. Voor de doelgroep van volwassenen en ouderen werden volgende richtlijnen bestudeerd:

- De standaard van het Europees Comité voor de Preventie van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestraffing (CPT-standaard; CPT, 2017)
- Het advies nr. 9193 van de Hoge Gezondheidsraad (HGR, 2016)
- Klinische richtlijnen van het 'National Institute for Health and Care Excellence' (NICE instituut) in het Verenigd Koninkrijk (NICE, 2015)
- Nederlandse richtlijn 'Dwang en Drang in de GGZ' (van der Hoeven, de Hoop, de Haan, & Bikker, 2016).

Voor de doelgroep kinderen en jongeren betreft het:

- Klinische richtlijnen van het NICE-instituut (NICE, 2015)
- Nederlandse richtlijn 'Dwang en Drang in de GGZ' (van der Hoeven et al., 2016)
- Richtlijn van de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (Masters et al., 2002).

Deze richtlijnen zijn verschillend in zowel hun omvang, de wijze van opbouw, als de context waarbinnen ze zijn opgesteld. Alle documenten kregen vorm binnen de eigen wetgevende context, die verschilt van land tot land. Omwille van deze redenen werd ervoor gekozen om bij de ontwikkeling van de Vlaamse MDR niet te vertrekken van één van deze richtlijnen. Veeleer werd gestart vanuit een eigen literatuurstudie van recent wetenschappelijk onderzoek, en eigen juridisch onderzoek. Daarnaast werden de bovenstaande richtlijnen meegenomen als mogelijke bronnen van evidentie voor het opstellen van de eigen aanbevelingen.

Met betrekking tot de **preventie van afzondering en fixatie**, zijn er belangrijke overeenkomsten tussen de besproken richtlijnen. De kernboodschappen van de richtlijnen komen bovendien overeen met wat er uit de wetenschappelijke literatuur omtrent dit thema naar voren komt. De richtlijnen besteden daarnaast uitgebreid aandacht aan aanbevelingen voor het **toepassen van afzondering en fixatie**. Ook hier bestaat overlap tussen de richtlijnen met betrekking tot belangrijke algemene uitgangspunten en principes. Verschillen situeren zich hoofdzakelijk in de concrete invulling van procedures, zoals bv.

frequentie van monitoring en toezicht, en het vormgeven van post-evaluatiegesprekken (nabesprekingen).

Ook het standpunt van het Vlaams Patiëntenplatform en OPGanG (2017) over het gebruik van dwangmaatregelen in de GGZ werd 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.

Een meer gedetailleerde bespreking van deze (inter-)nationale richtlijnen kan teruggevonden worden in hoofdstuk 4 van dit rapport.

Bevraging van experts uit de Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorg

Input voor de onderbouwing van de MDR vanwege experts uit de Vlaamse residentiële GGZ werd verzameld aan de hand van:

- Drie interviews met directieleden, beleidsvoerders en/of beleidsmedewerkers van drie residentiële GGZ-voorzieningen met goede praktijken van afzondering en fixatie
- Een eerste expertpanel waaraan volgende groepen van stakeholders deelnamen (n = 22):
 - Patiëntenvertegenwoordigers (n = 3)
 - GGZ-voorzieningen met goede praktijken inzake afzondering en fixatie (n = 10). Deze GGZ-voorzieningen werden geselecteerd op basis van (1) algemene auditverslagen (circa 2012-2017), (2) de auditverslagen van Zorginspectie “Vrijheidsbeperkende maatregelen in K-diensten” (2016-2017), (3) “Het Grote Psychiatrie rapport” van de krant De Morgen (2017), (4) brochure “Good practices” van Zorgnet-Icuro, en (5) informatie afkomstig van de websites van de psychiatrische ziekenhuizen
 - Vertegenwoordigers van beroepsverenigingen (n = 3)
 - Koepelorganisaties van residentiële GGZ-voorzieningen (n = 2)
 - Academici en ethici (n = 2)
 - Overheidsinstanties (n = 2)
- Een tweede en kleiner expertpanel waaraan volgende groepen van stakeholders deelnamen (n = 8):
 - GGZ-voorzieningen met goede praktijken inzake afzondering en fixatie (n = 4)
 - Vertegenwoordigers van beroepsverenigingen (n = 3)
 - Koepelorganisaties van residentiële GGZ-voorzieningen (n = 1)

Drie van deze deelnemers bezorgden hun feedback op schriftelijke wijze, daar ze niet aanwezig konden zijn op het expertpanel.

De **drie interviews** vonden plaats in drie residentiële GGZ-voorzieningen die geselecteerd werden uit de tien residentiële GGZ-voorzieningen met goede praktijken inzake afzondering en fixatie (zie eerste expertpanel hierboven). Ze vullen elkaar aan op vlak van hun sterktes voor wat betreft de preventie van afzondering en fixatie, en op vlak van de doelgroepen en statuten (forensische zorg, gedwongen opnames, ...) die aanwezig zijn in de betreffende voorzieningen. De interviews gaven in eerste instantie input voor de opstelling van de richtvragen van deze studie, op basis waarvan de evidentie voor de ontwikkeling van de MDR verzameld werd. De resultaten van de drie interviews dienden echter doorheen het volledige onderzoeksproces als input voor de onderbouwing van de verschillende versies

van de MDR (zie Figuur 1). De bespreking van resultaten van de drie interviews kan teruggevonden worden in hoofdstuk 5 van dit rapport.

In een **eerste expertpanel** werd – in twee groepen - de mate van consensus nagegaan met betrekking tot de eerste versie van de MDR. De groepen werden door een interviewer/onderzoeker gestructureerd bevraagd omtrent de volgende aspecten: (1) het uitgangspunt en de focus van de MDR, (2) de doelgroep van de MDR, (3) de voorgestelde richtlijnen omtrent preventie, (4) de voorgestelde richtlijnen omtrent het toepassen van afzondering en fixatie, en (5) de randvoorwaarden voor het implementeren van de MDR. De manier waarop de data van dit expertpanel geanalyseerd werden en de bekomen resultaten kunnen teruggevonden worden in hoofdstuk 5 van dit rapport. De tweede versie van de MDR werd o.a. ontwikkeld op basis van de resultaten van dit expertpanel. De input met betrekking tot de randvoorwaarden voor de implementatie van de MDR werd ook verwerkt in de finale versie van de MDR.

In een **tweede en kleiner expertpanel** werd ten slotte de derde versie van MDR besproken met betrekking tot een specifieke focus: (1) de haalbaarheid van de aanbevelingen in de huidige praktijk, (2) noodzakelijke of wenselijke randvoorwaarden voor de implementatie van de aanbevelingen, en (3) de vraag of de aanbevelingen al dan niet in lijn liggen met belangrijke waarden en voorkeuren van Vlaamse GGZ-voorzieningen. De resultaten van het tweede expertpanel (zie hoofdstuk 5 in dit rapport) werden meegenomen voor de ontwikkeling van de laatste versie van de MDR.

Ontwikkeling van een mensenrechtelijk toetsingskader

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 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.

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 werd 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. Zowel de bouwstenen van het toetsingskader als het toetsingskader zelf werden gedetailleerd uitgewerkt in hoofdstuk 6 van dit rapport.

Doorheen het onderzoeksproces werd dit normatief kader op twee wijzen ingezet:

1. Om de MDR inhoudelijk mee vorm te geven: vanaf de tweede versie van de MDR werden de ontwikkeling of de aanpassing van de aanbevelingen met betrekking tot de *toepassing* van afzondering en fixatie voortdurend getoetst aan dit kader. Zodoende werd de evidentie uit het klinisch georiënteerd onderzoek geïntegreerd met evidentie uit het juridische onderzoek. 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.
2. Om aanbevelingen te formuleren die het huidige recht (en beleid) inzake afzondering en fixatie meer mensenrechtenconform zouden maken (zie randvoorwaarden voor de implementatie van de MDR in de praktijk).

Kwaliteit van de evidentie op basis waarvan de multidisciplinaire richtlijn werd ontwikkeld

De kwaliteit van de wetenschappelijke evidentie op basis waarvan de aanbevelingen van de MDR werden ontwikkeld, wordt geëxpliciteerd aan de hand van evidentieniveaus. In hoofdstuk 7 van dit rapport wordt per aanbeveling uit de MDR het evidentieniveau weergegeven.

De aanbevelingen voor de **preventie van afzondering en fixatie** werden integraal ontwikkeld op basis van evidentie uit **klinisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek**. Onderstaande vijf evidentieniveaus werden uitgewerkt om de kwaliteit van deze evidentie te kwantificeren.

- 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 in de formulering van de aanbeveling dat de sterkte van de aanbeveling duidelijk wordt. De aanbevelingen die gebaseerd zijn op evidentie met evidentieniveaus 1, 2 of 3 werden in gebiedende wijs geformuleerd. Aanbevelingen die enkel gebaseerd zijn op input uit het eerste expertpanel en de drie interviews die in het kader van deze studie werden gedaan (evidentieniveau 4A of 4B) werden geformuleerd met toevoeging van de term “overweeg om”.

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

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

lijzen met de mensenrechtelijke principes. Daarom wordt dit evidentieniveau niet weergegeven in de evidentietabel.

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: 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.

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 internationaal, alsook bij alle betrokken Vlaamse GGZ-experten uit de expertpanels, bij alle onderzoekers die de richtlijn hebben geschreven en ook bij alle leden van de stuurgroep van deze studie de voorkeur en waarde leeft dat afzondering en fixatie zoveel mogelijk dienen vermeden te worden.

Randvoorwaarden voor de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn

Ten slotte werd een niet-exhaustieve lijst van randvoorwaarden uitgewerkt voor de implementatie van de MDR in de Vlaamse residentiële GGZ-voorzieningen (zie Figuur 1). Deze randvoorwaarden situeren zich op vier niveaus: (1) de individuele residentiële GGZ-voorzieningen, (2) de residentiële GGZ als geheel, (3) de wetgeving en (4) wetenschappelijk onderzoek.

1. Randvoorwaarden op het niveau van de individuele residentiële GGZ-voorzieningen

- Ondersteund en begeleid worden in het onderling uitwisselen van kennis en goede praktijken, en bij het geven van vorming en trainingen binnen de GGZ-voorziening.
- Het hanteren van het principe van *positive risk taking* en een strenge indicatiestelling voor het toepassen van afzondering en fixatie, kan een uitdaging vormen in de praktijk. Het voorzien van basisveiligheid van de behandelomgeving – op architecturaal vlak, technisch vlak en op vlak van personeelsbezetting – vormt hiervoor een randvoorwaarde. Daarnaast verhoogt *positive risk taking* en strengere indicatiestelling de kans dat hulpverleners en mede-zorggebruikers vaker getuigen zijn van agressief, storend en/of invasief gedrag van de zorggebruiker. Het beschermen van hun psychisch welbevinden is dan ook een belangrijk aandachtspunt.
- Goede intervisie en supervisie dienen hulpverleners te ondersteunen bij het toepassen van afzondering en fixatie. Mogelijke aandachtspunten zijn het omgaan met ethische dilemma's, met angst voor aansprakelijkheid, en met andere negatieve of gemengde gevoelens.

2. Randvoorwaarden op het niveau van de residentiële GGZ in zijn geheel

- De ontwikkeling van een **'only once' registratiesysteem** is aangewezen: een eenmalige registratie van afzondering en fixatie dient ervoor te zorgen dat de toepassing van de maatregel zichtbaar wordt (1) in het patiëntendossier, (2) voor de afdeling en de voorziening, en (3) voor de betrokken overheden.
- Aanpassingen aan architectuur en interieurarchitectuur vragen de nodige financiële investeringen.
- Een hogere zorgzwaarte en/of een verhoogd risico op agressie of crisis, vereist een hogere ratio personeelsbezetting-zorggebruikers. In dit opzicht is deze ratio een bijzonder aandachtspunt in onder andere acute opname afdelingen en voorzieningen met gedwongen opnames. Het is tevens een bijzonder aandachtspunt tijdens avonden, weekends en feestdagen.

3. Randvoorwaarden op het niveau van de wetgeving

Afzondering en fixatie zijn enkel toegelaten voor zover ze plaats vinden 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. Daarnaast dienen er op wetgevend vlak duidelijke regels ontwikkeld te worden die bepalen (1) welke vormen van afzondering en fixatie (2) wanneer mogen worden toegepast en (3) voldoende waarborgen bevatten zodat de rechten van zorggebruikers maximaal gerespecteerd worden. Naast de implementatie van deze richtlijn 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.

4. Randvoorwaarden op het niveau van wetenschappelijk onderzoek

Bijkomend onderzoek wordt aanbevolen met betrekking tot de volgende aspecten:

- a. Concretisering van veilige en humane technieken voor de toepassing van afzondering en fixatie;
- b. Concrete, objectieve parameters met betrekking tot voldoende ruimte voor privacy, voldoende beweging en voldoende binnen- en buitenruimte;
- c. Optimale ratio's voor personeelsbezetting-zorggebruikers in de residentiële GGZ;
- d. De verdere uitwerking van een aantal goede praktijken voor de preventie van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ. Hulpverleners en directies vragen om deze extra handvaten aan te reiken, zodat afzonderingen en fixaties zo veel mogelijk voorkomen kunnen worden in de residentiële GGZ;
- e. Het up to date houden van de MDR, door deze regelmatig te vernieuwen op basis van
 - nieuwe wetenschappelijke inzichten vanuit klinisch en juridisch perspectief;
 - de feedback van alle belangrijke betrokkenen binnen de Vlaamse GGZ: patiënten- en familievertegenwoordiging, GGZ-voorzieningen, beroepsverenigingen, koepelorganisaties, onderzoekers en ethici.

De bevoegde minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen, heeft vervolgonderzoek mogelijk gemaakt naar de technieken van afzondering en fixatie (zie a.) en naar de verdere uitwerking van goede praktijken voor de preventie van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ (zie d.).

Inhoud

Lijst met tabellen	20
Lijst met figuren	20
Inleiding	21
1 Doelstelling van het onderzoek en van de multidisciplinaire richtlijn	21
2 Wat is het belang van een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg?	22
3 Referenties	24
Hoofdstuk 1 De ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg	27
1 De GRADE-methode: Internationale standaard voor de ontwikkeling van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen in de gezondheidszorg	27
2 De onderzoeksmethode gebaseerd op GRADE en aangevuld met extra onderzoeksfasen	28
3 Wetenschappelijke evidentie vanuit klinisch en juridisch perspectief	29
3.1 Formuleren van de richtvragen	29
3.2 Verzamelen van wetenschappelijke evidentie vanuit klinisch en juridisch perspectief	29
4 Ontwikkelen van een mensenrechtelijk toetsingskader	32
5 Integreren van evidentie uit wetenschappelijk onderzoek vanuit klinisch en juridisch perspectief	32
6 De kwaliteit van de evidentie bepalen op basis waarvan de aanbevelingen werden ontwikkeld	33
6.1 Aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ	33
6.2 Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ	34
7 Waarden en voorkeuren expliciteren	36
8 Randvoorwaarden bepalen voor de implementatie van de MDR	36
9 Betrokkenen bij de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg	37
10 Referenties	39

Hoofdstuk 2	Klinisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek naar de preventie van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg	41
1	Theoretische modellen omtrent preventie van afzondering en fixatie	41
1.1	Six Core Strategies (Huckshorn, 2004)	41
1.2	Safewards model (Bowers, 2014)	42
1.3	Engagement model (Murphy & Bennington-Davis, 2005)	45
1.4	Het Collaborative Problem Solving model (Greene, Ablon & Martin, 2006)	46
2	Wetenschappelijke evidentie voor strategieën voor vermindering van afzondering en fixatie	48
2.1	Methode van het literatuuronderzoek	48
2.2	Bespreking van reviews van preventiestrategieën voor afzondering en fixatie	48
3	Besluit	52
4	Referenties	53
Hoofdstuk 3	Klinisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek naar de toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg	57
1	Methode	57
2	Resultaten	57
2.1	Impact van afzondering en fixatie	57
2.1.1	Impact op de betrokkenen	57
2.2	De ernst van verschillende vormen van afzonderen en fixeren	59
2.3	Kwantitatief outcome-onderzoek: psychische impact	59
2.4	Kwalitatief onderzoek: voorkeuren van zorggebruikers	61
2.5	Nabesprekingen met de zorggebruikers en de hulpverleners	62
3	Besluit	63
4	Referenties	64
Hoofdstuk 4	Bestaande (inter)nationale richtlijnen voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie	67
1	Doelgroep volwassenen en ouderen	68
1.1	Voorstelling van de (inter)nationale richtlijnen	68
1.2	Analyse van de (inter)nationale richtlijnen	69
2	Doelgroep kinderen en jongeren	71
3	Besluit	73
4	Referenties	74
Hoofdstuk 5	Bevraging van experts uit de Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorg	75
1	Interviews	75
1.1	Methode	75
1.2	Resultaten	77

2	Expertpanel 1	80
	2.1 Methode	80
	2.2 Resultaten	83
3	Expertpanel 2	91
	3.1 Methode	91
	3.2 Resultaten	92
Hoofdstuk 6 Ontwikkelen van een mensenrechtelijk toetsingskader		95
1	Plan van aanpak	95
2	Het recht over afzondering en fixatie in Vlaanderen	97
	2.1 De toepassing van afzondering en fixatie	97
	2.2 De modaliteiten van vrijheidsbeperkende maatregelen	102
3	Afzondering en fixatie in de mensenrechten	104
	3.1 Afzondering en fixatie en het respect voor en de bescherming van de mensenrechten	104
	3.2 Een keuze voor de benadering van de Raad van Europa	105
	3.3 Een beperktere aandacht voor de benadering binnen de Verenigde Naties	105
	3.4 De kadering in enkele mensenrechten	106
	3.5 De bouwstenen van het toetsingskader	108
	3.6 Het toetsingskader	111
4	Referenties	115
Hoofdstuk 7 Kwaliteit van de evidentie op basis waarvan de multidisciplinaire richtlijn ontwikkeld werd		117
1	Aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ-voorzieningen	117
	1.1 Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers	118
	1.2 Aanbevelingen op het niveau van het behandelteam	123
	1.3 Aanbevelingen op het niveau van de directe zorg voor de zorggebruikers	125
2	Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ-voorzieningen	129
	2.1 Aanbevelingen op het niveau van de directies en beleidsmedewerkers	130
	2.2 Aanbevelingen voor de afzonderings- en fixatieprocedures	132
Hoofdstuk 8 Randvoorwaarden voor de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn		143
1	Randvoorwaarden op het niveau van de individuele residentiële GGZ-voorzieningen	143
	1.1 Begeleiding van de GGZ-voorziening en het delen van kennis	143
	1.2 Zorg voor hulpverleners en mede-zorggebruikers	143
2	Randvoorwaarden op het niveau van de residentiële GGZ	144
	2.1 Een gebruiksvriendelijk en 'only once' registratiesysteem	144
	2.2 Financiële middelen voor architecturale aanpassingen	144
	2.3 Optimalisering van de ratio personeelsbezetting-zorggebruikers	145

3	Randvoorwaarden op het niveau van de wetgeving	145
4	Randvoorwaarden op het niveau van wetenschappelijk onderzoek	150
5	Referenties	152
Bijlage:	De multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg	155

Lijst met tabellen

Tabel 1	Groepen van stakeholders die aanwezig waren op expertpanel 1	81
Tabel 2	Groepen van stakeholders die aanwezig waren op expertpanel 2	91
Tabel 3	Het toetsingskader voor de ontwikkeling van de MDR	112

Lijst met figuren

Figuur 1	Het proces van evidence-based practice (vertaald uit Haynes et al., 2002)	23
Figuur 2	Samenvatting van de GRADE-methode om wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen te ontwikkelen (gebaseerd op Barbui & Cipriani, 2011)	28
Figuur 3	Bijdragen van de betrokkenen aan de ontwikkeling van de MDR doorheen het onderzoeksproces	38
Figuur 4	Het Safewards model (Bowers, 2014)	43

Inleiding

1 Doelstelling van het onderzoek en van de multidisciplinaire richtlijn

Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeuren, wil actief inzetten op een **kwaliteitsvolle preventie en toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen**. In verschillende sectoren van zorg en welzijn werd een thematische inspectie uitgevoerd m.b.t. de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, of is deze gepland. Het betreft hier de sectoren kinder- en jeugdpsychiatrie, jeugd- en gehandicaptenzorg en volwassenenpsychiatrie. Daarnaast ging Vlaams minister Vandeuren, samen met de ziekenhuizen met een kinder- en jeugdpsychiatrische ziekenhuisdienst, het engagement aan om een duurzaam kader te ontwikkelen voor een minimaal gebruik van vrijheidsbeperking in kinder- en jeugdpsychiatrische diensten.

In het kader van deze beleidsopties ontwikkelde het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in opdracht van Vlaams minister Vandeuren een **multidisciplinaire richtlijn** (MDR) voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze MDR is zowel gericht op de doelgroepen **kinderen en jongeren, volwassenen als ouderen**, inclusief personen met een intellectuele beperking of een vorm van dementie. De richtlijn handelt daarbij specifiek over afzondering en fixatie in de context van **escalatie en agressie** bij de zorggebruiker. In de MDR wordt allereerst uitgebreid ingegaan op de **preventie** van afzondering en fixatie. De aanbevelingen voor de **toepassing** van afzondering en fixatie volgen uit de aanbevelingen voor de preventie ervan. De MDR werd bewust ontwikkeld met zicht op de **toekomst**. Het doel ervan is de kwaliteitsverbetering van de preventie en de toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ. De MDR is achteraan in dit rapport opgenomen als bijlage.

Binnen de werkgroep “Vrijheidsbeperkende maatregelen” van het kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het Agentschap Zorg en Gezondheid werden de definities van de termen afzondering en fixatie vastgelegd in samenspraak met de betrokken beroepsverenigingen, patiëntenplatformen, koepelorganisaties en Zorginspectie. De MDR die voorligt, handelt over afzondering en fixatie volgens de definities die tot stand kwamen in deze werkgroep:

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

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

- Fysieke interventie: fixatie door middel van een interventie waarbij de zorggebruiker door één of meerdere hulpverleners op een fysieke wijze vastgehouden of geïmmobiliseerd wordt of waarbij de zorggebruiker op een fysiek gecontroleerde wijze verplaatst wordt of zich laat verplaatsen.
- Mechanische fixatie: fixatie door middel van het aanwenden van mechanische hulpmiddelen bevestigd aan of in de directe omgeving van de zorggebruiker, welke niet zelfstandig door de zorggebruiker kunnen verwijderd worden. Ergonomische hulpmiddelen bevestigd aan of in de directe omgeving van de zorggebruiker, en die niet zelfstandig door de zorggebruiker kunnen

verwijderd worden, worden niet beschouwd als mechanische fixatie tenzij deze hulpmiddelen buiten hun oorspronkelijke doelstelling gebruikt worden.

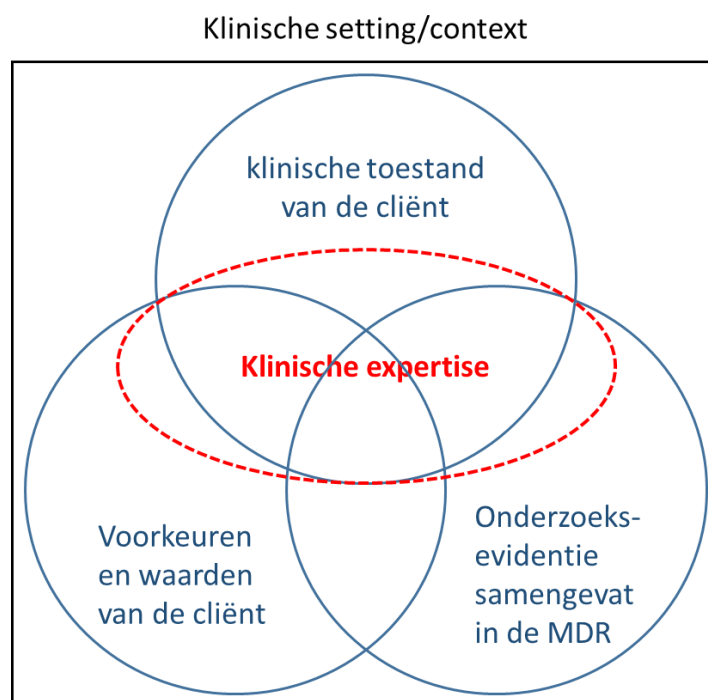
- Medicamenteuze fixatie: fixatie door middel van het acuut en chronisch gebruik van medicatie.

In een **vervolgstudie** zullen twee onderdelen van de MDR nog verder uitgewerkt worden. Allereerst zal nagegaan worden of er aanbevelingen geformuleerd kunnen worden over de te gebruiken technieken voor afzondering en fixatie. Het mensenrechtenkader vereist immers dat de technieken menswaardig zijn³. De doelstelling is dat deze technieken ook toepasbaar zullen zijn in de residentiële jeugdhulp. Indien uit de vervolgstudie zal blijken dat er voldoende consensus bestaat onder de stakeholders over deze technieken, zullen extra aanbevelingen hierover toegevoegd worden aan de MDR. Als tweede doelstelling van de vervolgstudie zullen een aantal goede praktijken voor de preventie van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ verder uitgewerkt worden. De bedoeling is dat de MDR op deze manier nog extra handvaten zal bieden aan hulpverleners en directies om afzonderingen en fixaties zo veel mogelijk te voorkomen in de residentiële GGZ.

2 Wat is het belang van een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg?

Klinische richtlijnen bestaan uit aanbevelingen die tot doel hebben patiëntenzorg te optimaliseren. Zij worden ontwikkeld op basis van de systematische studie van wetenschappelijke evidentie en de beoordeling van voor- en nadelen van alternatieve zorgopties, waarbij visies van patiënten-vertegenwoordigers mee in rekening worden genomen. Daarnaast zijn deze aanbevelingen aangepast aan de lokale context waarvoor de aanbevelingen ontwikkeld worden (Haynes, Devereaux, & Guyatt, 2002; Institute of Medicine, 2011). Het gebruik van een MDR kan de patiëntenzorg optimaliseren, hetgeen **evidence-based practice** genoemd wordt (Haynes et al., 2002; Offringa, Assendelft, & Scholten, 2018). Bij het toepassen van de aanbevelingen dient rekening gehouden te worden met de klinische toestand en prognose van de zorggebruiker, alsook met zijn voorkeuren, verwachting en waarden. De getrainde hulpverlener voegt – binnen de klinische context waarin hij werkt – deze drie bronnen van informatie samen: (1) know-how over de klinische toestand van de zorggebruiker, (2) de voorkeuren en waarden van de zorggebruiker en (3) de onderzoeksevidentie die voor de hulpverlener samengevat werd in de MDR. Op basis van deze drie bronnen van informatie neemt de hulpverlener beslissingen m.b.t. de zorg en behandeling van de zorggebruiker. Dit zorgproces wordt in de internationale literatuur evidence-based practice genoemd. Dit proces wordt in Figuur 1 schematisch weergegeven.

³ zie hoofdstuk 7 van dit rapport, paragraaf 7.3.6: onderdeel 15 en 18 van het mensenrechtelijk toetsingskader.



Figuur 1 Het proces van evidence-based practice (vertaald uit Haynes et al., 2002)

Om optimale patiëntenzorg te leveren in de GGZ dienen afzondering en fixatie zoveel mogelijk vermeden te worden. 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 voor 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 werkkrelatie 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 kort mogelijk en zo min mogelijk mogen worden toegepast. Daarom begint de richtlijn die voorligt met een set van aanbevelingen voor de **preventie** van afzondering en fixatie. Wanneer afzondering of fixatie toch worden toegepast, dient erop te worden toegezien dat de **waardigheid en de rechten van de zorggebruiker maximaal gerespecteerd** worden. Daarom zijn de aanbevelingen niet alleen gebaseerd op evidentie uit klinisch wetenschappelijk onderzoek, maar ook op een juridische analyse van mensenrechtelijke bronnen over afzondering en fixatie. Deze MDR is dan ook het resultaat van een intensieve samenwerking binnen een **interdisciplinair onderzoeksteam** bestaande uit volwassenen-, kinder- en jeugdpsychologen enerzijds, en juristen anderzijds (zie auteurs van de MDR

en van het rapport). Tijdens de vervolgstudie zal het onderzoek uitgebreid worden met de expertise van verpleegkundigen.

Na inspectie van de bestaande (inter-)nationale richtlijnen over afzondering en fixatie in de (geestelijke) gezondheidszorg bleek enerzijds dat er veel overeenkomsten tussen deze richtlijnen bestaan. Anderzijds werd duidelijk dat ze deels een verschillend opzet hebben en dat ze op enkele specifieke punten elkaar ook tegenspreken. Omwille van deze vaststellingen, naast de beslissing om de MDR ook te onderbouwen met een juridische analyse van mensenrechtelijke bronnen m.b.t. afzondering en fixatie, werd gekozen voor de ontwikkeling van een **nieuwe MDR**.

De MDR wil Vlaamse residentiële GGZ-voorzieningen ondersteunen in de **kwaliteitsverbetering** van de preventie en toepassing van afzondering en fixatie. Daarenboven wil de MDR bijdragen tot een **mensenrechtenconforme toepassing** van deze vrijheidsbeperkende maatregelen. De aanbevelingen zijn zowel gericht naar 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.

3 Referenties

- 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*(2), 129-144.
- 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
- 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*(3), 1162-1176.
- 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](https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.019)
- Haynes, R. B., Devereaux, P. J., Guyatt, G. H. (2002). Physicians' and patients' choices in evidence-based practice. *BMJ, 324*, 1350.
- Lagrou, A., & Danckaerts, M. (2017). Vrijheidsbeperkende maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Mogelijkheden tot reductie en alternatieve interventiemodellen (Masterproef). Katholieke Universiteit Leuven, Leuven.
- 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](https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2006.00041.x)

- Offringa, M., Assendelft, W. J. J., & Scholten, R. J. P. M. (2018). Inleiding. In R. J. P. M. Scholten, M. Affringa & W. J. J. Assendelft (Red.), *Inleiding in evidence-based medicine: Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal* (pp. 1-7). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- 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.
- 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
- Van Der Merwe, Muir-Cochrane, Jones, Tziggili, & Bowers. (2013). Improving seclusion practice: Implications of a review of staff and patient views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *20*(3), 203-215.

Hoofdstuk 1

De ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg

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 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 1 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) RCTs 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: 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: Ten slotte 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)

2 De onderzoeksmethode gebaseerd op GRADE en aangevuld met extra onderzoeksfasen

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 gevallen 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 en leiden zo 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 onderzoeksfasen toegevoegd aan de vier fasen die afkomstig zijn uit de GRADE-methode. Om af te stemmen op de doelstelling van deze studie en de MDR, werden de vier fasen 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. *Ontwikkeling van een mensenrechtelijk toetsingskader;*
3. *Integratie 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 6 stappen worden in onderstaande paragrafen 3 tot 8 toegelicht.

3 Wetenschappelijke evidentie vanuit klinisch en juridisch perspectief

3.1 Formuleren van de richtvragen

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

- een eerste inspectie van de klinische georiënteerde wetenschappelijke literatuur en juridische bronnen;
- drie interviews die gedaan werden in drie psychiatrische ziekenhuizen. Deze interviews hadden tot doel de onderzoekers te laten kennis 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?

3.2 Verzamelen van wetenschappelijke evidentie vanuit klinisch en juridisch perspectief

3.2.1 Wetenschappelijk onderzoek vanuit klinisch perspectief

Bestaande wetenschappelijke evidentie op basis van klinisch georiënteerd onderzoek werd op de 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. Volgende richtlijnen werden meegenomen in deze studie:
- De herziene standaard van het ‘Europees Comité voor de Preventie van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing (CPT)’: “Means of restraint in psychiatric establishments for adults” (CPT; 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 versie van de MDR tijdens een expertpanel voorgelegd aan 22 experten. De eerste versie 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 versie van de MDR werd er gevraagd naar

- de sterkste punten;
- de minst goede punten;
- de punten die dienden 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.

3.2.2 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 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.

4 Ontwikkelen van een mensenrechtelijk toetsingskader

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 ontwikkeld 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.

5 Integreer van evidentie uit wetenschappelijk onderzoek vanuit klinisch en juridisch perspectief

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-geinformeerde 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 wordt ondersteund door beide vormen van evidentie. Indien klinisch en juridisch georiënteerde evidentie niet te integreren bleken, is ervoor gekozen om deze onderdelen van aanbevelingen niet op te nemen in de MDR;
en
- *ook* bestaande (inter-)nationale richtlijnen.

6 De kwaliteit van de evidentie bepalen op basis waarvan de aanbevelingen werden ontwikkeld

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 dit onderzoeksrapport wordt het evidentieniveau van alle aanbevelingen van de MDR weergegeven.

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 consensus⁴ onder hulpverleners; én op basis van deze 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”.

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 werden 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

⁴ Met “aanwijzingen voor consensus” wordt bedoeld dat tijdens het expertpanel en de interviews meerdere experts 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).

- 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 *enkel* 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 is in lijn met het feit dat deze richtlijnen allen opgesteld zijn op basis van wetenschappelijk onderzoek⁵, 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.

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 met expertpanels aangevuld met de input uit de interviews 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 consensus⁶ 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.

⁵ Dit geldt veel minder voor het advies van OPGanG. Dat was ook niet het opzet van dit advies.

⁶ 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).

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 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.

7 Waarden en voorkeuren expliciteren

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) tijdens de twee expertpanels, en (3) tijdens de stuurgroepvergaderingen (zie paragraaf 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 versie 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.

8 Randvoorwaarden bepalen voor de implementatie van de MDR

Ten slotte werd een niet-exhaustieve lijst van randvoorwaarden uitgewerkt voor de implementatie van de MDR in de Vlaamse residentiële GGZ-voorzieningen. Deze randvoorwaarden kwamen 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.

9 Betrokkenen bij de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg

De zes fasen van de onderzoeksmethode werden vormgegeven en uitgevoerd door onderzoekers van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin die samen de richtlijnwerkgroep vormden:

- Drie volwassenenpsychologen: Tine Peeters, dr. Kathleen De Cuyper en prof. dr. Chantal Van Audenhove,
- Eén kinder- en jeugdpsycholoog: dr. Inez Buyck,
- Twee juristen: Tim Opgenhaffen en prof. dr. Johan Put.

Zij zijn de auteurs van de richtlijn.

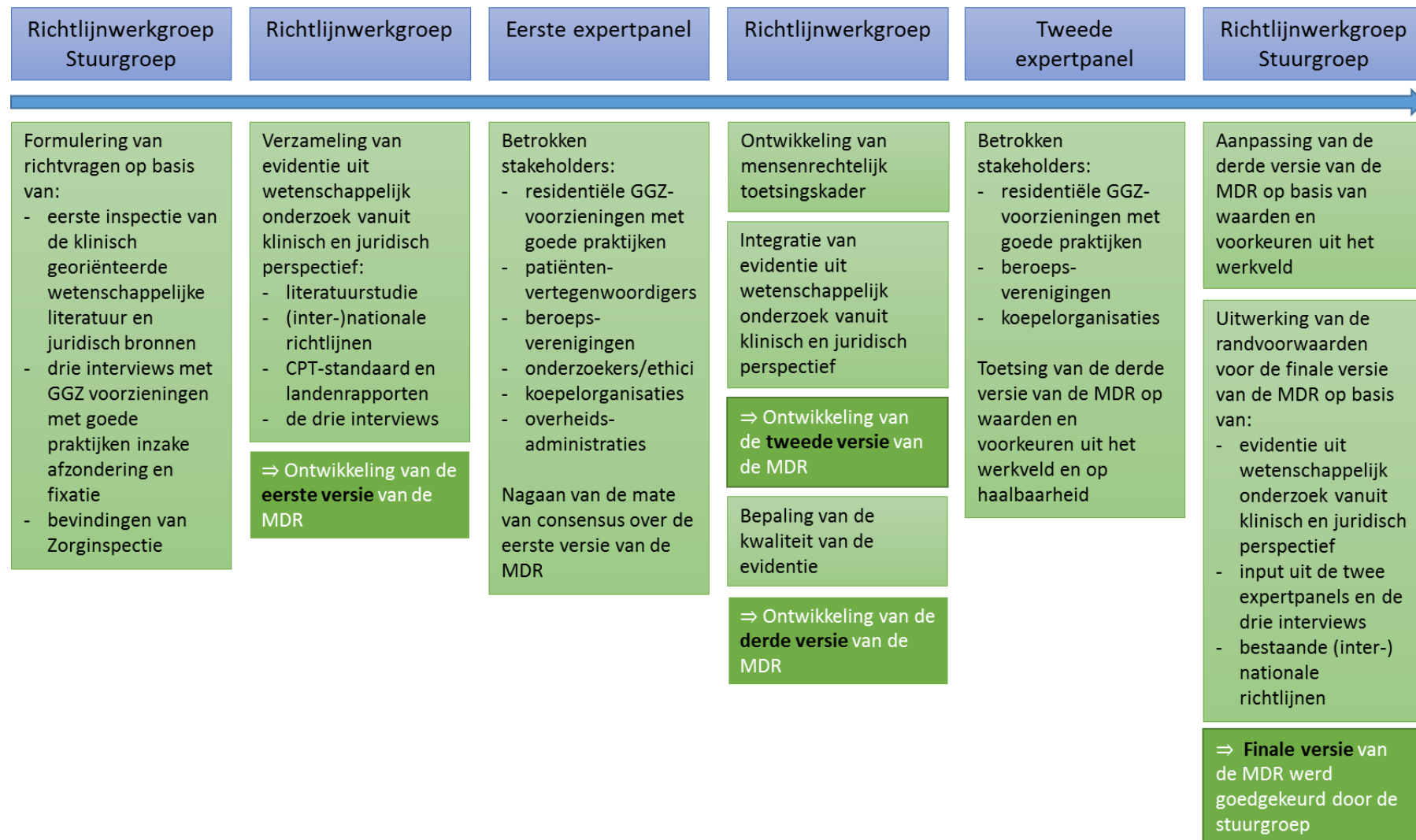
Alle onderzoeksactiviteiten van de richtlijnwerkgroep werden doorheen de hele studie opgevolgd door een stuurgroep die bestond uit

- de opdrachtgevers van de studie, met name het Agentschap Zorg en Gezondheid en het kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
- het Agentschap Jongerenwelzijn,
- het Departement 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 ontwikkeling van de MDR doorheen het onderzoeksproces

10 Referenties

- 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., 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
- 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>
- 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](https://doi.org/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>
- 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. (2002). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 4S-25S.
- Movsisyan, A., Dennis, J., Rehfuss, 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
- 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>
- 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
- 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

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>

World Health Organization (2008). WHO Handbook for guideline development. Geraadpleegd op 3 augustus 2018 via http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75146/9789241548441_eng.pdf;sessionid=925B4C8561547F97EC222BCCF7174AA1?sequence=1

Hoofdstuk 2

Klinisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek naar de preventie van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg

1 Theoretische modellen omtrent preventie van afzondering en fixatie

Internationaal is er de voorbije twee decennia veel aandacht besteed aan onderzoek naar het voorkomen van afzondering en fixatie in de GGZ. Hieronder worden enkele wetenschappelijk onderbouwde modellen toegelicht die handvaten aanreiken voor het voorkomen van afzondering en fixatie onder dwang en/of het omgaan met conflict en agressie binnen de GGZ.

1.1 Six Core Strategies (Huckshorn, 2004)

Naar aanleiding van een golf van maatschappelijke verontwaardiging omtrent het gebruik van afzondering en fixatie in de psychiatrie, ontstond er in de U.S.A. rond het jaar 2000 een 'boost' van wetenschappelijk onderzoek naar dit thema (Huckshorn, 2004). In opdracht van de Amerikaanse overheid en voor de National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) ontwikkelde Huckshorn (2004) op basis van deze studies - uitgevoerd binnen volwassen-, kinder- en jeugdpsychiatrie - een nieuw preventiemodel. Dit model omschrijft zes belangrijke strategieën voor de reductie van afzondering en fixatie binnen de geestelijke gezondheidszorg. De onderdelen van deze zes strategieën worden hier opgelijst:

1. Leiderschap in de zorgorganisatie
 - Missie en doel met betrekking tot de reductie van afzondering en fixatie expliciteren
 - Concreet plan opstellen om dit te behalen, concrete beschrijving van rollen voor de medewerkers hierin
 - Bewaken dat (ex-)zorggebruikers, familieleden en context van de zorggebruiker ook mee betrokken worden in het proces van vermindering van afzondering en fixatie
 - "Witnessing": supervisie van elke afzondering of fixatie door beleid van de GGZ-voorziening (zie ook punt 2: gebruik van data)
2. Gebruik van data
 - Registratie van alle afzonderingen en fixaties
 - De data op beleidsniveau van de organisatie gebruiken
 - Data-analyse van een aantal variabelen zoals de afdeling waar het plaatsgevonden heeft, het tijdstip, de duur en door wie uitgevoerd
 - Feedback geven aan afdelingen. *Nooit* bij wijze berisping, wel stimuleren in de missie van reductie en het zoeken naar alternatieven
3. Optimaliseren van de werkomgeving op het niveau van de afdelingen
 - Cultuur en visie op de behandelafdeling: nadruk op preventie, herstelgerichte zorg, 'trauma-informed care', focus op veerkracht
 - Training van de hulpverleners o.a. in het omgaan met agressie

- Hulpverleners aanzetten om zorg te bieden op maat van de individuele zorggebruiker
4. Gebruik van preventietools voor afzondering en fixatie
 - Instrumenten voor gestructureerde risicoassessment, bevragen van trauma voorgeschiedenis, signaleringsplan of crisismanagement plan op maat van de zorggebruiker, ...
 - Creatieve veranderingen in de fysieke omgeving, bv. huiselijke inrichting
 5. Actief betrekken van zorggebruikers
 - Zorggebruikers betrekken bij de vermindering van afzondering en fixatie en bij de transparante communicatie hierover. Ook de context (bv. familie) van de zorggebruiker kan betrokken worden
 - Ervaringsdeskundigen zowel betrekken op het niveau van het beleid van de organisatie en als op de behandelafdelingen
 6. Evaluatie na een afzondering of fixatie
 - Analyse van het verloop van afzonderingen en fixaties ter preventie van toekomstige episodes + kennis toepassen voor bredere preventie
 - Idealiter 1) een onmiddellijke post-event evaluatie; en 2) later een meer formele evaluatie
 - Bij de onmiddellijke post-event evaluatie: betrekken van zorggebruiker, medewerker(s), medezorggebruikers die toevallige getuigen waren. Formele evaluatie: met psychiater en leidinggevende erbij.

Het model werd in verschillende Amerikaanse staten, maar ook in tal van andere landen zoals Australië, Verenigd Koninkrijk, Duitsland, Finland, ... als kader gebruikt voor het ontwikkelen van concrete praktijkgerichte interventies met oog op de reductie van afzondering en fixatie in residentiële psychiatrische zorgorganisaties (LeBel et al., 2014). De evidentie voor dit model en de bijhorende interventies wordt later in dit hoofdstuk besproken (zie paragraaf 2 in dit hoofdstuk).

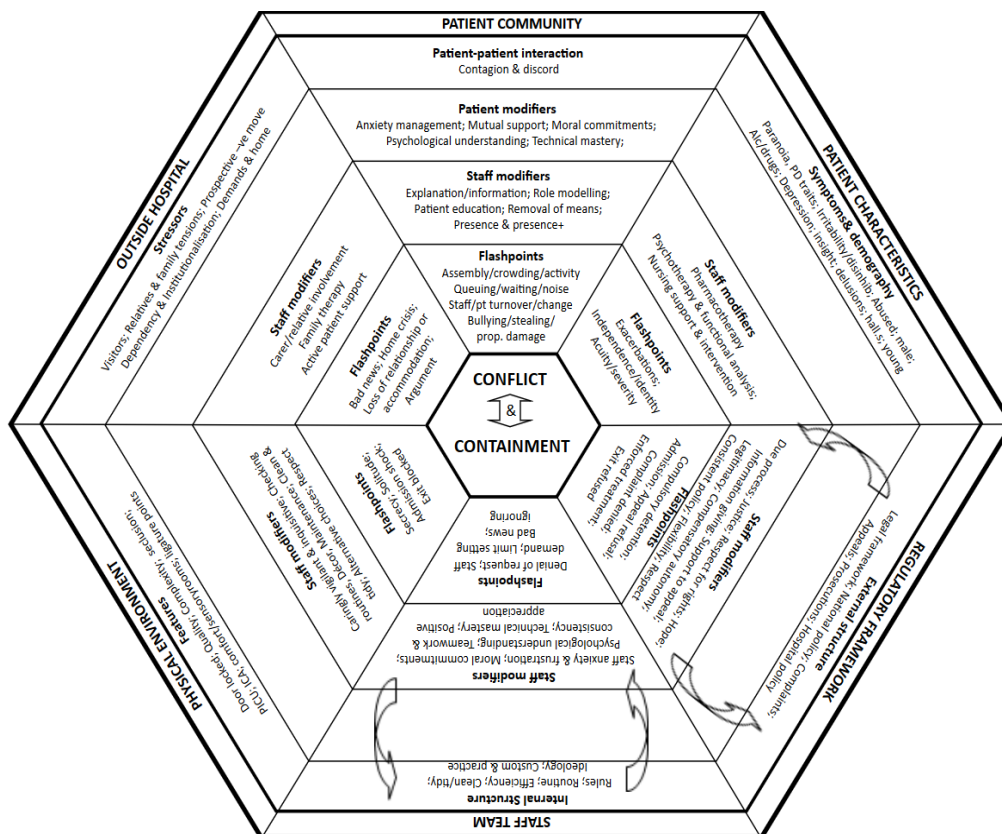
1.2 Safewards model (Bowers, 2014)

Len Bowers (2014) baseerde zich bij de opmaak van dit model op verschillende bronnen. Ten eerste steunt het model op uitgebreid onderzoek uitgevoerd door zijn eigen onderzoeksteam. Het betreft studies naar de beïnvloedende factoren, correlaten en antecedenten van conflict en vrijheidsbeperkende maatregelen binnen de overwegend Britse residentiële geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast is het model gebaseerd op evidentie uit een zeer uitgebreide literatuurstudie van internationale studies omtrent dit thema. Zowel het eigen onderzoek, als de andere publicaties van andere onderzoeksteams, hebben nagenoeg uitsluitend betrekking op volwassenen met ernstige psychiatrische stoornissen binnen residentiële zorg.

Het Safewards model (zie figuur 4) biedt een integratief overzicht van de verschillende factoren die het ontstaan van, het voorkomen van én het omgaan met conflict in de psychiatrische zorg beïnvloeden. Met dit model wil Bowers de verschillen die bestaan in de prevalenties van conflict, afzondering en fixatie tussen de verschillende psychiatrische zorgorganisaties beter verklaren. Daarnaast wil het model een goed kader bieden om concrete interventies te ontwikkelen voor de vermindering en de preventie ervan.

Het Safewards model poneert dat alle vormen van conflict en ‘containment’ het risico op allerlei vormen van schade doet toenemen, zowel bij de zorggebruikers als bij de hulpverleners. Onder het brede concept ‘conflict’ wordt verstaan: geweld, zelfbeschadiging, weglooptgedrag en andere incidenten op de verblijfsafdeling die de veiligheid van de zorggebruiker en/of anderen in gevaar brengen. Onder het brede concept ‘containment’ wordt verstaan: overwegend restrictieve maatregelen zoals fixatie, afzondering, bijkomstige medicatie, maar ook bijzondere maatregelen zoals ‘bijzondere observatie’. In se gaat het over alle acties die hulpverleners ondernemen om conflict te hanteren, en kan het vertaald worden als ‘beheersing’ (Bowers, 2014).

Bowers (2014) stelt dat er zes belangrijke domeinen zijn die relevante invloed hebben op conflict en beheersing: (1) kenmerken van het behandelteam en het teamfunctioneren, (2) fysieke omgeving van de behandelafdeling, (3) externe bronnen van stress (het leven buiten het ziekenhuis), (4) de interactie tussen zorggebruikers, (5) kenmerken van de zorggebruiker en (6) het wetgevend kader en de regelgeving in de organisatie. Deze domeinen kunnen op hun beurt op verschillende niveaus beïnvloed worden: bijvoorbeeld op niveau van de hulpverlener, op niveau van de zorggebruiker of op niveau van zogenaamde ‘flashpoints’ of escalatiepunten. Dit zijn specifieke signalen die waarneembaar zijn vlak voordat een conflict ontstaat (zie figuur 4).



Figuur 4 Het Safewards model (Bowers, 2014)

De elementen uit de zes domeinen die volgens het Safewards model (Bowers, 2014) een invloed hebben op conflict en de beheersing ervan worden hier per domein kort samengevat:

1. Behandelteam en functioneren van het team
 - Visie op zorg en zorggebruiker
 - Kwaliteit en efficiëntie van samenwerken, praktische orde en organisatie
 - Kennis van psychologische mechanismen, begrip van het gedrag van de zorggebruiker
 - Als hulpverlener adequaat kunnen omgaan met eigen negatieve emoties zoals angsten en frustraties
 - Bejegening van de zorggebruiker: vriendelijkheid, de zorggebruiker leren kennen op persoonlijk niveau, ...
 - Gebruik van adequate interpersoonlijke vaardigheden door de hulpverlener
2. Fysieke kenmerken van de behandelafdeling
 - Medewerkers zichtbaar op de afdeling
 - Positieve waardering van de zorggebruiker, regelmatige interactie met zorggebruikers
 - Fysiek verzorgde en huislijke omgeving
3. Externe stressoren (buiten ziekenhuis)
 - Kennis van de context van de zorggebruiker, persoonlijk leven en mogelijke problemen
4. Interactie tussen zorggebruikers
 - Emotiecoping van zorggebruikers
 - Coping met gedrag van andere zorggebruikers
 - Sociale vaardigheden
5. Kenmerken van de zorggebruiker
 - Symptomen zoals achterdocht, hallucinaties en wanen, alcohol of drugs die leiden tot prikkelbaarheid, zelfverwonding
 - Persoonlijkheidstrekken zoals impulsiviteit
 - Demografische kenmerken (riscofactoren: jonge leeftijd en man)
 - Traumatische voorgeschiedenis (zie paragraaf 1.3.1 'Trauma Informed Care')
6. Wettelijk kader en regelgeving
 - Op landelijk niveau
 - Op niveau van de organisatie

Zoals voorheen reeds aangegeven is het model grondig onderbouwd. Het werd gebaseerd op tientallen individuele studies naar factoren van invloed op agressie en/of het gebruik van afzondering en fixatie. De studies vonden overwegend plaats in Europese landen zoals het Verenigd Koninkrijk, Ierland, Nederland, Italië en Turkije (Bowers, Alexander, Bilgin, Botha, Dack, James, et al., 2014). De resultaten van latere interventiestudies die zich baseerden op het Safewards model worden in paragraaf 2 van dit hoofdstuk besproken.

1.3 Engagement model (Murphy & Bennington-Davis, 2005)

In tegenstelling tot de twee voorgaande modellen is dit een model dat werd ontwikkeld door een team van medewerkers binnen een psychiatrisch ziekenhuis (in de Verenigde Staten). Bij de opbouw van hun model baseerden ze zich enerzijds op de onderbouwde “Six Core Strategies” van Huckshorn, en anderzijds op de therapeutische benadering van zorggebruikers die Trauma Informed Care (Bloom, 1997) wordt genoemd. Gezien ook Bowers (2014) en Huckshorn (2004) verwijzen naar de meerwaarde van Trauma Informed Care binnen de psychiatrie, wordt deze benadering en het bijhorende Engagement Model hierbij apart toegelicht.

1.3.1 Trauma Informed Care

Trauma Informed Care (TIC) is een evidence-based model voor de zorg voor personen met een psychiatrische problematiek (Isobel & Edwards, 2017). Het werd ontwikkeld op basis van toenemende wetenschappelijke evidentie voor de hoge prevalentie van traumatische voorgeschiedenis bij zorggebruikers binnen de geestelijke gezondheidszorg (Blair & Moulton-Adelman, 2005; Mauritz, Goossens, Draaijer, van Achterberg, 2013). Bij personen met persoonlijkheidsstoornissen is dit gegeven reeds langer gekend. Nieuw is bijvoorbeeld het inzicht dat er ook bij personen met psychose significant vaker sprake is van trauma in de voorgeschiedenis dan bij personen zonder psychische problemen. De samenhang van psychose en trauma werd met andere woorden lang onderschat. Ook andere psychische problemen gaan vaker gepaard met een vorm van trauma (Bowers, 2014; Gibson, Alloy, & Ellman, 2016).

Onderzoekers rapporteren over de omvang van de negatieve impact van psychologisch trauma op de ontwikkeling van de mens, en in het bijzonder op de ontwikkeling van het brein en het stresssysteem (Teicher et al., 2003). TIC vertrekt vanuit het begrijpen en het zich bewust zijn van de gevolgen van psychologisch trauma op het sociaal, emotioneel, cognitief en gedragsmatig functioneren van de mens. Het biedt inzicht in o.a. risicovol gedrag, agressief gedrag, gebrekkige emotionele coping, verhoogde kans op middelenmisbruik, verhoogde stressgevoeligheid en moeilijk interpersoonlijk gedrag. TIC wil hulpverleners, zorggebruikers en hun familie bewust maken van deze effecten van trauma. TIC doelt op een beter begrip van het gedrag van de zorggebruiker, zodat hulpverleners hier beter mee kunnen omgaan. Daarnaast wijst TIC op het mogelijk (her)traumatiserend effect van het uitvoeren van dwanginterventies bij de zorggebruiker, alsook op de mogelijke negatieve gevolgen van de interventie op de therapeutische werkrelatie tussen zorggebruiker en hulpverlener (Murphy & Bennington-Davis, 2005). Daar waar TIC zich in de eerste jaren richtte op zorggebruikers specifiek met gekend psychologisch trauma, evolueerde het verder tot een bredere visie en filosofie over het respectvol benaderen van *alle* zorggebruikers met psychische problemen. TIC pleit enerzijds voor de afbouw van een paternalistische, hiërarchische benadering van de persoon met psychische problemen, en anderzijds voor de opbouw van een meer gelijkwaardige en menswaardige benadering van de zorggebruiker (Bloom & Sreedhar, 2008). Dit ligt in lijn met de gekende zorgbenaderingen van ‘zorggebruiker-centered care’ (Robinson, Callister, Berry, & Dearing, 2008) en de herstelgerichte zorgvisie (Thornton & Lucas, 2010). TIC is met andere woorden een filosofie over zorgbenadering die op alle niveaus van een zorgorganisatie kan worden toegepast, van het niveau van beleidsvoering en regelgeving tot het niveau van de individuele omgang met de zorggebruiker (Bloom & Sreedhar, 2008).

1.3.2 Toelichting Engagement model (Blair & Moulton-Adelman, 2015)

Het Engagement Model werd ontwikkeld met het oog op minder gebruik van afzonderingen fixatie binnen de psychiatrische zorg, voor alle leeftijdsgroepen. In wat volgt worden de kerncomponenten van het Engagement Model toegelicht (Blair & Moulton-Adelman, 2015):

1. Leiderschap in de zorgorganisatie
 - Implementeren van de visie en filosofie van Trauma Informed Care
 - Niet-hiërarchisch management van personeel: medewerkers onderling laten samenwerken en beslissen (in de plaats van beslissingen opleggen), bottom-up input voor beleidsvoering, autonomie van verpleegkundigen vrijwaren bij spoedbeslissing over het gebruik van afzondering of fixatie
 - Registratie van afzonderingen en data-analyse
 - Feedback geven aan medewerkers
2. Bij de opname van een zorggebruiker
 - Intake zorggebruiker: traumageschiedenis bevragen, geweld in de voorgeschiedenis, vroegsignalering voor stress en coping met stress bespreken met de zorggebruiker
 - Cultuurverandering bij spoedopname: bv. geen automatische afzondering of fixatie bij psychotische episode
3. Werking op de verblijfsafdeling
 - Niet-paternalistische benadering van de zorggebruiker, maar een meer open en gelijkwaardige relatie met de zorggebruiker opbouwen.
 - Verpleegkundigen meer zichtbaar aanwezig op afdeling i.p.v. in de verpleegpost; meer persoonlijke interactie met de zorggebruiker
 - Trachten ingaan op verzoeken van zorggebruiker, flexibel zijn met regels en afspraken. Positieve benadering van de zorggebruiker.
 - Wanneer afzondering of fixatie wordt toegepast: post-event evaluatie met zorggebruiker en omstanders
4. Fysieke omgeving van de verblijfsafdeling
 - Inrichting bevordert de interactie tussen de zorggebruiker en de hulpverlener
 - Huiselijke inrichting
 - 'community meetings': regelmatige samenkomst en overleg tussen zorggebruikers en hulpverleners

Het team dat het model ontwikkelde voerde een tweedelige effectenstudie uit. Een eerste post-evaluatie vond plaats in 2005 (Murphy & Bennington-Davis, 2005) en een tweede post-evaluatie in 2013 (Blair & Moulton-Adelman, 2015). De gunstige resultaten van hun onderzoek, alsook andere evidentie voor dit model, worden in hoofdstuk 4 besproken.

1.4 Het Collaborative Problem Solving model (Greene, Ablon & Martin, 2006)

Het Collaborative Problem Solving model (CPS; Greene, Ablon & Martin, 2006; <http://www.thinkkids.org/learn/our-collaborative-problem-solving-approach/>) is een evidence-based cognitief-gedragsmatige benadering die werd ontwikkeld in het Massachusetts General Hospital in de Verenigde Staten om agressief gedrag bij kinderen en adolescenten te reduceren. Agressief gedrag wordt in deze visie niet gezien als een vorm van aandacht zoeken, manipuleren, grenzen aftasten of een signaal van zwakke motivatie, maar als een gevolg van gebrekkige cognitieve vaardigheden die ervoor zorgen dat er niet tegemoet kan worden gekomen aan de verwachtingen van

volwassenen. Om aan de verwachtingen van volwassenen te kunnen voldoen, moet een kind een adequate set van cognitieve vaardigheden ontwikkeld hebben. Zo moet het bijvoorbeeld in staat zijn verwachtingen accuraat te begrijpen en interpreteren, flexibel te reageren op verschillende verwachtingen in verschillende situaties, een hele range van reacties te overwegen, de gevolgen van elk van deze reacties te voorspellen, zijn noden of moeilijkheden bij het voldoen aan deze verwachtingen uit te drukken, en om te gaan met frustratie bij onverwachte resultaten. Het CPS model postuleert dat een kind niet aan de eisen van volwassenen kan voldoen als het in één (of meerdere) van deze vaardigheden te kort schiet, en als gevolg daarvan dan maladaptief gedrag kan vertonen (Pollastri et al., 2013). De CPS-benadering vermijdt het gebruik van macht, controle en motivationele procedures om gedrag bij te sturen. In de plaats daarvan richt ze zich op het opbouwen van ondersteunende relaties en het aanleren van de vaardigheden die kinderen nodig hebben om met moeilijkheden om te gaan.

Binnen het CPS-model streven trainingen voor hulpverleners drie doelstellingen na. Het eerste doel is om de hulpverleners te leren identificeren welke cognitieve factoren bijdragen tot agressieve uitbarstingen van het kind. Het betreft veelal problemen met cognitieve vaardigheden zoals emotieregulatie, frustratietolerantie, probleemoplossing en aanpassingsvaardigheden. Het tweede doel is om de hulpverleners te leren zich bewust te worden van drie veelvoorkomende strategieën om met problemen of niet ingeloste verwachtingen om te gaan en de impact daarvan op interacties tussen kinderen en volwassenen: het opleggen van de wil van de volwassenen, het wegnemen van de verwachting, en collaboratief probleem oplossen. Het derde doel is om de hulpverleners te leren om bekwaam te worden in de derde probleemoplossingsstrategie, namelijk het collaboratief probleem oplossen. De strategie van collaboratief probleem oplossen bestaat uit drie stappen. In de eerste stap worden de bekommernissen van het kind over het op te lossen probleem geïdentificeerd en begrepen. Daarbij wordt het kind gerustgesteld dat het opleggen van de wil van de volwassene niet de manier zal zijn waarop het probleem zal worden opgelost. In de tweede stap worden de bekommernissen van de volwassene over hetzelfde probleem geïdentificeerd en gedeeld. In de derde stap werken het kind en de volwassene samen om mogelijke oplossingen te bedenken en evalueren en kiezen ze een realistische oplossing die beiden voldoening geeft.

Door gebruik te maken van de strategie van het collaboratief probleem oplossen, kunnen hulpverleners potentiële conflictsituaties oplossen op een manier die de kans op agressieve uitbarstingen reduceert, de beoordeling van de cognitieve factoren onderliggend aan de problemen van het kind faciliteren en het kind specifieke cognitieve vaardigheden aanleren.

Het CPS-model werd oorspronkelijk ontwikkeld voor het reduceren van conflictueuze interacties binnen kinder- en jeugddiensten voor geestelijke gezondheidszorg maar kent ondertussen een wijd verspreid gebruik. Zo wordt het bijvoorbeeld ook ingezet op scholen, in gezinnen en bedrijven.

2 Wetenschappelijke evidentie voor strategieën voor vermindering van afzondering en fixatie

2.1 Methode van het literatuuronderzoek

Wetenschappelijke peer-reviewed publicaties werden gezocht door gebruik te maken van de geïntegreerde zoekinterface van KU Leuven, LIMO. De volgende zoektermen werden gehanteerd: “prevention”, “preventing”, “reduction”, “model”, “strategies”, “reduction”, “reducing” gecombineerd met “seclusion”, “isolation”, “restraint”, “physical restraint”, “forced medication”, “holding”, “coercive measures”, “restrictive measures”, “coercion”, gecombineerd met “mental health” “psychiat*”. Prioritair werden recente reviews (2000 of later) geselecteerd voor nadere inspectie. Vervolgens werden op indicatie ook individuele studies opgezocht via referentielijsten van de reviews. Ook werden nieuwe individuele studies opgezocht die van recentere publicatiedatum waren dan de meest recente reviews (2018).

Bij het doornemen van de geselecteerde literatuur viel op dat in veel studies uitdrukkelijk vermeld werd dat personen met dementie of een intellectuele beperking buiten de beschouwing van het onderzoek gelaten werden. Daarom werd aanvullend ook gezocht naar specifieke literatuur in dit domein, met de toevoeging van de zoektermen “dementi*”, “mental retardation”, “intellectual disabilit*”. Er werden geen studies gevonden die zich specifiek richtten op de preventie van afzondering en fixatie in het kader van conflict of agressie in een psychiatrische setting bij deze doelgroepen. Onderzoek naar afzondering en fixatie bij deze populaties liet ook zien dat deze maatregelen vaak gebruikt worden voor andere doeleinden dan voor het omgaan met conflict of agressie (bv. De Bellis et al., 2013; Scheirs, Blok, Tolhoek, El Aouat, & Glimmerveen, 2012). Gezien de preventie en toepassing van afzondering en fixatie *buiten de context van conflict en agressie* geen deel uitmaakt van dit onderzoeksproject, wordt hier niet verder op ingegaan.

2.2 Bespreking van reviews van preventiestrategieën voor afzondering en fixatie

De voorbije jaren werden diverse reviews gepubliceerd over de internationale studies naar interventies en interventieprogramma's voor het verminderen van fixatie en afzondering in de residentiële psychiatrie (Scanlan, 2010; Stewart, 2010; Bak et al., 2012; LeBel, 2014; Goulet & Larue, 2016; Goulet, Larue, & Dumais, 2017).

Scanlan (2010) analyseerde 29 studies van residentiële psychiatrische centra. Van de onderzoeken vonden er zeven plaats in de kinder- en jeugdpsychiatrie, 21 in de volwassenenpsychiatrie en één in de ouderenpsychiatrie. De 29 studies vertegenwoordigden samen 23 reductieprogramma's. Het onderzoeksdesign van alle onderzochte studies bestond uit voor- en nametingen van een interventie(programma), zonder het gebruik van controlegroepen. Er werden enkel beschrijvende statistieken gerapporteerd. Na inspectie van deze publicaties onderscheidde Scanlan (2010) zeven relevante kernstrategieën: (1) leiderschap / verandering in beleid, (2) gebruik van data, (3) training van medewerkers, (4) betrekken van zorggebruiker en familie, (5) veranderingen in behandelprogramma en werkwijze, (6) verhoging van medewerker-zorggebruiker ratio's of inzet van een 'crisis response team' en (7) debriefing en evaluatie van de afzondering of fixatie. In de meeste studies werd een vermindering van de afzonderingen en fixatie vastgesteld. Daarnaast werd

in op één na alle studies gerapporteerd dat de veiligheid (van medewerkers) gedurende de periode van het onderzoek stabiel bleef. Bij de succesvolle studies daalde zowel de incidentie als de tijdsduur van de afzonderingen en fixatie. In de studies bij volwassenen en ouderen varieerden de dalingspercentages tussen 14% tot 97%. De daling van 97% werd gerapporteerd door Jonikas en haar team (2004) in hun studie naar de impact van het gebruik van een crisis- of signaleringsplan in combinatie met het trainen van zorgverleners in geweldloze de-escalatietechnieken. De daling werd vastgesteld één jaar na implementatie van de interventie bij meer dan 2000 psychiatrische zorggebruikers (Jonikas, Cook, Rosen, Laris, & Kim, 2004). In verschillende studies bij kinderen en jongeren was er sprake van dalingspercentages van 26% na 2 jaar (Donovan, Segal, Zera, Plant, & Martin, 2003), tot 99% in de 15 maanden na de interventie vergeleken met de 9 maanden ervoor (Greene et al., 2006) en zelfs 100% voor zowel afzondering en fixatie 12 maanden na de start van de interventie, alsook bij follow-up na 6 maanden en 12 maanden (Singh, Singh, David, Latham, & Ayers, 1999). Scanlan (2010) concludeert dat de best onderbouwde aanpak voor de reductie van afzondering en fixatie een multimethodische aanpak is, met name een gecombineerd gebruik van meerdere interventies. Hij wijst hierbij verder op het belang van de betrokkenheid van leidinggevenden in de zorgorganisatie, alsook het belang van het betrekken van de zorggebruikers.

In hetzelfde jaar als Scanlan voerden ook Stewart en zijn collega's (2010) een review van de wetenschappelijk literatuur terzake uit. Zij includeerden 36 studies van de jaren '60 tot 2008. Ook zij identificeerden gelijkaardige belangrijke kernstrategieën die over vele succesvolle programma's terug kwamen: beleidsverandering/leiderschap, training van medewerkers, post-evaluatie van afzondering en fixatie, gebruik van risico-assessment en crisismanagement. Ook zij rapporteren globaal positieve effecten op het verminderen van afzonderingen en fixaties. De auteurs wijzen tegelijkertijd op de beperkingen van de gehanteerde onderzoeksmethodiek van de studies. Het betrof enkel pre/postevaluaties met overwegend enkel beschrijvende statistiek en geen controlecondities. Bovendien merken ze op dat er te weinig onderzoek werd gedaan naar de individuele componenten die in reductieprogramma's de belangrijkste werkzaamheid hebben. Desalniettemin argumenteren Stewart en collega's (2010) dat het onderzoek wel lijkt te wijzen op het nut van deze programma's.

LeBel en haar team (2014) publiceerden een overzicht specifiek over de implementatie van de Six Core Strategies in de V.S. en andere landen (Finland, Verenigd Koninkrijk, Australië). Er zijn veel positieve resultaten voor de vermindering van afzondering en fixatie binnen de V.S., zowel in de volwassenpsychiatrie als in de kinder- en jeugdpsychiatrie. In hun review hieromtrent rapporteren Wieman en zijn team (2013) over 43 Amerikaanse locaties een gemiddelde daling van 17% in afzondering/separatie, alsook 19% minder tijd (uren) in afzondering/separatie en 30% minder gebruik van fixatie (Wieman, Camacho-Gonsalves, Huckshorn, & Leff, 2013). Naast de daling van afzonderingen en fixaties werden na implementatie van het programma ook andere vaststellingen gedaan, zoals lagere kosten en uitgaven alsook minder ziekteverzuim van de medewerkers (LeBel et al., 2014). Ook andere landen (Verenigd Koninkrijk, Australië) rapporteren gelijkaardige positieve resultaten. Al de vermelde studies hanteerden een eenvoudig onderzoeksdesign van voor- en nametingen zonder controleconditie. Een uitzondering is de Finse studie van Putkonen en haar collega's (2013). Zij voerden een gerandomiseerde controlestudie (RCT) uit bij een forensische patiëntenpopulatie met psychotische stoornissen in gedwongen opname. Na implementatie van de

Six Core Strategies behaalden ze een statistisch significante daling in de experimentele groep ($p < .001$), tegenover een niet-significante lichte daling in de controlegroep ($p = 0.6$). Het verschil in daling tussen de twee groepen was significant ($p = .001$). De daling betrof het gebruik van afzondering/separatie, fixatie en bijzondere observatie (Putkonen et al., 2013; LeBel, 2014).

In tegenstelling tot de hierboven besproken auteurs, kozen Bak en zijn collega's (2012) en Goulet en Larue (2016) bewust voor een meer rigoureuze onderzoeksmethode in hun review. Zij voerden een systematische literatuurstudie uit waarbij kritische aandacht werd besteed aan de beoordeling van de kwaliteit van de studies. In 2012 onderzochten Bak en zijn team de beschikbare evidentie omtrent reductiestrategieën voor mechanische fixatie (MF). Ze wijzen op het grote gebrek aan gerandomiseerde controlestudies of meta-analyses in dit onderzoeksdomein. Daarom ontwikkelden ze een beoordelingssysteem om kwantitatieve en kwalitatieve data van studies te kunnen integreren, om zo verschillende sterktes van 'aanbeveling' te kunnen maken. In totaal beoordeelden ze 59 studies, waarvan 11 zuiver kwalitatieve onderzoeken zijn. Voor de onderzoeksmethode van Bak en zijn collega's verwijzen we naar hun publicatie. De sterkste aanbevelingen die de onderzoekers maakten betrof ten eerste de implementatie van cognitieve milieutherapie (CMT) in combinatie met het betrekken van de zorggebruiker in het beslissingsproces om MF al dan niet toe te passen (Bak et al., 2012). CMT is een cognitief behandelmodel met als doel de zorggebruiker de kans te geven alternatieven voor zijn (ongewenste) gedrag te ontwikkelen. Centraal hierbij staat het gebruik van specifieke gesprekstechnieken die de hulpverlener gebruikt om in dialoog te gaan met de zorggebruiker, in situaties vlak voordat normalerwijze naar fixatiemiddelen gegrepen zou worden. De onderzoekers die deze therapie hanteerden, noteerden een daling van MF met 87% (Lykke, Austin & Morch, 2008). Later (na de publicatie van Bak et al.) werden deze positieve resultaten gerepliceerd in een studie van Borge en zijn collega's (2013). Een tweede sterke aanbeveling die Bak en zijn collega's maken is het gebruik van een multimethodische aanpak voor de reductie van MF. Men bedoelt met name het combineren van verschillende interventies op verschillende niveaus zoals de educatie van medewerkers en zorggebruiker, gebruik van data, behandelprogramma aanpassen en het betrekken van de zorggebruiker bij het voorkomen van MF. Voor deze aanbeveling baseerden Bak en zijn team zich op kwalitatief gunstig beoordeelde studies die een voor- en nameting als onderzoeksdesign hanteerden. De derde, evenzeer sterke aanbeveling betreft het meer betrekken van de zorggebruiker. Het gaat hier om de visie van herstelgerichte zorg en patiëntgerichte zorg, waarbij empowerment van de zorggebruiker centraal staat (Bak et al., 2012).

In 2013 voerden Pollastri en collega's een literatuuronderzoek uit naar de effecten van het Collaborative Problem Solving Model. Daarin werden twee studies opgenomen die het effect op het gebruik van afzondering en fixatie in een residentiële kinder- en jeugdpsychiatrische dienst nagingen. In het onderzoek van Greene en collega's (2006) reduceerde het aantal fixaties van 281 in de 9 maanden voor de interventie, naar één in de 15 maanden na de interventie. Het aantal korte fysieke interventies of 'holdings' daalde van 100 naar minder dan tien, en het aantal letsels bij kinderen en/of hulpverleners reduceerde van 10.8 naar 3.3 per maand. De studie van Martin en collega's (2008) toonde aan dat het aantal fixaties daalde van 263 naar 7 en het aantal afzonderingen van 432 naar 433 per jaar ten gevolge van een CPT-benadering. De duur van deze interventies nam ook significant af (Pollastri, Epstein, & Ablon, 2013).

Recent voerden Goulet en collega's (2017) een systematische literatuurstudie uit naar reductieprogramma's voor afzondering en fixatie in de volwassenenpsychiatrie. Ze analyseerden 23 publicaties, waarbij publicaties omtrent ouderen en/of personen met dementie werden geëxcludeerd. De geselecteerde studies werden in de volgende landen gepubliceerd: Verenigde Staten van Amerika (n = 10), Australië (n=4), Nederland (n=4), Verenigd Koninkrijk (n=3), Zweden (n=1) en Finland (n=1). Het Six Core Strategies Model was het meest gebruikte model binnen deze selectie (publicaties uit Amerika, Verenigd Koninkrijk, Australië alsook de Finse studie van Putkonen et al.; 2013). Ook het voorheen besproken Engagement model werd betrokken in deze review aan de hand van twee gepubliceerde studies. Tenslotte werd ook de RCT van Bowers en zijn team (2015) betreffende een eerste implementatie van het Safewards model in deze review geïnccludeerd. Alvorens de algemene bevindingen en aanbevelingen van Goulet haar team te bespreken, wordt de evidentie specifiek voor het Engagement model en het Safewards model besproken:

- Zoals voorheen besproken ontwikkelden en implementeerden Murphy & Bennington-Davis (2005) het Engagement model met oog op reductie van afzoderingen en fixaties in een residentiële psychiatrische ziekenhuis in de Verenigde Staten. Bij een tweede herevaluatie van het programma 13 jaar later, publiceerden Blair en Moulton-Adelman (2015) alle relevante resultaten betreffende hun pre - en postmetingen. Voor afzondering en separatie werd een totale eliminatie van het gebruik genoteerd in 2013 (men startte in 2000 met n = 38). Voor het gebruik van fixatie werd een daling genoteerd van 101 registraties in 2000 naar 13 registraties in 2013. Ook Brockardt en zijn collega's (2011) rapporteerden gunstige effecten op de reductie van afzondering en fixatie na implementatie van een programma gebaseerd op het Engagement model. Ze voerden een gerandomiseerde controle studie (RCT) uit met een multiple-baseline design, op vijf afdelingen in een groot psychiatrisch ziekenhuis. Het betrof de volgende afdelingen: één voor acute volwassenenpsychiatrie, één voor volwassen verslavingszorg, één voor gerontopsychiatrie en één voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Ze noteerden een algemene significante daling ($p = .008$) van 82,3% van zowel afzondering als fixatie, drie jaar na de start van het programma. Aan de hand van bijkomende analyses concludeerden Brockardt en zijn team dat er enkel een significant effect werd gevonden voor de interventie die zich richt op het veranderen van de fysieke omgeving, meer bepaald de huiselijke en aangename inrichting van de afdelingen. Ze nuanceerden deze bevinding door te wijzen op de beperkingen van de implementatiestudie, waarbij er aanwijzingen waren dat de overige interventies onvoldoende succesvol geïmplementeerd werden. De onderzoekers sluiten dan ook niet uit dat de overige interventies ook een impact hebben op de reductie van afzondering en fixatie (Brockardt et al., 2011).
- Voor wat betreft het veelbelovende Safewards model – aangezien het op basis van uitgebreid onderzoek ontwikkeld werd - rapporteren de eerste onderzoeken naar een interventieprogramma dat op dit model gebaseerd is, gunstige resultaten. In een RCT noteerden Bowers en zijn team (2015) een significante daling van zowel 'conflict' (met 15%) als 'beheersing' (met 26.4%) in de experimentele conditie in vergelijking met de controleconditie. De experimentele conditie bestond uit het implementeren van tien interventies gebaseerd op het Safewards model. De interventies richtten zich voornamelijk op positieve benadering van zorggebruiker, positieve interactie met zorggebruiker, het betrekken van de zorggebruiker, de-escalatietraining van medewerkers en het toepassen post-evaluaties van de afzonderingen en fixaties (Bowers et al., 2015). Na de publicatie van de review van Goulet et al. (2017) publiceerden ook Fletcher et al. (2017) eveneens gunstige resultaten na implementatie van tien preventiestrategieën gebaseerd

op het Safewards model in een Australische studie. In de studie werd het Safewards model op dertien afdelingen geïntroduceerd. Na één jaar werd een follow-up meting gedaan. De impact op het gebruik van afzondering werd hierbij nagegaan, en vergeleken met 31 afdelingen als controlegroep, die werden gematched met de experimentele groep op basis van patiëntenpopulatie en zorgzwaarte. De onderzoekers voerden hiervoor regressie-analyses uit. Uit de studie bleek dat het gebruik van afzondering globaal stabiel bleef in de controlegroep, terwijl het gebruik met 36% daalde in de dertien afdelingen die de Safewards interventies toepasten (Fletcher et al., 2017).

Zoals toelicht werden bovenstaande individuele studies naar Safewards en het Engagement model meegenomen in de review van Goulet en haar team, met uitzondering van de recentere studie van Fletcher en haar collega's (2017). Goulet et al. (2017) stelden in hun onderzoek van 23 publicaties vast dat er evidentie is voor zes kernstrategieën die relevant zijn voor de reductie van afzondering en fixatie: (1) leiderschap, (2) training (de-escalatietraining/training in omgang met agressie voor medewerkers en 'anger management training' voor zorggebruikers), (3) post-evaluatie van afzondering en fixatie of debriefing en opvolging van de incidentie van afzonderingen en fixaties vanuit de organisatie, (4) het betrekken van de zorggebruiker (in de eigen behandeling alsook op organisatieniveau), (5) gebruik van preventietools, zoals bvb een gestructureerde risico assessment en (6) fysieke aanpassing van de ruimte (architectuur en interieurarchitectuur). Hierbij merken de auteurs op dat zij geen evidentie terugvinden voor het aanpassen van de ratio medewerker-zorggebruiker, in tegenstelling tot Scanlan (2010) en Stewart et al. (2010). Ze verwijzen hierbij tevens naar een studie uit 2013 van Amerikaanse onderzoekers, die een stijging i.p.v. daling van agressie-incidenten noteerde na verhoging van de ratio medewerker-zorggebruiker (Staggs, 2013). Goulet en haar collega's argumenteren dan ook dat er meer onderzoek naar het effect van de medewerker-zorggebruiker ratio noodzakelijk is alvorens deze ratio aan te passen in de klinische praktijk (Goulet, Larue, & Dumais, 2017).

3 Besluit

In conclusie kan worden gesteld dat er een belangrijke overlap bestaat in de interventiestrategieën tussen de verschillende onderzochte interventieprogramma's gericht op de vermindering van afzondering en fixatie in de residentiële psychiatrische zorgverlening. Deze strategieën vormen de kern van het Six Core Strategies model, het Safewards model en het Engagement model. De meerderheid van de evidentie voor interventieprogramma's bestaat uit empirische studies binnen een residentiële GGZ-voorziening, met een pre- en postevaluatie van de toepassing van deze maatregelen, al dan niet met het gebruik van controlegroepen en met louter rapportage van descriptieve data. Enkele onderzoekers konden deze evidentie sterker staven met een RCT (Bowers et al., 2015; Brockardt et al., 2011; Putkonen et al., 2013). Op basis van de bevindingen kan op dit moment gesteld worden dat er aanwijzingen zijn dat het mogelijk is om te komen tot een verminderd gebruik van afzondering en fixatie, zonder hierbij in te boeten op de algemene veiligheid van zorggebruikers en de hulpverleners. Meer kwaliteitsvol onderzoek wordt aanbevolen om deze aanbeveling - al dan niet - solieder te maken.

Momenteel bestaat de evidentie voornamelijk uit correlatieve verbanden, op basis waarvan geen uitspraak gedaan kan worden over oorzaak-gevolg relaties. Daarnaast hebben ook enkele eerste

RCTs licht geworpen op de oorzakelijke verbanden tussen interventieprogramma's en de beoogde daling in het gebruik van afzondering en fixatie. Er is tot op heden echter nog weinig onderzoek gedaan naar het relatieve belang van bepaalde enkelvoudige interventiestrategieën. De vraag of één of meerdere strategieën crucialer zijn, blijft voorlopig grotendeels onbeantwoord. Desalniettemin wijzen de eerste RCTs alvast op het belang van het betrekken van of samenwerken met de zorggebruiker in de behandeling alsook in de beleidsvoering (Putkonen et al., 2013, Bowers et al., 2015, Bak et al., 2012). Voor wat betreft het gebruik van andere kernstrategieën en interventies verwijzen we naar de argumentatie van o.a. Bak en zijn collega's (2012): de huidige stand van zaken wijst op het belang van een gecombineerde, multimethodische aanpak van de reductie van afzondering en fixatie. De betrokkenheid, visie en engagement van leidinggevenden op alle beleidsniveaus – binnen de zorginstelling maar ook binnen overheidsinstanties - is hierbij een belangrijke factor. Andere relevante strategieën zijn: (1) het fysiek aanpassen van de verblijfsomgeving van de zorggebruiker, (2) het bieden van training in het voorkomen, vroegtijdig herkennen en het omgaan met agressie voor medewerkers; (3) gebruik van preventiestrategieën waaronder risico-assessment, signaleringsplannen, traumageschiedenis bevragen en alternatieven zoeken, (4) registratie van alle agressie-incidenten, afzonderingen en fixaties voor verdere analyse en beleidsvoering, en (5) het invoeren van evaluatiemomenten na het gebruik van afzondering of fixatie. Specifiek over het uitvoeren van post-evaluatie gesprekken na afzondering of fixatie - ook wel debriefing genoemd - rapporteren Goulet en Larue (2016) dat de wijze van aanpak erg verschilt tussen ziekenhuizen. Uit hun meta-analyse blijkt dat de huidige evidentie wijst op het belang van het betrekken van zowel de medewerkers als de zorggebruiker zelf bij een dergelijk gesprek. Daarnaast is er de beste evidentie voor twee tijdstippen van evaluatie: onmiddellijk na de gebeurtenis met de directe betrokkenen en een meer formele evaluatie na één of twee dagen (Goulet & Larue, 2016).

4 Referenties

- 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
- Blair, M. & Moulton-Adelman, F. (2015). The Engagement Model for Reducing Seclusion and Restraint - 13 Years later. *Journal of Psychosocial Nursing*, 53(3), 39 – 45.
- Mauritz, M. W., Goossens, P. J. J., Draijer, N., van Achterberg, T. (2013). Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), article 19985, <http://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.19985>
- Bloom, S. L. (1997). *Creating Sanctuary: Toward the Evolution of Sane Societies*. New York: Routledge.
- Bloom, S. L., & Sreedhar, S. Y. (2008). The sanctuary model of trauma-informed organizational change. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3), 48-53.
- Borge, L., Rossberg, J. I., & Sverdrup, S. (2013). Cognitive milieu therapy and physical activity: Experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(10), 932-942.

- 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
- Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C. James, K., et al. (2014). Safewards: The empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 354-364.
- 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.
- De Bellis, A., Mosel, K., Curren, D., Prendergast, J., Harrington, A., & Muir-Cochrane, E. (2013). Education on physical restraint reduction in dementia care: a review of the literature. *Dementia*, 12(1), 93-110.
- 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.
- Fletcher, J., Spittal, M., Brophy, L., Tibble, H., Kinner, S., Elsom, S., & Hamilton, B. (2017). Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 461-471.
- Gibson, L. E., Alloy, L. B., & Ellman, L. M. (2016). Trauma and the psychosis spectrum: A review of symptom specificity and explanatory mechanisms. *Clinical Psychology review*, 49, 92-105.
- 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](https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.019)
- Greene, R.W., Ablon, J.S., & Martin, A.M. (2006). Use of Collaborative Problem Solving to Reduce Seclusion and Restraint in Child and Adolescent Inpatient Units. *Psychiatric Services*, 57(5), 610-612.
- Huckshorn, K. A. (2004). Reducing Seclusion and Restraint Use in Mental Health Settings. Core Strategies for Prevention. *Journal of Psychosocial Nursing*, 42(9), 22-31.
- 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(1), 88-94.
- Jonikas, J., Cook, J., Rosen, C., Laris, A., & Kim, J. (2004). Brief Reports: A Program to Reduce Use of Physical Restraint in Psychiatric Inpatient Facilities. *Psychiatric Services*, 55(7), 818-820.
- Lagrou, A., & Danckaerts, M. (2017). Vrijheidsbeperkende maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Mogelijkheden tot reductie en alternatieve interventiemodellen (Masterproef). Katholieke Universiteit Leuven, Leuven.
- 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
- Lykke, J., Austin, S. F., & Morch, M. M. (2008). Cognitive milieu therapy and restraint with dual diagnosis populations. *Ugeskrift for Laeger*, 170(5), 339-343.

- Murphy, T., & Bennington-Davis, M. (2005). *Restraint and Seclusion – The Model for Eliminating Their Use in Healthcare*. Marblehead, Massachusetts: HCPro, Inc
- 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
- Putkonen, A., Kuivalainen, S., Louherenanta, O., Repo-Tiihouen, E., Ryyänen, O., Kautiainen, H., et al. (2013). Cluster-Randomized Controlled Trial of Reducing Seclusion and Restraint in Secure Care of Men With Schizophrenia. *Psychiatric Services, 64*(9), 850-855.
- Robinson, J., Callister, L., Berry, J., & Dearing, K. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 20*(12), 600-607.
- 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
- Scheirs, J.G.M., Blok, J.B., Tolhoek, M.A., El Aouat, F., & Glimmerveen, J.C. (2012). Client factors as predictors of restraint and seclusion in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 37*(2), 112-120.
- 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.
- Staggs, V. (2013). Nurse staffing, RN mix, and assault rates on psychiatric units. *Research in Nursing & Health, 36*(1), 26-37.
- 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
- Teicher, M.H., Andersen, S.L., Polcari, A., Anderson, C.M., Navalta, C.P., & Kim, D.M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 27*, 33-44.
- Thornton, T., & Lucas, P. (2011). On the very idea of a recovery model for mental health. *Journal of Medical Ethics, 37*(1), 24.
- Wieman, D. A., Camacho-Gonsalves, T., Huckshorn, K. A., & Leff, S. (2013). Multisite study of an evidence-based practice to reduce seclusion and restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psychiatric Services, 64*, 1-7.

Hoofdstuk 3

Klinisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek naar de toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg

1 Methode

Wetenschappelijke peer-reviewed publicaties werden gezocht door gebruik te maken van de geïntegreerde zoekinterface van KU Leuven, LIMO. De volgende zoektermen werden gehanteerd: “patient(s) experience(s)”, “patient(s) perspective(s)”, “staff experience(s)” of “staff perspective(s)”, gecombineerd met “seclusion”, “restraint”, “forced medication”, “coercive measures”, “restrictive measures”, “coercion”, gecombineerd met “mental health” en “psychiat*”. Prioritair werden recente reviews (2000 of later) geselecteerd voor nadere inspectie. Vervolgens werden op indicatie ook individuele studies opgezocht via referentielijsten van de reviews. Ook werden nieuwe individuele studies opzocht die van recentere publicatiedatum waren dan de meest recente reviews (2018).

2 Resultaten

2.1 Impact van afzondering en fixatie

2.1.1 Impact op de betrokkenen

Wetenschappelijk onderzoek wijst op verschillende fysieke en psychische risico's die gepaard gaan met het toepassen van afzondering en fixatie in de geestelijke gezondheidszorg. De risico's treffen zowel de zorggebruiker als de hulpverlener.

Bij de zorggebruiker worden verschillende gradaties van fysieke problemen gerapporteerd, gaande van pijn, medische complicaties, kwetsuren tot zelfs overlijden (Aguilera-Serrano et al., 2018; Cusack et al., 2018; Stewart, Van der Merwe, Bowers, Simpson, & Jones, 2010). Op psychisch vlak worden verschillende negatieve gevolgen gerapporteerd, gaande van zich vernederd voelen, eenzaamheid, gevoelens van agitatie, woede en onmacht, angst en kwetsbaarheid, zich waardeloos voelen, zich oneerlijk behandeld voelen en zich gestraft voelen. In sommige gevallen is er sprake van traumatisering of hertraumatisering. Hertraumatisering is de opflakking van oude trauma's door het ondergaan van afzondering of fixatie (Aguilera-Serrano et al., 2018; Cusack et al., 2018; Mellow, Tickle, & Rennoldson, 2017; Montreuil, Thibeault, McHarg, & Carnevale, 2018; Tingleff, Bradley, Gildberg, Munksgaard & Hounsgaard, 2017; Van der Merwe et al., 2013; Steinert, Birk, Flammer, & Bergk, 2013). In een minderheid van de gevallen worden ook positieve gevoelens gerapporteerd tijdens of na een afzondering of fixatie. Zo rapporteerden sommige volwassen zorggebruikers zich veilig, kalmer en zichzelf meer 'onder controle' te voelen door de afzondering (Aguilera-Serrano et al., 2018; Mellow et al., 2017; Van der Merwe et al., 2013; Steinert, Birk, Flammer, & Bergk, 2013). Ook kinderen rapporteren soms een veilig gevoel bij het ondergaan van afzondering of fixatie (Montreuil et al., 2018). De vraag stelt zich welke factoren van invloed zijn op een negatieve dan wel positieve beleving door de zorggebruiker. Dit wordt verder toegelicht in paragraaf 2.1.2.

Ook de hulpverlener riskeert fysieke kwetsuren tijdens het toepassen van afzondering of fixatie. Daarnaast worden psychische moeilijkheden gerapporteerd, gaande van angst, schuldgevoelens en onzekerheid, stress omwille van ethische dilemma's en problemen met emotionele coping. Ook bij hulpverleners is er een risico voor traumatisering (Cusack et al., 2018; Mellow et al., 2017; Stewart et al., 2010; Sequeira & Halstead, 2004).

Door het toepassen van afzondering of fixatie bestaat tevens het gevaar dat de therapeutische relatie tussen zorggebruiker en hulpverlener onder druk wordt gezet. Het ondergaan van afzondering of fixatie blijkt daarenboven een risico te zijn voor een negatieve visie van de zorggebruiker op de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen. Gevoelens van kwaadheid, verontwaardiging en teleurstelling spelen hierin een rol (Tingleff et al., 2017).

Ten slotte brengt het toepassen van afzondering en fixatie ook een risico mee voor de medezorggebruikers op de behandelafdeling. Het kan emotioneel ingrijpend zijn om getuige te zijn van deze maatregelen, in het bijzonder wanneer dit regelmatig gebeurt (Van der Merwe et al., 2013; Cusack et al., 2018).

2.1.2 Beleving van de zorggebruikers

Wereldwijd is er recent meer aandacht voor onderzoek naar de visie en ervaring van zorggebruikers met betrekking tot afzondering en fixatie in de geestelijke gezondheidszorg. Dit onderzoek kan zinvolle input bieden in de zoektocht naar betere praktijken bij het toepassen van deze maatregelen.

De voornaamste bevindingen van enkele recente reviews over de ervaringen van zorggebruikers met afzondering en/of fixatie worden hieronder toegelicht. Het biedt zicht op factoren die geassocieerd zijn met een negatieve dan wel positieve ervaring van de zorggebruikers. Enkele reviews richten zich op studies van de beleving van één bepaalde maatregel zoals fysieke interventie of afzondering (Cusack, Cusack, McAndrew, McKeown, & Duxbury, 2018; Mellow, Tickle, & Rennoldson, 2017; Van der Merwe et al., 2013; Sturrock, 2010). Andere onderzoeksgroepen includeerden in een systematische review zowel afzonderen als verschillende vormen van fixeren (Aguilera-Serrano et al., 2018; Tingleff, Bradley, Gildberg, Munksgaard & Hounsgaard, 2017). Tezamen representeren ze tientallen studies die de stem van meer dan 1000 zorggebruikers laten horen.

De negatieve ervaring van de zorggebruikers is gekoppeld aan verschillende factoren die zich afspelen vooraf, tijdens en na het uitvoeren van de maatregel.

Ten eerste zijn vanuit de meest gerapporteerde klachten gerelateerd aan de interactie en communicatie met de hulpverleners. Wat erg negatief wordt ervaren, is bijvoorbeeld het gebrek aan informatie vooraf en tijdens de maatregel zoals de reden om tot de maatregel over te gaan, wat men kan verwachten, wat men doet en waarom. Ook een onrespectvolle, denigrerende en/of agressieve communicatiestijl heeft een sterk negatieve impact op de beleving van de zorggebruiker. Tevens is het niet bereikbaar en beschikbaar zijn van de hulpverlener voor vragen of verzoeken tijdens afzondering en/of fixatie geassocieerd met een negatieve ervaring voor de zorggebruiker. Hetzelfde geldt voor het gebrek aan zichtbare empathie en betrokkenheid van de hulpverlener.

Ten tweede hebben kenmerken van de omgeving een impact op de beleving van de maatregel. Er wordt meer negatieve beleving van afzondering en fixatie gerapporteerd in voorzieningen waar de leefomgeving als onaangenaam wordt ervaren, zoals bijvoorbeeld te druk, ongezellig of overdreven streng. Ook kenmerken van de afzonderingskamer zoals onaangename geur of temperatuur, gebrekkige verlichting, gebrekkige hygiëne zijn geassocieerd met een negatieve beleving van deze maatregel.

Ten derde maken ook enkele kenmerken van de procedures de ervaring van de maatregel negatiever. Zo wordt ontkleding als ingrijpend ervaren, in het bijzonder door vrouwelijke zorggebruikers in het bijzijn van mannelijke hulpverleners. Regelmatige controles en het gebruik van camera's wordt soms als onaangenaam en invasief ervaren.

Ten slotte is een negatieve ervaring ook gerelateerd aan kenmerken van de zorggebruiker zelf. Zo rapporteren zorggebruikers die een verleden van trauma hebben, of een eerdere (negatieve) ervaring met afzondering of fixatie hebben gehad, vaker een negatieve beleving van deze maatregel (Aguilera-Serrano et al., 2018; Cusack et al., 2018; Tingleff et al., 2017; Mellow et al., 2017; Montreuil et al., 2018; van der Merwe et al., 2013; Sturrock, 2010).

Zoals hierboven vermeld worden soms ook positieve ervaringen gerapporteerd tijdens of na het ondergaan van een afzondering of fixatie. Voor afzondering heeft de aanwezigheid van hulpverleners in de afzonderingskamer een positieve impact op de beleving van de zorggebruiker. Ook wanneer zorggebruikers privacy en/of rust missen op de afdeling, wordt afzondering positiever beoordeeld. Voor zowel afzondering als fixatie is een positieve beleving verder geassocieerd met (1) de beschikbaarheid, betrokkenheid en empathie van de hulpverlener, (2) het krijgen van duidelijke informatie, (3) respectvolle communicatie van de hulpverlener, (4) rustig en beheerst gedrag van de hulpverlener, en (5) een nabespreking na afloop van de maatregel (Aguilera-Serrano et al., 2018; van der Merwe et al., 2013).

2.2 De ernst van verschillende vormen van afzonderen en fixeren

Internationale richtlijnen stellen dat wanneer er overgegaan wordt tot afzondering en fixatie, men dient te kiezen voor de minst restrictieve en minst ingrijpende maatregel. De vraag stelt zich welke de minst ernstige of ingrijpende maatregel is. Recent hebben enkele wetenschappelijke onderzoekers gepoogd een licht te werpen op deze vraag, vanuit het perspectief van zorggebruikers die ervaring hebben met afzondering en/of fixatie. Ze onderzochten de vraag of er een verschil is in de beleving van de ernst van de verschillende vormen van fixeren of afzonderen, en zo ja, welke deze verschillen zijn. De desbetreffende studies onderzochten dit aan de hand van verschillende methodologieën. Enerzijds zijn er kwantitatieve studies die de psychische impact op de beleving van de zorggebruikers kwantificeerbaar maakten. Deze worden hieronder besproken onder 2.1. Daarnaast zijn er kwalitatieve studies die peilen naar de voor- of afkeuren die zorggebruikers formuleren over de verschillende vormen van fixatie, en/of afzondering. Deze studies worden besproken onder 2.2.

2.3 Kwantitatief outcome-onderzoek: psychische impact

Om zicht te krijgen op verschillen in de subjectieve beleving van *mechanische fixatie versus afzondering*, voerden de Duitse onderzoeker Bergk en zijn team (2011) een RCT uit bij 102 volwassen zorggebruikers, verspreid over drie residentiële psychiatrische centra. Een deel van de zorggebruikers werd ad random toegewezen aan ofwel een afzondering ofwel een mechanische fixatie. Een ander, groter deel zorggebruikers onderging één van beide maatregelen zonder ad random toewijzing. Deze zorggebruikers ondergingen de maatregel op basis van het klinisch oordeel van het desbetreffende behandelteam. Voor de outcome meting hanteerden ze de Coercion Experience Scale (CES) (Bergk, Flammer, & Steinert, 2010): een gevalideerde beoordelingschaal die het ervaren leed en de mate van inbreuk op mensenrechten meet vanuit het standpunt van de zorggebruiker. Via een 5-punt Likert schaal beoordeelden

zorggebruikers 29 items die zes categorieën bestrijken: ‘vernedering’, ‘dwang’, ‘negatieve fysieke gevolgen’, ‘negatieve omgeving’, ‘isolatie’ en ‘angst’. De schaalbeoordeling vond telkens plaats vier weken nadat de zorggebruiker de afzondering of mechanische fixatie had ondergaan. Tegen de verwachting in, vonden de onderzoekers geen significant verschil in CES-score tussen afzondering en mechanische fixatie, noch in de gehele groep deelnemers, noch binnen de verschillende groepen (random of niet random toegewezen) (Bergk, Einsiedler, Flammer, & Steinert, 2011). Anderhalf jaar later vond een follow-up onderzoek plaats. Negenvijftig procent van de voorgaande deelnemers kon opnieuw worden bevraagd over hun beleving van de afzondering of mechanische fixatie die ze destijds ondergaan hadden. De onderzoekers gebruikten hiervoor opnieuw de CES schaal, en hanteerden daarnaast de Impact of Event Scale Revised (IES-R), dewelke peilt naar tekenen van trauma en post-traumatische stress stoornis. De onderzoekers vonden geen significante verschillen in symptomen van trauma tussen de zorggebruikers die afzondering ondergingen en de zorggebruikers die mechanische fixatie ondergingen. Er werd echter wel vastgesteld dat zorggebruikers die mechanische fixatie hadden ondergaan, significant hoger ($p < 0.001$) scoorden op de CES-meting. Dit wijst erop dat na verloop van tijd, mechanische fixatie bij de deelnemers als ingrijpender werd beleefd. Hierbij dient wel de kanttekening te worden gemaakt dat een deel van de mensen die mechanische fixatie onderging, ook medicatie had gekregen. Op basis van het onderzoek was het helaas onmogelijk te bepalen wat de precieze impact van gecombineerde maatregelen was in vergelijking met de enkelvoudige toepassing van mechanische fixatie (Steinert, Birk, Flammer, & Bergk, 2013).

Ook het Nederlandse onderzoeksteam Georgieva en haar collega's (2012) trachtten met een kwantitatieve, prospectieve studie meer zicht te krijgen op het effect en de impact van verschillende types van gedwongen afzondering en fixatie. Het psychische leed werd eveneens via de CES-schaal bevraagd, en dit bij 125 zorggebruikers die (1) ofwel *gedwongen medicatie* (snelle kalmeringsmiddelen) hadden gekregen, (2) ofwel een *afzondering* hadden ondergaan, (3) ofwel een *combinatie van afzondering met medicatie* hadden ondergaan, (4) ofwel een *combinatie van afzondering met mechanische fixatie* hadden ondergaan. Zorggebruikers beoordeelden de mate van psychisch leed vlak na de maatregel, en later tijdens een debriefing. Na 24 uur werd ook het effect van de maatregel beoordeeld, bestaande uit een meting van agressie en de berekening van de GAF (Global Assessment of Functioning) score. De onderzoekers vonden dat gecombineerde maatregelen geassocieerd waren met veruit de meest uitgesproken negatieve beleving. Van enkelvoudige maatregelen werd gedwongen medicatie als minder ingrijpend ervaren dan afzondering. Bij het toepassen van dwangmedicatie werd orale toediening als minder invasief ervaren dan parenterale toediening. De onderzoekers concluderen dat indien er een gebrek is aan vooraf besproken individuele voorkeuren van de zorggebruiker, het erop lijkt dat (1) dwangmedicatie de voorkeur heeft boven afzondering, en (2) dat gecombineerde methoden (afzondering met bijkomend mechanische fixatie of dwangmedicatie) enkel bij zeer sterke argumentatie te overwegen valt. Van de gecombineerde methode rapporteren de onderzoekers immers bijkomstig dat de deelnemers die dit in hun studie ondergingen (1) risico liepen om algemeen langer de dwangmaatregel te moeten ondergaan en (2) zij desondanks niet significant beter of sneller herstelden op vlak van agressie en psychosociaal functioneren. Ten slotte concluderen Georgieva en haar collega's dat er in hun studie duidelijk interindividuele verschillen in de ernst van de beleving naar voren komen. Volgens de auteurs dient er in de klinische praktijk dus steeds zoveel mogelijk rekening gehouden te worden met persoonsfactoren en eigen voorkeuren van de zorggebruiker (Georgieva, Mulder, & Whittington, 2012). Hierop wordt verder in dit hoofdstuk dieper ingegaan.

2.4 Kwalitatief onderzoek: voorkeuren van zorggebruikers

Enkele onderzoekers onderzochten de voorkeuren van psychiatrische zorggebruikers voor afzondering en verschillende vormen van fixatie.

Veltkamp et al. (2008) onderzochten mogelijke voorkeuren voor *afzondering versus gedwongen medicatie* bij 104 Nederlandse zorggebruikers nadat deze een afzondering, gedwongen medicatie, of een combinatie ervan achter de rug hadden gehad. De onderzoekers rapporteren dat de meeste zorggebruikers inderdaad een voorkeur konden formuleren voor één van de twee maatregelen. Bij de deelnemers genoot geen van de twee maatregelen gemiddeld meer voorkeur: evenveel mensen verkozen afzondering boven medicatie, dan omgekeerd. Er was wel een genderverschil: mannen verkozen vaker afzondering, vrouwen verkozen vaker medicatie. Dit gegeven stond los van wat deze mannen of vrouwen verwachtten dat het meest effectief zou zijn (Veltkamp, Nijman, Stolker, Frigge, Dries, & Bowers, 2008).

Enkele jaren later onderzochten ook Georgieva, Mulder en Wierdsma (2012) de voorkeuren van Nederlandse zorggebruikers voor *afzondering versus gedwongen medicatie*. Van de 161 geïncludeerde respondenten gaf de meerderheid aan een voorkeur te hebben voor gedwongen medicatie in vergelijking met afzondering. Voorgaande ervaring met één of meerdere vormen van dwang (afzondering of gedwongen medicatie) had een impact op de voorkeur omtrent toekomstige dwanginterventies. Wie geen voorgaande ervaring had met een van beide maatregelen, had drie keer meer kans om dwangmedicatie te verkiezen. Ook wie een combinatie van afzondering met medicatie had ervaren, verkoos gedwongen medicatie in de toekomst. Wie ervaring had met alleen afzondering, had meer kans om dit te verkiezen indien men tevreden was over de duur van de afzondering in het verleden. Indien men de afzondering in het verleden als te lang had ervaren, was men vijf keer meer geneigd om gedwongen medicatie te verkiezen boven afzondering. De auteurs concluderen dat zorggebruikers in staat zijn om eigen voorkeuren te formuleren, en dat dit – gezien de schaarste aan onderzoek rond mate van ernst en de effectiviteit van verschillende dwanginterventies – een belangrijke input levert voor het beslissingsproces over het toepassen van een bepaalde vorm van dwang (Georgieva, Mulder, & Wierdsma, 2012).

In de praktijk blijkt het vooraf bevragen van de voorkeuren niet altijd eenvoudig te realiseren (Haw, Stubbs, Bickle, & Stewart, 2011; Georgieva et al, 2012b). In acute opnameafdelingen waar mensen in crisis of met acuut agressief gedrag toekomen, kunnen voorkeuren bij opname bijvoorbeeld niet betrouwbaar bevestigd worden. Een mogelijke oplossing ligt volgens verschillende onderzoekers in het gebruik van *psychiatric advance directives* (PADs). Dit zijn wettelijke documenten die gehanteerd kunnen worden om de voorkeuren van zorggebruikers voor bepaalde behandelingen of interventies te documenteren. Het biedt zorggebruikers tevens de mogelijkheid om een persoon aan te duiden die beslissingen mag nemen voor de zorggebruiker wanneer deze niet in staat is om te oordelen in een acute crisis. Hoewel nog weinig onderzocht, wijzen de eerste individuele studies omtrent het gebruik van PADs in de geestelijke gezondheidszorg erop dat het mogelijk is om mensen op deze manier over hun voorkeuren te bevragen en dit mee te nemen in het beslissingsproces. Daarnaast wordt het gebruik van PADs bij personen met een verleden van agressie en ervaring met dwang, geassocieerd met een verbeterde therapeutische alliantie alsook met een verminderde incidentie van agressie bij het gebruik van dwang tijdens de latere behandeling (Georgieva et al., 2012b). Er is echter meer nood aan onderzoek om eventuele replicatie van deze preliminaire resultaten na te gaan.

2.5 Nabesprekingen met de zorggebruikers en de hulpverleners

2.5.1 Belang van nabesprekingen

Zowel zorggebruikers als hulpverleners rapporteren een nood aan nabesprekingen na het toepassen van een afzondering of fixatie, hoofdzakelijk vanuit de behoefte aan een luisterend oor, steun en opvang (Aguilera-Serrano et al., 2018; Mangaoil et al., 2018; Tingleff et al., 2017; Van der Merwe et al., 2013).

Zorggebruikers geven aan dat ze na een afzondering of fixatie vooral nood hebben aan ruimte om het gebeurde te bespreken, informatie te vragen en vragen te stellen. In tal van studies rapporteren ze immers vaak niet te weten waarom het tot afzondering en/of fixatie is gekomen. Zoals voorheen reeds toegelicht, heeft een gebrek aan informatie tijdens of na de maatregel een sterk negatieve impact op de beleving van de maatregel (Aguilera-Serrano et al., 2018; Tingleff et al., 2017; Van der Merwe et al., 2013; Goulet & Larue, 2016).

Vanuit het perspectief van de hulpverleners wordt de behoefte geuit voor een nabespreking met collega's, zowel in de vorm van intervisie in het kader van een leermoment, als voor emotionele opvang na een bijzonder ingrijpende episode (Kontio et al., 2009; Goulet & Larue, 2016; Mangaoil et al., 2018).

Één studie onderzocht de mogelijke impact van een nabespreking op de traumatische beleving van de maatregel bij volwassen zorggebruikers. Whitecross en diens collega's (2013) vergeleken een experimentele groep met een controlegroep. Zorggebruikers in de experimentele groep ontvingen systematisch een nabespreking, de andere groep kreeg *care as usual*, wat inhield dat er enkel een nabespreking kwam op vraag van de zorggebruiker zelf of op initiatief van een hulpverlener. Beide groepen scoorden bij follow-up even hoog op een meting van tekenen van trauma (de IES-R oftewel Impact Of Events – Revised, een veelgebruikt instrument om trauma symptomen na te gaan). Wel duurden de afzondering en fixaties in de experimentele groep significant minder lang dan de episodes in de controlegroep. Hij wijst erop dat de interventie aldus wel een preventieve werking had (Whitecross, Seery, & Lee, 2013). Deze bevinding ligt in lijn met de bevindingen uit het onderzoek naar preventie van afzondering en fixatie, namelijk dat nabesprekingen één van de kernstrategieën zijn om zowel de incidentie als de duurtijd van afzonderingen en fixaties te verminderen (zie eerder in dit hoofdstuk).

2.5.2 Het uitvoeren van de nabespreking

Omtrent de wijze van het concreet organiseren en operationaliseren van een nabespreking met de zorggebruiker en/of de hulpverleners, bestaat er weinig consensus. Er worden verschillen in het werkveld gerapporteerd (Mangaoil et al., 2018).

Goulet en Larue (2016) maken op basis van hun recente review enkele aanbevelingen over het uitvoeren van post-evaluatiegesprekken met zorggebruikers en hulpverleners. Ze geven aan dat het gesprek vooral moet stimuleren dat men reflecteert over het gebeurde. Ze bevelen verder aan dat de nabespreking gebeurt na *elke* episode, en dat er aandacht moet zijn voor de effecten die de maatregel had op zowel de zorggebruiker als de hulpverlener.

Van der Merwe en collega's (2013) en Cusack et al. (2018) werpen hierbij op dat het voor zorggebruikers ook ingrijpend kan zijn om *andere zorggebruikers* een dwangmaatregel te zien ondergaan. Een medezorggebruiker wordt bijvoorbeeld naar een afzonderingskamer gebracht, of er wordt een fysieke interventie gedaan bij een medezorggebruiker. Ze bevelen dan ook aan dat er bij debriefing niet alleen

oog is voor de betreffende zorggebruiker, maar ook voor andere zorggebruikers op de afdeling om zo emoties en eventuele onzekerheden bespreekbaar te maken.

Mangaoil et al. (2018) voerden een scoping review uit over debriefing na afzondering en/of fixatie *bij hulpverleners*. In eerste instantie wijzen ze op het belang van het gebruik van een duidelijke en eenduidige terminologie in zulke gesprekken. Verder wijzen ze net als Goulet en Larue op het belang van de ruimte voor kritische reflectie. Hierbij merken ze echter op dat het inschatten van welke steun iemand nodig heeft, en wanneer, een kwestie van maatwerk is. Ze wijzen op de individuele verschillen in emotionele coping en het tempo waarop dit gebeurt. Verder stellen Mangaoil en collega's (2018) dat hulpverleners die aanwezig waren bij de interventie, steeds betrokken dienen te worden bij de debriefing gesprekken. De literatuur is minder eenduidig over het deelnemen van niet-betrokken medewerkers aan het gesprek. Sommige auteurs wijzen erop dat een niet-betrokken medewerker de rol van 'facilitator' kan aannemen in het gesprek. Het is iemand die het gesprek stuurt en het overzicht bewaart (Mangaoil et al., 2018).

3 Besluit

De beleving en ervaring van zorggebruikers met afzondering en fixatie levert input voor verbetering van de praktijk van het toepassen van deze maatregelen. Het eerste en belangrijkste aandachtspunt hierbij betreft het contact en de communicatie met hulpverleners voor, tijdens en na de maatregel. De wijze van communiceren, alsook de bereikbaarheid en betrokkenheid van de hulpverlener hebben een zeer belangrijke invloed op de psychische impact van de maatregel op de zorggebruiker. De wens om respectvol benaderd te worden en voldoende geïnformeerd te worden, blijkt een universeel en belangrijk resultaat van het onderzoek naar de visies van zorggebruikers. Verder hebben enkele kenmerken van de omgeving - de leefomgeving van de voorziening alsook de afzonderingskamer - en enkele kenmerken van de procedures - ontkleding, wijze van toezicht - eveneens een belangrijke impact op de ervaring van afzondering of fixatie. De beleving van afzondering en fixatie is tevens voor een deel individueel bepaald. Voorgaand trauma en voorgaande ervaring met dwang in de psychiatrie blijken bijvoorbeeld een belangrijke impact te hebben. Deze persoonlijke factoren dienen dan ook steeds in rekening te worden genomen vooraf, tijdens en na het uitvoeren van een afzondering of fixatie.

Een beperkt aantal studies deed onderzoek naar verschillen in de ernst van de diverse dwangmaatregelen: afzondering versus mechanische fixatie, versus fysieke interventie, versus medicamenteuze fixatie. Op basis van dit onderzoek kan er voorlopig geconcludeerd worden dat (1) het gelijktijdig toepassen van verschillende vormen van dwang en (2) mechanische fixatie, doorgaans als het meest ingrijpend worden ervaren. Medicamenteuze fixatie blijkt doorgaans als het minst negatief ervaren te worden. Desalniettemin wijst onderzoek er evenzeer op dat de ervaren ernst ook individueel bepaald wordt, bijvoorbeeld door ervaring met trauma. Het strekt daarom tot aanbeveling dat bij de keuze van het type dwangmaatregel - waarbij men zoekt naar de minst ingrijpende interventie - persoon-gerelateerde factoren in rekening worden genomen. Het vooraf bevragen van de eventuele voorkeuren van de zorggebruiker dient evenzeer dit keuzeproces te ondersteunen.

Onderzoek naar het uitvoeren van nabesprekingen wijst erop dat zowel zorggebruikers als hulpverleners hier belang aan hechten. Er is weinig evidentie over wanneer en hoe zo'n nabespreking concreet dient te gebeuren. Er is in de praktijk veel variatie. Het is echter wel duidelijk wat zorggebruikers en hulpverleners hopen te bereiken met een dergelijke nabespreking. Zorggebruikers vragen ruimte om

over het gebeurde te spreken en vragen te stellen. Hulpverleners willen samen met collega's kunnen reflecteren en tijd krijgen om het gebeurde emotioneel te verwerken.

4 Referenties

- 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(2), 129-144.
- Bergk, J., Flammer E., & Steinert Tilman. (2010). "Coercion Experience Scale" (CES) - validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psychiatry*, 10(1), 5.
- Bergk, J., Einsiedler, B., Flammer, E., & Steinert, T. (2011). A Randomized Controlled Comparison of Seclusion and Mechanical Restraint in Inpatient Settings. *Psychiatric Services*, 62(11), 1310-1317.
- Cusack, P., Mcandrew, S., Cusack, F., & Warne, T. (2016). Restraining good practice: Reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom (UK). *International Journal of Law and Psychiatry*, 46(C), 20-26.
- 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(3), 1162-1176.
- Georgieva, I., Mulder, N., Whittington, R.(2012). Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. *BMC Psychiatry*, 12(1),54
- Georgieva, I., Mulder, C., & Wierdsma, L. (2012). Patients' Preference and Experiences of Forced Medication and Seclusion. *Psychiatric Quarterly*, 83(1), 1-13.
- Goulet, M. & Larue, C. (2016). Post-Seclusion and/or Restraint Review in Psychiatry: A Scoping Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 120-128.
- Huckshorn, K. A. (2004). Reducing Seclusion and Restraint Use in Mental Health Settings. Core Strategies for Prevention. *Journal of Psychosocial Nursing*, 42(9), 22-31.
- Haw, C., Stubbs, J., Bickle, A., & Stewart, I. (2011). Coercive treatments in forensic psychiatry: A study of patients' experiences and preferences. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(4), 564-585.
- Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M., & Välimäki, M. (2012). Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(1), 16-24.
- Mangaol, R. A., Cleverley, K., & Peter, E. (2018). Immediate Staff Debriefing Following Seclusion or Restraint Use in Inpatient Mental Health Settings: A Scoping Review. *Clinical Nursing Research*,1-10
- Mellow, A., Tickle, A., & Rennoldson, M. (2017). Qualitative systematic literature review: The experience of being in seclusion for adults with mental health difficulties. *Mental Health Review Journal*, 22(1), 1-15.

- Montreuil, M., Thibeault, C., McHarg, L., & Carnevale, F.A. (2018). Children's moral experiences of crisis management in a child mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1440-1448.
- 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.
- Steinert, T., Birk, M., Flammer, E., & Bergk, J. (2013). Subjective Distress After Seclusion or Mechanical Restraint: One-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Study. *Psychiatric Services*, 64(10), 1012-1017.
- Sturrock, A. (2010). Restraint in inpatient areas: The experiences of service users. *Mental Health Practice (through 2013)*, 14(3), 22-26.
- Tingleff, E., Bradley, S., Gildberg, F., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9-10), 681-698.
- Van Der Merwe, Muir-Cochrane, Jones, Tziggili, & Bowers. (2013). Improving seclusion practice: Implications of a review of staff and patient views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(3), 203-215.
- Veltkamp, E., Nijman, H., Stolker, J., Frigge, K., Dries, P., & Bowers, L. (2008). Patients' Preferences for Seclusion or Forced Medication in Acute Psychiatric Emergency in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 59(2), 209-211.
- Whitecross, F., Seear, A., & Lee, S. (2013). Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, 512-521.

Hoofdstuk 4

Bestaande (inter)nationale richtlijnen voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie

In dit hoofdstuk worden enkele recente (inter)nationale richtlijnen besproken omtrent de preventie en toepassing van afzondering en de verschillende vormen van fixatie (mechanische fixatie, fysieke interventie, medicamenteuze fixatie). Het gaat om Engelstalige en Nederlandstalige richtlijnen.

Voor de doelgroep volwassenen en ouderen betreft het:

- De standaard van het Europees Comité voor de Preventie van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestraffing (CPT-standaard; CPT, 2017)
- Het advies nr. 9193 van de Hoge Gezondheidsraad (HGR, 2016)
- Klinische richtlijnen van het NICE-instituut in het Verenigd Koninkrijk (NICE, 2015)
- Nederlandse richtlijn 'Dwang en Drang in de GGZ' (van der Hoeven, de Hoop, de Haan, & Bikker, 2016)

Voor de doelgroep kinderen en jongeren betreft het:

- Klinische richtlijnen van het NICE-instituut (NICE, 2015)
- Nederlandse richtlijn 'Dwang en Drang in de GGZ' (van der Hoeven et al., 2016)
- Richtlijn van de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (Masters et al., 2002)

Ook het 'Standpunt over het gebruik van dwangmaatregelen in de geestelijke gezondheidszorg' van de Vlaamse Patiëntenvereniging en OpGanG (2017) werd betrokken in het onderzoeksproject en het opstellen van de MDR. Dit standpunt bevat aanbevelingen opgesteld door volwassen Vlaamse ervaringsdeskundigen over het toepassen van gedwongen opnames, isolatie en fixatie in de GGZ. Het standpunt is bedoeld als een aanvulling op het advies van Hoge Gezondheidsraad nr. 9193 (HGR, 2016), om zo meer nadruk te kunnen leggen op wat zorggebruikers belangrijk vinden m.b.t. het thema dwangmaatregelen. Dit zorgt ervoor dat het doel, de nadruk en de inhoud van dit standpunt van een enigszins andere aard is dan de hierboven vermelde adviezen en richtlijnen. Het bevat zeer concrete, praktische en specifieke aanbevelingen voor de hulpverleners omtrent het toepassen van dwang in de GGZ. Omwille van deze verschillen met de bestaande (inter-)nationale richtlijnen, wordt dit standpunt niet meegenomen in de vergelijkende studie van dit hoofdstuk. Het werd echter wel meegenomen in de ontwikkeling van de MDR. Het standpunt van de Vlaamse Patiëntenvereniging en OpGanG vormt een goede bron voor de visie en ervaring van zorggebruikers in de Vlaamse GGZ. Het vormt een waardevolle aanvulling op de visie en ervaring van de Vlaamse ervaringsdeskundigen die in de eigen studie werden bevraagd (zie hoofdstuk 5), alsook de visie en ervaring van zorggebruikers en ervaringsdeskundigen die in internationaal onderzoek werd onderzocht (zie hoofdstuk 3).

1 Doelgroep volwassenen en ouderen

1.1 Voorstelling van de (inter)nationale richtlijnen

Alvorens de richtlijnen met elkaar te vergelijken, wordt er toelichting gegeven bij de auteurs van de documenten en de context waarin ze werden opgesteld.

- De CPT standaard (Raad van Europa, 2017)

CPT staat voor ‘European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment’, een comité dat deel uit maakt van de Raad van Europa. De Raad van Europa richt zich onder andere op het bewaken van de democratie, het Europese recht en de mensenrechten in Europa (Haeck & Zwaak, 2010). Binnen dit kader bezoekt de CPT Europese landen om te peilen naar de bejegening van mensen die van hun vrijheid beroofd zijn (o.a. in het gevangeniswezen en in psychiatrische voorzieningen). Op basis van hun bezoeken en hun kennis van internationale literatuur stelden zij een standaard op voor het gebruik van enkele vrijheidsbeperkende maatregelen - met name afzondering, fysieke interventie, mechanische fixatie en medicamenteuze fixatie - bij volwassenen binnen de residentiële psychiatrie (CPT, 2017). De standaard geeft richtlijnen over zowel preventie als toepassing, weliswaar met meer nadruk op toepassing. De standaard van CPT vormt omwille van zijn autoriteit een belangrijke basis voor de juridische onderbouwing van de MDR die binnen dit project wordt ontwikkeld (zie hoofdstuk 6).

- Hoge Gezondheidsraad advies nr. 9193 (België, 2016)

De Hoge Gezondheidsraad is het wetenschappelijk adviserend orgaan van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Het advies “Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg” werd gepubliceerd in 2016. De Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie nam het initiatief om dit advies op te stellen. De aanbevelingen kwamen tot stand na multidisciplinaire dialogen binnen de Belgische GGZ, waarbij ook patiënten- en familieverenigingen werden betrokken. Verder baseerde men zich op wetenschappelijke literatuur en gesprekken met de gerenommeerde Britse onderzoeker Len Bowers. Het advies spreekt zich louter uit over vrijheidsbeperkende maatregelen *onder dwang*. Men doelt hiermee op vrijheidsbeperking die zonder de toestemming van de desbetreffende zorggebruiker worden toegepast. De dwanginterventies worden hierbij breed geïnterpreteerd: gaande van gedwongen opname, het gebruik van afzondering en fixatie, tot het gebruik van vrijheidsbeperkende leefregels op de afdeling. Het advies richt zich op alle betrokkenen binnen de GGZ, zowel de professionals als zorggebruikers en hun context, en dit binnen zowel de residentiële, de ambulante als de mobiele werking (HGR, 2016).

- Klinische richtlijn van het NICE-instituut (Verenigd Koninkrijk, 2015)

NICE staat voor ‘National Institute for Health and Care Excellence’. Het is het nationaal adviserend orgaan voor de verbetering van gezondheidszorg en maatschappelijke zorg van het Verenigd Koninkrijk. In 2015 vernieuwden ze hun richtlijn omtrent “Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings”. De richtlijn richt zich tot de brede gezondheidszorg, waaronder tevens de geestelijke gezondheidszorg. Ze is gericht op zowel de zorggebruikers (kinderen en volwassenen) als op de zorgprofessionals. Het betreft een uitgebreide en concrete richtlijn omtrent de preventie en het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen – waaronder afzondering en fixatie – onder dwang, waarbij de auteurs zich baseerden op een uitgebreide studie van internationale

wetenschappelijke literatuur en de bevraging van stakeholders uit de Britse gezondheidszorg (NICE, 2015).

- Richtlijn 'Dwang en Drang in de GGZ' (Nederland, 2016)

Het initiatief voor deze richtlijn kwam vanuit de Nederlandse Vereniging voor Psychiaters (NVVP). De richtlijn is opgesteld door een multidisciplinaire commissie met vertegenwoordigers vanuit ervaringsdeskundigen, naasten, verpleegkundigen, psychologen en psychiaters. De auteurs stellen dat er sprake is van dwang in de geestelijke gezondheidszorg wanneer iemand tegen zijn wil wordt opgenomen, dan wel dat een persoon onderworpen wordt aan zorg of een maatregel die zijn of haar vrijheid beperkt. De commissie baseerde zich bij het opstellen van de richtlijn op een studie van het beschikbare wetenschappelijk onderzoek ('evidence based'), alsook op de opinies en ervaringen van betrokkenen binnen de Nederlandse GGZ en verslavingszorg ('practice based'). De richtlijn is opgesteld voor zowel de zorgprofessionals als de zorggebruikers en hun naasten. Wat betreft de zorggebruikers richt de commissie zich tot alle leeftijden: kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen. Personen met dementie of een verstandelijke beperking worden hierbij buiten beschouwing gelaten (van der Hoeven et al., 2016).

1.2 Analyse van de (inter)nationale richtlijnen

De omvang van de verschillende documenten verschilt behoorlijk. De CPT schreef een relatief korte tekst, de HGR beschreef een vrij uitgebreid advies en de richtlijnen van NICE en de Nederlandse richtlijn zijn dan weer zeer uitgebreid. Toch is er inhoudelijk veel overlap tussen de richtlijnen en adviezen, en lopen de kernboodschappen grotendeels gelijk.

- Omtrent **indicaties** zijn er treffende overeenkomsten. Men is het erover eens dat afzondering, mechanische fixatie, fysieke interventie en medicamenteuze fixatie:
 - Enkel mogen ingezet worden als laatste redmiddel (ultimo ratio) bij acuut gevaar voor de persoon of omstaanders;
 - Indien alle andere alternatieven overwogen en/of uitgeput zijn;
 - Nooit deel mogen uitmaken van een standaard werkwijze; er mag niet automatisch naar worden gegrepen;
 - Nooit mogen dienen als straf; ze mogen niet worden ingezet voor zuiver praktische redeneren zoals tekort aan personeel;
 - Steeds in verhouding moeten zijn tot het gevaar en steeds zo kort mogelijk moeten worden toegepast.
- Alle documenten stellen dat **de legaliteit** van de maatregel ook steeds in overweging moet worden gebracht. Men doelt hierbij op de nationale wetgeving alsook op de internationale mensenrechten. Zowel het Verenigd Koninkrijk als Nederland hebben een specifieke wetgeving met betrekking tot het gebruik van dwanginterventies - waaronder gedwongen opname, afzondering en fixatie - in de geestelijke gezondheidszorg. In België is dit enkel het geval voor één vorm van dwanginterventie, namelijk gedwongen opname. CPT stelt dat alle Europese landen het gebruik van *alle* dwangmaatregelen binnen de GGZ in hun wetgeving zou moeten vastleggen (zie hoofdstuk 8).
- Algemene aanbevelingen voor het **preventiebeleid op het niveau van de zorgvoorzieningen** lopen eveneens grotendeels gelijk:

- Sterke nadruk op herstelgerichte zorgvisie, het centraal stellen en betrekken van de zorggebruiker en de naasten bij de behandeling;
- Goed leiderschap, expliciete missie, beleidsplannen en concrete procedures;
- Vorming en training omtrent agressie, de-escalatie, preventie, alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen en veilig uitvoeren van afzondering en fixatie;
- Belang van adequate personeelsbezetting.

De NICE-richtlijn en de Nederlandse richtlijn geven nog bijkomende adviezen op basis van onderzoek: belang van aandacht voor architecturale aspecten, teamwerking op de afdeling, klimaat op de behandelafdeling en sfeer onder de zorggebruikers. De Nederlandse richtlijn benadrukt tevens het belang van zorgcontinuïteit: samenwerking onder hulpverleners en zorgvoorzieningen, en afstemming tussen de werkwijze van hulpverleners in de verschillende zorglandschappen.

- Wat betreft algemene richtlijnen voor **de procedure van afzondering en fixatie** vinden we
 - opnieuw opmerkelijk veel overeenkomsten:
 - Er moeten eerst alternatieven overwogen worden.
 - Idealiter beschikt de hulpverlener over vooraf doorgegeven informatie over hoe de zorggebruiker in (dreigende) crisis behandeld wenst te worden, bv. via een signaleringsplan.
 - In het beslissingsproces wordt – indien mogelijk – de inspraak van de zorggebruiker en/of zijn naaste in rekening genomen. Voor kinderen wordt de inspraak van ouders of vertegenwoordigers als noodzakelijk geacht.
 - Er is steeds een aanduidbare verantwoordelijke wanneer wordt overgegaan tot een vrijheidsbeperkende maatregel. In sommige richtlijnen wordt de eindverantwoordelijkheid van een arts aanbevolen.
 - Alle afzonderingen en fixaties dienen te worden geregistreerd.
 - Er worden niet automatisch meerdere dwanginterventies gecombineerd.
 - Tijdens het uitvoeren van de maatregel moet er regelmatig toezicht zijn. Het advies van de HGR en de Nederlandse richtlijn gaat verder en zegt dat er ook steeds bereikbaarheid en nabijheid van de hulpverlener moet zijn.
 - Tussentijdse evaluatie/controle is noodzakelijk om het effect van de maatregel na te gaan en dusdanig een ‘zo kort mogelijke toepassing’ te kunnen faciliteren.
 - Na afloop van de maatregel is een nabespreking noodzakelijk. De bekomen inzichten worden gebruikt voor de preventie van toekomstige individuele crisissen of escalaties.
 - Enkele verschillen wat betreft de procedures:
 - CPT vermeldt als enige het belang van een transparante klachtenprocedure en een onafhankelijke ombudsdienst voor de zorggebruiker en zijn naasten.
 - CPT bespreekt als enige wat te doen indien de zorggebruiker *zelf* naar afzondering of fixatie vraagt. Men adviseert eerst na te gaan wat de reden is van de vraag en te zoeken naar alternatieven. Indien er geen alternatieven zijn, kan men ingaan op de vraag.

- NICE biedt als enige concrete adviezen omtrent het gebruik van p.r.n. medicatie ('pro re nata' of 'indien nodig'). Hierbij wordt psychotrope p.r.n. medicatie aangeraden als de-escalerend en preventief alternatief voor het grijpen naar afzondering of fixatie.
- Wat betreft **de concrete uitvoering** van de procedures van afzondering en fixatie, verschillen de richtlijnen op een aantal punten. Soms worden andere nadrukken of accenten gelegd. De mate van concretisering varieert per onderwerp, per richtlijn. De belangrijkste verschillen zijn:
 - Wat en hoe er geregistreerd moet worden:

Waar de CPT enkel het belang van de registratie in het patiëntendossier vermeldt, spreken NICE, de HGR en de Nederlandse richtlijn zich uit over het belang van bijkomende registratie en opvolging op niveau van de afdeling en/of de organisatie.
 - Hoe de zorggebruiker te monitoren tijdens afzondering en fixatie:
 - Wie? Hoe vaak? Soms spreekt men van één keer per uur (HGR), soms om de twee uur (NICE) tot twee keer per dag (Nederlandse richtlijn)
 - De richtlijnen van de HGR, CPT en de Nederlandse richtlijn specificeren de rol van de arts. De richtlijn van NICE vermeldt de arts niet.
 - Hoe lang een maatregel mag duren en wat kan helpen om de duurtijd in te korten:
 - Enkel CPT spreekt zich streng uit over de gewenste duurtijd "minuten eerder dan uren", met regelmatige tussentijdse evaluaties om het effect van de maatregel in te schatten.
 - De Nederlandse richtlijn stelt dat er minimum tweemaal per dag een tussentijdse evaluatie moet gebeuren om in te schatten of de maatregel beëindigd kan worden. Men bespreekt tevens een uitgebreid plan van aanpak bij langer durende afzonderingen met o.a. het gebruik van een second opinion.
 - Wat er concreet gebeurt na afloop van de maatregel, met name tijdens de post-evaluatie:
 - CPT vermeldt enkel de onmiddellijke nabespreking met de zorggebruiker.
 - De richtlijn van NICE en de Nederlandse richtlijn vermelden daarbovenop de meer formele nabespreking met personeel en eventueel beleidsfiguren binnen de organisatie.

2 Doelgroep kinderen en jongeren

In de richtlijnen van het Verenigd Koninkrijk en Nederland wordt aangegeven dat de aanbevelingen op een brede doelgroep van kinderen en volwassenen van toepassing zijn. Wel wordt benadrukt dat het samenwerken met naasten een extra aandachtspunt vormt voor de minderjarigen. De ouders of wettelijke vertegenwoordiger(s) van de minderjarige worden als cruciale samenwerkingspartner beschouwd. Ook de kinderen en jongeren zelf moeten betrokken worden bij beslissingen over hun zorg.

NICE (2015) geeft aanvullend nog een aantal bijzondere aandachtspunten met betrekking tot de wijze van uitvoering van afzondering en fixatie bij kinderen (12 jaar of jonger) en jongeren (13 tot en met 17 jaar):

- gebruik geen mechanische fixatie bij kinderen.

- zonder een kind niet af in een afgesloten ruimte, ook niet zijn eigen slaapkamer.
- breng het personeel op de hoogte van de conventie van de Verenigde Naties aangaande de rechten van het kind.
- er is een gerichte training voor het management van geweld en agressie nodig bij de doelgroep kinderen en adolescenten.
- pas de afzonderingstechnieken aan aan de grootte, het gewicht en de fysieke kracht van adolescenten.
- houd rekening met het niveau van de fysieke, intellectuele, emotionele en psychologische ontwikkeling van de adolescenten.
- bied steun en leeftijdsadequate interventies, inclusief ouderprogramma's.
- pas bij mechanische fixatie bij adolescenten het gebruikte fixatiemateriaal aan
- werk samen met ouders en wettelijke vertegenwoordigers bij het toepassen van dwangmaatregelen
- evalueer en behandel onderliggende geestelijke gezondheidsproblemen, bijvoorbeeld antisociaal gedrag, gedragsstoornis, ADHD, psychose en schizofrenie en autismespectrumstoornissen.
- overweeg om kinderen en jongeren met een geschiedenis van geweld en agressie psychologische hulp aan te bieden om meer zelfcontrole en technieken om zichzelf te kalmeren te verwerven.
- gebruik leeftijdsadequate kalmeringstechnieken en afleiding.
- geef de kinderen en jongeren de mogelijkheid om weg te gaan uit een situatie waarin het geweld of de agressie voorkomt.
- gebruik geen straffen, zoals het verwijderen van contact met ouders of verzorgers of sociale interactie, het onthouden van voedsel of drank, of fysieke straf, om medewerking af te dwingen.
- laat indien mogelijk fysieke interventie door een personeelslid van hetzelfde geslacht als het kind of de jongere uitvoeren.
- beslissingen om een jongere af te zonderen moeten goedgekeurd zijn door een senior arts en zo snel mogelijk herzien worden door een multidisciplinair team.

Vanuit de Verenigde Staten is er bijkomend nog een manuscript terug te vinden dat gepubliceerd is in een wetenschappelijk tijdschrift, namelijk *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Dit bevat een literatuuroverzicht dat gekoppeld is aan een aantal richtlijnen. Hieruit komen nog een aantal belangrijke aandachtspunten naar voor met betrekking tot het voorkomen en toepassen van agressie en/ of afzondering en fixatie bij minderjarigen (Masters et al., 2002).

- het gebruik van fysieke interventie en mechanische fixatie wordt afgeraden bij kinderen en adolescenten met een traumatische voorgeschiedenis.
- het is belangrijk dat kinderen en jongeren goed ingelicht worden over het doel van de hospitalisatie, de verwachtingen omtrent hun participatie aan de behandeling, het verwachte gedrag, en de regels van de instelling.
- uitleg over woedebeheersing en het gebruik van restrictieve interventies moet multimodaal en leeftijdsadequaat zijn.
- bij kinderen en jongeren met ontwikkelings-, leer- of taalproblemen kan visueel en somatosensorisch ondersteuningsmateriaal gebruikt worden bij het geven van uitleg.

- strategieën om agressief gedrag te voorkomen en te reduceren moeten rekening houden met het beperkte vermogen tot impulscontrole, onvolwassen verdedigingsreacties, en zwakke interpersoonlijke vaardigheden van kinderen en jongeren.
- het inoefenen van woedemanagement vaardigheden kan kinderen en jongeren helpen om te gaan met toekomstige crisissituaties.
- angst kan gereduceerd worden als een hulpverlener gekend is bij de minderjarige.
- in tegenstelling tot de NICE-richtlijn, wordt afzondering in deze richtlijn wel toegestaan bij kinderen. Kinderen en jongeren moeten daarbij aangemoedigd worden om zelf naar de afzonderingsruimte te wandelen.
- afzondering wordt verkozen boven fixatie omdat het veiliger is en meer autonomie geeft aan de zorggebruiker.
- bij kinderen raadt men eerder fysieke interventie aan, terwijl mechanische fixatie bij jongeren wordt aangeraden.

3 Besluit

Met betrekking tot *de preventie* van afzondering en fixatie, zijn er belangrijke overeenkomsten tussen de besproken richtlijnen. De kernboodschappen van de richtlijnen komen bovendien overeen met wat er uit de wetenschappelijke literatuur omtrent dit thema naar voren komt.

De richtlijnen besteden daarnaast uitgebreid aandacht aan aanbevelingen voor *het toepassen* van afzondering en fixatie. Ook hier merken we op veel vlakken overlap tussen de richtlijnen voor wat betreft belangrijke algemene uitgangspunten en principes. Verschillen situeren zich hoofdzakelijk in de concrete invulling van procedures, zoals bv. frequentie van monitoring en toezicht, en het concreet uitvoeren van post-evaluatiegesprekken (nabesprekingen).

De besproken richtlijnen zijn verschillend in zowel hun omvang, de wijze van opbouw als de context waarbinnen ze zijn opgesteld. Alle documenten zijn opgesteld binnen de eigen wetgevende context en organisatie van de GGZ, dewelke verschilt van land tot land. Omwille van deze redenen werd ervoor gekozen om bij de ontwikkeling van de Vlaamse MDR niet te vertrekken van één van deze richtlijnen. De bovenstaande richtlijnen werden wel meegenomen als mogelijke bronnen van evidentie voor het opstellen van een nieuwe MDR, naast de eigen literatuurstudie van reviews en van recent wetenschappelijk onderzoek (zie hoofdstukken 2 en 3) en het juridisch onderzoek (zie hoofdstuk 6).

4 Referenties

- 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>
- Haeck, Y., & Zwaak, L. (2010). Council of Europe. *Netherlands Quarterly of Human Rights*, 28(2), 237-242.
- 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>
- Masters, K. J., Bellonci, C., Bernet, W., Chair, V. A., Beitchman, J., Benson, R. S., et al. (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 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(2), 4S-25S
- 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>
- Vlaams Patiëntenplatform, & OpganG (2017). Standpunt over het gebruik van dwangmaatregelen in de geestelijke gezondheidszorg. Geraadpleegd op 24 juni 2018 via <http://cdn.nimbu.io/s/csxg2ov/channelentries/1s9i3yu/files/2017.04.13%20Standpunt%20over%20het%20gebruik%20van%20dwangmaatregelen%20in%20de%20geestelijke%20gezondheidszorg%20-%20definitief.pdf?7u8q7ub>

Hoofdstuk 5

Bevraging van experts uit de Vlaamse residentiële geestelijke gezondheidszorg

1 Interviews

1.1 Methode

Er werden drie Vlaamse residentiële GGZ-voorzieningen met goede praktijken in verband met preventie en toepassing van afzondering en fixatie geïnterviewd. Hierbij werden telkens één of meerdere directieleden, beleidsvoerders en/of beleidsmedewerkers bevroegd. De voorzieningen situeren zich in drie verschillende Vlaamse provincies, en bieden tezamen zorg aan zowel minderjarigen (K-diensten en For-K-diensten), volwassenen, als ouderen. Ze vertegenwoordigen tevens zowel opnames onder een vrijwillig als gedwongen statuut, opnames in zowel open als gesloten afdelingen, en bieden zowel acute als langdurige zorg aan.

Om te komen tot een selectie van drie voorzieningen met goede praktijken in verband met de preventie en toepassing van afzondering en fixatie, werden de volgende bronnen geraadpleegd:

- algemene auditverslagen (circa 2012-2017) van psychiatrische ziekenhuizen uitgevoerd door Zorginspectie;
- de auditverslagen van Zorginspectie “Vrijheidsbeperkende maatregelen in K-diensten” (2016-2017);
- De Morgen “Het Grote Psychiatrie rapport”: journalistische rapporten tussen 2013-2015, dewelke gebaseerd zijn op de algemene auditverslagen van Zorginspectie;
- brochure “Good practices” van Zorgnet-Icuro;
- informatie afkomstig van de websites van de psychiatrische ziekenhuizen: zorgvisie, missie en visie m.b.t. preventie en toepassing van afzondering en fixatie, eventueel beschikbare informatie over agressiebeleid en beleid rond afzondering en fixatie, eigen toelichting en reacties op de laatste audits van Zorginspectie rapporten en updates sinds de laatste audit, verbeterbeleid, eventueel beschikbare informatiebrochures voor zorggebruikers en naasten i.v.m. afzondering en fixatie.

Bij inspectie van deze bronnen werd er aandacht besteed aan de volgende punten: zorgvisie, missie en visie omtrent preventiebeleid afzondering en fixatie, missie en visie omtrent preventiebeleid agressie, visie omtrent toepassing van afzondering en fixatie, participatie (betrekken van zorggebruikers en naasten in de behandeling en/of beleid in de voorziening), wetenschappelijke onderbouwing van preventiebeleid, concrete toepassing van afzondering en fixatie, gebruik van (creatieve) alternatieven voor afzondering en fixatie.

Uit een veelheid aan voorzieningen met goede praktijkvoorbeelden, werden finaal drie voorzieningen geselecteerd die elkaar aanvullen op vlak van hun sterktes voor wat betreft goede praktijken, en op vlak van de doelgroepen en statuten (forensische zorg, gedwongen opnames, ...) die aanwezig zijn in de betreffende voorzieningen.

Een gespreksleidraad werd opgesteld met als doelstelling de ziekenhuizen te bevragen omtrent de preventie en toepassing van afzondering en de verschillende vormen van fixatie, en de randvoorwaarden hierbij. De volgende vragen vormden de leidraad voor het gesprek:

- *In onze bronnen (rapport Zorginspectie, ...) lezen we dat jullie actief inzetten op een (preventie)beleid omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen in jullie ziekenhuis. Waaruit bestaat dit beleid en hoe heeft zich dit ontwikkeld?*
 - *Liggen er theoretische modellen en/of achterliggende principes aan de basis van de ontwikkeling van het beleid? Welke?*
 - *Wie is (en/of was) er betrokken bij het ontwikkelen van dit beleid? Wie volgt het beleid verder op? Wie vinden jullie zelf belangrijk om te betrekken in de beleidsvoering omtrent afzondering en fixatie?*
 - *Is er één beleid omtrent afzondering en fixatie en agressie over het hele ziekenhuis of is er een verschillend beleid voor bijvoorbeeld bepaalde doelgroepen, patiëntenpopulaties, ...?*

- *Hoe hebben jullie het preventiebeleid omgezet naar concrete werkwijzen, methodieken, instrumenten op deze afdeling?*
 - *Welke concrete stappen hebben jullie genomen om meer preventief te werk te gaan?*
 - *Wat zijn in jullie ervaring de meest belangrijke en cruciale stappen om tot een vermindering van dwang en vrijheidsbeperkende maatregelen te komen?*
 - *Op welke realisaties zijn jullie het meest fier, over welke realisaties zijn jullie het meest tevreden?*
 - *Licht één of twee belangrijke interventies, materialen, en alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen verder toe:*
 - *Waaruit bestaat de interventie, het materiaal, ...?*
 - *Bij welke patiënten(populatie(s)) wordt het toegepast?*
 - *Hoe is het ontstaan? Waar haalden jullie de inspiratie en hoe hebben jullie het ontwikkeld?*
 - *Wie voert het uit?*
 - *Wordt de wijze van toepassing concreet omschreven (richtlijnen, procedures, ...)?*
 - *Wat is de ervaring met het gebruik? Deden jullie outcome metingen?*

- *Wat zijn de procedures voor het toepassen van afzondering en fixatie?*
 - *Wat zijn de indicaties?*
 - *Kunnen jullie de toepassingswijze concretiseren?*
 - *Zijn er verschillende procedures voor verschillende afdelingen of verschillende patiëntenpopulaties?*
 - *Wat zijn de ervaringen met de procedures? Wat wordt als moeilijk ervaren? Wat wordt als belangrijk ervaren?*

- *Wat zijn voor jullie de grootste uitdagingen om tot een goed beleid omtrent afzondering en fixatie te komen?*
 - *Wat zijn voor jullie belangrijke randvoorwaarden om tot een goed beleid (en realisatie van dat beleid) te komen?*
 - *Waar botsen jullie tegenaan?*
 - *Evalueren jullie het beleid en de realisatie ervan? Zo ja, welke bijsturing was er nodig?*

De drie interviews vonden plaats in het voorjaar van 2018. Bij elk interview waren twee onderzoekers aanwezig, waarbij de ene onderzoeker de rol van gespreksleider op zich nam en de tweede onderzoeker de goede opvolging van de gespreksleidraad bewaakte en de antwoorden van de voorzieningen op de gestelde vragen registreerde. Met toestemming van de deelnemers werd van elk gesprek een audio-opname gemaakt.

1.2 Resultaten

1.2.1 Analyse van het preventiebeleid

Alle bevroegde voorzieningen hebben de ontwikkeling en evaluatie van hun preventief beleid voor afzondering en fixatie wetenschappelijk onderbouwd. De voorzieningen vertrekken allen vanuit een herstelgerichte visie en participatieve benadering van de zorg. Een dialoog met de zorggebruikers en hun naasten wordt hoog in het vaandel gedragen. Niettemin wordt ook vermeld dat het belangrijk is om persoonsgerichte zorg op maat te bieden en steeds rekening te houden met de situatie, context en wensen van de zorggebruikers. Zo kan het betrekken van naasten (bijvoorbeeld familieleden) voor sommige zorggebruikers een grote ondersteuning bieden, terwijl dit voor anderen contra-geïndiceerd is. Het preventiebeleid stoelt bij twee van de drie voorzieningen op het model van trauma geïnformeerde zorg. Het Engagement model en het Safewards model worden door één voorziening gehanteerd als basis voor het opstellen van een preventief beleid. Eén organisatie baseert haar beleid op de preventiepiramide van professor De Clerck en het boek "Tijd voor agressiebeleid" van ICOBA.

Het beleid werd bij alle voorzieningen ontwikkeld door een multidisciplinaire werkgroep die werd samengesteld vanuit verschillende geledingen van de organisatie (bijvoorbeeld specialist verpleegkundige, arts, management). Er is consensus over het feit dat het opstellen en opleggen van een preventiebeleid vanuit het management niet werkzaam is en een bottom-up beweging vanuit de dagelijkse praktijk op de werkvloer noodzakelijk is voor de beleidsontwikkeling. Het is essentieel dat het beleid gedragen wordt door alle medewerkers op alle niveaus van de voorziening. Ook een interdisciplinaire, gedeelde verantwoordelijkheid van het beleid is cruciaal voor alle voorzieningen. Het beleid wordt door de meeste voorzieningen regelmatig geëvalueerd en bijgestuurd door input van zowel het personeel als de zorggebruikers en hun naasten. Men doet dit onder andere door op geregelde tijdstippen het aantal afzonderingen en fixaties die gedurende een periode werden uitgevoerd na te gaan, cultuurmetingen bij het personeel uit te voeren, en bv. gespreksavonden met zorggebruikers (en hun naasten) te organiseren.

Elke bevroegde voorziening hanteert één globaal ziekenhuisbreed preventiebeleid voor afzondering en fixatie over verschillende doelgroepen en afdelingen heen. Niettemin halen twee van de drie voorzieningen het belang aan van het aanbrengen van bepaalde accenten, nuanceringen en aanvullingen bij verschillende doelgroepen (bijvoorbeeld kinderen versus volwassenen), risicotypes (bijvoorbeeld agressie naar zichzelf of naar de omgeving toe) en contexten van agressie.

Met betrekking tot het hanteren van specifieke werkwijzen, methodieken en instrumenten voor preventie van afzondering en fixatie worden een aantal zaken aangehaald. De opname en het onthaal van zorggebruikers worden als elementair beschouwd in het toepassen van een preventiebeleid voor afzondering en fixatie. Het is volgens de voorzieningen belangrijk om van bij het eerste contact te investeren in een open en warme communicatie met de zorggebruiker en zoveel mogelijk in te zetten op een goede samenwerking met de zorggebruiker. Door aandacht te besteden aan het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de zorggebruiker, ervaart men dat het risico op het ontstaan van conflicten

daalt. Daarnaast zet elke voorziening in op het vroegtijdig signaleren van spanning bij zorggebruikers door bij opname een signaleringsplan op te stellen. Dit gebeurt op basis van het crisisonwikkelingsmodel. Bij de verdere behandeling van de zorggebruikers hecht elke voorziening veel belang aan het aanbieden van ondersteuning bij het omgaan met en reguleren van spanning, agressie en emoties als preventieve maatregel. Verder wordt aangehaald dat het bij opname van belang is een risicotaxatie voor agressieproblemen op te maken. In sommige voorzieningen wordt hierbij gebruik gemaakt van bepaalde risicotaxatieinstrumenten.

Er wordt door alle voorzieningen aandacht besteed aan het kritisch in vraag stellen van de leefregels van de afdelingen. Er wordt gestreefd naar het hanteren van leefregels waarbij de vrijheid van de zorggebruikers zo weinig mogelijk beperkt wordt. De voorzieningen vinden het belangrijk dat er een mentaliteit van positive risk taking heerst. Daar waar vroeger eerder de visie werd onderschreven dat de veiligheid van het personeel voorop stond, wordt het geven van vrijheid en verantwoordelijkheid aan de zorggebruiker en het durven nemen van risico's nu meer vooropgesteld.

Ook het belang van architecturale aspecten binnen de voorzieningen wordt aangehaald. Men probeert in de meeste voorzieningen zowel bij de inrichting als de hantering van materialen gebruik te maken van de principes van een "healing environment".

Als alternatief voor het toepassen van afzondering en fixatie haalt elke voorziening het gebruik van comfortrooms aan. In deze kamers kunnen zorggebruikers op vrijwillige basis en zonder opgesloten te worden tot rust komen. Twee voorzieningen halen ook technische hulpmiddelen aan als preventieve maatregel. Een kamerdeuralarm kan bijvoorbeeld helpen om een persoon die risicogedrag vertoont vroegtijdig op te vangen.

Alle voorzieningen wijzen ook op het belang van de visie en houding van het personeel ten opzichte van agressie bij de zorggebruikers en de preventie van vrijheidsbeperkende maatregelen. Elke organisatie biedt training en vorming aan hun medewerkers omtrent het ontstaan en omgaan met agressie. Bij deze vormingen wordt doorgaans informatie gegeven over het ontstaan en de escalatie van agressief gedrag, worden de-escalatiestrategieën aangeleerd, maar wordt ook aandacht besteed aan het ontwikkelen van basisattitudes en communicatievaardigheden bij het personeel ter preventie van agressie. Twee van de drie voorzieningen benadrukken daarbij het belang van het aanbieden van ervaringsgerichte opleidingen. Er wordt daarbij ook sterk beklemtoond dat hulpverleners leren omgaan met de eigen spanningen en emoties een belangrijke preventieve en de-escalerende maatregel is. Zorg voor de hulpverleners wordt door alle voorzieningen als cruciaal gezien. Het personeel wordt onder meer ondersteund via het bewaken van de werkdruk, het samenstellen van evenwichtige en competente teams, het ondersteunen van een goede teamwerking en het organiseren van systematische intervisiemomenten. Het vinden van een evenwicht tussen zorg voor de hulpverleners en zorg voor de zorggebruikers, blijkt soms een uitdaging in de praktijk.

Binnen het preventief agressiebeleid wordt in de voorzieningen ook aandacht besteed aan het melden van incidenten en "bijna-incidenten" van agressie, conflict en afzondering en fixatie. Dit gebeurt meestal via het elektronisch patiëntendossier.

1.2.2 Analyse van het toepassingsbeleid

Er is bij elke voorziening een getrappt systeem voor het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Er wordt benadrukt dat afzondering en fixatie enkel kunnen toegepast worden als uitzonderlijke maatregel, waarbij minder ingrijpende alternatieven niet werkzaam zijn. Storend gedrag kan niet als een

criterium gelden voor de toepassing van de maatregelen. Enkel bij heel groot gevaar voor zichzelf en/of de omgeving en totaal verlies van gedragscontrole kunnen deze maatregelen toegepast worden. Over het combineren van afzondering en mechanische fixatie zijn de voorzieningen het erover eens dat dit enkel in extreme en zeer ernstige situaties gerechtvaardigd is.

Bij alle voorzieningen wordt het belang aangehaald van ziekenhuisbrede procedures met één set van richtlijnen voor alle populaties. Dit zorgt voor een goede samenwerking en duidelijke rolverdeling bij de zorgverlening onder hulpverleners. Deze gemeenschappelijke procedures zorgen er ook voor dat hulpverleners elkaar steeds hulp kunnen bieden over verschillende afdelingen heen. Er worden wel soms nog eigen procedurele accenten gelegd bij bepaalde doelgroepen. Hierbij wordt tevens het belang van het bieden van zorg op maat aangekaart. Voor de ene persoon kan een bepaalde procedure als helend ervaren worden, terwijl deze voor een andere persoon uitlokkend kan zijn voor het escaleren van de agressie of het conflict. Voor sommige personen kan het bijvoorbeeld als bedreigend ervaren worden om in de eigen kamer dan wel in een afzonderingskamer afgezonderd te worden. Het signaleringsplan wordt vaak als leidraad beschouwd bij het toepassen van procedures van afzondering en fixatie.

De rol van de arts wordt bij alle voorzieningen belangrijk geacht bij het toepassen en beëindigen van afzondering en fixatie. Bij voorkeur beslist hij over het starten van de maatregelen maar dit is bij acute situaties in de dagelijkse praktijk regelmatig niet mogelijk. In dat geval schuiven de voorzieningen de verpleegkundigen naar voor. Twee van de drie voorzieningen geven hun verpleegkundigen een autonome rol in het beslissen over het opstarten van afzondering en fixatie in geval er geen arts bereikbaar is.

Alle voorzieningen beschouwen afzondering en fixatie als een vorm van intensieve zorg en vinden het belangrijk dat de zorggebruikers goed opgevolgd worden wanneer deze toegepast worden. Na de start van de maatregel wordt de zorggebruiker regelmatig gemonitord. Men vindt het daarbij essentieel dat het personeel een intensieve vorm van nabijheid kan bieden. De voorzieningen zijn er ook allen van overtuigd dat een goede nazorg uiterst belangrijk is. Dit gebeurt via het bespreken van de gebeurtenis met de zorggebruiker na afloop van de maatregel. Dit kan echter op verschillende manieren gebeuren en wordt bij voorkeur op maat van de zorggebruiker georganiseerd. Een nabespreking kan op een formele dan wel een meer informele manier plaats vinden. Afhankelijk van de situatie van de zorggebruiker, verschillen ook de deelnemers aan dit gesprek. In sommige gevallen is het bijvoorbeeld aangewezen de naasten erbij te betrekken, terwijl dat bij sommige personen contra-geïndiceerd kan zijn. In dat kader is men ook van mening dat er behoedzaam moet omgesprongen worden met het bespreken van de toepassing van afzondering en fixatie bij minderjarigen met de ouders. De doelstellingen van post-evaluatiegesprekken zijn in de eerste plaats het herstellen van het contact met de zorggebruiker en het voorkomen van vrijheidsbepalende maatregelen in de toekomst.

De procedures staan bij alle voorzieningen op papier maar verschillen op vlak van vormgeving en omvang. De organisaties verschillen in de mate waarin ze vinden dat ze over goede richtlijnen beschikken met betrekking tot de technische aspecten van bepaalde procedures, bijvoorbeeld hoe mechanische fixatie op een veilige manier kan gebeuren.

1.2.3 Analyse van randvoorwaarden voor een goed preventie- en toepassingsbeleid

Om tot een goed preventie- en toepassingsbeleid van afzondering en fixatie te komen, is een cultuurshift in een organisatie essentieel. Deze dient van op de werkvloer te ontstaan en mag niet zonder meer vanuit het management ingevoerd worden, gezien het uiterst belangrijk is dat ze gedragen wordt door de hele organisatie. Inzetten op herstelgerichte, participatieve zorg en positive risk taking vereist inspanning, tijd en een sterk gedragen, multidisciplinaire samenwerking. Er zijn een aantal voortrekkers in de organisatie nodig die de vinger aan de pols houden en steeds blijven zoeken naar vernieuwing.

Verder worden voldoende bestaffing en (financiële) middelen door alle voorzieningen als cruciale elementen beschouwd om een goed preventie- en toepassingsbeleid van afzondering en fixatie te implementeren. Vooral 's avonds, 's nachts en in het weekend is het moeilijk om de zorggebruiker een adequate vorm van nabijheid van hulpverleners te bieden wanneer deze maatregelen worden ingezet. Het is belangrijk dat de teams stabiel zijn, met competente medewerkers en ruimte voor reflectie. Continuïteit in het personeel zorgt ervoor dat een beleid geconsolideerd kan worden. Ook het beschikken over de nodige middelen om de infrastructuur aan te passen is belangrijk. Door gebrek aan bedden komen zorggebruikers nu soms in afzonderingskamers terecht, terwijl dit niet aangewezen is.

Een belangrijke en cruciale stap om tot een vermindering van afzonderen en fixatie te komen, is dat men kennis en goede praktijken kan delen. Overleg met collega's van andere afdelingen maar ook collegiale uitwisseling die breder gaat dan ziekenhuisniveau is hierbij aangewezen. Gedeelde kennis over goede technieken bij het toepassen van fysieke interventie is nodig en ontbreekt op dit moment.

Verder haalt een voorziening ook het belang aan van de toegankelijkheid van wetenschappelijke literatuur om betere inzichten te krijgen in goede praktijken. Er is meer ondersteuning nodig om bij te blijven met (internationale) richtlijnen en vernieuwende ideeën.

2 Expertpanel 1

2.1 Methode

2.1.1 Verloop van het expertpanel

Het eerste expertpanel vond plaats te Brussel op 15 juni 2018. De deelnemers kregen op voorhand voorbereidende documenten toegestuurd: (1) een PowerPointpresentatie met informatie omtrent de studie en een bondige samenvatting van voorgaande fases van het onderzoek (literatuurstudie, documentenanalyse en interviews) en (2) de nota met de eerste voorstellen omtrent de "MDR-preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ in Vlaanderen". De groepen van stakeholders die aanwezig waren op het expertpanel, als ook het aantal deelnemers per groep, wordt weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1 Groepen van stakeholders die aanwezig waren op expertpanel 1

Stakeholder	Aantal
Patiëntenvertegenwoordigers	3
GGZ-professionals	
- Medewerkers residentiële GGZ 'good practice'	10
- Vertegenwoordigers van beroepsverenigingen	3
Koepelorganisaties van residentiële GGZ	2
Academici en ethici	2
Overheidsinstanties	2
Totaal	22

Het expertpanel verliep als volgt. Er werd gestart met een plenaire introductie door de onderzoekers. Vervolgens werd de groep in twee gesplitst, op zo'n manier dat elke groep van stakeholders aanwezig was in beide subgroepen. Beiden subgroepen werden gevraagd om feedback te geven omtrent de nota met de eerste voorstellen van de MDR. De groepen werden door een interviewer/onderzoeker gestructureerd bevraagd omtrent de volgende aspecten: het uitgangspunt en de focus van de MDR, de doelgroep van de MDR, de voorgestelde richtlijnen omtrent preventie, de voorgestelde richtlijnen omtrent het toepassen van afzondering en fixatie, en tenslotte de randvoorwaarden voor het implementeren van de MDR. In elke groep was een notulist aanwezig, en werd er na toestemming van de deelnemers een audio-opname gemaakt van het groepsgesprek. De namiddag werd afgesloten met een plenaire nabespreking, waarbij belangrijke aandachtspunten en topics in de hele groep besproken werden.

2.1.2 Dataverwerking

De audio-opnames van de twee groepsgesprekken, alsook de audio-opname van de nabespreking werden beluisterd en neergeschreven in transcript. Vervolgens werden de transcripts geanalyseerd. Dit startte met het bepalen van thema's die in de gesprekken aan bod gekomen waren. Wanneer één of meerdere deelnemers iets aanhaalde dat als belangrijk of relevant werd benoemd of beoordeeld, werd hier een thema aan toegewezen. Vervolgens werden stellingen van de deelnemers per thema geclusterd. De eerste clustering gebeurde per audio-opname (groepsgesprek van de eerste groep, groepsgesprek van de tweede groep, en groepsgesprek van de plenaire nabespreking). Vervolgens werden alle stellingen van een thema geaggregeerd over de groepsgesprekken heen. Zo werd er gekomen tot een totaal van 41 thema's. Deze 41 thema's worden in vijf luiken opgedeeld:

1. Doelstelling en uitgangspunt van de MDR

- Finaliteit van de MDR: haalbaarheid versus ambitie
- Uitgangspunt: vertrekken vanuit de regel "geen afzondering of fixatie"
- Uitgangspunt van de MDR: "preventie is de basis"

2. Focus MDR, begrippen, doelgroep

- Focus afgegrensd tot afzondering en fixatie
- Onderscheid in verschillende vormen van afzonderen en fixeren
 - Separeren versus afzonderen
 - Onderscheid in ernst van afzonderen versus verschillende vormen van fixeren
- Doelgroep: al dan niet onderscheid op basis van ziektebeeld, juridisch statuut of leeftijd

3. Preventie van afzondering en fixatie

- Belang van preventie
- Belang van gedragen beleidsvisie en gedeelde verantwoordelijkheid
- Herstelvisie en participatie van zorggebruikers, familie, ervaringsdeskundigen
- Incidentenanalyse
- Rol van de hulpverlener in conflict en agressie
- Positive risk taking
- Architecturale aspecten
- Zorg voor hulpverleners
- Afdelingsregels
- Signaleringsplan en vroegsignalering
- Zorgcontinuïteit
- Onthaal
- Risico-inschatting
- Onafhankelijke ombudspersoon
- Autonomie van de afdeling
- Concretisering van richtlijnen
- Suggesties m.b.t. literatuur

4. Toepassingsprocedures van afzondering en fixatie

- Belang van zorg op maat
- Leeftijdsgrens voor afzondering en fixatie
- Combinatie afzondering en fixatie
- Verantwoordelijkheid van de arts versus verpleegkundige
- Beslissen om over te gaan tot afzondering of fixatie: meer waarborgen en drempels
- Nabijheid in afzondering
- Post-evaluatiegesprek
- Registratie
- Afgrenzing tijdsduur afzondering en fixatie (A/F)
- Second opinion procedure

- Afzondering: kledij
- Afzondering: bezoekrecht
- Zelfverwonding als indicatie voor mechanische fixatie
- Humane wijze van toepassing van A/F

5. Randvoorwaarden

- Financiële middelen voor personeelsbezetting en/of architecturale aanpassingen
- Nood aan begeleiding
- Kennis uitwisselen
- Aansprakelijkheid

2.2 Resultaten

Hierbij volgt de inhoudelijke bespreking van de 41 thema's die tijdens het eerste expertpanel aan bod kwamen.

2.2.1 Doelstelling en uitgangspunt van de MDR

- Finaliteit van de MDR: haalbaarheid versus ambitie

Onder de experts werd dit thema uitvoerig bediscussieerd. De meningen bleven verdeeld. Sommigen argumenteerden dat een richtlijn vooral realistisch en haalbaar moet zijn. Alleen op deze wijze zou de richtlijn een concrete houvast kunnen bieden voor de ggz-praktijk. Dit standpunt werd verdedigd door koepelorganisaties en enkele ggz-professionals. Anderen waren het hier stellig mee oneens. Zij stellen dat een richtlijn dient aan te geven wat goede praktijken zijn, en dat het kan dienen om te pleiten voor meer middelen om deze praktijken haalbaar te maken. Voor hen dient een richtlijn voldoende ambitieus te zijn en is het een hefboom om tot verandering en verbetering van de huidige praktijk te komen. Dit standpunt werd verdedigd door patiëntenvertegenwoordiging, ggz-professionals, onderzoekers en overheidsinstanties.

- Uitgangspunt van de MDR: vertrekken vanuit de regel "geen afzondering of fixatie"

Ook dit thema werd uitvoerig bediscussieerd. Sommigen (ggz-professionals, onderzoeker, patiëntenvertegenwoordiger) stelden dat de eerste versie van de MDR nog ambitieuzer mocht zijn in haar doel om tot vermindering van afzondering en fixatie (A/F) te komen, door een strenger uitgangspunt in te nemen. Hun standpunt luidde: "vertrek vanuit de regel dat A/F *niet* wordt toegepast". Hierbij kan er dan ruimte gemaakt worden voor een uitzondering: in zeer uitzonderlijke situaties kan er alsnog naar afzondering of fixatie gegrepen worden, maar dit moet voldoende beargumenteerd worden aangezien het over een uitzondering op een regel gaat. Door de regel scherp te stellen, hoopt men de klinische praktijk beter aan te moedigen om te zoeken naar alternatieven en minder snel naar afzondering of fixatie te grijpen. Enkele experts argumenteerden dat het stellen van een zulke strenge regel in enkele praktijkvoorbeelden zijn vruchten heeft afgeworpen. Andere ggz-professionals en een koepelorganisatie waren het oneens met dit standpunt. Zij waren akkoord dat het streefdoel is om tot zo min mogelijk afzondering of fixatie te komen. Ze waren echter niet overtuigd dat het instellen van zulke regel de juiste manier is om hiernaar te streven. Verschillende deelnemers uitten hierbij de vrees dat de hulpverlener zich angstig, schuldig en/of inadequaats zal voelen wanneer toch naar A/F gegrepen moet worden.

Anderen opperden dat de noodzaak van afzondering of fixatie in bepaalde gevaarlijke situaties niet zomaar opzij mag worden geschoven.

- Uitgangspunt van de MDR: “preventie is de basis”

Zoals hierboven reeds aangegeven werd het belang van preventie door alle experts in consensus bevestigd. De nadruk op preventie, werd benoemd als een sterkte van de eerste versie van de MDR. Enkelen wierpen op dat de beste kans om tot een vermindering van A/F te komen, ligt in meer inzet op preventie. Ze pleitten voor een duidelijkere stellingname dat preventie het uitgangspunt en het zwaartepunt is van de richtlijn.

2.2.2 Focus van de MDR, begrippen, doelgroep

- Focus van de MDR afgegrensd tot afzondering en fixatie

Verschillende experts (patiëntenvertegenwoordigers, ggz-professionals) vonden het een sterkte dat de focus van de MDR vernauwd werd tot vrijheidsbeperking in de vorm van afzondering en fixatie, in tegenstelling tot brede vrijheidsbeperking. Er werd geargumenteed dat afzondering en fixatie immers de meest ingrijpende vormen van vrijheidsbeperking zijn. Één deelnemer vond het jammer dat er in de MDR geen duidelijke standpunten werden ingenomen omtrent brede vrijheidsbeperking zoals gesloten opnameafdelingen.

- Onderscheid tussen verschillende vormen van afzonderen en fixeren

Dit thema werd uitvoerig besproken door verschillende experts. Twee subthema's kwamen aan bod.

- Separeren versus afzonderen

Situering. De klinische praktijk kent momenteel verschillende vormen van afzonderen. Onder afzonderen wordt in de klinische praktijk doorgaans verstaan: “het insluiten van een persoon in de speciaal daartoe voorziene afzonderingskamer”. Een andere courant gebruikte term is separeren: “het insluiten van een persoon in een andere kamer dan de afzonderingskamer, bijvoorbeeld de eigen slaapkamer”. In de eerste versie van de MDR werden beide praktijken onder term ‘afzondering’ geplaatst.

Verschillende deelnemers (ggz-professionals, beroepsverenigingen, koepelorganisaties) stelden dat er verschillende richtlijnen zouden moeten zijn voor separatie en afzondering. Separeren is minder ernstig, zo stelden zij, en heeft daarom andere richtlijnen nodig met betrekking tot de mate van toezicht en de wijze van registratie. Een betrokken overheidsinstantie kon zich vinden in het idee dat richtlijnen mogen verschillen voor verschillende vormen van afzondering, zo lang er voor beide vormen regels en garanties voor toezicht zijn. Patiëntvertegenwoordigers wierpen hierbij echter de bekommernis op dat men te hard lijkt te willen vasthouden aan de huidige manier van werken in de klinische praktijk. Ze argumenteren dat men zich ook de vraag moet stellen: “mag er überhaupt nog gesepareerd worden?” De meningen hierover bleven verdeeld.

- Onderscheid in ernst van afzonderen versus verschillende vormen van fixeren

Verschillende deelnemers (ggz-professionals) stelden dat er in de richtlijnen van de eerste versie van de MDR te weinig onderscheid werd gemaakt tussen (verschillende vormen van) fixeren en afzonderen. Zij stelden dat er verschillende gradaties zijn in de ernst van (de verschillende vormen van) fixeren en afzonderen. Meer specifiek opperde één expert dat mechanische fixatie ernstiger is dan afzonderen. Daar was niet iedereen het mee eens. Enkele personen illustreerden met voorbeelden dat er situaties zijn waarin mechanische fixatie een minder ingrijpende optie is dan afzonderen (bv. valpreventie bij ouderen). Alhoewel het merendeel van de deelnemers het erover eens was dat er gradaties zijn in ernst

tussen vormen van afzonderen en fixatie, was er geen consensus over de concrete invulling van de rangorde (welke maatregel is ernstiger). Verschillende experts waren het er wel over eens dat de ernst van de maatregel niet absoluut is, maar afhangt van de doelgroep of de situatie waarin een zorggebruiker zich bevindt.

- Doelgroep: al dan niet onderscheid maken op basis van ziektebeeld, juridisch statuut of leeftijd

Verschillende ggz-professionals stelden zich de vraag of er verschillende richtlijnen moeten opgesteld worden op basis van ziektebeeld, statuut of leeftijd. Veel experts waren het hier niet mee eens. Ze vinden dat de richtlijn inclusief moet zijn voor alle zorggebruikers binnen de GGZ, ongeacht leeftijd, verstandelijke vermogens, juridisch statuut en mentale gezondheidsproblematiek. Een ggz-professional die het hiermee eens was, gaf tegelijk aan dat de eerste versie van de MDR nog te weinig toegespitst is op de kinder- en jeugdpsychiatrische populatie.

2.2.3 Preventie van afzondering en fixatie

- Belang van preventie

Zoals voorheen reeds aangehaald, werd de focus op preventie in de eerste MDR goed onthaald door de experts. Het belang van preventie werd in consensus benadrukt. Meerdere traden dit bij door te stellen dat het zeer belangrijk is dat vorming zich sterk richt op de preventieve aanpak van agressie, afzondering en fixatie. Wanneer men immers enkel vorming geeft over *hoe* men afzondering of fixatie dient toe te passen, creëert men een cultuur waarin deze praktijken frequent worden toegepast, zo stelde één van de GGZ-professionals. Deze visie werd door velen merkbaar gedeeld, waaronder de patiëntvertegenwoordigers en andere ggz-professionals.

- Belang van gedragen beleidsvisie en gedeelde verantwoordelijkheid

Het belang van een duidelijke missie en visie in preventiebeleid werd door meerdere deelnemers benadrukt. Zeer belangrijk hierbij is een coachend en sterk leiderschap, waarbij alle medewerkers (in het bijzonder de artsen en directieleden) in de voorziening overtuigd worden van het belang, het nut en de haalbaarheid van de missie om A/F te voorkomen en te verminderen. Het belang van een gedragen beleid en een multidisciplinair gedeelde verantwoordelijkheid in preventiebeleid werd door meerdere experts benadrukt. Een gedragen beleid werd tevens door verschillende experts benoemd als een belangrijke randvoorwaarde voor het implementeren van een MDR.

- Herstelvisie en participatie van zorggebruikers, familie, ervaringsdeskundigen

Verschillende experts pleitten voor het belang van de herstelondersteunende zorgvisie en het belang van het betrekken van zorggebruiker en familie bij preventie op ziekenhuisbreed niveau, bij preventie op afdelingsniveau, en tijdens het toepassen van A/F. Verschillende ggz-professionals en de patiëntvertegenwoordiging argumenteerden dat de participatie van de zorggebruiker, en in het bijzonder de familie van de zorggebruiker, sterker benadrukt mag worden in de MDR.

- Incidentenanalyse

Enkele ggz-professionals suggereerden om het belang van incidentenanalyse in de MDR sterker te benadrukken. De wijze waarop zo'n analyse gebeurt, is ook belangrijk, zo stelde één expert. Deze ggz-professional suggereerde tevens dat in preventiebeleid niet alleen agressie-incidenten moeten geanalyseerd worden, maar ook bijna-agressie-incidenten: er valt veel uit te leren.

- Rol van de hulpverlener in conflict en agressie

Verschillende experts spreken over 'de paradigmaswitch' waarin niet langer exclusief gekeken wordt naar de kenmerken van de zorggebruiker indien er sprake is van agressie, maar ook steeds meer naar de rol van de hulpverlener(s) in interactie met deze zorggebruiker. Vanuit hun ervaring getuigden verschillende ggz-professionals over de belangrijke invloed van gedrag en emotie van de hulpverlener op het ontstaan en aanwakkeren van conflict en agressie bij de zorggebruiker. In het kader van preventie moet vorming inzetten op het verhogen van de kennis en inzichten van de hulpverleners hierover. Daarnaast dient vorming vaardigheden aan te reiken om hier anders mee om te gaan (bv. communicatievaardigheden).

- Positive risk taking

Verschillende ggz-professionals reageerden positief op het gebruik van de term 'positive risk taking' in de MDR. Volgens hen is dit cruciaal in de missie van preventie en reductie van A/F. In hun ervaring speelt angst van de hulpverlener een grote rol in het (te vaak en te vroeg) grijpen naar A/F. Dit kan worden tegengehouden door te leren inzetten op een samenwerkingsrelatie met de zorggebruiker, vertrouwen geven aan de zorggebruiker, en het nemen van bepaalde risico's ('loslaten'). Meerdere deelnemers erkenden de moeilijkheid om dit te realiseren in de praktijk, en kaartten het belang aan van vorming en het belang van duidelijke afspraken omtrent aansprakelijkheid.

- Architecturale aspecten

Verschillende experts bevestigden het belang van architecturale aanpassingen aan de voorziening in de preventieve aanpak van A/F. Plaats voor individuele ruimte voor de zorggebruiker (zeker in acute opname afdelingen) en het gebruik van comfortrooms werden als belangrijk benoemd. Enkelen (ggz-professional, koepelorganisatie) pleitten voor meer specifieke en concrete richtlijnen omtrent architecturale normen in kader van preventie van agressie.

- Zorg voor hulpverleners

Verschillende ggz-professionals gaven aan dat de (na)zorg voor de hulpverleners sterker benadrukt moet worden in de richtlijn. Intervisie en supervisie kan worden ingezet als preventie, terwijl opvang na A/F belangrijk is ter preventie van traumatisering van de hulpverlener. Zorg voor de hulpverlener werd tevens aangekaart als randvoorwaarde voor de implementatie van een nieuw preventiebeleid.

- Afdelingsregels

Door enkele ggz-professionals die werken binnen kinder- en jeugdpsychiatrie, werd het belang van leefregels en pedagogische regels onderstreept. Anderen (ggz-professionals en patiëntenvertegenwoordiging) pleitten daarnaast voor het goed staven van elke regel en het aantal regels zo veel mogelijk te beperken. De voorgestelde tekst omtrent regels in de eerste versie van de MDR werd algemeen als goed beoordeeld. Suggesties voor aanvullingen waren: frequentie van (her)evaluatie concretiseren, zo min mogelijk algemene regels en meer regels of afspraken op maat van het individu, regels opstellen en formuleren op maat van het ontwikkelingsniveau van de zorggebruiker.

- Signaleringsplan en vroegsignalering

Het belang van signaleringsplannen werd algemeen bevestigd. Aanvullende suggesties hielden in: het opstellen moet steeds in overleg met de zorggebruiker, gebruik termen op maat van het ontwikkelingsniveau, medewerkers moeten opgeleid worden in het leren opstellen van een signaleringsplan. Overige suggesties: gebruik van crisiskaart of een Wellness Recovery Action Plan (WRAP).

- Zorgcontinuïteit

Vanuit patiëntenvertegenwoordiging en enkele ggz-professionals werd het belang van zorgcontinuïteit benadrukt. Enkele opmerkingen hieromtrent betroffen: gebruik ziekenhuisbreed eenzelfde taal bij bijvoorbeeld signaleringsplannen, pleeg overleg alvorens een transfer naar een afdeling te doen.

- Onthaal

Enkele ggz-professionals kaartten het belang aan van een warm onthaal. Vanuit patiëntenvertegenwoordiging kwam een pleidooi voor meer informatie voor de zorggebruiker bij opname en onthaal.

- Risico-inschatting

Enkele ggz-professionals bevestigden het belang van risico-inschatting, en uitten tegelijk enkele bekommernissen omtrent de wijze van uitvoering hiervan. Men wees erop dat het gebruik van risicotaxatie-instrumenten niet te sterk mag worden aanbevolen, dat er een gevaar dreigt van te snel protocollair willen handelen bij risico-inschattingen en dat verschillende types agressie anders dienen ingeschat worden (onderscheid interpersoonlijke agressie en naar zichzelf-gerichte agressie).

- Onafhankelijke ombudspersoon

Een ggz-professional en een patiëntenvertegenwoordiger pleitten voor het belang van het *onafhankelijke* statuut van een ombudspersoon.

- Autonomie van de afdeling

Één expert pleitte voor het bewaken van de autonomie van de afdeling als het gaat over het opstellen en evalueren van regels of het op maat evalueren en bijsturen van preventiebeleid. Deze deelnemer vroeg om dit sterker in de tekst te benadrukken.

- Concretisering van richtlijnen

Enkele ggz-professionals en een koepelorganisatie gaven suggesties om sommige richtlijnen concreter te formuleren. Bv. de vage omschrijving van 'een coachende managementstijl', gebruik van termen als 'aandacht hebben voor', het toevoegen van concrete frequenties in richtlijnen omtrent vorming, evaluatie en herziening van beleidsvoering in de voorziening.

- Suggesties m.b.t. literatuur

Enkele ggz-professionals bevelen bijkomende literatuur aan: 'high en intensive care model' uit Nederland en het doctoraat van Tina Vandecasteele.

2.2.4 Toepassingsprocedures voor afzondering en fixatie

- Belang van zorg op maat

Onder de experts bestond consensus over het feit dat zorg op maat belangrijk is. Het feit dat dit belang in de eerste versie van de MDR werd benadrukt, werd als een sterkte benoemd. Meerdere personen gaven aan dat hulpverleners moeten kunnen afwijken van de procedure, indien dit in belang is van een

bepaalde zorggebruiker of situatie. Meerdere deelnemers waren akkoord dat argumenten om af te wijken van de procedure steeds genoteerd dienen te worden in het patiëntendossier. Verschillende personen benadrukten dat vorming moet inzetten op de vaardigheid van de hulpverlener om kritisch te blijven nadenken, ook al bestaat er een procedure.

- Leeftijdsgrens voor afzondering en fixatie

Situering: in de eerste versie van de MDR werd een voorstel gedaan van leeftijdsgrenzen vanaf wanneer afzondering en mechanische fixatie toegelaten zou zijn: respectievelijk 12 en 16 jaar.

Een patiëntenvertegenwoordiger pleitte om deze leeftijdsgrenzen te behouden, als stimulans om naar alternatieven te zoeken en de lat hoog te leggen voor de toekomstige praktijk. Het voorstel om afzondering en/of fixatie te verbieden onder een bepaalde leeftijdsgrens leidde echter tot veel weerstand bij veel experts. In het bijzonder voor wat betreft het verbieden van afzondering onder 12 jaar volgden veel tegenargumentaties. Verschillende ggz-professionals argumenteerden dat korte afzonderingen erg effectief zijn bij het tot rust brengen van kinderen in crisis. Enkele argumenteerden verder dat, ondanks bewuste pogingen, het totaal schrappen van afzondering niet lukte. Verschillende deelnemers waren het er mee eens dat het schrappen van afzondering niet haalbaar is. In de ervaring van één expert voelde het totaal uitsluiten van de optie van afzondering als minder zorgzaam werken. Sommigen argumenteerden dat het hanteren van een leeftijdsgrens niet te rijmen valt met het kunnen leveren van zorg op maat. Zij zien liever exclusie op basis van individu, situatie, en/of ontwikkelingsleeftijd. M.b.t. de haalbaarheid van het elimineren van mechanische fixatie onder de 16 jaar waren enkele deelnemers optimistischer. Eén ggz-professional werkzaam binnen kinderspsychiatrie lichtte toe hoe mechanische fixatie niet langer werd toegepast in de eigen organisatie. Eén deelnemer argumenteerde dat indien de leeftijdsgrens geschrapt wordt, er wel extra waarborgen dienen te worden ingebouwd voor indicatiestelling van A/F voor deze jonge en dus kwetsbare doelgroep.

- Combinatie afzondering en fixatie

Vanuit patiëntenvertegenwoordiging werd geopperd dat de combinatie van afzondering en fixatie verboden zou moeten zijn, zoals dit in enkele andere landen het geval is. Een tweede expert, een ggz-professional, vond de richtlijn in de eerste MDR hierover vooral te vaag (“gebruik de combinatie zo min mogelijk”).

- Verantwoordelijkheid van de arts versus verpleegkundige
- Er waren verschillende meningen omtrent dit thema. Verschillende ggz-professionals alsook een overheidsinstantie pleitten ervoor dat verpleegkundigen ook beslissingsrecht krijgen over het beëindigen van de maatregel, zodat deze sneller kan stoppen. De arts is immers veel minder aanwezig in vergelijking met verpleegkundigen. Een andere ggz-professional vond dat dit de verantwoordelijkheid van een arts is, maar dat een goed wachtsysteem van artsen ('s avonds, weekends, feestdagen, ...) een noodzakelijke voorwaarde is. Beslissen om over te gaan tot A/F : meer waarborgen en drempels nodig

Een ggz-professional suggereerde dat er verder moet worden nagedacht over wat extra drempels en waarborgen kunnen zijn, zodat de drempel om te beslissen tot afzondering of fixatie hoger zou liggen. Een andere deelnemer (onderzoeker) kon zich hierbij aansluiten. Bij navraag wat bijkomende drempels zouden kunnen zijn, suggereerde deze ggz-professional dat de afspraken die werden gemaakt in het signaleringsplan hierin een rol kunnen spelen: indien er bijvoorbeeld geen afspraken met de zorggebruiker werden gemaakt omtrent afzondering en fixatie, ligt de drempel voor het kiezen hiervoor hoger. Een andere mogelijke drempel, volgens deze deelnemer, is het benadrukken dat beslissingen

omtrent starten, aanhouden of stoppen van de maatregel tevens zoveel mogelijk in collegiaal overleg dient te gebeuren.

- Nabijheid in afzondering

Over dit thema bleven de meningen onder experts verdeeld. Over het algemeen gold dat ggz-professionals die werken met een volwassen patiëntenpopulatie sterk pleitten voor het nabij zijn tijdens afzondering. Voor hen mag de MDR sterker benadrukken dat afzondering een periode is van intensieve zorg. Ook andere experts zoals zorggebruikervertegenwoordiging en onderzoekers gaven aan dat het alleen-zijn een bijzonder ingrijpend en traumatiserend aspect van afzondering is. Anderzijds stelden verschillende ggz-professionals die werken met kinderen en jongeren, dat nabijheid bij de jonge kinderen in afzondering vaak contraproductief werkt voor de-escalatie, terwijl het alleen laten juist snel effect heeft op de-escalatie.

- Post-evaluatiegesprek

Twee ggz-professionals stonden kort stil bij het post-evaluatiegesprek. Zij benadrukten het belang van dit gesprek en gaven aan dat het van belang is *hoe* een gesprek wordt uitgevoerd, en wie betrokken wordt in het gesprek. Dit laatste is vaak een kwestie van maatwerk.

- Registratie

Vanuit patiëntenvertegenwoordiging werd het belang van registratie onderstreept. Ook vanuit een koepelorganisatie werd gevraagd naar een goede uniforme registratiewijze.

- Afgrenzing tijdsduur A/F

Situering: in de eerste versie van de MDR werd een voorstel geformuleerd omtrent een maximum tijdsduur van mechanische fixatie: "mechanische fixatie die binnen een tijdspanne van 48u meer dan de helft van de totale tijd heeft geduurd"

Een patiëntenvertegenwoordiger pleitte voor een duidelijke afgrenzing van een maximum tijdsduur voor afzondering en fixatie. Deze deelnemer stelde dat 24u ontzettend lang is. Vanuit het perspectief van ggz-professionals die werken met kinderen en jongeren, werd aangegeven dat reeds korte afzondering van 5 minuten, max. 10 minuten, al zeer goed werkzaam zijn.

- Second opinion procedure

Situering: in de eerste versie van de MDR werd volgende suggestie gemaakt: "Overweeg bij afzonderingen die binnen één week langer dan de helft van de totale tijd (7x24u) van de week hebben geduurd, het vragen van een 'second opinion' van een andere arts."

Enkele ggz-professionals benoemden de second opinion procedure als een goed idee. De beschrijving van de procedure vond men echter te vaag. Men stelde zich ook de vraag, op welke wijze dit realiseerbaar is in de praktijk. Wie zou de tweede opinie voorzien?

- Afzondering: kledij

Verschiedende experts waren het erover eens dat het erg ingrijpend en onnodig is om iemand in afzondering automatisch van de eigen kledij te (laten) ontdoen. De regel zou volgens hen moeten zijn dat men enkel scheurvrije kledij aandoet indien er een zeer groot gevaar is voor zelfbeschadiging. Scheurvrije kledij zou nooit standaard toegepast mogen worden, en ook nooit standaard verboden mogen zijn. Het is een kwestie van maatwerk, zo werd gesteld.

- Afzondering: bezoekrecht

Een zorggebruikervertegenwoordiger opperde dat de zorggebruiker in afzondering altijd bezoekrecht moet hebben. Een ggz-professional stelde zich de vraag of het in staat zijn om bezoek te ontvangen geen indicatie is om een afzondering te beëindigen. Meerdere ggz-professionals waren het erover eens dat het inschatten van al dan niet bezoek ontvangen, iets is dat op maat van de zorggebruiker en diens situatie moet worden beoordeeld.

- Zelfverwonding als indicatie voor mechanische fixatie

Een expert stelde zich ernstige vragen bij het feit of zelfverwonding een indicatie kan zijn voor mechanische fixatie. De deelnemer argumenteerde dat zelfverwonding van een andere aard is dan interpersoonlijke agressie omdat het een vorm van agressie is dat naar de eigen persoon gericht is, en dat beiden onderscheiden moeten worden. Ook een patiëntenvertegenwoordiger stelde zich de vraag of mechanische fixatie altijd het juiste antwoord is op zelfverwonding of suicidegevaar. De experts komen niet tot een gedeeld antwoord op deze vraag die wel als belangrijk aanzien werd.

- Humane wijze van toepassing van A/F

Een ggz-professional argumenteerde dat de wijze waarop A/F wordt uitgevoerd, veel invloed heeft op het respectvol en humaan benaderen van de zorggebruiker. Hoe benader je de persoon, hoe spreek je ermee, met hoeveel personen voer je de interventie uit, hoe en waar raak je iemand aan? De deelnemer suggereerde dat de MDR deze aspecten meer zou mogen benadrukken.

2.2.5 Randvoorwaarden

- Financiële middelen voor personeelsbezetting en/of architecturale aanpassingen
- Verschillende experts kaartten aan dat meer personeelsbezetting een noodzakelijke voorwaarde is om continue nabijheid te kunnen bieden gedurende afzondering of fixatie. In de huidige praktijk is dit niet steeds haalbaar. Anderen kaartten aan dat er verschillende financiële noden zijn voor verschillende types van afdelingen. Een deelnemer gaf bijvoorbeeld aan dat een acute opname eenheid een hoger risico heeft op agressie, en meer nood aan individuele ruimte per zorggebruiker ter preventie van deze agressie. Meerderen uitten zich akkoord hierover. Twee deelnemers nuanceerden dat voldoende middelen inderdaad nodig zijn, maar dat de ggz-voorziening zelf ook bewust met keuzes moet omgaan omtrent het verdelen van middelen (prioriteiten stellen) om zo bepaalde zaken haalbaar te maken. Nood aan begeleiding van de ggz-voorzieningen

Een overheidsinstantie en een koepelorganisatie gaven aan dat begeleiding voor de voorzieningen noodzakelijk is om de richtlijn goed te kunnen implementeren. Niet alle voorzieningen hebben de know-how om 'good practice' richtlijnen om te zetten in dagelijkse realiteit.

- Kennis uitwisselen

Vanuit patiëntenvertegenwoordiging werd opgeroepen om meer te investeren in het uitwisselen van kennis en goede praktijken omtrent vrijheidsbeperking in eigen land. Niet elke voorziening heeft voldoende kennis en er valt veel van elkaar te leren. Anderen spreken ook over het belang van kennisuitwisseling binnen de eigen voorzieningen: laat teams en afdelingen ideeën en ervaring uitwisselen omtrent preventie van agressie, afzondering en fixatie.

- Aansprakelijkheid

Om een beleid met ‘positive risk taking’ te kunnen toepassen, was het volgens verschillende experts noodzakelijk om de aansprakelijkheid van de zorgverleners - indien er toch iets misloopt - goed uit te klaren. Juridische bescherming van het personeel werd als belangrijk omschreven.

Andere randvoorwaarden voor de implementatie van de MDR die door de experts werden opgesomd, komen aan bod binnen andere thema's. Het betreft: 'zorg voor hulpverleners' en 'gedragen beleid'. Tenslotte werd vorming van hulpverleners als een algemene belangrijke randvoorwaarde aangekaart door verschillende experts.

3 Expertpanel 2

3.1 Methode

3.1.1 Verloop van het expertpanel

Het tweede expertpanel vond plaats te Brussel op 16 november 2018. De deelnemers kregen op voorhand de derde versie van de MDR doorgestuurd, dewelke bestond uit (1) een inleiding en methodebeschrijving, (2) de aanbevelingen voor preventie van afzondering en fixatie, en (3) de aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie. Twee groepen van stakeholders werden uitgenodigd voor dit tweede, kleinere expertpanel. Het betrof enerzijds GGZ-professionals - zowel medewerkers van residentiële GGZ-voorzieningen met goede praktijken, als vertegenwoordigers van beroepsverenigingen - en anderzijds koepelorganisaties van residentiële GGZ. Enkele deelnemers konden niet aanwezig zijn op het expertpanel, en gaven op schriftelijke wijze feedback op de MDR en de vragen van de onderzoekers. Het aantal deelnemers en de wijze van hun deelname wordt in tabel 2 weergegeven.

Tabel 2 Groepen van stakeholders die aanwezig waren op expertpanel 2

Stakeholder	Aantal deelnemers aanwezig op expertpanel	Aantal deelnemers met schriftelijke feedback	Totaal aantal deelnemers
GGZ-professionals			
- Medewerkers residentiële GGZ 'good practice'	3	1	4
- Vertegenwoordigers van beroepsverenigingen	1	2	3
Koepelorganisaties van residentiële GGZ	1	0	1
Totaal	5	3	8

Het expertpanel verliep als volgt. Er werd gestart met een introductie door de onderzoekers. Vervolgens werd de nieuwe versie van de MDR overlopen met de deelnemers. Systematisch werd de opinie van de deelnemers bevraagd over (1) de haalbaarheid van de aanbevelingen in de huidige praktijk, (2) noodzakelijke of wenselijke randvoorwaarden voor de implementatie van de aanbevelingen, (3) de

vraag of de aanbevelingen al dan niet in lijn liggen met belangrijke waarden en voorkeuren van Vlaamse GGZ-voorzieningen. Dezelfde vragen werden gesteld aan de deelnemers die niet aanwezig waren op het expertpanel, maar wel schriftelijke hun feedback hebben gegeven. De input van alle deelnemers werd geïntegreerd voor de dataverwerking en vervolgens meegenomen bij het verdere finaliseren van de MDR, alsook het formuleren van de randvoorwaarden in het rapport.

3.1.2 Dataverwerking

Er werd een audio-opname gemaakt van het groepsgesprek. Daarnaast namen drie onderzoekers notities. De schriftelijke feedback van afwezige deelnemers werd eveneens verwerkt. Voor de dataverwerking werd de input van de deelnemers geclusterd volgens de onderwerpen 'waarden en voorkeuren' en 'haalbaarheid en randvoorwaarden'.

3.2 Resultaten

Hierbij wordt de input van de deelnemers van het tweede expertpanel beknopt weergegeven. De input rond haalbaarheid en randvoorwaarden wordt uitgebreider toegelicht in hoofdstuk 8 van dit onderzoeksrapport.

3.2.1 Waarden en voorkeuren van de residentiële GGZ

De bevroegde experts benadrukten de volgende waarden en voorkeuren van de residentiële GGZ met betrekking tot de aanpak van afzondering en fixatie:

- Nadruk op preventie van afzondering en fixatie
- Naasten van de zorggebruiker betrekken bij preventie en gebruik van afzondering en fixatie
- Zorg op maat
- Zo humaan mogelijke toepassing van afzondering en fixatie, in lijn met de rechten van de mens
- Basisveiligheid van de behandelomgeving moet gewaarborgd worden. Het is belangrijk om voortdurend te streven naar een optimaal evenwicht tussen voldoende basisveiligheid in de behandelomgeving en het zo humaan mogelijk toepassen van afzondering en fixatie. Beide bekommernissen kunnen soms leiden tot tegengestelde acties m.b.t. afzondering en fixatie.
- Ethische reflectie over afzondering en fixatie, naast incidentenanalyses
- Lerende organisatiecultuur binnen de GGZ-voorzieningen
- Delen van expertise tussen voorzieningen
- MDR wordt gedragen door alle disciplines in de GGZ-voorziening, waaronder ook de artsen

3.2.2 Haalbaarheid en randvoorwaarden

De deelnemers gaven input over de haalbaarheid en randvoorwaarden voor de voorgelegde aanbevelingen voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie. De voornaamste punten die specifiek aangehaald werden rond haalbaarheid zijn:

- Bekommernissen rond het van registreren van *alle* incidenten van agressie,
- Het gebruik van signaleringsplannen bij *alle* zorggebruikers
- Praktische beperkingen omwille van te lage personeelsbezetting bij de aanbevelingen over het uitvoeren van afzondering: indicatiestelling, beslissen in overleg, toezicht en nabijheid.

Volgende randvoorwaarden werden gespecificeerd:

- Financiële middelen voor architecturale aanpassingen
- Een gebruiksvriendelijk en “only-once” registratiesysteem
- Belang van zorg voor personeel en veiligheid(sgevoel)
- Belang van nazorg voor personeel en medezorggebruikers die getuigen zijn van afzondering of fixatie
- Voldoende personeel, in het bijzonder artsen
- Belang van een lerende cultuur in de GGZ-voorziening
- Belang van kennis delen tussen GGZ-voorzieningen
- Begeleiding en verbetering van expertise van de GGZ-voorzieningen met betrekking tot de preventie en toepassing van afzondering en fixatie
- Concretere kennis over de impact van ruimte (vierkante meters) op de preventie van agressie

Hoofdstuk 6

Ontwikkelen van een mensenrechtelijk toetsingskader

1 Plan van aanpak

Hoger kwam aan bod dat er bij de interpretatie van buitenlandse richtlijnen rekening moet worden gehouden met het feit dat ze tot stand gekomen zijn binnen, en gebruikt worden in, een specifieke juridische context (zie hoofdstukken 1 en 4). Deze juridische context is zowel bij het ontwerpen als het uitvoeren van een richtlijn van belang. Een richtlijn is immers geen wet, maar een aanwijzing van hoe te handelen. Het handelen dat gebaseerd is op de richtlijn mag er niet toe leiden dat wettelijke grenzen overschreden worden. Bijgevolg moet de richtlijn zelf het bestaande recht respecteren. Dit juridische kader is tweevoudig: het bestaat enerzijds uit het recht zoals dat in Vlaanderen (België) op afzondering en fixatie van toepassing is en anderzijds uit mensenrechtelijke normen waaraan zowel dit nationale recht als de toepassing van afzondering en fixatie moeten voldoen. Dit hoofdstuk geeft ten eerste inzicht in het huidige recht en bouwt ten tweede een mensenrechtelijk toetsingskader op. Het is op basis van dit juridische kader dat de MDR – tijdens de ontwikkeling ervan – in verschillende stadia getoetst en aangepast werd.

Het recht zoals dat in Vlaanderen (en ruimer: België) op afzondering en fixatie van toepassing is, plaatste de onderzoekers bij de ontwikkeling van deze MDR voor een uitdaging. De preventie en toepassing van afzondering en fixatie zijn immers niet uitdrukkelijk geregeld. Dat er geen specifieke regels zijn, betekent niet dat zorgvoorzieningen vrij kunnen kiezen wanneer en hoe ze afzonderen en fixeren. Zelfbeschikking is immers een primair beginsel, zowel in het algemeen als in de zorg (Goffin, 2011, p. 447ff). De *Wet Patiëntenrechten* is hiervan de voornaamste getuige.⁷ Bovendien zijn de fysieke en psychische integriteit van zorggebruikers juridisch beschermd, bijvoorbeeld via het straf- en aansprakelijkheidsrecht. Bijgevolg moet wie zich in deze integriteit mengt, dit juridisch kunnen verantwoorden. Elke afzondering en fixatie moet dus berusten op een juridische basis. Door het gebrek aan specifieke regels enerzijds en de noodzaak van een juridische basis anderzijds is het in de praktijk niet duidelijk op grond waarvan een zorggebruiker afgezonderd en gefixeerd kan worden (Lemmens, 2014, p. 1035). Om afzondering en fixatie te verantwoorden wordt vaak verwezen naar een noodsituatie, die verder gekaderd wordt met aspecten uit de erkenningsnormen, de patiëntenrechten en *soft law* die door de toezichtsorganen gecreëerd wordt (zie paragraaf 2.1.3 van dit hoofdstuk). Dit kader is juridisch echter niet coherent, zodat juridisch onderzoek het erover eens is dat het recht op dit punt aan verbetering toe is (o.a. Veys, 2008, p. 151; Lemmens, 2014, p. 1037; Opgenhaffen, 2018, p. 97-98).

Deze conclusie wordt niet zomaar gemaakt, maar is onder andere gestoeld op het belang van zelfbeschikking en vrijheid. Afzondering en fixatie zijn verregaande maatregelen die door het recht gelegitimeerd en gecontroleerd moeten worden. Deze conclusie volgt ook uit de mensenrechten. Mensenrechten zijn een 'hogere norm' waaraan ook het recht en beleid die van toepassing zijn op afzondering en fixatie getoetst kunnen worden. Door bepaalde verdragen te ondertekenen – waaronder het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens – heeft België zich ertoe verbonden de mensenrechten te respecteren en personen te beschermen tegen mensenrechtenschendingen

⁷ Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de zorggebruiker, *BS*. 26 september 2002.

(Janssens, Mirgaux, Smis, & Laethem, 2011, p. 27-31). De organen die op deze verdragen toezicht houden hebben zich al meermaals uitgesproken over afzondering en fixatie (*infra*). Het is onder meer aan de hand van deze uitspraken dat juridische onderzoekers reeds meermaals de kwaliteit van het huidige juridische kader in België in vraag gesteld hebben (Veys, 2008).

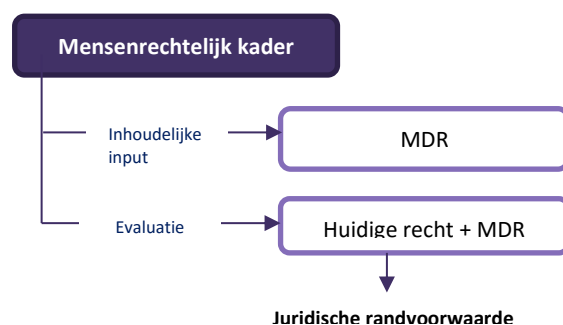
Dit plaatst de onderzoekers bij de ontwikkeling van de richtlijn voor een uitdaging. Hoe moet de richtlijn zich verhouden tot een juridisch kader waarvan aan de ene zijde blijkt dat het onvoldoende duidelijk is en te weinig bescherming biedt om de mensenrechtelijke toets met zekerheid te doorstaan, maar dat aan de andere zijde een noodzakelijke voorwaarde is om te mogen afzonderen en fixeren? Afzondering en fixatie zijn immers steeds de *geregelde* uitzondering.

In samenspraak met de opdrachtgever werd er ervoor gekozen om enerzijds het recht zoals het in Vlaanderen geldt niet te beschouwen als een onveranderlijk gegeven dat in de richtlijn geïntegreerd moet worden, en om anderzijds te streven naar een richtlijn die bijdraagt tot een zo mensenrechtenconform mogelijke toepassing van afzondering en fixatie in Vlaanderen. Beide aspecten hebben gevolgen voor de richtlijn en de wijze waarop ze gebruikt kan worden.

1. Het **huidige recht** is niet altijd duidelijk. Nochtans moeten afzondering en fixatie juridisch wel verantwoordbaar zijn. Zonder juridische basis zijn afzondering en fixatie immers verboden. De keuze werd gemaakt om in de richtlijn geen interpretatie te verwerken van de huidige juridische regels die op afzondering en fixatie van toepassing zijn. Het is immers onzeker of deze interpretatie de toets van de mensenrechten zou doorstaan. Dit zou ertoe leiden dat de richtlijn wel in overeenstemming zou zijn met het recht zoals het in Vlaanderen van toepassing is, maar niet in overeenstemming zou zijn met de mensenrechten. Een integratie van het huidige recht wordt in de richtlijn zelf dan ook zo veel mogelijk vermeden. Dit betekent echter niet dat het huidige recht niet gerespecteerd moet worden; de richtlijn moet steeds gehanteerd worden binnen het wettelijke kader zoals het op dat moment van toepassing is.

Het wettelijke kader zoals het bij de totstandkoming van de richtlijn geïnterpreteerd kan worden, komt verderop aan bod.

2. De **mensenrechten** zijn bij het opstellen van de richtlijn *wel* gebruikt als normatief kader. Dit kader werd opgebouwd op basis van de interpretatie die de organen van de Raad van Europa aan de mensenrechten geven, wanneer ze toegepast worden op afzondering en fixatie (zie *infra*). Hoewel een richtlijn volgens de organen van de Raad van Europa de mensenrechtenconformiteit kan bevorderen⁸, staat ze niet op zichzelf. Enerzijds is de richtlijn een instrument, dat pas zinvol is wanneer het in de praktijk wordt gebruikt. Anderzijds is de richtlijn geen wet en kan ze niet alle juridische lacunes opvangen. Met betrekking tot dit laatste moet ook het ruimere juridische kader dat op afzondering en fixatie van toepassing is tot mensenrechtenconformiteit bijdragen. Daarom wordt in wat volgt het normatief kader niet enkel gebruikt om de MDR inhoudelijk te versterken, maar ook om aanbevelingen te formuleren met betrekking tot toekomstig recht en beleid.



⁸ O.a. EHRM 17 juli 2012, nr. 2913/06, Munjaz/Verenigd Koninkrijk; EHRM 18 oktober 2012, nr. 37679/08, Bureš/Tsjechië.

2 Het recht over afzondering en fixatie in Vlaanderen

2.1 De toepassing van afzondering en fixatie

2.1.1 Een juridische basis als uitgangspunt

Er bestaat in Vlaanderen (en ruimer: België) geen wetgeving die de toepassing van afzondering en fixatie integraal regelt, noch in de vrijwillige, noch in de gedwongen zorg. Ook de ‘Wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke’, die de juridische positie van de gedwongen opgenomen zorggebruiker bepaalt, regelt de toepassing ervan niet.⁹

Afzondering en fixatie zijn veiligheidsmaatregelen die toegepast worden door hulpverleners ondanks de (wilsbekwame) weigering of het (wilsonbekwaam) verzet van de zorggebruiker. De hulpverleners mengen zich hierbij in de fysieke en psychische integriteit van de zorggebruiker (Swennen, 2001, p. 664; Lemmens, 2014, p. 1034). Opdat afzondering en fixatie mogen, moet de wet ze toelaten. Dit volgt ten eerste uit het strafrecht waarin bepaalde misdrijven de schending van de fysieke en psychische integriteit strafbaar stellen (Goffin, 2008, p. 1311-1312). Zo kunnen afzondering en fixatie een vorm van ‘slagen of verwondingen’ zijn, waardoor ze strafbaar zijn tenzij de wet ze toelaat (Dierickx, 2006). Dit volgt ten tweede ook uit de bescherming van de persoon in het recht in het algemeen. De fysieke en psychische integriteit worden beschouwd als een essentieel onderdeel van de persoonlijkheid, waarin derden zich niet mogen mengen tenzij dit juridisch verantwoordbaar is (Swennen, 2001, p. 478ff.). Tot slot volgt dit ook uit de basisbeginselen van het gezondheidsrecht, die onder meer terug te vinden zijn in de Wet Patiëntenrechten (D’Haese, 2010, p. 431-432).

Afzondering en fixatie mogen dus niet zonder juridische grondslag. Toch vinden er afzonderingen en fixaties plaats. In de praktijk worden zij meestal gerechtvaardigd op grond van normen die de modaliteiten van afzondering en fixatie regelen (zie voorheen). Zo wordt bijvoorbeeld uit de regel dat afzonderingen bij een gedwongen opname intern geregeld en geregistreerd moeten worden, rechtstreeks afgeleid dat ze toegelaten zijn.¹⁰ Eenzelfde conclusie wordt voor de vrijwillige zorg getrokken uit de omzendbrief Weckx (Bervoets & Sabbe, 2010, p. 199).¹¹ Om minstens drie redenen is het problematisch om de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie uit deze bronnen af te leiden.

1. Ten eerste richten deze normen zich uitsluitend op afzondering, en niet op fixatie. Een uitbreiding ervan tot fixatie kan niet in deze normen gelezen worden.
2. Ten tweede bestaat er in de gedwongen opname discussie over de waarde van de bepalingen over afzondering die in het KB van 18 juli 1991 zijn opgenomen. De Wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke (hierna WBPG) – die als hogere norm fungeert – stelt immers dat buiten de beschermingsmaatregelen waarin de WBPG zelf voorziet, de diagnose en de behandeling van psychische stoornissen geen aanleiding kunnen geven tot enige vrijheidsbeperking (Rotthier & Servaes, 2012, p. 296; Lemmens, 2014, p. 1037-1038).¹²

⁹ Wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, *BS* 27 juli 1990.

¹⁰ Art. 3 en 5 KB 18 juli 1991 ter uitvoering van artikel 36 van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, *BS* 26 juli 1991.

¹¹ Omz. VI. 24 oktober 1990 betreffende afzondering van patiënten opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen en in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen.

¹² Art. 1, §1, eerste lid wet 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, *BS* 27 juli 1990.

3. Ten derde kunnen erkennings- en functioneringsnormen wel regelen hoe afzondering en fixatie kunnen worden toegepast, maar bieden ze op zich geen wettelijke grondslag of rechtvaardiging voor het inzetten van deze maatregelen. Dit volgt uit de aard van deze normen die zich situeren in de relatie tussen de overheid en de zorgaanbieder, en niet in de verhouding tussen de zorgaanbieder en de zorggebruiker (D'haese & Put, 2015, p. 11). Voor deze verhouding zijn er specifiekere regels, waaruit de zorggebruiker meer rechten kan putten. Het is gelet op de hiërarchie der normen bovendien betwifelbaar dat erkennings- en functioneringsnormen – die veelal op het niveau van de uitvoerende macht vastgelegd worden – kunnen ingaan tegen deze wetten die de rechtspositie van de zorggebruiker vastleggen.

Het is juridisch juist om de toepasbaarheid van afzondering en fixatie te legitimeren op basis van regels die de rechtsverhouding tussen zorggebruikers en zorgaanbieders regelen. Hierbij volgt de toepasbaarheid van afzondering en fixatie in de eerste plaats uit de combinatie van de Wet Patiëntenrechten en de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen, en in de tweede plaats – wanneer de Wet Patiëntenrechten en de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen niet van toepassing zijn – uit de noodtoestand (Veys, 2007).

2.1.2 De toepassing van afzondering en fixatie volgend uit de patiëntenrechten

Afzondering en fixatie zijn handelingen in de gezondheidszorg waarop de **Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen** (het vroegere KB 78) en de **Wet Patiëntenrechten** van toepassing zijn.

De **Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen** legt vast onder welke voorwaarden -gezondheidszorgberoepen (o.a. geneeskunde, verpleegkunde, klinische psychologie, klinische orthopedagogie) mogen worden uitgeoefend en bepaalt wie welke handelingen in de gezondheidszorg mag stellen. Deze regelgeving kent de arts een algemene bevoegdheid inzake medisch handelen toe – het zogenaamde monopolie van de arts. Voor andere gezondheidszorgberoepen wordt een specifiek takenpakket omschreven. Dat afzondering en fixatie gezondheidszorghandelingen zijn blijkt o.a. uit de lijst met technisch verpleegkundige verstrekkingen die een verpleegkundige mag uitvoeren met of zonder voorschrift van een arts. Volgens deze lijst is een verpleegkundige bevoegd om een zorggebruiker zonder het voorschrift van een arts af te zonderen en/of te fixeren ter voorkoming van lichamelijke letsels en is hij bevoegd om met het voorschrift van een arts medicatie te bereiden en toe te dienen.¹³

Dat afzondering en fixatie in de eerste plaats onder de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen vallen, heeft twee gevolgen.

1. De beslissing tot en uitvoering van afzondering en fixatie is **voorbehouden** aan specifieke beroepsbeoefenaars. Dit is in de eerste plaats **de arts**. Daarnaast kunnen ook **verpleegkundigen** afzonderen en fixeren voor zover de lijst met technisch verpleegkundige verstrekkingen dit toelaat. Dit is met name het geval bij:
 - Afzondering, fysieke interventie en mechanische fixatie om de zorggebruiker van fysieke letsels te behoeden [zonder voorschrift].¹⁴

¹³ KB van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, *BS* 26 juli 1990.

¹⁴ Punt 5, Bijlage I KB van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen

- Medicamenteuze fixatie [met voorschrift].¹⁵

Wanneer een maatregel valt onder de technisch verpleegkundige verstrekkingen, kan de uitvoering door de verpleegkundige gedelegeerd worden aan **zorgkundigen** in hun zorgequipe die onder hun toezicht staan.¹⁶ Of afzondering en fixatie ook tot de beroepsuitoefening van de klinisch psycholoog of de klinisch orthopedagoog behoren, valt te betwisten en hangt af van de omvang van hun therapeutische en diagnostische vrijheid. Voor hen is het bijgevolg niet zeker dat ze mogen afzonderen of fixeren.

2. Wie geen van deze gezondheidszorgberoepen beoefent, mag in beginsel niet afzonderen en fixeren. Dit aspect wordt gehandhaafd via de strafbaarstelling van het onwettig betreden van het geneeskundige (art. 122 Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen), verpleegkundige (art. 124 Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen) of paramedische bevoegdheidsdomein.¹⁷

Dat de bevoegdheidstoekenning in de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen een rechtsgrond biedt die het toelaat om zich te mengen in de fysieke integriteit van de persoon, bekent niet dat beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg onvoorwaardelijk mogen afzonderen en fixeren. Wie een gezondheidszorgberoep beoefent is immers gebonden aan de **Wet Patiëntenrechten**.¹⁸ Deze wet regelt de rechtsverhouding tussen de zorggebruiker en de beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg (o.a. artsen, verpleegkundigen, zorgkundigen, klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen). Het belangrijkste element van deze wet is zonder meer dat de zorggebruiker bij elke medische tussenkomst het recht heeft om *geïnformeerd in te stemmen*. Bijgevolg kan wie een gezondheidszorgberoep uitoefent slechts afzondering en fixatie toepassen voor zover de zorggebruiker er vrij en voorafgaandelijk mee toestemt. Bovendien kan hij zijn instemming steeds weer intrekken.¹⁹ Zonder deze instemming is er geen sprake van een rechtsgrond die afzondering en fixatie mogelijk maakt. Op de instemmingsvereiste bestaan er binnen de Wet Patiëntenrechten slechts twee uitzonderingen.

1. **De vertegenwoordigingsregeling bij wilsonbekwaamheid.** Een zorggebruiker is wilsonbekwaam wanneer hij feitelijk niet in staat is om informatie te begrijpen en op basis hiervan een keuze te maken en uit te drukken (Lemmens, 2014, p. 938). Het recht hanteert een vermoeden van wilsonbekwaamheid. Het is dus zeker niet zo dat een psychiatrische zorggebruiker per definitie wilsonbekwaam is. Wanneer een zorggebruiker niet tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat is, richt de beroepsbeoefenaar zich tot de persoon die de zorggebruiker op grond van de Wet Patiëntenrechten vertegenwoordigt.²⁰ Is een zorggebruiker wilsonbekwaam, dan wordt hij vertegenwoordigd door – in neergaande volgorde – een door

worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, *BS* 26 juli 1990.

¹⁵ Punt 1.7, Bijlage I KB van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, *BS* 26 juli 1990.

¹⁶ Bijlage bij KB 12 januari 2006 tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen, *BS* 3 februari 2006.

¹⁷ Zie hierover ook Ontwerp van decreet betreffende de zorg- en bijstandsverlening, *Parl. St.* Vlaams Parlement, 2007-2008, nr. 1708-1, 41

¹⁸ Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS*. 26 september 2002.

¹⁹ Art. 8, §§1 en 4 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS*. 26 september 2002.

²⁰ Art. 14 wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS*. 26 september 2002.

hem vooraf aangewezen vertegenwoordiger, een bevoegd bewindvoerder of één van de door de Wet Patiëntenrechten genoemde informele vertegenwoordigers. Kan er geen vertegenwoordiger gevonden worden, dan behartigt de beroepsbeoefenaar na multidisciplinair overleg zelf de belangen van de zorggebruiker. Omdat hierdoor een evenwicht komt te vervallen, lijkt deze laatste situatie niet aangewezen in de (langdurige) residentiële zorg. Voor minderjarigen geldt een afwijkende regeling waarbij vermoed wordt dat ze hun patiëntenrechten niet zelf kunnen uitoefenen, zodat de ouders als vertegenwoordiger optreden. Wanneer een minderjarige tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat is – de wet kleeft hier geen leeftijd op – oefent hij wel zijn rechten zelf uit.²¹

De vertegenwoordiger kan met een afzondering en fixatie toestemmen, of kan de toepassing ervan weigeren. Hij tracht hierbij de beslissing te nemen die de zorggebruiker zou genomen hebben indien hij wilsbekwaam is. De wilsbekwame zorggebruiker wordt zo veel mogelijk bij het beslissingsproces betrokken. De beroepsbeoefenaar is verplicht om van de beslissing van de bewindvoerder of de informele vertegenwoordiger af te wijken om een bedreiging voor het leven of een ernstige aantasting van de gezondheid van de vertegenwoordigde zorggebruiker af te wenden. Indien de beslissing genomen is door een vertegenwoordiger die de zorggebruiker vooraf zelf aangeduid heeft, mag de beroepsbeoefenaar in dit geval slechts van zijn beslissing afwijken indien deze beslissing niet gebaseerd is op de uitdrukkelijke wil van de zorggebruiker (Goffin, 2011, p. 340 en 412).²²

2. **Het noodgeval.** Dit is het geval waarin het niet duidelijk is wat de zorggebruiker wil, dan mag de arts (of verpleegkundige) zonder instemming ingrijpen voor zover dat in het onmiddellijke belang is van zijn gezondheid.²³ Het noodgeval kan een langdurige toepassing van afzondering en fixatie niet verantwoorden. De beroepsbeoefenaar moet immers zo snel mogelijk de instemming van de zorggebruiker of zijn vertegenwoordiger verkrijgen.

Samengevat zijn afzondering en fixatie in Vlaanderen en België handelingen die voorbehouden zijn aan artsen enerzijds en (in bepaalde specifieke gevallen) aan verpleegkundigen en zorgkundigen anderzijds. Bij de toepassing dienen zij de Wet Patiëntenrechten te respecteren. Bijzondere aandacht gaat hierbij uit naar de toestemmingsvereiste. Hierdoor zijn afzondering en fixatie slechts in vier gevallen mogelijk [1] wanneer de wilsbekwame zorggebruiker met de toepassing ervan instemt; [2] wanneer de vertegenwoordiger van de wilsbekwame zorggebruiker ermee instemt en hiermee vertegenwoordigt wat de zorggebruiker zelf gewild zou hebben; [3] wanneer de vertegenwoordiger van de wilsbekwame zorggebruiker weigert in te stemmen, maar deze weigering een bedreiging voor het leven of een ernstige aantasting van de gezondheid van de zorggebruiker met zich meebrengt; en [4] het noodgeval waarin de wil van de wilsbekwame zorggebruiker (nog) niet gekend is.

2.1.3 De toepassing volgend uit de noodtoestand

Afzondering en fixatie kunnen ook hun rechtsgrond vinden in de **noodtoestand** (Veys, 2007, p. 226). De noodtoestand is een algemene rechtsgrond die het plegen van een strafbaar feit rechtvaardigt (afzondering en fixatie die plaatsvinden buiten het kader van de Wet Patiëntenrechten zijn strafbaar)

²¹ Art. 12 wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS*. 26 september 2002.

²² Art 15, §2.

²³ Art. 8, § 5 Wet Patiëntenrechten; Een noodgeval mag echter niet gelijkgesteld worden met noodtoestand. In het eerste geval mag immers niet tegen de gekende wil van de patiënt in gehandeld worden. Zie ongenueanceerd in TECHNISCHE COMMISSIE VOOR VERPLEEGKUNDE, *Eindverslag Fixatie en Isolatie*, Brussel, 2007, p. 7.

wanneer er een actueel, ernstig en zeker gevaar bestaat voor een hoger belang (Dierickx, 2007).²⁴ Toegepast op afzondering en fixatie betekent dit dat het in uitzonderlijke gevallen toegelaten is de integriteit van een zorggebruiker te schenden wanneer hiermee erger kwaad (bijvoorbeeld schade aan derden) vermeden wordt. De noodtoestand is hierbij een rechtsgrond waarop iedereen – ook wie geen gezondheidszorgberoep uitoefent – zich kan beroepen.

De noodtoestand is slechts van toepassing wanneer aan drie voorwaarden is voldaan (Dierickx, 2007, p. 396-397).

1. Het doel van de afzondering en fixatie moet rechtsmaatschappelijk hoger of minstens evenwaardig gewaardeerd worden als de autonomie en de integriteit van de zorggebruiker. Dit is bijvoorbeeld het geval voor de fysieke integriteit van derden. De bescherming van goederen staat echter niet op dezelfde hoogte als de autonomie en integriteit van de zorggebruiker, zodat de zorggebruiker die enkel een gevaar betekent voor goederen niet op grond van de noodtoestand afgezonderd of gefixeerd mag worden (De Herdt, 2014, p. 670-685).²⁵
2. Ten tweede moet het gevaar dat met de afzondering en fixatie vermeden wordt, ernstig, dreigend en nabij zijn.²⁶ Een gevaar in het verleden of de verre toekomst kunnen de afzondering of fixatie van een zorggebruiker niet verantwoorden.²⁷
3. Ten derde rechtvaardigt de noodtoestand afzondering en fixatie slechts voor zover de toepassing ervan subsidiair en proportioneel gebeurt. De proportionaliteit brengt met zich mee dat fixaties en afzonderingen niet langer mogen duren dan nodig is om het hogere rechtsgoed te beschermen, en dat ze niet verder mogen gaan dan strikt noodzakelijk voor deze bescherming. De subsidiariteit brengt met zich mee dat afzondering en fixatie slechts mogelijk zijn wanneer het hoger rechtsgoed niet op een andere minder verregaande manier beschermd kan worden.

De verhouding tussen afzonderingen en fixaties op grond van de Wet Patiëntenrechten en de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen enerzijds en de noodtoestand anderzijds is onduidelijk. Hoewel de noodtoestand door iedereen kan worden ingeroepen, geldt voor beoefenaars in een gezondheidszorgberoep in de eerste plaats de Wet Patiëntenrechten. Het staat vast dat wanneer de Wet Patiëntenrechten niet van toepassing is – bijvoorbeeld omdat een zorggebruiker die wilsbekwaam is een afzondering en fixatie weigert maar daardoor derden in gevaar brengt – een arts (of verpleegkundige) zich op de noodtoestand kan beroepen. De noodtoestand laat immers toe om een afweging te maken tussen de belangen van de zorggebruiker en de belangen van derden. Een heikele kwestie is echter of de arts of verpleegkundige zich op de noodtoestand kan beroepen wanneer een wilsbekwame zorggebruiker een afzondering en fixatie weigert maar hiermee enkel zichzelf in gevaar brengt. In dat geval komt het zelfbeschikkingsrecht in conflict met de hulpverleningsplicht. Veel rechtsleer stelt dat in dergelijke gevallen het zelfbeschikkingsrecht primeert, zelfs al maakt de geïnformeerde zorggebruiker een levensgevaarlijke keuze (Veys, 2008, p. 137; Lemmens, 2014, p. 1045). Dit zou kunnen volgen uit de subsidiariteitseis; de noodtoestand kan maar ingeroepen worden wanneer het recht geen andere optie biedt. In dit geval wordt deze optie wel geboden, met name in het zelfbeschikkingsrecht uit de Wet Patiëntenrechten. Het valt evenwel te betwisten of hieruit volgt dat

²⁴ Cass. 4 maart 2014, *Arr.Cass.* 2014, 594.

²⁵ Brussel 13 januari 2015, *AM* 2015, 290, noot.

²⁶ Zie bv. Luik 25 mei 2009, *T.Gez.* 2009-10, 44, noot N.C.B.

²⁷ Gent 23 december 2014, *RW* 2015-16, 464.

een arts of verpleegkundige niet mag ingrijpen, dan wel of het ingrijpen nog omzichtiger moet gebeuren (Opgenhaffen, 2018, p. 93).

2.1.4 Samenvatting

Wanneer afzondering en fixatie gesitueerd worden binnen het huidige juridische kader, zijn ze in een coherente benadering enkel te legitimeren door hetzij de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen en de Wet Patiëntenrechten, hetzij door de noodtoestand. De Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen en de Wet Patiëntenrechten vormen hierbij de gangbare regeling; de noodtoestand vormt de absolute uitzondering. Buiten deze twee regelingen zijn er geen andere rechtsgronden die de toepassing van afzondering en fixatie kunnen rechtvaardigen. Zo is het bijvoorbeeld niet zo dat de plicht die op voorzieningen en beroepsbeoefenaars rust om zorggebruikers te bewaken, op zichzelf een rechtvaardiging biedt voor afzondering en fixatie (Opgenhaffen, 2018). De bewakingsplicht is een zorgvuldigheidsplicht die moet leiden tot een grondig uitgewerkt beleid en weloverwogen beslissingen binnen het hoger aangegeven rechtskader. *Positive risk taking* maakt in dat opzicht deel uit van een zorgvuldig en goed gevoerd beleid.

Tegelijk valt op dat de rechtsgronden waarop afzondering en fixatie gebaseerd moeten worden, niet aangepast zijn aan het doel van de maatregel. Afzondering en fixatie zijn veiligheidsmaatregelen waarvan het in de meeste gevallen de bedoeling is om ze ook toe te passen ondanks de wilsbekwame weigering of het wilsonbekwaam verzet van de zorggebruiker. Dat er in dat geval beroep moet worden gedaan op de Wet Patiëntenrechten die de instemming van de zorggebruiker voorop plaatst en wanneer deze instemming niet gegeven kan worden de tussenkomst van een vertegenwoordiger vereist is, is weinig bevredigend gezien het doel dat met afzondering en fixatie nagestreefd wordt. Dit verklaart wellicht waarom de praktijk rechtstreeks teruggrijpt naar de noodtoestand, ook waar deze niet van toepassing is. Zo wordt de zorggebruiker of de vertegenwoordiger niet om instemming gevraagd. Of een zorggebruiker hierbij gedwongen dan wel vrijwillig in de voorziening verblijft, wordt hierbij van weinig tot geen belang geacht. Het zelfbeschikkingsbeginsel wordt voor langere tijd aan de kant geschoven terwijl dit juridisch moeilijk te motiveren valt. Dat afzondering en fixatie in de praktijk buiten het recht toegepast worden, heeft tot gevolg dat de zorggebruiker die er het voorwerp van uitmaakt van weinig waarborgen kan gebruik maken.

2.2 De modaliteiten van vrijheidsbeperkende maatregelen

Hoewel de wetgever de toepassing van afzondering en fixatie niet regelt, zijn bepaalde toepassingsmodaliteiten in een context wel geregeld. Het gaat om een versnipperde regeling die als volgt kan worden samengevat.

1. Psychiatrische afdelingen A, T en K moeten over een afzonderingsruimte beschikken. Deze ruimte bevindt zich dicht bij een wachtpost, voldoet aan de eisen inzake verlichting, verluchting en comfort en is zodanig ingericht dat de veiligheid van de zorggebruiker gewaarborgd is.²⁸

²⁸ KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, *BS* 7 november 1964.

2. Voorzieningen waar zorggebruikers gedwongen verblijven moeten afzondering en fixatie regelen in het interne reglement van de voorziening en moeten intensief en regelmatig toezicht houden bij de toepassing van afzonderingsmaatregelen.²⁹
3. Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen moeten de omzendbrief Weckx respecteren. Deze legt regels op over veiligheid, comfort en privacy in de afzonderingsruimte, de registratie van afzondering, de intensieve behandeling en verzorging bij afzondering. Bovendien laat het afzondering enkel toe als therapeutische maatregel en wordt de arts-diensthoofd aangeduid als eindverantwoordelijke.³⁰
4. Wat medicatie betreft zijn psychiatrische ziekenhuizen gehouden aan tal van specifieke erkenningsnormen.³¹ Deze zijn niet bedoeld voor de toepassing van afzondering en fixatie, maar hebben er wel een invloed op.

Naast de versplintering van de normen, valt ook op dat de bestaande regelingen zich toespitsen op afzondering en fixatie in psychiatrische ziekenhuizen of psychiatrische afdelingen. In andere settings – bijvoorbeeld psychiatrische verzorgingstehuizen – is geen regelgeving.³²

Belangrijk in de beoordeling van afzondering en fixatie is tot slot het toezicht op voorzieningen door Zorginspectie en de opvolging door het Agentschap Zorg en Gezondheid. Zorginspectie controleert en evalueert het functioneren van concrete voorzieningen ten aanzien van zowel de juridische normen – bij niet naleving wordt een *non-conformiteit* vastgesteld – als ten aanzien van (niet rechtstreeks uit het recht volgende) kwaliteitskaders – bij niet naleving wordt een *tekortkoming* vastgesteld. Deze kwaliteitskaders kunnen volgen uit evidence-based richtlijnen, standaarden en internationaal aanvaarde kwaliteitsnormen, wat *in casu* ook het geval is. Zowel non-conformiteiten als tekortkomingen leiden tot opvolgingstoezicht (D’haese & Put, 2010, p. 19; Dijkhoffz, p. 301).³³ De huidige referentiekaders voor GGZ hebben naast aandacht voor non-conformiteiten ook oog voor tekortkomingen en formuleren aanbevelingen inzake afzondering en fixatie.³⁴ Het referentiekader en het daaruit volgende toezicht vormen in dit regelluwe domein een voor de praktijk belangrijke bron. Hoewel hierdoor duidelijkheid en eenvormigheid gecreëerd wordt, is een benadering die voornamelijk uit *soft law* bestaat in vraag te stellen. Ten eerste strookt dit niet met de handhavingsketen waarin toezicht en afdoening in de eerste plaats gebaseerd zijn op een kwaliteitsvolle wet- en regelgeving. Ten tweede is het voor zorggebruikers (quasi-)onmogelijk om hieruit in individuele gevallen rechten te putten (Opgenhaffen, 2018).

²⁹ KB van 18 juli 1991 ter uitvoering van artikel 36 van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, *BS* 26 juli 1991.

³⁰ Omz. VI. 24 oktober 1990 betreffende afzondering van patiënten opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen en in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen.

³¹ Zie o.m. KB van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend, *BS* 23-03-1991; KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, *BS* 7 november 1964.

³² KB van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van psychiatrische verzorgingstehuizen, *BS* 26 juli 1990.

³³ Art. 2, §2, eerste lid, °1 B.VI.Reg. 31 maart 2006 betreffende het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, betreffende de inwerkingtreding van regelgeving tot oprichting van agentschappen in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en betreffende de wijziging van regelgeving met betrekking tot dat beleidsdomein, *BS* 31 mei 2006.

³⁴ Zorginspectie, Algemeen referentiekader voor de audit psychiatrische ziekenhuizen, 2016, www.zorgengezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/referentiekader_PZ_algemeen_jun%202016.xlsx.

3 Afzondering en fixatie in de mensenrechten

3.1 Afzondering en fixatie en het respect voor en de bescherming van de mensenrechten

Mensenrechten zijn het geheel van fundamentele rechten die inherent verbonden zijn aan het mens-zijn. Ze zijn universeel, absoluut, ondeelbaar en onvervreemdbaar (Janssens, Mirgoux, Smis, & Laethem, 2011, p. 12ff.). Ze gelden in alle contexten, ook de geestelijke gezondheidszorg, en moeten door overheden, voorzieningen, beroepsbeoefenaars en alle anderen gerespecteerd worden. Doordat afzondering en fixatie raken aan verschillende beschermde aspecten van het mens-zijn – de levenssfeer, de fysieke en psychische integriteit, de bewegingsvrijheid en meestal ook de menselijke waardigheid – zijn ze mensenrechtelijk relevant.

In mensenrechtenverdragen - het zgn. mensenrechtenrecht - worden deze fundamentele rechten beschermd. Het zijn bindende verdragen waarin de overheid er zich niet enkel toe verbindt om zelf de mensenrechten te respecteren, maar ook om erop toe te zien dat anderen – bijvoorbeeld private zorgvoorzieningen of beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg – de mensenrechten naleven. Dit laatste kan bijvoorbeeld door preventief – bv. door middel van beschermende wetgeving – of correctief – bv. controlerend of bestraffend – op te treden (Van Leuven, 2009, p. 39-61; De Schutter, 2014, p. 281-282). Ook een MDR moet vanuit dit dubbele opzicht bekeken worden: een MDR moet enerzijds de mensenrechten naleven, maar is anderzijds ook een instrument om de naleving van de mensenrechten te bevorderen.

Verscheidene door België ondertekende mensenrechtenverdragen zijn relevant om de wijze waarop afzondering en fixatie geregeld en toegepast worden te beoordelen. Het gaat onder andere om het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM), het Europees Verdrag ter voorkoming van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing (CPT-verdrag), het VN-Verdrag inzake Burgerlijke en Politieke Rechten (IVBPR) en het VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap (IVRPH) en – voor minderjarigen – het VN-Verdrag inzake de Rechten van Kind (IVRK).

De basisbeginselen die aan deze verdragen onderliggend zijn en de algemene principes die eruit voortvloeien zijn veelal dezelfde. In de meest ruime bewoordingen zijn maatregelen die fysieke en psychische integriteit van zorggebruikers beperken niet toegelaten, tenzij er een wettelijke grondslag voor bestaat die bovendien voor de zorggebruiker toegankelijk is (i.e. hij moet de rechtsgrond kunnen kennen) en voorzienbaar is (i.e. hij moet de gevolgen ervan kunnen kennen en er zijn gedrag op kunnen afstemmen) en die daarenboven voldoende rechtsbescherming biedt. De maatregelen moeten bovendien een gerechtvaardigd doel nastreven en moeten dat op een subsidiaire en proportionele wijze doen (Goedertier, Vande Lanotte & De Pelsmaker, 2013, p. 268-269). Deze principes hebben zowel gevolgen voor de wijze waarop afzondering en fixatie worden toegepast, als voor het recht dat erop van toepassing is.

Wat deze concrete gevolgen zijn is echter vaak moeilijk op grond van de mensenrechtenverdragen zelf te bepalen. Hiervoor zijn de verdragen te algemeen opgesteld. Aan elk van deze verdragen is een toezichtsorgaan verbonden dat bewaakt of overheden aan hun verplichting om de mensenrechten te respecteren en te beschermen voldoen. Wat deze organen publiceren kan een verdere invulling geven aan de principes. Opvallend is echter dat de meeste van deze organen weinig specifieke aandacht besteden aan afzondering en fixatie, en dat er onderlinge interpretatieverschillen zijn. Hierdoor is het vaak moeilijk om algemene beginselen te overstijgen en af te bakenen waaraan moet zijn voldaan.

3.2 Een keuze voor de benadering van de Raad van Europa

Door het gebrek aan aandacht voor afzondering en fixatie bij de meeste toezichtsorganen, is het niet eenvoudig om vast te stellen wanneer een richtlijn – wanneer ze is ingebed in het nationale recht – leidt tot een mensenrechtenconforme toepassing van afzondering en fixatie. Daarenboven verschillen tussen de mensenrechtenorganen onderling soms de voorwaarden waaraan afzondering en fixatie moeten voldoen en de gevallen waarin afzondering en fixatie zijn toegestaan, waardoor “de” mensenrechtenconforme benadering niet lijkt te bestaan.

Na een analyse van het werk van de verschillende verdragsorganen wordt in dit onderzoek de keuze gemaakt om de benadering ontwikkeld binnen verdragsorganen van de Raad van Europa als uitgangspunt te nemen. De Raad van Europa is een internationale organisatie met 47 lidstaten die het respect voor de mensenrechten, de democratie en de rechtstaat tot doel heeft (Janssens, Mirgoux, Smis, & Laethem, 2011, p. 218). Binnen de Raad van Europa werden onder andere het EVRM en het CPT-verdrag afgesloten, waarop toezicht gehouden wordt door respectievelijk het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) en het Europees Comité voor de Preventie van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing (CPT). Terwijl het EHRM zich in concrete zaken bindend uitspreekt over de toepassing van het EVRM door de lidstaten, onderzoekt het CPT de naleving van het CPT-verdrag door in lidstaten bezoeken te brengen aan plaatsen waar personen van hun vrijheid beroofd kunnen zijn, waaronder ook residentiële GGZ-voorzieningen. Tot slot besteedde ook het Comité van Ministers, een politiek orgaan binnen de Raad van Europa, aandacht aan de toepassing van afzondering en fixatie in de GGZ.³⁵

De voorkeur voor de interpretatie van de Raad van Europa is op drie redenen gegrond. Ten eerste zijn hier de meeste en de meest gedetailleerde bronnen terug te vinden. Vooral het CPT heeft bijzonder veel aandacht voor afzondering en fixatie, en geeft daarmee een min of meer specifieke invulling aan de algemene beginselen. Ten tweede vertoont het werk van de organen van de Raad van Europa een grote interne coherentie; het CPT, het EHRM en de politieke organen binnen de Raad van Europa beïnvloeden elkaar wederzijds. Ze vullen elkaar aan, en spreken elkaar zelden tegen. Ten derde is het werk van de organen binnen Raad van Europa zeer invloedrijk en is de interpretatie die eraan wordt gegeven in bepaalde gevallen zelfs bindend. Zo is met name een uitspraak van het EHRM juridisch bindend in de concrete zaak (Janssens, Mirgoux, Smis, & Laethem, 2011, p. 291). Hetzelfde geldt niet voor het werk van het CPT, maar door de interne coherentie en de invloed van het CPT op de uitspraken voor het EHRM, kan worden aangenomen dat een lidstaat die de gedetailleerde standaarden van het CPT over afzondering en fixatie incorporeert en toepast, zich ook in de lijn van de EHRM-rechtspraak bevindt. Bovendien werken het EVRM en het CPT-verdrag en de interpretatie die eraan gegeven wordt door in de nationale rechtspraak (Wouters, 2017, p. 85-86).

3.3 Een beperktere aandacht voor de benadering binnen de Verenigde Naties

De keuze voor de benadering van de Raad van Europa betekent in negatieve zin dat de interpretatie die binnen de verdragsorganen van de Verenigde Naties gehanteerd wordt, niet in de toetsing geïntegreerd is. Nochtans besteden ook het Comité voor de rechten van het kind (CRVK) en het Comité voor de

³⁵ Artikel 27 Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers of the Council of Europe concerning the protection of the human rights and dignity if persons with mental disorder (22 september 2004), CM/Rec(2004)10.

Rechten van Personen met een Handicap (CRPH) aandacht aan afzondering en fixatie. Binnen deze Comités is er echter vaak minder oog voor detail en worden soms tegenstrijdige posities ingenomen. Zo nam het CVRK in de zeldzame keren dat het tussen 2013 en 2018 op afzondering en fixatie inging zeer verschillende posities in.³⁶ Nu eens roept het CVRK op tot een totaalverbod op mechanische fixatie en afzondering³⁷, dan weer verzet het zich tegen het excessieve gebruik van afzondering en fixatie³⁸ of het gebruik als disciplinaire maatregel en roept het op om in de overige gevallen afzondering en fixatie te reguleren en te controleren³⁹.

Tegelijk is het contentieux dat binnen de Verenigde Naties ontwikkeld werd niet onbelangrijk. Met name met de komst van het IVRPH in 2006 lijkt er een breuk te zijn ontstaan niet enkel tussen de verschillende *verdragsinterpretaties*, maar ook tussen de verschillende verdragen zelf. Het IVRPH, dat ook van toepassing is op personen met een psychosociale en verstandelijke handicap, verbiedt immers elke vorm van discriminatie op grond van een handicap. Hierdoor staat de mogelijkheid om afzondering en fixatie (en ruimer een medische opname of behandeling zonder instemming) toe te passen op grond van een psychosociale beperking onder druk (Callaghan & Ryan, 2014). Het IVRPH contrasteert hierdoor met het EVRM waarin in een geestesziekte net een grondslag is voor vrijheidsberoving (Jiménez, 2015). De gevolgen van het IVRPH voor de rechtspositie van personen met een psychosociale beperking is vandaag  en van de meest bestudeerde onderwerpen in de internationale juridische literatuur over de geestelijke gezondheidszorg. De discussie wordt bovendien gevoed door de radicale positie die het CRPH inneemt. Het CRPH stelt immers dat het onvermogen om zelfstandig beslissingen te kunnen nemen (wilsonbekwaamheid) geen criterium mag zijn om een persoon uit te sluiten van de medische besluitvorming. Daarnaast stelt het CRPH dat uit IVRPH een algemeen verbod volgt op de toepassing van dwang in de GGZ op basis van een actuele of een vooronderstelde geestesziekte.⁴⁰ Dat deze benadering een invloed heeft op de wijze waarop afzondering en fixatie gepercipieerd worden, staat vast. Enerzijds is het momenteel echter nog te vroeg om op grond hiervan duidelijke conclusies te trekken; verder fundamenteel juridisch onderzoek naar de interpretatie van het IVRPH en de gevolgen voor de rechtspositie in de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen en in het geval van afzondering en fixatie in het bijzonder is noodzakelijk. Anderzijds valt op dat de organen van de raad van Europa reeds vandaag *een* minder verre gaande interpretatie van het IVRPH integreren in hun benadering.⁴¹

3.4 De kadering in enkele mensenrechten

Het EHRM heeft zich reeds verschillende keren uitgesproken over de toepassing van afzondering en fixatie in de geestelijke gezondheidszorg. Dit gebeurde in het licht van het recht op privéleven (artikel 8 EVRM), het recht op vrijheid (artikel 5 EVRM) en het verbod op een onmenselijke behandeling (artikel 3

36 Gebaseerd op de landenrapporten gepubliceerd tussen 2013 en 2018.

37 Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child on the fifth periodic report of Sweden (6 maart 2015), UN Doc. CRC/C/SWE/CO/5 (2015).

38 Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child on the fifth periodic report of Denmark (26 oktober 2017), UN Doc. CRC/C/DNK/CO/5 (2017).

39 Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child on the combined second and third periodic reports of Serbia (7 maart 2017), UN Doc. CRC/C/SRB/2-3 (2017) en Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child on the fifth periodic report of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (12 juli 2016), UN Doc. CRC/C/GBR/CO/5 (2016).

40 General Comment N 1 of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities on Article 12 (Equal Recognition Before the Law)(19 mei 2014), UN Doc. CRPD/C/GC/1 (2014).

41 Vb. EHRM 22 januari 2013, nr. 33117/02, Lashin/Rusland.

EVRM). Eigen aan de benadering van het EHRM is het casuïstische karakter. Toch kan door de bestaande zaken samen te analyseren een systematiek gevonden worden.

1. Volgens het EHRM raakt elke afzondering en fixatie aan de fysieke of psychische integriteit van de persoon, waardoor telkens het **recht op privéleven** in het gedrang komt. Dit geldt niet alleen voor de toepassing van afzondering en fixatie onder dwang (bv. wanneer een zorggebruiker geen instemming geeft of zich verzet, ook al is hij wilsonbekwaam), maar ook voor de beslissing om een persoon uit te sluiten uit de medische besluitvorming omdat hij niet in staat is om zelfstandig beslissingen te kunnen nemen (wilsonbekwaamheid). Slechts in twee gevallen komt het privéleven niet in het gedrang, ten eerste wanneer een persoon vrij van dwang instemt met een afzondering en fixatie of wanneer hij zich er niet tegen verzet en ten tweede wanneer een zorggebruiker gedwongen is opgenomen en de inbreuk op de fysieke en psychische integriteit niet verder gaat dan wat normalerwijze in deze context verwacht mag worden. Fixatie en afzondering behoren evenwel niet tot wat normalerwijze verwacht mag worden.⁴² Niet elke inmenging in het privéleven van een persoon, betekent ook een schending van het recht op privéleven. Een inmenging kan gerechtvaardigd zijn wanneer er een wettelijke grondslag voor is, het doel dat ermee wordt nagestreefd gerechtvaardigd is en inbreuk noodzakelijk is.
2. Wanneer aan drie cumulatieve voorwaarden is voldaan wordt een afzondering en fixatie bovendien beoordeeld als een 'vrijheidsberoving' onder het **recht op vrijheid**. Dit is het geval wanneer [1] een zorggebruiker voor zijn behandeling, zorg en bewegingsvrijheid volledig afhankelijk is van derden, [2] deze behandeling zo lang duurt dat de gevolgen ervan negatief zijn en [3] de behandeling ingaat tegen wat de zorggebruiker wil. Dit laatste is het geval wanneer een zorggebruiker niet instemt met de situatie, of er zich actief tegen verzet. Indien een zorggebruiker geen bereidheid toont, maar zich ook niet verzet, is zijn situatie niet vrijheidsberovend indien ze zorgvuldig beoordeeld wordt. Opnieuw is niet elke vrijheidsberoving een schending van een mensenrecht. Indien de vrijheidsberoving plaatsvindt in overeenstemming met een door de wet voorgeschreven procedure, die voldoende duidelijk is, de toegang tot de rechter garandeert en afdoende controlemechanismen bevat is er geen sprake van een schending. In de GGZ moet bovendien op een objectieve wijze worden vastgesteld dat een persoon geestesziek is en dat de aard van de geestesziekte de vrijheidsberoving verantwoordt. De vrijheidsberoving mag niet langer duren dan nodig.
3. Tot slot kan een afzondering en fixatie ook beoordeeld worden op grond van het **verbod op een mensenwaardige behandeling**. Van mensenwaardigheid is sprake wanneer er aan drie voorwaarden is voldaan. Ten eerste moet de afzondering en fixatie onder dwang plaatsvinden. Afzondering en fixatie waarmee een wilsonbekwame zorggebruiker vrij van dwang instemt of waarmee de vertegenwoordiger van een wilsonbekwame zorggebruiker instemt en de zorggebruiker zich niet verzet tegen de toepassing ervan, zijn niet mensenwaardig. Ten tweede moet de maatregel een zekere mate van lijden met zich meebrengen, wat voor afzondering en fixatie vrijwel steeds aanvaard wordt.⁴³ Tot slot moet de therapeutische noodzaak van de afzondering en fixatie ontbreken. Er is sprake van een therapeutische noodzaak wanneer de

⁴² EHRM 17 juli 2012, nr. 2913/06, Munjaz/Verenigd Koninkrijk, §82.

⁴³ EHRM 18 oktober 2012, nr. 37679/08, Bureš/Tsjechië, §90; EHRM 27 februari 2014, nr. 31974/11, Koroviny/Rusland, §65; EHRM 19 februari 2015, nr. 75450/12, M.S./Kroatië (n°2), §102; EHRM 14 juni 2016, nr. 60103/11, Stepanian/Roemenië, §65; EHRM 14 februari 2012, 13469/06, D.D./Litouwen, §173; EHRM 24 september 1992, nr. 10533/83, Herczegfalvy/Oostenrijk, §83.

afzondering en fixatie enerzijds voldoet aan de op dat moment geldende medische en juridische⁴⁴ standaarden en anderzijds zorgvuldig uitgevoerd wordt. Voor fixatie heeft het EHRM reeds geoordeeld dat het slechts aan de huidige medische en juridische standaarden voldoet indien het [1] als laatste redmiddel – en dus niet routineus – gebruikt wordt om [2] onmiddellijke of immanente schade aan de zorggebruiker of andere derden te vermijden en [3] hierbij proportioneel wordt toegepast.⁴⁵ Voor de zorgvuldige uitvoering verwijst het EHRM naar de standaarden van het CPT, en meer bepaald de eis tot continue, direct en persoonlijk toezicht.⁴⁶ Deze eis wordt door het Hof vertaald als een actieve en persoonlijke betrokkenheid van het personeel.⁴⁷

Eenmaal de grens van de mensonwaardige behandeling bereikt is, is er geen rechtvaardiging van de afzondering en fixatie mogelijk.

3.5 De bouwstenen van het toetsingskader

Uit de EHRM-analyse blijkt de actuele instemming van de zorggebruiker het voornaamste middel is om een afzondering en fixatie uit de mensenrechtelijke sfeer te houden. In geval van crisis zal deze instemming vaak niet verkregen worden. Wanneer een zorggebruiker wilsonbekwaam is, kan een geldige vervangende instemming van een derde in theorie een uitweg bieden. In de praktijk zal de zorggebruiker zich echter vaak verzetten, waardoor de afzondering en fixatie minstens onder de invloedssfeer van het *recht op privéleven* en desgevallend ook het *recht op vrijheid* komt. In dat geval is er sprake van een inmenging in een mensenrecht, maar niet noodzakelijk van een schending ervan. Het absolute en onvervreembare karakter van de mensenrechten verzet er zich immers niet tegen dat de uitoefening ervan op legitieme wijze kan beperkt worden wanneer aan drie voorwaarden is voldaan. Deze voorwaarden, die in gelijkaardige bewoordingen terug te vinden zijn in REC2004(10)⁴⁸, zullen verderop dienst doen als toetsingscriteria.

Het eerste toetsingscriterium is de wettelijkheid binnen het juridische systeem. Het criterium van de wettelijkheid valt uiteen in drie *subcriteria*: [1] de noodzaak van een wettelijke basis, [2] de toegankelijkheid en voorzienbaarheid van deze afzondering en fixatie op grond van deze basis en [3] de aanwezigheid van waarborgen tegen misbruik.

1. **Wettelijke basis.** Ten eerste moet de afzondering of fixatie een wettelijke grondslag hebben binnen het juridische kader waarbinnen ze plaatsvindt.⁴⁹ Een wettelijke grondslag is niet noodzakelijk hetzelfde als een specifieke wet.⁵⁰ Het volstaat dat afzondering of fixatie verklaarbaar zijn binnen het juridische systeem. Niets sluit uit dat algemene beginselen als de

⁴⁴ EHRM 19 februari 2015, nr. 75450/12, M.S./Kroatië (n°2), §103.

⁴⁵ EHRM 18 oktober 2012, nr. 37679/08, Bureš/Tsjechië, §96-96; EHRM 19 februari 2015, nr. 75450/12, M.S./Kroatië (n°2), §104.

⁴⁶ EHRM 18 oktober 2012, nr. 37679/08, Bureš/Tsjechië, §101; EHRM 19 februari 2015, nr. 75450/12, M.S./Kroatië (n°2), §111.

⁴⁷ EHRM 19 februari 2015, nr. 75450/12, M.S./Kroatië (n°2), §106-112.

⁴⁸ Artikel 27 Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers of the Council of Europe concerning the protection of the human rights and dignity if persons with mental disorder (22 september 2004), CM/Rec(2004)10.

⁴⁹ EHRM 17 juli 2012, nr. 2913/06, Munjaz/Verenigd Koninkrijk, §87.

⁵⁰ EHRM 24 september 1992, nr. 10533/83, Herczegfalvy/Oostenrijk, §89.

noodtoestand hiervoor als basis dienen.⁵¹ Ook huisreglementen⁵² of het voorzieningsbeleid⁵³ kunnen een verklaring bieden, althans voor zover ze geen hogere rechtsnormen schenden.

Een belangrijke opmerking is hierbij aan de orde: wanneer een afzondering en fixatie plaatsvinden bij een vrijwillig opgenomen bewoner is de kans groot dat de afzondering en fixatie een vrijheidsberoving uitmaken tijdens een op zichzelf vrijwillig verblijf.⁵⁴ In dat geval gelden er strengere vereisten voor de wettelijke basis, zeker wanneer de afzondering of fixatie langere tijd duurt dan een noodtoestand kan verantwoorden. Zonder expliciete wettelijke regeling die voldoet aan de voorwaarden van artikel 5 EVRM zijn afzonderingen en fixaties in de vrijwillige zorg dan ook niet juridisch verantwoordbaar. Op grond hiervan stelt het CPT dat afzondering en fixatie in de vrijwillige zorg gepaard moeten gaan met het opstarten van een procedure inzake gedwongen opname.⁵⁵ Uitzonderingen hierop zijn zeer kortdurende afzonderingen en fixaties of het geval waarin de zorggebruiker de afzondering en fixatie achteraf goedkeurt.⁵⁶

2. **Toegankelijk en voorzienbaar.** De toepassing van afzondering en fixatie moet niet enkel verklaarbaar zijn binnen een rechtssysteem, de rechtsbasis waarop ze gebaseerd zijn moet bovendien toegankelijk en voorzienbaar zijn. Dit betekent enerzijds dat de zorggebruiker de rechtsbasis moet kunnen kennen.⁵⁷ Als een voorziening fixeert of afzondert op basis van een draaiboek dat voor de zorggebruiker niet beschikbaar is, is dat bijvoorbeeld niet het geval. Anderzijds moet de band tussen de afzondering en fixatie en de rechtsbasis voldoende duidelijk zijn zodat hij zijn gedrag erop kan afstemmen.⁵⁸ Toch is de eis van voorzienbaarheid geen eis van absolute zekerheid en is een duidelijke afgebakende handelingsruimte voor zorgvoorzieningen en hulpverleners toegelaten.⁵⁹ Hoe groter deze handelingsruimte is hoe meer waarborgen er moeten worden ingebouwd om misbruiken te vermijden en op te sporen (EHRM, p. 10). Bovendien moeten de essentiële elementen steeds geregeld zijn. Over wat deze essentiële elementen zijn, is EHRM niet erg concreet. Het CPT is dat op dit punt wel en vereist een expliciete regeling van onder andere de toepassingsvoorwaarden en de maximale tijdsduur.⁶⁰ Waar het zwaartepunt van dergelijke regeling ligt – hetzij bij de overheid, hetzij bij de voorziening – bepalen het EHRM en het CPT niet. De voorzienbaarheid verzet zich er niet tegen dat het zwaartepunt van de regeling bij de voorzieningen zelf ligt, voor zover hiermee een

51 EHRM 23 maart 2010, nr. 45901/05, MAK en RK/Verenigd Koninkrijk §67; EHRM 27 februari 2018, nr. 66490/09, Mockutė/Lithouwen, §124.

52 EHRM 4 februari 2003, nr. 50901/99, Van der Ven/Nederland, §70 (gevangenis).

53 EHRM 14 februari 2012, 13469/06, D.D./Litouwen, §184; EHRM 17 juli 2012, nr. 2913/06, Munjaz/Verenigd Koninkrijk, §87.

54 EHRM 14 februari 2012, 13469/06, D.D./Litouwen, § 146.

55 CPT Standards (Substantive Sections of the CPT's General Reports), CPT/Inf/E(2002)1-Rev2015.

56 Report of the CPT on the visit to the Czech Republic from 1 april to 10 april 2014 (31 maart 2015), CPT/Inf (2015) 18, § Tsjechië, 2014, §163; Report of the CPT on the visit to Malta from 3 september to 10 september 2015 (25 oktober 2016), CPT/Inf (2016) 25, §153.

57 EHRM 18 juni 2003, nr. 38812/97, Poltoratskiy/Oekraïne, §§ 158-160.

58 Bijvoorbeeld EHRM 12 juni 2014, nr. 32860/05, L.M./Slovenië, §181.

59 EHRM 17 juli 2012, nr. 2913/06, Munjaz/Verenigd Koninkrijk, §88.

60 CPT Standards (Substantive Sections of the CPT's General Reports), CPT/Inf/E(2002)1-Rev2015; Report of the CPT on the visit to Bosnia and Herzegovina from 29 september to 9 oktober (5 juli 2016), CPT/Inf (2016) 17, §130; Report of the CPT on the visit to Finland from 22 september to 2 oktober 2014 (20 augustus 2015), CPT/Inf (2015) 25, §102; Report of the CPT on the visit to Portugal from 27 september to 7 oktober 2016 (27 januari 2016), CPT/Inf (2018) 6, §122; Report of the CPT on the visit to Azerbeïjan from 20 to 30 november 2006 (25 april 2017), CPT/Inf (2017) 12, §136.

evenwicht bereikt wordt tussen de autonomie van de arts in de specifieke zorgsetting en de kwetsbaarheid van de zorggebruiker.⁶¹

3. **Waarborgen tegen misbruik.** Ten derde moeten er voldoende waarborgen bestaan opdat de rechten van de zorggebruiker beschermd worden. Of aan dit criterium voldaan is hangt in de eerste plaats af van de mate waarin afzondering en fixatie geregeld zijn. Dit hangt samen met de voorzienbaarheid. Het EHRM vereist – verwijzend naar het CPT – toch een mate van detail bij de regeling van fixatie en afzondering.⁶² Of er voldoende waarborgen zijn hangt in de tweede plaats af van hoe er tegen niet-wettelijke vormen van afzondering en fixatie opgetreden wordt of kan worden. Essentieel is de mogelijkheid om de verantwoordelijken aansprakelijk te stellen door middel van een zorgvuldig gevoerde procedure. Wanneer hierbij aan het verbod op een vernederende behandeling geraakt wordt, is strafrechtelijk optreden vereist.⁶³ Bij ernstige inmengingen in de integriteit van de zorggebruiker – waaronder onwettige afzonderingen en fixaties – moet de overheid proactief optreden.⁶⁴

Het tweede toetsingscriterium is de legitimiteit van het doel dat met de afzondering en fixatie wordt nagestreefd. Afzondering en fixatie raken aan het verbod op een onmenselijke en vernederende behandeling voor zover ze onder dwang worden uitgevoerd zonder dat ze therapeutisch noodzakelijk zijn. Recent heeft het Hof het begrip therapeutische noodzaak in deze context verder afgebakend door te vereisen dat afzondering en fixatie enkel gebruikt worden [1] als laatste redmiddel om [2] onmiddellijke of immanente schade aan de zorggebruiker of andere derden te vermijden. Bovendien moeten [3] ze proportioneel worden toegepast.⁶⁵ Het enige legitieme doel vanuit mensenrechtelijk oogpunt is daarom het vermijden van onmiddellijke of immanente schade aan de zorggebruiker of andere derden. Wat aan de grond van dit gevaar ligt, zij het agressie, zij het rusteloosheid, is niet van belang voor zover aan het strenge gevaarscriterium zelf voldaan is.⁶⁶ Zeer relevant is de rechtspraak van het EHRM in de zaak Bureš. Deze zaak betreft een fixatie die enkele uren duurde en tot doel had om het personeel te beschermen tegen fysieke agressie. De lidstaat kon echter niet aantonen dat de zorggebruiker zich gewelddadig zou gaan gedragen, en dat alternatieve behandelingen zonder succes zouden zijn.⁶⁷ De lidstaat trachtte daarnaast de fixatie te verantwoorden door erop te wijzen dat de zorggebruiker zich agressief tegen de fixatie verzette. Deze cirkelredenering werd door het Hof niet aanvaard.⁶⁸

Het derde toetsingscriterium is de subsidiariteit en de proportionaliteit (EHRM, p. 11).⁶⁹ De subsidiariteit vereist dat afzondering en fixatie slechts worden toegepast wanneer en voor zolang minder verregaande alternatieven niet volstaan. De proportionaliteit vereist een redelijke verhouding tussen de maatregel en de bedoeling ervan. Essentieel is dat - om het doel te bereiken - afzondering en

⁶¹ EHRM 17 juli 2012, nr. 2913/06, Munjaz/Verenigd Koninkrijk, §90.

⁶² EHRM 17 juli 2012, nr. 2913/06, Munjaz/Verenigd Koninkrijk, §49.

⁶³ EHRM 18 oktober 2012, nr. 37679/08, Bureš/Tsjechië, §131-133.

⁶⁴ EHRM 19 februari 2013, nr. 1285/03, B./Roemenië, §86; EHRM 16 juni 2005, nr. 61603/00, Storck/Germany, §149-150.

⁶⁵ EHRM 18 oktober 2012, nr. 37679/08, Bureš/Tsjechië, §96-96; EHRM 19 februari 2015, nr. 75450/12, M.S./Kroatië, §104.

⁶⁶ EHRM 19 februari 2015, nr. 75450/12, M.S./Kroatië, §104.

⁶⁷ EHRM 18 oktober 2012, nr. 37679/08, Bureš/Tsjechië, §98.

⁶⁸ EHRM 18 oktober 2012, nr. 37679/08, Bureš/Tsjechië, §99; later herhaald in EHRM 19 februari 2015, nr. 75450/12, M.S./Kroatië, §107-109.

⁶⁹ EHRM 3 juli 2012, nr. 34806/04, X/Finland, §212; EHRM 5 juli 1999, nr. 31534/96, Matter/Slovenië, §66.

fixatie *niet* op een mensenwaardige wijze worden toegepast.⁷⁰ De mensenwaardige behandeling bakent met andere woorden de handelingsruimte af. Binnen deze handelingsruimte moeten afzondering en fixatie pertinent zijn, i.e. adequaat zijn om het doel te bereiken. Ze mogen bovendien de vrijheid niet verder beperken dan strikt noodzakelijk is. In dat opzicht moet de verdere beperking van grondrechten afzonderlijk beoordeeld worden. Bij de proportionaliteit gaat bijkomende aandacht uit naar personen die kwetsbaarder zijn.

3.6 Het toetsingskader

De bouwstenen van het toetsingskader zijn hiermee zo specifiek mogelijk uitgetekend. De meerwaarde van een mensenrechtenbenadering is dat ze enerzijds *garanties* vereist dat afzondering en fixatie toegepast worden binnen een wettelijk kader, met een legitiem doel en op een noodzakelijke, pertinente en proportionele wijze. Anderzijds vereist ze *garanties* dat niet wettelijke, niet legitieme, niet noodzakelijke, niet pertinente en niet proportionele toepassingen van afzondering en fixatie opspoorbaar en handhaafbaar zijn. Hoeveel en welke garanties net nodig zijn, staat niet vast. Wel is het mogelijk om bovenstaande criteria verder te verfijnen.

De rechtspraak van het EHRM geeft slechts algemene richtlijnen – bv. bij de proportionaliteit wordt vereist dat naarmate de beperking ernstiger is, de waarborgen voor de zorggebruiker toenemen⁷¹ – maar geeft weinig zicht op hoe deze criteria concreet kunnen worden ingevuld. Voor een verdere invulling wordt bijgevolg beroep gedaan op het CPT dat bij bezoeken aan GGZ-voorzieningen in lidstaten steeds het gebruik van afzondering en fixatie beoordeelt. Aan de hand van de hieruit volgende landenrapporten en de CPT-standaarden kan een verdere invulling gegeven worden aan elk van de criteria.

Met de CPT-standaarden en de landenrapporten wordt het normatief kader verder verfijnd met 30 belangrijke elementen. Door zijn toegespitste karakter heeft het werk van het CPT hierbinnen een centrale plaats. In die zin kan zelfs worden gesteld dat een lidstaat die zijn waarborgen volledig spiegelt aan de CPT-standaarden en de interpretatie die eraan gegeven wordt in landenrapporten ‘mensenrechtenconform’ handelen ondersteunt. Tegelijk moet erop gewezen worden dat uit de landenrapporten blijkt dat de CPT-standaarden niet absoluut zijn, en dat afwijkingen die even veel of zelfs meer waarborgen bieden, evenwaardige alternatieven vormen. In dat opzicht is het opgestelde normatieve kader geen ‘*tick-of-lijst*’, maar een evaluatie-instrument om na te gaan in welke mate de letter en de geest van de 30 belangrijke elementen geïncorporeerd en gegarandeerd zijn.

Het is bovendien enerzijds ook niet zo dat alle 30 elementen in de MDR aanwezig moeten of kunnen zijn: voor bepaalde aspecten is het raadzaam ze op andere niveaus te regelen. Zo kan een MDR bijvoorbeeld geen rechtsgrond creëren voor afzondering en fixatie of kan het geen toezichtsorganen en handhavingsorganen in het leven roepen. Anderzijds is het niet omdat de MDR een aanbeveling doet, dat de afzondering en fixatie noodzakelijk op een mensenrechtenconforme wijze wordt toegepast.

⁷⁰ EHRM 18 oktober 2012, nr. 37679/08, Bureš/Tsjechië, §90; EHRM 27 februari 2014, nr. 31974/11, Koroviny/Rusland, §65; EHRM 19 februari 2015, nr. 75450/12, M.S./Kroatië (n°2), §102; EHRM 14 juni 2016, nr. 60103/11, Stepanian/Roemenië, §65; EHRM 14 februari 2012, 13469/06, D.D./Litouwen, §173; EHRM 24 september 1992, nr. 10533/83, Herczegfalvy/Oostenrijk, §83.

⁷¹ EHRM 23 juli 2015, nr. 10060/07, Bataliny/Rusland, §87; EHRM 18 oktober 2012, nr. 37679/08, Bureš/Tsjechië, §87; EHRM 14 februari 2012, 13469/06, D.D./Litouwen, §173; EHRM 24 september 1992, nr. 10533/83, Herczegfalvy/Oostenrijk, §82; EHRM 11 oktober 2011, nr. 30951/10, Gorobet/Moldavië, §51-52.

Hiervoor is de richtlijn immers afhankelijk van zijn implementatie in de praktijk. De MDR is bijgevolg één element in een ruimer kader waarin naar mensenrechtenconformiteit gestreefd moet worden.

Doorheen het onderzoek werd het normatief kader op twee wijzen ingezet:

1. Om de MDR inhoudelijk mee vorm te geven
2. Om aanbevelingen te formuleren die het huidige recht (en beleid) inzake afzondering en fixatie meer mensenrechtenconform zouden maken

In Tabel 3 wordt het toetsingskader weergegeven. Tekstdelen die in zwart zijn weergegeven, zijn rechtstreeks ondersteund door de CPT-standaarden, aangevuld met de EHRM-rechtspraak en de CPT-landenrapporten. Tekstdelen in grijs volgen enkel uit het EHRM-rechtspraak en de CPT-landenrapporten.

Tabel 3 Het toetsingskader voor de ontwikkeling van de MDR

Principe	Vraag	Belangrijkste aspecten van CPT-invulling	
Wettelijkheid - rechtsbasis	Is er een rechtsbasis die de toepassing van afzondering en fixatie kan verklaren?	Er is een duidelijke rechtsbasis vereist. Deze regelt welke vormen van afzondering en fixatie mogen worden toegepast en binnen welke grenzen dit gebeurt.	1
		Voorzieningen moeten een omvattend beleid over afzondering en fixatie uitwerken. Dit beleid is aangepast aan de aard van de voorziening. [Guideline 1.7; Cyprus 2013, Italië 2016] Een beleid is omvattend wanneer minstens volgende aspecten geregeld zijn: <ul style="list-style-type: none"> - De toepassingsvoorwaarden - De praktische uitvoering van de afzondering en fixatie - Het toezicht op de afzondering en fixatie (incl. aandacht voor menswaardige omgang) - De beëindiging van de afzondering en fixatie (incl. debriefing) - De opleiding van het personeel - De registratie van de afzondering en fixatie - De externe rapportering van de afzondering en fixatie - De klachtenprocedure 	2
Wettelijkheid – Toegankelijk en voorzienbaar	Is de zorggebruiker voldoende op de hoogte van de voor hem relevante aspecten van de regels en het beleid over afzondering en fixatie?	De zorggebruiker is op de hoogte van het beleid inzake afzondering en fixatie dat in de voorziening geldt.	3
		Het beleid over afzondering en fixatie is tussen de verschillende voorzieningen voldoende uniform, maar laat toch toe een onderscheid te maken op grond van de eigenheid van de voorziening.	4
Wettelijkheid – waarborgen	Biedt de rechtsbasis voldoende garanties tegen misbruik?	Elke afzondering en fixatie (ook medicamenteuze fixatie) wordt behoorlijk geregistreerd in een centraal register en in het patiëntendossier. Behoorlijk wil zeggen dat minstens volgende zaken geregistreerd worden: <ul style="list-style-type: none"> - Begin en eind-uur - Omstandigheden - Reden voor afzondering en fixatie - Naam van de arts die beslissing neemt - Eventuele verwondingen bij de zorggebruiker en/of personeel - Eventuele opmerkingen van de zorggebruiker - Debriefing 	5

		De zorggebruiker kan in het register opmerkingen maken bij een afzondering en fixatie en kan een afschrift van het register verkrijgen. Hij is van dit recht op de hoogte.	6
		De zorggebruiker heeft toegang tot een toegankelijke interne en externe klachtenprocedure en kan hiervoor beroep doen op juridische bijstand.	7
		De frequentie en de duur van de afzondering wordt gerapporteerd aan een extern toezichtsorgaan.	8
	Kunnen onwettige toepassingen van afzondering en fixatie afdoende opgespoord en vervolgd worden?	Het recht biedt de zorggebruiker de mogelijkheid om juridisch op te treden tegen onwettige vormen van afzondering en fixatie. Deze kunnen ook actief opgespoord worden.	9
Legitimiteit van het doel	Kunnen afzondering en fixatie om geen andere reden worden toegepast dan om onmiddellijke of immanente schade bij de zorggebruiker of bij andere personen te vermijden?	Afzondering en fixatie kunnen enkel worden toegepast wanneer en voor zolang er een onmiddellijke of immanente schade dreigt voor de zorggebruiker of voor andere personen. Afzondering en fixatie mogen niet om andere redenen (bv. straf, personeelstekort, therapie) worden toegepast. Afzondering en fixatie kunnen enkel worden toegepast op voorschrift van een arts die de zorggebruiker voorafgaand onderzoekt. Indien een voorafgaande tussenkomst van een arts niet mogelijk is, zijn er garanties dat hij onmiddellijk op de hoogte gebracht wordt, waarna hij de zorggebruiker onderzoekt. Ruimer is het toedienen van medicatie <i>pro re nata</i> om de zorggebruiker medicamenteus te fixeren slechts mogelijk indien er garanties zijn dat de zorggebruiker onmiddellijk na de toediening ervan door een arts onderzocht wordt.	10 11 12
Subsidiariteit	Kunnen afzondering en fixatie slechts toegepast worden wanneer minder verregaande alternatieven niet volstaan?	Voorzieningen zetten in de eerste plaats in op het vermijden van afzondering en fixatie, o.a. door het voorzien van een kwalitatieve en veilige leef- en behandelomgeving, voldoende personeel, voldoende en voortdurende opleiding en de ontwikkeling van alternatieven (waaronder de-escalatietechnieken).	13
	Worden afzondering en fixatie niet langer gebruikt dan nodig?	Mechanische fixatie en afzondering worden zo kort mogelijk gebruikt en worden beëindigd wanneer de onderliggende reden komt te vervallen. In het kader hiervan worden maximumtijden gehanteerd, waarna een her-evaluatie verplicht is. In het kader hiervan staat de zorggebruiker voortdurend onder toezicht van een persoon die de afzondering en fixatie kan beëindigen. Bij medicamenteuze fixatie worden enkel kortdurende middelen gebruikt.	14 15
Proportionaliteit	Zijn de personen die afzondering en fixatie toepassen hiervoor opgeleid, en gebruiken zij geschikte materialen en geschikte technieken?	Afzondering en fixatie worden enkel uitgevoerd door medisch personeel, dat hiertoe bovendien specifiek is opgeleid. Afzonderingsruimtes zijn specifiek ontworpen voor het afzonderen van zorggebruiker en vormen een veilige en rustgevende omgeving. Er worden geen mensonterende technieken toegepast. Dit zijn o.a. - Het in bedwang houden van een zorggebruiker door middel van een nekhouding of pijnlijke houding - Het in bedwang houden of mechanisch fixeren van een zorggebruiker op een wijze die de ademhaling verhindert.	16 17 18

	<ul style="list-style-type: none"> - Het mechanisch fixeren door middel van handboeien, ketens, te strakke fixatiebanden of kooibedden. - Het gebruik van mechanische fixatie gedurende een periode van meerdere dagen. 24 uur geldt als een absolute maximumtermijn. 	
Is de fixatie of afzondering zo veel mogelijk aangepast aan de omstandigheden?	<p>De afzondering en fixatie die gekozen wordt stemt zo goed mogelijk overeen met wat de zorggebruiker wenst en houdt rekening met vroegere ervaringen.</p> <p>De vorm van afzondering en fixatie met de minste impact voor de autonomie en de veiligheid van de zorggebruiker verdient de voorkeur.</p> <p>De combinatie van afzondering en fixatie is slechts mogelijk indien dit de duur van de afzondering en fixatie doet dalen of indien dit noodzakelijk is om ernstige schade aan de zorggebruiker of aan derden te vermijden.</p>	19 20 21
Is er bij de uitvoering van de afzondering en fixatie maximaal aandacht voor de grondrechten van de zorggebruiker (privacy, veiligheid, autonomie, ...)?	<p>De grondrechten van de zorggebruiker worden bij de uitvoering van de afzondering en fixatie zoveel mogelijk gevrijwaard. Onder meer moet de zorggebruiker gepaste kledij dragen, in staat gesteld worden om zelfstandig te eten, te drinken en van het sanitair gebruik te maken. Zorggebruikers hebben in beginsel op dezelfde wijze toegang tot communicatiemiddelen en tot buitenruimten.</p> <p>Afzondering en fixatie vinden plaats buiten het zicht van derden, tenzij de zorggebruiker dit anders wenst of tenzij hij bezoek wenst.</p> <p>De zorggebruiker staat bij mechanische fixatie en afzondering onder voortdurend toezicht. Tenzij de zorggebruiker dit anders wil gebeurt het toezicht bij mechanische fixatie vanuit dezelfde ruimte. Bij afzondering mag het toezicht vanuit een aangrenzende ruimte gebeuren voor zover er wederzijds visueel contact mogelijk is. Cameratoezicht kan de fysieke aanwezigheid van personeel niet vervangen.</p> <p>Na afzondering en fixatie vinden een debriefing plaats waarin de therapeutische relatie wordt hersteld en het behandelplan wordt bijgesteld.</p>	22 23 24 25
Neemt het aantal en de intensiteit van de waarborgen toe naarmate de impact van de afzondering en fixatie toeneemt (o.w.v. de duurtijd, de kwetsbaarheid, ...)?	<p>Naarmate de duurtijd of de frequentie van een afzondering en fixatie hoger ligt, neemt het aantal waarborgen toe. Zo moet een zorggebruiker die gedurende meerdere uren aan een afzondering en fixatie onderworpen wordt op geregelde tijdstippen onderzocht worden door een arts met het oog op een herziening van de afzondering en fixatie.</p> <p>De juridische status van wie vrijwillig in een voorziening verblijft en niet met een afzondering en fixatie akkoord gaat, wordt herzien. Tenzij de zorggebruiker binnen deze periode met de afzondering en fixatie akkoord gaat, moet de procedure voor gedwongen opname binnen de 24 uur opgestart worden. De zorggebruiker moet zijn instemming vrij van druk geven .</p> <p>Minderjarigen onder de leeftijd van 16 jaar worden 'in beginsel' niet mechanisch gefixeerd en afzonderingsprotocollen bevatten extra garanties gezien de impact op minderjarigen.</p> <p>Er gelden bijkomende waarborgen indien verschillende vormen van afzondering en fixatie samen worden toegepast.</p> <p>Bij langdurige of veelvuldige toepassing van afzondering en fixatie wordt de overplaatsing naar een meer geschikte afdeling overwogen.</p>	26 27 28 29 30

4 Referenties

- Bervoets, C. & Sabbe, B. (2010). Vrijheidsbeperking door afzondering: een gemiste kans voor onderzoek? In Benoit, G., et al. (ed.). *De bescherming van de persoon van de geesteszieke* (pp. 197-208). Brugge: die Keure.
- Callaghan, S. M., & Ryan, C. (2014). Is there a future for involuntary treatment in rights-based mental health law? *Psychiatry, Psychology and Law*, 21(5), 747-766.
- Comité inzake de Rechten van het Kind van de Verenigde Naties. *Committee on the Rights of the Child*. Geraadpleegd op 20 december 2018 op www.ohchr.org/en/hrbodies/crc.
- Comité inzake de Rechten van Personen met een Handicap van de Verenigde Naties. *Committee on the Rights of Persons with Disabilities*. Geraadpleegd op 20 december 2018 op www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD.
- Comité van Ministers van de Raad van Europa (2004). *Recommendation No. Rec(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder*. Geraadpleegd op 20 december 2018 op <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168066c7e1>.
- D'haese, R., & Put, J. (2015). *De rechtspositiebepaling en -bescherming van de cliënt in de professionele hulp- en zorgverlening*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Leuven.
- D'haese, R. (2010). Medische contracten in het licht van het recht op eerbied voor de fysieke integriteit: De *informed consent*-vereiste als raakpunt, *Tijdschrift voor Belgisch Burgerlijk Recht* 2010, 430-457.
- D'haese, R. & Put, J. (2010). *Ontwikkeling van een juridisch kader voor zorginspectie*. Geraadpleegd op 12 januari op <https://www.law.kuleuven.be/isr/zorginspectiejuridischkader>.
- De Herdt, J. (2014). *Fysiek interpersoonlijk geweld*. Antwerpen: Intersentia.
- De Schutter, O. (2014). *International Human Rights Law. Cases Material Commentary. Second Edition*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Dierickx, A. (2006). *Toestemming en strafrecht*. Antwerpen-Oxford, Intersentia.
- Dierickx, A. (2007). *Over de putatieve noodtoestand*. *Nullum Crimen*, 395-403.
- Dijkhoffz, W. (2010). Zorginspectie: what's in the name? *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 4, 300-302.
- EHRM (2018). *Guide on Article 8 of the European Convention on Human Rights*. Geraadpleegd op 20 december 2018 op https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_8_ENG.pdf.
- Goedertier, G., Vande Lanotte, J., & De Pelsmaeker, T. (2013). *Handboek Belgisch Publiekrecht*. Brugge: Die Keure.
- Goffin, T. (2008). Toestemming in het medisch recht: Een nieuwe lezing van een oud probleem, *Rechtskundig Weekblad*, 1305-1317.
- Goffin, T. (2011). *De professionele autonomie van de arts : de rechtspositie van de arts in de arts-patiëntenrelatie*. Brugge: Die Keure.

- Janssens, C, Mirgoux, S, Smis, S, & Van Laethem, K. (2011). *Handboek mensenrechten*. Antwerpen: Intersentia.
- Jiménez, A. E. A. (2015). Criminalizing disability: the urgent need of a new reading of the European Convention on Human Rights. *Am. U. Int'l L. Rev.*, 30, 285-313.
- Lemmens, C. (2014). De dwangopneming van geesteszieken. In Dewallens F. en Vansweevelt T. (ed.). *Handboek gezondheidsrecht: Deel II* (pp. 907-978). Antwerpen: Intersentia.
- Lemmens, C. (2014). Meerderjarige onbekwamen. In Dewallens F. en Vansweevelt T. (ed.). *Handboek gezondheidsrecht: Deel II* (pp. 979-1052).. Antwerpen; Intersentia.
- Mensenrechtencomité van de Verenigde Naties. *Human Rights Committee*. Geraadpleegd op 20 december 2018 op www.ohchr.org/en/hrbodies/ccpr.
- Opgenhaffen, T. (2018). Vrijheidsbeperking in de kinderpsychiatrie. Een juridische aanvulling bij het werk van Zorginspectie. *Rechtskundig Weekblad*, 82(3), 83-98.
- Raad van Europa (1952). Europees Verdrag voor de Rechten de Mens.
- Raad van Europa (1987). Europees Verdrag ter voorkoming van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing.
- Raad van Europa. *Hudoc CPT*. Geraadpleegd op 20 december 2018 op <https://hudoc.cpt.coe.int/>.
- Raad van Europa. *Hudoc ECHR*. Geraadpleegd op 20 december 2018 op <https://hudoc.echr.coe.int/>.
- Rotthier, K., & Servaes, M. (2012). *Gedwongen opname van de geesteszieke. Handleiding bij de Wet Persoon Geesteszieke*. Brugge: Die Keure.
- Swennen, F. (2001). *Geestesgestoorden in het burgerlijk recht*. Antwerpen: Intersentia.
- Van Leuven, N. (2009). *Contracten en mensenrechten. Een mensenrechtelijke lezing van het contractenrecht*. Antwerpen-Oxford: Intersentia.
- Verenigde Naties (1966). Internationaal Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke Rechten.
- Verenigde Naties (1989). Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind.
- Verenigde Naties (2006). Internationaal Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap.
- Veys, M. (2007). Fixatie bij bejaarden: Een situering in het gezondheids- en aansprakelijkheidsrecht, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*. 214-227.
- Veys, M. N. (2008). *De Wet Patiëntenrechten in de psychiatrie*. Gent: Larcier.
- Wouters, J. (2017) *Internationaal recht in kort bestek*. Antwerpen: Intersentia.

Hoofdstuk 7

Kwaliteit van de evidentie op basis waarvan de multidisciplinaire richtlijn ontwikkeld werd

1 Aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ-voorzieningen

De kwaliteit van de evidentie op basis waarvan de aanbevelingen voor de *preventie* van afzondering en fixatie ontwikkeld werden, wordt uitgedrukt aan de hand van onderstaande evidentieniveaus. In hetgeen volgt, wordt per aanbeveling de kwaliteit van de evidentie weergegeven op basis waarvan de betreffende aanbeveling werd ontwikkeld.

- **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 *randomized controlled trials* (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 met expertpanels aangevuld met de input uit de interviews kan hiervan onderdeel uitmaken.
- **Niveau 4A:** Enkel op basis van het 1^{ste} expertpanel en de interviews die in Vlaanderen werden afgenomen, bestaan er aanwijzingen voor consensus¹ onder hulpverleners; én op basis van deze studie zijn er ook aanwijzingen dat vertegenwoordigers van patiënten of familie hiermee akkoord gaan
- **Niveau 4B:** Enkel op basis van het 1^{ste} 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 patiënten of familie daarover denken

¹ Met “aanwijzingen voor consensus” wordt bedoeld dat tijdens het expertpanel en de interviews meerdere experts 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).

1.1 Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers

1. Leiderschap

Leiderschap, visie en engagement van directie en beleidsmedewerkers zijn essentieel voor het slagen van het preventiebeleid. Binnen dit kader worden onderstaande aanbevelingen gemaakt.	1
--	---

1.1 Ontwikkeling van het preventiebeleid

a. Ontwikkel een preventiebeleid omtrent afzondering en fixatie en schrijf dit gedetailleerd uit.	1
b. Overweeg om eenzelfde preventiebeleid toe te passen in de hele voorziening , met enkel aanpassingen voor specifieke afdelingen of doelgroepen indien dit noodzakelijk is.	4B
c. Formuleer in het preventiebeleid: <ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> √ herstelgerichte zorg; √ participerende zorg; √ trauma-geïnformeerde zorg. 	1

1.2 Gedragen preventiebeleid

<p>a. Streef naar een gedragen preventiebeleid:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Zorg ervoor dat alle hulpverleners binnen de organisatie de zorgvisie kennen en begrijpen. ii. Informeert en sensibiliseert alle medewerkers van de voorziening – directie, beleidsmedewerkers, hulpverleners - omtrent: <ul style="list-style-type: none"> √ 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. 	1
<p>b. Maak gebruik van verschillende strategieën om tot een gedragen preventie-beleid te komen.</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Zet in op coachend leiderschap (zie B.I. 1.3: Coachend leiderschap); ii. Overweeg regelmatig cultuurpeilingen uit te voeren; iii. Overweeg om in te zetten op ervaringsgerichte vorming m.b.t. het preventiebeleid: <ul style="list-style-type: none"> √ Heb in de vorming minstens aandacht voor: <ul style="list-style-type: none"> * visie op zorg, de inhoud en rationale van het preventiebeleid; * feiten en mythes omtrent afzondering en fixatie. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Overweeg om ervaringsdeskundigen in te schakelen voor het ontwikkelen en geven van de vorming. 	<p>1</p> <p>4B</p> <p>4B</p>

1.3 Coachend leiderschap

<p>Zet in op betrokken en coachend leiderschap bij de ontwikkeling, implementatie, opvolging, evaluatie en bijsturing van het preventiebeleid:</p>	1
<p>a. Stimuleer en houd rekening met ideeën en bottom-up feedback van hulpverleners, alsook met input van zorggebruikers, naasten van zorggebruikers en ervaringsdeskundigen.</p>	1
<p>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).</p>	1
<p>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.</p>	1

1.4 Gedeelde verantwoordelijkheid

Betrek meerdere standpunten en disciplines in de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en bijsturing van het preventiebeleid:	1
a. Betrek zowel medewerkers, ervaringsdeskundigen, als de huidige zorggebruikers en hun naasten.	1
b. Zorg voor een duidelijke rolverdeling voor de verschillende medewerkers.	1
c. Overweeg de oprichting van een multidisciplinaire werkgroep met de vertegenwoordiging van minstens de volgende disciplines: psychiater, psychiatrisch verpleegkundige of verpleegkundig specialist, ervaringsdeskundige.	4B
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.	4B

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: <ul style="list-style-type: none"> 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. 	1
b. Overweeg om eveneens agressie in de voorziening op te volgen en te analyseren: <ul style="list-style-type: none"> 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. 	4B
c. Evalueer het gebruik van preventieve maatregelen en alternatieven voor afzondering en fixatie (zie I.2), en stuur bij indien nodig <ul style="list-style-type: none"> i. Gebruik hiervoor bottom-up feedback van: <ul style="list-style-type: none"> √ de hulpverleners op de behandelingsafdelingen; √ de zorggebruikers; √ naasten en/of de vertegenwoordigers van zorggebruikers. 	1

2. Preventieve maatregelen en alternatieven voor afzondering en fixatie

2.1 Algemeen

<p>a. Ontwikkel en implementeer binnen de voorziening alternatieven voor afzondering en fixatie, alsook preventieve middelen voor escalatie, agressie, afzondering en fixatie.</p>	1
<p>i. Overweeg je te laten inspireren door gepubliceerde goede praktijkvoorbeelden zoals bijvoorbeeld Best Practices rondom Dwangreductie in de GGZ²;</p>	4A
<p>ii. Overweeg daarnaast om de creatieve zoektocht te stimuleren naar algemene en eventueel doelgroepgerichte alternatieven en preventieve middelen;</p> <ul style="list-style-type: none"> √ onder hulpverleners, in samenwerking met ervaringsdeskundigen, huidige zorggebruikers, hun vertegenwoordigers en/of hun naasten; √ in dialoog met andere zorgverstrekkers in het zorglandschap: wissel ervaringen en goede praktijken uit. 	4A

2.2 Opleiding en training van de hulpverleners

<p>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:</p>	1
<p>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.</p>	1
<p>ii. Preventieve communicatievaardigheden gericht op de opbouw van een positieve therapeutische werkrelatie waarbij gelijkwaardigheid, wederzijds respect, samenwerking en dialoog centraal staan.</p>	1
<p>iii. De aard, de oorzaken, de preventie en gevolgen van escalatie en agressief gedrag. Besteed hierbij minstens aandacht aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> √ factoren gerelateerd aan de zorggebruiker: <ul style="list-style-type: none"> * psychologische kennis en inzicht in moeilijk hanteerbaar gedrag; * kennis van psychopathologie. √ factoren gerelateerd aan de hulpverlener en de interactie tussen hulpverlener en zorggebruiker: <ul style="list-style-type: none"> * de rol van bejegening en het omgaan met regels; * de rol van de emoties (bv. angst en frustratie) en emotieregulerende vaardigheden van de hulpverlener. 	1
<p>iv. Verbale de-escalatievaardigheden.</p>	1

² Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011

b. Overweeg daarnaast om hulpverleners te vormen over de rationale, de aard en de werkwijze van verschillende alternatieven voor afzondering en fixatie . Overweeg hen ook te trainen in het gebruik hiervan.	4B
--	----

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;	1
b. De privacy van elke zorggebruiker;	3
c. Bewegingsruimte voor de zorggebruiker, zowel binnen als buiten;	3
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;	1
e. De aanwezigheid van ruimte voor spanningsreductie bij de zorggebruiker:	1
i. Maak gebruik van comfortrooms :	3
√ 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.	4B

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.	4A
--	----

1.2 Aanbevelingen op het niveau van het behandelteam

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.	1
--	---

2. Continuïteit van zorg

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 m.b.t. de zorggebruikers wanneer zij veranderen van verblijfsafdeling.	4B
---	----

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 eerstelijns werkers (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.	4B
---	----

3. Omgaan met regels op de afdeling

3.1 Bewustwording

<p>Rigide of arbitrair gebruik van regels houdt een risico in op conflict en agressie. Zorg er daarom voor dat:</p> <ol style="list-style-type: none"> Alle regels kritisch worden aanschouwd: ze dienen te binnen de zorgvisie en waarden van de voorziening. 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. 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). 	1
---	---

3.2 Flexibiliteit en maatwerk

<p>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.</p>	4B
<p>b. Beoordeel regelovertreden 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.</p>	1

3.3 Helderheid en transparantie

<p>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.</p>	1
<p>b. Formuleer de regels steeds helder en begrijpbaar. Houd hierbij rekening met de ontwikkelingsleeftijd en de cognitieve mogelijkheden van de zorggebruiker.</p>	1

1.3 Aanbevelingen op het niveau van de directe zorg voor de zorggebruikers

1. Onthaal en bejegening

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.	1
--	---

1.2 Opbouw van de therapeutische relatie

Zorg daarom voor een gastvrij, warm onthaal van de zorggebruiker. <ul style="list-style-type: none"> 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 contact) en bij opnames onder gedwongen statuut. 	3
---	---

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

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

<ul style="list-style-type: none"> a. Voer een grondige anamnese uit bij opname, met in het bijzonder aandacht voor de volgende aspecten: <ul style="list-style-type: none"> 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. 	1
---	---

<p>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 (ook tijdens de verdere behandeling):</p> <ul style="list-style-type: none"> 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, vertrouwens-personen. 	<p>4B</p>
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. een gestructureerd klinisch oordeel; ii. een gevalideerd instrument. 	<p>1</p>

3. Nabijheid, therapeutisch aanbod en activiteiten

3.1 Nabijheid en bereikbaarheid

<p>Betrokkenheid van de hulpverlener ten aanzien van de zorggebruiker, alsook een positieve therapeutische relatie gebaseerd op wederzijds vertrouwend zijn belangrijk in het kader van preventie van escalatie en agressie:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>1</p>
--	----------

3.2 Therapeutisch aanbod

<p>Specifiek binnen het kader van preventie van escalatie, agressie, afzondering en fixatie: voorzie voor de zorggebruikers een therapeutisch aanbod omtrent:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. mentaliserende vermogens en emotieregulerende vaardigheden; b. traumaverwerking. <p>Maak op indicatie gebruik van dit therapeutisch aanbod, rekening houdend met de kwetsbaarheden van de zorggebruiker.</p>	<p>1</p>
---	----------

3.3 Activiteiten aanbod

<p>Heb aandacht voor voldoende zinnvolle dagbesteding, voorzie voldoende aanbod voor ontspanningsmogelijkheden en andere betekenisvolle activiteiten voor de zorggebruikers.</p>	<p>1</p>
---	----------

4. Vroegtijdige zorgplanning

4.1 Signaleringsplan

<p>Stel een signaleringsplan op, rekening houdend met de gekende kwetsbaarheden en/of risico's:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Doe dit alvorens er 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 laatste opzicht kan het ook aangewezen zijn om de input van een naaste te vragen.c. Inventariseer in het signaleringsplan:<ul style="list-style-type: none">i. Persoonlijke triggers voor emotionele spanningii. Vroege signalen van toegenomen spanning; signalen per fase van spanningsopbouwiii. Strategieën per fase van spanning, die kunnen helpen om spanning te doen dalen<ul style="list-style-type: none">√ 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.	1
---	---

4.2 Voorkeuren en wens van de zorggebruiker

<p>Ga met elke zorggebruiker in dialoog over welke eventuele voorkeuren of afkeuren hij/zij heeft omtrent het gebruik van verschillende vormen van afzonderen of fixeren.</p> <ul style="list-style-type: none">i. Houd rekening met de mogelijkheden en ontwikkelingsleeftijd van de zorggebruiker en betrek de vertegenwoordiger en/of een naaste indien nodig.ii. Noteer deze input in het patiëntendossier.iii. 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 infra: C.II.2).	1
--	---

5. Omgaan met escalatie

<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ga in dialoog met de zorggebruiker waarbij je als hulpverlener een open en respectvolle communicatiestijl hanteert Maak bovendien gebruik van verbale de-escalerende vaardigheden Grijp terug naar een eventueel signaleringsplan Maak zo nodig gebruik van alternatieven voor de-escalatie 	1
--	---

6. Nabespreking na een afzondering of fixatie

6.1 Nabespreking met de zorggebruiker

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Voer niet lang na het beëindigen van de maatregel een nabespreking met de zorggebruiker en desgevallend zijn vertegenwoordiger.	A_1	B_1
Betrek een andere naaste voor zover de zorggebruiker dit wenst.		B_1
<ol style="list-style-type: none"> Pas de vorm, tijdstip, duur en manier van het voeren van het gesprek aan op maat van de zorggebruiker en zijn mogelijkheden. Bevraag zijn/haar noden en voorkeuren hieromtrent. 		B_4B
<ol style="list-style-type: none"> 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. 		B_1
<ol style="list-style-type: none"> Bespreek daarom de volgende aspecten: <ol style="list-style-type: none"> wat er gebeurd is; wat de aanleiding was; wat waarschuwingssignalen waren voor de crisis; de beleving van de zorggebruiker, de emotionele en fysieke impact; de beleving en impact op de betrokken hulpverlener; lessen die eventueel getrokken kunnen worden in het kader van individuele crisispreventie. 		B_1
<ol style="list-style-type: none"> Indien hier aanleiding toe bestaat, wijs de zorggebruiker op de mogelijke klachtenprocedures. 	A_3	

6.2 Nabespreking onder hulpverleners

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Organiseer tevens een nabespreking met alle betrokken hulpverleners , kort nadat de maatregel heeft plaatsgevonden.		B_1
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_1
√ Betrek daarom een niet-rechtstreeks betrokken medewerker		B_4B
b. Ruimte bieden voor emotionele verwerking.		

2 Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ-voorzieningen

De kwaliteit van de evidentie op basis waarvan de aanbevelingen voor de *toepassing* van afzondering en fixatie ontwikkeld werden, wordt uitgedrukt aan de hand van onderstaande evidentieniveaus. In hetgeen volgt, wordt per aanbeveling de kwaliteit van de evidentie weergegeven op basis waarvan de betreffende aanbeveling werd ontwikkeld.

A-evidentieniveaus: Evidentie op basis van juridische bronnen:

- **Niveau A_1:** Gebaseerd op één of meer mensenrechterlijke principes zoals vertaald in de CPT guideline
- **Niveau A_2:** Gebaseerd op één of meer mensenrechterlijke 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 guideline
- **Niveau A_3:** Gebaseerd op één of meer mensenrechterlijke principes die de onderzoekers naar analogie met de CPT guideline zelf vertaald hebben om consistentie te bekomen tussen de aanbevelingen van de MDR

B-evidentieniveaus: Evidentie vanuit 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 *randomized controlled trial* (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 met expertpanels aangevuld met de input uit de interviews kan hiervan onderdeel uitmaken.
- **Niveau B_4A:** Enkel op basis van het 1^{ste} 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 patiënten of familie hiermee akkoord gaan
- **Niveau B_4B:** Enkel op basis van het 1^{ste} 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 patiënten of familie daarover denken

³ Met “aanwijzingen voor consensus” wordt bedoeld dat tijdens het expertpanel en de interviews meerdere experts 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).

2.1 Aanbevelingen op het niveau van de directies en beleidsmedewerkers

1. Procedures

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Ontwikkel procedures voor de toepassing van afzondering en fixatie	A_1	
a. Voor aanbevelingen m.b.t. de inhoud van de procedures : zie deel II van dit hoofdstuk C.		
b. Schrijf deze procedures gedetailleerd en helder uit.	A_1	
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.		B_4B
d. Informe er 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.	A_1	

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_2	B_1
a. Bied opleiding omtrent de volgende thema's:		
i. feiten en mythes m.b.t. afzonderen en fixeren, bv. effectiviteit, risico's, impact en gevolgen;		B_1
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;		B_1
iii. procedures voor het toepassen van afzonderen en fixeren;	A_2	
iv. kennis van de juridische voorwaarden voor afzondering en fixatie en de mensenrechtelijke beginselen die erop van toepassing zijn;		B_1

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
b. Train de volgende vaardigheden:		
i. respectvolle bejegening van de zorggebruiker en communicatie vaardigheden;	A_2	B_1
ii. de-escalerende communicatievaardigheden;		B_1
iii. emotieregulerende vaardigheden : omgaan met de eigen emoties tijdens escalatie, crisis en agressie;		B_3
iv. creatief en kritisch denken over het gebruik van alternatieven in het kader van de-escalatie en preventie van escalatie;		B_1
v. flexibel en kritisch omgaan met algemene procedures;		B_4B
vi. het voeren van nabesprekingen met de zorggebruiker en met collega-hulpverleners (intervisie);		B_1
vii. technische vaardigheden in het veilig toepassen van de verschillende vormen van fixeren en afzonderen;	A_1	
c. opleidingen en trainingen ervaringsgericht .		B_4B

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_1	
a. Maak voortdurend wederzijds visueel contact tussen de hulpverlener en de zorggebruiker mogelijk, vanuit een aangrenzende ruimte.	A_1	
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.	A_3	
c. Zorg voor sanitaire voorzieningen in of aangrenzend aan de afzonderingskamer. Voorzie in goed hygiënisch onderhoud hiervan.	A_2	B_1
Voorzie in goed hygiënisch onderhoud hiervan.	A_3	
d. Zorg steeds voor oriëntatiemogelijkheden . Voorzie mogelijkheden voor lichtinval (daglicht) en een digitale klok met vermelding van uur en datum.		B_1
e. Voorzie steeds middelen waarmee de zorggebruiker contact kan maken met een hulpverlener		B_1

4. Klachtenprocedures

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Informeer zorggebruikers, vertegenwoordigers en hun naasten omtrent de verschillende mogelijke klachtenprocedures.	A_1	
a. Ontwikkel gebruiksvriendelijke interne klachtenprocedures.	A_1	
b. Informeer op duidelijke wijze zorggebruikers, en desgevallend hun vertegenwoordigers, en hun naasten over deze interne klachtenprocedures .	A_3	
c. Informeer op duidelijke wijze zorggebruikers, en desgevallend hun vertegenwoordigers, en hun naasten over de externe klachtenprocedures .	A_3	B_4A
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 verzekerd is.	A_3	B_4A

2.2 Aanbevelingen voor de afzonderings- en fixatieprocedures

1. Indicatie voor afzondering en fixatie

Gebruik afzondering of fixeren 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 en preventieve maatregelen voor afzondering en fixatie niet (langer) volstaan. Hieruit volgt:	A_1	
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, ...	A_1	
b. Afzonderen, mechanisch fixeren, fysieke interventie of medicamenteuze fixatie zijn hoogstens een laatste optie binnen de bredere preventieve benadering van escalatie en agressie.	A_1	

2. Bij indicatie: overwegen en beslissen

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Maak bij indicatie voor afzondering of fixatie 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.		B_4B

2.1. Wie beslist tot het opstarten van de maatregel?

Overwegen en beslissen m.b.t. dwang gebeurt door een arts in overleg met andere leden van het behandelteam , nadat de arts de zorggebruiker medisch onderzocht heeft. Indien dit niet tijdig realiseerbaar is,	A_1	
wordt de beslissing genomen door verpleegkundigen in onderling overleg .		B_4B
De arts wordt in dat geval onmiddellijk verwittigd, voert zo snel mogelijk een medisch onderzoek uit en bevestigt al dan niet de maatregel.	A_1	
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.	A_2	

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:		B_1
a. de aanwezigheid van psychotrauma in de voorgeschiedenis, de aard van dit trauma;		B_1
b. voorgaande ervaring met afzonderingen en/of bepaalde vormen van fixatie;	A_1	B_1
c. de ontwikkelingsleeftijd van de zorggebruiker op fysiek, cognitief, emotioneel en psychisch vlak;	A_3	B_1
d. fysieke en medische kwetsbaarheidsfactoren zoals bv. gezondheid, gewicht en kracht, zwangerschap		B_1

2.3. Houd rekening met de principes van proportionaliteit en subsidiariteit

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Kies het type maatregel en de te volgen techniek volgens de principes van proportionaliteit en subsidiariteit .	A_1	
a. de mate van dwang en de ernst van de maatregel moeten in verhouding zijn met het gevaar.	A_1	
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;	A_1	
√ 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.		B_1
√ Weeg nadelen en risico's af tegen potentiële gewenste effecten;		B_4B
ii. Vermijd het gelijktijdig toepassen van meerdere vormen van dwang. Dit kan enkel als laatste redmiddel in uiterst uitzon-derlijke en uiterst gevaarlijke situaties overwogen worden;	A_1	
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.	A_3	B_1

2.4. Houd rekening met de voorkeuren van de zorggebruiker

a. Neem de voor- of afkeuren van de zorggebruiker omtrent dwangmaatregelen mee in het <i>overwegingsproces</i> om al dan niet afzondering of fixatie toe te passen, alsook bij de <i>keuze</i> van het type maatregel.	A_1	B_1
b. Indien 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: √ <i>Over het algemeen</i> wordt gedwongen medicatie (medicamenteuze fixatie) als minder ingrijpend ervaren in vergelijking met afzonderen of mechanische fixatie. Mechanische fixatie wordt <i>in het algemeen</i> het vaakst als meest ingrijpend ervaren, net als het combineren van afzonderen met mechanische fixatie dan wel medicamenteuze fixatie.		B_1

2.5. Indien de zorggebruiker zelf vraagt naar afzondering of fixatie

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Indien de zorggebruiker zelf vraagt naar afzondering of fixatie, ga 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 m.b.t. de uitvoering van afzondering en fixatie zoals hieronder omschreven.	A_1	

3. **Uitvoeren van de maatregel**3.1. Wie voert de maatregel uit?

Enkel bevoegd personeel dat grondig is opgeleid omtrent het veilig, respectvol en humaan toepassen van afzonderen en fixeren, voert afzondering en fixatie uit.	A_1	
---	-----	--

3.2. Registreren

Registreer in het patiëntendossier het volgende voor alle afzonderingen en fixaties:	A_1	B_1
a. Het type maatregel (en in uitzonderlijke gevallen een eventuele combinatie van maatregelen);	A_1	
b. Onder welke omstandigheden, de aanleiding/reden, uitgeprobeerde alternatieven;	A_1	
c. Het tijdstip van begin en einde;	A_1	
d. De naam van de arts die de maatregel heeft gestart of bevestigd;	A_1	
e. De eventuele verwondingen bij de zorggebruiker en/of de hulpverleners;	A_1	
f. De eventuele opmerkingen van de zorggebruiker m.b.t. het verloop van de afzondering of de fixatie (zie II. 5.2);	A_1	
g. De tijdstippen van en observaties tijdens het toezicht.	A_3	

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

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
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.	A_3	
b. Respecteer de voorkeuren van de zorggebruiker omtrent het verwittigen van naasten , indien deze gekend zijn.	A_3	

3.4. Houd rekening met de kwetsbaarheid van de persoon

Houd tijdens de uitvoering van de gekozen maatregel en techniek steeds rekening gehouden met de kwetsbaarheid van de persoon . Relevant hierbij zijn:	A_3	B_1
a. aanwezigheid van psychotrauma in de voorgeschiedenis, de aard van dit trauma;		B_1
b. voorgaande ervaring met afzonderingen en/of bepaalde vormen van fixatie;	A_1	B_1
c. de ontwikkelingsleeftijd van de zorggebruiker op fysiek, cognitief, emotioneel en psychisch vlak;	A_3	B_1
d. fysieke en medische kwetsbaarheidsfactoren: gezondheid, gewicht en kracht, zwangerschap.		B_1

3.5. Voer de maatregel respectvol en zo humaan mogelijk uit

Respecteer zo veel mogelijk de waardigheid van de zorggebruiker:	A_3	B_1
a. Gebruik open en respectvolle communicatie voor, tijdens én na het toepassen van de maatregel:		B_1
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, kwaadheid.		B_1
ii. Informe er 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.		B_1
iii. Wees bereikbaar en beschikbaar voor contact en communicatie met de zorggebruiker zodat hij steeds vragen kan stellen, behoeften kan uiten.	A_1	B_1

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Geef aan dat vragen en verzoeken steeds gesteld kunnen worden. Neem deze vragen en verzoeken ernstig.		B_1
iv. Toon empathie, bekommernis en betrokkenheid ten aanzien van de zorggebruiker.		B_1
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 infra: II.3.f.).	A_3	
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 pro-actief in het nagaan van deze behoeften en sta de zorggebruiker bij indien nodig.	A_3	B_1
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, handelingen voor hygiëne.	A_2	B_1
e. Zorg dat de zorggebruiker steeds gekleed is.	A_2	B_1
i. Overweeg niet standaard over te gaan 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.		B_4A
ii. Respecteer bij het omkleden naar scheurvrije kledij zoveel mogelijk de waardigheid en privacy van de zorggebruiker	A_2	B_1
door dit bijvoorbeeld enkel te laten gebeuren onder toezicht van een hulpverlener van hetzelfde geslacht.		B_1
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.	A_2	B_4B
g. Gebruik steeds veilige technieken bij het uitvoeren van de maatregel.	A_3	

3.6. Toeziën, opvolgen en evalueren

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
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_3	B_1
a. Zorg bij afzondering voor voortdurend wederzijds visueel contact met de zorggebruiker,	A_1	
tenzij dit het verhoopte de-escalerend effect in de weg staat:		B_1
i. Streef dus naar live toezicht, in de plaats van het gebruik van camera.	A_1	
ii. Streef daarnaast naar frequente fysieke aanwezigheid van een hulpverlener tijdens afzondering.		B_1
iii. Indien voortdurend wederzijds visueel contact niet aangewezen is,	A_3	B_1
omdat het duidelijk en aanhoudend contraproductief werkt voor de de-escalatie,		B_1
zorg dan voor regelmatig toezicht. Leg een maximum tijdsduur vast tussen twee momenten van toezicht en contact.	A_3	B_1
b. Zet bij mechanische fixatie in op continue fysieke aanwezigheid bij de zorggebruiker,	A_1	
tenzij dit het verhoopte de-escalerend effect in de weg staat.		B_1
i. Indien een continue aanwezigheid niet aangewezen is	A_3	
omdat het duidelijk en aanhoudend contraproductief werkt voor de-escalatie,		B_1
zorg dan voor regelmatig toezicht. Leg een maximum tijdsduur vast tussen twee momenten van toezicht en contact.	A_3	
c. Evalueer actief en frequent het effect van de maatregel.	A_3	B_1
d. Zoek naar een dialoog met de zorggebruiker om te kunnen inschatten wanneer de zorggebruiker voldoende gekalmeerd is, en de beëindiging van de maatregel kan overwogen worden.		B_1

4. Beslissen tot het beëindigen van de maatregel

4.1. Volg de principes van proportionaliteit en subsidiariteit

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Beëindig de maatregel:		
a. zodra het ernstige en acute gevaar voldoende is geweken en/of alternatieve oplossingen opnieuw geprobeerd kunnen worden;	A_1	
b. indien deze maatregel contraproductief werkt voor de-escalatie.		B_1
Streef bij afzondering en fixatie naar een toepassing van ' minuten eerder dan uren '. Indien desondanks afzondering of fixatie meerdere uren duurt:	A_1	
c. Zet in op extra waarborgen , zoals bijvoorbeeld het inzetten van een second opinion van een andere arts.	A_1	
d. Zet extra in op het zoeken naar alternatieven .	A_3	

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.	A_2	B_4B
In het geval dat de maatregel niet beëindigd wordt door een arts, wordt de arts hierover zo snel mogelijk geïnformeerd.	Volgt uit aanbeveling 2.1: een arts beslist het opstarten van de maatregel, of bevestigt deze.	

5. Na het beëindigen van de maatregel

5.1. Nabespreking met de zorggebruiker

Zie aanbeveling B.III.6.1

5.2. Opmerkingen van de zorggebruiker in het patiëntendossier

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Bied de zorggebruiker achteraf ook 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.	A_1	

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.		B_1
---	--	-----

5.4. Nabespreking met hulpverleners

Zie aanbeveling B.III.6.2

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.		B_4B
--	--	------

Hoofdstuk 8

Randvoorwaarden voor de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn

In dit hoofdstuk worden een aantal randvoorwaarden geformuleerd voor de implementatie van de aanbevelingen voor preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de praktijk. Deze randvoorwaarden situeren zich op vier niveaus:

1. de individuele residentiële GGZ-voorzieningen;
2. de residentiële GGZ als geheel;
3. de wetgeving;
4. wetenschappelijk onderzoek.

1 Randvoorwaarden op het niveau van de individuele residentiële GGZ-voorzieningen

1.1 Begeleiding van de GGZ-voorziening en het delen van kennis

Om de aanbevelingen van de MDR omtrent indicatiestelling van afzondering en fixatie in de praktijk te kunnen omzetten, is het van belang dat hulpverleners **voldoende kennis** hebben met betrekking tot **goede alternatieven voor de-escalatie** en goede praktijken voor **de preventie** van afzondering en fixatie (Perkins, Prosser, Riley, & Whittington, 2011). De bevroegde Vlaamse GGZ-experten pleiten er daarom voor dat GGZ-voorzieningen

- Ondersteund en begeleid worden in het **onderling uitwisselen** van kennis en goede praktijken;
- De nodige **toegang krijgen** tot goed onderbouwde kennis, bv. wetenschappelijke tijdschriften;
- **Ondersteund worden** bij het geven van **vormingen en trainingen** binnen de GGZ-voorziening. Dit is in het bijzonder belangrijk voor de aanbevelingen:

B.I.2.2: Training van vaardigheden;

C.I.2: Opleiding en training van de hulpverleners.

1.2 Zorg voor hulpverleners en mede-zorggebruikers

1.2.1 Positive risk taking

Het hanteren van het principe van *positive risk taking* en een strenge indicatiestelling van afzondering en fixatie vormen een uitdaging voor de praktijk (Cusack, McAndrew, Cusack, & Warne, 2016; zie hoofdstuk 5). Het voorzien van **basisveiligheid van de behandelomgeving** – op architecturaal en technisch vlak en op vlak van personeelsbezetting – vormt hiervoor een eerste randvoorwaarde (CPT, 2017). Daarnaast is de emotieregulering van hulpverleners - en in het bijzonder de (gevoeligheid voor) angst - een beïnvloedende factor voor het al dan niet succesvol toepassen van *positive risk taking*. Dit blijkt zowel uit de bevraging van Vlaamse GGZ-experten, als uit ander wetenschappelijk onderzoek (Cusack, McAndrew, Cusack, & Warne, 2016; Bowers et al., 2014; Papadopoulos, Ross, Stewart, Dack, & Bowers, 2012; Perkins et al., 2011). Het ondersteunen en begeleiden van hulpverleners hierin vereist aldus de nodige tijd en aandacht. Bovendien wijzen Vlaamse GGZ-experten erop dat - door de strengere

indicatiestelling van afzondering en fixatie en door het gebruik van *positive risk taking* - de kans bestaat dat hulpverleners en mede-zorggebruikers vaker getuige zijn van agressief, storend en/of invasief gedrag van een zorggebruiker. Ook dit kan angst en een onveiligheidsgevoel bij de hulpverleners en/of mede-zorggebruikers aanwakkeren. Het **opvolgen en beschermen van hun psychisch welbevinden** is dan ook een belangrijk aandachtspunt. De nodige aandacht, tijd en expertise hierin kunnen investeren is belangrijk voor de GGZ-voorzieningen.

1.2.2 Het toepassen van afzondering en fixatie

Het is eveneens van belang om hulpverleners te ondersteunen **in het proces van het overwegen en beslissen** om een dwangmaatregel al dan niet toe te passen. Mogelijke aandachtspunten zijn: het omgaan met ethische dilemma's, omgaan met angst (al dan niet voor aansprakelijkheid), omgaan met andere negatieve of gemengde gevoelens (Cusack et al., 2016; Bowers et al., 2014). Goede training, intervisie en supervisie dienen de hulpverleners hierbij te ondersteunen (zie hoofdstuk 5).

Het bieden van begeleiding en/of ondersteuning is ook van belang **na het toepassen** van afzondering of fixatie:

- Ten eerste hebben hulpverleners begeleiding nodig bij het (ethisch) reflecteren achteraf (zie aanbeveling C.II.5.4: Nabespreking met hulpverleners).
- Daarnaast is het van belang dat de GGZ-voorziening voorziet in voldoende tijd en in de nodige expertise om - na de beëindiging van een afzondering of fixatie - de betrokkenen te kunnen opvangen met het oog op psychische ondersteuning (zie aanbeveling C.II.5.5: Verdere opvolging).

2 Randvoorwaarden op het niveau van de residentiële GGZ

2.1 Een gebruiksvriendelijk en 'only once' registratiesysteem

Zowel in internationaal onderzoek, als tijdens de bevraging van Vlaamse GGZ-experten in het kader van deze studie wordt een toegenomen administratieve werklust in de GGZ gerapporteerd (Perkins et al., 2011). De ontwikkeling van een **gebruiksvriendelijk en tijdsefficiënt registratiesysteem** wordt dan ook aanbevolen. Hierbij is een 'only once' registratiesysteem aangewezen: een eenmalige registratie van afzondering en fixatie dient ervoor te zorgen dat de toepassing van de maatregel zichtbaar wordt (1) in het patiëntendossier, (2) voor de afdeling en de voorziening, en (3) voor de betrokken overheden.

2.2 Financiële middelen voor architecturale aanpassingen

Voor het realiseren van enkele aanbevelingen met betrekking tot de architectuur en interieurarchitectuur zijn **financiële investeringen** noodzakelijk. Deze aanbevelingen houden zowel verband met de preventie als met de toepassing van afzondering en fixatie. Het betreft respectievelijk aanbeveling B.I.3: Opbouw en inrichting van de afdelingen, en aanbeveling C.I.3: Ruimte voor afzondering. Enkele bevraagde Vlaamse GGZ-experten vragen enerzijds dat deze financiële investeringen ondersteund worden door de subsidiërende overheid. Anderzijds geven zij aan dat elke GGZ-voorziening een eigen verantwoordelijkheid draagt met de betrekking tot de wijze waarop – en waarvoor – de beschikbare financiële middelen binnen de eigen voorziening besteed worden (zie hoofdstuk 5).

2.3 Optimalisering van de ratio personeelsbezetting-zorggebruikers

Zoals voorheen reeds aangehaald werd, wordt zowel internationaal als in Vlaanderen een toegenomen administratieve werklast in de GGZ gerapporteerd. Hulpverleners geven aan soms weinig tijd te hebben voor de opbouw van een gunstige therapeutische werkrelatie (Perkins et al., 2011). Precies deze tijd voor de opbouw van een gunstige therapeutische werkrelatie is een belangrijke randvoorwaarde voor een goede preventie van afzondering en fixatie (zie de aanbevelingen onder B.III). Ook voor het humaan en respectvol toepassen van afzondering en fixatie is voldoende tijd voor contact met de zorggebruiker van belang (zie de aanbevelingen onder C.II.3 en C.II.5).

Binnen deze context wordt door zowel Vlaamse als internationale hulpverleners, zorggebruikers en andere GGZ-experten het belang aangehaald van (1) beschikbaarheid van hulpverleners en (2) voldoende personeelsbezetting (Aguilera-Serrano et al., 2018; Cusack et al., 2016; Perkins et al., 2011; zie hoofdstuk 5). Individuele studies rapporteren wisselende resultaten met betrekking tot de impact van de hoeveelheid personeel op het voorkomen van agressie en/of afzondering en fixatie. Globaal wijst het bestaande onderzoek op een noodzakelijk minimum van personeel en het bestaan van optimale ratio's van hulpverleners-zorggebruikers. Zowel te hoge als te lage ratio's lijken immers nefast te zijn voor de preventie van agressie (Goulet, Larue, & Dumais, 2016). Meer onderzoek naar optimale ratio's wordt aanbevolen (zie paragraaf 4 van dit hoofdstuk). Bevroegde Vlaamse GGZ-experten pleiten ervoor om de ratio personeel-zorggebruikers aan te passen aan de zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie en/of aan het risico op agressie of crisis binnen een bepaalde afdeling of voorziening (zie hoofdstuk 5).

Voldoende personeelsbezetting is essentieel voor in het bijzonder de volgende aanbevelingen van MDR met betrekking tot *preventie*:

B.III.1: Onthaal en bejegening;

B.III.3: Nabijheid, therapeutisch aanbod en activiteiten.

Met betrekking tot de *toepassing* van afzondering en fixatie vormt voldoende personeelsbezetting in het bijzonder een randvoorwaarde voor de volgende aanbevelingen van de MDR:

C.II.1: Indicatiestelling voor afzondering en fixatie;

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

C.II.3: Uitvoeren van de maatregel.

3 Randvoorwaarden op het niveau van de wetgeving

Afzondering en fixatie maken niet enkel deel uit van een klinische praktijk, ze vinden bovendien plaats binnen een juridisch kader. Zo'n kader is noodzakelijk omdat hulpverleners zich mengen in de integriteit van een persoon. Afzondering en fixatie kunnen daarom enkel worden toegepast waar en voor zover het recht dat toelaat. Dat recht is in Vlaanderen fragmentair. Het is niet duidelijk op welke rechtsgrond afzondering en fixatie gebaseerd zijn, waardoor het ook niet duidelijk is welke voorwaarden gelden en welke waarborgen de zorggebruiker geniet. Meer rechtszekerheid is nodig. Deze rechtszekerheid dient niet enkel het belang van de zorggebruiker, maar moet ook de hulpverlener en de voorziening beschermen. Zij treden vandaag op in een grijze zone, waarin niet enkel de zorggebruiker maar ook de hulpverlener juridisch kwetsbaar is.

De taak voor de wetgever (in de ruime zin) om zorgvuldig met afzondering en fixatie om te gaan volgt niet alleen uit de rechtsbeginselen zoals ze in het gezondheidsrecht gelden, maar volgt ook uit de mensenrechten die de overheid een belangrijke taak toedichten: de overheid (*incl.* personen die de overheid vertegenwoordigen) is niet enkel verplicht om zelf de mensenrechten van zorggebruikers te respecteren; ze moet er ook op toezien dat anderen hetzelfde doen, enerzijds door handhavend op te treden, maar anderzijds ook door preventief waarborgen in te bouwen die de legitimiteit, subsidiariteit en proportionaliteit van afzondering en fixatie vrijwaren. Het in hoofdstuk 6 ontwikkelde toetsingskader, opgebouwd uit de rechtspraak van het EHRM, de CPT-standaarden en de landenrapporten van het CPT bevat een uitwerking en een concretisering van deze principes.

Door alle onderdelen van het toetsingskader maximaal te integreren kan deze richtlijn de juridische lacune deels ondervangen. Hierbij gelden drie grenzen:

1. Niet alle aspecten van het toetsingskader kunnen in een richtlijn geregeld worden (zie punten 1 en 7 van het mensenrechtelijk toetsingskader in hoofdstuk 6). Zo kan een richtlijn niet de rechtsbasis bieden voor afzondering en fixatie.
2. De richtlijn integreert nog geen technieken (zie punten 8 en 15 van het mensenrechtelijk toetsingskader in hoofdstuk 6). Dit wordt in de vervolgstudie onderzocht.
3. Hetzelfde geldt voor aspecten waarvoor de mensenrechten een duidelijke beleidsruimte laten voor overheden (zie punt 4 van het mensenrechtelijk toetsingskader in hoofdstuk 6). Op basis van het bestaande klinisch georiënteerd wetenschappelijke onderzoek bestaan er daarenboven momenteel geen argumenten om het preventie- en toepassingsbeleid m.b.t. afzondering en fixatie te differentiëren op basis van de patiëntenpopulatie die in een voorziening/afdeling behandeld wordt. Daarom worden er in de MDR momenteel geen aanbevelingen opgenomen voor specifieke GGZ-voorzieningen of patiëntenpopulaties.

Op volgende punten komt de richtlijn aan het toetsingskader tegemoet (de [cijfers] verwijzen hierbij terug naar het toetsingskader):

- Een alomvattend afzonderings- en fixatiebeleid [2]
- Informatieverstrekking t.a.v. de zorggebruiker [3]
- Een registratiebeleid [5] met rechten voor de zorggebruiker [6]
- De mogelijkheden voor de zorggebruiker op tegen afzondering en fixatie op te treden [9]
- Schade vermijden als enige legitieme doel [10] en het uitsluiten van andere redenen [11]
- De gegarandeerde tussenkomst van een arts bij of onmiddellijk na de start van de afzondering of fixatie [12]
- De nadruk op een preventiebeleid [13]
- Garanties om de tijdsduur van afzondering en fixaties te beperken [14]
- De toepassing door opgeleid en bevoegd medisch personeel [16]
- Het gebruik van geschikte ruimtes en veilige technieken [17] en [18]
- Aandacht voor de voorkeuren van de zorggebruiker [19] en de minst verregaande (veilige) techniek [20]
- Het principieel vermijden van een combinatie van technieken [21]
- Het respect voor de grondrechten van de zorggebruiker bij het toepassen van de techniek [22], in het bijzonder zijn recht op privacy [23]
- Het toezicht op de afzondering en fixatie [24]
- De debriefing [25]
- Waar dit mogelijk was: bijkomende waarborgen naarmate de duur of impact van de afzondering of fixatie hoger ligt [26-27-28-29-30]

De richtlijn staat echter niet op zichzelf. Alles hangt af van de receptie, omzetting en toepassing ervan. Enerzijds is hiervoor vereist dat GGZ-voorzieningen de richtlijn omzetten in een zorgvuldig beleid. Anderzijds speelt ook de wetgevende, organiserende en toezichthoudende overheid een essentiële rol. Een richtlijn die door de overheid in het beleid inzake afzondering en fixatie geïntegreerd wordt, maakt immers deel uit van de rechtsbasis.⁷³

Een richtlijn is evenwel **geen wet** en kan daarom niet alle lacunes ondervangen. Het ontbreken van een duidelijke rechtsbasis voor afzondering en fixatie staat op dat punt een mensenrechtenconforme toepassing van fixatie en afzondering in de weg. Een duidelijke wettelijke basis vormt het fundament voor zowel de toepassing van afzondering en fixatie als voor de handhaving ervan. Een randvoorwaarde is daarom het **ontwikkelen van duidelijke regels die bepalen welke vormen van afzondering en fixatie wanneer mogen worden toegepast [1], en die daarbij in voldoende waarborgen voorzien zodat de rechten van zorggebruikers maximaal gerespecteerd worden**. De wetgever die vindt dat afzondering en fixatie in de geestelijke gezondheidszorg toelaatbaar is, moet de contouren ervan regelen.

Hoe deze regeling vorm krijgt, is een beleidskeuze. Enerzijds verzet niets zich tegen een integrale regeling in een wet of decreet. Anderzijds kan de wettelijke of decretale basis beperkt blijven tot de strikt noodzakelijke contouren. De uitwerking ervan kan gedelegeerd worden aan de uitvoerende macht en zelfs de voorzieningen. Ook tussenposities zijn mogelijk. Wel moet ten eerste aandacht uitgaan naar de bevoegdheidsverdeling tussen de federale staat en de gewesten. Ten tweede moeten er bijkomende waarborgen ingevoerd worden naarmate de handelingsruimte van de voorzieningen groter is. Deze waarborgen moeten de toepassing van afzondering en fixatie procedureel sturen en arbitrair optreden vermijden en handhaven.

Bij de opbouw van een **rechtsbasis [1]** voor afzondering en fixatie moet in het bijzonder aandacht besteed worden aan:

- **de voorzienbaarheid van afzondering en fixatie [2-3]**. Hoewel de richtlijn bijdraagt tot de voorzienbaarheid van afzondering en fixatie op het niveau van de zorgvoorzieningen, speelt ook de wetgever (in de ruime zin) hierbij een rol, door uniformiteit te creëren. In dat opzicht is het te overwegen om aspecten die essentieel zijn voor de voorzienbaarheid (bv. een principiële maximumduur van afzondering en fixatie, de aard van de interne klachtenprocedure, een second opinion bij langdurige afzonderingen en fixaties, ...) centraal te sturen.
- **toegankelijke en effectieve rechtswaarborgen voor de zorggebruiker [7-8-9]**. De opsporing van en het optreden tegen ongerechtvaardigde vormen van afzondering en fixatie vormen een essentieel deel van een beleid. Uitgangspunt hierbij is de handhavingsketen bestaande uit enerzijds preventief optreden (behoorlijke regelgeving; normatieve, educatieve of dreigende controle) en anderzijds repressieve handhaving (opsporing en afdoening) (Anckaert, 2013; D'haese & Put, 2014, p. 16-17). Twee aspecten zijn hierbij in het bijzonder van belang.
 - Het eerste is de **klachtenprocedure**. Het verdient aanbeveling om na te gaan of de huidige klachtenprocedures (o.a. intern binnen de voorziening, bij de ombudsdienst op grond van de Wet Patiëntenrechten, bij het Agentschap Zorg en Gezondheid op basis van de erkenningsnormen, bij de burgerlijke rechter of de strafrechter op grond van het gemeen recht) voldoende toegankelijk zijn en de

⁷³ O.a. EHRM 17 juli 2012, nr. 2913/06, Munjaz/Verenigd Koninkrijk; EHRM 18 oktober 2012, nr. 37679/08, Bureš/Tsjechië.

zorggebruiker een effectief middel bieden om op te treden tegen ongerechtvaardigde vormen van afzondering en fixatie.

- Het tweede is de **proactieve opsporing** van problematische of ongerechtvaardigde vormen van afzondering en fixatie. Ook hier is het aanbevolen om na te gaan of de huidige vormen van toezicht volstaan, ook in individuele gevallen. Onder huidige toezichtsvormen kunnen o.a. het toezicht van Zorginspectie en de controle door de vrederechter bij een gedwongen opname begrepen worden. Ook informeel toezicht door naasten en vertegenwoordigers speelt een rol. Wat dit laatste betreft moet hierbij bijzondere aandacht uitgaan naar personen die kwetsbaar zijn doordat hun netwerk onvoldoende sterk is en waarbij formelere opsporingsmechanismen wellicht noodzakelijk zijn.

Een van de mogelijke wijzen om toezicht in individuele gevallen mogelijk te maken is door afzonderingen en fixaties die problematisch zijn omwille van hun duurtijd, frequentie, de combinatie van meerdere technieken of het juridische statuut waarbinnen ze plaatsvinden individueel te rapporteren aan een toezichtsorgaan.⁷⁴ Dit past binnen een breder beleid om voor deze personen meer gepaste zorg te zoeken [21-27-30].

- **afzondering en fixatie enkel als veiligheidsmaatregel [10-11].** Afzondering en fixatie zijn zeer uitzonderlijke veiligheidsmaatregelen die enkel toelaatbaar zijn in geval van een ernstig en acuut gevaar voor de fysieke en/of psychische integriteit van de zorggebruiker of andere personen, voor zover alternatieven en preventieve maatregelen voor afzondering en fixatie niet (langer) volstaan. Dit toepassingscriterium is vandaag bij gebrek aan een expliciete rechtsgrond niet duidelijk in het recht verankerd. De rechtsgronden die vandaag op afzondering en fixatie worden toegepast leiden in de praktijk tot een ruimere toepassing. Dit is voornamelijk het gevolg van een ruime invulling van het algemene begrip noodtoestand (zie hoofdstuk 6). Een rechtsgrond voor afzondering of fixatie kan de toepassing als veiligheidsmaatregel expliciet incorporeren.
- **de rol van verschillende gezondheidszorgberoepen bij de toepassing van afzondering en fixatie [12-14-26].** Het CPT acht de tussenkomst van de arts noodzakelijk bij de keuze voor afzondering en fixatie en bij de herbeoordeling ervan [12 & 26], maar niet noodzakelijk bij de opheffing ervan [14].

Eenzijds speelt de arts volgens het CPT een essentiële rol bij de keuze voor afzondering en fixatie en de tussentijdse herbeoordelingen van deze keuze. Hij neemt en evalueert de maatregel na de zorggebruiker onderzocht te hebben; wanneer andere hulpverleners uitzonderlijk een afzondering of fixatie opstarten moet hij hiervan onmiddellijk op de hoogte gebracht worden en de zorggebruiker zo snel mogelijk onderzoeken. Niettegenstaande de randvoorwaarden inzake personeelsbezetting (zie hoofdstuk 8) is dit vandaag ook juridisch niet gegarandeerd. Ten eerste voorziet de lijst met technisch-verpleegkundige verstrekkingen immers voor verpleegkundigen de mogelijkheid om zelfstandig te beslissen over een afzondering of mechanische fixatie en op voorschrift over medicamenteuze fixatie. Dat zij over deze bevoegdheid beschikken is op zichzelf niet problematisch, voor zover onmiddellijk ingrijpen noodzakelijk is en er geen arts beschikbaar is. Wel problematisch is dat de snelle tussenkomst van een arts niet gegarandeerd is. Het is aan te bevelen om de bevoegdheid van verpleegkundigen tot zeer uitzonderlijke situaties te beperken, de onmiddellijke tussenkomst van de arts te regelen en eventueel in (korte)

⁷⁴ Report of the CPT on the visit to the Denmark from 4 February to 13 February (17 september 2014), CPT/Inf (2014) 25, §124; Report of the CPT on the visit to the Serbia from 25 May to 5 June 2015 (24 juni 2016), CPT/Inf (2016) 21, §167.

maximumtermijnen voor zijn tussenkomst te voorzien. Ten tweede is de herbeoordeling door een arts wettelijk niet geregeld. Het verdient aanbeveling om dit wel te doen. Het CPT suggereert wat dit betreft een maximale tijdsduur tussen twee beoordelingsmomenten.⁷⁵

Anderzijds is voor het CPT de rol van de arts niet essentieel bij het opheffen van de maatregel. Om de duurtijd van de afzondering en fixatie te verkorten heeft het CPT reeds meermaals geoordeeld dat wie toezicht houdt over de toepassing van de maatregel, ook over de noodzaak en het einde van de maatregel moet kunnen oordelen. De huidige hiërarchie in de gezondheidszorgberoepen staat hieraan in de weg, doordat wie de maatregel neemt er ook de juridische verantwoordelijkheid voor draagt. Dit heeft tot gevolg dat de richtlijn op dit punt (nog) niet kan worden toegepast: een arts die de maatregel neemt moet immers ook tot de opheffing ervan besluiten. Het is aan te bevelen om na te gaan hoe enerzijds een maatregel onmiddellijk kan worden opgeheven wanneer de toepassingsvoorwaarden vervallen, en anderzijds de hiërarchie in de gezondheidszorgberoepen en de afbakening van de verschillende bevoegdheden bewaakt kan worden.

- **een verbod op de tussenkomst van veiligheidspersoneel en ordediensten [16].** Het CPT acht de tussenkomst van ordediensten en veiligheidspersoneel bij de uitvoering van afzondering en fixatie in een medische context onmenselijk en vernederend.⁷⁶ Hoewel afzondering en fixatie reeds een aan gezondheidszorgberoepen voorbehouden handeling is, is het aan te bevelen om na te gaan of hierrond bijkomende waarborgen noodzakelijk zijn.
- **de rechtspositie van de afgezonderde en gefixeerde zorggebruiker.** Dit moet in drievoudige zin begrepen worden.
 - **De vrijwillige vs. de gedwongen zorggebruiker [27].** Wie vrijwillig in een zorgvoorziening verblijft en met afzondering of fixatie geconfronteerd wordt, bevindt zich in een juridisch problematische situatie. Voor zover de zorggebruiker zich tegen de afzondering of fixatie verzet, doet er zich immers een vrijheidsberoving voor, die aan de strenge voorwaarden van artikel 5 EVRM moet voldoen. Hoewel éénmalige kortdurende interventies op grond van de noodtoestand door sommigen aanvaard worden (Veys, 2008, p. 130)) vereist het CPT dat wanneer een zorggebruiker in de vrijwillige zorg langdurig of meermaals afgezonderd of gefixeerd wordt, zijn juridisch statuut wordt herzien.⁷⁷ Concreet betekent dit dat een procedure inzake gedwongen opname gestart wordt, althans voor zover aan de toepassingsvoorwaarden van deze wet voldaan is. Hoewel dat

⁷⁵ Report of the CPT on the visit to Latvia from 5 to 15 September 2011 (27 augustus 2013), CPT/Inf(2013)20 §131; Report of the CPT on the visit to Belgium from 24 September to 4 October 2014 (31 maart 2016), CPT/Inf(2016)13, §2013, §163; Report of the CPT on the visit to the Czech Republic from 1 April to 10 April 2014 (31 maart 2015), CPT/Inf (2015) 18, §165; Report of the CPT on the visit to Germany from 25 November to 7 December 2015 (1 juni 2017), CPT/Inf(2017)13, §105; Report of the CPT on the visit to Denmark from 4 February to 13 February (17 september 2014), CPT/Inf (2014) 25, §125; Report of the CPT on the visit to Sweden from 18 May to 28 May 2015 (17 februari 2016), CPT/Inf(2016)1, §117; Report of the CPT on the visit to the Serbia from 25 May to 5 June 2015 (24 juni 2016) , CPT/Inf (2016) 21, §191.

⁷⁶ Report of the CPT on the visit to the Czech Republic from 1 april to 10 april 2014 (31 maart 2015), CPT/Inf (2015) 18, §168; Report of the CPT on the visit to Germany from 25 November to 7 December 2015 (1 juni 2017), CPT/Inf(2017)13, §127; Report of the CPT on the visit to the Netherlands from 2 to 13 May 2016 (19 januari 2017), CPT/Inf(2017)1, §138.

⁷⁷ CPT Standards (Substantive Sections of the CPT's General Reports), CPT/Inf/E(2002)1-Rev2015; Report of the CPT on the visit to the Czech Republic from 1 april to 10 april 2014 (31 maart 2015), CPT/Inf (2015) 18, § Tsjechië, 2014, §163; Report of the CPT on the visit to Malta from 3 september to 10 september 2015 (25 oktober 2016), CPT/Inf (2016) 25, §153.

verregaand is, is dit vanuit juridisch standpunt niet onlogisch: de voorziening heeft juridisch niet het gezag om een persoon van zijn vrijheid te beroven. Er zijn juridisch geen garanties dat er in de praktijk naar de Wet bescherming persoon geesteszieke gegrepen wordt.

Tegelijk moet ook bij een gedwongen opname het gebruik van afzondering en fixatie gebaseerd zijn op een duidelijke rechtsgrond. Deze is er vandaag niet. Het is bijgevolg aan te bevelen om zowel bij de vrijwillige als de gedwongen opname waarborgen te voorzien die aan het door artikel 5 EVRM beschermde verbod op ongerechtvaardigde vrijheidsberovingen voldoet. Indien bij afzondering of fixatie een gedwongen opname van een vrijwillig opgenomen zorggebruiker vanuit klinisch oogpunt te verregaand geacht wordt, dan moet het recht een tussenoplossing zoeken die de toets van artikel 5 EVRM doorstaat.

- **De rechten van de afgezonderde en gefixeerde zorggebruiker [19-20-22-23-24].** Bij afzondering en fixatie mogen de rechten van de zorggebruiker niet verder beperkt worden dan strikt noodzakelijk is. Ook wanneer hij afgezonderd of gefixeerd wordt kan hij bijgevolg de rechten die aan zijn persoon verbonden zijn blijven uitoefenen (bv. kledingkeuze, bezoek, contacten met de buitenwereld). Het zelfbeschikkingsbeginsel dat in de zorg centraal staat moet zo veel als mogelijk gerespecteerd worden. Elke verdere beperking moet afzonderlijk gerechtvaardigd worden. Hierrond bestaan vandaag weinig garanties, noch in de wetgeving, noch in het inspectiekader.
- **Controle op de proportionaliteit, noodzakelijkheid en pertinentie van afzondering en fixatie [10-14-24-26-28-29-30].** Tot slot is het van belang dat de proportionaliteit, noodzakelijkheid en doelmatigheid van een afzondering en fixatie voortdurend beoordeeld worden. Hoewel dit voornamelijk een taak is voor de voorziening en voor de hulpverleners die instaan voor de uitvoering, kan de overheid hier een belangrijke hefboom bieden door een sturende rol op zich te nemen. De noodzaak van bijkomende waarborgen neemt hierbij toe naarmate de impact van afzondering en fixatie toeneemt (duurtijd, frequentie, combinatie van technieken, leeftijd, juridisch statuut...). Welke waarborgen gepast zijn binnen het kader dat in Vlaanderen uitgetekend wordt, staat niet vast, maar o.a. maximale duurtijden, een second opinion, een multidisciplinair overleg, ... behoren tot de mogelijkheden.

4 Randvoorwaarden op het niveau van wetenschappelijk onderzoek

Deze MDR streeft naar een mensenrechtenconforme toepassing van afzondering en fixatie die door klinisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek ondersteund is. Uit de principes die de mensenrechten op afzondering en fixatie toepast, volgt een eis tot een duidelijk kader en specifieke waarborgen voor de toepassing van afzondering en fixatie, zonder te zeggen hoe ze er precies moeten uitzien. Aanbevelingen met betrekking tot de *preventie* van afzondering en fixatie konden op basis van reviews van klinische observationele studies en enkele RCTs vrij concreet ingevuld worden. De kwaliteit van deze onderzoeksevidentie is volgens de GRADE-methode in zijn geheel genomen eerder laag. Toch laat de groeiende maatschappelijke bezorgdheid over dwangmaatregelen, alsook de groeiende consensus bij de betrokken stakeholders hierover, toe dat op basis van deze onderzoeksevidentie aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie geformuleerd werden. De *toepassing* van afzondering en fixatie kan omwille van ethische redenen echter maar zeer gedeeltelijk met klinische interventiestudies onderzocht worden. Studies die de gevolgen van afzondering en fixatie op het psychisch en fysiek welzijn van zorggebruikers en hulpverleners inventariseren, of de beleving van zorggebruikers tijdens en na het ondergaan van afzondering en/of fixatie, gaven wel enige input voor

de concretisering van de aanbevelingen met betrekking tot de toepassing van afzondering en fixatie. Maar een aantal aspecten van de toepassing van deze dwangmaatregelen werden nog niet gedetailleerd uitgewerkt in de aanbevelingen. Daarom wordt bijkomend onderzoek aanbevolen met betrekking tot de volgende aspecten:

- a. **Concretisering van veilige en humane technieken voor de toepassing van afzondering en fixatie:**
- Uit de principes van de mensenrechten volgt een eis om omzichtiger om te springen met groepen die kwetsbaar zijn. Een voorbeeld is de toepassing van afzondering en fixatie bij minderjarigen. Vanuit de mensenrechten is bijzondere aandacht voor deze groepen noodzakelijk. Hoe dit wordt uitgewerkt in aanbevelingen van een richtlijn, staat echter niet vast en maakt deel uit van een appreciatiemarge. Hooguit in één landenrapport stelt het CPT dat het beter is om personen onder de 16 jaar “in beginsel” niet mechanisch te fixeren.⁷⁸ Ook in bestaande richtlijnen en wetten in verschillende landen, is er geen consensus over of - en welke - leeftijdsgrens er voor de toepassing van afzondering en fixatie aangewezen is (NICE, 2015; Masters et al., 2002). Op basis van bijkomend onderzoek waarbij ook de mate van consensus tussen betrokken Vlaamse stakeholders systematisch onderzocht wordt, zou een concrete aanbeveling hierover kunnen opgesteld worden.
 - Ook voor andere procedurele aspecten van afzondering en fixatie zou de MDR meer specifiek kunnen zijn. Een klassiek voorbeeld hiervan zijn de principiële maximale duurtijden van afzondering en fixatie. Indien deze duurtijden overschreden worden, zijn volgens het CPT bijkomende waarborgen noodzakelijk. Een concretere invulling geven aan de duurtijd is echter moeilijker. Enkel voor mechanische fixatie wijst het CPT in landenrapporten consequent op een maximumgrens van 6 uur waarbinnen er nieuw medisch onderzoek plaatsvindt en een maximumgrens van 24 uur waarbinnen de mechanische fixatie ten einde moet zijn.⁷⁹ Andere (inter)nationale richtlijnen spreken zich hierover niet uit. Ook hier is vervolgonderzoek nodig om na te gaan of er voldoende consensus kan bereikt worden tussen betrokken stakeholders over bepaalde maximale duurtijden.
- b. Concrete, objectieve **parameters voor architecturale aspecten** met betrekking tot een ‘healing environment’ en de preventie van agressie (bv. nodige ruimte voor privacy, interactie en beweging);
- c. **Optimale ratio’s voor personeelsbezetting-zorggebruikers** in de Vlaamse residentiële GGZ;
- d. De verdere uitwerking van een aantal **goede praktijken** voor de preventie van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ. Hulpverleners en directies vragen om deze extra handvaten zodat afzonderingen en fixaties zo veel mogelijk voorkomen kunnen worden in de residentiële GGZ;

Zoals in de inleiding van dit onderzoeksrapport werd aangestipt, heeft de bevoegde minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeuren, vervolgonderzoek mogelijk gemaakt naar de

⁷⁸ Report of the CPT on the visit to Finland from 22 september to 2 october 2014 (20 augustus 2015), CPT/Inf (2015) 25, §104.

⁷⁹ Report of the CPT on the visit to Belgium from 24 September to 4 October 2014 (31 maart 2016), CPT/Inf(2016)13, §2013, §163; Report of the CPT on the visit to the Czech Republic from 1 April to 10 April 2014 (31 maart 2015), CPT/Inf (2015) 18, §165; Report of the CPT on the visit to Germany from 25 November to 7 December 2015 (1 juni 2017), CPT/Inf(2017)13, §105; Report of the CPT on the visit to Denmark from 4 February to 13 February (17 september 2014), CPT/Inf (2014) 25, §125; Report of the CPT on the visit to Sweden from 18 May to 28 May 2015 (17 februari 2016), CPT/Inf(2016)1, §117; Report of the CPT on the visit to the Serbia from 25 May to 5 June 2015 (24 juni 2016) , CPT/Inf (2016) 21, §191.

technieken van afzondering en fixatie (zie a.) en naar de verdere uitwerking van goede praktijken voor de preventie van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ (zie d.).

Ten slotte is het belangrijk dat de MDR – om deze bruikbaar te houden in de klinische praktijk - up to date gehouden wordt. Minstens om de 5 jaar dient deze herwerkt te worden op basis van

- nieuwe wetenschappelijke inzichten vanuit klinisch en juridisch perspectief;
- de feedback van alle belangrijke betrokkenen binnen de Vlaamse GGZ: patiënten- en familievertegenwoordiging, GGZ-voorzieningen met goede praktijken op vlak van afzondering en fixatie, beroepsverenigingen, koepelorganisaties, onderzoekers en ethici.

5 Referenties

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

Anckaert, E. (2013). *Rechtshandhaving en medische beroepsuitoefening*. Brugge: die Keure.

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

Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K, ..., Stewart, D. (2014). Safewards: The empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 354-364.

D'haese, R. & Put, J. (2014). *Handhaving en geschillenbeslechting in het beleidsdomein WVG*. Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin. Leuven. Geraadpleegd op 20 december 2018 op <https://www.law.kuleuven.be/isr/handhaving-en-geschillenbeslechting>.

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>

Cusack, P., McAndrew, S., Cusack, F., & Warne, T. (2016). Restraining good practice: Reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom (UK). *International Journal of Law and Psychiatry*, 46(C), 20-26.

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

Masters, K. J., Bellonci, C., Bernet, W., Chair, V. A., Beitchman, J., Benson, R. S., et al. (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 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(2), 4S-25S

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>

Papadopoulos C., Ross, J., Stewart, D., Dack, C., James, K., Bowers, L. (2012). The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 425-439.

Perkins, E.; Prosser, H.; Riley, D. & Whittington, R. (2011). Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil? *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(1), 43-49.

Veys, M. N. (2008). *De Wet Patiëntenrechten in de psychiatrie*. Gent: Larcier.

Bijlage: De multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg

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

Een multidisciplinaire richtlijn met zicht op de toekomst

Tine Peeters, Kathleen De Cuyper, Tim Ogenhaffen, Inez Buyck,
Johan Put & Chantal Van Audenhove

¹ LUCAS KU Leuven, Zorgonderzoek & Consultancy

² Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven

Maart 2019

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 37 34 32

E-mail: swvg@kuleuven.be

Website: www.steunpuntwvg.be

Publicatie nr. 2019/01b

SWVG-Rapport 17b

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel publicatie: De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg - Een multidisciplinaire richtlijn met zicht op de toekomst

Auteurs: Promotoren: Prof. dr. Chantal Van Audenhove¹, prof. dr. Johan Put²

Onderzoekers: Tine Peeters¹, dr. Kathleen De Cuyper¹, Tim Opgenhaffen², dr. Inez Buyck¹

¹ LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, KU Leuven

² Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven

Coördinatie SWVG: Hilde Lauwers

Administratieve ondersteuning SWVG: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Deze richtlijn kwam tot stand op basis van het SWVG rapport nr. 17 (publicatie nr 2019/1), met de steun van de Vlaamse Overheid.

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen</i>	<i>Dagelijks bestuur</i>
KU Leuven <ul style="list-style-type: none">· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy· Instituut voor Sociaal Recht· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Chantal Van Audenhove Prof. dr. Anja Declercq Prof. dr. Johan Put Prof. dr. Tine Van Regenmortel Prof. dr. Erik Schokkaert
UGent <ul style="list-style-type: none">· Vakgroep Innovatie, Ondernemerschap en Dienstenmanagement· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën· Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg	Prof. dr. Paul Gemmel Prof. dr. Joris Voets Prof. dr. An De Sutter
Vrije Universiteit Brussel <ul style="list-style-type: none">· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen <ul style="list-style-type: none">· Centrum OASeS, Departement Sociologie	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt <ul style="list-style-type: none">· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool <ul style="list-style-type: none">· Opleiding Toegepaste Psychologie	dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool <ul style="list-style-type: none">· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent <ul style="list-style-type: none">· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg <ul style="list-style-type: none">· Groep Gezondheid en Welzijn	

Inhoudstafel

A.	Inleiding	5
I.	Finaliteit en inhoud van de multidisciplinaire richtlijn	5
II.	De ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn: Methode	6
1.	De GRADE-methode: Internationale standaard voor de ontwikkeling van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen in de gezondheidszorg	6
2.	De onderzoeksmethode gebaseerd op GRADE en aangevuld met extra onderzoeksfasen	7
3.	Wetenschappelijke evidentie vanuit klinisch en juridisch perspectief	8
4.	Ontwikkelen van een mensenrechtelijk toetsingskader	11
5.	Integreren van evidentie uit wetenschappelijk onderzoek vanuit klinisch en juridisch perspectief	11
6.	De kwaliteit van de evidentie bepalen op basis waarvan de aanbevelingen werden ontwikkeld	12
7.	Waarden en voorkeuren expliciteren	15
8.	Randvoorwaarden bepalen voor de implementatie van de MDR	15
9.	Betrokkenen bij de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg	16
III.	Definities van begrippen die gebruikt worden in de multidisciplinaire richtlijn	18
B.	Aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie in residentiële GGZ-voorzieningen	21
I.	Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers	23
1.	Leiderschap	23
2.	Preventieve maatregelen en alternatieven voor afzondering en fixatie	25
3.	Opbouw en inrichting van de afdelingen	26
4.	Bekendmaking van het preventiebeleid	26
II.	Aanbevelingen op het niveau van het behandelteam	27
1.	Werking van het team	27
2.	Continuïteit van zorg	27
3.	Omgaan met regels op de afdeling	27
III.	Aanbevelingen op het niveau van de directe zorg voor de zorggebruikers	29
1.	Onthaal en bejegening	29
2.	Kennismaking en het inschatten van kwetsbaarheid en risico's	29
3.	Nabijheid, therapeutisch aanbod en activiteiten	30
4.	Vroegtijdige zorgplanning	30
5.	Omgaan met escalatie	31
6.	Nabespreking na een afzondering of fixatie	31

C.	Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie in residentiële GGZ-voorzieningen	33
I.	Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers	34
1.	Procedures	34
2.	Opleiding en training van de hulpverleners	34
3.	Ruimte voor afzondering	35
4.	Klachtenprocedures	35
II.	Aanbevelingen voor de afzonderings- en fixatieprocedures	36
1.	Indicatie voor afzondering en fixatie	36
2.	Bij indicatie: overwegen en beslissen	36
3.	Uitvoeren van de maatregel	38
4.	Beslissen tot het beëindigen van de maatregel	40
5.	Na het beëindigen van de maatregel	41
D.	Randvoorwaarden voor de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn	43
I.	Randvoorwaarden op het niveau van de individuele residentiële GGZ-voorzieningen	43
1.	Begeleiding van de GGZ-voorziening en het delen van kennis	43
2.	Zorg voor de hulpverleners en de mede-zorggebruikers	43
II.	Randvoorwaarden op het niveau van de residentiële GGZ	45
1.	Een gebruiksvriendelijk en 'only once' registratiesysteem	45
2.	Financiële middelen voor architecturale aanpassingen	45
3.	Optimalisering van de ratio personeelsbezetting-zorggebruikers	45
III.	Randvoorwaarden op het niveau van de wetgeving	46
IV.	Randvoorwaarden op het niveau van wetenschappelijk onderzoek	46
	Referenties	47

A. Inleiding

I. Finaliteit en inhoud 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). In overleg met de opdrachtgevers – minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen, 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** 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: kinderen en jongeren, volwassenen als ouderen, inclusief personen met een intellectuele beperking of een vorm van dementie;
- Vlaamse residentiële GGZ-voorzieningen wil ondersteunen in de **kwaliteitsverbetering** van de preventie en toepassing van afzondering en fixatie en wil bijdragen tot een **mensenrechtenconforme** preventie en toepassing van deze vrijheidsbeperkende maatregelen;
- opgebouwd is uit **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, patiëntenvertegenwoordigers, beroepsverenigingen, koepelorganisaties, overheidsadministraties, onderzoekers en ethici.

De MDR vormt een set van goede praktijken voor de Vlaamse residentiële GGZ-voorzieningen. De aanbevelingen zijn zowel gericht naar 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 stakeholder - directies, beleidsmedewerkers, hulpverleners en zorggebruikers binnen de GGZ-voorzieningen - is noodzakelijk om de preventie en toepassing van afzondering en fixatie te optimaliseren.

De MDR werd bewust ontwikkeld met zicht op de **toekomst**. De richtlijn 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 het gebruik van de MDR.

II. De ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn: Methode

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 deze MDR. Zowel de Wereldgezondheidsorganisatie (2008) als internationale experts (Hill & Pang, 2007; Movsisyan, Dennis, Rehfuss, 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 1 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 1 Samenvatting van de GRADE-methode om wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen te ontwikkelen (gebaseerd op Barbui & Cipriani, 2011)

2. De onderzoeksmethode gebaseerd op GRADE en aangevuld met extra onderzoeksfasen

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 onderzoeksfasen toegevoegd aan de vier fasen die afkomstig zijn uit de GRADE-methode. Om af te stemmen op de doelstelling van deze studie en de MDR, werden de vier fasen 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 3 tot 8 toegelicht.

3. Wetenschappelijke evidentie vanuit klinisch en juridisch perspectief

3.1. Formuleren van de richtvragen

Op basis van de richtvragen van de studie werd de wetenschappelijke evidentie verzameld voor 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?

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 versie van de MDR tijdens een expertpanel voorgelegd aan 22 experts. De eerste versie 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 bevroegd:
- 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 versie 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.

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.

4. Ontwikkelen van een mensenrechtelijk toetsingskader

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.

5. Integreren van evidentie uit wetenschappelijk onderzoek vanuit klinisch en juridisch perspectief

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.

6. De kwaliteit van de evidentie bepalen op basis waarvan de aanbevelingen werden ontwikkeld

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 dit onderzoeksrapport wordt het evidentieniveau van alle aanbevelingen van de MDR weergegeven.

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 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”.

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.

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).

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.

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.

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 experts 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).

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 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.

7. Waarden en voorkeuren expliciteren

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 versie 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.

8. Randvoorwaarden bepalen voor de implementatie van de MDR

Ten slotte werd een niet-exhaustieve lijst van randvoorwaarden uitgewerkt voor de implementatie van de MDR in de Vlaamse residentiële GGZ-voorzieningen. Deze randvoorwaarden kwamen 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.

9. Betrokkenen bij de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg

De zes fasen van de onderzoeksmethode werden vormgegeven en uitgevoerd door onderzoekers van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin die samen de richtlijnwerkgroep vormden:

- Drie volwassenenpsychologen: Tine Peeters, dr. Kathleen De Cuyper en prof. dr. Chantal Van Audenhove,
- Eén kinder- en jeugdpsycholoog: dr. Inez Buyck,
- Twee juristen: Tim Opgenhaffen en prof. dr. Johan Put.

Zij zijn de auteurs van de richtlijn.

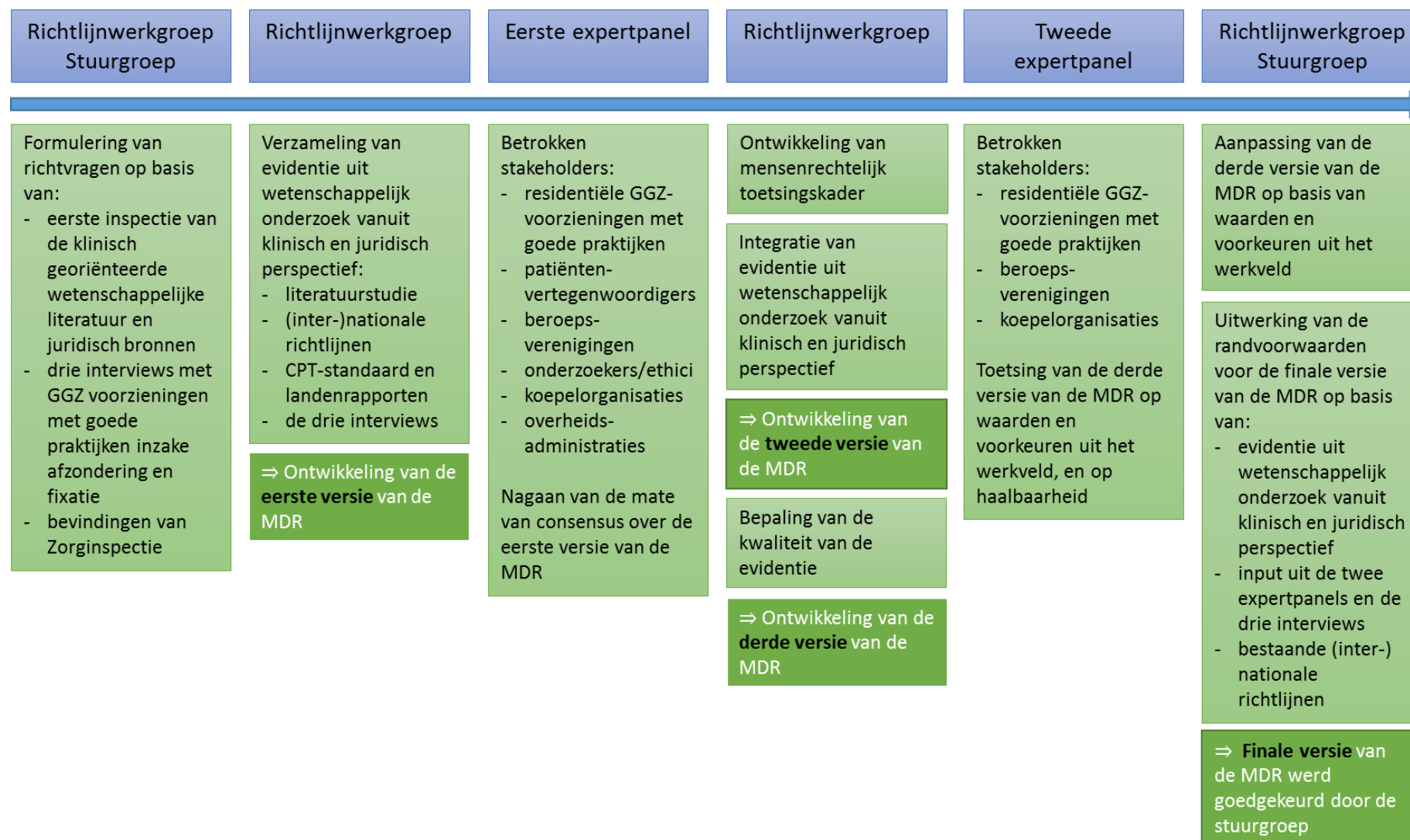
Alle onderzoeksactiviteiten van de richtlijnwerkgroep werden doorheen de hele studie opgevolgd door een stuurgroep die bestond uit

- de opdrachtgevers van de studie, met name het Agentschap Zorg en Gezondheid en het kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
- het Agentschap Jongerenwelzijn,
- het Departement 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 2 in beeld gebracht.



Figuur 2 Bijdragen van de betrokkenen aan de ontwikkeling van de MDR doorheen het onderzoeksproces

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

Een aantal begrippen uit de aanbevelingen lichten we hier toe. De definities van ‘afzondering’, ‘fixatie’ en ‘dwang’ werden overgenomen van het Agentschap Zorg en Gezondheid. Een aantal andere definities zijn gebaseerd op het rapport “Omgaan met agressie” van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD, 2013).

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

Agressie: Gewelddadig handelen met als doel schade toe te brengen. Het gaat hierbij om emotionele en/of fysieke schade aan personen waarbij het gedrag de grenzen overschrijdt van wat algemeen acceptabel is. Agressie kent verschillende gradaties en kan verbaal, non-verbaal, manipulerend of destructief zijn. Dit kan zich uiten op psychisch, fysiek of materieel vlak. Agressie kan gericht zijn op zichzelf, naar anderen toe of naar materialen toe.

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.

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. Ergonomische hulpmiddelen bevestigd aan of in de directe omgeving van de zorggebruiker, en die niet zelfstandig door de zorggebruiker kunnen verwijderd worden, worden niet beschouwd als mechanische fixatie tenzij deze hulpmiddelen buiten hun oorspronkelijke doelstelling gebruikt worden.
- **Medicamenteuze fixatie:** 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.

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).

Signaleringsplan: Een signaleringsplan wordt gemaakt op maat van de zorggebruiker, als 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.

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 in residentiële GGZ-voorzieningen

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 kort mogelijk en zo min mogelijk mogen worden toegepast.

Vanuit wereldwijd wetenschappelijk onderzoek, alsook uit de praktijkervaring van Vlaamse GGZ-voorzieningen die werden bevraagd, 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 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**:

- i. Het niveau van de directie en de beleidsmedewerkers van de GGZ-voorziening;
- ii. Het niveau van het behandelteam;
- iii. 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 D van deze richtlijn) en in hoofdstuk 8 van het onderzoeksrapport.

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. Want ook dit komt uit 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

1. Leiderschap

Leiderschap, visie en engagement van directie en beleidsmedewerkers zijn essentieel voor het slagen van het preventiebeleid. Binnen dit kader worden onderstaande aanbevelingen gemaakt.

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.

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. **Informeert en sensibiliseert** 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.

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, alsook 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.

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.

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.1.2), 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.

2. Preventieve maatregelen en alternatieven voor afzondering en fixatie

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 GGZ⁴;
- 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.

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**.

⁴ Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011

- 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.

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.

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

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.

2. Continuïteit van zorg

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.

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.

3. Omgaan met regels op de afdeling

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 bijgesteld worden. Doe dit met inspraak van hulpverleners van de afdeling, huidige zorggebruikers en/of hun naasten, ervaringsdeskundige(n).

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 regelovertradingen 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.

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

1. Onthaal en bejegening

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.

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.

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

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 risicoschattingen uit op een meer systematische wijze, door middel van:
 - i. een gestructureerd klinisch oordeel;
 - ii. een gevalideerd instrument.

3. Nabijheid, therapeutisch aanbod en activiteiten

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.

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.

3.3. Activiteiten aanbod

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

4. Vroegtijdige zorgplanning

4.1. Signaleringsplan

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.

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).

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.

6. Nabespreking na een afzondering of fixatie

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. **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.

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 **interview** 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 in residentiële GGZ-voorzieningen

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);
- Dit document doet geen uitspraak over welke technieken aanbevolen worden bij de verschillende dwangmaatregelen;
- Dit hoofdstuk over de toepassing van afzondering en fixatie vormt een vervolg op het hoofdstuk over de preventie ervan. Beide onderdelen vormen een geheel.

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

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.
- 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.

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.

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.

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

1. Indicatie voor 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.

2. Bij indicatie: overwegen en beslissen

Maak bij indicatie voor afzondering of fixatie 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.

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.

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.

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.

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.

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.

3. Uitvoeren van de maatregel

3.1. Wie voert de maatregel uit?

Enkel **bevoegd** personeel⁵ dat grondig is **opgeleid** omtrent het veilig, respectvol en humaan toepassen van afzonderen en fixeren, voert afzondering en fixatie uit.

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.

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.

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.

⁵ 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.

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. Gebruik steeds **veilige** technieken voor het uitvoeren van de maatregel.

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-escalerend 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.
- b. Zet bij **mechanische fixatie** in op continue fysieke aanwezigheid bij de zorggebruiker, tenzij dit het verhoopte de-escalerend 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.
- c. **Evalueer actief en frequent het effect** van de maatregel.
- 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.

4. Beslissen tot het beëindigen van de maatregel

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.

Streef bij afzondering en fixatie naar een toepassing van '**minuten eerder dan uren**'. Indien desondanks afzondering of fixatie meerdere uren duurt:

- a. Zet in op **extra waarborgen**, zoals bijvoorbeeld het inzetten van een second opinion van een andere arts;
- b. Zet extra in op het zoeken naar **alternatieven**.

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**⁶. In het geval dat de maatregel niet beëindigd wordt door een arts, wordt de arts hierover zo snel mogelijk geïnformeerd.

⁶ 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.

5. Na het beëindigen van de maatregel

5.1. Nabespreking met de zorggebruiker

Zie aanbeveling B.III.6.1

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.

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.

5.4. Nabespreking met hulpverleners

Zie aanbeveling B.III.6.2

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. Randvoorwaarden voor de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn

In dit hoofdstuk worden enkele randvoorwaarden geformuleerd om de huidige aanbevelingen voor preventie en toepassing van afzondering en fixatie te kunnen implementeren. Deze randvoorwaarden situeren zich op vier niveaus:

- I. de individuele residentiële GGZ voorzieningen;
- II. de residentiële GGZ;
- III. de wetgeving;
- IV. wetenschappelijk onderzoek.

Meer toelichting bij deze randvoorwaarden en de onderbouwing ervan, komen aan bod in hoofdstuk 8 van het onderzoeksrapport.

I. Randvoorwaarden op het niveau van de individuele residentiële GGZ-voorzieningen

1. Begeleiding van de GGZ-voorziening en het delen van kennis

Om deze richtlijn te kunnen toepassen, dient er in de GGZ-voorziening voldoende kennis te zijn over (1) concrete alternatieven voor afzondering en fixatie, (2) andere goede praktijken met betrekking tot preventie, en (3) goede praktijken omtrent het toepassen van afzondering en fixatie. In dit opzicht is het belangrijk dat GGZ-voorzieningen

- ondersteund en begeleid worden in het onderling uitwisselen van kennis en 'goede praktijken';
- de nodige toegang krijgen tot goed onderbouwde kennis, bv. wetenschappelijke tijdschriften;
- ondersteund worden in deskundigheidsbevordering met betrekking tot het bieden van vormingen en trainingen binnen de GGZ-voorziening. Dit is in het bijzonder belangrijk voor de aanbevelingen.

B.I.2.2: Training van vaardigheden;

C.I.2: Opleiding en training van de hulpverleners.

2. Zorg voor de hulpverleners en de mede-zorggebruikers

2.1. Positive risk taking

Het hanteren van het principe van *positive risk taking* en een strenge indicatiestelling voor het toepassen van afzondering en fixatie, kan een uitdaging vormen in de praktijk. Het voorzien van basisveiligheid van de behandelomgeving – op architecturaal en technisch vlak en op vlak van personeelsbezetting – vormt hiervoor een randvoorwaarde. Daarnaast verhoogt *positive risk taking* en strengere indicatiestelling de kans dat **hulpverleners en mede-zorggebruikers** vaker getuigen zijn van agressief, storend en/of invasief gedrag van de zorggebruiker. Dit kan angst en een *gevoel* van onveiligheid aanwakkeren. Het beschermen van hun psychisch welbevinden is dan ook een belangrijk aandachtspunt. Hier dienen de GGZ-voorzieningen de nodige aandacht, tijd en expertise in te kunnen investeren.

2.2. Het toepassen van afzondering en fixatie

Het is van belang hulpverleners te ondersteunen bij *positive risk taking* en het proces van het *overwegen en beslissen* om een dwangmaatregel al dan niet toe te passen. Mogelijke aandachtspunten zijn het omgaan met ethische dilemma's, omgaan met angst voor aansprakelijkheid, omgaan met andere negatieve of gemengde gevoelens. Goede intervisie en supervisie - waaronder het bieden van goede en juiste informatie - dienen de hulpverleners hierbij te ondersteunen.

Het bieden van begeleiding en/of ondersteuning is ook van belang *na het toepassen* van dwang:

- Zo hebben hulpverleners begeleiding nodig bij het (ethisch) reflecteren achteraf (zie aanbeveling C.II.5.4: Nabespreking met hulpverleners).
- Daarnaast is het van belang dat de GGZ-voorziening voorziet in voldoende tijd en in de nodige expertise om - na de beëindiging van een afzondering of fixatie - de betrokkenen te kunnen opvangen met het oog op psychische ondersteuning (zie aanbeveling C.II.5.5: Verdere opvolging).

II. Randvoorwaarden op het niveau van de residentiële GGZ

1. Een gebruiksvriendelijk en 'only once' registratiesysteem

De ontwikkeling van een gebruiksvriendelijk registratiesysteem wordt aanbevolen. Hierbij is een 'only once' registratiesysteem aangewezen: een eenmalige registratie van afzondering en fixatie dient ervoor te zorgen dat de toepassing van de maatregel zichtbaar wordt (1) in het patiëntendossier, (2) voor de afdeling en de voorziening, en (3) voor de betrokken overheden.

2. Financiële middelen voor architecturale aanpassingen

Aanpassingen aan architectuur en interieurarchitectuur vragen de nodige financiële investeringen. Architectuur en interieurarchitectuur zijn aandachtspunten bij zowel de *preventie* van afzondering en fixatie (zie aanbeveling B.I.3: Opbouw en inrichting van de afdelingen), als bij de *toepassing* van afzondering en fixatie (zie aanbeveling C.I.3: Ruimte voor afzondering).

3. Optimalisering van de ratio personeelsbezetting-zorggebruikers

Een hogere zorgzwaarte en/of een verhoogd risico op agressie of crisis vereist een hogere ratio personeelsbezetting-zorggebruikers. In dit opzicht is de ratio een bijzonder aandachtspunt in onder andere acute opname afdelingen en voorzieningen met gedwongen opnames. Het is tevens een bijzonder aandachtspunt tijdens avonden, weekends en feestdagen.

Voldoende personeelsbezetting is in het bijzonder belangrijk voor de volgende aanbevelingen met betrekking tot *preventie*:

B.III.1: Onthaal en bejegening;

B.III.3: Nabijheid, therapeutisch aanbod en activiteiten.

Met betrekking tot de *toepassing* van afzondering en fixatie vormt voldoende personeelsbezetting een randvoorwaarde voor in het bijzonder de aanbevelingen

C.II.1: Indicatiestelling voor afzondering en fixatie;

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

C.II.3: Uitvoeren van de maatregel.

III. Randvoorwaarden op het niveau van de wetgeving

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

IV. Randvoorwaarden op het niveau van wetenschappelijk onderzoek

Bijkomend onderzoek wordt aanbevolen met betrekking tot de volgende aspecten:

- Concretisering van veilige en humane technieken voor de toepassing van afzondering en fixatie;
- Concrete, objectieve parameters met betrekking tot voldoende ruimte voor privacy, voldoende beweging en voldoende binnen- en buitenruimte;
- De verdere uitwerking van een aantal goede praktijken voor de preventie van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ. Hulpverleners en directies vragen om deze extra handvaten aan te reiken zodat afzonderingen en fixaties zo veel mogelijk voorkomen kunnen worden in de residentiële GGZ;
- Up to date houden van de MDR, door deze regelmatig te vernieuwen op basis van
 - o nieuwe wetenschappelijke inzichten vanuit klinisch en juridisch perspectief;
 - o de feedback van alle belangrijke betrokkenen binnen de Vlaamse GGZ: patiënten- en familievertegenwoordiging, GGZ-voorzieningen, beroepsverenigingen, koepelorganisaties, onderzoekers en ethici.

Referenties

- 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
- 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
- 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 restraint in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services, 62*, 477-483.
- 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
- 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.
- 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>
- Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu (2013). Omgaan met agressie. Geraadpleegd op 30 november 2018 via https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/omgaan_met_agressie.pdf

- 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>
- Kolb, D.A. (2015). *Experiential learning: experience as the source of learning and development* (second edition). New Jersey, Pearson Education.
- Lagrou, A., & Danckaerts, M. (2017). Vrijheidsbeperkende maatregelen in de kinder- en jeugd-psychiatrie. Mogelijkheden tot reductie en alternatieve interventiemodellen (Masterproef). Katholieke Universiteit Leuven, Leuven.
- 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
- 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. (2002). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(2), 4S-25S.
- Movsisyan, A., Dennis, J., Rehfuss, 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
- 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
- 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
- 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

- 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.
- 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
- 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://richtlijnen database.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
- 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-dwang-maatregelen-in-de-geestelijke-gezondheidszorg>
- 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.