

## 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.

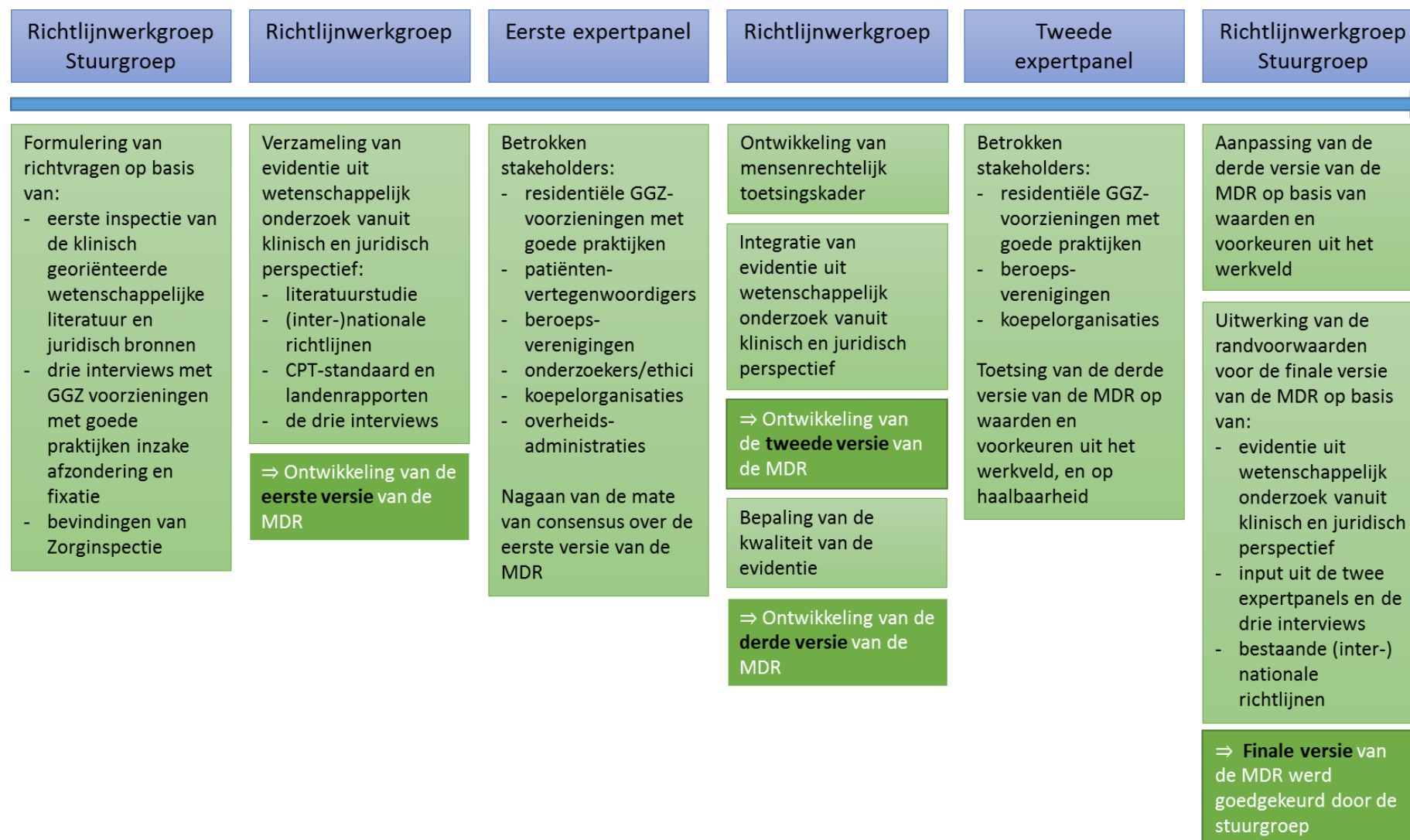
### Samenvatting van de evidentie afkomstig uit klinisch georiënteerd onderzoek naar de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ

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 voor 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 “Vrijheidsbepenkende 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 consensus<sup>1</sup> onder hulpverleners; én op basis van deze

---

<sup>1</sup> 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 consensus<sup>1</sup> 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 onderzoek<sup>2</sup>, expertconsensus en in

---

<sup>2</sup> 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.).