

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

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

Els Vanlinthout
Dr. Kathleen De Cuyper
Dr. Jasper Vanhoof
Tine Peeters
Dr. Tim Opgenhaffen
Dr. Sara Nijs
Prof. dr. Theo van Achterberg
Prof. dr. Chantal Van Audenhove



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. 2020/07
 SWVG-Rapport 38
 Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

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

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove¹

Copromotor: Prof. dr. Theo van Achterberg²

Onderzoekers: Els Vanlinthout¹, dr. Kathleen De Cuyper¹, dr. Jasper Vanhooft², Tine Peeters¹, dr. Tim Opgenhaffen³, dr. Sara Nijs^{4,5}

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

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

⁵ Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, KU Leuven

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 - Dagelijks bestuur</i>	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove Prof. dr. Anja Declercq
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Johan Put
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
UGent	
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg	Prof. dr. An De Sutter
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen	
· Centrum OASeS, Departement Sociologie	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt	
· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent	
· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

Rapport 38

Juni 2020

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

Onderzoekers: Els Vanlinthout¹, dr. Kathleen De Cuyper¹, dr. Jasper Vanhoof², Tine Peeters¹,
dr. Tim Opgenhaffen³, dr. Sara Nijs^{4,5}

Promotor: prof. dr. Chantal Van Audenhove¹

Copromotor: prof. dr. Theo van Achterberg²

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

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

⁵ Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, KU Leuven

Samenvatting

Inleiding en onderzoeksvragen

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

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

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

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

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

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

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

Onderzoeksmethode en -resultaten

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

tegenstrijdige informatie, (2) de visie van expert-professionals en ervaringsdeskundigen is van groot belang met betrekking tot dit onderwerp, en (3) afzondering en fixatie vormt een gevoelig en ook maatschappelijk relevant thema waarover mogelijks verschillende visies bestaan bij de betrokken stakeholders. Om voldoende draagvlak voor de aanbevelingen te garanderen, vroegen de onderzoekers ook op regelmatige tijdstippen feedback van de richtlijnwerkgroep over de onderzoeksmethode en de resultaten van de studie. In de richtlijnwerkgroep waren alle betrokken stakeholders vertegenwoordigd.

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

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

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

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

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

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

In dezelfde mail ontvingen de deelnemers de link naar de tweede online vragenlijst. Op dezelfde manier als in de eerste Delphi-ronde werd de visie van de deelnemers over deze stellingen gevraagd en konden de deelnemers waar nodig hun antwoord toelichten. Aan de tweede Delphi-ronde namen 65 deelnemers deel, 17 ervaringsdeskundigen en 48 expert-professionals. Vierentwintig van de 25 stellingen die bevestigd werden, bereikten het consensuscriterium.

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

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

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

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

Antwoorden op de onderzoeksvragen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beleidsaanbevelingen voor de betrokken overheden

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Ontwikkel op wetgevend vlak duidelijke regels die bepalen (1) welke vormen van afzondering en fixatie (2) wanneer (3) en door wie mogen worden toegepast, en die (4) voldoende waarborgen bevatten zodat de rechten van zorggebruikers maximaal gerespecteerd worden.

Afzondering en fixatie zijn enkel toegelaten voor zover ze plaatsvinden binnen een rechtskader dat de toepassing ervan voldoende duidelijk regelt. De uitwerking van noodzakelijke beginselen – onder andere legitimiteit, subsidiariteit, proportionaliteit, toerekenbaarheid – biedt bescherming aan zowel zorggebruikers als hulpverleners. Een breed gedragen richtlijn speelt hierbij een belangrijke rol. Voor de GGZ bestaat deze reeds, en wordt deze nu aangevuld met de intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie. Voor de residentiële voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ wordt een analoge brede richtlijn ontwikkeld in 2020 en 2021.

Naast deze richtlijnen dienen er op wetgevend vlak duidelijke regels ontwikkeld te worden die bepalen (1) welke vormen van afzondering en fixatie (2) wanneer (3) en door wie mogen worden toegepast en die (4) voldoende waarborgen bevatten zodat de rechten van zorggebruikers maximaal gerespecteerd worden. Naast de implementatie van de bestaande en toekomstige richtlijnen is de tussenkomst op het niveau van de wetgeving – te begrijpen in de ruime zin – een noodzakelijke randvoorwaarde voor een mensenrechtenconforme toepassing van afzondering en fixatie. Een coherent rechtskader ontbreekt momenteel voor alle betrokken sectoren. Meer rechtszekerheid is nodig in dit domein. Deze rechtszekerheid dient niet enkel het belang van de zorggebruiker, maar moet ook de zorgverlener en de voorziening beschermen. Zij treden vandaag op in een grijze zone, waarin niet enkel de zorggebruiker

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

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

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

Inhoudstafel

Hoofdstuk 1	Situering van de studie en onderzoeksvragen	21
1	Situering van de studie	21
2	Doelstelling van de studie en onderzoeksvragen	23
3	Richtlijnwerkgroep	25
Hoofdstuk 2	Algemene methode	27
1	Procedure van de Delphi-studie	27
1.1	De Delphi-methode	27
1.2	De Delphi-studie voor de ontwikkeling van intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie	28
2	Consensuscriterium bepalen	29
3	Rekrutering van de deelnemers	31
3.1	Inclusiecriteria voor de deelnemers	31
3.2	Procedure en resultaat van de rekrutering	32
Hoofdstuk 3	Eerste Delphi-ronde: Methode en resultaten	37
1	Samenstellen vragenlijst eerste Delphi ronde	37
1.1	Literatuurstudie	37
1.2	Constructie van de vragenlijst op basis van de resultaten van de literatuurstudie	39
1.3	Vragenlijst eerste Delphi ronde	51
1.4	Referenties literatuurstudie	54
2	Analyses eerste Delphi-ronde	58
2.1	Kwantitatieve analyses	58
2.2	Kwalitatieve analyses	59
3	Resultaten eerste Delphi ronde	60
3.1	Fysieke interventie	62
3.2	Mechanische fixatie	77
3.3	Afzondering	97
4	Aanvulling bij de Delphi studie: Focusgroep met jongeren met ervaring in de jeugdhulp en/of geestelijke gezondheidszorg	109
4.1	Methode	109
4.2	Resultaten	111
4.3	Verwerking van de resultaten in de tweede Delphi-vragenlijst	112
Hoofdstuk 4	Tweede Delphi-ronde: Methode en resultaten	113
1	Samenstelling van de vragenlijst voor de tweede Delphi-ronde	113
1.1	De herwerking van de stellingen waarvoor het consensuscriterium tijdens de eerste Delphi-ronde niet bereikt werd	114
1.2	Vragenlijst tweede Delphi ronde	129

2	Analyses tweede Delphi-ronde	131
2.1	Kwantitatieve analyses	131
2.2	Kwalitatieve analyses	132
3	Resultaten tweede Delphi ronde	132
3.1	Fysieke interventie	134
3.2	Mechanische fixatie	137
3.3	Afzondering	143
3.4	Impact van de leeftijd van de zorggebruiker	146
Hoofdstuk 5 Van stellingen waarover voldoende consensus bestaat naar een set van de intersectorale aanbevelingen		149
1	Van stellingen naar een set van aanbevelingen	149
1.1	De stellingen uit de Delphi-studie	149
1.2	Aanpassingen aan enkele aanbevelingen na de tweede Delphi-ronde	150
2	Afwerking van de set van aanbevelingen	151
2.1	Randvoorwaarden bij de implementatie van de aanbevelingen in de praktijk	151
2.2	Toelichtingen bij de aanbevelingen	152
Hoofdstuk 6 Discussie en beleidsaanbevelingen		155
1	Antwoorden op de onderzoeksvragen	155
1.1	Eerste onderzoeksvraag: Welke technieken kunnen aanbevolen worden voor de uitvoering van afzondering en fixatie in de Vlaamse residentiële GGZ-voorzieningen en residentiële voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ?	156
1.2	Tweede onderzoeksvraag: Kunnen er leeftijdsgrenzen aanbevolen worden voor afzondering en voor de verschillende vormen van fixatie?	156
1.3	Derde onderzoeksvraag: Kunnen er maximale tijdsduren aanbevolen worden voor afzondering en voor de verschillende vormen van fixatie? En hoe dienen de hulpverleners ermee om te gaan wanneer het ernstig en acuut gevaar voor de fysieke en/of psychische integriteit van de zorggebruiker of andere personen aanwezig blijft na het verlopen van deze tijdsduur?	157
2	De set van intersectorale aanbevelingen die resulteerde uit de Delphi-studie	159
3	Sterktes en beperkingen van de studie	161
4	Beleidsaanbevelingen van de onderzoeksequipe	164
Hoofdstuk 7 Referenties		169
Bijlage		173

Lijst Tabellen

Tabel 1	Overzicht van het aantal residentiële voorzieningen per provincie via dewelke deelnemers werden verzameld voor de Delphi-studie	33
Tabel 2	Aantal gerekruteerde expert-professionals per sector	34
Tabel 3	Overzicht van het aantal meerderjarige patiënt- en familie-ervaringsdeskundigen die gerekruteerd werden voor de GGZ	35
Tabel 4	Overzicht stellingen finale vragenlijst eerste ronde Delphi studie, met referentie en eventuele aanpassingen of extrapolaties	42
Tabel 5	Aantal expert-professionals die deelnamen aan de eerste Delphi-ronde ingedeeld volgens de sector waarin ze werkzaam zijn	61
Tabel 6	Aantal expert-professionals die deelnamen aan de tweede Delphi-ronde ingedeeld volgens de sector waarin ze werkzaam zijn	133

Lijst Figuren

Figuur 1	Samenstelling van de richtlijnwerkgroep	26
Figuur 2	Finale zoekstring in PubMed	38
Figuur 3	Verloop van het zoekproces van de rapid review	39
Figuur 4	Voorbeeldvraag uit de vragenlijst van de eerste Delphi-ronde	52
Figuur 5	Voorbeeldvraag met bijvragen uit de vragenlijst van eerste Delphi-ronde	53
Figuur 6	Voorbeeld meerkeuzevraag uit de vragenlijst van de eerste Delphi-ronde	54
Figuur 7	Stelling 1 - samenwerken als team	62
Figuur 8	Stelling 2 - uitleg geven	62
Figuur 9	Stelling 3 - leidinggevende hulpverlener	63
Figuur 10	Stelling 4 – collega hulpverleners	63
Figuur 11	Stelling 5 - bijstaan en ondersteunen collega hulpverleners	64
Figuur 12	Stelling 6 – gevoel van ongemak of stress	64
Figuur 13	Stelling 7 - verbale de-escalatietechnieken	65
Figuur 14	Stelling 8 - liggend fixeren	66
Figuur 15	Stelling 9 - rugligging vs. buikligging	67
Figuur 16	Stelling 10 - belemmeren luchtwegen	68
Figuur 17	Stelling 11 - belemmeren communicatie	68
Figuur 18	Stelling 12 - tijdsduur fysieke interventie	69
Figuur 19	Stelling 13 - afzondering als alternatief	70
Figuur 20	Stelling 14 - stappen na het overschrijden van de maximale tijdsduur	70

Figuur 21	Stelling 15 - observeren en evalueren van het effect van de maatregel	71
Figuur 22	Stelling 16 - registreren van observaties en evaluaties	72
Figuur 23	Stelling 17 - niveau van agitatie en agressie	73
Figuur 24	Stelling 18 - stoppen interventie	73
Figuur 25	Stelling 19 – vermijd het ontkleed raken van de zorggebruiker	74
Figuur 26	Stelling 20 - vermijd seksuele aanrakingen	74
Figuur 27	Stelling 21 - geslacht van de hulpverlener	75
Figuur 28	Stelling 22 - de mandgreep	75
Figuur 29	Stelling 23 - zelfverwondend gedrag bij verstandelijke beperking	76
Figuur 30	Stelling 1 – samenwerken als team	77
Figuur 31	Stelling 2 - uitleg geven	78
Figuur 32	Stelling 3: leidinggevende hulpverlener	78
Figuur 33	Stelling 4 - collega hulpverleners	79
Figuur 34	Stelling 5 - bijstaan en ondersteunen collega hulpverleners	79
Figuur 35	Stelling 6 - gevoel van ongemak of stress	80
Figuur 36	Stelling 7 -verbale de-escalatietechnieken	81
Figuur 37	Stelling 8 - fixatie materiaal om pijn te vermijden	81
Figuur 38	Stelling 9 - niet-storende fixatie middelen	82
Figuur 39	Stelling 10 - geen zelfgemaakte materialen	82
Figuur 40	Stelling 11 - nooit kooibedden	83
Figuur 41	Stelling 12 - nooit handboeien	83
Figuur 42	Stelling 13 - onopvallend materiaal	84
Figuur 43	Stelling 14 - levensbedreigend incident	85
Figuur 44	Stelling 15 - veilig bewegen ledematen	86
Figuur 45	Stelling 16 - ademhaling en bloedcirculatie	86
Figuur 46	Stelling 17 – rugligging	87
Figuur 47	Stelling 18 - tijdsduur mechanische fixatie	87
Figuur 48	Stelling 19 - afzondering als alternatief	88
Figuur 49	Stelling 20 - stappen bij overschrijden tijdsduur	89
Figuur 50	Stelling 21 - maximale tijdsduur mechanische fixatie	89
Figuur 51	Stelling 22 - observaties in fysieke aanwezigheid	90
Figuur 52	Stelling 23 - evalueer het effect	91
Figuur 53	Stelling 24 - meedelen effect	91

Figuur 54	Stelling 25 - registreren	92
Figuur 55	Stelling 26 - observeren bij kwetsbare personen	93
Figuur 56	Stelling 27 - controleren vitale functies	93
Figuur 57	Stelling 28 - controleren materiaal en houding	94
Figuur 58	Stelling 29 - evalueer gedrag	94
Figuur 59	Stelling 30 - mededelen stoppen interventie	95
Figuur 60	Stelling 31 - voorkomen ontkleding	95
Figuur 61	Stelling 32 - leeftijd	96
Figuur 62	Stelling 1 - zelf naar afzonderingskamer	97
Figuur 63	Stelling 2 - zelfstandig en verbaal verzet	98
Figuur 64	Stelling 3 - uitleg geven	98
Figuur 65	Stelling 4 - mededelen stoppen interventie	99
Figuur 66	Stelling 5 - verbale de-escalatietechnieken	99
Figuur 67	Stelling 6 - op de deur kloppen	100
Figuur 68	Stelling 7 - tijdsduur afzondering	100
Figuur 69	Stelling 8 - stappen bij overschrijden tijdsduur	101
Figuur 70	Stelling 9 - fysiek en psychiatrisch onderzoek	102
Figuur 71	Stelling 10 - maximale tijdsduur afzondering	103
Figuur 72	Stelling 11 - observaties in fysieke aanwezigheid	104
Figuur 73	Stelling 12 - evalueer het effect	105
Figuur 74	Stelling 13 - mededelen effect	105
Figuur 75	Stelling 14 – registreren	106
Figuur 76	Stelling 15 - evalueer gedrag	107
Figuur 77	Stelling 16 - controleren vitale functies	107
Figuur 78	Stelling 17 – dagstructuur	108
Figuur 79	Stelling 18 – leeftijd	108
Figuur 80	Voorbeeldvraag uit de tweede ronde van de Delphi-studie	130
Figuur 81	Voorbeeld feedbackrapport voor één stelling uit de eerste Delphi-vragenlijst	131
Figuur 82	Stelling 1 - gevoel van ongemak of stress	134
Figuur 83	Stelling 2 - schadelijke lichamelijke effecten vermijden	134
Figuur 84	Stelling 3 – rugligging	135
Figuur 85	Stelling 4 - tijdsduur fysieke interventie	135
Figuur 86	Stelling 5 - registreren na afloop	136

Figuur 87	Stelling 6 - registreren verlengde interventie	136
Figuur 88	Stelling 1 - gevoel van ongemak of stress	137
Figuur 89	Stelling 2 - onopvallend materiaal	138
Figuur 90	Stelling 3 - levensbedreigend incident materiaal	138
Figuur 91	Stelling 4 - levensbedreigend incident toepassing	139
Figuur 92	Stelling 5 - observaties in fysieke aanwezigheid	139
Figuur 93	Stelling 6 - tijdsduur mechanische fixatie	140
Figuur 94	Stelling 7 - onderzoek na 4 uur	140
Figuur 95	Stelling 8 - second opinion na 4 uur	141
Figuur 96	Stelling 9 - diepe veneuze tromboze	142
Figuur 97	Stelling 10 – registreren	142
Figuur 98	Stelling 1 - observaties in fysieke aanwezigheid	143
Figuur 99	Stelling 2 - tijdsduur afzondering	144
Figuur 100	Stelling 3 - onderzoek na 4 uur	144
Figuur 101	Stelling 4 - second opinion na 4 uur	145
Figuur 102	Stelling 5 - maximale tijdsduur afzondering	145
Figuur 103	Stelling 6 – registreren	146
Figuur 104	Stelling 1 - onder 12 jaar voorkeur fysieke interventie	147
Figuur 105	Stelling 2 - onder 12 jaar afzondering bij uitzondering	147
Figuur 106	Stelling 3 - geen mechanische fixatie onder 12 jaar	148

Hoofdstuk 1

Situering van de studie en onderzoeksvragen

1 Situering van de studie

Afzonderen en fixeren zijn omstreden maatregelen binnen de geestelijke gezondheidszorg, de jeugdhulp en gehandicaptenzorg. De persoon die deze maatregelen ondergaat, riskeert negatieve gevolgen op vlak van psychisch en lichamelijk welzijn. Ook de betrokken hulpverleners, naasten en omstaanders kunnen negatieve gevolgen ondervinden. Daarenboven komt de werkrelatie tussen de zorggebruiker en de hulpverleners vaak ernstig onder druk te staan. Het therapeutisch nut ervan werd niet consistent aangetoond (Peeters, De Cuyper, Ogenhaffen, Buyck, Put, & Van Audenhove, 2019). Over dit thema bestaat er dan ook een **grote maatschappelijke bekommernis**.

Omwille van deze maatschappelijke bekommernis heeft de voormalige minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen, in de voorbije regeerperiode actief ingezet op een kwaliteitsvolle toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zorginspectie heeft in een **intersectorale inspectieronde** in de periode 2016-2018 de praktijk en de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in beeld gebracht, over de verschillende sectoren en voorzieningen heen waar minderjarigen en volwassenen worden opgevangen. Dit betreft de kinder- en jeugdpsychiatrie, volwassenenpsychiatrie, voorzieningen uit de jeugdhulp - onthaal- oriëntatie en observatie-centra, de proeftuinen, de gemeenschapsinstellingen en het Vlaams detentiecentrum - en voorzieningen voor minderjarigen met een handicap. Daarnaast ging de voormalige minister, samen met de ziekenhuizen met een kinderpsychiatrische ziekenhuisdienst, het engagement aan om een duurzaam kader te ontwikkelen voor een minimaal gebruik van vrijheidsbeperking tijdens een opname in een kinderpsychiatrische dienst. Het beleidsrapport van Zorginspectie wees immers op grote verschillen tussen voorzieningen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie met betrekking tot de preventie en de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het toonde aan dat afzondering en fixatie in verschillende geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen veelvuldig, vaak langdurig en soms onveilig toegepast worden (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2017).

In het kader van deze beleidsmaatregelen heeft het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in 2018 een **multidisciplinaire richtlijn ontwikkeld voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg (GGZ)**. Deze richtlijn is zowel gericht op de doelgroepen kinderen en jongeren, volwassenen als op ouderen. De richtlijn focust zowel op de preventie als op de toepassing van afzondering en fixatie, en dit **in de context van agressie en/of escalatie** van emoties bij de zorggebruiker. De multidisciplinaire richtlijn (MDR)

- is zoveel als mogelijk **mensenrechtenconform** en gebaseerd op bestaande **wetenschappelijke evidentie**, de bestaande (inter-)nationale richtlijnen en input vanuit verschillende groepen van stakeholders uit Vlaanderen. Dit betreft GGZ-voorzieningen met goede praktijken, patiëntenvertegenwoordigers, beroepsverenigingen, koepelorganisaties, overheidsinstanties, onderzoekers en ethici. Het klinische en het juridische perspectief op afzondering en fixatie werden geïntegreerd in de MDR;
- levert een set van aanbevelingen aan die **kwaliteitsverbetering** in de residentiële GGZ-voorzieningen beogen. De MDR is ten eerste gericht op de directie en beleidsmedewerkers van de

voorziening. Zij sturen het preventie- en toepassingsbeleid m.b.t. afzondering en fixatie in een voorziening aan. Daarnaast werden aanbevelingen geformuleerd op het niveau van de directe zorg voor de zorggebruiker en op het niveau van het behandelteam.

- is een richtlijn geworden met **zicht op de toekomst**. Aanbevelingen die ontwikkeld werden op basis van het mensenrechtenkader en de bestaande wetenschappelijk evidentie, maar waarvan de toepassing nog niet haalbaar is in alle betrokken voorzieningen, werden *niet* geschrapt uit de richtlijn. Dit was een bewuste keuze omdat deze aanbevelingen cruciaal zijn voor de ondersteuning van het proces van kwaliteitsverbetering in de residentiële GGZ.

Bij de ontwikkeling van deze MDR bleek dat er een stuk méér wetenschappelijk onderzoek bestaat naar de *preventie* van afzondering en fixatie in de GGZ dan naar de *toepassing* van afzondering en fixatie in deze sector, en in het bijzonder naar de **praktische uitvoering van de afzondering en fixatie in de praktijk**. Dat interventiestudies over *hoe* afzondering of fixatie dient uitgevoerd te worden vanuit ethisch perspectief niet altijd te verantwoorden is, is daar niet vreemd aan. Daarnaast kunnen op basis van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens en de standaarden van het European Committee of the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) weinig concrete aanbevelingen gegeven worden m.b.t. concrete handelingen, lichaamshoudingen, gebruik van materialen, maximale tijdsduur van een afzondering en fixatie, minimale tijdsduur tussen twee momenten van observatie of evaluatie, enzovoort.

Om aanbevelingen te kunnen formuleren m.b.t. de praktische uitvoering van afzondering en fixatie zijn de onderzoekers daarom bij Vlaamse expert-professionals en ervaringsdeskundigen nagegaan over welke aspecten ervan voldoende consensus bestaat. Op vraag van de opdrachtgever betreft dit een **intersectorale studie**: de aanbevelingen worden ontwikkeld voor alle types residentiële GGZ-voorzieningen en alle types residentiële voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ. Sommige jongeren dienen tijdens hun jeugd immers zowel te verblijven in een GGZ-voorziening als in een jeugdhulpvoorziening of in een multifunctioneel centrum voor kinderen en jongeren met een handicap. Voor deze jongeren die een opname kennen in verschillende sectoren van de brede jeugdhulp is het belangrijk dat afzondering en fixatie – in situaties waarin ze niet kunnen vermeden worden – steeds volgens dezelfde aanbevelingen worden uitgevoerd.

De nieuw ontwikkelde aanbevelingen over de praktische uitvoering van afzondering en fixatie beperken zich tot situaties van **agressie en/of escalatie** bij de zorggebruiker. Dit is immers ook het geval voor de eerder ontwikkelde MDR voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ. Deze nieuwe aanbevelingen vormen enerzijds een aanvulling op de bestaande MDR voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de *residentiële GGZ*. De nieuwe aanbevelingen en deze MDR vormen samen een geheel. Anderzijds zullen deze nieuwe aanbevelingen voor de *residentiële voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ* voorlopig op zichzelf staan. Voor deze sectoren werd er immers nog geen brede richtlijn ontwikkeld, waarin zowel de preventie als de verschillende aspecten van de toepassing van afzondering en fixatie aan bod komen. In opdracht van de bevoegde minister en het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin wordt een dergelijke intersectorale richtlijn in 2020 en 2021 ontwikkeld.

2 Doelstelling van de studie en onderzoeksvragen

De doelstelling van deze studie bestaat erin aanbevelingen te ontwikkelen over de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in residentiële GGZ-voorzieningen en voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ. Er bestaat internationale consensus dat afzondering en fixatie in gezondheidszorg, jeugdhulp en gehandicaptenzorg zo kort en zo min mogelijk mogen worden toegepast. In principe dient het vermeden te worden. Enkel indien geen enkele preventieve maatregel tot een veilige situatie leidt en afzondering of fixatie het laatste redmiddel is, kan hiertoe worden overgegaan. Het is erg belangrijk dat hulpverleners de maatregel in dat geval zo humaan mogelijk en conform de mensenrechten uitvoeren. Het is vanuit deze visie dat hulpverleners elke aanbeveling over de uitvoering van afzondering of fixatie dienen toe te passen.

De aanbevelingen werden allereerst ontwikkeld op basis van de systematische studie van wetenschappelijke evidentie die voor handen is. Vervolgens werden de aanbevelingen onderbouwd met expertise van zowel expert-professionals als ervaringsdeskundigen. Daarnaast onderwierpen juristen de aanbevelingen aan een mensenrechterlijke toets voor wat de GGZ betreft¹ (Peeters et al., 2019) en werden de aanbevelingen – voor alle betrokken sectoren - gecheckt op mogelijke tegenstrijdigheden met de Vlaamse en federale regelgeving. De aanbevelingen hebben tot doel het proces van **kwaliteitsverbetering** in de betrokken voorzieningen te ondersteunen. Deze aanbevelingen beogen de patiëntenzorg te optimaliseren en evidence-based practice te stimuleren (Haynes, Devereaux, & Guyatt, 2002; Offringa, Assendelft, & Scholten, 2018).

De aanbevelingen over praktische uitvoering werden ontwikkeld voor **afzondering, fysieke interventie** en **mechanische fixatie** in de context van agressie en/of escalatie. Ze gaan in op het gebruik van materialen, maximale tijdsduur van een afzondering en fixatie, minimale tijdsduur tussen twee momenten van observatie of evaluatie, technieken, enzovoort. De aanbevelingen zijn zowel van toepassing wanneer hulpverleners de maatregelen **onder dwang** uitvoeren dan wanneer de zorggebruiker **instemt** met de maatregel of er **zelf naar vraagt**. Medicamenteuze fixatie komt niet aan bod. Om aanbevelingen te ontwikkelen over deze vorm van fixatie is een aparte studie nodig, mede uitgevoerd door experts in de betrokken disciplines.

In deze studie worden de definities van afzondering en fixatie gehanteerd zoals deze bepaald zijn door het Management Comité van Welzijn Volksgezondheid en Gezin op 18 februari 2019 - van toepassing in de integrale jeugdhulp en de residentiële geestelijke gezondheidszorg.

- Afzondering: Het verblijf van een zorggebruiker in een daartoe speciaal voorziene individuele afzonderingskamer, hetzij in een 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:

¹ Het mensenrechterlijk toetsingskader voor de andere sectoren van de brede jeugdhulp wordt pas ontwikkeld in het kader van de volgende studie van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, die tot doel heeft een intersectorale richtlijn te ontwikkelen voor de preventie en de toepassing van afzondering en fixatie in de brede jeugdhulp. De aanbevelingen zullen in die fase ook mensenrechterlijk getoetst – en eventueel aangepast - worden voor de sectoren van de brede jeugdhulp buiten de GGZ.

- 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: *de aanbevelingen hebben geen betrekking op medicamenteuze fixatie.*

De intersectorale aanbevelingen werden ontwikkeld voor volgende **types residentiële voorzieningen**. Uiteraard zijn de aanbevelingen ook van toepassing op zorggebruikers die enkel overdag aanwezig zijn in deze voorzieningen.

- Alle types *residentiële* voorzieningen voor minderjarigen:
 - Centra voor kinderopvang en gezinsondersteuning
 - Centra voor integrale gezinszorg
 - Onthaal-, oriëntatie, en observatiecentra
 - Observatie- en behandelcentra
 - Organisaties voor bijzondere jeugdzorg met module 'verblijf'
 - Centra voor ernstige gedrags- en emotionele stoornissen (GES+)
 - Gemeenschapsinstellingen
 - GGZ-voorzieningen voor kinderen en jongeren:
 - Kinder- en jeugdpsychiatrische afdelingen van een psychiatrisch ziekenhuis, waaronder ook forensische kinder- en jeugdpsychiatrische diensten
 - Kinder- en jeugdpsychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis
 - Revalidatievoorzieningen (voor verslaving) voor kinderen en jongeren
 - Multifunctionele centra voor kinderen en jongeren met een handicap met ondersteuningsfunctie 'verblijf'
 - Internaten met permanente openstelling (IPO)
- Alle types *residentiële* GGZ-voorzieningen voor volwassenen
 - Afdelingen voor volwassenen (+ 18 jaar) van psychiatrische ziekenhuizen
 - Afdelingen voor volwassenen (+ 18 jaar) van algemene ziekenhuizen
 - Residentiële revalidatiecentra (voor verslaving) voor volwassenen (+ 18 jaar)
 - Psychiatrisch verzorgingstehuizen

In overleg met de opdrachtgevers werd ervoor gekozen om de VAPH-voorzieningen voor volwassenen niet mee op te nemen in de scope van de studie. De op voorhand afgebakende duur van de studie maakte het niet haalbaar om aanbevelingen te ontwikkelen die ook op deze sector van toepassing zijn.

De intersectorale aanbevelingen werden bijgevolg ontwikkeld om toe te passen bij volgende **populaties** die in behandeling, begeleiding en/of zorg zijn in residentiële voorzieningen:

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

De nieuwe set van aanbevelingen wil minimaal een antwoord bieden op volgende **onderzoeksvragen**:

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

3 Richtlijnwerkgroep

De onderzoekers stelden een richtlijnwerkgroep samen waarin alle betrokken stakeholders vertegenwoordigd zijn, enerzijds om van hen feedback te krijgen over de onderzoeksmethode en de resultaten van de studie, anderzijds om het draagvlak voor (het gebruik van) de aanbevelingen te kunnen uitbouwen. De richtlijnwerkgroep bestaat uit de betrokken beroepsorganisaties, patiënten- en familieplatformen, koepelorganisaties, overheidsinstanties die betrokken voorzieningen uitbaten en de onderzoekers. De samenstelling van de richtlijnwerkgroep wordt weergegeven in Figuur 1. Ook Oudersparticipatie Jeugdhulp Vlaanderen en de Vlaamse Vereniging voor Behandelingscentra Verslaving werden uitgenodigd om deel te nemen aan de richtlijnwerkgroep. Beide organisaties kozen ervoor om niet deel te nemen aan de richtlijnwerkgroep, al dan niet na deelname aan de eerste bijeenkomst.



Figuur 1 Samenstelling van de richtlijnwerkgroep

Bij de start van **de richtlijnwerkgroep** werd de opdracht van deze werkgroep met de leden besproken:

- Advies geven in verband met de methode: afbakening populatie waarvoor de aanbevelingen ontwikkeld worden, rekrutering van deelnemers voor Delphi studie, bepaling consensus-criterium in de Delphi studie, enzovoort.
- Feedback geven op de (tussentijdse) resultaten van de studie. Bijvoorbeeld:
 - evaluatie van de draft vragenlijst voor de eerste Delphi-ronde,
 - evaluatie van de aanpassingen aan de stellingen waarover in de eerste Delphi-ronde niet voldoende consensus bereikt werd, en die opnieuw bevestigd werden in de tweede Delphi-ronde.
- Input leveren met betrekking tot de haalbaarheid en de aanvaardbaarheid van de aanbevelingen.

In totaal kwam de richtlijnwerkgroep vijf keer samen. Van elke bijeenkomst werd door de onderzoekers een verslag gemaakt, dat werd aangevuld door de aanwezigen op de vergadering. Nadien werd dit verslag overgemaakt aan de volledige richtlijnwerkgroep en aan de stuurgroep waarin de opdracht van de studie verzameld zijn. De **stuurgroep** kwam zeven keer samen. De opdracht van de stuurgroep bestond erin:

- De voortgang van het onderzoeksproject op te volgen,
- Advies te geven over het verloop van de studie en de uitvoering ervan indien nodig bij te sturen,
- Feedback te geven op de (tussentijdse) resultaten van de studie,
- Input te leveren met betrekking tot de haalbaarheid en de aanvaardbaarheid van de aanbevelingen,
- Het resultaat van de studie – de nieuwe set van aanbevelingen en dit rapport – goed te keuren.

Hoofdstuk 2

Algemene methode

In dit hoofdstuk wordt allereerst de Delphi-methode toegelicht. Daarna beschrijven de onderzoekers alle methodologische aspecten van de Delphi-studie voor de ontwikkeling van intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie: de procedure van de studie, de bepaling van het consensuscriterium en de rekrutering van de deelnemers.

1 Procedure van de Delphi-studie

1.1 De Delphi-methode

De doelstelling van een Delphi-studie bestaat erin consensus te bereiken onder de deelnemers over het betreffende onderwerp (Keeney, Hasson, & McKenna, 2001; Kieft, 2011). Deze onderzoeksmethode is onder andere aangewezen voor topics waarover weinig of tegenstrijdige onderzoeksevidentie bestaat (Jorm, 2015). Daarnaast laat deze onderzoeksmethode ook toe om draagvlak te creëren: er wordt onderzocht of de stap kan gezet worden van individuele opinies naar een groepsstandpunt (Fink, Kosecoff, Chassin, & Brook, 1984).

Om tot consensus onder de deelnemers te komen worden in de Delphi-methode volgende stappen doorlopen (Fink et al., 1984; Jorm, 2015; Kieft, 2011):

- Stap 1: de selectie van deelnemers met kennis en expertise over het onderwerp van de studie,
- Stap 2: het opstellen van een vragenlijst met stellingen, waarover de mate van instemming bevestigd wordt bij de deelnemers,
- Stap 3: het bepalen van het consensuscriterium. Dit is de mate van consensus dat bereikt dient te worden opdat een stelling aanvaard kan worden om op te nemen in de finale set van aanbevelingen,
- Stap 4: het invullen van de vragenlijst door de deelnemers in verschillende Delphi-rondes, waarbij het aantal rondes bepaald wordt per studie. Bij elke nieuwe ronde wordt de vragenlijst aangepast op basis van de resultaten van de vorige ronde. Bij het invullen van de vragenlijst is het belangrijk dat de deelnemers de vragenlijst individueel en anoniem kunnen invullen,
- Stap 5: na elke ronde krijgen de deelnemers feedback over hoe hun antwoorden zich verhouden ten opzichte van de groep. Hierdoor krijgen de deelnemers de mogelijkheid om hun mening te herzien bij stellingen die geen consensus bereikten in de vorige ronde,
- Stap 6: afronden van de Delphi-studie. De Delphi-studie wordt beëindigd wanneer er voldoende consensus is bereikt of wanneer de respons van de deelnemers sterk verminderd na een aantal rondes.

1.2 De Delphi-studie voor de ontwikkeling van intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie

Deze Delphi-studie heeft tot doel consensus te vinden onder zowel expert-professionals als ervaringsdeskundigen uit de verschillende betrokken sectoren over de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de context van agressie en/of escalatie. De stellingen waarvoor voldoende consensus bereikt werd, werden vervolgens opgenomen in de set van aanbevelingen voor de betrokken sectoren.

De Delphi-studie is als volgt verlopen:

1. Op basis van een literatuurstudie ontwikkelden de onderzoekers een vragenlijst met stellingen over de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de context van agressie en/of escalatie in de betrokken sectoren. De stellingen werden ook vanuit juridisch perspectief beoordeeld (zie hoofdstuk 3, deel 1).
2. De onderzoekers rekruteerden de deelnemers voor de Delphi-studie, zowel expert-professionals als ervaringsdeskundigen. Expert-professionals waren afkomstig uit de kinder- en jeugd GGZ, volwassenen GGZ, jeugdhulp en VAPH-sector voor kinderen en jongeren. De ervaringsdeskundigen hadden ervaring binnen de kinder- en jeugd en/of volwassenen GGZ (zie deel 3 van dit hoofdstuk).
3. De Delphi-studie, het formulier voor geïnformeerde toestemming en de vragenlijst van de eerste Delphi-ronde werden goedgekeurd door het Sociaal-Maatschappelijke Ethische Comité van de KU Leuven (dossiernummer G-2019 07 1690).
4. Vervolgens werd het consensuscriterium vastgelegd. Dit werd gedefinieerd aan de hand van het percentage deelnemers dat (eerder) akkoord dient te gaan met een stelling opdat de stelling zou opgenomen worden in de finale set van aanbevelingen (zie volgende paragraaf in dit hoofdstuk). Dit percentage wordt het consensuspercentage genoemd.
5. De deelnemers ontvingen een e-mail met daarin een link naar de online vragenlijst. Bij elke stelling gaven de deelnemers aan in welke mate ze al dan niet akkoord waren om de stelling op te nemen in een geheel van aanbevelingen voor goede praktijk. De deelnemers kregen ook de kans om hun antwoorden toe te lichten.
6. Aangezien de Delphi-methode niet geschikt is voor jongeren (-18 jaar) (Cachet vzw, persoonlijke communicatie, 2019) werden de resultaten van de eerste Delphi-ronde aangevuld met een focusgroep met jongeren die ervaring hebben binnen de jeugdhulp en eventueel de GGZ (zie hoofdstuk 3, deel 4).
7. De stellingen waarvoor het consensuscriterium niet bereikt werd tijdens de eerste Delphi-ronde werden herwerkt op basis van de input van de deelnemers aan de studie, de richtlijnwerkgroep, de focusgroep met jongeren, de stuurgroep en een beoordeling vanuit juridisch perspectief. De herwerkte stellingen en enkele nieuwe stellingen werden opgenomen in de vragenlijst voor de tweede Delphi-ronde (zie hoofdstuk 4, deel 1). Stellingen waarvoor tijdens de eerste Delphi-ronde reeds voldoende consensus tussen de deelnemers bereikt werd, werden niet opnieuw aangeboden.
8. Bij de start van de tweede Delphi-ronde ontving elke deelnemer via e-mail een persoonlijk feedbackrapport. Per stelling werd hierin de visie van beide Delphi-panels – expert-professionals en ervaringsdeskundigen – en van de totale groep weergegeven. De deelnemers konden ook zien waar hun persoonlijke score zich situeerde ten opzichte van de verdeling van de groepsscores. In

dezelfde mail ontvingen de deelnemers de link naar de tweede online vragenlijst. Op dezelfde manier als in de eerste Delphi-ronde werd de visie van de deelnemers over deze stellingen gevraagd en konden de deelnemers waar nodig hun antwoord toelichten.

9. Na twee rondes werden de stellingen waarvoor in de eerste of tweede Delphi-ronde voldoende consensus werd bereikt tussen de deelnemers, omgezet in aanbevelingen voor gebruik in residentiële voorzieningen voor minderjarigen en residentiële GGZ-voorzieningen voor volwassenen. In deze fase werd specifiek aandacht besteed aan (1) de consistentie met de multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de GGZ, (2) de geschiktheid van de aanbevelingen voor alle doelgroepen van de betrokken sectoren, met bijzondere aandacht voor VAPH-voorzieningen voor kinderen en jongeren, en (3) de beoordeling vanuit juridisch perspectief (zie hoofdstuk 5 deel 1).
10. De set van aanbevelingen werd aangevuld met randvoorwaarden waarop door alle betrokken stakeholders dient ingezet te worden bij de implementatie van de aanbevelingen (zie hoofdstuk 5, deel 2).
11. Een aantal aanbevelingen werd door de onderzoekers voorzien van toelichtingen om de betreffende aanbevelingen te verduidelijken of beter in de praktijk te kunnen omzetten (zie hoofdstuk 5, deel 2).
12. De deelnemers van de tweede Delphi-ronde kregen als afsluiting van de studie hun persoonlijke feedbackrapporten van de tweede Delphi-vragenlijst toegestuurd.

2 Consensuscriterium bepalen

In een Delphi-onderzoek is het belangrijk om het consensuscriterium voorafgaand aan de eerste ronde te bepalen. Het consensuscriterium wordt in kwantitatieve termen omschreven. Het consensuscriterium is dus de mate van consensus dat behaald moet worden opdat een stelling aanvaard wordt. Hoe dit criterium juist bepaald wordt, is niet vastgelegd in een definitie en wordt dus per onderzoek vastgelegd (Fink et al., 1984; Jorm, 2015; Kieft, 2011). Er zijn wel enkele factoren die een invloed hebben bij het bepalen van het criterium (Jorm, 2015; Hasson, Keeney, & McKenna, 2000):

- Aantal deelnemers: hoe méér deelnemers aan de Delphi-studie, hoe lager het consensuscriterium;
- Aantal stellingen waarvoor de onderzoekers de mate van consensus willen nagaan: hoe méér stellingen, hoe lager het consensuscriterium;
- Aantal panels: hoe méér groepen bevraagd worden over de stellingen, hoe lager het consensuscriterium;
- Doel van de studie:
 - Hoe meer maatschappelijk relevant het onderwerp van de Delphi-studie is, hoe hoger het consensuscriterium;
 - Hoe controversiëler het onderwerp is, hoe lager het consensuscriterium.

De meest voorkomende manier waarop consensus in een Delphi-studie gedefinieerd wordt, is aan de hand van het percentage deelnemers dat (eerder) akkoord dient te gaan met een stelling opdat de stelling zou aanvaard worden om opgenomen te worden in de finale set van aanbevelingen (Diamond et al. 2014). Ook in Delphi-studies waarin het Delphi-panel bestaat uit 20 of minder deelnemers wordt

het consensuscriterium geoperationaliseerd aan de hand van een consensus*percentage*, ook al betreft het een kleine steekproef van deelnemers (e.g., Kelly, Jorm, Kitchener, & Langlands, 2008; Sündermann, See, & Veale, 2019).

De consensuspercentages die in de gepubliceerde Delphi-studies in het domein van de (geestelijke) gezondheidszorg gebruikt worden, situeren zich tussen 50 en 97%, met een mediaan van 75% (Diamond et al., 2014). Een consensuspercentage van 75% houdt in dat de betreffende stelling aanvaard wordt wanneer 75% van de deelnemers bijvoorbeeld 4 of 5 (= eerder akkoord en akkoord) scoort op een 5-punt-Likertschaal.

In Delphi-studies waarbij meerdere panels bevestigd worden, zoals het geval is in deze Delphi studie, worden volgende consensuscriteria gebruikt (bv. Ross, Hart, Jorm, Kelley, & Kitchener, 2012; Reaveley, Ross, Killackey, & Jorm, 2012; Cairns, Yap, Reaveley, & Jorm, 2015):

- Stellingen aanvaarden als alle panels het consensuscriterium behalen:
- Stellingen herzien/opnieuw aanbieden in volgende ronde als
 - Minimum één panel het consensuscriterium behaalt;
 - En/of alle panels bijna het consensuscriterium behalen.

De factoren voor het bepalen van het consensus-criterium waarmee de onderzoekers in de Delphi studie het meeste rekening moesten houden, zijn

- Gebruik van twee panels: (1) ervaringsdeskundigen, (2) professionals;
- Finaal aantal deelnemers per panel;
- Aantal stellingen die bevestigd worden;
- De gevoeligheid én maatschappelijke relevantie van het onderwerp van de Delphi-studie.

In samenspraak met de stuurgroep en na consultatie van de richtlijnwerkgroep besloten de onderzoekers het consensuscriterium vast te leggen op méér dan 65% van de expert-professionals én méér dan 65% van de ervaringsdeskundigen die instemmen met de betreffende stelling. Instemming betekende dat de antwoordcategorie “eerder akkoord” of “akkoord” aangeduid werd. Verder werden de stappen vastgelegd voor het geval er minder dan 65% instemming in één of beide panels zou bereikt worden voor bepaalde stellingen:

- Bij 65% of meer instemming in één van de panels of 50% instemming over beide panels heen wordt de stelling opnieuw – zij het in een aangepaste vorm - bevestigd in de volgende ronde (zie stap 7 onder 1.2)
- Wanneer er tussen 35% en 50% instemming over beide panels heen bereikt wordt voor de betreffende stelling, maar uit de opmerkingen van de deelnemers blijkt dat er evidente misverstanden of verwarring is over de formulering van de stelling, dan wordt de stelling aangepast om opnieuw te bevestigd in de volgende Delphi-ronde.
- Bij minder dan 35% instemming over beide panels heen, wordt de stelling onmiddellijk verworpen, en dus niet meer opnieuw aangeboden in de volgende ronde.

Dit consensuscriterium vormde de basis voor de analyses van de resultaten van de eerste Delphi-ronde.

3 Rekrutering van de deelnemers

De consensus over intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie werd nagestreefd tussen expert-professionals uit de betrokken sectoren en ervaringsdeskundigen.

3.1 Inclusiecriteria voor de deelnemers

Eenzijds rekruteerden de onderzoekers **expert-professionals**² die actief zijn binnen residentiële voorzieningen voor minderjarigen en residentiële GGZ-voorzieningen voor volwassenen die

- Ofwel afzondering of fixatie zelf uitvoeren,
- Ofwel hierbij betrokken zijn, doordat ze bijvoorbeeld observeren tijdens afzondering of fixatie, of opdracht geven voor het uitvoeren van afzondering of fixatie,
- Ofwel betrokken zijn bij het beleid dat binnen hun voorziening gevoerd wordt met betrekking tot de preventie en toepassing van afzondering en fixatie.

Anderzijds rekruteerden de onderzoekers **meerderjarige ervaringsdeskundigen**³ met ervaring in (minstens) één van de betrokken sectoren. Voor de volwassenen GGZ werden *patiënt*-ervaringsdeskundigen gerekruteerd. Voor de GGZ voor kinderen en jongeren, de jeugdhulp en de VAPH-sector voor kinderen en jongeren werden zowel *patiënt*- als *familie*-ervaringsdeskundigen gerekruteerd. De patiënt-ervaringsdeskundigen waren in dat geval 18-plussers die als minderjarigen ervaring hadden in één van de betrokken sectoren. Alle ervaringsdeskundigen dienden hun eigen ervaring binnen één van de betrokken sectoren verruimd te hebben door

- Ofwel deel te nemen aan een werkgroep/intervisiegroep voor ervaringsdeskundigen,
- Ofwel lid te zijn van een participatie- of ouderraad op het beleidsniveau van een voorziening,
- Ofwel vrijwilligerswerk te doen als ervaringsdeskundige,
- Ofwel een opleiding te volgen/gevolgd te hebben als ervaringsdeskundige.

Daarnaast hebben deze personen in het verleden zelf afzondering of fixatie ervaren, of hebben ze kennis over dit thema. Concreet houdt dit in dat:

- Ofwel de ervaringsdeskundige zelf afzondering of fixatie heeft meegemaakt. Of in het geval van familie-ervaringsdeskundigen heeft zijn/haar kind afzondering of fixatie meegemaakt,
- Ofwel de ervaringsdeskundige in de werkgroep, participatie-/ouderraad, vrijwilligerswerk of opleiding reeds met anderen van gedachten heeft gewisseld over het gebruik van afzondering of fixatie (bij kinderen, volwassenen of ouderen) in de betrokken sectoren.

De wetenschappelijke literatuur geeft weinig informatie over de geschiktheid van de Delphi-studie voor **minderjarige deelnemers**. Cachet vzw uitte zijn bekommernis dat de Delphi-methode niet geschikt zou zijn voor jongeren. Er wordt immers enige maturiteit van de deelnemers gevraagd en een goede verwerking van de persoonlijke ervaringen (persoonlijke communicatie, Cachet vzw, 2019). Hierdoor besloten de onderzoekers enkel meerderjarige ervaringsdeskundigen te rekruteren voor de Delphi-

² Deze expert-professionals zijn geen ervaringsdeskundigen.

³ De ervaringsdeskundigen kunnen ook professional zijn in een zorgorganisatie.

studie. Om deze beperking van de studie op te vangen werd – in samenwerking met vzw Cachet - een **focusgroep** gepland met jongeren met ervaring binnen de jeugdhulp en/of GGZ. Op deze manier wilde de onderzoekers de ervaringen van jongeren met afzondering of fixatie mee in rekening nemen bij de ontwikkeling van de aanbevelingen (Zie deel 4 van hoofdstuk 3).

3.2 Procedure en resultaat van de rekrutering

3.2.1 Expert-professionals

De professionals werden gerekruteerd in voorzieningen met best practices met betrekking tot afzondering en fixatie. Deze voorzieningen werden op basis van een vooraf bepaalde procedure geselecteerd.

- De GGZ-voorzieningen – zowel voor kinderen en jongeren als voor volwassenen - werden geselecteerd via de raadpleging van (Peeters et al., 2019)
 - 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;
- De onthaal-, oriëntatie, en observatiecentra en proeftuinen werden geselecteerd op basis van de auditverslagen van Zorginspectie over vrijheidsbeperkende maatregelen bij minderjarigen in onthaal-, oriëntatie, en observatiecentra en proeftuinen (2017);
- De auditverslagen van Zorginspectie over vrijheidsbeperkende maatregelen in de gemeenschapsinstellingen worden niet publiek gemaakt door de Vlaamse overheid. In het jaarverslag van de Commissie van Toezicht voor jeugdinstanties 2018 (2019) worden de resultaten van de bezoeken van de maandcommissarissen wel per gemeenschapsinstelling, en per campus, besproken. Dit jaarverslag bevat echter te weinig informatie over de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de gemeenschapsinstellingen om op basis hiervan de gemeenschapsinstellingen, of campussen, met best practices te selecteren. Er bleek dus dat het voor de onderzoekers niet mogelijk was om op basis van zo objectief mogelijke criteria te bepalen welke gemeenschapsinstellingen best practices hebben met betrekking tot afzondering en fixatie. De overheidsinstantie die de gemeenschapsinstellingen uitbaat gaf echter aan de gemeenschapsinstellingen toch te willen betrekken. Er werd daarom na overleg besloten dat alle drie de gemeenschapsinstellingen zouden deelnemen aan de Delphi-studie;

- Wat de multifunctionele centra voor minderjarigen betreft, hebben de onderzoekers die voorzieningen geselecteerd die actief lid zijn van het Vlaams Platform Vrijheidsbeperkende Maatregelen van het Steunpunt Mens en Samenleving. Deze voorzieningen hebben ook afdelingen voor jongeren met een GES+ problematiek.

De organisaties bijzonder jeugdzorg met module ‘verblijf’, de centra voor kindercare en gezinsondersteuning en de centra integrale gezinszorg werden niet geselecteerd voor deelname aan de Delphi-studie. Binnen de stuurgroep- en richtlijnwerkgroep werd gesteld dat deze types voorzieningen geen afzondering en mechanische fixatie toepassen. Er zijn weinig recente auditverslagen van Zorginspectie publiek voor handen om dit te verifiëren. Toch besloten de onderzoekers om de stuurgroep en richtlijnwerkgroep hierin te volgen. Voor de internaten met permanente openstelling (IPOs) besloot de stuurgroep pas in de loop van de Delphi-studie dat de aanbevelingen die zouden resulteren uit de studie, ook voor deze 8 voorzieningen van toepassing zouden zijn. Daarom konden er geen professionals uit deze voorzieningen deelnemen aan de Delphi-studie. Het zou ook niet mogelijk geweest zijn om op basis van zo objectief mogelijke criteria de IPOs met best practices inzake afzondering en fixatie te selecteren aangezien de auditverslagen van de Onderwijsinspectie niet publiek worden gemaakt. Van zodra duidelijk was dat de aanbevelingen ook van toepassing zouden zijn voor de IPO werd deze stakeholder ook vertegenwoordigd in de richtlijnwerkgroep.

De onderzoekers namen contact op met de verantwoordelijken van de voorzieningen die geselecteerd werden voor deelname aan de Delphi-studie. Deze verantwoordelijken gaven aan de onderzoekers namen en e-mailadressen door van professionals uit hun organisatie die voldoen aan de inclusiecriteria en die door de verantwoordelijke geselecteerd waren voor deelname aan de studie. Elke deelnemende voorziening kreeg de kans om maximum vier professionals te laten deelnemen aan de studie.

De onderzoekers maken zich sterk dat via deze procedures voorzieningen werden geselecteerd met best practices inzake de preventie en toepassing van afzondering en fixatie. Enkel voor de gemeenschapsinstellingen konden de onderzoekers niet weten of dit het geval was. Dit wil echter niet zeggen dat via deze procedures *alle* voorzieningen werden geselecteerd met best practices met betrekking tot dit onderwerp. Het is waarschijnlijk dat er enkele of verschillende van dergelijke voorzieningen gemist werden. Gezien er via de toepassing van deze procedures voldoende voorzieningen zich aanmelden voor deelname aan de studie, was het niet nodig dat de onderzoekers verder zochten naar andere voorzieningen met best practices.

In Tabel 1 wordt een overzicht gegeven van het aantal residentiële voorzieningen per provincie via dewelke deelnemers werden verzameld voor de Delphi-studie. Bij deze telling worden verschillende campussen van één voorziening niet apart geteld.

Tabel 1 Overzicht van het aantal residentiële voorzieningen per provincie via dewelke deelnemers werden verzameld voor de Delphi-studie

	WEST- VLAANDEREN	OOST- VLAANDEREN	ANTWERPEN	VLAAMS- BRABANT	LIMBURG
GGZ	1	3	5	1	0
JH	2	2	2	1	0
VAPH K/J	1	0	2	2	0
	4	5	9	4	0

Noot: GGZ = geestelijke gezondheidszorg; JH = jeugdhulp; VAPH K/J = voorzieningen van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap voor kinderen en jongeren

Voor de GGZ werden expert-professionals gerekruteerd in afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen, ook gesloten afdelingen en afdelingen met forensische bedden zowel voor jongeren als voor volwassenen, en in een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Voor de jeugdhulp werden expert-professionals gerekruteerd in onthaal-, oriëntatie, en observatiecentra, gemeenschapsinstellingen en een proeftuin. Voor de VAPH-voorzieningen voor kinderen en jongeren werden expert-professionals gerekruteerd in multifunctionele centra. Deze voorzieningen hebben ook afdelingen voor jongeren met een GES+ problematiek. Het aantal expert-professionals dat per sector gerekruteerd werd, kan teruggevonden worden in Tabel 2.

Tabel 2 Aantal gerekruteerde expert-professionals per sector

GGZ K/J	GGZ VOLW	JH	VAPH K/J	TOTAAL
17	20	18	16	71

Noot: GGZ K/J = geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren; GGZ VOLW = geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen; JH = jeugdhulp; VAPH K/J = voorzieningen van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap voor kinderen en jongeren

3.2.2 Ervaringsdeskundigen

De ervaringsdeskundigen werden gerekruteerd via patiënten- en familieorganisaties en werkgroepen voor ervaringsdeskundigen uit de verschillende betrokken sectoren. De onderzoekers contacteerden hiervoor de verantwoordelijken van deze organisaties en werkgroepen. Bij deze contact name bleek dat ervaringsdeskundigen in de sectoren van de jeugdhulp en VAPH voor kinderen en jongeren niet voldoen aan de criteria die binnen deze studie gehanteerd werden. Desalniettemin pasten de onderzoekers de inclusiecriteria niet aan. De onderzoekers vonden het belangrijk dat de ervaringsdeskundigen hun eigen ervaring verruimd hadden, door lid te zijn van een participatie- of ouderaad in een voorziening, door vrijwilligerswerk te doen als ervaringsdeskundige of door een opleiding tot ervaringsdeskundige te volgen of gevolgd te hebben. Dit gaf immers enige garantie dat de ervaringsdeskundigen op een kritische manier naar het gevoelige onderwerp van de studie zouden kunnen kijken (Van Regenmortel, 2017).

De patiënt- en familie-ervaringsdeskundigen werden gerekruteerd via vier werkgroepen voor patiënt-ervaringsdeskundigen, twee patiëntenorganisaties en twee familie-organisaties, allen uit de GGZ. De verantwoordelijken van deze organisaties en werkgroepen gaven aan de onderzoekers namen en e-mailadressen door van ervaringsdeskundigen die in aanmerking kwamen voor deelname aan de studie (zie inclusiecriteria). De onderzoekers namen via deze e-mailadressen contact op met de ervaringsdeskundigen om hun bevestiging te vragen voor deelname aan de studie. Enkel de ervaringsdeskundigen die via een mail aan de onderzoekers hun akkoord hebben gegeven om deel te nemen aan de studie kregen een e-mail toegestuurd met de link naar de eerste vragenlijst en werden dan opnieuw gevraagd of ze wilden deelnemen aan de studie.

In Tabel 3 wordt een overzicht gegeven van het aantal meerderjarige patiënt- en familie-ervaringsdeskundigen die gerekruteerd werden voor de GGZ. De patiënt-ervaringsdeskundigen die gerekruteerd werden voor de GGZ voor kinderen en jongeren hadden een aantal jaar eerder een opname gekend binnen een residentiële jeugdvoorziening van de GGZ.

Tabel 3 Overzicht van het aantal meerderjarige patiënt- en familie-ervaringsdeskundigen die gerekruteerd werden voor de GGZ

	GGZ K/J	GGZ VOLW
PATIËNT-ERVARINGSDESKUNDIGEN	3	18
FAMILIE-ERVARINGSDESKUNDIGEN	2	niet van toepassing
TOTAAL	5	18

Noot: GGZ K/J = geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren; GGZ VOLW = geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen

Om stabiele resultaten te verzamelen met een Delphi-studie dient elk Delphi-panel minstens uit 20 deelnemers te bestaan (Jorm, 2015). Maar dit aantal kan in GGZ-onderzoek niet steeds gehaald worden. Dit is reeds in verschillende studies voorgekomen (Jorm & Ross, 2018). Het feit dat de onderzoekers maar 23 ervaringsdeskundigen konden rekruteren betekende een risico op dit vlak. Toch kozen de onderzoekers ervoor om de criteria voor de rekrutering van ervaringsdeskundigen niet te versoepelen omdat dan niet meer de ervaringsdeskundigen met de juiste expertise zouden deelnemen aan de studie, hetgeen de resultaten van de studie zou beïnvloeden.

Hoofdstuk 3

Eerste Delphi-ronde: Methode en resultaten

In dit hoofdstuk worden alle onderzoeksactiviteiten en –resultaten van de eerste Delphi-ronde gerapporteerd. Dit houdt in:

1. Het proces van de samenstelling van de eerste Delphi-vragenlijst. De literatuurstudie maakt hier een belangrijk onderdeel van uit. Alle artikels, richtlijnen en rapporten die kwalitatief geanalyseerd werden in deze literatuurstudie worden op het einde van deel 1 van dit hoofdstuk in een referentielijst weergegeven (p. 56);
2. De manier waarop de resultaten van de eerste Delphi-ronde geanalyseerd werden: zowel kwantitatieve als kwalitatieve analyses werden uitgevoerd;
3. De resultaten van de eerste Delphi-ronde: voor elke stelling die de deelnemers van de Delphi-studie beoordeelden, wordt de frequentie van de antwoorden figuraal weergegeven en worden de behaalde percentages instemming per Delphi-panel en over beide Delphi-panels heen gerapporteerd;
4. De resultaten van de eerste Delphi-ronde werden aangevuld met een focusgroep met jongeren die ervaring hebben binnen de jeugdhulp en eventueel de GGZ. De methode en resultaten van de focusgroep worden toegelicht.

1 Samenstellen vragenlijst eerste Delphi ronde

1.1 Literatuurstudie

1.1.1 Methode

De rapid review methode werd toegepast om reviews en (inter)nationale richtlijnen en rapporten te verzamelen. Literatuur werd relevant geacht indien deze (1) gericht was op het toepassen van afzondering en fixatie in het kader van agressie en escalatie (i.e. methodes, interventies, technieken, leeftijden, tijdsduren en materialen), (2) gebaseerd was op wetenschappelijke evidentie, (3) gepubliceerd was vanaf 01 januari 2000 (literatuur van voor die datum werd minder relevant geacht voor de huidige zorgverlening), en (4) focust op de populaties waarvoor deze aanbevelingen ontwikkeld worden, zijnde

- Kinderen en jongeren
 - met een psychische aandoening, hetgeen ook ontwikkelingsstoornissen inhoudt, en/of
 - afkomstig uit een verontrustende opvoedingssituatie, en/of
 - die één of meerdere criminele feiten hebben gepleegd, en/of
 - met een verstandelijke beperking, en/of
 - met een meervoudige beperking: verstandelijke en fysieke beperking
- Volwassenen en ouderen met een psychiatrische aandoening, al dan niet gecombineerd met een verstandelijke beperking.

Literatuur werd niet weerhouden indien deze (1) uitsluitend gericht was op medicamenteuze fixatie, en (2) een andere focus had dan fixatie en afzondering in het kader van agressie en escalatie (bijv. ter preventie van valincidenten).

Er werd gezocht via PubMed, Education Resources Information Center (ERIC) en Google scholar. Hiervoor werden relevante vrije tekstwoorden en Thesaurus zoektermen gecombineerd door middel van Booleaanse operatoren (AND en OR) om iteratief tot een finale zoekstring te komen. Deze werd in de eerste plaats ontwikkeld voor PubMed, waarna deze vertaald werd naar ERIC en Google. Figuur 2 toont de finale zoekstring in PubMed. Via PubMed werd gezocht in Medline, met als filters 'Review' en tijdslimiet vanaf het jaar 2000. ERIC werd gebruikt om te zoeken in Consumer health database, education database, health & medical collection, nursing & allied health database, psychology database, public health database, science database, social science database, sociology database en PsycARTICLES. Bijkomend werden er filters ingesteld zodat er enkel gezocht werd op 'scholarly journals', 'dissertations' & 'theses' en 'reports', met eveneens een tijdslimiet vanaf het jaar 2000. Binnen Google scholar werden er geen filters gebruikt bij het zoekproces. Additioneel werd aan de leden van de richtlijnwerkgroep gevraagd of zij op de hoogte waren van eventueel bijkomende relevante richtlijnen, rapporten of literatuurstudies.

```

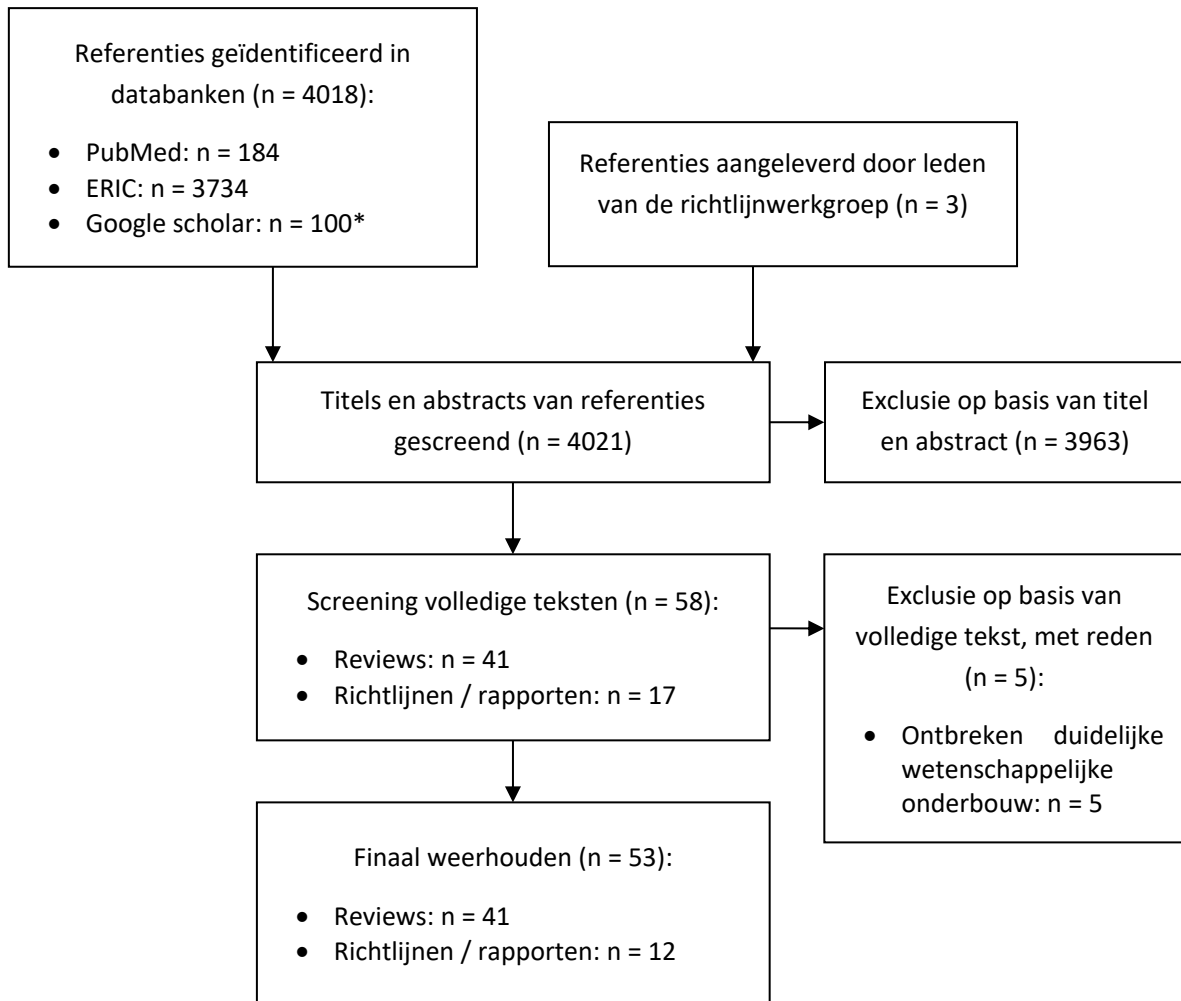
("Mental Health"[Mesh] OR "Psychiatry"[Mesh] OR "Psychiatric Nursing"[Mesh] OR "Intellectual Disability"[Mesh] OR "Child, Foster"[Mesh] OR "Dementia"[Mesh] OR "Mentally Disabled Persons"[Mesh] OR psychiatr* OR "mental health" OR "dementia" OR "mental retardation" OR "mentally retarded" OR "intellectual disability" OR "intellectual disabilities") AND ("Restraint, Physical"[Mesh] OR "Coercion"[Mesh] OR "seclusion" OR "restraint" OR "physical restraint" OR "holding" OR "coercive measures" OR "restrictive measures" OR "coercion" OR seclude* OR segregation OR segregate*) AND ("Aggression"[Mesh] OR aggressi* OR "assault" OR "escalation" OR "escalate" OR "crisis" OR "Violence"[Mesh] OR "violence" OR "violent" OR disrupt* OR agit* OR challenging behaviour) AND (Technique* OR Method* OR approach* OR Intervention* OR Procedure* OR action* OR use OR usage OR age* OR "Age Groups"[Mesh] OR "Time"[Mesh] OR "time" OR "timing" OR "duration" OR "period" OR "span" OR material* OR equipment*)
    
```

Figuur 2 Finale zoekstring in PubMed

Een eerste screening voor relevante literatuur werd uitgevoerd op basis van titel en abstract. Referenties die (mogelijk) relevant waren werden weerhouden en meegenomen naar een tweede screening. Tijdens de tweede screening werd de volledige tekst van de referenties opgevraagd en expliciet gescreend op basis van hogervermelde in- en exclusiecriteria.

1.1.2 Resultaten van de literatuurstudie

Het finale zoekproces werd op 15 februari 2019 uitgevoerd. In totaal werden er 4021 referenties geïdentificeerd en gescreend. Na de eerste screeningsfase, op basis van titel en abstract, werden er in totaal n = 58 volledige teksten weerhouden: 41 reviews (1-41; zie 1.4) en 17 richtlijnen en rapporten (42-58; zie 1.4). Tijdens de tweede screeningsfase werden 5 richtlijnen en rapporten geëxcludeerd omwille van het ontbreken van een duidelijke wetenschappelijke onderbouwing (42, 46, 48, 50, 51; zie 1.4). Op die manier werden er uiteindelijk 41 reviews en 12 richtlijnen en rapporten weerhouden als basis voor de vragenlijst voor de eerste ronde van de Delphi studie. Het verloop van het zoekproces en de resultaten van de rapid review wordt weergegeven in Figuur 3.



* Binnen Google scholar werden de eerste 100 geïdentificeerde referenties gescreend

Figuur 3 Verloop van het zoekproces van de rapid review

1.2 Constructie van de vragenlijst op basis van de resultaten van de literatuurstudie

De vragenlijst voor de eerste ronde van de Delphi studie werd ontwikkeld aan de hand van zeven stappen.

1. Tijdens de eerste stap werden de richtlijnen en rapporten (n = 12) doorgenomen. Richtlijnen en rapporten werden als eerste doorgenomen omdat een aantal van deze richtlijnen en rapporten vaak als standaard gehanteerd wordt binnen zorgorganisaties [bijv. de NICE guideline (55) of de richtlijn van het Vlaams patiëntenplatform (58)]. De onderzoekers extraheerden relevante informatie uit de richtlijnen omtrent methodes, interventies, technieken, leeftijden, tijdsduren en materialen, en vertaalden en/of herformuleerden de informatie tot stellingen om op te nemen in de eerste vragenlijst van de Delphi-studie. Bij het vertalen en herformuleren werd voldoende aandacht besteed aan het bewaren van de oorspronkelijke focus: de onderzoekers waakten erover dat de eigenheid en betekenis van de informatie niet verloren ging in het vertalen naar of herformuleren van een stelling. In een volgende stap werden de reviews (n = 41) doorgenomen. Relevante passages werden getoetst aan de reeds geformuleerde stellingen afkomstig uit de richtlijnen en rapporten. Voor input die nog niet weerhouden was uit richtlijnen en rapporten, werden nieuwe stellingen

opgesteld. Deze methode werd gehanteerd tot er geen nieuwe stellingen meer konden worden toegevoegd (i.e. saturatie).

2. De lijst met stellingen die resulteerde uit de literatuurstudie werd vervolgens gedetailleerd overlopen om contradicties tussen de stellingen eruit te halen. Stellingen die weerhouden werd uit verschillende richtlijnen, rapporten en reviews waren regelmatig onverenigbaar. Zo is het bijvoorbeeld niet logisch dat één stelling zegt dat een observatie tijdens een mechanische fixatie na 15 minuten dient te worden genoteerd in het patiëntendossier, wanneer een andere stelling zegt dat een observatie pas na 20 minuten uitgevoerd dient te worden. Om de consistentie in de lijst met stellingen te bevorderen werden sommige stellingen daarom aangepast op basis van consensus binnen het team van onderzoekers (LUCAS KU Leuven en Academisch Centrum voor Verpleeg- en Voedkunde KU Leuven). Indien er geen consensus werd bereikt, werden de stellingen meegenomen naar de volgende stappen (zie verder). Daarnaast werden stellingen geëxcludeerd indien deze in de reeds gepubliceerde multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de residentiële GGZ waren opgenomen (59).
3. In een derde stap werd de lijst met stellingen voorgelegd aan de richtlijnwerkgroep (i.e. vergadering van 10 mei 2019). De stellingen werden overlopen, waarbij de leden van de richtlijnwerkgroep de mogelijkheid hadden om opmerkingen te geven. Hun feedback werd verwerkt in de vragenlijst indien deze niet in contradictie was met de input vanuit de literatuurstudie.
4. Vervolgens werd de lijst opnieuw doorgenomen door de onderzoekers, waarbij er consensus nagestreefd werd over volgende mogelijke aanpassingen:
 - a. Eventuele nieuwe contradicties tussen de stellingen werden eruit gehaald (cf. supra Stap 2).
 - b. Indien relevante informatie in de literatuur algemeen werd geformuleerd (bijv. de term 'fixatie' gebruiken, zonder specificering over welke concrete vorm het gaat), werd deze stelling zowel voor mechanische fixatie als voor fysieke interventie weerhouden.
 - c. Wanneer één techniek of toepassing specifiek voor één vorm van fixatie of afzondering geformuleerd werd, werd deze eveneens overgenomen voor andere vormen van fixatie of afzondering indien dit logisch was. Bijvoorbeeld bij de stelling '*Vertel de persoon die wordt afgezonderd dat de afzondering wordt beëindigd zodra zijn of haar gedrag niet langer een ernstig gevaar voor zichzelf of anderen vormt*' was er binnen het onderzoeksteam consensus dat het logisch zou zijn om deze stelling eveneens te formuleren voor mechanische fixatie en fysieke interventie.
 - d. Sommige termen werden geherformuleerd zodat steeds dezelfde termen werden gebruikt om hetzelfde onderwerp te benoemen (bijv. 'fysieke holding' werd 'fysieke interventie').
 - e. Alle stellingen werden in de gebiedende wijs geschreven en de vragenlijst werd in een logische volgorde gezet.
5. In een volgende stap werden de stellingen vanuit juridisch perspectief beoordeeld door het Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven. Hierbij werd
 - a. nagegaan of de ontwikkelde stellingen niet in strijd zijn met het mensenrechterlijk toetsingskader voor afzondering en fixatie in de GGZ dat ontwikkeld werd in het kader van de opbouw van de MDR voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de GGZ (Peeters et al., 2019). In het licht hiervan werden enkele stellingen inhoudelijk aangepast. Het mensenrechterlijk toetsingskader voor de andere sectoren van de brede jeugdhulp wordt pas ontwikkeld in het kader van de volgende studie van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2020-2021), die tot doel heeft een intersectorale

- richtlijn te ontwikkelen voor de preventie en de toepassing van afzondering en fixatie in de brede jeugdhulp. De aanbevelingen zullen in die fase ook mensenrechterlijk getoetst – en eventueel aangepast - worden voor de sectoren van de brede jeugdhulp buiten de GGZ;
- b. beoordeeld of de ontwikkelde stellingen de eisen van het mensenrechterlijk toetsingskader voor de GGZ voldoende incorporeren. In het licht hiervan werden op basis van de mensenrechtelijke bronnen waaruit dit toetsingskader is opgebouwd een aantal stellingen toegevoegd;
 - c. bekeken of de ontwikkelde stellingen niet manifest in strijd zijn met de federale en Vlaamse regelgeving die op elk van de sectoren van toepassing is. Op basis hiervan werden enkele stellingen inhoudelijk aangepast en werd de structuur van de vragenlijst gewijzigd zodat stellingen met betrekking tot mechanische fixatie niet konden ingevuld worden door professionals uit voorzieningen waarin geen mechanische fixatie toegepast wordt. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de toepassing van afzondering en fixatie buiten de GGZ binnen het huidige rechtskader in België gepaard gaat met verschillende juridische knopen die voortkomen uit onder meer tegenstrijdige regelgeving. Deze knopen werden in deze studie niet ontward. Ook dit zal gebeuren in de volgende studie waarin een brede intersectorale richtlijn wordt ontwikkeld voor de brede jeugdhulp (2020-2021). Indien nodig zullen de aanbevelingen op de uitkomsten van dit juridisch onderzoek aangepast worden.
6. Als laatste stap werd de vragenlijst ingevuld door een professional met specialisatie inzake afzondering en fixatie, werkzaam binnen een psychiatrisch ziekenhuis. Deze professional nam niet deel aan de Delphi-studie, en was ook geen lid van de richtlijnwerkgroep. De focus lag op het verkrijgen van feedback aangaande de duidelijkheid van de formulering van de stellingen en de structuur van de vragenlijst, evenals op het maken van een inschatting van de tijdsduur die nodig was om de vragenlijst in te vullen. Op basis hiervan werden enkele aanpassingen gemaakt die de duidelijkheid van de vragenlijst bevorderde. De finale vragenlijst werd vervolgens ter goedkeuring voorgelegd aan de stuurgroep (i.e. vergadering van 01 juli 2019).
 7. De Delphi-studie, het formulier voor geïnformeerde toestemming en de vragenlijst van de eerste Delphi-ronde werden goedgekeurd door het Sociaal-Maatschappelijke Ethische Comité van de KU Leuven (dossiernummer G-2019 07 1690).

Tabel 4 geeft een overzicht van de 73 stellingen die werden opgenomen in de finale vragenlijst voor de eerste Delphi-ronde, op welke referentie(s) deze gebaseerd zijn en welke stellingen inhoudelijk aangepast of geëxtrapoleerd zijn t.o.v. de oorspronkelijke bron in één of meerdere van de hierboven beschreven stappen.

Tabel 4 Overzicht stellingen finale vragenlijst eerste ronde Delphi studie, met referentie en eventuele aanpassingen of extrapolaties

Stelling	Referentie(s)	Aangepast of geëxtrapoleerd?
Fysieke interventie		
1. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie de hulpverleners nauw samenwerken als een team, waarbij ieder zijn rol begrijpt.	<ul style="list-style-type: none"> National Collaborating Centre for Mental Health (55) 	Nee
2. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie één hulpverlener uitleg geeft aan de betreffende persoon; dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijk mogelijk.	<ul style="list-style-type: none"> Horsburgh (37) 	Nee
3. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie steeds één hulpverlener de leiding heeft.	<ul style="list-style-type: none"> National Collaborating Centre for Mental Health (55) Emanuel LL (52) 	Nee
4. De hulpverlener die tijdens een fysieke interventie de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-hulpverleners in de mogelijkheid zijn om zo nodig het hoofd en de nek van de zorggebruiker te beschermen en te ondersteunen, te waken over het vrijhouden van de luchtwegen en ademhaling, en de vitale functies te monitoren.	<ul style="list-style-type: none"> National Collaborating Centre for Mental Health (55) Emanuel LL (52) Horsburgh (37) Kozub and Skidmore (39) 	Nee
5. De hulpverlener die tijdens een fysieke interventie de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-hulpverleners tijdens het hele proces worden bijgestaan en ondersteund.	<ul style="list-style-type: none"> National Collaborating Centre for Mental Health (55) Emanuel LL (52) 	Nee
6. Neem als hulpverlener niet deel aan een fysieke interventie wanneer je hier een slecht gevoel, stress of ongemak bij ervaart.	<ul style="list-style-type: none"> Cusack, McAndrew (34) 	Nee
7. Hanteer verbale de-escalatietechnieken, zelfs als een persoon al door middel van een fysieke interventie is gefixeerd.	<ul style="list-style-type: none"> Garriga, Pacchiarotti (35) 	Nee
8. Gebruik bij een fysieke interventie het tegen de grond werken van een persoon (liggend fixeren) alleen als laatste keuze.	<ul style="list-style-type: none"> National Collaborating Centre for Mental Health (55) Cusack, McAndrew (34) European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (53) 	Nee
9. Indien toch wordt gekozen voor liggend fixeren, kies dan altijd voor	<ul style="list-style-type: none"> National Collaborating Centre for Mental Health (55) 	Nee

de rugligging. Pas geen buikligging toe, wegens het risico op overlijden.	<ul style="list-style-type: none"> • Cusack, McAndrew (34) 	
10. Belemmer tijdens een fysieke interventie nooit iemands luchtwegen, de ademhaling of de bloedcirculatie.	<ul style="list-style-type: none"> • National Collaborating Centre for Mental Health (55) 	Nee
11. Belemmer tijdens een fysieke interventie bij een persoon nooit diens mogelijkheid tot verbale en non-verbale communicatie (bijvoorbeeld door de ogen, oren of mond af te dekken).	<ul style="list-style-type: none"> • National Collaborating Centre for Mental Health (55) 	Nee
12. Zorg dat een fysieke interventie standaard niet langer dan 10 minuten duurt.	<ul style="list-style-type: none"> • National Collaborating Centre for Mental Health (55) 	Nee
13. Overweeg afzondering als een alternatief voor een verlengde fysieke interventie (meer dan 10 minuten).	<ul style="list-style-type: none"> • National Collaborating Centre for Mental Health (55) 	Nee
<p>14. Welke stappen dienen door de hulpverleners ondernomen te worden als de standaard maximale tijdsduur van een fysieke interventie wordt overschreden? U kan meerdere opties aankruisen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melding bij een intern (toezichts)orgaan. Dit is een orgaan dat binnen de voorziening werd opgericht en wordt gestuurd. • Melding bij een extern (toezichts)orgaan. Dit is een orgaan dat extern van de voorziening werd opgericht en wordt gestuurd. • Second opinion vragen van een bevoegde hulpverlener buiten de afdeling – maar binnen de voorziening - waar de afzondering/fixatie plaatsvindt • Second opinion vragen van een bevoegde hulpverlener buiten de voorziening waar de afzondering/fixatie plaatsvindt • Andere. Licht toe: • Geen 	<ul style="list-style-type: none"> • Mensenrechterlijk toetsingskader voor afzondering en fixatie in de GGZ (56) 	Nee
15. Observeer de persoon die de fysieke interventie ondergaat voortdurend, en evalueer hierbij ook voortdurend het effect van de maatregel.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoge Gezondheidsraad (54) • European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (53) • Vollm, Clarke (41) 	Nee

	<ul style="list-style-type: none"> • New South Wales Government (57) • Heyneman (36) 	
16. Een collega-hulpverlener die de fysieke interventie zelf niet uitvoert, registreert minstens elke 10 minuten de bevindingen van zowel observaties als evaluaties van de fysieke interventie.	<ul style="list-style-type: none"> • New South Wales Government (57) 	Ja, oorspronkelijke stelling hanteerde 15 minuten. 'Collega-hulpverlener' en 'evaluaties' zijn toegevoegd.
17. Observeer en evalueer tijdens een fysieke interventie altijd het niveau van agitatie, agressie en gewelddadig gedrag.	<ul style="list-style-type: none"> • Emanuel LL (52) 	Nee
18. Vertel de persoon die de fysieke interventie ondergaat, dat de interventie zal stoppen zodra zijn of haar gedrag niet langer een ernstig gevaar betekent voor zichzelf of anderen.	<ul style="list-style-type: none"> • Emanuel LL (52) 	Ja, oorspronkelijke stelling was enkel voor afzondering.
19. Voorkom tijdens een fysieke interventie dat de zorggebruiker (gedeeltelijk) ontkleed raakt, doordat zijn/haar persoonlijke kledij bijvoorbeeld scheurt of niet op de juiste plaats blijft zitten.	<ul style="list-style-type: none"> • Cusack, McAndrew (34) 	Nee
20. Vermijd bij een fysieke interventie contact dat door de zorggebruiker als seksueel kan worden ervaren.	<ul style="list-style-type: none"> • Horsburgh (37) 	Nee
21. Houd rekening met het geslacht van de hulpverlener(s) indien fysieke interventie wordt toegepast bij personen met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik.	<ul style="list-style-type: none"> • Kozub and Skidmore (39) 	Ja, oorspronkelijke stelling was enkel voor kinderen. Deze is veralgemeend naar alle personen.
22. Overweeg voor een fysieke interventie bij kleinere kinderen het gebruik van 'de mand-greep'. Het kind zit hierbij op de schoot van de hulpverlener met de rug tegen de borstkas van de hulpverlener. Het kind heeft de armen gekruist op de borstkas waarbij de hulpverlener de handen vasthoudt. Hierbij dient de hulpverlener op te passen dat het kind zijn/haar hoofd niet naar achter duwt aangezien dit schade bij de hulpverlener kan veroorzaken.	<ul style="list-style-type: none"> • Kozub and Skidmore (39) 	Nee
23. Verkies voor het tegengaan van zelfverwondend gedrag bij een persoon met een verstandelijke beperking mechanische fixatie boven een fysieke interventie, aangezien fysiek contact het zelfverwondend gedrag kan bekrachtigen.	<ul style="list-style-type: none"> • Jones, Allen (38) 	Nee

Mechanische fixatie		
1. Zorg ervoor dat bij mechanisch fixeren de hulpverleners nauw samenwerken als een team, waarbij ieder zijn rol begrijpt.	<ul style="list-style-type: none"> National Collaborating Centre for Mental Health (55) 	Ja, oorspronkelijke stelling was enkel voor fysieke interventie.
2. Zorg ervoor dat tijdens het mechanisch fixeren één hulpverlener uitleg geeft aan de betreffende persoon; dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijk mogelijk.	<ul style="list-style-type: none"> Horsburgh (37) 	Nee
3. Zorg ervoor dat bij het aanbrengen van het mechanisch fixatiemateriaal steeds één hulpverlener de leiding heeft.	<ul style="list-style-type: none"> National Collaborating Centre for Mental Health (55) Emanuel LL (52) 	Ja, oorspronkelijke stelling was enkel voor fysieke interventie.
4. De hulpverlener die tijdens het aanbrengen van het mechanisch fixatiemateriaal de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-hulpverleners in de mogelijkheid zijn om zo nodig het hoofd en de nek van de zorggebruiker te beschermen en te ondersteunen, te waken over het vrijhouden van de luchtwegen en ademhaling, en de vitale functies te monitoren.	<ul style="list-style-type: none"> National Collaborating Centre for Mental Health (55) Emanuel LL (52) Horsburgh (37) Kozub and Skidmore (39) 	Nee
5. De hulpverlener die tijdens het aanbrengen van het mechanisch fixatiemateriaal de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-hulpverleners tijdens het hele proces worden bijgestaan en ondersteund.	<ul style="list-style-type: none"> National Collaborating Centre for Mental Health (55) Emanuel LL (52) 	Ja, oorspronkelijke stelling was enkel voor fysieke interventie.
6. Neem als hulpverlener geen deel aan het uitvoeren van mechanische fixatie wanneer je hier een slecht gevoel, stress of ongemak bij ervaart.	<ul style="list-style-type: none"> Cusack, McAndrew (34) 	Nee
7. Hanteer verbale de-escalatietechnieken, zelfs als een persoon al mechanisch gefixeerd is.	<ul style="list-style-type: none"> Garriga, Pacchiarotti (35) 	Nee
8. Gebruik bij mechanisch fixeren uitsluitend materiaal dat gemaakt is om schadelijke lichamelijke effecten te minimaliseren, om op die manier het risico op fysieke pijn of kwetsuren bij patiënten te vermijden.	<ul style="list-style-type: none"> European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (53) 	Nee
9. Gebruik voor mechanische fixatie middelen die voor de zorggebruiker qua dragen zo min mogelijk storen.	<ul style="list-style-type: none"> Jones, Allen (38) 	Ja, oorspronkelijke stelling was enkel voor zorggebruikers met een verstandelijke beperking.
10. Gebruik voor mechanische fixatie alleen professionele en géén zelfgemaakte materialen.	<ul style="list-style-type: none"> New South Wales Government (56) 	Nee

11. Gebruik voor mechanische fixatie nooit kooibedden of bedden met netten.	<ul style="list-style-type: none"> • European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (53) 	Nee
12. Gebruik nooit handboeien om een persoon mechanisch te fixeren.	<ul style="list-style-type: none"> • European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (53) 	Nee
13. Gebruik voor mechanische fixatie middelen die zo min mogelijk opvallen.	<ul style="list-style-type: none"> • Jones, Allen (38) 	Ja, oorspronkelijke stelling was enkel voor zorggebruikers met een verstandelijke beperking.
14. Als er zich een levensbedreigend incident heeft voorgedaan met een specifiek mechanisch fixatiemateriaal, gebruik dit materiaal dan niet meer.	<ul style="list-style-type: none"> • Horsburgh (37) 	Nee
15. Trek bij het mechanisch fixeren van een persoon eventuele banden niet te vast aan en breng deze op zo'n manier aan dat ze het veilig bewegen van armen en benen maximaal toelaten.	<ul style="list-style-type: none"> • European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (53) 	Nee
16. Belemmer bij het mechanisch fixeren van een persoon nooit de luchtwegen, de ademhaling of de bloedsomloop.	<ul style="list-style-type: none"> • National Collaborating Centre for Mental Health (55) 	Nee
17. Kies altijd voor de rugligging indien het noodzakelijk is om iemand liggend mechanisch te fixeren.	<ul style="list-style-type: none"> • National Collaborating Centre for Mental Health (55) • Cusack, McAndrew (34) 	Nee
18. Zorg dat een mechanisch fixatie standaard niet langer dan 10 minuten duurt.	<ul style="list-style-type: none"> • National Collaborating Centre for Mental Health (55) 	Ja, oorspronkelijke stelling was enkel voor fysieke interventie.
19. Overweeg afzondering zonder mechanische fixatie als een alternatief voor verlengd mechanisch fixeren (meer dan 10 minuten).	<ul style="list-style-type: none"> • National Collaborating Centre for Mental Health (55) 	Nee
20. Welke stappen dienen door de hulpverleners ondernomen te worden als de standaard maximale tijdsduur van een mechanische fixatie wordt overschreden? U kan meerdere opties aankruisen. <ul style="list-style-type: none"> • Melding bij een intern (toezichts)orgaan. Dit is een orgaan dat binnen de voorziening werd opgericht en wordt gestuurd. • Melding bij een extern (toezichts)orgaan. Dit is een orgaan dat extern van de voorziening werd 	<ul style="list-style-type: none"> • Mensenrechtelijk toetsingskader voor afzondering en fixatie in de GGZ (56) 	Nee

<p>opgericht en wordt gestuurd.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Second opinion vragen van een bevoegde hulpverlener buiten de afdeling – maar binnen de voorziening - waar de afzondering/fixatie plaatsvindt • Second opinion vragen van een bevoegde hulpverlener buiten de voorziening waar de afzondering/fixatie plaatsvindt • Andere. Licht toe: • Geen 		
<p>21. Een persoon mag nooit – in geen enkele omstandigheid – langer dan 24u mechanisch worden gefixeerd.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mensenrechterlijk toetsingskader voor afzondering en fixatie in de GGZ (56) en minstens 5 CPT landenrapporten⁴ 	Nee
<p>22. Voer bij een persoon die mechanisch werd gefixeerd minstens elke 10 minuten observaties uit in zijn fysieke aanwezigheid (dus bijvoorbeeld niet via een camera of door een raampje van de deur).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Emanuel LL (52) 	Ja, oorspronkelijke stelling hanteerde 15 minuten.
<p>23. Evalueer tijdens observaties ook het effect van de mechanische fixatie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • National Collaborating Centre for Mental Health (55) • Hoge Gezondheidsraad (54) • European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (53) • Vollm, Clarke (41) • New South Wales Government (57) 	Nee
<p>24. Breng tijdens de observaties de zorggebruiker op de hoogte van het effect van de mechanische fixatie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • National Collaborating Centre for Mental Health (55) • Hoge Gezondheidsraad (54) • European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (53) 	Nee

⁴ 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 Serbia from 26 May to 5 June (24 juni 2016), CPT/Inf (2016) 21, §169.

	<ul style="list-style-type: none"> • Vollm, Clarke (41) 	
25. Registreer minstens elke 10 minuten de bevindingen van zowel de observaties als de evaluaties van de mechanische fixatie.	<ul style="list-style-type: none"> • New South Wales Government (57) 	Ja, oorspronkelijke stelling hanteerde 15 minuten. 'Evaluaties' is toegevoegd.
26. Observeer en evalueer vaker dan eens per 10 minuten, indien er sprake is van een extra kwetsbaarheid bij de persoon die mechanisch is gefixeerd. Onder extra kwetsbaarheid wordt verstaan: een emotioneel trauma in het verleden, voorgaande negatieve ervaring met afzondering en/of fixatie, kwetsbaarheid omwille van de ontwikkelingsleeftijd (op fysiek, cognitief, emotioneel of psychisch vlak), fysieke en medische kwetsbaarheidsfactoren zoals gewicht, kracht, zwangerschap en algemene gezondheid.	<ul style="list-style-type: none"> • Emanuel LL (52) 	Ja, oorspronkelijke stelling hanteerde 15 minuten. 'Evaluaties' en 'extra kwetsbaarheden' zijn toegevoegd.
27. Controleer tijdens mechanische fixatie het bewustzijn, de hartslag, de ademhaling, de bloeddruk en het bewegingsbereik van de ledematen van de persoon.	<ul style="list-style-type: none"> • Emanuel LL (52) • Masters, Bellonci (40) 	Nee
28. Controleer tijdens mechanische fixatie of de gebruikte materialen niet te strak zitten, en of er een verandering van houding nodig is.	<ul style="list-style-type: none"> • Emanuel LL (52) 	Nee
29. Observeer en evalueer bij mechanisch gefixeerde personen altijd het niveau van agitatie, agressie en gewelddadig gedrag.	<ul style="list-style-type: none"> • Emanuel LL (52) 	Nee
30. Vertel de persoon die de mechanische fixatie ondergaat, dat deze maatregel wordt beëindigd zodra zijn of haar gedrag niet langer een ernstig gevaar voor zichzelf of anderen vormt.	<ul style="list-style-type: none"> • Emanuel LL (52) 	Ja, oorspronkelijke stelling was enkel voor afzondering.
31. Voorkom bij het gebruik van mechanische fixatie dat de zorggebruiker (gedeeltelijk) ontkleed raakt, doordat zijn/haar persoonlijke kledij bijvoorbeeld scheurt of niet op de juiste plaats blijft zitten.	<ul style="list-style-type: none"> • Cusack, McAndrew (34) 	Nee
32. Pas geen mechanische fixatie toe bij kinderen van 12 jaar of jonger.	<ul style="list-style-type: none"> • National Collaborating Centre for Mental Health (55) 	Nee
Afzondering		
1. Geef mensen de kans om zelf naar de afzonderingskamer te gaan.	<ul style="list-style-type: none"> • Vlaams Patiëntenplatform (58) 	Nee
2. Indien de zorggebruiker zelfstandig meegaat naar de	<ul style="list-style-type: none"> • Kozub and Skidmore (39) 	Nee

afzonderingskamer mag verbaal verzet geen aanleiding geven tot bijkomende fysieke interventies.		
3. Zorg ervoor dat tijdens het toepassen van afzondering één hulpverlener uitleg geeft aan de betreffende persoon; dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijk mogelijk.	<ul style="list-style-type: none"> • Horsburgh (37) 	Ja, oorspronkelijke stelling was enkel voor fysieke interventie en mechanische fixatie.
4. Vertel de persoon die wordt afgezonderd, dat de afzondering wordt beëindigd zodra zijn of haar gedrag niet langer een ernstig gevaar voor zichzelf of anderen vormt.	<ul style="list-style-type: none"> • Emanuel LL (52) 	Nee
5. Hanteer verbale de-escalatietechnieken, zelfs als een persoon reeds afgezonderd is.	<ul style="list-style-type: none"> • Garriga, Pacchiarotti (35) 	Nee
6. Klop op de deur vooraleer je een afzonderingskamer betreedt.	<ul style="list-style-type: none"> • Vlaams Patiëntenplatform (58) 	Nee
7. Zorg dat afzondering standaard niet langer dan 1 uur duurt.	<ul style="list-style-type: none"> • National Collaborating Centre for Mental Health (55) 	Ja, oorspronkelijke stelling was enkel voor fysieke interventie en mechanische fixatie en hanteerde 10 minuten.
8. Welke stappen dienen door de hulpverleners ondernomen te worden als de standaard maximale tijdsduur van een afzondering wordt overschreden? U kan meerdere opties aankruisen. <ul style="list-style-type: none"> • Melding bij een intern (toezichts)orgaan. Dit is een orgaan dat binnen de voorziening werd opgericht en wordt gestuurd. • Melding bij een extern (toezichts)orgaan. Dit is een orgaan dat extern van de voorziening werd opgericht en wordt gestuurd. • Second opinion vragen van een bevoegde hulpverlener buiten de afdeling – maar binnen de voorziening - waar de afzondering/fixatie plaatsvindt • Second opinion vragen van een bevoegde hulpverlener buiten de voorziening waar de afzondering/fixatie plaatsvindt • Andere. Licht toe: • Geen 	<ul style="list-style-type: none"> • Mensenrechterlijk toetsingskader voor afzondering en fixatie in de GGZ (56) 	Nee
9. Indien een afzondering van meerdere uren niet vermeden kan worden, dient de afgezonderde persoon minstens elke vier uur	<ul style="list-style-type: none"> • New South Wales Government (57) 	Nee

fysiek en psychiatrisch onderzocht te worden door een arts, met het oog op de tijdige behandeling of rapportage van mogelijke fysieke verwondingen of emotioneel trauma.		
10. Een persoon mag nooit – in geen enkele omstandigheid – langer dan 24u worden afgezonderd.	<ul style="list-style-type: none"> • Mensenrechterlijk toetsingskader voor afzondering en fixatie in de GGZ (56) en minstens 5 CPT landenrapporten⁵ 	Ja, oorspronkelijke stelling was enkel voor mechanische fixatie
11. Voer tijdens afzondering minstens elke 10 minuten observaties uit in de fysieke aanwezigheid van de zorggebruiker.	<ul style="list-style-type: none"> • Emanuel LL (52) • Masters, Bellonci (40) 	Ja, oorspronkelijke stelling was enkel voor fysieke interventie en mechanische fixatie en hanteerde 15 minuten.
12. Evalueer bij elke observatie ook het effect van de afzondering.	<ul style="list-style-type: none"> • National Collaborating Centre for Mental Health (55) • Hoge Gezondheidsraad (54) • European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (53) • Vollm, Clarke (41) • New South Wales Government (57) 	Nee
13. Breng tijdens de observaties de zorggebruiker op de hoogte van het effect van de afzondering.	<ul style="list-style-type: none"> • National Collaborating Centre for Mental Health (55) • Hoge Gezondheidsraad (54) • European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (53) • Vollm, Clarke (41) 	Nee
14. Registreer minstens elke 10 minuten de bevindingen van zowel observaties als evaluaties tijdens de afzondering.	<ul style="list-style-type: none"> • New South Wales Government (57) 	Ja, oorspronkelijke stelling hanteerde 15 minuten. 'Evaluaties' is toegevoegd.
15. Observeer en evalueer tijdens de afzondering altijd het niveau van agitatie, agressie en gewelddadig gedrag.	<ul style="list-style-type: none"> • National Collaborating Centre for Mental Health (55) • Emanuel LL (52) 	Ja, oorspronkelijke stelling was enkel voor fysieke interventie en mechanische fixatie.
16. Controleer de vitale functies van een persoon in afzondering.	<ul style="list-style-type: none"> • Emanuel LL (52) • Masters, Bellonci (40) 	Ja, oorspronkelijke stelling was enkel voor fysieke

⁵ 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 Serbia from 26 May to 5 June (24 juni 2016), CPT/Inf (2016) 21, §169.

		interventie en mechanische fixatie.
17. Voorzie dagstructuur tijdens afzondering om desoriëntatie te voorkomen.	• Vlaams Patiëntenplatform (58)	Ja, oorspronkelijke stelling vermeldde meer algemeen 'structuur voorzien'.
18. Pas geen afzondering toe bij kinderen van 12 jaar of jonger.	• National Collaborating Centre for Mental Health (55)	Nee

1.3 Vragenlijst eerste Delphi ronde

De 73 stellingen uit Tabel 4 werden opgenomen in de eerste Delphi-vragenlijst. Ze werden er gegroepeerd per (dwang)maatregel waardoor de vragenlijst uit drie delen bestond:

1. Fysieke interventie,
2. Mechanische fixatie,
3. Afzondering.

Voorafgaand aan stellingen werd in de vragenlijst aan de deelnemers uitgelegd wat er bedoeld werd met de drie soorten (dwang)maatregelen. Er werd hierbij gebruik gemaakt van de definities zoals bepaald door het Management Comité van Welzijn Volksgezondheid en Gezin op 18 februari 2019 (zie hoofdstuk 1). Daarnaast bestond de mogelijkheid om bij elke stelling, via een link, de definitie van de (dwang)maatregel betreffende de stelling opnieuw te lezen.

Bij de start van elk van de drie onderdelen werd aan de professionals gevraagd of de maatregel binnen hun voorziening toegepast werd. Indien de professional aanduidde dat dit niet het geval was, kreeg hij de stellingen betreffende die maatregel niet voorgelegd. De ervaringsdeskundigen kregen deze vraag bij de start van de drie onderdelen niet, waardoor zij alle stellingen kregen voorgelegd om te beoordelen.

Bij elke stelling werd aan de deelnemers gevraagd in welke mate ze akkoord gingen met de stelling. De vraag luidde: "In welke mate bent u akkoord om deze stelling op te nemen in het geheel van aanbevelingen voor goede praktijk?". Deelnemers antwoordden aan de hand van een 5-punt-Likertschaal met antwoordmogelijkheden gaande van niet akkoord tot akkoord. Deze 5-punt-Likertschaal werd aangevuld met de antwoordmogelijkheid "Ik heb hier geen expertise over". De deelnemers kregen eveneens de mogelijkheid om opmerkingen of bedenkingen te noteren bij hun antwoorden. In onderstaand voorbeeld wordt een vraag uit de eerste Delphi-vragenlijst weergegeven (Figuur 4). De meeste stellingen werden in de vragenlijst aan de hand van dit format bevraagd.

1. Neem als hulpverlener niet deel aan een fysieke interventie wanneer je hier een slecht gevoel, stress of ongemak bij ervaart.

In welke mate bent u akkoord om deze stelling op te nemen in het geheel van aanbevelingen voor goede praktijk?

1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Evenzeer niet akkoord als akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Ik heb hier geen expertise over

Indien u graag bijkomende informatie geeft bij uw antwoord, kan dit hier:

.....

.....

.....

Figuur 4 Voorbeeldvraag uit de vragenlijst van de eerste Delphi-ronde

Dertien stellingen werden aangevuld met bijvragen. Het betreft de stellingen over de tijdsduur van interventies en een mogelijke leeftijdsgrens. Indien een deelnemer niet akkoord of eerder niet akkoord ging met de stellingen over de tijdsduur, werd gevraagd aan te geven of de tijdsduur korter of langer diende te zijn en wat de maximale tijdsduur zou kunnen zijn. Met betrekking tot de leeftijdsgrens werd gevraagd of de leeftijdsgrens hoger of lager diende te zijn en wat de minimale leeftijd voor uitvoering van de (dwang)maatregel zou kunnen zijn. In Figuur 5 wordt ter illustraties de bevraging van één van deze stellingen toegevoegd.

1. Pas geen mechanische fixatie toe bij kinderen van 12 jaar of jonger.

In welke mate bent u akkoord om deze stelling op te nemen in het geheel van aanbevelingen voor goede praktijk?

1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Evenzeer niet akkoord als akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Ik heb hier geen expertise over

[Enkel indien 1 of 2 werd geantwoord] U bent van mening dat de minimale leeftijd waarop mechanische fixatie is toegestaan

Lager ligt dan 13 jaar.

Welke minimale leeftijd stelt u voor?

..... jaar

Hoger ligt dan 13 jaar.

Welke minimale leeftijd stelt u voor?

..... jaar

Indien u graag bijkomende informatie geeft bij uw antwoord, kan dit hier:

.....

.....

.....

Figuur 5 Voorbeeldvraag met bijvragen uit de vragenlijst van eerste Delphi-ronde

Tenslotte bevatte de eerste Delphi-vragenlijst drie meerkeuzevragen, waarbij de deelnemers meerdere antwoordmogelijkheden konden aanduiden. De 5-punt-Likertschaal werd hier dus niet gebruikt. In onderstaand voorbeeld (Figuur 6) wordt ter illustratie een item met dergelijk format weergegeven.

De vragenlijst werd voor de eerste alsook voor de tweede Delphi-ronde opgesteld in QuestionPro (2020 QuestionPro Survey Software).

1. Welke stappen dienen door de hulpverleners ondernomen te worden als de standaard maximale tijdsduur van een afzondering wordt overschreden? U kan meerdere opties aankruisen.

Melding bij een intern (toezichts)orgaan. Dit is een orgaan dat binnen de voorziening werd opgericht en wordt gestuurd.

Melding bij een extern (toezichts)orgaan. Dit is een orgaan dat extern van de voorziening werd opgericht en wordt gestuurd.

Second opinion vragen van een bevoegde hulpverlener buiten de afdeling – maar binnen de voorziening - waar de afzondering/fixatie plaatsvindt

Second opinion vragen van een bevoegde hulpverlener buiten de voorziening waar de afzondering/fixatie plaatsvindt

Andere. Licht toe:

Geen

Indien u graag bijkomende informatie geeft bij uw antwoord, kan dit hier:

.....

.....

.....

.....

Figuur 6 Voorbeeld meerkeuzevraag uit de vragenlijst van de eerste Delphi-ronde

1.4 Referenties literatuurstudie

1. Bower FL, McCullough CS, Timmons ME. A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings: 2003 update. Online J Knowl Synth Nurs. 2003;10:1.
2. Edlinger M, Bader T, Hofer A. Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie: Aus der Steinzeit in eine bessere Zukunft. neuropsychiatrie. 2018;32(4):175-81.
3. Farrell G, Cubit K. Nurses under threat: a comparison of content of 28 aggression management programs. Int J Ment Health Nurs. 2005;14(1):44-53.
4. Flannery RB, Jr. Restraint procedures and dementia sufferers with psychological trauma. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2003;18(4):227-30.
5. Goulet MH, Larue C. Post-Seclusion and/or Restraint Review in Psychiatry: A Scoping Review. Arch Psychiatr Nurs. 2016;30(1):120-8.
6. Hamers JP, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? Z Gerontol Geriatr. 2005;38(1):19-25.
7. Hem MH, Gjerberg E, Husum TL, Pedersen R. Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. Nurs Ethics. 2018;25(1):92-110.
8. Heyvaert M, Saenen L, Maes B, Onghena P. Systematic review of restraint interventions for challenging behaviour among persons with intellectual disabilities: focus on effectiveness in single-case experiments. J Appl Res Intellect Disabil. 2014;27(6):493-510.
9. Heyvaert M, Saenen L, Maes B, Onghena P. Systematic review of restraint interventions for challenging behaviour among persons with intellectual disabilities: focus on experiences. J Appl Res Intellect Disabil. 2015;28(2):61-80.

10. Knox DK, Holloman GH, Jr. Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project Beta Seclusion and Restraint Workgroup. *The Western Journal of Emergency Medicine*. 2012;13(1):35-40.
11. Laiho T, Kattainen E, Astedt-Kurki P, Putkonen H, Lindberg N, Kylmä J. Clinical decision making involved in secluding and restraining an adult psychiatric patient: an integrative literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013;20(9):830-9.
12. LeBel J, Nunno MA, Mohr WK, O'Halloran R. Restraint and seclusion use in U.S. school settings: recommendations from allied treatment disciplines. *Am J Orthopsychiatry*. 2012;82(1):75-86.
13. Luciano M, Sampogna G, Del Vecchio V, Pingani L, Palumbo C, De Rosa C, et al. Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: a critical review. *Expert Rev Neurother*. 2014;14(2):131-41.
14. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Managing agitated or aggressive patients. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(S2):S96-103.
15. Marco CA, Vaughan J. Emergency management of agitation in schizophrenia. *Am J Emerg Med*. 2005;23(6):767-76.
16. Marder SR. A review of agitation in mental illness: treatment guidelines and current therapies. *J Clin Psychiatry*. 2006;67 Suppl 10:13-21.
17. Matson JL, Sipes M, Fodstad JC, Fitzgerald ME. Issues in the management of challenging behaviours of adults with autism spectrum disorder. *CNS Drugs*. 2011;25(7):597-606.
18. McCutcheon LK, Chanen AM, Fraser RJ, Drew L, Brewer W. Tips and techniques for engaging and managing the reluctant, resistant or hostile young person. *Med J Aust*. 2007;187(S7):S64-7.
19. McGonigle JJ, Venkat A, Beresford C, Campbell TP, Gabriels RL. Management of agitation in individuals with autism spectrum disorders in the emergency department. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014;23(1):83-95.
20. Menon KBRBS. Use of restraint for the management of challenging behaviour in children with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*. 2012;6(2):62-75.
21. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry*. 2003;48(5):330-7.
22. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, et al. 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 Evid Based Nurs*. 2006;3(1):8-18.
23. Petit JR. Management of the acutely violent patient. *Psychiatr Clin North Am*. 2005;28(3):701-11, 10.
24. Riahi S, Thomson G, Duxbury J. An integrative review exploring decision-making factors influencing mental health nurses in the use of restraint. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2016;23(2):116-28.
25. Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(2):Cd001163.
26. Stewart D, Bowers L, Simpson A, Ryan C, Tziggili M. Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(8):749-57.
27. Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs*. 2010;19(6):416-27.
28. Stubbs B. The manual handling of the aggressive patient: a review of the risk of injury to nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(4):395-400.
29. Stubbs B, Leadbetter D, Paterson B, Yorston G, Knight C, Davis S. Physical intervention: a review of the literature on its use, staff and patient views, and the impact of training. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(1):99-105.
30. Tingleff EB, Bradley SK, Gildberg FA, Munksgaard G, Hounsgaard L. "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017;24(9-10):681-98.
31. Völlm B, Nedopil N. *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care. Legal, Ethical and Practical Challenges* Cham: Springer. 2016.

32. Wang WW, Moyle W. Physical restraint use on people with dementia: a review of the literature. *Aust J Adv Nurs*. 2005;22(4):46-52.
33. Wright S. Control and restraint techniques in the management of violence in inpatient psychiatry: a critical review. *Med Sci Law*. 2003;43(1):31-8.
34. Cusack P, McAndrew S, Cusack F, Warne T. 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). *Int J Law Psychiatry*. 2016;46:20-6.
35. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vazquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World J Biol Psychiatry*. 2016;17(2):86-128.
36. Heyneman EK. The aggressive child. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2003;12(4):667-77, vi-vii.
37. Horsburgh D. How, and when, can I restrain a patient? *Postgraduate Medical Journal*. 2004;80(939):7-12.
38. Jones E, Allen D, Moore K, Phillips B, Lowe K. Restraint and self-injury in people with intellectual disabilities: a review. *J Intellect Disabil*. 2007;11(1):105-18.
39. Kozub ML, Skidmore R. Least to most restrictive interventions. A continuum for mental health care facilities. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2001;39(3):32-8.
40. Masters KJ, Bellonci C, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Benson RS, et al. Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(2 Suppl):4s-25s.
41. Vollm BA, Clarke M, Herrando VT, Seppanen AO, Gosek P, Heitzman J, et al. European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. *Eur Psychiatry*. 2018;51:58-73.
42. Kinderrechtencommissariaat. binnen(ste) buiten; Rechtswaarborgen voor minderjarigen in detentie doorgelicht 2010 [Available from: https://www.kinderrechtencommissariaat.be/sites/default/files/bestanden/dossier_binnenste_buiten_detentie_0.pdf].
43. Bowers L, Cullen AE, Achilla E, Baker J, Khondoker M, Koeser L, et al. Seclusion and Psychiatric Intensive Care Evaluation Study (SPICES): combined qualitative and quantitative approaches to the uses and outcomes of coercive practices in mental health services 2017.
44. dosReis S, Barnett S, Love RC, Riddle MA. A guide for managing acute aggressive behavior of youths in residential and inpatient treatment facilities. *Psychiatr Serv*. 2003;54(10):1357-63.
45. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Dwang en drang in de GGZ 2016 [Available from: https://mijn.venvn.nl/databanken/richtlijnen/Lists/Databank%20richtlijnen/Attachments/199/Dwang_en_drang_in_de_GGZ.pdf].
46. Jongerenwelzijn A. Afzondering en isolatie 2009 [Available from: <https://jongerenwelzijn.be/jeugdhulp/publieke-jeugdinstellingen/huishoudelijk-reglement/>].
47. The American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults; Guideline IV Assessment of Risk for Aggressive Behaviors: American Psychiatric Publishing; 2015.
48. VBM VP. NEE! Tenzij... VBM -Bouwen aan afbouw, een praktijkgerichte tool 2017 [Available from: <https://www.kennisplein.be/Documents/Verstandelijke%20beperking/Tool%20VBM%20december%202017.pdf>].
49. Chester V, Devapriam J, Alexander RT, Atkinson D, Beebee J, Cross G, et al. Restrictive Interventions in Inpatient Intellectual Disability Services: How to Record, Monitor and Regulate. 2018.
50. Department Health Republic of South Africa. Policy Guidelines on seclusion and restraint of mental health care users 2012 [Available from: https://health-e.org.za/wp-content/uploads/2016/01/policy_guidelines_on_seclusion_and_restraint_of_mental_health_care_users.pdf].
51. Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. Besluit van de Vlaamse Regering van 4 februari 2011; Artikel 45 2011 [Available from: <https://www.vaph.be/documenten/besluit-van-de-vlaamse-regering-van-4-februari-2011>].
52. Emanuel LL TL, Hain A, Combes JR, Hatlie MJ, Karsh B, Lau DT, Shalowitz J, Shaw T, Walton M, eds. The Patient Safety Education Program Canada; Module 13d: Mental Health Care: Seclusion and

Restraint: When All Else Fails 2013 [Available from: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/education/PatientSafetyEducationProgram/PatientSafetyEducationCurriculum/Documents/Module%2013d%20Seclusion%20and%20Restraint.pdf>].

53. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards) 2017 [Available from: <https://rm.coe.int/16807001c3>].

54. Hoge Gezondheidsraad. Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg Brussel 2016 [Available from: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_advies_9193_dwanginterventie.pdf].

55. National Collaborating Centre for Mental Health. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Clinical Guidelines; Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings: Updated edition. 2015.

56. New South Wales Government. Principles for Safe Management of Disturbed and/or Aggressive Behaviour and the Use of Restraint 2015 [Available from: https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2015_004.pdf].

57. New South Wales Government. Aggression, seclusion and restraint: preventing, minimising and managing disturbed behaviour in mental health facilities in NSW 2012 [Available from: https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2012_035.pdf].

58. Vlaams Patiëntenplatform O. STANDPUNT over het gebruik van dwangmaatregelen in de geestelijke gezondheidszorg 2017 [Available from: <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>].

59. Peeters T, De Cuyper K, Opgenhaffen T, Buyck I, Put J, Van Audenhove C. De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Een multidisciplinaire richtlijn met zicht op de toekomst. 2019.

2 Analyses eerste Delphi-ronde

2.1 Kwantitatieve analyses

Opdat een stelling aanvaard zou worden, diende het consensuspercentage van 65% behaald te worden in beide panels, zowel in het panel van expert-professionals als in het panel van ervaringsdeskundigen. De onderbouwing van dit consensuscriterium wordt weergegeven in Hoofdstuk 2, deel 2. Dit consensuscriterium resulteerde in onderstaand stappenplan voor de kwantitatieve analyse van elke stelling van de eerste Delphi-vragenlijst:

- Stap 1: Er werd nagegaan of er minstens 65% instemming is (= eerder akkoord of akkoord) met de betreffende stelling in elk van de twee panels.
 - Bij minstens 65% instemming in ieder panel, werd de stelling aanvaard om op te nemen in de finale set van aanbevelingen. De stelling werd niet opnieuw bevestigd in de tweede ronde.
 - Indien het consensuspercentage van 65% niet werd bereikt in één of beide panels,
 - werd er overgegaan naar stap 2.
- Stap 2: Wanneer in één of in beide panels het consensuspercentage van 65% niet werd bereikt, werd het percentage instemming over beide panels heen berekend.
 - Indien het percentage instemming over beide panels heen meer dan 35% was, werd de stelling meegenomen naar de tweede ronde en werd bijkomend stap 3 doorlopen.
 - Indien het percentage instemming over beide panels heen minder dan 35 % was, werd overgegaan naar stap 4.
- Stap 3: Er werd nagegaan wat het verschil in mediaan is tussen beide panels. De mediaan wordt berekend om na te gaan of er een betekenisvol verschil bestond tussen de antwoorden van beide groepen. De grootte van de panels liet immers niet toe om na te gaan of de medianen statistisch significant verschillend zijn. Bijvoorbeeld: in het ene panel is de mediaan 4 (= eerder akkoord) en in het andere panel is de mediaan 2 (= eerder niet akkoord). Dit is een betekenisvol verschil op het niveau van de mediaan. In dat geval diende het verschil in de kwalitatieve antwoorden tussen beide groepen verder geanalyseerd te worden. Is in het ene panel de mediaan 5 (= akkoord) en in het andere panel is de mediaan 4 (= eerder akkoord), is er geen betekenisvol verschil op het niveau van de mediaan, en werden de verschillen in antwoorden tussen beide groepen niet verder geanalyseerd. Er werd eveneens nagegaan of er een betekenisvol verschil was op het niveau van de mediaan tussen de vier groepen van de professionals. Een laag percentage instemming in het volledige panel van de professionals, kon immers mogelijk verklaard worden door een verschil in mening tussen de groepen van professionals. Indien er een betekenisvol verschil was op het niveau van de mediaan, werd naar de opmerkingen van de verschillende groepen gekeken. Er werd rekening gehouden met de opmerkingen van de deelnemers bij het aanpassen van de stelling.
- Stap 4: Indien er minder dan 35% instemming was over de twee panels heen, werd de stelling verworpen en dus niet verder bevestigd in de volgende Delphi-ronde.

Voor de kwantitatieve analyse werd het programma SPSS statistics 26 gebruikt om de gegevens te verwerken. Naast de frequentieverdeling, werd de mediaan als bijkomende beschrijvende statistiek berekend.

De deelnemers die bij de betreffende stelling geantwoord hadden dat ze geen expertise erover hebben, werden niet meegenomen voor de berekening van de percentages van deelnemers die eerder akkoord of akkoord zijn met elk van de stellingen (= percentages instemming). Enkel de deelnemers die geantwoord hebben aan de hand van de 5-punt-Likertschaal werden meegenomen bij het berekenen van de percentages instemming.

De eerste Delphi-vragenlijst bevatte ook drie meerkeuzevragen, waarbij de deelnemers meerdere antwoordmogelijkheden konden aanduiden (zie Figuur 6). De antwoorden op deze stellingen kunnen bijgevolg niet geanalyseerd worden volgens bovenstaand stappenplan. Voor deze stellingen werden de percentages voor de verschillende antwoordmogelijkheden, per panel, berekend. De antwoordmogelijkheden die in beide panels het meest aangekruist werden, werden meegenomen naar de tweede Delphi-ronde om nieuwe stellingen te maken die opgenomen werden in de tweede vragenlijst.

Ten slotte werden er in de eerste Delphi-vragenlijst 13 bijvragen gesteld (zie Figuur 5). Deze bijvragen werden enkel weergegeven indien een deelnemer aangaf “eerder niet akkoord” of “niet akkoord” te zijn inzake tijdsduren of leeftijdsgrenzen. Voor de analyse van deze bijvragen werd er eerst berekend welke antwoordcategorie (korter of langer/jonger of ouder) het meest werd aangekruist door de deelnemers, om de mate van eensgezindheid onder de deelnemers hierover na te gaan. Daarna werden de opmerkingen van de deelnemers geanalyseerd, om na te gaan welke tijdsduur of leeftijd de deelnemers zouden hanteren. Via deze twee analyses gingen de onderzoekers na of de voorgestelde tijdsduur en leeftijdsgrens diende aangepast te worden en opnieuw voorgelegd te worden in de tweede Delphi-ronde.

2.2 Kwalitatieve analyses

De deelnemers kregen bij elke stelling de mogelijkheid om hun opmerkingen, bedenkingen of ervaringen te noteren. Wanneer een stelling het consensuscriterium van 65% niet in beide panels behaalde, werd deze kwalitatieve feedback van beide panels geanalyseerd om na te gaan hoe de stelling aangepast kon worden voor de tweede ronde. De feedback die werd gegeven bij stellingen die wel het criterium behaalden, werd geanalyseerd om randvoorwaarden voor implementatie te formuleren bij de finale aanbevelingen (zie hoofdstuk 5). Bij de stellingen die gelijkaardig zijn voor de drie (dwang)maatregelen, maar niet voor elke (dwang)maatregel het consensuscriterium bereikten, werd de feedback van de stellingen die dit criterium wel bereikten mee geanalyseerd om na te gaan of dit input kon geven voor de te herwerken stelling.

Voor de analyse werd de feedback van de deelnemers per groep - professionals versus ervaringsdeskundigen - en per stelling gegroepeerd. Per stelling bekeken de onderzoekers welke opmerkingen meermaals werden aangehaald en welke opmerkingen relevant waren voor het aanpassen van de stelling. Bij stellingen waarbij uit de kwantitatieve analyse bleek dat er een betekenisvol verschil in mediaan was tussen de expert-professionals en de ervaringsdeskundigen, werd er bijzondere aandacht gegeven aan mogelijke verschillen tussen de twee panels in de opmerkingen. De opmerkingen die ingingen op de haalbaarheid van de stelling werden op dat moment niet geanalyseerd. De haalbaarheid van de aanbevelingen werd na de Delphi-studie besproken met de richtlijnwerkgroep en de stuurgroep, en op dat moment werd ook de feedback van de deelnemers met betrekking tot de haalbaarheid bij alle stellingen verwerkt in de randvoorwaarden voor de implementatie van de aanbevelingen in de praktijk (zie hoofdstuk 5 van dit rapport en onderdeel C van de set van aanbevelingen).

De onderzoekers maakten een beknopte samenvatting van de meest relevante en meest voorkomende opmerkingen per stelling. Onder andere⁶ op basis daarvan werd de betreffende stelling aangepast in verder te bevragen in de tweede Delphi-ronde. Er werd onder andere rekening gehouden met opmerkingen over formulering, uitzonderingen, voorbeelden en ervaringen uit de praktijk. Hoe de stellingen werden aangepast om vervolgens op te nemen in de vragenlijst van de tweede Delphi-ronde wordt stelling per stelling weergegeven in Hoofdstuk 4, deel 1.1.

3 Resultaten eerste Delphi ronde

Aan de eerste Delphi-ronde namen in totaal 80 deelnemers deel. Echter werden de antwoorden van twee deelnemers (professionals) niet meegenomen in de analyses. Zij vulden de vragenlijst te laat in, nl. nadat de data-analyses reeds gebeurd waren. De onderzoekers analyseerden na de data-analyses of het toevoegen van hun antwoorden afzonderlijk en samen tot een verandering van de resultaten zou leiden. Bij één deelnemer was dit het geval voor 1 van de 73 stellingen, waardoor hij niet verder kon deelnemen aan de tweede ronde. Door het toevoegen van zijn antwoorden werd 1 stelling die eerst het consensuspercentage van 65% binnen het panel van professionals bereikten, niet langer aanvaard doordat het percentage instemming daalde onder 65%. Voor de andere deelnemer, zorgde het toevoegen van zijn antwoorden niet tot een betekenisvolle verandering in de percentages instemming en werd hij daarom toch gevraagd om deel te nemen aan de tweede ronde. Door het toevoegen van zijn antwoorden veranderde er niets aan het aantal stellingen die werden aanvaard en niet aanvaard.

Voor de analyse van de eerste Delphi-ronde werden de gegevens van 78 deelnemers meegenomen. De steekproef bestaat uit twee panels, namelijk expert-professionals en ervaringsdeskundigen. Er namen 18 van de 23 geselecteerde⁷ ervaringsdeskundigen deel aan de eerste ronde. Twee van de 18 ervaringsdeskundigen waren familie-ervaringsdeskundigen. Om stabiele resultaten te verzamelen met een Delphi-studie dient elk Delphi-panel minstens uit 20 deelnemers te bestaan (Jorm, 2015). Maar dit aantal kan in GGZ-onderzoek niet steeds gehaald worden. Dit is reeds in verschillende studies voorgekomen (Jorm & Ross, 2018). Dit was ook het geval voor ons Delphi-panel van ervaringsdeskundigen. De patiënten- en familie-organisaties die de ervaringsdeskundigen gerekruteerd hebben, vonden niet méér ervaringsdeskundigen die aan de criteria opgesteld door de onderzoekers voldeden en die bereid waren om deel te nemen aan de studie. De onderzoekers hebben ervoor gekozen om de criteria niet te versoepelen omdat dan niet meer de ervaringsdeskundigen met de juiste expertise zouden deelnemen aan de studie, hetgeen de resultaten van de studie zou beïnvloeden.

Wat de expert-professionals betreft namen 60 van de 71 geselecteerde professionals deel aan de eerste ronde. De expert-professionals waren afkomstig uit vier sectoren: professionals werkzaam binnen (1) de jeugd-GGZ, (2) de volwassenen-GGZ, (3) VAPH-voorzieningen voor kinderen en jongeren, inclusief afdelingen met een GES+ erkenning en (4) jeugdhulp inclusief de gemeenschapsinstellingen en de proeftuinen. Onderstaande tabel geeft de verdeling van de expert-professionals weer volgens de sector waarin ze werkzaam zijn.

⁶ Daarnaast werd er rekening gehouden met de opmerkingen van de stuurgroep, de richtlijnwerkgroep, de focusgroep en de bedenkingen van de auteurs bij het aanpassen van de stellingen.

⁷ Voor uitleg over hoe de ervaringsdeskundigen en expert-professionals geselecteerd werden voor deelname aan de studie, verwijzen we naar hoofdstuk 2, deel 3.

Tabel 5 Aantal expert-professionals die deelnamen aan de eerste Delphi-ronde ingedeeld volgens de sector waarin ze werkzaam zijn

SECTOR	AANTAL
EXPERT-PROFESSIONALS	
JEUGD-GGZ	17
VOLWASSENEN-GGZ	17
JEUGDHULP	14
VAPH KINDEREN EN JONGEREN	12
TOTAAL	60

Van de 73 stellingen die werden voorgelegd in de eerste Delphi-ronde haalden 52 stellingen het consensuscriterium van 65% in de twee panels. Deze stellingen werden bijgevolg aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen en werden niet opnieuw bevraagd in de tweede Delphi-ronde. Eenentwintig stellingen haalden het criterium niet, maar haalden wel meer dan 35% instemming over beide panels heen. Dit wil zeggen dat zij aangepast werden om op te nemen in de vragenlijst van de tweede Delphi-ronde (zie hoofdstuk 4). Geen enkele stelling werd in de eerste Delphi-ronde dus volledig verworpen uit de studie.

Hieronder worden de resultaten per stelling besproken, ingedeeld per (dwang)maatregel - fysieke interventie, mechanische fixatie en afzondering – zoals de stellingen ook geordend stonden in de vragenlijst. Bij het begin van elk van de drie onderdelen van de vragenlijst - fysieke interventie, mechanische fixatie en afzondering – werd aan de professionals gevraagd of de betreffende (dwang)maatregel binnen hun voorziening wordt toegepast. Indien de professional aangaf dat dit niet het geval was, kreeg de betreffende professional de stellingen met betrekking tot die maatregel niet voorgelegd. Hierdoor verschilt het aantal deelnemers dat de stellingen per maatregel beoordeelde. De ervaringsdeskundigen kregen alle stellingen van de drie onderdelen van de vragenlijst voorgelegd.

Berekening percentage deelnemers dat (eerder) akkoord gaat met de betreffende stelling = percentage instemming

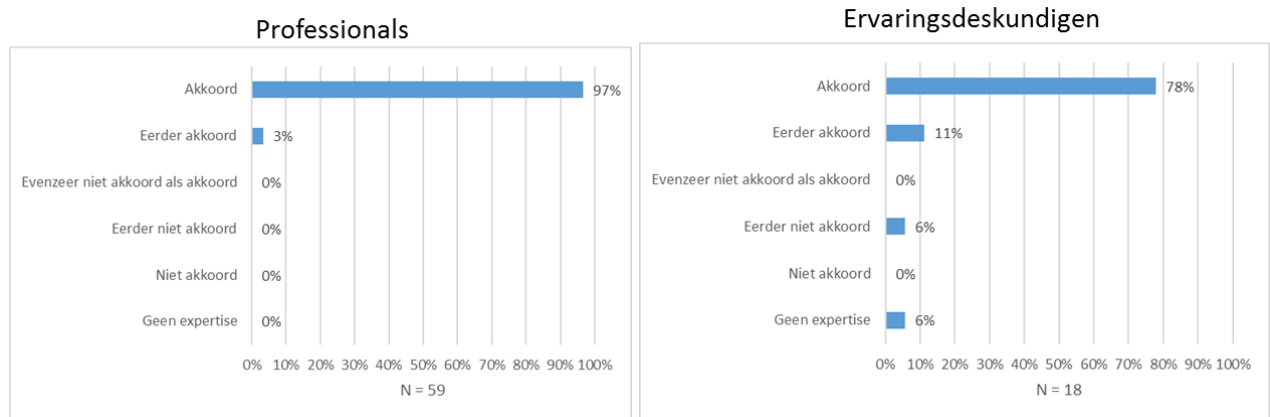
Per stelling wordt in een figuur - zowel voor de expert-professionals als voor de ervaringsdeskundigen - per antwoordmogelijkheid het percentage deelnemers weergegeven dat deze antwoordmogelijkheid heeft aangekruist, dus ook het percentage deelnemers dat aangaf geen expertise te hebben met betrekking tot de stelling. Bij de berekening van het percentage deelnemers dat (eerder) akkoord ging met de stelling (= percentage instemming) werden de deelnemers die aangaven geen expertise te hebben buiten beschouwing gelaten.

3.1 Fysieke interventie

Eén van de professionals gaf aan dat er binnen zijn/haar voorziening niet wordt gewerkt met fysieke interventies. Deze deelnemer kreeg de stellingen over fysieke interventie niet voorgelegd. Alle ervaringsdeskundigen beoordeelden alle stellingen over fysieke interventie.

3.1.1 Stelling 1

Stelling 1: Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie de hulpverleners nauw samenwerken als een team, waarbij ieder zijn rol begrijpt.

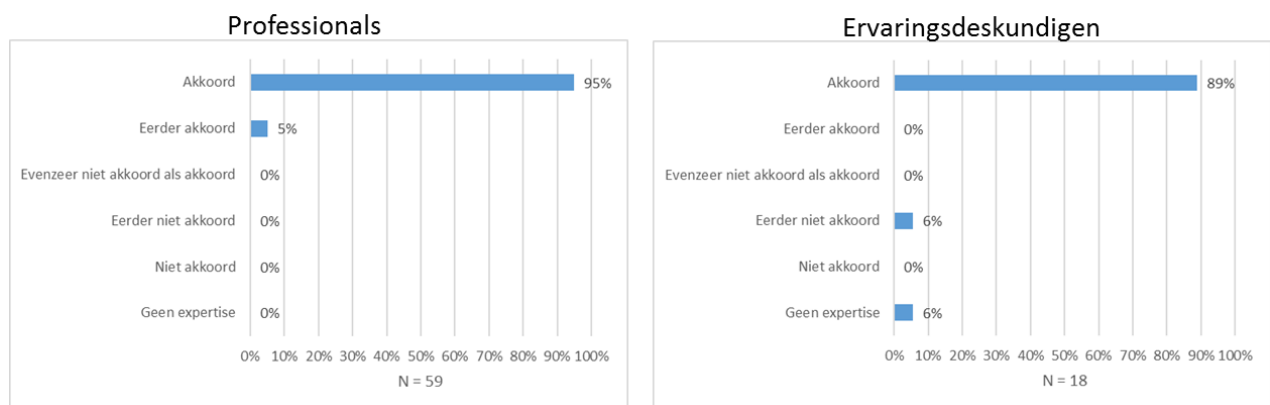


Figuur 7 Stelling 1 - samenwerken als team

Honderd procent van de professionals gaat (eerder) akkoord met de stelling en 94.2% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in elk van beide panels en wordt daarom aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.2 Stelling 2

Stelling 2: Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie één hulpverlener uitleg geeft aan de betreffende persoon; dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijk mogelijk.

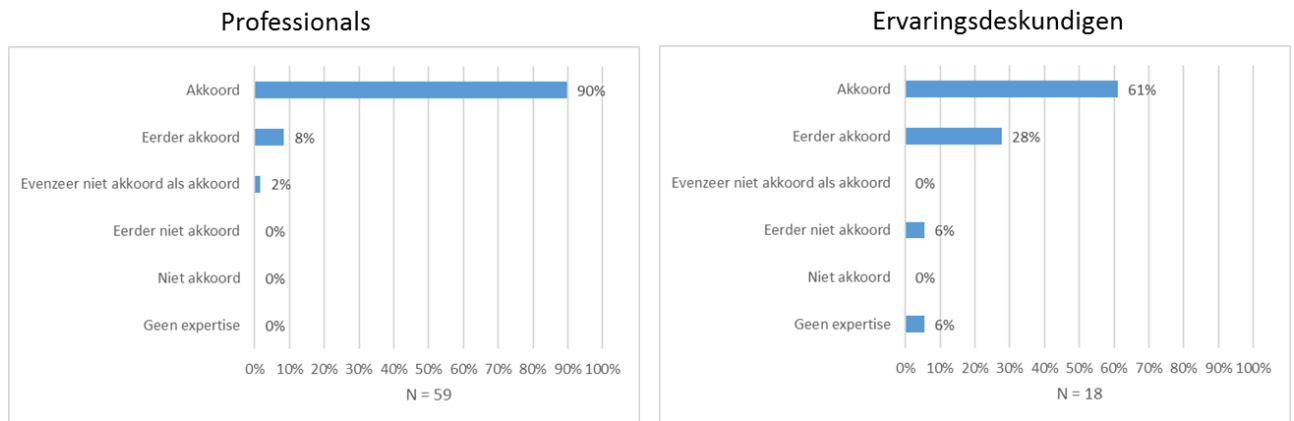


Figuur 8 Stelling 2 - uitleg geven

Honderd procent van de professionals gaat (eerder) akkoord met de stelling en 94.1% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.3 Stelling 3

Stelling 3: Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie steeds één hulpverlener de leiding heeft.

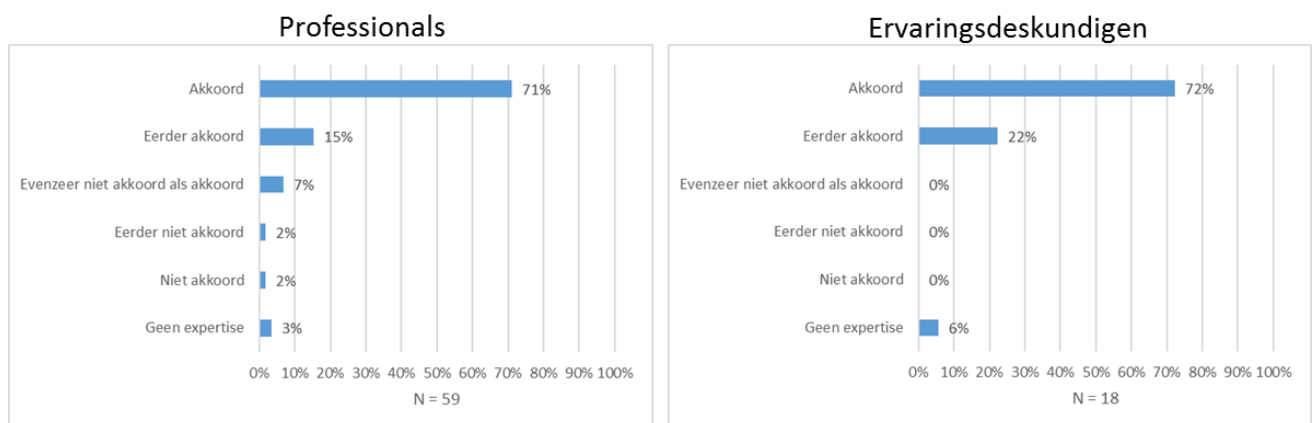


Figuur 9 Stelling 3 - leidinggevende hulpverlener

Van de professionals gaat 99.3% van de professionals en 94.1% van de ervaringsdeskundigen (eerder) akkoord met de stelling. In beide panels wordt het consensuscriterium van 65% bereikt en de stelling wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.4 Stelling 4

Stelling 4: De hulpverlener die tijdens een fysieke interventie de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-hulpverleners in de mogelijkheid zijn om zo nodig het hoofd en de nek van de zorggebruiker te beschermen en te ondersteunen, te waken over het vrijhouden van de luchtwegen en ademhaling, en de vitale functies te monitoren.

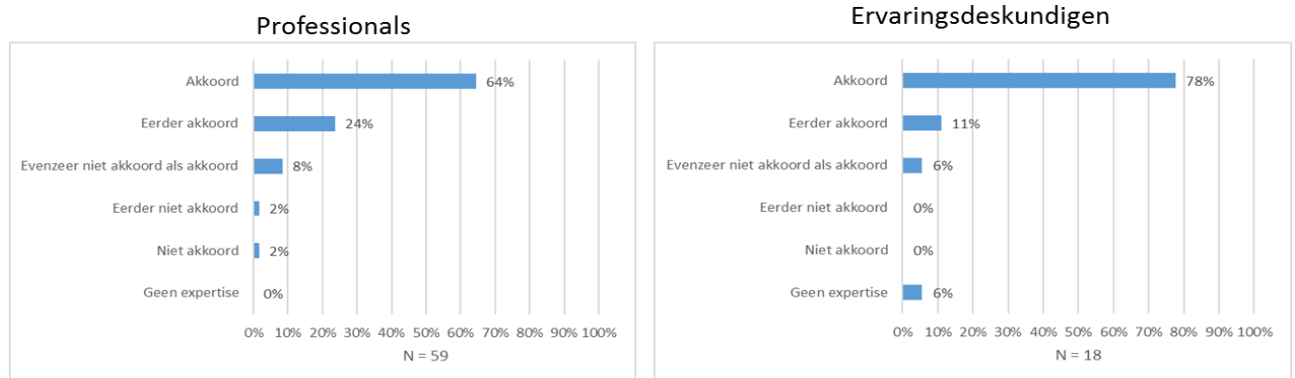


Figuur 10 Stelling 4 – collega hulpverleners

Van de professionals gaat 89.5% (eerder) akkoord met de stelling. Honderd procent van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord met de stelling. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.5 Stelling 5

Stelling 5: De hulpverlener die tijdens een fysieke interventie de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-hulpverleners tijdens het hele proces worden bijgestaan en ondersteund.

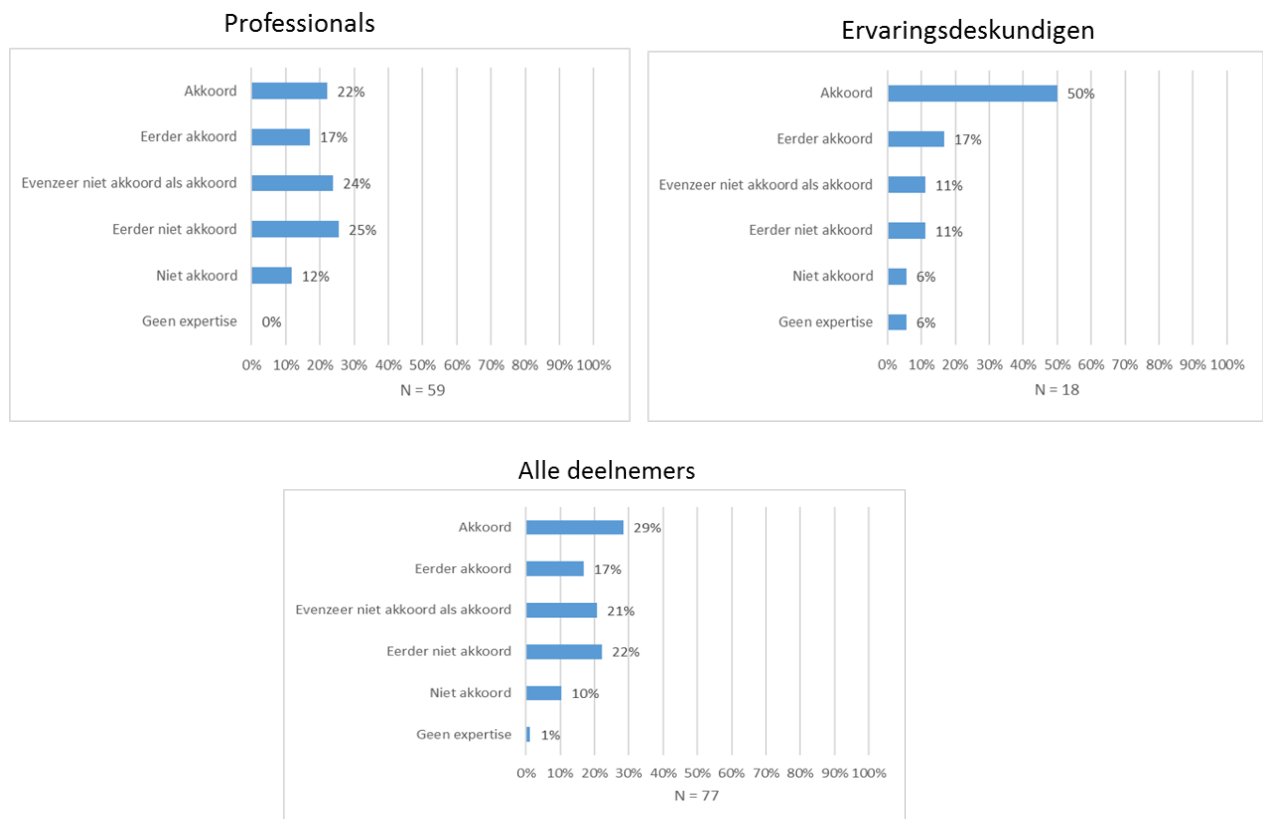


Figuur 11 Stelling 5 - bijstaan en ondersteunen collega hulpverleners

Van de professionals gaat 88.1% (eerder) akkoord met de stelling en 94.2% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. Het consensuscriterium van 65% wordt in beide panels behaald en de stelling wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.6 Stelling 6

Stelling 6: Neem als hulpverlener niet deel aan een fysieke interventie wanneer je hier een slecht gevoel, stress of ongemak bij ervaart.



Figuur 12 Stelling 6 – gevoel van ongemak of stress

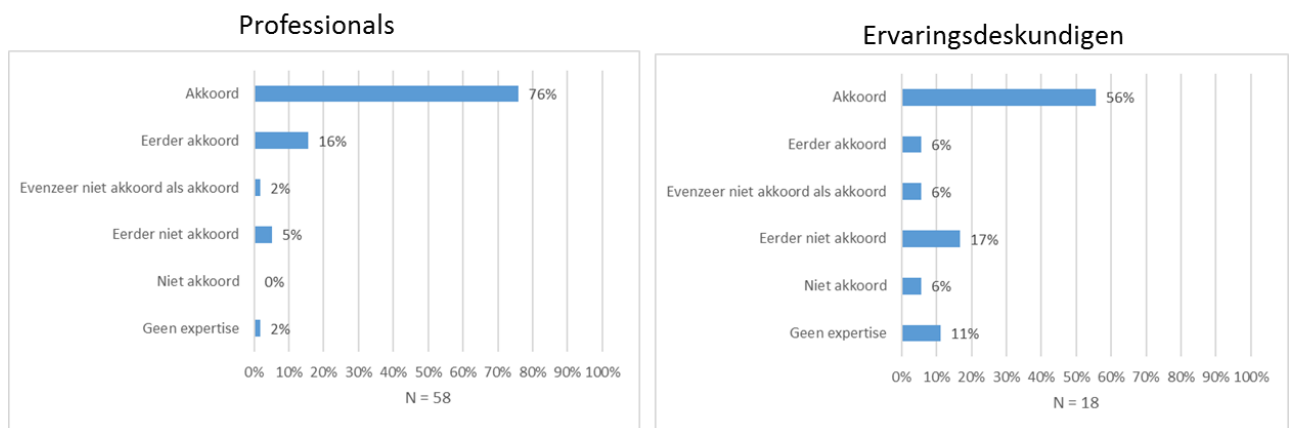
Binnen het panel van de professionals gaat 38.9% (eerder) akkoord met de stelling. De mediaan is gelijk aan 3, de antwoordcategorie “evenzeer niet akkoord als akkoord” wordt het meest aangegeven door de professionals. In dit panel wordt het consensuscriterium van 65% niet gehaald. Er is bovendien een betekenisvol verschil in de mediaan tussen de groepen van professionals. Bij de professionals werkzaam binnen de jeugdhulp bedraagt de mediaan 4 (= eerder akkoord), terwijl de mediaan bij de andere groepen van professionals 3 is.

In het panel van de ervaringsdeskundigen echter gaat 70.5% (eerder) akkoord. De mediaan is hier gelijk aan 5, de antwoordcategorie “akkoord” wordt door de meerderheid aangeduid. Over beide panels heen gaat 46% van alle deelnemers (eerder) akkoord met de stelling.

Er is een betekenisvol verschil in de mediaan tussen de twee panels en maar één panel behaalt het consensuscriterium, waardoor de stelling niet aanvaard wordt. De stelling wordt aangepast voor de tweede Delphi-ronde.

3.1.7 Stelling 7

Stelling 7: Hanteer verbale de-escalatietechnieken, zelfs als een persoon al door middel van een fysieke interventie is gefixeerd.

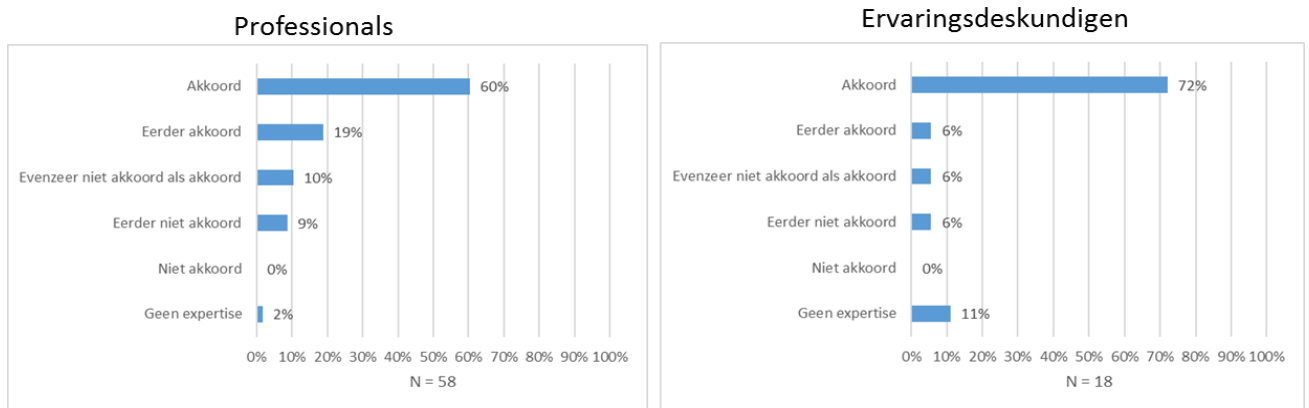


Figuur 13 Stelling 7 - verbale de-escalatietechnieken

De meerderheid van de professionals, 83%, gaat (eerder) akkoord met de stelling. Bij de ervaringsdeskundigen gaat 68.8% (eerder) akkoord met de stelling. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% en wordt daarom aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.8 Stelling 8

Stelling 8: Gebruik bij een fysieke interventie het tegen de grond werken van een persoon (liggend fixeren) alleen als laatste keuze.

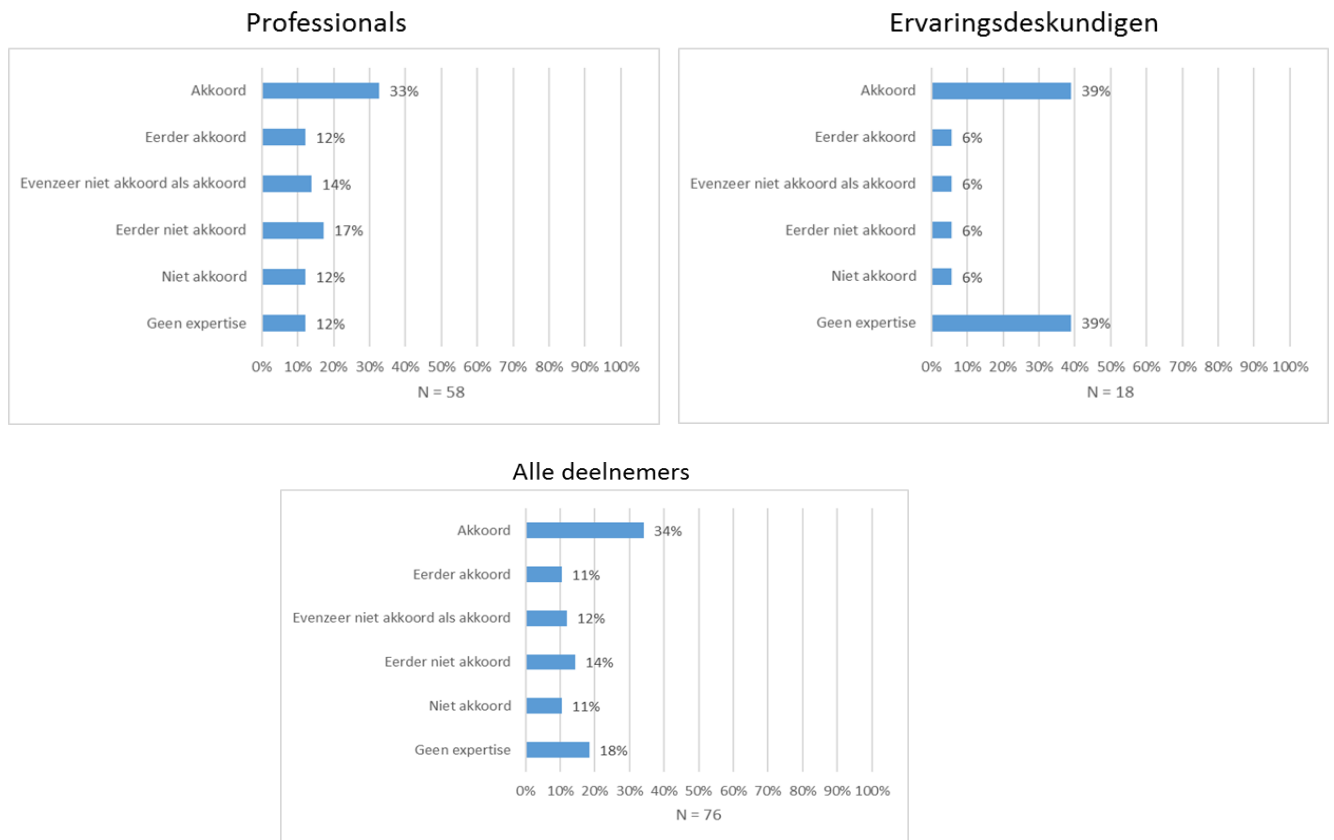


Figuur 14 Stelling 8 - liggend fixeren

Van de professionals gaat 80.7% (eerder) akkoord met de stelling. Bij de ervaringsdeskundigen gaat 87.6% (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt daarom aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.9 Stelling 9

Stelling 9: Indien toch wordt gekozen voor liggend fixeren, kies dan altijd voor de rugligging. Pas geen buikligging toe, wegens het risico op overlijden.



Figuur 15 Stelling 9 - rugligging vs. buikligging

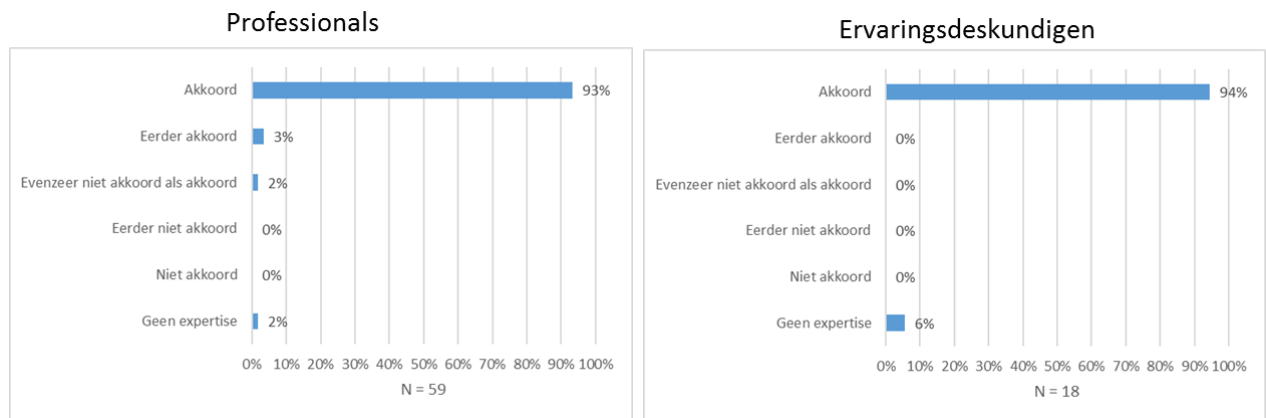
Bij de professionals gaat 51% (eerder) akkoord met de stelling en is de mediaan 4 (= eerder akkoord). Bij de professionals werkzaam binnen de jongeren GGZ bedraagt de mediaan 4.5 en bij de professionals uit volwassen GGZ-voorzieningen is de mediaan 5 (= akkoord). Bij de professionals uit de jeugdhulp daarentegen is de mediaan 2 (= eerder niet akkoord) en bij de VAPH-hulpverleners bedraagt de mediaan 3. Er lijkt een verschil in mening te bestaan over deze stelling tussen de vier groepen van professionals.

Bij de ervaringsdeskundigen gaat 72.7% (eerder) akkoord met de stelling en is de mediaan gelijk aan 5. Er dient hierbij opgemerkt te worden, dat een derde van de ervaringsdeskundigen aangeeft geen expertise te hebben. Zoals eerder aangegeven wordt dit aantal niet mee in rekening genomen bij de bepaling van het percentage instemming. Over beide panels heen gaat 54.8% (eerder) akkoord met de stelling.

De mediaan bij de professionals en de ervaringsdeskundigen bedraagt respectievelijk 4 en 5, hetgeen onder de operationalisering van "instemming" valt. Er is echter maar één panel dat het consensus-criterium haalt, waardoor de stelling na herwerking opnieuw wordt voorgelegd in de tweede Delphi-ronde.

3.1.10 Stelling 10

Stelling 10: Belemmer tijdens een fysieke interventie nooit iemands luchtwegen, de ademhaling of de bloedsomloop.

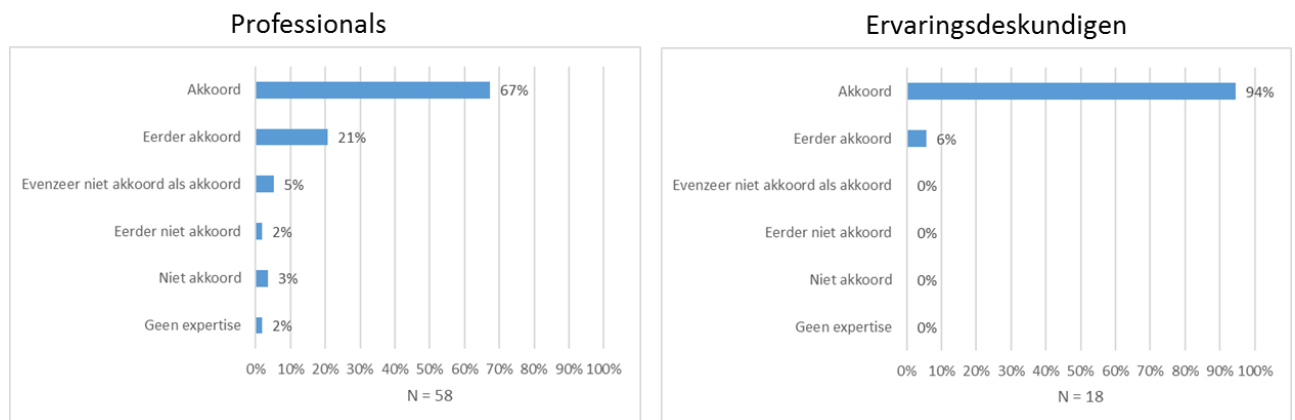


Figuur 16 Stelling 10 - belemmeren luchtwegen

In het panel van de ervaringsdeskundigen gaat 100% akkoord met de stelling. Bij de professionals gaat 98.2% (eerder) akkoord met de stelling. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.11 Stelling 11

Stelling 11: Belemmer tijdens een fysieke interventie bij een persoon nooit diens mogelijkheid tot verbale en non-verbale communicatie (bijvoorbeeld door de ogen, oren of mond af te dekken).

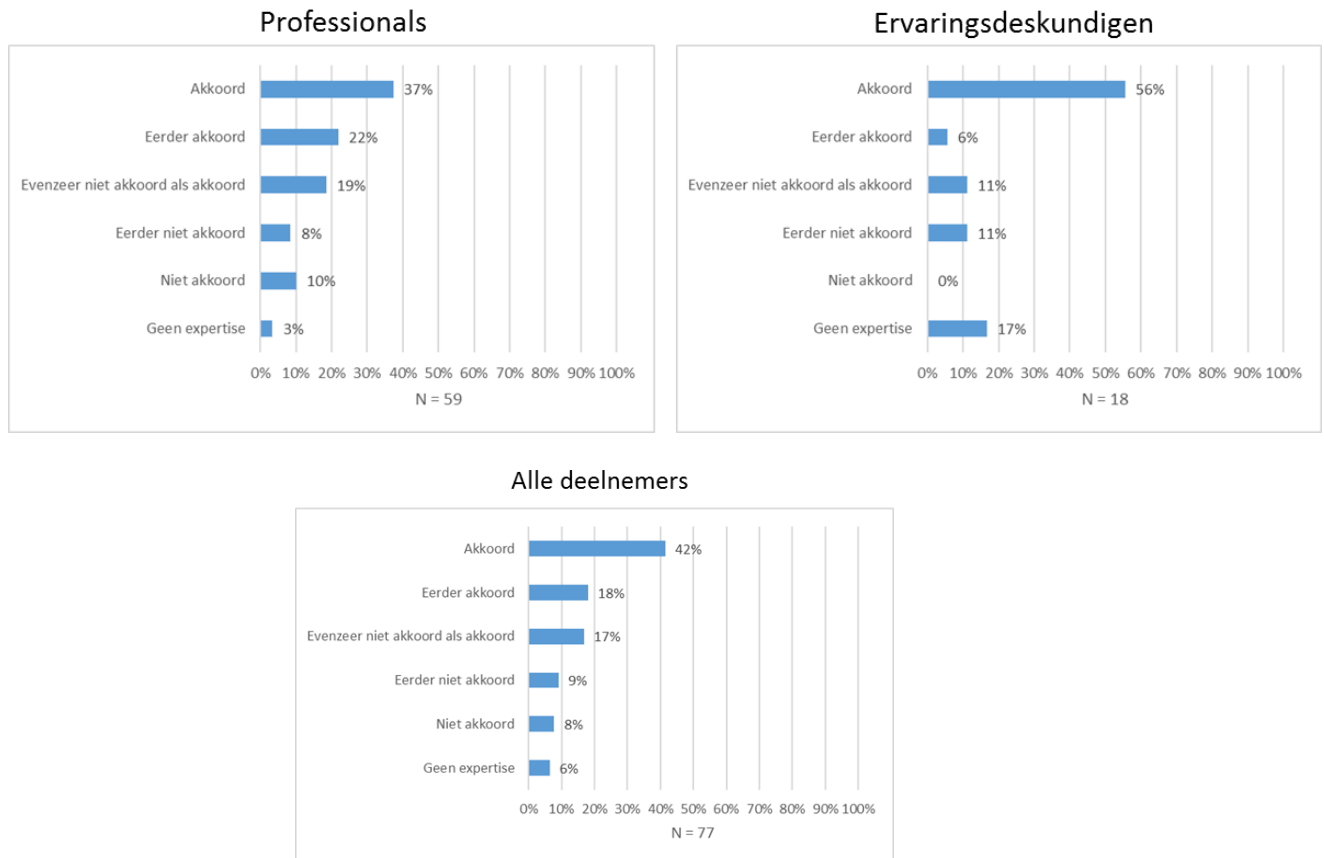


Figuur 17 Stelling 11 - belemmeren communicatie

Honderd procent van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord met de stelling en 89.5% van de professionals gaat (eerder) akkoord met de stelling. Beide panels behalen het consensuscriterium van 65% en de stelling wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.12 Stelling 12

Stelling 12: Zorg dat een fysieke interventie standaard niet langer dan 10 minuten duurt.



Figuur 18 Stelling 12 - tijdsduur fysieke interventie

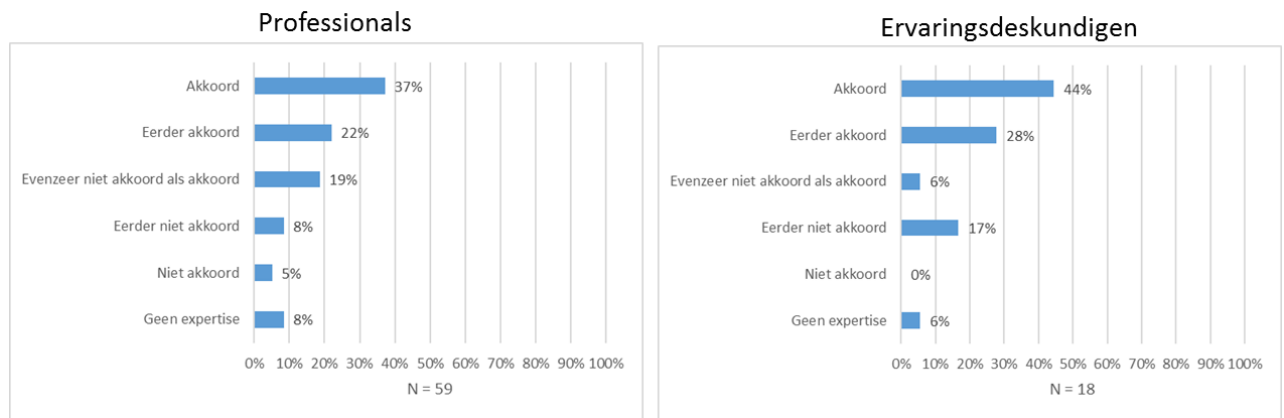
Bij de professionals gaat 61.4% (eerder) akkoord met deze stelling over de standaard tijdsduur. Dit is de tijdsduur waar de hulpverleners dienen naar te streven. De mediaan bedraagt 4. Het consensuscriterium van 65% wordt niet bereikt. Tussen de groepen van professionals, ingedeeld volgens de sector waarbinnen ze werkzaam zijn, is er geen betekenisvol verschil in mediaan. In het panel van de ervaringsdeskundigen gaat 73.4% (eerder) akkoord met de tijdsduur, en is de mediaan 5.

De mediaan bij de professionals en de ervaringsdeskundigen bedraagt respectievelijk 4 en 5, hetgeen onder de operationalisering van “instemming” valt. Over de panels heen gaat 63.8% van alle deelnemers (eerder) akkoord.

Er is maar één panel waarbinnen het consensuscriterium bereikt wordt, waardoor de stelling opnieuw, in een aangepaste vorm, wordt bevestigd in de tweede Delphi-ronde.

3.1.13 Stelling 13

Stelling 13: Overweeg afzondering als een alternatief voor een verlengde fysieke interventie (meer dan 10 minuten).

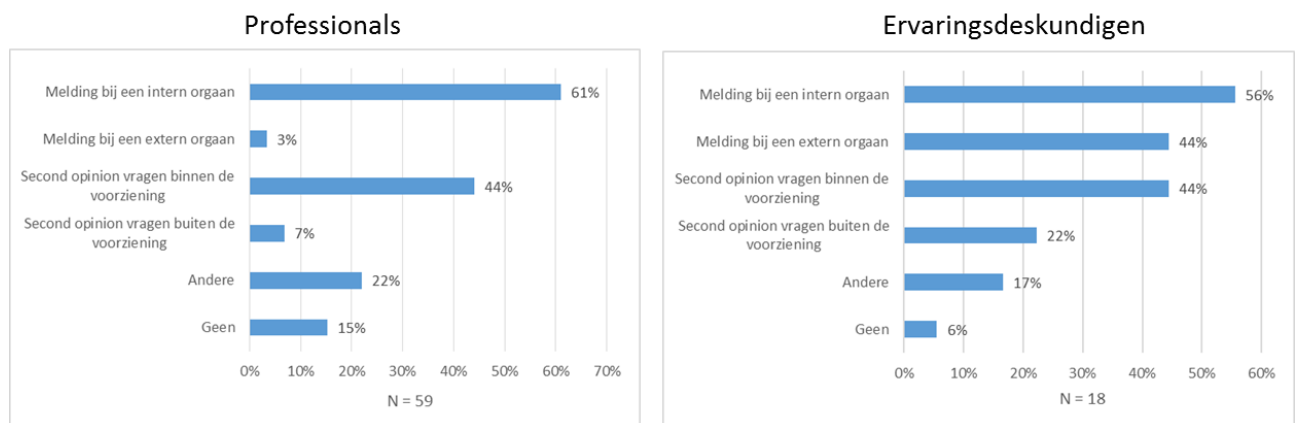


Figuur 19 Stelling 13 - afzondering als alternatief

Van de professionals gaat 64.8% (eerder) akkoord met de stelling. De onderzoekers ronden dit percentage af naar 65%, waardoor de professionals het consensuscriterium juist halen. Van de ervaringsdeskundigen gaat 76.5% (eerder) akkoord met de stelling. Beide panels halen het consensuscriterium van 65% en de stelling wordt dus aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.14 Stelling 14

Stelling 14: Welke stappen dienen door de hulpverleners ondernomen te worden als de standaard maximale tijdsduur van een fysieke interventie wordt overschreden?



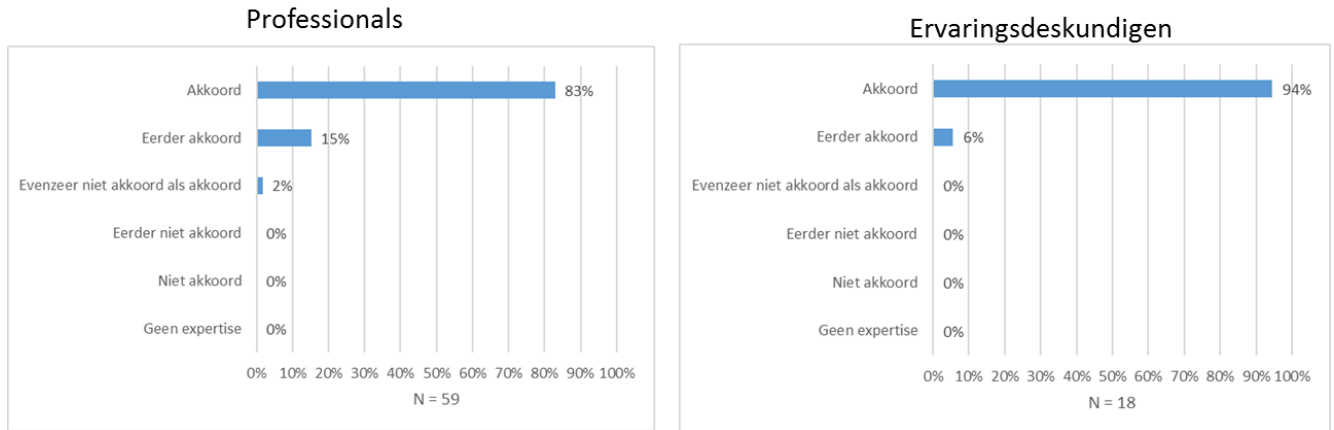
Figuur 20 Stelling 14 - stappen na het overschrijden van de maximale tijdsduur

Deze stelling is één van de drie stellingen die een ander format heeft dan alle andere stellingen. Er wordt een open vraag gesteld en de deelnemers kunnen kiezen hoeveel antwoordmogelijkheden ze aanduiden. Hierdoor ligt het totaal percentage – opgeteld over alle antwoordmogelijkheden - hoger dan 100%. De onderzoekers kozen ervoor om de twee antwoorden die in beide groepen het meest aangekruist werden - de melding bij een intern orgaan en het vragen van een second opinion binnen de voorziening - te gebruiken voor het formuleren van stellingen voor de tweede Delphi-ronde. Voor

fysieke interventie werd hierrond uiteindelijk geen nieuwe stelling geformuleerd. De redenering hierachter wordt weergegeven in hoofdstuk 4, deel 1.1.

3.1.15 Stelling 15

Stelling 15: Observeer de persoon die de fysieke interventie ondergaat voortdurend, en evalueer hierbij ook voortdurend het effect van de maatregel.

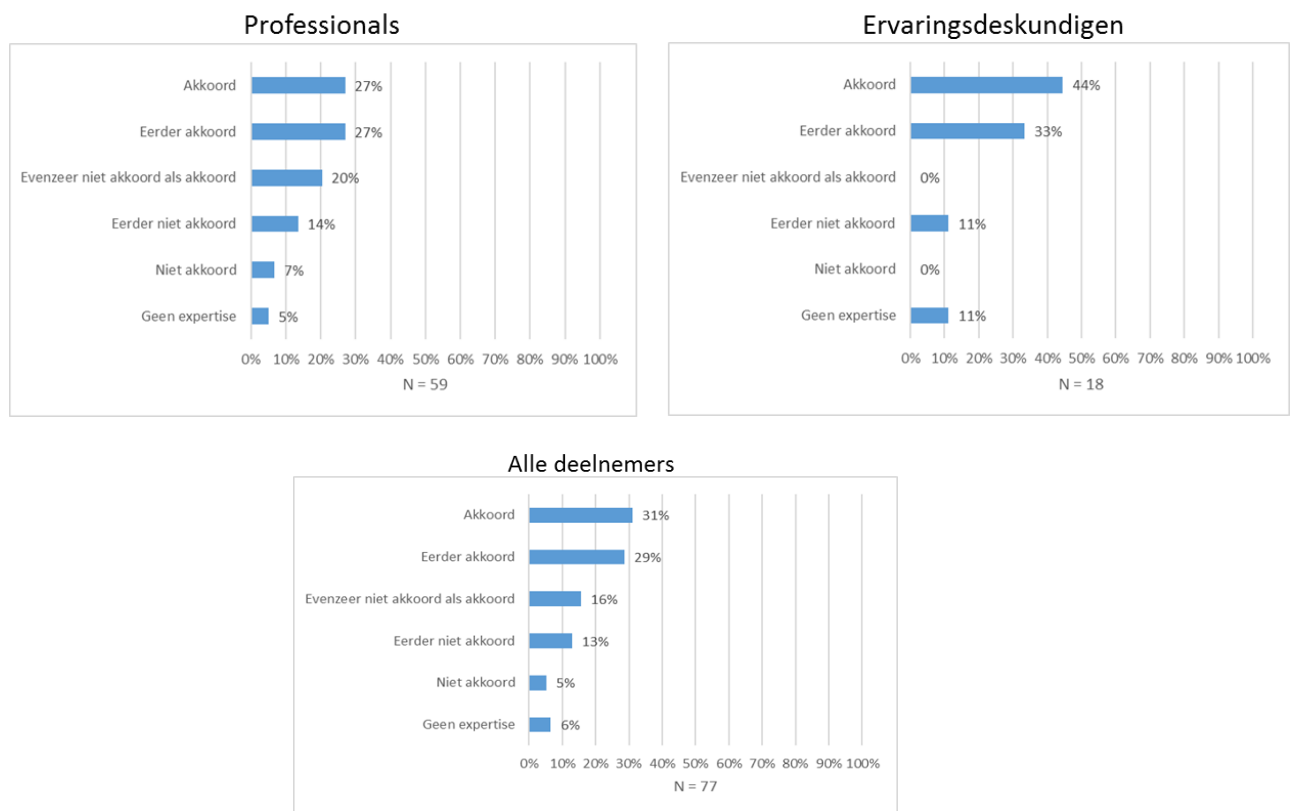


Figuur 21 Stelling 15 - observeren en evalueren van het effect van de maatregel

In het panel van de professionals gaat 98.4% (eerder) akkoord met de stelling en in het panel van de ervaringsdeskundigen gaat 100% (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.16 Stelling 16

Stelling 16: Een collega-hulpverlener die de fysieke interventie zelf niet uitvoert, registreert minstens elke 10 minuten de bevindingen van zowel observaties als evaluaties van de fysieke interventie.



Figuur 22 Stelling 16 - registreren van observaties en evaluaties

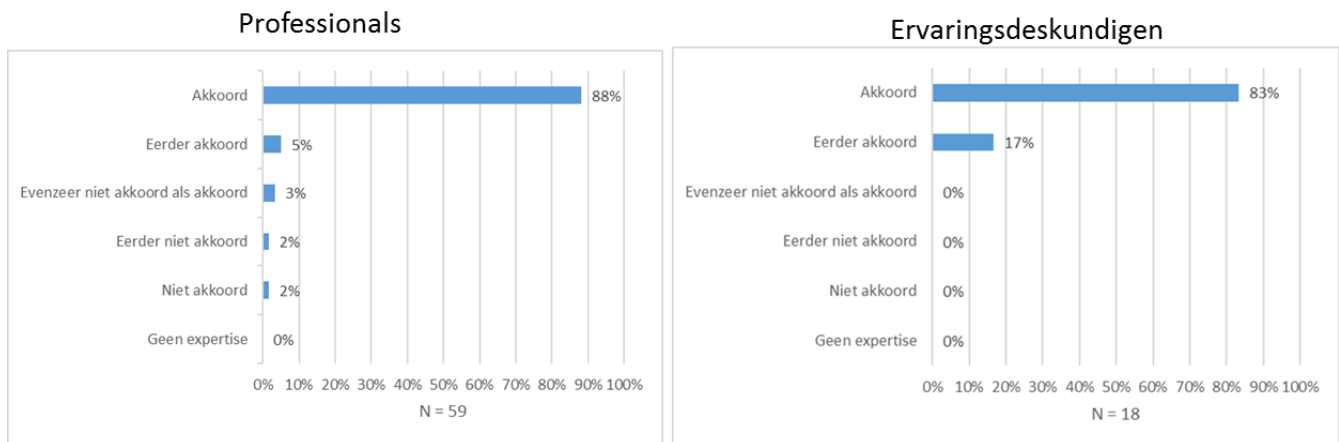
Bij de professionals gaat 57.2% (eerder) akkoord; de mediaan is gelijk aan 4. Er is een betekenisvol verschil in mediaan tussen de groepen van professionals ingedeeld volgens de sectoren waarin ze werkzaam zijn. Bij de professionals uit VAPH-voorzieningen en jongeren GGZ-voorzieningen is de mediaan 3. Bij de professionals uit de volwassen GGZ en de jeugdhulp bedraagt de mediaan 4. In het panel van de professionals wordt het consensuscriterium niet bereikt.

Binnen het panel van de ervaringsdeskundigen stemt 87.5% in met de stelling, met een mediaan van 4.5. Over beide panels heen gaat 63.9% van de deelnemers (eerder) akkoord met de stelling.

Het consensuscriterium wordt maar in één van de twee panels behaald, waardoor de stelling niet aanvaard kan worden. De stelling wordt in herwerkte vorm opnieuw voorgelegd in de tweede Delphi-ronde.

3.1.17 Stelling 17

Stelling 17: Observeer en evalueer tijdens een fysieke interventie altijd het niveau van agitatie, agressie en gewelddadig gedrag.

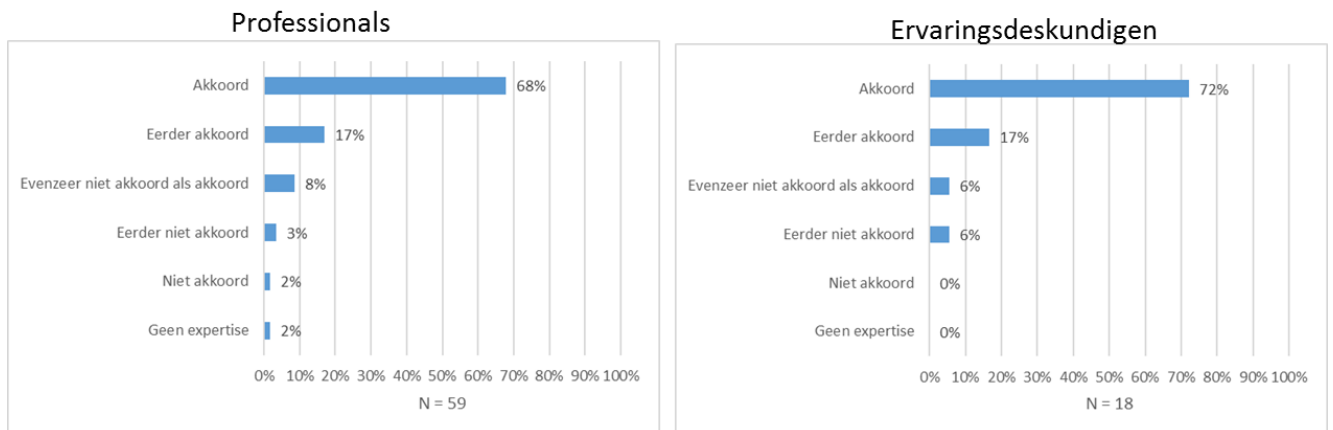


Figuur 23 Stelling 17 - niveau van agitatie en agressie

Bij de professionals-gaat 93.2% (eerder) akkoord met de stelling. Honderd procent van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord met de stelling. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.18 Stelling 18

Stelling 18: Vertel de persoon die de fysieke interventie ondergaat, dat de interventie zal stoppen zodra zijn of haar gedrag niet langer een ernstig gevaar betekent voor zichzelf of anderen.

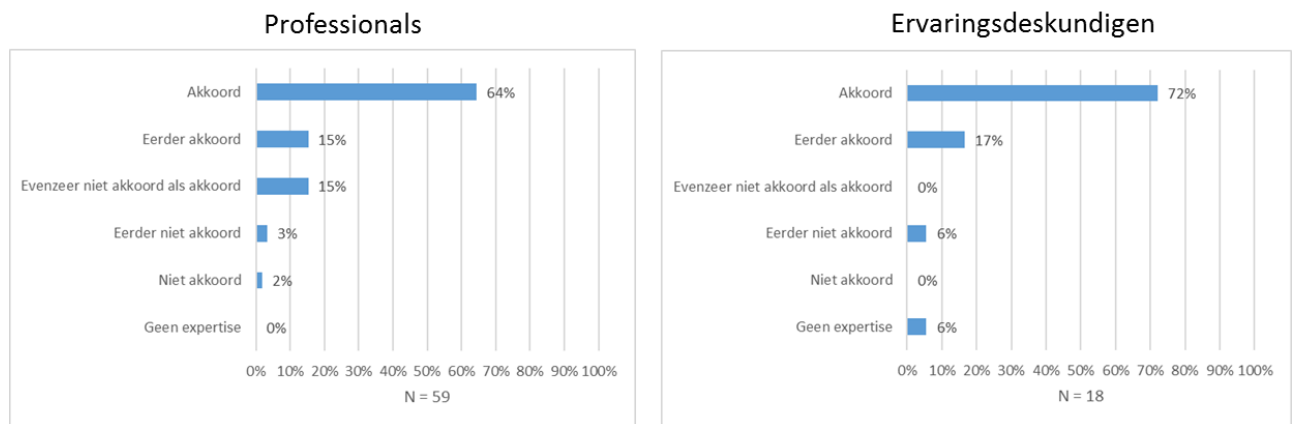


Figuur 24 Stelling 18 - stoppen interventie

Van de professionals gaat 86.2% (eerder) akkoord met de stelling. Bij de ervaringsdeskundigen is dit 88.9%. Het consensuscriterium van 65% in beide panels behaalt en hiermee wordt de stelling aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.19 Stelling 19

Stelling 19: Voorkom tijdens een fysieke interventie dat de zorggebruiker (gedeeltelijk) ontkleed raakt, doordat zijn/haar persoonlijke kledij bijvoorbeeld scheurt of niet op de juiste plaats blijft zitten.

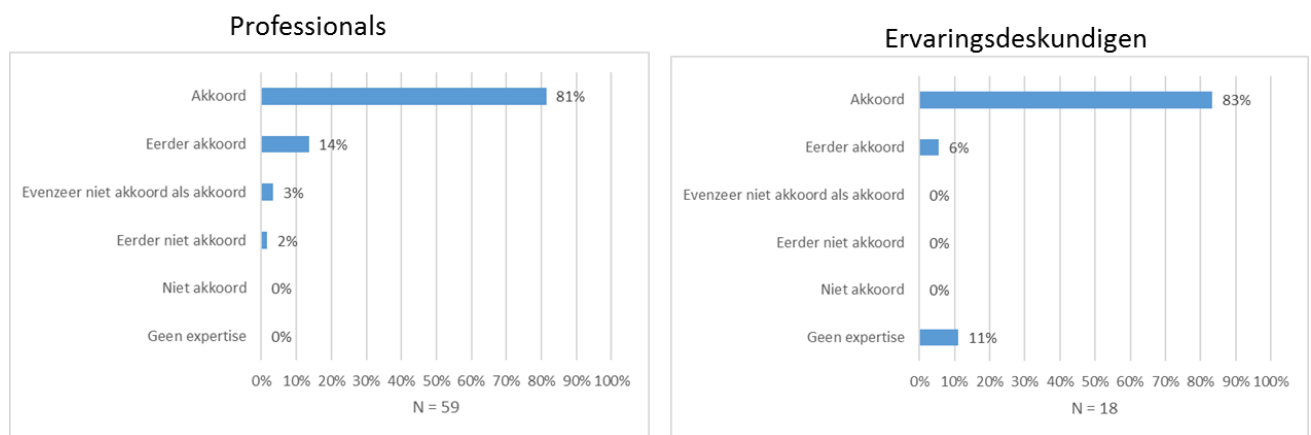


Figuur 25 Stelling 19 – vermijd het ontkleed raken van de zorggebruiker

Van de professionals gaat 79.7% (eerder) akkoord met de stelling en 94.1% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in elk van beide panels en wordt de stelling aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.20 Stelling 20

Stelling 20: Vermijd bij een fysieke interventie contact dat door de zorggebruiker als seksueel kan worden ervaren.

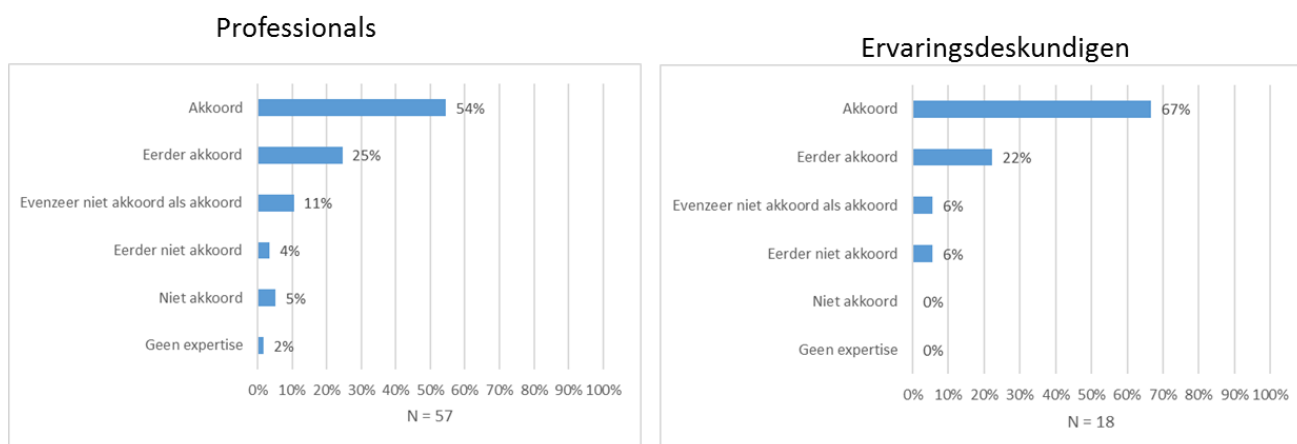


Figuur 26 Stelling 20 - vermijd seksuele aanrakingen

Van de professionals gaat 95% (eerder) akkoord met de stelling en 100% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.21 Stelling 21

Stelling 21: Houd rekening met het geslacht van de hulpverlener(s) indien fysieke interventie wordt toegepast bij personen met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik.

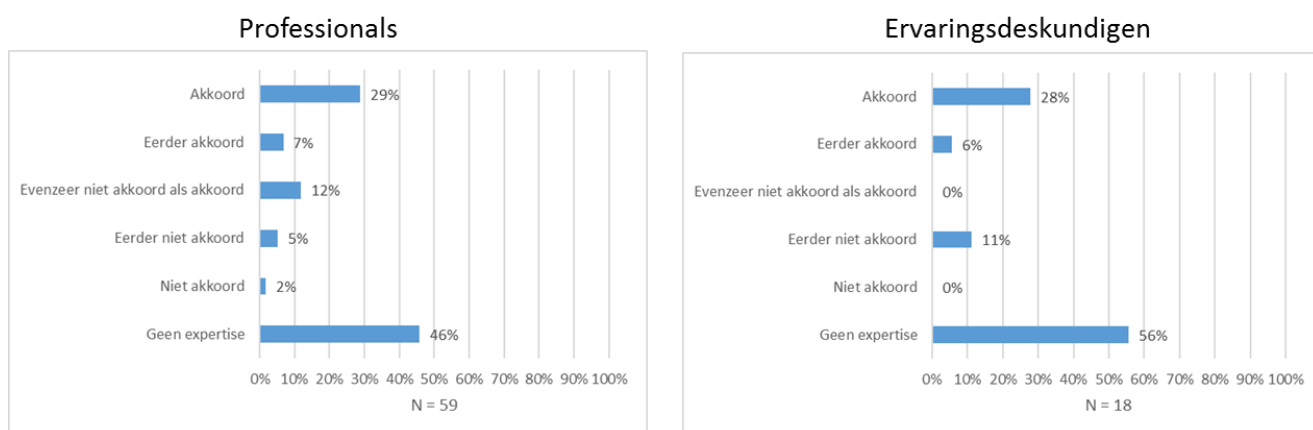


Figuur 27 Stelling 21 - geslacht van de hulpverlener

Van de professionals gaat 80.4% (eerder) akkoord met de stelling. Bij de ervaringsdeskundigen is dit 88.9%. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.22 Stelling 22

Stelling 22: Overweeg voor een fysieke interventie bij kleinere kinderen het gebruik van 'de mand-greep'. Het kind zit hierbij op de schoot van de hulpverlener met de rug tegen de borstkas van de hulpverlener. Het kind heeft de armen gekruist op de borstkas waarbij de hulpverlener de handen vasthoudt. Hierbij dient de hulpverlener op te passen dat het kind zijn/haar hoofd niet naar achter duwt aangezien dit schade bij de hulpverlener kan veroorzaken.



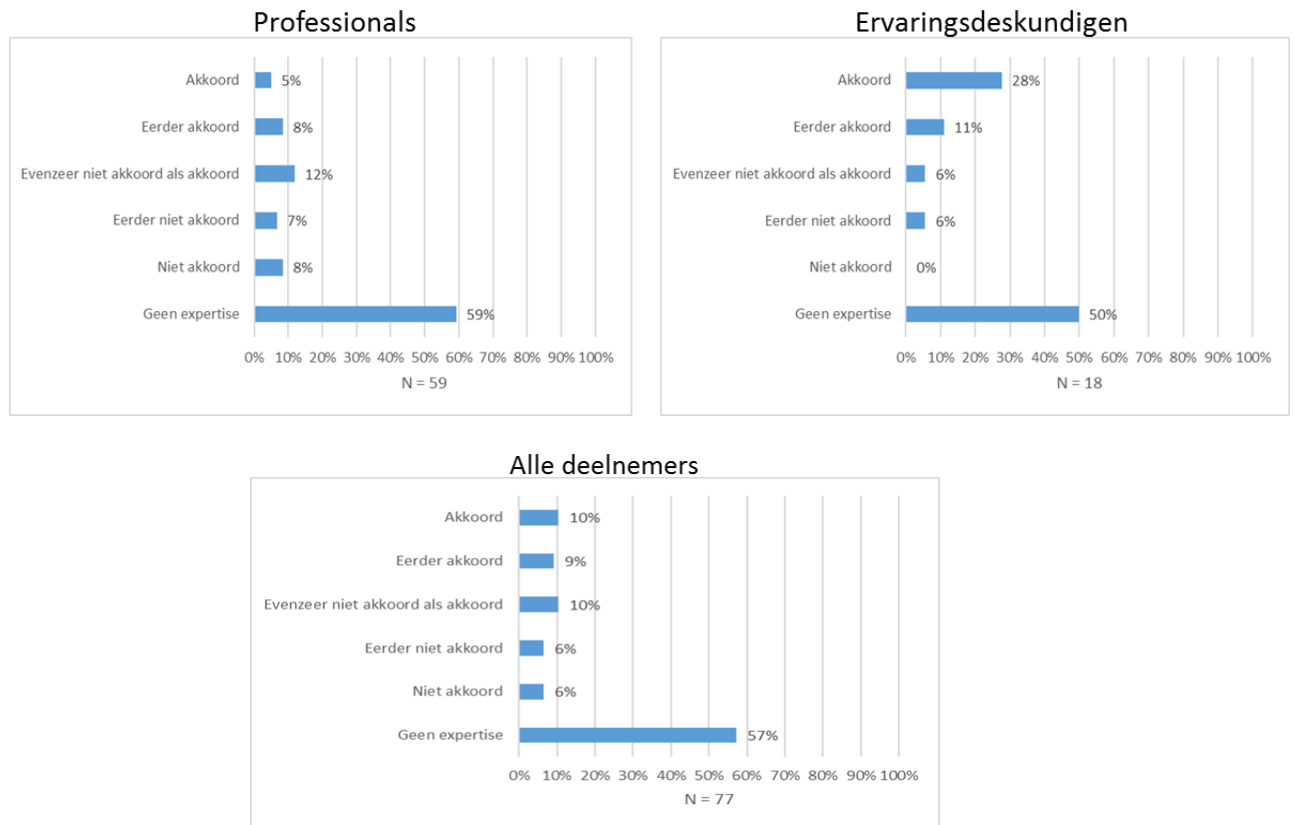
Figuur 28 Stelling 22 - de mandgreep

Er dient opgemerkt te worden dat bij deze stelling, bijna de helft van alle deelnemers aangaf geen expertise te hebben, het gaat hierbij respectievelijk om 27 professionals en 10 ervaringsdeskundigen die geen expertise hebben. Deze deelnemers worden niet opgenomen in de berekening van de percentages instemming.

Van de professionals gaat 65.6% (eerder) akkoord met de stelling betreffende de mandgreep en bereikt hiermee het consensuscriterium. Bij ervaringsdeskundigen gaat 75% (eerder) akkoord. Beide panels behalen het consensuscriterium van 65% en de stelling wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.23 Stelling 23

Stelling 23: Verkies voor het tegengaan van zelfverwondend gedrag bij een persoon met een verstandelijke beperking mechanische fixatie boven een fysieke interventie, aangezien fysiek contact het zelfverwondend gedrag kan bekrachtigen.



Figuur 29 Stelling 23 - zelfverwondend gedrag bij verstandelijke beperking

Opnieuw geeft een groot deel van de deelnemers aan geen expertise te hebben. Bij de professionals geven 44 deelnemers aan geen expertise te hebben, bij de ervaringsdeskundigen zijn dit 9 deelnemers.

Er zijn uiteenlopende meningen over deze stelling tussen de panels alsook binnen elk panel. Bij de professionals gaat 33.3% (eerder) akkoord met de stelling; de mediaan is gelijk aan 3. Er is een betekenisvol verschil in mediaan tussen de groepen van professionals volgens de sector waarin ze werkzaam zijn. Bij professionals uit jongeren GGZ-voorzieningen is de mediaan 2; in de drie andere groepen van professionals bedraagt de mediaan 3. In het panel van de professionals wordt het consensuscriterium niet bereikt.

Binnen het panel van de ervaringsdeskundigen gaat 77.8% (eerder) akkoord met de stelling; de mediaan is er gelijk aan 5. Over beide panels heen gaat 45.4% van de deelnemers (eerder) akkoord met de stelling.

Het consensuscriterium wordt maar in één van de twee panels behaald, waardoor de stelling niet aanvaard wordt. Dit wil zeggen dat de stelling herwerkt wordt aan de hand van de opmerkingen van de deelnemers. De stelling wordt na herwerking opnieuw voorgelegd in de tweede Delphi-ronde.

3.2 Mechanische fixatie

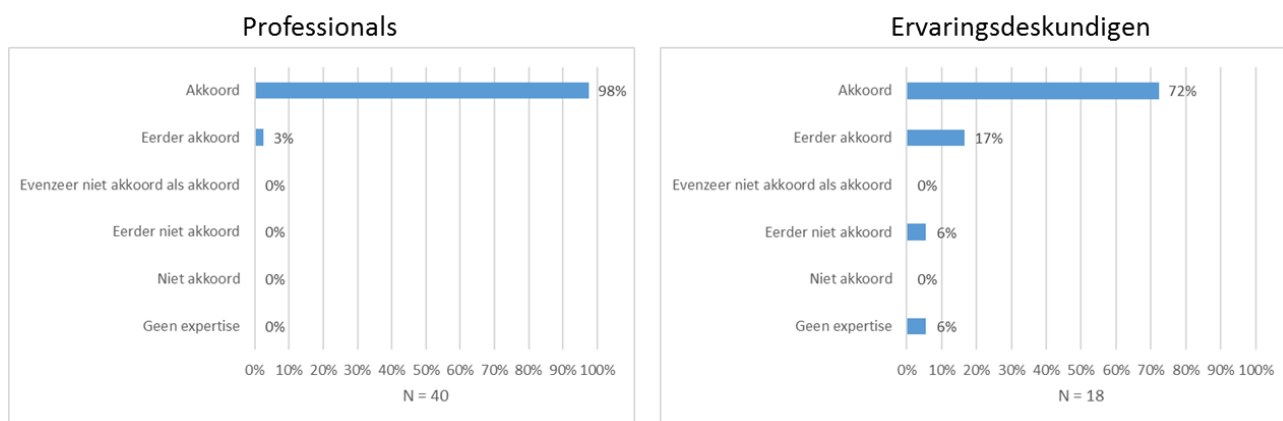
Bij de professionals gaven 20 professionals aan dat er binnen hun voorziening niet mechanisch gefixeerd wordt. Deze deelnemers kregen de stellingen rond mechanische fixatie niet voorgelegd. Het aantal professionals die in de eerste ronde de vragen in verband met mechanische fixatie beoordeelden, is 40. Alle ervaringsdeskundigen kregen de stellingen rond mechanische fixatie voorgelegd.

Berekening percentage deelnemers dat (eerder) akkoord gaat met de betreffende stelling = percentage instemming

Per stelling wordt in een figuur - zowel voor de expert-professionals als voor de ervaringsdeskundigen - per antwoordmogelijkheid het percentage deelnemers weergegeven dat deze antwoordmogelijkheid heeft aangekruist, dus ook het percentage deelnemers dat aangaf geen expertise te hebben met betrekking tot de stelling. Bij de berekening van het percentage deelnemers dat (eerder) akkoord ging met de stelling (= percentage instemming) werden de deelnemers die aangaven geen expertise te hebben buiten beschouwing gelaten.

3.2.1 Stelling 1

Stelling 1: Zorg ervoor dat bij mechanisch fixeren de hulpverleners nauw samenwerken als een team, waarbij ieder zijn rol begrijpt.

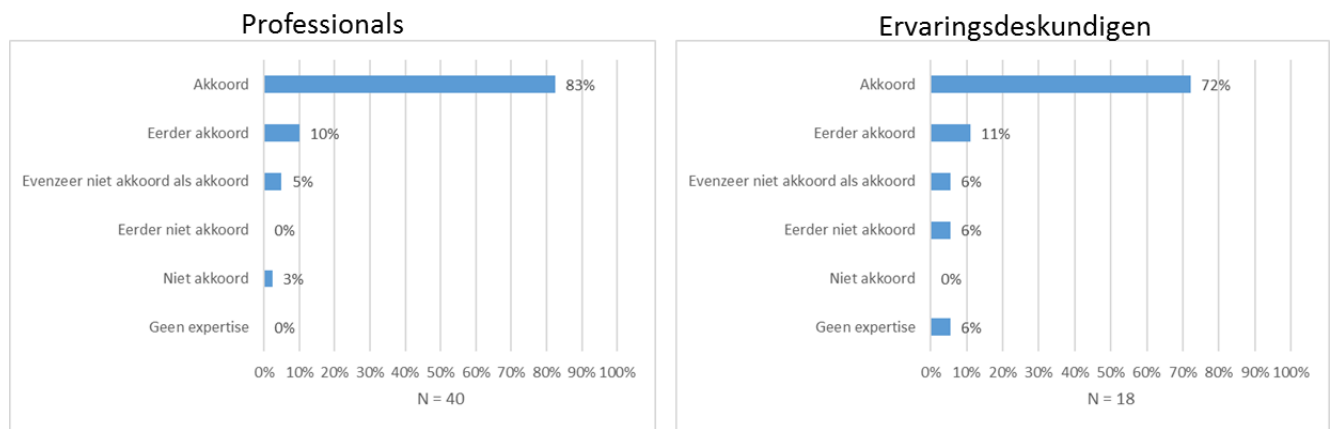


Figuur 30 Stelling 1 – samenwerken als team

Honderd procent van de professionals en 94.1% van de ervaringsdeskundigen gaan (eerder) akkoord met de stelling. De stelling behaalt hiermee het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt daarom aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.2 Stelling 2

Stelling 2: Zorg ervoor dat tijdens het mechanisch fixeren één hulpverlener uitleg geeft aan de betreffende persoon; dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijk mogelijk.

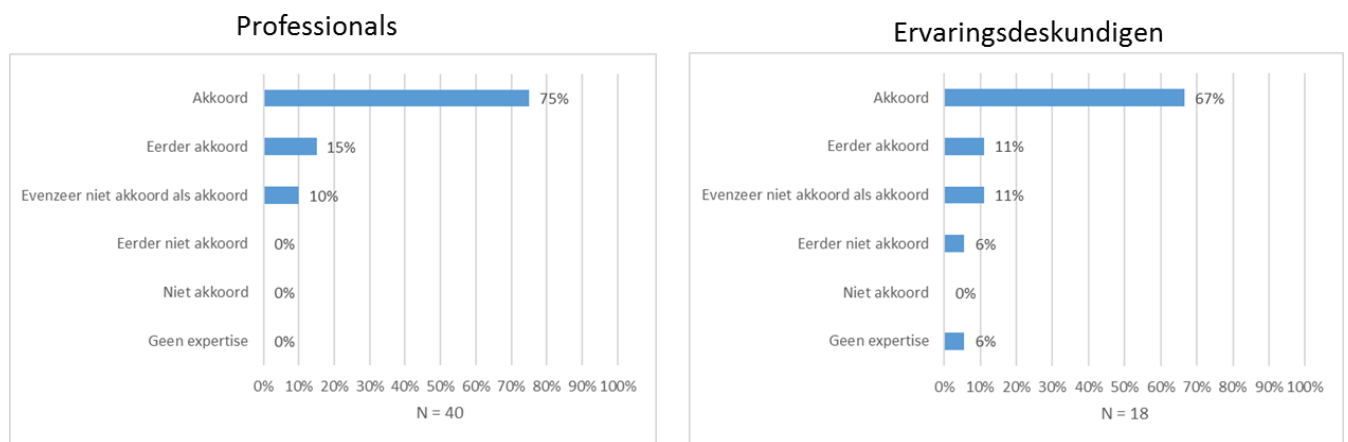


Figuur 31 Stelling 2 - uitleg geven

Voor de professionals gaat 92.5% (eerder) akkoord met de stelling. Bij de ervaringsdeskundigen gaat 88.3% (eerder) akkoord. Het consensuscriterium van 65% wordt in beide panels behaalt en de stelling wordt daarom aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.3 Stelling 3

Stelling 3: Zorg ervoor dat bij het aanbrengen van het mechanisch fixatiemateriaal steeds één hulpverlener de leiding heeft.

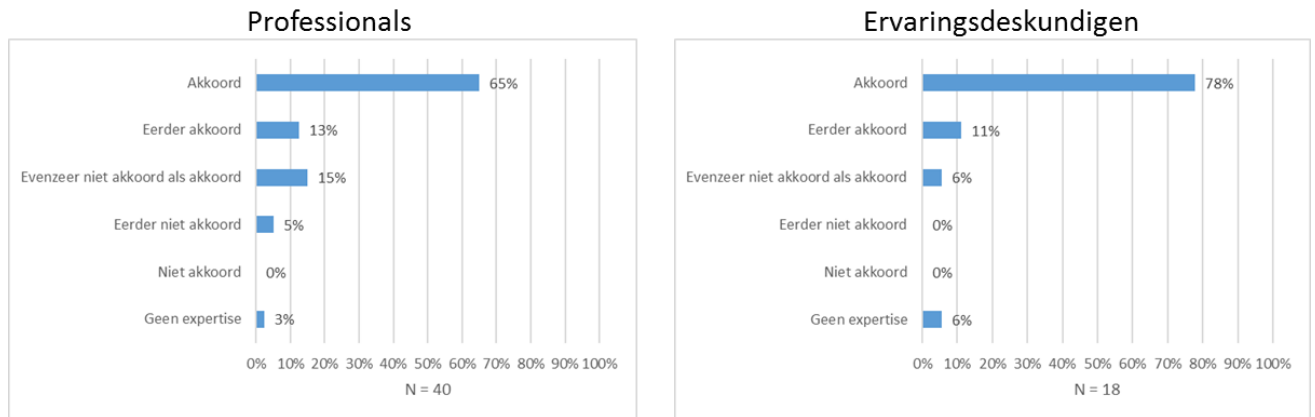


Figuur 32 Stelling 3: leidinggevende hulpverlener

Negentig procent van de professionals gaat (eerder) akkoord met de stelling en 82.5% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt daarom aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.4 Stelling 4

Stelling 4: De hulpverlener die tijdens het aanbrengen van het mechanisch fixatiemateriaal de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-hulpverleners in de mogelijkheid zijn om zo nodig het hoofd en de nek van de zorggebruiker te beschermen en te ondersteunen, te waken over het vrijhouden van de luchtwegen en ademhaling, en de vitale functies te monitoren.

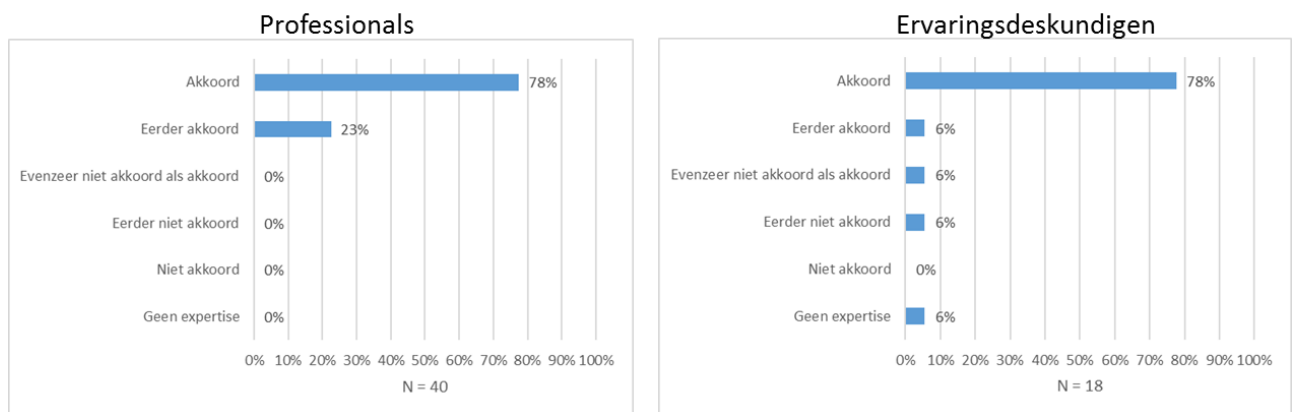


Figuur 33 Stelling 4 - collega hulpverleners

In beide panels is er instemming met de stelling, met 79.5% van de professionals en 94.2% van de ervaringsdeskundigen die (eerder) akkoord gaan met de stelling. Hiermee behalen beide panels het consensuscriterium van 65% en wordt de stelling aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.5 Stelling 5

Stelling 5: De hulpverlener die tijdens het aanbrengen van het mechanisch fixatiemateriaal de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-hulpverleners tijdens het hele proces worden bijgestaan en ondersteund.

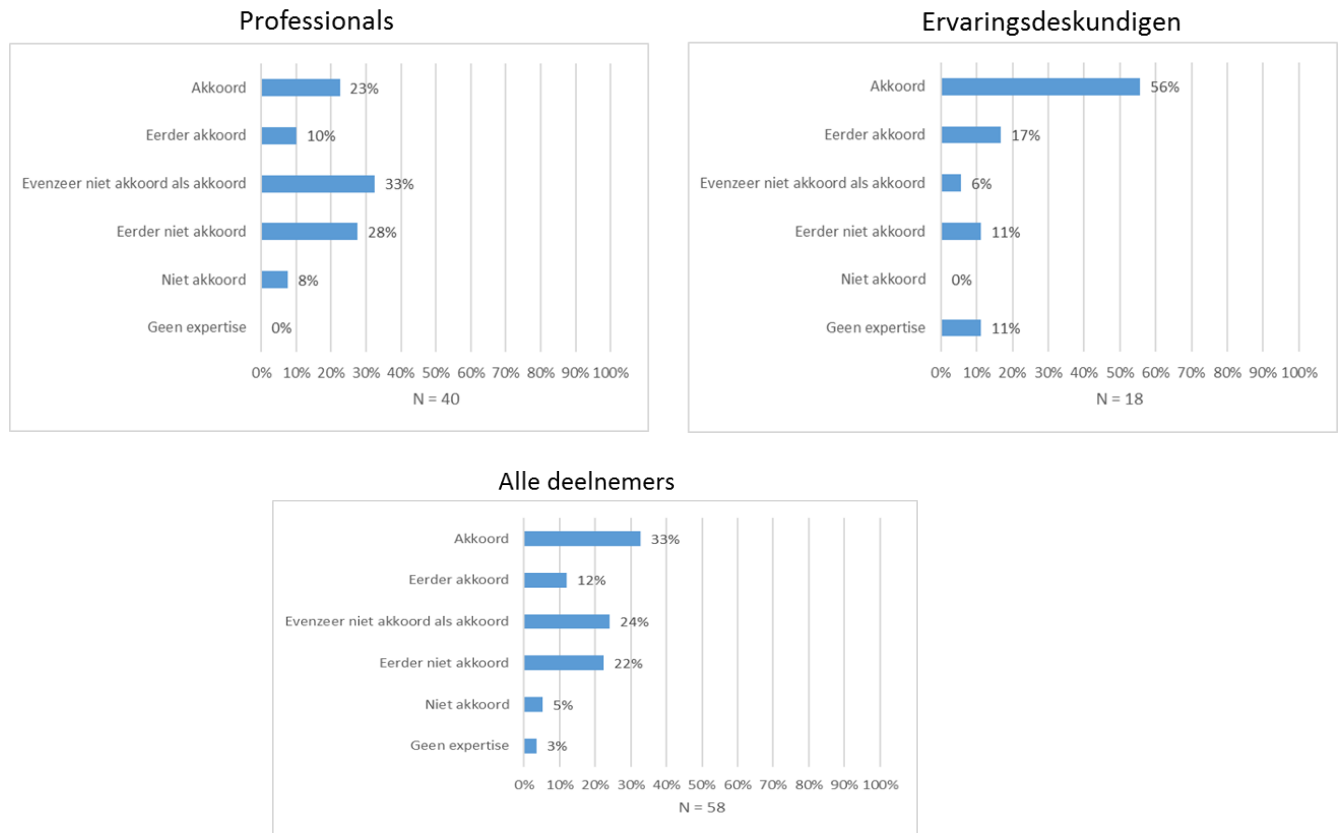


Figuur 34 Stelling 5 - bijstaan en ondersteunen collega hulpverleners

Honderd procent van de professionals gaan (eerder) akkoord met de stelling en 88.3% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. In beide panels wordt het consensuscriterium van 65% behaald en de stelling wordt daarom aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.6 Stelling 6

Stelling 6: Neem als hulpverlener geen deel aan het uitvoeren van mechanische fixatie wanneer je hier een slecht gevoel, stress of ongemak bij ervaart.



Figuur 35 Stelling 6 - gevoel van ongemak of stress

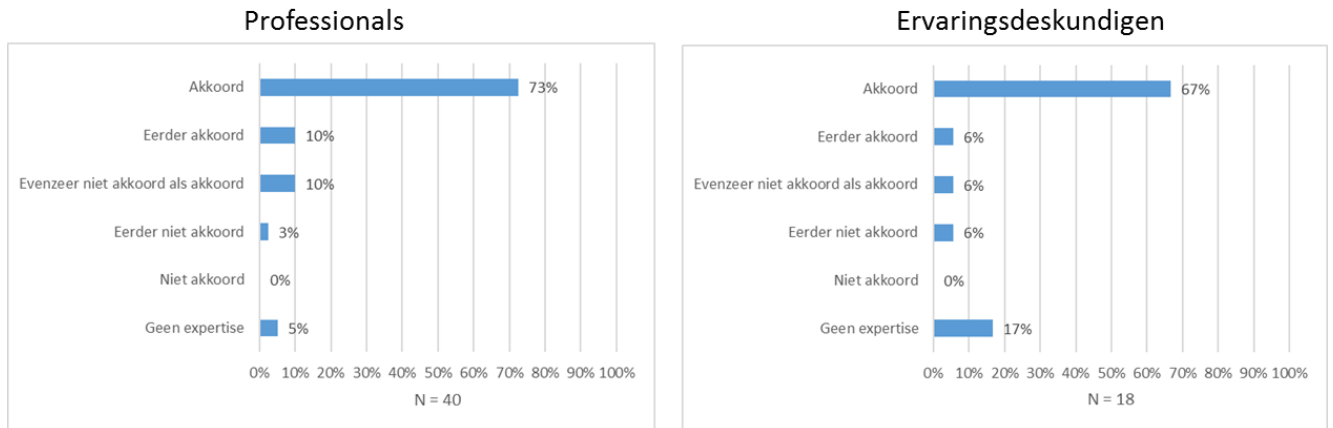
Er zijn uiteenlopende meningen binnen het panel van de professionals, maar ook tussen de professionals en de ervaringsdeskundigen over of een hulpverlener al dan niet moet deelnemen aan de mechanische fixatie indien hij zich hierbij ongemakkelijk voelt. Binnen het panel van de professionals gaat 32.5% (eerder) akkoord met de stelling: de mediaan bedraagt 3. De antwoordcategorie “evenzeer niet akkoord als akkoord” werd het meest gekozen door de professionals. Binnen de groepen van professionals, ingedeeld volgens de sector waarin ze werkzaam zijn, is er geen betekenisvol verschil in mediaan. Het consensuscriterium wordt niet behaald binnen dit panel.

Bij de ervaringsdeskundigen wordt het consensuscriterium wel bereikt. In dit panel gaat 81.3% (eerder) akkoord, de mediaan is gelijk aan 5. Dit wil zeggen dat er een betekenisvol verschil is in de mediaan tussen de twee panels. Over beide panels gaat 46.4% (eerder) akkoord met de stelling.

Doordat het consensuscriterium maar binnen één panel bereikt wordt, wordt de stelling niet aanvaard. De stelling wordt herwerkt opnieuw voorgelegd in de tweede Delphi-ronde.

3.2.7 Stelling 7

Stelling 7: Hanteer verbale de-escalatietechnieken, zelfs als een persoon al mechanisch gefixeerd is.

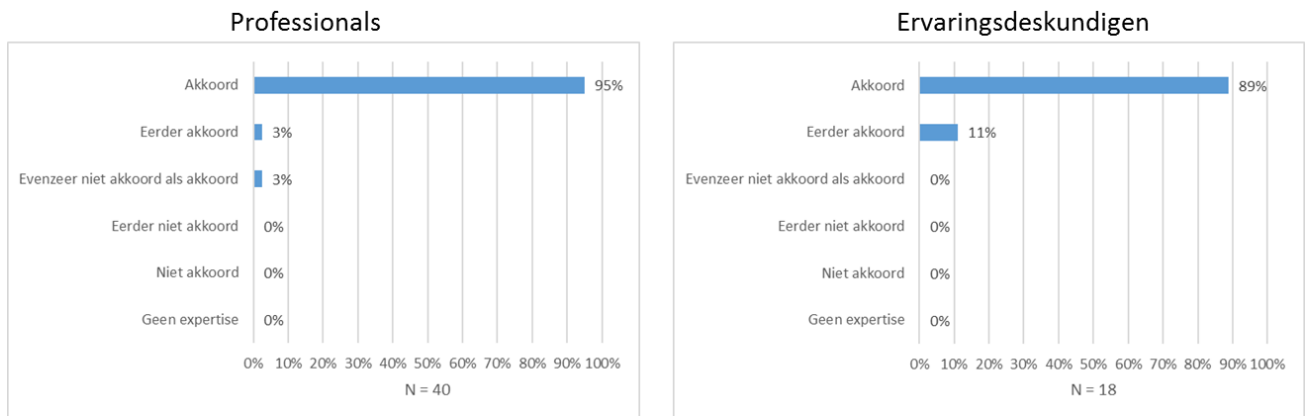


Figuur 36 Stelling 7 -verbale de-escalatietechnieken

In het panel van de professionals gaat 86.8% (eerder) akkoord en in het panel van de ervaringsdeskundigen is dit 86.7%. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.8 Stelling 8

Stelling 8: Gebruik bij mechanisch fixeren uitsluitend materiaal dat gemaakt is om schadelijke lichamelijke effecten te minimaliseren, om op die manier het risico op fysieke pijn of kwetsuren bij patiënten te vermijden.

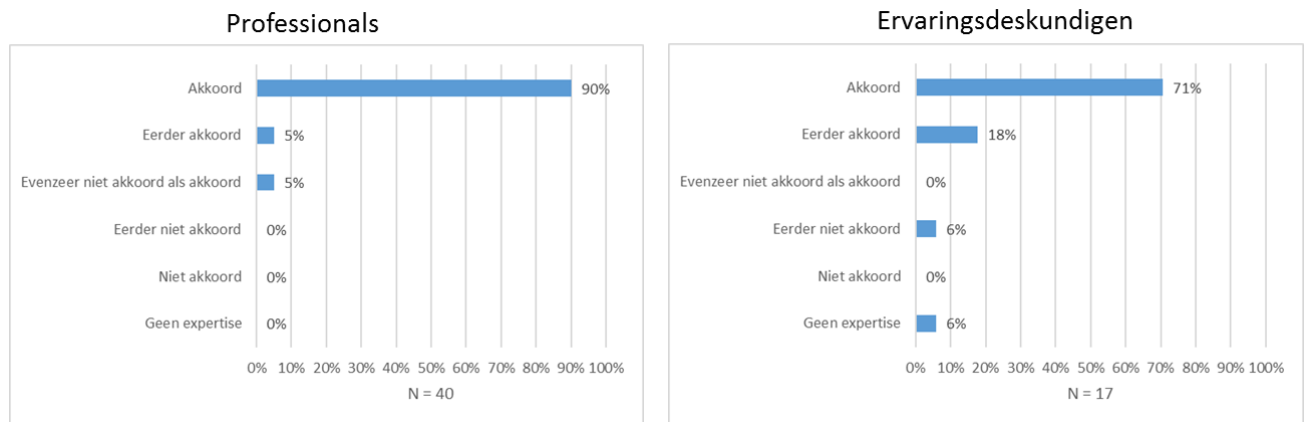


Figuur 37 Stelling 8 - fixatie materiaal om pijn te vermijden

Bij de professionals gaat 98.3% en bij de ervaringsdeskundigen gaat 97.5% (eerder) akkoord met de stelling. Het consensuscriterium van 65% wordt in beide panels behaalt en de stelling wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.9 Stelling 9

Stelling 9: Gebruik voor mechanische fixatie middelen die voor de zorggebruiker qua dragen zo min mogelijk storen.

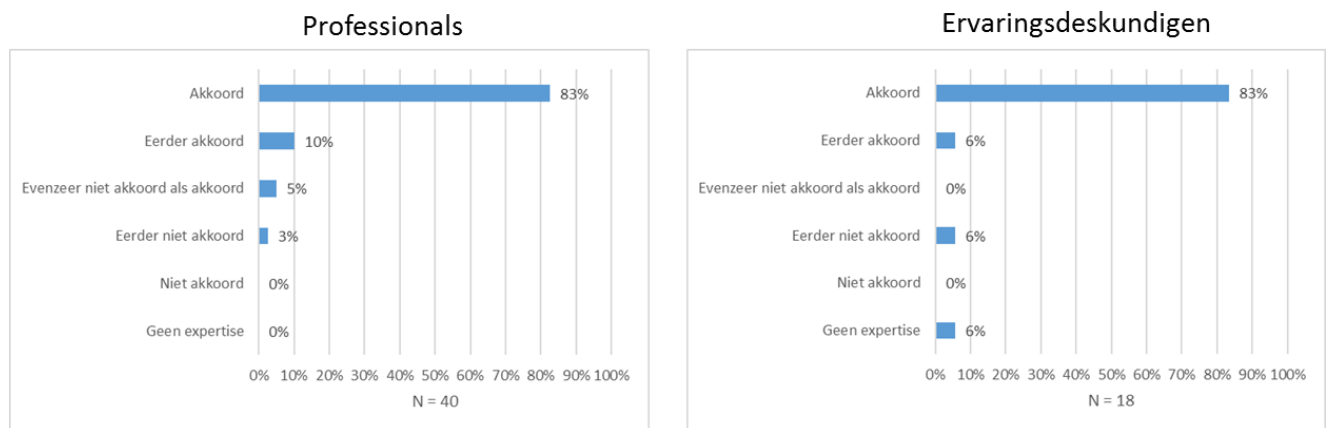


Figuur 38 Stelling 9 - niet-storende fixatie middelen

Achtennegentig procent van de professionals gaat (eerder) akkoord met de stelling en 93.8% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium in beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.10 Stelling 10

Stelling 10: Gebruik voor mechanische fixatie alleen professionele en géén zelfgemaakte materialen.

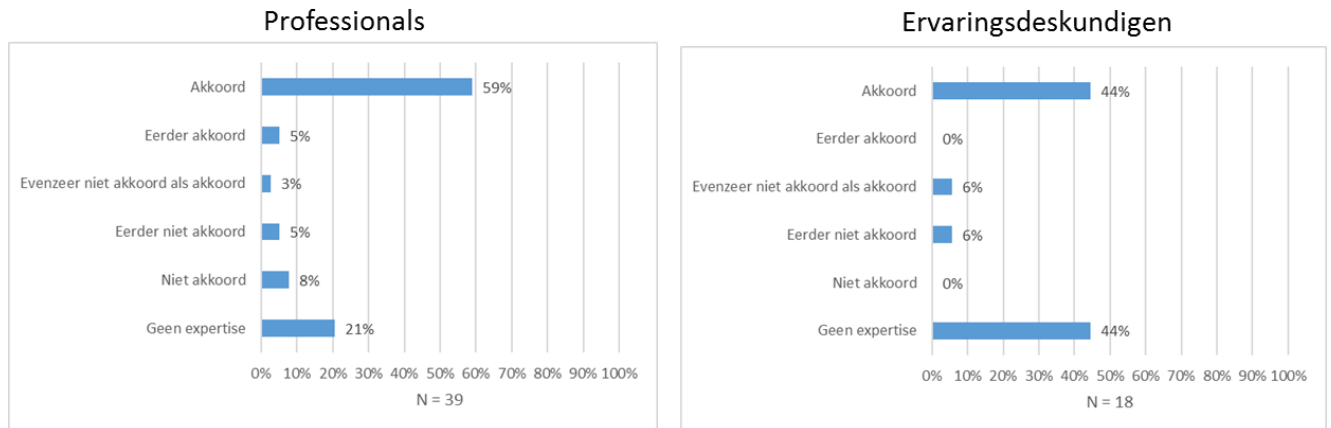


Figuur 39 Stelling 10 - geen zelfgemaakte materialen

Van de professionals gaat 92.5% (eerder) akkoord met de stelling en 94.1% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. Beide panels behalen het consensuscriterium van 65% en de stelling wordt daarom aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.11 Stelling 11

Stelling 11: Gebruik voor mechanische fixatie nooit kooibedden of bedden met netten.



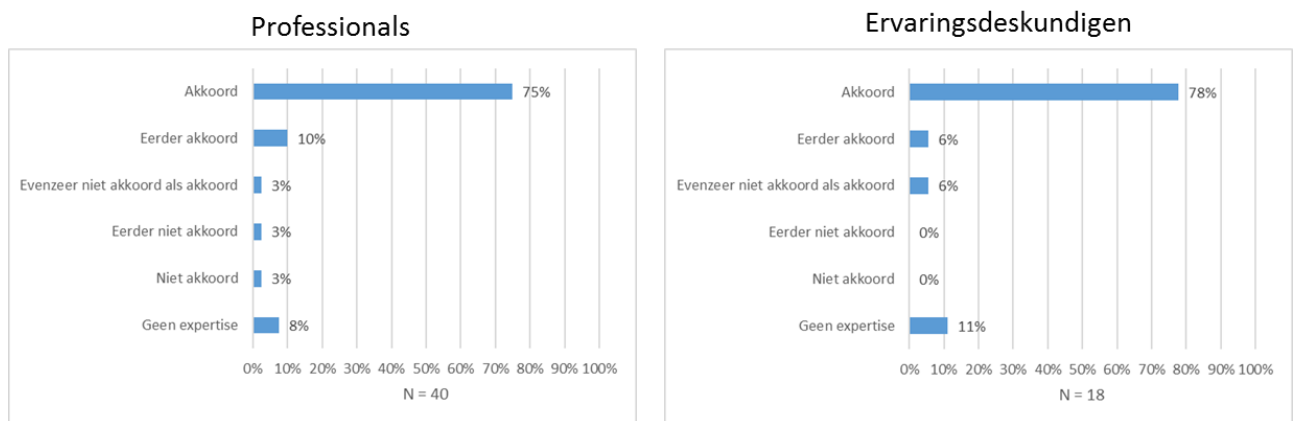
Figuur 40 Stelling 11 - nooit kooibedden

Er dient opgemerkt te worden dat zowel bij de professionals als bij de ervaringsdeskundigen 8 deelnemers aangeven geen expertise te hebben bij deze stelling. Deze deelnemers worden niet opgenomen in de berekening van de percentages.

Er is een overeenstemming tussen de panels, met 80.7% van de professionals en 80% van de ervaringsdeskundigen die (eerder) akkoord gaan met de stelling. Het consensuscriterium van 65% wordt in beide panels behaald en de stelling wordt hiermee aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.12 Stelling 12

Stelling 12: Gebruik nooit handboeien om een persoon mechanisch te fixeren.

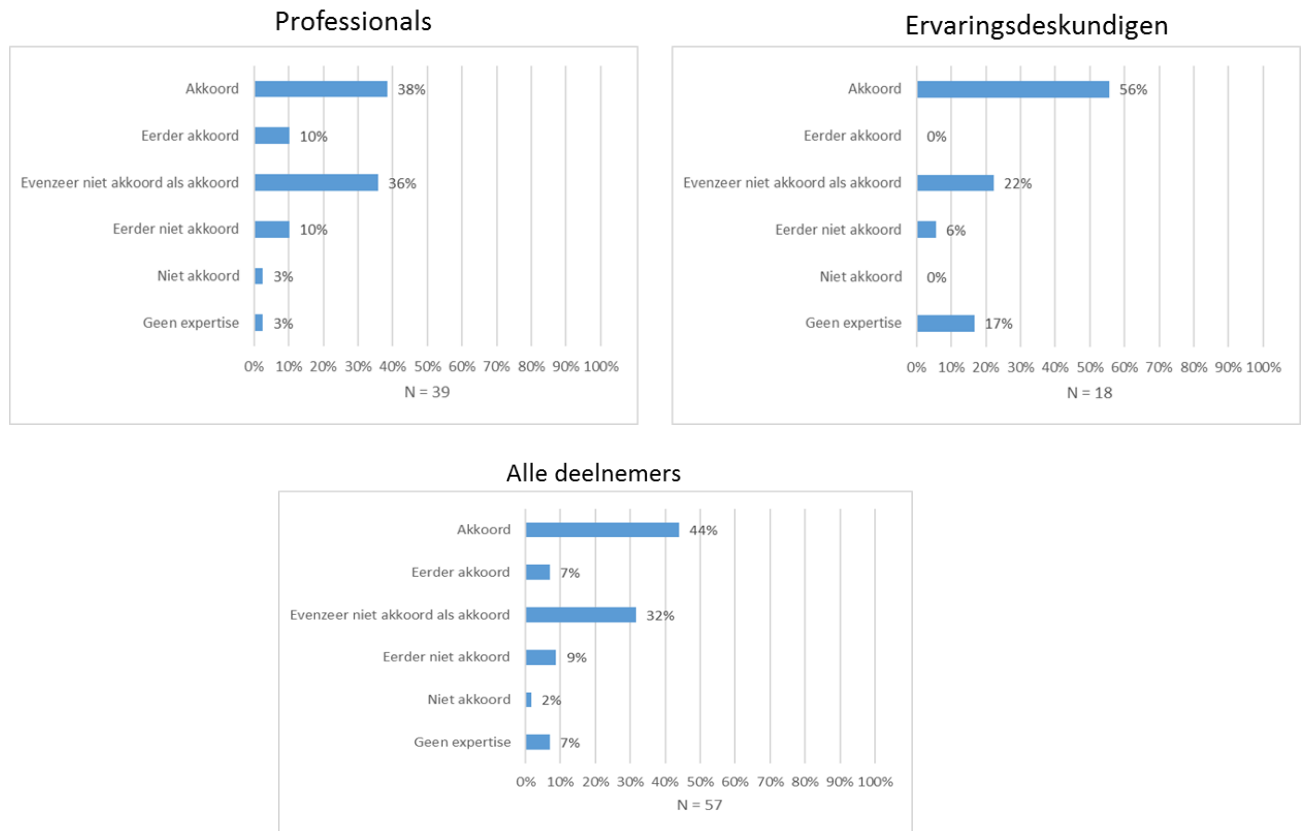


Figuur 41 Stelling 12 - nooit handboeien

Bij de professionals gaat 91.9% (eerder) akkoord met de stelling en 93.8% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.13 Stelling 13

Stelling 13: Gebruik voor mechanische fixatie middelen die zo min mogelijk opvallen.



Figuur 42 Stelling 13 - opvallend materiaal

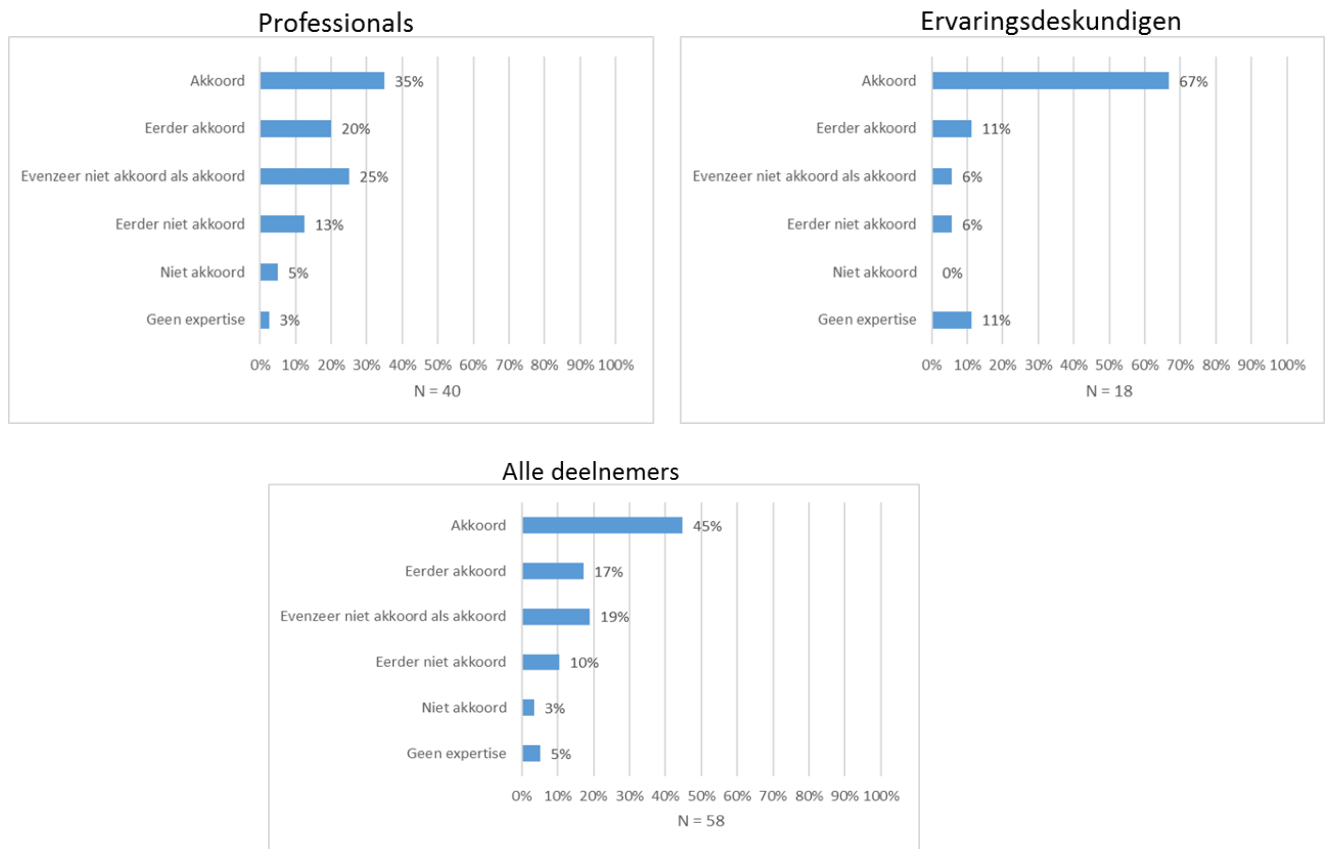
Er bestaat minder eensgezindheid over de stelling dat mechanische fixatie middelen zo min mogelijk dienen op te vallen. Binnen het panel van de professionals gaat 50% (eerder) akkoord; de mediaan is 3.5. Tussen de verschillende groepen van professionals, ingedeeld binnen de sector waarin ze werkzaam zijn, is er geen betekenisvol verschil in mediaan. Deze situeren zich allen tussen 3 en 3.5. Binnen het panel van de professionals wordt het consensuscriterium van 65% niet bereikt.

Binnen het panel van de ervaringsdeskundigen wordt het criterium net bereikt met 66.7% die aangeven (eerder) akkoord te gaan; de mediaan bedraagt 5. Over beide panels gaat 54.7% van de deelnemers (eerder) akkoord met de stelling.

Er is maar één panel waarin het consensuscriterium van 65% bereikt wordt, waardoor de stelling niet aanvaard wordt. Na herwerking wordt de stelling opnieuw voorgelegd in de tweede Delphi-ronde.

3.2.14 Stelling 14

Stelling 14: Als er zich een levensbedreigend incident heeft voorgedaan met een specifiek mechanisch fixatiemateriaal, gebruik dit materiaal dan niet meer.



Figuur 43 Stelling 14 - levensbedreigend incident

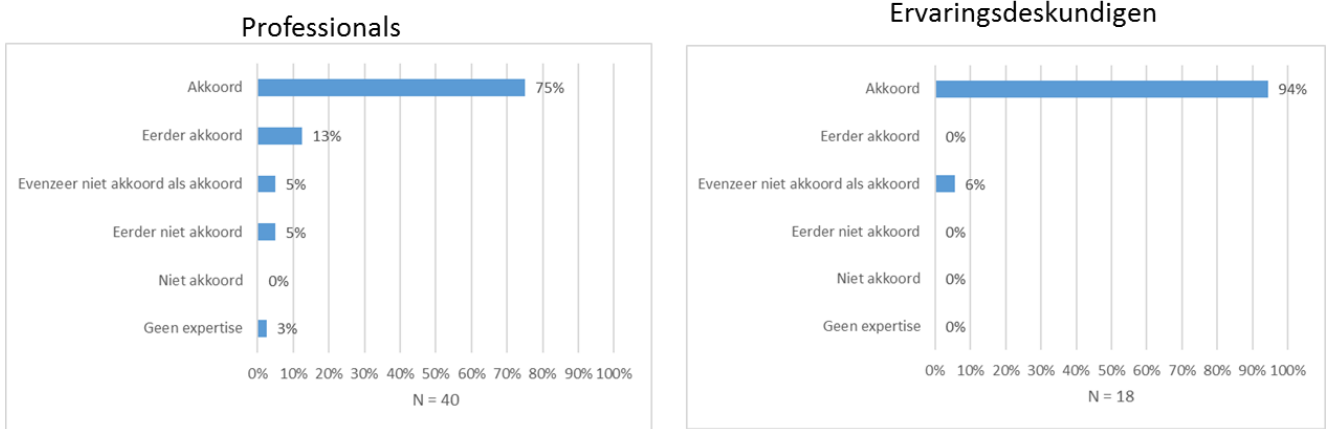
Er zijn uiteenlopende meningen binnen het panel van de professionals, alsook tussen de professionals en de ervaringsdeskundigen over het niet langer gebruiken van materiaal na een levensbedreigend incident met dit materiaal. Bij de professionals gaat 56.4% (eerder) akkoord; de mediaan is 4. Tussen de groepen van de professionals, ingedeeld volgens de sector waarin ze werkzaam zijn, is er geen betekenisvol verschil in mediaan. De mediaan van alle groepen ligt tussen 3.5 en 4.

In het panel van de ervaringsdeskundigen gaat 87.5% (eerder) akkoord met de stelling; de mediaan is gelijk aan 5. Er is dus geen betekenisvol verschil in mediaan tussen de professionals en ervaringsdeskundigen. Over beide panels heen gaat 65.5% van de deelnemers (eerder) akkoord.

Gezien maar één panel het consensuscriterium van 65% bereikt, wordt de stelling niet aanvaard. De stelling wordt herwerkt opnieuw voorgelegd in de tweede Delphi-ronde.

3.2.15 Stelling 15

Stelling 15: Trek bij het mechanisch fixeren van een persoon eventuele banden niet te vast aan en breng deze op zo'n manier aan dat ze het veilig bewegen van armen en benen maximaal toelaten.

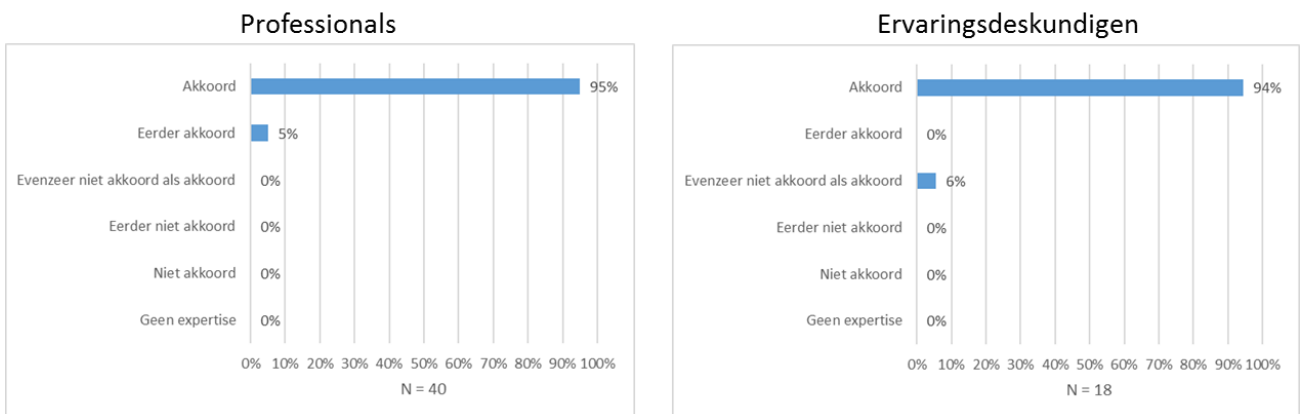


Figuur 44 Stelling 15 - veilig bewegen ledematen

In het panel van de professionals gaat 89.7% (eerder) akkoord met de stelling. Bij de ervaringsdeskundigen gaat 94.4% (eerder) akkoord. Beide panels behalen het consensuscriterium van 65% en de stelling wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.16 Stelling 16

Stelling 16: Belemmer bij het mechanisch fixeren van een persoon nooit de luchtwegen, de ademhaling of de bloedcirculatie.

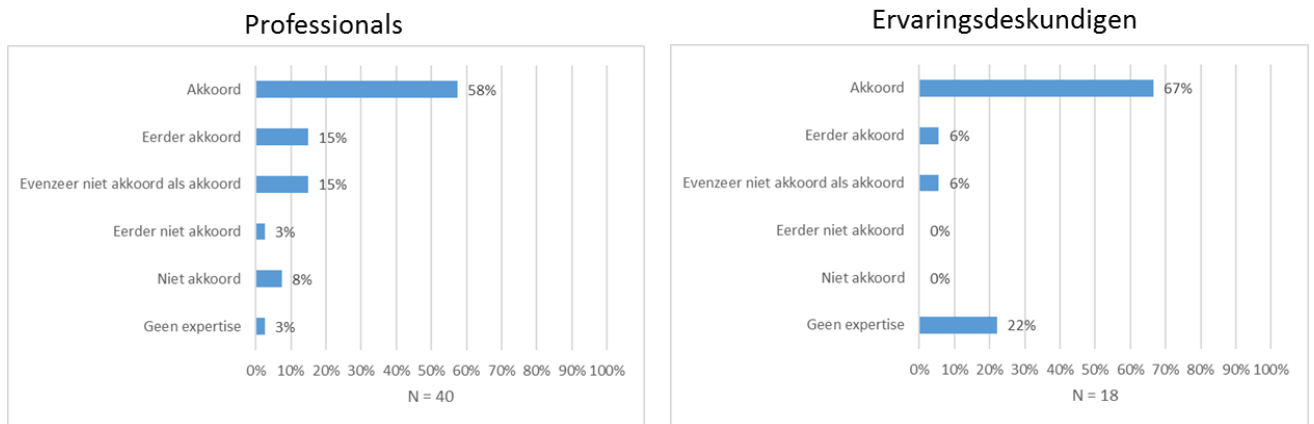


Figuur 45 Stelling 16 - ademhaling en bloedcirculatie

Honderd procent van de professionals gaat (eerder) akkoord met de stelling en 94.4% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt daarom aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.17 Stelling 17

Stelling 17: Kies altijd voor de rugligging indien het noodzakelijk is om iemand liggend mechanisch te fixeren.

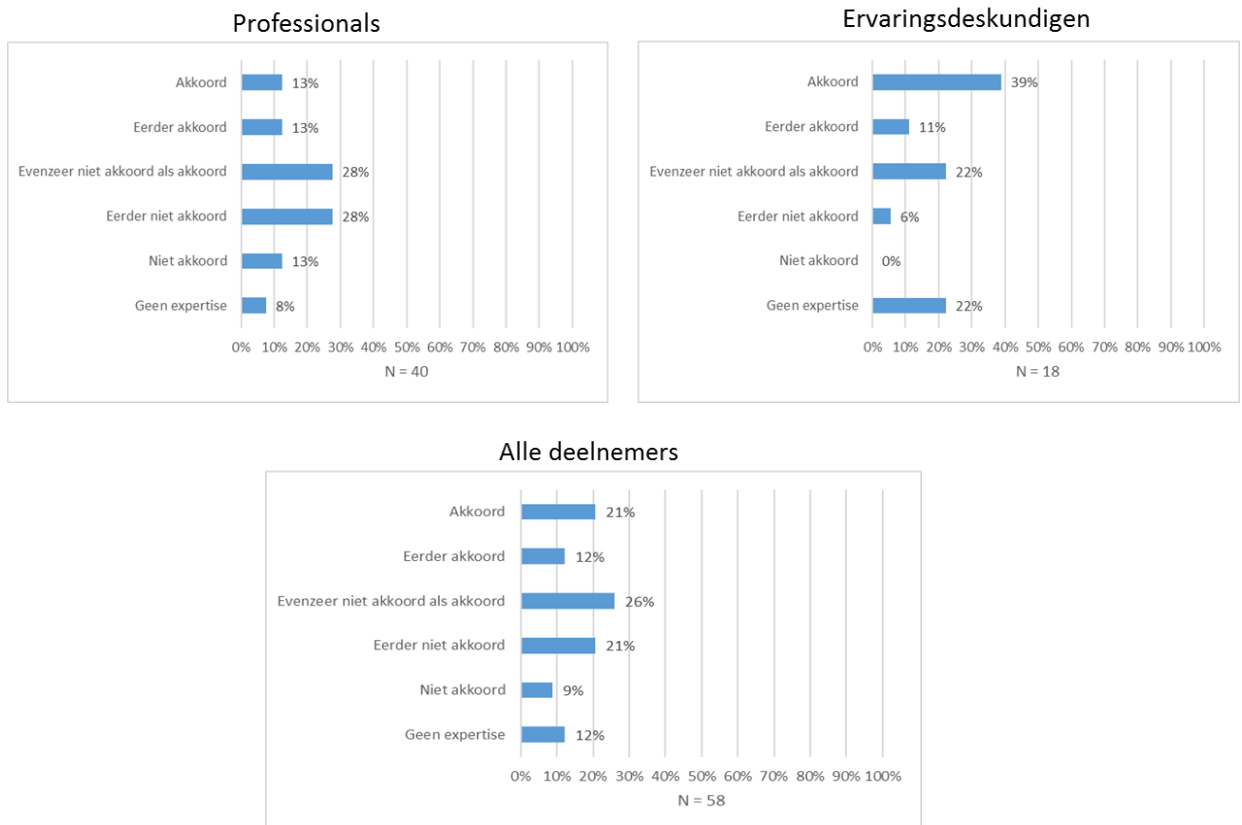


Figuur 46 Stelling 17 – rugligging

Van de ervaringsdeskundigen gaat 92.8% (eerder) akkoord met de stelling en 74.4% van de professionals gaat (eerder) akkoord. De stelling behaalt in elk van beide panels het consensuscriterium van 65% en wordt daarom aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.18 Stelling 18

Stelling 18: Zorg dat een mechanisch fixatie standaard niet langer dan 10 minuten duurt.



Figuur 47 Stelling 18 - tijdsduur mechanische fixatie

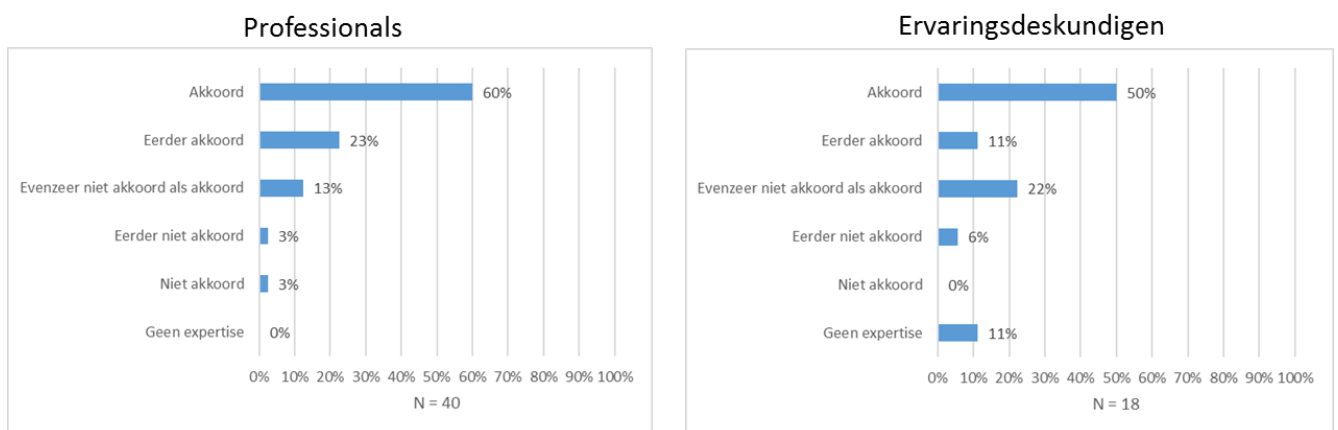
Er zijn uiteenlopende meningen binnen beide panels alsook tussen de panels onderling over de standaard tijdsduur van een mechanische fixatie. Dit is de tijdsduur waar hulpverleners dienen naar te streven. Bij de professionals gaat 27% (eerder) akkoord met de stelling. De mediaan is gelijk aan 3. Ook binnen de groepen van professionals, ingedeeld volgens de sector waarin ze werkzaam zijn, lopen de meningen uiteen. Bij de professionals werkzaam binnen de GGZ, bij de doelgroep jongeren en de doelgroep volwassenen, ligt de mediaan op 3. Bij de professionals van VAPH-voorzieningen is de mediaan gelijk aan 2 (= eerder niet akkoord). Dit is een betekenisvol verschil.

Binnen het panel van de ervaringsdeskundigen gaat 64.3% (eerder) akkoord met de stelling. Binnen dit panel wordt het consensuscriterium van 65% net niet bereikt. De mediaan bij de ervaringsdeskundigen is 4.5, waardoor er een betekenisvol verschil is in mediaan tussen de twee panels. Wordt het percentage over beide groepen heen berekend, gaat 37.2% (eerder) akkoord met de standaard tijdsduur van een mechanische fixatie.

Het percentage in beide panels ligt onder 65%. In deze situatie wordt er gekeken naar het percentage over beide panels heen. Dit percentage is 37.2%. Het stappenplan van de kwantitatieve analyse (zie hoofdstuk 3, 2.1) geeft hierbij aan dat er naar de opmerkingen van de deelnemers wordt gekeken om na te gaan waarom de stelling niet aanvaard wordt. Na herwerking wordt de stelling opnieuw voorgelegd in de tweede Delphi-ronde.

3.2.19 Stelling 19

Stelling 19: Overweeg afzondering zonder mechanische fixatie als een alternatief voor verlengd mechanisch fixeren (meer dan 10 minuten).

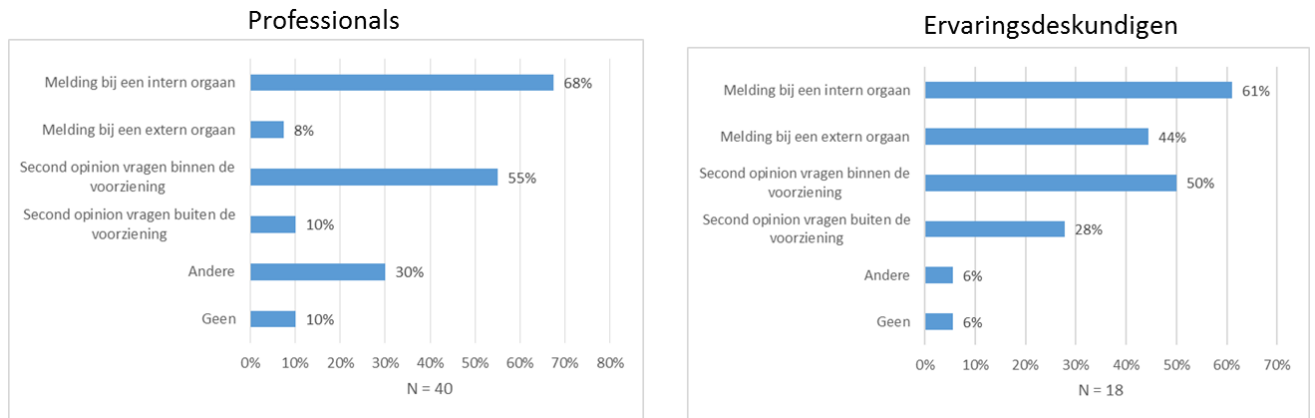


Figuur 48 Stelling 19 - afzondering als alternatief

Van de professionals gaat 82.5% (eerder) akkoord met de stelling. Bij de ervaringsdeskundigen is dit 68.8%. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.20 Stelling 20

Stelling 20: Welke stappen dienen door de hulpverleners ondernomen te worden als de standaard maximale tijdsduur van een mechanische fixatie wordt overschreden?

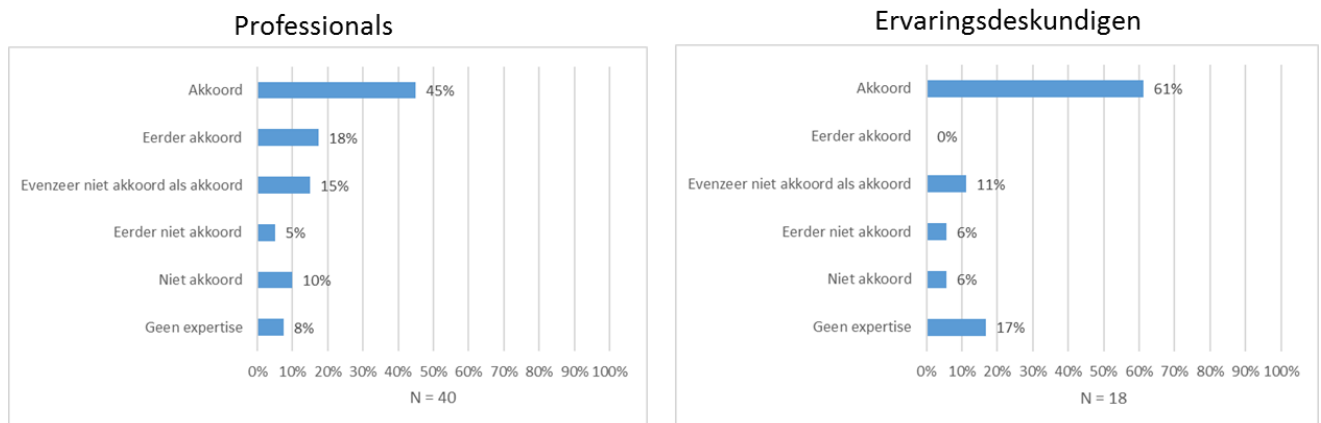


Figuur 49 Stelling 20 - stappen bij overschrijden tijdsduur

Deze stelling is één van de drie stellingen die een ander format heeft dan alle andere stellingen. Er wordt een open vraag gesteld en de deelnemers kunnen kiezen hoeveel antwoordmogelijkheden ze aanduiden. Hierdoor ligt het totaal percentage - opgeteld over alle antwoordmogelijkheden - hoger dan 100%. De onderzoekers kozen ervoor om de twee antwoorden die in beide groepen het meest aangekruist werden - de melding bij een intern orgaan en het vragen van een second opinion binnen de voorziening - te gebruiken voor het formuleren van een nieuwe stelling voor mechanische fixatie voor de tweede Delphi-ronde.

3.2.21 Stelling 21

Stelling 21: Een persoon mag nooit – in geen enkele omstandigheid – langer dan 24u mechanisch worden gefixeerd.

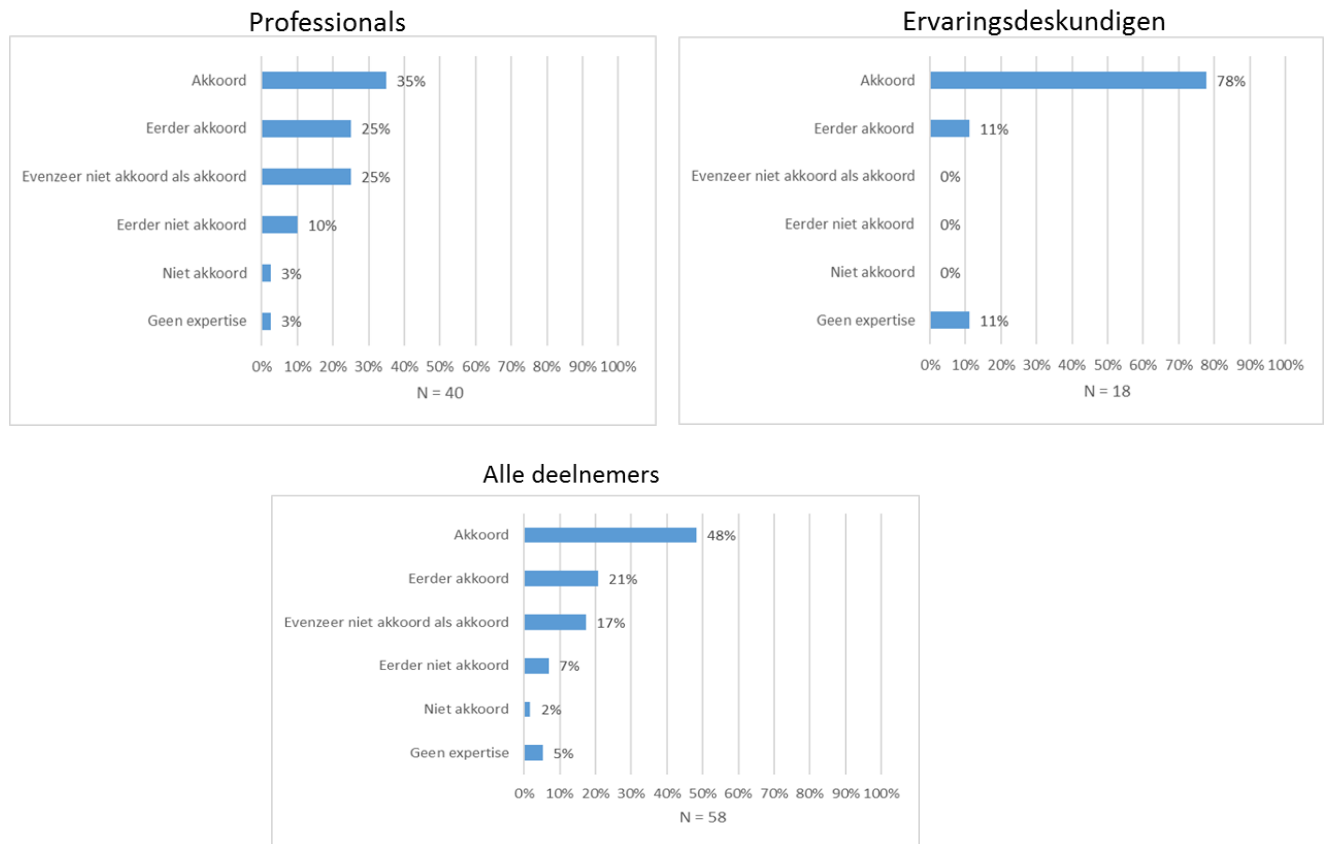


Figuur 50 Stelling 21 - maximale tijdsduur mechanische fixatie

De professionals gaan voor 67.5% (eerder) akkoord met de stellingen. Bij de ervaringsdeskundigen gaat 73.3% (eerder) akkoord met de stelling. De stelling bereikt in beide panels het consensuscriterium van 65% en wordt hiermee aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.22 Stelling 22

Stelling 22: Voer bij een persoon die mechanisch werd gefixeerd minstens elke 10 minuten observaties uit in zijn fysieke aanwezigheid (dus bijvoorbeeld niet via een camera of door een raampje van de deur).



Figuur 51 Stelling 22 - observaties in fysieke aanwezigheid

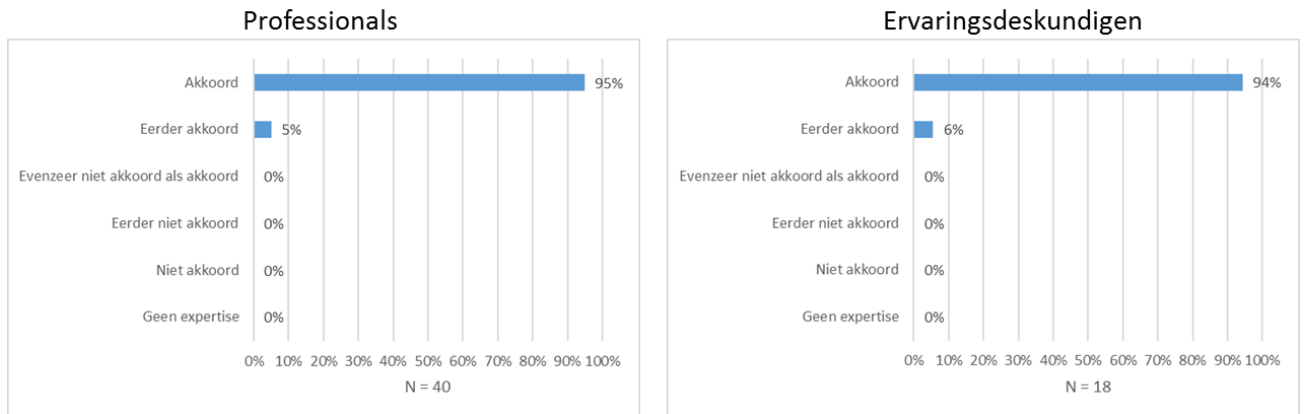
Er is minder eensgezindheid tussen de twee panels over de stelling om observaties in fysieke aanwezigheid door te voeren. Het consensuscriterium van 65% wordt niet bereikt in het panel van de professionals, met 61.5% dat (eerder) akkoord gaat. De mediaan bij de professionals is 4. Er is een betekenisvol verschil in mediaan tussen de GGZ-professionals (jongeren én volwassenen) en de VAPH-professionals, met respectievelijk een mediaan van 4 en 3.

In het panel van de ervaringsdeskundigen gaat 100% (eerder) akkoord met de stelling; de mediaan is gelijk aan 5. Er is dus geen betekenisvol verschil in de mediaan tussen de panels. Over beide panels heen gaan 72.7% van de deelnemers (eerder) akkoord met de stelling.

Doordat maar binnen één van de twee panels het consensuscriterium bereikt wordt, wordt de stelling niet aanvaard. Een herwerkte stelling wordt opnieuw voorgelegd in de tweede Delphi-ronde.

3.2.23 Stelling 23

Stelling 23: Evalueer tijdens observaties ook het effect van de mechanische fixatie.

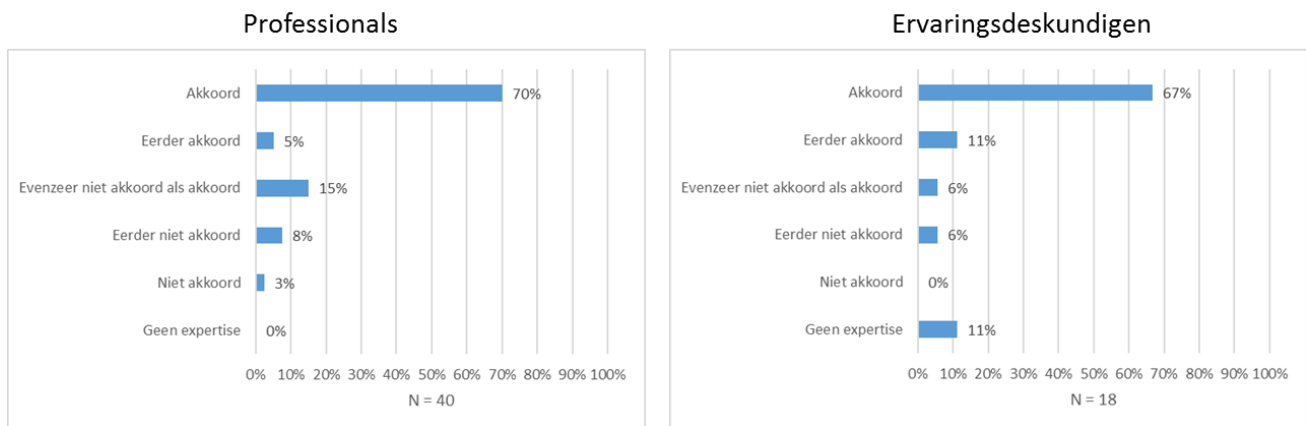


Figuur 52 Stelling 23 - evalueer het effect

In beide panels gaan alle deelnemers (eerder) akkoord met de stelling. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.24 Stelling 24

Stelling 24: Breng tijdens de observaties de zorggebruiker op de hoogte van het effect van de mechanische fixatie.

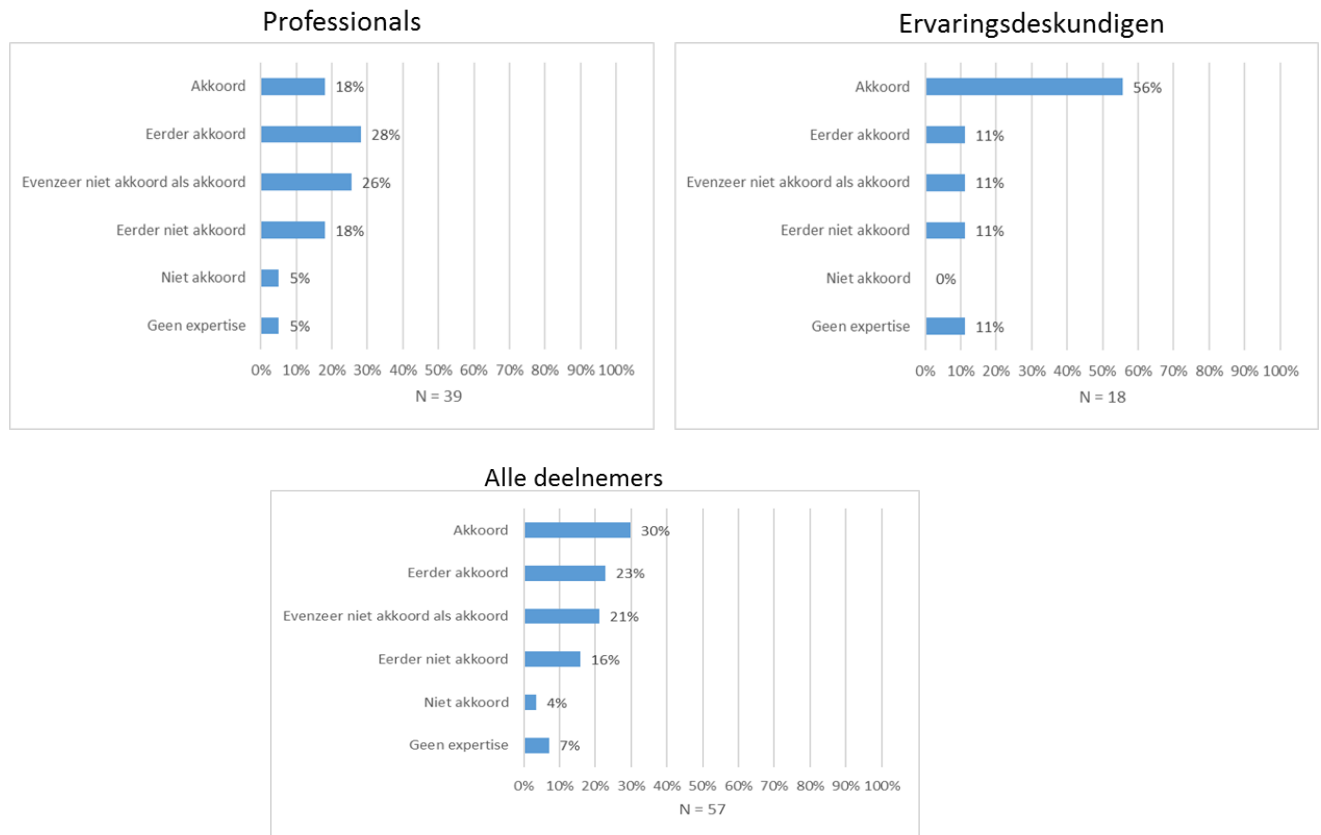


Figuur 53 Stelling 24 - meedelen effect

Vijfenzeventig procent van de professionals gaat (eerder) akkoord met de stelling en 87.5% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. Het consensuscriterium (65%) wordt in de twee panels behaald en de stelling wordt daarom aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.25 Stelling 25

Stelling 25: Registreer minstens elke 10 minuten de bevindingen van zowel de observaties als de evaluaties van de mechanische fixatie.



Figuur 54 Stelling 25 - registreren

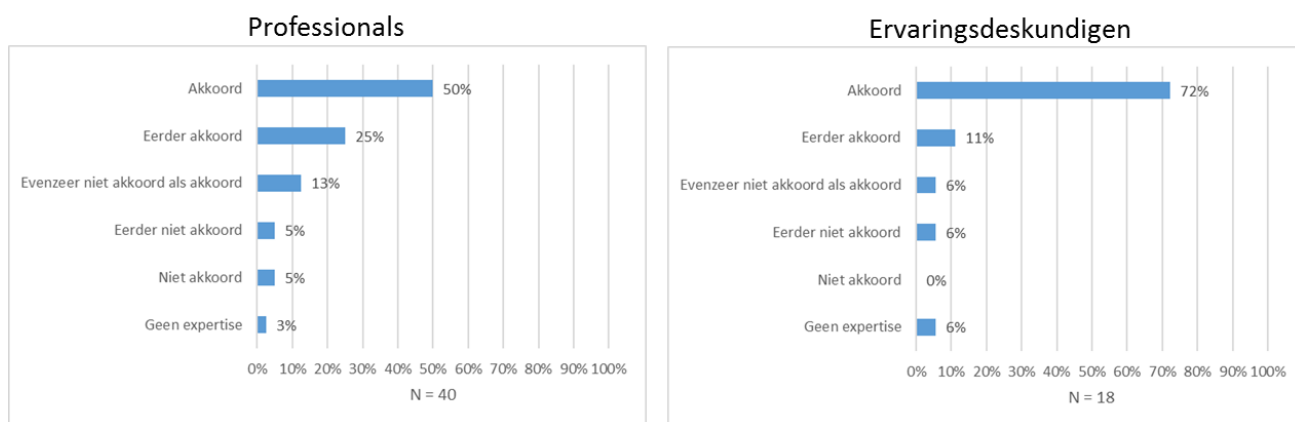
Er is minder eensgezindheid over de stelling betreffende registratie van observaties en evaluaties tussen de professionals en de ervaringsdeskundigen. Bij de professionals gaat 48.6% (eerder) akkoord en wordt het consensuscriterium van 65% niet bereikt. De mediaan is gelijk aan 3. Tussen de groepen van professionals is er een verschil in mediaan tussen de professionals werkzaam binnen een jongeren GGZ-voorziening (mediaan = 4) en de professionals werkzaam in een volwassen GGZ-voorziening of VAPH-voorziening (mediaan = 3).

Bij de ervaringsdeskundigen wordt het consensuscriterium wel bereikt, met 75% van de ervaringsdeskundigen die (eerder) akkoord gaan. De mediaan is gelijk aan 5. Over beide panels heen gaat 56.6% (eerder) akkoord met de stelling.

Doordat maar één panel het consensuscriterium bereikt, wordt de stelling niet aanvaard. De stelling wordt aangepast aan de opmerkingen van de deelnemers en wordt opnieuw voorgelegd in de tweede Delphi-ronde.

3.2.26 Stelling 26

Stelling 26: Observeer en evalueer vaker dan eens per 10 minuten, indien er sprake is van een extra kwetsbaarheid bij de persoon die mechanisch is gefixeerd.

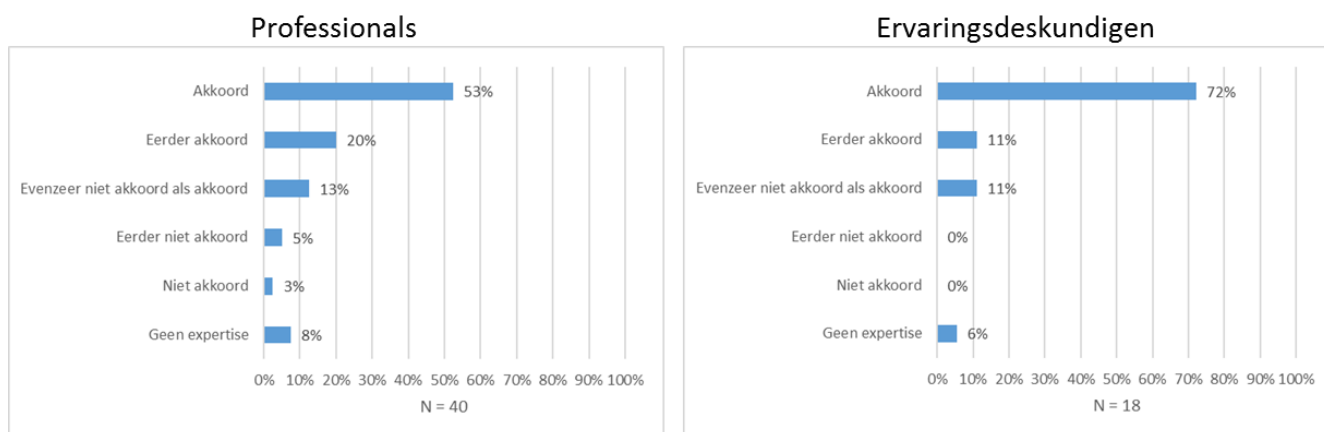


Figuur 55 Stelling 26 - observeren bij kwetsbare personen

In het panel van de professionals gaat 76.9% (eerder) akkoord met de stelling. Bij de ervaringsdeskundigen gaat 88.3% (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.27 Stelling 27

Stelling 27: Controleer tijdens mechanische fixatie het bewustzijn, de hartslag, de ademhaling, de bloeddruk en het bewegingsbereik van de ledematen van de persoon.

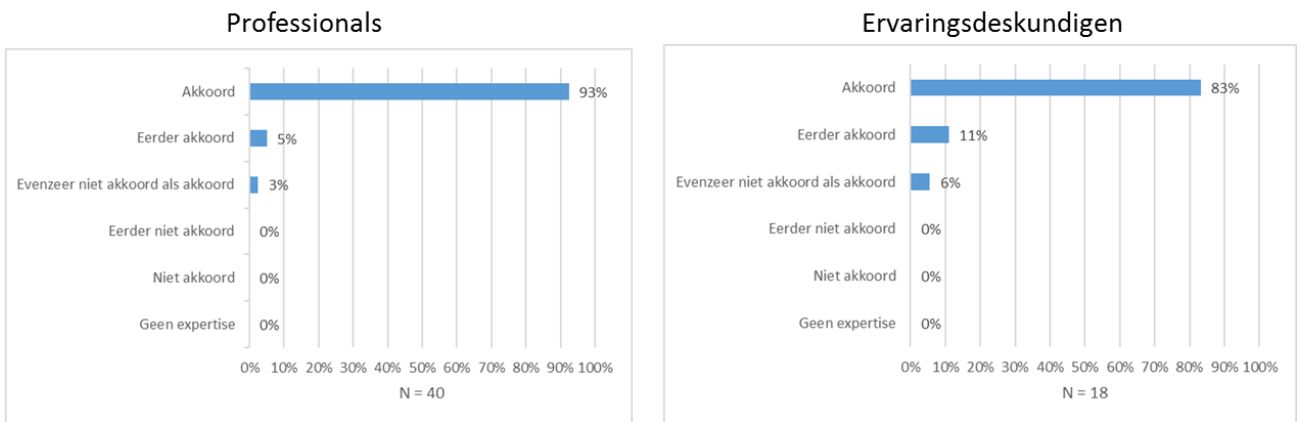


Figuur 56 Stelling 27 - controleren vitale functies

Van de professionals gaat 78.4% (eerder) akkoord met de stelling en 88.3% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt dus aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.28 Stelling 28

Stelling 28: Controleer tijdens mechanische fixatie of de gebruikte materialen niet te strak zitten, en of er een verandering van houding nodig is.

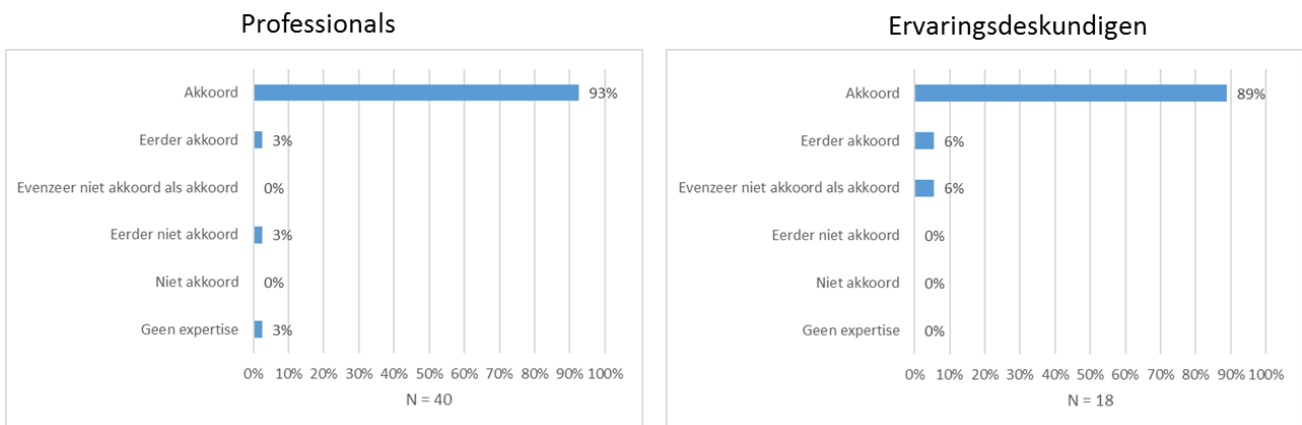


Figuur 57 Stelling 28 - controleren materiaal en houding

Van de professionals gaat 97.5% (eerder) akkoord met de stelling en 94.4% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord met de stelling. Het consensuscriterium van 65% wordt in beide panels behaalt en de stelling wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.29 Stelling 29

Stelling 29: Observeer en evalueer bij mechanisch gefixeerde personen altijd het niveau van agitatie, agressie en gewelddadig gedrag.

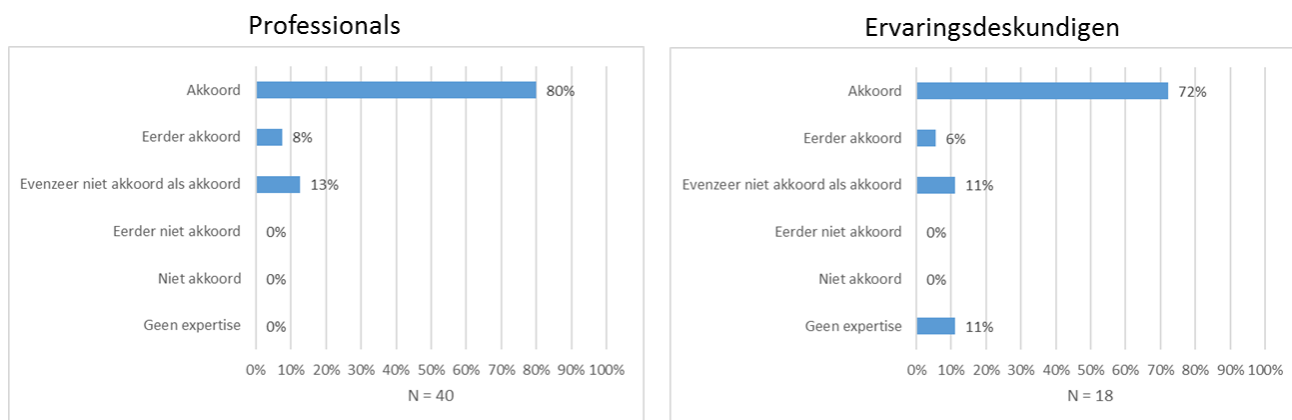


Figuur 58 Stelling 29 - evalueer gedrag

Binnen het panel van de professionals gaat 97.5% (eerder) akkoord met de stelling. Het ervaringsdeskundigen-panel stemt voor 94.5% in met de stelling. Gezien beide panels het consensuscriterium van 65% behalen, wordt de stelling aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.30 Stelling 30

Stelling 30: Vertel de persoon die de mechanische fixatie ondergaat, dat deze maatregel wordt beëindigd zodra zijn of haar gedrag niet langer een ernstig gevaar voor zichzelf of anderen vormt.

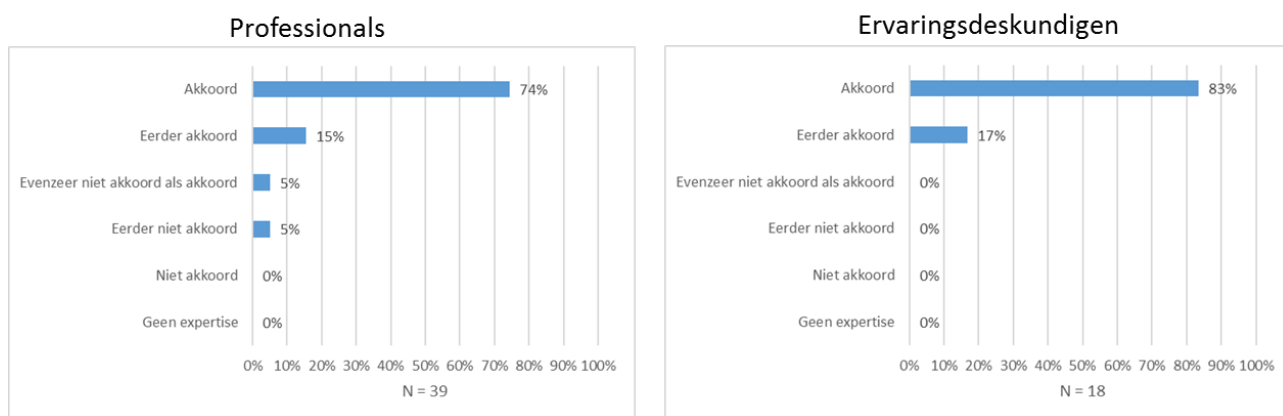


Figuur 59 Stelling 30 - meedelen stoppen interventie

Van de professionals gaat 87.5% (eerder) akkoord met de stelling en 87.6% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.31 Stelling 31

Stelling 31: Voorkom bij het gebruik van mechanische fixatie dat de zorggebruiker (gedeeltelijk) ontkleed raakt, doordat zijn/haar persoonlijke kledij bijvoorbeeld scheurt of niet op de juiste plaats blijft zitten.

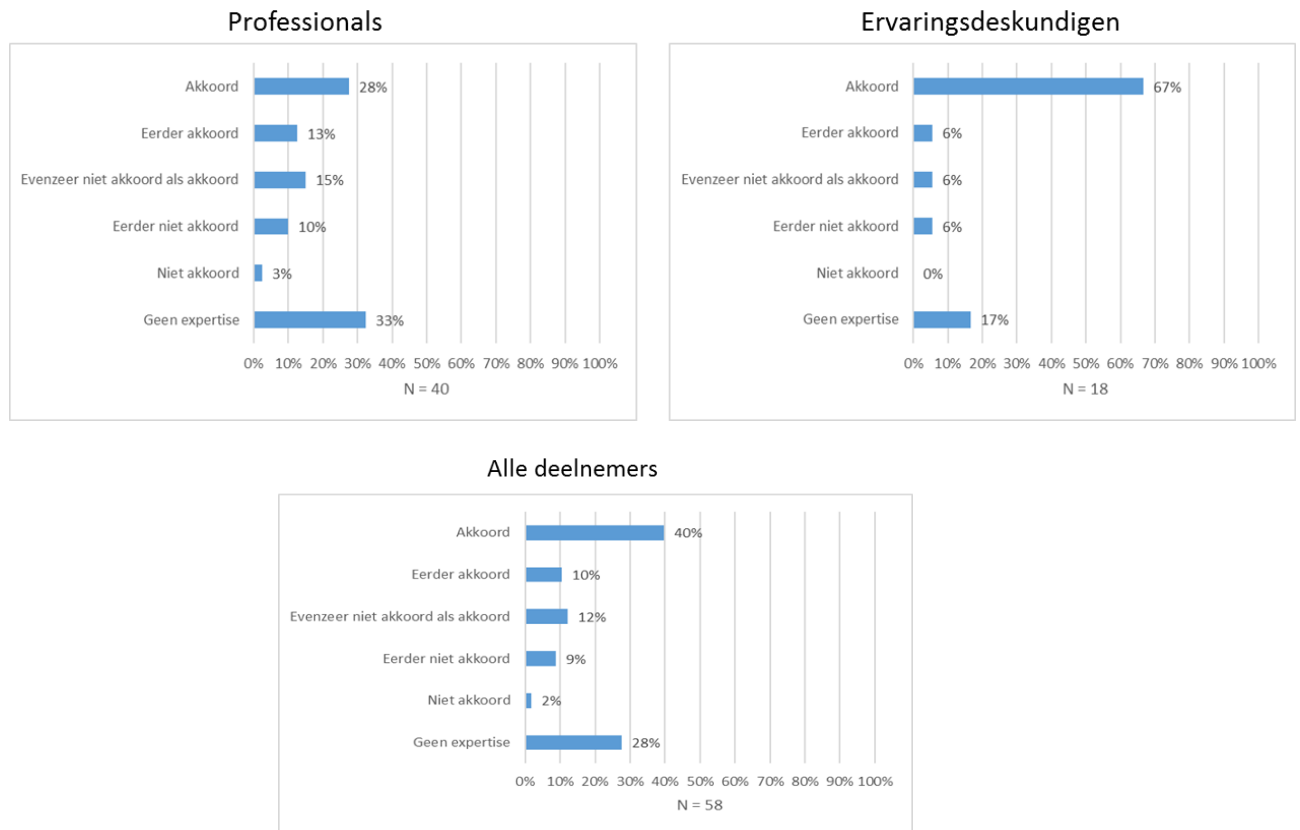


Figuur 60 Stelling 31 - voorkomen ontkleding

Honderd procent van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord met de stelling en 89.8% van de professionals gaat (eerder) akkoord. Beide panels halen het consensuscriterium van 65% en hiermee is de stelling aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.32 Stelling 32

Stelling 32: Pas geen mechanische fixatie toe bij kinderen van 12 jaar of jonger.



Figuur 61 Stelling 32 - leeftijd

Bij deze stelling geven 16 deelnemers aan geen expertise te hebben over de stelling. Het gaat hierbij om 13 professionals en 3 ervaringsdeskundigen. Er zijn uiteenlopende meningen over de stelling. Binnen het panel van de professionals gaat 59.2% (eerder) akkoord, met een mediaan van 4. Binnen dit panel wordt het consensuscriterium niet bereikt.

Binnen het ervaringsdeskundigen-panel wordt het consensuscriterium wel bereikt, met 86.7% van de ervaringsdeskundigen die (eerder) akkoord gaan. De mediaan is gelijk aan 5 voor dit panel. Er is dus geen betekenisvol verschil in mediaan tussen de panels. Over beide panels heen gaat 69.1% van de deelnemers (eerder) akkoord met de stelling.

Doordat enkel bij de ervaringsdeskundigen het consensuscriterium van 65% bereikt wordt, wordt de stelling niet aanvaard. Na herwerking, wordt de stelling opnieuw voorgelegd in de tweede Delphi-ronde.

3.3 Afzondering

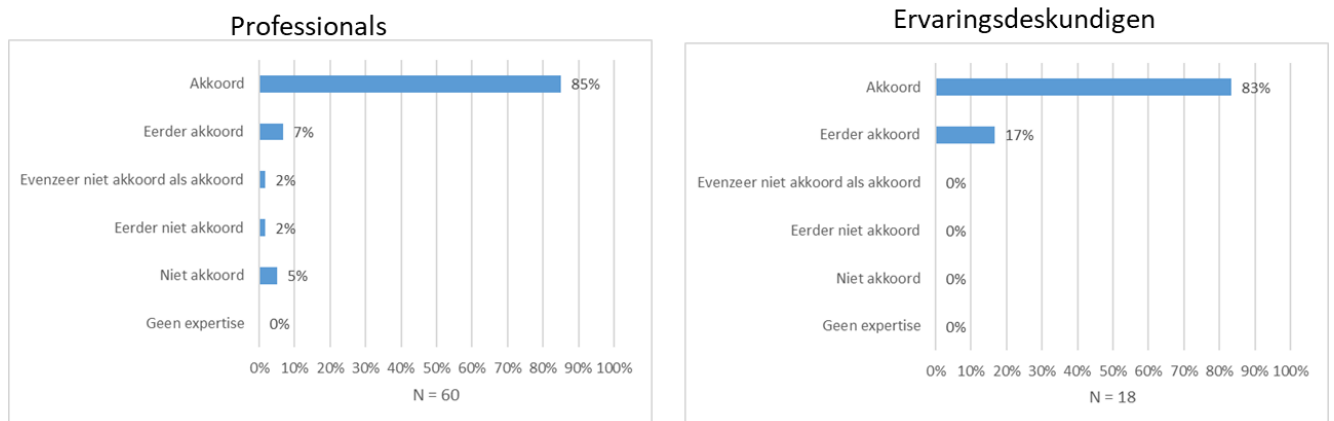
Alle ervaringsdeskundigen kregen de stellingen rond afzondering voorgelegd. Eveneens alle professionals kregen de stelling rond afzondering voorgelegd, daar niemand van hen aangaf dit niet toe te passen binnen hun voorziening.

Berekening percentage deelnemers dat (eerder) akkoord gaat met de betreffende stelling = percentage instemming

Per stelling wordt in een figuur - zowel voor de expert-professionals als voor de ervaringsdeskundigen - per antwoordmogelijkheid het percentage deelnemers weergegeven dat deze antwoordmogelijkheid heeft aangekruist, dus ook het percentage deelnemers dat aangaf geen expertise te hebben met betrekking tot de stelling. Bij de berekening van het percentage deelnemers dat (eerder) akkoord ging met de stelling (= percentage instemming) werden de deelnemers die aangaven geen expertise te hebben buiten beschouwing gelaten.

3.3.1 Stelling 1

Stelling 1: Geef mensen de kans om zelf naar de afzonderingskamer te gaan.

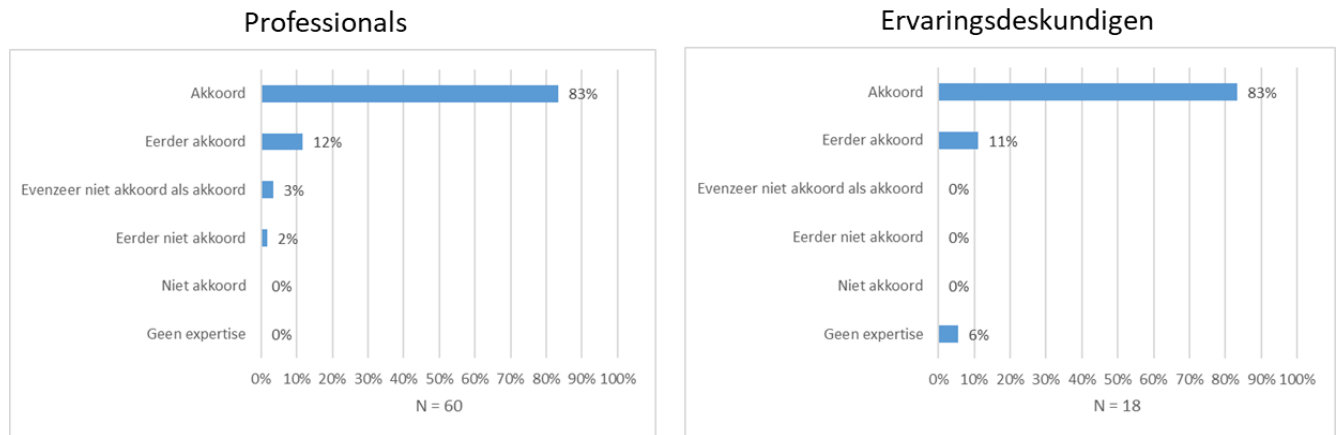


Figuur 62 Stelling 1 - zelf naar afzonderingskamer

Van de professionals gaat 91.7% (eerder) akkoord gaan en 100% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt daarom aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.3.2 Stelling 2

Stelling 2: Indien de zorggebruiker zelfstandig meegaat naar de afzonderingskamer mag verbaal verzet geen aanleiding geven tot bijkomende fysieke interventies.

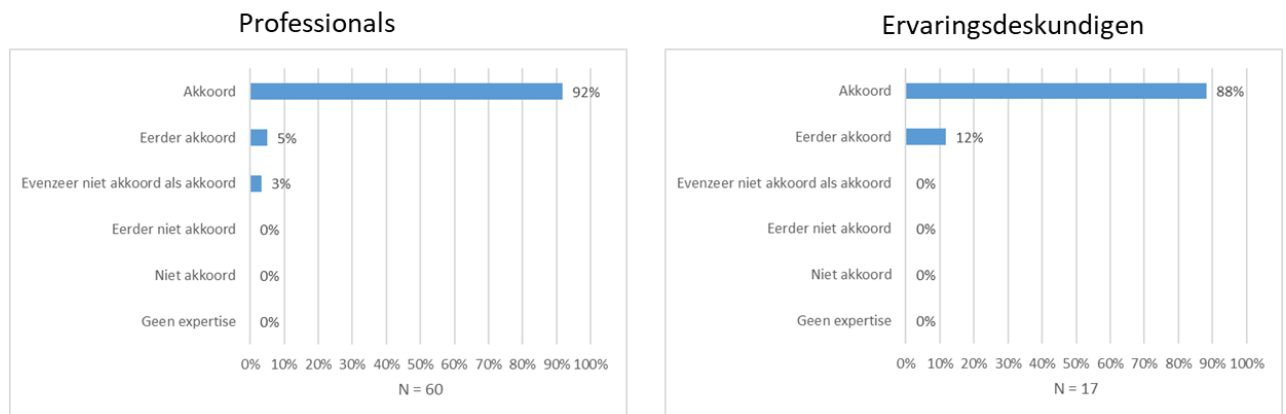


Figuur 63 Stelling 2 - zelfstandig en verbaal verzet

Honderd procent van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord met de stelling. Van de professionals gaat 95% (eerder) akkoord. Het consensuscriterium van 65% wordt in beide panels bereikt en de stelling wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.3.3 Stelling 3

Stelling 3: Zorg ervoor dat tijdens het toepassen van afzondering één hulpverlener uitleg geeft aan de betreffende persoon; dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijk mogelijk.

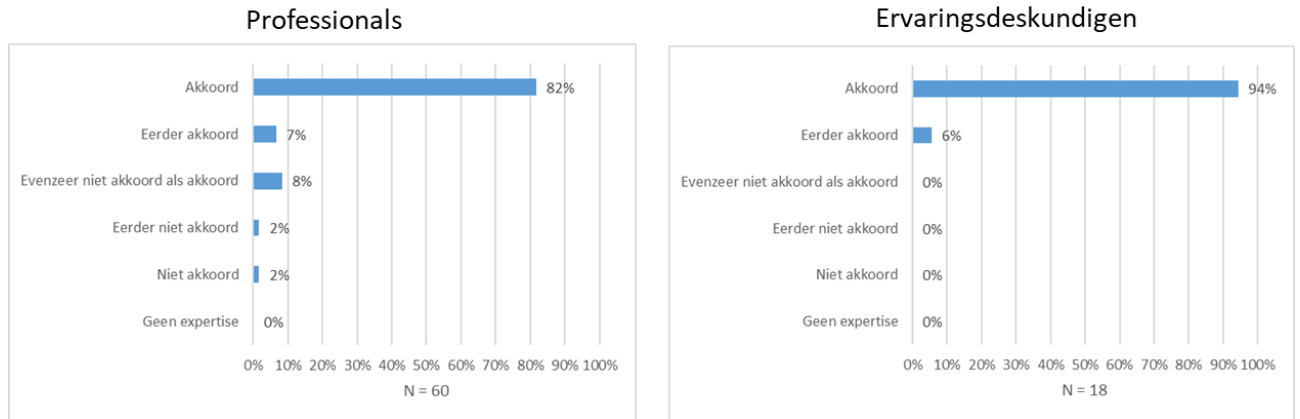


Figuur 64 Stelling 3 - uitleg geven

In het panel van de professionals gaat 96.7% (eerder) akkoord met de stelling. In het panel van de ervaringsdeskundigen is dit 100%. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.3.4 Stelling 4

Stelling 4: Vertel de persoon die wordt afgezonderd, dat de afzondering wordt beëindigd zodra zijn of haar gedrag niet langer een ernstig gevaar voor zichzelf of anderen vormt.

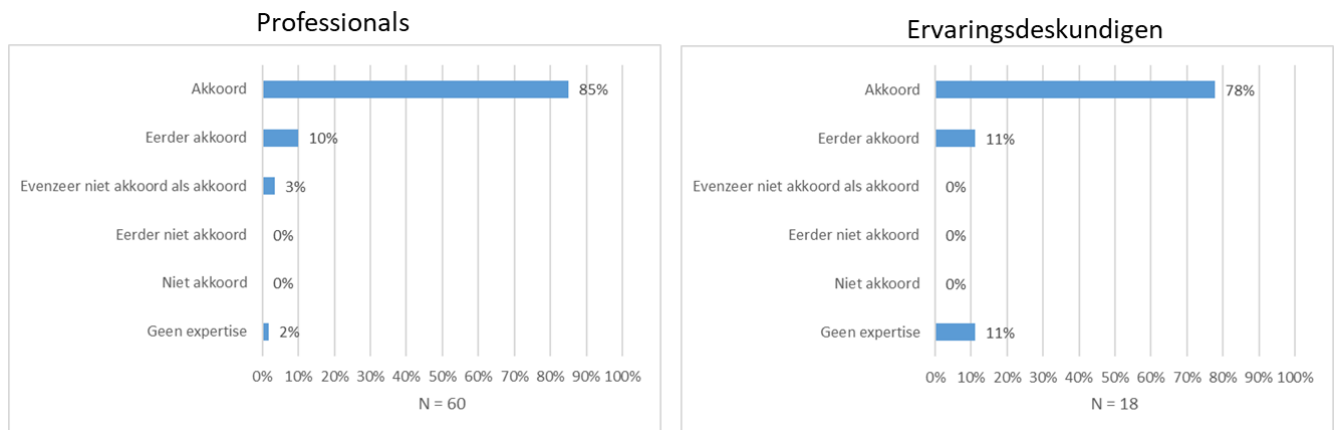


Figuur 65 Stelling 4 - meedelen stoppen interventie

Honderd procent van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord met de stelling. Bij de professionals gaat (88.4% (eerder) akkoord. De beide panels behalen het consensuscriterium van 65% en de stelling wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.3.5 Stelling 5

Stelling 5: Hanteer verbale de-escalatietechnieken, zelfs als een persoon reeds afgezonderd is.

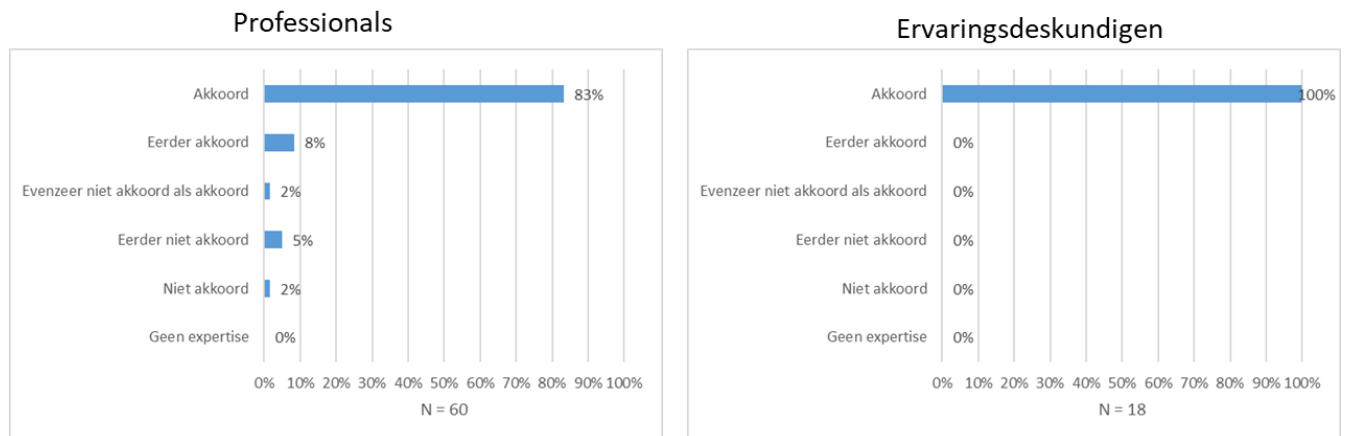


Figuur 66 Stelling 5 - verbale de-escalatietechnieken

Van de professionals gaat 96.6% (eerder) akkoord met de stelling en 100% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. In beide panels wordt het consensuscriterium van 65% behaald en de stelling wordt hiermee aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.3.6 Stelling 6

Stelling 6: Klop op de deur vooraleer je een afzonderingskamer betreedt.

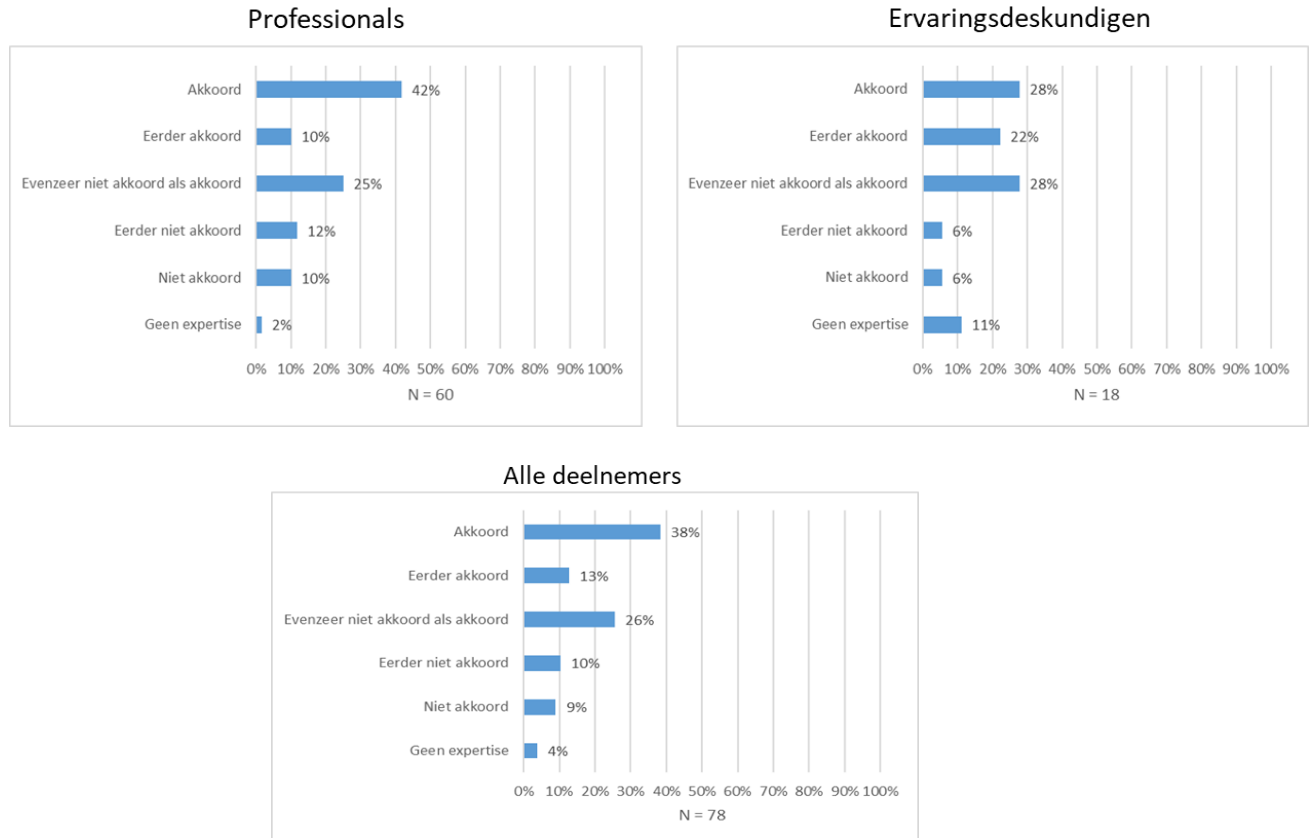


Figuur 67 Stelling 6 - op de deur kloppen

Van de professionals gaat 91.6% (eerder) akkoord met de stelling. In het panel van de ervaringsdeskundigen stemmen alle ervaringsdeskundigen in met de stelling (100%). De stelling behaalt het consensus-criterium van 65% in beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.3.7 Stelling 7

Stelling 7: Zorg dat afzondering standaard niet langer dan 1 uur duurt.



Figuur 68 Stelling 7 - tijdsduur afzondering

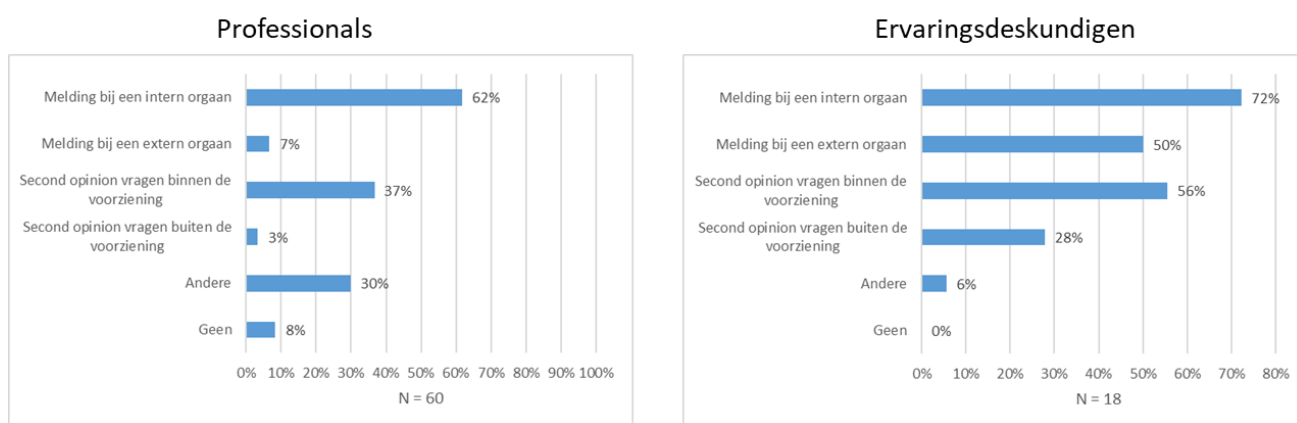
Er zijn uiteenlopende meningen over de standaard tijdsduur van afzondering – dit is de tijdsduur waarnaar gestreefd dient te worden - binnen de twee panels alsook tussen de panels. In het panel van de professionals gaat 52.6% eerder akkoord, met een mediaan van 4. Er is bovendien een verschil in mediaan tussen de beroepsgroepen van de professionals. De professionals werkzaam binnen GGZ-voorzieningen van jongeren (mediaan = 3) verschillen van de andere beroepsgroepen (mediaan = 4 of 5).

In het panel van de ervaringsdeskundigen gaat 56.3% akkoord met de stelling, met een mediaan van 4. Er is geen betekenisvol verschil in de mediaan tussen de twee panels. Over beide panels heen gaat 53.3% van alle deelnemers (eerder) akkoord met de stelling.

In geen van beide panels wordt het consensuscriterium van 65% bereikt, waardoor de stelling niet aanvaard wordt. Het percentage instemming over de panels heen is echter groter dan 35%, waardoor de stelling meegenomen wordt naar de tweede Delphi-ronde na herwerking.

3.3.8 Stelling 8

Stelling 8: Welke stappen dienen door de hulpverleners ondernomen te worden als de standaard maximale tijdsduur van een afzondering wordt overschreden?

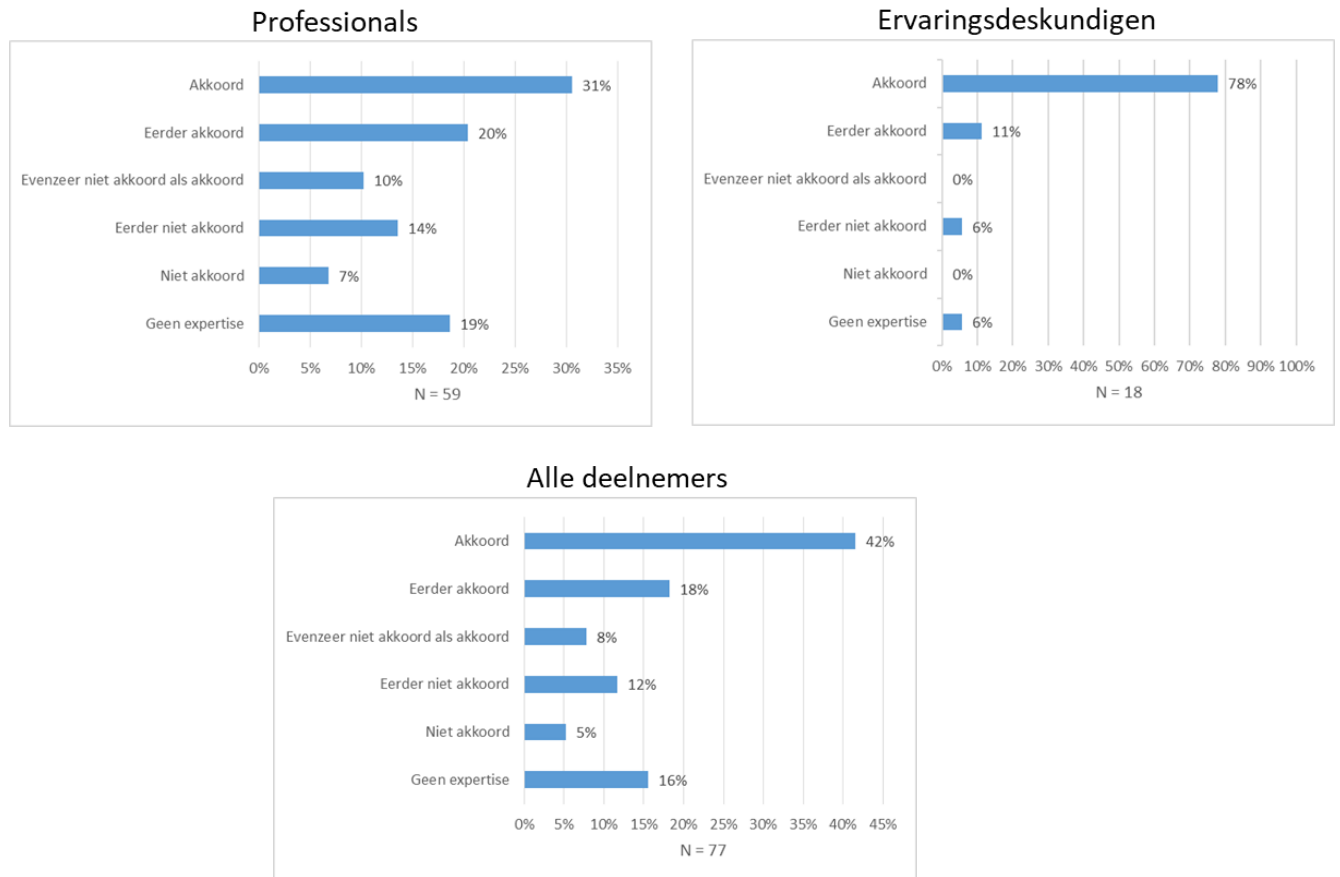


Figuur 69 Stelling 8 - stappen bij overschrijden tijdsduur

Deze stelling is één van de drie stellingen die een ander format heeft dan alle andere stellingen. Er wordt een open vraag gesteld en de deelnemers kunnen kiezen hoeveel antwoordmogelijkheden ze aanduiden. Hierdoor ligt het totaal percentage – opgeteld over alle antwoordmogelijkheden - hoger dan 100%. De onderzoekers kozen ervoor om de twee antwoorden die in beide groepen het meest aangekruist werden - de melding bij een intern orgaan en het vragen van een second opinion binnen de voorziening - te gebruiken voor het formuleren van een nieuwe stelling voor afzondering voor de tweede Delphi-ronde.

3.3.9 Stelling 9

Stelling 9: Indien een afzondering van meerdere uren niet vermeden kan worden, dient de afgezonderde persoon minstens elke vier uur fysiek en psychiatrisch onderzocht te worden door een arts, met het oog op de tijdige behandeling of rapportage van mogelijke fysieke verwondingen of emotioneel trauma.



Figuur 70 Stelling 9 - fysiek en psychiatrisch onderzoek

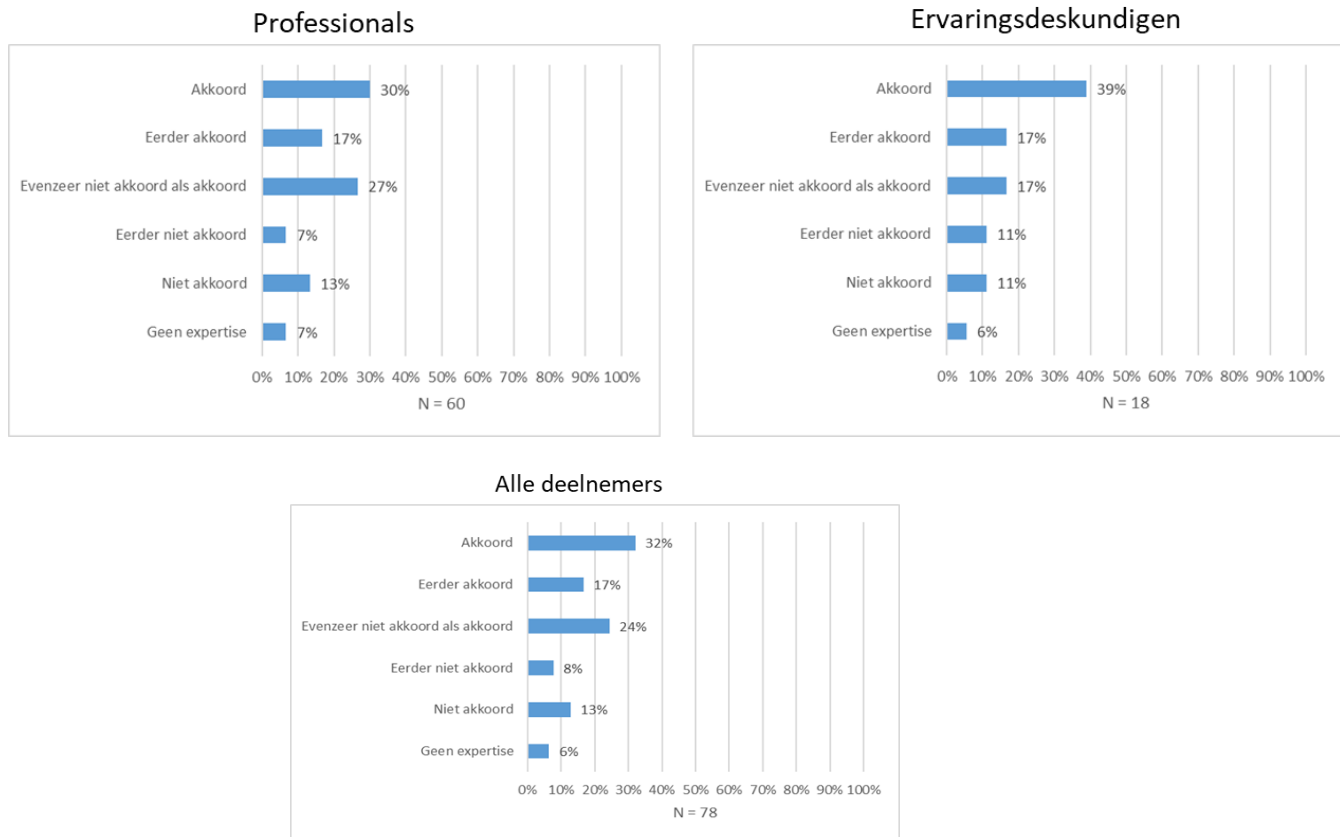
Binnen het panel van professionals zijn er uiteenlopende meningen over het toepassen van een fysiek en psychiatrisch onderzoek bij een langdurige afzondering. Eveneens tussen het panel van professionals en het panel van ervaringsdeskundigen zijn de meningen verschillend. In het panel van de professionals wordt het consensuscriterium van 65% net niet bereikt met 62.5% dat (eerder) akkoord gaat. De mediaan is gelijk aan 4. Tussen de groepen, ingedeeld volgens de sector waar de professional werkzaam is, is er een verschil in mediaan tussen professionals werkzaam in jongeren GGZ-voorzieningen (mediaan = 3) en de andere drie subgroepen (mediaan = 4 of 5).

In het panel van de ervaringsdeskundigen is er meer eensgezindheid over de stelling, met 94.2% dat (eerder) akkoord gaat. De mediaan is gelijk aan 5. Er is dus geen betekenisvol verschil in mediaan tussen de ervaringsdeskundigen en professionals. Over beide panels heen gaat 70.7% van alle deelnemers (eerder) akkoord met de stelling.

In één van de panels, nl. bij de professionals, wordt het consensuscriterium van 65% niet bereikt, waardoor de stelling niet aanvaard wordt. De stelling wordt aangepast voor de tweede Delphi-ronde.

3.3.10 Stelling 10

Stelling 10: Een persoon mag nooit – in geen enkele omstandigheid – langer dan 24u worden afgezonderd.



Figuur 71 Stelling 10 - maximale tijdsduur afzondering

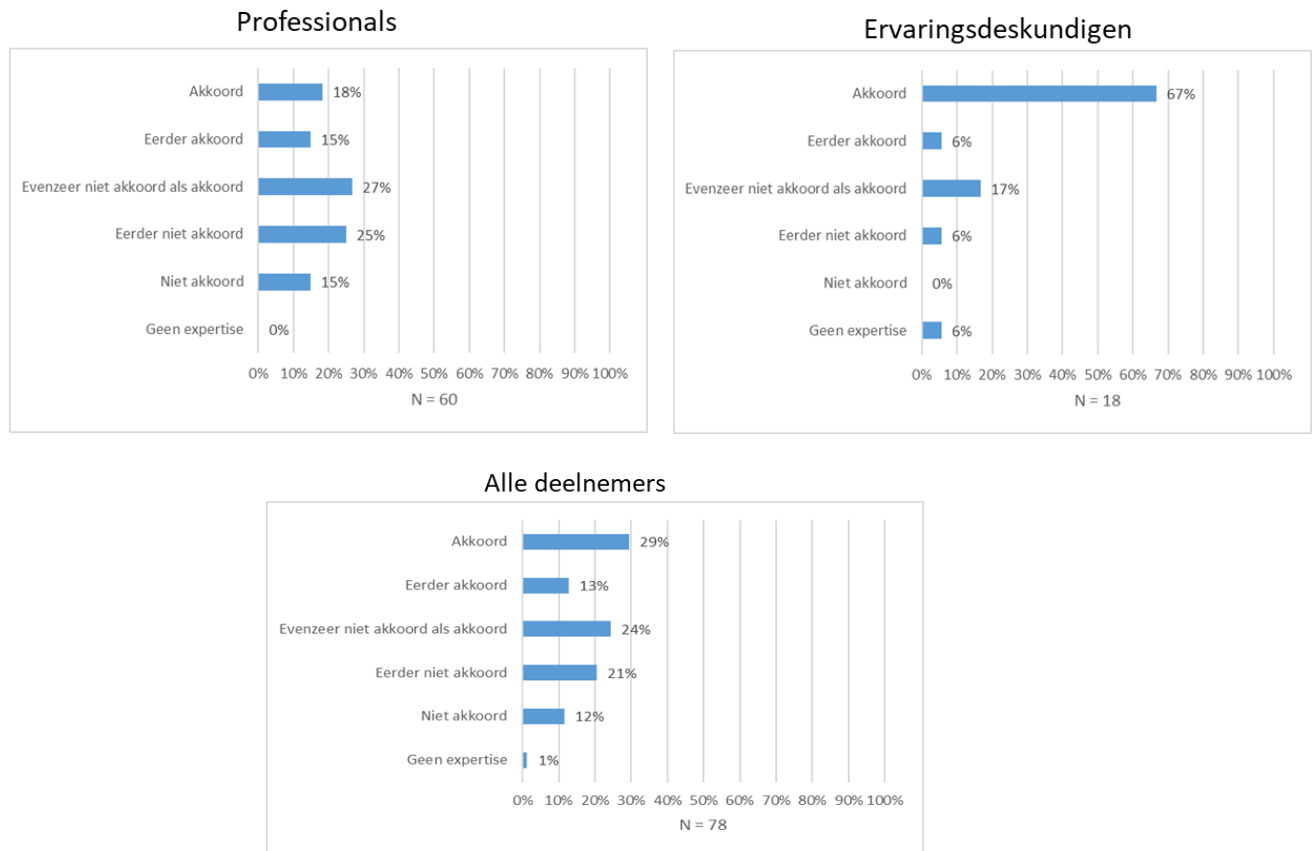
Zowel binnen de panels afzonderlijk alsook tussen beide panels zijn er uiteenlopende meningen over de maximale tijdsduur van afzondering. Bij de professionals gaat 49% (eerder) akkoord; de mediaan bedraagt 3.5. In dit panel wordt het consensuscriterium van 65% niet bereikt. Er is een klein betekenisvol verschil tussen de beroepsgroepen. Bij de professionals werkzaam in de bijzondere jeugdhulp alsook professionals die werken in GGZ-voorzieningen met jongeren is de mediaan 3. Bij de professionals uit de VAPH en professionals werkzaam binnen volwassen-GGZ bedraagt de mediaan respectievelijk 4.5 en 4.

Eveneens binnen het panel van de ervaringsdeskundigen zijn er uiteenlopende meningen, met 58.8% van de ervaringsdeskundigen die (eerder) akkoord gaan met de stelling. De mediaan is gelijk aan 4. Het verschil in mediaan tussen beide panels is niet betekenisvol. Over beide panels heen gaat 42% van alle deelnemers (eerder) akkoord met de maximale tijdsduur.

Het consensuscriterium van 65% wordt in beide panels niet behaald, de stelling wordt niet aanvaard. In deze situatie wordt er, volgens het hierboven beschreven stappenplan van de kwantitatieve analyse (zie hoofdstuk 3, 2.1), gekeken naar het percentage instemming over beide panels heen. Dit situeert zich tussen 35 en 50%, met 42% instemming, waardoor de stelling wordt herwerkt voor de tweede Delphi-ronde.

3.3.11 Stelling 11

Stelling 11: Voer tijdens afzondering minstens elke 10 minuten observaties uit in de fysieke aanwezigheid van de zorggebruiker.



Figuur 72 Stelling 11 - observaties in fysieke aanwezigheid

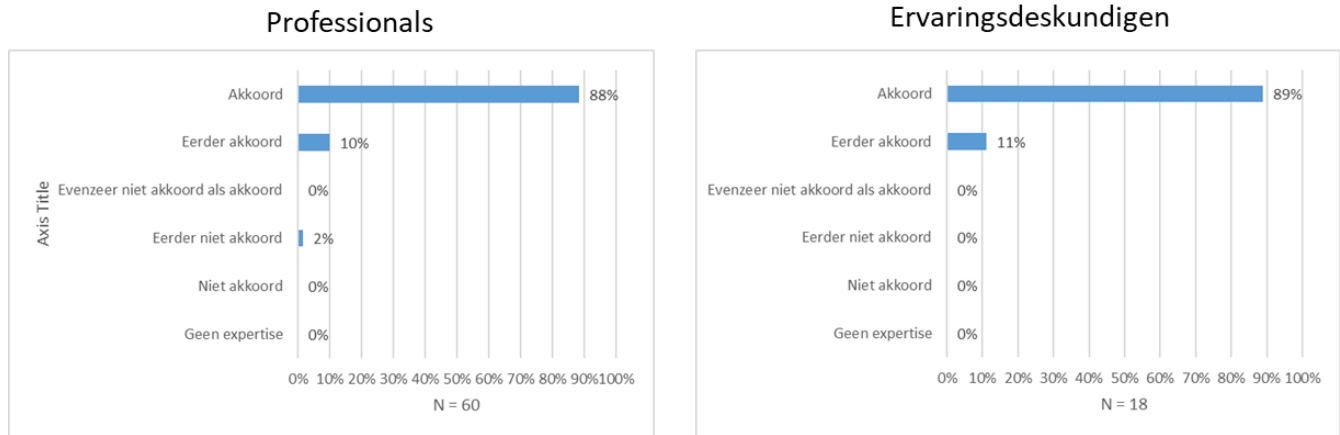
Eveneens over de observaties in fysieke aanwezigheid van de zorggebruiker zijn er uiteenlopende meningen tussen de panels. Bij de professionals gaat 33.3% (eerder) akkoord; de mediaan bedraagt 3. Buiten bij de professionals uit de VAPH-sector (mediaan = 2), is de mediaan in de andere subgroepen van professional gelijk aan 3.

In het panel van de ervaringsdeskundigen geeft 76.5% aan (eerder) akkoord te gaan met de stelling. Over beide panels heen geeft 42.9% aan (eerder) akkoord te zijn met de stelling.

Het consensuscriterium wordt enkel in één panel bereikt en wordt hierdoor niet aanvaard. De herwerkte stelling wordt opnieuw voorgelegd in de tweede Delphi-ronde.

3.3.12 Stelling 12

Stelling 12: Evalueer bij elke observatie ook het effect van de afzondering.

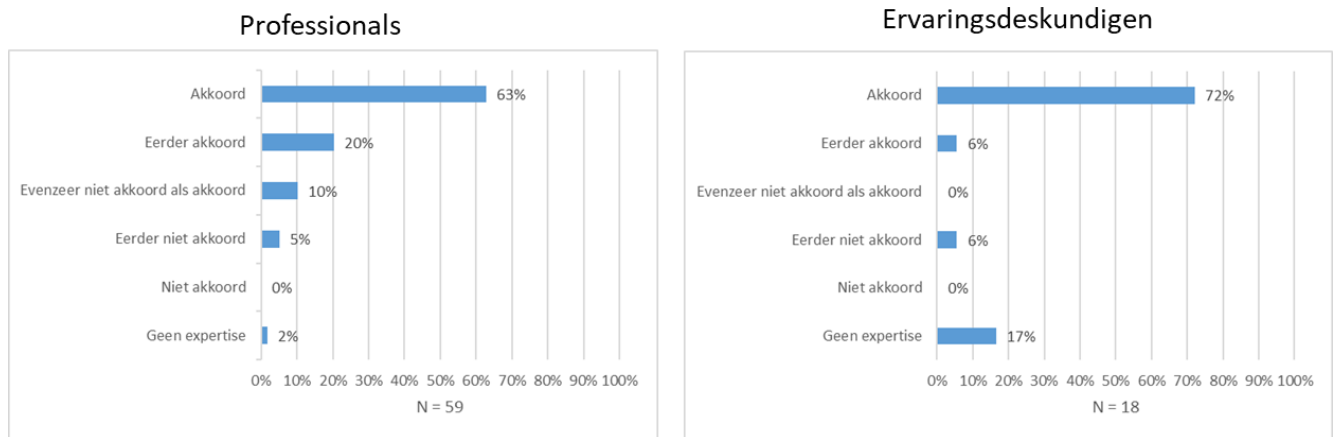


Figuur 73 Stelling 12 - evalueer het effect

Van de professionals gaat 98.3% (eerder) akkoord met de stelling. Bij de ervaringsdeskundigen is dit 100%. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.3.13 Stelling 13

Stelling 13: Breng tijdens de observaties de zorggebruiker op de hoogte van het effect van de afzondering.

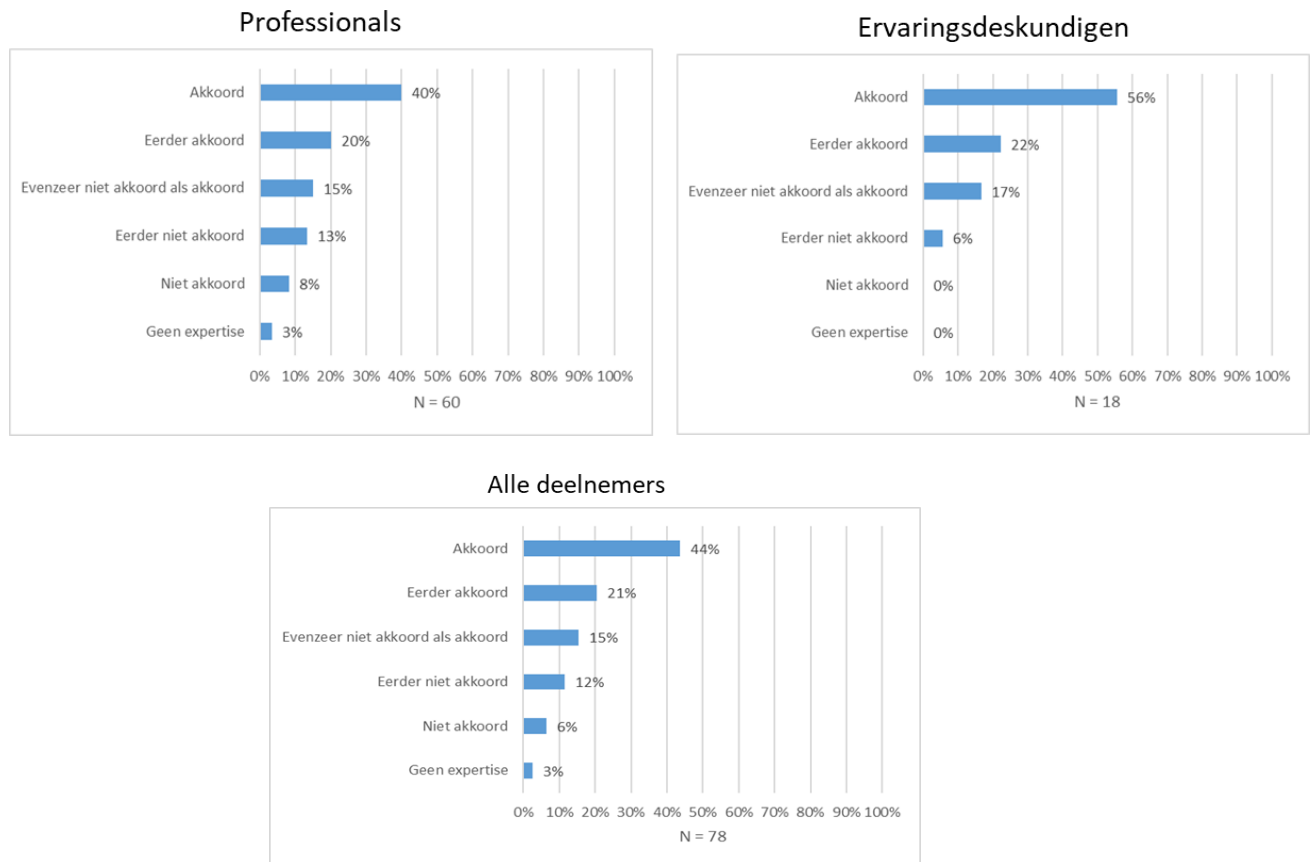


Figuur 74 Stelling 13 - meedelen effect

Bij de professionals gaat 84.5% (eerder) akkoord met de stelling. In het panel van de ervaringsdeskundigen is dit 93.4%. Het consensuscriterium van 65% wordt in beide panels bereikt. De stelling wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.3.14 Stelling 14

Stelling 14: Registreer minstens elke 10 minuten de bevindingen van zowel observaties als evaluaties tijdens de afzondering.



Figuur 75 Stelling 14 – registreren

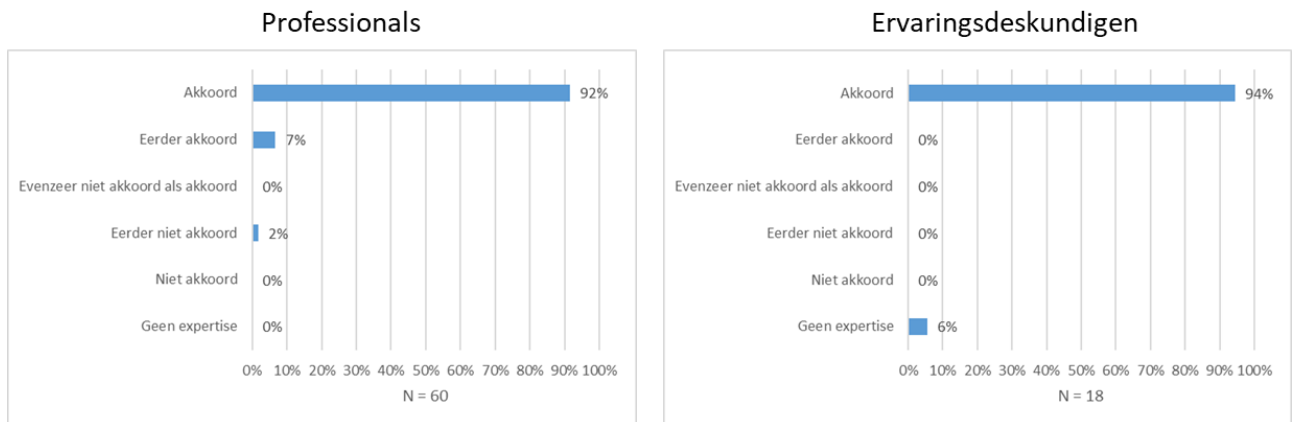
In het panel van de professionals wordt het consensuscriterium van 65% niet bereikt, met 62.1% van de professionals die (eerder) akkoord gaan met de stelling en een mediaan van 4. Daarnaast is er een betekenisvol verschil in mediaan tussen de groepen van professionals ingedeeld volgens de sector waarin ze actief zijn. Bij de professionals uit de VAPH-voorzieningen en volwassen GGZ-voorzieningen bedraagt de mediaan 3. Bij de professionals uit jongeren GGZ-voorzieningen en de brede jeugdhulp is de mediaan gelijk aan 5.

In het panel van de ervaringsdeskundigen gaat 77.8% (eerder) akkoord met de stelling. Over beide panels heen gaan 65.8% van de deelnemers (eerder) akkoord met de stelling.

Het consensuscriterium van 65% wordt enkel in het panel van de ervaringsdeskundigen bereikt, waardoor de stelling niet aanvaard wordt. Na herwerking wordt de stelling opnieuw voorgelegd in de tweede Delphi-ronde.

3.3.15 Stelling 15

Stelling 15: Observeer en evalueer tijdens de afzondering altijd het niveau van agitatie, agressie en gewelddadig gedrag.

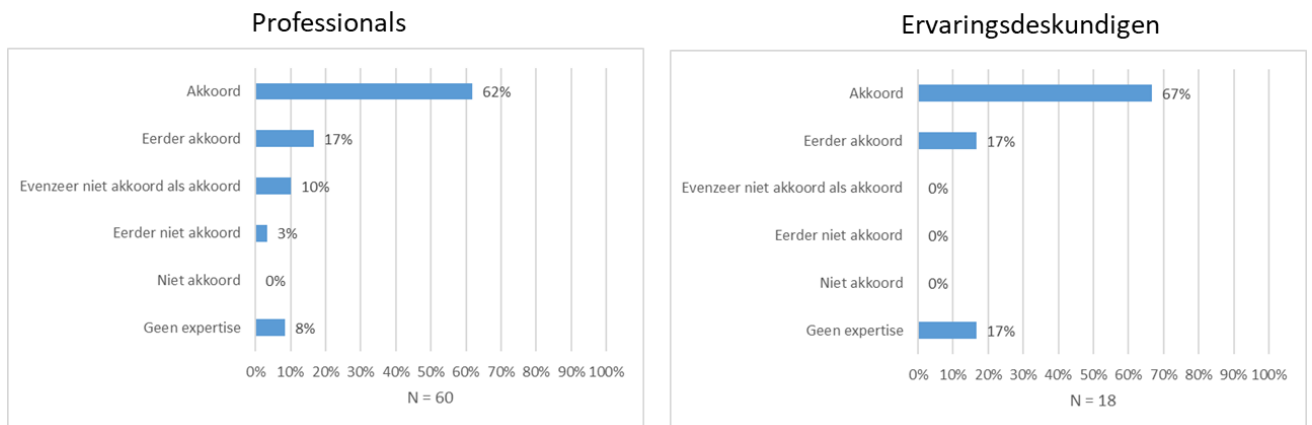


Figuur 76 Stelling 15 - evalueer gedrag

Van de professionals gaat 98.4% (eerder) akkoord met de stelling en 100% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. De stelling behaalt in beide panels het consensuscriterium van 65% en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.3.16 Stelling 16

Stelling 16: Controleer de vitale functies van een persoon in afzondering.

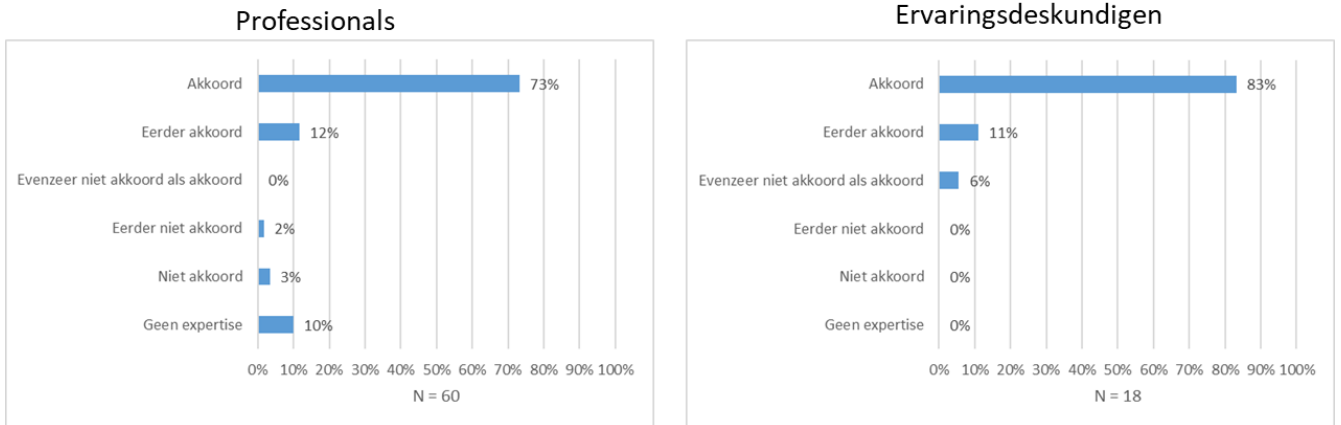


Figuur 77 Stelling 16 - controleren vitale functies

Honderd procent van de ervaringsdeskundigen (deelnemers zonder expertise niet meegerekend), gaat (eerder) akkoord met de stelling en 85.5% van de professionals gaat (eerder) akkoord. Beide panels behalen dus het consensuscriterium van 65% en de stelling wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.3.17 Stelling 17

Stelling 17: Voorzie dagstructuur tijdens afzondering om desoriëntatie te voorkomen.

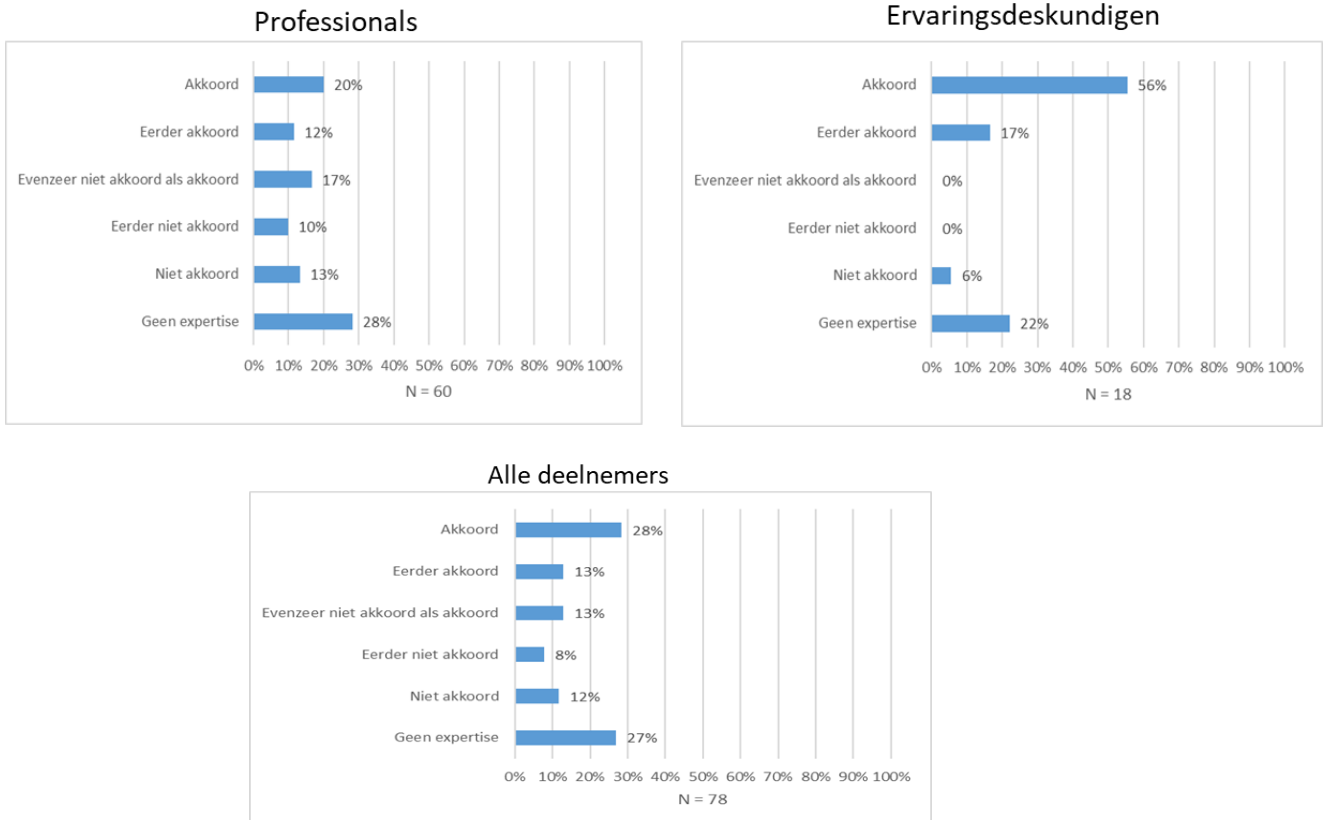


Figuur 78 Stelling 17 – dagstructuur

Van de professionals gaat 94.5% (eerder) akkoord met de stelling en 94.4% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. Het consensuscriterium van 65% wordt in beide panels bereikt en de stelling wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.3.18 Stelling 18

Stelling 18: Pas geen afzondering toe bij kinderen van 12 jaar of jonger.



Figuur 79 Stelling 18 – leeftijd

Van alle deelnemers geven 21 personen aan geen expertise te hebben over de stelling, respectievelijk 17 professionals en 4 ervaringsdeskundigen. Deze deelnemers worden niet opgenomen in de berekening van de percentages. Er zijn uiteenlopende meningen over de leeftijdsgrens van afzondering. In het panel van de professionals gaat 44.2% (eerder) akkoord met de stelling, met een mediaan van 4. In dit panel wordt het consensuscriterium van 65% niet bereikt. Tussen de groepen van professionals, ingedeeld volgens de sector waarin ze actief zijn, is er geen betekenisvol verschil in mediaan: voor alle groepen is deze gelijk aan 3 of 3.5.

In het panel van de ervaringsdeskundigen wordt het consensuscriterium van 65% wel bereikt, met 92.8% van de ervaringsdeskundigen die (eerder) akkoord gaan. Over beide panels heen geeft 46.1% van alle deelnemers aan (eerder) akkoord te gaan met de stelling.

Gezien het consensuscriterium maar in één panel bereikt wordt, wordt de stelling niet aanvaard. De stelling wordt in herwerkt vorm opnieuw voorgelegd in de tweede Delphi-ronde.

4 Aanvulling bij de Delphi studie: Focusgroep met jongeren met ervaring in de jeugdhulp en/of geestelijke gezondheidszorg

Gezien de methode van de Delphi-studie niet geschikt is voor jongeren (-18 jaar) (persoonlijke communicatie, Cachet vzw, 2019), werd de mening van jongeren met ervaring binnen de jeugdhulp en/of geestelijke gezondheidszorg niet bevraagd binnen de Delphi-studie. Hun mening is evenwel belangrijk, gezien de aanbevelingen ook op hen van toepassing zullen zijn.

Om de mening van jongeren over de praktische uitvoering van afzondering en fixatie (met uitzondering van medicamenteuze fixatie) in kaart te brengen, organiseerden de onderzoekers - in samenwerking met Cachet vzw - een focusgroep met jongeren die ervaring hebben binnen de jeugdhulp en/of geestelijke gezondheidszorg. Zes jongeren waarvan de meesten reeds afzondering en/of fixatie hebben moeten ondergaan, namen deel. De focusgroep vond vóór de tweede Delphi-ronde plaats. Zodoende konden enkele stellingen die in de tweede Delphi-ronde opnieuw getoetst zouden worden op de mate van consensus onder de expert-professionals en ervaringsdeskundigen, ook aangepast worden op basis van de mening van deze jongeren. Het was niet haalbaar om alle stellingen die in de tweede Delphi-ronde opnieuw bevraagd zouden worden voor te leggen aan de jongeren. Hiervoor had een serie van focusgroepen moeten georganiseerd worden. Dit was niet haalbaar binnen het verloop van de studie. Daarenboven valt het te betwijfelen of de onderzoekers hiervoor voldoende jongeren hadden kunnen motiveren.

4.1 Methode

De focusgroep werd gestructureerd aan de hand van een vragenlijst die samen met de jongeren werd overlopen. De vragenlijst bestond uit een selectie van stellingen, geformuleerd op maat van de jongeren, die de onderzoekers tijdens de focusgroep met de jongeren wilden bespreken. Voor de selectie van de stellingen werd er gebruik gemaakt van volgende criteria:

- Stellingen die door jongeren anders ervaren zouden kunnen worden dan door volwassenen (bv. de aanwezigheid van een begeleider);
- Stellingen die betrekking hebben op jongeren (bv. de leeftijdsgrens);

- Stellingen die tijdens de eerste Delphi-ronde het consensuscriterium niet bereikten en waarbij de onderzoekers moeilijkheden ondervonden bij de herwerking van de stelling voor de tweede Delphi-ronde doordat de deelnemers tijdens de eerste Delphi-ronde erg verschillende of tegenstrijdige feedback over de stelling hadden gegeven.

Voorafgaand aan het overlopen van de vragenlijst werden de definities van de (dwang)maatregelen toegelicht.

De selectie stellingen die de onderzoekers tijdens de focusgroep met de jongeren wilden bespreken, werden opgedeeld in drie thema's.

1. De leeftijdsgrenzen voor de toepassing van afzondering en fixatie
 - Hulpverleners mogen kinderen van 12 jaar of jonger nooit mechanisch fixeren. Dit wil zeggen dat kinderen van 12 jaar of jonger nooit mogen vastgemaakt worden met mechanische hulpmiddelen zonder dat ze zich zelfstandig kunnen losmaken.
 - Hulpverleners mogen bij kinderen van 12 jaar of jonger een fysieke interventie toepassen. Dit wil zeggen dat de hulpverleners het kind op een fysieke wijze mogen vasthouden zodat hij zichzelf of anderen niet meer kan pijn doen.
 - Als de hulpverleners een kind van 12 jaar of jonger niet op een fysieke wijze kunnen vasthouden (= fysieke interventie) omdat de jongere te sterk is, dan mogen de hulpverleners de jongere naar een afzonderingskamer brengen.
2. De aanwezigheid van een begeleider of verpleegkundige bij afzondering of fixatie
 - De hulpverlener probeert om minstens om de 15 minuten de ruimte binnen te gaan om aanwezig te zijn bij de jongere, om te kijken hoe het met de jongere gaat en om indien mogelijk een gesprek aan te gaan, zodat de mechanische fixatie of afzondering gestopt kan worden als de jongere terug wat rustiger is.
 - Maar het is mogelijk dat de hulpverlener merkt dat de jongere door zijn aanwezigheid juist agressiever wordt, zijn emoties opnieuw escaleren of dat de jongere aangeeft alleen te willen zijn. Dan zal de hulpverlener via een camera of een raampje kijken hoe het met de jongere gaat zodat de mechanische fixatie gestopt kan worden als de jongere terug wat rustiger is.
3. Hoe lang een persoon afgezonderd of gefixeerd mag worden, op voorwaarde dat de hulpverleners geen enkele manier vinden om dit te vermijden
 - De hulpverlener moet proberen om de jongere niet langer dan 15 minuten vast te houden.
 - De hulpverlener moet proberen om de jongere niet langer dan 15 minuten mechanisch te fixeren.
 - De hulpverlener moet proberen om de jongere niet langer dan één uur af te zonderen.
 - Als de jongere na 1 uur niet rustiger is geworden, en er geen andere manieren zijn waarop de jongere rustiger kan worden, dan kunnen de hulpverleners besluiten om de jongere langer in de afzonderingsruimte te houden. Van zodra de jongere rustiger is, wordt de afzondering gestopt. Een jongere mag NOOIT langer dan 48 uur in deze ruimte blijven.

Bij elke stelling werd een situatie aan de jongeren voorgelegd waarin een (dwang)maatregel zou kunnen worden toegepast, zodat ze zich beter konden inleven in de stelling. Nadien werd aan hen gevraagd in welke mate ze akkoord gingen met de stelling. De jongeren kregen eveneens de mogelijkheid om hun bedenkingen te noteren. De vragenlijst werd samen met de jongeren overlopen. Bij elke vraag kregen de jongeren de mogelijkheid om hun bedenkingen, opmerkingen of persoonlijke ervaringen te delen. Dit gebeurde zowel mondeling als schriftelijk.

4.2 Resultaten

De jongeren kregen eerst de mogelijkheid om te spreken over wat zij onder “vrijheidsbeperkende maatregelen” verstaan. Naast de *isolatiecel* (dixit de jongeren), ervaren deze jongeren een gesloten afdeling of de regels binnen een leefgroep als vrijheidsbeperkend. Nadien kregen de jongeren uitleg over wat vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals afzondering en fixatie, zijn en werd er ingegaan op de verschillende stellingen (zie vragenlijst).

De eerste stellingen hadden betrekking op de leeftijd waarop (dwang)maatregelen al dan niet mogen worden toegepast en wat de uitzonderingen hierop kunnen zijn. Er werd allereerst gesteld dat mechanische fixatie bij kinderen jonger dan 12 jaar nooit mag worden toegepast. Hiermee gingen de jongeren akkoord. De daaropvolgende stellingen gaven aan dat, indien er een (dwang)maatregel moet worden toegepast bij kinderen jonger dan 12 jaar een fysieke interventie de voorkeur krijgt. Enkel indien dit niet lukt, bijvoorbeeld omdat het kind te sterk is, mag een kind worden afgezonderd. Over de toepassing van fysieke interventie of afzondering bij kinderen onder de 12 jaar was er onenigheid tussen de jongeren over wat hierbij de aandachtspunten zijn, en over de mate waarmee ze al dan niet akkoord gaan met de stelling. Verschillende jongeren gaven aan dat het belangrijk is dat tijdens een fysieke interventie regelmatig herhaald wordt waarom de interventie wordt toegepast en dat het zal stoppen eenmaal ze rustig zijn. Voor anderen speelt de hulpverlener die de interventie uitvoert een belangrijke rol. Een fysieke interventie, moet volgens hen worden uitgevoerd door een hulpverlener die de jongere vertrouwt en waarmee ze een band hebben. De groep stemde hiermee in. Over het gegeven dat een kind onder de 12 jaar te sterk kan zijn om een fysieke interventie toe te passen of vol te houden, ontstond een discussie. Enkele jongeren geloven niet dat een jong kind te sterk kan zijn. Eén jongere haalde aan dat de kracht van een kind niet onderschat mag worden en dat een hulpverlener hiermee rekening moet houden. De jongere vertelde hierbij over haar eigen ervaring waarbij ze als kind alles probeerde om zich uit de greep van de hulpverlener los te maken. Eveneens de stelling over afzondering bij kinderen onder de 12 jaar stuitte op een meningsverschil bij de jongeren. Indien afzondering niet kan vermeden worden bij jonge kinderen, gaven de meeste jongeren de voorkeur aan de eigen kamer mits dit veilig is. De eigen kamer kan een veilige plaats voor het kind zijn, waar het tot rust kan komen. Een andere jongere gaf aan dat voor sommige kinderen een prikkelarme ruimte beter is. De jongere gaf het voorbeeld van een kind dat naar zijn kamer wordt gestuurd om te kalmeren, maar in zijn boosheid zaken kapot maakt. Waar een afzondering het beste plaatsvindt, is voor de jongeren erg persoonsgebonden.

De volgende stelling ging over de aanwezigheid van een hulpverlener tijdens afzondering of mechanische fixatie: de hulpverlener probeert elke 15 minuten de ruimte van de afzondering of mechanische fixatie binnen te gaan om er te zijn voor de jongere. Hierover waren de jongeren het niet met elkaar eens. Een belangrijk punt van discussie vormde welke hulpverlener deze taak op zich moet nemen: de hulpverlener die de jongere gefixeerd/afgezonderd heeft, de hulpverlener waarmee de jongeren het conflict had of een andere hulpverlener. Een volgend discussiepunt vormde het effect van het betreden van de ruimte. De aanwezigheid van de hulpverlener kan volgens de jongeren twee tegengestelde effecten teweegbrengen: enerzijds het verhogen van agressie en anderzijds het gevoel hebben niet alleen te zijn, niet vergeten te worden. De daaropvolgende stelling ging in op de mogelijkheid dat de jongere agressiever wordt. Indien de hulpverlener ziet dat zijn aanwezigheid tot meer agressie leidt, dan geeft de stelling aan dat hij via een raampje of camera kijkt of de jongere rustiger wordt. Enkele jongeren gaven hierbij aan dat er een mogelijkheid moet zijn om zelf aan te geven dat ze rustig zijn en de ruimte wensen te verlaten, bijvoorbeeld door een drukknop of bel die ze gemakkelijk kunnen bedienen.

De tijdsduur van de (dwang)maatregelen en de bijbehorende stellingen konden enkel kort aangehaald worden, daar het einde van de focusgroep naderde. Enkele jongeren vulden deze vragen nog op papier in. De stelling die nog werd besproken had betrekking op de maximale duur van afzondering. Dit mag volgens de stelling, nooit langer dan 48 uur. De jongeren waren verontwaardigd over de lange tijdsduur en gingen uitdrukkelijk niet akkoord met de stelling.

Naast de besproken thema's haalden de jongeren tijdens de focusgroep ook andere punten aan in verband met de praktische uitvoering van afzondering en fixatie. Ze bevestigden hiermee aandachtspunten die ook bij de deelnemers aan de Delphi-studie naar voor kwamen. De belangrijkste punten waren: de mogelijkheid om te kunnen communiceren met hulpverleners tijdens een mechanische fixatie of afzondering, de aanwezigheid van een klok in de afzonderingsruimtes, een debriefing gesprek houden, het aangeven waarom een maatregel wordt toegepast, de mogelijkheid om rekening te houden met het verleden van de jongere tijdens een maatregel.

Ondanks de bedenkingen en ervaringen die de jongeren hebben over afzondering en fixatie, mogen de maatregelen volgens hen niet volledig worden afgeschaft. Ze gaven aan dat er immers situaties zijn waar de maatregelen volgens hen *nodig zijn* (dixit de jongeren). Een jongere gaf hiervoor een mooie omschrijving: "De PAR (afzondering) is zoals een noodrem op een trein".

4.3 Verwerking van de resultaten in de tweede Delphi-vragenlijst

Na de focusgroep lijkten de onderzoekers zowel de opmerkingen op die tijdens het gesprek naar voor kwamen alsook de opmerkingen die de jongeren schriftelijk hadden genoteerd bij de vragen. Dit leidde ertoe dat de stelling over de maximale tijdsduur van afzondering die opnieuw zou aangeboden worden tijdens de tweede Delphi-ronde, werd aangepast naar 24 uur in plaats van 48 uur.

Hoofdstuk 4

Tweede Delphi-ronde: Methode en resultaten

In dit hoofdstuk worden alle onderzoeksactiviteiten en –resultaten van de tweede Delphi-ronde gerapporteerd. Dit houdt in:

1. Het proces van de samenstelling van de tweede Delphi-vragenlijst. Hiertoe werden de stellingen waarvoor het consensuspercentage in de eerste Delphi-ronde niet bereikt werd, herwerkt. Het proces van deze herwerking wordt per stelling gerapporteerd;
2. De manier waarop de resultaten van de tweede Delphi-ronde geanalyseerd werden: zowel kwantitatieve als kwalitatieve analyses werden uitgevoerd;
3. De resultaten van de tweede Delphi-ronde: voor elke stelling die de deelnemers van de Delphi-studie beoordeelden, wordt de frequentie van de antwoorden figuraal weergegeven en worden de behaalde percentages instemming per Delphi-panel en over beide Delphi-panels heen gerapporteerd.

1 Samenstelling van de vragenlijst voor de tweede Delphi-ronde

Uit de resultaten van de eerste Delphi-ronde kwam naar voor dat bij 21 stellingen het consensuscriterium van 65% niet bereikt werd. Hierdoor werden deze stellingen in de eerste ronde niet aanvaard om op te nemen in de finale lijst van aanbevelingen. Deze stellingen werden aangepast en herwerkt met behulp van de opmerkingen van de deelnemers van de Delphi-studie, de richtlijnwerkgroep, de stuurgroep en de focusgroep met jongeren met ervaring binnen de bijzondere jeugdhulp en/of GGZ. Uit de 21 niet aanvaarde stellingen ontstonden uiteindelijk 25 stellingen voor de tweede Delphi-ronde. Dit komt onder andere doordat

- stellingen zijn toegevoegd rekening houdend met opmerkingen van de deelnemers, de stuurgroep en de richtlijnwerkgroep,
- de onderzoekers grote stellingen opsplitsten in meerdere stellingen,
- de onderzoekers stellingen die tijdens de eerste Delphi-ronde maar van toepassing waren voor één (dwang)maatregel, toevoegden voor de andere (dwang)maatregelen. Dit werd gedaan om voldoende conformiteit tussen de aanbevelingen over de verschillende (dwang)maatregelen te waarborgen.

Deze 25 stellingen werden tenslotte vanuit juridisch perspectief beoordeeld door het Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven. Net zoals in de eerste Delphi-ronde (zie hoofdstuk 3, deel 1.2) werden de stellingen mensenrechterlijk getoetst voor wat de GGZ betreft, en werden de aanbevelingen – voor alle betrokken sectoren - gecheckt op mogelijke tegenstrijdigheden met de Vlaamse en federale regelgeving. In de volgende paragraaf 1.1 wordt het proces van herwerking per stelling toegelicht.

Daarnaast pasten de onderzoekers de formuleringen bij enkele stellingen aan, zowel aanvaarde als niet aanvaarde, om de conformiteit tussen de stellingen te waarborgen. Er bestond ook onduidelijkheid over de term *monitoren*. De onderzoekers vervingen deze term daarom door *waken over* (bv. stelling 4 mechanische fixatie).

1.1 De herwerking van de stellingen waarvoor het consensuscriterium tijdens de eerste Delphi-ronde niet bereikt werd

In dit deel wordt er per stelling weergegeven welke aanpassingen – om welke redenen - aan de stellingen werden doorgevoerd. De aanpassingen die overwogen werden, maar niet doorgevoerd, worden hier niet vermeld.

De aangepaste stellingen vormden samen de tweede Delphi-vragenlijst.

1.1.1 Fysieke interventie

1.1.1.1 Stelling 6: Neem als hulpverlener niet deel aan een fysieke interventie wanneer je hier een slecht gevoel, stress of ongemak bij ervaart.

Uit de opmerkingen van de deelnemers kwam naar voor dat de implementatie van de stelling in de praktijk niet haalbaar is, wanneer er in een voorziening een personeelstekort heerst. Het opnemen van de personeelsbezetting in de stelling, was volgens de richtlijnwerkgroep geen optie gezien voldoende personeelsbezetting voor de implementatie van meerdere stellingen een voorwaarde vormt. De richtlijnwerkgroep stelde voor om de personeelsbezetting op te nemen in de randvoorwaarden die gelden voor alle stellingen. De randvoorwaarden vormen een hoofdstuk op het einde van de finale set van aanbevelingen (deel C, zie ook hoofdstuk 5, deel 2) die ertoe moeten bijdragen dat de aanbevelingen succesvol worden geïmplementeerd.

In plaats van de voorwaarde van voldoende personeelsbezetting op te nemen in de stelling, stelde de richtlijnwerkgroep voor om nadruk te leggen op de veiligheid van hulpverleners en zorggebruikers.

De aangepaste stelling luidde als volgt: *Neem als hulpverlener niet deel aan een fysieke interventie wanneer je hier een slecht gevoel, stress of ongemak bij ervaart, tenzij je hiermee de veiligheid van andere collega's, de zorggebruiker of eventuele omstanders in gevaar brengt.*

1.1.1.2 Stelling 9: Indien toch wordt gekozen voor liggend fixeren, kies dan altijd voor de rugligging. Pas geen buikligging toe, wegens het risico op overlijden.

Zowel de deelnemers aan de Delphi-studie alsook de stuurgroep en richtlijnwerkgroep hadden bedenkingen bij deze stelling. Uit de opmerkingen van de deelnemers kwam naar voor dat zorgprofessionals de voorkeur geven aan buikligging tijdens een fysieke interventie. Rugligging is volgens hen enkel mogelijk indien dit geen direct gevaar oplevert voor de uitvoerende hulpverleners. Daarnaast hadden deelnemers van de Delphi-studie vragen over *hoe* rugligging veilig kan toegepast worden.

Ook de stuurgroep had enkele bedenkingen bij de stelling. Volgens hen worden in vormingen voornamelijk technieken voor buikligging aangeleerd. Bovendien is de buikligging voordeliger bij het toedienen van medicatie. De stuurgroep gaf aan dat de nieuwe stelling goed verwoord diende te worden en realistische alternatieven diende aan te reiken, opdat het consensuscriterium in de tweede Delphi-ronde behaald zou worden. Het was hiervoor belangrijk om mogelijke technieken voor rugligging te bekijken.

Eveneens de richtlijnwerkgroep had, voornamelijk, praktische bedenkingen bij de stelling. Het was voor hen onduidelijk hoe een zorggebruiker op een veilige manier naar rugligging wordt gebracht. Daarnaast kan de rugligging een moeilijke positie vormen om de zorggebruiker opnieuw naar een staande positie

te brengen. De richtlijnwerkgroep haalde eveneens aan dat overlijdens bij buikligging die geregistreerd worden in onderzoek, vaak voorkomen bij langere periodes van buikligging.

Op basis van de input van de deelnemers, de stuurgroep en de richtlijnwerkgroep werd de literatuur waarop de stelling gebaseerd is opnieuw nagegaan door de onderzoekers. Uit rapporten uit Engeland blijkt dat buikligging tot veel sterfgevallen heeft geleid. Daarnaast wijst de NICE-guideline naar de rugligging als beste optie. Echter is de NICE-guideline van 2015 en de systematische review van Cusack, McAndrew, Cusack en Warne (2016) genuanceerder in hun verwoording dan de stelling uit de eerste Delphi-ronde was. NICE (2015) geeft aan dat in uitzonderlijke gevallen, buikligging wel mogelijk is indien dit zo kort mogelijk wordt toegepast. De review van Cusack en collega's (2016) beveelt aan dat buikligging niet is toegestaan; maar wordt toegevoegd dat, indien buikligging toch wordt toegepast, de zorggebruiker zo snel mogelijk in een andere houding dient gelegd te worden. Bij de stelling uit de eerste Delphi-vragenlijst baseerden de onderzoekers zich op de verontrustende associatie tussen buikligging en mortaliteit, alsook op de NICE-richtlijn (2015) die aangeeft dat rugligging de beste optie is. Er is echter geen harde evidentie voor het altijd moeten toepassen van de rugligging. Indien de rugligging naar voor wordt geschoven als beste optie, zouden ook technieken over het veilig toepassen van de rugligging vermeld moeten worden. Er bestaat hier echter weinig kennis en internationaal onderzoek over. Vanuit deze bijkomende informatie werden twee toevoegingen gedaan aan de stelling: (1) rugligging krijgt de voorkeur (i.p.v. kies altijd voor) en (2) indien er toch buikligging wordt toegepast, wordt er zo snel mogelijk naar een andere positie overgegaan.

Na de juridische beoordeling kwam naar voor dat buikligging in strijd was met één van de andere stellingen die aanbeveelt dat tijdens een fysieke interventie de (non) verbale communicatie niet belemmerd mag worden. Wanneer een zorggebruiker op zijn buik ligt, wordt de communicatie belemmerd. Dit argument werd toegevoegd aan de stelling.

De aangepaste stelling luidde als volgt: *Indien liggend fixeren niet kan vermeden worden, verkies dan rugligging boven buikligging aangezien buikligging een risico op overlijden inhoudt. Indien buikligging onvermijdelijk is, moet er zo snel mogelijk worden overgegaan naar een andere, veilige positie, ook om verbale en non-verbale communicatie terug mogelijk te maken.*

1.1.1.3 Stelling 12: Zorg dat een fysieke interventie standaard niet langer dan 10 minuten duurt. Deze stelling haalde in de eerste Delphi-ronde het criterium van 65% niet. Uit de opmerkingen van de deelnemers aan de Delphi-studie bleek het woord 'standaard' voor terughoudendheid te zorgen. De 'standaard tijd' bleek geïnterpreteerd te worden als de maximumtijd, terwijl de standaard tijdsduur eerder als een streefdoel bedoeld werd. Om dit duidelijker te maken herformuleerden de onderzoekers de stelling naar: Streef in de regel ernaar om fysieke interventie niet langer te laten duren dan 10 minuten.

Om consistentie binnen de stellingen te verkrijgen en om meer duidelijkheid bij de deelnemers te bekomen, voegden de onderzoekers hieraan toe dat de stelling en de bijhorende tijdsindicator gelden binnen het kader van agressie en/of escalatie. Hier dient bij vermeld te worden dat alle aanbevelingen ontwikkeld werden voor de context van agressie en/of escalatie. Om de leesbaarheid van de aanbevelingen te behouden werd deze specificering echter niet in alle aanbevelingen opgenomen.

De stelling werd dan: Streef er in de regel naar dat een fysieke interventie – in het kader van agressie en/of escalatie - niet langer dan 10 minuten duurt.

De richtlijnwerkgroep gaf vervolgens aan dat een gecontroleerde verplaatsing, bv. naar een afzonderingsruimte, langer dan 10 minuten kan duren. Aangezien gecontroleerde verplaatsingen ook onder de definitie van fysieke interventie vallen, diende hier rekening mee gehouden te worden bij de verdere aanpassing van de stelling. Daarnaast gaf de richtlijnwerkgroep aan dat ‘streef ernaar’ de stelling afzwakte, maar ze erkenden tegelijkertijd dat fysieke interventies langer kunnen duren.

De onderzoekers kozen er in eerste instantie voor om de stelling niet aan te passen volgens deze argumentatie van de richtlijnwerkgroep. De toevoeging ‘in de regel’ geeft immers aan dat een fysieke interventie - indien dit niet te vermijden valt - langer kan duren en hier kunnen verplaatsingen naar de afzonderingskamer dan onder vallen. In ideale omstandigheden zou een afzonderingsruimte ook niet te ver mogen liggen en zou afzondering een uitzondering moeten worden, waardoor het aantal gecontroleerde verplaatsingen zou moeten afnemen.

De tijdsindicator werd nadien echter toch opgetrokken naar 15 minuten. Dit gebeurde toen de tijdsindicator van stelling 25 van mechanische fixatie – die gaat over de registratie van mechanische fixatie – opgetrokken werd naar minstens elke 15 minuten (zie onder 1.1.2.7). De onderzoekers schatten in dat hierdoor de implementatie van de aanbevelingen over de standaard tijdsduur en over registratie minder complex zou zijn voor de professionals. Daarnaast werd op die manier ook ingegaan op het voorstel van de richtlijnwerkgroep die in de bovenstaande paragraaf beschreven staat.

De aangepaste stelling luidde als volgt: *Streef ernaar dat een fysieke interventie - in het kader van agressie en/of escalatie - in de regel niet langer dan 15 minuten duurt.*

1.1.1.4 Stelling 14: Welke stappen dienen door de hulpverleners ondernomen te worden als de standaard maximale tijdsduur van een fysieke interventie wordt overschreden?

De deelnemers aan de Delphi-studie kregen volgende antwoordmogelijkheden, waarvan ze meerdere konden aanduiden:

- Melding bij een intern (toezichts)orgaan. Dit is een orgaan dat binnen de voorziening werd opgericht en wordt gestuurd.
- Melding bij een extern (toezichts)orgaan. Dit is een orgaan dat extern van de voorziening werd opgericht en wordt gestuurd.
- Second opinion vragen van een bevoegde hulpverlener buiten de afdeling – maar binnen de voorziening - waar de afzondering/fixatie plaatsvindt
- Second opinion vragen van een bevoegde hulpverlener buiten de voorziening waar de afzondering/fixatie plaatsvindt
- Andere. Licht toe:
- Geen

Uit de kwantitatieve analyses kwamen het interne toezichtsorgaan en de second opinion buiten de afdeling, maar binnen de voorziening, als meest gekozen opties naar voor. Deze werden geherformuleerd naar twee individuele stellingen:

1. Wanneer een fysieke interventie – in het kader van agressie en/of escalatie - langer dan 10 minuten geduurd heeft, melden de betrokken hulpverleners dit aan een intern (toezichts)orgaan. Dit is een orgaan dat binnen de voorziening werd opgericht en wordt gestuurd.

2. Wanneer een fysieke interventie – in het kader van agressie en/of escalatie - langer dan 10 minuten geduurd heeft, vragen de betrokken hulpverleners een second opinion van een bevoegde hulpverlener buiten de afdeling, maar wel binnen de voorziening waar de fysieke interventie plaatsvindt.

De stuurgroep had verschillende bedenkingen bij deze nieuwe stellingen. De eerste bedenking ging in op het tijdstip wanneer de melding of vraag van second opinion zou moeten gebeuren. Uit de formulering van de stelling bleek dat dit na de interventie dient te gebeuren. Een second opinion zou echter tijdens de interventie moeten gebeuren om te kijken of verder handelen nodig is. De tweede bedenking betrof het feit dat de melding aan een intern toezichtsorgaan eigenlijk al vervat zit in het registreren van de interventie. De registraties geven immers input voor de kwaliteitscontrole door de voorziening. De melding aan een intern toezichtsorgaan, als aparte aanbeveling, was volgens de stuurgroep daarom overbodig. Volgens de stuurgroep is een second opinion vragen het belangrijkste bij het overschrijden van de tijd. Vanuit deze redenering werd er besloten om de eerste stelling te laten vallen (ook bij de andere (dwang)maatregelen).

Voor fysieke interventie werd eveneens besloten om de stelling rond second opinion weg te laten, gezien aangezien deze aanbeveling moeilijk implementeerbaar zou zijn in de praktijk. Tijdens het uitvoeren van een fysieke interventie, die bovendien in de regel niet langer dan 15 minuten duurt, is het moeilijk om een second opinion te gaan vragen aan een andere hulpverlener buiten de afdeling.

- 1.1.1.5 Stelling 16: Een collega-hulpverlener die de fysieke interventie zelf niet uitvoert, registreert minstens elke 10 minuten de bevindingen van zowel observaties als evaluaties van de fysieke interventie.

De professionals die deelnamen aan de eerste Delphi-ronde stelden de haalbaarheid van de implementatie van deze stelling in vraag. Tijdens een fysieke interventie zijn alle aanwezige hulpverleners betrokken en de professionals gaven aan de registratie na afloop van de interventie te doen. In eerste instantie haalden de onderzoekers het woord *minstens* uit de stelling. Bij de eerste aanpassing van de stelling werd ook rekening gehouden met het gegeven dat alle aanwezige hulpverleners meestal betrokken zijn bij een afzondering of fixatie in de context van agressie en/of escalatie, zij het rechtstreeks, zij het doordat hij steun biedt aan de medezorggebruikers die de afzondering of fixatie zien gebeuren (zoals door de stuurgroep onder de aandacht werd gebracht). Dit leidde tot volgende herwerking: *Elke 10 minuten worden de bevindingen van zowel observaties als evaluaties van de fysieke interventie geregistreerd. Dit is enkel haalbaar indien er op het moment van de fysieke interventie een collega-hulpverlener beschikbaar is die niet actief betrokken is bij de interventie, of bij de opvang van de omstanders.*

De richtlijnwerkgroep gaf aan dat de toevoeging enerzijds een randvoorwaarde inzake de haalbaarheid en personeelsbezetting weergeeft⁸ en anderzijds een situatie omschrijft die praktisch nooit zal voorkomen. De toevoegingen werden opnieuw uit de stelling gehaald. Daarnaast was het voor enkele leden van de richtlijnwerkgroep onduidelijk op wie 'de collega-hulpverlener slaat'. De richtlijnwerkgroep bracht daarnaast onder de aandacht dat uit onderzoek blijkt dat hoe meer een hulpverlener dient te registreren, hoe minder vaak de interventie wordt toegepast. Dit is een positief effect dat de implementatie van deze stelling in de praktijk kan hebben. Daarom werd de stelling opnieuw aangepast

⁸ Hetgeen in een apart onderdeel van het document met de aanbevelingen wordt beschreven.

naar: *Het is aan te bevelen om elke 15 minuten de bevindingen van zowel observaties als evaluaties van de fysieke interventie te registreren.* Naar aanleiding van het aanpassen van de tijdsindicator bij stelling 25 van mechanische fixatie, werd de tijdsindicator opgetrokken naar 15 minuten. Zie de doorlopen stappen en aanpassingen bij stelling 25 van mechanische fixatie (zie onder 1.1.2.7).

De stelling werd minder streng geformuleerd door de registratie 'aan te bevelen'. Om toch een garantie voor de registratie in te bouwen, werd aan de stelling toegevoegd dat een hulpverlener zijn redenen moet motiveren wanneer er geen registratie om de 15 minuten heeft kunnen plaatsvinden. Daarnaast maakten de onderzoekers zich zorgen over de tijdsindicator. Een fysieke interventie mag in de regel niet langer dan 15 minuten duren; maar volgens deze stelling moet de registratie maar om de 15 minuten gebeuren. Dit spreekt elkaar tegen en geeft geen zekerheid dat een fysieke interventie in de regel maximaal 15 minuten duurt. De onderzoekers kozen er daarom voor om de stelling te herschrijven en op te delen in twee stellingen:

1. *Registreer na afloop van de fysieke interventie (in de regel na maximaal 15 minuten) zowel observaties als evaluaties van de fysieke interventie.*
2. *Streef er bij verlengde fysieke interventie naar (meer dan 15 minuten) om elke 15 minuten observaties en evaluaties te registreren. Indien de registraties niet elke 15 minuten konden plaatsvinden, worden de redenen hiervoor telkens gemotiveerd.*

1.1.1.6 Stelling 23: Verkies voor het tegengaan van zelfverwondend gedrag bij een persoon met een verstandelijke beperking mechanische fixatie boven een fysieke interventie, aangezien fysiek contact het zelfverwondend gedrag kan bekrachtigen.

Meer dan de helft (44/78) van de deelnemers aan de eerste Delphi-ronde gaven aan geen expertise te hebben over deze stelling. Vooraleer de stelling werd beoordeeld en mogelijks herschreven, werd de stelling voorgelegd aan enkele experts gezien er onder de onderzoekers eveneens onvoldoende expertise was over de doelgroep.

De stuurgroep maakte daarnaast twee bedenkingen bij de stelling. Allereerst wilden ze de stelling graag behouden, gezien de stelling erkenning geeft aan de specifieke doelgroep en ingeschat werd dat de stelling herkenbaar zou zijn voor de hulpverleners. Als tweede bedenking gaf de stuurgroep aan dat de doelgroep van zorggebruikers met een verstandelijke beperking erg breed is, met verschillende gradaties van verstandelijke beperking. De vraag stelde zich of er in de stelling rekening moest gehouden worden met deze gradaties om de volledige doelgroep te kunnen omvatten.

Eveneens de richtlijnwerkgroep had een bedenkingen bij de stelling. Volgens hen bestaat er een spanningsveld tussen wat er tot een tic behoort binnen deze doelgroep en wat er onder agressie valt. In dit opzicht zou de interventie eerder een medisch-therapeutische maatregel uitmaken, eerder dan een veiligheidsinterventie.

De onderzoekers kozen er, na ook consultatie van de academische experts, om verschillende redenen voor om de stelling weg te laten. Een eerste reden was dat zelfverwondend gedrag bij personen met een verstandelijke beperking, of dit gedrag al dan niet agressief gedrag is, en de keuze voor de juiste interventie, erg persoonsgebonden zijn. Er moeten dus individuele beslissingen voor individuele zorggebruikers genomen kunnen worden, zoals zowel de deelnemers aan de eerste Delphi-ronde, de stuurgroep als ook de richtlijnwerkgroep aangaven. Een tweede reden vormden de gradaties in de doelgroep van personen met verstandelijke beperking. Om de volledige doelgroep te omvatten zou de stelling moeten ingaan op deze gradaties. Deze redenen wezen erop dat er geen algemene uitspraak over het onderwerp van deze stelling kan worden gedaan, waardoor de stelling werd geschrapt.

1.1.1.7 Een nieuwe stelling

Tijdens de richtlijnwerkgroep kwam de vraag naar voor waarom er bij fysieke interventie geen stelling was opgenomen over het voorkomen van pijn, terwijl dit wel voor mechanische fixatie het geval was. De richtlijnwerkgroep vond dat deze stelling ook zou moeten gelden bij een fysieke interventie. Analoog aan de stelling van mechanische fixatie kon een soortgelijke stelling voor fysieke interventie worden geformuleerd. Er bestaat hiervoor geen specifieke evidentie, echter werd volgende redenering toegepast (analoog aan de methode bij het opstellen van de eerste Delphi-vragenlijst):

1. Relevante stellingen worden waar mogelijk breder geformuleerd dan voor één type fixatie/(dwang)maatregel;
2. Consistentie met de brede MDR en algemene principes rond de rechten van de mens worden nagestreefd.

Het vermijden van pijn tijdens een fysieke interventie is relevant en past binnen de algemene principes dat een (dwang)maatregel niet dient om te straffen of pijnigen. De nieuwe stelling luidde als volgt: *Gebruik bij fysieke interventie uitsluitend technieken die schadelijke lichamelijke effecten minimaliseren, om op die manier het risico op fysieke pijn of kwetsuren bij de zorggebruiker te vermijden.*

1.1.2 Mechanische fixatie

1.1.2.1 Stelling 6: Neem als hulpverlener geen deel aan het uitvoeren van mechanische fixatie wanneer je hier een slecht gevoel, stress of ongemak bij ervaart.

De stelling is analoog aan stelling 6 van fysieke interventie. In de Delphi-studie, de stuurgroep als de richtlijnwerkgroep kwamen dezelfde opmerkingen naar voor. De stelling werd op dezelfde wijze herschreven en aangepast.

De nieuwe stelling luidde als volgt: *Neem als hulpverlener niet deel aan het uitvoeren van mechanische fixatie wanneer je hier een slecht gevoel, stress of ongemak bij ervaart, tenzij je hiermee de veiligheid van andere collega's, de zorggebruiker of eventuele omstanders in gevaar brengt.*

1.1.2.2 Stelling 13: Gebruik voor mechanische fixatie middelen die zo min mogelijk opvallen.

De stelling werd meegenomen naar de tweede Delphi-ronde, met enkele aanpassingen. De deelnemers van de eerste Delphi-ronde gaven voornamelijk naar aan dat het materiaal veilig moet zijn en veiligheid moet garanderen. Het esthetische aspect is hierbij minder belangrijk. Dit veiligheidsaspect werd meegenomen in de herwerkte stelling. Daarnaast merkten de deelnemers op dat minder opvallend materiaal beter is voor de zorggebruiker, omdat het minder stigmatiserend werkt. Hiermee werd eveneens rekening gehouden bij het aanpassen van de stelling. De aanpassingen leidden tot volgende stelling: *Gebruik – in het licht van het welzijn van de zorggebruiker – voor mechanische fixatie middelen die zo min mogelijk opvallen, op voorwaarde dat het veilige fixatiemiddelen betreft.*

Op voorstel van de richtlijnwerkgroep werd de leesbaarheid van de stelling verbeterd. De nieuwe stelling luidde als volgt: *Indien verschillende mechanische fixatiemiddelen beschikbaar zijn en evenwaardig zijn in veiligheid en noodzakelijkheid, kies dan in het licht van het welzijn van de zorggebruiker het middel dat het minst opvalt.*

1.1.2.3 Stelling 14: Als er zich een levensbedreigend incident heeft voorgedaan met een specifiek mechanisch fixatiemateriaal, gebruik dit materiaal dan niet meer.

Uit de opmerkingen van de deelnemers van de eerste Delphi-ronde bleek dat de stelling te algemeen geformuleerd was, en onvoldoende weergaf wat de oorzaak van het levensbedreigend incident is. De deelnemers gaven aan dat het incident zowel door het materiaal zelf als door verkeerd gebruik van het materiaal kan worden veroorzaakt. Verschillende deelnemers wezen erop dat de oorzaak van het incident bepaalt of het materiaal al dan niet verder gebruikt kan worden. Wanneer zich een levensbedreigend incident heeft voorgedaan is het daarom belangrijk dat er een grondige evaluatie gebeurt van de oorzaak van het incident, en dat er vervolgens geëvalueerd wordt of het materiaal al dan niet verder gebruikt kan worden. Beide aspecten werden verwerkt in de stelling. Hierdoor werd de stelling erg uitgebreid, waardoor de onderzoekers besloten om de stelling op te splitsen. De twee nieuwe stellingen luiden als volgt:

1. *Als er zich een levensbedreigend incident heeft voorgedaan met een specifiek mechanisch fixatiemateriaal, en een grondige evaluatie toont aan dat het incident eerder door de aard van het materiaal dan door de verkeerde toepassing ervan werd uitgelokt, gebruik dit materiaal dan niet meer.*
2. *Als er zich een levensbedreigend incident heeft voorgedaan met een specifiek mechanisch fixatiemateriaal, en een grondige evaluatie toont aan dat het incident eerder door de verkeerde toepassing dan door de aard van het materiaal werd uitgelokt, dan is een bijkomende opleiding over het gebruik van het betreffende materiaal noodzakelijk. Enkel nadat de hulpverleners hebben deelgenomen aan deze opleiding, kan het betreffende fixatiemateriaal opnieuw gebruikt worden bij mechanische fixatie.*

Zowel de stuurgroep als de richtlijnwerkgroep gingen akkoord met de herformulering.

1.1.2.4 Stelling 18: Zorg dat een mechanisch fixatie standaard niet langer dan 10 minuten duurt.

De stelling is analoog aan stelling 12 van fysieke interventie. Dezelfde opmerkingen en bedenkingen kwamen terug, waardoor deze stelling op dezelfde manier werd aangepast. Naar aanleiding van het aanpassen van de tijdsindicator bij stelling 25 van mechanische fixatie (die gaat over registratie), werd de tijdsindicator opgetrokken naar 15 minuten (zie 1.1.2.7).

De nieuwe stelling luidde als volgt: *Streef ernaar dat mechanische fixatie - in het kader van agressie en/of escalatie - in de regel niet langer dan 15 minuten duurt.*

1.1.2.5 Stelling 20: Welke stappen dienen door de hulpverleners ondernomen te worden als de standaard maximale tijdsduur van een mechanische fixatie wordt overschreden?

De stelling is analoog aan stelling 14 van fysieke interventie, al heeft het formuleren van een nieuwe stelling voor mechanische fixatie een langere weg en meer aanpassingen gekend.

De deelnemers aan de eerste Delphi-ronde kregen volgende antwoordmogelijkheden, waarvan ze meerdere konden aanduiden:

- Melding bij een intern (toezichts)orgaan. Dit is een orgaan dat binnen de voorziening werd opgericht en wordt gestuurd.
- Melding bij een extern (toezichts)orgaan. Dit is een orgaan dat extern van de voorziening werd opgericht en wordt gestuurd.

- Second opinion vragen van een bevoegde hulpverlener buiten de afdeling – maar binnen de voorziening - waar de afzondering/fixatie plaatsvindt
- Second opinion vragen van een bevoegde hulpverlener buiten de voorziening waar de afzondering/fixatie plaatsvindt
- Andere. Licht toe:
- Geen

Uit de kwantitatieve analyses kwamen het interne toezichtsorgaan en de second opinion buiten de afdeling, maar binnen de voorziening, als meest gekozen opties naar voor. Deze werden geherformuleerd naar twee aparte stellingen:

1. Wanneer een mechanische fixatie – in het kader van agressie en/of escalatie - langer dan 10 minuten geduurd heeft, melden de betrokken hulpverleners dit aan een intern (toezichts)orgaan. Dit is een orgaan dat binnen de voorziening werd opgericht en wordt gestuurd.
2. Wanneer een mechanische fixatie – in het kader van agressie en/of escalatie - langer dan 10 minuten geduurd heeft, vragen de betrokken hulpverleners een second opinion van een bevoegde hulpverlener buiten de afdeling, maar wel binnen de voorziening waar de mechanische fixatie plaatsvindt.

De stuurgroep had verschillende bedenkingen bij deze nieuwe stellingen. De eerste bedenking ging in op het tijdstip wanneer de melding of vraag van second opinion zou moeten gebeuren. Uit de formulering van de stelling bleek dat dit na de interventie dient te gebeuren. Een second opinion zou echter tijdens de interventie moeten gebeuren om te kijken of verder handelen nodig is. De tweede bedenking betrof het feit dat de melding aan een intern toezichtsorgaan eigenlijk al vervat zit in het registreren van de interventie. De registraties geven immers input voor de kwaliteitscontrole door de voorziening. De melding aan een intern toezichtsorgaan, als aparte aanbeveling, was volgens de stuurgroep daarom overbodig. Volgens de stuurgroep is een second opinion vragen de belangrijkste stap om te nemen bij een langdurige mechanische fixatie. Vanuit deze redenering werd er besloten om de eerste stelling te laten vallen (ook bij de andere (dwang)maatregelen).

Inzake de stelling over second opinion gaf de stuurgroep aan dat een tijdsindicator van 10 minuten onrealistisch is. Volgens één van de andere – reeds aanvaarde stellingen – is de maximale tijdsduur van een mechanische fixatie 24u. Daarom stelde de stuurgroep voor dat de second opinion na 12 uur gevraagd moet worden. Op die manier zou de mechanische fixatie nog verlengd kunnen worden – indien de hulpverleners geen andere oplossing vinden - zonder de maximale tijdsduur van 24u te overschrijden. Dezelfde redenering werd toegepast bij afzondering (zie onder 1.1.3.2.). Deze tijdsindicator van 12u was ook in lijn met de feedback van de deelnemers van de eerste Delphi-ronde. Daarnaast werd het laatste deel van de stelling ‘binnen de voorziening’ weggelaten. Dit geeft volgens de stuurgroep meer keuzevrijheid aan de hulpverleners om een second opinion te vragen. Dit leidde toe de volgende aanpassingen van de stelling: *Wanneer – in het kader van agressie en/of escalatie - een mechanische fixatie van langer dan 12 uur niet kan worden vermeden, zorgen de betrokken hulpverleners voor een second opinion van een bevoegde hulpverlener afkomstig van buiten de afdeling waar de mechanische fixatie plaatsvindt.*

Deze herformulering werd voorgelegd aan de richtlijnwerkgroep. De richtlijnwerkgroep gaf aan dat de aanpassing van 10 minuten naar 12 uur een te grote sprong was. De onderzoekers verlaagden de

tijdsindicator eerst van 12 uur naar 8 uur. Bij verder literatuuronderzoek, bleek dat het risico op diepe veneuze tromboze toeneemt na 8 uur fixatie. Daarom verlaagden de onderzoekers de tijdsindicator verder naar 4 uur. Zodoende kwamen ze ook nog meer tegemoet aan de feedback van de richtlijnwerkgroep. Dit komt bovendien overeen met de tijdsindicator voor het bezoek van de arts (zie een andere stelling die zegt dat een bevoegde hulpverlener om de 4 uur de mechanisch gefixeerde persoon dient te onderzoeken; zie onder 1.1.2.9).

De nieuwe stelling luidde als volgt: *Indien een langdurige mechanische fixatie niet kan worden vermeden, zorgen de betrokken hulpverleners uiterlijk binnen 4 uur na de start van de maatregel voor een second opinion van een bevoegde hulpverlener. Deze bevoegde hulpverlener is afkomstig van BUITEN DE AFDELING waar de mechanische fixatie plaatsvindt.*

1.1.2.6 Stelling 22: Voer bij een persoon die mechanisch werd gefixeerd minstens elke 10 minuten observaties uit in zijn fysieke aanwezigheid (dus bijvoorbeeld niet via een camera of door een raampje van de deur).

De stelling is afkomstig uit reviews en de bestaande MDR voor de GGZ waar continue fysieke aanwezigheid en life-toezicht wordt aanbevolen. De aanvulling over de camera en het raampje werden toegevoegd, gezien dit reeds vervat staat in de MDR.

Uit de opmerkingen van de deelnemers bleek observatie in de fysieke aanwezigheid van de persoon op enige weerstand te stoten. De deelnemers gaven aan dat te snel of veelvuldig contact de agressie verder kan doen toenemen. Tijdens de nacht zou dit eveneens de nachtrust verstoren. De onderzoekers stelden zich bij deze bedenking de vraag of het mensenrechtenconform is om iemand langer te fixeren dan nodig omwille van het feit dat hij slaapt. Volgens de mensenrechten primeert de vrijheid van de persoon op iemands nachtrust. De onderzoekers gaven voorrang aan dit mensenrechtenperspectief. De stelling werd geherformuleerd naar: *Voer bij een persoon die mechanisch werd gefixeerd minstens elke 10 minuten observaties uit in zijn fysieke aanwezigheid (dus bijvoorbeeld niet via een camera of door een raampje van de deur), tenzij de fysieke aanwezigheid het verhoopte de-escalerend effect van de mechanische fixatie in de weg staat.*

De stuurgroep en richtlijnwerkgroep gingen akkoord met de nieuwe formulering. Naar aanleiding van het aanpassen van de tijdsindicator bij stelling 25 van mechanische fixatie (over registratie), werd de tijdsindicator opgetrokken naar 15 minuten. Daarnaast werd een garantie voor de observatie ingebouwd in de stelling door toe te voegen dat een hulpverlener zijn redenen moet motiveren wanneer er geen observatie heeft kunnen plaatsvinden om de 15 minuten. Tot slot voegden de onderzoekers het woord *minstens* opnieuw toe aan de stelling. In de MDR staat dat er gestreefd wordt naar een voortdurende aanwezigheid. Het laten vallen van de term *minstens* zou de stelling enigszins tegenstrijdig maken met de bestaande MDR voor de GGZ.

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

1.1.2.7 Stelling 25: Registreer minstens elke 10 minuten de bevindingen van zowel de observaties als de evaluaties van de mechanische fixatie.

De stelling haalde bij de professionals 48.8% instemming. De voornaamste bedenking die uit hun opmerkingen naar voor kwam was de tijdsspanne van 10 minuten die te kort zou zijn. Uit de opmerkingen van de deelnemers konden de onderzoekers geen eenduidige tijdsspanne voor de registraties afleiden. De onderzoekers baseerden zich voor het criterium van 10 minuten op de NICE-guideline (NICE, 2015). Omwille van de feedback van de deelnemers overwogen de onderzoekers toch om de tijdsindicator te verhogen naar 15 minuten. Dit was een eerder pragmatische overweging, die niet gebaseerd was op literatuur. Deze vraag werd voorgelegd aan de stuurgroep.

De stuurgroep maakte dezelfde bedenking als de deelnemers aan de eerste Delphi-ronde over de tijdsindicator van 10 minuten. In het referentiekader van Zorginspectie staat nu dat registratie om de 30 minuten zou moeten gebeuren. In sommige ziekenhuizen vindt registratie al om de 15 minuten plaats, aldus de stuurgroep. Gezien deze ziekenhuizen aantonen dat dit mogelijk is, mag 15 minuten, volgens de stuurgroep, eveneens een streefdoel vormen voor andere voorzieningen. Dit argument alsook de toevoeging dat de tijdsindicator een streefdoel vormt, zorgden ervoor dat de tijdsindicator aangepast werd van 10 naar 15 minuten.

Bij het optrekken van de tijdsindicator diende mee in rekening worden gebracht dat deze stelling - en dus ook de tijdsindicator - gelinkt is aan de stellingen over observeren, evalueren en de stellingen die streven naar een tijdsduur voor de (dwang)maatregelen. Het optrekken van de tijdsduur tussen registraties had dus een weerslag op de drie andere stellingen en werd doorheen de gehele set van stellingen aangepast om conformiteit te garanderen.

De nieuwe stelling luidde als volgt: *Streef ernaar om de bevindingen van zowel de observaties als de evaluaties van de mechanische fixatie in de regel elke 15 minuten te registreren.*

1.1.2.8 Stelling 32: Pas geen mechanische fixatie toe bij kinderen van 12 jaar of jonger.

Over de leeftijd bestaat geen consensus tussen de reeds bestaande richtlijnen. Er was ook geen rode draad terug te vinden in opmerkingen van de deelnemers aan de eerste Delphi-ronde. In hun opmerkingen haalden ze verschillende uitzonderingen aan waarbij mechanische fixatie wel wordt toegepast op jonge kinderen.

De NICE-guideline (NICE, 2015) geeft aan dat mechanische fixatie in principe niet mag worden toegepast bij kinderen (= 12 jaar of jonger), maar voegt hier een uitzondering aan toe die betrekking heeft op de lengte, gewicht of fysieke kracht van het kind. De onderzoekers herwerkte de stelling als volgt:

- Indien bij kinderen van 12 jaar of jonger een (dwang)maatregel in het kader van agressie en/of escalatie niet vermeden kan worden, verkies dan in eerste instantie om fysieke interventie toe te passen.
- Indien de lengte, gewicht en/of fysieke kracht van de jongere ervoor zorgt dat fysieke interventie niet kan worden toegepast, verkies dan afzondering boven mechanische fixatie.
- Indien bij kinderen van 12 jaar of jonger een (dwang)maatregel in het kader van agressie en/of escalatie niet vermeden kan worden, wordt mechanische fixatie enkel toegepast indien de lengte, gewicht en/of fysieke kracht van de jongere ervoor zorgt dat noch fysieke interventie, noch afzondering kan worden toegepast.

De richtlijnwerkgroep merkte op dat door deze herwerking mechanische fixatie bij kinderen wel is toegestaan. Hier waren ze geen voorstander van. De richtlijnwerkgroep gaf aan de oorspronkelijke stelling – die niet voldoende consensus behaald had tijdens de eerste Delphi-ronde - te willen behouden.

De onderzoekers pasten de stelling opnieuw aan en splitsten deze op in drie afzonderlijke stellingen die in een apart onderdeel van de vragenlijst “de impact van de leeftijd van de zorggebruiker” werden bevestigd. De nieuwe stellingen luiden als volgt:

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

1.1.2.9 Nieuwe stellingen voor mechanische fixatie

Er werden twee stellingen toegevoegd met betrekking tot mechanische fixatie. De eerste stelling die werd toegevoegd is een stelling over het onderzoeken van fysieke verwondingen of emotioneel trauma van de zorggebruiker. Deze stelling was oorspronkelijk enkel opgenomen voor afzondering. Het is echter even belangrijk om een dergelijk onderzoek te doen bij een zorggebruiker die mechanisch gefixeerd is. De stelling werd analoog aan de stelling van afzondering geformuleerd. De veranderingen die deze stelling heeft ondergaan, worden weergegeven bij stelling 9 van afzondering (zie onder 1.1.3.3).

De nieuwe stelling luidde als volgt: *Indien een langdurige mechanische fixatie niet kan worden vermeden, streef er dan naar dat de toestand van de mechanisch gefixeerde persoon minstens elke 4 uur onderzocht wordt door een bevoegde hulpverlener VAN DE AFDELING, met het oog op de tijdige behandeling of rapportage van mogelijke fysieke verwondingen of emotioneel trauma. Indien het onderzoek niet om de 4 uur kon plaatsvinden worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.*

De tweede stelling gaat over diepe veneuze tromboze. Vanuit de richtlijnwerkgroep kwam de vraag of er in de tijdsduur van mechanische fixatie rekening werd gehouden met het risico op diepe veneuze tromboze. De onderzoekers namen deze vraag mee bij de herwerking van de stellingen. Uit de literatuur bleek dat het risico op diepe veneuze tromboze toeneemt na 8 uur fixeren. Deze informatie werd enerzijds mee in rekening genomen bij het bepalen van de tijdsindicator voor het vragen van second opinion (zie onder 1.1.2.5) en anderzijds werd hierrond een afzonderlijke stelling geformuleerd.

De nieuwe stelling luidde als volgt: *Indien een langdurige mechanische fixatie niet kan worden vermeden, houd er dan rekening mee dat het risico op diepe veneuze tromboze toeneemt, en er voldoende voorzorgsmaatregelen moeten genomen worden om dit risico te verminderen.*

1.1.3 Afzondering

1.1.3.1 Stelling 7: Zorg dat afzondering standaard niet langer dan 1 uur duurt.

De stelling is analoog aan stelling 12 bij fysieke interventie en stelling 18 bij mechanische fixatie. Dezelfde opmerkingen en bedenkingen kwamen terug, waardoor deze stelling op dezelfde manier werd aangepast. De tijdsindicator van 1 uur bleef behouden.

De nieuwe stelling luidde als volgt: *Streef ernaar dat afzondering - in het kader van agressie en/of escalatie in de regel niet langer dan 1 uur duurt.*

1.1.3.2 Stelling 8: Welke stappen dienen door de hulpverleners ondernomen te worden als de standaard maximale tijdsduur van een afzondering wordt overschreden?

De stelling is analoog aan stelling 14 van fysieke interventie en stelling 20 van mechanische fixatie. De formulering en aanpassingen van de stelling hebben dezelfde stappen doorlopen als stelling 20 van mechanische fixatie.

De deelnemers aan de Delphi-studie kregen volgende antwoordmogelijkheden, waarvan ze meerdere konden aanduiden:

- Melding bij een intern (toezichts)orgaan. Dit is een orgaan dat binnen de voorziening werd opgericht en wordt gestuurd.
- Melding bij een extern (toezichts)orgaan. Dit is een orgaan dat extern van de voorziening werd opgericht en wordt gestuurd.
- Second opinion vragen van een bevoegde hulpverlener buiten de afdeling – maar binnen de voorziening - waar de afzondering/fixatie plaatsvindt
- Second opinion vragen van een bevoegde hulpverlener buiten de voorziening waar de afzondering/fixatie plaatsvindt
- Andere. Licht toe:
- Geen

Uit de kwantitatieve analyses kwamen het interne toezichtsorgaan en de second opinion buiten de afdeling, maar binnen de voorziening, als meest gekozen opties naar voor. Deze werden geherformuleerd naar twee individuele stellingen:

1. Wanneer een afzondering – in het kader van agressie en/of escalatie - langer dan 1 uur geduurd heeft, melden de betrokken hulpverleners dit aan een intern (toezichts)orgaan. Dit is een orgaan dat binnen de voorziening werd opgericht en wordt gestuurd.
2. Wanneer een afzondering – in het kader van agressie en/of escalatie - langer dan 1 uur geduurd heeft, vragen de betrokken hulpverleners een second opinion van een bevoegde hulpverlener buiten de afdeling, maar wel binnen de voorziening waar de afzondering plaatsvindt.

De stuurgroep had verschillende bedenkingen bij deze nieuwe stellingen. De eerste bedenking ging in op het tijdstip wanneer de melding of vraag van second opinion zou moeten gebeuren. Uit de formulering van de stelling bleek dat dit na de interventie dient te gebeuren. Een second opinion zou echter tijdens de interventie moeten gebeuren om te kijken of verder handelen nodig is. De tweede bedenking betrof het feit dat de melding aan een intern toezichtsorgaan eigenlijk al vervat zit in het registreren van de interventie. De registraties geven immers input voor de kwaliteitscontrole door de voorziening. De melding aan een intern toezichtsorgaan, als aparte aanbeveling, was volgens de

stuurgroep daarom overbodig. Volgens de stuurgroep is een second opinion vragen de belangrijkste stap om te nemen bij een langdurige afzondering. Vanuit deze redenering werd er besloten om de eerste stelling te laten vallen (ook bij de andere (dwang)maatregelen).

Inzake de tijdsindicator van de stelling over second opinion werden dezelfde aanpassingen gedaan als bij stelling 20 van mechanische fixatie die aangeeft dat uiterlijk binnen 4 uur na de start van de maatregel een second opinion gevraagd wordt. Er waren geen argumenten om deze tijdsindicator *niet* over te nemen voor afzondering, en het kwam de consistentie van het geheel van de aanbevelingen ten goede.

De nieuwe stelling luidde als volgt: *Indien een langdurige afzondering niet kan worden vermeden, zorgen de betrokken hulpverleners uiterlijk binnen 4 uur na de start van de maatregel voor een second opinion van een bevoegde hulpverlener. Deze bevoegde hulpverlener is afkomstig VAN BUITEN DE AFDELING waar de afzondering plaatsvindt.*

1.1.3.3 Stelling 9: Indien een afzondering van meerdere uren niet vermeden kan worden, dient de afgezonderde persoon minstens elke vier uur fysiek en psychiatrisch onderzocht te worden door een arts, met het oog op de tijdige behandeling of rapportage van mogelijke fysieke verwondingen of emotioneel trauma.

De stelling behaalde niet voldoende consensus bij de professionals. Uit de opmerkingen van de professionals bleek dat de opgelegde tijd weerstand opriep. Daarnaast kwam de vraag naar voor of een arts dit onderzoek moet uitvoeren. Dit zou niet altijd haalbaar zijn. In verschillende betrokken sectoren is dit daarenboven niet mogelijk aangezien een arts geen deel uitmaakt van de vaste personeelsequipe. Echter kan een psychiatrisch onderzoek enkel door een arts uitgevoerd worden. De stelling werd in eerste instantie minder streng geformuleerd door te werken met een streefdoel. De herwerkte stelling luidde dan als volgt: *Indien een afzondering van meerdere uren niet vermeden kan worden, streef er dan naar dat de afgezonderde persoon minstens elke 4 uur fysiek en psychiatrisch onderzocht wordt door een arts, met het oog op de tijdige behandeling of rapportage van mogelijke fysieke verwondingen of emotioneel trauma.*

Binnen de stuurgroep werd aangegeven dat ondanks de toevoeging 'streef ernaar', de implementatie van de aanbeveling niet beter zou worden. Volgens hen zouden hulpverleners de toepassing van deze minder streng geformuleerde stelling – juist omwille van de minder strenge formulering - achterwege laten. Bovendien verscheef deze stelling geen gevolgen voor de gevallen waarin het psychiatrisch onderzoek niet binnen de 4 uur gebeurt. Om dit te vermijden stelde de stuurgroep voor om de redenen voor het afwijken van de tijdsduur te laten motiveren en registreren. De nieuwe stelling luidde als volgt: *Indien een afzondering van meerdere uren niet vermeden kan worden, streef er dan naar dat de afgezonderde persoon elke 4 uur fysiek en psychiatrisch onderzocht wordt door een arts, met het oog op de tijdige behandeling of rapportage van mogelijke fysieke verwondingen of emotioneel trauma. Indien het onderzoek niet om de 4 uur kon plaatsvinden worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.*

De stelling is oorspronkelijk afkomstig uit een review die betrekking heeft op de GGZ (New South Wales Government, 2012), maar dient in de aanbevelingen ook van toepassing te zijn voor sectoren buiten de GGZ. In deze settings zal een arts moeten opgeroepen worden, aangezien deze niet overal standaard aanwezig is. Door het expliciet vermelden van de arts in de stelling, zou de aanbeveling niet in alle betrokken sectoren geïmplementeerd kunnen worden. De onderzoekers vervingen daarom de term 'arts' door 'bevoegde hulpverlener'. Wie deze bevoegde hulpverlener dient te zijn, maakt de regelgeving

momenteel enkel voor de sector van de GGZ duidelijk, namelijk de arts. Voor de andere betrokken sectoren dient dit in de regelgeving nog verduidelijkt te worden.

De nieuwe stelling luidde als volgt: *Indien een langdurige afzondering niet kan worden vermeden, streef er dan naar dat de toestand van de afgezonderde persoon elke 4 uur onderzocht wordt door een bevoegde hulpverlener VAN DE AFDELING, met het oog op de tijdige behandeling of rapportage van mogelijke fysieke verwondingen of emotioneel trauma. Indien het onderzoek niet om de 4 uur kon plaatsvinden, worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.*

1.1.3.4 Stelling 10: Een persoon mag nooit – in geen enkele omstandigheid – langer dan 24u worden

De stelling is afkomstig uit de CPT-standaard en daar van toepassing op mechanische fixatie (CPT, 2017). De onderzoekers breidde deze zelf uit naar afzondering. De deelnemers van de eerste Delphi-ronde hadden voornamelijk opmerkingen bij de tijdsindicator en dat de ideale duur erg persoonsgebonden is. De onderzoekers besloten om de tijdsindicator te verhogen naar 48 uur en te benadrukken dat het om afzondering gaat in het kader van agressie en/of escalatie. Dit is voor *alle* aanbevelingen het geval, maar om de goede leesbaarheid van de aanbevelingen te behouden, wordt dit niet in elke stelling herhaalt. De aanpassingen leidden tot volgende stelling: *Een persoon mag in het kader van agressie en/of escalatie nooit – in geen enkele omstandigheid – langer dan 48u worden afgezonderd.*

De tijdsduur van 48 uur werd zowel binnen de stuurgroep alsook binnen de richtlijnwerkgroep als erg lang ervaren. Voor de stuurgroep was het belangrijk dat er een duidelijk stappenplan met betrekking tot de tijdsduur uit de aanbevelingen naar voor zou komen. Volgende stappen tekenden zich af: (1) bij afzonderen wordt ernaar gestreefd dat dit niet langer dan 1 uur duurt; (2) duurt het toch langer moet er na 4 uur een second opinion worden gevraagd; (3) na de second opinion kunnen de hulpverleners ervoor kiezen om de afzondering te verlengen (indien ze geen enkele andere oplossing vinden), waarbij er wel een maximum tijdsduur wordt vooropgesteld die niet overschreden mag worden. In eerste instantie bleef dit nog 48 uur.

Na herwerking van stellingen 8 en 9 van afzondering (zie onder 1.1.3.2 en 1.1.3.3), alsook na de focus-groep met jongeren met ervaring in de jeugdhulp en/of geestelijke gezondheidszorg, werd de tijds-indicator aangepast naar 24 uur. De jongeren vonden, net als de stuurgroep en richtlijnwerkgroep, dat 48 uur een zeer lange afzonderingsperiode is bij agressie of/of escalatie.

De nieuwe stelling luidde als volgt: *Een persoon mag in het kader van agressie en/of escalatie nooit langer dan 24 uur worden afgezonderd.*

1.1.3.5 Stelling 11: Voer tijdens afzondering minstens elke 10 minuten observaties uit in de fysieke aanwezigheid van de zorggebruiker.

De stelling is analoog aan stelling 22 van mechanische fixatie. Dezelfde opmerkingen en bedenkingen kwamen naar voor, waardoor de aanpassingen gelijkend zijn.

Uit de opmerkingen van de deelnemers bleek observatie in de fysieke aanwezigheid van de persoon op enige weerstand te stoten. De deelnemers gaven aan dat te snel of veelvuldig contact de agressie verder kan doen toenemen. Tijdens de nacht zou dit eveneens de nachtrust verstoren. De onderzoekers stelden zich bij deze bedenking de vraag of het mensenrechtenconform is om iemand langer af te zonderen dan nodig omwille van het feit dat hij slaapt. Volgens de mensenrechten primeert de vrijheid van de persoon op iemands nachtrust. De onderzoekers gaven voorrang aan dit mensenrechtenperspectief.

Naar aanleiding van het aanpassen van de tijdsindicator bij stelling 25 van mechanische fixatie (die over registratie gaat), werd de tijdsindicator opgetrokken naar 15 minuten. Daarnaast werd een garantie voor de observatie in de stelling ingebouwd door toe te voegen dat een hulpverlener zijn redenen moet motiveren wanneer er geen observatie heeft kunnen plaatsvinden om de 15 minuten. Tot slot voegden de onderzoekers het woord *minstens* opnieuw toe aan de stelling. In de MDR staat dat er gestreefd wordt naar een *voortdurende* aanwezigheid. Het laten vallen van de term *minstens* zou de stelling enigszins tegenstrijdig maken met de bestaande MDR voor de GGZ.

De nieuwe stelling luidde als volgt: *Voer bij een persoon die afgezonderd werd minstens elke 15 minuten observaties uit zijn fysieke aanwezigheid (dus bijvoorbeeld niet via een camera of door een raampje van de deur), tenzij de fysieke aanwezigheid het verwachte de-escalierend effect van de afzondering in de weg staat. Indien de observaties niet elke 15 minuten konden plaatsvinden, worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.*

1.1.3.6 Stelling 14: Registreer minstens elke 10 minuten de bevindingen van zowel observaties als evaluaties tijdens de afzondering.

De stelling is analoog aan stelling 25 van mechanische fixatie. Dezelfde opmerkingen kwamen naar voor, waarbij de tijdsindicator van 10 minuten de meeste aandacht kreeg in tijdens het aanpassingsproces. Naar aanleiding van de aanpassingen aan stelling 25 van mechanische fixatie werd ook in deze stelling de tijdsindicator opgetrokken naar 15 minuten en werd de stelling geformuleerd als een streefdoel.

De nieuwe stelling luidde als volgt: *Streef ernaar om de bevindingen van zowel de observaties als de evaluaties van de afzondering in de regel om de 15 minuten te registreren.*

1.1.3.7 Stelling 18: Pas geen afzondering toe bij kinderen van 12 jaar of jonger.

De stelling is analoog aan stelling 32 bij mechanische fixatie. Opnieuw werd er niet voldoende consensus bereikt over de leeftijd waarop afzondering al dan niet mag worden toegepast, indien de hulpverleners geen enkele andere oplossing vinden. De twee stellingen werden samen aangepast en herwerkt. De gevolgde stappen en redeneringen kan u terugvinden bij 1.1.2.8. Stelling 32 van mechanische fixatie.

De onderzoekers pasten de stellingen aan en splitsten deze op in drie afzonderlijke stellingen die in een apart onderdeel van de vragenlijst “de impact van de leeftijd van de zorggebruiker” werden bevraagd. De nieuwe stellingen luiden als volgt:

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

1.2 Vragenlijst tweede Delphi-ronde

De opbouw van de vragenlijst voor de tweede Delphi-ronde is op een gelijkaardige wijze verlopen als bij de eerste Delphi-vragenlijst. De stellingen werden opnieuw opgesteld per (dwang)maatregel. Bij de start van elk van de drie onderdelen werd aan de professionals gevraagd of de betreffende maatregel binnen hun voorziening toegepast werd. Indien de professional aanduidde dat dit niet het geval was, kreeg hij de stellingen betreffende die maatregel niet voorgelegd. De ervaringsdeskundigen kregen deze vraag bij de start van de drie onderdelen niet te zien, waardoor zij alle stellingen kregen voorgelegd om te beoordelen. Daarnaast kozen de onderzoekers ervoor om een bijkomend onderdeel toe te voegen, namelijk “de impact van de leeftijd van de zorggebruiker”. Alle stellingen met betrekking tot leeftijdsgrenzen werden in dit onderdeel meegenomen. Dit onderdeel werd bij *alle* deelnemers bevestigd.

In de tweede Delphi-ronde werden enkel de 25 aangepaste stellingen opnieuw voorgelegd ter beoordeling. Dit bracht met zich mee dat de reeds aanvaarde stellingen die verband hielden met deze stellingen, zouden ontbreken in de vragenlijst. De onderzoekers schatten in dat dit de beoordeling van de aangepaste stellingen zou bemoeilijken. De context van de volledige set van stellingen zou immers ontbreken op die manier. Daarom werden aanvaarde stellingen die verband hielden met de stellingen die opnieuw bevestigd werden, toch opgenomen in de tweede Delphi-vragenlijst, echter zonder dat de deelnemers de aanvaarde stellingen opnieuw konden beoordelen (zie onderstaand voorbeeld, Figuur 80).

Bij elke te beoordelen stelling luidde de vraag: “In welke mate bent u akkoord om deze stelling op te nemen in het geheel van aanbevelingen voor goede praktijk?”. Er werd geantwoord aan de hand van een 5-punt-Likertschaal met antwoordmogelijkheden gaande van niet akkoord tot akkoord. Deze 5-punt-Likertschaal werd aangevuld met de antwoordmogelijkheid “Ik heb hier geen expertise over”. De deelnemers kregen eveneens de mogelijkheid om opmerkingen of bedenkingen te noteren bij hun antwoorden. In onderstaand voorbeeld wordt een vraag uit de tweede Delphi-vragenlijst weergegeven (Figuur 80).

Verschillend met in de eerste Delphi-vragenlijst werden in de tweede Delphi-vragenlijst de deelnemers er bij elke stelling aan herinnerd dat ze deze diende te beoordelen onafhankelijk van de haalbaarheid van de stelling in de praktijk. In de eerste Delphi-ronde haalden de deelnemers regelmatig aan dat de haalbaarheid van de stellingen een probleem vormde. De deelnemers dienden echter goed voor ogen te houden dat de stellingen ontwikkeld werden om kwaliteitsverbetering inzake de praktische uitvoering van afzondering en fixatie na te streven. Daarom mocht de haalbaarheid van de stelling – in dat stadium van de studie – geen invloed hebben op de beoordeling van de stelling.

De haalbaarheid van de implementatie van de stellingen werd na de Delphi-studie besproken met de richtlijnwerkgroep en de stuurgroep, en werd verwerkt in randvoorwaarden. De randvoorwaarden vormen een apart hoofdstuk op het einde van de finale set van aanbevelingen (deel C, zie ook hoofdstuk 5, deel 2). Deze randvoorwaarden dienen ertoe bij te dragen dat de aanbevelingen succesvol worden geïmplementeerd.

1. Gebruik bij een fysieke interventie het tegen de grond werken van een persoon (liggend fixeren) alleen als laatste keuze.
Deze stelling behaalde voldoende consensus in de eerste ronde en werd dus reeds opgenomen in de finale lijst van aanbevelingen. We geven deze stelling hier nog eens weer zodat u de volgende stelling goed zou kunnen kaderen en beoordelen. Inhoudelijk sluiten beide stellingen bij elkaar aan.

2. Indien liggend fixeren niet kan vermeden worden, verkies dan rugligging boven buikligging aangezien buikligging een risico op overlijden inhoudt. Indien buikligging onvermijdelijk is, moet er zo snel mogelijk worden overgegaan naar een andere, veilige positie, ook om verbale en non-verbale communicatie terug mogelijk te maken.

In welke mate bent u akkoord om deze stelling op te nemen in het geheel van aanbevelingen voor goede praktijk?

Wij vragen u niet of de stelling momenteel een haalbare praktijk is of zou kunnen zijn.

1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Evenzeer niet akkoord als akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Ik heb hier geen expertise over

Indien u graag bijkomende informatie geeft bij uw antwoord, kan dit hier:

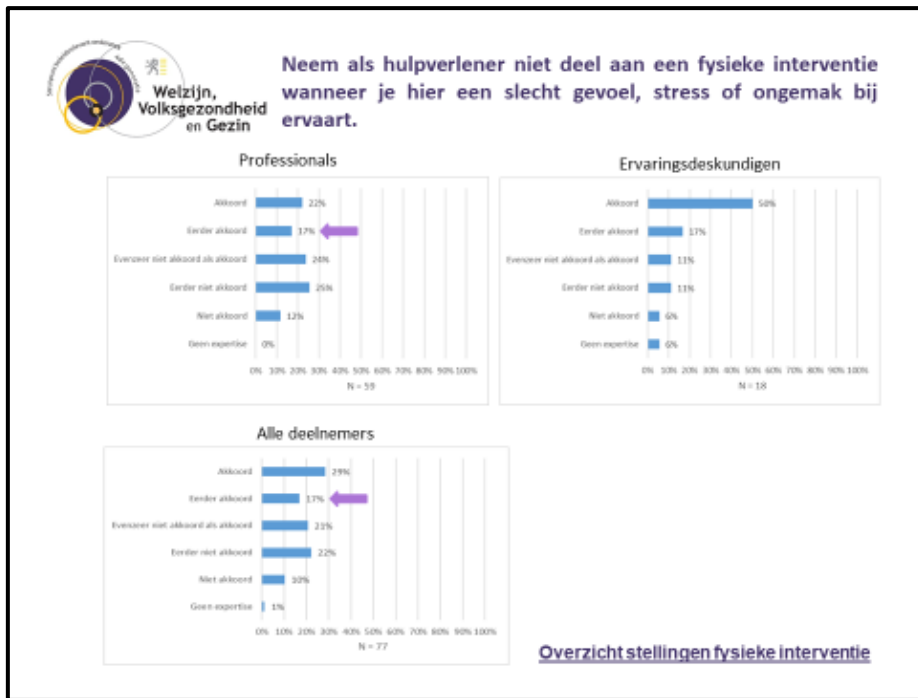
.....

.....

.....

Figuur 80 Voorbeeldvraag uit de tweede ronde van de Delphi-studie

Samen met de vragenlijst voor de tweede Delphi-ronde kregen de deelnemers hun persoonlijk feedbackrapport van de eerste Delphi-ronde toegestuurd. De deelnemers dienden eerst dit feedbackrapport te bekijken, alvorens aan de tweede vragenlijst te beginnen. Het feedbackrapport gaf een overzicht van de resultaten van de eerste Delphi-vragenlijst. Per stelling werden in verschillende grafieken de groepsscores, over beide groepen heen alsook binnen elke groep (ervaringsdeskundigen en professionals) weergegeven in percentages. Het percentage gaf aan hoeveel van de totale groep van deelnemers het desbetreffende antwoord had gegeven. Met een pijl werd het persoonlijke antwoord van de deelnemer, binnen de groep waartoe hij behoort alsook over alle deelnemers heen, aangegeven (zie onderstaand voorbeeld, Figuur 81). Hierdoor kon de deelnemer zichzelf situeren binnen de antwoorden en resultaten van de eerste Delphi-ronde. Bovendien gaf het feedbackrapport een overzicht van alle aanvaarde en niet aanvaarde stellingen.



Figuur 81 Voorbeeld feedbackrapport voor één stelling uit de eerste Delphi-vragenlijst

2 Analyses tweede Delphi-ronde

2.1 Kwantitatieve analyses

Opdat een stelling aanvaard zou worden, diende er 65% instemming (= eerder akkoord of akkoord) behaald te worden in beide panels, zowel in het panel van expert-professionals als in het panel van ervaringsdeskundigen. De onderbouwing van het consensuscriterium wordt weergegeven in Hoofdstuk 2, deel 2. Het consensuscriterium resulteerde in onderstaand stappenplan voor de kwantitatieve analyse van elke stelling van de tweede Delphi-vragenlijst:

- Stap 1: Er werd nagegaan of er minstens 65% instemming is (= eerder akkoord of akkoord) met de betreffende stelling in elk van de twee panels.
 - Bij minstens 65% instemming in ieder panel, werd de stelling aanvaard om op te nemen in de finale set van aanbevelingen. De stelling werd niet opnieuw bevestigd.
 - Indien het consensuspercentage van 65% niet werd bereikt in één of beide panels, werd er overgegaan naar stap 2.
- Stap 2: Wanneer in één of in beide panels het consensuspercentage van 65% niet werd bereikt, werd het percentage instemming over beide panels heen berekend.
 - Indien het percentage instemming over beide panels heen meer dan 35% was, werd de stelling meegenomen naar een mogelijke derde ronde en werd bijkomend stap 3 doorlopen.
 - Indien het percentage instemming over beide panels heen minder dan 35% was, werd overgegaan naar stap 4.

- Stap 3: Er werd nagegaan wat het verschil in mediaan is tussen de beide panels. De mediaan wordt berekend om na te gaan of er een betekenisvol verschil bestond tussen de antwoorden van beide groepen. Voor de grootte van panels was het immers niet zinvol om na te gaan of de medianen statistisch significant verschillend zijn. Bijvoorbeeld: in het ene panel is de mediaan 4 (= eerder akkoord) en in het andere panel is de mediaan 2 (= eerder niet akkoord). Dit is een betekenisvol verschil op het niveau van de mediaan. In dat geval diende het verschil in de kwalitatieve antwoorden tussen beide groepen verder geanalyseerd te worden. Is in het ene panel de mediaan 5 (= akkoord) en in het andere panel is de mediaan 4 (= eerder akkoord), is er geen betekenisvol verschil op het niveau van de mediaan, en werden de verschillen in antwoorden tussen beide groepen niet verder geanalyseerd. Er werd eveneens nagegaan of er een betekenisvol verschil was op het niveau van de mediaan tussen de vier groepen van de professionals. Een laag percentage instemming in het volledige panel van de professionals, kon immers mogelijk verklaard worden door een verschil in mening tussen de groepen van professionals. Indien er een betekenisvol verschil was op het niveau van de mediaan, werd naar de opmerkingen van de verschillende groepen gekeken. Er werd rekening gehouden met de opmerkingen van de deelnemers bij het aanpassen van de stelling.
- Stap 4: Indien er minder dan 35% instemming was over de twee panels heen, werd de stelling verworpen en dus niet verder bevraagd in de volgende Delphi-ronde.

Voor de kwantitatieve analyse werd het programma SPSS statistics 26 gebruikt om de gegevens te verwerken. Naast de frequentieverdeling, werd de mediaan als bijkomende beschrijvende statistiek berekend.

Voor de berekening van de percentages van deelnemers die eerder akkoord of akkoord zijn met elk van de stellingen werden de deelnemers die bij de betreffende stelling geantwoord hadden dat ze geen expertise erover hebben, niet meegerekend. Enkel de deelnemers die geantwoord hebben aan de hand van de 5-punt-Likertschaal werden meegenomen bij het berekenen van de percentages instemming.

2.2 Kwalitatieve analyses

De deelnemers kregen bij elke stelling de mogelijkheid om hun opmerkingen, bedenkingen of ervaringen te noteren. Na de tweede ronde bleken alle stellingen, met uitzondering van één stelling, aanvaard te zijn om op te nemen in de finale set van aanbevelingen. Toch werd er nog rekening gehouden met de feedback van de deelnemers. Enerzijds werd de feedback geanalyseerd om na te gaan of de formulering van de stellingen kon verbeterd worden en anderzijds werd de feedback van alle stellingen uit zowel de eerste als tweede ronde geanalyseerd om de randvoorwaarden bij implementatie van de aanbevelingen in de betrokken sectoren (zie hoofdstuk 5, deel 2) uit te schrijven.

Daarnaast werd de feedback van de ene stelling waarvoor het consensuscriterium van 65% niet behaald werd, nader bekeken. De onderzoekers probeerden na te gaan of de opmerkingen konden verduidelijken waarom de stelling het criterium niet haalde.

3 Resultaten tweede Delphi ronde

Aan de tweede Delphi-ronde namen in totaal 65 deelnemers deel. Het gaat hierbij om dezelfde deelnemers als aan de eerste ronde, met 14 deelnemers die zijn uitgevallen. Er namen 17 ervaringsdeskundigen en 48 expert-professionals deel aan de tweede ronde. Bij de ervaringsdeskundigen is één

deelnemer uitgevallen, bij de professionals gaat het om 13 deelnemers. De professionals zijn afkomstig uit vier sectoren: (1) de jeugd-GGZ, (2) de volwassenen-GGZ, (3) VAPH-voorzieningen voor kinderen en jongeren, inclusief afdelingen met een GES+ erkenning en (4) de jeugdhulp inclusief de gemeenschapsinstellingen en de proeftuinen. Uit elke groep zijn er enkele professionals die niet meer deelnamen aan de tweede ronde. Onderstaande tabel geeft een verdeling van de expert-professionals weer volgens de sector waarin ze werkzaam zijn.

Tabel 6 Aantal expert-professionals die deelnamen aan de tweede Delphi-ronde ingedeeld volgens de sector waarin ze werkzaam zijn

SECTOR PROFESSIONALS	AANTAL
JEUGD-GGZ	14
VOLWASSENEN-GGZ	14
JEUGDHULP	9
VAPH KINDEREN EN JONGEREN	11
TOTAAL	48

Van de 25 stellingen die werden voorgelegd in de tweede Delphi-vragenlijst haalden 24 stellingen het consensus-criterium van 65% in beide panels. Deze stellingen werden aanvaard en vormen samen met de aanvaarde stellingen uit de eerste ronde de finale set van aanbevelingen. Eén stelling haalde het criterium niet, maar haalde wel meer dan 35% instemming in beide panels. Ondanks dat de stelling het consensuscriterium niet in beide panels haalde, werd de stelling aanvaard. De redenering en de gevolgde stappen worden weergegeven in hoofdstuk 5, 1.1.

Hieronder worden de resultaten per stelling besproken, ingedeeld per (dwang)maatregel - fysieke interventie, mechanische fixatie en afzondering – en het bijkomende onderdeel “impact van de leeftijd van de zorggebruiker” zoals de stellingen ook geordend stonden in de vragenlijst. Bij de start van elk onderdeel werd aan de professionals gevraagd of de betreffende (dwang)maatregel binnen hun voorziening wordt toegepast. Indien de professional aangaf dat dit niet het geval was, kreeg de betreffende professional de stellingen met betrekking tot die maatregel niet voorgelegd. Hierdoor verschilt het aantal deelnemers dat de stellingen per maatregel beoordeelde. Deze vraag werd niet gesteld voor het onderdeel “impact van de leeftijd van de zorggebruiker”. De ervaringsdeskundigen kregen alle stellingen van de vier onderdelen van de vragenlijst voorgelegd.

Berekening percentage deelnemers dat (eerder) akkoord gaat met de betreffende stelling

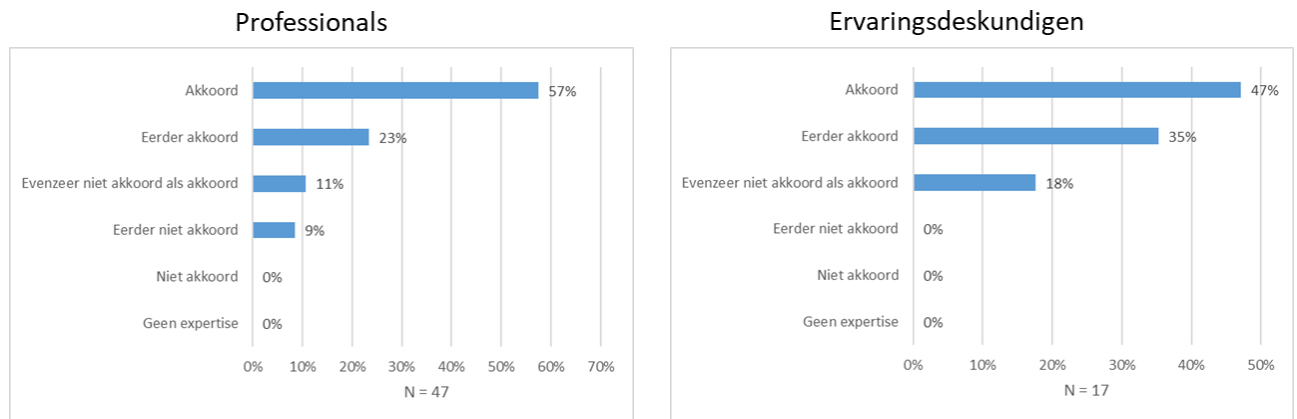
Per stelling wordt in een figuur - zowel voor de expert-professionals als voor de ervaringsdeskundigen - per antwoordmogelijkheid het percentage deelnemers weergegeven dat deze antwoordmogelijkheid heeft aangekruist, dus ook het percentage deelnemers dat aangaf geen expertise te hebben met betrekking tot de stelling. Bij de berekening van het percentage deelnemers dat (eerder) akkoord ging met de stelling (= percentage instemming) werden de deelnemers die aangaven geen expertise te hebben buiten beschouwing gelaten.

3.1 Fysieke interventie

Bij de professionals gaf één professional aan dat fysieke interventies binnen zijn/haar voorziening niet worden toegepast. Deze deelnemer kreeg de stellingen rond fysieke interventie niet voorgelegd. Alle ervaringsdeskundigen kregen de stelling rond fysieke interventie voorgelegd.

3.1.1 Stelling 1

Stelling 1: Neem als hulpverlener niet deel aan een fysieke interventie wanneer je hier een slecht gevoel, stress of ongemak bij ervaart, tenzij je hiermee de veiligheid van andere collega's, de zorggebruiker of eventuele omstanders in gevaar brengt.

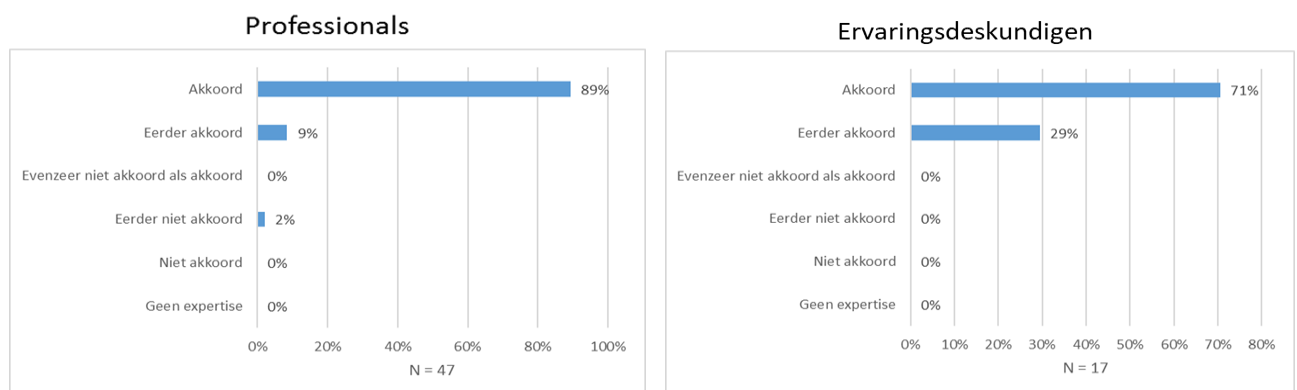


Figuur 82 Stelling 1 - gevoel van ongemak of stress

Van de professionals gaat 80.8% (eerder) akkoord met de stelling en 84.4% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt daarom aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.2 Stelling 2

Stelling 2: Gebruik bij fysieke interventie uitsluitend technieken die schadelijke lichamelijke effecten minimaliseren, om op die manier het risico op fysieke pijn of kwetsuren bij de zorggebruiker te vermijden.

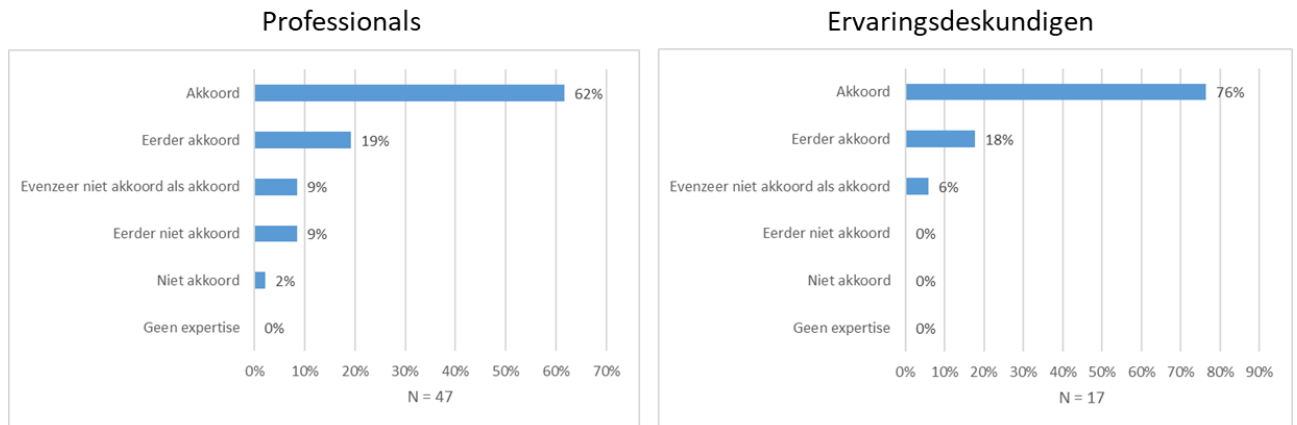


Figuur 83 Stelling 2 - schadelijke lichamelijke effecten vermijden

Van de professionals gaat 97.1% (eerder) akkoord met de stelling en 100% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. Het consensuscriterium van 65% wordt hiermee in beide panels bereikt en de stelling wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.3 Stelling 3

Stelling 3: Indien liggend fixeren niet kan vermeden worden, verkies dan rugligging boven buikligging aangezien buikligging een risico op overlijden inhoudt. Indien buikligging onvermijdelijk is, moet er zo snel mogelijk worden overgegaan naar een andere, veilige positie, ook om verbale en non-verbale communicatie terug mogelijk te maken.

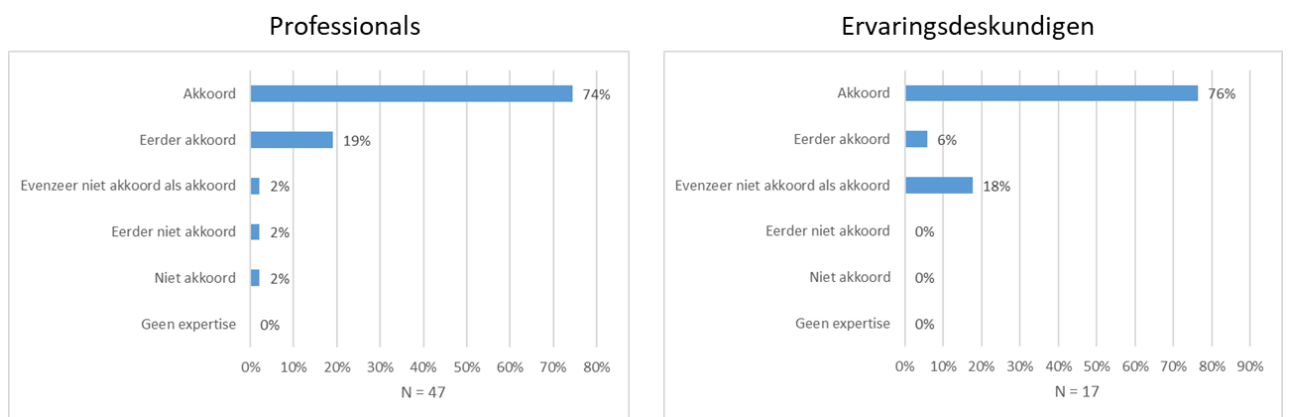


Figuur 84 Stelling 3 – rugligging

Van de professionals gaat 80.8% (eerder) akkoord met de stelling en 94.1% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in elk van beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.4 Stelling 4

Stelling 4: Streef ernaar dat een fysieke interventie - in het kader van agressie en/of escalatie - in de regel niet langer dan 15 minuten duurt.

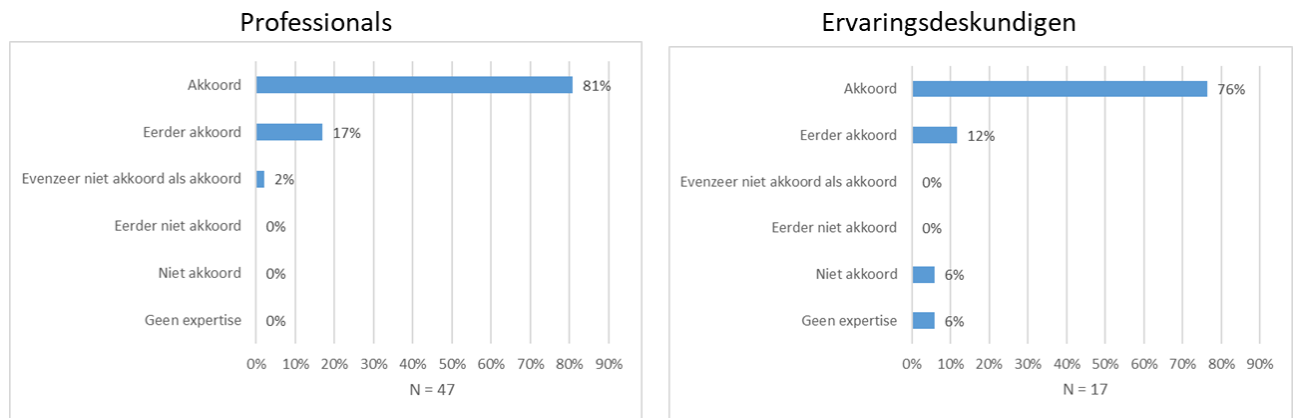


Figuur 85 Stelling 4 - tijdsduur fysieke interventie

Bij de professionals gaat 93.6% (eerder) akkoord met de stelling. In het panel van de ervaringsdeskundigen geeft 82.4% aan (eerder) akkoord met de stelling te gaan. Beide panels behalen het consensuscriterium van 65%, waardoor de stelling aanvaard wordt om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.5 Stelling 5

Stelling 5: Registreer na afloop van de fysieke interventie (in de regel na maximaal 15 minuten) zowel observaties als evaluaties van de fysieke interventie.

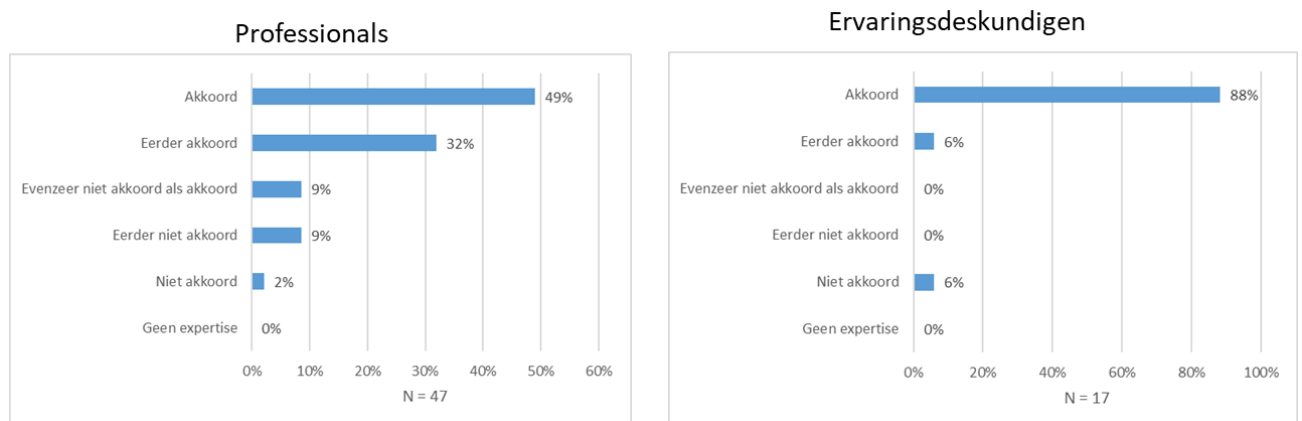


Figuur 86 Stelling 5 - registreren na afloop

Van de professionals gaat 97.9% (eerder) akkoord met de stelling en 93.8% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in elk van de panels en wordt daarom aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.1.6 Stelling 6

Stelling 6: Streef er bij verlengde fysieke interventie naar (meer dan 15 minuten) om elke 15 minuten observaties en evaluaties te registreren. Indien de registraties niet elke 15 minuten konden plaatsvinden, worden de redenen hiervoor telkens gemotiveerd.



Figuur 87 Stelling 6 - registreren verlengde interventie

In het panel van de professionals geeft 80.8% aan (eerder) akkoord te gaan met de stelling. Bij de ervaringsdeskundigen gaat 94.1% (eerder) akkoord. Het consensuscriterium van 65% wordt in beide panels behaald. Hiermee wordt de stelling aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2 Mechanische fixatie

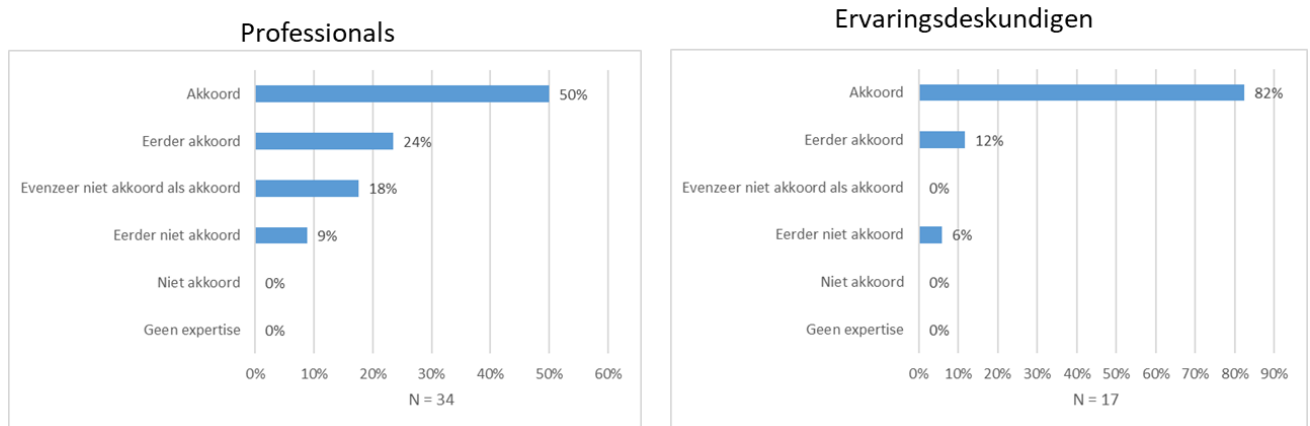
Bij de professionals gaven 14 professionals aan dat mechanische fixaties binnen hun voorziening niet worden toegepast. Deze deelnemers kregen de stellingen rond mechanische fixatie niet voorgelegd. Vierendertig professionals beoordeelden de stellingen rond mechanische fixatie in de tweede Delphi-ronde. Alle ervaringsdeskundigen kregen de stellingen rond mechanische fixatie voorgelegd.

Berekening percentage deelnemers dat (eerder) akkoord gaat met de betreffende stelling = percentage instemming

Per stelling wordt in een figuur - zowel voor de expert-professionals als voor de ervaringsdeskundigen - per antwoordmogelijkheid het percentage deelnemers weergegeven dat deze antwoordmogelijkheid heeft aangekruist, dus ook het percentage deelnemers dat aangaf geen expertise te hebben met betrekking tot de stelling. Bij de berekening van het percentage deelnemers dat (eerder) akkoord ging met de stelling (= percentage instemming) werden de deelnemers die aangaven geen expertise te hebben buiten beschouwing gelaten.

3.2.1 Stelling 1

Stelling 1: Neem als hulpverlener niet deel aan het uitvoeren van mechanische fixatie wanneer je hier een slecht gevoel, stress of ongemak bij ervaart, tenzij je hiermee de veiligheid van andere collega's, de zorggebruiker of eventuele omstaanders in gevaar brengt.

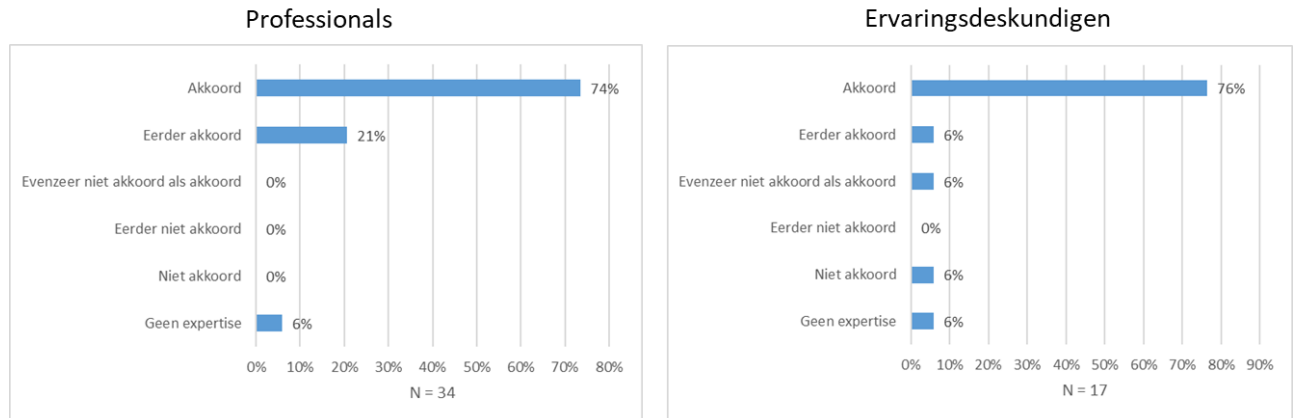


Figuur 88 Stelling 1 - gevoel van ongemak of stress

Van de professionals gaat 73.5% (eerder) akkoord met de stelling en 94.2% van de ervaringsdeskundigen. De stelling behaalt in elk van beide panels het consensuscriterium van 65% en wordt daarom aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.2 Stelling 2

Stelling 2: Indien verschillende mechanische fixatiemiddelen beschikbaar zijn en evenwaardig zijn in veiligheid en noodzakelijkheid, kies dan in het licht van het welzijn van de zorggebruiker het middel dat het minst opvalt.

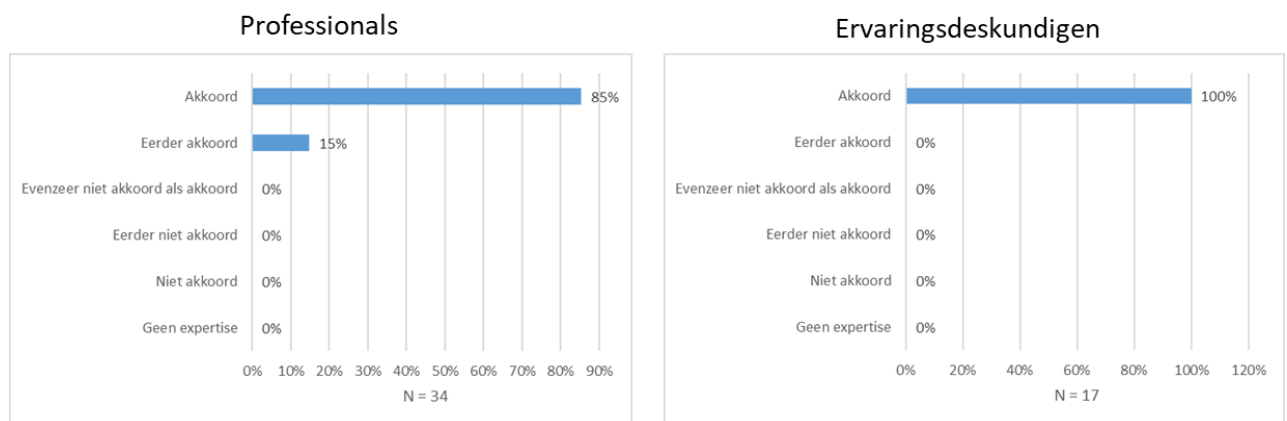


Figuur 89 Stelling 2 - onopvallend materiaal

Honderd procent van de professionals gaat (eerder) akkoord met de stelling. In het panel van de ervaringsdeskundigen gaat 87.6% (eerder) akkoord met de stelling. In beide panels wordt het consensuscriterium van 65% bereikt en de stelling wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.3 Stelling 3

Stelling 3: Als er zich een levensbedreigend incident heeft voorgedaan met een specifiek mechanisch fixatiemateriaal, en een grondige evaluatie toont aan dat het incident eerder door de aard van het materiaal dan door de verkeerde toepassing ervan werd uitgelokt, gebruik dit materiaal dan niet meer.

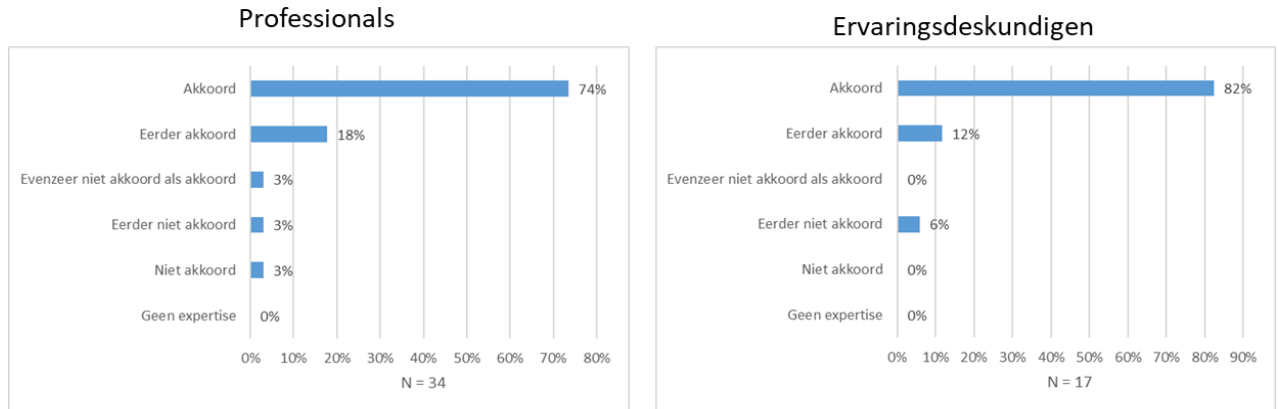


Figuur 90 Stelling 3 - levensbedreigend incident materiaal

Bij zowel de professionals als de ervaringsdeskundigen gaat 100% (eerder) akkoord met de stelling. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in elk van beide panels en wordt daarom aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.4 Stelling 4

Stelling 4: Als er zich een levensbedreigend incident heeft voorgedaan met een specifiek mechanisch fixatiemateriaal, en een grondige evaluatie toont aan dat het incident eerder door de verkeerde toepassing dan door de aard van het materiaal werd uitgelokt, dan is een bijkomende opleiding over het gebruik van het betreffende materiaal noodzakelijk. Enkel nadat de hulpverleners hebben deelgenomen aan deze opleiding, kan het betreffende fixatiemateriaal opnieuw gebruikt worden bij mechanische fixatie.

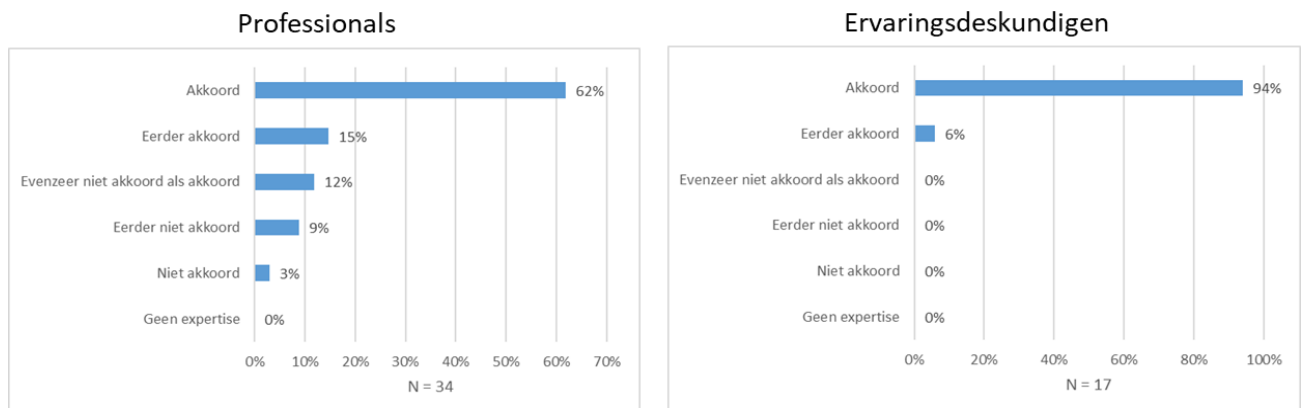


Figuur 91 Stelling 4 - levensbedreigend incident toepassing

In het panel van de professionals gaat 91.1% (eerder) akkoord met de stelling. Het panel van de ervaringsdeskundigen gaat voor 94.2% (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.5 Stelling 5

Stelling 5: Voer bij een persoon die mechanisch werd gefixeerd minstens elke 15 minuten observaties uit in zijn fysieke aanwezigheid (dus bijvoorbeeld niet via een camera of door een raampje van de deur), tenzij de fysieke aanwezigheid het verhoopte de-escalierend effect van de mechanische fixatie in de weg staat. Indien de observaties niet elke 15 minuten konden plaatsvinden, worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.

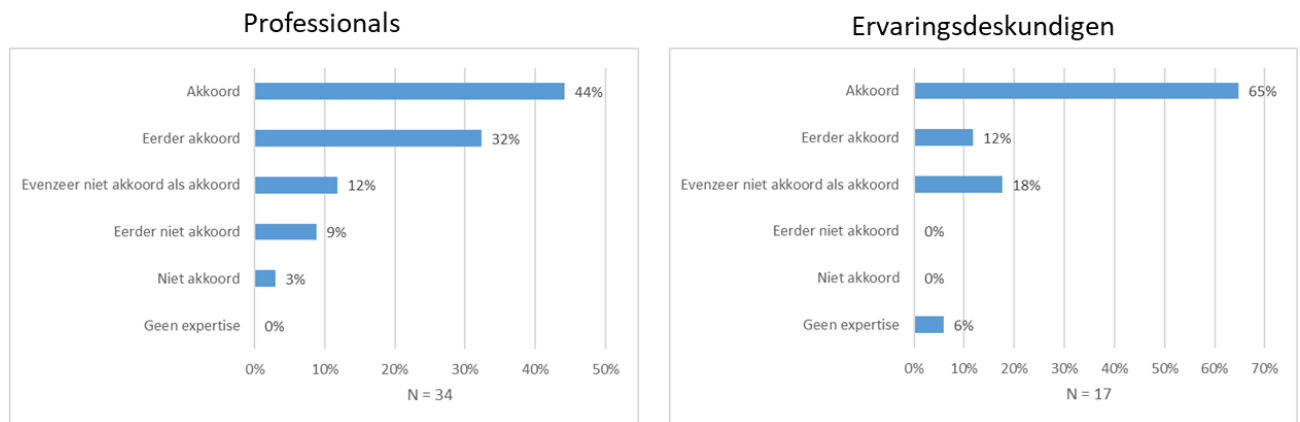


Figuur 92 Stelling 5 - observaties in fysieke aanwezigheid

Honderd procent van der ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord met de stelling. Bij de professionals gaat 76.5% (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in elk van beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.6 Stelling 6

Stelling 6: Streef ernaar dat mechanische fixatie - in het kader van agressie en/of escalatie - in de regel niet langer dan 15 minuten duurt.

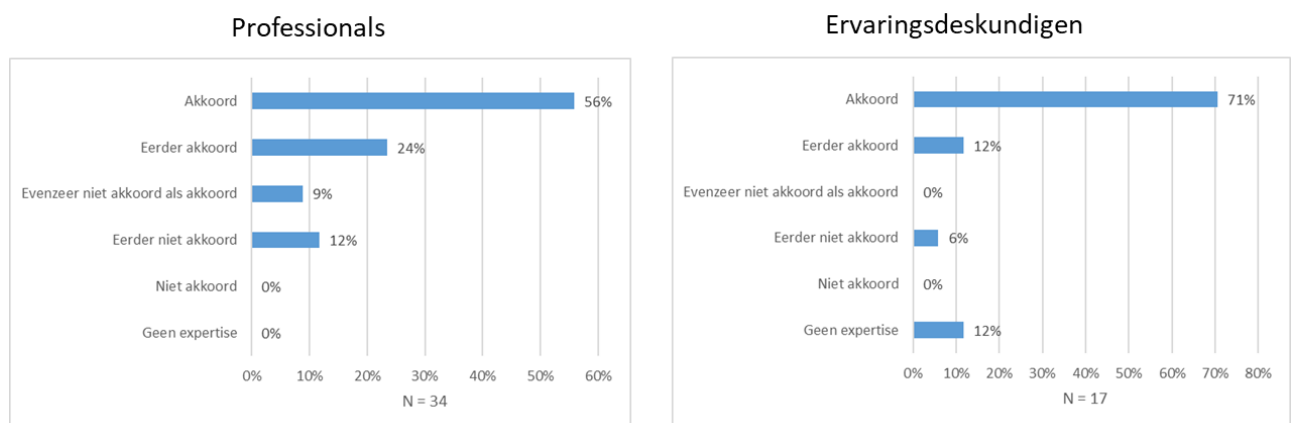


Figuur 93 Stelling 6 - tijdsduur mechanische fixatie

Bij de professionals gaat 76.5% (eerder) akkoord met de stelling. In het panel van de ervaringsdeskundigen geeft 81.3% aan (eerder) akkoord te gaan met de stelling. Gezien beide panels het consensus-criterium van 65% behalen, wordt de stelling aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.7 Stelling 7

Stelling 7: Indien een langdurige mechanische fixatie niet kan worden vermeden, streef er dan naar dat de toestand van de mechanisch gefixeerde persoon minstens elke 4 uur onderzocht wordt door een bevoegde hulpverlener VAN DE AFDELING, met het oog op de tijdige behandeling of rapportage van mogelijke fysieke verwondingen of emotioneel trauma. Indien het onderzoek niet om de 4 uur kon plaatsvinden worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.

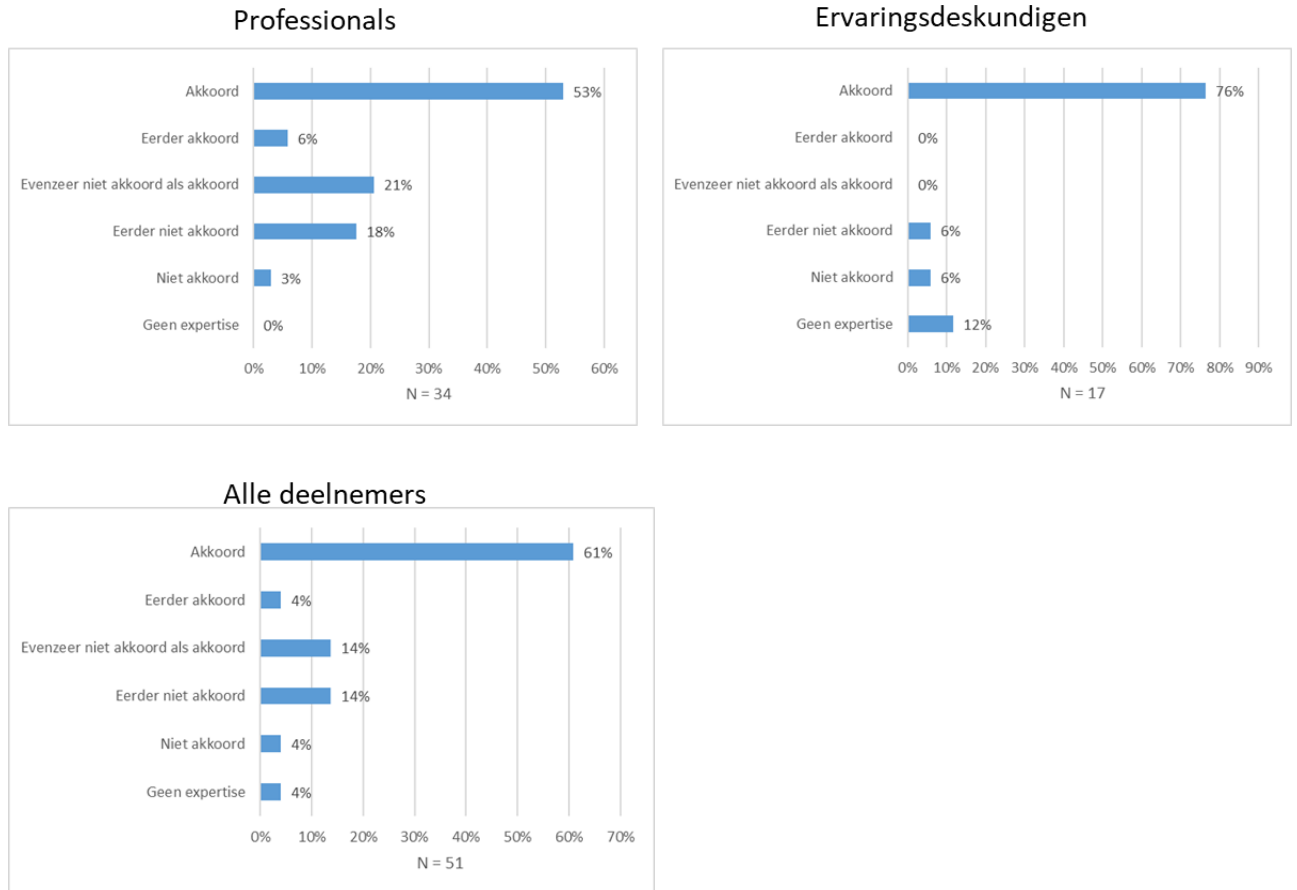


Figuur 94 Stelling 7 - onderzoek na 4 uur

Bij de berekening van het percentage van het aantal deelnemers dat instemt met de stelling (eerder akkoord of akkoord) worden de deelnemers die geen expertise hebben niet meegenomen in de analyse. Van de professionals gaat 79.4% (eerder) akkoord en 93.3% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord met de stelling. Beide panels behalen het consensuscriterium van 65% en de stelling wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.8 Stelling 8

Stelling 8: Indien een langdurige mechanische fixatie niet kan worden vermeden, zorgen de betrokken hulpverleners uiterlijk binnen 4 uur na de start van de maatregel voor een second opinion van een bevoegde hulpverlener. Deze bevoegde hulpverlener is afkomstig van BUITEN DE AFDELING waar de mechanische fixatie plaatsvindt.



Figuur 95 Stelling 8 - second opinion na 4 uur

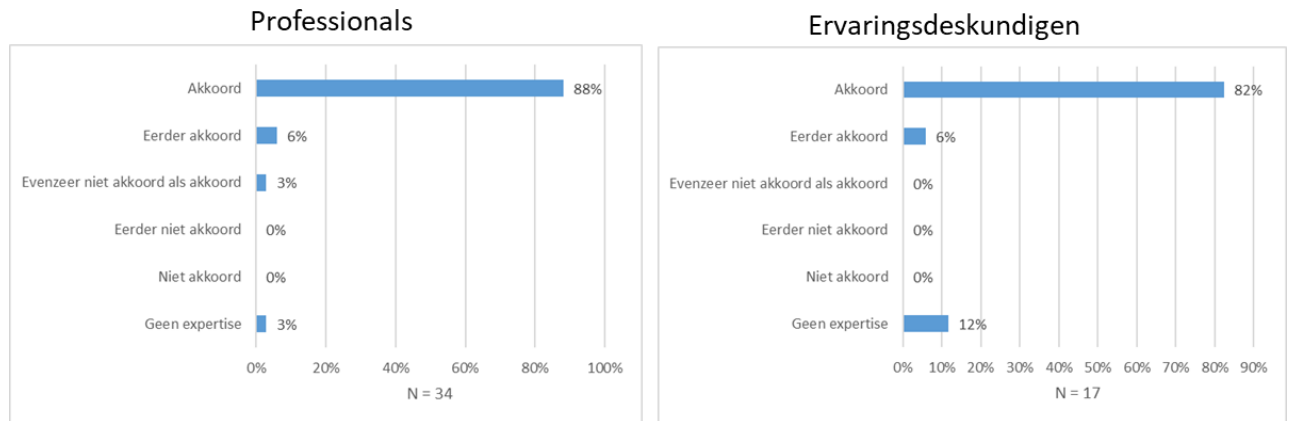
Er is minder eensgezindheid over de stelling inzake een second opinion vragen aan een hulpverlener buiten de afdeling. Over beide panels heen gaat 67.4% van de deelnemers (eerder) akkoord met de stelling, met een mediaan gelijk aan 5. Het panel van de professionals behaalt het consensuscriterium van 65% niet, met 58.8% van de professionals die aangeven (eerder) akkoord te gaan met de stelling. De mediaan bij de professionals is gelijk aan 5. Er is een betekenisvol verschil in mediaan tussen de groepen van professionals, waarbij de professionals uit de jongeren GGZ en de VAPH-voorzieningen een mediaan van 3 hebben en de volwassen GGZ een mediaan van 5.

In het panel van de ervaringsdeskundigen wordt het consensuscriterium wel behaald, met 86.7% van de ervaringsdeskundigen die aangeven (eerder) akkoord te gaan met de stelling. De mediaan is gelijk aan 5.

De stelling wordt in eerste instantie niet aanvaard, omdat het consensuscriterium maar in één panel behaald wordt.

3.2.9 Stelling 9

Stelling 9: Indien een langdurige mechanische fixatie niet kan worden vermeden, houd er dan rekening mee dat het risico op diepe veneuze tromboze toeneemt, en er voldoende voorzorgsmaatregelen moeten genomen worden om dit risico te verminderen.

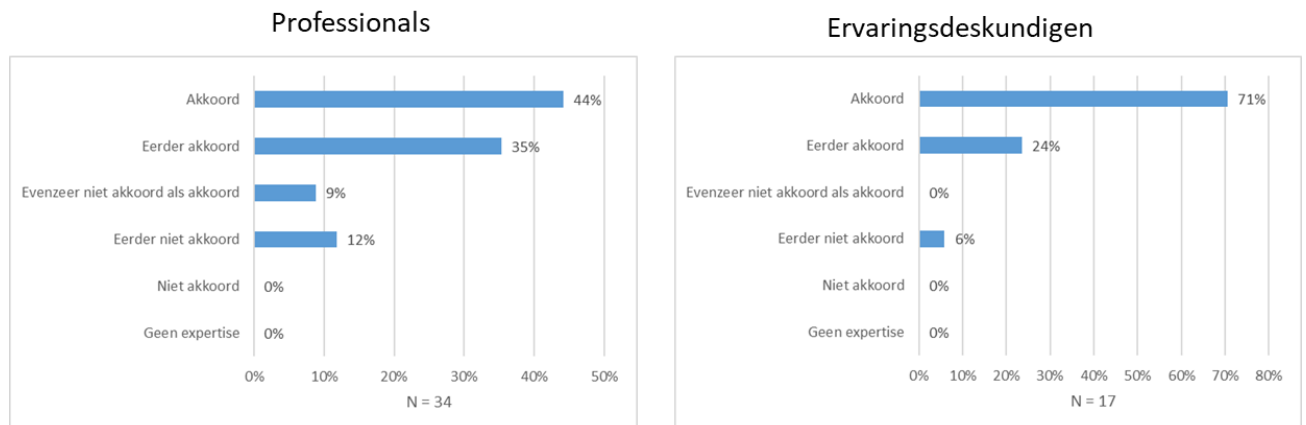


Figuur 96 Stelling 9 - diepe veneuze tromboze

Van de professionals gaat 97% (eerder) akkoord met de stelling en 100% van de ervaringsdeskundigen die (eerder) akkoord gaan. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels. De stelling wordt daarom aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.2.10 Stelling 10

Stelling 10: Streef ernaar om de bevindingen van zowel de observaties als de evaluaties van de mechanische fixatie in de regel elke 15 minuten te registreren.



Figuur 97 Stelling 10 – registreren

Bij de professionals geeft 79.4% aan (eerder) akkoord te gaan met de stelling. In het panel van de ervaringsdeskundigen geeft 94.1% aan (eerder) akkoord te zijn. Het consensuscriterium van 65% wordt in beide panels behaald en de stelling wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.3 Afzondering

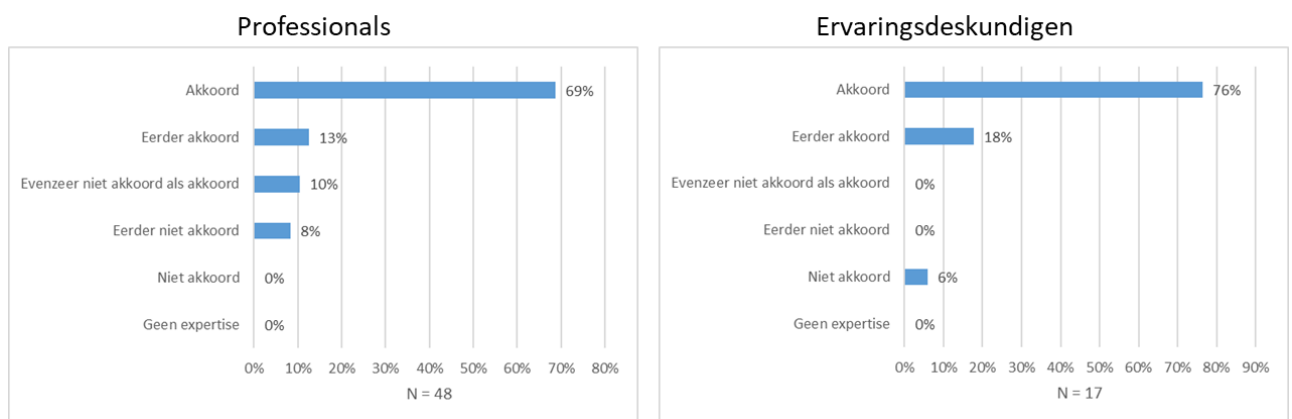
Alle ervaringsdeskundigen kregen de stellingen rond afzondering voorgelegd. Eveneens alle professionals kregen de stelling rond afzondering voorgelegd, daar niemand van hen aangaf dit niet toe te passen.

Berekening percentage deelnemers dat (eerder) akkoord gaat met de betreffende stelling = percentage instemming

Per stelling wordt in een figuur - zowel voor de expert-professionals als voor de ervaringsdeskundigen - per antwoordmogelijkheid het percentage deelnemers weergegeven dat deze antwoordmogelijkheid heeft aangekruist, dus ook het percentage deelnemers dat aangaf geen expertise te hebben met betrekking tot de stelling. Bij de berekening van het percentage deelnemers dat (eerder) akkoord ging met de stelling (= percentage instemming) werden de deelnemers die aangaven geen expertise te hebben buiten beschouwing gelaten.

3.3.1 Stelling 1

Stelling 1: Voer bij een persoon die afgezonderd werd minstens elke 15 minuten observaties uit zijn fysieke aanwezigheid (dus bijvoorbeeld niet via een camera of door een raampje van de deur), tenzij de fysieke aanwezigheid het verhoopte de-escalierend effect van de afzondering in de weg staat. Indien de observaties niet elke 15 minuten konden plaatsvinden, worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.

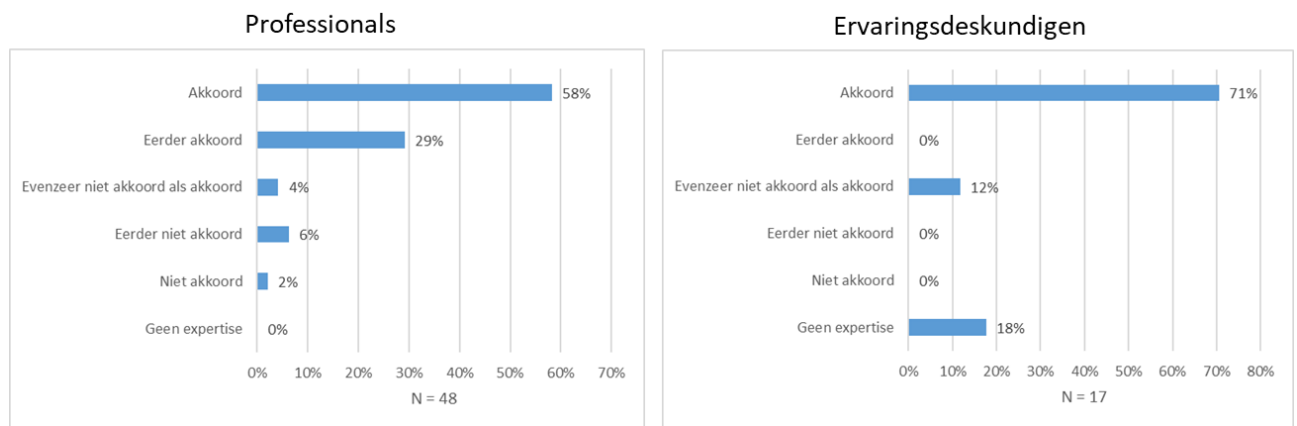


Figuur 98 Stelling 1 - observaties in fysieke aanwezigheid

Van de professionals gaat 81.3% (eerder) akkoord met de stelling. Bij de ervaringsdeskundigen gaat 94.1% (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.3.2 Stelling 2

Stelling 2: Streef ernaar dat afzondering - in het kader van agressie en/of escalatie in de regel niet langer dan 1 uur duurt.

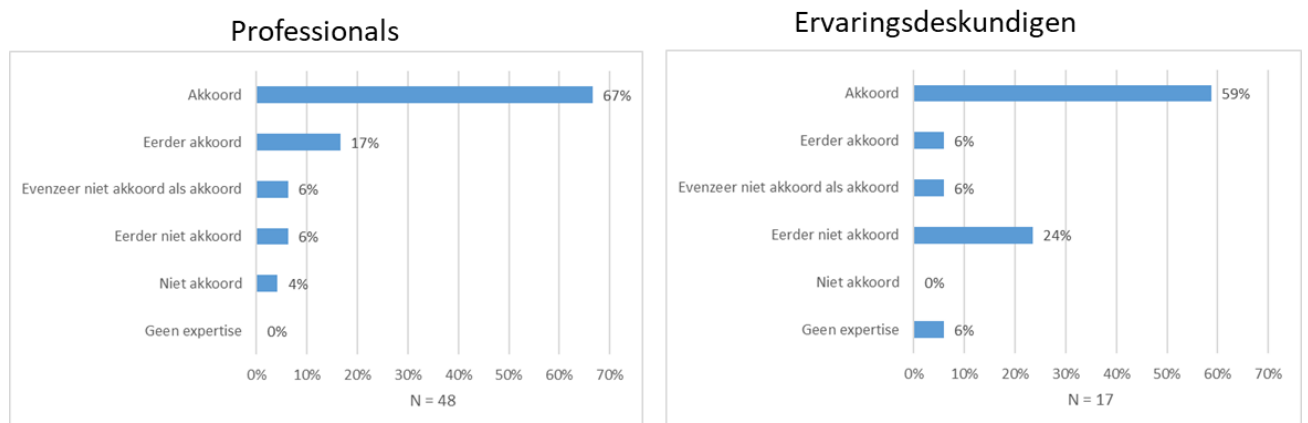


Figuur 99 Stelling 2 - tijdsduur afzondering

Van de professionals gaat 87.5% (eerder) akkoord en 85.7% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord met de stelling. Beide panels behalen het consensuscriterium van 65% en de stelling wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.3.3 Stelling 3

Stelling 3: Indien een langdurige afzondering niet kan worden vermeden, streef er dan naar dat de toestand van de afgezonderde persoon elke 4 uur onderzocht wordt door een bevoegde hulpverlener VAN DE AFDELING, met het oog op de tijdige behandeling of rapportage van mogelijke fysieke verwondingen of emotioneel trauma. Indien het onderzoek niet om de 4 uur kon plaatsvinden, worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.

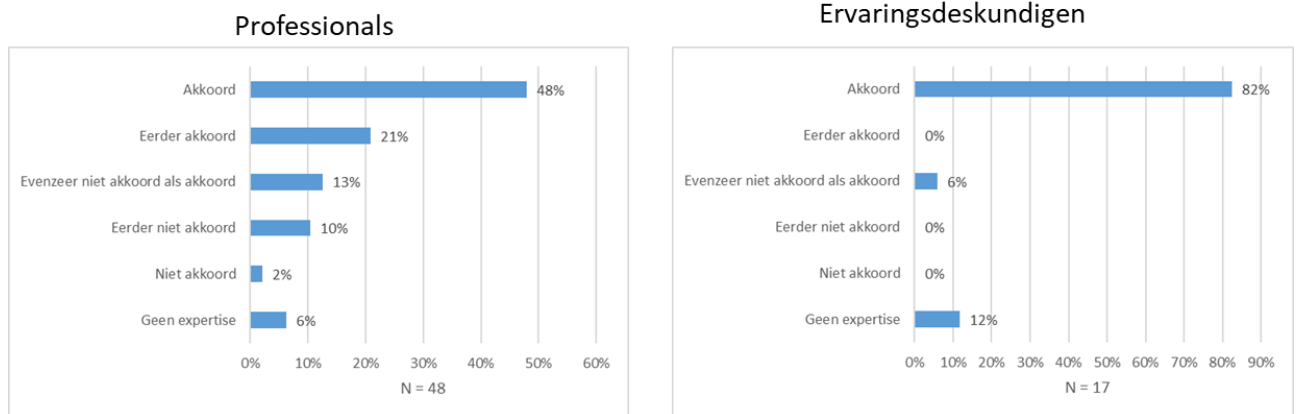


Figuur 100 Stelling 3 - onderzoek na 4 uur

Van de professionals gaat 83.4% (eerder) akkoord met de stelling. Bij de ervaringsdeskundigen gaat 68.8% (eerder) akkoord. De stelling behaalt in beide panels het consensuscriterium van 65% en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.3.4 Stelling 4

Stelling 4: Indien een langdurige afzondering niet kan worden vermeden, zorgen de betrokken hulpverleners uiterlijk binnen 4 uur na de start van de maatregel voor een second opinion van een bevoegde hulpverlener. Deze bevoegde hulpverlener is afkomstig VAN BUITEN DE AFDELING waar de afzondering plaatsvindt.

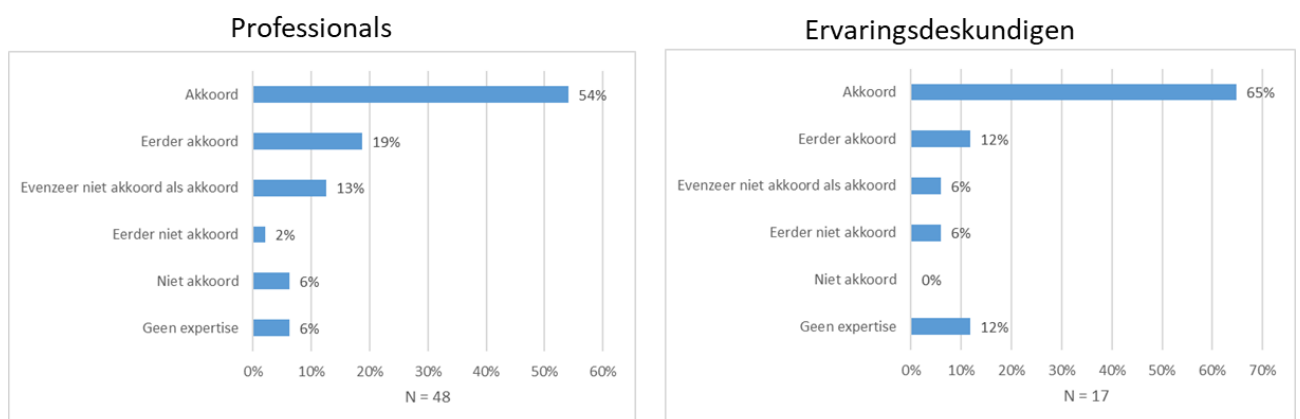


Figuur 101 Stelling 4 - second opinion na 4 uur

In het panel van de professionals gaat 73.3% (eerder) akkoord met de stelling. In het panel van de ervaringsdeskundigen geeft 93.3% aan (eerder) akkoord te gaan met de stelling. Beide panels behalen het consensuscriterium van 65% en de stelling wordt hiermee aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.3.5 Stelling 5

Stelling 5: Een persoon mag in het kader van agressie en/of escalatie nooit langer dan 24 uur worden afgezonderd.

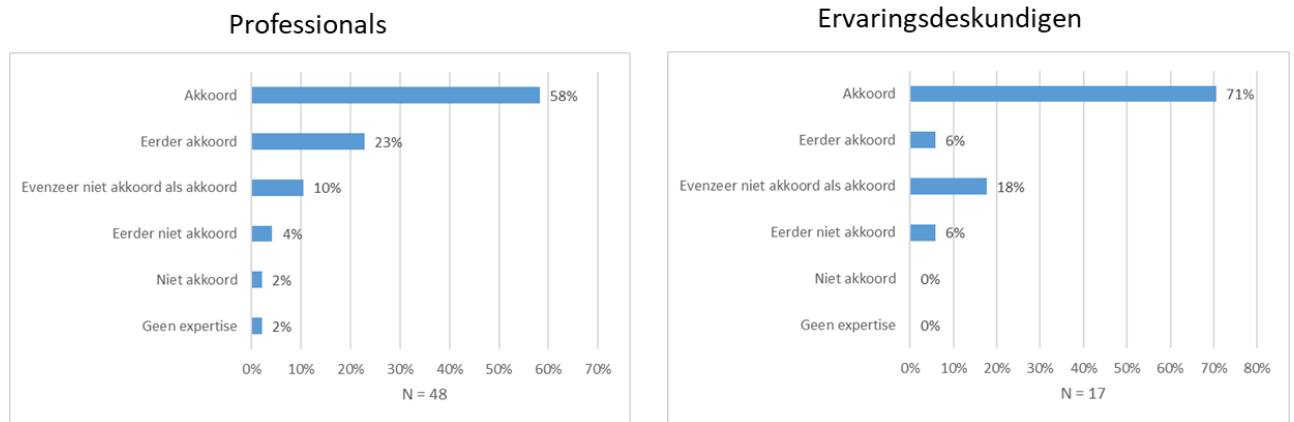


Figuur 102 Stelling 5 - maximale tijdsduur afzondering

Bij de professionals geeft 77.8% aan (eerder) akkoord te gaan met de stelling. In het panel van de ervaringsdeskundigen gaat 86.6% eerder akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.3.6 Stelling 6

Stelling 6: Streef ernaar om de bevindingen van zowel de observaties als de evaluaties van de afzondering in de regel om de 15 minuten te registreren.



Figuur 103 Stelling 6 – registreren

Drieëntachtig procent van de professionals gaat (eerder) akkoord met de stelling. Bij de ervaringsdeskundigen stemt 76.5% in met de stelling. Beide panels behalen het consensuscriterium van 65% en de stelling wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.4 Impact van de leeftijd van de zorggebruiker

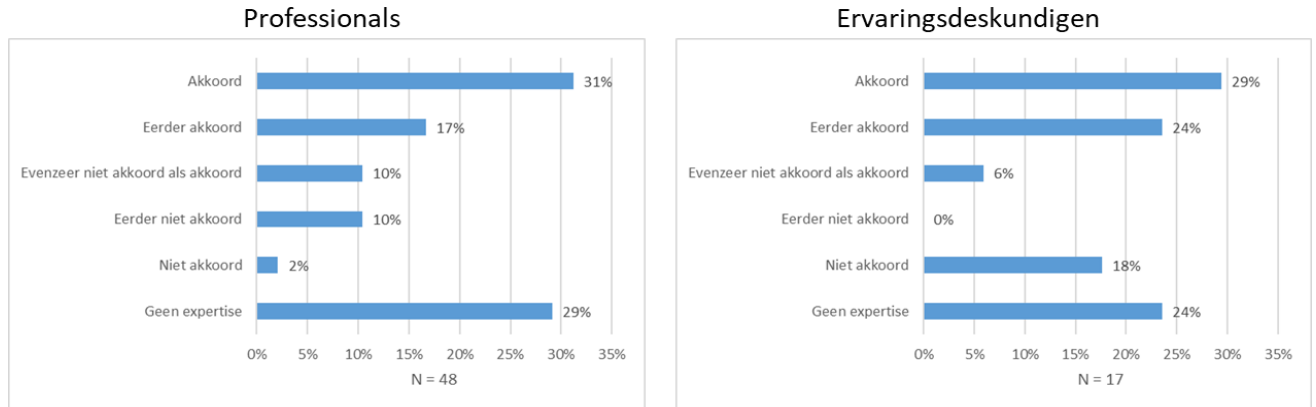
De volgende stellingen gaan over het hanteren van een leeftijdsgrens voor (dwang)maatregelen in het kader van agressie en/of escalatie. Inhoudelijk sluiten deze stellingen bij elkaar aan, maar aan de deelnemers werd gevraagd om de stellingen afzonderlijk te beoordelen.

Berekening percentage deelnemers dat (eerder) akkoord gaat met de betreffende stelling = percentage instemming

Per stelling wordt in een figuur - zowel voor de expert-professionals als voor de ervaringsdeskundigen - per antwoordmogelijkheid het percentage deelnemers weergegeven dat deze antwoordmogelijkheid heeft aangekruist, dus ook het percentage deelnemers dat aangaf geen expertise te hebben met betrekking tot de stelling. Bij de berekening van het percentage deelnemers dat (eerder) akkoord ging met de stelling (= percentage instemming) werden de deelnemers die aangaven geen expertise te hebben buiten beschouwing gelaten.

3.4.1 Stelling 1

Stelling 1: Indien bij kinderen van 12 jaar of jonger een (dwang)maatregel in het kader van agressie en/of escalatie niet vermeden kan worden, verkies dan in eerste instantie om een fysieke interventie toe te passen.

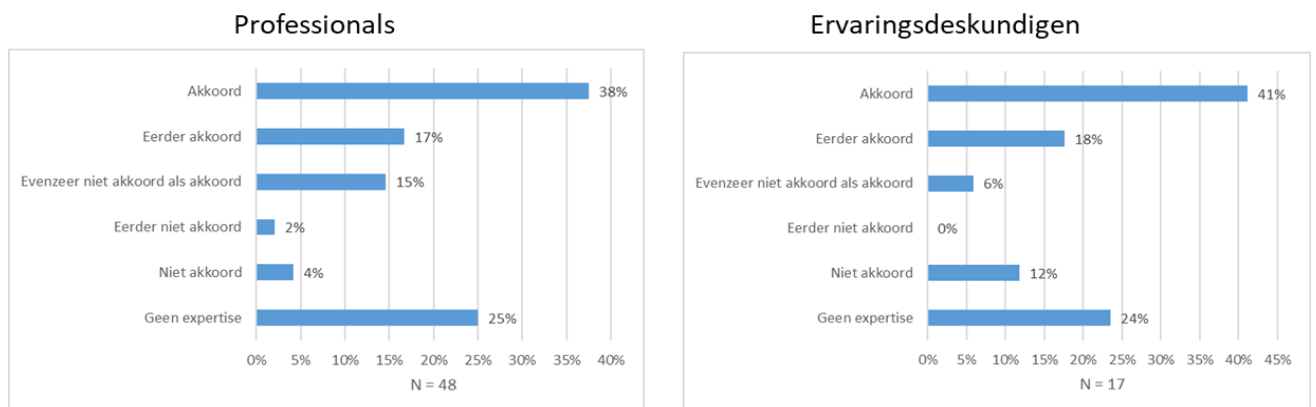


Figuur 104 Stelling 1 - onder 12 jaar voorkeur fysieke interventie

Bij deze stelling gaven 18 deelnemers aan geen expertise te hebben over de stelling. Het gaat hierbij om 14 professionals en 4 ervaringsdeskundigen. Deze deelnemers werden niet opgenomen in de berekening van de percentages. Van de professionals gaat 67.4% (eerder) akkoord en 69.3% van der ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord met de stelling. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in elk van beide panels en wordt daarom aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.4.2 Stelling 2

Stelling 2: Indien bij kinderen van 12 jaar of jonger een (dwang)maatregel in het kader van agressie en/of escalatie niet vermeden kan worden, én indien de lengte, het gewicht en/of de fysieke kracht van de jongere ervoor zorgt dat fysieke interventie niet kan worden toegepast, kies dan voor afzondering.

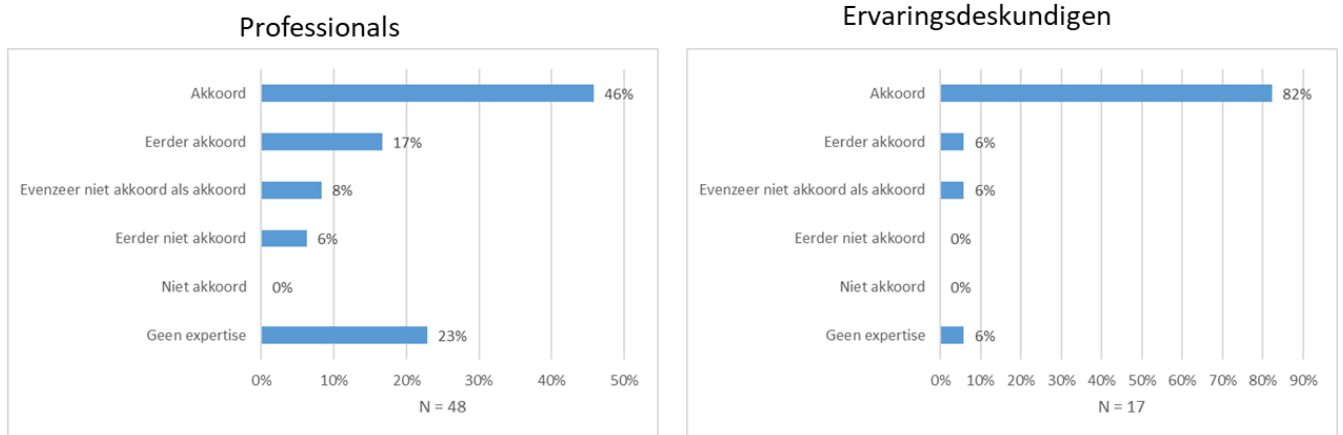


Figuur 105 Stelling 2 - onder 12 jaar afzondering bij uitzondering

Bij deze stelling gaven 16 deelnemers aan geen expertise te hebben over de stelling. Het gaat hierbij om 12 professionals en 4 ervaringsdeskundigen. Deze deelnemers werden niet opgenomen in de berekening van de percentages. Van de professionals gaat 72.2% (eerder) akkoord met de stelling en 76.9% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. De stelling behaalt het consensuscriterium van 65% in beide panels en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

3.4.3 Stelling 3

Stelling 3: Pas geen mechanische fixatie toe bij kinderen van 12 jaar of jonger.



Figuur 106 Stelling 3 - geen mechanische fixatie onder 12 jaar

Bij deze stelling gaven 12 deelnemers aan geen expertise te hebben over de stelling. Het gaat hierbij om 11 professionals en 1 ervaringsdeskundige. Deze deelnemers werden niet opgenomen in de berekening van de percentages. Van de professionals gaat 81.1% (eerder) akkoord met de stelling en 93.8% van de ervaringsdeskundigen gaat (eerder) akkoord. De stelling behaalt in beide panels het consensuscriterium van 65% en wordt aanvaard om op te nemen in de set van aanbevelingen.

Hoofdstuk 5

Van stellingen waarover voldoende consensus bestaat naar een set van de intersectorale aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksactiviteiten beschreven die nodig waren om de stellingen die resulteerden uit de Delphi-studie om te vormen naar een set van intersectorale aanbevelingen. De onderzoekers rapporteren de laatste kleine inhoudelijke aanpassingen aan de stellingen. Daarnaast wordt toegelicht hoe de aanbevelingen werden aangevuld met enkele toelichtingen om de bruikbaarheid ervan te verbeteren. Tenslotte vulden de onderzoekers de aanbevelingen aan met een apart hoofdstuk over randvoorwaarden die in acht dienen genomen te worden bij de implementatie van de aanbevelingen in de betrokken sectoren. De kleine inhoudelijke aanpassingen aan en de toevoegingen bij de aanbevelingen die in dit hoofdstuk worden toegelicht, werden niet meer voorgelegd aan de deelnemers van de Delphi-studie; wel aan de richtlijnwerkgroep en de stuurgroep van de studie.

1 Van stellingen naar een set van aanbevelingen

1.1 De stellingen uit de Delphi-studie

De Delphi-studie bestond uit twee rondes. De stellingen die het consensuscriterium van 65% in elk van beide panels behaalden, werden aanvaard. Tijdens de eerste Delphi-ronde werden via dit criterium 52 van de 73 stellingen aanvaard. In de tweede ronde werden 24 van de 25 stellingen aanvaard. Zodoende konden na de Delphi-studie 76 stellingen over de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie omgezet worden naar aanbevelingen. Omdat er maar één stelling was die niet aanvaard werd op basis van de eerste ronde, en omdat het Delphi-panel van de expert-professionals in de tweede ronde reeds met een derde geslonken was, werd besloten om geen derde Delphi-ronde te doen. In de meeste Delphi-studies wordt omwille van die laatste reden geen derde Delphi-ronde gehouden (Jorm, 2015).

De stelling die niet aanvaard werd, is de volgende: *Indien een langdurige mechanische fixatie niet kan worden vermeden, zorgen de betrokken hulpverleners uiterlijk binnen 4 uur na de start van de maatregel voor een second opinion van een bevoegde hulpverlener. Deze bevoegde hulpverlener is afkomstig van BUITEN DE AFDELING waar de mechanische fixatie plaatsvindt.*

Zowel de stuurgroep als de richtlijnwerkgroep benadrukten dat de stelling zou moeten opgenomen worden in de finale set van aanbevelingen, aangezien het vragen van een second opinion belangrijk is om een mechanische fixatie zo kort mogelijk te houden. Uit de opmerkingen van de deelnemers aan de Delphi-studie kon niet worden afgeleid waarom de stelling niet aanvaard werd. Voor de analoge stelling, maar dan met betrekking tot afzondering, werd het consensuscriterium *wel* bereikt. Vanuit de redenering dat dezelfde stelling aanvaard werd voor afzondering en mechanische fixatie meestal in afzondering plaatsvindt, alsook de bevestiging van de stuurgroep en richtlijnwerkgroep, werd besloten de stelling toch te aanvaarden.

Het uiteindelijke resultaat zijn 77 stellingen die omgezet werden naar een set van aanbevelingen. In deze set blijft de opdeling per (dwang)maatregel en het onderdeel “impact van de leeftijd” behouden.

De aanbevelingen per (dwang)maatregel werden verder in thema's opgedeeld zodat de aanbevelingen elkaar logisch opvolgen. De thema's zijn:

- Het team;
- Handelingen, (materialen) en technieken;
- Duurtijd;
- Observeren, evalueren en registreren.

1.2 Aanpassingen aan enkele aanbevelingen na de tweede Delphi-ronde

Bij het samenstellen van de set van aanbevelingen werden alle aanbevelingen nog eens doorgenomen door alle auteurs. Er werd specifiek aandacht geschonken aan:

- De consistentie binnen de set van aanbevelingen;
- De consistentie van de aanbevelingen met de MDR voor preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg (Peeters et al., 2020);
- De toepasbaarheid van de aanbevelingen in alle doelgroepen van de betrokken sectoren, met bijzondere aandacht voor VAPH-voorzieningen voor kinderen en jongeren;
- De beoordeling vanuit juridisch perspectief.

De aanpassingen die hierop volgden hadden voornamelijk betrekking op de formulering. Er werden echter drie aanbevelingen inhoudelijk aangepast. Deze inhoudelijke aanpassingen werden niet opnieuw voorgelegd aan de deelnemers van de Delphi-studie, wel aan de richtlijnwerkgroep en de stuurgroep.

De eerste aanbeveling die inhoudelijk werd aangepast, is de aanbeveling over de mandgreep. De aanbeveling luidde als volgt: *Overweeg voor een fysieke interventie bij kleinere kinderen het gebruik van 'de mand-greep'. Het kind zit hierbij op de schoot van de hulpverlener met de rug tegen de borstkas van de hulpverlener. Het kind heeft de armen gekruist op de borstkas waarbij de hulpverlener de handen vasthoudt. Hierbij dient de hulpverlener op te passen dat het kind zijn/haar hoofd niet naar achter duwt aangezien dit schade bij de hulpverlener kan veroorzaken.* Bij de mandgreep oefent de hulpverlener druk uit op de borstkas, wat in tegenspraak is met één van de andere stellingen over fysieke interventie. Daarenboven kan het contact met de hulpverlener door bepaalde zorggebruikers mogelijk als seksueel ervaren worden, hetgeen ook in strijd is met een andere stelling over fysieke interventie. Er waren dus verschillende argumenten om de stelling aan te passen. Echter zullen er situaties zijn waar een hulpverlener er alleen voor staat en dan kan de mandgreep een goed alternatief vormen. Opdat deze stelling in lijn zou zijn met de andere aanbevelingen over fysieke interventie, werd eraan toegevoegd dat dit enkel mogelijk is indien er geen tweede hulpverlener kan worden ingezet. De aangepaste aanbeveling luidde als volgt: ***Enkel indien er geen tweede hulpverlener beschikbaar is om samen een fysieke interventie uit te voeren, kan bij kleinere kinderen 'de mand-greep' toegepast worden. Het kind zit hierbij op de schoot van de hulpverlener met de rug tegen de borstkas van de hulpverlener. Het kind heeft de armen gekruist op de borstkas waarbij de hulpverlener de handen vasthoudt. Hierbij dient de hulpverlener op te passen dat het kind zijn/haar hoofd niet naar achter duwt aangezien dit schade bij de hulpverlener kan veroorzaken.***

Daarnaast werd de aanbeveling over het toepassen van fysieke interventie bij jonge kinderen aangepast. De oorspronkelijke stelling luidde als volgt: *Indien bij kinderen van 12 jaar of jonger een dwangmaatregel*

*in het kader van agressie en/of escalatie niet vermeden kan worden, **verkies** dan in eerste instantie om een fysieke interventie toe te passen.* Om de aanbeveling conform de brede MDR voor de GGZ te maken (Peeters et al., 2020), werd “verkies” vervangen door “**overweeg**”. Bij de keuze voor een (dwang)maatregel moet er – volgens deze MDR - immers rekening gehouden worden met voorgaande ervaringen met een maatregel, mogelijk psychotrauma van de zorggebruiker en de kwetsbaarheden van de zorggebruiker. Dit kadert binnen zorg op maat, waarbij afzondering mogelijk beter past bij het betreffende kind dan fysieke interventie. Door te spreken over het *verkiezen* van fysieke interventie, gaat de zorg op maat verloren.

Tot slot werd – omwille van dezelfde redenering – bij de stelling over de leeftijdsgrens van 12 jaar voor afzondering toegevoegd dat er rekening dient gehouden te worden met de voorgeschiedenis van het kind. De stelling luidt nu als volgt: *Indien bij kinderen van 12 jaar of jonger een (dwang)maatregel in het kader van agressie en/of escalatie niet vermeden kan worden, én indien de lengte, het gewicht, de fysieke kracht **en/of de voorgeschiedenis** van de jongere ervoor zorgt dat fysieke interventie niet kan worden toegepast, kies dan voor afzondering.* De voorgeschiedenis verwijst hierbij naar mogelijke aanwezigheid van psychotrauma in de voorgeschiedenis en naar de mogelijke voorgaande ervaringen met fysieke interventie.

2 Afwerking van de set van aanbevelingen

2.1 Randvoorwaarden voor de implementatie van de aanbevelingen in de praktijk

De doelstelling van de aanbevelingen is het proces van kwaliteitsverbetering met betrekking tot afzondering en fixatie in de context van agressie en/of escalatie in de betrokken voorzieningen te ondersteunen. Alleen door inzet en samenwerking van alle stakeholders zal er steeds minder afgezonderd en gefixeerd worden. Verschillende factoren kunnen hiertoe bijdragen en worden geformuleerd in randvoorwaarden die bij de set van aanbevelingen worden toegevoegd. De randvoorwaarden zijn belangrijk om in acht te nemen bij de implementatie van de aanbevelingen in de betrokken sectoren. Deze randvoorwaarden kwamen tot stand op basis van:

- de randvoorwaarden van de brede MDR voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg (Peeters et al., 2020);
- een analyse van de opmerkingen van de deelnemers aan de Delphi-studie bij alle aanvaarde stellingen. Voor de analyse werd de feedback per stelling gegroepeerd en werd er nagegaan welke opmerkingen rond haalbaarheid meermaals werden aangehaald, alsook welke opmerkingen inhoudelijk konden bijdragen aan de randvoorwaarden;
- opmerkingen uit de richtlijnwerkgroep en stuurgroep;
- opmerkingen van alle onderzoekers, met bijzondere aandacht voor de conformiteit met de brede MDR voor de GGZ, de verschillende doelgroepen waarop de aanbevelingen van toepassing zijn en het mensenrechterlijke toetsingskader voor afzondering en fixatie in de GGZ.

De randvoorwaarden werden opgedeeld in vier niveaus:

- I. De individuele residentiële voorzieningen;
- II. De residentiële GGZ en de residentiële brede Jeugdhulp;
- III. De wetgeving;
- IV. Wetenschappelijk onderzoek.

Dit impliceert dat deze randvoorwaarden zowel in acht dienen genomen te worden door directies en beleidsmedewerkers van voorzieningen, hulpverleners, betrokken overheden, patiënten- en familievertegenwoordigers en onderzoekers. De uitgewerkte randvoorwaarden kunnen teruggevonden worden in deel C van de set van aanbevelingen (zie bijlage bij dit rapport). Een aantal van deze randvoorwaarden worden ook verder toegelicht in hoofdstuk 6 van dit rapport waarin onder andere de beleidsaanbevelingen van de onderzoeksequipe worden aangehaald.

2.2 Toelichtingen bij de aanbevelingen

Enkele aanbevelingen hadden een bijkomende toelichting nodig om ze goed bruikbaar te maken in de praktijk. De toelichtingen hebben voornamelijk betrekking op het feit dat bepaalde aanbevelingen mogelijks een aanpassing nodig hebben om ze – op maat van de zorggebruiker - te kunnen toepassen bij bepaalde deelpopulaties van de betrokken sectoren.

De toelichtingen werden opgebouwd op basis van

- De opmerkingen van de deelnemers aan de Delphi-studie bij alle aanvaarde stellingen. Er werd nagegaan welke opmerkingen (1) een belangrijke toevoeging inhielden bij de inhoud van de betreffende aanbeveling of (2) een belangrijke bedenking weergaven bij de toepassing van de aanbeveling in de praktijk. De opmerkingen van de deelnemers werden als belangrijk geacht wanneer meerdere deelnemers deze hadden vermeld;
- De opmerkingen van alle onderzoekers, met bijzondere aandacht voor de conformiteit met (1) de brede MDR voor de GGZ, (2) de verschillende doelgroepen waarop de aanbevelingen van toepassing zijn, (3) het mensenrechterlijke toetsingskader van afzondering en fixatie in de GGZ en (4) de beoordeling van de aanbevelingen vanuit nationaalrechterlijk perspectief.
- De opmerkingen van de richtlijnwerkgroep. Er werden verschillende suggesties voor toelichtingen gedaan binnen de richtlijnwerkgroep, die al dan niet werden weerhouden door de onderzoekers. Hieronder wordt zowel een voorbeeld gegeven van een toelichting die *wel* werd opgenomen in de finale set van aanbevelingen, als een voorbeeld van een toelichting die *niet* werd toegevoegd aan de betreffende aanbeveling.
 - Tijdens een richtlijnwerkgroep werd aangegeven dat het vragen van een second opinion bij een professional van buiten de afdeling een probleem kan vormen voor bepaalde voorzieningen. Er zijn immers voorzieningen die maar uit een afdeling of leefgroep bestaan. Er kan hier dus geen hulpverlener van een andere afdeling worden gevraagd. De second opinion kan dan mogelijks bij een huisarts of iemand van de permanentie worden ingeroepen. Deze alternatieve mogelijkheden werden, in een toelichting bij de aanbeveling opgenomen. Er werd hier evenwel bij toegevoegd dat dit verder onderzocht zal worden in de vervolgstudie voor de ontwikkeling van een brede intersectorale richtlijn voor de brede jeugdhulp.
 - Daarnaast werden er verschillende suggesties gedaan om een toelichting toe te voegen bij de aanbeveling die aangeeft dat zelfgemaakte materialen niet gebruikt mogen worden bij mechanische fixatie. Zowel deelnemers aan de Delphi-studie, de richtlijnwerkgroep als de

stuurgroep gaven aan dat er binnen de VAPH-sector wel zelfgemaakte materialen worden gebruikt of zelf aangepaste materialen om te fixeren bij personen waarbij het gewone materiaal niet bruikbaar of gebruiksonvriendelijk is. Zes van de twaalf VAPH expert-professionals en één GGZ expert-professional gaven in hun opmerkingen aan dat er zelfgemaakte of andere materialen worden gebruikt om te fixeren. Ondanks deze opmerkingen gingen vijf van de zeven expert-professionals, die deze opmerkingen gaven, (eerder) akkoord met de stelling. Daarnaast is de mediaan van VAPH-expert professionals, net als van alle andere groepen van expert-professionals gelijk aan 5 (= akkoord) en bereikte de stelling het consensuscriterium. Hierdoor kozen de onderzoekers ervoor geen toelichting noch het symbool (zie hieronder) toe te voegen aan de aanbeveling.

Naast de toelichtingen wordt er in de set van aanbevelingen gewerkt met een symbool. Bij elke aanbeveling die mogelijks dient aangepast te worden voor toepassing bij bepaalde deelpopulaties,

voegden de onderzoekers volgend symbool toe:



Hoofdstuk 6

Discussie en beleidsaanbevelingen

In dit afsluitende hoofdstuk beantwoorden de onderzoekers de onderzoeksvragen die aan de basis lagen van de ontwikkeling van de aanbevelingen. Daarnaast formuleren de onderzoekers een aantal hypothesen die kunnen verklaren waarom er 77 aanbevelingen konden ontwikkeld worden op basis van de Delphi-studie. Vervolgens komen de sterktes en de beperkingen van de studie aan bod. Ten slotte formuleren de onderzoekers een aantal beleidsaanbevelingen voor alle betrokken overheidsinstanties.

1 Antwoorden op de onderzoeksvragen

De doelstelling van deze studie bestond erin intersectorale aanbevelingen te ontwikkelen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie - met uitzondering van medicamenteuze fixatie - in de context van agressie en/of escalatie, in residentiële GGZ-voorzieningen en residentiële voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ. Gedurende een eerdere studie van de onderzoekers (Peeters et al., 2019) bleek dat er weinig onderzoek beschikbaar is over dit onderwerp. Daarnaast kunnen op basis van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens en de standaarden van het 'European Committee of the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment' (CPT) weinig concrete aanbevelingen gegeven worden m.b.t. concrete handelingen, lichaamshoudingen, gebruik van materialen, maximale tijdsduur van afzondering en fixatie, minimale tijdsduur tussen twee momenten van observatie of evaluatie, enzovoort. Daarom werden in deze studie Vlaamse expert-professionals alsook ervaringsdeskundigen hierover bevraagd. Er werd nagegaan of er voldoende consensus bestaat onder expert-professionals en ervaringsdeskundigen met betrekking tot volgende onderzoeksvragen:

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

Om de mate van consensus onder expert-professionals en ervaringsdeskundigen te onderzoeken en te bevorderen, werd gekozen voor de Delphi-methode. De studie werd in twee Delphi-rondes uitgevoerd.

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

Het onderzoek startte met een literatuurstudie van de klinische en (ortho)pedagogische literatuur over afzondering en fixatie. De resultaten hiervan vormden de basis voor de eerste Delphi-vragenlijst. In de bestaande wetenschappelijke literatuur werd echter weinig evidentie gevonden voor concrete *technieken* inzake afzondering en fixatie. Dat interventiestudies over *hoe* afzondering of fixatie dient uitgevoerd te worden vanuit ethisch perspectief niet altijd te verantwoorden is, is daar niet vreemd aan. Enkel 'de mandgreep' kwam als concrete techniek uit de literatuurstudie en werd – voor de doelgroep van jonge kinderen - opgenomen in de vragenlijst van de eerste Delphi-ronde. De finale aanbevelingen, die resulteerden uit de Delphi-studie, gaan - eerder dan op technieken - in op *procedurele aspecten* van de uitvoering van afzondering en fixatie. Er wordt onder andere ingegaan op welk materiaal gebruikt dient te worden, lichaamshoudingen van zorggebruikers, het samenwerken van de hulpverleners, welke observaties en evaluaties er dienen te gebeuren, wat er geregistreerd dient te worden, enzovoort.

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

In een eerdere studie van de onderzoekers (Peeters et al., 2019) konden geen aanbevelingen over leeftijdsgrenzen ontwikkeld worden aangezien de bestaande klinische richtlijnen elkaar op dit vlak deels tegenspreken. De aanbevelingen over leeftijdsgrenzen voor fysieke interventie, mechanische fixatie en afzondering van de NICE-richtlijn (2015), de richtlijn voor kinderen en adolescenten van Masters en collega's (2002) en de CPT-standaard kunnen als volgt samengevat worden:

- NICE-richtlijn (2015)
 - Geen mechanische fixatie of afzondering bij kinderen jonger dan 12 jaar,
 - Rekening houdend met de lengte, het gewicht of de fysieke kracht kan fysieke interventie worden toegepast bij kinderen jonger dan 12 jaar,
 - Bij jongeren tussen 12 en 18 jaar kunnen afzondering en mechanische fixatie wel worden uitgevoerd, meer bepaald in situaties van agressie, mits de wijze waarop aangepast wordt aan de ontwikkelingsleeftijd van de jongere.
- Richtlijn voor kinderen en adolescenten van Masters en collega's (2002)
 - Fysieke interventie bij kinderen jonger dan 12 jaar krijgt de voorkeur,
 - Afzondering is ook bij kinderen jonger dan 12 jaar mogelijk indien er een traumatische voorgeschiedenis is. In dat geval wordt aangeraden dat het kind zich zelfstandig verplaatst naar de afzonderingskamer.
- CPT-standaard (2017)
 - Geen uitspraak over leeftijdsgrenzen. Wel is er een recent landenrapport van het CPT⁹ dat aangeeft dat mechanische fixatie niet mag worden toegepast onder 16 jaar.

⁹ Report of the CPT on the visit to Finland from 22 september to 2 october 2014 (20 augustus 2015), CPT/Inf (2015) 25, §104.

Bij de ontwikkeling van de eerste Delphi-vragenlijst werden op basis van de NICE-richtlijn twee stellingen met betrekking tot leeftijd geformuleerd: (1) mechanische fixatie en (2) afzondering mogen niet worden toegepast bij kinderen onder de 12 jaar. De aanbevelingen van de NICE-richtlijn (2015) kregen de voorkeur boven die van Masters en collega's (2002) aangezien ze van recentere datum zijn. De landenrapporten van CPT maakten geen deel uit van de literatuurstudie op basis waarvan de eerste Delphi-vragenlijst werd opgesteld, aangezien deze literatuurstudie werd uitgevoerd in klinische en (ortho-)pedagogische literatuur.

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

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

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

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

Naast de *standaard* tijdsduur die in principe niet mag overschreden worden, vermeldt het mensenrechterlijk toetsingskader dat werd gehanteerd voor de ontwikkeling van de MDR voor de residentiële GGZ (Peeters et al., 2019), twee aanbevelingen over de *maximale* tijdsduur die nooit mag overschreden worden. Beiden werden ook als stellingen opgenomen in de eerste Delphi-vragenlijst: de maximale tijdsduur van zowel mechanische fixatie als van afzondering mag nooit langer dan 24 uur bedragen.

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

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

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

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

- Er wordt aanbevolen om de tijdsduur van een interventie te registreren.
- Er wordt aanbevolen om *minstens* om de 15 minuten observaties in de fysieke aanwezigheid van de zorggebruiker uit te voeren. Dit sluit aan bij de bestaande MDR voor de residentiële GGZ waarin gesteld wordt dat hulpverleners bij mechanische fixatie en afzondering streven naar een continue aanwezigheid bij de zorggebruiker (Peeters et al., 2020).

- Indien een observatie niet kon plaatsvinden, wordt er aanbevolen om de redenen hiervoor te registreren.
- Er wordt aanbevolen om uiterlijk elke vier uur een second opinion te vragen van een bevoegde hulpverlener van buiten de afdeling, en de zorggebruiker te laten onderzoeken op mogelijk emotioneel of fysiek trauma.

2 De set van intersectorale aanbevelingen die resulteerde uit de Delphi-studie

De Delphi-studie resulteerde in een set van 77 intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering, fysieke interventie en mechanische fixatie in de context van agressie en/of escalatie. Afzondering en fixatie is een moeilijk en gevoelig thema omdat de toepassing ervan in bepaalde situaties in strijd is met de mensenrechten. Professionals zien in een aantal situaties echter geen andere uitweg om de veiligheid voor de zorggebruikers en de omstaanders – waaronder ook zichzelf – te garanderen. Professionals en ervaringsdeskundigen kunnen hierdoor uiteenlopende meningen hebben over de toepassing van afzondering en fixatie. Bijgevolg waren de onderzoekers enigszins verrast dat er voldoende consensus werd bereikt over 77 aanbevelingen. Net zoals in andere Delphi-studies die in de GGZ over andere onderwerpen werden uitgevoerd, werd na twee Delphi-rondes een hoge mate van consensus tussen professionals en ervaringsdeskundigen gevonden, ondanks hun verschillende expertise (Jorm, 2015). De onderzoekers formuleren hieronder een aantal hypotheses over hoe de rigoureuze uitvoering van de Delphi-methode dit resultaat kan verklaren.

Een eerste mogelijke verklaring voor de studieresultaten is de **selectiemethode van de deelnemers** (zie hoofdstuk 2, deel 3). De aanbevelingen hebben kwaliteitsverbetering van de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de verschillende betrokken sectoren tot doel. Om dit doel te bereiken dienden deelnemers geselecteerd te worden die kennis en expertise hadden met betrekking tot het onderwerp (Jorm, 2015). Hiertoe bepaalden de onderzoekers op voorhand de expertise waarover de deelnemers dienden te beschikken. Er werden vervolgens criteria opgesteld waaraan de deelnemers moesten voldoen om in aanmerking te komen voor deelname aan de studie (Jorm, 2015; Jorm & Ross, 2018). De ervaringsdeskundigen dienden meerderjarig te zijn, en konden patiënt- of familie-ervaringsdeskundige zijn. Daarnaast diende een ervaringsdeskundige ervaring of kennis te hebben van afzondering en fixatie en deze verruimd te hebben buiten zijn persoonlijke ervaring. Om expert-professionals te rekruteren werden voorzieningen aangeschreven met *best practices* met betrekking tot afzondering en fixatie. Om deze voorzieningen te kunnen aanduiden werd een selectieprocedure uitgewerkt. De expert-professionals uit deze organisaties dienden ervaring te hebben in het uitvoeren van afzondering en fixatie of hierbij betrokken te zijn, of mee het beleid over afzondering en fixatie in hun voorziening te hebben uitgewerkt. De deelnemers van de Delphi-studie werden dus aan de hand van een in detail uitgewerkte methode geselecteerd. Dit heeft ertoe geleid dat de onderzoekers de Delphi-studie hebben uitgevoerd bij experts inzake afzondering en fixatie. Dit zou kunnen verklaren waarom er over 77 stellingen onder deelnemers voldoende eensgezindheid bestond zodat ze konden omgezet worden naar aanbevelingen.

Een tweede mogelijke verklaring is de wijze waarop de **eerste Delphi-vragenlijst** werd samengesteld (zie hoofdstuk 3, deel 1). Allereerst werden stellingen uitgewerkt op basis van de wetenschappelijke klinische en (ortho-)pedagogische literatuur en het mensenrechterlijk toetsingskader voor afzondering en fixatie in de GGZ dat werd ontwikkeld in een eerdere studie van de onderzoekers (Peeters et al., 2019).

Een eerste versie van de vragenlijst werd vervolgens voorgelegd aan de richtlijnwerkgroep. De richtlijnwerkgroep gaf uitgebreide feedback op de inhoud van de stellingen en de opdeling van de vragenlijst. Hun feedback gaf eveneens meer zicht op de gangbare praktijken, gezien de kennis van de richtlijnwerkgroep over de voorzieningen waarvoor de aanbevelingen ontwikkeld werden. Naast de richtlijnwerkgroep gaven alle onderzoekers hun feedback op de stellingen, hetgeen ook een beoordeling vanuit juridische perspectief inhield. De vragenlijst werd herwerkt op basis van al deze feedback. Tot slot werd de *formulering* van de stellingen op punt gesteld op basis van de input van een hulpverlener met specialisatie inzake afzondering en fixatie die geen deel uitmaakte van het panel van professionals in de Delphi-studie. We kunnen dus concluderen dat de eerste Delphi-vragenlijst zowel gebaseerd was op wetenschappelijke als praktijk-evidentie en daarnaast ook beoordeeld was vanuit juridisch perspectief.

Een derde mogelijke verklaring voor de resultaten van de Delphi-studie is het **geïndividualiseerde feedbackrapport** over de resultaten van de deelnemers dat - samen met de tweede Delphi-vragenlijst - naar elk van de deelnemers werd gestuurd. In deze geïndividualiseerde rapporten werden de resultaten van de eerste Delphi-ronde per groep (expert-professionals en ervaringsdeskundigen) en over beide groepen heen weergegeven. Daarnaast konden de deelnemers zien waar hun persoonlijke score zich situeerde ten opzichte van de verdeling van de groepsscores. Hierdoor konden de deelnemers hun mening vergelijken met die van de andere deelnemers (Jorm & Ross, 2018). Via deze weg kunnen deelnemers van elkaars standpunt leren (Elliot, Heesterbeek, Lukensmeyer, & Slocum, 2006). De onderzoekers vermeldden in het feedbackrapport uitdrukkelijk dat de deelnemers eerst hun feedbackrapport moesten doornemen vooraleer de tweede Delphi-vragenlijst in te vullen. Op deze manier gaven de feedbackrapporten de deelnemers dus ook de kans om hun antwoorden in de tweede Delphi-ronde te herzien en bij te stellen in het licht van de antwoorden van de andere deelnemers (Keeney et al., 2001; Kieft, 2011). Of dit tijdens een Delphi-studie ook effectief gebeurt, weten we echter niet. Ondanks het feit dat de feedbackrapporten een vast onderdeel uitmaken van de Delphi-methode werd er tot nu toe niet wetenschappelijk aangetoond dat de feedback effectief leidt tot een verandering in mening bij een aantal deelnemers en de mate van consensus vergroot (Jorm, 2015; Keeney et al., 2001). Desondanks zagen we in onze Delphi-studie dat in de tweede ronde - na de aanpassing van de stellingen en het doorsturen van de feedbackrapporten - meer consensus werd bereikt onder de deelnemers in vergelijking met in de eerste ronde. Een bijkomende reden waarom de feedbackrapporten belangrijk waren, is dat ze bij de start van de tweede Delphi-ronde - tien weken na de eerste Delphi-ronde - een overzicht gaven van enerzijds de stellingen die aanvaard werden op basis van de eerste ronde, en anderzijds van de stellingen die opnieuw voorgelegd werden tijdens de tweede ronde. Het feedbackrapport kan er op deze manier toe bijgedragen hebben dat de deelnemers opnieuw een goed overzicht kregen van (de doelstelling van) de studie.

Een laatste mogelijke verklaring voor de resultaten van de Delphi-studie is de wijze waarop de **tweede Delphi-vragenlijst** werd samengesteld (zie hoofdstuk 4, deel 1). Een vast onderdeel van de Delphi-methode bestaat erin de stellingen die niet aanvaard worden tijdens de eerste ronde aan te passen vooraleer ze opnieuw voorgelegd worden in een tweede Delphi-ronde (Elliot et al., 2006; Kieft, 2011). De aanpassingen vormen een cruciale stap tussen twee opeenvolgende Delphi-rondes en worden daarom uitgebreid beschreven in dit rapport (hoofdstuk 4). De aanpassingen kwamen in verschillende stappen tot stand. De onderzoekers hechtten allereerst veel belang aan de opmerkingen die de deelnemers formuleerden in de eerste Delphi-vragenlijst, daar zij vanuit de praktijk kennis hebben over de specifieke populatie die ze behandelen en/of begeleiden, over het werkveld of over het ondergaan van afzondering en fixatie. Aangezien de doelstelling van de studie erin bestond om *intersectorale*

aanbevelingen te ontwikkelen, waren veel verschillende voorzieningen en behandelings- en begeleidingspraktijken betrokken in deze studie. Daarom was het belangrijk om de expertise van de deelnemers maximaal te kunnen capteren en deze te gebruiken voor de aanpassing van de stellingen voor de tweede Delphi-vragenlijst. Deze aanpassingen werden nadien voorgelegd aan de richtlijnwerkgroep en de stuurgroep. Zij gaven voornamelijk suggesties in verband met de *formulering* van stellingen. Daarnaast werd hun input gevraagd bij stellingen waarover de deelnemers van de Delphi-studie tegenstrijdige feedback hadden verschaft én waarover er onvoldoende consensus of kennis aanwezig was bij de onderzoekers (bv. stellingen over de tijdsduur, de stelling over rugligging). Omdat de Delphi-methode niet geschikt werd geacht voor minderjarigen (persoonlijke communicatie, Cachet vzw, 2019), werd ná de eerste Delphi-ronde een focusgroep met jongeren met ervaring in de jeugdhulp en/of GGZ georganiseerd. Via deze weg kon ook hun mening mee in rekening worden genomen bij de ontwikkeling van de tweede Delphi-vragenlijst. Ten slotte gaven alle onderzoekers hun bedenkingen hetgeen ook een beoordeling vanuit juridisch perspectief inhield. De vragenlijst werd herwerkt op basis van al deze feedback. Door rekening te houden met de verschillende perspectieven en stakeholders sluiten de stellingen zowel aan bij de noden van de professionals en de zorggebruikers, als bij bestaande wetenschappelijke evidentie. Bovendien wordt er op deze manier een draagvlak gecreëerd voor de latere aanbevelingen. Dit kan in een later stadium bijdragen tot een betere implementatie van de aanbevelingen (Keeney et al., 2001).

3 Sterktes en beperkingen van de studie

Aanvullend op de sterktes van deze studie die hierboven onder deel 2 reeds aan bod kwamen, willen we nog drie andere sterktes van de studie onder de aandacht brengen, als ook de beperkingen van deze studie.

Een belangrijke sterkte vormt het betrekken van ervaringsdeskundigen in de Delphi-studie. Van bij het begin van deze studie werd er zowel door de onderzoekers als door de opdrachtgevers van deze studie expliciet voor gekozen om ook ervaringsdeskundigen te bevragen in de Delphi-studie, en dus niet enkel expert-professionals. Uit de systematische review van Jorm (2015) komt naar voren dat het positief is om de mening van zowel professionals als zorggebruikers in dezelfde studie te bevragen. Hierdoor worden verschillende expertises over hetzelfde onderwerp samengevoegd (Fink et al., 1984; Jorm & Ross, 2018; Elliot et al., 2006). Deze diversiteit zou volgens Jorm (2015) tot betere resultaten leiden. Bovendien vertegenwoordigen ervaringsdeskundigen de stem van de zorggebruikers. Zij hebben dwangmaatregelen moeten ondergaan en kunnen vanuit dit perspectief aangeven wat er beter kan, wat voor hen belangrijk is en wat hun noden hieromtrent zijn. Dit is waardevolle informatie die in kaart wordt gebracht, waarin onderzoekers en professionals op basis van hun expertise niet kunnen voorzien. In onze studie werden bovendien twee familie-ervaringsdeskundigen bevestigd, hetgeen niet veel is, maar het is een begin.

Een tweede sterkte vormt de diversiteit in het panel van expert-professionals, doordat professionals afkomstig waren uit verschillende sub-sectoren en met verschillende doelgroepen werken (Jorm, 2015). Om *intersectorale* aanbevelingen te kunnen ontwikkelen was het nodig dat expert-professionals uit elk van de betrokken sectoren bevestigd werden in de Delphi-studie.

Tenslotte vormt de conformiteit van de aanbevelingen met het mensenrechterlijk toetsingskader voor afzondering en fixatie in de GGZ (Peeters et al., 2019) een belangrijke sterkte van dit onderzoek. Daarnaast werden alle aanbevelingen ook meermaals beoordeeld – en indien nodig aangepast – op

mogelijke tegenstrijdigheden met de federale en Vlaamse wetgeving. Het CPT geeft veel aandacht aan afzondering en fixatie bij zijn bezoeken aan GGZ-voorzieningen en werkte hierrond standaarden uit. Het CPT en het Europees Hof voor de Rechten van de mens (EHRM) zijn organen van de Raad van Europa, die elkaar aanvullen en zelden tegenspreken. Het werk van het CPT - zoals de CPT-standaarden - is in strikte zin niet bindend, maar doordat het CPT invloed heeft op uitspraken van het EHRM en de twee organen elkaar beïnvloeden zijn de CPT-standaarden in lijn met de EHRM-rechtspraak. Deze interne coherentie zorgt ervoor dat hun werk een zeer invloedrijke bron vormt (Peeters et al., 2019). De mensenrechtenverdragen, waarop het mensenrechterlijk toetsingskader voor afzondering en fixatie in de GGZ gebaseerd is, alsook de CPT-standaarden verdedigen de principes dat het toepassen van afzondering en fixatie steeds op een subsidiaire en proportionele wijze dient te gebeuren en er voldoende rechtsbescherming aan de zorggebruiker wordt geboden (Goedertier, Vande Lanotte, & De Pelsmaker, 2013). Aan deze principes wordt bij de aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie tegemoetgekomen, onder andere door de second opinion, de maximale tijdsduur en de aanbevelingen rond registratie. Door het gebruik van deze bronnen is de set van aanbevelingen in lijn met het (internationaal) mensenrechterlijk kader voor afzondering en fixatie in de GGZ. Het mensenrechterlijk toetsingskader voor de andere sectoren van de brede jeugdhulp wordt pas ontwikkeld in het kader van de volgende studie van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, die tot doel heeft een intersectorale richtlijn te ontwikkelen voor de preventie en de toepassing van afzondering en fixatie in de brede jeugdhulp. De aanbevelingen zullen in die fase ook mensenrechterlijk getoetst – en eventueel aangepast - worden voor de sectoren van de brede jeugdhulp buiten de GGZ.

Naast de sterktes vertoont deze studie ook enkele beperkingen.

Een eerste beperking is dat mogelijk niet alle doelgroepen waarop de aanbevelingen van toepassing zijn, vertegenwoordigd zijn in het onderzoek. De GGZ-voorzieningen en voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ behandelen en begeleiden veel verschillende doelgroepen die deels dezelfde noden hebben, maar deels ook verschillende. Daardoor kunnen de behandelings- of begeleidingswijze van deze doelgroepen ook deels of grotendeels van elkaar verschillen. Voor de selectie van de deelnemers hebben we voorrang gegeven aan de selectie van expert-professionals uit de verschillende betrokken sectoren die werkzaam zijn in voorzieningen met *best practices* inzake afzondering en fixatie, in plaats van professionals te selecteren volgens de *doelgroep* waarvoor ze begeleiding of behandeling voorzien. Deze keuze is gemaakt omdat de doelstelling van de studie erin bestond intersectorale aanbevelingen te ontwikkelen die het proces van *kwaliteitsverbetering* inzake de praktische uitvoering van afzondering en fixatie zou kunnen ondersteunen. Hierdoor kunnen sommige doelgroepen ondervertegenwoordigd zijn binnen de studie. Voornamelijk de grote verscheidenheid aan doelgroepen binnen de VAPH-sector, was moeilijk te ondervangen in de Delphi-studie. Deze beperking van de selectie van de expert-professionals hebben de onderzoekers willen opvangen door de aanbevelingen die resulteerden uit de Delphi-studie voor te leggen aan een onderzoeker-orthopedagoog met expertise in het domein van vrijheidsbeperkende maatregelen bij personen met een verstandelijke en/of fysieke handicap. Onder andere op basis van deze input werd in de set van aanbevelingen aangeduid welke aanbevelingen op maat dienen aangepast te worden aan de doelgroep waarbij ze toegepast worden. Daarbij hebben de onderzoekers aangegeven op welke punten de hulpverleners de aanbevelingen voor bepaalde doelgroepen mogelijks dienen aan te passen.

Een bijkomende beperking in verband met de selectie van de expert-professionals heeft betrekking op de gemeenschapsinstellingen. Doordat de auditverslagen van de gemeenschapsinstellingen niet publiek worden gemaakt door de betrokken overheid, hadden de onderzoekers geen objectieve informatie die

hen toelieten om de gemeenschapsinstelling(en) te selecteren met best practices aangaande de preventie en toepassing van afzondering en fixatie. Er werd daarom, na overleg met de overheidsinstantie die de gemeenschapsinstellingen uitbaat, besloten de drie gemeenschapsinstellingen te laten deelnemen aan de Delphi-studie.

Een derde beperking is dat er geen ervaringsdeskundigen met ervaring in de Jeugdhulp of VAPH-sector konden geselecteerd worden. De onderzoekers vonden het belangrijk dat de ervaringsdeskundigen hun ervaring in één of meerdere van de betrokken sectoren *verruimd* hadden door deelname aan een werkgroep of intervisiegroep, door lid te zijn van een participatie- of ouderraad in een voorziening, door vrijwilligerswerk te doen als ervaringsdeskundige of door een opleiding tot ervaringsdeskundige te volgen of gevolgd te hebben. Deze bieden allen een vorm van ervaringsleren die een proces van verbreding, van verdieping en verwerking inhoudt. Dit bewust verwerkingsproces is nodig opdat er naast een blijvende persoonlijke betrokkenheid ook voldoende afstand en abstractie komt van de eigen ervaringen (Van Regenmortel, 2017). In de jeugdhulp en de VAPH-sector bestaan er ook dergelijke trajecten voor verbreding van de opgedane ervaring (bv. Ouderparticipatie Jeugdhulp vzw, gebruikersraden VAPH-voorzieningen). Echter werden er op moment van rekrutering geen ouder-, familie- of ervaringsdeskundige uit deze sectoren gevonden die ervaring hadden met afzondering of fixatie en een traject hadden doorlopen. De kritische review van Keeney en collega's (2001) over de Delphi-methode bevestigt dat de selectie van deelnemers een beperking kan vormen voor de Delphi-studie. Afhankelijk van welke experts geselecteerd worden voor een panel, zullen de resultaten anders uitvallen. Daarom vonden de onderzoekers het in deze studie zo belangrijk om een duidelijke methode uit te werken op basis waarvan de deelnemers zijn geselecteerd.

Een vierde beperking is gerelateerd aan het feit dat de eerste Delphi-vragenlijst werd opgesteld op basis van reviews over dwangmaatregelen en hun praktische uitvoering. Hiervoor werd gekozen omdat de onderzoekers en de opdrachtgevers het belangrijk vonden dat de aanbevelingen – zoveel als mogelijk – onderbouwd zouden zijn met wetenschappelijke inzichten. Dit heeft echter tot gevolg gehad dat er geen aanbevelingen werden ontwikkeld over *nieuwe* praktijken, die in het werkveld als positief worden ervaren, maar die tot nu toe nog niet (voldoende) wetenschappelijk onderzocht geweest zijn.

Een laatste mogelijke beperking van de studie is dat de expertise van politie over het toepassen van dwang buiten beschouwing bleef. Politie heeft ook in residentiële gezondheids- en welzijnsvoorzieningen expertise met betrekking tot het toepassen van dwanginterventies. Hun expertise is logischerwijs echter afgestemd op hun eigen werking die voor een groot stuk verschilt van de werking van GGZ-professionals, waardoor ook een bijkomende literatuurstudie noodzakelijk zou zijn geweest. De onderzoekers kozen ervoor om het perspectief van de politie niet mee in rekening te nemen, gezien er reeds veel verschillende stakeholders met mogelijks tegenstrijdige visies betrokken waren. Deze verschillende visies dienden reeds met elkaar verzoend te worden om tot voldoende consensus te komen.

4 Beleidsaanbevelingen van de onderzoeksequipe

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

- de implementatie van de nieuwe set van aanbevelingen in de praktijk tot een succes te maken. Logischerwijs overlappen deze beleidsaanbevelingen deels met de randvoorwaarden voor implementatie die in de set van aanbevelingen zijn opgenomen. Op deze randvoorwaarden dienen alle betrokken stakeholders in te zetten om de implementatie van de aanbevelingen tot een succes te maken: directies en beleidsmedewerkers van voorzieningen, hulpverleners, betrokken overheden, patiënten- en familievertegenwoordigers en onderzoekers. De acht beleidsaanbevelingen die hieronder worden uitgewerkt zijn specifiek gericht naar de betrokken overheden;
- de kwaliteit van zorg met betrekking tot de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de sectoren van de GGZ en de jeugdhulp te optimaliseren.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dit registratiesysteem dient minimaal de registratie van volgende aspecten van de (dwang)maatregel mogelijk te maken: type maatregel, aanleiding/motieven, uitgeprobeerde alternatieven, tijdstip van begin en einde, naam van de verantwoordelijke hulpverlener, eventuele verwondingen bij zorggebruiker of hulpverleners, eventuele opmerkingen van de zorggebruiker met betrekking tot het verloop van de maatregel, en de tijdstippen van de observaties tijdens het toezicht (Peeters et al., 2019).

De dataset die ontwikkeld wordt door VIVO vzw-ICOPA voldoet momenteel niet aan al deze voorwaarden; binnen dit project werd er immers voor gekozen om een *minimale* dataset te ontwikkelen.

Daarnaast is ze maar gedeeltelijk gebaseerd op de MDR die de onderzoekers reeds ontwikkelden voor de GGZ en op de nieuw ontwikkelde intersectorale aanbevelingen. Deze minimale dataset kan in de toekomst uiteraard deel uitmaken van een only once intersectoraal en gebruiksvriendelijk registratiesysteem.

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

Om preventieve infrastructurele aanpassingen te kunnen doen, zoals de bouw van comfortrooms of aanpassingen aan de tuin, heeft de Vlaamse overheid recent extra subsidies toegekend aan verschillende kinder-psihiatrische diensten van psychiatrische ziekenhuizen en aan private residentiële voorzieningen voor minderjarigen in de jeugdhulp en VAPH-sector voor minderjarigen (Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 15.01.2019; Vlaamse Regering, 30.11.2018). Voor de kinder-psihiatrische diensten van psychiatrische ziekenhuizen werden eveneens middelen vrijgemaakt voor dringende bouwkundige ingrepen die de veiligheid van het personeel en/of de zorggebruikers ten goede komen (Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 15.01.2019). Ook voor de andere geestelijke gezondheids- en welzijnssectoren is het belangrijk dat de Vlaamse overheid hierop blijft inzetten.

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

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

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

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

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

7. Ontwikkel op wetgevend vlak duidelijke regels die bepalen (1) welke vormen van afzondering en fixatie (2) wanneer (3) en door wie mogen worden toegepast, en die (4) voldoende waarborgen bevatten zodat de rechten van zorggebruikers maximaal gerespecteerd worden.

Afzondering en fixatie zijn enkel toegelaten voor zover ze plaatsvinden binnen een rechtskader dat de toepassing ervan voldoende duidelijk regelt. De uitwerking van noodzakelijke beginselen – onder andere legitimiteit, subsidiariteit, proportionaliteit, toerekenbaarheid – biedt bescherming aan zowel zorggebruikers als hulpverleners. Een breed gedragen richtlijn speelt hierbij een belangrijke rol. Voor de GGZ bestaat deze reeds, en wordt deze nu aangevuld met de intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie. Voor de residentiële voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ wordt een analoge brede richtlijn ontwikkeld in 2020 en 2021.

Naast deze richtlijnen dienen er op wetgevend vlak duidelijke regels ontwikkeld te worden die bepalen (1) welke vormen van afzondering en fixatie (2) wanneer (3) en door wie mogen worden toegepast en die (4) voldoende waarborgen bevatten zodat de rechten van zorggebruikers maximaal gerespecteerd worden. Naast de implementatie van de bestaande en toekomstige richtlijnen is de tussenkomst op het niveau van de wetgeving – te begrijpen in de ruime zin – een noodzakelijke randvoorwaarde voor een mensenrechtenconforme toepassing van afzondering en fixatie. Een coherent rechtskader ontbreekt momenteel voor alle betrokken sectoren. Meer rechtszekerheid is nodig in dit domein. Deze rechtszekerheid dient niet enkel het belang van de zorggebruiker, maar moet ook de zorgverlener en de voorziening beschermen. Zij treden vandaag op in een grijze zone, waarin niet enkel de zorggebruiker maar ook de zorgverlener juridisch kwetsbaar is. Voor de sector van de residentiële GGZ werden de punten reeds opgelijst waaraan bijzondere aandacht dient besteed te worden bij de opbouw van een dergelijk rechtskader (Peeters et al., 2019). Voor de sectoren van de residentiële jeugdhulp, inclusief de VAPH-voorzieningen voor minderjarigen, maakt dit onderwerp deel uit van de volgende SWVG-studie met betrekking tot afzondering en fixatie (EF64).

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

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

Referenties

Alle referenties van de studies die deel uitmaken van de literatuurstudie zijn opgelijst in hoofdstuk 1 onder 1.4.

- Cairns, K., Yap, M., Reavley, N., & Jorm, A. (2015). Identifying prevention strategies for adolescents to reduce their risk of depression: A Delphi consensus study. *Journal of Affective Disorders, 183*, 229-238. doi: 10.1016/j.jad.2015.05.019
- Commissie van Toezicht voor Jeugdinstanties (2019). Jaarverslag 2018: Open venster op de gesloten jeugdinstanties. Geraadpleegd op 2 april 2019 via https://www.kinderrechtencommissariaat.be/sites/default/files/bestanden/jaarverslag_cvtj_2018_def.pdf
- Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (15.01.2019). Verslag commissievergadering 15.01.2019. Vraag om uitleg over de voortgang van het voorstel tot resolutie over dwang bij kinderen en jongeren in de psychiatrie. Geraadpleegd op 1 april 2020 via <https://www.vlaamsparlement.be/commissies/commissievergaderingen/1294316/verslag/1295073>
- 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*, 20-26. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.02.023
- Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin (2017). *Beleidsrapport vrijheidsbeperkende maatregelen bij kinderen en jongeren in kinderpsychiatrische afdelingen van algemene en psychiatrische ziekenhuizen*.
- De Morgen (2017). Het grote psychiatrierapport. Geraadpleegd op 3 februari 2018 via <https://www.demorgen.be/nieuws/het-grote-psychiatrierapport-van-de-morgen-bekijk-hier-alle-verslagen~b07a8493/>
- Diamond, I. R., Grant, R. C., Feldman, B. M., Pencharz, P. B., Ling, S. C., Moore, A. M., & Wales, P. W. (2014). Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of Clinical Epidemiology, 67*(4), 401-409. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.12.002.
- Elliot, J., Heesterbeek, S., Lukensmeyer, C. J., & Slocum, N. (2006). *Participatieve methoden. Een gids voor gebruikers*. Brussel: Vlaams Instituut voor Wetenschappelijk en Technologisch Aspectenonderzoek, Vlaams Parlement.
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (2017). Means of restraint in psychiatric establishments for adults. Revised CPT standards. Geraadpleegd op 3 februari 2018 via <https://rm.coe.int/16807001c3>
- Fink, A., Kosecoff, J., Chassin, M., & Brook, R. H. (1984). Consensus Methods: Characteristics and Guidelines for Use. *American Journal of Public Health, 74*(9), 979-983. doi: 10.2105/ajph.74.9.979
- Goedertier, G., Vande Lanotte, J., & De Pelsmaeker, T. (2013). *Handboek Belgisch Publiekrecht*. Brugge: Die Keure.

- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008-1015. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x
- Haynes, R. B., Devereaux, P. J., Guyatt, G. H. (2002). Physicians' and patients' choices in evidence-based practice. *British Medical Journal*, 324, 1350. doi: 10.1136/bmj.324.7350.1350
- Jorm, A. (2015). Using the Delphi expert consensus method in mental health research. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(10), 887-897. doi: 10.1177/0004867415600891
- Jorm, A., & Ross, A. M. (2018). Guidelines for the public on how to provide mental health first aid: narrative review. *BJPsych Open*, 4(6), 427-440. Doi: 10.1192/bjo.2018.58
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. P. (2001). A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 38(2), 195-200. doi: 10.1016/s0020-7489(00)00044-4
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., Kitchener, B. A., & Langlands, R. L. (2008). Development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behavior: A Delphi study. *BMC Psychiatry*, 8. doi: 10.1186/1471-244X-8-17
- Kieft, M. (2011). *De Delphi-methode nader bekeken*. Nijmegen: Samenspraak Advies Nijmegen
- 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. doi: 10.1097/00004583-200202001-00002
- 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>
- New South Wales Government (2012). Aggression, seclusion and restraint: preventing, minimising and managing disturbed behaviour in mental health facilities in NSW. Geraadpleegd via https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2012_035.pdf.
- 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
- Peeters, T., Vanlinthout, E., De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Vanhoof, J., Buyck, I., Nijs, S., van Achterberg, T., Put, J., & Van Audenhove, C. (2020). De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg: Een multidisciplinaire richtlijn met zicht op de toekomst. Versie 2. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. [Na vrijgave aanvullen met de url van de tweede versie van de MDR]
- Peeters, T., De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Buyck, I., Put, J., Van Audenhove, Ch. (2019). De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef21-mdr-afzondering-en-fixatie-eindrapport>
- Reavley, N., Ross, A., Killackey, E., & Jorm, A. (2012). Development of guidelines to assist organisations to support employees returning to work after an episode of anxiety, depression or a related

- disorder: A Delphi consensus study with Australian professionals and consumers. *BioMed Central Psychiatry*, 12. doi: 10.1186/1471-244X-12-135
- Ross, A., Hart, L., Jorm, A., Kelly, C., & Kitchener, B. (2012). Development of key messages for adolescents on providing basic mental health first aid to peers: A Delphi consensus study. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(3), 229-238. doi: 10.1111/j.1751-7893.2011.00331.x
- Sündermann, O., See, C., & Veale, D. (2019). The delivery of psychotherapy – A Delphi study on the dimensions of psychotherapy delivery and a proposal for reporting guidelines. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 26, 483-491. doi: 10.1002/cpp.2368
- Van Regenmortel, T. (2017). *Het tewerkstellingsstatuut van ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheidszorg*. KU Leuven HIVA – Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving
- Vlaamse Regering (30.11.2018). Besluit van de Vlaamse Regering houdende de subsidiëring van projecten van preventieve infrastructurele maatregelen inzake agressie, vrijheidsbeperking of vrijheidsberoving in bepaalde voorzieningen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Geraadpleegd op 1 april 2020 via <https://codex.vlaanderen.be/PrintDocument.ashx?id=1030153&datum=&geannoteerd=false&print=false>

Bijlage 1: Intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in residentiële GGZ-voorzieningen en voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ

Voor toepassing in de context van agressie en escalatie

Inhoudstafel

A.	Inleiding	177
I.	Finaliteit en inhoud van de aanbevelingen	177
II.	Richtlijnwerkgroep	179
III.	Ontwikkeling van de aanbevelingen: Onderzoeksvragen en methode	180
IV.	Definities van begrippen die gebruikt worden in deze set van aanbevelingen	183
B.	Aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in residentiële GGZ-voorzieningen en residentiële voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ	184
I.	Fysieke interventie	185
Het team	185	
Handelingen en technieken	185	
Duurtijd van een fysieke interventie	186	
Observeren, evalueren en registreren	187	
II.	Mechanische fixatie	188
Het team	188	
Handelingen, materialen en technieken	188	
Duurtijd van een mechanische fixatie	190	
Observeren, evalueren en registreren	191	
III.	Afzondering	193
Het team	193	
Handelingen en technieken	193	
Duurtijd van een afzondering	193	
Observeren, evalueren en registreren	194	
IV.	Impact van de leeftijd van de zorggebruiker	196
C.	Randvoorwaarden voor de implementatie van de aanbevelingen	197
I.	Randvoorwaarden op het niveau van de individuele residentiële voorzieningen	197
1.	De plaats van de aanbevelingen in een brede richtlijn	197
2.	Vertalen van bepaalde aanbevelingen voor bepaalde zorggebruikers	198
3.	Ondersteuning van hulpverleners	198
3.1	Basisveiligheid van de behandel- en begeleidingsomgeving	198
3.2	Collectief leren	198
3.3	Vorming en training van hulpverleners	199

II. Randvoorwaarden op het niveau van de sectoren residentiële GGZ en residentiële jeugdhulp	200
1. Een ‘only once’ intersectoraal en gebruiksvriendelijk registratiesysteem.....	200
2. Optimalisering van de ratio personeelsbezetting-zorggebruikers	200
3. Begeleiding van de voorzieningen bij deskundigheidsbevordering	201
4. Architecturale aanpassingen	201
III. Randvoorwaarden op het niveau van de wetgeving.....	201
IV. Randvoorwaarden op het niveau van wetenschappelijk onderzoek	201
Referenties	203

A. Inleiding

I. Finaliteit en inhoud van de aanbevelingen

In opdracht van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin hebben LUCAS KU Leuven en het Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde KU Leuven aanbevelingen ontwikkeld voor de **praktische uitvoering van afzondering en fixatie** in residentiële voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en residentiële voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ. De aanbevelingen hebben betrekking op **afzondering, fysieke interventie** en **mechanische fixatie** in de context van agressie en/of escalatie. De aanbevelingen gaan over onder andere concrete handelingen, lichaamshoudingen, gebruik van materialen, maximale tijdsduur van een afzondering en fixatie, minimale tijdsduur tussen twee momenten van observatie of evaluatie, enzovoort. Medicamenteuze fixatie komt niet aan bod. Om aanbevelingen te ontwikkelen over deze vorm van fixatie is een aparte studie nodig, mede uitgevoerd door experts in de betrokken disciplines.

Deze aanbevelingen hebben betrekking op de praktische uitvoering van afzondering en fixatie, in geval van **agressie en/of escalatie** bij de zorggebruiker. De aanbevelingen vormen enerzijds een aanvulling op de bestaande multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie in de *residentiële GGZ* (Peeters et al., 2020). De nieuwe aanbevelingen en de bestaande MDR vormen een geheel. Anderzijds staan de nieuwe aanbevelingen voor de *residentiële voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ* voorlopig nog op zichzelf. Ook voor deze sectoren wordt - in 2020 en 2021 - een brede richtlijn ontwikkeld waarin allereerst de preventie en vervolgens de verschillende aspecten van de toepassing van afzondering en fixatie aan bod zullen komen. Alle aanbevelingen zijn zowel van toepassing wanneer hulpverleners de maatregelen **onder dwang** uitvoeren als wanneer de zorggebruiker **instemt** met de maatregel of er **zelf naar vraagt**.

Er bestaat internationale consensus dat afzondering en fixatie in gezondheidszorg, jeugdhulp en gehandicaptenzorg zo kort en zo min mogelijk mogen worden toegepast. In principe dient het vermeden te worden. Indien geen enkele preventieve maatregel tot een veilige situatie leidt en afzondering of fixatie het laatste redmiddel kan zijn, is het belangrijk dat hulpverleners deze maatregelen zo humaan mogelijk en conform de mensenrechten uitvoeren. Het is vanuit deze visie dat hulpverleners elke aanbeveling over de uitvoering van afzondering of fixatie dienen toe te passen.

Vertrekkende vanuit deze visie bestaat de doelstelling van deze nieuwe set van aanbevelingen erin het proces van **kwaliteitsverbetering** met betrekking tot de praktische uitvoering van afzondering en fixatie te ondersteunen in **residentiële voorzieningen** van de GGZ en de brede jeugdhulp. De aanbevelingen zijn ook van toepassing bij zorggebruikers die enkel overdag aanwezig zijn in deze voorzieningen. De **intersectorale aanbevelingen** werden dus voor volgende sectoren ontwikkeld:

- Alle types residentiële voorzieningen voor minderjarigen
 - Centra voor kindercare en gezinsondersteuning
 - Centra voor integrale gezinszorg
 - Onthaal-, oriëntatie, en observatiecentra
 - Observatie- en behandelcentra
 - Organisaties voor bijzondere jeugdzorg met module 'verblijf'
 - Centra voor ernstige gedrags- en emotionele stoornissen (GES+)
 - Gemeenschapsinstellingen
 - GGZ-voorzieningen voor kinderen en jongeren
 - Kinder- en jeugdpsychiatrische afdelingen van een psychiatrisch ziekenhuis, waaronder ook de forensische kinder- en jeugdpsychiatrische diensten
 - Kinder- en jeugdpsychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis
 - Revalidatievoorzieningen (voor verslaving) voor kinderen en jongeren
 - Multifunctionele centra voor kinderen en jongeren met een handicap met ondersteuningsfunctie 'verblijf'
 - Internaten met permanente openstelling
- Alle types residentiële GGZ-voorzieningen voor volwassenen:
 - Psychiatrische afdelingen voor volwassenen (+ 18 jaar) van psychiatrische ziekenhuizen
 - Psychiatrische afdelingen voor volwassenen (+ 18 jaar) van algemene ziekenhuizen
 - Revalidatievoorzieningen (voor verslaving) voor volwassenen (+ 18 jaar)
 - Psychiatrisch verzorgingstehuizen

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

- Kinderen en jongeren
 - Met een psychische aandoening, hetgeen ook ontwikkelingsstoornissen inhoudt, en/of
 - Afkomstig uit een verontrustende opvoedingssituatie, en/of
 - Die één of meerdere jeugddelicten hebben gepleegd, en/of
 - Met een verstandelijke beperking, of
 - Met een meervoudige beperking: verstandelijke en fysieke beperking
- Volwassenen en ouderen met een psychische aandoening (DSM-5), al dan niet gecombineerd met een verstandelijke beperking.

II. Richtlijnwerkgroep

De onderzoekers stelden een richtlijnwerkgroep samen waarin alle betrokken stakeholders vertegenwoordigd waren, enerzijds om van hen feedback te krijgen over de onderzoeksmethode en de resultaten van de studie, anderzijds om het draagvlak voor (het gebruik van) de aanbevelingen te kunnen uitbouwen. De richtlijnwerkgroep bestond uit

- de betrokken beroepsorganisaties,
- de patiënten- en familieplatformen,
- de koepelorganisaties,
- de overheidsinstanties die betrokken voorzieningen uitbaten,
- de auteurs van de aanbevelingen. Aangezien het Instituut voor Sociaal Recht en de onderzoeksgroep Gezins- en orthopedagogiek van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen (KU Leuven) voornamelijk een consult-functie hadden maakten zij geen deel uit van de richtlijnwerkgroep.

De samenstelling van de richtlijnwerkgroep wordt weergegeven in Figuur 1.



Figuur 1 Samenstelling van de richtlijnwerkgroep

Naast de richtlijnwerkgroep werden de onderzoeksmethode en de resultaten van de studie opgevolgd, en de onderzoeksmethode indien nodig bijgestuurd door de stuurgroep. Deze bestond uit

- het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid,
- het kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
- het Vlaams Agentschap Opgroeien, onderdeel Jongerenwelzijn en onderdeel Gemeenschapsinstellingen,
- Kind & Gezin,
- het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap,
- Zorginspectie,
- het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
- de auteurs van de aanbevelingen.

III. Ontwikkeling van de aanbevelingen: Onderzoeksvragen en methode

De nieuwe set van aanbevelingen had als doel om minimaal volgende **onderzoeksvragen** te beantwoorden:

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

Voor de ontwikkeling van deze aanbevelingen kozen de onderzoekers voor de Delphi-methode. De Delphi-methode is een consensusmethode die expert-opinies over een controversieel of gevoelig thema op een systematische en efficiënte manier verzamelt en uitwisselt om tot een gedeelde consensus te komen. Er wordt onderzocht of de stap kan gezet worden van individuele opinies naar een groepsstandpunt (Fink, Kosecoff, Chassin, & Brook, 1984; Kieft, 2011). Drie factoren hebben een rol gespeeld in de keuze voor de Delphi-methode binnen deze studie: (1) de wetenschappelijke literatuur geeft over dit onderwerp onvoldoende en/of tegenstrijdige informatie, (2) de visie van expert-professionals en ervaringsdeskundigen is van groot belang met betrekking tot dit onderwerp, en (3) afzondering en fixatie vormt een gevoelig en ook maatschappelijk relevant thema waarover mogelijks verschillende visies bestaan bij de betrokken stakeholders.

De Delphi-studie is als volgt verlopen:

1. Op basis van een literatuurstudie van 41 wetenschappelijke reviews en 12 richtlijnen en rapporten ontwikkelden de onderzoekers een vragenlijst met stellingen over de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de context van agressie en/of escalatie in de betrokken sectoren. De stellingen werden ook vanuit juridisch perspectief beoordeeld, door het Instituut voor Sociaal Recht (KU Leuven).
2. De onderzoekers rekruteerden de deelnemers voor de Delphi-studie, zowel expert-professionals als ervaringsdeskundigen. Expert-professionals waren afkomstig uit de kinder- en jeugd GGZ, volwassenen GGZ, jeugdhulp en VAPH-sector voor kinderen en jongeren. De ervaringsdeskundigen hadden ervaring binnen de kinder- en jeugd en/of volwassenen GGZ.
3. De Delphi-studie, het formulier voor geïnformeerde toestemming en de vragenlijst van de eerste Delphi-ronde werden goedgekeurd door het Sociaal-Maatschappelijke Ethische Comité van de KU Leuven (dossiernummer G-2019 07 1690).
4. Vervolgens werd het consensuscriterium vastgelegd. Dit werd gedefinieerd aan de hand van het percentage deelnemers dat (eerder) akkoord gaat met een stelling. Opdat een stelling zou opgenomen worden in de finale set van aanbevelingen diende meer dan 65% van de expert-professionals én meer dan 65% van de ervaringsdeskundigen (eerder) akkoord te gaan met de betreffende stelling.

5. De deelnemers ontvingen een e-mail met daarin een link naar de online vragenlijst. Zestig expert-professionals en 18 ervaringsdeskundigen namen deel aan de eerste Delphi-ronde. Bij elke stelling gaven de deelnemers aan in welke mate ze al dan niet akkoord waren om de stelling op te nemen in een geheel van aanbevelingen voor goede praktijk. De deelnemers kregen ook de kans om aan te duiden dat ze geen expertise hadden over de stelling en om hun antwoord toe te lichten.
6. Aangezien de Delphi-methode niet geschikt is voor jongeren (-18 jaar; Cachet vzw, persoonlijke communicatie, 2019) werden de resultaten van de eerste Delphi-ronde aangevuld met een focusgroep met jongeren die ervaring hebben binnen de jeugdhulp en eventueel de GGZ.
7. De stellingen waarvoor het consensuscriterium niet bereikt werd tijdens de eerste Delphi-ronde werden herwerkt op basis van de input van de deelnemers aan de studie, de richtlijnwerkgroep, de focusgroep met jongeren, de stuurgroep en een beoordeling vanuit juridisch perspectief. De herwerkte stellingen en enkele nieuwe stellingen werden opgenomen in de tweede Delphi-vragenlijst. Stellingen waarvoor tijdens de eerste Delphi-ronde reeds voldoende consensus tussen de deelnemers bereikt werd, werden niet opnieuw aangeboden.
8. Bij de start van de tweede Delphi-ronde ontving elke deelnemer via e-mail een persoonlijk feedbackrapport. Per stelling werd hierin de visie van beide Delphi-panels – expert-professionals en ervaringsdeskundigen – en van de totale groep weergegeven. De deelnemers konden ook zien waar hun persoonlijke score zich situeerde ten opzichte van de verdeling van de groepsscores. In dezelfde e-mail ontvingen de deelnemers de link naar de tweede online vragenlijst. Op dezelfde manier als in de eerste Delphi-ronde werd de visie van de deelnemers over deze stellingen gevraagd en konden de deelnemers waar nodig hun antwoord toelichten. Achtenveertig expert-professionals en 17 ervaringsdeskundigen namen deel aan de tweede Delphi-ronde in de tweede Delphi-ronde.
9. Na twee rondes werden de stellingen waarvoor in de eerste of tweede Delphi-ronde voldoende consensus bereikt werd tussen de deelnemers, omgezet in aanbevelingen voor gebruik in residentiële voorzieningen voor minderjarigen en residentiële GGZ-voorzieningen voor volwassenen. In deze fase werd specifiek aandacht besteed aan (1) de consistentie met de multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de GGZ, (2) de geschiktheid van de aanbevelingen voor alle doelgroepen van de betrokken sectoren, met bijzondere aandacht voor VAPH-voorzieningen voor kinderen en jongeren, en (3) de beoordeling vanuit juridisch perspectief. De onderzoeksgroep Gezins- en Orthopedagogiek van de faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen (KU Leuven) vulde de aanbevelingen aan voor de doelgroep van kinderen en jongeren met een fysieke en/of mentale beperking.
10. De set van aanbevelingen werd aangevuld met randvoorwaarden waarop door alle betrokken stakeholders dient ingezet te worden bij de implementatie van de aanbevelingen. Deze randvoorwaarden kwamen tot stand op basis van:
 - de randvoorwaarden van de brede MDR voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg (Peeters et al., 2020)
 - een analyse van de opmerkingen van de deelnemers aan de Delphi-studie bij alle aanvaarde stellingen;
 - opmerkingen uit de richtlijnwerkgroep en stuurgroep;
 - opmerkingen van alle onderzoekers, met bijzondere aandacht voor de conformiteit met de brede MDR, de verschillende doelgroepen waarop de aanbevelingen van toepassing zijn, het mensenrechterlijke toetsingskader voor afzondering en fixatie in de GGZ.

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

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

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



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

Verdere uitleg over de manier waarop de aanbevelingen werden ontwikkeld, kan teruggevonden worden in het rapport van deze studie (Vanlinthout et al., 2020).

IV. Definities van begrippen die gebruikt worden in deze set van aanbevelingen

Een aantal begrippen uit de aanbevelingen worden hieronder toegelicht. De definities van afzondering en fixatie werden vastgelegd door het Management Comité van Welzijn Volksgezondheid en Gezin en zijn van toepassing in de integrale jeugdhulp en de residentiële geestelijke gezondheidszorg.

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

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

Escalatie: Toenemende negatieve emotionele spanning bij de zorggebruiker met een risico op agressie of op een crisis.

De-escalatietechnieken: het gebruik van verbale en non-verbale communicatievaardigheden, gericht op het doen afnemen van escalatie en hiermee ook het risico op gevaar of gewelddadig gedrag gedurende een escalatie (Price & Baker, 2012; NICE, 2015).

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: *de aanbevelingen hebben geen betrekking op medicamenteuze fixatie.*

Maatregel en (dwang)maatregel: Afzondering of fixatie, al dan niet onder dwang toegepast.

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

B. Aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in residentiële GGZ-voorzieningen en residentiële voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ

Onderstaande aanbevelingen zijn gericht naar de **hulpverleners** die afzondering en fixatie uitvoeren. Al deze aanbevelingen hebben betrekking op de praktische uitvoering van afzondering en fixatie, in het geval van **agressie en/of escalatie** bij de zorggebruiker, ook wanneer dit niet uitdrukkelijk in de aanbeveling vermeld staat. Voor de leesbaarheid van de aanbevelingen vermelden we niet in elke aanbeveling dat deze van toepassing is bij agressie en/of escalatie bij de zorggebruiker. Agressie en/of escalatie is ook de focus van de eerder ontwikkelde MDR voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ (Peeters et al., 2020). De aanbevelingen uit de bestaande MDR en deze nieuwe aanbevelingen zijn zowel van toepassing wanneer hulpverleners de maatregelen **onder dwang** uitvoeren als wanneer de zorggebruiker **instemt** met de maatregel of er **zelf naar vraagt**.

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



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

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

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

I. Fysieke interventie

Het team

1. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie steeds één hulpverlener de leiding heeft.
2. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie de hulpverleners nauw samenwerken als een team, waarbij ieder zijn rol begrijpt en kent.
3. Neem als hulpverlener niet deel aan een fysieke interventie wanneer je hier een slecht gevoel, stress of ongemak bij ervaart, tenzij je hiermee de veiligheid van andere collega's, de zorggebruiker of eventuele omstaanders in gevaar brengt.



4. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie één hulpverlener uitleg geeft aan de gefixeerde persoon; dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijk mogelijk.
5. De hulpverlener die tijdens een fysieke interventie de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-hulpverleners in de mogelijkheid zijn om zo nodig het hoofd en de nek van de zorggebruiker te beschermen en te ondersteunen, te waken over het vrijhouden van de luchtwegen en ademhaling, en over de vitale functies.
6. De hulpverlener die tijdens een fysieke interventie de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-hulpverleners tijdens het hele proces worden bijgestaan en ondersteund.

Handelingen en technieken



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

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

8. Gebruik bij fysieke interventie uitsluitend technieken die schadelijke lichamelijke effecten minimaliseren, om op die manier het risico op fysieke pijn of kwetsuren bij de zorggebruiker te vermijden.
9. Belemmer tijdens een fysieke interventie nooit iemands luchtwegen, de ademhaling of de bloedcirculatie.

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



11. Gebruik bij een fysieke interventie het tegen de grond werken van een persoon (liggend fixeren) alleen als laatste keuze.



12. Indien liggend fixeren niet kan vermeden worden, verkies dan rugligging boven buikligging aangezien buikligging een risico op overlijden inhoudt. Indien buikligging onvermijdelijk is, moet er zo snel mogelijk worden overgegaan naar een andere, veilige positie, ook om verbale en non-verbale communicatie terug mogelijk te maken.

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

14. Vermijd bij een fysieke interventie contact dat door de zorggebruiker als seksueel kan worden ervaren.

15. Houd rekening met het geslacht van de hulpverlener(s) indien fysieke interventie wordt toegepast bij personen met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik.



16. Enkel indien er geen tweede hulpverlener beschikbaar is om samen een fysieke interventie uit te voeren, kan bij kleinere kinderen 'de mand-greep' toegepast worden. Het kind zit hierbij op de schoot van de hulpverlener met de rug tegen de borstkas van de hulpverlener. Het kind heeft de armen gekruist op de borstkas waarbij de hulpverlener de handen vasthoudt. Hierbij dient de hulpverlener op te passen dat het kind zijn/haar hoofd niet naar achter duwt aangezien dit schade bij de hulpverlener kan veroorzaken.



17. Vertel de persoon die de fysieke interventie ondergaat, dat de interventie zal stoppen zodra zijn of haar gedrag niet langer een ernstig gevaar betekent voor zichzelf of anderen.

Duurtijd van een fysieke interventie

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

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

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

Observeren, evalueren en registreren

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

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


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

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


Toelichting: Idem als bij aanbeveling 22.

II. Mechanische fixatie

Het team

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

Handelingen, materialen en technieken

-  7. Hanteer (verbale) de-escalatietechnieken, ook als een persoon al mechanisch gefixeerd is.
Toelichting: De keuze van de de-escalatietechnieken moet afgestemd worden op de communicatieve en verstandelijke mogelijkheden van de zorggebruiker. Verbale de-escalatietechnieken zullen voor sommige personen aangevuld of vervangen moeten worden door visuele of tactiele de-escalatietechnieken;
8. Gebruik bij mechanisch fixeren uitsluitend materiaal dat gemaakt is om schadelijke lichamelijke effecten te minimaliseren, om op die manier het risico op fysieke pijn of kwetsuren bij zorggebruikers te vermijden.
9. Gebruik voor mechanische fixatie middelen die voor de zorggebruiker qua dragen zo min mogelijk storen.
10. Gebruik voor mechanische fixatie alleen professionele en géén zelfgemaakte materialen.

11. Gebruik voor mechanische fixatie in de context van agressie en/of escalatie nooit kooibedden of bedden met netten.

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

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



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

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



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

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



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

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

Duurtijd van een mechanische fixatie

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

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

23. Overweeg afzondering zonder mechanische fixatie als een alternatief voor verlengd mechanisch fixeren (meer dan 15 minuten).

24. Indien een langdurige mechanische fixatie niet kan worden vermeden, streef er dan naar dat de toestand van de mechanisch gefixeerde persoon minstens elke 4 uur onderzocht wordt door een bevoegde hulpverlener¹ VAN DE AFDELING, met het oog op de tijdige behandeling of rapportage van mogelijke fysieke verwondingen of emotioneel trauma. Indien het onderzoek niet om de 4 uur kon plaatsvinden worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.

25. Indien een langdurige mechanische fixatie niet kan worden vermeden, zorgen de betrokken hulpverleners uiterlijk elke 4 uur voor een second opinion van een bevoegde hulpverlener¹. Deze bevoegde hulpverlener is afkomstig van BUITEN DE AFDELING waar de mechanische fixatie plaatsvindt.

Toelichting: Voorzieningen die maar uit één afdeling of leefgroep bestaan, kunnen geen beroep doen op een bevoegde hulpverlener buiten de afdeling. Zij kunnen als alternatief een second opinion vragen aan de huisarts of aan een hulpverlener van de permanentie. In de vervolgstudie voor de ontwikkeling van een brede intersectorale richtlijn voor de brede jeugdhulp zal verder – ook juridisch – onderzocht worden welke hulpverleners hiervoor de geschikte expertise hebben binnen de jeugdhulp en VAPH sector. Voor de GGZ sector dient dit een arts te zijn (zie MDR voor de residentiële GGZ; Peeters et al., 2020).

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

¹ Zijn volgens de huidige wetgeving bevoegd tot afzondering en fixatie: artsen, verpleegkundigen voor zover de lijst met technisch verpleegkundige verstrekkingen dit toelaat en zorgkundigen na delegatie door en onder toezicht van bevoegde verpleegkundigen. Wie deze bevoegde hulpverlener dient te zijn in voorzieningen waarin geen artsen of verpleegkundigen standaard werkzaam zijn, dient nog te worden uitgeklaard in de vervolgstudie (ontwikkeling van een intersectorale richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede jeugdhulp).

Observeren, evalueren en registreren

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

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

Toelichting bij deze aanbeveling voor de GGZ-voorzieningen: deze aanbeveling sluit aan bij aanbeveling C.II.3.6.b uit de MDR voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ: Zet bij mechanische fixatie in op continue fysieke aanwezigheid bij de zorggebruiker, tenzij dit het verhoopte de-escalierend effect in de weg staat. Indien een continue aanwezigheid niet aangewezen is omdat het duidelijk en aanhoudend contraproductief werkt voor de-escalatie, zorg dan voor regelmatig toezicht. Leg een maximum tijdsduur vast tussen twee momenten van toezicht en contact.

Aanbeveling 27 expliciteert dat deze maximum tijdsduur 15 minuten bedraagt.

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

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

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

29. Controleer tijdens mechanische fixatie het bewustzijn, de hartslag, de ademhaling, de bloeddruk en het bewegingsbereik van de ledematen van de mechanisch gefixeerde persoon.
30. Controleer tijdens mechanische fixatie of de gebruikte materialen niet te strak zitten, en of er een verandering van houding nodig is.
31. Observeer en evalueer bij mechanisch gefixeerde personen altijd het niveau van agitatie, agressie en gewelddadig gedrag.
32. Evalueer tijdens observaties ook het effect van de mechanische fixatie.



33. Breng tijdens de observaties de zorggebruiker op de hoogte van het effect van de mechanische fixatie.

34. Streef ernaar om de bevindingen van zowel de observaties als de evaluaties van de mechanische fixatie in de regel elke 15 minuten te registreren.

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

III. Afzondering

Het team



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

Handelingen en technieken



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



4. Vertel de persoon die wordt afgezonderd, dat de afzondering wordt beëindigd zodra zijn of haar gedrag niet langer een ernstig gevaar voor zichzelf of anderen vormt.



5. Hanteer (verbale) de-escalatietechnieken, ook als een persoon reeds afgezonderd is.

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



6. Voorzie dagstructuur tijdens afzondering om desoriëntatie te voorkomen.



7. Klop op de deur vooraleer je een afzonderingskamer betreedt.

Duurtijd van een afzondering

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

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

9. Indien een langdurige afzondering niet kan worden vermeden, streef er dan naar dat de toestand van de afgezonderde persoon elke 4 uur onderzocht wordt door een bevoegde hulpverlener² VAN DE AFDELING, met het oog op de tijdige behandeling of rapportage van mogelijke fysieke verwondingen of emotioneel trauma. Indien het onderzoek niet om de 4 uur kon plaatsvinden, worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.
10. Indien een langdurige afzondering niet kan worden vermeden, zorgen de betrokken hulpverleners uiterlijk elke 4 uur voor een second opinion van een bevoegde hulpverlener². Deze bevoegde hulpverlener is afkomstig VAN BUITEN DE AFDELING waar de afzondering plaatsvindt.
- Toelichting: Voorzieningen die maar uit één afdeling of leefgroep bestaan, kunnen geen beroep doen op een bevoegde hulpverlener buiten de afdeling. Zij kunnen als alternatief een second opinion vragen aan de huisarts of aan een hulpverlener van de permanentie. In de vervolgstudie voor de ontwikkeling van een brede intersectorale richtlijn voor de brede jeugdhulp zal verder – ook juridisch – onderzocht worden welke hulpverleners hiervoor de geschikte expertise hebben binnen de jeugdhulp en VAPH sector. Voor de GGZ sector dient dit een arts te zijn (zie MDR voor de residentiële GGZ; Peeters et al., 2020).*
11. Een persoon mag in het kader van agressie en/of escalatie nooit langer dan 24 uur worden afgezonderd.

Observeren, evalueren en registreren

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

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

Toelichting bij deze aanbeveling voor de GGZ-voorzieningen: deze aanbeveling sluit aan bij aanbeveling C.II.3.6.a.iii uit de MDR voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ: Zorg bij afzondering voor voortdurend wederzijds visueel contact met de zorggebruiker, tenzij dit het verhoopte de-escalerend effect in de weg staat. Indien voortdurend wederzijds visueel contact niet

² Zijn volgens de huidige wetgeving bevoegd tot afzondering en fixatie: artsen, verpleegkundigen voor zover de lijst met technisch verpleegkundige verstrekkingen dit toelaat en zorgkundigen na delegatie door en onder toezicht van bevoegde verpleegkundigen. Wie deze bevoegde hulpverlener dient te zijn in voorzieningen waarin geen artsen of verpleegkundigen standaard werkzaam zijn, dient nog te worden uitgeklaard in de vervolgstudie (ontwikkeling van een intersectorale richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede jeugdhulp).

aangewezen is omdat het duidelijk en aanhoudend contraproductief werkt voor de de-escalatie, zorg dan voor regelmatig toezicht. Leg een maximum tijdsduur vast tussen twee momenten van toezicht en contact.

Aanbeveling 12 expliciteert dat deze maximum tijdsduur 15 minuten bedraagt.

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

13. Observeer en evalueer tijdens de afzondering altijd het niveau van agitatie, agressie en gewelddadig gedrag.

14. Controleer de vitale functies van een persoon in afzondering.

15. Evalueer bij elke observatie ook het effect van de afzondering.



16. Breng tijdens de observaties de zorggebruiker op de hoogte van het effect van de afzondering.

17. Streef ernaar om de bevindingen van zowel de observaties als de evaluaties van de afzondering in de regel om de 15 minuten te registreren.

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

IV. Impact van de leeftijd van de zorggebruiker

De volgende stellingen gaan over het hanteren van een leeftijdsgrens voor afzondering en fixatie in het kader van agressie en/of escalatie.

1. Indien bij kinderen van 12 jaar of jonger een (dwang)maatregel in het kader van agressie en/of escalatie niet vermeden kan worden, overweeg dan in eerste instantie om een fysieke interventie toe te passen.

Toelichting: Bij de overweging om bij een kind van 12 jaar of jonger in eerste instantie een fysieke interventie toe te passen, dient rekening gehouden te worden met de mogelijke aanwezigheid van psychotrauma in de voorgeschiedenis en met voorgaande ervaringen met fysieke interventie. Op basis van deze factoren kan besloten worden om bij het betreffende kind toch niet in eerste instantie voor fysieke interventie te kiezen, maar wel voor afzondering. Deze aanbeveling maakt deel uit van de MDR voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ. Het betreft aanbeveling C.II.3.4.a en b: 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.*

Houd bij de overweging om bij een kind van 12 jaar of jonger in eerste instantie een fysieke interventie toe te passen, ook rekening met aanbevelingen 14 en 15 onder fysieke interventie:

14. *Vermijd bij een fysieke interventie contact dat door de zorggebruiker als seksueel kan worden ervaren.*
15. *Houd rekening met het geslacht van de hulpverlener(s) indien fysieke interventie wordt toegepast bij personen met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik.*

2. Indien bij kinderen van 12 jaar of jonger een (dwang)maatregel in het kader van agressie en/of escalatie niet vermeden kan worden, én indien de lengte, het gewicht, de fysieke kracht en/of de voorgeschiedenis van het kind ervoor zorgt dat fysieke interventie niet kan worden toegepast, kies dan voor afzondering.

Toelichting: Met “de voorgeschiedenis van de jongere” verwijzen we naar de mogelijke aanwezigheid van psychotrauma in de voorgeschiedenis en naar de mogelijke voorgaande ervaringen met fysieke interventie.

3. Pas geen mechanische fixatie toe bij kinderen van 12 jaar of jonger.

C. Randvoorwaarden voor de implementatie van de aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden **randvoorwaarden** geformuleerd voor de implementatie van de aanbevelingen in geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voorzieningen en voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ. Deze randvoorwaarden situeren zich **op vier niveaus**:

- I. De individuele residentiële GGZ-voorzieningen en voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ;
- II. De sectoren residentiële GGZ en residentiële jeugdhulp;
- III. De wetgeving;
- IV. Wetenschappelijk onderzoek.

De doelstelling van de aanbevelingen is het proces van kwaliteitsverbetering met betrekking tot afzondering en fixatie in de context van agressie en/of escalatie te ondersteunen. Alleen door inzet en samenwerking van alle stakeholders zal er steeds minder afgezonderd en gefixeerd worden. Het betreft hier directies en beleidsmedewerkers van voorzieningen, hulpverleners, betrokken overheden, patiënten- en familievertegenwoordigers en onderzoekers. Verschillende factoren kunnen bijdragen tot de implementatie van de aanbevelingen in de praktijk en worden hieronder geformuleerd in een aantal randvoorwaarden. Als alle stakeholders hier samen op inzetten, kan de implementatie van deze set van aanbevelingen een succes worden.

I. Randvoorwaarden op het niveau van de individuele residentiële voorzieningen

1. De plaats van de aanbevelingen in een brede richtlijn


De praktische uitvoering van afzondering en fixatie maakt slechts een klein onderdeel uit van de vele aspecten die belangrijk zijn in het kader van de preventie en toepassing van deze (dwang)maatregelen. Een kwaliteitsvol organisatiebeleid inzake afzondering en fixatie vraagt bijgevolg dat zorgvoorzieningen op alle onderdelen van zowel preventie als toepassing van afzondering en fixatie inzetten.

Daarom dienen deze aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie deel uit te maken van een *brede richtlijn* voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie. In Vlaanderen bestaat een dergelijke brede richtlijn op dit moment enkel voor de **GGZ**. Om een kwaliteitsvol organisatiebeleid mogelijk te maken, dienen de multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg en de intersectorale aanbevelingen voor de praktische toepassing van afzondering en fixatie als een *geheel* toegepast te worden (Peeters et al., 2020). Voor de GGZ worden de intersectorale aanbevelingen voor de praktische toepassing van afzondering en fixatie opgenomen in de bestaande MDR (2020).

Voor zorgorganisaties **buiten de GGZ** werd er nog geen brede intersectorale richtlijn ontwikkeld. In opdracht van de bevoegde minister zal dit in 2020 en 2021 gebeuren. In afwachting kunnen de

zorgvoorzieningen buiten de GGZ zich bij de preventie en toepassing van afzondering en fixatie binnen hun sector laten inspireren door de principes van de MDR voor de GGZ (2020).

2. Vertalen van bepaalde aanbevelingen voor bepaalde zorggebruikers

De aanbevelingen werden uitgewerkt voor een sector-overschrijdende toepassing. Dit betekent dat de aanbevelingen ontwikkeld werden voor de **verschillende doelgroepen** van GGZ-voorzieningen en voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ. De verscheidenheid in doelgroepen vereist echter dat een **aantal aanbevelingen vertaald worden** naar de werkwijze en doelpopulatie van bepaalde voorzieningen, steeds op maat van de zorggebruiker. De aanbevelingen waarvoor dit het geval is, zijn aangeduid met het symbool .

3. Ondersteuning van hulpverleners

3.1 Basisveiligheid van de behandel- en begeleidingsomgeving

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

Het is bovendien noodzakelijk om personeel in te zetten dat voldoende **kennis en expertise** heeft over (dwang)maatregelen en over de doelgroep. Deze kennis draagt immers bij tot het nemen van verantwoorde risico's. Daarnaast dient er aandacht te zijn voor een **optimale verdeling van hulpverleners met betrekking tot de verschillende diversiteitsaspecten**, gezien onder andere het geslacht, de cultuur en de religie van de hulpverlener van belang kan zijn bij de toepassing van enkele aanbevelingen. Hierbij doelen we in het bijzonder op aanbevelingen 14 en 15 bij fysieke interventie.

3.2 Collectief leren

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

Hulpverleners ondersteunen bij de preventie en toepassing van afzondering en fixatie vormt een belangrijk onderdeel van dit collectief leren. Met betrekking tot de **praktische uitvoering** van afzondering en fixatie is het van belang om te focussen op het omgaan met angst voor aansprakelijkheid, omgaan met andere negatieve of gemengde gevoelens, het opnemen van

medeverantwoordelijkheid, het opnemen van eigen leiderschap, het inoefenen van concrete technieken en afspraken maken rond wie wat doet (taakverdeling tijdens een interventie).

Begeleiding en/of ondersteuning aanbieden is ook van belang **ná het toepassen** van dwang, onder andere in de vorm van een debriefing. De toepassing van dwang is voor alle betrokkenen een ingrijpende gebeurtenis, waarbij niet enkel de hulpverleners ondersteund moeten worden. Eveneens met de zorggebruiker, omstaanders en naasten dient er een nabespreking te volgen om het gebeuren te kunnen verwerken (zie aanbevelingen B.III.6 en C.II.5 in de MDR voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ, Peeters et al., 2020). Daarnaast verhoogt het zo kort mogelijk toepassen van deze vrijheidsbeperkende maatregelen de kans dat hulpverleners en medezorggebruikers vaker getuigen zijn van agressief, storend en/of invasief gedrag van zorggebruikers. Dit kan angst en een *gevoel* van onveiligheid aanwakkeren. Het opvolgen en **beschermen van hun psychisch welbevinden** is dan ook een belangrijk aandachtspunt. Hier dienen de voorzieningen de nodige aandacht, tijd en expertise in te investeren.

De bescherming van het psychisch welbevinden van de hulpverlener draagt bij tot het voorkomen dat een hulpverlener 'second victim' wordt. Dit kan gebeuren wanneer een hulpverlener betrokken is bij een ernstig (klinisch) incident, een medische fout, schade die toegebracht werd aan een zorggebruiker, en een eventuele klachtenprocedure die hiervoor door de zorggebruiker wordt ingesteld. Deze gebeurtenis kan ervoor zorgen dat de betrokken hulpverlener zelf een slachtoffer wordt doordat hij getraumatiseerd geraakt tijdens de toepassing van afzondering of fixatie, en de klachtenprocedure die er eventueel kan op volgen (Bourne et al., 2016; Scott, Hirschings, Cox, McCoig, Brandt, & Hall, 2009). Door in te zetten op goede begeleiding en samenwerking, wordt de gebeurtenis samen gedragen en wordt het bespreekbaar gemaakt.

3.3 Vorming en training van hulpverleners

Om afzondering en fixatie volgens de aanbevelingen te kunnen uitvoeren, dienen hulpverleners over voldoende kennis en vaardigheden te beschikken met betrekking tot de preventie en toepassing van afzondering en fixatie. In dit opzicht is het belangrijk dat voorzieningen wetenschappelijk onderbouwde vorming en training aanbieden aan hun medewerkers, waardoor de hulpverleners hun theoretische en praktische kennis vergroten en deze kunnen inoefenen.

De noodzakelijke elementen van deze trainingen met betrekking tot de praktische uitvoering van afzondering en fixatie zijn:

- kennis over de oorzaak, het beloop en de instandhoudende factoren van agressief gedrag en escalatie;
- vaardigheden met betrekking tot respectvolle bejegening van de zorggebruiker in de context van agressie en escalatie;
- verbale en andere de-escalerende vaardigheden;
- creatief en kritisch denken over het gebruik van alternatieven in het kader van de-escalatie en preventie van escalatie;
- het aanleren en inoefenen van veilige technieken;
- aandacht voor de verschillende rollen die een hulpverlener kan opnemen tijdens een dwangmaatregel. Tijdens het toepassen van een dwangmaatregel kan een hulpverlener één of meerdere rollen op zich nemen. Mogelijke rollen kunnen zijn: een leidinggevende rol (de interventie leiden), een uitvoerende rol en een ondersteunende rol (uitleg geven aan de zorggebruiker, zich ontfermen over medezorggebruikers). Het is van belang dat een hulpverlener de verschillende rollen kent en kan toepassen, gezien de wisselende aanwezigheid van personeelsleden bij het werken in shiften;

- emotieregulerende vaardigheden: als hulpverlener omgaan met de eigen emotie tijdens escalatie, crisis en agressie.

Het is belangrijk dat hulpverleners deze vaardigheden niet enkel aangeleerd krijgen, maar eveneens de mogelijkheden krijgen om deze in te oefenen.

Daarnaast zijn er nog andere vaardigheden en elementen die van belang zijn in de vorming en training van hulpverleners inzake de preventie en toepassing van afzondering en fixatie. Deze worden besproken in de aanbevelingen B.I.2.2 en C.I.2 van de MDR voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ (Peeters et al., 2020).

II. Randvoorwaarden op het niveau van de sectoren residentiële GGZ en residentiële jeugdhulp

1. Een 'only once' intersectoraal en gebruiksvriendelijk registratiesysteem

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

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

In het **dossier van de zorggebruiker** dienen minimaal volgende aspecten van de (dwang)maatregel geregistreerd te worden: type maatregel, aanleiding/motieven, uitgeprobeerde alternatieven, tijdstip van begin en einde, naam van de verantwoordelijke hulpverlener, eventuele verwondingen bij zorggebruiker of hulpverleners, eventuele opmerkingen van de zorggebruiker met betrekking tot het verloop van de maatregel, en de tijdstippen van de observaties tijdens het toezicht (zie MDR voor de residentiële GGZ: Peeters et al., 2020).

2. Optimalisering van de ratio personeelsbezetting-zorggebruikers

Een hogere zorgzwaarte en/of een verhoogd risico op agressie of crisis vereist een hogere ratio personeelsbezetting-zorggebruikers. Het is tevens een bijzonder aandachtspunt tijdens avonden, weekends en feestdagen.

3. Begeleiding van de voorzieningen bij deskundigheidsbevordering

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

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

4. Architecturale aanpassingen

Aanpassingen aan architectuur en interieurarchitectuur kunnen nodig zijn om alle aanbevelingen in de praktijk te kunnen omzetten. Net zoals de andere randvoorwaarden die onder dit deel C. opgesomd worden, vraagt dit om de nodige financiële investeringen.

III. Randvoorwaarden op het niveau van de wetgeving

Afzondering en fixatie zijn enkel toegelaten voor zover ze plaatsvinden binnen een **juridisch kader** dat de toepassing ervan voldoende duidelijk regelt. De uitwerking van noodzakelijke beginselen – onder andere legitimiteit, subsidiariteit, proportionaliteit, toerekenbaarheid – biedt **bescherming aan zowel zorggebruikers als hulpverleners**. Een gedragen brede richtlijn die zowel ingaat op de preventie als op de toepassing van afzondering en fixatie, speelt hierbij een belangrijke rol. Voor de GGZ bestaat deze reeds, en wordt deze nu aangevuld met de intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie. Voor de residentiële voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ wordt een analoge brede richtlijn ontwikkeld in 2020 en 2021.

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

IV. Randvoorwaarden op het niveau van wetenschappelijk onderzoek

Bijkomend kwantitatief en kwalitatief onderzoek wordt aanbevolen met betrekking tot de volgende aspecten:

- Onderzoek naar vernieuwende preventieve, alternatieve - en ook veilige - interventies voor afzondering en fixatie;
- Concretisering van veilige en humane technieken voor de handeling van het fixeren zelf. Aangezien degelijk onderzoek naar deze technieken ethisch niet altijd te verantwoorden is, is het belangrijk

om ook practice-based expertise van expert-professionals uit zorgvoorzieningen te betrekken bij de concretisering van dergelijke technieken;

- Up to date houden van de aanbevelingen, door deze regelmatig te vernieuwen op basis van:
 - nieuwe wetenschappelijke inzichten vanuit klinisch, (ortho-)pedagogisch, verpleegkundig en juridisch perspectief;
 - de feedback van alle belangrijke betrokkenen binnen de Vlaamse GGZ en brede jeugdhulp: patiënten- en familievertegenwoordiging, GGZ-voorzieningen, beroepsverenigingen, koepelorganisaties, onderzoekers en ethici.

Referenties

- Bourne, T., De cock, B., Peters, M., Timmermans, D., Van Calster, B., Jalmbro, M., & Van Audenhove, C. (2016). Doctors' experiences and their perception of the most stressful aspects of complaints processes in the UK: an analysis of qualitative survey data. *British Medical Journal Publishing Group, BMJ Open*, 6(7), 1-10. doi:10.1136/bmjopen-2016-011711
- De Laat, M., Poell, R., Simons, P. R. J., & van der Krogt, F. (2001). Organiseren van leren op de werkplek. In A. Wald, & J. van der Linden (reds.). *Leren in perspectief* (pp. 69-84). Leuven: Garant
- Fink, A., Kosecoff, J., Chassin, M., & Brook, R. H. (1984). Consensus Methods: Characteristics and Guidelines for Use. *American Journal of Public Health*, 74(9), 979-983
- Kieft, M. (2011). *De Delphi-methode nader bekeken*. Nijmegen: Samenspraak Advies Nijmegen
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2015). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. Geraadpleegd op 7 februari 2020 via <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>
- Peeters, T., Vanlinthout, E., De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Vanhoof, J., Buyck, I., Nijs, S., van Achterberg, T., Put, J., & Van Audenhove, C. (2020). De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg: Een multidisciplinaire richtlijn met zicht op de toekomst. Versie 2. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. [Na vrijgave aanvullen met de url van de tweede versie van de MDR]
- Price, O., & Baker, J. (2012). Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(4), 310-319. doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x
- Scott, S. D., Hirschings, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandst, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Quality Safety Health Care Journal*, 18, 325-330. doi: 10.1136/qshc.2009.032870
- Smeijsters, H. (2009). Onderzoek in en door de praktijk en practice based evidence in de lerende organisatie. Voorbeelden van onderzoek door kenniskringen van hogescholen. *TH&MA Hoger Onderwijs*, 16(1), 4-13
- Vanlinthout, E., De Cuyper, K., Vanhoof, J., Peeters, T., Opgenhaffen, T., Nijs, S., van Achterbergen, T., & Van Audenhove, Ch. (2020). De ontwikkeling van intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. [Na vrijgave aanvullen met de url van het rapport]

