

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**De ontwikkeling van een intersectorale richtlijn  
voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie  
in de brede residentiële jeugdhulp**

Dorien Beeckmans  
Gilles Droogmans  
Nana Mertens  
Tim Opgenhaffen  
Jasper Vanhoof  
Bea Maes  
Theo van Achterberg  
Sara Nijs  
Johan Put  
Chantal Van Audenhove  
Kathleen De Cuyper



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



Publicatie nr. 2021/19  
 SWVG-Rapport 69  
 Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Titel rapport:** De ontwikkeling van een intersectorale richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp

**Promotor:** Chantal Van Audenhove<sup>1</sup>

**Copromotoren:** Johan Put<sup>2</sup>, Bea Maes<sup>3</sup>, Theo van Achterberg<sup>4</sup>

**Onderzoekers:** Dorien Beeckmans<sup>1</sup>, Gilles Droogmans<sup>3</sup>, Nana Mertens<sup>1</sup>, Tim Opgenhaffen<sup>2</sup>, Jasper Vanhoof<sup>4</sup>, Kathleen De Cuyper<sup>1</sup>, Sara Nijs<sup>3</sup>

<sup>1</sup>LUCAS KU Leuven      <sup>2</sup>Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven      <sup>3</sup>Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek, KU Leuven      <sup>4</sup>Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde, KU Leuven

De auteurs bedanken Sara Aerts, master studente Psychologie op het moment van de studie, voor de kwalitatieve analyses van de expertpanels 1.

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

## Rapport 69

November 2021

### De ontwikkeling van een intersectorale richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp

Onderzoekers: Dorien Beeckmans<sup>1</sup>, Gilles Droogmans<sup>3</sup>, Nana Mertens<sup>1</sup>, Tim Opgenhaffen<sup>2</sup>, Jasper Vanhoof<sup>4</sup>, Kathleen De Cuyper<sup>1</sup>, Sara Nijs<sup>3</sup>

Promotor: Chantal Van Audenhove<sup>1</sup>

Copromotoren: Johan Put<sup>2</sup>, Bea Maes<sup>3</sup>, Theo van Achterberg<sup>4</sup>

<sup>1</sup>LUCAS KU Leuven

<sup>2</sup>Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven

<sup>3</sup>Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek, KU Leuven

<sup>4</sup>Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde, KU Leuven

### Samenvatting van het rapport en van de intersectorale richtlijn voor de brede residentiële jeugdhulp

#### Situering van de studie en doelstellingen van de richtlijn

**Afzondering en fixatie** zijn omstreden maatregelen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), jeugdhulp en zorg voor personen met een handicap. Afzondering verwijst naar het alleen verblijven in een lokaal dat de persoon niet zelfstandig kan verlaten. Fixatie is een verzamelterm voor fysieke interventie, mechanische fixatie en medicamenteuze fixatie. Het betreft in essentie 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. Afzondering en fixatie raken aan de fysieke en psychische integriteit van de persoon. In de internationale wetenschappelijke literatuur bestaat er consensus dat afzondering en fixatie bij alle zorggebruikers **maximaal vermeden moeten worden**. Zowel voor de jongeren die een afzondering of fixatie ondergaan, voor de getuigen ervan, als voor het personeel kunnen deze maatregelen emotionele en fysieke schade berokkenen (Black et al. 2020; de Valk et al. 2015; Deveau et al. 2014; Heyvaert et al. 2015; Lebel et al. 2010; Whitley et al. 2016). Ook blijken ze nefast te zijn voor de samenwerkingsrelatie tussen de jongere en de zorgverlener/begeleider (Black et al. 2020). Daarenboven hebben afzonderen en fixeren een negatieve impact op de tevredenheid en levenskwaliteit van de jongeren die verblijven in een residentiële voorziening (Sashidharan et al. 2019). *Last but not least* vormen afzondering en fixatie - wanneer ze onder dwang worden toegepast - een inperking van het recht op fysieke integriteit en het zelfbeschikkingsbeginsel dat in (het recht over) de zorg centraal staat. Buiten de situaties waarin de wet afzondering en fixatie toelaat, zijn ze dan ook verboden. Waar ze toegelaten zijn, zijn er **waarborgen nodig** om de rechten van de jongeren te vrijwaren.

Uit de audits van de Vlaamse zorginspectie naar het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie, de onthaal-, oriëntatie- en observatiecentra, de proeftuinen van jongerenwelzijn, de gemeenschapsinstellingen en de multifunctionele centra voor minderjarigen (Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin, 2017, 2018a, 2018b, 2019) blijkt dat er grote verschillen bestaan tussen voorzieningen in hoe vaak en hoe veilig afzondering en fixatie plaatsvinden. In dit kader kreeg het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin de opdracht om een **intersectorale richtlijn** te ontwikkelen voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp. De richtlijn is van toepassing op de residentiële voorzieningen uit (a) de (forensische) jeugdhulp inclusief gemeenschapsinstellingen, (b) de zorg voor kinderen en jongeren met een handicap in multifunctionele centra en internaten met permanente openstelling en (c) de kinder- en jeugd-GGZ.

De intersectorale richtlijn heeft vier **doelstellingen**:

1. Ondersteuning van het proces van **kwaliteitsverbetering** in de betrokken voorzieningen. De aanbevelingen expliciteren allereerst waarop dient ingezet te worden om afzondering en fixatie maximaal te vermijden. Voor situaties waarin afzondering of fixatie een laatste redmiddel kan zijn om een veilige uitkomst te bieden, bevat de richtlijn ook aanbevelingen om de maatregelen veilig en mensenrechtenconform toe te passen. De aanbevelingen zijn zowel gericht naar directies en beleidsmedewerkers als naar zorgverleners en begeleiders.
2. Streven naar **uniformiteit** in de preventie en het gebruik van afzondering en fixatie **in alle subsectoren van de brede residentiële jeugdhulp**. Om twee redenen is dit van belang. Voor jongeren met ervaring binnen verschillende voorzieningen, en voor hun context, is het niet te begrijpen waarom het beleid omtrent afzondering en fixatie op belangrijke punten verschilt tussen de voorzieningen. Daarnaast is het op grond van de (vandaag dominante) sociale kijk op handicap (Goodeley, 2001; Oliver, 2013; Shakespeare, 2006) niet verdedigbaar dat gelijkaardig gedrag van jongeren met een handicap, met een psychiatrische aandoening, met een forensische problematiek en/of afkomstig uit een moeilijke leefsituatie voor bepaalde van deze doelgroepen tot méér afzondering of fixatie leidt dan voor de andere doelgroep(en). Daarom zijn *intersectorale* aanbevelingen ontwikkeld.
3. De richtlijn onderbouwen met wetenschappelijk evidentie zowel vanuit het **klinisch en (ortho)pedagogisch perspectief** – inclusief expertise van professionals en ervaringswerkers - als vanuit het **juridisch en mensenrechtelijk perspectief**.
4. Aanbevelingen formuleren voor de preventie en toepassing van **afzondering en fixatie in verschillende types van situaties**. Afzondering en fixatie worden vaak geassocieerd met een maatregel onder dwang in gevallen van ernstig en acuut gevaar ten gevolge van agressie en/of escalatie. Maar in de Vlaamse voorzieningen wordt afzondering of fixatie soms ook gebruikt als straf, kadert het binnen het behouden van veiligheid bij potentieel gevaar - dus ter *preventie* van ernstig en acuut gevaar – of wordt het gebruikt als middel om ontwikkelings- en ontplooiingskansen van de jongere te bevorderen. Voor zover de verzamelde evidentie het toelaat, bevat de richtlijn aanbevelingen over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie in deze verschillende types van situaties.

Op basis van deze vier doelstellingen is een **ambitieuze**, maar ook **herkenbare intersectorale richtlijn** ontwikkeld. Conform de doelstelling van kwaliteitsverbetering is het een richtlijn geworden met **zicht op de toekomst**. Dit betekent dat de aanbevelingen niet aangepast zijn aan de mate waarin ze

momenteel haalbaar zijn voor alle voorzieningen om te implementeren. In de plaats daarvan is de richtlijn aangevuld met **randvoorwaarden voor implementatie**.

### Ontwikkeling van de richtlijn

De richtlijn is ontwikkeld op basis van een **interdisciplinaire en intersectorale methode**:

- De interdisciplinaire component houdt in dat de aanbevelingen ontwikkeld zijn op basis van wetenschappelijke evidentie vanuit klinisch, pedagogisch en orthopedagogisch onderzoek, en op basis van juridische analyses van het mensenrechtelijk en nationaalrechtelijk kader,
- De intersectorale component houdt in dat de evidentie vanuit deze verschillende perspectieven is verzameld voor alle betrokken doelgroepen/sub-sectoren: voor kinderen en jongeren met een verstandelijke of meervoudige beperking, een psychiatrische aandoening, een forensische problematiek en/of afkomstig uit een moeilijke leefsituatie.

De evidentie verzameld vanuit de verschillende disciplinaire perspectieven en voor de verschillende doelgroepen en sub-sectoren is geïntegreerd tot intersectorale aanbevelingen. Figuur 1 toont de zeven fasen van het ontwikkelingsproces van de richtlijn.



Figuur 1 De zeven fasen van de interdisciplinaire en intersectorale methode voor de ontwikkeling van de richtlijn

Voor een uitgebreide toelichting bij de methode verwijzen we naar Hoofdstuk 1 van het rapport.

We vatten de zeven fasen hier kort samen:

- **Fase 1: evidentie vanuit klinisch en (ortho)pedagogisch perspectief** is verzameld aan de hand van wetenschappelijke literatuurstudies, documentenanalyses (zie Hoofdstuk 3, 4 en 5) en een

intersectorale kwalitatieve studie met alle betrokken stakeholders, inclusief jongeren, ouders en ervaringswerkers (zie Hoofdstuk 6). Voor het **juridisch perspectief** zijn het Europees mensenrechtelijk en het nationaalrechtelijk kader geanalyseerd en samengevat voor wat alle subsectoren van de brede residentiële jeugdhulp betreft (zie Hoofdstuk 2).

- **Fase 2:** om aanbevelingen te kunnen ontwikkelen voor de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie in alle types van situaties waarin ze in de praktijk voorkomen, was er nood aan een **opdeling van afzonderingen en fixaties volgens de finaliteit of functie** ervan. Deze opdeling is opgesteld op basis van evidentie die in fase 1 vanuit klinisch/(ortho)pedagogisch en juridisch/mensenrechtelijk perspectief is verzameld. Dit resulteerde in onderstaande categorieën van afzondering en fixatie (zie deel 3 van Hoofdstuk 1):
  1. Afzondering en fixatie om de **veiligheid te herstellen** bij **acuut en ernstig gevaar** voor de fysieke en/of psychische integriteit van de jongere of andere personen. In deze situaties zijn afzondering en fixatie een laatste redmiddel omdat alternatieven niet (langer) volstaan. Er doet zich een noodtoestand voor;
  2. Afzondering en fixatie om de **veiligheid te behouden** bij **potentieel gevaar** voor de jongere of andere personen, dus ter preventie van acuut en ernstig gevaar. In deze situaties is er geen sprake van een noodtoestand;
  3. Afzondering en fixatie om **ontwikkelings- en ontplooiingskansen te bevorderen** van de jongere of andere personen;
  4. Afzondering om de jongere te **straffen**. Bij een straf treedt een voorziening handhavend op na een incident, wanneer het gevaar reeds geweken is en de orde reeds hersteld is. De straf heeft een leed-toevoegend doel. Afzondering als straf moet onderscheiden worden van afzondering of fixatie bij ernstig en acuut gevaar, waarbij de maatregel tot doel heeft de veiligheid te herstellen.
- **Fase 3:** het **mensenrechtelijk toetsingskader** is ontwikkeld op basis van de juridische analyses uit fase 1. Het omvat alle elementen uit het Europees mensenrechtenkader en het nationaalrechtelijk kader met betrekking tot afzondering en fixatie voor alle subsectoren van de brede jeugdhulp (zie Hoofdstuk 2). Alle aanbevelingen uit de richtlijn zijn hieraan getoetst (= zie fase 4).
- **Fase 4:** alle **evidentie** vanuit klinisch en (ortho)pedagogisch perspectief (zie fase 1) en alle elementen van het mensenrechtelijk toetsingskader (zie fase 3) zijn **geïntegreerd over alle doelgroepen/subsectoren en disciplinaire perspectieven heen**. Op basis van deze oefening zijn de aanbevelingen uit de eerder ontwikkelde [GGZ-richtlijn](#) (Peeters et al., 2019) aangepast en aangevuld tot intersectorale aanbevelingen voor de brede residentiële jeugdhulp. Hoe de integratie van de evidentie gebeurde is uiteengezet in deel 5 van Hoofdstuk 1.
- **Fase 5:** voor (onderdelen van) elke aanbeveling zijn één of twee **evidentieniveaus** opgesteld (zie Hoofdstuk 7). Evidentieniveaus geven de kwaliteit van de wetenschappelijke evidentie weer op basis waarvan de aanbevelingen zijn ontwikkeld. Er zijn evidentieniveaus uitgewerkt voor de klinisch/(ortho)pedagogische evidentie en voor de evidentie vanuit juridisch/mensenrechtelijk perspectief. De aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie zijn voornamelijk gebaseerd op evidentie vanuit klinisch/(ortho)pedagogisch perspectief. Bij de aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie is dat anders: velen zijn zowel gebaseerd op evidentie vanuit juridisch/mensenrechtelijk perspectief als vanuit klinisch/(ortho)pedagogisch perspectief. Deze aanbevelingen kregen bijgevolg twee evidentieniveaus toegekend.

- Fase 6: opdat de aanbevelingen aanvaardbaar zouden zijn voor de organisaties uit het werkveld is het belangrijk dat ze niet in strijd zijn met de **waarden en voorkeuren** die er leven met betrekking tot (de preventie van) afzondering en fixatie. Deze toetsing maakte deel uit van de intersectorale kwalitatieve studie met alle betrokken stakeholders (zie deel 5 van Hoofdstuk 6).
- Fase 7: ook de **haalbaarheid** van de aanbevelingen is getoetst tijdens de intersectorale kwalitatieve studie. Omdat de richtlijn tot doel heeft kwaliteitsverbetering in de voorzieningen te ondersteunen, is er expliciet voor gekozen om de aanbevelingen niet aan te passen aan de haalbaarheid ervan. Op die manier is het een richtlijn geworden met zicht op de toekomst. Wel zijn **randvoorwaarden** voor implementatie aan de richtlijn toegevoegd.

### De inhoud van de richtlijn

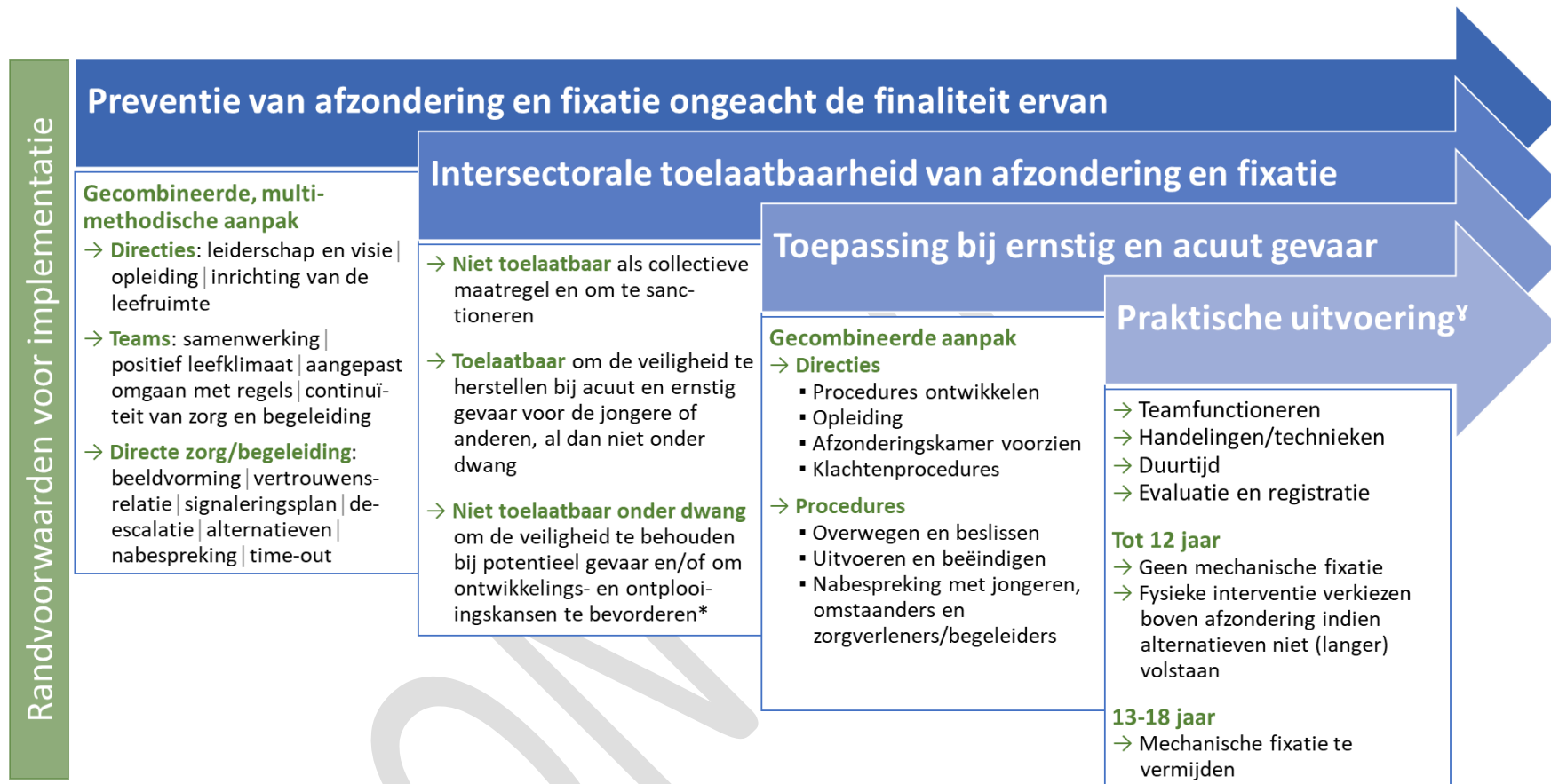
Figuur 2 vat de krachtlijnen van de richtlijn samen. De cruciale elementen worden hieronder toegelicht.

#### ➤ Intersectorale aanbevelingen voor de **preventie van (collectieve) afzondering en fixatie**

Wetenschappelijk onderzoek in de betrokken sub-sectoren toont aan dat inzetten op preventieve strategieën zijn vruchten afwerpt. Zowel de frequentie als de duur van afzondering en fixatie kunnen ingeperkt worden. Alle inspanningen gaan doorgaans gepaard met het behoud van (het gevoel van) veiligheid voor zowel de jongeren als hun begeleiders (e.g., Caldwell et al. 2014; Davies et al. 2020; Hotinnen et al. 2020; Kaltiala-Heino et al. 2007; Riding 2016). De meeste interventiestudies wijzen op het belang van een **gecombineerde, multi-methodische aanpak**. Voor een uiteenzetting over de wetenschappelijke literatuur hierover verwijzen we naar Hoofdstuk 3 en 4 van dit rapport. De visies van de experts, jongeren, ouders en ervaringsdeskundigen zijn samengevat in Hoofdstuk 6.

De preventie van afzondering en fixatie – ongeacht de finaliteit ervan (zie fase 2 hierboven) - speelt zich af op drie niveaus:

- Het niveau van **directie en beleidsmedewerkers** van voorzieningen. Cruciaal zijn volgende elementen:
  - Leiderschap, visie en engagement van de directie, en gedeelde verantwoordelijkheid voor alle stakeholders;
  - Preventieve interventies en alternatieven voor afzondering en fixatie ontwikkelen en implementeren;
  - Opleiding en training over de preventie van afzondering en fixatie;
  - De inrichting van de afdeling/leefgroep afstemmen op het voorkomen van agressie en escalatie, en afzondering en fixatie in dat verband, en op het bevorderen van ontwikkelings- en ontplooiingskansen van de jongeren zonder af te zonderen of te fixeren;
  - Bekendmaking van het preventiebeleid.
- Het niveau van het **behandel-/begeleidingsteam**. Cruciaal zijn volgende elementen:
  - Investeren in een goede (samen)werking van het team en in zorg voor de teamleden;
  - Werken aan een positief leefklimaat en een repressieve aanpak vermijden;
  - Op een manier die aangepast is aan de doelgroep omgaan met regels die nodig zijn om een veilige en gestructureerde leefomgeving te creëren;
  - Inzetten op continuïteit van zorg en begeleiding.



Figuur 2 Krachtlijnen van de intersectorale richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp

Nota:

\* De intersectorale toelaatbaarheid van afzondering en fixatie om de veiligheid te behouden bij potentieel gevaar en/of om ontwikkelings- of ontplooiingskansen te bevorderen mét toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) kon via de studie niet vastgesteld worden. De aanbevelingen voor preventie blijven dus gelden.

† De aanbevelingen voor de praktische uitvoering hebben ook enkel betrekking op situaties met ernstig en acuut gevaar voor de jongere of andere personen; medicamenteuze fixatie uitgesloten.



- Het niveau van de **directe zorg voor en begeleiding van de jongeren**. Cruciaal zijn volgende elementen:
  - Grondige beeldvorming van de jongere, in dialoog met de jongere en zijn naasten, om preventie op maat mogelijk te maken;
  - Een warm onthaal van de jongere en een positieve begeleidings- en vertrouwensrelatie;
  - Een therapeutisch en begeleidingsaanbod op maat van de jongere;
  - De opmaak van een signaleringsplan met als doel toenemende spanning bij en door de jongere tijdig op te merken zodat gevaarlijke situaties vermeden kunnen worden;
  - Inzetten op de-escalatie zodat gevaarlijke situaties vermeden kunnen worden;
  - Alternatieven voor geplande en terugkerende afzonderingen en fixatie opnemen in het behandelings-/begeleidingsplan;
  - Nabespreking na een afzondering of fixatie met de jongere, omstanders en de zorgverleners/begeleiders;
  - Time-out bij een vastgelopen traject: in een andere leefgroep of voorziening, in de thuisomgeving of – als laatste optie – in een gemeenschapsinstelling.

Daarnaast is er een **vierde niveau** van belang voor een goed preventiebeleid van afzondering en fixatie, met name het niveau van de **wetgever**, en de **nationale en deelstatelijke beleidsvoering**. Naast deze brede richtlijn 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 jongeren maximaal gerespecteerd worden.

➤ Intersectorale aanbevelingen voor de **toelaatbaarheid van afzondering en fixatie**

Naast het feit dat er heel wat **risico's** verbonden zijn aan afzondering en fixatie – op fysiek, psychisch, emotioneel en relationeel vlak – vereisen ze ook mensenrechtelijk de nodige aandacht. Afzondering en fixatie zijn immers maar mogelijk wanneer de wet dat toelaat en moet gepaard gaan met voldoende waarborgen die de **rechten van de jongere** en de noodzakelijkheid, effectiviteit en proportionaliteit van de maatregel garandeert. Voor een uiteenzetting hierover verwijzen we naar Hoofdstuk 2 van het rapport. Uit de integratie van het klinisch, (ortho)pedagogisch, juridisch en mensenrechtelijk perspectief op afzondering en fixatie volgen onderstaande intersectorale aanbevelingen voor de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie:

- Afzondering en fixatie om te straffen zijn **niet toelaatbaar**;
- Om de veiligheid te herstellen bij acuut en ernstig gevaar voor de jongere of anderen zijn afzondering en fixatie **toelaatbaar als laatste redmiddel** - al dan niet onder dwang - voor zover alternatieven voor de maatregel niet (langer) volstaan;
- Om de veiligheid te behouden bij potentieel gevaar, ter preventie van acuut en ernstig gevaar voor de jongere of anderen, zijn afzondering en fixatie **onder dwang niet toelaatbaar**. Met toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) zijn ze te vermijden;
- Ter bevordering van ontwikkelings-/ontplooiingskansen van de jongere of anderen zijn afzondering en fixatie **onder dwang niet toelaatbaar**. Met toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) zijn ze te vermijden.

Concluderend zijn afzondering en fixatie **onder dwang enkel toelaatbaar als veiligheidsmaatregel bij ernstig en acuut gevaar** voor de jongere of andere personen. Op dergelijke momenten is er sprake van een noodsituatie. Voor de toepassing van afzondering en fixatie in deze situaties zijn intersectorale aanbevelingen ontwikkeld (zie hieronder).

**Met toestemming** van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) zijn afzondering en fixatie bij **potentieel gevaar** en/of om **ontwikkelings-/ontplooiingskansen** te bevorderen **over alle sectoren heen te vermijden**. Enkel voor de doelgroep van kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking resulteerde de studie in consistente, zij het beperkte, evidentie om aanbevelingen te ontwikkelen voor de procedures van afzondering en fixatie in deze types van situaties. Dat afzondering en fixatie bij potentieel gevaar en/of om kansen te bevorderen enkel gebruikt mogen worden met toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) staat centraal in deze procedures. Aanbevelingen formuleren voor één doelgroep van de brede jeugdhulp strookt echter niet met de doelstellingen van de richtlijn. Op grond van de sociale kijk op handicap (Goodeley, 2001; Oliver, 2013; Shakespeare, 2006) is het *niet* verdedigbaar dat gelijkaardig gedrag van jongeren met een handicap, met een psychiatrische aandoening, met een forensische problematiek en/of uit een moeilijke leefsituatie voor bepaalde van deze doelgroepen tot méér afzondering of fixatie leidt dan voor de andere doelgroep(en). Daarom zijn de aanbevelingen die specifiek ontwikkeld zijn voor deze doelgroep, niet opgenomen in de richtlijn. Tegelijkertijd kunnen deze aanbevelingen voor de praktijk wel nuttig zijn omdat voorzieningen voor personen met een handicap in deze situaties effectief afzonderen en fixeren. De aanbevelingen kunnen de voorzieningen ondersteunen om dit op een zo humaan mogelijke en mensenrechten-conforme wijze te doen. Daarom zijn de aanbevelingen wel als bijlage opgenomen in dit rapport: zie bijlage 7 en bijlage 8. Als kanttkening erbij willen we waarschuwen voor de beperkte wetenschappelijke basis die er momenteel vanuit de wetenschappelijk literatuur voor bestaat. Ook is het enkel een *onderdeel* van de kwalitatieve studie die de aanbevelingen onderbouwen, met name de bevraging van de stakeholders uit de zorg voor kinderen en jongeren met een handicap. De intersectorale toets van deze evidentie binnen de kwalitatieve studie kon niet plaatsvinden omdat de experts uit de andere sub-sectoren geen consistente visies hadden op afzondering en fixatie bij potentieel gevaar of om kansen te bevorderen. Daarom betreffen dit *voorlopige* aanbevelingen, en zijn hiervoor geen evidentieniveaus bepaald (zie Hoofdstuk 7). Dit laatste kan pas gebeuren nadat bijkomend onderzoek de voorlopige aanbevelingen extra getoetst en verfijnd heeft.

➤ **Intersectorale aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie bij ernstig en acuut gevaar voor de jongere of andere personen**

Vanuit alle oogpunten staan tijdens afzondering en fixatie **menswaardigheid en veiligheid** van de jongeren en het personeel voorop. Hiervoor is een gecombineerde aanpak nodig op twee niveaus:

- Het niveau van **directie en beleidsmedewerkers** van voorzieningen. Cruciaal zijn volgende elementen:
  - Bepalen of en welke vormen van afzondering en fixatie in de voorziening toelaatbaar zijn, rekening houdend met de aanbevelingen hierover (zie hierboven);
  - Gedetailleerde en heldere procedures ontwikkelen;
  - Opleiding en training over het gebruik en de praktische uitvoering van afzondering en fixatie;
  - Een afzonderingskamer voorzien;
  - Jongeren en hun naasten informeren over klachtenprocedures.
- De **afzonderings- en fixatieprocedures**. Cruciaal om vast te leggen in deze procedures zijn volgende elementen:
  - Overwegen en beslissen tot afzonderen of fixeren houdt in dat de kwetsbaarheden en voor- en afkeuren van de jongere ter harte zijn genomen en dat de minst ingrijpende

maatregel is gekozen. Ook de leeftijd van de jongere en de expertise van het betrokken personeel bepaalt welke maatregel opgestart kan worden;

- Alle opgeleide zorgverleners/begeleiders kunnen beslissen tot afzondering of fixatie en deze uitvoeren, mits een arts vooraf of zo snel mogelijk de gezondheidstoestand van de jongere controleert en bepaalt of de maatregel al dan niet gepaard gaat met een nood aan medische zorg;
- Indien een arts vaststelt dat de afzondering of fixatie gepaard gaat met een nood aan medische zorg, is er tijdens de verdere uitvoering voortdurend een arts, verpleegkundige, of zorgkundige aanwezig;
- Enkel afzonderen in een daartoe ontworpen afzonderingskamer;
- Respectvol en zo humaan mogelijk uitvoeren van de maatregel via bv. open en respectvolle communicatie, noden en basisbehoeften zo autonoom mogelijk laten vervullen, de jongere zoveel mogelijk eigen kledij laten dragen, mogelijkheden tot contact met naasten voorzien;
- De vertegenwoordiger op de hoogte brengen wanneer de jongere beslissingsonbekwaam is of wanneer de beslissingsbekwame jongere dit verkiest;
- Registratie in het individuele dossier;
- Zoveel mogelijk wederzijds contact of continue aanwezigheid van een zorgverlener/begeleider, tenzij dit het verhoopde de-escalierend effect van de maatregel in de weg staat;
- De zorgverlener/begeleider die het toezicht uitvoert, beëindigt de maatregel van zodra het ernstig en acuut gevaar geweken is of indien de maatregel contraproductief werkt;
- Nabespreking met de jongere, omstanders en de zorgverleners/begeleiders.

➤ **Intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie bij ernstig en acuut gevaar voor de jongere of andere personen**

De aanbevelingen hebben betrekking op afzondering en fixatie ten gevolge van **agressie en escalatie**, en om **gedwongen voeding** via een nasogastrische sonde bij ernstige ondervoeding mogelijk te maken. Enkel medicamenteuze fixatie is niet vervat in de aanbevelingen.

De aanbevelingen zijn gericht naar de zorgverleners/begeleiders die afzondering en fixatie uitvoeren. Verschillende aspecten van de praktische uitvoering komen aan bod: samenwerking tussen zorgverleners/begeleiders, concrete handelingen, lichaamshoudingen, gebruik van materialen, maximale tijdsduur van een maatregel, minimale tijdsduur tussen twee momenten van observatie of evaluatie, registratie van de observaties en evaluaties, en leeftijdsgrenzen.

Randvoorwaarden voor implementatie van de richtlijn en beleidsaanbevelingen voor de overheden

Alleen door **inspanningen en samenwerking van alle stakeholders** kan de implementatie van de intersectorale richtlijn een succes worden. Het betreft hier directies en beleidsmedewerkers van voorzieningen, zorgverleners en begeleiders, betrokken overheden, jongeren- en familievertegenwoordigers en onderzoekers. Verschillende factoren dragen bij tot de implementatie van de aanbevelingen in de praktijk. Deze zijn aan de richtlijn toegevoegd als randvoorwaarden voor implementatie.

Wanneer zorgverleners/begeleiders afzondering en fixatie enkel als laatste redmiddel - en zo kort mogelijk - gebruiken indien ze geen andere uitweg zien, impliceert dit dat zij verantwoorde risico's moeten nemen binnen een algemeen veilige behandel/begeleidingsomgeving. Opdat ze hierin zouden (blijven) slagen, is het essentieel dat elke voorziening inzet op de **basisveiligheid** van de omgeving - op

architecturaal vlak, technisch vlak en op vlak van personeelsbezetting - op **collectief leren** en op **zorg voor het personeel**.

Daarnaast formuleerde de onderzoeksequipe – op basis van wetenschappelijke literatuur en input van de betrokken stakeholders - negen **beleidsaanbevelingen voor de betrokken overheden**. We vatten deze hier samen. Voor meer toelichting daarbij verwijzen we naar Hoofdstuk 8 van het rapport.

- 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.
- Zet in op de ontwikkeling en het gebruik van een **e-learning tool**.
- Blijf inzetten op de ontwikkeling van intersectorale aanbevelingen voor het gebruik van **afzondering en fixatie bij potentieel gevaar en om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen**.
- Ondersteun de verdere ontwikkeling van een **intersectoraal en gebruiksvriendelijk registratiesysteem** waarbij op basis van een éénmalige registratie data gegenereerd kunnen worden op verschillende niveaus, conform de regelgeving inzake privacy.
- Blijf inzetten op **architecturale aanpassingen** in de residentiële voorzieningen.
- Streef naar de **optimalisering en voldoende differentiatie van de personeelscapaciteit** zodat het preventie- en toepassingsbeleid van afzondering en fixatie kunnen uitgevoerd worden volgens de aanbevelingen.
- 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.
- Zet in op de ontwikkeling van **intersectorale kwaliteitsindicatoren** die gebaseerd zijn op de intersectorale aanbevelingen.

Ook deze beleidsaanbevelingen vormen randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie in de praktijk. De negende beleidsaanbeveling betreft de nood aan meer **implementatieonderzoek** (e.g., Bauer & Kirchner 2020; Damschroder et al., 2009). Dit type onderzoek heeft als doel factoren die invloed hebben op de beslissing tot afzondering en fixatie in kaart te brengen en kan daardoor meer inzicht bieden in de processen die leiden tot de afname van deze maatregelen. Dergelijk onderzoek biedt meer mogelijkheden dan gerandomiseerde gecontroleerde studies om bijvoorbeeld duidelijk te krijgen of en hoe het veiligheidsgevoel van zorgverleners invloed heeft op het gebruik van afzondering en fixatie. Implementatiestudies focussen daarenboven op aanvaardbaarheid, haalbaarheid en duurzaamheid van de (preventieve) interventies. Deze knowhow is essentieel om de verbeteringen in de kwaliteit van zorg te verankeren voor de toekomst.

## Inhoud

<b>Definities</b>	<b>21</b>
<b>Inleiding Situering en doelstellingen van de richtlijn</b>	<b>25</b>
1 Situering van het onderzoeksproject	25
2 Situering van de intersectorale richtlijn	26
3 Doelstellingen van de intersectorale richtlijn	27
4 Referenties	29
<b>Hoofdstuk 1 Ontwikkeling van een intersectorale richtlijn: Methode</b>	<b>31</b>
1 Overzicht van de methode	31
2 Wetenschappelijke evidentie vanuit klinisch, (ortho)pedagogisch en juridisch perspectief	33
2.1 Richtvragen	33
2.2 Verzameling van wetenschappelijke evidentie vanuit juridisch perspectief	33
2.3 Verzameling van wetenschappelijke evidentie vanuit klinisch, pedagogische en orthopedagogisch perspectief	35
3 Ontwikkeling van de categorieën van afzondering en fixatie	38
4 Ontwikkeling van het mensenrechtelijk toetsingskader	40
5 Integreeren van evidentie uit klinisch, (ortho)pedagogisch en juridisch onderzoek	41
5.1 Integratie van de evidentie over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie	41
5.2 Integratie van de verzamelde evidentie over de andere topics uit de richtlijn	44
6 De kwaliteit van de evidentie bepalen	46
7 Waarden en voorkeuren van de betrokken sub-sectoren expliciteren	48
8 Formulering van randvoorwaarden voor implementatie	48
9 Raadpleging van stakeholders tijdens het ontwikkelingsproces van de intersectorale richtlijn	49
10 Referenties	51
<b>Hoofdstuk 2 Juridische analyse van het mensenrechtenkader en het nationaal-rechtelijk kader</b>	<b>53</b>
1 Plan van aanpak	53
1.1 Mensenrechten als één van de vertrekpunten	53
1.2 Selectie van bronnen	54
2 Redenen voor afzondering en fixatie en hun toelaatbaarheid	57
2.1 De oorspronkelijke mensenrechtelijke analyse van redenen voor afzondering en fixatie	57
2.2 Aanvullingen doorheen het onderzoek vanuit het klinisch en (ortho)pedagogisch wetenschappelijke perspectief	58

3	Ernstig en acuut gevaar	60
	3.1 Toetsingskader	60
	3.2 Regelgeving in Vlaanderen	66
4	Straf	76
5	Potentieel gevaar – Ontwikkeling en ontplooiing	78
	5.1 Toetsingskader	78
	5.2 Regelgeving in Vlaanderen	86
6	Aanbeveling met betrekking tot een duidelijk juridisch kader	89
7	Referenties	90

**Hoofdstuk 3      Literatuurstudie van orthopedagogisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek naar de impact, preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie in residentiële voorzieningen voor personen met een verstandelijke of fysieke handicap**      **93**

1	Methode	93
2	Resultaten	101
	2.1 Preventie van toepassing van afzondering en fixatie m.i.v. goede praktijken in de toepassing van afzondering en fixatie	101
	2.2 Ervaring en beleving van afzondering en fixatie door zorggebruikers en begeleiders	106
3	Bijkomende documenten	110
4	Referenties	112

**Hoofdstuk 4      Literatuurstudie van klinisch en pedagogisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek naar de impact, preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie in de residentiële kinder- en jeugd-GGZ en de residentiële (forensische) jeugdhulp**      **115**

1	Methode	116
	1.1 Literatuurstudie over preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie	116
	1.2 Literatuurstudie over de impact van afzondering en fixatie	117
	1.3 Documentenanalyse	118
2	Resultaten: overzicht van de gevonden literatuur	118
	2.1 Literatuurstudie over preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie	118
	2.2 Literatuurstudie over de impact van afzondering en fixatie	134
3	Bezorgdheden over het gebruik van afzondering en fixatie in de (forensische) jeugdhulp en kinder- en jeugdpsychiatrie	139
4	Impact van afzondering en fixatie en ervaringen van jongeren en zorgverleners	140
	4.1 Theorieën over impact van afzondering en fixatie	140
	4.2 Impact van afzondering en fixatie op jongeren en zorgverleners	142
	4.3 Ervaringen van jongeren en zorgverleners met vrijheidsbeperkende maatregelen	143
	4.4 Aanbevelingen vanwege zorgverleners en begeleiders voor voorzieningen	147

5	Toepassing van afzondering en fixatie en goede praktijken	148
5.1	Aanleidingen voor afzondering en fixatie	148
5.2	Aanvaardbaarheid van afzondering en fixatie voor jongeren en zorgverleners	150
5.3	Voorkeuren van jongeren en zorgverleners	151
5.4	Toelaatbaarheid	152
6	Preventie van afzondering en fixatie	154
6.1	Positief leefklimaat	155
6.2	Six Core Strategies	156
6.3	Trauma Informed Care	158
6.4	Safewards model	160
6.5	Collaborative Problem Solving of Collaborative & Proactive Solutions (CPS) model	163
6.6	Gedragsmanagementprogramma's	164
6.7	Geweldloos Verzet	167
6.8	Agressie managementprogramma	168
6.9	Dialectische gedragstherapie	168
6.10	Nabespreking van afzondering en fixatie	168
6.11	Comfort room	169
6.12	Risicotaxatie instrumenten	170
7	Documentenanalyse	171
7.1	Documentenanalyse over de preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie	171
7.2	Documentenanalyse over de impact van afzondering en fixatie op jongeren en zorgverleners/begeleiders	174
8	Referenties	175
<b>Hoofdstuk 5</b>	<b>Literatuurstudie van klinisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek naar de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp</b>	<b>183</b>
1	Methode	183
2	Resultaten	185
3	Formulering van aanbevelingen op basis van de weerhouden literatuur	188
3.1	Aanbevelingen voor de praktische uitvoering van fixatie en afzondering om de veiligheid te herstellen (i.e. acuut en ernstig gevaar) bij kinderen en jongeren uit de brede residentiële jeugdhulp	188
3.2	Aanbevelingen voor de praktische uitvoering van fixatie en afzondering om de veiligheid te behouden en om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen bij kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking	190
4	Referenties	195

<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>Intersectorale kwalitatieve studie met alle stakeholdersgroepen uit de brede residentiële jeugdhulp</b>	<b>197</b>
1	Interviews met beleids- en praktijkmedewerkers werkzaam in voorzieningen met goede praktijken omtrent de preventie en toepassing van afzondering en fixatie	197
1.1	Multifunctionele centra voor kinderen en jongeren met een beperking	197
1.2	Residentiële (forensische) jeugdhulp en Residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ	203
2	Bevraging van jongeren met ervaring met afzondering en fixatie	211
2.1	Multifunctionele centra voor kinderen en jongeren met een beperking	211
2.2	Residentiële (forensische) jeugdhulp en Residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ	213
3	Bevraging van ouders van jongeren met ervaring met afzondering en fixatie	220
3.1	Multifunctionele centra voor kinderen en jongeren met een beperking	220
3.2	Residentiële (forensische) jeugdhulp en Residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ	223
4	Expertpanel 1	226
4.1	Methode	226
4.2	Resultaten	228
5	Expertpanel 2	237
5.1	Methode	237
5.2	Resultaten	238
6	Referenties	240
<b>Hoofdstuk 7</b>	<b>Kwaliteit van de evidentie op basis waarvan de aanbevelingen ontwikkeld zijn</b>	<b>241</b>
1	Aanbevelingen voor de preventie van (collectieve) afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp	243
1.1	Op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers	243
1.2	Op het niveau van behandel-/begeleidingsteam	249
1.3	Op het niveau van de directe zorg/begeleiding voor de jongeren	253
2	Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp	263
2.1	Op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers	263
2.2	Op het niveau van afzonderings- en fixatieprocedures bij ernstig en acuut gevaar	266
<b>Hoofdstuk 8</b>	<b>Discussie en beleidsaanbevelingen</b>	<b>279</b>
1	Preventie en toepassing van A en F in de brede residentiële jeugdhulp: nieuwe inzichten en lacunes	279
2	De sterktes en beperkingen van de intersectorale en interdisciplinaire methode	282
3	Beleidsaanbevelingen van de onderzoeksequipe	285
4	Referenties	289
<b>Dankwoord</b>		<b>295</b>



<b>Bijlage 1</b>	<b>Samenvatting van de evidentie voor de intersectorale aanbevelingen over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie</b>	<b>297</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Interviewleidraad residentiële multifunctionele centra met best practices</b>	<b>303</b>
<b>Bijlage 3</b>	<b>Interviewleidraad residentiële jeugdhulporganisaties met best practices</b>	<b>305</b>
<b>Bijlage 4</b>	<b>Interviewleidraad ouders van jongeren met een beperking</b>	<b>309</b>
<b>Bijlage 5</b>	<b>Resultaten van het expertpanel 1 over de ontwikkeling van een intersectorale richtlijn - eerste versie gericht op de residentiële MFC's voor kinderen en jongeren en IPO's</b>	<b>313</b>
<b>Bijlage 6</b>	<b>Resultaten van expertpanel 1 over de ontwikkeling van een intersectorale richtlijn - eerste versie gericht op de residentiële (forensische) jeugdhulp en residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ</b>	<b>331</b>
<b>Bijlage 7</b>	<b>Voor de doelgroep van kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking: Voorlopige aanbevelingen voor afzondering- en fixatieprocedures bij potentieel gevaar of om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen</b>	<b>361</b>
<b>Bijlage 8</b>	<b>Voor de doelgroep van kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking: Voorlopige aanbevelingen voor de praktische uitvoering van fysieke interventie bij potentieel gevaar en/of om ontplooiings-/ontwikkelingskansen te bevorderen</b>	<b>373</b>

#### **Lijst Tabellen**

Tabel 1	De toelaatbaarheid van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp, met afzondering en fixatie ingedeeld in vier categorieën/functies	44
Tabel 2	Overzicht van verzamelde reviews	96
Tabel 3	Overzicht van verzamelde individuele studies	98
Tabel 4	Zoekfuncties literatuurstudie preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie	116
Tabel 5	Zoekfuncties literatuurstudie impact van afzondering en fixatie	117
Tabel 6	Overzicht van de types voorzieningen waarop de reviews betrekking hebben	119
Tabel 7	Overzicht van de types voorzieningen waarop de individuele studies betrekking hebben	119
Tabel 8	Overzicht van de reviews over preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie (deel 1)	120

Tabel 9	Overzicht van de reviews over preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie (deel 2)	122
Tabel 10	Overzicht van de individuele studies over de preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie (deel 1)	128
Tabel 11	Overzicht van de individuele studies over de preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie (deel 2)	130
Tabel 12	Overzicht van het aantal individuele studies per type residentiële voorziening	134
Tabel 13	Overzicht van de review over de impact van afzondering en fixatie (deel 1)	135
Tabel 14	Overzicht van de review over de impact van afzondering en fixatie (deel 2)	135
Tabel 15	Overzicht van de individuele studies over de impact van afzondering en fixatie (deel 1)	136
Tabel 16	Overzicht van de individuele studies over de preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie (deel 2)	137
Tabel 17	Categorieën en redenen van fixatie en/of afzondering van de 18 finaal weerhouden artikels	187
Tabel 18	Overzicht van de aanpassingen aan de bestaande aanbevelingen en nieuwe aanbeveling binnen de categorie ‘acuut en ernstig gevaar’ die werd toegevoegd o.b.v. de weerhouden literatuur	189
Tabel 19	Overzicht van de aanpassing aan de bestaande aanbevelingen en nieuwe aanbevelingen binnen de categorieën ‘veiligheid behouden’ en ‘ontwikkelings- en ontplooiingskansen bevorderen’ bij jongeren met een verstandelijke beperking die werden toegevoegd o.b.v. de weerhouden literatuur	192
Tabel 20	Informatie over deelnemers aan de interviews	204
Tabel 21	Richtvragen voor afzondering	214
Tabel 22	Informatie over deelnemers focusgroep met jongeren	215
Tabel 23	Types van organisaties en het aantal experts dat deelnam aan expertpanel 1 gericht op de residentiële MFC’s voor kinderen en jongeren	226
Tabel 24	Types van organisaties en aantal experts dat deelnam aan expertpanel 1 gericht op de residentiële (forensische) jeugdhulp en residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ	227
Tabel 25	Types van organisaties en aantal experts dat deelnam aan expertpanel 2	237

## Lijst Figuren

Figuur 1	Samenstelling van de richtlijnwerkgroep	32
Figuur 2	Overzicht van het ontwikkelingsproces van de intersectorale richtlijn	50
Figuur 3	Instrument om de beslissingsbekwaamheid te evalueren, waarbij tien criteria gescoord kunnen worden op een schaal met een gradatie van plus (+, ++ en +++) en min (-; -- en ---) (Liégeois, 2018)	68
Figuur 4	Heuristisch model (Heyvaert et al., 2015 <sup>R</sup> )	107
Figuur 5	Finale PubMed-zoekstring voor kinderen/jongeren met een verstandelijke beperking	184
Figuur 6	Verloop van het zoek- en screeningsproces van de rapid review	186



## Definities

**Afzondering:** Het verblijf van een persoon in een daartoe speciaal voorziene individuele afzonderingskamer, hetzij in een ander lokaal voor één persoon, welke de persoon niet zelfstandig kan verlaten (definitie van het Managementcomité WVG, februari 2019, met aanpassing).

Nota bij de definitie: Indien de jongere het lokaal wel zelfstandig kan verlaten is er geen sprake van afzondering.

**Afzonderingskamer:** Een specifieke, veilig ingerichte, hoog beveiligde ruimte, welke de persoon niet zelfstandig kan verlaten (Managementcomité WVG, februari 2019).

**Agressie:** Grenzen worden overschreden, of iemand dreigt daarmee. 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 (<https://www.icoba.be/icobas-kijk-op-agressief-gedrag>).

**(Be)handelings-/begeleidingsplan:** een plan waarin alle afspraken in verband met de behandeling/begeleiding van de jongere zijn vastgelegd in afstemming met en met akkoord van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger).

**Beslissingsbekwaam:** Beslissingsbekwaamheid is het vermogen om vrij en overwogen beslissingen te nemen. Dit is een gradueel concept gaande van volledige beslissingsbekwaamheid, over gedeeltelijke beslissingsbekwaamheid tot volledige beslissingsonbekwaamheid. De beslissingsbekwaamheid van een jongere hangt niet automatisch af van zijn aandoening of leeftijd, maar is situatie- en tijdsgebonden (Liégeois, 2014; Liégeois, 2018).

**Compartmentering:** in een lokaal een aparte ruimte voor één persoon creëren welke hij niet zelfstandig kan verlaten. Deze ruimte is niet volledig afgesloten. De mogelijkheid tot rechtstreeks wederzijds contact met andere personen die zich in het lokaal bevinden blijft steeds minstens visueel en auditief behouden. Bij personen met een visuele en/of auditieve beperking wordt de mogelijkheid tot rechtstreeks wederzijds contact via andere zintuigen voorzien.

**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)

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

**Ervaringswerkers:** personen die hun collectieve ervaringskennis inzetten om deze over te dragen aan anderen of bij te dragen aan de ondersteuning van mensen in maatschappelijk kwetsbare leefsituaties (Van Steenberghe, Reynaert, Roets & De Maeyer, 2020). Ervaringswerkers kunnen zowel jongeren zijn met ervaring in de brede jeugdhulp als personen uit hun context, en kunnen als vrijwilliger of als betaalde werkracht hun collectieve ervaringskennis inzetten.

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

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

- Fysieke interventie: fixatie door middel van een interventie waarbij de persoon door één of meerdere zorgverleners/begeleiders op een fysieke wijze vastgehouden of geïmmobiliseerd wordt of waarbij de persoon 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 persoon, welke niet zelfstandig door de persoon kan verwijderd worden. Hulpmiddelen voor het ondersteunen of corrigeren van de fysieke houding van de persoon bevestigd aan of in de directe omgeving van de persoon, en die niet zelfstandig door de persoon kan verwijderd worden, worden niet beschouwd als mechanische fixatie tenzij deze hulpmiddelen buiten hun oorspronkelijke doelstelling gebruikt worden.

Nota bij de definitie: In volgende situaties is er wel sprake van mechanische fixatie:

- Vermijden van zelfverwonding (bv. polsbanden, washandjes, armkoker)
  - Prikkelreductie om escalatie te vermijden (blijfstoel, banden, stevige overall om uitkleden, scheuren of eten van stof te vermijden)
  - Mechanische fixatie in het kader van valpreventie, bijvoorbeeld tijdens maaltijden
- Medicamenteuze fixatie: fixatie door middel van het acuut en chronisch gebruik van medicatie (definities van het Managementcomité WVG, februari 2019, met aanpassing).

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

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

**Nood aan medische zorg:** er doen zich risico's voor met betrekking tot de gezondheidstoestand van de jongere (bv. risico's met betrekking tot de veiligheid of risico op pijn) waardoor deze beschermd dient te worden en/of er is medisch-technische expertise vereist.

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

**Signaleringsplan:** Het is een middel voor het vroegtijdig detecteren van toenemende emotionele spanning van de jongere, alsook het inventariseren van manieren waarop zorgverleners/begeleiders en de jongere best reageren in deze situatie. Het wordt opgesteld met oog op vroeg-signalering, en aldus de preventie van escalatie of crisis. Een signaleringsplan wordt gemaakt op maat van de jongere. Indien nodig wordt het signaleringsplan geactualiseerd nadat er zich een escalatie of crisis heeft voorgedaan.

**Straf:** het handhavend optreden na een incident, wanneer het gevaar reeds geweken is en de orde reeds hersteld is. De straf heeft een leed-toevoegend doel.

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

**Toestemming:** Deze term wordt hier begrepen in de zin van geïnformeerde toestemming in de Wet Patiëntenrechten. De toestemming gegeven door de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) voldoet aan volgende voorwaarden. Deze toestemming is vrij van dwang en richt zich op een specifieke handeling. De toestemming wordt voorafgaand aan een handeling gegeven en is bovendien te allen tijde herroepbaar, ook wanneer hierover voorafgaand afspraken gemaakt zijn. De toestemming wordt in

beginsel gegeven door de jongere zelf. Indien deze jongere beslissingsonbekwaam is, geeft de wettelijke vertegenwoordiger van de jongere toestemming.

**Zorgverlener/begeleider:** Alle personen met behandeling-, zorg- en/of begeleidingstaken in één van de betrokken sub-sectoren.

### Referenties

- Dirix, E., Tilleman, B., Lierman, S. (2018). *De Valks juridisch woordenboek (4de ed.)*. Antwerpen: Intersentia
- Liégeois, A. (2018). Een relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60, 29-36.
- Liégeois, A. (2014). Quality of life without spirituality? A theological reflection on the quality of life of persons with intellectual disabilities. *Journal of Disability & Religion*, 18, 303-317.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2015). *Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings*.  
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>.
- 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





# Inleiding

## Situering en doelstellingen van de richtlijn

### 1 Situering van het onderzoeksproject

Afzondering en fixatie zijn omstreden maatregelen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), jeugdhulp (JH) en zorg voor personen met een handicap, zowel vanuit klinisch, (ortho)pedagogisch als mensenrechtelijk perspectief. Deze maatregelen raken immers aan de fysieke en psychische integriteit van de persoon. In de internationale wetenschappelijke literatuur bestaat er consensus dat afzondering en fixatie **maximaal vermeden moeten worden**. Zoals bij volwassenen hebben deze interventies bij jongeren die verblijven in een residentiële voorziening nefaste gevolgen (de Valk et al., 2015; LeBel et al., 2010; Whitley et al., 2016). Zowel voor de jongeren die een afzondering of fixatie ondergaan, voor de getuigen ervan, als voor het personeel kunnen deze maatregelen emotionele en fysieke schade berokkenen (Black et al., 2020; Deveau et al., 2014; Heyvaert et al., 2015; LeBel et al., 2010). Ook kunnen ze nefast zijn voor de samenwerkingsrelatie tussen de jongere en de zorgverlener/begeleider (Black et al., 2020). Daarenboven blijken afzonderen en fixeren een negatieve impact te hebben op de tevredenheid en levenskwaliteit van de jongeren die verblijven in een residentiële voorziening (Sashidharan et al., 2019). *Last but not least* vormen afzondering en fixatie - wanneer ze onder dwang worden toegepast - een inperking van het recht op fysieke integriteit en het zelfbeschikkingsbeginsel dat in (het recht over) de zorg centraal staat. Buiten de situaties waarin de wet afzondering en fixatie toelaat, zijn ze dan ook verboden. Waar ze toegelaten zijn, zijn er bovendien **waarborgen nodig** om de rechten van de jongere te vrijwaren. Verschillende mensenrechtenorganen hebben zich vanuit dat perspectief meermaals over afzondering en fixatie uitgesproken hetgeen leidt tot een normatief kader waaraan afzondering en fixatie moeten voldoen.

Tussen 2016 en 2018 deed de Vlaamse Zorginspectie audits naar het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen, ook bij kinderen en jongeren die verblijven in een residentiële voorziening: de kinder- en jeugdpsychiatrie (Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin, 2017), de onthaal-, oriëntatie- en observatiecentra en proeftuinen van jongerenwelzijn (Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin, 2018a), de gemeenschapsinstellingen (Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin, 2018b) en multifunctionele centra (MFC's) voor minderjarigen (Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin, 2019). Onder meer uit deze inspecties blijkt dat het in de praktijk niet vanzelfsprekend is om afzondering en fixatie tot een minimum te herleiden. Er bestaan grote verschillen tussen voorzieningen in hoe vaak en hoe veilig afzondering en fixatie plaatsvindt. Zorginspectie concludeert onder meer dat er voor verschillende voorzieningen een grote nood is aan vorming en ondersteuning om tot een minder frequente en veiligere toepassing van afzondering en fixatie te komen. In het kader hiervan kreeg het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) van de betrokken Vlaamse minister de opdracht een **intersectorale richtlijn** te ontwikkelen voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de **brede residentiële jeugdhulp**. Deze studie focust dus op **kinderen en jongeren** die verblijven in een residentiële voorziening. Het project vormt het vervolg op twee eerdere projecten van het Steunpunt WVG waarin (1) een multidisciplinaire richtlijn is ontwikkeld voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg (verder GGZ-richtlijn genoemd; Peeters et al., 2020) en (2) intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering

en fixatie in de residentiële GGZ, (forensische) jeugdhulp en zorgorganisaties voor kinderen en jongeren met een handicap (Vanlinthout et al., 2020).

## 2 Situering van de intersectorale richtlijn

De nieuwe [intersectorale richtlijn voor de brede residentiële jeugdhulp](#) gaat zowel in op de **preventie**, de **toepassing** als de **praktische uitvoering** van afzondering en fixatie. Aanbevelingen zijn ontwikkeld voor zowel het niveau van de directie, de behandelings-/begeleidingsteams als de directe zorg/begeleiding van de kinderen en jongeren en hun naasten. De richtlijn focust op (collectieve) **afzondering** en **fixatie** - fysieke interventie, mechanische fixatie, medicamenteuze fixatie – en niet op andere vrijheidsbeperkende maatregelen zoals bv. compartimentering. Voor deze termen hanteren we de definities die vastgelegd zijn door het Managementcomité Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse overheid (februari 2019), waaraan op basis van deze studie ook enkele aanpassingen zijn gedaan.

- Afzondering: Het verblijf van een persoon in een daartoe speciaal voorziene individuele afzonderingskamer, hetzij in een ander lokaal voor één persoon, welke de persoon niet zelfstandig kan verlaten.
- Fixatie: Elke handeling of elk gebruik van materiaal of medicatie die de bewegingsvrijheid van een persoon beperkt, verhindert of belemmert, waarbij de persoon niet zelfstandig zijn bewegingsvrijheid kan herwinnen. Fixatie kan op drie wijzen worden toegepast:
  - Fysieke interventie: fixatie door middel van een interventie waarbij de persoon door één of meerdere zorgverleners/begeleiders op een fysieke wijze vastgehouden of geïmmobiliseerd wordt of waarbij de persoon 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 persoon, welke niet zelfstandig door de persoon kan verwijderd worden. Hulpmiddelen voor het ondersteunen of corrigeren van de fysieke houding van de persoon bevestigd aan of in de directe omgeving van de persoon, en die niet zelfstandig door de persoon kan verwijderd worden, worden niet beschouwd als mechanische fixatie tenzij deze hulpmiddelen buiten hun oorspronkelijke doelstelling gebruikt worden.
  - Medicamenteuze fixatie: fixatie door middel van het acuut en chronisch gebruik van medicatie.

De richtlijn gaat in op de preventie en toepassing van afzondering en fixatie bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen die verblijven binnen een **open of gesloten jeugdhulpvoorziening**, een **gemeenschapsinstelling**, in een **zorgorganisatie voor kinderen en jongeren met een handicap**, of in een **residentiële voorziening van de kinder- en jeugd-GGZ**, inclusief de forensische jeugdpsychiatrische afdelingen. De richtlijn is niet van toepassing op voorzieningen waar bewakingspersoneel instaat voor de dagelijkse begeleiding van de jongeren. We denken hierbij aan het Vlaams detentiecentrum.

Concreet is de intersectorale richtlijn van toepassing op volgende types van voorzieningen:

- Residentiële (forensische) jeugdhulp:
  - Centra voor kindercare en gezinsondersteuning
  - Centra voor integrale gezinszorg

- Onthaal-, oriëntatie, en observatiecentra
- Observatie- en behandelcentra
- Organisaties voor bijzondere jeugdzorg met module ‘verblijf’ en ‘beveiligend verblijf’
- Centra voor ernstige gedrags- en emotionele stoornissen (GES+)
- Gemeenschapsinstellingen. De term ‘forensische jeugdhulp’ verwijst naar deze voorzieningen.
- Residentiële zorg voor kinderen en jongeren met een handicap:
  - Multifunctionele centra voor kinderen en jongeren met een handicap met ondersteuningsfunctie ‘verblijf’
  - Internaten met permanente openstelling (IPO) en medisch-pedagogische instituten (GO!) voor wat de populatie van de IPOs betreft
- Residentiële kinder- en jeugd-GGZ:
  - Kinder- en jeugdpsychiatrische afdelingen van een psychiatrisch ziekenhuis, waaronder ook de forensische jeugdpsychiatrische diensten
  - Kinder- en jeugdpsychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis
  - Revalidatievoorzieningen (voor verslaving) voor kinderen en jongeren (Gauzz, De Dauw, De Appelboom, RKJ De Sleutel)

Met de publicatie van deze intersectorale richtlijn voor de brede residentiële jeugdhulp zal de GGZ-richtlijn (Peeters et al., 2020) enkel nog van toepassing zijn op de volwassenen-GGZ en niet meer op de kinder- en jeugd GGZ. De intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie die in 2020 gepubliceerd zijn voor gebruik in de residentiële GGZ en de brede residentiële jeugdhulp (Vanlinthout et al., 2020) zijn ook geïntegreerd in de nieuwe intersectorale richtlijn, net zoals in de tweede versie van de GGZ-richtlijn.

### 3 Doelstellingen van de intersectorale richtlijn

Allereerst beoogt de intersectorale richtlijn de ondersteuning van het proces van **kwaliteitsverbetering** in de residentiële voorzieningen van de brede jeugdhulp. De aanbevelingen expliciteren allereerst waarop dient ingezet te worden om afzondering en fixatie maximaal te vermijden. Voor situaties waarin afzondering of fixatie een laatste redmiddel kan zijn om een veilige uitkomst te bieden, bevat de richtlijn ook aanbevelingen om de maatregelen veilig en mensenrechtenconform toe te passen. De aanbevelingen zijn dus ontwikkeld met **zicht op de toekomst**. Dit impliceert dat op dit moment niet alle aanbevelingen in alle betrokken voorzieningen realiseerbaar zijn. Daarom eindigt de richtlijn met **randvoorwaarden** die de verdere implementatie in de praktijk mogelijk moeten maken.

De tweede doelstelling van de richtlijn is zoveel mogelijk te streven naar **uniformiteit** in de preventie en het gebruik van afzondering en fixatie in alle sub-sectoren van de brede residentiële jeugdhulp. Hiervoor zijn twee redenen. Ten eerste verblijven jongeren met complexe problematieken doorheen hun jeugd soms in verschillende types van voorzieningen uit de jeugdhulp, GGZ en zorg voor personen met een handicap. Voor hen en hun context is het niet te begrijpen waarom het beleid omtrent afzondering en fixatie op belangrijke punten zou verschillen tussen de voorzieningen. Ten tweede is het op grond van de (vandaag dominante) sociale kijk op handicap (Goodeley, 2001; Oliver, 2013; Shakespeare, 2006) niet verdedigbaar dat gelijkaardig gedrag van jongeren met een handicap, met een psychiatrische aandoening, met een forensische problematiek en/of uit een moeilijke leefsituatie voor bepaalde van

deze doelgroepen tot méér afzondering of fixatie leidt dan voor de andere doelgroep(en) Deze sociale kijk op handicap wordt ook mensenrechtelijk onderschreven, in het bijzonder in het VN Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap (art. 1 IVRPH). Beide overwegingen hebben geleid tot het gebruik van een **intersectorale methode** om de richtlijn te ontwikkelen (zie Hoofdstuk 1).

De derde doelstelling van de richtlijn is om aanbevelingen te formuleren die zowel gebaseerd zijn op wetenschappelijke evidentie vanuit het klinisch en (ortho)pedagogisch perspectief - inclusief expertise van professionals en ervaringswerkers - als vanuit het juridisch en mensenrechtelijk perspectief. Daarmee bouwt deze richtlijn verder op de richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ, die op basis van een analoge **interdisciplinaire methode** is ontwikkeld (Peeters et al., 2019).

Tenslotte willen we met deze richtlijn aanbevelingen ontwikkelen voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in **verschillende types van situaties**. Afzondering en fixatie worden vaak geassocieerd met een maatregel onder dwang in gevallen van **ernstig en acuut gevaar** ten gevolge van agressie en/of escalatie, met als doel de veiligheid te herstellen. Denken we hierbij aan volgende voorbeelden: een jongere die erg agressief is naar een medegroepslid toe n.a.v. een ernstige conflictsituatie of omwille van een psychotische toestand; of een jongere met een verstandelijke beperking die plots erg geagiteerd geraakt door een teveel aan impulsen in zijn omgeving en zichzelf hevig pijnigt; of een jongere die een begeleider fysiek aanvalt wanneer die laatste de kamer van de jongere controleert op de aanwezigheid van drugs. Uit de mensenrechtelijke analyse en de klinische/ (ortho)pedagogische evidentiebronnen van onze studie blijkt ernstig en acuut gevaar evenwel niet de enige reden te zijn waarom afzondering en fixatie in de praktijk worden toegepast. In de Vlaamse voorzieningen kaderen afzondering en fixatie soms ook binnen de preventie van ernstig en acuut gevaar, dus bij **potentieel gevaar**, dienen ze als middel om **ontwikkelings-/ontplooiingskansen** van de jongere te bevorderen of wordt afzondering soms gebruikt als **straf**. Voor zover de verzamelde evidentie het toelaat, bevat de richtlijn aanbevelingen over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie in deze vier types van situaties, en de voorwaarden voor toepassing. Hieronder geven we enkele voorbeelden van afzondering of fixatie in deze types van situaties. Met deze voorbeelden suggereren we niet dat deze afzonderingen en fixaties volgens de richtlijn toelaatbaar zijn. Dit komt aan bod in deel 5.1 van Hoofdstuk 1. We beschrijven louter afzonderingen en fixaties die zich in de praktijk voordoen; ze zijn niet bedoeld als voorbeelden van goede praktijken.

- Voorbeelden van afzondering of fixatie om de veiligheid te behouden bij potentieel gevaar, ter preventie van ernstig en acuut gevaar: een jongere vraagt zelf aan de begeleiding om afgezonderd te worden omwille van aanhoudende ernstige suïcidegedachten; het vooraf gepland en terugkerend gebruik van een armkoker bij een jongere met een verstandelijke beperking om zelfverwonding te vermijden; een jongere keert sterk onder invloed van alcohol terug uit weekendverlof en wordt een aantal uur in afzondering geplaatst; een jongere die recent ernstige jeugddelicten heeft gepleegd en voor het eerst in een gemeenschapsinstelling toekomt, wordt enkele dagen in afzondering geplaatst;
- Voorbeelden van afzondering of fixatie om ontwikkelings- en ontplooiingskansen te bevorderen: een kind met ernstig meervoudige beperkingen wordt met behulp van mechanische fixatie vastgemaakt in een blijfstoel om de onrust te temperen, en zo de deelname aan een activiteit

mogelijk te maken<sup>1</sup>; sociaal onaangepast gedrag van een jongere met een verstandelijke beperking - bv. masturbatie in aanwezigheid van anderen - wordt voorkomen door de handen vast te maken aan een soort broeksriem om zo sociaal contact mogelijk te maken;

- Voorbeeld van afzondering als straf: omdat een jongere betrapt wordt op drugs dealen of bezitten, omdat hij een gevaarlijk voorwerp - zoals een scherp mes - bezit, omdat hij materiaal beschadigt, of omdat hij enkele uren geleden ernstig agressief is geweest naar een medegroepslid toe.

Op basis van deze vier doelstellingen hebben we een ambitieuze, maar ook herkenbare richtlijn ontwikkeld. De aanbevelingen zijn zowel gericht naar directies en beleidsmedewerkers als naar zorgverleners en begeleiders. De directies en beleidsmedewerkers bepalen het beleid inzake de preventie en toepassing van afzondering en fixatie op het niveau van de organisatie. De zorgverleners en begeleiders passen dit beleid toe op het niveau van de directe zorg/begeleiding van de kinderen en jongeren. Betrokkenheid van en wisselwerking tussen al deze groepen van stakeholders - directies, beleidsmedewerkers, zorgverleners/begeleiders, ervaringswerkers en de jongeren en hun naasten - is noodzakelijk om de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp te optimaliseren.

#### 4 Referenties

- Black, V., Bobier, C., Thomas, B., Prest, F., Ansley, C., Loomes, B., Eggleston, G. & Mountford, H. (2020). Reducing seclusion and restraint in a child and adolescent inpatient area: implementation of a collaborative problem-solving approach. *Australasian Psychiatry*, 28, 578-584. doi: 10.1177/1039856220917081
- de Valk, S., van der Helm, G.H.P., Beld, M., Schaftenaar, P., Kuiper, C. & Stams, G.J.J.M. (2015). Does punishment in secure residential youth care work? An overview of the evidence. *Journal of Children's Services*, 10, 3-16. doi: 10.1108/JCS-11-2014-0048
- Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin (2017). *Beleidsrapport vrijheidsbeperkende maatregelen bij kinderen en jongeren in kinderpsychiatrische afdelingen van algemene en psychiatrische ziekenhuizen*. [https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/2017\\_Zorginspectie\\_beleidsrapport\\_VBM.pdf](https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/2017_Zorginspectie_beleidsrapport_VBM.pdf)
- Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin (2018a). *Beleidsrapport vrijheidsbeperkende maatregelen in de onthaal-, oriëntatie- en observatiecentra en de proeftuinen van jongerenwelzijn*. <https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/Beleidsrapport%20VBM%20in%20de%20OOC%20en%20proeftuinen.pdf>
- Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin (2018b). *Vrijheidsbeperkende maatregelen bij jongeren in de gemeenschapsinstellingen en het Vlaams detentiecentrum*. [https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/Rapport\\_VBM\\_GI\\_2018.pdf](https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/Rapport_VBM_GI_2018.pdf)

<sup>1</sup> Mechanische fixatie zorgt er in deze situaties ook voor dat ernstig en acuut gevaar voor de jongere vermeden wordt en de veiligheid dus behouden blijft. De mechanische fixatie heeft in dit voorbeeld dus een dubbele functie.

Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin (2019). *Syntheserapport inspecties vrijheidsbeperkende maatregelen binnen de gehandicaptenzorg voor kinderen en minderjarigen*.

<https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/Syntheserapport%20Vrijheidsbep%20erkende%20maatregelen%20in%20de%20gehandicaptenzorg%20voor%20kinderen%20en%20minderjarigen.pdf>

Deveau, R., & Leitch, S. (2014). The impact of restraint reduction meetings on the use of restrictive physical interventions in English residential services for children and young people. *Child: care, health and development*, 41, 587–592

Goodley, D. (2001). 'Learning disabilities', the social model of disability and impairment: Challenging epistemologies. *Disability & Society*, 16, 207-231. doi: 10.1080/09687590120035816

Heyvaert, M., Saenen, L., Maes, B., Onghena, P. (2015). Systematic Review of Restraint Interventions for Challenging Behaviour Among Persons with Intellectual Disabilities: Focus on Experiences. *Journal Of Applied Research In Intellectual Disabilities*, 28(2), 61–80. doi: 10.1111/jar.12095

LeBel, J., Huckshorn, K., A. & Caldwell, B. (2010). Restraint use in residential programs: Why are best practices ignored? *Child Welfare*, 89, 169-187

Oliver, M. (2013). The social model of disability: Thirty years on. *Disability & Society*, 28, 1024-1026. doi: 10.1080/09687599.2013.818773

Peeters, T., Vanlinthout, E., De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Vanhoof, J., Buyck, I., Nijs, S., van Achterberg, T., Put, J., & Van Audenhove, Ch. (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.

<https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef-21-md-richtlijn-afzondering-en-fixatie>

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>

Sashidharan, S.P., Mezzina, R., Puras, D. (2019). Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28, 605–612

Shakespeare, T. (2006). The Social Model of Disability. In L. J. Davis (Ed.), *The disability studies reader – Second Edition* (pp. 197-204). New York: Routledge

Vanlinthout, E., De Cuyper, K., Vanhoof, J., Peeters, T., Opgenhaffen, T., Nijs, S., van Achterberg, 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.

[https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pg/channelentries/r56dtgj/files/2020\\_07%20Rapport\\_38\\_EF38%20Prakt%20uitvoering%20A%20en%20F\\_met\\_bijlage.pdf?a1q92in](https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pg/channelentries/r56dtgj/files/2020_07%20Rapport_38_EF38%20Prakt%20uitvoering%20A%20en%20F_met_bijlage.pdf?a1q92in)

Whitley, K. & Rozel, J.S. (2016). Mental Health Care of Detained Youth and Solitary Confinement and Restraint Within Juvenile Detention Facilities. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 25, 71–80. doi: 10.1016/j.chc.2015.08.003

# Hoofdstuk 1

## Ontwikkeling van een intersectorale richtlijn: Methode

### 1 Overzicht van de methode

De aanbevelingen voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie zijn ontwikkeld op basis van wetenschappelijke evidentie vanuit klinisch, (ortho)pedagogisch en juridisch onderzoek. Deze evidentie is verzameld voor de verschillende betrokken doelgroepen en sub-sectoren. De methode voor de ontwikkeling van de richtlijn heeft bijgevolg een interdisciplinaire en een intersectorale component. Voor de interdisciplinaire dimensie van de methode is analoog gewerkt aan de methode die gehanteerd is voor de ontwikkeling van de GGZ-richtlijn (Barbui & Cipriani, 2010, 2011; Movsisyan, Dennis, Rehfuess, Grant & Montgomery, 2018; Peeters et al., 2019; WHO, 2008). De integratie van de verzamelde evidentie voor alle doelgroepen en sub-sectoren is daaraan toegevoegd.

De interdisciplinaire en intersectorale methode bestaat uit zeven fasen:

1. **Evidentie** uit wetenschappelijk onderzoek vanuit klinisch, (ortho)pedagogisch en juridisch perspectief verzamelen en samenvatten:
  - a. vanuit klinisch en pedagogisch perspectief: de evidentie is verzameld via een literatuurstudie, documentenanalyse en kwalitatieve bevraging van alle stakeholders voor de doelgroepen uit de residentiële (forensische) jeugdhulp en de residentiële kinder- en jeugd GGZ, inclusief de forensische jeugdpsychiatrie. Klinisch wetenschappelijk onderzoek bevat studies binnen de expertisedomeinen van psychiatrie, psychologie en verpleegkunde;
  - b. vanuit orthopedagogisch perspectief: de evidentie is verzameld via een literatuurstudie, documentenanalyse en kwalitatieve bevraging van alle stakeholders voor de doelgroep van kinderen en jongeren met een verstandelijke en/of fysieke beperking;
  - c. vanuit juridisch perspectief: het Europees mensenrechtelijk en het nationaalrechtelijk kader zijn geanalyseerd en samengevat voor wat betreft de sub-sectoren van de brede residentiële jeugdhulp.
2. Ontwikkeling van de **categorieën van afzondering en fixatie** volgens de finaliteiten of functies ervan.
3. Ontwikkeling van een **mensenrechtelijk toetsingskader**. Hiervoor is verder gebouwd op het toetsingskader dat ontwikkeld is voor de GGZ-richtlijn (Peeters et al., 2019). Het toetsingskader is aangevuld met mensenrechtelijke bronnen uit de brede jeugdhulp en met bronnen die betrekking hebben op het gebruik van afzondering en fixatie in de andere types van situaties buiten ernstig en acuut gevaar, met name als straf, bij potentieel gevaar en voor het bevorderen van ontwikkelings-/ontplooiingskansen.
4. **Integratie** van de verzamelde evidentie op twee niveaus
  - a. Integratie van de evidentie vanuit het klinische, pedagogische en orthopedagogisch perspectief
  - b. Integratie van de evidentie vanuit het klinisch/(ortho)pedagogisch perspectief met de evidentie vanuit het juridische perspectief.
5. De **kwaliteit** van de evidentie bepalen op basis waarvan de aanbevelingen werden ontwikkeld.

6. De aanbevelingen toetsen en aanpassen aan de **waarden en voorkeuren** van het werkveld met betrekking tot goede kwaliteit van zorg/begeleiding.
7. De aanbevelingen toetsen aan de **haalbaarheid** binnen het werkveld. Op basis hiervan zijn **randvoorwaarden** geformuleerd voor de implementatie van de richtlijn in de praktijk.

In het vervolg van dit hoofdstuk worden de zeven fasen van de methode toegelicht.

De **richtlijnwerkgroep** volgde de uitvoering van de onderzoeksmethode en de tussentijdse resultaten op. Daarnaast namen de leden ook deel aan de kwalitatieve studie (zie deel 2.3.1 van dit hoofdstuk). De richtlijnwerkgroep bestond uit de betrokken beroepsorganisaties, patiënten- en familieplatformen, koepelorganisaties, overheidsinstanties die jeugdhulpvoorzieningen uitbaten, de Vlaamse agentschappen Opgroeien, Personen met een Handicap en Zorg & Gezondheid, en de vier betrokken onderzoeksgroepen van KU Leuven. Figuur 1 toont de samenstelling van de richtlijnwerkgroep.



Figuur 1 Samenstelling van de richtlijnwerkgroep



## 2 Wetenschappelijke evidentie vanuit klinisch, (ortho)pedagogisch en juridisch perspectief

### 2.1 Richtvragen

Op basis van onderstaande richtvragen is de wetenschappelijke evidentie voor de onderbouwing van de aanbevelingen verzameld. De richtlijn vormt een vervolg op de multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ. Daarom zijn de richtvragen opgesteld (1) naar analogie met de richtvragen voor de ontwikkeling van de GGZ-richtlijn (Peeters et al., 2019), en aangevuld met (2) de onderzoeksvraag van de Delphi-studie om intersectorale aanbevelingen te ontwikkelen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ en de brede residentiële jeugdhulp (Vanlinthout et al., 2020).

1. Wanneer zijn afzondering en fixatie – ongeacht de reden ervoor - toelaatbaar volgens (1) het geldende **nationaalrechterlijke kader** in de verschillende residentiële sectoren van de brede residentiële jeugdhulp en wanneer zijn ze vanuit (2) het **mensenrechtelijk kader** (m.i.v. kinderrechten) te rechtvaardigen?
2. Welke **preventieve acties** verminderen de hoeveelheid en de duur van afzonderingen en fixaties bij kinderen en jongeren die zorg en/of behandeling krijgen binnen de brede residentiële jeugdhulp?
3. Welke **goede praktijken** bestaan er in Vlaanderen en daarbuiten voor de **toepassing** van afzondering en fixatie – ongeacht de reden ervoor – bij kinderen en jongeren binnen de brede residentiële jeugdhulp?
4. Wat is de **impact** van afzondering en fixatie op (de beleving van) het psychisch en fysiek welzijn van de jongeren en de zorgverleners/begeleiders in de brede residentiële jeugdhulp?
5. Welke **goede praktijken** bestaan er in Vlaanderen en daarbuiten voor de **praktische uitvoering** van afzondering en fixatie – ongeacht de reden ervoor – bij kinderen en jongeren binnen de brede residentiële jeugdhulp?
6. Welke **randvoorwaarden** zijn noodzakelijk opdat de toepassing van de intersectorale richtlijn enerzijds haalbaar is in de praktijk en anderzijds op mensenrechtenconforme wijze kan gebeuren?

De aanbevelingen voor de **preventie en toepassing** van afzondering en fixatie zijn ontwikkeld op basis van de evidentie die verzameld is aan de hand van de eerste vier richtvragen (zie deel 2.2, deel 2.3.1 en deel 3 van dit hoofdstuk). De aanbevelingen voor de **praktische uitvoering** van afzondering en fixatie zijn ontwikkeld op basis van de evidentie die verzameld is aan de hand van de vijfde richtvraag (zie deel 2.3.2 van dit hoofdstuk). Aangezien er een richtlijn ontwikkeld is met zicht op de toekomst en bijgevolg niet alle aanbevelingen momenteel implementeerbaar zijn in alle voorzieningen, eindigt de richtlijn met een aantal **randvoorwaarden** voor implementatie. Deze randvoorwaarden zijn geformuleerd op basis van informatie die verzameld is aan de hand van de zesde richtvraag (zie deel 8 van dit hoofdstuk).

### 2.2 Verzameling van wetenschappelijke evidentie vanuit juridisch perspectief

Voor het beantwoorden van de eerste en zesde richtvraag is vanuit het juridische perspectief een klassieke juridische methode toegepast waarbij twee bronnenkaders opgebouwd en geanalyseerd werden.

Een eerste bronnenkader gaat de voorwaarden na waaraan moet worden voldaan opdat een afzondering of fixatie mensenrechtenconform is. Daartoe wordt voortgebouwd op de bronnen verzameld voor eerdere onderzoeken in het kader van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

- **De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg (EF21).**

Dat kader bestaat hoofdzakelijk uit het

- Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens: alle rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) over afzondering en fixatie in de GGZ. De bronnen werden naar aanleiding van dit onderzoek geactualiseerd (tot mei 2021).
- Europees Verdrag ter voorkoming van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing: in de landenrapporten van het Europees Comité voor de Preventie van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing (CPT) gepubliceerd op *Hudoc CPT* tussen mei 2013 en april 2018, de onderdelen over afzondering en fixatie [topic: means of restraint] in de residentiële GGZ [places: psychiatric establishments] & de CPT-standards on the means of restraint in psychiatric establishments for adults (CPT, 2017). De bronnen werden naar aanleiding van dit onderzoek geactualiseerd (tot mei 2021).

Voor zowel het EHRM als het CPT werd naar aanleiding van voorliggend onderzoek in het oorspronkelijke bronnenkader ook naar uitspraken over afzondering en fixatie gezocht in andere types van situaties buiten ernstig en acuut gevaar (zie deel **Error! Reference source not found.**).

Daarnaast bevat dit kader bronnen uit de politieke werking van de Raad van Europa en bronnen van de Verenigde Naties (in het bijzonder in het kader van Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind en het Internationaal Verdrag over de Rechten van Personen met een Handicap en de daaraan gekoppelde toezichtsorganen). Bij de ontwikkeling van het toetsingskader (*infra*, zie deel 4) werden deze bronnen als aanvullend gebruikt.

- **Gesloten opvang van minderjarigen in Vlaanderen: een rechtspositieregeling (EF59).** In dit onderzoek wordt de rechtspositie van minderjarigen in de gesloten opvang in Vlaanderen getoetst aan de mensenrechten. Eén van de thema's in dat onderzoek is afzondering en fixatie. Omdat dit onderzoek ten dele gelijkliep met de voorliggende studie, werd een bronnenkader ontwikkeld dat voor beide onderzoeken gebruikt kan worden. Dat bronnenkader vertrekt van de CPT-standaarden over afzondering en fixatie en vult deze aan met andere mensenrechtelijke bronnen van zowel de Raad van Europa als de Verenigde Naties (IVRK, Beijing Rules, Havana Rules, ...). Bovendien werd in het bijzonder voor het hoofdstuk over afzondering en fixatie een analyse gemaakt van de CPT-landenrapporten over afzondering en fixatie in de jeugdhulp en de zorg voor personen met een handicap.

De combinatie van beide kaders leidt tot een intersectoraal bronnenkader.

Een tweede bronnenkader omvat het recht dat in Vlaanderen op afzondering en fixatie van toepassing is. Het bestaat uit:

- de wetgeving (in ruime zin) die op afzondering en fixatie in Vlaanderen van toepassing is, enerzijds omdat ze de toepassing ervan expliciet of impliciet rechtvaardigt, en anderzijds omdat ze de toepassingsmodaliteiten ervan regelt;
- gepubliceerde rechtspraak over afzondering en fixatie;
- waar relevant, parlementaire voorbereidingen, soft law en rechtsleer.

Het bronnenkader werd juridisch geanalyseerd om volgende vragen te beantwoorden:

- wanneer is de toepassing van afzondering en fixatie juridisch toegelaten?
- wat zijn de toepassingsmodaliteiten?

## 2.3 Verzameling van wetenschappelijke evidentie vanuit klinisch, pedagogische en orthopedagogisch perspectief

### 2.3.1 Verzameling van wetenschappelijke evidentie voor de aanbevelingen aangaande de preventie en toepassing van afzondering en fixatie (deel B en C van de richtlijn)

Voor het beantwoorden van de tweede, derde, vierde en zesde richtvraag is wetenschappelijke evidentie verzameld vanuit klinisch, pedagogisch en orthopedagogisch onderzoek. De literatuurstudie, documentenanalyse en kwalitatieve studie die hieronder worden toegelicht, zijn uitgevoerd voor de verschillende betrokken sub-sectoren en doelgroepen.

1. **Literatuurstudie:** De wetenschappelijke literatuur is doorzocht op systematische reviews, narratieve en scoping reviews, gerandomiseerde en gecontroleerde studies (RCT) en recente individuele studies die niet geïnccludeerd zijn in de reviews (zie Hoofdstuk 3 en Hoofdstuk 4). Deze wetenschappelijk literatuur focust op
  - preventieve interventies om de hoeveelheid afzonderingen en fixaties – en de duur ervan – te verminderen bij
    - personen met een verstandelijke en/of fysieke beperking die wonen binnen een voorziening voor personen met een handicap,
    - kinderen en jongeren die wonen binnen de residentiële (forensische) jeugdhulp,
    - kinderen en jongeren met een psychiatrische aandoening die behandeling krijgen binnen de residentiële kinder- en jeugd-GGZ, inclusief forensische jeugdpsychiatrie,
  - goede praktijken van afzondering en fixatie bij de bovengenoemde doelgroepen,
  - de gevolgen van afzondering en fixatie op het psychisch en fysiek welzijn van bovengenoemde doelgroepen en de zorgverleners/begeleiders,
  - de beleving van bovengenoemde doelgroepen en zorgverleners/begeleiders tijdens en na het ondergaan van afzondering en/of fixatie
2. **Documentenanalyse** van relevante niet-wetenschappelijke documenten m.b.t. de preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie bij de bovenvermelde doelgroepen (zie Hoofdstuk 3 en Hoofdstuk 4). Documenten zijn geselecteerd met voldoende wetenschappelijk, praktijkgerichte en/of ervaringsgerichte onderbouwing, die voldoende relevant zijn in het kader van de intersectorale richtlijn.
3. Om zicht te krijgen op de visies van experts op goede praktijken van preventie en toepassing van afzondering en fixatie in Vlaanderen – en hun consensus daarover - is een intersectorale **kwalitatieve studie** uitgevoerd met alle stakeholdersgroepen van de betrokken sub-sectoren (zie Hoofdstuk 6). Enkel de doelgroep van kinderen en jongeren die een enkelvoudige fysieke/ sensorische handicap hebben en zorg krijgen binnen een residentiële organisatie voor kinderen en jongeren met een handicap is niet opgenomen in de kwalitatieve studie. De manier waarop de deelnemers bevestigd zijn, werd aangepast aan de toenmalige Covid 19-situatie, ook rekening

houdend met wat de doelgroep haalbaar zag gegeven het emotioneel belastende onderwerp van de richtlijn. De kwalitatieve studie bestaat uit volgende onderdelen:

- Online interviews met beleidsmedewerkers en zorgverleners/begeleiders van zes **residentiële voorzieningen** die geselecteerd zijn omwille van hun best practices met betrekking tot de preventie en toepassing van afzondering en fixatie. Het betreft interviews met drie jeugdhulporganisaties en drie residentiële MFC's,
- Een online focusgroep met vijf **jongvolwassenen** met ervaring in de residentiële (forensische) jeugdhulp en/of kinder- en jeugd GGZ, en interviews met drie jongvolwassenen met ervaring binnen een residentiële zorgorganisatie voor kinderen en jongeren met een handicap,
- Een online schriftelijke bevraging van vijf **ouders** met ervaring in de residentiële (forensische) jeugdhulp en/of kinder- en jeugd GGZ, en online interviews met vijf ouders met ervaring binnen een residentiële MFC,
- Twee online expertpanels met **professionals, jongeren/gebruikers- en familieorganisaties en onderzoekers** over de eerste versie van de intersectorale richtlijn (= Expertpanels 1). Aan het expertenpanel gericht naar de zorgorganisaties voor kinderen en jongeren met een handicap namen 13 experts deel. Aan het expertenpanel gericht naar de kinder- en jeugd-GGZ en (forensische) jeugdhulp namen 22 experts deel, en was opgedeeld in twee groepen. De leden van de richtlijnwerkgroep - met uitzondering van het agentschap Opgroeien, het VAPH en het agentschap Zorg & Gezondheid - maakten deel uit van de 35 experts.

Voor elk expertpanel is een aparte eerste versie van de richtlijn ontwikkeld, aangezien op basis van de evidentie die tot dan toe verzameld was nog niet duidelijk was of het mogelijk zou zijn om één intersectorale richtlijn te ontwikkelen voor alle betrokken sub-sectoren. Er zijn dus twee eerste versies van de richtlijn ontwikkeld:

- Een eerste versie gericht naar de residentiële (forensische) jeugdhulp en (forensische) kinder- en jeugd GGZ
- Een eerste versie gericht naar de residentiële zorgorganisaties voor kinderen en jongeren met een handicap.

De eerste versies van de richtlijn zijn ontwikkeld vertrekkende van de GGZ-richtlijn. De GGZ-richtlijn werd aangepast op basis van de reviews die resulteerden uit de literatuurstudie, de interviews met voorzieningen met goede praktijken en de bevraging van de ouders en de jongeren. Daarnaast waren de eerste versies van de richtlijn rudimentair getoetst aan het Europees mensenrechtelijk en nationaalrechtelijk kader. De toelaatbaarheid van afzondering en fixatie bij potentieel gevaar en ter bevordering van ontwikkelings-/ontplooiingskansen was nog niet opgenomen in de eerste versies van de richtlijn. Aangezien uit de literatuurstudie hierover weinig tot geen evidentie resulteerde (zie deel 2 van Hoofdstuk 8), dienden beide expertpanels ook om evidentie hierover te verzamelen.

- Eén online expertpanel met de **richtlijnwerkgroep** over de afstemming van de 3<sup>de</sup> versie van richtlijn op de waarden en de voorkeuren van de sub-sectoren met betrekking tot goede kwaliteit van zorg/begeleiding (= Expertpanel 2; zie ook deel 7 van dit hoofdstuk) en over de haalbaarheid van deze richtlijn (zie ook deel 8 van dit hoofdstuk). Tien leden van de richtlijnwerkgroep namen deel aan het expertpanel. In de derde versie van de richtlijn was de evidentie uit de voorgaande twee expertpanels geïntegreerd (= 2<sup>de</sup> versie), de evidentie uit de juridische analyse van het

mensenrechtelijk en nationaalrechtelijk kader, als ook de aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie (= 3<sup>de</sup> versie). Ook de evidentie uit individuele wetenschappelijke studies die niet geïnccludeerd waren in de reviews was verwerkt in de derde versie van de richtlijn (zie literatuurstudie hierboven onder 1.). Tenslotte was een draft versie van de randvoorwaarden voor implementatie in deze richtlijn opgenomen.

De verzamelde evidentie beschreven onder 1, 2 en 3 vormt een aanvulling op de wetenschappelijke evidentie die verzameld is in het kader van de ontwikkeling van de MDR voor de residentiële GGZ (Peeters et al., 2019). De evidentie waarop de MDR voor de GGZ is gebaseerd ligt mee aan de basis voor de ontwikkeling van de intersectorale richtlijn voor de brede residentiële jeugdhulp. De MDR voor de GGZ is immers gebruikt als basis voor de ontwikkeling van de intersectorale richtlijn (zie hierboven). Concreet houdt dit in dat volgende evidentie voor de ontwikkeling van de intersectorale richtlijn voor de brede residentiële jeugdhulp reeds verzameld was in de eerdere SWVG-studie voor de ontwikkeling van GGZ-richtlijn (EF21; Peeters et al., 2019)

- De mensenrechtelijke en nationaalrechtelijke bronnen beschreven onder deel 2.2,
- De wetenschappelijke literatuur en de documenten uit de grijze literatuur tot 2018 over de preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie, en de impact ervan op de jongeren en de hulpverleners uit de residentiële GGZ,
- Vier (inter)nationale richtlijnen over de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de GGZ (Hoge Gezondheidsraad, 2016; Masters et al., 2002; NICE, 2015; van der Hoeven, de Hoop, de Haan, & Bikker, 2016) en het standpunt van het Vlaams Patiëntenplatform en OPGanG (2017) over het gebruik van dwangmaatregelen in de GGZ,
- Een kwalitatieve studie met alle stakeholdersgroepen van de residentiële GGZ uit Vlaanderen, die bestond uit:
  - Drie interviews met GGZ-voorzieningen met goede praktijken die ook afdelingen hebben voor (forensische) kinder- en jeugdpsychiatrie.
  - Twee expertpanels met alle stakeholders groepen uit de residentiële GGZ.

### 2.3.2 Verzameling van wetenschappelijk evidentie voor de aanbevelingen aangaande de praktische uitvoering van afzondering en fixatie (deel D van de richtlijn)

In een voorgaande studie van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (EF38) zijn intersectorale aanbevelingen voor de brede residentiële jeugdhulp en GGZ ontwikkeld voor de *praktische* uitvoering van afzondering, fysieke interventie en mechanische fixatie bij ernstig en acuut gevaar (Vanlinthout et al., 2020). Deze aanbevelingen zijn ontwikkeld aan de hand van de Delphi-methode. De stellingen voor de eerste Delphi-ronde resulteerden uit een literatuurstudie over de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie. Na de tweede Delphi-ronde bleek er voldoende consensus te zijn onder de deelnemende zorgverleners en ervaringswerkers over 77 aanbevelingen die betrekking hebben op (1) het teamfunctioneren, (2) handelingen en technieken, (3) duurtijd van de maatregel, (4) observeren, evaluatie en registreren van de maatregel, en (5) leeftijdsgrenzen voor de toelaatbaarheid van de maatregel (Vanlinthout et al., 2020).

Om deze aanbevelingen te kunnen opnemen in de nieuwe intersectorale richtlijn voor de brede residentiële jeugdhulp was een bijkomende literatuurstudie nodig over de praktische uitvoering van

afzondering en fixatie bij potentieel gevaar en ter bevordering van ontwikkelings-/ontplooiingskansen voor alle betrokken doelgroepen en sub-sectoren. Daarnaast werd de literatuurstudie over de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie uit het vorige onderzoeksproject geüpdatet. Op basis van de resultaten zijn de aanbevelingen uit het vorige project aangevuld en aangepast. Enkele aanvullingen bij de aanbevelingen zijn ook gedaan op basis van evidentie vanuit juridisch/mensenrechtelijk perspectief (zie Hoofdstuk 5).

### 3 Ontwikkeling van de categorieën van afzondering en fixatie

De vier categorieën van afzondering en fixatie zijn tot stand gekomen op basis van de resultaten van de juridische analyse, de literatuurstudies en de bevraging van de voorzieningen met best practices (= onderdeel van de kwalitatieve studie). Vervolgens zijn ze bevestigd door beide expertpanels met professionals, jongeren/gebruikers- en familieorganisaties en onderzoekers. Hoe via een proces van voortschrijdend inzicht de vier categorieën van afzondering en fixatie ontwikkeld zijn, wordt hieronder meer gedetailleerd beschreven.

In eerste instantie zijn de situaties waarin afzondering en fixatie in de praktijk voorkomen op basis van het **mensenrechtenkader** gecategoriseerd:

- Als veiligheidsmaatregel bij ernstig en acuut gevaar voor personen ten gevolge van agressie en escalatie
- Als zorghandeling in het belang van de gezondheid/veiligheid van de zorggebruiker
- Als ordemaatregel in het belang van de veiligheid van anderen en/of de werking van de voorziening
- Als straf ten gevolge van een ernstige inbreuk op de interne orde

De eerste twee redenen zijn dominant in de mensenrechtelijke bronnen en worden ook expliciet benoemd. De laatste twee redenen komen minder vaak aan bod en worden niet expliciet benoemd. Als ze aan bod komen is dat vaak in landenrapporten van het CPT waarbij ter plekke wordt vastgesteld dat afzondering en fixatie ook om deze twee redenen gebruikt wordt. De categorisering 'ordemaatregel' en 'zorghandeling' is ontwikkeld door de onderzoekers.

Vervolgens is nagegaan of deze vier categorieën ook terugkomen in de **wetenschappelijke literatuur** voor de betrokken doelgroepen/sub-sectoren. Welke van de categorieën erin aan bod komen, verschilt tussen doelgroepen/sub-sectoren. Voor geen enkele doelgroep/sub-sector worden alle vier de categorieën in de literatuur besproken. De literatuur binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie bespreekt afzondering en fixatie als dwangmaatregelen bij ernstig en acuut gevaar voor de jongere of omstaanders, met als doel de veiligheid bij acuut en ernstig gevaar voor iedereen te herstellen. Binnen de forensische jeugdhulp wordt isolatie onderscheiden van afzondering. Het eerste betreft eenzame opsluiting met als doel te straffen. Bij afzondering is het doel een veiligheidsoplossing te bieden voor een jongere die naar aanleiding van zijn medische problematiek<sup>2</sup> zeer moeilijk te controleren gedrag stelt. In de literatuur over de doelgroep van personen met een beperking komt afzondering en fixatie aan bod bij ernstig en acuut gevaar om de veiligheid te herstellen en als zorghandeling, waarbij het gevaar niet ernstig en acuut hoeft te zijn, maar potentieel aanwezig kan zijn. Over de andere categorieën van afzondering en fixatie doet deze literatuur geen uitspraak. Tijdens de drie interviews met organisaties voor personen met een

---

<sup>2</sup> hetgeen ook een psychiatrische aandoening of een verstandelijke beperking kan zijn.

handicap met best practices kwam vervolgens een bijkomende categorie van afzondering en fixatie aan bod die niet terug te vinden is in het mensenrechtenkader of resulteerde uit de literatuurstudies. Deze voorzieningen verdedigden het belang van afzondering en fixatie om ontwikkelings- of ontplooiingskansen van de jongeren met een verstandelijke of meervoudige beperking te bevorderen. In deze situaties maakt afzondering of fixatie iets positiefs voor de jongere mogelijk, ook op vlak van participatie aan het leven buiten de voorziening. Voorbeelden die gegeven zijn, waren muziektherapie kunnen volgen en meedoen door fixatie op een stoel, terug rustig kunnen slapen door een bedbox, of naar een festival kunnen gaan en kunnen slapen in een tent dankzij fixatie aan een piket in de grond. Op basis van al deze evidentie zijn de vier categorieën van afzondering en fixatie herwerkt, op zo'n manier dat het doel van de afzondering of fixatie per categorie onderscheiden is:

1. Afzondering en fixatie om de **veiligheid te herstellen** bij **acuut en ernstig gevaar** voor de fysieke en/of psychische integriteit voor de jongere of andere personen. In deze situaties zijn afzondering en fixatie een laatste redmiddel omdat alternatieven niet (langer) volstaan. Er doet zich een noodtoestand voor;
2. Afzondering en fixatie om de **veiligheid te behouden** bij **potentieel gevaar** voor de jongere of andere personen, dus ter preventie van acuut en ernstig gevaar. In deze situaties is er geen sprake van een noodtoestand;
3. Afzondering en fixatie om **ontwikkelings- en ontplooiingskansen te bevorderen** van de jongere of andere personen;
4. Afzondering om de jongere te **straffen**. Bij een straf treedt een voorziening handhavend op na een incident, wanneer het gevaar reeds geweken is en de orde reeds hersteld is. De straf heeft een leed toevoegend doel. Afzondering als straf moet onderscheiden worden van afzondering of fixatie bij ernstig en acuut gevaar, waarbij de maatregel tot doel heeft dit gevaar te doen wijken.

Vervolgens zijn deze vier categorieën van afzondering en fixatie bevestigd door de experts en ervaringsdeskundigen uit de expertenpanels 1, en later door de deelnemers aan expertpanel 2. De categorieën werden ervaren als herkenbaar en waardevol. Tegelijkertijd werden er twee kanttekeningen bij gemaakt:

- De opdeling tussen afzondering en fixatie om de veiligheid te behouden bij potentieel gevaar versus om ontwikkelings- en ontplooiingskansen te bevorderen zal niet in alle gevallen zuiver kunnen gemaakt worden. Denk aan zinvolle dagbesteding - zoals actief deelnemen aan muziektherapie - mogelijk maken met behulp van mechanische fixatie. In deze gevallen heeft de mechanische fixatie twee functies: de veiligheid behouden en de jongere ontplooiingskansen geven.
- In sommige situaties zal het moeilijk uit te maken zijn of er sprake is van acuut en ernstig gevaar of potentieel gevaar. De onderzoekers hebben in de richtlijn aanbevelingen opgenomen om mogelijke onduidelijkheden op dit vlak aan te pakken.

We concluderen dat de expertpanels resulteerden in eerste evidentie voor de inhoudsvaliditeit van de vier categorieën van afzondering en fixatie. Om tot conclusies te komen over de *toelaatbaarheid* van afzondering en fixatie volgens deze vier categorieën diende alle evidentie vanuit de verschillende perspectieven - zowel het mensenrechtelijke/juridische perspectief als het klinisch en (ortho)pedagogisch wetenschappelijke perspectief - geïntegreerd te worden. De methode die hiervoor gehanteerd is, komt aan bod in deel 5.1.

#### 4 Ontwikkeling van het mensenrechtelijk toetsingskader

Net als bij de ontwikkeling van de GGZ-richtlijn is ook in dit onderzoek bij de ontwikkeling van het mensenrechtelijk toetsingskader voorrang gegeven aan de bronnen van de Raad van Europa en in het bijzonder aan de bronnen van het CPT. Vooral het CPT besteedt immers aandacht aan het onderwerp en geeft daarbij in landenrapporten een specifieke invulling aan de algemene beginselen. De keuze om het toetsingskader vooral vanuit deze bronnen op te bouwen is ingegeven door de interne coherentie binnen het werk van de organen van de Raad van Europa, het invloedrijke – soms zelfs bindende – karakter van deze bronnen, en de grote mate van detail ervan.

De benadering van de Verenigde Naties maakt niet rechtstreeks deel uit van het toetsingskader. Binnen de Comités is er immers vaak minder oog voor detail en worden soms tegenstrijdige posities ingenomen. Wel heeft de benadering van de Verenigde Naties, in het bijzonder van het Comité van de Verenigde Naties inzake de Rechten van Personen met een Handicap (CPRH), een invloed op de benaderingswijze van afzondering en fixatie door het EHRM en het CPT en zijn deze bronnen aanvullend gebruikt.

Voor de opbouw van het toetsingskader is verder gewerkt op het voor de GGZ-richtlijn ontwikkelde toetsingskader. Daarbij zijn uit de rechtspraak van het EHRM principes afgeleid die bij afzondering en fixatie van belang zijn. Aan de hand van de EHRM-rechtspraak zijn deze principes zo concreet mogelijk ingevuld. De appreciatiemarge die het EHRM laat, is vervolgens verder verfijnd aan de hand van de CPT-standaard en de landenrapporten. Zo is een lijst met principes en belangrijke elementen opgebouwd, die vervolgens als toetsingskader is ingezet.

Een uitdaging bij het ontwikkelen van het toetsingskader is dat de meeste bronnen over jongeren de nadruk leggen op minderjarigen die in klassieke detentiecontext verblijven (een minderjarige pleegt een misdrijf en wordt als reactie daarop in een voorziening geplaatst). Voor de geestelijke gezondheidszorg zijn bronnen over minderjarigen schaarser, maar zijn er wel veel bronnen over meerderjarigen, en bevestigen de schaarsere bronnen over minderjarigen de principes die in bronnen over meerderjarigen gehanteerd worden (Peeters et al., 2019, p. 106-111). Voor de ruimere jeugdhulp of de zorg voor personen met een handicap zijn de bronnen in het algemeen schaars. De bronnen die er wel zijn, zijn minder gedetailleerd, maar liggen inhoudelijk vaak wel in dezelfde lijn als de bronnen over jeugddetentie en GGZ. Omdat dit voor bepaalde groepen anders tot weinig aanbevelingen zou leiden, maar ook omwille van de intersectorale filosofie en de doelstelling om aan alle jongeren rechtszekerheid te bieden ongeacht de context waarin ze verblijven, is ervoor gekozen om de bronnen zo veel mogelijk als uniform te benaderen. In het belang van het kind werd daarbij uitgegaan van de meest beschermende optie. Alle mensenrechtelijke bronnen werden daarom in beginsel als relevant geacht voor alle opnamecontexten. Dat betekent concreet vooral dat bronnen over de GGZ en jeugddetentie gegeneraliseerd zijn. Dat biedt bovendien meteen een oplossing voor feit dat het niet steeds duidelijk is met welk (nationale) type van voorziening een internationale bron correspondeert. Wel hebben we dit principe *niet* toegepast wanneer de mensenrechtelijke bronnen zelf de doelgroepen onderscheiden en anders behandelen. Een voorbeeld hiervan is dat CPT afzondering als straf toelaat in een detentiecontext, maar het overige contexten verbiedt.

Voor de inhoudelijke aspecten van de opbouw tot het toetsingskader en voor het toetsingskader zelf, wordt verwezen naar Hoofdstuk 2 van dit rapport.



## 5 Integreren van evidentie uit klinisch, (ortho)pedagogisch en juridisch onderzoek

### 5.1 Integratie van de evidentie over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie

De *intersectorale* aanbevelingen over de **toelaatbaarheid** van de vier categorieën van afzondering en fixatie zijn gebaseerd op evidentie die resulteerde uit de juridische analyse van het mensenrechtenkader en het nationaalrechtelijke kader, de literatuurstudies en de kwalitatieve studie uitgevoerd voor de verschillende betrokken doelgroepen en sub-sectoren. Deze analyses en studies resulteerden in evidentie die verschilde tussen de doelgroepen en sub-sectoren, en tussen de verschillende disciplineaire perspectieven. Om de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie in de vier categorieën van situaties te bepalen, gebruikten we twee principes die niet gehanteerd zijn bij de ontwikkeling van de andere aanbevelingen uit de richtlijn (zie deel 5.2 hieronder):

- We hanteerden het uitgangspunt dat een maatregel zowel vanuit mensenrechtelijk oogpunt als vanuit klinisch- en (ortho)pedagogisch wetenschappelijk oogpunt toelaatbaar moest zijn. Dat was niet steeds het geval. Zo is vanuit mensenrechtelijk oogpunt de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie ter bevordering van ontplooiingskansen te beargumenteren, voor zover de betrokkene daar de toestemming voor geeft. Vanuit klinisch- en (ortho)pedagogisch wetenschappelijk oogpunt staat de toelaatbaarheid daarvan – wanneer er toestemming is vanwege de jongere - intersectoraal echter niet vast.
- De evidentie verzameld via de literatuurstudies en kwalitatieve studie is in een eerste stap apart geïntegreerd voor enerzijds de doelgroepen uit de residentiële (forensische) jeugdhulp en kinderen jeugd-GGZ en anderzijds de kinderen en jongeren met een verstandelijke en/of fysieke beperking. Dit komt omdat de evidentieverzameling vanuit klinisch/(ortho)pedagogische perspectief apart gelopen heeft voor beide doelgroepen<sup>3</sup>. Zij zijn uitgevoerd door twee aparte onderzoeksgroepen met expertise voor één van beide doelgroepen. Voor de formulering van de aanbevelingen over toelaatbaarheid – in tegenstelling tot alle andere aanbevelingen - was dit van belang omdat de experts uit de kwalitatieve studie voor deze twee doelgroepen tot verschillende conclusies kwamen.

Vertrekkende vanuit deze twee principes is de evidentie die verzameld was voor de verschillende doelgroepen en vanuit de verschillende disciplineaire perspectieven, in volgende stappen geïntegreerd (zie Bijlage 1):

1. Allereerst is de toelaatbaarheid **apart voor de doelgroepen** uit de residentiële (forensische) jeugdhulp en kinderen jeugd-GGZ enerzijds en de zorgorganisaties voor kinderen en jongeren met een handicap anderzijds in drie stappen bepaald (zie Tabel 1 en Tabel 2 van Bijlage 1)
  - Stap 1: Toelaatbaarheid bepalen op basis van de evidentie uit de literatuurstudies en het mensenrechtelijke toetsingskader.

Voorbeeld: De wetenschappelijke literatuur voor alle betrokken doelgroepen en sub-sectoren geeft aan dat afzondering en fixatie onder dwang mogen toegepast worden bij ernstig en acuut gevaar, als laatste redmiddel. Het mensenrechtenkader komt tot dezelfde conclusie.

---

<sup>3</sup> Met uitzondering van het laatste expertpanel van de kwalitatieve studie.

Voorbeeld: Voor de jongeren binnen de residentiële (forensische) jeugdhulp en kinder- en jeugd-GGZ is de wetenschappelijke literatuur duidelijk over de niet-toelaatbaarheid van afzondering als straf. Het ontwikkelde mensenrechtenkader – dat zich hiervoor voornamelijk baseert op de bronnen van het CPT – laat afzondering in dit geval wel toe. Doordat de toelaatbaarheid echter niet ook wetenschappelijk onderbouwd kan worden, is de conclusie dat afzondering als straf in deze sub-sectoren niet toelaatbaar is.

Voorbeeld: Voor de doelgroep van kinderen en jongeren met een verstandelijke en/of fysieke beperking geeft de wetenschappelijke literatuur aan dat afzondering en fixatie *ter preventie* van acuut en ernstig gevaar voor de persoon zelf toelaatbaar is. Op basis van de literatuur is niet duidelijk of hiervoor toestemming nodig is van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger). Uit de algemene mensenrechtelijke principes volgt dat hiervoor een rechtsgrond nodig is. Uit het Belgische recht volgt vervolgens dat de toestemming van de jongere (c.q. zijn vertegenwoordiger) de enige geschikte rechtsgrond is. De conclusie was dat afzondering en fixatie *ter preventie* van acuut en ernstig gevaar bij deze doelgroep toelaatbaar is mits toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger).

- Stap 2: Indien de literatuurstudie niet resulteerde in evidentie voor de toelaatbaarheid van een bepaalde categorie van afzondering en fixatie is de toelaatbaarheid bepaald op basis van consensus tussen experts uit de kwalitatieve studie en het mensenrechtelijke toetsingskader.

Voorbeeld: voor de doelgroep van kinderen en jongeren uit de residentiële MFC's en IPO's waren de stakeholdersgroepen die deelnamen aan de kwalitatieve studie het erover eens dat afzondering als straf niet toelaatbaar is omdat de kinderen en jongeren een te beperkt leer- vermogen hebben om straf te kunnen begrijpen. Het mensenrechtenkader komt tot dezelfde conclusie.

Voorbeeld: voor de doelgroep van kinderen en jongeren uit de residentiële MFC's en IPO's waren de stakeholdersgroepen die deelnamen aan de kwalitatieve studie het erover eens dat afzondering en fixatie toelaatbaar is ter bevordering van ontwikkelings-/ontplooiingskansen van de persoon zelf. Of daarvoor de toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) nodig is, was niet duidelijk op basis van de kwalitatieve studie. Uit de algemene mensenrechtelijke principes volgt dat hiervoor een rechtsgrond nodig is. Uit het Belgische recht volgt vervolgens dat de toestemming van de jongere (c.q. zijn vertegenwoordiger) de enige geschikte rechtsgrond is. De conclusie was dat afzondering en fixatie ter bevordering van ontwikkelings-/ontplooiingskansen van de persoon bij deze doelgroep toelaatbaar is mits toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger).

- Stap 3: Indien er geen consensus was onder de stakeholdersgroepen die deelnamen aan de kwalitatieve studie is besloten dat er geen wetenschappelijke basis is om conclusies over de toelaatbaarheid van de desbetreffende categorie te formuleren voor de betreffende sub-sector(en), ongeacht de mensenrechtelijke visie hierop.

Voorbeeld: Voor jongeren die verblijven in de (forensische) jeugdhulp of kinder- en jeugd-GGZ leverde de kwalitatieve studie inconsistente evidentie op: de experts uit eenzelfde sub-sector en/of afkomstig uit verschillende sub-sectoren waren het onderling niet eens over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie bij potentieel gevaar of om kansen te bevorderen, en ook niet over of in dergelijke situaties toestemming voor de afzondering of fixatie nodig is van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger). Op basis van de literatuurstudie van onderzoek in deze sub-sectoren is het duidelijk dat afzondering en fixatie onder dwang enkel mag toegepast worden

bij acuut en ernstig gevaar; dus niet bij potentieel gevaar of om kansen te bevorderen. De literatuurstudie leverde echter geen evidentie op over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie mét toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) in deze types van situaties en voor deze doelgroepen/sub-sectoren. Gezien de evidentie uit de literatuur een hoger evidentieniveau heeft dan de evidentie afkomstig uit de kwalitatieve studie (zie stap 2 hierboven en zie deel 6 van dit hoofdstuk) is besloten dat de maatregelen om de veiligheid te behouden bij potentieel gevaar en om ontplooiings-/ontwikkelingskansen te bevorderen niet toelaatbaar zijn onder dwang. Op basis van de evidentie uit de literatuurstudie en de kwalitatieve studie konden we echter niet tot een conclusie komen over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie mét toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) in deze types van situaties in de (forensische) jeugdhulp of kinder- en jeugd-GGZ.

2. De conclusies in verband met toelaatbaarheid die apart geformuleerd waren voor de residentiële (forensische) jeugdhulp en kinder- en jeugd-GGZ enerzijds en de zorgorganisaties voor kinderen en jongeren met een handicap anderzijds zijn ten slotte **geïntegreerd tot een intersectorale aanbeveling**, die bijgevolg van toepassing is op alle doelgroepen en sub-sectoren (zie Tabel 3 van Bijlage 1). Indien de wetenschappelijke basis met betrekking tot de toelaatbaarheid voor één doelgroep of sub-sector niet aanwezig was (zie stap 3 hierboven) is deze conclusie overgenomen voor alle doelgroepen en sub-sectoren. In de richtlijn luidt de aanbeveling in dat geval om afzondering en fixatie in die types van situaties te vermijden, zoals de aanbevelingen over preventie aangeven.

Voorbeeld: Over de toelaatbaarheid met toestemming ter preventie van ernstig en acuut gevaar en ter bevordering van ontwikkelings-/ontplooiingskansen luidde de conclusie voor de residentiële (forensische) jeugdhulp en kinder- en jeugd-GGZ dat er niet tot een besluit kon gekomen worden omdat er geen wetenschappelijke evidentie voor was. Bijgevolg luidt de aanbeveling voor *alle* betrokken sub-sectoren dat afzondering en fixatie in deze situaties met toestemming van de jongere (c.q. zijn vertegenwoordiger) vermeden moeten worden.

Tabel 1 vat de toelaatbaarheid van de vier categorieën/functies van afzondering en fixatie samen zoals dit resulteerde uit de toepassing van deze methode.

Tabel 1 De toelaatbaarheid van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp, met afzondering en fixatie ingedeeld in vier categorieën/functies

AFZONDERING en FIXATIE	TOELAATBAARHEID
1. Om te straffen	Niet toelaatbaar
2. Om de veiligheid te herstellen bij acuut en ernstig gevaar voor de jongere of anderen	Te vermijden Toelaatbaar als laatste redmiddel (al dan niet onder dwang)
3. Om de veiligheid te behouden bij potentieel gevaar, ter preventie van acuut en ernstig gevaar voor de jongere of anderen	Niet toelaatbaar onder dwang Te vermijden met toestemming
4. Ter bevordering van ontwikkelings-/ontplooiingskansen van de jongere of anderen	
Collectieve afzondering	Niet toelaatbaar

De toelaatbaarheid van afzondering en fixatie bij potentieel gevaar en ter bevordering van ontwikkelings-/ontplooiingskansen kon niet intersectoraal bepaald worden. Daarom houdt de aanbeveling in dat ze te vermijden zijn, ook wanneer er toestemming is van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger). Bijgevolg zijn geen intersectorale aanbevelingen ontwikkeld voor de toepassing van afzondering en fixatie in deze situaties (zie deel 2 van Hoofdstuk 8). Maar specifiek voor de doelgroep van kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking werd de toelaatbaarheid wel duidelijk. Voor deze doelgroep kan geconcludeerd worden dat afzondering en fixatie in deze situaties toelaatbaar zijn mits toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger). Voor deze doelgroep hebben we op basis van de verzamelden evidentie voorlopige aanbevelingen ontwikkeld voor de toepassing en praktische uitvoering van afzondering en fixatie in deze situaties (zie Bijlage 7 en 8). Deel 2 van Hoofdstuk 8 beschrijft waarom dit *voorlopige* aanbevelingen betreft die niet opgenomen zijn in de richtlijn.

## 5.2 Integratie van de verzamelde evidentie over de andere topics uit de richtlijn

Ook de **intersectorale aanbevelingen** over de andere topics uit de richtlijn zijn gebaseerd op evidentie die resulteerden uit de juridische analyse van het mensenrechtenkader en het nationaal rechtelijk kader, de literatuurstudies en de kwalitatieve studie uitgevoerd voor de verschillende betrokken doelgroepen en sub-sectoren. Deze analyses en studies resulteerden in evidentie die verschilden tussen de doelgroepen en sub-sectoren, en tussen de disciplinaire perspectieven. De topics waarover evidentie werd gevonden verschilden, en per topic kon de evidentie al dan niet tegenstrijdigheden bevatten. Om op basis van dit geheel van evidentie intersectorale aanbevelingen te ontwikkelen is een methode ontwikkeld om de evidentie te integreren. De verzamelde evidentie is op twee niveaus geïntegreerd:

1. Integratie van de evidentie met betrekking tot de verschillende doelgroepen/sub-sectoren:
  - a. Veel aanbevelingen zijn gebaseerd op evidentie die resulteert uit onderzoek in een specifieke doelgroep/sub-sector. Dit geldt zowel voor onderzoek vanuit klinisch/(ortho)-

pedagogisch perspectief als vanuit juridisch/mensenrechtelijk perspectief. Deze aanbevelingen zijn weerhouden als intersectorale aanbevelingen op voorwaarde dat er *geen tegenstrijdige evidentie* in onderzoek in andere doelgroepen/sub-sectoren is gevonden.

Voorbeeld: de richtlijn bevat aanbevelingen over visies op zorg/begeleiding die de preventie van afzondering en fixatie versterken. Positief leefklimaat is gebaseerd op onderzoek uit de residentiële (forensische) jeugdhulp. Positieve gedragsondersteuning is voornamelijk afkomstig uit onderzoek bij jongeren met een verstandelijke beperking. Trauma-geïnformeerde zorg is voornamelijk gebaseerd op evidentie uit onderzoek in de residentiële kinder- en jeugd-GGZ. Toch zijn deze drie visies op zorg/begeleiding opgenomen in de richtlijn aangezien er geen tegenstrijdige evidentie gevonden is in onderzoek over de respectievelijke andere doelgroepen/sub-sectoren.

- b. Voor een aantal aanbevelingen levert de klinisch en (ortho)pedagogische wetenschappelijke literatuur en/of kwalitatieve studie tegenstrijdige evidentie op tussen twee of meer doelgroepen/sub-sectoren of bestond er geen consensus tussen de experts uit een sub-sector. Voor deze aanbevelingen is besloten dat de wetenschappelijke evidentie niet sterk genoeg is om de aanbeveling op te nemen in de intersectorale richtlijn.

Voorbeeld: Deze situatie deed zich voor met betrekking tot de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie om de veiligheid van de jongere en andere personen te behouden bij potentieel gevaar en om ontplooiings-/ontwikkelingskansen te bevorderen. Dit voorbeeld komt aan bod in deel 5.1 hierboven, onder stap 3.

2. Integratie van het klinisch/(ortho)pedagogisch perspectief met het juridisch perspectief. Dit gebeurde volgens dezelfde logica:

- a. Aanbevelingen waarvoor we evidentie vonden vanuit één van beide perspectieven zijn opgenomen in de richtlijn op voorwaarde dat er *geen tegenstrijdige evidentie* vanuit het andere perspectief was gevonden voor de betreffende aanbeveling.

Voorbeeld: De aanbevelingen over het opstellen van het signalerings- en (be)handelings-/begeleidingsplan ter preventie van afzondering en fixatie zijn opgesteld op basis van evidentie vanuit klinisch/(ortho)pedagogisch perspectief die afkomstig is uit de literatuurstudie en de kwalitatieve studie. De juridische analyse van nationaalrechtelijke en mensenrechtelijke bronnen leverde geen tegenstrijdige evidentie op, dus de aanbevelingen zijn weerhouden voor de richtlijn.

Voorbeeld: Volgens de toepassing van het mensenrechtenrecht op België is de uitvoering van afzondering en fixatie voorbehouden aan artsen, verpleegkundigen en zorgkundigen omwille van de nood aan medische zorg en de techniciteit van de maatregel. De evidentie vanuit het klinisch/(ortho)pedagogisch perspectief doet hierover geen uitspraak, maar maakt wel duidelijk dat jongeren het erg belangrijk vinden dat afzondering of fixatie – indien het niet vermeden kan worden – wordt uitgevoerd door begeleiders waarmee ze vertrouwd zijn (Steckley, 2010; Steckley & Kendrick, 2008 + evidentie uit de kwalitatieve studie). In het juridische perspectief komt dit niet aan bod. Maar in de Vlaamse brede jeugdhulp maken artsen, verpleegkundigen en zorgkundigen niet altijd deel uit van het behandelings-/begeleidingsteam. Dit sluit aan bij bv. de orthopedagogische benadering van personen met een handicap die wijd verspreid is in de Vlaamse voorzieningen. Beide perspectieven – het juridische en het klinisch/(ortho)pedagogische – zijn daarom vervolgens gecombineerd in de aanbevelingen over de uitvoering van afzondering en

fixatie bij ernstig en acuut gevaar. Wanneer afzondering of fixatie gepaard gaat met een nood aan medische zorg, is er tijdens de uitvoering voortdurend een arts of verpleegkundige, of een zorgkundige aanwezig. Maar indien dit betekent dat de uitvoering gebeurt door een persoon die niet gekend is voor de jongere, wordt de arts/verpleegkundige/zorgkundige vergezeld door de zorgverlener/begeleider waarmee de jongere wel vertrouwd is.

- b. Voor een aantal aanbevelingen is de evidentie die we vonden vanuit juridisch perspectief enerzijds en klinisch/(ortho)pedagogisch perspectief anderzijds *tegenstrijdig*. Daarom zijn de betreffende aanbevelingen niet opgenomen in de richtlijn, of sterk aangepast totdat ze aansloten bij de evidentie vanuit beide perspectieven.

Voorbeeld: De procedure bij afzondering en fixatie bij ernstig en acuut gevaar tijdens een vrijwillig verblijf in een voorziening. De mensenrechten vereisen in zo'n geval dat de zorggebruiker die van zijn vrijheid beroofd is, de waarborgen geniet van een onvrijwillig verblijf, zoals de toegang tot een rechter. In de geestelijke gezondheidszorg is een vanzelfsprekende aanbeveling vanuit juridisch oogpunt dan ook om de procedure tot gedwongen opname op te starten van zodra de maatregel een bepaalde tijdsduur overschrijdt. Vanuit klinisch-wetenschappelijk standpunt is deze aanbeveling echter niet aanvaardbaar. De impact van een gedwongen opname op de vrijheid van de zorggebruiker kan de agressie doen toenemen (Akhter et al., 2019; Seed et al., 2016). Bovendien heeft een gedwongen opname een verregaande negatieve impact op de begeleidingsrelatie (Lawrence et al., 2019; Sashidharan et al., 2019). Een goede begeleidingsrelatie is essentieel om nieuwe afzonderingen of fixaties te vermijden (Blair & Moulton-Adelman, 2015; Caldwell et al., 2014; Dörenberg et al., 2018; Goulet et al., 2017; Huckshorn, 2004). Door deze tegenspraak werd de mensenrechtelijke aanbeveling uit de richtlijn geweerd.

Deze integratiemethode maakte de aanbevelingen beter onderbouwd omdat aanbevelingen enkel weerhouden zijn om op te nemen in de intersectorale richtlijn wanneer geen tegenstrijdige evidentie vanuit de andere perspectieven of voor andere doelgroepen/sub-sectoren was gevonden.

Naast de aanbevelingen zijn ook een aantal **toelichtingen** opgenomen in de richtlijn. In de toelichtingen is uitleg te vinden bij de aanbevelingen en verwijzingen naar bijkomende materiaal over de preventie en toepassing van afzondering en fixatie dat online beschikbaar is. Dat materiaal is gebaseerd op de documentenanalyse van wetenschappelijk onderbouwde, praktijk onderbouwde en/of juridisch onderbouwde bijdragen over de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de betrokken sectoren.

## 6 De kwaliteit van de evidentie bepalen

Evidentieniveaus geven de kwaliteit van de wetenschappelijke evidentie weer op basis waarvan de aanbevelingen zijn ontwikkeld (Barbui & Cipriani, 2010, 2011; Movsisyan, Dennis, Rehfuess, Grant & Montgomery, 2018; WHO, 2008). De niveaus van de verzamelde evidentie vanuit klinisch en (ortho)pedagogisch perspectief zijn overgenomen van de GGZ-richtlijn (Peeters et al., 2019). Hieraan is een evidentieniveau toegevoegd voor aanbevelingen die enkel gebaseerd zijn op de bevraging van de jongeren en de ouders. Bij de ontwikkeling van de GGZ-richtlijn is deze bevraging niet gebeurd. De kwaliteit van de evidentie voor aanbevelingen uit beide richtlijnen kan bijgevolg met elkaar vergeleken worden. De evidentieniveaus vanuit juridisch perspectief zijn gebaseerd op die van de GGZ-richtlijn.

Daarnaast zijn ze aangevuld omdat bij de intersectorale richtlijn meer sub-sectoren betrokken zijn dan enkel de (kinder- en jeugd-) GGZ.

Voor elk (onderdeel van een) aanbeveling voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie is het evidentieniveau in evidentietabellen weergegeven (zie Hoofdstuk 7). Elke aanbeveling krijgt twee evidentie-niveaus: een A- en een B-evidentieniveau, respectievelijk voor de evidentie vanuit juridisch/mensenrechtelijk perspectief en vanuit klinisch/(ortho)pedagogisch perspectief.

De aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie zijn voornamelijk gebaseerd op evidentie vanuit klinisch/(ortho)pedagogisch perspectief. Bij de aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie is dat anders: velen zijn zowel gebaseerd op evidentie vanuit juridisch/mensenrechtelijk perspectief als vanuit klinisch/(ortho)pedagogisch perspectief.

De kwaliteit van de verzamelde evidentie vanuit **juridisch/mensenrechtelijk perspectief** is gekwantificeerd aan de hand van onderstaande evidentieniveaus:

- Niveau A\_1: Gebaseerd op één of meer mensenrechtelijke principes zoals vertaald in de CPT-standaard over afzondering en fixatie in de GGZ of afzondering en fixatie in een detentie-context.
- Niveau A\_2: Gebaseerd op één of meer mensenrechtelijke principes zoals vertaald in minstens één CPT landenrapport of in minstens één uitspraak van het Europees Hof van de Rechten van de Mens of een andere mensenrechtelijke bron en niet integraal in de CPT-standaard.
- Niveau A\_3: Gebaseerd op één of meer mensenrechtelijke principes die de onderzoekers naar analogie met de CPT-standaard zelf vertaald hebben om consistentie te bekomen tussen de aanbevelingen van de MDR.

De kwaliteit van de verzamelde evidentie vanuit **klinisch en (ortho)pedagogisch perspectief** is gekwantificeerd aan de hand van onderstaande evidentieniveaus:

- Niveau B\_1: Evidentie afkomstig uit één of meerdere reviews van kwantitatieve, kwalitatieve of *mixed method* studies.
- Niveau B\_2: Evidentie afkomstig uit één of meer onafhankelijk van elkaar uitgevoerde RCTs en niet in reviews.
- Niveau B\_3: Evidentie die terugkeert in verschillende onafhankelijk van elkaar uitgevoerde (kwantitatieve, kwalitatieve of *mixed method*) studies die geen RCTs zijn. Onze eigen kwalitatieve studie kan hiervan deel uitmaken. De evidentie is niet terug te vinden in reviews.
- Niveau B\_4: Evidentie enkel afkomstig uit de kwalitatieve studie:
  - Niveau B\_4A: er zijn aanwijzingen voor consensus<sup>4</sup> onder professionals én (vertegenwoordigers van) jongeren of ouders.

---

<sup>4</sup> “Aanwijzingen voor consensus” kan op twee soorten situaties duiden: (1) stakeholders die op verschillende momenten zijn bevestigd brachten dezelfde mening over een onderwerp of aanbeveling of (2) tijdens een bevestiging van stakeholders waren meerdere deelnemers het eens over een standpunt, zonder dat iemand hiertegen inging (= zich niet akkoord uitte, tegenargumenten gaf, een andere opinie gaf die indruiste tegen het standpunt).

- Niveau B\_4Ba: er zijn aanwijzingen voor consensus onder professionals, zonder dat we weten op basis van deze kwalitatieve studie wat (vertegenwoordigers van) jongeren of ouders daarover denken.
- Niveau B\_4Bb: op basis van de bevraging van jongeren en/of ouders bestaan er aanwijzingen voor consensus onder jongeren en/of ouders, zonder dat we op basis van deze kwalitatieve studie weten wat de professionals daarover denken.

Per (onderdeel van) aanbeveling is enkel het hoogste evidentieniveau weergegeven in de evidentietabellen. Wanneer een aanbeveling bijvoorbeeld onderbouwd is met evidentie uit een review (niveau B\_1) én met evidentie uit de kwalitatieve studie (niveau B\_4), dan is in de evidentietabel enkel niveau B\_1 terug te vinden. Sommige aanbevelingen zijn voor de ene sub-sector onderbouwd met een hoger evidentieniveau dan voor een andere sub-sector. Ook in dat geval is enkel het hoogste evidentieniveau terug te vinden in de evidentietabel.

De aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie zijn op een andere manier ontwikkeld dan de aanbevelingen voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie. De aanbevelingen voor de praktische uitvoering resulteren grotendeels uit de Delphi-studie uit 2019 (Vanlinthout et al., 2020). De aanbevelingen zijn aangepast en aangevuld op basis van de bijkomende literatuurstudie (zie Hoofdstuk 5) en mensenrechtenanalyse (zie Hoofdstuk 2) die in het kader van de huidige studie is uitgevoerd. Voor deze aanbevelingen worden bijgevolg geen evidentieniveaus gespecificeerd.

## 7 Waarden en voorkeuren van de betrokken sub-sectoren expliciteren

Doorheen verschillende onderdelen van de kwalitatieve studie is input verzameld over de waarden en voorkeuren met betrekking tot de preventie en toepassing van afzondering en fixatie – en kwaliteit van zorg/begeleiding in het algemeen - die leven binnen de verschillende betrokken sub-sectoren. Dit gebeurde tijdens (1) de interviews met de residentiële voorzieningen met goede praktijken inzake (de preventie van) afzondering en fixatie, (2) de expertpanels met professionals, jongeren/gebruikers- en familieorganisaties en onderzoekers, en (3) tijdens het laatste expertpanel met de richtlijnwerkgroep. Tijdens dit laatste expertpanel is de 3<sup>de</sup> versie van de richtlijn becommentarieerd met betrekking tot de mate waarin de aanbevelingen aansluiten bij de waarden en voorkeuren uit de betrokken sub-sectoren (zie Hoofdstuk 6). Op basis daarvan zijn nog een aantal aanpassingen aan de aanbevelingen opgenomen in de finale versie van de richtlijn.

## 8 Formulering van randvoorwaarden voor implementatie

Tenslotte is de **haalbaarheid** van de aanbevelingen getoetst tijdens de intersectorale kwalitatieve studie. Omdat de richtlijn tot doel heeft kwaliteitsverbetering in de voorzieningen te ondersteunen, is er expliciet voor gekozen – in overleg met de stuurgroep van de studie en bevestigd door de richtlijnwerkgroep - om de aanbevelingen niet aan te passen aan de haalbaarheid ervan. Op die manier is het een richtlijn geworden met zicht op de toekomst. Wel zijn **randvoorwaarden** voor implementatie aan de richtlijn toegevoegd. De randvoorwaarden zijn opgebouwd op basis van de randvoorwaarden uit de GGZ-richtlijn (Peeters et al., 2020), en uit de intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in residentiële GGZ-voorzieningen en voorzieningen voor



minderjarigen buiten de GGZ (Vanlinthout et al., 2020). Vervolgens zijn de randvoorwaarden verder aangevuld op basis van de input uit het laatste expertpanel met de richtlijnwerkgroep waarin o.a. de haalbaarheid van de richtlijn voor de praktijk aan bod kwam (zie Hoofdstuk 6).

## 9 Raadpleging van stakeholders tijdens het ontwikkelingsproces van de intersectorale richtlijn

De zeven fasen van de interdisciplinaire en intersectorale methode zijn uitgevoerd door het onderzoeksteam dat bestond uit **onderzoekers** uit **vier onderzoeksgroepen**:

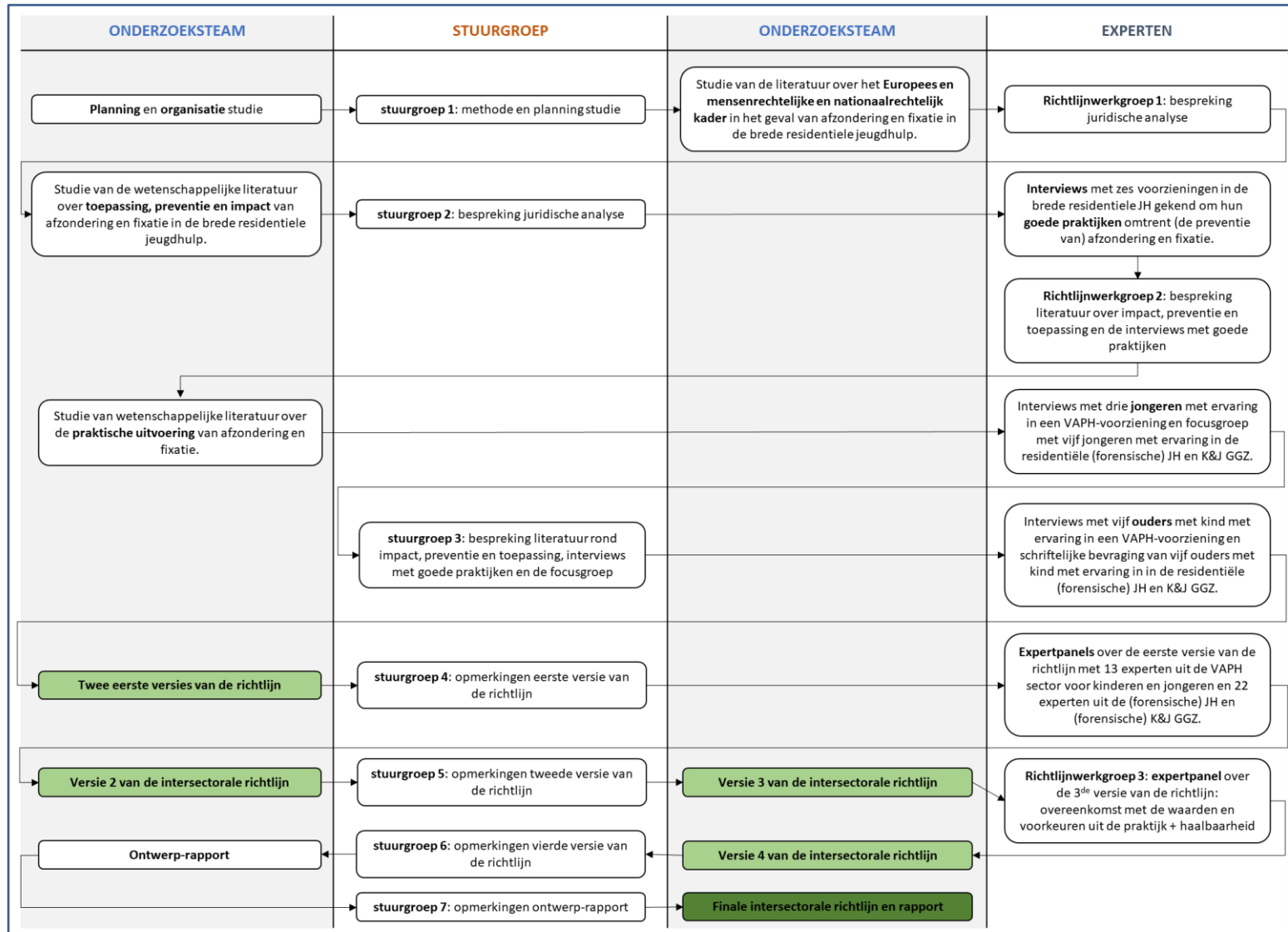
- LUCAS KU Leuven – Zorgonderzoek & Consultancy
- Instituut voor Sociaal Recht KU Leuven (ISR)
- Gezins- en Orthopedagogiek KU Leuven
- Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde KU Leuven (AccentVV).

Zoals in de vierde kolom van Figuur 2 te zien is, hebben de onderzoekers op zeven momenten in het ontwikkelingsproces praktijk- en/of ervaringsgerichte evidentie verzameld via **experten**:

1. Beleidsmedewerkers en zorgverleners/begeleiders van residentiële voorzieningen uit de (forensische) jeugdhulp en zorg voor kinderen en jongeren met een handicap, met goede praktijken op vlak van (de preventie van) afzondering en fixatie,
2. Jongvolwassenen met ervaring in een residentiële voorziening uit de (forensische) jeugdhulp en/of zorg voor kinderen en jongeren met een handicap
3. Ouders met ervaring in een residentiële voorziening uit de (forensische) jeugdhulp en/of zorg voor kinderen en jongeren met een handicap
4. Betrokken beroepsverenigingen,
5. Ervaringswerkers,
6. Onderzoekers uit andere onderzoeksinstellingen,
7. Betrokken koepelorganisaties, en/of
8. Administraties van de betrokken overheden.

Zoals in de tweede kolom van Figuur 2 te zien is, zijn de onderzoeksactiviteiten opgevolgd via zeven vergaderingen met de stuurgroep die bestond uit vertegenwoordigers van

- de opdrachtgever van de studie, met name het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
- het Agentschap Opgroeien,
- het Agentschap Zorg en Gezondheid
- het Departement Zorginspectie Gehandicaptenzorg,
- ICOBA,
- het kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
- de vier onderzoeksgroepen.



Figuur 2 Overzicht van het ontwikkelingsproces van de intersectorale richtlijn

## 10 Referenties

- Barbui, C., Dua, T., van Ommeren, M., Yasamy, M. T., Fleischmann, A., Clark, N., ..., & Saxena, S. (2010). Challenges in developing evidence-based recommendations using the GRADE approach: The case of mental, neurological, and substance use disorders. *PLoS Medicine*, 7, e1000322. doi: 10.1371/journal.pmed.1000322
- Barbui, C., Dua, T., van Ommeren, M., Yasamy, M. T., Fleischmann, A., Clark, N., ..., & Saxena, S. (2010). Challenges in developing evidence-based recommendations using the GRADE approach: The case of mental, neurological, and substance use disorders. *PLoS Medicine*, 7, e1000322. doi: 10.1371/journal.pmed.1000322
- 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>
- Hoge Gezondheidsraad (2016). Advies van de Hoge Gezondheidsraad nr. 9193. Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg. Geraadpleegd op 3 februari 2018 via <https://www.health.belgium.be/nl/advies-9193-dwanginterventie#anchor-29680>
- Masters, K. J., Bellonci, C., Bernet, W., Arnold, V., Beitchman, J., Benson, R. S., ..., & Stock, S. (2002). Practice Parameter for the Prevention and Management of Aggressive Behavior in Child and Adolescent Psychiatric Institutions, With Special Reference to Seclusion and Restraint. (2002). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 4S-25S.
- Movsisyan, A., Dennis, J., Rehfuess, E., Grant, S., & Montgomery, P. (2018). Rating the quality of a body of evidence on the effectiveness of health and social interventions: A systematic review and mapping of evidence domains. *Research Synthesis Methods*, 9, 224-242. doi: 10.1002/jrsm.1290
- 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>
- Peeters, T., Vanlinthout, E., De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Vanhoof, J., Buyck, I., Nijs, S., van Achterberg, T., Put, J., & Van Audenhove, Ch. (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. <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef-21-md-richtlijn-afzondering-en-fixatie>
- 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>
- van der Hoeven, C., de Hoop, I., de Haan, L., & Bikker, O. (2016). Multidisciplinaire Richtlijn Dwang en Drang in de GGZ. Utrecht: De Tijdstroom. Geraadpleegd op 15 maart 2018 via [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dwang\\_en\\_drang\\_in\\_de\\_ggz/dwang\\_en\\_drang\\_in\\_de\\_ggz\\_-\\_startpagina.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dwang_en_drang_in_de_ggz/dwang_en_drang_in_de_ggz_-_startpagina.html)

- Vlaams Patiëntenplatform & Open Patiëntenkoepel Geestelijke Gezondheid (OpGanG) (2017). Standpunt over het gebruik van dwangmaatregelen in de geestelijke gezondheidszorg. Geraadpleegd op <http://www.opgang.be/publicaties/standpunt-over-het-gebruik-van-dwangmaatregelen-in-de-geestelijke-gezondheidszorg>
- Vanlinthout, E., De Cuyper, K., Vanhoof, J., Peeters, T., Opgenhaffen, T., Nijs, S., van Achterberg, 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. <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/2020-07-rapport-38-ef38-prakt-uitvoering-a-en.pdf>
- World Health Organization (2008). WHO Handbook for guideline development. Geraadpleegd op 3 augustus 2018 via [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75146/9789241548441\\_eng.pdf;sessionid=925B4C8561547F97EC222BCCF7174AA1?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75146/9789241548441_eng.pdf;sessionid=925B4C8561547F97EC222BCCF7174AA1?sequence=1)

## Hoofdstuk 2

### Juridische analyse van het mensenrechtenkader en het nationaal-rechtelijk kader

#### 1 Plan van aanpak

##### 1.1 Mensenrechten als één van de vertrekpunten

Eén van de uitgangspunten van de GGZ-richtlijn is dat de preventie en (in het bijzonder) de toepassing van afzondering en fixatie in overeenstemming moeten zijn met de mensenrechten. Mensenrechten zijn universele rechten inherent aan het mens-zijn. Ze moeten door iedereen (overheden, voorzieningen, hulpverleners, ...) gerespecteerd worden (Janssens, Mirgaux, Smis, & Laethem, 2011, p. 12ff.).

Afzondering en fixatie plaatsen de mensenrechten onder druk: ze hebben in het bijzonder een impact op de persoonlijke levenssfeer, de fysieke en psychische integriteit, de bewegingsvrijheid en de menselijke waardigheid (Opgenhaffen, 2020).

De mensenrechten worden geassocieerd met mensenrechtenverdragen. Daarin verbinden overheden zich er ten eerste toe de mensenrechten te respecteren. Ten tweede verbinden ze zich om erop toe te zien dat ook anderen – bijvoorbeeld private zorgvoorzieningen en hulpverleners – dat doen. De overheid kan dat laatste doen door preventief (bv. het ontwikkelen van duidelijke regelgeving) of correctief (bv. controles en straffen) op te treden (Van Leuven, 2009, p. 39-61; De Schutter, 2014, p. 281-282). Ook de ontwikkelde richtlijn moet vanuit die dubbele verplichting bekeken worden: ze moet enerzijds de mensenrechten naleven, maar is anderzijds ook een instrument om de naleving van de mensenrechten te bevorderen.

Verscheidende door België ondertekende mensenrechtenverdragen zijn relevant om de wijze waarop afzondering en fixatie geregeld en toegepast wordt, te beoordelen. Het gaat onder andere om het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM), het Europees Verdrag ter voorkoming van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing (CPT-verdrag), het VN-Verdrag inzake Burgerlijke en Politieke Rechten (IVBPR) en het VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap (IVRPH) en – voor minderjarigen – het VN-Verdrag inzake de Rechten van Kind (IVRK). De basisbeginselen in al deze verdragen zijn dezelfde: maatregelen die ingrijpen op de fysieke en psychische integriteit van jongeren zijn niet toegelaten, tenzij er een wettelijke grondslag voor bestaat die bovendien voor de jongere toegankelijk is (i.e. hij moet de rechtsgrond kunnen kennen) en voorzienbaar is (i.e. hij moet de gevolgen ervan kunnen kennen en er zijn gedrag op kunnen afstemmen) en die daarenboven voldoende rechtsbescherming biedt. De maatregelen moeten bovendien een gerechtvaardigd doel nastreven en moeten dat op een subsidiaire en proportionele wijze doen (Goedertier, Vande Lanotte & De Pelsmaker, 2013, p. 268-269). Deze principes hebben zowel gevolgen voor de wijze waarop afzondering en fixatie worden toegepast, als voor het recht dat erop van toepassing is.

Om van deze algemene principes in de mensenrechtenverdragen tot concrete mensenrechtelijk onderbouwde aanbevelingen te komen, is een tussenstap vereist. Daarvoor doet dit onderzoek een beroep op bronnen die ontwikkeld zijn door organen die toezicht houden op de toepassing van de mensenrechten. In verschillende soorten teksten – aanbevelingen, arresten, landenrapporten, standaarden, ...

– geven ze aan hoe de algemene principes uit de mensenrechtenverdragen concreet kunnen worden toegepast op afzondering en fixatie.

## 1.2 Selectie van bronnen

### 1.2.1 De nadruk op de Raad van Europa

Binnen de mensenrechten zijn er in de Belgische context twee groepen van verdragen relevant.

1. De eerste zijn de verdragen van de **Verenigde Naties**. Naast algemene verdragen, zoals het Internationaal Verdrag inzake Burgerlijke en Politieke Rechten, zijn er specifieke verdragen die de rechten van bepaalde doelgroepen wil bevorderen. Relevant voor dit onderzoek zijn het Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind (IVRK) en het Internationaal Verdrag voor Rechten van Personen met een Handicap (IVRPH). Aan elk van deze verdragen zijn toezichtsorganen gekoppeld. Daarnaast zijn er binnen de politieke werking van de Verenigde Naties ook organen die toezicht houden op de naleving van de mensenrechten en zich daarbij direct of indirect over afzondering en fixatie uitgesproken hebben.
2. De tweede zijn de verdragen van de **Raad van Europa**. De Raad van Europa is een internationale organisatie met 47 lidstaten die het respect voor de mensenrechten, de democratie en de rechtstaat tot doel heeft (Janssens, Mirgaux, Smis, & Laethem, 2011, p. 218). Binnen de Raad van Europa werden onder andere het EVRM en het CPT-verdrag afgesloten, waarop toezicht gehouden wordt door respectievelijk het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) en het Europees Comité voor de Preventie van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing (CPT). Terwijl het EHRM zich in concrete zaken bindend uitspreekt over de toepassing van het EVRM door de lidstaten, onderzoekt het CPT de naleving van het CPT-verdrag door in lidstaten bezoeken te brengen aan plaatsen waar personen van hun vrijheid beroofd kunnen zijn, waaronder ook jeugdhulp-, GGZ-voorzieningen en voorzieningen voor personen met een handicap. Net als binnen de Verenigde Naties zijn er binnen de Raad van Europa daarnaast ook politieke organen die aandacht hebben voor de toepassing van afzondering en fixatie.

Bij de selectie van de bronnen voor dit onderzoek werd voorrang gegeven aan de bronnen van de Raad van Europa boven die van de Verenigde Naties. Binnen de Raad van Europa nemen de landenrapporten van het CPT bovendien de belangrijkste plaats in. Er zijn in hoofdzaak drie redenen voor deze keuze.

1. Ten eerste zijn binnen de Raad van Europa veruit de meeste en meest gedetailleerde bronnen over afzondering en fixatie terug te vinden. Dat is vooral de verdienste van het CPT dat naar aanleiding van bezoeken aan voorzieningen in lidstaten een uitgebreide lijst aan aanbevelingen heeft ontwikkeld. Deze zogenaamde “CPT-standaard” neemt in dit onderzoek een belangrijke plaats in.<sup>5</sup> Ook het Europees Hof voor de Rechten van de Mens heeft zich op concrete wijze over afzondering en fixatie uitgesproken. In vergelijking daarmee zijn de bronnen binnen de Verenigde Naties schaarser en principiëler; er zijn wel bronnen die de algemene mensenrechtelijke principes van toepassing verklaren op afzondering en fixatie (en bijgevolg kritisch

---

<sup>5</sup> Standards of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment on Means of Restraint in Psychiatric Establishments for adults (21 maart 2017), CPT/Inf(2017)6; Standards of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment on Juveniles deprived of their liberty under criminal legislation CPT/Inf(2015)1-part rev1.

zijn voor het gebruik ervan), maar er wordt minder aandacht besteed aan wat dat voor de concrete toepassing betekent.

2. Ten tweede vertonen de bronnen binnen de Raad van Europa een grotere coherentie dan die bij de Verenigde Naties. Dat komt door de wisselwerking tussen het EHRM, het CPT en politieke organen. Ze vullen elkaar aan, en spreken elkaar zelden tegen. Dat is anders bij de Verenigde Naties waar bronnen elkaar vaker lijken tegen te spreken. Dat is bijvoorbeeld zo binnen het Comité voor de rechten van het kind (CRVK) wanneer het zich uitspreekt over afzondering en fixatie van minderjarigen in de GGZ.<sup>6</sup> Nu eens roept het CVRK op tot een totaalverbod op mechanische fixatie en afzondering<sup>7</sup>, dan weer verzet het zich tegen het excessieve gebruik van afzondering en fixatie<sup>8</sup> of het gebruik als disciplinaire maatregel en roept het op om in de overige gevallen afzondering en fixatie te reguleren en te controleren<sup>9</sup>.
3. Ten derde zijn de bronnen van de Raad van Europa meer invloedrijk en is de interpretatie die eraan wordt gegeven in bepaalde gevallen zelfs bindend. Zo is een uitspraak van het EHRM juridisch bindend in de concrete zaak (Janssens, Mirgoux, Smis, & Laethem, 2011, p. 291). Hetzelfde geldt niet voor het werk van het CPT, maar door de interne coherentie en de invloed van het CPT op de uitspraken voor het EHRM, moet worden aangenomen dat een lidstaat die de gedetailleerde standaarden van het CPT over afzondering en fixatie incorporeert en toepast, zich ook in de lijn van de EHRM-rechtspraak bevindt en een veroordeling voor het Hof vermijdt. Bovendien werken het EVRM en het CPT-verdrag en de interpretatie die eraan gegeven wordt door in de nationale rechtspraak (Wouters, 2017, p. 85-86).

Ondanks de nadruk op de bronnen van Raad van Europa, blijven ook andere bronnen niet geheel buiten beschouwing. Wel wordt bij tegenspraak de voorrang gegeven aan de Raad van Europa. Een concreet voorbeeld daarvan bevindt zich in de verhouding tussen de bronnen van de Raad van Europa en het IVRPH. Dat verdrag verbiedt elke vorm van discriminatie op grond van een handicap en plaatst daardoor volgens het CRPH de mogelijkheid om personen met een psychosociale of verstandelijke handicap af te zonderen of te fixeren onder druk (Callaghan & Ryan, 2014). Het IVRPH contrasteert hierdoor met het EVRM waarin een geestesziekte (wat meestal een handicap is in de zin van het IVRPH) net een grondslag is voor vrijheidsberoving (Jiménez, 2015). De gevolgen van het IVRPH voor de rechtspositie van personen met een psychosociale beperking is vandaag één van de meest bestudeerde onderwerpen in de internationale juridische literatuur over de geestelijke gezondheidszorg. De discussie wordt bovendien gevoed door de radicale positie die het CRPH inneemt. Het CRPH stelt immers dat het cognitief niet in staat zijn om een beslissing te nemen (beslissingsonbekwaamheid) geen criterium mag zijn om een persoon uit te sluiten van het medische besluitvormingsproces. Het CRPH is daardoor kritisch voor gevallen waarin een vertegenwoordiger in de plaats van een beslissingsonbekwame zorggebruiker met een afzondering of fixatie instemt. Daarnaast stelt het CRPH dat uit het IVRPH een algemeen verbod

---

<sup>6</sup> Gebaseerd op de landenrapporten gepubliceerd tussen 2013 en 2018.

<sup>7</sup> Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child on the fifth periodic report of Sweden (6 maart 2015), *UN Doc. CRC/C/SWE/CO/5* (2015).

<sup>8</sup> Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child on the fifth periodic report of Denmark (26 oktober 2017), *UN Doc. CRC/C/DNK/CO/5* (2017).

<sup>9</sup> Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child on the combined second and third periodic reports of Serbia (7 maart 2017), *UN Doc. CRC/C/SRB/2-3* (2017) en Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child on the fifth periodic report of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (12 juli 2016), *UN Doc. CRC/C/GBR/CO/5* (2016).

volgt op de toepassing van dwang in de GGZ op basis van een actuele of een vooronderstelde geestesziekte.<sup>10</sup> Dat deze benadering een invloed heeft op de wijze waarop afzondering en fixatie gepercipieerd worden, staat vast. Maar het is momenteel nog te vroeg om op grond hiervan duidelijke conclusies te trekken. Verder fundamenteel juridisch onderzoek naar de interpretatie van het IVRPH en de gevolgen voor de rechtspositie in de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen en in het geval van afzondering en fixatie in het bijzonder is noodzakelijk. Tot zolang blijven de standvastige en duidelijke bronnen van de Raad van Europa een geschikter uitgangspunt. Opvallend daarbij is wel dat de organen van de Raad van Europa reeds vandaag een minder verre gaande interpretatie van het IVRPH integreren in hun benadering.<sup>11</sup>

### 1.2.2 De totstandkoming van het bronnenkader

De ontwikkeling van deze intersectorale richtlijn is een stap in een reeds langer lopende reeks van studies binnen het Steunpunt voor Welzijn Volksgezondheid en Gezin. Bij de ontwikkeling van deze richtlijn wordt gebruik gemaakt van de resultaten van deze onderzoeksprojecten en van de tijdens deze studies ontwikkelde bronnenkaders. Twee onderzoeksprojecten zijn in het bijzonder relevant.

1. **De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg (EF21).** In dit onderzoek – dat één van de twee voorlopers is van het huidige onderzoek – is een multidisciplinaire richtlijn ontwikkeld voor de preventie en het gebruik van afzondering en fixatie in de geestelijke gezondheidszorg in die gevallen waarin er sprake is van agressie en escalatie. Voor dat onderzoek werd een toetsingskader ontwikkeld dat in hoofdzaak gebaseerd is op de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens over afzondering en fixatie in de GGZ; de landenrapporten van het Europees Comité voor de Preventie van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing (CPT) gepubliceerd op *Hudoc CPT* tussen mei 2013 en april 2018 en op de CPT-Standards on the means of restraint in psychiatric establishments for adults (Peeters et al., 2019).<sup>12</sup> Aanvullend werden ook bronnen van de politieke organen van de Raad van Europa en landenrapporten, *view* en *general comments* van het VN-comité voor de rechten van de mens, het CRPH en het CVRK opgenomen.

Naar aanleiding van voorliggend onderzoek werd voor wat ernstig en acuut gevaar bij agressie en escalatie betreft nagagaan of het eerder ontwikkelde toetsingskader nog actueel is. Dat gebeurde door het toetsingskader te vergelijken met de CPT- en EHRM-bronnen gepubliceerd tussen april 2018 en mei 2021. Bij deze vergelijking kwamen geen nieuwe elementen aan het licht, met uitzondering van het feit dat enkele CPT-landenrapporten ‘in principe’ niet toelaten om minderjarigen mechanisch te fixeren.<sup>13</sup> Oudere landenrapporten legden de grens op 16 jaar (Peeters et al., 2019, p. 114). Verder werd het bronnenkader aangevuld met betrekking tot andere finaliteiten. Daarvoor werden alle landenrapporten sinds mei 2013 herbekeken.

---

<sup>10</sup> General Comment N°1 of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities on Article 12 (Equal Recognition Before the Law) (19 mei 2014), *UN Doc. CRPD/C/GC/1* (2014).

<sup>11</sup> Bv. EHRM 22 januari 2013, nr. 33117/02, Lashin/Rusland.

<sup>12</sup> Standards of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment on Means of Restraint in Psychiatric Establishments for adults (21 maart 2017), CPT/Inf(2017)6.

<sup>13</sup> Ierland 2019, CPT/Inf (2020) 37, §114; Kroatië 2017, CPT/Inf (2018) 44, §153.



- 2. Gesloten opvang van minderjarigen in Vlaanderen: een rechtspositieregeling (EF59).** In dit onderzoek is de rechtspositie van minderjarigen in de gesloten opvang in Vlaanderen getoetst aan de mensenrechten (Carlé, Opgenhaffen, Put & Pleysier, 2020). Eén van de thema's in dat onderzoek is afzondering en fixatie (hoofdstuk 12).

Omdat de uitvoering van dit onderzoek parallel liep met het voorliggende onderzoek, werd een bronnenkader ontwikkeld dat voor beide onderzoeken gebruikt kan worden. Dat bronnenkader vertrekt van de CPT-standaarden over afzondering en fixatie en vult deze aan met andere mensenrechtelijke bronnen van zowel de Raad van Europa als de Verenigde Naties (IVRK, Beijing Rules, Havana Rules, ...). Bovendien werd een analyse gemaakt van de CPT-landenrapporten over afzondering en fixatie in de jeugdhulp en de zorg voor personen met een handicap. Dit gevoegd bij het reeds eerder ontwikkelde bronnenkader voor de GGZ, leidt tot een intersectoraal bronnenkader.

## **2 Redenen voor afzondering en fixatie en hun toelaatbaarheid**

Eén van de doelstellingen van dit onderzoek is om na te gaan of afzondering en fixatie ook om andere redenen dan ernstig en acuut gevaar mogen worden toegepast. Daartoe werd aan het begin van het onderzoek geanalyseerd welke andere redenen voor afzondering en fixatie in de mensenrechtelijke bronnen aan bod komen en of zij door deze bronnen toelaatbaar geacht worden (mits aan bepaalde toepassingsvoorwaarden is voldaan). Is een bepaalde reden voor afzondering en fixatie vanuit mensenrechtelijk oogpunt ontoelaatbaar, dan beschouwt de multidisciplinaire richtlijn deze reden voor afzondering en fixatie ontoelaatbaar, ongeacht of ze vanuit klinisch-wetenschappelijk en orthopedagogisch oogpunt wel toelaatbaar is (en *vice versa*).

### **2.1 De oorspronkelijke mensenrechtelijke analyse van redenen voor afzondering en fixatie**

De analyse over de toelaatbaarheid vormde een proces waarbij in de eerste plaats de redenen voor afzondering en fixatie die in de mensenrechtelijke literatuur voorkomen, in kaart zijn gebracht. Vier redenen werden onderscheiden:

1. **Veiligheidshandeling** bij ernstig en acuut gevaar ten gevolge van agressie en escalatie.
2. **Straf** ten gevolge van een ernstige inbreuk op de interne orde.
3. **Ordemaatregel** in het belang van veiligheid van anderen en/of de werking van de voorziening.
4. **Zorghandeling** in het belang van gezondheid/veiligheid van de minderjarige.

De eerste twee redenen zijn dominant in de mensenrechtelijke bronnen en worden ook expliciet benoemd. De laatste twee redenen komen minder vaak aan bod en worden niet expliciet benoemd. Als ze aan bod komen is dat vaak in landenrapporten van het CPT waarbij ter plekke wordt vastgesteld dat afzondering en fixatie ook om deze twee redenen gebruikt wordt. De categorisering 'ordemaatregel' en 'zorghandeling' werden ontwikkeld door de onderzoekers (Carlé, Opgenhaffen, Put, Pleysier, 2020, p. 259-260).

Vervolgens werd de toelaatbaarheid van elk van deze redenen in kaart gebracht. De analyse van de mensenrechtelijke bronnen noopte tot een verder onderscheid naar gelang:

1. **het gebruikte middel** (afzondering - fysieke interventie - mechanische fixatie - medicamenteuze fixatie).

2. **het type voorziening** waarin de jongere verblijft (psychiatrische voorzieningen – ‘social care homes’ – voorzieningen bedoeld voor jongeren die een misdrijf pleegden – overige voorzieningen).
3. **de toestand van de jongere** gepaard gaat met een nood aan medische zorg. Binnen de mensenrechtelijke bronnen, in het bijzonder die van het CPT, bestaat er een tweedeling tussen de bronnen over de geestelijke gezondheidszorg en de sector voor personen met een handicap enerzijds en de (overige) jeugdhulp anderzijds. Waar in de eerste afzondering en fixatie steeds vanuit een medisch perspectief beoordeeld wordt, is dat in de laatste niet het geval. Daar wordt afzondering en fixatie pas medisch benaderd als het *in concreto* gepaard gaat met een nood aan medische zorg.<sup>14</sup> Een zorgnood wordt in de GGZ-sector en de sector voor personen met een handicap met andere woorden vermoed, terwijl dat elders niet het geval is.<sup>15</sup> De gevolgen met betrekking tot toelaatbaarheid zijn groot. Bijvoorbeeld: als er wordt uitgegaan van een zorgnood, dan is het gebruik van *medicamenteuze* fixatie toelaatbaar wanneer zich een ernstig en acuut gevaar voordoet. Zonder zorgnood is dat niet het geval.<sup>16</sup> Een ander voorbeeld is dat afzondering volgens het CPT niet als straf gebruikt kan worden in een detentiecontext als er nood is aan medische zorg.<sup>17</sup>

De analyse leidde tot een overzicht van welke vormen van afzondering en fixatie in welke contexten vanuit mensenrechtelijk oogpunt al dan niet toelaatbaar zijn (Carlé, Opgenhaffen, Put, Pleysier, 2020, p. 247-260). Daarbij zijn er vooral over de veiligheidsmaatregel en de straf duidelijke conclusies mogelijk: afzondering en fixatie als veiligheidsmaatregel is in zeer uitzonderlijke gevaarsituaties in alle contexten toelaatbaar, met als belangrijkste nuance dat er geen medicamenteuze fixatie gebruikt mag worden wanneer het veiligheidsgevaar geen onderliggende medische oorzaak heeft. Afzondering en fixatie als straf wordt in alle contexten als ontoelaatbaar beschouwd, op één uitzondering na: afzondering mag volgens het CPT als straf gebruikt worden in voorzieningen die een detentiecontext uitmaken. Over de zorghandeling en ordemaatregel waren dergelijke stellige conclusies – bij gebrek aan gedetailleerde bronnen – niet mogelijk: vaak bestond de vaststelling dat het CPT een afzondering of fixatie binnen dit motief beschrijft en vervolgens al dan niet gedooft. Dat gedogen werd vervolgens door de onderzoekers binnen de algemene mensenrechtelijke principes geduid en geïnterpreteerd (*infra*, deel 5).

## 2.2 Aanvullingen doorheen het onderzoek vanuit het klinisch en (ortho)pedagogisch wetenschappelijke perspectief

Ook vanuit klinisch en (ortho)pedagogisch wetenschappelijk perspectief zijn de redenen voor en toelaatbaarheid van afzondering en fixatie geanalyseerd. Dit gebeurde op basis van de literatuurstudies in die domeinen (zie Hoofdstuk 3 en Hoofdstuk 4) en de interviews met de voorzieningen met best

---

<sup>14</sup> Bv. Roemenië 1999, 08/12/1999, CPT/Inf(2003)25, §168; Montenegro 2017, 28/03/2018, CPT/Inf(2019)2, § 164-165; Polen 2017, 27/11/2017, CPT/Inf(2018)39, § 105, Spanje 2016, 06/04/2017, CPT/Inf(2017)34, § 131; Duitsland 2000, 02/08/2001, CPT/Inf(2003)20, § 89.

<sup>15</sup> Bv. Lithouwen 2016, 15/03/2017, CPT/Inf(2018)2, §120; Oekraïne 2019, 29/11/2019, CPT/inf(2020), §38.

<sup>16</sup> Servië 2015, CPT/Inf(2016)21, §184-189; Resolutie 40/33 van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (29 november 1985), *UN Doc. A/RES/40/33* (1985), § 55.

<sup>17</sup> Resolutie 45/113 van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (14 december 1990), *UN Doc. A/RES/45/113* (1990), § 55; Moldavië on 16/11/2018, CPT/Inf (2018) 49, § 58; Spanje 2016, 06/04/2017, CPT/Inf(2017)34, § 135; Resolutie 70/175 van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (8 januari 2016), *UN Doc. A/RES/70/175* (2016), § 39.1.

practices inzake de preventie en toepassing van afzondering en fixatie (zie Hoofdstuk 6). Vervolgens is de evidentie vanuit mensenrechtelijk perspectief (zie deel 2.1 hierboven) en de evidentie vanuit klinisch en (ortho)pedagogische wetenschappelijk perspectief geïntegreerd. Hoe dit gebeurd is, wordt beschreven in deel 4 en deel 5.1 van Hoofdstuk 1. Daarbij kwamen enkele uitdagingen aan het licht.

1. Ten eerste bleek de **indeling van de zorghandeling ten bate van de jongere en ordemaatregel ten bate van anderen** niet te aligneren met hoe afzondering en fixatie benaderd worden het klinisch en (ortho)pedagogisch perspectief. De redenen voor en toelaatbaarheid van afzondering en fixatie worden er steeds bekeken vanuit het perspectief van de jongere die omwille van een bepaalde reden afgezonderd of gefixeerd wordt. Afzonderen of fixeren enkel en alleen ten bate van anderen komt niet aan bod in de literatuur. Vanuit dat perspectief werd een andere indeling voorgesteld. Naast afzondering en fixatie om de veiligheid te herstellen bij acuut en ernstig gevaar en afzondering als straf, zijn twee andere categorieën naar voor geschoven: afzondering en fixatie bij potentieel gevaar om de veiligheid te behouden en bijgevolg acuut en ernstig gevaar te kunnen voorkomen, en afzondering en fixatie om ontwikkelings- en ontplooiingskansen te bevorderen. Hiermee ligt de nadruk niet langer op wie baat heeft bij de afzondering of fixatie (i.e.: jongere vs. anderen), maar wel op de achterliggende doelstelling ervan (i.e. aanpakken van potentieel gevaar vs. bieden van ontwikkelings- en ontplooiingskansen).

Bij de ontwikkeling van de richtlijn werd voor deze nieuwe indeling gekozen. Tegelijk moet worden opgemerkt dat de oorspronkelijke indeling (een classificering naargelang wie beschermd wordt: de persoon zelf vs. anderen) beter past binnen de schaarse mensenrechtelijke bronnen dan de nieuwe indeling (een classificering naargelang wat beschermd wordt: de veiligheid (van de persoon zelf of anderen) vs. de ontwikkeling en ontplooiing (van de persoon zelf of van anderen)). In de gevonden bronnen heeft een maatregel vaak een dubbele finaliteit. Er is een veiligheidsaspect, maar ook een ontwikkelings- en ontplooiingsaspect. De bronnen zijn met andere woorden minder duidelijk in te delen. Dat terwijl het vaak *wel* duidelijk is wie door de maatregel beschermd wordt.

Ondanks dat bezwaar werd de nieuwe indeling toch behouden, ten eerste omdat de richtlijn moet aansluiten bij de praktijk, maar ten tweede ook omdat het bezwaar eerder praktisch dan fundamenteel is. Wanneer de beschikbare bronnen worden geïnterpreteerd binnen en aangevuld met ruimere mensenrechtelijke principes leveren beide indelingen geen fundamenteel verschillend resultaat op. Dat is het gevolg van het feit dat deze principes, ongeacht de reden voor de maatregel, dezelfde zijn: in beide gevallen is de toepassing slechts gerechtvaardigd hetzij indien de betrokkene er mee toestemt, hetzij er een specifieke rechtsgrond voor bestaat die de toepassing zonder toestemming regelt.

Doordat de redenen voor de maatregel in de nieuwe indeling niet duidelijk van elkaar te onderscheiden zijn, en ook omdat de achterliggende mensenrechtelijke principes dezelfde zijn, werd ervoor geopteerd om één toetsingskader op te stellen dat beide redenen integreert.

2. Ten tweede werden doorheen het onderzoek praktische en principiële bezwaren geuit tegen het onweerlegbare vermoeden dat afzondering en fixatie in voorzieningen voor personen met een handicap steeds vanuit een medisch perspectief beoordeeld wordt, terwijl in een jeugd-detentie-context en in overige jeugdhulpvoorzieningen de concrete nood aan zorg beoordeeld moet worden. Niet enkel bestaat er een risico op medicalisering van de sector voor personen met een handicap; ook worden personen met een handicap anders behandeld naargelang de sector waarin ze verblijven. Het vermoeden uitbreiden naar iedereen die een gekende ggz-problematiek of een handicap heeft, lost dat laatste bezwaar op, maar leidt tot een nieuw bezwaar: personen met een

handicap worden dan immers anders behandeld dan anderen omwille van hun handicap, wat in strijd is met het basisprincipe van o.m. het IVRPH.<sup>18</sup> Bovendien toont onderzoek in de residentiële (Vlaamse) jeugdhulp aan dat meer dan de helft van de adolescenten aan een psychiatrische aandoening lijdt (e.g., Janssens & Deboutte, 2010; Jozefiak et al., 2016; Nilsen et al., 2021). Het vermoeden dat gehanteerd wordt in de mensenrechtelijke bronnen dat jongeren in een jeugdhulpvoorziening geen psychiatrische problematiek hebben, blijkt niet te stroken met de realiteit in deze sector.

Het uitgangspunt zelf, met name dat wie nood heeft aan medische zorg die ook moet krijgen, werd vanuit klinisch en orthopedagogisch wetenschappelijk oogpunt logischerwijs niet in vraag gesteld.

Naar aanleiding van deze bezwaren werden de mensenrechtelijke bronnen in de loop van het onderzoek herbeoordeeld, waarbij in het bijzonder aandacht werd besteed aan de populatie binnen de voorziening waar het CPT uitspraak over deed. Daarbij valt op dat het CPT vooral bezoeken brengt aan grotere voorzieningen die veelal gericht zijn op personen met een ernstige of meervoudige handicap.<sup>19</sup> Kleinere voorzieningen en voorzieningen waar personen die lichte handicap hebben, worden niet bezocht.

Op basis van deze vaststelling, in combinatie met de geuite bezwaren en het IVRPH-principe dat een onderscheid op grond van handicap niet toelaatbaar is, werd het vermoeden van een zorgnood (en een medische benadering als gevolg) ingeruild voor de houding dat de zorgnood steeds *in concreto* moet worden beoordeeld. Dat is in het bijzonder relevant voor personen met een minder ernstige handicap of minder ernstige psychiatrische problematiek. Bij wie een ernstige (verstandelijke) handicap heeft of in een GGZ-voorziening verblijft, zal een *in concreto* beoordeling er *de facto* steeds toe leiden dat een zorgnood wordt vastgesteld. Dat stemt ook overeen met de mensenrechtelijke bronnen wanneer zij op populatie worden beoordeeld.

In wat volgt gaan we dieper in op de toelaatbaarheid van en de toepassingsvoorwaarden voor elke reden voor afzondering en fixatie vanuit het mensenrechtelijke perspectief en duiden we het nationaal-rechtelijke kader waarbinnen ze (kunnen) plaatsvinden.

### 3 Ernstig en acuut gevaar

#### 3.1 Toetsingskader

Voor de ontwikkeling van dit toetsingskader wordt voortgebouwd op het toetsingskader dat ontwikkeld werd naar aanleiding van de ontwikkeling van de GGZ-richtlijn (Peeters et al., 2020). Dat toetsingskader gaat uit van drie toetsingscriteria die gebaseerd zijn op de basisprincipes van het recht op privéleven (art. 8 EVRM), het recht op vrijheid (art. 5 EVRM) en het recht op een menswaardige behandeling (art. 3 EVRM). Deze toetsingscriteria worden hieronder beknopt samengevat en zijn in het rapport bij de GGZ-richtlijn (Peeters et al., 2019) *in extenso* te raadplegen.

---

<sup>18</sup> General Comment N°1 of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities on Article 12 (Equal Recognition Before the Law)(19 mei 2014), *UN Doc. CRPD/C/GC/1* (2014); General Comment N°6 of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities on Article 5 (equality and nondiscrimination)(28 april 2018), *UN Doc. CRPD/C/GC/6* (2018).

<sup>19</sup> Voorbeelden: Bulgarije 2020, CPT/Inf (2020) 39; Moldavië 2020, CPT/Inf (2020) 27; Hongarije 2020, CPT/Inf (2020) 8; Noorwegen 2018, CPT/Inf (2019) 1; Estland 2012, CPT/Inf (2014) 1.

1. Het eerste criterium is de **wettelijkheid** van de maatregel binnen het juridische systeem. Het criterium van de wettelijkheid valt uiteen in drie *subcriteria*.
  - a. **Wettelijke basis.** Afzondering en fixatie moet een wettelijke basis hebben.<sup>20</sup> Een wettelijke basis is niet noodzakelijk hetzelfde als een specifieke wet.<sup>21</sup> Het volstaat dat afzondering of fixatie verklaarbaar zijn binnen het juridische systeem. Niets sluit uit dat algemene beginselen als de noodtoestand hiervoor als basis dienen.<sup>22</sup> Ook huisreglementen<sup>23</sup> of het voorzieningsbeleid<sup>24</sup> kunnen een verklaring bieden, althans voor zover ze geen hogere rechtsnormen schenden.
  - b. **Toegankelijk en voorzienbaar.** De wettelijke basis waarop afzondering en fixatie gebaseerd zijn, moeten toegankelijk en voorzienbaar zijn. Dat betekent ten eerste dat de jongere de rechtsbasis moet kunnen kennen.<sup>25</sup> Als een voorziening fixeert of afzondert op basis van een draaiboek dat voor de jongere niet beschikbaar is, is dat bijvoorbeeld niet het geval. Ten tweede moet de band tussen de afzondering en fixatie en de rechtsbasis voldoende duidelijk zijn zodat hij zijn gedrag erop kan afstemmen.<sup>26</sup> Dat betekent niet dat absolute voorspelbaarheid vereist is. Naast essentiële elementen die uitdrukkelijk geregeld moeten zijn, kunnen de voorziening en de hulpverlener over een handelingsruimte beschikken. Hoe groter deze ruimte is, hoe meer waarborgen er moeten zijn om misbruiken te vermijden en op te sporen.
  - c. **Waarborgen tegen misbruik.** Er moeten voldoende waarborgen bestaan opdat de rechten van de jongere beschermd worden. Of aan dit criterium voldaan is, hangt in de eerste plaats af van de mate waarin afzondering en fixatie geregeld zijn. Dat hangt samen met de voorzienbaarheid. Het EHRM vereist – verwijzend naar het CPT – een gedetailleerde regeling.<sup>27</sup> Of er voldoende waarborgen zijn hangt in de tweede plaats af van hoe er tegen niet-wettelijke vormen van afzondering en fixatie opgetreden wordt of kan worden. Essentieel is de mogelijkheid om de verantwoordelijken aansprakelijk te stellen door middel van een zorgvuldig gevoerde procedure. Wanneer hierbij aan het verbod op een vernederende behandeling geraakt wordt, is strafrechtelijk optreden vereist.<sup>28</sup> Bij ernstige inmengingen in de integriteit van de jongere – waaronder onwettige afzonderingen en fixaties – moet de overheid proactief optreden.<sup>29</sup>
2. Het tweede criterium is de **legitimiteit** van het doel dat met de afzondering en fixatie wordt nagestreefd. Afzondering en fixatie raken aan het verbod op een onmenselijke en vernederende behandeling wanneer ze onder dwang worden uitgevoerd zonder dat ze noodzakelijk zijn. Van

---

<sup>20</sup> EHRM 17 juli 2012, nr. 2913/06, Munjaz/Verenigd Koninkrijk, §87.

<sup>21</sup> EHRM 24 september 1992, nr. 10533/83, Herczegfalvy/Oostenrijk, §89.

<sup>22</sup> EHRM 23 maart 2010, nr. 45901/05, MAK en RK/Verenigd Koninkrijk §67; EHRM 27 februari 2018, nr. 66490/09, Mockutė/Lithouwen, §124.

<sup>23</sup> EHRM 4 februari 2003, nr. 50901/99, Van der Ven/Nederland, §70 .

<sup>24</sup> EHRM 14 februari 2012, 13469/06, D.D./Litouwen, §184; EHRM 17 juli 2012, nr. 2913/06, Munjaz/Verenigd Koninkrijk, §87.

<sup>25</sup> EHRM 18 juni 2003, nr. 38812/97, Poltoratskiy/Oekraïne, §§ 158-160.

<sup>26</sup> Bijvoorbeeld EHRM 12 juni 2014, nr. 32860/05, L.M./Slovenië, §181.

<sup>27</sup> EHRM 17 juli 2012, nr. 2913/06, Munjaz/Verenigd Koninkrijk, §49.

<sup>28</sup> EHRM 18 oktober 2012, nr. 37679/08, Bureš/Tsjechië, §131-133.

<sup>29</sup> EHRM 19 februari 2013, nr. 1285/03, B./Roemenië, §86; EHRM 16 juni 2005, nr. 61603/00, Storck/Germany, §149-150.

noodzaak is pas sprake als de afzondering of fixatie [1] het laatste redmiddel zijn [2] om onmiddellijke of immanente schade aan de jongere of andere derden te vermijden en de [3] toepassing ervan proportioneel gebeurt.<sup>30</sup> Het enige legitieme doel binnen dit motief is het vermijden van onmiddellijke of immanente schade aan de jongere of andere derden. Wat aan de grond van dit gevaar ligt, zij het agressie, zij het rusteloosheid, is niet van belang voor zover aan het strenge gevaarscriterium zelf voldaan is.<sup>31</sup>

3. **Het derde criterium is de subsidiariteit en de proportionaliteit.**<sup>32</sup> De subsidiariteit vereist dat afzondering en fixatie slechts worden toegepast wanneer en voor zolang minder verregaande alternatieven niet volstaan. De proportionaliteit vereist een redelijke verhouding tussen de maatregel en de bedoeling ervan. Essentieel is dat - om het doel te bereiken - afzondering en fixatie *niet* op een mensenwaardige wijze worden toegepast.<sup>33</sup> De mensenwaardige behandeling bakent met andere woorden de handelingsruimte af. Binnen deze handelingsruimte moeten afzondering en fixatie pertinent zijn, i.e. adequaat zijn om het doel te bereiken. Ze mogen bovendien de vrijheid niet verder beperken dan strikt noodzakelijk is. In dat opzicht moet de verdere beperking van grondrechten afzonderlijk beoordeeld worden. Bij de proportionaliteit gaat bijkomende aandacht uit naar personen die kwetsbaarder zijn.

Om deze toetsingscriteria verder te concretiseren werd een beroep gedaan op andere mensenrechtelijke bronnen, in hoofdzaak de bronnen van het CPT. Dat leidt tot volgend toetsingskader.

Principe	Vraag	Belangrijkste aspecten van CPT-invulling	
<b>Wettelijkheid - rechtsbasis</b>	Is er een rechtsbasis die de toepassing van afzondering en fixatie kan verklaren?	Er is een duidelijke rechtsbasis vereist. Deze regelt welke vormen van afzondering en fixatie mogen worden toegepast en binnen welke grenzen dit gebeurt.	1
		Voorzieningen moeten een omvattend beleid over afzondering en fixatie uitwerken. Dit beleid is aangepast aan de aard van de voorziening.  Een beleid is omvattend wanneer minstens volgende aspecten geregeld zijn:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- De toepassingsvoorwaarden</li> <li>- De praktische uitvoering</li> <li>- Het toezicht (incl. aandacht voor mensenwaardige omgang)</li> <li>- De beëindiging (incl. debriefing)</li> <li>- De opleiding van het personeel</li> <li>- De registratie</li> <li>- De externe rapportering</li> <li>- De klachtenprocedure</li> </ul>	2
	Is de jongere voldoende op de	De jongere is op de hoogte van het beleid inzake afzondering en fixatie dat in de voorziening geldt.	3

<sup>30</sup> EHRM 18 oktober 2012, nr. 37679/08, Bureš/Tsjechië, §96-96; EHRM 19 februari 2015, nr. 75450/12, M.S./Kroatië, §104.

<sup>31</sup> EHRM 19 februari 2015, nr. 75450/12, M.S./Kroatië, §104.

<sup>32</sup> EHRM 3 juli 2012, nr. 34806/04, X/Finland, §212; EHRM 5 juli 1999, nr. 31534/96, Matter/Slovenië, §66.

<sup>33</sup> EHRM 18 oktober 2012, nr. 37679/08, Bureš/Tsjechië, §90; EHRM 27 februari 2014, nr. 31974/11, Koroviny/Rusland, §65; EHRM 19 februari 2015, nr. 75450/12, M.S./Kroatië (n°2), §102; EHRM 14 juni 2016, nr. 60103/11, Stepanian/Roemenië, §65; EHRM 14 februari 2012, 13469/06, D.D./Litouwen, §173; EHRM 24 september 1992, nr. 10533/83, Herczegfalvy/Oostenrijk, §83.

<b>Wettelijkheid – Toegankelijk en voorzienbaar</b>	hoogte van de voor hem relevante aspecten van de regels en het beleid over afzondering en fixatie?	Het beleid over afzondering en fixatie is tussen de verschillende voorzieningen voldoende uniform, maar laat toch toe een onderscheid te maken op grond van de eigenheid van de voorziening.	4
<b>Wettelijkheid – waarborgen</b>	Biedt de rechtsbasis voldoende garanties tegen misbruik?	<p>Elke afzondering en fixatie (ook medicamenteuze fixatie) wordt behoorlijk geregistreerd in een centraal register en in het individuele dossier. Behoorlijk wil zeggen dat minstens volgende zaken geregistreerd worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Begin en eind-uur</li> <li>- Omstandigheden</li> <li>- Reden</li> <li>- Naam van de verantwoordelijke voor de beslissing</li> <li>- Eventuele verwondingen bij de jongere en/of personeel</li> <li>- Eventuele opmerkingen van de jongere</li> <li>- Debriefing</li> </ul> <p>De jongere kan in het register opmerkingen maken bij een afzondering en fixatie en kan een afschrift van het register verkrijgen. Hij is van dit recht op de hoogte.</p> <p>De jongere heeft toegang tot een toegankelijke interne en externe klachtenprocedure en kan hiervoor een beroep doen op juridische bijstand.</p> <p>De frequentie en de duur van de afzondering wordt gerapporteerd aan een extern toezichtorgaan.</p>	5  6  7  8  9
<b>Legitimiteit van het doel</b>	Kunnen afzondering en fixatie om geen andere redenen worden toegepast dan om onmiddellijke of immanente schade bij de jongere of bij andere personen te vermijden?	<p>Afzondering en fixatie kunnen in het algemeen enkel worden toegepast wanneer en voor zolang er een onmiddellijke of imminente schade dreigt voor de jongere of voor andere personen. Vloeit het gevaar niet voort uit of gaat het niet gepaard met een medische nood, dan kan ook een zeer ernstig veiligheidsgevaar in de voorziening aanleiding geven tot het gebruik van afzondering.</p> <p>Afzondering en fixatie mogen niet om andere redenen (bv. straf, personeels-tekort, therapie) worden toegepast.</p> <p>Gaat het gevaar gepaard met een nood aan medische zorg, of vloeit het gevaar daaruit voort, dan kan afzondering en fixatie enkel worden toegepast op voorschrift van een arts die de jongere voorafgaand onderzoekt. Indien een voorafgaande tussenkomst van een arts niet mogelijk is, zijn er garanties dat hij onmiddellijk op de hoogte gebracht wordt, waarna hij de jongere onderzoekt. Ook het toedienen van medicamenteuze fixatie <i>pro re nata</i> kan slechts op voorschrift en mits er garanties zijn dat de jongere onmiddellijk na de toediening ervan door een arts op de hoogte gebracht wordt en het voorschrift na elke toepassing herzien wordt. Gaat het gevaar niet gepaard met een nood aan zorg en vloeit het daar niet uit voort, dan wordt de beslissing door (of op gezag van) de directie van de voorziening genomen. De gezondheidstoestand moet evenwel door een arts (of ander bevoegd medisch</p>	10  11  12

		geschoold personeelslid) worden opgevolgd. Deze komt daartoe zo snel mogelijk ter plaatse om de jongere te onderzoeken.	
<b>Subsidiariteit</b>	Kunnen afzondering en fixatie slechts toegepast worden wanneer minder verregaande alternatieven niet volstaan?	Voorzeningen zetten in de eerste plaats in op het vermijden van afzondering en fixatie, o.a. door het voorzien van een kwalitatieve en veilige leef- en behandelomgeving, voldoende personeel, voldoende en voortdurende opleiding en de ontwikkeling van alternatieven (waaronder de-escalatietechnieken).	13
	Worden afzondering en fixatie niet langer gebruikt dan nodig?	Mechanische fixatie en afzondering worden zo kort mogelijk gebruikt en worden beëindigd wanneer de onderliggende reden komt te vervallen. In het kader hiervan worden maximumtijden gehanteerd, waarna een her-evaluatie verplicht is. In het kader hiervan staat de jongere voortdurend onder toezicht van een persoon die de afzondering en fixatie kan beëindigen.	14
		Bij medicamenteuze fixatie worden enkel kortdurende middelen gebruikt.	15
<b>Proportionaliteit</b>	Zijn de personen die afzondering en fixatie toepassen hiervoor opgeleid, en gebruiken zij geschikte materialen en geschikte technieken?	Afzondering en fixatie die gepaard gaan met of voortvloeien uit een nood aan medische zorg worden enkel uitgevoerd door medisch personeel, dat daartoe bovendien specifiek is opgeleid. In andere gevallen voert daartoe opgeleid niet-medisch personeel de afzondering en fixatie uit. Externe ordehandhavers worden niet betrokken.	16
		Afzonderingsruimtes zijn specifiek ontworpen voor het afzonderen van de jongere en vormen een veilige en rustgevende omgeving.	17
		Er worden geen mensonterende technieken toegepast. Dat zijn o.a. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het in bedwang houden van een jongere door middel van een nekhouding of pijnlijke houding</li> <li>- Het in bedwang houden of mechanisch fixeren van een jongere op een wijze die de ademhaling of de mogelijkheid om te communiceren verhindert.</li> <li>- Het mechanisch fixeren door middel van handboeien (buiten een detentiecontext), voetboeien, ketens, te strakke fixatiebanden of kooibedden. Het gebruik van handboeien is wel toelaatbaar in een detentiecontext.</li> <li>- De combinatie van afzondering met het gebruik van handboeien in een detentiecontext.</li> <li>- Het gebruik van afzondering of mechanische fixatie gedurende een periode van meerdere dagen. 24 uur geldt als een absolute maximumtermijn.</li> <li>- Het gebruik van mechanische of medicamenteuze fixatie wanneer het gevaar niet voortkomt uit of gepaard gaat met een nood aan medische zorg. Als uitzondering hierop mogen er in een detentiecontext handboeien gebruikt worden.</li> </ul>	18



Is de fixatie of afzondering zo veel mogelijk aangepast aan de omstandigheden?	De wijze van afzondering en fixatie die gekozen wordt, stemt zo goed mogelijk overeen met wat de jongere wenst en houdt rekening met vroegere ervaringen.	19
	De vorm van afzondering en fixatie met de minste impact op de autonomie en de veiligheid van de jongere verdient de voorkeur. Voor zover mogelijk verdient fysieke interventie de voorkeur.	20
	De combinatie van afzondering en fixatie is slechts mogelijk indien dit de duur van de afzondering en fixatie doet dalen of indien dit noodzakelijk is om ernstige schade aan de jongere of aan derden te vermijden.	21
Is er bij de uitvoering van de afzondering en fixatie maximaal aandacht voor de grondrechten van de jongere (privacy, veiligheid, autonomie, ...)?	De grondrechten van de jongere worden bij de uitvoering van de afzondering en fixatie zoveel mogelijk gevrijwaard. Onder meer moet de jongere gepaste kledij dragen, in staat gesteld worden om zelfstandig te eten, te drinken en van het sanitair gebruik te maken. Jongeren hebben in beginsel op dezelfde wijze toegang tot communicatiemiddelen, tot onderwijs en tot buitenruimten.	22
	Afzondering en fixatie vinden plaats buiten het zicht van derden, tenzij de jongere dit anders wenst of tenzij hij bezoek wenst.	23
	Afzondering en fixatie gaan gepaard met nauwgezet toezicht. De jongere staat bij mechanische fixatie en afzondering onder voortdurend toezicht. Tenzij de jongere dit anders wil gebeurt het toezicht bij mechanische fixatie vanuit dezelfde ruimte. Bij afzondering mag het toezicht vanuit een aangrenzende ruimte gebeuren voor zover er wederzijds visueel contact mogelijk is. Cameratoezicht kan de fysieke aanwezigheid van personeel niet vervangen. Vloeit de afzondering en fixatie niet voort uit een nood aan medische zorg of gaat ze daar niet mee gepaard, dan vindt op regelmatige tijdstippen (en minimaal éénmaal daags) een medische controle plaats.	24
	Na afzondering en fixatie vinden een debriefing plaats waarin de hulpverleningsrelatie wordt hersteld en het behandel- en/of begeleidingsplan wordt bijgesteld.	25
Neemt het aantal en de intensiteit van de waarborgen toe naarmate de impact van de afzondering en fixatie toeneemt (o.w.v. de duurtijd, de kwetsbaarheid, ...)?	Naarmate de duurtijd of de frequentie van een afzondering en fixatie hoger ligt, neemt het aantal waarborgen toe. Zo moet een jongere die gedurende meerdere uren aan een afzondering en fixatie onderworpen wordt de jongere op geregelde tijdstippen onderzocht met het oog op een herziening van de afzondering en fixatie.	26
	De juridische status van wie vrijwillig in een voorziening verblijft en niet met een afzondering en fixatie akkoord gaat, wordt herzien. Tenzij de jongere binnen deze periode met de afzondering en fixatie akkoord gaat, moet de procedure voor gedwongen verblijf binnen de 24 uur opgestart worden. De jongere moet zijn instemming vrij van druk geven .	27
	Minderjarigen worden in principe niet mechanisch gefixeerd en afzonderingsprotocollen bevatten extra garanties gezien de impact op minderjarigen.	28
	Er gelden bijkomende waarborgen indien verschillende vormen van afzondering en fixatie samen worden toegepast.	29
	Bij langdurige of veelvuldige toepassing van afzondering en fixatie wordt de overplaatsing naar een meer geschikte afdeling overwogen.	30

### 3.2 Regelgeving in Vlaanderen

Wanneer afzondering en fixatie bij ernstig en acuut gevaar gebruikt worden, moet dat volgens de mensenrechtelijke bronnen gebeuren binnen een duidelijk wettelijk kader dat het gebruik ervan toelaat en bepaalde aspecten van de uitvoering regelt. Hoewel verschillende lagere regelgeving bepaalde uitvoeringsmodaliteiten regelen, zijn er slechts enkele rechtsgronden die een juridische grondslag kunnen vormen voor het feit van de afzondering en/of fixatie zelf. Dat is een gevolg van de hiërarchie tussen rechtsnormen, waarbij een lagere norm (bijvoorbeeld een besluit van de Vlaamse regering) moet worden toegepast binnen de grenzen van een hogere norm (bijvoorbeeld een door het parlement gestemde wet of een decreet).

Er zijn drie juridische grondslagen voor het gebruik van afzondering en fixatie bij ernstig en acuut gevaar.

1. De **Wet Patiëntenrechten en Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen** waarin geregeld wordt onder welke voorwaarden handelingen in de gezondheidszorg verstrekt mogen worden.
2. Het **Decreet Rechtspositie Minderjarigen** dat aan voorzieningen in de jeugdhulp toelaat om afzondering en andere vrijheidsbeperkende maatregelen – waaronder o.i. ook fixatie begrepen kan worden – te gebruiken wanneer er een zeer ernstig veiligheidsgevaar bestaat.
3. De **noodtoestand** die als ongeschreven algemene regel toelaat om bij zeer ernstig en acuut gevaar proportioneel te handelen, los van alle wetgeving.

Welke van deze rechtsgronden van toepassing is, hangt af van het type voorziening waarin de jongere verblijft en of het gebruik van afzondering of fixatie gepaard gaat met een nood aan medische zorg.

#### 3.2.1 GGZ-voorzieningen

In GGZ-voorzieningen volgen afzonderingen en fixaties vaak uit of gaan gepaard met een nood aan dringende medische hulp. Dat is ook het vermoeden dat door de mensenrechten geïnstalleerd wordt.

##### 3.2.1.1 *De Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen en de Wet Patiëntenrechten*

De koppeling met de nood aan dringende medische hulp heeft als gevolg dat afzondering en fixatie onder de uitoefening van de geneeskunde vallen en gepaard gaan met de toepassing van de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen en de Wet Patiëntenrechten. Van de uitoefening van de geneeskunde is sprake wanneer handelingen een preventief, diagnostisch of therapeutisch doel hebben (Blockx, 2014, p. 662; Goffin, 2011, p. 79).<sup>34</sup> De algemene bevoegdheid om de geneeskunde uit te oefenen wordt door de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen voorbehouden aan artsen. Niettemin kunnen ook verpleegkundigen bepaalde technische verstrekkingen stellen, hetzij op eigen initiatief, hetzij mits voorschrift van een arts. Op grond van het koninklijk besluit dat deze technische verstrekkingen regelt, kunnen verpleegkundigen zonder voorschrift afzondering, fysieke interventie en mechanische fixatie toepassen om de zorggebruiker van fysieke letsels te behoeden<sup>35</sup> en kunnen ze mits

---

<sup>34</sup> Art. 3, § 1, tweede lid en § 2, tweede lid Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, *BS* 18 juni 2015.

<sup>35</sup> Punt 5, Bijlage I KB van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, *BS* 26 juli 1990.

het voorschrift van een arts medicamenteuze fixatie gebruiken.<sup>36</sup> Verpleegkundigen kunnen deze handelingen binnen hun zorgequipe verder delegeren aan zorgkundigen die onder hun toezicht staan.<sup>37</sup> Voor andere beoefenaars van een gezondheidszorgberoep (klinisch psychologen, klinisch orthopedagogen, kinesisten, ergotherapeuten, ...) zijn er geen specifieke regels, waardoor de vraag bestaat of de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen ook hen toelaat om in het kader van hun beroepsuitoefening te fixeren wegens ernstig en dreigend gevaar. Een duidelijk antwoord op deze vraag is er niet; opdat ze bevoegd zouden zijn, moeten deze handelingen kaderen binnen het door de wet (vaak in algemene bewoordingen) omschreven takenpakket. Voor klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen betekent dat bijvoorbeeld dat ze o.a. bevoegd zijn om op grond van hun klinisch referentiekader personen autonoom te behandelen en te begeleiden (Boddez & Callens, 2017, p. 174-175).<sup>38</sup> Het is betwifelbaar of de wetgever hierbij afzondering en fixatie bij ernstig en dreigend gevaar voor ogen had. Dat deze gezondheidszorgberoepen niet bevoegd zouden zijn op grond van de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen, sluit niet uit dat ze op grond van de noodtoestand (*infra*) een rol kunnen spelen.

Dat afzondering en fixatie bij ernstig en dreigend gevaar tot de bevoegdheid van artsen, verpleegkundigen en zorgkundigen valt, heeft als gevolg dat anderen deze handelingen niet mogen stellen, tenzij occasioneel of in een spoedgeval. Dat volgt uit het misdrijf 'onwettige uitoefening van de geneeskunde' ((Opgenhaffen, 2020, p. 373-378). Ten tweede heeft dat tot gevolg dat de artsen, verpleegkundigen en zorgkundigen die deze handelingen uitvoeren dat moeten doen binnen het kader dat de **Wet Patiëntenrechten** biedt. Deze wet regelt de rechtsverhouding tussen de jongere en de beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg (o.a. artsen, verpleegkundigen, zorgkundigen, klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen). Het belangrijkste element van deze wet is zonder meer dat de jongere bij elke medische tussenkomst het recht heeft om *geïnformeerd toe te stemmen*. Bijgevolg kan wie een gezondheidszorgberoep uitoefent slechts afzondering en fixatie toepassen voor zover de jongere er vrij en voorafgaandelijk mee toestemt. Bovendien kan hij zijn toestemming steeds weer intrekken.<sup>39</sup> Zonder deze toestemming is er geen sprake van een rechtsgrond die afzondering en fixatie mogelijk maakt. Op de toestemmingsvereiste bestaan er binnen de Wet Patiëntenrechten slechts twee uitzonderingen.

1. De eerste is de **vertegenwoordigingsregeling bij beslissingsonbekwaamheid**.

Een jongere is beslissingsonbekwaam wanneer hij feitelijk niet in staat is om informatie te begrijpen en op basis hiervan een keuze te maken en uit te drukken (Swennen, 2001; Lemmens, 2014a). Beslissingsbekwaamheid is het vermogen om vrij en overwogen beslissingen te nemen (De Hert, & Wampers, 2018).<sup>40</sup> Dit is geen 'alles of niets kwestie' maar een gradueel concept dat zich situeert op een continuüm gaande van volledige beslissingsbekwaamheid, over gedeeltelijke beslissingsbekwaamheid tot volledige beslissingsonbekwaamheid (Liégeois, 2014; Liégeois, 2018). De

---

<sup>36</sup> Punt 1.7, Bijlage I KB van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, *BS* 26 juli 1990.

<sup>37</sup> Bijlage bij KB 12 januari 2006 tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen, *BS* 3 februari 2006.

<sup>38</sup> Art. 68/1, § 3, eerste lid en Art. 68/2, § 3, eerste lid Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, *BS* 18 juni 2015.

<sup>39</sup> Art. 8, §§1 en 4 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS*. 26 september 2002.

<sup>40</sup> Wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, *Parl.St.* Kamer 2001-02, nr. 50-1642/001, 40-42.

beslissingsbekwaamheid van een jongere hangt niet af van zijn aandoening of leeftijd. Ook minderjarigen kunnen beslissingsbekwaam zijn. Voor niet-medische beslissingen in de jeugdhulp wordt vanaf de leeftijd van 12 jaar de beslissingsbekwaamheid zelfs vermoed. Dat vermoeden is evenwel weerlegbaar (Put, 2015, p. 526-528).<sup>41</sup> In alle gevallen moet dus worden nagegaan of de jongere beslissingsbekwaam is. De beslissingsbekwaamheid is daarbij geen algemeen maar een specifiek concept dat situatie- en tijdsgebonden is (De Hert, & Wampers, 2018). Een jongere is dus beslissingsbekwaam of -onbekwaam voor een bepaalde handeling, op een bepaald levensdomein, in een bepaalde situatie en op een zeker moment. Zo kan een jongere beslissingsonbekwaam zijn op een moment van crisis, maar daarbuiten in staat zijn om alle beslissingen zelf te nemen (Liégeois, 2014; Liégeois, 2018). Het is verplicht om een vertegenwoordiger te betrekken wanneer de jongere beslissingsonbekwaam is.

Het is de zorgverlener/begeleider die de beslissingsbekwaamheid van de jongere beoordeelt. Er zijn geen vaste regels over hoe dat gebeurt. Wel bestaan er verschillende instrumenten die de zorgverlener/begeleider hierbij kunnen helpen. Één daarvan is ontwikkeld door Liégeois en laat toe om 10 criteria voor beslissingsbekwaamheid te scoren op een zes-puntenschaal.

1. Begrijpen informatie	----- + ++ +++
2. Toepassen informatie op eigen situatie	----- + ++ +++
3. Inzicht verwerven in eigen situatie	----- + ++ +++
4. Overwegen keuzemogelijkheden	----- + ++ +++
5. Inschatten gevolgen voor zichzelf	----- + ++ +++
6. Inschatten gevolgen voor anderen	----- + ++ +++
7. Motiveren keuze op invoelbare en begrijpelijke wijze	----- + ++ +++
8. Vrij zijn van dwingende invloeden van binnenuit	----- + ++ +++
9. Vrij zijn van dwingende invloeden van buitenaf	----- + ++ +++
10. Motiveren keuze vanuit eigen waarden en doelen	----- + ++ +++

Figuur 3 Instrument om de beslissingsbekwaamheid te evalueren, waarbij tien criteria gescoord kunnen worden op een schaal met een gradatie van plus (+, ++ en +++) en min (-; -- en ---) (Liégeois, 2018)

Dit instrument kan de zorgverlener/begeleider helpen om te beoordelen of een jongere op een bepaald moment in staat is om een bepaalde beslissing zelf te nemen. Een jongere die op de meeste van deze criteria hoog scoort, zal wellicht zelf kunnen beslissen; een jongere die op de meeste van de criteria minder hoog scoort, zal bij de besluitvorming de hulp van anderen nodig hebben. De keuze om de jongere zelf te laten beslissen dan wel anderen te betrekken, berust op het professionele oordeel van de zorgverlener/begeleider.

Acht de *zorgverlener/begeleider* de jongere **beslissingsonbekwaam**, dan moet hij de vertegenwoordiger van de jongere betrekken. Deze vertegenwoordiger krijgt de opdracht de stem van de jongere te vertolken en op zoek te gaan naar wat de jongere in dit geval zou willen.

<sup>41</sup> Art 4, § 2 Decr.VI. 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp en binnen het kader van het decreet betreffende het jeugddelinquentierecht, *BS* 4 oktober 2004.

- Is de jongere **minderjarig**, dan zijn het de **ouders of de voogd** die hem vertegenwoordigen wanneer hij beslissingsonbekwaam is.<sup>42</sup> In principe treden beide ouders samen op als vertegenwoordiger. Tenzij hij aanwijzingen heeft dat er onenigheid zou kunnen bestaan tussen de ouders, mag de *zorgverlener/begeleider* er evenwel van uitgaan dat één ouder optreedt in naam van beide ouders. Bij onenigheid tussen beide ouders, is het behalve wanneer de jongere ernstig gevaar loopt niet aan de zorgverlener/begeleider om het geschil te beslechten, maar is de tussenkomst van een rechter noodzakelijk. Wanneer één van de ouders uit het ouderlijk gezag ontzet is, treedt de andere ouder alleen op. Hetzelfde geldt wanneer de jongere maar één ouder heeft (Lemmens, 2014a; Nys, 2016; Orde der artsen, 2010).
- Is de jongere **meerderjarig**, dan wordt hij bij beslissingsonbekwaamheid in de verhouding tot een (para)medisch beroepsbeoefenaar of een psychiatrisch ziekenhuis vertegenwoordigd door in **volgorde**: (1) een vertegenwoordiger die door de jongere werd aangewezen toen hij nog beslissingsbekwaam was; (2) de bewindvoerder van de jongere; (3) de echtgenoot of samenwonende partner; (4) een meerderjarig kind; (5) een ouder; (6) een meerderjarige broer of zus (Lemmens 2014b).<sup>43</sup>

De zorgverlener/begeleider informeert de vertegenwoordiger over de toestand van de jongere en geeft in het bijzonder die informatie die de vertegenwoordiger nodig heeft om beslissingen te kunnen nemen. De vertegenwoordiger laat zich daarbij leiden door wat de jongere zelf gewild zou hebben. Daartoe wordt de jongere maximaal bij het beslissingsproces betrokken. Aan de mening van de jongere moet dus de nodige aandacht besteed worden, ook al is hij niet beslissingsbekwaam. Hoe meer de jongere aanleunt bij de beslissingsbekwaamheid, hoe meer zijn mening moet doorwegen in het besluit van de vertegenwoordiger. De eindbeslissing ligt evenwel bij de vertegenwoordiger en moet door de zorgverlener/begeleider gerespecteerd worden tenzij dat een zeer ernstig gevaar oplevert (Goffin, 2011, p. 340 en 412).<sup>44</sup>

Dat de mening van de jongere die beslissingsonbekwaam is, mee in de overweging betrokken moet worden<sup>45</sup>, betekent dat zijn verzet tegen (de uitvoering van) een beslissing de nodige aandacht verdient en aanleiding kan geven tot de herziening van een gemaakte beslissing (Delbeke, 2012, p. 721-722; Opgenhaffen, 2020, p. 141).

Dat kan op o.i. op twee manieren. Ten eerste kan verzet kan aanleiding geven tot een heroverweging van de beslissingsonbekwaamheid van de jongere. Indien uit het verzet en de wijze waarop dat geuit wordt, blijkt dat de jongere alsnog beslissingsbekwaam is, dan herroept het verzet de beslissing van de vertegenwoordiger. Ten tweede kan verzet – wanneer het geen aanleiding geeft tot de heroverweging van de beslissingsonbekwaamheid – aanleiding geven tot een heroverweging van de door de vertegenwoordiger genomen beslissing.

2. De tweede is het **spoedgeval**. Dit is het geval waarin het niet duidelijk is wat de jongere wil en onmiddellijk optreden noodzakelijk is. Dan mag de arts (of verpleegkundige) zonder instemming ingrijpen voor zover dat in het onmiddellijke belang is van zijn gezondheid (D'Haese, 2010, p. 441).<sup>46</sup> Het spoedgeval kan een langdurige toepassing van afzondering en fixatie niet verantwoorden. De

---

<sup>42</sup> Art. 12, § 1 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002.

<sup>43</sup> Art. 14 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002.

<sup>44</sup> Art 15, §2 Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002.

<sup>45</sup> Art 12, §2 en 14§4 Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002.

<sup>46</sup> Art. 8, § 5 Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002.

beroepsbeoefenaar moet immers zo snel mogelijk de instemming van de jongere of zijn vertegenwoordiger verkrijgen.<sup>47</sup>

Een spoedgeval mag niet gelijkgesteld worden met een 'noodtoestand' (*infra*). Bij een spoedgeval mag niet tegen de gekende wil van de patiënt in gehandeld worden. Bij een noodtoestand mag dat wel (Opgenhaffen, 2020, p. 259; *contra* Technische Commissie voor Verpleegkunde, 2007, p. 7).

Afzondering en fixatie bij ernstig en dreigend gevaar zijn in een GGZ-context in principe dus handelingen die voorbehouden zijn aan artsen enerzijds en (in bepaalde specifieke gevallen) aan verpleegkundigen en zorgkundigen anderzijds. Bij de toepassing dienen zij de Wet Patiëntenrechten te respecteren. Bijzondere aandacht gaat hierbij uit naar de toestemmingsvereiste. Hierdoor zijn afzondering en fixatie slechts in vier gevallen mogelijk: [1] wanneer de beslissingsbekwame jongere met de toepassing ervan instemt; [2] wanneer de vertegenwoordiger van de beslissingsonbekwame zorggebruiker ermee instemt en hiermee vertegenwoordigt wat de zorggebruiker zelf gewild zou hebben; [3] wanneer de vertegenwoordiger van de beslissingsonbekwame zorggebruiker weigert in te stemmen, maar deze weigering een bedreiging voor het leven of een ernstige aantasting van de gezondheid van de zorggebruiker met zich meebrengt; en [4] het spoedgeval waarin de wil van de beslissingsonbekwame zorggebruiker (nog) niet gekend is (Opgenhaffen, 2020, p. 432).

### 3.2.1.2 De noodtoestand

Waar een beroep op de Wet Patiëntenrechten en de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen juridisch de te volgen weg is, zal afzondering en fixatie bij ernstig en dreigend gevaar in de praktijk veelal gelegitimeerd worden vanuit de noodtoestand. De noodtoestand is een algemene rechtsgrond die het plegen van een strafbaar feit rechtvaardigt (afzondering en fixatie die plaatsvinden zonder rechtsgrond zijn strafbaar) wanneer er een actueel, ernstig en zeker gevaar bestaat voor een hoger belang (Dierickx, 2007).<sup>48</sup> Toegepast op afzondering en fixatie betekent dit dat het in uitzonderlijke gevallen toegelaten is de integriteit van een jongere te schenden wanneer hiermee erger kwaad (bijvoorbeeld schade aan derden) vermeden wordt.

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

1. Het doel van de afzondering en fixatie moet rechtsmaatschappelijk hoger of minstens evenwaardig gewaardeerd worden als de autonomie en de integriteit van de jongere. Dit is bijvoorbeeld het geval voor de fysieke integriteit van derden. De bescherming van goederen staat echter niet op dezelfde hoogte als de autonomie en integriteit van de jongere, zodat de jongere die enkel een gevaar betekent voor goederen niet op grond van de noodtoestand afgezonderd of gefixeerd mag worden (De Herdt, 2014, p. 670-685).<sup>49</sup>
2. Ten tweede moet het gevaar dat met de afzondering en fixatie vermeden wordt, ernstig, dreigend en nabij (acuut) zijn.<sup>50</sup> Een gevaar in het verleden of de verre toekomst kunnen de afzondering of fixatie van een jongere niet verantwoorden.<sup>51</sup>

---

<sup>47</sup> Wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, *Parl.St.* Kamer 2001-02, nr. 50-1642/001, 29.

<sup>48</sup> Cass. 4 maart 2014, *Arr.Cass.* 2014, 594.

<sup>49</sup> Brussel 13 januari 2015, *AM* 2015, 290, noot.

<sup>50</sup> Zie bv. Luik 25 mei 2009, *T.Gez.* 2009-10, 44, noot N.C.B.

<sup>51</sup> Gent 23 december 2014, *RW* 2015-16, 464.

3. Ten derde rechtvaardigt de noodtoestand afzondering en fixatie slechts voor zover de toepassing ervan subsidiair en proportioneel gebeurt. De proportionaliteit brengt met zich mee dat fixaties en afzonderingen niet langer mogen duren dan nodig is om het hogere rechtsgoed te beschermen, en dat ze niet verder mogen gaan dan strikt noodzakelijk voor deze bescherming. De subsidiariteit brengt met zich mee dat afzondering en fixatie slechts mogelijk zijn wanneer het hoger rechtsgoed niet op een andere minder verregerende manier beschermd kan worden.

De noodtoestand is een algemene rechtsgrond; dat betekent dat iedereen zich erop kan beroepen. Ook personen die op grond van de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen niet bevoegd zijn om af te zonderen en te fixeren bij ernstig en dreigend gevaar (of personen waarvan de bevoegdheid niet duidelijk is) kunnen op de noodtoestand beroep doen. Daarbij is wel van belang dat de noodtoestand subsidiair is; de tussenkomst van wie niet bevoegd is op grond van de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen, is slechts toelaatbaar voor zover een beroep op personen die wel bevoegd zijn niet (tijdig) mogelijk is. De subsidiariteit van de noodtoestand houdt ook in dat artsen, verpleegkundigen en zorgkundigen zich in de eerste plaats op de Wet Patiëntenrechten moeten beroepen; er kan slechts beroep gedaan worden op de noodtoestand wanneer de ernstige gevaarsituatie niet via deze weg kan worden opgelost. Het staat vast dat wanneer de Wet Patiëntenrechten niet van toepassing is – bijvoorbeeld omdat een jongere die beslissingsbekwaam is een afzondering en fixatie weigert maar daardoor derden in gevaar brengt – een arts (of verpleegkundige) zich op de noodtoestand kan beroepen. De noodtoestand laat immers toe om een afweging te maken tussen de belangen van de jongere en de belangen van derden. Een heikele kwestie is echter of de arts of verpleegkundige zich op de noodtoestand kan beroepen wanneer een beslissingsbekwame jongere een afzondering en fixatie weigert maar hiermee enkel zichzelf in gevaar brengt. In dat geval komt het zelfbeschikkingsrecht in conflict met de hulpverleningsplicht. Veel rechtsleer stelt dat in dergelijke gevallen het zelfbeschikkingsrecht primeert, zelfs al maakt de geïnformeerde jongere een levensgevaarlijke keuze (Veys, 2008, p. 137; Lemmens, 2014b, p. 1045). Dit zou kunnen volgen uit de subsidiariteitseis; de noodtoestand kan maar ingeroepen worden wanneer het recht geen andere optie biedt. In dit geval wordt deze optie wel geboden, met name in het zelfbeschikkingsrecht uit de Wet Patiëntenrechten. Het valt evenwel te betwisten of hieruit volgt dat een arts of verpleegkundige niet mag ingrijpen, dan wel of het ingrijpen nog omzichtiger moet gebeuren (Opgenhaffen, 2018, p. 93).

Wellicht zullen beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg bij ernstig en acuut gevaar meestal eerst ingrijpen op grond van het spoedgeval of de noodtoestand. Omwille van de subsidiariteitseis kan dat evenwel niet langdurig, zodat ze zo snel mogelijk naar de algemene regels van de Wet patiëntenrechten – en dus een toestemming van de jongere of zijn vertegenwoordiger – moeten streven.

### 3.2.1.3 *De modaliteiten van afzondering en fixatie*

Naast de rechtsgrond, zijn er verschillende wettelijke bepalingen die modaliteiten koppelen aan het gebruik van afzondering en fixatie in psychiatrische ziekenhuizen. Deze liggen verspreid over verschillende normen en zijn ruwweg als volgt samen te vatten.

1. Psychiatrische afdelingen A, T en K moeten over een afzonderingsruimte beschikken. Deze ruimte bevindt zich dicht bij een wachtpost, voldoet aan de eisen inzake verlichting, verluchting en comfort en is zodanig ingericht dat de veiligheid van de zorggebruiker gewaarborgd is.<sup>52</sup>
2. Voorzieningen waar zorggebruikers gedwongen verblijven moeten afzondering en fixatie regelen in het interne reglement van de voorziening en moeten intensief en regelmatig toezicht houden bij de toepassing van afzonderingsmaatregelen.<sup>53</sup>
3. Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen moeten de omzendbrief Weckx respecteren. Deze legt regels op over veiligheid, comfort en privacy in de afzonderingsruimte, de registratie van afzondering, de intensieve behandeling en verzorging bij afzondering. Bovendien laat het afzondering enkel toe als 'therapeutische maatregel' (i.e. o.i. als het gepaard gaat met een nood aan medische zorg) en wordt de arts-diensthoofd aangeduid als eindverantwoordelijke.<sup>54</sup>
4. Wat medicatie betreft zijn psychiatrische ziekenhuizen gehouden aan tal van specifieke erkenningsnormen.<sup>55</sup> Deze zijn niet bedoeld voor de toepassing van afzondering en fixatie, maar hebben er wel een invloed op.

Voor andere types voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn er geen nadere regels.

### 3.2.2 Residentiële jeugdhulpvoorzieningen & VAPH-voorzieningen

#### 3.2.2.1 *Afzondering vloeit niet voort uit en gaat niet gepaard met een nood aan dringende medische hulp*

Voorzieningen en hulpverleners die onder het toepassingsgebied van het Decreet Rechtspositie Minderjarigen vallen (in het kader van dit onderzoek i.h.b.: gemeenschapsinstellingen, organisaties in de bijzondere jeugdzorg, MFC's, IPO's, OOC's, Observatie- en behandelcentra, GES+, Centra voor kindercare en gezinsondersteuning en Centra voor integrale gezinszorg, IPO's) kunnen zich voor wat **afzondering** betreft op dat decreet beroepen. Het Decreet Rechtspositie Minderjarigen laat afzondering toe wanneer en voor zolang het gedrag van de jongere hetzij risico's inhoudt voor de eigen fysieke integriteit, hetzij risico's inhoudt voor de fysieke integriteit van medebewoners of personeelsleden of materieelvernietigend werkt (Carlé, Opgenhaffen, Put & Pleysier, 2020, p. 283-285).<sup>56</sup>

De parlementaire voorbereiding van het Decreet Rechtspositie Minderjarigen duidt het onderscheid tussen risico's voor de jongere enerzijds en risico's voor derden en materiaal anderzijds. Beide aanleidingen brengen volgens de parlementaire voorbereiding een andere houding van de voorziening met

---

<sup>52</sup> KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, BS 7 november 1964.

<sup>53</sup> KB van 18 juli 1991 ter uitvoering van artikel 36 van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, BS 26 juli 1991.

<sup>54</sup> Omz. VI. 24 oktober 1990 betreffende afzondering van patiënten opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen en in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen.

<sup>55</sup> Zie o.m. KB van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend, BS 23-03-1991; KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, BS 7 november 1964.

<sup>56</sup> Art. 28, §3 Decr.VI. 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp en binnen het kader van het decreet betreffende het jeugddelinquentierecht, BS 4 oktober 2004.



zich mee. In het eerste geval vindt de afzondering plaats in het belang van de veiligheid van de jongere en gaat het om maatregelen die worden opgenomen in het handelingsplan en die uitgevoerd worden met maximale betrokkenheid van de jongere. In het tweede geval vindt de afzondering plaats in het belang van de veiligheid in de voorziening en gaat het om een maatregel die deel moet uitmaken van een (meer gestandaardiseerde) procedure die uitgeschreven wordt en voor alle betrokkenen voorstelbaar moet zijn.<sup>57</sup>

Bij deze rechtsgrond horen drie bedenkingen:

1. Ten eerste biedt het Decreet geen rechtsgrond voor het gebruik van fixatie.
2. Ten tweede is deze rechtsgrond niet van toepassing wanneer een afzondering gepaard gaat met een nood aan medische zorg. Dat volgt niet enkel uit een mensenrechtelijke interpretatie van het nationale recht, maar ook uit de bevoegdheidsverdeling tussen de federale en de Vlaamse wetgever. Afzondering die gepaard gaat met een nood aan medische zorg valt immers onder de federale bevoegdheid inzake de uitoefening van de geneeskunde (en is door de federale wetgever voorbehouden aan artsen, verpleegkundigen en zorgkundigen). Dat wordt bovendien ondersteund door het decreet zelf, dat expliciet voorrang verleent aan de Wet Patiëntenrechten.<sup>58</sup>
3. Ten derde is het door het decreet gehanteerde toepassingscriterium ruimer dan de mensenrechtelijke omschrijving voor ernstig en acuut gevaar.

Het Decreet Rechtspositie Minderjarigen zelf bevat naast dit toepassingscriterium geen verdere regels over de uitvoering van afzondering.

Voor **organisaties in de bijzondere jeugdzorg, O.O.C.'s, Observatie- en behandelcentra en GES+** bevatten de erkenningsnormen wel nadere regels. Daarin wordt afzondering omschreven als het verblijf een jongere in een individuele afzonderingskamer die daarvoor speciaal voorzien is, of in een andere individuele ruimte, die de jongere niet zelfstandig kan verlaten<sup>59</sup> en de afzonderingskamer gedefinieerd als een specifiek veilig ingerichte, hoog beveiligde ruimte die de minderjarige niet zelfstandig kan verlaten.<sup>60</sup> Enkel GES+ -voorzieningen zijn verplicht om in de mogelijkheid van afzondering te voorzien.<sup>61</sup> Voorzieningen die afzondering gebruiken (of andere vrijheidsbeperkende maatregelen nemen) voor de veiligheid van de jongere, andere minderjarigen of het personeel, moeten daartoe over een bij opname bekendgemaakt huishoudelijk reglement beschikken. Dat reglement beschrijft de inrichting van de afzonderingskamer, de wijze van registratie, de duur van de afzondering – waarbij wij ervan uitgaan dat hiermee de *maximale* duur bedoeld wordt – en het toezicht op en de mogelijkheden tot contact van de jongere.<sup>62</sup> Bovendien zou men de erkenningsnormen zo kunnen interpreteren dat afzondering steeds

---

<sup>57</sup> Voorstel van decreet van 29 januari 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp, *Parl. St.* VI. Parl. 2003-04, stuk 2063/1, 24-25.

<sup>58</sup> Art. 3, § 1, derde lid Decr.VI. 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp en binnen het kader van het decreet betreffende het jeugddelinquentierecht, *BS* 4 oktober 2004.

<sup>59</sup> Art 1, 3°/1 BVR 5 april 2019 betreffende de erkenningsvoorwaarden en de subsidiënormen voor voorzieningen in de jeugdhulp, *BS* 12 juli 2019.

<sup>60</sup> Art 1, 3°/2 BVR 5 april 2019 betreffende de erkenningsvoorwaarden en de subsidiënormen voor voorzieningen in de jeugdhulp, *BS* 12 juli 2019.

<sup>61</sup> 27/2, 5° BVR 5 april 2019 betreffende de erkenningsvoorwaarden en de subsidiënormen voor voorzieningen in de jeugdhulp, *BS* 12 juli 2019.

<sup>62</sup> Art. 15, 7/1°; art. 19, °5; art 27/1, 5° en 27/2, 5° BVR 5 april 2019 betreffende de erkenningsvoorwaarden en de subsidiënormen voor voorzieningen in de jeugdhulp, *BS* 12 juli 2019.

een ernstige gebeurtenis is die onverwijld en binnen achtenveertig uur gemeld moet worden aan de administratie en, in voorkomend geval, aan de gemandateerde voorziening of aan de jeugdrechtbank en de sociale dienst.<sup>63</sup> Voor **Centra voor kinderschape en gezinsondersteuning** en **Centra voor integrale gezinszorg** bestaan geen verdere regels.

Ook voor **multifunctionele centra voor jongeren met een handicap** zijn er bijkomende regels in de erkenningsnormen. Deze regels bieden o.i. geen zelfstandige rechtsgrond voor de toepassing van afzondering en fixatie en moeten daardoor binnen de grenzen van het Decreet Rechtspositie Minderjarigen gelezen worden. De erkenningsnormen bevatten geen definitie voor afzondering. Naast een herhaling van het toepassingscriterium uit het Decreet Rechtspositie Minderjarigen, spreken de erkenningsnormen zich ten eerste uit over de beëindiging van de maatregel. De maatregel wordt beëindigd wanneer 'de toestand van de gebruiker doet veronderstellen dat het oorspronkelijke gedrag zal uitblijven'.<sup>64</sup> Dit criterium is in gevallen van afzondering en fixatie wegens ernstig en acuut gevaar, te ruim. Ten tweede vereisen de erkenningsnormen dat de voorziening afzondering en fixatie in zijn procedures opneemt. Minstens gaat de procedure in op de wijze waarop afzondering wordt toegepast, de wijze waarop de wettelijke vertegenwoordiger op de hoogte wordt gebracht en de wijze waarop toezicht wordt gehouden.<sup>65</sup> Afzondering maakt tot slot ook deel uit van het kwaliteitshandboek.<sup>66</sup> Voor **IPO's** bestaan er geen nadere regels.

In **Gemeenschapsinstellingen** worden de modaliteiten omvangrijk omschreven in het huishoudelijk reglement, de gedragscode en de procedure bij afzondering. Een analyse van deze regels is terug te vinden in het onderzoeksrapport over de rechtspositie van minderjarigen in de gesloten opvang (Carlé, Opgenhaffen, Put & Pleysier, 2020, p. 284-286).

### 3.2.2.2 *Fixatie vloeit niet voort uit en gaat niet gepaard met een nood aan medische hulp*

Het Decreet Rechtspositie Minderjarigen bevat geen expliciete rechtsgrond voor het gebruik van fixatie wanneer deze niet gepaard gaat met een nood aan medische zorg. Wel biedt het Decreet in algemene bewoordingen aan jeugdhulpaanbieders de mogelijkheid om de vrijheid van de jongere tijdelijk te beperken voor zover zijn gedrag risico's inhoudt voor de eigen fysieke integriteit, of risico's inhoudt voor de fysieke integriteit van medebewoners of personeelsleden of materieelvernietigend werkt.<sup>67</sup> Wordt deze rechtsgrond geïnterpreteerd in het licht van de mensenrechtelijke bronnen en de bevoegdheidsverdeling in het nationale recht, dan kan deze rechtsgrond enkel gebruikt worden voor **fysieke interventies**. Medicamenteuze en mechanische fixatie (behoudens het gebruik van handboeien in een detentiecontext) mogen vanuit mensenrechtelijk oogpunt immers enkel gebruikt worden als dat vanuit medisch oogpunt nodig is en behoren wanneer deze medische noodzaak er is vanuit nationaalrechtelijk oogpunt

---

<sup>63</sup> Art. 11, tweede lid, 17° BVR 5 april 2019 betreffende de erkenningsvoorwaarden en de subsidiënormen voor voorzieningen in de jeugdhulp, BS 12 juli 2019.

<sup>64</sup> Art 45, §1, tweede lid 4 februari 2011 betreffende de algemene erkenningsvoorwaarden en kwaliteitszorg van voorzieningen voor opvang, behandeling en begeleiding van personen met een handicap, BS 8 april 2011.

<sup>65</sup> Art 45 §1, 4 februari 2011 betreffende de algemene erkenningsvoorwaarden en kwaliteitszorg van voorzieningen voor opvang, behandeling en begeleiding van personen met een handicap, BS 8 april 2011.

<sup>66</sup> Bijlage 3 4 februari 2011 betreffende de algemene erkenningsvoorwaarden en kwaliteitszorg van voorzieningen voor opvang, behandeling en begeleiding van personen met een handicap, BS 8 april 2011.

<sup>67</sup> Art. 28, §3 Decr.VI. 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp en binnen het kader van het decreet betreffende het jeugddelinquentierecht, BS 4 oktober 2004.

tot de federale residuaire bevoegdheid inzake de uitoefening van de geneeskunde.<sup>68</sup> Deze **andere fixatievormen** zouden naar Belgisch recht in theorie op grond van de noodtoestand (*infra.*) kunnen worden uitgevoerd, al wordt dat door de mensenrechten ontoelaatbaar geacht.

Fysieke interventies die op grond van deze bepaling in het Decreet Rechtspositie Minderjarigen worden uitgevoerd, moeten worden opgenomen in het huishoudelijk reglement.<sup>69</sup> Ook een fysieke interventie ten gevolge van een ernstig en acuut gevaar, zou als ernstige gebeurtenis gezien kunnen worden. In dat geval moet ze onverwijld en binnen achtenveertig uur gemeld worden aan de administratie en, in voorkomend geval, aan de gemandateerde voorziening of aan de jeugdrechtbank en de sociale dienst.<sup>70</sup>

### 3.2.2.3 Afzondering of fixatie vloeit voort uit of gaat gepaard met een nood aan medische hulp

Als afzondering en fixatie in een jeugdhulpvoorziening voortvloeien uit of gepaard gaan met een nood aan medische zorg, dan gaat het om medische handelingen die op grond van de **Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen** toevertrouwd zijn aan personen die een bepaald gezondheidszorgberoep uitoefenen (*supra*) (Carlé, Opgenhaffen, Put & Pleysier, 2020, p. 289-290). Afzondering en fixatie kunnen op dat moment immers niet los gezien worden van een vanuit medisch oogpunt preventief optreden. Zoals eerder beschreven worden door de wet artsen, verpleegkundigen en (onder toezicht) zorgkundigen aangewezen als de belangrijkste actoren. Of ook andere beoefenaars volgens de wetgever bevoegd zijn om over afzondering en fixatie te beslissen, is niet duidelijk, al kan de noodtoestand voor hen een uitweg bieden.

Dat afzondering en fixatie in dat geval binnen het toepassingsgebied van de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen valt, heeft tot gevolg dat medische beroepen erin het voortouw moeten nemen. Het betekent bovendien dat ze bij de beslissing tot en de uitvoering van afzondering en fixatie een beroep doen op een rechtsgrond die hen toelaat om over afzondering en fixatie te beslissen en de maatregel uit te voeren. Het Decreet Rechtspositie Minderjarigen is daartoe niet geschikt: deze rechtsgrond verleent immers voorrang aan de Wet Patiëntenrechten wanneer het de relatie tussen de jongere en de beroepsbeoefenaar betreft.<sup>71</sup> De beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg kan wel een beroep doen op de hoger besproken Wet Patiëntenrechten of noodtoestand. Net als in de geestelijke gezondheidszorg zal een afzondering of fixatie in dit geval in de meeste gevallen samenvallen met de toepassing van de noodtoestand (*supra*).

De gezondheidsrechtelijke logica sluit niet uit dat ook niet-medisch personeel een rol kan spelen; in veel van de voorzieningen is er immers geen voortdurende medische permanentie, en kan medisch personeel wanneer er zich een ernstig en acuut veiligheidsgevaar voordoet niet tijdig aanwezig zijn. Voor zover het veiligheidsgevaar samenvalt met de noodtoestand, kunnen zij ook anderen handelingen stellen om dat gevaar te doen wijken en mogen zij daarbij op proportionele wijze gebruik maken van afzondering en fixatie. De noodtoestand is immers niet enkel van toepassing op beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg, maar op iedereen die in een ernstige gevaarssituatie terecht komt (*supra*). Bij de

---

<sup>68</sup> T. OPGENHAFFEN, *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*, Antwerpen, Intersentia, 2020, 337-338 en 431-436.

<sup>69</sup> Art. 15, 7/1°; art. 19, °5; art 27/1, 5° en 27/2, 5° BVR 5 april 2019 betreffende de erkenningsvoorwaarden en de subsidiënormen voor voorzieningen in de jeugdhulp, BS 12 juli 2019.

<sup>70</sup> Art. 11, tweede lid, 17° BVR 5 april 2019 betreffende de erkenningsvoorwaarden en de subsidiënormen voor voorzieningen in de jeugdhulp, BS 12 juli 2019.;

<sup>71</sup> Art. 3, § 1, derde lid Decr.VI. 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp en binnen het kader van het decreet betreffende het jeugd-delinquentierecht, BS 4 oktober 2004.

toepassing van de noodtoestand in dat geval zijn er twee belangrijke aandachtspunten. Ten eerste geldt de eis van proportionaliteit. Deze houdt o.i. niet enkel in dat de betrokken hulpverlener voor de minst ingrijpende maatregel kiest, maar ook dat hij kiest voor een maatregel die hij veilig kan uitvoeren. Vanuit mensenrechtelijk oogpunt zijn mechanische fixatie en medicamenteuze fixatie in dit geval dan ook niet toelaatbaar (*supra*). Ten tweede geldt de eis van subsidiariteit; deze heeft niet enkel tot gevolg dat de betrokken hulpverlener de maatregel stopzet wanneer het ernstig en acuut gevaar verdwijnt, maar ook dat hij zo snel mogelijk een beroep doet op een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die inzake *wel* bevoegd is en de verantwoordelijkheid overneemt.

#### 4 Straf

Een tweede reden voor het gebruik van afzondering of fixatie waarvoor de toelaatbaarheid onderzocht is, is als straf. Daarvan is sprake wanneer afzondering of fixatie toegepast wordt zonder dat een ernstig en acuut veiligheidsgevaar dat noodzakelijk maakt, en het gebruik louter bedoeld is om leed toe te voegen of om de jongere een les te leren. Een voorbeeld is om een jongere na een incident – wanneer het gevaar geweken is – op te sluiten om hem voor dat incident te straffen of om de jongere na een ernstig veiligheidsincident langer dan nodig in de afzonderingskamer te houden opdat hij van zijn gedrag zou leren.

De mensenrechtelijke bronnen zijn het erover eens dat **fixatie** (fysieke interventie, mechanische fixatie en medicamenteuze fixatie) nooit als straf gebruikt mag worden.<sup>72</sup> Ook over het gebruik van **afzondering** in een niet-detentiecontext bestaat er een mensenrechtelijke consensus dat dit niet toelaatbaar is (Carlé, Opgenhaffen, Put & Pleysier, 2020, p. 248).

Over **afzondering** in een detentiecontext zijn de bronnen minder éénvoudig. Waar een groot deel van de mensenrechtelijke bronnen afzondering ook ontoelaatbaar acht t.a.v. jongeren die een misdrijf pleegden en omwille daarvan als straf opgesloten worden in een voorziening<sup>73</sup>, neemt het CPT – het mensenrechtenorgaan dat voor dit toetsingskader als uitgangspunt geldt – een andere houding aan over de toelaatbaarheid van afzondering als straf t.a.v. deze jongeren. Het CPT ontraadt het gebruik van afzondering als straf ten stelligste en streeft naar een volledige uitbanning van deze praktijk, maar staat het gebruik ervan – onder strikte voorwaarden – uitzonderlijk toch toe.<sup>74</sup> Deze voorwaarden hebben betrekking op onder meer de besluitvorming, de procedure, de duurtijd, het toezicht en de rechten van de gestrafte jongere (Carlé, Opgenhaffen, Put & Pleysier, 2020, p. 249-251).

---

<sup>72</sup> Polen 2017, CPT/Inf(2018)39, § 105; Moldavië 2018, CPT/Inf (2018)) 49, § 58; Resolutie 40/33 van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (29 november 1985), *UN Doc. A/RES/40/33* (1985), § 17.3; Aanbeveling van het Comité van Ministers (2008)11 van 5 november 2008 inzake ‘European Rules for juvenile offenders subject to sanctions or measures’, § 72.1.

<sup>73</sup> Peru 2013, 09/08/2011, Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CAT/OP/PER/1, § 102; General comment nr. 24 bij het Verdrag van 20 november 1989 inzake de rechten van het kind, § 95; Resolutie 45/113 van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (14 december 1990), *UN Doc. A/RES/45/113* (1990), § 67; Resolutie 70/175 van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (8 januari 2016), *UN Doc. A/RES/70/175* (2016), § 45.1; Resolutie 45/113 van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (14 december 1990), *UN Doc. A/RES/45/113* (1990), § 95.2.

<sup>74</sup> Standards of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment on Juveniles deprived of their liberty under criminal legislation CPT/Inf(2015)1-part rev1., §128; Moldavië 2018, CPT/Inf (2018)49, § 56; Montenegro 2017, CPT/Inf(2019)2, § 170; Spanje 2016, CPT/Inf(2017)34, § 133; Verenigd Koninkrijk 2016, CPT/Inf(2017)9, § 98.

Het is niet duidelijk op welk soort voorzieningen in Vlaanderen deze uitzonderlijke toelaatbaarheid op grond van het CPT betrekking zou kunnen hebben. Vooral wat de Gemeenschapsinstellingen betreft kan hierover twijfel bestaan. De CPT-landenrapporten waar deze praktijk in aan bod komt, gaan meestal over detentiecentra waar jongeren vanuit een beveiligingslogica en een bestraffende logica na een misdrijf worden opgesloten. In Vlaanderen lijkt dat overeen te komen met het Vlaams detentiecentrum, dat geen onderdeel uitmaakt van dit onderzoek. Of ook Gemeenschapsinstellingen hieronder zouden kunnen vallen, is niet duidelijk; al spreekt het voor zich dat Gemeenschapsinstellingen die afzondering als straf gebruiken, dat binnen de mensenrechtelijke grenzen moeten doen. In alle andere voorzieningen is het o.i. duidelijk dat het CPT afzondering als straf ontoelaatbaar is, zelfs al verblijft de jongere er n.a.v. een misdrijf.

Doordat afzondering als straf vanuit klinisch en (ortho)pedagogisch oogpunt ook in Gemeenschapsinstellingen ontoelaatbaar is, wordt deze onduidelijkheid ten dele ontmijnd. Op basis van de klinische en (ortho)pedagogische evidentie moet de intersectorale richtlijn immers besluiten dat afzondering als straf in de onderzochte sectoren *steeds* ontoelaatbaar is (zie deel 5.1 van Hoofdstuk 1). De intersectorale richtlijn is daarmee strenger dan het CPT, maar in lijn met andere mensenrechtenorganen en met de oproep van het CPT om deze praktijk uit te bannen.

Omdat afzondering als straf op grond van de interdisciplinaire methode die de richtlijn onderbouwt in geen enkele voorziening in dit onderzoek toelaatbaar is, is het niet nodig om voor deze praktijk een mensenrechtelijk toetsingskader te ontwikkelen. Wel verwijzen we naar een eerder onderzoek van het Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin over de Rechtspositie van minderjarigen in de gesloten opvang. Daarin wordt wel een toetsingskader ontwikkeld voor de toepassing van afzondering als straf in het Vlaams Detentiecentrum en de Gemeenschapsinstellingen en wordt de regelgeving die op straf in de Gemeenschapsinstellingen van toepassing is hiermee beoordeeld (Carlé, Ogenhaffen, Put & Pleysier, 2020, p. 249-251 en 273-282).

Om dezelfde reden bespreekt dit onderzoek ook het nationale rechtskader dat op afzondering en fixatie als straf van toepassing is niet. Wel wijzen we erop dat er - voor wat betreft de in dit onderzoek betrokken voorzieningen - geen duidelijke rechtsgrond bestaat die het gebruik van afzondering en fixatie als straf toelaat, waardoor het gebruik ervan ook op grond van het nationale recht verboden is. Hoger kwam aan bod dat afzondering en fixatie immers op een rechtsgrond moeten berusten (*supra*). Dat afzondering en fixatie niet als straf gebruikt mogen worden, wordt voor jongeren in de jeugdhulp bovendien ook door het Decreet Rechtspositie Minderjarigen ondersteund. Volgens dat decreet mogen jeugdhulp-aanbieders geen traumatiserende straf hanteren en mogen ze jongeren niet onderwerpen aan onmenselijke of ontorende straffen.<sup>75</sup> Lichamelijke straffen en geestelijk geweld worden expliciet verboden.<sup>76</sup> Het Decreet Rechtspositie Minderjarigen kent specifieke regels over afzondering "indien en zolang" er een veiligheidsgevaar bestaat. Ook dat sluit een toepassing ervan als straf o.i. uit.<sup>77</sup> Ondanks deze be-

---

<sup>75</sup> Art. 27 en 28, §1 Decr.VI. 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp en binnen het kader van het decreet betreffende het jeugddelinquentierecht, *BS* 4 oktober 2004.

<sup>76</sup> Art. 28, § 2 Decr.VI. 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp en binnen het kader van het decreet betreffende het jeugddelinquentierecht, *BS* 4 oktober 2004.

<sup>77</sup> Art. 28, § 3 Decr.VI. 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp en binnen het kader van het decreet betreffende het jeugddelinquentierecht, *BS* 4 oktober 2004.; Voorstel van decreet van 29 januari 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp, *Parl. St.* VI. Parl. 2003-04, stuk 2063/1, 24-25.

palingen in het Decreet Rechtspositie Minderjarigen zijn er in de huisregels van de gemeenschapsinstellingen indicaties terug te vinden dat afzondering als straf kan worden toegepast.<sup>78</sup> Voor wat jongeren in andere sectoren betreft, volgt een verbod op afzondering als straf impliciet uit de Wet Patiëntenrechten en de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen en uit het strafrecht (Opgenhaffen, 2020, p. 355-385).

## 5 Potentieel gevaar – Ontwikkeling en ontplooiing

### 5.1 Toetsingskader

Er bestaat een overvloed aan mensenrechtelijke bronnen over afzondering en fixatie bij ernstig en acuut gevaar en over de al dan niet toelaatbaarheid van afzondering als straf. Deze bronnen zijn erg gestructureerd en gedetailleerd en wekken de indruk dat afzondering of fixatie enkel gebruikt mag worden bij ernstig en acuut gevaar (en volgens sommige bronnen uitzonderlijk als straf in detentiecontext voor wat afzondering betreft). Niettemin stelt het CPT in een beperkt aantal landenrapporten vast dat afzondering en fixatie ook buiten deze twee gevallen wordt ingeschakeld. De situaties waarin dit aanbod komt zijn beperkt en divers. In sommige gevallen worden ze gedoogd.

Enkele voorbeelden kunnen dat duiden:

<p><a href="#">Lithouwen 2016, CPT/Inf (2018) 2, §118-119</a></p>	<p>In een <b>voorziening voor personen met een handicap</b> (vaak in combinatie met een GGZ-problematiek hebben) wordt volgens de beleidsteksten van de voorziening afzondering gebruikt om geagiteerde bewoners te kalmeren, en wordt fixatie gebruikt om valrisico te beperken, om medische behandelingen mogelijk te maken en ook om geagiteerde bewoners te kalmeren. Het gebruik ervan is in de tijd beperkt (4u/episode). Het CPT aanvaardt dat deze maatregelen gebruikt kunnen worden, maar vereist wel een duidelijke wettelijke basis (die de afzonderings- en fixatievormen en hun toepassingscriteria beschrijft) en een gedetailleerd beleid. Het CPT vereist bovendien dat een arts de beslissing neemt en verpleeg- of zorgkundigen ze uitvoeren. Voortdurend toezicht, registratie en opleiding (allen op dezelfde wijze als bij ernstig en dreigend gevaar) zijn vereist.</p>
<p>Verenigd koninkrijk 2019 CPT/Inf (2020) 18, §182</p>	<p>In een <b>private jeugdhulpvoorziening</b> voor zowel delinquente als niet delinquente jongeren wordt gebruik gemaakt van preventieve afzondering in de eigen kamer om te vermijden dat de jongere zichzelf of anderen ernstige schade zou toebrengen of om ernstige schade aan eigendommen te vermijden. Het gebruik ervan is op grond van interne regels toelaatbaar voor een periode van drie uur per dag, wordt geregistreerd en gaat gepaard met toezicht om de 15 minuten. Het CPT formuleert hierbij geen opmerkingen, maar wijst er wel op dat indien deze afzondering plaatsvindt op verzoek van de jongere zelf, dit geregistreerd moet worden.</p>
<p>Bijvoorbeeld Nederland 2007, CPT/Inf(2008)2, §90, Denmark 2014, CPT/Inf(2014)25, §102</p>	<p>In een <b>detentiecontext</b> zijn er tal van voorbeelden waarbij het gebruik van handboeien bij jongeren aanvaard wordt wanneer er een reëel vluchtgevaar bestaat.</p>

---

<sup>78</sup> Huisregels gemeenschapsinstellingen voor bijzondere jeugdbijstand, § 11.2.; voor een evaluatie hiervan zie Carlé, Opgenhaffen, Put & Pleysier, 2020, 273-275.

Portugal 2012, CPT/Inf (2013) 4, §110	In een <b>psychiatrisch ziekenhuis</b> wordt de kamer van één patiënte 's nachts om veiligheidsredenen gesloten. Het CPT verzet zich niet tegen deze maatregel, maar merkt wel op dat de betrokkene toegang moet hebben tot sanitair.
Denemarken, 2019 CPT/Inf (2019) 35, §169-176.	In een Deense <b>GGZ-voorziening</b> wordt (binnen een wettelijke basis die dat toelaat) bij een deel van de bewoners de kamer hetzij de hele dag, hetzij tijdens een belangrijk deel ervan op slot gedaan. Deze bewoners hebben wel het recht om gedurende één of twee uur per dag in de buitenlucht te verblijven en kunnen bezoek ontvangen en telefoongesprekken voeren. De maatregel werd maandelijks (bij sommige patiënten wekelijks) door artsen herbeoordeeld. Het CPT verzet zich hier opnieuw niet tegen, voor zover deze maatregel slechts hoogst uitzonderlijk en zo kort mogelijk gebruikt wordt, bij moeilijke populaties waarbij er geen ander alternatief bestaat.
Ierland 2019 CPT/Inf (2020) 37, §§158-160	<p>In een <b>voorziening voor kinderen en volwassenen met een verstandelijke handicap</b> wordt een fysieke interventie toegepast om het uitvoeren van medische tests en behandelingen mogelijk te maken. Er bestaat een wettelijke basis voor.</p> <p>In dezelfde voorziening stelt het CPT het gebruik van vrijheidsbeperkende kleding, polsspalken en fixatieriemen die nog toelaten om te wandelen vast. Zij worden voor de veiligheid van de bewoner en worden aangebracht door daartoe getraind personeel. Voor het gebruik ervan bestaat een protocol (dat ook aan de bewoner wordt bezorgd) en een registratiemechanisme. Om de drie maanden wordt het gebruik opnieuw geëvalueerd. Naast deze vormen van mechanische fixatie wordt in de voorziening soms ook een fysieke interventie toegepast om het uitvoeren van medische tests en behandelingen mogelijk te maken. Er bestaat een wettelijke basis voor deze vormen van fixatie.</p>
Noorwegen 2018 CPT/Inf (2019) 1, §138-139	Bij een bezoek aan een <b>verpleeghuis</b> stelt het CPT vast dat de Noorse wetgeving het gebruik van fixatie niet enkel toelaat wanneer er een noodsituatie is, maar ook in het kader van de basisbehoeften van de patiënt (eten, drinken, slapen, zich kleden, hygiëne en persoonlijke veiligheid). De toepassing ervan moet proportioneel zijn en gemotiveerd worden en wordt meegedeeld aan de lokale overheid (die zich over de wettigheid van de maatregel moet uitspreken). Het CPT maakt hierover geen opmerking maar vereist wel een gedetailleerd beleid en een registratie (die overeenstemt met deze bij ernstig en acuut gevaar).
Armenië 2015 CPT/Inf (2016) 31, §128-129	In een <b>psychiatrisch ziekenhuis</b> stelt het CPT vast dat een oudere vrouw met een buikriem aan haar bed was vastgebonden o.w.v. valrisico. Hoewel het CPT hieraan strenge eisen koppelt (vergelijkbaar met de toepassing bij ernstig en acuut gevaar), wordt de fixatie zelf niet in vraag gesteld.
<a href="#">Liechtenstein 2016, CPT/Inf (2017) 21 §80-83</a>	In een <b>verpleeghuis (veelal voor ouderen)</b> laten de interne richtlijnen toe bewoners met een buikriem te fixeren in hun rolstoel en om een bedhek te gebruiken wanneer de bewoner hiervoor de schriftelijke toestemming geeft. Is de bewoner daar niet toe in staat, dan moeten zijn vertegenwoordiger en een arts toestemming geven. In noodsituaties mag een verpleegkundige hierover zelf beslissen, maar moet hij/zij binnen de 24 uur de toestemming of het akkoord van de arts/vertegenwoordiger krijgen. De richtlijnen vereisen bovendien dat deze middelen slechts gebruikt worden

	bij gebrek aan andere alternatieven en dat het gebruik ervan op regelmatige tijdstippen herzien wordt. Het CPT maakt hierbij geen opmerkingen, maar vereist wel een centrale registratie (naast registratie in het patiëntendossier). Deze registratie moet ingaan op het begin en einde van de fixatie, de omstandigheden, de redenen, de namen van alle betrokkenen, en de toestemming. Bovendien vereist het CPT steeds de tussenkomst van (en een onderzoek door) een arts wanneer de betrokkene zelf niet met de fixatie heeft ingestemd.
Frankrijk 2015, CPT/Inf (2017) 7, §173-174	In een <b>verpleeghuis voor ouderen</b> stelt het CPT vast dat fixatie gebruikt wordt in het kader van valpreventie (buikgordel, beddekken). Het gebruik gaat gepaard met een protocol, wordt geregistreerd en wordt maandelijks opnieuw beoordeeld. Wanneer de familie of vertegenwoordiger van de bewoner zich tegen het gebruik verzet, wordt de fixatie niet toegepast. Het CPT keurt deze werkwijze expliciet goed.
San Marino 2013, CPT/Inf (2014) 33, §57	In een <b>voorziening voor ouderen</b> worden beddekken en buikgordels gebruikt in het kader van valpreventie wanneer een arts dat voorschrijft en de familie er schriftelijk mee instemt. De maatregel wordt regelmatig herzien en maakt het voorwerp uit van registratie. Het CPT aanvaardt deze praktijk, maar waarschuwt wel dat het gebruik van fixatie in dit geval niet goedgekeurd mag worden door de 'familie', maar de instemming vereist van hetzij de bewoner zelf, hetzij (wanneer de bewoner beslissingsonbekwaam is) zijn wettelijke vertegenwoordiger.
Verenigd Koninkrijk 2016, CPT/Inf (2017) 9, §171	In een hoogbeveiligde <b>GGZ-voorziening</b> stelt het CPT vast dat een zorggebruiker gefixeerd wordt bij een (noodzakelijke) bloedafname en om een hoofdwonde te verzorgen. Het CPT verzet zich niet tegen deze dwanghandeling (waarvoor een rechtsgrond bestaat), maar wel tegen de disproportionele machtsontplooiing bij de uitvoering ervan. De maatregel werd uitgevoerd door 9 veiligheidsagenten.
Denemarken 2019, CPT/Inf (2019) 35 §169-176; zie ook eerder in Denemarken 2014 CPT/Inf (2014) 25, §142-146	Bij een bezoek aan een Deense <b>GGZ-voorziening</b> stelt het CPT vast de voorziening langdurig fixatiemiddelen die het wandelen bemoeilijken zonder de toestemming van de zorggebruiker, wanneer er een hoog risico op agressie bestaat. Hiervoor bestaat een wettelijke basis die het gebruik ervan toelaat als daarmee langdurige afzondering of fixatie vermeden kan worden en indien aan een reeks voorwaarden (bv. toelating van een overheidsdienst, maandelijks herziening) is voldaan. Het CPT verzet zich hier niet tegen, maar vereist wel dat de maatregel wekelijks (i.p.v. maandelijks opnieuw) beoordeeld wordt en dat de voorziening naar passendere alternatieven blijft zoeken.

Bovenstaande voorbeelden wijzen erop dat voor het gebruik van afzondering en fixatie buiten acute situaties en zonder doel om te straffen toelaatbaar kan zijn. De toepassing is gemotiveerd door het behouden van de veiligheid van de jongeren en/of anderen (ter preventie van ernstig en acuut gevaar) of door de mogelijkheden op ontwikkeling en ontplooiing die daardoor ontstaan. Vaak betreft een combinatie van beide, en bepaalt het perspectief waarmee de maatregel beoordeeld wordt een eventuele indeling. Omdat beide redenen voor afzondering en fixatie in de bronnen niet van elkaar te scheiden zijn, maar ook omdat de mensenrechtelijke principes die erop van toepassing zijn dezelfde zijn, worden ze samen in één toetsingskader behandeld (*supra*).



De toepassingsgevallen zijn divers. In sommige gevallen gebeurt de toepassing onder dwang (en maakt ze onderdeel uit van een wettelijk geregelde medische dwangbehandeling of van een wettelijk geregeld veiligheidsbeleid), in andere gevallen berust ze op de toestemming van de betrokkene (of zijn vertegenwoordiger). In nog andere gevallen bestaat er onduidelijkheid over het al dan niet vrijwillige karakter van de maatregel.

Ondanks bovenstaande voorbeelden wordt dergelijk preventief en/of op ontplooiing gericht gebruik lang niet altijd aanvaard; het lijkt zelfs eerder uitzondering dan regel. Dat is in het bijzonder zo indien de veiligheid van de voorziening en de kansen van anderen centraal staan. Tekenend op dit vlak is de houding van het EHRM in de zaken Bureš en Aggerholm.

- De zaak Bureš gaat over een fixatie die enkele uren duurde en tot doel had om het personeel te beschermen tegen fysieke agressie. De lidstaat kon echter niet aantonen dat de betrokkene zich gewelddadig zou gaan gedragen, en dat alternatieve behandelingen zonder succes zouden zijn.<sup>79</sup> De lidstaat trachtte daarnaast de fixatie te verantwoorden door erop te wijzen dat de betrokkene zich agressief tegen de fixatie verzette. Deze cirkelredenering werd door het Hof niet aanvaard.<sup>80</sup>
- In de zaak van Aggerholm wordt Denemarken veroordeeld voor een onmenselijke behandeling, omdat een psychiatrisch ziekenhuis mechanische fixatie liet voortduren terwijl het gevaar niet langer imminent, maar louter potentieel was, terwijl de wet vereist dat het gevaar specifiek, aanwezig en aanwijsbaar is.<sup>81</sup> Ook het CPT verzet zich tegen dergelijke preventieve toepassing.<sup>82</sup>

Daarnaast zijn er ook gevallen waarin het CPT zich verzet tegen het systematisch sluiten van de kamers tijdens de nacht.<sup>83</sup> Ook benoemt het CPT het gebruik van afzondering om spanningen tussen zorggebruikers in een GGZ-voorziening te vermijden als een vorm van inadequate zorg en een uiting van een gebrekkig veiligheidsbeleid.<sup>84</sup>

Er is geen duidelijke lijn te trekken tussen de verschillende toepassingsgevallen, al is het wanneer algemene mensenrechtelijke principes worden toegepast, o.i. toch mogelijk om enkele krijtlijnen uit te tekenen. Deze zijn als volgt.

1. Het preventief en/of op ontplooiing gericht gebruik van afzondering en fixatie onder dwang is *in principe* niet toelaatbaar, ook al zou er een rechtsgrond voor bestaan. Dat kan worden afgeleid uit het verbod op een mensonterende behandeling zoals het door het EHRM bij afzondering en fixatie begrepen wordt. Afzondering en fixatie zijn onder dwang enkel toegelaten om onmiddellijk en imminent gevaar te doen wijken.<sup>85</sup> Dat volgt niet enkel uit de CPT-standaard voor zover het gevallen betreft die (in hoofdzaak) over veiligheid gaan, maar ook de algemene mensenrechtelijk consensus voor gevallen die (in hoofdzaak) over ontwikkeling en ontplooiing gaan. Dwang in deze gevallen zal immers meestal aansluiten bij de dwangbehandeling. Daarvoor is niet enkel een duidelijke rechtsgrond vereist; ook moet de situatie voldoen aan een reeks criteria. Volgens de

---

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

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

81 EHRM 15 september 2020, nr. no. 45439/18, Aggerholm/Denemarken, §111.

82 Slovenië 2017, CPT/Inf (2017) 27, §118.

83 Duitsland 2015, CPT/Inf (2017) 13, §129.

84 Italië 2016 CPT/Inf (2017) 23, §115.

85 EHRM 15 september 2020, nr. no. 45439/18, Aggerholm/Denemarken, §83.

meeste mensenrechtelijke bronnen is een dwangbehandeling maar mogelijk als de betrokkene een psychosociale of verstandelijke handicap heeft, er een gevaar bestaat voor de eigen gezondheid of die van derden, en er geen andere minder verregaande mogelijkheden zijn om dat gevaar te doen wijken. Bovendien gelden enkele procedure eisen, zoals het recht om gehoord te worden.<sup>86</sup>

2. Op bovenstaand principe lijkt er in bepaalde contexten en bepaalde specifieke toepassingsgevallen een uitzondering mogelijk, voor zover er een rechtsgrond bestaat die dwang toelaat en afzondering of fixatie in deze context de enige mogelijkheid is om de veiligheid (en goede werking) binnen een voorziening – die voor de zorggebruiker de meest geschikte voorziening is – mogelijk te maken. De uitzondering in het principe is dus (in hoofdzaak) veiligheidsgerelateerd en beperkt zich tot een preventief gebruik van afzondering of fixatie wanneer een *bepaald* veiligheidsgevaar inherent is aan een *bepaalde* opnamecontext en een *bepaalde* doelgroep. Een duidelijk voorbeeld daarvan is het gebruik van handboeien bij jongeren in detentie wanneer er een reëel vluchtgevaar bestaat.<sup>87</sup> Indien de wet dat voorziet, lijkt het gebruik ervan vanuit mensenrechtelijk oogpunt toelaatbaar. Het is niet volledig duidelijk of een gemeenschapsinstelling vanuit mensenrechtelijk oogpunt als zo'n detentiecontext mag worden begrepen. Ook de beslissing om bij een gedwongen verblijf in een GGZ-voorziening bij risicobewoners 's nachts op individuele indicatie de kamerdeur op slot te doen, lijkt vanuit dat oogpunt onder dwang toelaatbaar, voor zover daar een rechtsgrond voor bestaat.<sup>88</sup> De veiligheidsverplichting is in zo'n geval inherent aan de aard van het verblijf en de eigenheid van de jongere. Belangrijk is daarbij wel dat dergelijke maatregelen in zo'n geval slechts toelaatbaar zijn voor zover de opnamecontext overeenstemt met de noden van de jongere. Het preventief gebruiken van afzondering en fixatie omdat de voorziening niet aangepast is aan de aard van de problematiek van de jongere is in geen geval toelaatbaar.<sup>89</sup>
3. Niet altijd is er sprake van dwang; zo kan de gebruiker met een afzondering of fixatie instemmen om zo te vermijden dat het gevaar ernstig en acuut wordt en/of omdat het hem of anderen kansen tot ontwikkeling of ontplooiing biedt. De geconsulteerde bronnen geven geen expliciet antwoord op de vraag of toestemming de toepassing van afzondering of fixatie toelaatbaar maakt. Bepaalde van de hoger weergegeven illustraties lijken dat te suggereren.<sup>90</sup> Ook wanneer vanuit algemene mensenrechtelijke principes geredeneerd wordt, lijkt toestemming die rol te kunnen vervullen. Wanneer toestemming vrij van dwang gegeven wordt, sluit ze immers een inmenging in het recht op privéleven uit (meer zelfs is toestemming in dat geval een uiting van het recht op zelfbeschikking) (Peeters et al., 2019, 104). Bovendien sluit de instemmende houding van de zorggebruiker in beginsel uit dat een maatregel vrijheidsberovend is in de zin van artikel 5 EVRM.<sup>91</sup>

---

<sup>86</sup> Zie onder meer: Art. 18 Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers of the Council of Europe Concerning the Protection of the Human Rights and Dignity of Persons with Mental Disorder (22 september 2004), CM/Rec(2004)10; Art. 7 Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (4 april 1997), ETS N° 164; Selection by the Drafting Group on the Human Rights of the Elderly of relevant Council of Europe texts Concerning the Human Rights of the Elderly (29 februari 2012), CDDH-AGE(2012)02, 56.

<sup>87</sup> Nederland 2007, CPT/Inf(2008)2, §90, Denmark 2014, CPT/Inf(2014)25, §102; Aanbeveling van het Comité van Ministers (2008)<sup>11</sup> van 5 november 2008 inzake 'European Rules for juvenile offenders subject to sanctions or measures', § 91.1.

<sup>88</sup> Portugal 2012, CPT/Inf (2013) 4, §110; Denemarken, 2019, CPT/Inf (2019) 35, §169-176.

<sup>89</sup> Zie EHRM 23 mei 2020, nr. 38067/15, L.R./ Noord Macedonië, § 81.

<sup>90</sup> Bv. [Lichtenstein 2016, CPT/Inf \(2017\) 21 §80-83.](#)

<sup>91</sup> San Marino 2008, CPT/Inf(2008)9, § 57.

Tot slot wordt ook de kwalificatie als mensonterend in beperkte mate door de houding van de zorggebruiker beïnvloed: voor zover een maatregel geen ernstig risico voor de gezondheid inhoudt en niet algemeen als mensonterend wordt beschouwd, kan de instemmende houding van de betrokkene kortdurende en gerichte vrijheidsbeperkende maatregelen buiten het toepassingsgebied van het verbod op mensonterende behandeling houden, voor zover de toestemming vrij van dwang gegeven wordt en te allen tijde herroepbaar is (Van Leuven, 2009, 383-385; Opgenhaffen, 2020, 278-279). Dat betekent dat er voorafgaand wel afspraken gemaakt kunnen worden, maar dat de betrokkene het recht heeft om op elk moment zijn toestemming te herroepen. Bijvoorbeeld: een cliënt waarmee in het signaleringsplan wordt afgesproken dat een maatregel wordt toegepast bij lichte agitatie (om zo verdere escalatie te vermijden), kan wanneer deze lichte agitatie zich voordoet, de toepassing van afzondering of fixatie alsnog weigeren. Mede daarom is een bepaling in een overeenkomst waarbij een zorggebruiker afstand doet van het recht om zich tegen de toepassing van afzondering of fixatie te verzetten uit den boze.

In dezelfde zin bevestigt ook de CPT-standaard dat de betrokkene kan instemmen met de toepassing van afzondering of fixatie, maar waarschuwt het tegelijk dat dit geen vrijgeleide is om geen alternatieven te zoeken.<sup>92</sup>

Vanuit deze algemene principes lijkt het ons inziens toelaatbaar om de kortdurende en gerichte toepassing van afzondering of fixatie uit veiligheidsoverwegingen of omwille van de ontwikkeling en/of ontplooiing te legitimeren op grond van de instemming van de betrokkene, althans voor zover er voldoende waarborgen bestaan, de instemming vrij van dwang (en zonder machtsongelijkheid) gegeven wordt en te allen tijde herroepbaar is.

4. Doordat niet elke jongere in staat is om zelf toestemming te geven, bestaat de vraag of het toelaatbaar is dat de wettelijke vertegenwoordiger met het preventief en/of op ontplooiing gericht gebruik van afzondering of fixatie toestemt wanneer de jongere dat zelf niet kan. Opnieuw geven de specifieke bronnen hierop geen eenduidig antwoord. In het algemeen geldt wel dat de vertegenwoordiger de wil van de vertegenwoordigde vertolkt als deze daar zelf niet toe in staat is (Opgenhaffen, 2020, p. 72-111). Er zijn geen aanwijzingen dat afzondering of fixatie niet voor vertegenwoordiging vatbaar zou zijn. Met andere woorden: net zoals de beslissingsbekwame zorggebruiker zelf voor afzondering of fixatie kan kiezen, kan ook de vertegenwoordiger van de beslissingsonbekwame zorggebruiker dat doen, voor zover deze keuze overeenstemt met wat de zorggebruiker zelf gewild zou hebben.

Er bestaat op mensenrechtelijk vlak geen eenduidig antwoord op de vraag hoe bepaald wordt wat de betrokkene gewild zou hebben. Zo is het onduidelijk in welke mate het objectieve belang van de betrokkene in rekening mag worden gebracht en in welke mate actuele wilsuitingen (bijvoorbeeld verzet) in aanmerking moeten worden genomen. Wat dat laatste betreft, lijkt het EHRM vooral belang te hechten aan verzet dat standvastig is en waaruit blijkt dat de betrokkene (hoewel hij beslissingsonbekwaam is) de situatie begrijpt.<sup>93</sup> Zo'n verzet zou de toestemming van de vertegenwoordiger herroepen, wat het einde van de maatregel inhoudt. Oppervlakkiger verzet (bv.

---

<sup>92</sup> Standards of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment on Means of Restraint in Psychiatric Establishments for adults (21 maart 2017), CPT/Inf(2017)6, § 9.

<sup>93</sup> EHRM 26 februari 2002, nr. 39187/98, H.M./Zwitserland, §46; EHRM 22 januari 2013, nr. 35939/10, Mihailovs/Letland, § 134; EHRM 17 januari 2012, nr. 36760/06, Stanev/Bulgarije, § 130; EHRM 5 juni 2014, nr. 12317/06, Akopyan/Oekraïne, § 68; EHRM 14 februari 2012, 13469/06, D.D./Litouwen, § 150; EHRM 27 maart 2008, nr. 44009/05, Shtukatorov/Rusland, § 108.

verzet waaruit niet blijkt dat de betrokkene de situatie begrijpt, maar waaruit wel blijkt dat de betrokkene de maatregel als onaangenaam ervaart) heeft een minder absolute werking. Het leidt er eerder toe dat de vertegenwoordiger en de hulpverleners de situatie opnieuw moeten afwegen en (vrijblijvender) op zoek moeten naar alternatieven die niet (of minder) als onaangenaam ervaren worden (Opgenhaffen, 2020, p. 177-178).

Door de mogelijke bijkomende risico's en machtsonevenwichten die bij vertegenwoordiging kunnen optreden, zijn bijkomende waarborgen evenwel noodzakelijk. Zo moeten er garanties zijn dat de vertegenwoordiger zijn bevoegdheid effectief en onafhankelijk uitvoert. Uit den boze zijn bijvoorbeeld situaties waarin de voorziening optreedt als vertegenwoordiger<sup>94</sup> of waarin de vertegenwoordiger in een overeenkomst zijn vertegenwoordigingsbevoegdheid aan de voorziening delegeert.<sup>95</sup>

Met de nodige voorzichtigheid kan dus gesteld worden dat het preventief en/of op ontplooiing gericht gebruik van afzondering en fixatie in het algemeen toelaatbaar is met toestemming van de betrokkene (of zijn wettelijke vertegenwoordiger). Bovendien kan – volgens de mensenrechtelijke bronnen - in specifieke toepassingsgevallen het gebruik ervan onder dwang toelaatbaar zijn. Dat is evenwel niet onvoorwaardelijk zo: hoewel de CPT-landenrapporten vaak niet gedetailleerd zijn, blijkt dat de algemene principes die gelden bij de toepassing van afzondering of fixatie bij ernstig en acuut gevaar ook hier gelden [wettelijkheid (rechtsbasis, toegankelijkheid en voorzienbaarheid, waarborgen), legitimiteit van het doel, subsidiariteit en proportionaliteit]. De concrete CPT-invulling ervan is evenwel minder gedetailleerd, al blijkt uit landenrapporten dat het CPT voor de toepassingsvoorwaarden ook hier regelmatig naar de CPT-standaard verwijst. Behoorlijke besluitvorming, regelmatige herbeoordeling, registratie, ... zijn bijvoorbeeld eisen die het CPT ook in deze gevallen stelt.

Op basis van bovenstaande, wordt een veelal op principes gebaseerd toetsingskader opgesteld:

Principe	Vraag	Belangrijkste aspecten van CPT-invulling
<b>Wettelijkheid - rechtsbasis</b>	Is er een rechtsbasis die de toepassing van afzondering en fixatie kan verklaren?	De toepassing van afzondering en fixatie berust op een wettelijke basis. Deze wettelijke basis kan ten eerste (algemene) regels zijn die afzondering en fixatie toelaten mits de jongere (of zijn vertegenwoordiger) daarvoor vrij, geïnformeerd, voorafgaand, specifiek, toestemming verleent en deze toestemming te allen tijde herroepbaar is. Ten tweede kan de wettelijke basis ook volgen uit een duidelijke rechtsbasis die de specifieke toepassing onder dwang met als doel het behouden van de veiligheid <sup>96</sup> in een specifieke context regelt. De rechtsbasis regelt welke vormen van afzondering en fixatie mogen worden toegepast en binnen welke grenzen dit gebeurt. Voorzieningen moeten een omvattend beleid over afzondering en fixatie uitwerken.
<b>Wettelijkheid – Toegankelijk en voorzienbaar</b>	Is de jongere voldoende op de hoogte van de voor hem relevante aspecten van de regels en het	De jongere is op de hoogte van het beleid inzake afzondering en fixatie dat in de voorziening geldt.

<sup>94</sup> Bosnië en Herzegovina 2014, CPT/Inf(2014)33, §56-57.

<sup>95</sup> Tsjechië 2007, CPT/Inf(2007)32, § 152.

<sup>96</sup> Ter preventie van ernstig en acuut gevaar.

	beleid over afzondering en fixatie?	
<b>Wettelijkheid – waarborgen</b>	<p>Biedt de rechtsbasis voldoende garanties tegen misbruik?</p> <p>Kunnen onwettige toepassingen van afzondering en fixatie afdoende opgespoord worden?</p>	<p>Elke afzondering en fixatie wordt behoorlijk geregistreerd in een centraal register en in het individuele dossier.</p> <p>Het recht biedt de jongere de mogelijkheid om juridisch op te treden tegen onwettige vormen van afzondering en fixatie. Deze kunnen ook actief opgespoord worden.</p> <p>Wanneer afzondering of fixatie plaatsvindt met toestemming van de vertegenwoordiger, zijn er garanties dat deze vertegenwoordiging behoorlijk gebeurt en er met het verzet van de jongere rekening gehouden wordt.</p>
<b>Legitimiteit van het doel</b>	Wordt het doel van de afzondering of fixatie gewaarborgd?	Afzondering en fixatie kunnen in het algemeen enkel preventief en/of omwille van ontwikkelings- en ontplooiingskansen worden toegepast indien de jongere in de voor hem meest geschikte voorziening verblijft en hij (of desgevallend zijn vertegenwoordiger) daarmee – na het overwegen van alternatieven - vrij, geïnformeerd, voorafgaand en specifiek toestemt. Deze toestemming is geïndividualiseerd en is bovendien herroepbaar. In specifieke contexten kan de toepassing met als doel het behouden van de veiligheid <sup>97</sup> in specifieke situaties onder dwang plaatsvinden, voor zover dat inherent is aan de opnamecontext.
<b>Subsidiariteit</b>	<p>Kunnen afzondering en fixatie slechts toegepast worden wanneer minder verregaande alternatieven niet volstaan?</p> <p>Worden afzondering en fixatie niet langer gebruikt dan nodig?</p>	<p>Voorzieningen zetten in de eerste plaats in op het vermijden van afzondering en fixatie, o.a. door het voorzien van een voor de zorggebruiker geschikte, kwalitatieve en veilige leef- en behandelomgeving, voldoende personeel, voldoende en voortdurende opleiding en de ontwikkeling van alternatieven (waaronder de-escalatietechnieken).</p> <p>De toepassing gebeurt zo kort mogelijk en wordt op regelmatige tijdstippen opnieuw geëvalueerd.</p>
<b>Proportionaliteit</b>	<p>Zijn de personen die afzondering en fixatie toepassen hiervoor opgeleid, en gebruiken zij geschikte materialen en geschikte technieken?</p> <p>Is de fixatie of afzondering zo veel mogelijk aangepast aan de omstandigheden?</p>	<p>Afzondering en fixatie die gepaard gaan met of voortvloeien uit een nood aan medische zorg worden enkel uitgevoerd door medisch personeel, dat daartoe bovendien specifiek is opgeleid. In andere gevallen voert daartoe opgeleid niet-medisch personeel de afzondering en fixatie uit. Externe ordehandhavers worden niet betrokken.</p> <p>Er worden geen mensonterende technieken toegepast.</p> <p>Indien de afzondering en fixatie gebaseerd is op toestemming, dan mag enkel deze maatregel worden uitgevoerd waarmee de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) heeft toegestemd.</p> <p>Indien de afzondering of fixatie onder dwang gebeurt, stemt de gekozen maatregel zo goed mogelijk overeen met wat de jongere wenst en wordt rekening gehouden met vroegere ervaringen.</p>

<sup>97</sup> Ter preventie van ernstig en acuut gevaar.

	De vorm van afzondering en fixatie met de minste impact voor de autonomie en de veiligheid van de jongere verdient de voorkeur.
Is er bij de uitvoering van de afzondering en fixatie maximaal aandacht voor de grondrechten van de jongere (privacy, veiligheid, autonomie, ...)?	De grondrechten van de jongere worden bij de uitvoering van de afzondering en fixatie zoveel mogelijk gevrijwaard. Afzondering en fixatie vinden plaats buiten het zicht van derden, tenzij de jongere dit anders wenst of tenzij hij bezoek wenst. Afzondering en fixatie gaan gepaard met nauwgezet toezicht.
Neemt het aantal en de intensiteit van de waarborgen toe naarmate de impact van de afzondering en fixatie toeneemt?	Naarmate de duurtijd of de frequentie van een afzondering en fixatie hoger ligt, neemt het aantal waarborgen toe. Zo moet een jongere die gedurende meerdere uren aan een afzondering en fixatie onderworpen wordt (de situatie van) op geregelde tijdstippen onderzocht worden met het oog op een herziening van de afzondering en fixatie. Er gelden bijkomende waarborgen indien de toepassing van de maatregel op de toestemming van de vertegenwoordiger gebaseerd is, in het bijzonder wanneer de jongere zich ertegen verzet.

## 5.2 Regelgeving in Vlaanderen

Opdat afzondering en fixatie kan worden toegepast is er een rechtsgrond nodig die dat toelaat.

Voor wat een toepassing in veiligheidssituaties (ter preventie van ernstig en acuut gevaar) onder dwang betreft, zou voor voorzieningen die onder het Decreet Rechtspositie Minderjarigen vallen, artikel art. 28, §3 als rechtsgrond kunnen dienen. Dat artikel – dat eerder reeds besproken werd – laat afzondering of “tijdelijke vrijheidsbeperking” toe wanneer het gedrag van de minderjarige risico's inhoudt voor zijn eigen fysieke integriteit, of risico's inhoudt voor de fysieke integriteit van medebewoners of personeelsleden of materieelvernielend werkt. Zoals gezegd is dat ruimer dan wat onder ernstig en dreigend gevaar begrepen wordt. Bij de ontwikkeling van het toetsingskader kwam echter aan bod dat in het algemeen – over alle voorzieningstypes heen beschouwd – dergelijke algemene rechtvaardiging van een preventieve afzondering en fixatie niet in overeenstemming is met de mensenrechten en dat een toepassing onder dwang o.i. enkel kan voor specifieke maatregelen in bepaalde contexten waarin een veiligheidsgevaar inherent is. Deze bepaling lijkt ons vanuit mensenrechtelijk oogpunt te ruim en daardoor ongeschikt. Andere, specifiekere rechtsgronden, zijn er o.i. niet.

Dat leidt ertoe dat indien afzondering en fixatie preventief wordt toegepast, de toestemming van de betrokkene vandaag de enige geschikte rechtsgrond is. Dat is ook zo wanneer (in hoofdzaak) de ontwikkeling en ontplooiing van de jongere of van anderen voorop staat.

Afhankelijk van de situatie moet deze toestemming gegrond worden in het medisch recht, dan wel in de algemene regels over afstand van grondrechten.

1. **Ten eerste kan de situatie onder het toepassingsgebied van de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen en de Wet Patiëntenrechten vallen.** Dat is het geval indien de afzondering of fixatie verband houdt met de gezondheidstoestand van de betrokkene en een preventief, diagnostisch of

therapeutisch doel heeft.<sup>98</sup> Gezondheidstoestand van de betrokkene moet hierbij in ruime zin begrepen worden. In de termen van dit onderzoek wordt dat vertaald naar gevallen waarin de afzondering of fixatie gepaard gaat met een nood aan medische zorg.

Indien dat het geval is, dan is wat onder ernstig en acuut gevaar besproken werd over deze regelgeving ook hier van toepassing. Dat betekent in de eerste plaats dat de bevoegdheid hierover voorbehouden is aan bepaalde zorgverstrekkers en in de tweede plaats dat deze zorgverstrekkers de regels over geïnformeerde toestemming uit de Wet Patiëntenrechten toepassen. Is de betrokkene beslissingsonbekwaam, dan kan deze toestemming door een vertegenwoordiger gegeven worden. Bij minderjarigen zijn dit veelal de ouders.

De rechtsgrond die door de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen en de Wet Patiëntenrechten geboden wordt, is algemeen; hij is niet specifiek bedoeld voor afzondering en fixatie. Nochtans voldoet hij, wanneer hij correct wordt toegepast, aan de mensenrechtelijke vereisten. Ook de geïnformeerde toestemming in de zin van de Wet Patiëntenrechten moet immers voorafgaand aan de handelingen vrij van dwang gegeven worden. De toestemming is bovendien specifiek en te allen tijde herroepbaar. Een uitdaging is om de principes die door deze algemene rechtsgrond worden aangebracht ook in de praktijk te realiseren.

Meer precair is de positie van de beslissingsonbekwame zorggebruiker die bij de uitoefening van het recht op geïnformeerde toestemming vertegenwoordigd wordt. De Wet Patiëntenrechten voorziet immers niet in regels over hoe de wil van de betrokkene moet worden achterhaald en in welke mate ook het objectieve belang van de zorggebruiker bij vertegenwoordiging in rekening mag worden gebracht. Bovendien zijn er geen regels over de omgang met verzet en is het mogelijk dat beroepsbeoefenaars (bij afwezigheid van een vertegenwoordiger) zelf de belangen van de zorggebruiker behartigen, wat in het geval van afzondering en fixatie o.i. niet wenselijk is.

2. **Ten tweede kan de situatie ook buiten het toepassingsgebied van de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen en de Wet Patiëntenrechten vallen.** Dat is zo wanneer de maatregel geen verband houdt met de gezondheidstoestand van de betrokkene en er ook geen impact op heeft.

In dat geval is er geen duidelijke rechtsgrond voor de toepassing van afzondering en fixatie met toestemming. Wel bestaat er in de rechtsleer een algemene theorie die stelt dat inperkingen op de fysieke integriteit in beperkte mate mogelijk zijn, mits dat gebeurt met toestemming van de betrokkene (Guldix, 1986; Dierickx, 2005, p. 224-225, Velaers, 1992, p. 192-198). De voorwaarden die aan deze toestemming gesteld worden, zijn vergelijkbaar die in de Wet Patiëntenrechten en voldoen dus in beginsel aan de mensenrechtelijke eis.

Toch is een beroep op deze theorie precair. Niet enkel wordt een te ruime interpretatie ervan betwist; ook kan ze slechts worden toegepast binnen de krijtlijnen van andere rechtskaders.

In de eerste plaats mag een op toestemming gebaseerde maatregel die impact heeft op de fysieke integriteit geen strafrechtelijke bepalingen overtreden. Wat dat betreft komt het misdrijf slagen en verwondingen al snel in het vizier: dat misdrijf bestaat, wanneer er een slag is (slag wordt ruim geïnterpreteerd), ook al gaf de betrokkene daar toestemming voor. Een kwalificatie als slagen en verwondingen kan enkel worden vermeden indien de wetgever zelf toestemming als uitzondering benoemt (zoals dat bij medische handelingen het geval is) (Dierickx, 2006). Het misdrijf slagen en

---

<sup>98</sup> Art. 3, § 1, tweede lid en § 2, tweede lid Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, *BS* 18 juni 2015.

verwondingen sluit bijgevolg verregaande vormen van afzondering en fixatie uit (Opgenhaffen, 2020, p. 359).

In de tweede plaats mogen geen handelingen gesteld worden die al aan beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg zijn toevertrouwd. Als een vorm van afzondering en fixatie al aan gezondheidsberoep is toevertrouwd mogen anderen ze enkel occasioneel (in een noodtoestand) stellen. Eerder kwam aan bod dat de bevoegdheid van beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg ruim is. De toepassing van afzondering en fixatie lijkt daardoor beperkt tot het gebruik van weinig ingrijpende middelen in zuivere veiligheidskwesties die op geen enkele wijze verband houden met de gezondheid(stoestand) van de jongere. Waar fysieke interventie en afzondering hieraan lijken te voldoen, is het gebruik van mechanische fixatie (mede vanuit mensenrechtelijk oogpunt) en van medicatie uit den boze.

Het precaire karakter van deze rechtsgrond wordt des te groter wanneer de betrokkene niet beslissingsbekwaam is en een vertegenwoordiger zijn plaats inneemt. Hoewel vertegenwoordiging theoretisch mogelijk lijkt, zijn de modaliteiten niet wettelijk geregeld. Bij minderjarigen kunnen de ouders (of voogd) de rol van vertegenwoordiger vervullen. Bij meerderjarigen regelt de wet niet wie in dit geval de vertegenwoordigingsbevoegdheid opneemt. De wijze waarop de vertegenwoordiging gebeurt en de wijze waarop met de wil van de jongere of zijn verzet moet worden omgegaan zijn niet geregeld.

In die gevallen waarin afzondering of fixatie gegrond wordt op het medisch recht, doet zich een moeilijk vraagstuk voor: in welke mate kunnen ook personen die geen arts, verpleegkundige of zorgkundige zijn deze maatregelen toepassen? Zeker bij (in hoofdzaak) ontwikkelings- en ontplooiingskansen gaat het vaak om technisch eenvoudige vormen van fixatie die worden toegepast in de sector voor personen met een handicap, waar medisch personeel niet voortdurend aanwezig is. Denk bijvoorbeeld aan het vooraf gepland en terugkerend gebruik van een armkoker bij een jongere met een verstandelijke beperking om zelfverwonding te vermijden. Dat zijn handelingen die begeleiders, mits ze daartoe zijn opgeleid, in principe veilig kunnen stellen. Is het dan verplicht dat een arts, verpleegkundige of zorgkundige deze handeling stelt? Dat zou *de facto* betekenen dat in voorzieningen zonder medische permanentie de handeling niet gesteld wordt, en de kans tot ontwikkeling of ontplooiing ontnomen wordt.

De beschreven problematiek bevindt zich in juridisch moeilijk vaarwater; de meeste toepassingen van afzondering en fixatie om ontwikkelings- en ontplooiingskansen te bieden zijn immers juridisch onder te brengen onder het ruime toepassingsgebied van het begrip medische handeling (Opgenhaffen 2020, p. 371-373). Dat betekent dat enkel artsen en verpleegkundigen over hun toepassing kunnen beslissen, en de uitvoering ervan door artsen, verpleegkundigen of zorgkundigen moet gebeuren. Terzijde merken we op dat dit probleem zich niet tot eenvoudige vormen van (mechanische) fixatie beperkt, maar bestaat bijvoorbeeld ook voor het oraal toedienen van voeding.<sup>99</sup>

Hoewel dit in de praktijk onwenselijke gevolgen kan hebben, moet ervan worden uitgegaan dat de wettelijke omschrijving – die ruim is – bindend is, zodat deze toepassingen effectief voorbehouden zijn (Blockx 2014, p. 670). Een uitbreiding tot anderen beroepen of personen kan dan ook enkel mits een

---

<sup>99</sup> KB 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, *BS* 26 juli 1990; KB 12 januari 2006 tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen, *BS* 3 februari 2006.



wetswijziging.<sup>100</sup> Hoewel dit voor sommige medische handelingen t.a.v. sommige personen reeds gebeurd is (bijvoorbeeld mantelzorgers<sup>101</sup>) en hoewel er ook in de sector voor personen met een handicap initiatieven hierrond geweest zijn<sup>102</sup>, bestaat er momenteel geen wettelijk kader dat anderen dan bevoegde medische beroepen om fixatie toe te passen wanneer het gebruik ervan onder de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen valt (Nys & Vanermen 2016, p. 166; Opgenhaffen 2020, p. 375-379).

## 6 Aanbeveling met betrekking tot een duidelijk juridisch kader

Uit het voorgaande blijkt dat het gebruik van afzondering en fixatie mensenrechtelijk belangrijke voorwaarden verbonden zijn. Één van die voorwaarden is een duidelijk juridisch kader waarbinnen de toepassing van deze maatregelen mogelijk is. Zo'n kader beschermt niet enkel wie afgezonderd en gefixeerd wordt, maar ook wie de afzondering en fixatie uitvoert. Uit het gevoerde onderzoek (en uit eerdere onderzoeksprojecten) blijkt dat de wijze waarop afzondering en fixatie vandaag in Vlaanderen geregeld wordt, fragmentair is. Het is niet duidelijk op welke rechtsgrond afzondering en fixatie gebaseerd zijn, waardoor het ook niet duidelijk is welke voorwaarden gelden en welke waarborgen de zorggebruiker geniet.

Door alle onderdelen van het toetsingskader maximaal te integreren kan deze richtlijn de juridische lacune deels ondervangen door de mensenrechtelijke principes om te zetten in concrete aanbevelingen ten aanzien van voorzieningen en zorggebruikers. Er bestaat echter een belangrijke beperking: de richtlijn zelf is geen wet en vormt dus op zichzelf geen rechtsbasis voor de toepassing van afzondering en fixatie. Hoewel dus een stap in de goede richting is, moet ze geflankeerd worden door duidelijkere regelgeving. Uit het toetsingskader volgt immers dat bepaalde aspecten wettelijk geregeld moeten zijn (bv. de toegelaten vormen van afzondering en fixatie, de maximale duurtijd, ...). Bovendien is het aan te bevelen om bepaalde aspecten die beleidsmatig aanwezig moeten zijn of in de praktijk gerealiseerd moeten worden, omwille van het belang ervan ook wettelijke te onderbouwen.

Wat wettelijk geregeld moet worden, en voor welke aspecten een wettelijke regeling de aanbeveling verdient, werd in het bijzonder voor wat betreft de toepassing bij **ernstig en acuut gevaar** in twee eerdere onderzoeksprojecten uitvoerig uiteengezet.

- De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg (EF21). Bij de ontwikkeling van de richtlijn voor de GGZ werd een lijst van aandachtspunten geformuleerd waarmee de wetgever (in de ruime zin van het woord) rekening moet houden, bij de ontwikkeling van een rechtskader voor afzondering en fixatie bij ernstig en acuut gevaar in de geestelijke gezondheidszorg. Deze aandachtspunten zijn in het onderzoeksrapport bij die richtlijn terug te vinden (Peeters et al., 2019, 145-150).

---

<sup>100</sup> Zie de discussie tijdens de totstandkoming van Decr.VI. 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening, *BS* 29 augustus 2008: Adv.RvS. nr. 42.544/VR/3 betreffende ontwerp van decreet betreffende de zorg- en bijstandsverlening, *Parl.St.VI.Parl.* 2007-2008, nr. 1708-1, 41 en GwH 20 oktober 2009, nr. 165/2009, overweging B.5.

<sup>101</sup> Art. 124, eerste lid, 1° Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, *BS* 18 juni 2015.

<sup>102</sup> Prot. 24 februari 2014 betreffende de relatie tussen de beroepsbeoefenaars die in de sector voor hulp aan personen met een handicap werkzaam zijn en de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen, *BS* 20 juni 2014.

- **Gesloten opvang van minderjarigen in Vlaanderen: een rechtspositieregeling (EF59).** De hoofdbedoeling van dit onderzoeksproject was om het huidige juridische kader over de rechtspositie van minderjarigen in de gesloten opvang te evalueren aan de hand van de mensenrechten. Eén van de thema's daarbinnen was afzondering en fixatie. De aanbevelingen in het onderzoek zijn specifiek gericht op de verdere ontwikkeling van een juridisch kader. De aspecten van afzondering en fixatie die – gelet op het mensenrechtelijke toetsingskader – wettelijk geregeld zouden moeten zijn of waarvan het de aanbeveling verdient ze wettelijk te regelen staan er uitvoerig in opgesomd (Carlé, Opgenhaffen, Put & Pleysier, 2020, 273-294).

De aanbevelingen die in beide onderzoeksprojecten t.a.v. de wetgever geformuleerd werden, worden ook door het huidige onderzoeksproject onderschreven.

Wat de toepassing van afzondering en fixatie in het kader van **preventieve veiligheid** en in het kader van **ontwikkeling- en ontplooiingskansen** betreft, is het gelet op het gebrek aan intersectorale consensus over de toelaatbaarheid (zie Hoofdstuk 8, deel 2) o.i. niet wenselijk om aanbevelingen te formuleren over hoe de toepassing in deze gevallen wettelijk te regelen. Niettemin stellen we vast dat de toepassing ervan vandaag in de praktijk reeds mogelijk is binnen het huidige wettelijke kader en dat in dit kader een reeks belangrijke waarborgen ontbreken. Voorbeelden zijn het gebrek aan een regeling over centrale registratie; aan effectieve middelen om de ongerechtvaardigde toepassing van afzondering en fixatie op te sporen en te handhaven; en aan waarborgen indien de zorggebruiker beslissingsonbekwaam is (zowel met betrekking tot de persoon van de vertegenwoordiger, de wijze van vertegenwoordiging en verzet). Indien de huidige toepassing van afzondering en fixatie op basis van geïnformeerde toestemming wordt verdergezet, verdient het de aanbeveling om deze aspecten beter te waarborgen.

## 7 Referenties

- Blockx, F. (2014). Het misdrijf van onwettige uitoefening van de geneeskunde. In T. Vansweevelt en F. Dewallens (Red.), *Handboek gezondheidsrecht*. I. Antwerpen: Intersentia.
- Boddez, L. en Callens, S. (2017). De rechten en verplichtingen van de klinisch psycholoog volgens de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen. In L. Boddez, S. Callens, M. Coëffé, M-C. De Mûelenaere, K. De Witte, M-N. Derèse, G. Mathieu, C. Rommelaere, L. Van Leuven, M. Van Overstraeten en E. Vranken (Red). *Het beroep van psycholoog en de uitoefening van de klinische psychologie*. Limal: Athemis.
- Callaghan, S. M., & Ryan, C. (2014). Is there a future for involuntary treatment in rights-based mental health law? *Psychiatry, Psychology and Law*, 21(5), 747-766.
- Carlé, J., Opgenhaffen, T., Put, J., Pleysier, S. (2020). *Gesloten opvang van minderjarigen in Vlaanderen. Een rechtspositieregeling*, Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef59-rechtspositie-gesloten-opvang-rapport>.
- D'Haese, R. (2010). Medische contracten in het licht van het recht op eerbied voor de fysieke integriteit. De informed consent-vereiste als raakpunt. *Tijdschrift voor Belgisch Burgerlijk Recht*, 2010(7), 430-457.
- De Herdt, J. (2014). *Fysiek interpersoonlijk geweld*. Antwerpen: Intersentia.

- De Hert, M., & Wampers, M. (2018). Juridische aspecten in België. In I. Hein en A. Hondius (Red.). *Wilsbekwaamheid in de medische praktijk*. Utrecht: de Tijdstroom, 17-28.
- De Schutter, O. (2014). *International Human Rights Law. Cases Material Commentary. Second Edition*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Delbeke, E. (2017), *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*. Antwerpen: Intersentia.
- Dierickx, A. (2006). *Toestemming en strafrecht*. Antwerpen-Oxford, Intersentia.
- Dierickx, A. (2007). *Over de putatieve noodtoestand*. *Nullum Crimen*, 395-403.
- Dierickx, L. (2005). *Recht op afbeelding*. Antwerpen: Intersentia.
- Goedertier, G., Vande Lanotte, J., & De Pelsmaeker, T. (2013). *Handboek Belgisch Publiekrecht*. Brugge: Die Keure.
- Goffin, T. (2011). *De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts-patiëntrelatie*. Brugge: die Keure.
- Guldix, E. (1986). *De persoonlijkheidsrechten, de persoonlijke levenssfeer en het privéleven in onderling verband*. Brussel: VUB (onuitgegeven doctoraatsthesis).
- Janssens, A. & Deboutte, D. (2010). Psychopathology among children and adolescents in child welfare: a comparison across different types of placement in Flanders, Belgium. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, 353-359. doi: 10.1136/jech.2008.086371
- Janssens, C, Mirgaux, S, Smis, S, & Van Laethem, K. (2011). *Handboek mensenrechten*. Antwerpen: Intersentia.
- Jiménez, A. E. A. (2015). Criminalizing disability: the urgent need of a new reading of the European Convention on Human Rights. *Am. U. Int'l L. Rev.*, 30, 285-313.
- Jozefiak, T., Kayed, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M., & Wichstrøm, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 33-47. doi: 10.1136/jech.2008.086371
- Lemmens, C. (2014a). Minderjarigen. In T. Vansweevelt en F. Dewallens (Red.), *Handboek gezondheidsrecht*. II. (pp. 817-906). Antwerpen: Intersentia.
- Lemmens, C. (2014b). Meerderjarige onbekwamen. In Dewallens F. en Vansweevelt T. (ed.). *Handboek gezondheidsrecht: Deel II* (pp. 979-1052). Antwerpen; Intersentia.
- Liégeois A. (2014). *Waarden in dialoog: ethiek in de zorg*. Leuven: LannooCampus.
- Liégeois A. (2018). Een relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(1), 29-36.
- Nilsen, S. A., Askeland, K. G., Loro, D. P. J., Iversen, A. C., Havnen, K. J. S., Bøe, T., & Heradstveit, O. (2021). Mental health, adverse life events and health service use among Norwegian youth in the child welfare system: Results from a population-based study. *Child & Family Social Work*, 1-16. doi: 10.1007/s00787-015-0700-x .
- Nys, H. (2016). *Geneeskunde. Recht en medisch handelen*. Mechelen: Kluwer.
- Nys, H. en Vanermen, E. (2016). De wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen ontspoord. In VRG ALUMNI (Red.). *Recht in beweging. 23ste VRG-Alumnidag 2016*. Antwerpen: Maklu.

- Opgenhaffen, T. (2018). Vrijheidsbeperking in de kinderpsychiatrie. Een juridische aanvulling bij het werk van Zorginspectie. *Rechtskundig Weekblad*, 82(3), 83-98.
- Opgenhaffen, T. (2020). *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*. Antwerpen: Intersentia.
- Orde der Artsen. (2010). Medische zorg verstrekt aan minderjarigen – Instemming van beide ouders. *Advies Nationale Raad*. 6 februari 2010.
- Peeters, T., Vanlinthout, E., De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Vanhoof, J., Buyck, I., Nijs, S., van Achterberg, T., Put, J., & Van Audenhove, Ch. (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. <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef-21-md-richtlijn-afzondering-en-fixatie>
- 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/ef-21-md-richtlijn-afzondering-en-fixatie-eindraport>.
- Put, J. (2015). *Handboek Jeugdbeschermingsrecht*. Brugge, die Keure.
- Swennen, F. (2001). *Geestesgestoorden in het burgerlijk recht*. Antwerpen: Intersentia.
- Technische Commissie voor Verpleegkunde (2007). *Isolatie en Fixatie*. Brussel: z.u.
- Van Leuven, N. (2009). *Contracten en mensenrechten. Een mensenrechtelijke lezing van het contractenrecht*. Antwerpen-Oxford: Intersentia.
- Velaers, J. (1992) Het menselijk lichaam en de grondrechten. P. Renaert, J. Taels & G. Vanheeswijck (Red.). *Over zichzelf beschikken? Juridische en ethische bijdragen over het leven, het lichaam en de Dood*. Antwerpen – Apeldoorn: Maklu.
- Veys, M. N. (2008). *De Wet Patiëntenrechten in de psychiatrie*. Gent: Larcier.
- Wouters, J. (2017) *Internationaal recht in kort bestek*. Antwerpen: Intersentia.

## Hoofdstuk 3

### Literatuurstudie van orthopedagogisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek naar de impact, preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie in residentiële voorzieningen voor personen met een verstandelijke of fysieke handicap

Dit hoofdstuk beschrijft de deelstudie over afzondering en fixatie bij personen met een verstandelijke en/of fysieke beperking. De onderzoeksvragen die we hierbij stelden komen overeen met de 2<sup>de</sup>, 3<sup>de</sup> en 4<sup>de</sup> richtvraag voor de ontwikkeling van de richtlijn (zie deel 2.3.1. van Hoofdstuk 1)

2. Welke **preventieve acties** verminderen de hoeveelheid en de duur van afzonderingen en fixaties bij kinderen en jongeren die zorg en/of behandeling krijgen binnen de brede residentiële jeugdhulp?
3. Welke **goede praktijken** bestaan er in Vlaanderen en daarbuiten voor de **toepassing** van afzondering en fixatie – ongeacht de reden ervoor – bij kinderen en jongeren binnen de brede residentiële jeugdhulp?
4. Wat is de **impact** van afzondering en fixatie op (de beleving van) het psychisch en fysiek welzijn van de jongeren en de zorgverleners/begeleiders in de brede residentiële jeugdhulp?

We bespreken achtereenvolgens het opzet en de resultaten van de literatuurstudie en reiken ten slotte handvaten aan die gevonden zijn in relevante maar niet-wetenschappelijke documenten.

Wat de goede praktijken voor de toepassing van afzondering en fixatie betreft verwijzen we ook naar Hoofdstuk 5 waarin de literatuurstudie aan bod komt betreffende de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in alle sub-sectoren van de brede residentiële jeugdhulp.

#### 1 Methode

Wetenschappelijke publicaties werden gezocht in de standaard databases uit het domein van de orthopedagogiek. Deze waren Web of Science, PubMed, ERIC en CINAHL. De volgende *search string* werd gebruikt:

Title: (disabilit\* OR retard\* OR handicap\* OR impair\* OR delay\* OR defect OR deficit\* OR disorder)

AND

Title: (seclusion OR restraint OR "forced medication" OR holding OR coercive OR restrict\*)

NOT

Any field: (diet OR eating OR food)

Op die manier werd er gezocht naar items die in de titel handicap-gerelateerde termen hebben, waar er in de titel sprake is van afzondering of fixatie, en waar het niet gaat over eten of voeding. Dit laatste deel van de *search string* werd opgesteld om het totaal aantal verkregen resultaten enerzijds zo beperkt mogelijk en anderzijds ook zo relevant mogelijk te houden. De volgende inclusiecriteria werden gehanteerd:

- Peer-reviewed reviews of artikels
- Online beschikbaar
- Gepubliceerd vanaf 2000
- De doelgroep van de publicatie is personen met een beperking
- De publicatie handelt over afzondering en fixatie zoals gedefinieerd in het rapport van SWVG-studie EF21 – De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ.

De volgende exclusiecriteria werden gehanteerd:

- Niet peer-reviewed
- Niet online beschikbaar
- Gepubliceerd voor 2000
- Artikels van oudere publicatiedatum (of inclusiedatum) dan de meest recente review over hetzelfde onderwerp
- Artikels die geïnccludeerd zijn in één van de geïnccludeerde reviews (tenzij in de review het artikel maar zeer summier wordt beschreven)
- De doelgroep van de publicatie is niet personen met een beperking
- Publicatie handelt niet over afzondering en fixatie zoals gedefinieerd in hoger genoemd rapport.

Deze zoekopdracht gaf in totaal 1075 onderscheiden publicaties. Na een selectie op titel (194) en vervolgens op abstract (29), werden na het doorlezen van de volledige publicaties 7 reviews en 9 artikels over individuele studies weerhouden op basis van hun onderwerp: preventie van toepassing van afzondering en fixatie (richtvraag 2) m.i.v. goede praktijken in de toepassing van afzondering en fixatie (richtvraag 3), of de ervaring of beleving van afzondering en fixatie door de zorggebruiker, de verwanten van zorggebruikers en zorgverleners (richtvraag 4).

Er werd een bijkomende hand search gedaan met als bijkomend trefwoord de 'evidence-based preventiemodellen' (met name 'Six Core Strategies', 'Safewards' en 'Positive Behaviour Support', zie deel 2.1). Daarenboven werd er een relevant boek gevonden toen er in tweede instantie werd afgestapt van het inclusie criterium 'Peer-reviewed reviews of artikels'. Er werden twee bijkomende artikels over individuele studies en één boek geïnccludeerd. Dit brengt het totaal op 7 reviews, 11 artikels en één boek. Artikels over individuele studies die gevonden zijn in de (bijkomende) literatuurstudie worden in de bronvermelding aangeduid met 'A' in superscript, reviews met 'R'. Vier andere bronnen die worden aangehaald en worden vermeld zonder superscript en met een \* in de bronvermelding, zijn louter ter verduidelijking gebruikt.

Tabel 2 en 3 beschrijven respectievelijk de gevonden reviews en individuele studies. Vier van de zeven **reviews** waren systematisch. Vijf verzamelden studies van kwantitatieve aard, één van kwalitatieve aard en één verzamelde zowel kwantitatieve als kwalitatieve studies. Eén review had een kwantitatief opzet, de andere waren kwalitatief en gebruikten meta-etnografische (n=1) of thematische beschrijvingen (n=5). Slechts één review verzamelde literatuur over minderjarigen, de andere verzamelden literatuur over minder- en meerderjarigen (n=3), of specificeerden geen leeftijd (n=3). In alle reviews waren resultaten te vinden die, al dan niet gedeeltelijk, betrekking hadden op de preventie van de toepassing van afzondering en fixatie m.i.v. goede praktijken in de toepassing van afzondering en fixatie. In drie reviews waren er resultaten te vinden die betrekking hadden op de impact van afzondering en fixatie op (de beleving van) het psychisch en fysiek welzijn van de zorggebruikers en de zorgverleners.

Geen enkele individuele studie had het opzet van een randomised controlled trial (gerandomiseerd onderzoek met controlegroep). Drie hadden een kwantitatief opzet (kwantitatieve analyse van vragenlijsten of rapportage van incidenten), vijf een kwalitatief opzet (kwalitatieve documentanalyse, interviews of focusgroepen) en drie een kwantitatief en kwalitatief gemengd opzet. Acht individuele studies hadden een meerderjarige doelgroep, één een gemengde doelgroep en twee individuele studies specificeerden geen leeftijd. In negen individuele studies waren resultaten te vinden die al dan niet gedeeltelijk betrekking hadden op de preventie van de toepassing van afzondering en fixatie m.i.v. goede praktijken in de toepassing van afzondering en fixatie. In drie artikels waren er resultaten te vinden die betrekking hadden op de impact van afzondering en fixatie op (de beleving van) het psychisch en fysiek welzijn van de zorggebruikers en de zorgverleners.

We moeten bij de gevonden reviews en individuele studies soms **kritische opmerkingen** plaatsen. Deze staan aangegeven in Tabel 2 en 3. Dit omvat enerzijds kritische bemerkingen bij de kwaliteit van de studies, zoals het rekruteren van een beperkte groep participanten uit eenzelfde setting, of anderzijds opmerkingen voor een goed begrip, zoals een focus op een bepaalde vorm van afzondering of fixatie of een bredere terminologie die meer vrijheidsbeperkende maatregelen omvat dan enkel afzondering of fixatie.

Het geïnccludeerde **boek** (Sturmey, 2015) presenteert een evidence-based kader voor het vervangen van risicovolle restrictieve praktijken door veilige en effectieve alternatieven. De tweede helft van het boek biedt handvaten voor interventies ter vermindering van het gebruik van restrictieve praktijken. Ze zijn voornamelijk bedoeld voor de doelgroep van personen met een beperking en worden beschreven vanuit enerzijds de toegepaste gedragsanalyse en anderzijds een organisatiegericht perspectief. De in het boek aangeleverde evidentie wordt gebundeld met de evidentie gevonden in de artikels en reviews.

Tabel 2 Overzicht van verzamelde reviews

<b>Auteurs</b>	<b>Publicatiejaar</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Leeftijd</b>	<b>Opzet van de review</b>	<b>Opzet van de studies verzameld in de review</b>	<b>Systematische of niet-systematische review</b>
Jones et al.	2007	Personen met een verstandelijke beperking en zelfverwondend gedrag (ZVG)	Ongespecificeerd	Thematische beschrijving (kwalitatief)	Kwantitatief	Systematisch
Powell et al.	2008	Personen met een verstandelijke beperking	Minder- en meerderjarigen	Thematische beschrijving (kwalitatief)	Mixed	Systematisch
Luiselli	2009	Personen met een verstandelijke beperking	Minder- en meerderjarigen	Thematische beschrijving (kwalitatief)	Kwantitatief	Niet-systematisch
Williams	2010	Personen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen	Ongespecificeerd	Thematische beschrijving (kwalitatief)	Kwantitatief	Niet-systematisch
Menon et al.	2012	Personen met een verstandelijke beperking	Minderjarigen	Thematische beschrijving (kwalitatief)	Kwantitatief	Niet-systematisch
Gaskin et al.	2013	Personen met een verstandelijke en eventuele bijkomende beperkingen	Minder- en meerderjarigen	Non-overlap methode voor berekening van effectgroottes (kwantitatief)	Kwantitatief	Systematisch
Heyvaert et al.	2015	Personen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen	Ongespecificeerd	Meta-etnografisch (kwalitatief)	Kwalitatief	Systematisch

*Verzamelde reviews (1)*



Auteurs	Publicatie-jaar	Onderzoeksvragen van de review	Tijdsspanne geïnccludeerde artikels	Aantal geïnccludeerde studies	Informatie over geïnccludeerde studies	Resultaten m.b.t. preventie van toepassing van afzondering en fixatie m.i.v. goede praktijken in de toepassing van afzondering en fixatie	Resultaten m.b.t. impact van afzondering en fixatie op (de beleving van) het psychisch en fysiek welzijn van de zorggebruikers en de zorgverleners
Jones et al.	2007	Welke strategieën kunnen ingezet worden voor de aanpak van ZVG?	Ongespecificeerd	34	Enkel over afzondering en fixatie in context van ZVG	Ja	Ja
Powell et al.	2008	Wat zegt de literatuur over gebruik van afzondering, wat zijn de praktijkimplicaties en hiaten?	1995 - 2008	12	Gedeeltelijk ook GGZ-artikels geïnccludeerd. Enkel over afzondering.	Ja	Ja
Luiselli	2009	Welke methoden bestaan er voor het verminderen van geplande fysieke fixatie?	Ongespecificeerd	Ongespecificeerd	Enkel geplande fysieke fixatie wordt besproken. Twee grote benaderingen worden beschreven, literatuur die deze ondersteunt wordt geïnccludeerd.	Ja	Nee
Williams	2010	Welke methoden bestaan er voor het verminderen van fysieke en mechanische fixatie?	1999 - 2009	Ongespecificeerd	Enkel fysieke en mechanische fixatie worden besproken.	Ja	Nee
Menon et al.	2012	Wat zegt de literatuur over het gebruik van afzondering en fixatie voor het managen van gedragsproblemen bij kinderen? Wat zijn de juridische en ethische overwegingen?	Ongespecificeerd	Ongespecificeerd	Definiëring van afzondering en fixatie is anders, maar dekt dezelfde items. Afzondering en fixatie worden enkel besproken in de context van gedragsproblemen. Ook literatuur over meerderjarigen met een verstandelijke beperking en kinderen zonder verstandelijke beperking werd geïnccludeerd.	Ja	Nee
Gaskin et al.	2013	Kan het gebruik van afzondering en fixatie bij personen met een verstandelijke beperking verminderd worden?	1993 - 2013	14	Er werden enkel single-case experimental design studies gevonden voor het verminderen van het gebruik van fysieke of mechanische fixatie. 10 studies in de context van fixatie als veiligheidsmaatregel (agitatie en agressie), 4 in de context van fixatie als zorghandeling (zelfverwonding).	Ja	Nee
Heyvaert et al.	2015	Wat zijn de ervaringen van personen met een verstandelijke beperking en zorgverleners met afzondering en fixatie?	Jan 1990 - Sept 2011	17	Enkel over afzondering en fixatie in context van gedragsproblemen	Ja	Ja

Verzamelde reviews (2)

Tabel 3 Overzicht van verzamelde individuele studies

Auteurs	Publicatie-jaar	Doelgroep	Leeftijd van doelgroep	Respondent/subject	Opzet
Finn & Sturmey	2009	Personen met een verstandelijke beperking, gedrags- en psychologische problemen	Meerderjarigen	Documenten (registraties van interventies) met betrekking tot 81 personen	Documentanalyse: frequentie van gebruik en codering van antecedente condities (mixed)
Luiselli et al.	2015	Personen met een verstandelijke beperking	Meerderjarigen	Zorgverleners (n=25)	Vragenlijst (kwantitatief)
Riding	2016	Personen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen	Meerderjarigen	Documenten (centrale registratiedatabank) en audits	Documentanalyse: interventies met registratie van incidenten (kwantitatief)
Sparby et al.	2016	Personen met een verstandelijke beperking	Ongespecificeerd	Documenten (28 besluiten gemaakt door artsen, tandartsen of verpleegsters)	Documentanalyse; systematische inductieve-deductieve methode van Tjora (kwalitatief)
Dörenberg et al.	2018	Personen met een lichte verstandelijke beperking	Minder- en meerderjarigen	Zorgverleners (n=195)	Vragenlijsten (kwantitatief)
Larue et al.	2018	Personen met een verstandelijke beperking, gedragsproblemen en een psychiatrische diagnose	Meerderjarigen	Zorgverleners (n=12), management (n=4), stafmedewerkers (n=6), artsen (n=2) en familieleden (n=7) van 11 personen. Patiëntdossiers van de 11 personen.	Focusgroepen van personen betrokken in de zorg en documentanalyse (kwalitatief)
van der Meulen et al.	2018	Personen met een matige verstandelijke beperking	Meerderjarigen	Zorgverleners (n=15)	Interviews (kwalitatief)
Wolkorte et al.	2019	Personen met een matige tot diepe verstandelijke beperking en gedragsproblemen	Meerderjarigen	Personen met een beperking (n=13) of naasten van personen met een beperking (n=7)	Interviews (kwalitatief)
Embregts et al.	2019	Personen met een matige tot diepe verstandelijke beperking	Meerderjarigen	20 triades bestaande uit een persoon met een beperking, een zorgverlener en een familielid	Interviews met vignetten en statische analyse (mixed)
Davies et al.	2020	Personen met een verstandelijke beperking en gedrags- en emotionele problemen	Ongespecificeerd	Zorgverleners	Interventiestudie met kwalitatieve feedback van zorgverleners en kwantitatieve analyse van vragenlijsten (mixed)
Olivier-Pijpers et al.	2020	Personen met een (lichte tot ernstige) verstandelijke beperking, gedragsproblemen en een psychiatrische diagnose	Meerderjarigen	Personen met een beperking (n=8) of vertegenwoordigers (n=8)	Interviews, geanalyseerd volgens constant comparative method (kwalitatief)

*Verzamelde individuele studies (1)*

Auteurs	Publicatiejaar	Onderzoeksvragen	Opmerkingen
Finn & Sturmeijer	2009	Hoe verhoudt het gebruik van afzondering en fixatie zich over de gehele groep participanten en welke antecedente condities zijn herkenbaar?	Studie gebeurde aan de hand van een documentanalyse van de registraties. Dit is een indirecte maat voor de analyse van frequentie en antecedente condities, waarin men bovendien afhankelijk is van de kwaliteit van de aangeleverde registraties.
Luiselli et al.	2015	Zijn getrainde zorgverleners tevreden en aanvaardend t.o.v. fixatie?	Enkel fixatie. Klein aantal participanten. Allemaal training gehad.
Riding	2016	Kan de toepassing van afzondering en fixatie in een residentiële voorziening verminderen door middel van een interventie (Safewards + functionele analyse + datagedreven praktijk)?	Niet-wetenschappelijk verslag. In setting van Calderstones Partnership NHS Foundation Trust (UK).
Sparby et al.	2016	Hoe rechtvaardigen professionals (in de geneeskunde) medische of tandheelkundige gedwongen zorg, en wat is het probleem hierbij?	De bestudeerde documenten werden ingevuld door medisch geschoolde zorgverleners (vb. artsen, tandartsen en verpleegsters)
Dörenberg et al.	2018	Welke restrictieve praktijken worden wanneer en waarom gebruikt, in welke mate komen zorgverleners overeen over het restrictieve karakter en hoe denken zorgverleners de restrictieve praktijken te verminderen?	Deels geen afzondering en fixatie ("all measures restricting a person's freedom", zoals gebruik van de gsm). In de studie is afzondering en fixatie zeer summier bevestigd.
Larue et al.	2018	Wat verklaart volgens professionals en familieleden de waargenomen vermindering in gebruik van afzondering en fixatie?	Enkel participanten uit één setting (psychiatrisch ziekenhuis) werden gerekruteerd. Enkel afzondering en mechanische of fysieke fixatie werden besproken (niet medicamenteus).
van der Meulen et al.	2018	Wat beschouwen zorgverleners als vrijheidsbeperkend, en hoe rechtvaardigen ze de toepassing ervan?	Slechts gedeeltelijk afzondering en fixatie (onvrijwillige zorg, waaronder afzondering en fixatie, maar ook vb. gebruik van sociale media). De zorgverleners werken in dezelfde organisatie.
Wolkorte et al.	2019	Wat zijn de meningen (en voorkeuren) van personen met een verstandelijke beperking op (1) factoren die bijdragen aan de ontwikkeling en/of instandhouding van gedragsproblemen, (2) het beoordelingsproces van het gedragsprobleem en de context waarin het voorkomt, (3) interventies, (4) de aanpak van begeleiders en (5) het gebruik van medicatie?	-
Embregts et al.	2019	Kunnen begeleiders en familieleden het perspectief van de persoon met een beperking innemen bij keuzes over restrictieve aanpak?	Deels geen afzondering en fixatie ("all measures that limit the freedom of a person", zoals beperken van voedingkeuze). Bevestigde afzondering en fixatie summier, maar aanwezig (afzondering en fixatie bij potentieel gevaar en om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen)
Davies et al.	2020	Leidt de implementatie van het Safewards model tot een vermindering in conflicten en het gebruik van afzondering en fixatie?	Over crisisunit van 7 bedden in setting van Assessment and Treatment Unit (UK).
Olivier-Pijpers et al.	2020	Hoe denken zorggebruikers (en hun vertegenwoordigers) over de residentiële voorziening en over de rol van het organisatieniveau in het voorkomen en managen van gedragsproblemen?	Niet direct over afzondering en fixatie, wel onrechtstreeks omdat het gaat over het voorkomen en managen van gedragsproblemen door middel van interventies op organisatieniveau.

*Verzamelde individuele studies (2)*

### Hoofdstuk 3

---

<b>Auteurs</b>	<b>Publicatiejaar</b>	<b>Resultaten m.b.t. preventie van toepassing van afzondering en fixatie m.i.v. goede praktijken in de toepassing van afzondering en fixatie</b>	<b>Resultaten m.b.t. impact van afzondering en fixatie op (de beleving van) het psychisch en fysiek welzijn van de zorggebruikers en de zorgverleners</b>
Finn & Sturmey	2009	Ja	Nee
Luiselli et al.	2015	Ja	Nee
Riding	2016	Ja	Nee
Sparby et al.	2016	Ja	Nee
Dörenberg et al.	2018	Ja	Nee
Larue et al.	2018	Ja	Nee
van der Meulen et al.	2018	Nee	Ja
Wolkorte et al.	2019	Ja	Ja
Embregts et al.	2019	Nee	Ja
Davies et al.	2020	Ja	Nee
Olivier-Pijpers et al.	2020	Ja	Nee

*Verzamelde individuele studies (3)*

In wat volgt zullen de aanbevelingen die naar voren komen in de gevonden wetenschappelijke publicaties besproken worden. We doen dit eerst voor het onderwerp preventie van toepassing van afzondering en fixatie m.i.v. goede praktijken in de toepassing van afzondering en fixatie (richtvragen 2 en 3) en vervolgens voor het onderwerp ervaring of beleving van afzondering en fixatie door de zorggebruiker, de verwanten van zorggebruikers en zorgverleners (richtvraag 4).

## 2 Resultaten

### 2.1 Preventie van toepassing van afzondering en fixatie m.i.v. goede praktijken in de toepassing van afzondering en fixatie

Strategieën ter preventie of vermindering van de toepassing van afzondering of fixatie kunnen zich richten op het individu of op de bredere organisatie. **Positieve gedragsondersteuning** ('Positive behaviour support', PBS) richt zich op het individu. PBS is een waardegerichte multicomponent-interventie: het doel is het bereiken van een betere aanwezigheid in de gemeenschap, meer mogelijkheden tot het maken van keuzes, een grotere persoonlijke competentie, meer respect en gemeenschapsparticipatie, in plaats van enkel een gedragsverandering in afzondering van anderen. De interventie is gebaseerd op een begrip van waarom, wanneer en hoe gedrag plaatsvindt en welke doelen het dient. Het middel hiertoe is een functieanalyse. PBS omvat verschillende componenten waaronder de uitwerking van een persoonsgericht langetermijn PBS-plan dat zich richt op het voorkomen van het gedrag dat zich voordoet (primaire preventie), het herkennen van en reageren op een escalatie in gedrag of onrust (secundaire preventie) en crisismanagement (Allen et al., 2005; Davies et al., 2020<sup>A</sup>; Gore et al., 2013).

PBS interventiecomponenten kunnen verschillende vormen aannemen (Allen et al., 2005). Zo kan een interventie bestaan uit het wijzigen van omstandigheden of triggers die de kans op gedragsproblemen en vrijheidsbeperkende maatregelen vergroten. Die **antecedente condities** blijken een grote rol te spelen wil men de toepassing van afzondering en fixatie verminderen (Finn & Sturmey, 2009<sup>A</sup>; Gaskin et al., 2013<sup>R</sup>; Luiselli, 2009<sup>R</sup>; Williams, 2010<sup>R</sup>). Er kan ingespeeld worden op de discriminatieve stimuli<sup>103</sup> (bv. aandachtig zijn voor de aanwezigheid van een begeleider waar het niet mee klikt) of op de noden van een persoon (bv. individuele aandacht geven om te vermijden dat er later gedragsproblemen gesteld worden om die noden te bevredigen (Luiselli, 2009<sup>R</sup>). Er kan bovendien gezocht worden naar patronen in plaats en tijd (bv. aan de hand van registratieformulieren) en er kan een onderscheid gemaakt worden in algemene of individuele (unieke) antecedenten, wat tot een verschillende aanpak noopt (Luiselli, 2009<sup>R</sup>). Verder kan een positieve gedragsondersteuningsinterventie bestaan uit het **aanleren van nieuwe vaardigheden** (Allen et al., 2005). Zo beschrijven Luiselli et al. (2009<sup>R</sup>) een zorggebruiker die sessies functionele communicatietraining volgde om zelf aan te kunnen geven wanneer hij een pauze wil. Voorts kunnen differentiële en niet-voorwaardelijke **bekrachtigingsprincipes** worden gebruikt (respectievelijk het positief bekrachtigen van alle gedrag anders dan het probleemgedrag, bijvoorbeeld zingen wanneer het kind niet op de ogen duwt, en het positief bekrachtigen van alle gedrag onafhankelijk van het probleemgedrag, bijvoorbeeld elke 5 minuten

---

<sup>103</sup> Een discriminerende stimulus informeert een persoon welk gedrag van hem/haar zal worden versterkt - het signaleert de beschikbaarheid van een bepaalde bekrachtiger voor een bepaald gedrag (Tarbox & Tarbox, 2017, p.8).

verbaal bemoedigend toespreken). Gaskin et al. (2013<sup>R</sup>) geven onder meer een passage uit een geïnccludeerde studie weer, waar voor twee casussen dergelijke principes worden gebruikt (omschreven als 'alternative sensory reinforcement' en 'sensory extinction treatment'). In beide gevallen werd na de procedure het gebruik van mechanische fixatie stopgezet. Ten slotte kunnen er **reactieve strategieën** gebruikt worden, bijvoorbeeld afleiding, vermijding of een beperkt en tijdelijk gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen (Allen et al., 2005; Sturmey, 2015).

Een meerderheid van de toegepaste afzondering en fixatie wordt gebruikt bij een minderheid van de zorggebruikers (Finn & Sturmey, 2009<sup>A</sup>). Williams (2010<sup>R</sup>) schrijft dat het dus niet in het belang is van alle personen met een beperking om afzondering en fixatie volledig te bannen, maar de focus moet liggen op de noden van de persoon en op het bannen van ongepaste, onrechtmatige afzondering en fixatie. Dit pleit, samen met bovenstaande principes van PBS, voor een **geïndividualiseerde** aanpak: een aanpak gericht op het individu en op maat van de zorggebruiker. Samen met de zorggebruiker in gesprek gaan over de aanleidingen en aanpak kan negatieve ervaringen en stress verminderen en kan leiden tot het samen vormgeven aan een geïndividualiseerde aanpak (Heyvaert et al., 2015<sup>R</sup>). Zorggebruikers hebben vaak **eigen ideeën** van wat werkt. Zo geven Heyvaert et al. (2015<sup>R</sup>) aan dat zorggebruikers verschillende alternatieven voor afzondering en fixatie zien: bijvoorbeeld betere communicatie tussen hen en de begeleiders, een betere relatie met de zorgverleners, kunnen praten over hun problemen en over hoe ze zich voelen, afleiding, of rust nemen in de eigen kamer. Ook Powell et al. (2008<sup>R</sup>) stellen voor om zorggebruikers, in de mate van het mogelijke, een reactieve voorkeursstrategie te laten kiezen. Verder is het bijhouden van de toegepaste afzondering en fixatie en de antecedente condities ook cruciaal: **accurate informatie** over de zorggebruiker en de situatie waarin vrijheidsbeperking gebruikt werd, is essentieel om te komen tot geïndividualiseerde interventies (Finn & Sturmey, 2009<sup>A</sup>). Menon et al. (2012<sup>R</sup>) raden aan om, naast het verzamelen van achtergrondinformatie en het verrichten van een functieanalyse, ook fysieke en psychiatrische comorbiditeiten uit te sluiten, en om dit in een **multi-disciplinair** verband te doen. **Handelingsplannen** vormen de weerslag van deze multidisciplinaire, geïndividualiseerde informatieverzameling en de eraan verbonden doelstellingen. Luiselli (2009<sup>R</sup>) suggereert overigens dat de doelstelling om afzondering en fixatie af te bouwen deel zou moeten uitmaken van het handelingsplan om zo te vermijden dat een onnodige toepassing ervan blijft voortduren. Bij voorkeur wordt het handelingsplan vormgegeven in samenwerking met de zorggebruiker (Menon et al., 2012<sup>R</sup>; Wolkorte et al., 2019<sup>A</sup>), zij zijn immers graag betrokken om hun mening of eigen ideeën aan te brengen (Wolkorte et al., 2019<sup>A</sup>).

Naast de eerder genoemde functieanalyse (dat een beeld ontwikkelt van het gedrag, de persoon en de context) hebben begeleiders de beste methoden om de persoon te ondersteunen en zijn acties te begrijpen binnen handbereik (Wolkorte et al., 2019<sup>A</sup>). Eén van de mogelijkheden is het (samen met de persoon, het gezin, de begeleiders en de psycholoog) opstellen van een **signaleringsplan**. Een signaleringsplan beschrijft de tekenen van een opkomende crisis in verschillende fasen en biedt mogelijkheden voor de zorggebruiker of begeleider om escalatie te voorkomen. Het plan biedt zowel zorggebruikers als begeleiders de mogelijkheid om het verloop van de escalatie van het gedrag te begrijpen en biedt handvaten om een situatie in een vroeg stadium te ontmijnen (Wolkorte et al., 2019<sup>A</sup>).

De eigenlijke toepassing van afzondering en fixatie kan ook preventief werken. Zo zou het gebruik van **tijdsgebonden** in plaats van gedragsgebonden beëindiging tot kortere periodes van afzondering en fixatie leiden (Gaskin et al., 2013<sup>R</sup>; Luiselli, 2009<sup>R</sup>; Williams, 2010<sup>R</sup>). Williams (2010<sup>R</sup>) geeft bovendien in de context van zelfverwondend gedrag verschillende studies aan waarbij '**restraint fading**' (het stelselmatig afbouwen van fixatie die gewoonlijk continu wordt gedragen als beschermingsmiddel)

samen met differentiële bekrachtiging (zie eerder) wordt toegepast om succesvol het gebruik van fixatie te beëindigen. Sturmey (2015) schrijft dat restraint fading een robuuste, effectieve behandelingsstrategie kan zijn voor het elimineren van fixatie en zelfverwonding bij ernstige, chronische zelfverwonding. Gaskin et al. (2013<sup>R</sup>) beschrijven een casus waarbij restraint fading, gecombineerd met het aanleren van relaxatievaardigheden en het aanbieden van plezierige activiteiten, leidde tot een vermindering in gebruik van fixatie. Verder beschrijft Williams (2010<sup>R</sup>) procedures van **korte gedragscontingente fixatie**, eventueel tezamen met differentiële bekrachtiging (zie eerder) of andere modules zoals functionele communicatietraining om het effect ervan te versterken, waardoor het algemene gebruik van afzondering en fixatie afgebouwd wordt. Dergelijk gebruik van een 'positieve straf' is vandaag veelal in onbruik, maar er blijkt onenigheid over de vraag of er überhaupt wel van deze procedures gebruik mag worden gemaakt (Sturmey, 2015). Sturmey stelt in deze gevallen '**schedule thinning**' voor, waarbij het aandeel van bestrafte reacties geleidelijk wordt verminderd, wat kan resulteren in zowel een vermindering van het doelgedrag<sup>104</sup> als de eliminatie van het gebruik van de restrictieve procedure.

Naast een geïndividualiseerde aanpak, wordt er in de literatuur ook een organisatiebrede aanpak aangemoedigd. Zo behandelt Sturmey (2015) de '**Six Core Strategies**' van LeBel et al. (2014) (zie ook deel 6.2 van Hoofdstuk 4) om na te denken over organisatorische benaderingen om de toepassing van afzondering en fixatie te verminderen. Sturmey (2015) komt tot de volgende punten:

1. **Consistent leiderschap voor organisatieverandering:**  
Het bestaat uit de directe betrokkenheid van het leidinggevend personeel bij de deelname, het definiëren en verwoorden van de missie, het vaststellen van zorgfilosofieën, het ontwikkelen van waarden en het houden van toezicht op het plan om conflict en geweld, en bijgevolg het gebruik van afzondering en fixatie, te verminderen. Het gaat over wat leidinggevendenden zouden moeten doen, maar evenzeer wat ze zouden moeten vermijden, willen ze het gebruik van afzondering en fixatie verminderen.
2. **Cijfergegevens verzamelen en de praktijk hierover informeren:**  
Het gebruik van data om problemen op te sporen op een niet-berispende manier, wel bij wijze van aanmoediging tot reductie van de toepassing van afzondering en fixatie en het zoeken naar alternatieven. Het gebruiken van referentiewaarden, het stellen van doelen, het gebruik van afzondering en fixatie in de tijd volgen, en gegevens van verschillende instellingen vergelijken.
3. **Personeelsontwikkeling**  
Het organiseren van training, workshops en andere activiteiten om te komen tot minimaal conflict en maximale cliëntuitkomsten. Dit kan worden bereikt door doeltreffende personeelstraining, supervisie en evaluatie.
4. **Leeftijdsgenoten als model en interventiemiddel:**  
Het interventiepakket van LeBel et al. (2014) komt uit de context van de geestelijke gezondheidszorg en maakt gebruik van leeftijdgenoten als model en interventiemiddelen, omdat zij veel relevante problemen hebben meegemaakt en meer aannemelijke modellen zijn dan het professionele en behandelende personeel. Ook in andere contexten kunnen leeftijdgenoten model zijn voor het tonen van alternatief gedrag, het oplossen van problemen en zelfmanagement.

---

<sup>104</sup> Dit is het gedrag van de jongere waar de zorgverleners/begeleiders zich op richten met als doel dit gedrag te verminderen of af te bouwen of te vermijden

### 5. Grondige nabespreking:

LeBel et al. (2014) vermelden het belang van debriefing na gedragsincidenten. Debriefing heeft twee doelen. Ten eerste kan worden nagegaan hoe zorgverleners beter hadden kunnen reageren - een soort ad hoc training en feedbackmogelijkheid. Ten tweede kan het emotionele steun bieden aan zowel zorggebruikers en als personeel, als de ervaring van fixatie of afzondering traumatisch was voor (een van) beiden.

(Voor de originele Six Core Strategies van LeBel et al. (2014) verwijzen we naar deel 6.2 van Hoofdstuk 4.)

Sturmeijer (2015) geeft aan dat deze kapstokken een nuttig kader kunnen bieden om na te denken over welke elementen nodig zijn om een organisatie-brede interventie voor de vermindering van vrijheidsbeperkende maatregelen te ontwikkelen. De interventie dient echter wel op maat gemaakt te worden, aangepast aan de unieke setting van de organisatie. Bijvoorbeeld door een goede definiëring te geven van wat verstaan wordt onder afzondering en fixatie bij de eigen doelgroep. Sturmeijer concludeert op basis van een groot aantal empirische casestudies dat interventies die zich richten naar enkele of alle van deze strategieën vaak leiden tot grote en snelle verminderingen in het gebruik van afzondering en fixatie.

In de handicap-specifieke literatuur wordt er verder verwezen naar **Safewards**, net zoals in de literatuur over de GGZ (zie deel 6.4 van Hoofdstuk 4). Riding (2016<sup>A</sup>) rapporteerde in zijn voorziening (Calderstones Partnership NHS Foundation Trust, UK) een vermindering van de toepassing van afzondering en fixatie van 42% na een interventie bestaande uit drie componenten: positieve gedragsondersteuning, de implementatie van Safewards, en data-gedreven praktijk (registraties en monitoring). Davies et al. (2020<sup>A</sup>) rapporteerden eveneens verminderingen in het gebruik van afzondering en fixatie. Deze vermindering was significant. Verschillend aan de studie van Riding, was in de 'Assessment and Treatment Unit'<sup>105</sup> in de studie van Davies et al. (2020<sup>A</sup>) positieve gedragsondersteuning reeds geïmplementeerd en was de implementatie van Safewards de enige interventiecomponent. De implementatie van Safewards bij Davies et al. (2020<sup>A</sup>) bestond uit de 10 basisinterventies en deze werden maandelijks na elkaar geïmplementeerd. Dit waren:

- Het verduidelijken van wederzijdse verwachtingen
- Een respectvolle, empathische houding in de omgang met de zorggebruiker en bij het afwijzen van verzoeken of het stellen van een vraag of eis
- Verbale de-escalatie, bestaande uit de drie stappen (afgrenzen, verduidelijken en oplossen) en met een nadruk op een beheerste, respectvolle en empathische houding van de begeleider
- Positieve wissel van shift waarbij een positief kenmerk of een kwaliteit van de zorggebruiker benoemd wordt
- Alert zijn voor slechts nieuws en het empathisch opvangen van de reacties
- Elkaar leren kennen door het delen van persoonlijke, niet-controversiële informatie
- Vrijblijvende bijeenkomsten waar er door de zorggebruikers onderling wederzijdse steun wordt geboden
- Gebruik van troostende/geruststellende voorwerpen
- Geruststelling wanneer men getuige is van incidenten
- Zorggebruikers een positieve boodschap laten schrijven bij hun vertrek uit de voorziening. Deze boodschap wordt op een prikbord gehangen en nieuwe patiënten kunnen er hoop uit putten.

---

<sup>105</sup> ATU; een acute eenheid voor personen met een verstandelijke beperking die een crisis doormaken, hetzij in verband met hun geestelijke gezondheid, hetzij in verband met hun gedrag (Davies et al., 2020<sup>A</sup>)



Meer informatie over deze basisinterventies (en andere interventies) kan gevonden worden op [www.safewards.net](http://www.safewards.net). Davies et al. concludeerden dat “Safewards een positief effect heeft op conflict- en vrijheidsbeperkende maatregelen binnen een afdeling voor personen met een verstandelijke beperking, met vergelijkbare positieve voordelen ten opzichte van afdelingen voor geestelijke gezondheidszorg”.

Verschillende onderzoekers bevroegen stakeholders naar belangrijke **organisatorische factoren**. Zo vroegen Larue et al. (2018<sup>A</sup>) aan begeleiders welke factoren volgens hen een impact hebben op het verminderen van de toepassing van afzondering en fixatie. Zij zagen cohesie tussen de zorgverleners (unifying leadership), het betrekken van de ervaringsdeskundigheid van familieleden en de gemeenschappelijke inspanning om de functie van gedrag te achterhalen als meest belangrijke factoren. Verder beïnvloeden verschillende organisatorische factoren indirect - via de onderlinge interacties, attitudes en gedragingen - het voorkomen van gedragsproblemen (Olivier-Pijpers et al., 2020<sup>A</sup>). Personeelwissels en een beperkte financiële ruimte beïnvloeden de interacties tussen begeleiders en familieleden op een negatieve manier, en verhogen daarmee het voorkomen van gedragsproblemen. Een gedeelde visie, gedeelde waarden en verwachtingen en competente (opgeleide, gecoachte) begeleiders, beïnvloeden de attitudes en gedragingen van de begeleiders op een positieve manier, en helpen bij het managen van gedragsproblemen (Olivier-Pijpers et al., 2020<sup>A</sup>). Begeleiders zien volgens Dörenberg et al. (2018<sup>A</sup>) verder ook een vergroting van het personeelsbestand, een verkleining van de (leef)groepen, een grotere focus op de relatie met de zorggebruiker, anticipatie op situaties, attent zijn voor noden en wensen en investeringen in opleiding voor personeel als manieren om de toepassing van afzondering en fixatie te verminderen.

Eerder werd reeds aangegeven dat het **trainen** van begeleiders in Safewardsinterventies of PBS positieve effecten heeft op een vermindering van afzondering en fixatie. Training kan echter ook dienen om medewerking te krijgen van de werknemers in een op organisatieniveau opgesteld plan (Luiselli et al., 2015<sup>A</sup>), zoals het doen gebruiken van mindfulness principes of specifieke interventiestrategieën (Williams, 2010<sup>R</sup>) of een grote gedeelde tevredenheid bereiken. Door middel van training kunnen begeleiders een goed begrip krijgen van de vormen van afzondering en fixatie, het correct gebruik ervan, en het wettelijk kader. Dit vermijdt een routineus, ondoordacht gebruik van afzondering en fixatie (Menon et al., 2012<sup>R</sup>). Sturmey (2015) beschrijft echter gemengde resultaten van trainingen. Er kunnen dan ook enkele kanttekeningen geplaatst worden bij het trainen van begeleiders. Ten eerste is naast kennis en vaardigheden, ook een training in en een beïnvloeding van de attitudes van begeleiders vaak een doel, maar blijkt dit moeilijker dan een training van kennis en vaardigheden (van der Meulen et al., 2018<sup>A</sup>). Bovendien is het trainen van begeleiders vaak een onderdeel van een groter interventiepakket, waardoor de individuele bijdrage van de interventiecomponent moeilijk in te schatten is (Williams, 2010<sup>R</sup>). Organisaties kunnen er tenslotte niet zonder meer van uitgaan dat een training leidt tot de verhoopte individuele resultaten, maar evalueren best de resultaten op niveau van de zorggebruiker na afloop van de training en implementeren systemen van kwaliteitswaarborgen om zich ervan te verzekeren dat de getrainde procedures in stand blijven, en dat problemen opgespoord en aangepakt kunnen worden (Sturmey, 2015).

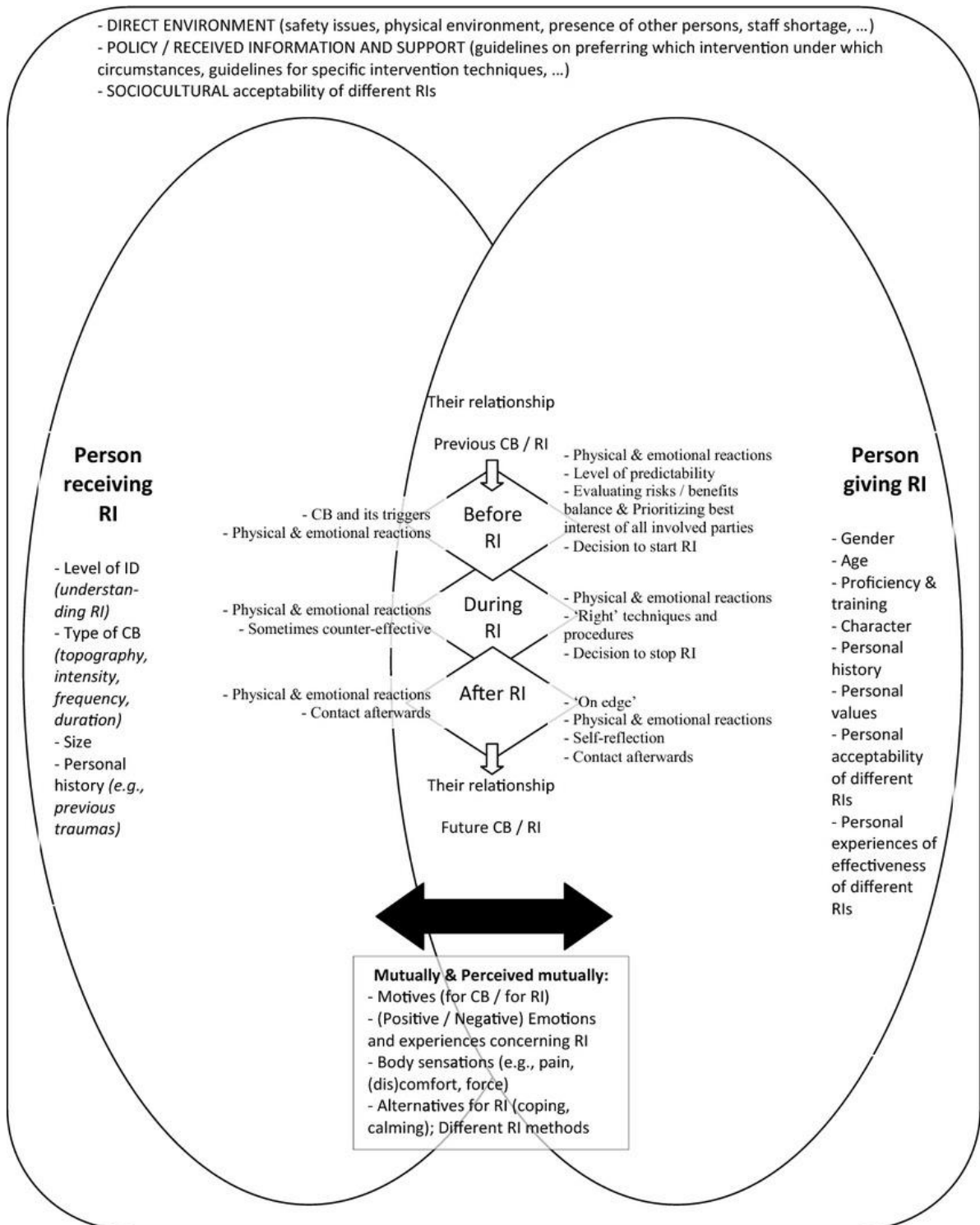
Ten slotte is de **registratie van de toepassing** van afzondering en fixatie (en monitoring hiervan op korte én lange termijn) vaak een onderdeel van een interventiepakket (zie bijvoorbeeld ‘data gedreven praktijk’ bij Riding, 2016<sup>A</sup>). Sparby (2016<sup>A</sup>) is echter kritisch ten opzichte van registratie-instrumenten. Vaak blijken deze vormgegeven vanuit een medisch denkkader, waardoor individuele of morele bezwaren vergeten worden. Er wordt dan een beeld geschapen van een incompetente of niet-samenwerkende patiënt, een zeer dringend (medisch) probleem en afzondering en fixatie als enige mogelijke

oplossing (die als proportioneel, legitiem en in het belang van de patiënt wordt gezien). Het opzet van het gestandaardiseerde formulier faciliteert daardoor gedwongen zorg, én ook routineus werken, want het invullen wordt als het ware administratief werk. Een gestandaardiseerd opzet hindert alternatieve manieren om naar de complexe situatie van een persoon te kijken. Sparby suggereert daarom om expliciete ethische overwegingen, samen met de beslissing voor de toepassing van afzondering en fixatie in de registraties mee te nemen.

## 2.2 Ervaring en beleving van afzondering en fixatie door zorggebruikers en begeleiders

In de dagelijkse praktijk van de voorziening wordt er vaak gebruik gemaakt van **restrictievere maatregelen**. Dergelijke restricties gaan breder dan afzondering en fixatie zoals omschreven in deze richtlijn. Het gaat bijvoorbeeld over beperkingen in de vrije keuze, in de sociale contacten of het opleggen van leefregels. Zorgverleners kunnen over het algemeen inzien dat deze restricties ook vrijheidsbeperkend zijn, al is de consensus over het vrijheidsbeperkende karakter van afzondering en fixatie groter (Dörenberg et al., 2018<sup>A</sup>). De beslissing voor het installeren van dergelijke restricties wordt vaak gemaakt door de omgeving van de zorggebruiker. Beslissingen gebeuren wel vaker in het belang van de zorggebruiker, dit omwille van moeilijkheden in de communicatie en daardoor de onmogelijkheid tot toestemming. De omgeving (zorgverleners of familieleden) moeten dan differentiëren tussen hun eigen perspectief en dat van de zorggebruiker. Embregts et al. (2019<sup>A</sup>) schrijven dat dit differentiëren lukt, dat de omgeving inschat dat zorggebruikers de restricties vaak niet als restricties ervaren of eraan gewend zijn, en dat zorgverleners en familieleden overeenstemmen in hun antwoord als hen gevraagd wordt of een zorggebruiker een bepaalde behandeling als (on)vrijwillig ervaart. Indien zorggebruikers wel een mogelijkheid tot inspraak hebben, is er niet altijd een akkoord in verband met de restricties (van der Meulen et al., 2018<sup>A</sup>). Vaak stemmen zorggebruikers en zorgverleners overeen in de interpretatie en evaluatie van de restricties. De zorggebruikers schikken zich echter ook geregeld (“het is voor mijn eigen best”) en nemen redenen voor deze restricties van belangrijke anderen (o.a. familieleden) over (van der Meulen et al., 2018<sup>A</sup>). Als zorggebruikers en begeleiders niet overeenkomen over de geïnstalleerde restricties, is er volgens van der Meulen et al. (2018) vaak sprake van een waardeprobleem: de waarden privacy en waardigheid, waar de zorggebruiker belang aan hecht, tegenover de waarden gezondheid en veiligheid, die de zorgverlener tracht te waarborgen.

Als we de scope verengen naar afzondering en fixatie zoals het in deze richtlijn wordt omschreven, kan het **heuristisch model** van Heyvaert et al. (2015<sup>R</sup>, Fig. 4) houvast bieden. Het beschrijft de belangrijkste concepten op micro-, meso- en macro-niveau, die gerelateerd zijn aan ervaringen van afzondering en fixatie in de context van gedragsproblemen. Figuur 4 beeldt twee ovalen af waarin de kenmerken van de zorggebruiker en begeleider worden weergegeven. De ruimte waar de twee ovalen elkaar overlappen geeft de interacties en de relatie tussen de betrokken personen en hun ervaringen met vrijheidsbeperkende maatregelen weer. De kenmerken van en interacties tussen de personen bevinden zich op **microniveau**.



Figuur 4 Heuristisch model (Heyvaert et al., 2015<sup>R</sup>)<sup>106</sup>

a. Microniveau

Op microniveau zijn er ten eerste de **individuele kenmerken** (Figuur 4, uiterst links en uiterst rechts) van de zorggebruiker (zoals de ernst van de verstandelijke beperking, de mogelijkheid tot verbale communicatie, de aard van het probleemgedrag, de lichaamsbouw of grootte van de persoon en zijn

<sup>106</sup> Gebruikte afkortingen: CB Challenging behaviour, ID Intellectual Disability, RI Restraint Intervention.

persoonlijke geschiedenis) en van de begeleider (zoals geslacht, leeftijd, opgedane ervaring of training, stressniveau, persoonlijke geschiedenis, waarden, ervaringen met de effectiviteit van bepaalde procedures en mate van aanvaarding van bepaalde vormen van afzondering of fixatie). Verder zijn ook **kenmerken van eerdere ervaringen** (zoals de 'ervaringskennis' van begeleiders; Figuur 4, uiterst links en uiterst rechts) en de **onderlinge relatie** van invloed op de ervaring van afzondering of fixatie (Figuur 4, midden).

Zorggebruikers en begeleiders ervaren **fysieke en emotionele gewaarwordingen** voor, tijdens en na de afzondering of fixatie (Figuur 4, midden). Zo voelen **zorggebruikers** zich soms niet gehoord of voelen ze zich door anderen opgejaagd. Dit leidt dan tot de toepassing van afzondering en fixatie. Tijdens de toepassing voelen ze zich droevig, gestresseerd, verward, boos, angstig (Powell et al., 2008<sup>R</sup>) of hulpeloos. Soms kan de woede en frustratie tijdens de toepassing van afzondering en fixatie leiden tot meer agressief gedrag of doen de vrijheidsbepalende maatregelen terugdenken aan eerdere beangstigende gebeurtenissen, wat eveneens een tegengesteld resultaat geeft (Embregts et al., 2019<sup>A</sup>). Sommige zorggebruikers gebruiken ook coping strategieën (bijvoorbeeld zichzelf afleiden; Heyvaert et al., 2015<sup>R</sup>). Naast negatieve gevoelens, kunnen zorggebruikers bovendien ook positieve gevoelens ervaren, zoals rust en veiligheid. Na de toepassing van afzondering en fixatie voelen zorggebruikers zich bedroefd, bang, schuldig of opgelucht. Ze zijn vaak uitgeput. Soms ervaren ze nadien positieve interacties, soms voelen ze zich genegeerd (Heyvaert et al., 2015<sup>R</sup>).

**Begeleiders** ervaren gelijkaardige gevoelens. Vóór de toepassing van afzondering en fixatie voelen ze zich vaak gefrustreerd, bijvoorbeeld aangezien genomen preventieve maatregelen niet effectief bleken, en angstig. Ze voelen de adrenaline stijgen. Een grote onvoorspelbaarheid van situaties leidt tot een algemeen gevoel van op scherp te staan, hogere adrenalineniveaus, een groter gevoel van risico en een grotere kans op het gebruik van afzondering en fixatie. In onvoorspelbare situaties maken begeleiders snellere beslissingen en gebeuren deze vaak ook automatisch of instinctief. Omgekeerd maken begeleiders in voorspelbaardere situaties hun beslissingen vaker volgens de richtlijnen. Tijdens de toepassing van afzondering en fixatie ervaren ze een reeks emoties, zoals hoop dat de gedragsproblemen stoppen, de positieve instelling dat ze controle hebben en verwonding voorkomen, en frustratie wanneer het probleemgedrag verergert. Daarnaast ervaren ze ook angst, irritatie, medeleven, schuldgevoel, verveling, shock of zelfvertwijfeling. De grote emotionele last maakt het reageren tijdens afzondering of fixatie complexer. Bovendien voelen ze zich uitgeput door de duur van afzondering of fixatie, de fysieke inspanning en het verhoogde adrenalineniveau. Terwijl de begeleiders deze emotionele en fysieke reacties ervaren, denken ze bovendien over een correct gebruik van de technieken en procedures. Het stoppen van afzonderings- of fixatieprocedures wordt bemoeilijkt door hun gewaarwordingen en door de zorg de procedures zo goed mogelijk na te leven. Zodra de afzonderings- of fixatieprocedure is beëindigd, voelen begeleiders zich nog even op scherp staan: de situatie is weinig voorspelbaar en begeleiders staan voor de moeilijkheid hoe ze best de zorggebruiker benaderen zonder opnieuw gedragsproblemen uit te lokken of deze te bekrachtigen. Nadat dit is gaan liggen, voelen ze pas echt de fysieke en emotionele impact. Sommige begeleiders beschrijven een gewenningsproces (ze zijn afzondering en fixatie door herhaaldelijke toepassing gewoon geworden). Daarnaast is er nu ruimte voor reflectie (over de effectiviteit van de procedure, maar evenzeer over een juist gebruik van technieken, hun ervaring, die van de zorggebruiker en de onderlinge relatie (Heyvaert et al., 2015<sup>R</sup>).

Samengevat ervaren zowel zorggebruikers als begeleiders negatieve emotionele reacties, angst en onzekerheid door de onvoorspelbaarheid van de situatie, voelen ze zich fysiek uitgeput en gebruiken ze

coping strategieën (bijvoorbeeld om zichzelf als zorggebruiker af te leiden of als begeleider te reflecteren over wat er gebeurd is).

Doorheen het proces van afzondering en fixatie blijken zorggebruikers en begeleiders niet enkel te reageren volgens hun eigen gewaarwordingen, maar ook volgens **veronderstellingen** jegens de ander (Figuur 4, midden onderaan):

- Veronderstelde motieven voor de toepassing van afzondering en fixatie (“Het moest gebeuren, het was een noodzakelijk kwaad” of “Om te bewijzen dat ze [de begeleiders] de leiding hebben”)
- Veronderstelde motieven voor het probleemgedrag (“Om begeleiders te testen”)
- Veronderstelde emoties en gewaarwordingen (“Ik denk dat de begeleiders het leuk vonden” of “Hij [de zorggebruiker] toonde spijt”)
- Veronderstelde lichaamssensaties (bv. pijn of (on)gemak)

Wanneer er een lage mate van congruentie is tussen de veronderstelde motieven en de werkelijke motieven heeft dit een negatief effect op de relatie tussen en de ervaringen van de betrokken partijen.

Bovenstaande omschrijving vermeldt voornamelijk overeenkomsten tussen zorggebruikers en begeleiders: beide nemen individuele kenmerken, kenmerken van eerdere ervaringen en de onderlinge band mee, ervaren bepaalde zaken voor, tijdens en na de procedure, en hebben bepaalde veronderstellingen. Er zijn ook enkele belangrijke **verschillen** tussen de zorggebruikers en begeleiders. Ten eerste is er een verschil in de mate van **begrip van de procedures**. Het door de begeleiders veronderstelde begrip blijkt dan ook een belangrijke variabele. Als zorgverleners een kader ontwikkelden om het uitdagende gedrag van de deelnemer te begrijpen en er een hoge mate van congruentie was tussen de waargenomen en werkelijke oorzaken van het uitdagende gedrag, werkte dit als een preventiestrategie tegen risicovolle afzondering en fixatie en verbeterde het de onderlinge relatie. Ten tweede is er een verschil in de mate van **controle over de situatie en de eigen rol hierin**. Sommige zorggebruikers hebben meer of minder controle over hun eigen gedrag. Begeleiders proberen in geval van escalatie situaties te controleren en te ontmijnen, om zo gebruik van afzondering en fixatie te vermijden. De door de begeleiders veronderstelde controle van de zorggebruiker blijkt dan ook een belangrijke variabele, want onvoorspelbaar of ongebruikelijk lang of intens probleemgedrag bemoeilijkt de controle van de begeleider over de situatie. Ten derde zijn er **verschillende ideeën over afzondering en fixatie als laatste redmiddel**. Begeleiders geven aan afzondering en fixatie enkel te willen gebruiken als laatste redmiddel, maar erkennen dat ze door hun eigen emotionele of fysieke gewaarwordingen en door de onvoorspelbaarheid van de situatie soms te snel starten of te lang doorgaan met de maatregel. Bovendien handelen ze meer instinctief en minder volgens de richtlijnen als ze verrast worden. Ook Jones et al. (2007<sup>R</sup>) geven aan dat in deze studie begeleiders in de voorgelegde hypothetische situaties verschillende minder restrictieve alternatieven zien, maar dit in echte situaties niet zouden doen, omdat ze dan (met fysieke of mechanische fixatie) snel controle willen hebben over het verwondend gedrag.

Heyvaert et al. (2015<sup>R</sup>) concluderen dat door zorggebruikers meer **informatie** te geven over de factoren die betrokken zijn bij afzondering en fixatie hun begrip van afzondering en fixatie en het begrip van hun persoonlijke controle en de eigen rol in het starten en stoppen van afzondering en fixatie kan vergroten. Ook Wolkorte et al. (2019<sup>A</sup>) beschrijft positieve ervaringen van zorggebruikers met psycho-educatie, dat hen hielp om inzicht te krijgen in het eigen gedrag en hen handvaten gaf om op een constructieve manier om te gaan met triggers. Heyvaert et al. (2015<sup>R</sup>) schrijven dat dit gevoelens van onvoorspelbaarheid, verwarring en angst tijdens afzondering en fixatie kan doen afnemen, en mogelijk ook het toekomstig gebruik van afzondering en fixatie kan doen afnemen.

b. Meso- en macroniveau

In het heuristisch model van Heyvaert et al. (2015<sup>R</sup>) bevinden zich op **meso- en macroniveau** (Figuur 4, bovenaan) ten eerste de kenmerken van de **directe omgeving** (bv. mate van agressie in de omgeving en de aanwezigheid van andere personen). Bovendien heeft een situatie van afzondering of fixatie ook een negatieve impact op andere personen die getuige zijn van deze maatregel. Begeleiders moeten dus rekening houden met de gevolgen voor zowel toeschouwers als voor de zorggebruikers die afzondering en fixatie ervaren. Ten tweede zijn er de kenmerken van het **beleid** (bv. richtlijnen over de voorkeur van welke interventie onder welke omstandigheid of richtlijnen over specifieke interventietechnieken) en ten derde van de **sociaal-culturele opvattingen** (bv. maatschappelijke aanvaarding van bepaalde technieken) die van invloed zijn op de interacties tussen de zorggebruiker en begeleider. Afzondering en fixatie wordt over het algemeen negatief aanschouwd door zorggebruikers (Wolkorte et al., 2019<sup>A</sup>), begeleiders en personen die niet betrokken zijn (Heyvaert et al., 2015<sup>R</sup>). Zorggebruikers geven aan dat afzondering en fixatie niet te snel mogen worden gebruikt, maar dat deze maatregelen in bepaalde, bijzondere situaties wel kunnen helpen om het doelgedrag te verminderen (Wolkorte et al., 2019<sup>A</sup>). De mate waarin personen de maatregel als negatief aanschouwen, varieert echter naargelang de specifieke methode (bijvoorbeeld fixatie op een stoel wordt als minder negatief beschouwd ten opzichte van fixatie op de grond) en naargelang het individu (bijvoorbeeld de voorkeur van de zorggebruiker voor het gezicht naar boven vs. de voorkeur van de begeleider voor het gezicht naar beneden<sup>107</sup>; Heyvaert et al., 2015<sup>R</sup>).

### 3 Bijkomende documenten

Op basis van een hand search op Google en contacten met beleids- en praktijkmedewerkers werden onderstaande bijkomende documenten gevonden. Ze beschrijven goede praktijken en aanbevelingen, die niet steeds gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek. Ze kunnen echter wel handvaten bieden aan de dagelijkse praktijk.

#### Het Wegingskader (AWVB, 2021)

In deel 2.2. hierboven wordt verwezen naar vrijheidsbeperkende praktijken ('restricties'). De Academische Werkplaats Leven met een verstandelijke beperking (AWVB) van Tranzo (het wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn van de Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University) ontwikkelde het Wegingskader om zorgverleners een handvat te bieden bij de keuze rondom de inzet van (onvrijwillige) zorg en het vergroten van de eigen regie. De tool stimuleert zorgverleners om zich te verplaatsen in het perspectief van de zorggebruiker en helpt zorgverleners zo in het maken van goede afwegingen omtrent de inzet van (onvrijwillige) zorg.

De tool is het product van onderzoek. Meer informatie over dit onderzoek, inclusief de links naar het rapport en de artikelen vindt u hier: <https://unoamsterdam.nl/onderzoeken/belevingsonderzoek-dwang-in-de-zorg/>.

---

<sup>107</sup> In de Delphi-studie (EF38) ter ontwikkeling van aanbevelingen over de praktische uitvoering van afzondering en fixatie werd de aanbeveling geformuleerd om steeds te kiezen voor rugligging wanneer het noodzakelijk is om een persoon liggend mechanisch te fixeren (aanbeveling 18 onder mechanische fixatie).

### **Infographic (AWVB, 2021)**

In deel 2.2. hierboven wordt verwezen naar vrijheidsbeperkende praktijken ('restricties'). De infographic toont domeinen van vrijheidsbeperking en geeft aanbevelingen hoe begeleiders hiermee om kunnen gaan. De infographic is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.

[https://www.tilburguniversity.edu/sites/default/files/download/AWVB\\_202103%20Infographic%20BidDZ.pdf](https://www.tilburguniversity.edu/sites/default/files/download/AWVB_202103%20Infographic%20BidDZ.pdf)

### **De VerbanXdoos (AWVB, 2020)**

Afzondering of fixatie kan gebeuren om de veiligheid van de persoon te bewaren, bijvoorbeeld in het geval van zelfverwonding. De VerbanXdoos helpt begeleiders van personen met een verstandelijke beperking bij het stapsgewijs in kaart brengen van zelfverwondend gedrag van de persoon. De doos bevat kaarten met achtergrondinformatie, informatie over de oorzaken van zelfverwondend gedrag en een praktische aanpak. De informatie die de doos aanreikt, komt voort uit wetenschappelijk onderzoek. Bovendien maakt de doos gebruik van de Self-Harm Scale. Begeleiders vullen dit formulier meermaals in, waardoor ze gericht kunnen handelen en waardoor ze ook kunnen nagaan of hun handelingen effectief zijn. Door de doos in team systematisch te gebruiken, krijgen begeleiders zicht op de triggers, omgevingskenmerken en gevolgen van zelfverwonding, wat de kwaliteit van de zorg kan verhogen en het gebruik van afzondering of fixatie kan verminderen.

<https://www.tilburguniversity.edu/nl/onderzoek/instituten-en-researchgroepen/tranzo/academischewerkplaatsen/awlvb/nieuws/de-verbanxdoos>

### **Bewuster omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen (SAM, 2020)**

De tool 'Bewuster omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen' helpt om samen met collega's gestructureerd na te denken over vrijheidsbeperkende maatregelen en een bewuster beleid te voeren hieromtrent. Het reikt ook een aantal handvatten en kapstukken aan om het resultaat van dit denkproces te vertalen naar concrete afspraken en procedures binnen de organisatie.

<https://www.samvzw.be/publicaties/bewuster-omgaan-met-vrijheidsbeperkende-maatregelen/>

### **Alternatievenbundel: inspiratie voor vrijwillige en passende zorg (Vilans, 2020)**

Wat voor de ene zorggebruiker werkt, heeft bij de andere geen of weinig effect. Het is geen 'one size fits all'. Samen moet er gezocht worden naar een oplossing die het minst ingrijpend is en zo goed mogelijk aansluit bij de gewoontes en behoeften van die ene specifieke persoon. Kennis over alternatieven is dan belangrijk. Hoe meer kennis, hoe makkelijker de keuze voor een alternatief op maat. De alternatievenbundel kan hierbij helpen.

<https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/alternatievenbundel.pdf>

### **Gesprekskaarten voor gesprek over verminderen van vrijheidsbeperking (Vilans, 2015)**

Met het gespreksmodel en de gesprekskaarten kunnen zorgorganisaties het gesprek aangaan met alle belanghebbenden. Het gespreksmodel geeft weer welke partijen met elkaar in gesprek zouden moeten gaan over vrijheid en vrijheidsbeperking. De bijbehorende gesprekskaarten laten de onderwerpen, tips en dilemma's zien die de basis zijn voor het open gesprek.

<https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/nieuws/vrijheidsbeperking-gesprekskaarten>

[https://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/gespreksmodel-gesprekskaarten-vrijheidsbeperking.pdf?\\_ga=2.48785574.108152870.1604667389-1673186500.1602755833](https://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/gespreksmodel-gesprekskaarten-vrijheidsbeperking.pdf?_ga=2.48785574.108152870.1604667389-1673186500.1602755833)

#### **Geeltjesmeting (Vilans, 2014)**

Toegankelijke methode voor het meten en bewust worden van het aantal toepassingen van vrijheidsbeperking binnen een organisatie.

<http://werkboek.vilans.nl/teamleren-werkvorm-geeltjesmethode.html>

#### **Informatiebrochure VBM voor familieleden (Vilans & LOC Zeggenschap in zorg, 2012)**

'Zorg voor leven in vrijheid' helpt zorgprofessionelen om het natuurlijke netwerk van een zorggebruiker te informeren over hun rol bij het afbouwen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

<https://www.vilans.nl/docs/producten/Zorgvoorleveninvrijheid.pdf>

#### **Leidraad tot afbouw (MFC2, n.d.)**

In MFC2 wordt de door hen opgestelde 'Leidraad tot afbouw' gebruikt. Deze leidraad be vraagt wie er betrokken is, sinds wanneer de maatregel toegepast wordt, wanneer deze toegepast wordt, of de reden voor initiële toepassing nog aanwezig is, wat het risico met en risico zonder maatregel is, wat de nadelige gevolgen van de maatregel zijn, of er verzet is, of en hoe vaak er geëvalueerd wordt, wat alternatieven zijn en welke de preventieve maatregelen zijn.

## **4 Referenties**

Academische Werkplaats Leven met een verstandelijke beperking. (2020). *De VerbanXdoos: : in 4 stappen naar betere hulp bij zelfbeschadiging*.

<https://www.tilburguniversity.edu/nl/onderzoek/instituten-en-researchgroepen/tranzo/academischewerkplaatsen/awlvb/nieuws/de-verbanxdoos>

Academische Werkplaats Leven met een verstandelijke beperking. (2021). *Het Wegingskader Cliëntperspectief: Over deze tool*. <https://vg.hetwegingskader.nl/over-deze-tool/>

Academische Werkplaats Leven met een verstandelijke beperking. (2021). *Wat zijn vormen van vrijheidsbeperkingen in de dagelijkse zorg voor mensen met een matig verstandelijke beperking?*

<https://www.tilburguniversity.edu/nl/onderzoek/instituten-en-researchgroepen/tranzo/academischewerkplaatsen/awlvb/kennisdelen>

\* Allen, D., James, W., Evans, J., Hawkins, S., & Jenkins, R. (2005). Positive Behavioural Support: Definition, Current Status and Future Directions. *Tizard Learning Disability Review*, 10(2), 4-11. doi: 10.1108/13595474200500014

Davies, B., Silver, J., Josham, S., Grist, E., Jones, L., Francis, N., Truelove, C., Shindler, M., Jones, S., & Gwatkin, A. (2020). An evaluation of the implementation of Safewards on an assessment and treatment unit for people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*. <https://doi.org/10.1177/1744629520901637>

Dörenberg, V. E. T., de Veer, A. J. E., Francke, A. L., Embregts, P. J. C. M., van Nieuwenhuijzen, M., Frederiks, B. J. M., Dörenberg, V. E. T., de Veer, A. J. E., Francke, A. L., Embregts, P. J. C. M., van Nieuwenhuijzen, M., & Frederiks, B. J. M. (2018). Applying Restrictive Measures in the Care of Adolescents With Mild Intellectual Disabilities: Attitudes of Support Staff and Policy



- Implications. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 15(1), 26–35. <https://doi.org/10.1111/jppi.12223>
- Embregts, P. J. C. M., Negenman, A., Habraken, J. M., de Boer, M. E., Frederiks, B. J. M., & Hertogh, C. M. P. M. (2019). Restraint interventions in people with moderate to profound intellectual disabilities: Perspectives of support staff and family members. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(1), 172–183. <https://doi.org/10.1111/jar.12519>
- Finn, L. L., & Sturmey, P. (2009). An analysis of the distribution and social antecedents of restrictive behavioural practices in a community day service for adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 179–186.
- Gaskin, C. J., McVilly, K. R., & McGillivray, J. A. (2013). Initiatives to reduce the use of seclusion and restraints on people with developmental disabilities: A systematic review and quantitative synthesis. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), pp. 3946-3961. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.08.010>.
- \*Gore, N., McGill, P., Toogood, S., Allen, D.T., Hughes, J., Baker, P., Hastings, R., Noone, S., & Denne, L.D. (2013). Definition and scope for positive behavioural support. *International Journal of Positive Behavioural Support*, 3(2), 14-23.
- Heyvaert, M., Saenen, L., Maes, B., & Onghena, P. (2015). Systematic Review of Restraint Interventions for Challenging Behaviour Among Persons with Intellectual Disabilities: Focus on Experiences. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28(2), 61–80. <https://doi.org/10.1111/jar.12095>
- Jones, E., Allen, D., Moore, K., Phillips, B., & Lowe, K. (2007). Restraint and self-injury in people with intellectual disabilities: a review. *Journal of Intellectual Disabilities: JOID*, 11(1), 105–118. <https://doi.org/10.1177/1744629507074006>
- Larue, C., Goulet, M.-H., Prevost, M.-J., Dumais, A., & Bellavance, J. (2018). Identification and Analysis of Factors Contributing to the Reduction in Seclusion and Restraint for a Population with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(2), e212–e222. <https://doi.org/10.1111/jar.12309>
- \* LeBel, J., Huckshorn, K. A., & Jacobs, H. E. (2014). An Organizational Approach to Reducing and Preventing Restraint and Seclusion Use with People with Acquired Brain Injury. *Neurorehabilitation*, 34(4), 671 – 680.
- Luiselli, J. K. (2009). Physical Restraint of People with Intellectual Disability: A Review of Implementation Reduction and Elimination Procedures. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 126–134.
- Luiselli, J. K., Sperry, J. M., & Draper, C. (2015). Social Validity Assessment of Physical Restraint Intervention by Care Providers of Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Behavior Analysis in Practice*, 8(2), 170–175. <https://doi.org/10.1007/s40617-015-0082-z>
- Menon, K., Baburaj, R., & Bernard, S. (2012). Use of restraint for the management of challenging behaviour in children with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 6(2), 62–75. <https://doi.org/10.1108/20441281211208428>

- Olivier-Pijpers, V. C., Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2020). Residents' and resident representatives' perspectives on the influence of the organisational environment on challenging behavior. *Research in Developmental Disabilities, 100*. doi: 10.1016/j.ridd.2020.103629
- Powell, H., Alexander, A., & Karatzias, T. (2008). The use of seclusion in learning disability services. *Learning Disability Practice, 11*(5), 12–17.
- Riding, T. (2016). Exorcising restraint: reducing the use of restrictive interventions in a secure learning disability service. *Journal of Intellectual Disabilities & Offending Behaviour, 7*(4), 176–185. <https://doi.org/10.1108/JIDOB-06-2016-0007>
- Sparby, L. E., Obstfelder, A., Olsvold, N., & Bogetun, G. (2016). 'Prescribing' coercive healthcare: documentary accounts of coercive healthcare decisions regarding persons with intellectual disabilities. *Disability & Society, 31*(10), 1333–1352. <https://doi.org/10.1080/09687599.2016.1261011>
- Sturmeijer, P. (2015). *Reducing restraint and restrictive behavior management practices*. Springer.
- \*Tarbox, J. & Tarbox, C. (2017). Introduction. In J. Tarbox & C. Tarbox (Red.), *Training Manual for Behavior Technicians Working with Individuals with Autism* (pp.1-9). Londen, Verenigd Koninkrijk: Elsevier.
- van der Meulen, A. P. S., Taminiau, E. F., Hertogh, C. M. P. M., & Embregts, P. J. C. M. (2018). How do people with moderate intellectual disability evaluate restrictions in daily care? *International Journal of Developmental Disabilities, 64*(3, SI), 158–165. <https://doi.org/10.1080/20473869.2018.1442182>
- Williams, D. E. (2010). Restraint Safety: an Analysis of Injuries Related to Restraint of People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 22*(2), 135–139. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00480.x>
- Wolkorte, R., van Houwelingen, I., & Kroezen, M. (2019). Challenging behaviours: Views and preferences of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 32*, 1421– 1427.

\*Geen resultaat van de zoekopdracht. Wordt geïncludeerd ter verduidelijking.

## Hoofdstuk 4

### **Literatuurstudie van klinisch en pedagogisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek naar de impact, preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie in de residentiële kinder- en jeugd-GGZ en de residentiële (forensische) jeugdhulp**

Dit hoofdstuk geeft een samenvatting van de klinisch en pedagogisch georiënteerde wetenschappelijke literatuur over de impact, preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële (forensische) jeugdhulp en de residentiële (forensische) kinder- en jeugdpsychiatrie. De literatuurstudie is uitgevoerd m.b.t. drie richtvragen en in twee delen:

1. Literatuurstudie over de preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie
  - Welke preventieve acties verminderen de hoeveelheid en de duur van afzonderingen en fixaties bij kinderen en jongeren uit de residentiële (forensische) jeugdhulp en residentiële kinder- en jeugd-GGZ, inclusief forensische jeugdpsychiatrie?
  - Welke goede praktijken bestaan er voor de toepassing van afzondering en fixatie – ongeacht de reden ervoor – bij kinderen en jongeren uit de residentiële (forensische) jeugdhulp en kinder- en jeugd-GGZ, inclusief forensische jeugdpsychiatrie?

Voor het beantwoorden van deze richtvraag verwijzen we ook naar Hoofdstuk 5 waarin de literatuurstudie aan bod komt betreffende de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in alle sub-sectoren van de brede residentiële jeugdhulp.

2. Literatuurstudie over de impact van afzondering en fixatie
  - Wat is de impact van afzondering en fixatie op (de beleving van) het psychisch en fysiek welzijn van de jongeren en de zorgverleners uit de residentiële (forensische) jeugdhulp en kinder- en jeugd-GGZ, inclusief forensische jeugdpsychiatrie?

Voor elk van beide onderdelen van de literatuurstudie bespreken we achtereenvolgens de methode (deel 1) en de resultaten van de literatuurstudie, in termen van de gevonden reviews en individuele studies per richtvraag (deel 2). Daarna volgt een inhoudelijk samenvatting van de gevonden literatuur met betrekking tot: de bezorgdheden over het gebruik van afzondering en fixatie (deel 3), de impact van afzondering en fixatie en de ervaringen van jongeren en zorgverleners (deel 4), de toepassing van afzondering en fixatie en goede praktijken (deel 5) en de preventie van afzondering en fixatie (deel 6). Ten slotte reiken we handvaten aan die gevonden zijn in relevante maar niet-wetenschappelijke documenten over dezelfde topics (deel 7).

## 1 Methode

### 1.1 Literatuurstudie over preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie

Internationale wetenschappelijke artikels zijn verzameld via LIMO, de zoekmachine van KU Leuven. LIMO doorzoekt meerdere databanken waaronder Web of Science, Pubmed, ERIC en CINAHL die relevant zijn voor de domeinen van de pedagogie, psychiatrie en psychologie. Zoekfuncties zijn ontwikkeld om evidentie te verzamelen voor het beantwoorden van onderstaande richtvragen:

- 1) Welke preventieve acties verminderen de hoeveelheid en de duur van afzonderingen en fixaties bij kinderen en jongeren uit de residentiële (forensische) jeugdhulp en residentiële kinder- en jeugd-GGZ, inclusief forensische jeugdpsychiatrie?
- 2) Welke goede praktijken bestaan er voor de toepassing van afzondering en fixatie – ongeacht de reden ervoor – bij kinderen en jongeren uit de residentiële (forensische) jeugdhulp en kinder- en jeugd-GGZ, inclusief forensische jeugdpsychiatrie?

Aan de hand van onderstaande zoekfuncties is de literatuur verzameld.

Tabel 4 Zoekfuncties literatuurstudie preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie

---

Subject contains (seclusion OR restraint OR coerc\*) AND (residential youth care OR residential child care OR forensic OR secure)

---

Subject contains (seclusion OR restraint OR coerc\*) AND (mental health care OR psychiat\*)

---

De volgende inclusiecriteria zijn gehanteerd:

- Peer-reviewed reviews of individuele studies
- Online beschikbaar
- Engels- of Nederlandstalig
- Gepubliceerd vanaf 2000 voor studies die uitgevoerd zijn binnen (forensische) Jeugdhulp en forensische K&J GGZ
- Gepubliceerd vanaf 2018 voor studies die uitgevoerd zijn binnen K&J GGZ. We hebben niet gezocht naar literatuur over K&J GGZ tussen 2000 en 2017, omdat deze literatuurstudie al werd uitgevoerd bij de ontwikkeling van de MDR over preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg (Peeters et al., 2019)
- De doelgroep van de publicatie is kinderen, jongeren en adolescenten die verblijven in residentiële (forensische) jeugdhulp voorzieningen<sup>108</sup> en residentiële kinder- en jeugd-GGZ-voorzieningen waaronder ook forensische jeugdpsychiatrie
- De publicatie handelt over (de preventie van) afzondering en fixatie, ongeacht de reden ervoor
- De publicatie werd niet opgenomen in de literatuurstudie bij de ontwikkeling van de richtlijn voor de GGZ

---

<sup>108</sup> Met de term residentiële forensische jeugdhulpvoorzieningen verwijzen we – voor wat de Vlaamse toepassing betreft – naar de gemeenschapsinstellingen.

De volgende exclusiecriteria zijn gehanteerd:

- Individuele studies van oudere publicatiedatum dan de meest recente review over hetzelfde onderwerp
- Individuele studies die geïnccludeerd zijn in één van de geïnccludeerde reviews
- De publicatie werd reeds opgenomen in de literatuur bij de ontwikkeling van de richtlijn voor de GGZ

Het verzamelen van artikels is afgesloten op 5 augustus 2021. Eerst werd naar reviews over het onderwerp gezocht en vervolgens naar individuele studies.

## 1.2 Literatuurstudie over de impact van afzondering en fixatie

Voor de literatuurstudie over de impact van afzondering en fixatie op (de beleving van) het psychisch en fysiek welzijn van de jongeren en de zorgverleners zijn wetenschappelijke publicaties gezocht in de databanken Web of Science en ERIC en via LIMO in databanken Pubmed en CINAHL. De gebruikte zoekfuncties zijn weergegeven in Tabel 5.

Tabel 5 Zoekfuncties literatuurstudie impact van afzondering en fixatie

---

(patient* experience* OR patient* perspective* OR staff experience* OR staff perspective*)
AND (seclusion OR restraint OR forced medication OR coercive measures OR restrictive measures OR coercion)
AND (mental health OR psychiat*)

---

(young people* experience* OR young people* perspective* OR staff experience* OR staff perspective*)
AND (seclusion OR restraint OR forced medication OR coercive measures OR restrictive measures OR coercion)
AND (residential youth care OR residential child care OR forensic OR secure)

---

(youth OR young people* OR adolescent* OR child* AND experience* OR perspective*)
AND (seclusion OR restraint OR forced medication OR coercive measures OR restrictive measures OR coercion)
AND (residential youth care OR residential child care OR forensic OR secure)

---

(youth OR adolescent* OR child* OR staff* AND experience* OR perspective* OR attitude*)
AND (seclusion OR restraint OR physical restraint)
AND (residential youth care OR residential child care OR residential facility OR residential care)

---

Er werd gezocht naar literatuur over de ervaringen en attitudes van kinderen, jongeren en zorgverleners over afzondering, fixatie en dwangmaatregelen binnen de residentiële kinder- en jeugd-GGZ, open en gesloten residentiële jeugdhulpvoorzieningen en forensische residentiële jeugdhulpvoorzieningen<sup>109</sup>. Eerst werd naar reviews over het onderwerp gezocht en vervolgens naar individuele studies. Bijkomende selectiecriteria verfijnden de zoekopdracht: studies zijn enkel opgenomen indien ze gepubliceerd zijn

---

<sup>109</sup> Met de term residentiële forensische jeugdhulpvoorzieningen verwijzen we – voor wat de Vlaamse toepassing betreft – naar de gemeenschapsinstellingen.

in de periode 2000-2021, peer-reviewed waren, online verkrijgbaar waren en in het Engels of Nederlands verschenen. Individuele studies die geïncludeerd waren in de geselecteerde review zijn niet opgenomen in de resultaten van de literatuurstudie. Het verzamelen van artikels werd afgesloten op 9 juli 2021.

### **1.3 Documentenanalyse**

Tenslotte zijn relevante niet-wetenschappelijke documenten verzameld over de preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie en over ervaringen van jongeren en zorgverleners/begeleiders met afzondering en fixatie. Dit gebeurde via Google, en ook de websites van volgende organisaties zijn specifiek hiervoor geconsulteerd: Agentschap Opgroeien (Gemeenschapsinstellingen), Cachet vzw, Open Patiëntenkoepel geestelijke gezondheid (OPGanG), Ouderspunt, het kinderrechtencommissariaat, de Vlaamse Jeugdraad en websites van verschillende jeugdhulpvoorzieningen. Deel 7 van dit hoofdstuk biedt een inhoudelijk overzicht van de gevonden documenten. Documenten die reeds geconsulteerd werden in het kader van de ontwikkeling van de GGZ-richtlijn (Peeters et al., 2019), zijn hier niet opgenomen.

## **2 Resultaten: overzicht van de gevonden literatuur**

### **2.1 Literatuurstudie over preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie**

De eerste zoekfunctie (zie Tabel 5) resulteerde initieel in 127,731 resultaten op LIMO en de tweede zoekfunctie resulteerde in 127,223 resultaten. Op basis van titel en abstract selecteerden we hieruit 154 artikels. Na het doorlezen van de volledige artikels zijn 11 reviews en 10 individuele studies weerhouden. Bijkomend zijn vier reviews, zes individuele studies en één boek toegevoegd via hand-searching. Hiervan zijn er vijf individuele studies (Caldwell et al., 2014; Dean et al., 2007; Fletcher et al., 2019; Hottinen et al., 2012, Reynolds et al., 2016) aan de zoekresultaten toegevoegd ondanks het feit dat ze onder bepaalde exclusiecriteria vielen, omdat ze te belangrijk zijn om niet te bespreken.

Een overzicht van de 15 geselecteerde reviews en 16 individuele studies is terug te vinden in Tabel 8-11. Deze tabellen omschrijven enkele kenmerken van de gevonden reviews en individuele studies. Het betreft drie kwantitatieve en elf kwalitatieve reviews. Een gedetailleerd overzicht van de types residentiële voorziening waarop de reviews betrekking hebben, is terug te vinden in Tabel 6.

Tabel 6 Overzicht van de types voorzieningen waarop de reviews betrekking hebben

Type residentiële voorziening	Reviews
Jeugdhulp	2
(Forensische) jeugdhulp	1
Jeugdhulp en kinder- en jeugd-GGZ	2
(Forensische) jeugdhulp en kinder- en jeugd-GGZ	2
Forensische jeugdpsychiatrie en forensische jeugdhulp	1
Kinder- en jeugd-GGZ	5
(Forensische) jeugdpsychiatrie	2
Totaal	15

De meeste individuele studies (12) zijn kwantitatieve studies, twee individuele studies hebben een kwalitatieve opzet en twee individuele studies gebruiken een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden. RCT's zijn niet gevonden. Een gedetailleerd overzicht over de types residentiële voorziening waarop de individuele studies betrekking hebben is terug te vinden in Tabel 7.

Tabel 7 Overzicht van de types voorzieningen waarop de individuele studies betrekking hebben

Type residentiële voorziening	Individuele studies
Jeugdhulp	2
Jeugdhulp en kinder- en jeugd-GGZ	1
Forensische jeugdhulp	1
Kinder- en jeugd-GGZ	11
Forensische jeugdpsychiatrie	1
Totaal	16

Het boek dat geïnccludeerd is, is *Leefklimaat!* van Peer van der Helm (2020). Dit boek geeft wetenschappelijk onderbouwde en concrete handvatten voor het verbeteren van de zorg aan biologisch, psychologisch en sociaal kwetsbare kinderen en volwassenen met een lagere weerbaarheid. Het boek legt uit hoe je aan de hand van de zogenoemde zelfdeterminatietheorie kan werken aan de basisbehoeften van deze kinderen en volwassenen: verbondenheid, competentie of zingeving en autonomie.

Tabel 8 Overzicht van de reviews over preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie (deel 1)

<b>Auteur(s)</b>	<b>Publicatiejaar</b>	<b>Type residentiële voorziening</b>	<b>Leeftijd van doelgroep</b>	<b>Opzet van review</b>	<b>Opzet van studies in review</b>	<b>Systematische of niet-systematische review</b>
Roy et al.	2021	Open en gesloten jeugdhulp	Jonger dan 21 jaar	Kwalitatief	Kwalitatief, kwantitatief en mixed methods	Systematisch
Chua et al.	2021	Kinder- en jeugd-GGZ Open en gesloten jeugdhulp Gemeenschapsinstellingen	0 tot 19 jaar	Kwalitatief	Niet gespecificeerd	Systematisch
Perers et al.	2021	Kinder- en jeugd-GGZ	2 tot 18 jaar	Kwalitatief	Kwantitatief	Systematisch
Hammervold et al.	2019	Volwassenen-GGZ Kinder- en jeugd-GGZ	Niet gespecificeerd	Scoping review (kwalitatief)	Kwalitatief, kwantitatief en mixed methods	Systematisch
Leipoldt et al.	2019	Open en gesloten jeugdhulp Gemeenschapsinstellingen Kinder- en jeugd-GGZ	5 tot 22 jaar	Kwantitatief	Kwalitatief, kwantitatief en mixed methods	Systematisch
Sashidharan et al.	2019	Kinder- en jeugd-GGZ Volwassenen-GGZ Forensische GGZ	16 jaar en ouder	Kwalitatief	Niet gespecificeerd	Systematisch
Baker & Carlson	2018	Kinder- en jeugd-GGZ	5 tot 19 jaar	Klinische review (kwantitatief)	Kwantitatief	Systematisch
Bryson et al.	2017	Kinder- en jeugd-GGZ Open en gesloten jeugdhulp	3 tot 22 jaar	Realist review (kwalitatief)	Kwalitatief en kwantitatief	Systematisch



de Valk et al.	2016	Open en gesloten jeugdhulp Gemeenschapsinstellingen	Niet gespecificeerd	Kwalitatief	Kwalitatief, kwantitatief en mixed methods	Systematisch
Whitley & Rozel	2016	Gemeenschapsinstellingen Forensische jeugd-GGZ	Niet gespecificeerd	Kwalitatief	Niet gespecificeerd	Niet-systematisch
de Valk et al.	2015	Gesloten jeugdhulp	4 tot 18 jaar	Kwalitatief	Niet gespecificeerd	Systematisch
LeBel et al.	2014	Kinder- en jeugd-GGZ Volwassenen-GGZ	Niet gespecificeerd	Kwalitatief	Niet gespecificeerd	Niet-systematisch
Muskett	2014	Volwassenen-GGZ Kinder- en jeugd-GGZ Forensische GGZ	Niet gespecificeerd	Kwalitatief	Kwalitatief en kwantitatief	Systematisch
Valenkamp et al.	2014	Kinder- en jeugd-GGZ	3 tot 18 jaar	Kwantitatief	Kwalitatief en kwantitatief	Systematisch
LeBel et al.	2010	Kinder- en jeugd-GGZ Volwassenen-GGZ Open en gesloten jeugdhulp	6 tot 68 jaar	Kwalitatief	Niet gespecificeerd	Niet-systematisch

Tabel 9 Overzicht van de reviews over preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie (deel 2)

Auteur(s)	Publicatiejaar	Onderzoeksvragen van de review	Tijdsspanne geïnccludeerde studies	Aantal geïnccludeerde studies	Informatie over geïnccludeerde studies
Roy et al.	2021	1) Welke factoren zijn geassocieerd met het gebruik van afzondering en fixatie? 2) Welke interventies verminderen het gebruik van afzondering en fixatie?	2002-2017	23 studies	Twintig studies vonden plaats in de VS; de overige in Canada, Schotland en Australië. Tien studies evalueerden het resultaat van een preventieve interventie.
Chua et al.	2021	Welke interventies zijn effectief bij de aanpak van emotiedisregulatie en agressief gedrag in kinderen jeugd-GGZ-afdelingen, open en gesloten jeugdhulpvoorzieningen en gemeenschapsinstellingen?	1987-2020	17 studies	Niet gespecificeerd
Perers et al.	2021	Welke methoden en strategieën werden de laatste tien jaar gebruikt om afzondering en fixatie te verminderen in kinderen jeugd-GGZ-afdelingen en wat zijn de uitkomsten ervan?	2010-2020	18 studies	De studies vonden plaats in de VS (15), Australië (1), Nieuw-Zeeland (1) en Canada (1). De studies hebben een gevarieerd opzet, behandelen verschillende interventies, outcome-variabelen en thema's en worden gecategoriseerd in zes thema's.
Hammervold et al.	2019	1) Wat is de recente kennis over Post-Incident Review (PIR)?	Niet gespecificeerd	12 studies	De 12 geïnccludeerde studies vonden plaats in de VS, het VK, Zweden en

		2) In welke mate kan PIR het aantal fysieke interventies doen verminderen, zorgverleners ondersteunen in het omgaan met professionele en ethische dilemma's, en de kwaliteit van zorg in de GGZ verbeteren?			Canada en de doelgroep zijn zowel volwassen als kinder- en jeugd-GGZ-afdelingen. Zes van de 12 studies hebben een kwantitatieve opzet, vier studies hebben een kwalitatieve opzet en twee studies gebruiken een gecombineerde methode. De kwaliteit van de verschillende studies variëren en de PIRs werden op verschillende manieren uitgevoerd.
Leipoldt et al.	2019	1) Hoe beïnvloeden karakteristieken van de voorzieningen en van de jongeren het leefklimaat? 2) Hoe beïnvloedt het leefklimaat bepaalde outcome-variabelen?	1990-2017	36 studies	Bijna alle studies vonden plaats in de VS, Australië en Europese landen. Deze review omvat 6775 adolescenten en 1980 zorgverleners. 70% van de studies gaan over de associatie tussen leefklimaat en outcome-variabelen en 30% van de studies gaan over de associatie tussen leefklimaat en determinanten.
Sashidharan et al.	2019	1) Wat is de omvang en de aard van de dwangpraktijken in de GGZ?	1980-2018	Niet gespecificeerd	Niet gespecificeerd

		<p>2) Wat zijn de ethische en mensenrechtelijke uitdagingen in de praktijk in de GGZ?</p> <p>3) Wat is de epidemiologie van dwang in de GGZ?</p> <p>4) Wat is de doeltreffendheid van verschillende pogingen om dwang te verminderen?</p> <p>5) Wat zijn aanbevelingen opdat dwang minder zou voorkomen in de GGZ?</p>			
Baker & Carlson	2018	Is pro re nata (PRN) medicatie effectief voor het beëindigen van geagiteerde uitbarstingen bij kinderen en adolescenten in psychiatrische spoedgevallen of psychiatrische afdelingen?	Niet gespecificeerd	10 studies	De geïncludeerde studies gaan over kinderen en adolescenten, psychiatrische afdelingen of psychiatrische spoedgevallen en PRN-medicatie. Eén studie was een RCT, drie studies waren prospectieve open studies en drie studies waren chart reviews.
Bryson et al.	2017	Wat zijn de belangrijkste factoren voor de succesvolle implementatie van Trauma-Informed Care (TIC) in kinder- en jeugd-GGZ-voorzieningen en in open en gesloten jeugdhulp voorzieningen?	2000-2015	13 studies	Alle studies beschrijven een systemische implementatie van TIC. Sommige studies zijn kwantitatief van opzet en andere zijn kwalitatieve studies. Deze studies beschreven de volgende TIC modellen: 1) the Attachment, Self-

					Regulation, and Competency Framework; 2) the Six Core Strategies; 3) Collaborative Problem Solving; 4) the Sanctuary Model; 5) Risking Connection; and 6) the Fairy Tale Model.
de Valk et al.	2016	1) Wat is repressie in open en gesloten jeugdhulp en gemeenschapsinstellingen? 2) welke processen en omstandigheden kunnen repressie veroorzaken?	2000-2016	141 studies	De studies geven een humanistisch, sociaalpsychologisch of organisatorisch perspectief op repressie in open en gesloten jeugdhulp en gemeenschapsinstellingen. Enkel studies uit de Westerse samenleving werden opgenomen in de review. Van de 141 bronnen zijn er 102 artikels en 39 andere bronnen zoals boeken, blogs, websites en handleidingen. Van de 102 artikels zijn er 38 empirische artikels en 44 theoretische artikels. Van de 38 empirische artikels zijn er 12 kwalitatieve studies, 21 kwantitatieve studies en 5 mixed methods studies.

Whitley & Rozel	2016	Wat is het belang van TIC inzake de geestelijke gezondheid van jongeren in gemeenschapsinstellingen en in forensische GGZ-voorzieningen?	Niet gespecificeerd	Niet gespecificeerd	Niet gespecificeerd
de Valk et al.	2015	1) Is straf effectief in gesloten jeugdhulp voorzieningen? 2) Onder welke omstandigheden is straf effectief in gesloten jeugdhulp voorzieningen?	1990-2015	114 studies	Enkel studies uit de Westerse samenleving, Er zijn geen RCTs, wel enkele quasi-experimentele studies en sommige studies hebben geen controlegroep.
LeBel et al.	2014	Wat zijn de internationale ervaringen in het gebruik van het Six Core Strategies model voor het verminderen en voorkomen van afzondering en fixatie in GGZ-voorzieningen?	Niet gespecificeerd	Niet gespecificeerd	Voorzieningen in de VS kregen een beurs van drie jaar voor de implementatie van het Six Core Strategies model voor het verminderen van afzondering en fixatie. In Finland werd een RCT uitgevoerd om het effect van de implementatie van het Six Core Strategies model te meten. De New South Wales ministerie van gezondheid In Australië was een partner in de 'National Mental Health Seclusion and Restraint Project' (2007-2009) and bleef

daarna nog steeds in te zetten op de reductie en waar mogelijk de eliminatie van afzondering en fixatie in GGZ-voorzieningen. Vanaf 2011 kwam er meer aandacht voor kinder- en jeugd-GGZ-voorzieningen. Acht GGZ-voorzieningen in het VK namen deel aan het project 'RESTRRAIN YOURSELF' welke een aanpassing is van het Six Core Strategies model. Acht afdelingen implementeerden 'RESTRRAIN YOURSELF', acht afdelingen waren controle afdelingen.

Muskett	2014	Beoogt TIC alleen het elimineren van afzondering en fixatie of omvat deze zorgvisie ook andere strategieën en interventies om bij te dragen tot een betere gezondheid van de zorggebruikers (vooral bij de zorggebruikers met een verleden van misbruik)?	2000-2011	13 studies	Niet gespecificeerd
Valenkamp et al.	2014	Welke interventietechnieken blijken effectief te zijn voor het verminderen van	2006-2013	3 studies	De drie empirische studies hebben een pretest en posttest design en vinden plaats in de VS.

		afzondering en fixatie in kinder- en jeugd-GGZ-voorzieningen?			
LeBel et al.	2010	Wat zijn de goede praktijken omtrent de preventie en toepassing van afzondering en fixatie die resulteren in positieve outcomes voor de jongeren en hun naasten?	Niet gespecificeerd	Niet gespecificeerd	Enkele initiatieven kregen een beurs voor de reductie van afzondering en fixatie in hun voorzieningen d.m.v. een combinatie van benaderingen consistent met de Six Core Strategies. Andere voorzieningen deden dit met eigen financiering.

Tabel 10 Overzicht van de individuele studies over de preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie (deel 1)

Auteur(s)	Publicatiejaar	Type residentiële voorziening	Doelgroep	Leeftijd van doelgroep	Opzet
Black et al.	2020	Kinder- en jeugd-GGZ	Jongeren	Niet gespecificeerd	Kwalitatief en kwantitatief
Braun et al.	2020	Kinder- en jeugd-GGZ	Jongeren	7 tot 21 jaar	Kwantitatief
Carlson et al.	2020	Kinder- en jeugd-GGZ	Jongeren	5 tot 12 jaar	Kwantitatief
Hottinen et al.	2020	Gesloten adolescenten GGZ	Zorgverleners en jongeren	(Werken met jongeren van) 13 tot 17 jaar	Kwantitatief
Laukkanen et al.	2020	GGZ	Jongeren en volwassenen	Niet gespecificeerd	Kwantitatief
Roy et al.	2020	Open en gesloten jeugdhulp Kinder- en jeugd-GGZ	Jongeren	6 tot 21 jaar	Kwantitatief
Van Gink et al.	2020	Kinder- en jeugd-GGZ	Jongeren	4 tot 18 jaar	Kwantitatief



Gesloten jeugdhulp					
Eblin et al.	2019	Kinder- en jeugd-GGZ	Jongeren	6 tot 17 jaar	Kwantitatief
Fletcher et al.	2019	Adolescenten GGZ Volwassenen-GGZ	Zorgverleners	Werken met volwassenen en adolescenten (leeftijd niet gespecificeerd)	Kwalitatief en kwantitatief
Reynolds et al.	2016	Kinder- en jeugd-GGZ	Jongeren	Niet gespecificeerd	Kwantitatief
Caldwell et al.	2014	Kinder- en jeugd-GGZ Open en gesloten jeugdhulp	Jongeren	10 tot 21 jaar	Kwalitatief
Tremmery et al.	2014	Forensische adolescenten GGZ	Jongeren	12 tot 17 jaar	Kwantitatief
Hottinen et al.	2012	Gesloten adolescenten GGZ	Zorgverleners	Werken met jongeren van 13 tot 17 jaar	Kwantitatief
Smith & Myers Bowman	2009	Gemeenschapsinstellingen	Jongeren en zorgverleners	10 tot 18 jaar	Kwalitatief
Dean et al.	2007	Kinder- en jeugd-GGZ	Jongeren	4 tot 18 jaar	Kwantitatief
Kalke et al.	2007	Jeugdhulp	Jongeren	Niet gespecificeerd	Kwantitatief

Tabel 11 Overzicht van de individuele studies over de preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie (deel 2)

Auteur(s)	Publicatiejaar	Dataverzameling	Onderzoeksvragen
Black et al.	2020	Open vraag vragenlijsten en kwantitatieve data gerelateerd aan afzondering en fixatie.	<p>1) Wat is de impact van het Collaborative Problem Solving (CPS) model op afzondering en fixatie, behandelingsduur en andere resultaten gerelateerd aan de zorgverleners, jongeren en naasten in een kinder- en jeugd-GGZ-afdeling?</p> <p>2) Wat is de impact van het CPS-model op praktijken, attitude en tevredenheid van het personeel?</p>
Braun et al.	2020	Een databank met informatie over 13,339 fixatie incidenten van 794 jongeren in zes voorzieningen over drie jaar.	<p>1) Wat zijn de karakteristieken van jongeren die gefixeerd zijn?</p> <p>2) Waarom werden de jongeren gefixeerd?</p> <p>3) Wanneer werden de jongeren gefixeerd tijdens de dag, week en de behandeling?</p> <p>4) Welke technieken werden gebruikt om de jongeren te fixeren?</p>
Carlson et al.	2020	Een retrospectieve cohortstudie in een kinder- en jeugd-GGZ-voorziening in de VS waarbij het gebruik van PRN-medicatie en de toepassing van afzondering en fixatie bij 661 kinderen in 5 cohorten over 10 jaar uit onderzoek- en klinische databanken werd onderzocht.	Wat is de impact van een Behavior Modification programma op het gebruik van PRN-medicatie voor de management van agressie in een kinder- en jeugd-GGZ afdeling?
Hottinen et al.	2020	De 'Essen Climate Evaluation Schema' vragenlijst werd ingevuld door 42 jongeren en 134 zorgverleners vóór de	Wat is de impact van de implementatie van het Safewards model op het leefklimaat in gesloten GGZ-afdelingen

		implementatie van het Safewards model en door 39 jongeren en 115 zorgverleners na de implementatie van het Safewards model op zes Finse gesloten GGZ-afdelingen voor adolescenten.	voor adolescenten volgens de adolescenten en het personeel?
Laukkanen et al.	2020	Data werden verzameld tussen januari en oktober 2018 uit 21 organisaties. Het gaat hier om data uit patiëntendossiers op het niveau van de afdeling zoals het aantal en de duur van vrijheidsbeperkende maatregelen samen met info over de toegepaste restrictieve maatregelen per afdeling.	Hoe wordt afzondering, mechanische fixatie, fysieke interventie en medicamenteuze fixatie gebruikt in Finland?
Roy et al.	2020	Elk afzondering en fixatie incident wordt door de voorziening gerapporteerd in een databank. De onderzoekers ontwikkelden ook een vragenlijst om het leefklimaat in de voorziening te meten. Informatie over de karakteristieken van de jongeren is verzameld via een online sociodemografische vragenlijst.	1) In welke mate is leefklimaat geassocieerd met het gebruik van afzondering en fixatie? 2) Hoe voorspelt elk domein van leefklimaat het gebruik van afzondering en fixatie?
Van Gink et al.	2020	Het implementatieproces van Geweldloos Verzet is in kaart gebracht via verslagen van werkgroep vergaderingen over de implementatie. Kwantitatieve data over afzondering en fixatie zijn geëxtraheerd uit het registratiesysteem van de voorzieningen.	1) Hoe dient Geweldloos Verzet aangepast te worden om te gebruiken binnen residentiële voorzieningen voor kinderen en adolescenten? 2) Hoe verloopt de implementatie van Geweldloos Verzet in vier voorzieningen?
Eblin et al.	2019	Data werden verzameld uit medische databanken (elektronisch en op papier).	Kan de implementatie van een gebundelde interventiestrategie

			(gedragsveranderingsplannen + besluitvormingsalgoritme voor het opstarten van afzondering of fixatie + nabesprekingstool) het aantal afzonderingen en fixaties succesvol verminderen in een kinder- en jeugd-GGZ-afdeling?
Fletcher et al.	2019	103 zorgverleners van 14 GGZ-afdelingen (o.a. voor adolescenten) vulden een vragenlijst in 12 maanden na de implementatie van het Safewards model. De vragenlijst omvatte demografische karakteristieken en kwantitatieve en kwalitatieve vragen over de aanvaardbaarheid, de toepasbaarheid en impact van het safewards model en de tien interventies.	Wat is de impact van het Safewards model op o.a. agressie en veiligheid volgens het personeel?
Reynolds et al.	2016	Deze prospectieve studie is gebaseerd op datacollectie tussen 2010 en 2014 in een kinder- en jeugd-GGZ-voorziening. Demografische en klinische variabelen kwamen uit een elektronische databank.	Wat is de effectiviteit van de gemodificeerde versie van het 'Positive Behavioral Interventions and Supports (M-PBIS)' model in een kinder- en jeugd-GGZ-voorziening m.b.t. het verminderen van het gebruik van afzondering en fixatie?
Caldwell et al.	2014	Drie voorzieningen deelden hun ervaringen met de implementatie van de Six Core Strategies en een naaste en een jongere vertegenwoordiger van elke voorziening deelden ook hun perspectief op het initiatief om afzondering en fixatie te verminderen.	1) Hoe implementeerden drie verschillende jeugdhulpvoorzieningen in de VS succesvol de Six Core Strategies om conflicten en geweld te voorkomen, om zodoende het gebruik van afzondering en fixatie te verminderen in kinder- en jeugd-GGZ-voorzieningen en in open en gesloten jeugdhulpvoorzieningen?

			2) Wat zijn de perspectieven van naasten en jongeren op de impact van en aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie?
Tremmery et al.	2014	Data werden verzameld in een elektronische databank. Voor elk agressie incident werd het type en de ernst van het incident gescoord via de 'modified overt aggression scale'.	Wat is de prevalentie van agressie incidenten in een forensische GGZ-afdeling voor adolescenten wanneer een agressie managementprogramma wordt gebruikt?
Hottinen et al.	2012	128 zorgverleners kregen eerst een infosessie over het studieprotocol en daarna een vragenlijst om in te vullen.	Hoe staan zorgverleners in Finse gesloten GGZ-afdelingen voor adolescenten tegenover de verschillende vrijheidsbeperkende maatregelen?
Smith & Myers Bowman	2009	19 gestructureerde interviews met vijf jongeren en 14 zorgverleners.	Wat zijn de ervaringen van kinderen die een fysieke interventie ondergaan en van zorgverleners die een fysieke interventie uitvoeren in een gemeenschapsinstelling?
Dean et al.	2007	Uitkomsten (agressie incidenten, kwetsuren, afzondering, fixatie, ...) werden retrospectief verzameld uit klinische databanken voor zes maanden vóór de interventie en tot zes maanden na de interventie.	Wat is de impact van een Behavioral Managementprogramma op agressie in een kinder- en jeugd-GGZ-voorziening?
Kalke et al.	2007	Datacollectie via vragenlijsten, feedback van personeel, jongeren en naasten en gerapporteerde incidenten.	Wat is de impact van Positive Behavioral Interventions and Supports (PBIS) op o.a. fysieke interventie in dag en residentiele jeugdhulp voorzieningen?

## 2.2 Literatuurstudie over de impact van afzondering en fixatie

Na een selectie op de titel ( $n = 140$ ) en vervolgens op het abstract ( $n = 39$ ), werden na het doornemen van de volledige publicaties 1 review en 9 individuele studies weerhouden. Publicaties met de doelgroep volwassenen die reeds voor de ontwikkeling van de GGZ-richtlijn weerhouden waren (Peeters et al., 2019) en publicatie die in de literatuurstudie over de preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie weerhouden werden (zie Tabel 8-11), zijn niet opgenomen in deze literatuurstudie.

Tabel 14 en 16 omschrijven enkele kenmerken van de gevonden review en studies. De *review* was een systematische review en verzamelde 16 kwantitatieve studies over fysieke interventie bij kinderen en jongeren in residentiële kinder- en jeugdGGZ. Deze review besluit dat er amper onderzoek is gepubliceerd naar de ervaringen van kinderen en jongeren met fysieke interventie (Nielson, Bray, Carter & Kiernan, 2020). Deze conclusie sluit aan bij de resultaten van deze literatuurstudie die ook slechts één review en 9 individuele studies opleverde over de impact van afzondering en fixatie op (de beleving van) het psychisch en fysiek welzijn van jongeren en zorgverleners.

De meeste *individuele studies* hadden een kwalitatief opzet en werkten met semigestructureerde interviews en/of vignetten. Een studie werkte met een kwantitatief opzet en een gestructureerde vragenlijst. Drie studies bestudeerden de ervaringen van kinderen en jongeren, twee studies de ervaringen van zorgverleners en vier studies de ervaringen van kinderen, jongeren en zorgverleners. Een gedetailleerd overzicht over de types residentiële voorziening waarop de individuele studies betrekking hebben is terug te vinden in Tabel 12. Zes studies peilden naar ervaringen met fysieke interventie, een studie peilde naar ervaringen met afzondering en mechanische fixatie. In de overige studies werd de aard van de maatregel niet gespecificeerd.

Tabel 12 Overzicht van het aantal individuele studies per type residentiële voorziening

Type residentiële voorziening	Individuele studies
Kinder- en jeugd-GGZ	2
Open en gesloten jeugdhulp	1
Forensische jeugdhulp	1
Open en gesloten jeugdhulp en Forensische jeugdhulp	1
Open en gesloten jeugdhulp, forensische jeugdhulp en zorg voor minderjarigen met een handicap	4
Totaal	9

Tabel 13 Overzicht van de review over de impact van afzondering en fixatie (deel 1)

Auteur(s)	Publicatiejaar	Type residentiële voorziening	Leeftijd van doelgroep	Opzet van review	Opzet van studies in review	Systematische of niet-systematische review
Nielson et al.	2020	Kinder- en jeugd-GGZ	Tot en met 18 jaar	Narratieve review (kwalitatief)	Kwantitatief	Systematisch

Tabel 14 Overzicht van de review over de impact van afzondering en fixatie (deel 2)

Auteur(s)	Publicatiejaar	Onderzoeksvragen van de review	Tijdspanne geïnccludeerde studies	Aantal geïnccludeerde studies	Informatie over geïnccludeerde studies
Nielson et al.	2020	<p>1) Welke kinderen en jongeren ervaren fysieke interventie in de residentiële kinder- en jeugd-GGZ?</p> <p>2) Wat zijn de redenen om fysieke interventie toe te passen bij kinderen en jongeren in de residentiële kinder- en jeugd-GGZ?</p> <p>3) Wat zijn de gevolgen voor kinderen en jongeren van het gebruik van fysieke interventie in de residentiële kinder- en jeugd-GGZ?</p>	2002 – 2018	16 studies	De studies werden uitgevoerd in de Verenigde Staten, Australië, Noorwegen, Canada, België en Finland in residentiële kinder- en jeugd-GGZ-voorzieningen (acute en beveiligde eenheden en residentiële diensten). De diensten zijn representatief voor zowel privévoorzieningen als door de staat gefinancierde faciliteiten, met stedelijke en landelijke populaties. De meeste studies zijn retrospectief. Alle geïnccludeerde studies waren kwantitatief van aard. Twee studies geven zwakke beschrijvingen van steekproeftrekking en werving.

Tabel 15 Overzicht van de individuele studies over de impact van afzondering en fixatie (deel 1)

<b>Auteur(s)</b>	<b>Publicatiejaar</b>	<b>Type residentiële voorziening</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Leeftijd van doelgroep</b>	<b>Opzet</b>
Shenton & Smith	2021	Forensische jeugdhulp	Jongeren	Niet gespecificeerd	Kwalitatief
de Valk et al.	2019	Open en gesloten jeugdhulp Forensische jeugdhulp	Jongeren	12 tot 21 jaar	Jongeren
Steckley	2018	Open en gesloten jeugdhulp Forensische jeugdhulp Zorg voor minderjarigen met een handicap	Jongeren en zorgverleners	10 tot 17 jaar	Jongeren en zorgverleners
Riggs & Ogilvy	2015	Open en gesloten jeugdhulp	Zorgverleners	Werken met jongeren tussen 12 en 17 jaar	Kwalitatief
Vishnivetsky et al.	2013	Kinder- en jeugd-GGZ	Jongeren	13 tot 24 jaar	Kwantitatief
Steckley	2012	Open en gesloten jeugdhulp Forensische jeugdhulp Zorg voor minderjarigen met een handicap	Jongeren en zorgverleners	10 tot 17 jaar	Kwalitatief
Steckley	2010	Open en gesloten jeugdhulp Forensische jeugdhulp Zorg voor minderjarigen met een handicap	Jongeren en zorgverleners	10 tot 17 jaar	Kwalitatief
dosReis & Davarya	2008	Kinder- en jeugd-GGZ	Zorgverleners	Werken met jongeren van gemiddeld 14 jaar	Kwalitatief
Steckley & Kendrick	2008	Open en gesloten jeugdhulp Forensische jeugdhulp Zorg voor minderjarigen met een handicap	Jongeren en zorgverleners	10 tot 17 jaar	Kwalitatief



Tabel 16 Overzicht van de individuele studies over de preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie (deel 2)

Auteur(s)	Publicatiejaar	Dataverzameling	Onderzoeksvragen
Shenton & Smith	2021	72 interviews	Wat zijn de ervaringen van jongeren met fysieke interventies toegepast door zorgverleners in gesloten instellingen?
de Valk et al.	2019	32 semigestructureerde interviews	Wat zijn de dynamieken en processen die ervoor zorgen dat jongeren repressie ervaren?
Steckley	2018	37 semigestructureerde interviews met jongeren 41 semigestructureerde interviews met zorgverleners	Hoe kunnen ervaringen van jongeren en zorgverleners in de residentiële jeugdhulp geïnterpreteerd worden aan de hand van de catharsis theorie?
Riggs & Ogilvy	2015	20 interviews	1) Wat is de ervaring van zorgverleners met het samenwerken met andere zorgverleners buiten de voorziening bij de ondersteuning van jongeren met uitdagend gedrag? 2) Wat is de ervaring van zorgverleners met en inzicht in uitdagend gedrag? 3) Wat is de mening van zorgverleners over het nut van <i>Individual Packages of Care</i> als alternatief voor plaatsing?
Vishnivetsky et al.	2013	50 gestructureerde vragenlijsten	Wat zijn de attitudes van jongeren in een residentiële psychiatrische voorziening over afzondering en fixatie?
Steckley	2012	37 semigestructureerde interviews met jongeren 41 semigestructureerde interviews met zorgverleners	Wat is de rol van <i>containment</i> en <i>holding environments</i> in de residentiële jeugdhulp?

Steckley	2010	37 semigestructureerde interviews met jongeren 41 semigestructureerde interviews met zorgverleners	Hoe kunnen de ervaringen van jongeren en zorgverleners in de residentiële jeugdhulp geïnterpreteerd worden aan de hand van de begrippen <i>touch</i> en <i>therapeutic containment</i> ?
dosReis & Davarya	2008	18 semigestructureerde interviews	Welke factoren leiden tot agressief gedrag bij jongeren?
Steckley & Kendrick	2008	37 semigestructureerde interviews met jongeren 41 semigestructureerde interviews met zorgverleners	Wat zijn de ervaringen van jongeren en zorgverleners met fysieke interventie in de residentiële jeugdhulp?

### **3 Bezorgdheden over het gebruik van afzondering en fixatie in de (forensische) jeugdhulp en kinder- en jeugdpsychiatrie**

In de wetenschappelijke literatuur komen er verschillende bezorgdheden aan bod over het gebruik van afzondering en fixatie in de residentiële (forensische) jeugdhulp, net zoals dit het geval is voor de GGZ (Peeters et al., 2019) en de zorg voor personen met een handicap (zie Hoofdstuk 3).

Ten eerste zijn er bezorgdheden over potentieel misbruik van de maatregelen, onveilige praktijken, verankerd gebruik van gelegitimeerd geweld naar minderjarigen toe en schending van de rechten van minderjarigen in de residentiële (forensische) jeugdhulp (Shenton & Smith, 2021; Steckley, 2010).

Ten tweede zijn er bezwaren over het gebruik van afzondering en fixatie omdat ze kunnen leiden tot emotionele en fysieke schade bij jongeren en zorgverleners/begeleiders<sup>110</sup> en zelfs tot sterfgevallen bij jongeren (Steckley, 2010). Specifiek voor fysieke interventie toont onderzoek aan dat het een omgekeerd effect kan hebben op het gedrag van jongeren en tot meer agressie kan leiden, en dat deze maatregelen niet voldoende zijn om jongeren te beschermen tegen gedrag waarbij ze zichzelf of anderen schade willen berokkenen en tegen onveilige situaties (Nielson et al., 2020; Roy et al., 2021; Shenton & Smith, 2021). Specifiek voor pro-re-nata medicatie is er onvoldoende bewijs dat het effectief is bij acute agitatie bij kinderen en jongeren (Baker et al., 2018). Bovendien is het mogelijk dat - zelfs indien het gebruik van deze maatregelen het gewenste effect heeft - het op langere termijn niet de gewenste gevolgen heeft en de jongeren geen vaardigheden leren ontwikkelen om op een adequate manier met moeilijke situaties om te gaan (Riggs & Ogilvy, 2015).

Ten derde zijn er bezorgdheden over de jongeren die in een residentiële (forensische) jeugdhulp voorziening verblijven. Net zoals in de kinder- en jeugd-GGZ (Peeters et al., 2019) gaat het vaak om jongeren die reeds kampen met trauma('s) en/of psychische kwetsbaarheden (Bryson et al., 2017; Muskett, 2014). Geconfronteerd worden met afzondering of fixatie kan deze jongeren (opnieuw) traumatiseren (Shenton & Smith, 2021; Steckley, 2010). Bovendien kunnen deze maatregelen ertoe leiden dat jongeren repressie ervaren waardoor belangrijke ontwikkelingskansen met betrekking tot autonomie, competentie en verbondenheid met anderen ondermijnd worden (de Valk, Kuiper, Van der Helm, Maas & Stams, 2019). Onderzoekers duiden in dat verband op een belangrijk spanningsveld. Zorgverleners en voorzieningen omschrijven de moeilijkheden die ze ondervinden bij het vinden van een evenwicht tussen enerzijds het uitoefenen van macht om een veilige en gestructureerde omgeving te bieden en anderzijds het beschermen van de rechten, waardigheid, (lichamelijke) autonomie en ontwikkelingskansen van jongeren (de Valk et al., 2019; Steckley & Kendrick, 2008).

Hoewel jongeren en zorgverleners uit de (forensische) jeugdhulp ook positieve gevolgen van afzondering en fixatie benoemen, besluiten de meeste studies – net zoals in de GGZ (Peeters et al., 2019) - dat de negatieve gevolgen een overheersende impact hebben. Ook zorgverleners uit de (forensische) jeugdhulp spreken over negatieve ervaringen met de toepassing van afzondering en fixatie en de emotionele en fysieke gevolgen die zij hierdoor ervaren (de Valk et al., 2019; Steckley & Kendrick, 2008). Ook dit is analoog aan ervaringen van zorgverleners in de GGZ (Peeters et al., 2019).

---

<sup>110</sup> De term 'zorgverlener' verwijst naar de begeleiders die werkzaam zijn binnen de (forensische) jeugdhulp. Omwille van de leesbaarheid wordt in de tekst enkel de term 'zorgverleners' gebruikt.

In wat volgt (deel 4) wordt een samenvatting gegeven van studies naar deze ervaringen in verschillende types van residentiële voorzieningen zoals kinder- en jeugd-GGZ, open en gesloten jeugdhulpvoorzieningen en forensische jeugdhulpvoorzieningen. De ervaringen van jongeren en zorgverleners met afzondering en fixatie dragen bij tot een beter begrip van wat deze maatregelen betekenen voor de personen die ze ondergaan of toepassen. Dit kan ertoe leiden dat voorzieningen de toepassing van deze maatregelen verminderen of afschaffen. Bovendien kan een begrip van deze ervaringen de kans vergroten dat deze maatregelen de gewenste effecten hebben en door jongeren ervaren worden als goede en veilige zorg (Steckley, 2010).

## **4 Impact van afzondering en fixatie en ervaringen van jongeren en zorgverleners**

### **4.1 Theorieën over impact van afzondering en fixatie**

Op basis van een uitgebreide literatuurreview (de Valk et al., 2019) en/of een uitgebreid kwalitatief onderzoek (de Valk et al., 2019; Steckley, 2018; Steckley, 2012; Steckley, 2010) zijn enkele theorieën ontwikkeld over de impact van afzondering en fixatie. In dit deel worden de theorieën toegelicht, verder in dit deel 4 komen de resultaten van deze studies aan bod.

#### **4.1.1 Containment en Touch**

Steckley beschrijft enkele bestaande psychologische theorieën over affectregulatie bij kinderen en jongeren die ze vervolgens gebruikt om ervaringen van jongeren en zorgverleners met afzondering en fixatie in de residentiële (forensische) jeugdhulp te interpreteren (Steckley, 2018; 2012; 2010).

*Containment* is een vorm van affectregulatie en bestaat uit het continu proces van horen en ontvangen van de emoties van het kind (bijvoorbeeld huilen voor honger, angst of boosheid) door de ouder (of diens vervanger) en het 'teruggeven' van die emoties op een meer beheersbare manier naar het kind toe. Hierdoor ontwikkelt het kind een begrip van de eigen gevoelens en ervaringen. De ontwikkeling van dit begrip is voornamelijk belangrijk in de vroege levensfase van het kind, maar blijft ook daarna belangrijk voor de ontwikkeling van de eigen affectregulatie. Deze theorie biedt een manier om te begrijpen hoe vroege ervaringen met zorg een basis vormen voor het omgaan met emoties in latere levensjaren (Bion, 1962 in Steckley, 2010). Sommige kinderen en jongeren hebben tijdens hun eerste levensjaren niet voldoende *containment* door hun zorgverleners ervaren. Dit is soms het geval bij kinderen en jongeren die in residentiële jeugdhulpvoorzieningen verblijven. Volgens Ward (1995, in Steckley, 2010) moeten voorzieningen en zorgverleners zich hiervan bewust zijn en hun gedrag en attitudes hierop afstemmen. Daarbij kunnen zorgverleners de jongeren helpen hun gevoelens te bevatten door ze te spiegelen in een meer hanteerbare vorm. Op die manier helpen ze de jongere bij de ontwikkeling van *containment* van hun eigen gevoelens (Steckley, 2018; 2012).

Ook *touch* of aanraking speelt een essentiële rol in de ontwikkeling van een kind. Het draagt bij aan de fysieke, emotionele en cognitieve ontwikkeling en verhoogt gevoelens van hechting, eigenwaarde en het vermogen om om te gaan met stress. Ondanks het toenemende begrip van het belang ervan in de literatuur en bij voorzieningen en zorgverleners, heerst er tegelijkertijd een andere cultuur die door Johnson (2000, in Steckley, 2012) omschreven wordt als een morele paniek omtrent aanraking of *no touch*. Het gaat om een angst voor het aanraken van kinderen en jongeren. Deze angst leidt tot verwarring en inconsistenties in de zorg, het beleid en de praktijk. Daarnaast leidt het tot een verminderd vertrouwen in de motieven en handelingen van volwassenen op bijna alle gebieden waar volwassenen en

kinderen met elkaar interageren. Zo bleek uit een studie (Piper & Stronach, 2008 in Steckely, 2012) dat deze paniek in onderwijsinstellingen ervoor zorgde dat er meer richtlijnen werden geformuleerd uit angst voor (valse beschuldigingen van) seksueel misbruik. Door deze richtlijnen durfden zorgverleners kinderen niet meer aan te raken terwijl dit indruist tegen de belangen van die kinderen (Steckley, 2012).

Steckley hanteerde deze begrippen in haar onderzoek en omschrijft een fysieke interventie als de uiterste vorm van *containment* en *touch*. Ze gebruikt deze theorieën om een beter begrip te krijgen van de complexiteit van de ervaringen van kinderen, jongeren en zorgverleners met fysieke interventie in (forensische) jeugdhulpvoorzieningen. Deze ervaringen verzamelde ze aan de hand van een groot aantal interviews die hieronder aan bod komen in de delen 4.2 en 4.3.

#### 4.1.2 Repressie

De Vlak en collega's onderzochten de factoren die ertoe leiden dat jongeren repressie of onderdrukking ervaren in open, gesloten en forensische jeugdhulpvoorzieningen (de Valk et al., 2019; de Valk et al., 2016). Het is de taak van deze voorzieningen om de basisnoden van jongeren te helpen ontwikkelen. De auteurs stellen dat wanneer jongeren repressie ervaren, die ontwikkeling echter belemmerd of verhinderd wordt.

Repressief handelen door zorgverleners is een gevolg van angst, ontmenselijking, een gebrek aan empathie en rationalisatie; aspecten die elkaar kunnen beïnvloeden. Angst kan ontstaan door de perceptie van een voortdurende dreiging van agressief gedrag van de jongeren. Als gevolg daarvan nemen voorzieningen en zorgverleners maatregelen om de veiligheid te waarborgen. Die agressie en het geweld van de jongeren kunnen bovendien de empathie van zorgverleners naar jongeren toe verminderen. Ontmenselijking van jongeren houdt in dat zorgverleners minder morele bezorgdheden ervaren over hun gedrag naar jongeren toe. Dit gedrag dat ze anders als schadelijk zouden beschouwen, zullen ze daarbij rechtvaardigen. Een mildere vorm van ontmenselijking is rationalisering, een cognitief verdedigingsmechanisme dat zorgverleners helpt om afstand te nemen van zichzelf en van de gevolgen van hun gedrag. Dit rechtvaardigingsproces biedt niet alleen voor zichzelf een excuus voor hun repressief handelen, maar moedigt zorgverleners en voorzieningen ook aan om dit gedrag te vergeten of om het te herdefiniëren als noodzakelijk of wenselijk. Empathie kan repressief gedrag tegengaan en is geassocieerd met succesvolle therapeutische relaties, altruïstisch gedrag en minder agressie. Zorgverleners die een vertrouwensband ontwikkelen met jongeren zullen minder ontmenselijking en rationalisering ervaren (de Valk et al., 2019; de Valk et al., 2016). Angst, woede en frustratie daarentegen kunnen de therapeutische relatie tussen jongeren en zorgverleners belemmeren (de Valk et al., 2016).

In residentiële (forensische) jeugdhulpvoorzieningen kan repressie zich openlijk manifesteren in maatregelen zoals afzondering en fixatie, of het kan verborgen zijn in het gedrag van zorgverleners. De auteurs maken een onderscheid tussen respectievelijk *hard* en *soft power* die beide de vrijheid en autonomie van jongeren beperken. *Hard power* wordt omschreven als een vorm van dwang en houdt ook het toepassen van dwangmaatregelen in wanneer een crisis zich voordoet. Jongeren met gedragsproblemen kunnen door het stellen van bepaald gedrag te strenge, oneerlijke of onprofessionele reacties uitlokken bij zorgverleners (zie paragraaf hierboven). Dit resulteert in een toename van agressief gedrag bij de jongeren, hetgeen op zijn beurt gevolgd wordt door bestraffing door de zorgverleners. Er ontstaat een dwangcyclus die zowel de agressieve reacties van de jongeren als de straffen van de zorgverleners extremer maken. Isolatie van de jongere als straf doet zich in dergelijke situaties voor. Deze dwangcyclus zijn eigen aan het gebruik van *hard power* en zijn absoluut te vermijden aangezien ze de levenskwaliteit van zowel de jongeren als de zorgverleners in de voorziening aantasten. De negatieve

effecten van straf worden al sinds de jaren '80 gerapporteerd en omvatten isolatie, agressie, minder vertrouwen, afwijkend gedrag en wegloopgedrag. Daarenboven heeft bestraffing bij sommige jongeren met een lage sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd of een intellectuele beperking geen betekenis omdat ze de regels niet begrijpen (de Valk et al., 2015).

*Soft power* is daarentegen een vorm van repressie die meer *verborgen* zit in het gedrag van zorgverleners. Het is een vorm van macht waarbij jongeren hun autonomie enkel in vooraf bepaalde manieren kunnen beleven, en enkel wanneer de voorziening of zorgverleners dit toelaten. Hun autonomie wordt opnieuw beperkt maar op een subtielere manier, door bijvoorbeeld bepaalde regels op te leggen. Deze *soft power* manifesteert zich in relaties met zorgverleners of indirect door het beleid van de voorziening (de Valk et al., 2019).

## **4.2 Impact van afzondering en fixatie op jongeren en zorgverleners**

Alle studies tonen overwegend negatieve gevolgen van afzondering of fysieke interventie aan op *jongeren*. Zo blijken alle jongeren negatieve emoties te ervaren na een fysieke interventie. De meest voorkomende emotie is woede. Verder ervaren jongeren haat of agressie naar de zorgverleners en/of naar zichzelf toe, frustratie, schaamte, verdriet of spijt (Steckley, 2010; Steckley & Kendrick, 2008).

Eén studie toont aan dat sommige jongeren een verbetering van hun mentale toestand ervaren na afzondering in een afzonderingskamer (Vishnivetsky et al., 2013). Ook bij bepaalde ervaringen van een fysieke interventie noemden sommige jongeren - naast negatieve emoties - positieve gevoelens, zoals een gevoel van veiligheid, een gevoel dat er om hen gegeven werd en een opgelucht gevoel omdat de zorgverleners hen hielpen een einde te maken aan hun gedrag dat ernstige gevolgen zou kunnen hebben. Zoals verder in dit hoofdstuk aan bod komt, leek bij deze jongeren de ervaring van een fysieke interventie tegemoet te komen aan een nood aan aanraking of geborgenheid (Steckley, 2010; Steckley & Kendrick, 2008). Uit een andere studie bleek bovendien dat het niet alleen de fysieke interventie zelf was die de ervaringen van de jongeren bepaalde. De context waarbinnen de dwangmaatregel plaatsvond, was van groot belang, zoals de gebeurtenissen die voorafgaan aan en volgen op de interventie, alsook de kwaliteit van de relaties met de zorgverleners en het beleid van de voorziening (Steckley, 2012). Deze resultaten komen uitgebreider aan bod in het volgende deel (4.3) van dit hoofdstuk.

Sommige jongeren beweerden geen emoties of herinneringen te hebben van de fysieke interventie. Mogelijks wilden ze ongemakkelijke of pijnlijke herinneringen niet opnieuw herbeleven of wilden ze die herinneringen niet delen met de interviewer. Hoe dan ook lijkt het dat sommige jongeren hun ervaringen niet hebben kunnen verwerken (Steckley & Kendrick, 2008). Daarnaast toont de review van Nielson en collega's (2020) aan dat jongeren ook lichamelijke gevolgen kunnen ervaren van een fysieke interventie zoals verwondingen ten gevolge van vasthouden en kan het zelfs tot het overlijden van de jongere leiden (Steckley, 2010). Sommige jongeren zeiden dat deze verwondingen het gevolg waren van hun eigen verzet tijdens de interventie of een 'bijproduct' waren van de interventie en dat de zorgverleners hun best deden om de interventie pijnloos te laten verlopen. Volgens deze jongeren hadden ook zorgverleners het moeilijk met de toepassing van een fysieke interventie. Andere jongeren geloofden dat sommige zorgverleners hen bewust hardhandig aanpakten om hen pijn te doen (Steckley, 2012; Steckley & Kendrick, 2008). Dit toont aan dat de negatieve ervaringen van jongeren – in dit geval met fysieke interventie – heel uiteenlopende betekenissen kunnen hebben die kaderen binnen de relatie die de jongere met de zorgverleners heeft. Hierop wordt verder ingegaan in deel 4.3.2.

Ook *zorgverleners* ervaren lichamelijke gevolgen van een fysieke interventie. Sommige verwondingen waren een gevolg van de interventie. Sommige verwondingen werden volgens de zorgverleners opzettelijk toegebracht door de jongeren (Steckley, 2010). Verder ervaren zorgverleners bij de uitvoering van fysieke interventies steeds negatieve emoties. Na het uitvoeren van een fysieke interventie voelden zorgverleners vaak schuld, twijfel en verslagenheid omdat ze niet in staat waren een alternatieve manier te vinden om de situatie te de-escaleren. Deze emoties gaan gepaard met fysieke uitingen van angst zoals buikpijn (Steckley, 2012; Steckley & Kendrick, 2008). Zorgverleners ervaren eveneens boosheid omdat ze steun van hun leidinggevenden en de voorziening misten. Ze kregen onvoldoende erkenning van de negatieve impact op zichzelf en hun collega's en van de eventuele verwondingen die ze opliepen tijdens de interventie. Enkel uitten hun boosheid over een ontoereikende personeelsbezetting (Steckley, 2012). Deze studies tonen aan dat het ook voor zorgverleners erg belangrijk is om volop in te zetten op het voorkomen van fysieke interventie en andere dwangmaatregelen.

### **4.3 Ervaringen van jongeren en zorgverleners met vrijheidsbeperkende maatregelen**

#### **4.3.1 Ervaringen van repressie door de jongeren**

Repressie is een multidimensioneel begrip dat bestaat uit vijf dimensies: machtsmisbruik, onrechtvaardigheid, frustratie van autonomiebehoefte, gebrek aan betekenis van het verblijf in de voorziening en ontmenselijking (de Valk, Kuiper, van der Helm, Maas & Stams, 2018). Repressie kan ertoe leiden dat basisnoden van jongeren zoals autonomie en zingeving, verbondenheid en competentie niet volledig ontwikkeld worden (de Valk et al., 2019), hetgeen een verhoogde kans geeft op de ontwikkeling van psychopathologie en probleemgedrag (van der Helm, 2020; van der Helm et al., 2018). Bovendien kunnen sommige vormen van repressie de rechten van jongeren schenden (de Valk et al., 2019). de Valk et al. (2019) onderzochten hoe jongeren repressie ervaren in open, gesloten en forensische jeugdhulpvoorzieningen. Door inzicht te krijgen in de factoren die bijdragen tot het ervaren van repressie bij de jongeren krijgen zorgverleners, begeleiders en voorzieningen handvatten voor hoe ze kunnen werken aan een positief leefklimaat, weg van de repressieve aanpak (zie deel 6.1).

De macht van zorgverleners, en meer bepaald het *machtsonevenwicht*, bleek voor jongeren een van de belangrijkste oorzaken van het ervaren van repressie. Jongeren aanvaardden macht indien het machtsgebruik volgens hen noodzakelijk en eerlijk was, bijvoorbeeld om regels of structuur op te leggen of om orde en veiligheid te creëren. De manier waarop zorgverleners deze regels handhaven, kan echter wel als repressie ervaren worden, bijvoorbeeld wanneer de regels plots veranderen, wanneer zorgverleners nieuwe regels verzinnen of wanneer ze zelf de opgelegde regels niet volgen (bijvoorbeeld hun gsm gebruiken tijdens een leefgroepsessie). Wanneer de regels volgens jongeren te streng waren of wanneer zorgverleners geen uitzondering op de regels wilden maken, ervaren jongeren meer repressie. Jongeren ervaren ook willekeurig of overmatig gebruik van macht bij de toepassing van straffen of afzondering en fixatie. Wanneer afzondering en fixatie gebruikt werden in een duidelijke crisissituatie ervaren de jongeren minder repressie dan wanneer er zich geen crisis voordeed of wanneer de maatregelen werden toegepast vanwege praktische overwegingen. Een voorbeeld hiervan is het afzonderen van jongeren op hun kamer om andere jongeren naar school te brengen of jongeren standaard in afzondering plaatsen gedurende de eerste dagen van hun verblijf als deel van het programma van de voorziening. In forensische jeugdhulpvoorzieningen bleek het gebruik van dergelijke maatregelen ook toegepast te worden als disciplinaire straf. Jongeren leken deze toepassing te

aanvaardden wanneer ze hun gedrag dat tot de straf leidde als ‘negatief’ inschatten. Maar indien dit niet het geval was, ervaarden ze deze straf als repressie (de Valk et al., 2019).

Naast deze ‘zichtbare’ macht of *hard power* (zie hoger), ervaarden jongeren ook *soft power*. Deze vorm van macht uitte zich voornamelijk in het beperken van de *autonomie* van de jongere, bijvoorbeeld wanneer er beslissingen worden genomen voor de jongeren die ze zelf zouden kunnen en willen nemen. Jongeren ervaarden dit gebrek aan autonomie bijvoorbeeld wanneer er zonder hun inspraak beslist werd over hun behandeldoelen. Ze ervaarden deze beperking ook op praktisch vlak, bijvoorbeeld het uur om te gaan slapen, niet naar buiten kunnen gaan of niet zomaar eten of drinken uit de frigo mogen halen. Opmerkelijk was dat jongeren uit een forensische jeugdhulpvoorziening amper spraken over het ervaren van autonomie. Het leek alsof ze die beperking van hun autonomie hadden aanvaard omdat ze in een gesloten voorziening verbleven. Wanneer jongeren echter ervaarden dat de mate van repressie niet overeenkwam met het type voorziening waarin ze verbleven (forensische jeugdhulpvoorziening versus een open jeugdhulporganisatie), ervaarden ze meer repressie (de Valk et al., 2019).

Een andere factor die tot de ervaring van repressie kan leiden, is een gebrek aan *zingeving* of betekenis die jongeren aan hun verblijf in de voorziening geven. De voorziening moet jongeren gunstige vooruitzichten bieden en de betekenis van hun verblijf duidelijk toelichten. Hun verblijf, waaronder hun behandeling en eventuele straffen die ze krijgen, moeten betekenisvol zijn voor de jongeren zodat zij gemotiveerd blijven om iets bij te leren en om zich verder te ontwikkelen. Jongeren ervaarden frustraties wanneer ze die betekenis niet vonden. Het is daarom belangrijk om de behandeling af te stemmen op de individuele noden van jongeren. Bovendien vallen een aantal aspecten uit hun dagdagelijkse leven weg tijdens hun verblijf in de voorziening, zoals vrienden, familie, school, vrije tijd en vrijheid die ook bijdragen aan de betekenisgeving van de jongere. Jongeren gaven aan weinig tot geen opleiding te krijgen, zich te vervelen en hun familie en vrienden te missen (de Valk et al., 2019). Jongens en meisjes bleken onderling te verschillen in de betekenisgeving die ze zoeken voor hun verblijf in de voorziening. Terwijl meisjes op zoek leken naar mogelijkheden om vooruitgang te ervaren in hun persoonlijke ontwikkeling (intrinsieke motivatie), vermeldden jongens vaak dat ze gewoon deden wat van hen verwacht werd om ‘vrijgelaten’ te worden uit de voorziening (extrinsieke motivatie). Bijgevolg ervaarden meisjes meer repressie wanneer ze geen kansen kregen om zichzelf te ontwikkelen terwijl jongens meer repressie ervaarden wanneer het onduidelijk was wat nodig was om hun verblijf te voltooien. In tegenstelling tot deze verschillen werden er geen aanwijzingen gevonden voor culturele invloeden op ervaren repressie (de Valk et al., 2019).

De manier waarop zorgverleners omgaan met jongeren kan ook tot repressie leiden. Wanneer jongeren aanvoelden dat zorgverleners zich niet empathisch opstelden, ervaarden ze repressie. Dit proces van *ontmenselijking* maakt het voor zorgverleners eenvoudiger om over te gaan tot dwangmaatregelen. Deze ontmenselijking bleek vaker te gebeuren in forensische jeugdhulpvoorzieningen dan in andere types jeugdhulpvoorzieningen (de Valk et al., 2019).

Ten slotte omschreven jongeren situaties waarin zorgverleners hun repressief gedrag *rationaliseerden*. Voorbeelden zijn het eufemistisch labelen zoals het gebruik van het woord ‘intake programma’s’ waarbij jongeren meer restricties krijgen opgelegd in het begin van hun verblijf of ‘rustuur’ als vorm van gezamenlijke afzondering. Jongeren ervaarden ook dat zorgverleners naar verklaringen zochten om hun gedrag te rationaliseren, bijvoorbeeld door uitspraken ‘omdat het gewoon zo is’ (de Valk et al., 2019). Ook zorgverleners omschreven situaties waarin ze hun gedrag rationaliseerden, zoals na de toepassing van een fysieke interventie. Sommige zorgverleners verklaarden dat het opleggen van grenzen en



controle aan een jongere getuigde van een zekere zorg voor de veiligheid van de jongeren en dat ze het beste met hen voor hadden en rationaliseren op die manier hun gedrag (Riggs & Ogilvy, 2015).

Opvallend was dat ook jongeren het gedrag van hun zorgverleners leken te rationaliseren omdat ze gewend raakten aan de repressie, omdat ze zich inleefden in de zorgverleners, of omdat ze dachten dat de hoeveelheid repressie eigen was aan de voorziening waarin ze verbleven. Zo zagen jongeren in een forensische jeugdhulpvoorziening repressief gedrag - waaronder de toepassing van fysieke interventie - als deel van hun straf omdat ze fouten hadden begaan. Maar ook in de open en gesloten jeugdhulpvoorzieningen leken jongeren een aanzienlijk deel van het gedrag van zorgverleners te rationaliseren. Ze lijken dit te aanvaarden en goed te keuren als coping mechanisme voor de repressie die ze ervaren. Dit wil echter niet zeggen dat deze jongeren geen schade ondervinden van deze repressie aangezien hun noden van competentie, verbondenheid en autonomie niet vervuld werden (de Valk et al., 2019). Een gelijkaardig resultaat bleek uit een ander onderzoek naar de ervaringen van jongeren in een forensische jeugdhulpvoorziening met fysieke interventie. Jongeren leken te geloven dat fysieke interventie noodzakelijk en gerechtvaardigd was om orde te handhaven. Ze waren het ermee eens dat dit in hun eigenbelang is en hun veiligheid waarborgt en leken het gebruik van een fysieke interventie te normaliseren als een alledaagse praktijk. Trauma's die de jongeren ervoeren voor hun verblijf in de voorziening kunnen hiertoe bijdragen. Deze onderzoekers besluiten dat een kwetsbare groep jongeren – door zelf traumatische ervaringen te hebben ondergaan - een bepaald gebruik van geweld gaat legitimeren, normaliseren en als onvermijdelijk beschouwen om hun veiligheid te garanderen (Shenton & Smith, 2021).

#### 4.3.2 Belang van de context

De ervaringen van jongeren tonen aan dat niet louter de fysieke interventie zelf een invloed heeft op de manier waarop jongeren die interventie ervaren, maar dat ook de context waarbinnen die fysieke interventie plaatsvindt essentieel is (Steckley, 2010).

Zo staat het belang van *relaties* centraal in de ervaringen van jongeren en zorgverleners. Meer nog, Steckley besluit dat een positieve ervaring van een fysieke interventie onmogelijk is indien er geen goede relatie is tussen zorgverlener en jongere (Steckley, 2010; Steckley & Kendrick, 2008). Sommige jongeren gaven aan dat een goede relatie met een zorgverlener hen ontmoedigde om hun negatief gedrag verder te zetten. Jongeren gaven ook aan dat wanneer ze niet goed kunnen opschieten met een zorgverlener, hun vertrouwen in die zorgverlener daalt en de kans op een fysieke interventie hoger wordt. Een slechte band met een zorgverlener zorgde ook voor een negatieve invloed op de ervaring van fysieke interventie (Steckley, 2010). Hoewel sommige jongeren zeiden dat een fysieke interventie geen negatieve gevolgen heeft voor hun relatie met de zorgverlener die de interventie uitvoert, meenden andere jongeren en zorgverleners dat dit wel negatieve gevolgen heeft. Het kan zowel om kortdurende als om langdurige negatieve gevolgen gaan. Daarentegen beschreven enkele jongeren en zorgverleners situaties waarin deze relaties verbeteren na een fysieke interventie. Dit bleek echter niet een gevolg te zijn van de interventie zelf, maar van hoe de hele situatie wordt aangepakt, of de zorgverlener de jongere pijn doet tijdens de maatregel en hoe de zorgverlener na de maatregel met de jongere een gesprek aangaat (Steckley, 2012; Steckley, 2010). Sommige zorgverleners waren zich ook bewust van het belang van een nabespreking na een fysieke interventie om de schade aan de relatie met de jongere tot een minimum te beperken. Ze gaven echter aan dat dit niet steeds vanzelfsprekend is om te doen, aangezien zij op dat moment dan ook zelf moeten weten om te gaan met hun eigen gevoelens van angst en boosheid (Steckley, 2012).

*Vertrouwen* binnen deze relaties bleek voor jongeren een essentiële factor voor de ervaring van een fysieke interventie. Jongeren vertrouwden erop dat zorgverleners met wie ze een goede band hebben, de fysieke interventie correct uitvoeren, hen geen pijn doen en waar mogelijk de interventie vermijden. Sommigen hadden het gevoel dat de zorgverleners hen probeerden te helpen, bijvoorbeeld door te helpen het gedrag te voorkomen dat tot een fysieke interventie zou leiden. Volgens jongeren kunnen zorgverleners een vertrouwensband creëren door tijd te maken, te luisteren naar de jongere, een oprecht begrip voor de behoeften van de jongeren te tonen en de gedeelde informatie vertrouwelijk te behandelen. Jongeren beschouwden zorgverleners die hier aandacht aan besteedden bovendien als empathische zorgverleners waardoor ze minder repressie ervaarden in de relatie met die zorgverlener (de Valk et al., 2019). Om dit vertrouwen op te bouwen en te behouden moeten zorgverleners er bovendien op toezien dat hun gedrag en communicatie over 'laatste redmiddel', 'bescherming' en 'zorg' bij een fysieke interventie met elkaar overeenstemmen. Als zorgverleners aangeven dat ze jongeren alleen als laatste redmiddel fysiek in bedwang zullen houden en dit enkel doen om hen te beschermen, moeten ze ook duidelijk zijn over wat deze termen betekenen en hierover gesprekken voeren met de jongeren. Deze inzichten onderstrepen het belang van de betekenis die jongeren aan hun ervaring met fysieke interventie geven. De betekenis is gebaseerd op hun overtuigingen, waarden en eerdere ervaringen en vormen belangrijke aandachtspunten voor zorgverleners en voorzieningen (Steckley & Kendrick, 2008). Op voorzieningsniveau kan hiertoe bijgedragen worden door proactief strategieën en contexten te creëren waarin fysieke interventies niet nodig zijn (zie deel 4.4 en deel 6).

Ook voor *zorgverleners* zijn goede relaties met de jongeren van groot belang, bijvoorbeeld om jongeren te helpen de-escaleren, bij de inschatting of een situatie werkelijk gevaarlijk is en om een fysieke interventie te vermijden. Een goede relatie bleek eveneens belangrijk na de toepassing van een fysieke interventie, bijvoorbeeld bij de nabespreking of bij het verwerken van deze gebeurtenis. Zorgverleners noemden verschillende factoren die belangrijk zijn voor het opbouwen van een relatie met jongeren, waarbij vertrouwen, respect en het kennen van de jongere de belangrijkste elementen waren (Steckley, 2010). Zorgverleners benadrukten dat een fysieke interventie daarom enkel als laatste redmiddel kan gebruikt worden en dat ze er steeds over moeten waken de jongere geen pijn te doen. Volgens de zorgverleners houdt dit vertrouwen ook in dat de jongere niet in de steek gelaten wordt, zowel bij de aanloop naar de toepassing van een fysieke interventie als bij toepassing en de gevolgen van de maatregel. Om een veilige omgeving te creëren voor jongeren is het immers noodzakelijk dat zorgverleners ook samen met de jongere moeilijke gevoelens en moeilijk gedrag verkennen en hier samen aan werken. Verder was het wederzijds vertrouwen belangrijk om jongeren te helpen om te gaan met hun triggers voor escalatie en agressief gedrag en bij het ontwikkelen van alternatieve manieren om met deze triggers om te gaan (Steckley, 2010).

Naast vertrouwen zijn het *stellen van grenzen* en *respectvol omgaan* met jongeren belangrijk voor de relatie tussen de zorgverlener en de jongere. Bij het stellen van grenzen vonden zorgverleners vastberadenheid, consequentheid, voorspelbaarheid, eerlijkheid, realistische verwachtingen en flexibiliteit belangrijk. Zorgverleners gaven voorbeelden van collega's die niet correct omgingen met het stellen van grenzen, hetgeen leidde tot een gebrek aan respect en gevoel van veiligheid bij de jongeren (Steckley, 2010).

Ook bij *aanrakingen* tussen zorgverlener en jongere is een goede relatie tussen beiden belangrijk. Het gaat om de aanraking tijdens een fysieke interventie maar ook om andere vormen van aanraking waar jongeren nood aan hebben, zoals omhelzen of knuffelen. Zorgverleners omschreven het de-escalerende effect van een aanraking waardoor een fysieke interventie vermeden kon worden, maar spraken ook

over het tegenovergestelde effect waarbij een aanraking tot meer agressie leidde. Jongeren ervaren aanrakingen echter niet als een hulpmiddel voor de-escalatie (Steckley, 2010). Naast het risico dat aanrakingen contraproductief kunnen zijn in moeilijke situaties, vonden zorgverleners het aanraken van jongeren ook in andere situaties risicovol. Deze bezorgdheid wordt de *no touch* paniek genoemd (zie hoger). Als zorgverleners een goede relatie hebben met de jongere, de jongere goed kennen en zijn voorgeschiedenis kennen, gaven ze aan beter te kunnen inschatten of een aanraking gepast en de-escalierend kan zijn (Steckley, 2012; Steckley, 2010).

Daarnaast ervaren zorgverleners *rolconflicten* tijdens het omgaan met jongeren. Zorgverleners omschreven een spanning tussen enerzijds een duidelijke verwachting om een professionele grens te bewaren en anderzijds de verwachting om een ondersteunende en verzorgende omgeving te bieden aan jongeren. De kans op een rolconflict was groter als de zorgverleners het gevoel hadden dat ze een nauwe band hadden met de jongere. Wanneer zorgverleners er niet in slaagden het juiste evenwicht te bewaren, had dit volgens hen een negatieve invloed op hun relatie met de jongere (Riggs & Ogilvy, 2015). Daarnaast vonden sommige zorgverleners het een uitdaging om enerzijds de richtlijnen van de voorzieningen voor het omgaan met agressief gedrag te volgen (bijvoorbeeld het gebruik van dwangmaatregelen) en anderzijds zorgzame relaties met jongeren aan te gaan (Riggs & Ogilvy, 2015).

#### **4.4 Aanbevelingen vanwege zorgverleners en begeleiders voor voorzieningen**

Enkele studies naar de ervaringen van zorgverleners maken duidelijk wat zij nodig hebben van de voorziening om beter te kunnen omgaan met agressief gedrag, fysieke interventie of met jongeren in het algemeen.

Een eerste aanbeveling voor het beter kunnen omgaan met *triggers en agressief gedrag* van jongeren is het creëren van een *therapeutisch milieu* in de voorziening. Dit therapeutisch milieu omvat het aanleren van strategieën aan jongeren om hun triggers te leren herkennen en hiermee om te gaan, bijvoorbeeld door tijd in te plannen om te ontspannen na een activiteit, tot 10 te tellen, ademhalingstechnieken en rollenspelen te doen, rustige muziek op te zetten voor de hele leefgroep, te praten met de jongere wanneer ze niet agressief zijn en het opbouwen van een band met de jongeren. Ook het organiseren van leefgroepbijeenkomsten, woedebeheersingsgroepen en discussiegroepen met leeftijdsgenoten behoorden tot de aanbevelingen. Zorgverleners zeiden ook dat individueel aangepaste behandelingsplannen hen hielpen om zich te focussen op de unieke behoeften van elke jongere. Een tweede aanbeveling sluit hierbij aan en gaat over het belang van de ontwikkeling van *interpersoonlijke relaties*. Het creëren van een zorgzame en vertrouwensvolle omgeving kan ertoe leiden dat de eigenwaarde van jongeren vergroot. Alternatieven bieden voor agressief gedrag, luisteren en meeleven met de jongere, een machtsstrijd vermijden, de jongere helpen zijn boosheid te verwoorden en onopgeloste problemen bespreken waren ook belangrijke preventieve interacties volgens de zorgverleners. Verder vonden zorgverleners het belangrijk om een brede waaier van creatieve activiteiten te voorzien om jongeren ook positieve feedback te kunnen geven op vaardigheden die ze anders niet benutten. Een derde reeks aanbevelingen gaat over het *zelfvertrouwen van de zorgverleners* en hun attitudes tegenover de jongeren. Zorgverleners hadden vooral nood aan een training rond beter luisteren naar de jongere en empathie. Die training vonden ze belangrijk om de verschillen tussen zorgverleners te verminderen, bijvoorbeeld in hoe ze ingrijpen en omgaan met een agressieve jongere, en de mate waarin ze zich comfortabel voelen en met vertrouwen kunnen omgaan met agressieve jongeren. Indien zorgverleners deze gevoelens kunnen bespreken tijdens teammeetings en steun kunnen krijgen van collega's, zullen

ze beter kunnen samenwerken tijdens een crisis. Ook opleidingen kunnen hierbij helpen. Verder vonden zorgverleners het belangrijk om triggers van de jongeren tijdig te leren herkennen. Steun van en communicatie tussen collega's bleek hierbij belangrijk, bijvoorbeeld tijdens wissels van shiften, en de manier waarop zorgverleners elkaar hierin ondersteunen. Ook hierover vroegen zorgverleners om bijkomende opleidingen (dosReis & Davarya, 2008).

Na de *toepassing van een fysieke interventie* hechtten zorgverleners veel belang aan de steun en erkenning van hun collega's en van hun leidinggevende. Die steun kan de vorm aannemen van een *debriefing* na een incident of van *supervisiesessies*. Hierbij vonden zorgverleners het belangrijk om te bespreken of ze 'het juiste hadden gedaan'. Dit is immers een vaak voorkomende bezorgdheid van zorgverleners na het uitvoeren van een fysieke interventie. Daarnaast kunnen strategieën voor incidenten in de toekomst aan bod komen. Om ook op groepsniveau de ervaringen met fysieke interventies te delen en de toepassing ervan in vraag te stellen, vroegen zorgverleners om externe hulp. Sommige zorgverleners gaven echter aan dat ze liever geen debriefing wilden of dat er omstandigheden waren waarin ze dat niet wensten, bijvoorbeeld 's avonds laat na het einde van een lange dienst of als ze hun leidinggevende wantrouwden (Steckley, 2012). Zorgverleners benadrukten verder het belang van *kennis van het algemeen beleid* van de voorziening over fysieke interventies, zoals richtlijnen over het inlichten van ouders en maatschappelijk werkers na toepassing van een fysieke interventie, duidelijke voorwaarden voor de toepassing van een fysieke interventie (zoals de omschrijving van dreigend gevaar) en het belang van personeel dat opgeleid is om deze maatregelen uit te voeren. Volgens de zorgverleners kan een *opleiding* hen helpen om beter te reageren op op situaties die tot de toepassing van een fysieke interventie kunnen leiden en tot een betere toepassing van fysieke interventie (Steckley, 2010).

Ten slotte formuleerden zorgverleners meer *algemene aanbevelingen* zoals het belang van de professionele ervaring van zorgverleners, de ratio tussen zorgverleners en jongeren en het personeelsverloop. De verhouding tussen de hoeveelheid personeel en jongeren was volgens zorgverleners heel belangrijk om voldoende tijd te hebben om een band op te bouwen met alle jongeren (dosReis & Davarya, 2008).

## 5 Toepassing van afzondering en fixatie en goede praktijken

### 5.1 Aanleidingen voor afzondering en fixatie

Een combinatie van enerzijds kenmerken van de jongere (intrinsiek) en anderzijds kenmerken van de zorgverleners en omgeving (extrinsiek) leiden tot het gebruik van afzondering en fixatie. We focussen hier enkel op factoren die beïnvloedbaar zijn. Het gedrag van de jongere en meer bepaald agressief gedrag naar zorgverleners en anderen toe, blijken de belangrijkste **intrinsieke aanleidingen** voor een fysieke interventie te zijn. De meest voorkomende andere aanleidingen zijn onrust bij de jongere, het bedreigen van anderen en vernieling van materiaal. Jongeren die suïcidale kenmerken vertoonden, zouden minder vaak een fysieke interventie ervaren maar vaker andere dwangmaatregelen (Braun et al., 2020; Nielson et al., 2020; Hammervold et al., 2019). Over de **extrinsieke oorzaken** bestaat minder duidelijkheid. Opgeleide en ervaren zorgverleners staan negatiever tegenover afzondering en fixatie en zullen ook minder vaak overgaan tot deze maatregelen dan minder ervaren en minder opgeleid personeel. Ook de ratio jongeren-personeel kan het gebruik van afzondering en fixatie beïnvloeden. Onvoldoende personeel kan één van de aanleidingen zijn voor de toepassing van dwangmaatregelen (de Valk et al., 2016). Andere extrinsieke oorzaken zijn een slecht leef- en/of werkklimaat binnen de afdeling/leefgroep, miscommunicatie, niet tegemoetkomen aan de noden van de jongere, conflicten

tussen jongeren en zorgverleners en te weinig autonomie voor de jongere (Hammervold et al., 2019). Verder spreken studies elkaar tegen over het verband tussen het gebruik van fysieke interventie enerzijds en anderzijds verplichte opname, opname in het kader van een noodsituatie (Nielson et al., 2020) of het uur en de dag van de week waarop de dwangmaatregel plaatsvindt (Braun et al., 2020; Nielson et al., 2020).

Onderzoek naar **ervaringen van jongeren** in een forensische jeugdhulpvoorziening bespreekt de triggers en oorzaken die jongeren zelf benoemen als aanleiding voor een fysieke interventie (Shenton & Smith, 2021). Vechten was de meest voorkomende aanleiding. Daarnaast gaven jongeren aan boos te zijn op zichzelf of op anderen (zorgverleners, advocaten, ouders, vrienden) en deze boosheid en frustraties uitten ze vaak in agressief gedrag naar zorgverleners of naar de voorziening in het algemeen. Soms waren situaties buiten de instelling een trigger, zoals moeilijkheden tussen de jongere en hun familie, frustratie over de uitkomst van een gerechtelijke procedure of frustraties over zorgverleners van buiten de voorziening (Shenton & Smith, 2021).

Ook de **ervaringen van zorgverleners** zijn hieromtrent in kwalitatief onderzoek bevestigd. Zorgverleners beschouwden jongeren die de controle over zichzelf verliezen als een van de beslissende factoren om over te gaan tot een fysieke interventie. Jongeren ervoeren minder vaak dan zorgverleners dat ze de controle over zichzelf verloren, maar gaven aan dat in dergelijke situaties zorgverleners een belangrijke rol spelen om hen te kalmeren (Steckley, 2010). In een studie naar de ervaringen van zorgverleners met betrekking tot voorspellende factoren voor agressief gedrag van jongeren in kinder- en jeugdpsychiatrie, definieerden ze vier groepen van oorzaken. Een eerste groep omvat de ontwikkelingsveranderingen die jongeren doormaken tijdens hun adolescentie, waaronder het belang van de ontwikkeling van hun autonomie. Jongeren volgen niet zomaar alle regels, verzetten zich tegen bepaalde regels en reageren agressiever wanneer bepaalde regels worden opgelegd. Een tweede groep zijn de psychiatrische kwetsbaarheden van jongeren. Zorgverleners verklaarden bepaald agressief gedrag door de psychiatrische diagnose van een jongere. De derde groep bevat de ouder-kind relaties of relaties met andere primaire zorgverleners. Jongeren hebben mogelijk trauma's ervaren door in een bepaalde omgeving te verblijven en dit kan bepaald agressief gedrag aanwakkeren. Ten slotte gaven zorgverleners aan dat agressief gedrag te verklaren is door ontbrekende informatie over het verleden van de jongere. Hierdoor schatten zorgverleners hun gedrag niet correct in en reageren ze niet op de juiste manier hetgeen de agressie bij de jongere kan doen toenemen (dosReis & Davarya, 2008).

Naast deze aanleidingen zijn er situaties waarin jongeren gedrag vertonen dat tot afzondering of fixatie leidt om bepaalde *noden te vervullen*. Zo verklaarden jongeren dat ze bewust bepaald gedrag vertoonden dat tot een fysieke interventie zou leiden. Dit deden ze uit verveling, frustratie of om 'stoom af te laten'. De fysieke interventie gaf hen een gevoel van bevrijding en bood een uitlaatklep die ze niet op een andere manier konden vinden (Shenton & Smith, 2021). Ook een aantal zorgverleners omschreven situaties waarbij jongeren een fysieke interventie leken 'op te zoeken' om aan bepaalde behoeften te voldoen. Ze spraken over kinderen die behoefte hadden aan een knuffel maar niet wisten hoe ze hierom moesten vragen. Andere jongeren zouden de aanraking of worsteling bij een fysieke interventie gebruiken om hun woede te uiten of om een gevoel van veiligheid en geborgenheid te krijgen. Het lijkt er dus op dat sommige jongeren bewust of onbewust fysieke interventies opzoeken om een veilige ruimte te creëren. Jongeren die vaak die fysieke interventie uitlokten, leken na een tijd vertrouwen in de zorgverleners te ontwikkelen om over hun gevoelens te praten waardoor ze nadien beduidend minder of geen fysieke interventies meer opzochten. In deze studie omschreven jongeren deze noden niet expliciet, maar enkele jongeren gaven aan dat een fysieke interventie een gevoel van veiligheid gaf.

Steckley verbindt deze situaties met de begrippen *containment* en *touch* (zie deel 4.1.1 hierboven; Steckley, 2018; Steckley, 2012; Steckley, 2010). Volgens de zorgverleners zijn de motivaties hiervoor verschillend tussen jongens en meisjes. Jongens lijken dit gedrag voornamelijk te stellen om hun woede af te reageren door te vechten; meisjes lijken op zoek te zijn naar een vorm van knuffelen (Steckley, 2012; Steckley, 2010). De zorgverleners uitten grote bezorgdheden over jongeren die een fysieke interventie lijken op te zoeken: over de gevolgen voor deze jongeren, voor de andere jongeren en over het onvermogen van het zorgverlenersteam om aan de eigenlijke behoeften van deze jongeren te voldoen. Daarnaast spraken ze over de fysieke en emotionele tol die deze interventies van zichzelf en hun collega's eisten. Bovendien ervoeren ze deze situatie als erg oncomfortabel omdat ze enerzijds de jongere wilden helpen maar zich anderzijds vragen stelden bij de manier waarop de jongeren deze noden trachtten te vervullen (Steckley, 2012; Steckley, 2010). Zorgverleners en onderzoekers geven aan dat een fysieke interventie een foute manier is om aan die noden te voldoen. Steckley besluit met de vraag of een omgeving met een positief leefklimaat waarin *containment* en *touch* worden aangeboden fysieke interventies onnodig kan maken (Steckley, 2012). In onderdeel deel 6.1 wordt onderzoek besproken dat een correlatieve verband aantoont tussen kenmerken van een positief of negatief leefklimaat en respectievelijk minder en meer gebruik van afzondering of fixatie.

## 5.2 Aanvaardbaarheid van afzondering en fixatie voor jongeren en zorgverleners

Uit de literatuur blijkt dat zowel jongeren die deze maatregelen ondergaan als zorgverleners die ze uitvoeren niet sowieso tegen het gebruik van deze maatregelen zijn. Er zijn situaties omschreven waarin afzondering of fixatie als aanvaardbaar zijn beoordeeld (Shenton & Smith, 2021, Steckley & Kendrick, 2008).

**Kinderen en jongeren** waren van mening dat het gebruik van dwangmaatregelen in bepaalde omstandigheden gerechtvaardigd was. Een fysieke interventie is aanvaardbaar als laatste redmiddel om de veiligheid te garanderen in situaties van (dreigend) gevaar of bij vernieling van materiaal. Jongeren verbonden deze aanvaardbaarheid met begrippen als bescherming, veiligheid, schade, gevaar en vernieling van materialen. Bovendien vonden sommige jongeren dat ze de maatregel hadden verdiend en dat het hun eigen fout was, bijvoorbeeld wanneer ze vechten. Jongeren gaven aan dat ze dan een fysieke interventie konden verwachten en dat het een aanvaardbare maatregel was (Shenton & Smith, 2021; Steckley & Kendrick, 2008). Zorgverleners lijken 'strenger' te zijn. Volgens hen was een fysieke interventie enkel aanvaardbaar bij (dreigend) gevaar en enkel als laatste redmiddel maar niet bij vernieling van materiaal. Zorgverleners zeiden dat ze deze maatregelen enkel toepasten wanneer zij bezorgd waren over de schade die de jongere aan zichzelf of anderen zou kunnen toebrengen. Zowel jongeren als zorgverleners beweerden dat een fysieke interventie in bepaalde situaties de meest geschikte oplossing is om de veiligheid te herstellen (Riggs & Ogilvy, 2015; Steckley & Kendrick, 2008).

Jongeren omschreven ook situaties waarin het gebruik van deze maatregelen volgens hen niet gerechtvaardigd is. Toepassing van fysieke interventie is niet aanvaardbaar wanneer de jongere niets verkeerd heeft gedaan, in situaties waarbij de verkeerde persoon betrokken is en zorgverleners niet weten wie het incident begonnen is, of wanneer de reactie van de zorgverleners niet in overeenstemming is met het risiconiveau en zorgverleners buitensporig ingrijpen (Shenton & Smith, 2021). Zowel jongeren als zorgverleners gaven aan een fysieke interventie ervaren te hebben of ervan getuige geweest te zijn die zonder terechte reden werd toegepast (Steckley, 2010).

Toch heerste er zowel bij jongeren als bij zorgverleners **onduidelijkheid over de invulling van de begrippen 'schade' en 'gevaar'** die een fysieke interventie verantwoordt. Volgens jongeren was vernieling van materialen een vorm van schade die fysieke interventie verantwoordt aangezien het kan leiden tot schade aan de jongeren of anderen, maar daar waren niet alle zorgverleners mee akkoord. Ook het begrip 'laatste redmiddel' bleek in de praktijk moeilijker te hanteren. Het is voor de zorgverleners niet steeds duidelijk in te schatten op welk moment ze moeten ingrijpen om verdere schade te voorkomen. Zorgverleners vonden het moeilijk om een beslissing te nemen in uiterst moeilijke omstandigheden, om de veiligheid te herstellen in deze situaties en om tegelijkertijd de algemene structuur van de voorziening te handhaven (regels, verwachtingen en routines). Deze onduidelijkheid kan ertoe leiden dat zorgverleners niet in staat zijn duidelijke en voorspelbare grenzen op te leggen. Dit kan dan weer bijdragen aan een verminderd gevoel van veiligheid bij zorgverleners en jongeren, wat kan leiden tot meer fysieke interventies. Jongeren gaven daarentegen aan zorgverleners te vertrouwen om de situatie juist in te schatten en een correct onderscheid te maken tussen 'gevaar' en 'gewoon stoom aflaten' (Steckley & Kendrick, 2008).

Jongeren uitten ook **bezorgdheden** over de manier waarop een **aanvaardbare fysieke interventie** wordt uitgevoerd. Zo vonden jongeren dat de maatregelen soms te hardhandig of te ruw werden toegepast, dat maatregelen veel pijn konden veroorzaken en dat er te veel personeel betrokken was bij de toepassing. Sommige jongeren omschreven dat ze geschokt waren door getuige te zijn van een fysieke interventie bij een andere jongere en dat hun waardigheid geschonden werd doordat ze in bedwang werden gehouden (Shenton & Smith, 2021; Steckley & Kendrick, 2008). Jongeren en zorgverleners gaven verder aan bezorgd te zijn over het gebruik van afzondering en fixatie in situaties zonder een aanvaardbare reden (Steckley & Kendrick, 2008).

Ten slotte vonden jongeren dat ook in de situaties waarin een fysieke interventie aanvaardbaar is, zorgverleners naar minder ingrijpende en **alternatieve interventies** moeten zoeken. Ook zorgverleners gaven aan dat er steeds naar alternatieven gezocht moet worden (Shenton & Smith, 2021; Riggs & Ogilvy, 2015; Steckley & Kendrick, 2008). In deel 6 van dit hoofdstuk komen zorg/begeleidingsvisies, preventie-modellen en -interventies aan bod waarvan in meerdere of mindere mate aangetoond is dat ze het gebruik van afzondering en fixatie doen verminderen.

### 5.3 Voorkeuren van jongeren en zorgverleners

In een studie naar de voorkeuren van afzondering of mechanische fixatie van jongeren in een jeugdpsychiatrische afdeling gaf de meerderheid de voorkeur aan afzondering in een afzonderingskamer boven mechanische fixatie aan een bed om hun agressief gedrag te verminderen en om schade aan zowel zichzelf als hun omgeving te voorkomen. Ongeveer een op vijf gaf echter de voorkeur aan deze vorm van mechanische fixatie boven afzondering. Er waren geen verbanden met kenmerken van de jongeren zoals leeftijd, geslacht, aantal keren dat de jongere een afzondering of mechanische fixatie had ervaren en hun psychiatrische diagnose (Vishnivetsky et al., 2013). Hierbij aansluitend vonden de meeste jongeren afzondering in de afzonderingskamer minder beangstigend dan mechanische fixatie. Ongeveer een op vier gaf bovendien aan dat die afzondering helemaal niet beangstigend was. Een aantal jongeren ervoeren daarentegen mechanische fixatie als minder beangstigend dan afzondering. Ook bij deze resultaten waren er geen verbanden met kenmerken van de jongeren. Er was wel een verband met de emoties die jongeren ervoeren tijdens de maatregelen. Indien jongeren meer boosheid, schaamte

en vernedering ervaren tijdens één van beide maatregelen, gaven ze de voorkeur aan de andere maatregel (Vishnivetsky et al., 2013).

De auteurs besluiten uit hun onderzoek dat afzondering in een afzonderingskamer de te verkiezen maatregel is boven mechanische fixatie aangezien deze maatregel angst en zorgen bij jongeren lijkt te verminderen. Daarvoor is het noodzakelijk om de jongere de reden en de doelen van de afzondering uit te leggen, continu contact met hem te houden, te proberen de duur van de afzondering tot een minimum te beperken en feedback te geven over wanneer het gedrag van de jongere verbetert (Vishnivetsky et al., 2013). Aangezien sommige jongeren echter mechanische fixatie verkiezen, bevestigt dit onderzoek voornamelijk hoe belangrijk het is dat jongeren hun voorkeuren mogen uitspreken over de te verkiezen maatregel en niet dat afzondering steeds de te verkiezen maatregel is voor alle jongeren. Verder toont deze studie aan dat de aanvaardbaarheid van een bepaalde maatregel voor jongeren samenhangt met de emoties van boosheid, schaamte en vernedering die ze ervaren tijdens de maatregel en niet met de aard van de maatregel zelf. Dit betekent dat zorgverleners door een humane toepassing van afzondering en fixatie een impact hebben op de ervaring van de jongere.

Naast de voorkeuren van jongeren zijn ook de voorkeuren van zorgverleners bevestigd met betrekking tot dwangmaatregelen, en dit in een aantal Finse GGZ-voorzieningen voor jongeren en volwassenen. Zorgverleners uit de Finse jeugdpsychiatrie zagen mechanische fixatie als de meest effectieve methode, terwijl pro-re-nata medicatie de meest menswaardige methode werd bevonden en het veiligst voor zowel het personeel als voor de jongeren. PRN-medicatie en mechanische fixatie waren het meest aanvaard voor het personeel. Het netbed werd het minst aanvaard geacht aangezien de Finse psychiatrie niet vertrouwd is met deze methode. Het personeel leek eerder te kiezen voor methoden waarmee zorgverleners vertrouwd zijn en er meer nabijheid is met de jongere. Deze attitudes van het personeel tegenover dwangmaatregelen gelden voor Finland, maar kunnen verschillen van land tot land (Hottinen et al., 2012). In een eerdere studie voor het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (EF38) is de visie van zorgverleners én ervaringsdeskundigen ten opzichte van het gebruik van afzondering, fysieke interventie en mechanische fixatie bij jongeren in de brede residentiële jeugdhulp onderzocht voor Vlaanderen (Vanlinthout et al., 2020). Via de Delphi-methode kwamen de deelnemers tot de consensus dat bij kinderen van 12 jaar of jonger - waarbij een dwangmaatregel niet vermeden kan worden - fysieke interventie de voorkeur heeft. Afzondering werd verkozen indien de lengte, het gewicht, de fysieke kracht of de voorgeschiedenis van het kind ervoor zorgt dat fysieke interventie niet kan worden toegepast. Mechanische fixatie is beoordeeld als niet toelaatbaar bij kinderen van 12 jaar of jonger in de brede residentiële jeugdhulp.

### **5.4 Toelaatbaarheid**

Op basis van de literatuur die in dit hoofdstuk tot hiertoe is samengevat, kunnen we besluiten dat in de residentiële (forensische) jeugdhulp en residentiële kinder- en jeugd-GGZ.

- De effectiviteit van afzondering en fixatie niet is aangetoond voor het verminderen van agitatie (Baker & Carlson, 2018), van agressie en het verbeteren van de (lichamelijke) veiligheid. De agressie kan zelfs toenemen, en jongeren kunnen (ernstige) lichamelijke kwetsuren oplopen (Shenton & Smith, 2021; Nielson et al., 2020; Steckley, 2010),
- Afzondering en fixatie de ontwikkelingskansen van jongeren kunnen ondermijnen wanneer ze deel uitmaken van een aanpak die door de jongeren als repressief wordt ervaren (de Valk et al., 2019),



- Afzondering en fixatie traumatiserend kunnen zijn voor de jongeren, terwijl deze jongeren vaak reeds trauma's ervaren hebben in hun jonge leven (Shenton & Smith, 2021; Steckley, 2010),
- Zorgverleners en begeleiders negatieve emoties en lichamelijke kwetsuren ervaren bij de het gebruik van afzondering en fixatie (de Valk et al., 2019; Steckley & Kendrick, 2008).

In de wetenschappelijke literatuur over afzondering en fixatie in de residentiële (forensische) jeugdhulp en residentiële kinder- en jeugd-GGZ is men het daarom eens over het feit dat afzondering en fixatie zoveel mogelijk moeten teruggedrongen worden. Sommige auteurs die onderzoek doen in de (forensische) jeugdhulp gaan zover van te opereren dat ze nog beter zouden afgeschaft worden (Shenton & Smith, 2021; Steckley, 2010).

De wetenschappelijke literatuur in de residentiële kinder- en jeugd-GGZ en residentiële jeugdhulp geeft aan dat afzondering en fixatie onder dwang enkel toelaatbaar zijn als laatste redmiddel wanneer alle andere alternatieven niet (langer) volstaan om te voorkomen dat jongeren zichzelf, anderen of de omgeving naar aanleiding van agressief gedrag ernstige schade toebrengen (Baker & Carlson, 2018; Hammervold et al., 2019; Roy et al., 2021). Het gebruik van afzondering en fixatie ter preventie van potentieel gevaar of ter bevordering van de ontwikkelings-/ontplooiingskansen van de jongere of anderen is in deze sectoren bijgevolg niet toelaatbaar onder dwang. Voor de kinder- en jeugd-GGZ wordt geoordeeld dat er altijd situaties zullen zijn waarbij een restrictieve dwanginterventie onvermijdelijk is en de enige manier om een jongere te beschermen tegen zichzelf of anderen te beschermen tegen de jongere. Desalniettemin is de toepassing van restrictieve interventies ook in deze voorzieningen enkel te rechtvaardigen wanneer de organisaties continue en systematisch inzetten op preventie. De preventiemodellen en -interventies beschreven in deel 6 van dit hoofdstuk tonen aan dat effectieve en blijvende vermindering van afzondering en fixatie mogelijk is en dat het gecombineerd kan worden met en bereikt kan worden door een persoongerichte, mededogende en empowerende zorg (Perers et al., 2021).

In forensische jeugdhulpvoorzieningen bespreekt de wetenschappelijke literatuur twee finaliteiten van afzondering en fixatie, en een verschil met betrekking tot toelaatbaarheid. Enerzijds kan klinisch aanbevolen en gesuperviseerde afzondering in bepaalde situaties klinisch en ethisch gepast zijn. Anderzijds is het disciplinerend gebruik of het gebruik als straf van afzondering ongepast. De toelaatbare vorm van afzondering is het gebruik van een afzonderlijke fysieke ruimte voor de jongere omwille van acute psychiatrische symptomen die op geen enkele andere manier kunnen worden gecontroleerd. In dit geval wordt de maatregel gestart door een dokter als reactie op psychiatrische symptomen die een gevaar vormen voor de jongere of voor anderen, met als doel agitatie te managen en/of schade te voorkomen. Deze maatregel is beperkt in tijd en wordt gemonitord, geïnitieerd en beëindigd op basis van klinische criteria en real-time beoordeling. Deze vormen van afzondering en fixatie moeten toegepast worden in overeenstemming met een uitgeschreven en geëvalueerd beleid van de voorziening in overeenstemming met wetten en ethische standaarden. Afzondering bedoeld als straf of als preventieve maatregel in het kader van veiligheid, waarbij vaak weinig of geen contact met mensen wordt toegelaten op het personeel na, is niet toelaatbaar volgens de wetenschappelijke literatuur (Whitley & Rozel, 2016). De negatieve effecten van straf worden al sinds de jaren '80 gerapporteerd en omvatten isolatie, agressie, minder vertrouwen, afwijkend gedrag en wegloopgedrag. Daarenboven heeft bestraffing bij sommige jongeren met een lage sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd of een intellectuele beperking geen betekenis omdat ze de regels niet begrijpen (de Valk et al., 2015). Straf werkt enkel als er een vorm van vertrouwen en samenwerking aanwezig is tussen de jongeren en de zorgverleners. Straf moet altijd

mild en altruïstisch zijn en educatieve doelen nastreven. Vandaar dat afzondering als straf niet toelaatbaar wordt geacht.

Naast de toelaatbaarheid van dwangmaatregelen komen in de wetenschappelijk literatuur ook de ethische principes van proportionaliteit en doelgerichtheid aan bod. Bij elke toepassing van een dwangmaatregel is het erg belangrijk om deze principes in overweging te nemen. Het principe van proportionaliteit vereist dat de keuze van een dwangmaatregel wordt beperkt tot de minst restrictieve maatregel mogelijk voor een bepaalde jongere in een bepaalde situatie. Het principe van doelgerichtheid betekent dat dwangmaatregelen alleen gebruikt kunnen worden wanneer er duidelijk gespecificeerde redenen zijn opgesteld op voorhand. Daarbovenop moet er rekening gehouden worden met de behoeften en voorkeuren van de jongere. Zorgverleners moeten hun praktijk baseren op respect voor de fundamentele mensenrechten en moeten de integriteit en waardigheid van de jongere waarborgen met zorg en respect. De nabespreking na de vrijheidsbeperkende maatregel geeft de zorgverleners de mogelijkheid om de beslissing tot de toepassing van de maatregel uit te leggen aan de patiënten. Hierdoor kunnen de patiënten te weten komen of de zorgverleners de principes van proportionaliteit en subsidiariteit hebben toegepast wat kan resulteren in een minder negatieve perceptie van de toegepaste vrijheidsbeperkende maatregel bij de patiënt (Hammervold et al., 2019).

## **6 Preventie van afzondering en fixatie**

Verschillende modellen voor de preventie van escalatie, agressie, afzondering en fixatie zijn onderzocht in de betrokken sub-sectoren en doelgroepen. Deze modellen combineren *meerdere* preventiestrategieën en dit op het niveau van het beleid van de voorziening, de leefgroepen of afdelingen en de directe zorg voor en begeleiding van de jongeren en hun naasten. Het betreft positief leefklimaat, de Six Core Strategies, de Trauma-Informed Care benadering, het Safewards model, het Collaborative Problem Solving model, drie gedragsmanagementmodellen, Geweldloos Verzet en een agressie management-programma. Ook het effect van Dialectische gedragstherapie op afzondering en fixatie is onderzocht. Daarnaast is de nabespreking van afzondering en fixatie en het gebruik van comfort rooms, als *individuele* preventiestrategieën, in meerdere studies getest met betrekking tot het gebruik van afzondering en fixatie.

In hetgeen volgt, worden de preventiemodellen en -interventies besproken waarvoor één of meerdere studies evidentie bieden voor het feit dat ze geassocieerd zijn met een vermindering van het aantal en/of de duur van afzondering, mechanische fixatie of fysieke interventie. In een aantal studies was ook een controlegroep betrokken waardoor de bewijskracht van de evidentie voor een oorzakelijk verband sterker wordt. Gerandomiseerde gecontroleerde studies naar het effect van preventiemodellen of interventies zijn nog niet uitgevoerd in (uitsluitend) de betrokken sub-sectoren. Strategieën waarvan enkel de impact op agressie bij jongeren is onderzocht – zonder het effect op afzondering en/of fixatie te onderzoeken – maken geen deel uit van de literatuurstudie.

De verschillende preventiemodellen en -interventies worden hieronder toegelicht, als ook een korte beschrijving van de evidentie die in wetenschappelijk onderzoek in de betrokken sub-sectoren is verzameld.

## 6.1 Positief leefklimaat

Het leefklimaat van residentiële leefgroepen in de (forensische) jeugdhulp wordt gedefinieerd als “the quality of the social and physical environment in terms of the provision of sufficient and necessary conditions for physical and mental health, well-being, contact and personal growth of the residents, with respect for their human dignity and human rights as well as (if not restricted by judicial measures) their personal autonomy, aimed at recovery and successful participation in society” (Stams & van der Helm in van der Helm, Kuiper & Stams, 2018). De visie van het positief leefklimaat is gebaseerd op de zelfdeterminatietheorie van Ryan & Deci (2017). Deze theorie stelt dat elke persoon behoefte heeft aan verbondenheid, competentie en autonomie. Wanneer deze drie psychologische basisbehoeften worden ondersteund, is er motivatie voor gedragsverbetering – hetgeen van der Helm benoemd als werken aan herstel - waaronder zich inzetten voor behandeling (van der Helm, 2020; van der Helm et al., 2018). Wanneer deze basisbehoeften gefrustreerd worden, kan dit leiden tot psychopathologie en probleemgedrag (van der Helm, 2020; van der Helm et al., 2018). Hierdoor vergroot de kans op afzondering en fixatie (zie deel 5.1).

De bepalende factoren voor een positief leefklimaat, die inzetten op de drie basisbehoeften verbondenheid, competentie en autonomie, zijn (de Valk et al., 2015):

- Vertrouwen, contact en communicatie tussen zorgverleners en jongeren
- Mogelijkheid voor de jongeren om te groeien en hoop voor een betere toekomst
- Veilige omgeving met een duidelijke structuur
- Ondersteuning van het personeel en de jongeren
- Inzetten op autonomie voor de jongeren
- Inzetten op een positieve relatie tussen zorgverleners en jongeren met een minimum aan repressie en straf
- Krachtgericht werken waarbij de sterktes van de jongeren worden opgenomen in het individueel handelings-/begeleidingsplan

Een positief leefklimaat streeft naar een overzichtelijke ruimte en meerdere opties tot activiteiten, groei en opleiding. Personeel dient geselecteerd, opgeleid, getraind te worden, en de juiste werkcondities, procedures en ondersteuning aangeboden te krijgen. Een positief leefklimaat wordt constant geëvalueerd en hervormd op basis van de perspectieven van jongeren, personeel en externen (Leipoldt et al., 2019).

Een positief leefklimaat is geassocieerd met o.a. minder psychiatrische problemen, minder stress en minder agressie, zowel bij de jongeren als bij de zorgverleners (de Valk et al., 2015). Daarenboven is een positief leefklimaat geassocieerd met een beter behandelingsucces (betere vaardigheden, behaalde doelen, minder risicovol gedrag), vaker overgang naar minder intensieve behandelingsvoorzieningen en minder aanpassingsmoeilijkheden van de jongeren (Leipoldt et al., 2019).

Een positief leefklimaat is ook geassocieerd met minder straf, wat cruciaal is voor de vermijden van een dwangcyclus. Een dwangcyclus is een cyclus van negatieve interacties tussen jongeren en personeel gekenmerkt door het gebruik van straf als controle of als excuus voor professionele hulpeloosheid. Isolatie van de jongere als straf doet zich in dergelijke situaties voor (de Valk et al., 2015).

Een aantal kenmerken van een positief of negatief leefklimaat zijn geassocieerd met respectievelijk minder of meer gebruik van afzondering of fixatie. In teams in de residentiële (forensische) jeugdhulp en kinder- en jeugdpsychiatrie waar doelstellingen en regels op een rigide manier worden gebruikt en

waar richtlijnen voorrang krijgen op het oordeel van de zorgverlener, worden afzondering en fixatie frequenter gebruikt. Daarentegen zijn communicatie en openheid tussen zorgverleners geassocieerd met minder afzondering en fixatie. Het zou kunnen dat begeleiders die vrij zijn om hun mening te uiten en hun eigen klinisch oordeel uit te oefenen, minder druk voelen om afzondering en fixatie toe te passen. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat teams met een goede communicatie en openheid een beter begrip hebben van de noden van de jongeren. Hierdoor wordt er een solide samenwerkingsrelatie opgebouwd met de jongeren gebaseerd op eerlijkheid en vertrouwen en zouden de zorgverleners minder snel tot afzondering en fixatie overgaan. Hoewel meerdere studies een verband vonden tussen positief leefklimaat en minder agressie (zie hierboven), vond de individuele studie van Roy et al. (2020) geen associatie tussen een negatief leefklimaat en de toepassing van afzondering en fixatie. De druk van directie, conflicten met het team en een zware werkdruk leidden niet tot een hoger gebruik van afzondering en fixatie. Het is mogelijk dat tijdens een crisis alle inspanningen van de begeleiders geconcentreerd zijn op de jongeren en alle werklachten terzijde worden geschoven. Een andere verklaring is dat de begeleiders de impact van hun werkdruk en de druk van directie kunnen minimaliseren (Roy et al., 2020).

We kunnen besluiten dat er wetenschappelijke evidentie is voor het feit dat een positief leefklimaat resulteert in minder psychiatrische problemen, stress en agressie bij jongeren en zorgverleners, en – vermoedelijk bijgevolg - in minder straf en een verminderde toepassing van afzondering en fixatie. Deze evidentie werd gevonden voor open en gesloten jeugdhulp, gemeenschapsinstellingen en kinder- en jeugd-GGZ. Het verband tussen de elementen van positief leefklimaat en de frequentie van afzondering en fixatie in open en gesloten jeugdhulp en in kinder- en jeugd-GGZ werd tot hiertoe slechts in één individuele studie onderzocht, hetgeen een beperkte mate van evidentie genereert.

### 6.2 Six Core Strategies

De Six Core Strategies is een preventiemodel ontwikkeld door Huckshorn in 2004 in opdracht van de Amerikaanse overheid op basis van studies uitgevoerd in de volwassenen- en kinder- en jeugd-psychiatrie. Dit model omschrijft zes belangrijke strategieën voor de reductie van afzondering en fixatie binnen de geestelijke gezondheidszorg. De doelgroep van dit model werd later uitgebreid naar open en gesloten jeugdhulp (Caldwell et al., 2014; LeBel et al., 2010). De onderdelen van deze zes strategieën worden hier opgelijst (Huckshorn, 2004; LeBel et al., 2010):

- Leiderschap in de voorziening, hetgeen tot als volgt tot uiting komt:
  - De ontwikkeling van een missie en doel met betrekking tot de vermindering van afzondering en fixatie
  - Een concreet en uitgebreid plan opstellen om conflict en geweld, en bijgevolg het gebruik van afzondering en fixatie, te verminderen met een concrete beschrijving van de verschillende rollen voor het personeel
  - Sterke toewijding van de directie en beleidsmedewerkers aan de missie en het doel en aan de implementatie van het plan om het gebruik van afzondering en fixatie te verminderen
  - Bewaken dat jongeren en naasten mee betrokken worden in het proces van vermindering van afzondering en fixatie
  - Analyse van elke afzondering en fixatie door het beleid en frequente communicatie hierover (zie ook 'gebruik van data' en 'nabespreking')

- Gebruik van data
  - Registratie van alle afzonderingen en fixaties
  - Data-analyse van een aantal variabelen zoals de afdeling waar het plaatsgevonden heeft, shift, datum en tijdstip, de duur en door wie uitgevoerd
  - Feedback geven aan afdelingen. Nooit bij wijze van berisping, wel bij wijze van aanmoediging voor het verminderen van afzondering en fixatie en het zoeken naar alternatieven
- Optimaliseren van de werkomgeving op de afdelingen en in de leefgroepen
  - Cultuur en visie op de afdeling/leefgroep: nadruk op preventie, herstelgerichte zorg<sup>111</sup>, Trauma-Informed Care (zie deel 6.3), focus op veerkracht
  - Training van de zorgverleners o.a. in het omgaan met agressie, de ervaringen van jongeren met afzondering en fixatie, de mythes over afzondering en fixatie, de impact van trauma, Trauma-Informed Care, crisis preventie strategieën en de impact van regels op het ontstaan van conflicten
  - Zorgverleners aanzetten om zorg te bieden op maat van de jongere o.a. flexibel omgaan met regels om conflicten te vermijden
- Gebruik van preventieve middelen voor afzondering en fixatie
  - Instrumenten voor gestructureerde risicotaxatie, bevragen van traumavoorgeschiedenis en medische risico's, signaleringsplan, ...
  - Creatieve veranderingen in de fysieke omgeving, bv. huiselijke inrichting
  - Betekenisvolle activiteiten aanbieden
- Actief betrekken van jongeren en naasten
  - Jongeren betrekken bij de vermindering van afzondering en fixatie en bij de transparante communicatie hierover. Ook de naasten van de jongere kunnen betrokken worden
  - Ervaringswerkers zowel betrekken op het niveau van het beleid van de organisatie als op de afdelingen/leefgroepen
  - Jongeren en naasten inlichten o.a. over wanneer dwangmaatregelen gebruikt worden, zoals afzondering en fixatie bij ernstig en acuut gevaar als laatste redmiddel voor de voorziening
- Nabespreking met de jongeren en het personeel
  - Analyse van het verloop van afzonderingen en fixaties ter preventie van toekomstige incidenten en om een potentieel trauma te verzachten. De kennis die hieruit voortvloeit, wordt gebruikt voor bredere preventie op niveau van het beleid of voor aanpassingen in het signaleringsplan of handelings-/begeleidingsplan van de jongere
  - Idealiter 1) een onmiddellijke post-event evaluatie; en 2) later een meer formele evaluatie
    - Bij de onmiddellijke post-event evaluatie: betrekken van jongere, personeel en omstanders om de veiligheid en welzijn van alle betrokkenen te evalueren en voor de terugkeer van rust.
    - Bij een formele evaluatie: met het behandelingsteam, een leidinggevende en de jongere met eventueel een vertegenwoordiger of favoriete zorgverlener erbij om het incident te beoordelen en te analyseren.
  - Idealiter gebeurt de nabespreking met een vooraf opgestelde nabesprekingstool.

Een individuele studie uit 2014 rapporteerde dat in drie jeugdhulpvoorzieningen de implementatie van de Six Core Strategies het gebruik van afzondering en fixatie verminderde door het voorkomen van

---

<sup>111</sup> Met de betekenis die in de GGZ gebruikt wordt. Het is de vertaling van *recovery-based care*.

conflicten (Caldwell et al., 2014). Ook wanneer de Six Core Strategies gecombineerd werden met een omgevingsinterventie resulteerde dit in een significante vermindering van het aantal fysieke interventies in twee residentiële jeugdhulpvoorzieningen (Roy et al., 2021). LeBel et al. (2014) publiceerden een overzicht van de implementatie van de Six Core Strategies in volwassenen- en kinder- en jeugdpsychiatrie in de V.S., Finland, het Verenigd Koninkrijk en Australië en de impact op afzondering en fixatie. De onderzoekers concluderen dat de Six Core strategies een effectief multimethodisch model is om afzondering en fixatie in de residentiële GGZ te verminderen via veranderingen op zowel het niveau van de organisatie als op het niveau van de zorg voor de zorggebruikers (LeBel et al., 2014). De reviews van Perers et al. (2021), Chua et al. (2021) en Roy et al. (2021) identificeren twee bijkomende studies die – in totaal – plaatsvonden in drie residentiële kinder- en jeugd-GGZ-voorzieningen en één residentiële jeugdhulpvoorziening. In alle vier de voorzieningen vond er een significante daling plaats van afzondering, mechanische fixatie of fysieke interventie. In één van de voorzieningen ging de daling van de afzonderingen wel gepaard met een stijging in het gebruik van PRM-medicatie (Wisdom, Wenger, Robertson, van Bramer & Sederer, 2015). In een andere voorziening kwam er geen mechanische fixatie meer voor (Azeem et al., 2015).

We kunnen besluiten dat wetenschappelijk onderzoek aantoont dat het Six Core Strategies model leidt tot de vermindering van de frequentie en duur van afzondering en fixatie in volwassenen- en kinder- en jeugdpsychiatrie en in open en gesloten jeugdhulpvoorzieningen.

### 6.3 Trauma Informed Care

Trauma Informed Care (TIC) is een evidence-based model voor de zorg voor personen met een psychiatrische problematiek (Isobel & Edwards, 2017). Het werd ontwikkeld op basis van toenemende wetenschappelijke evidentie voor de hoge prevalentie van een traumatische voorgeschiedenis bij zorggebruikers binnen de geestelijke gezondheidszorg (e. g., Blair & Moulton-Adelman, 2005; Mauritz, Goossens, Draaijer & van Achterberg, 2013). In de literatuur gericht naar de volwassenen-GGZ wordt ook de term ‘Engagement model’ gebruikt in plaats van TIC.

TIC is een krachtgericht behandel- en begeleidingskader dat een antwoord biedt op de impact van trauma op de (ontwikkeling van) jongeren en dat de focus legt op de fysieke, psychologische en emotionele veiligheid van zorgverlener en jongere (Caldwell et al., 2014). De meeste jongeren in een residentiele (forensische) GGZ-voorziening of een residentiele open of gesloten jeugdhulpvoorziening hebben vroeger één of meerdere vormen van een emotioneel trauma ervaren. Het gebruik van afzondering en fixatie in de voorziening kunnen o.a. leiden tot hertraumatisering of tot de ontwikkeling van psychopathologie (Bryson et al., 2017; Muskett, 2014). TIC is een behandel-/begeleidingsvisie dat verschillende methoden en interventies combineert om zo hertraumatisering te voorkomen of te verminderen (Bryson et al., 2017). TIC wil een geweldloos behandelingscultuur creëren door middel van opleiding en samenwerking tussen jongeren en zorgverleners (Bryson et al., 2017). De drie sleutelprincipes van TIC zijn (Muskett, 2014, Perers et al., 2021):

- Jongeren voelen zich *verbonden*, gewaardeerd en geïnformeerd en zijn hoopvol op een betere toekomst
- Het personeel *kent en begrijpt* de connectie tussen jeugdtrauma en psychopathologie
- Het personeel werkt nauw samen met de jongeren en naasten en zorgt voor empowerment van de jongeren en naasten om de *autonomie* van de jongere te beschermen en te versterken.

Er zijn zes sleutelfactoren voor een succesvolle implementatie van TIC in een voorziening (Bryson et al., 2017; Muskett 2014):

- Leidinggevendens zorgen voor een actieve ondersteuning van het personeel en engageren zich voor de TIC-principes: de directie- en beleidsmedewerkers zorgen voor middelen voor projectplanning, monitoring, communicatie en evaluatie en zijn actief betrokken bij de planning van progressieve en systematische veranderingen in de praktijk.
- Ondersteuning van het personeel door middel van training en opleiding, supervisie, coaching en nabespreking van afzondering en fixatie met de focus op preventie. Trauma-geïnformeerde opleiding en ontwikkeling van vaardigheden voor het personeel zijn belangrijk opdat het personeel kennis zou hebben over de prevalentie en impact van trauma op jongeren en opdat ze hun eigen rol zouden kennen in het voorkomen van hertraumatisering. Effectieve vormingen voor personeel gaan in op
  - Druggebruik en trauma
  - Therapeutische veiligheid en grenzen
  - Het opbouwen, behouden en beëindigen van therapeutische relaties
  - De-escalatie
  - Krachtgerichte zorgplanning
  - Participatie en empowerment van de jongeren
- Inclusie en participatie van jongeren en naasten in de zorgplanning en in beslissingen over de behandeling. Het personeel luistert naar de ervaringen van de jongeren en hun naasten, naar hun behoeften en prioriteiten in het behandelproces, bv.
  - Betrekken van jongeren in de nabespreking van incidenten
  - De naasten relationele, en emotieregulatietechnieken aanleren zodat ze deze vaardigheden kunnen blijven gebruiken wanneer de jongere de voorziening verlaat
- Stroomlijnen van het beleid met de TIC-principes:
  - Veranderingen aan de fysieke omgeving van de afdeling zodat deze veilig en verwelkomend aanvoelt voor de jongeren en personeel (bv. comfortabele meubels, warme kleuren, kunst, comfortrooms en andere ruimtes voor spanningsreductie, ...)
  - Includeer TIC-principes in de missie en visie van de voorziening.
- Gebruik van data (zoals het aantal afzonderingen, fixaties en kwetsuren) om te informeren en om verandering aan te moedigen: verzamel en deel data met het personeel en beloon een superieure prestatie zowel individueel als collectief. Andere data en documentatie strategieën zijn o.a.
  - Screening van trauma bij opname
  - Tevredenheidsenquêtes
  - Feedback van klachten naar het personeel toe
- Gebruik van evaluatie tools om zelfmanagement en emotieregulatie bij de jongere aan te leren, bv.
  - Evaluatie van trauma
  - Evaluatie van risico's
  - Identificatie van sterktes

De gerandomiseerde gecontroleerde studie van Borckardt et al. (2011) bestudeerde de effecten van TIC op afzondering en fixatie in GGZ-voorzieningen voor volwassenen en jongeren<sup>112</sup>. In deze studie werd een vermindering van 82,3% in het aantal afzonderingen en fixaties genoteerd. In de reviews van Perers et al. (2021) en Roy et al., 2021 wordt een TIC-initiatief beschreven die ook de Six Core Strategies implementeerde (Wisdom et al., 2015), hetgeen resulteerde in een significante reductie in afzondering en fixatie in twee kinder- en jeugd-GGZ-voorzieningen en een residentiële jeugdhulpvoorziening in de VS (respectievelijk 62%, 69% en 86%). Een tweede gelijkaardig TIC-initiatief in een kinder- en jeugd-GGZ-voorziening in de VS (Azeem et al., 2015) resulteerde in de eliminatie van mechanische fixatie en in een sterke reductie (88%) van fysieke interventie (Perers et al., 2021). Een sportinterventie gebaseerd op de principes van TIC resulteerde in zes residentiële jeugdhulpvoorzieningen in een significante vermindering van het aantal fysieke interventies, terwijl het aantal toenam in de *treatment as usual* - conditie (D'Andrea, Bergholz, Fortunato & Spinazzola in Roy et al., 2021).

De sleutelfactoren voor de implementatie van TIC komen grotendeels overeen met de Six Core Strategies. In de literatuur worden de Six Core Strategies en TIC vaak samen besproken en onderzocht. Onderzoek toont aan dat ze samen leiden tot de vermindering van de toepassing van afzondering en fixatie in kinder- en jeugd-GGZ-voorzieningen. In de residentiële jeugdhulp is meer onderzoek nodig naar de impact van TIC op afzondering en fixatie.

### 6.4 Safewards model

Het Safewards model is ontwikkeld door Len Bowers (2014) in het Verenigd Koninkrijk met als specifiek doel om conflictsituaties te verminderen en veiligheid te verhogen op GGZ-afdelingen. Bowers baseerde zich daarvoor op uitgebreid onderzoek dat nagenoeg uitsluitend betrekking heeft op volwassenen met ernstige psychiatrische stoornissen binnen de residentiële GGZ. Het Safewards model biedt een integratief overzicht van de verschillende factoren die het ontstaan van, het voorkomen van én het omgaan met conflict in de psychiatrische zorg beïnvloeden. Met dit model wil Bowers de verschillen die bestaan in de prevalenties van conflict, afzondering en fixatie tussen de verschillende psychiatrische zorgorganisaties beter verklaren. Daarnaast wil het model een goed kader bieden om concrete interventies te ontwikkelen voor de vermindering en de preventie conflict, afzondering en fixatie.

Het Safewards model poneert dat alle vormen van conflict en beheersing het risico op allerlei vormen van schade doet toenemen, zowel bij zorggebruikers als bij zorgverleners (Bowers, 2014; Bowers et al., 2014). De term 'conflict' verwijst naar geweld, zelfbeschadiging, wegloupedrag en andere incidenten in de voorziening die de veiligheid van de jongere en/of anderen in gevaar brengen. De term 'beheersing' behelst alle acties die zorgverleners ondernemen om conflict te hanteren waaronder overwegend restrictieve maatregelen zoals fixatie, afzondering, bijkomstige medicatie, maar ook bijzondere maatregelen zoals bijzondere observatie. Bowers stelt dat er zes belangrijke domeinen zijn die relevante invloed hebben op conflict en beheersing: (1) kenmerken van het behandelteam en het team-functioneren, (2) fysieke omgeving van de behandelafdeling, (3) externe bronnen van stress (het leven buiten het ziekenhuis), (4) de interactie tussen zorggebruikers, (5) kenmerken van de zorggebruiker en (6) het wetgevend kader en de regelgeving in de organisatie.

---

<sup>112</sup> Vijf psychiatrische afdelingen namen deel aan de studie van Borckardt et al., 2011: twee volwassenen afdelingen, een geriatrische afdeling, een afdeling voor kinderen en adolescenten en een afdeling ontwenning.



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

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

Het Safewards model stelt tien interventies voorop om conflictsituaties te voorkomen en een veiligere omgeving te creëren voor iedereen (Kennedy et al., 2019). De tien interventies zijn (Hottinen et al., 2020; Kennedy et al., 2019):

- Duidelijke wederzijdse verwachtingen: Opstellen van een document met wederzijdse verwachtingen over gedrag van personeel en jongeren zodat jongeren weten wat er van hen wordt verwacht en wat zij kunnen verwachten.
- Zachte woorden: Opstellen van een document met zachte woorden voor het personeel om te gebruiken op een respectvolle en voorzichtige manier bij uitdagende en agressieve jongeren.
- Inpraten op de jongere: Het personeel leert om verbale de-escalatievaardigheden te gebruiken in moeilijke situaties.
- Positieve woorden: bij elke wissel van shift noemt de zorgverlener iets positief over elke jongere en indien er problematisch gedrag werd vertoond, zoekt de zorgverlener naar mogelijke verklaringen voor dit gedrag.

- Het brengen van slecht nieuws: Het bekwaam en sensitief overbrengen van slecht nieuws aan jongeren tijdens hun verblijf in de voorziening en de jongeren niet alleen laten na het horen van slecht nieuws.
- Elkaar kennen: Het personeel en de jongeren leren elkaar kennen om een samenwerkingsrelatie op te bouwen door middel van een document met persoonlijke informatie van elke zorgverlener.
- Wederzijdse-hulp-vergadering: Het oprichten van regelmatige leefgroepvergaderingen waarbij er informatie wordt gedeeld en er samen kan gezocht worden naar oplossingen voor mogelijke problemen die zich voordoen binnen de leefgroep of de voorziening.
- Non-verbale de-escalatiemethoden: Jongeren kalmeren door middel van het gebruik van sensorische modulerende tools, bv. rustige muziek, tekenen, beweging, zacht speelgoed, kruiden-thee en een rustbox.
- Geruststelling: Praten met jongeren na een angstaanjagende of stresserende gebeurtenis in de voorziening.
- Ontslagberichten: Wanneer een jongere de voorziening verlaat, wordt hem gevraagd een bericht achter te laten voor de jongeren die nieuw zijn in de voorziening zodat zij dit bij hun aankomst kunnen lezen om hen hoop te geven dat ze beter zullen worden.

Kennedy en collega's (2019) opperen dat wanneer er een dieper begrip is van en vertrouwen is in het Safewards model en zijn tien interventies, er een 'sanctuary' kan worden gecreëerd. De term 'sanctuary' komt van 'sanctuary trauma' en 'sanctuary harm' en beschrijft de traumatische ervaringen die voorkomen in psychiatrische ziekenhuizen. Ziekenhuizen hebben het potentieel om 'sanctuaries' te worden. Een 'sanctuary' is een veilige plaats waar een persoon wordt ondersteund en vrij is van leed en trauma. Het Safewards model legt een pragmatische basis waarop een 'sanctuary' kan gebouwd worden. Enkel het verminderen van de toepassing van restrictieve interventies zoals afzondering en fixatie is niet voldoende voor zorggebruikers om het ziekenhuis te ervaren als een 'sanctuary' (Kennedy et al., 2019).

De implementatie van het Safewards model bewees zijn effectiviteit voor het verminderen van afzondering in de volwassenen en kinder- en jeugdpsychiatrie (Kennedy et al., 2019; Peeters et al., 2019). Een interventiestudie van Fletcher et al. (2017) toonde aan dat het Safewards model leidt tot een 36% meer reductie van afzondering in 13 GGZ-afdelingen (10 GGZ-afdelingen voor volwassenen en 3 afdelingen voor adolescenten) vergeleken met 31 GGZ-afdelingen (23 GGZ-afdelingen voor volwassenen en 8 afdelingen voor adolescenten) als controlegroep (Peeters et al., 2019). Volgens een studie van Fletcher et al. (2019) oordeelde ongeveer de helft van het personeel werkend op zowel adolescenten als volwassenen-GGZ-afdelingen dat het Safewards model de fysieke en verbale agressie vermindert. In moeilijke situaties durft het personeel te handelen met kennis over de impact van hun reactie op de zorggebruikers en ze voelen zich veiliger op de afdeling (Fletcher et al., 2019). Hottinen et al. (2020) voerden een interventiestudie uit waarbij het effect van het Safewards model op het klimaat, veiligheid en agressie werd geëvalueerd in zes gesloten GGZ-afdelingen voor adolescenten. Het is de eerste interventiestudie die als doelgroep uitsluitend adolescenten-afdelingen includeerde. Volgens deze studie kon het Safewards model zorgen voor een beter therapeutisch klimaat op de afdeling. De jongeren enerzijds schrijven meer ondersteuning en een positiever leefklimaat toe aan de impact van het Safewards model. Het personeel anderzijds schrijft meer veiligheid of minder spanningen en dreiging van agressie of geweld toe aan de impact van het Safewards model (Hottinen et al., 2020). Het Safewards model en zijn interventies hebben geen 'cure all' effect, maar het Safewards model en zijn 10 interventies hebben wel een positieve impact op het creëren van een zogenaamde 'sanctuary' (Kennedy et al., 2019).

Volgens onze literatuurstudie is er één interventiestudie gedaan naar het effect van het Safewards model op het gebruik van afzondering in residentiele GGZ-voorzieningen voor o.a. jongeren, waarbij een significante reductie van afzondering werd aangetoond (Fletcher et al., 2017).

## 6.5 Collaborative Problem Solving of Collaborative & Proactive Solutions (CPS) model

Het Collaborative Problem Solving model (CPS) is een wetenschappelijk onderbouwd cognitief-gedragsmatige benadering, gebaseerd op de assumptie 'children do well if they can' (Chua et al., 2021; Perers et al., 2021; Valenkamp et al., 2014). Het model is ontwikkeld in de Verenigde Staten om agressief gedrag bij kinderen en adolescenten te verminderen en bijgevolg ook afzondering en fixatie te verminderen (Black et al., 2020; Bryson et al., 2017; Perers et al., 2021).

Agressief gedrag wordt in deze visie niet gezien als een vorm van aandacht zoeken, manipuleren, grenzen aftasten of een signaal van zwakke motivatie, maar als een gevolg van gebrekkige cognitieve vaardigheden van het kind die ervoor zorgen dat het niet tegemoet kan komen aan de verwachtingen van volwassenen. Om aan de verwachtingen van volwassenen te kunnen voldoen, moet een kind een adequate set van cognitieve vaardigheden ontwikkeld hebben. Zo moet het bijvoorbeeld in staat zijn verwachtingen accuraat te begrijpen en te interpreteren, flexibel te reageren op verschillende verwachtingen in verschillende situaties, een hele reeks van reacties te overwegen, de gevolgen van elk van deze reacties te voorspellen, zijn noden of moeilijkheden bij het voldoen aan deze verwachtingen uit te drukken, en om te gaan met frustratie bij onverwachte resultaten. Het CPS-model postuleert dat een kind niet aan de eisen van volwassenen kan voldoen als het in één (of meerdere) van deze vaardigheden te kort schiet, en als gevolg daarvan dan maladaptief gedrag kan vertonen (Pollastri et al., 2013). De CPS-benadering vermijdt het gebruik van macht, controle en motivationele gedragsprocedures – denk aan belonings- en bestraffingssystemen - om gedrag bij te sturen. In de plaats daarvan richt ze zich op het opbouwen van ondersteunende relaties en het aanleren van de (cognitieve) vaardigheden die kinderen nodig hebben om met moeilijkheden om te gaan.

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

problemen van het kind faciliteren en het kind specifieke cognitieve vaardigheden aanleren (Chua et al., 2021; Pollastri et al., 2013; Valenkamp et al., 2014).

Het CPS-model werd oorspronkelijk ontwikkeld voor het reduceren van conflictueuze interacties binnen kinder- en jeugddiensten van de geestelijke gezondheidszorg, maar kent ondertussen een wijdverspreid gebruik. Zo wordt het model ook uitgerold in (forensische) jeugdhulpvoorzieningen, op scholen en in gezinnen (Greene & Winkler, 2019; Pollastri et al., 2013).

De effectiviteit van het CPS-model voor de vermindering van afzondering en fixatie is overtuigend aangetoond voor kinder- en jeugdpsychiatrie. De reviews van Valenkamp et al. (2014), Perers et al. (2021) en Chua et al. (2021) vermelden tezamen zeven studies in kinder- en jeugdpsychiatrie waarbij de implementatie van CPS – als individuele preventiestrategie of als onderdeel van een multimethodische preventiestrategie – een significant preventief effect heeft op afzondering, fysieke interventie, mechanische fixatie of medicamenteuze fixatie. Een bijkomende recente studie van Black et al. (2020) toont aan dat de implementatie van CPS leidt tot een vermindering van de frequentie van afzondering (98%) en van een gedeeltelijke (30%) en volledige fysieke (60%) interventie zonder een stijging in de opnameduur, agressie tegen personeel of vermiste personen in een residentiële K&J GGZ-voorziening, wanneer er ondersteuning is van nationaal en lokaal beleid en het beleid van de voorziening. Daartegenover staat dat er nog geen publicaties zijn over onderzoek naar de effectiviteit van het CPS-model met betrekking tot afzondering en fixatie in (forensische) jeugdhulp. Toch zou er voor residentiële jeugdhulpvoorzieningen ongepubliceerd onderzoek bestaan dat aantoont dat de implementatie van CPS gevolgd wordt door een significante vermindering van afzondering en fysieke interventie (Pollastri et al., 2013).

### **6.6 Gedragsmanagementprogramma's**

'Behavioral management' is een algemene benaming voor gedragsinterventies gebaseerd op de sociale leertheorie en toegepaste gedragsanalyse. Volgens de sociale leertheorie leren mensen in een sociale context en voornamelijk via het observeren en imiteren van gedrag van anderen. Wat er geleerd wordt, wordt volgens deze theorie ook bepaald door beloningen en straffen. Het algemene doel van de gedragsmanagementprogramma's is om probleemgedrag te verminderen en om prosociaal gedrag, het vermogen om met anderen te relateren en het algemeen welzijn te verhogen. Puntensystemen maken een integraal onderdeel uit van de meeste gedragsmodificatieprogramma's; Comprehensive Behavioral Management vormt de uitzondering hierop (zie deel 6.6.3 hieronder). Deze puntensystemen worden echter sterk bekritiseerd omdat ze contraproductief zijn in het management van gedrag en soms zelfs destructief en bestraffend zijn.

Hieronder worden drie gedragsmanagementprogramma's beschreven.

#### **6.6.1 (Modified) Positive Behavioral Interventions and Supports [(M-)PBIS]**

PBIS is een preventiemodel voor afzondering en fixatie in de residentiële jeugdhulp. Dit model omvat proactieve strategieën voor het creëren van een positieve omgeving voor de jongeren en het ondersteunen van passend gedrag van de jongeren. Met PBIS én therapeutische crisisinterventie vaardigheden ontwikkelt het personeel krachtgerichte vaardigheden. Het personeel gebruikt crisis preventietechnieken om kinderen te helpen met een positieve gedragsontwikkeling onder begeleiding van gedragsveranderingsplannen ontwikkeld door de jongeren, naasten en personeel (Kalke et al., 2007). Voor de implementatie van deze PBIS zijn drie factoren cruciaal (Kalke et al., 2007):

- Ondersteuning door de leidinggevenden: directie- en beleidsmedewerkers moeten een rolmodel zijn op het vlak van de principes en ze moeten middelen voorzien om de implementatie te ondersteunen.
- Empowerment van het personeel: het personeel werkt krachtgericht.
- Betrekken van naasten: personeel, naasten en jongeren werken samen als een team om positieve gedragsontwikkeling te ondersteunen.

In een studie van Kalke et al. (2007) werd PBIS geïmplementeerd in een residentiële jeugdhulpvoorziening in de VS gevolgd door een significante vermindering van het aantal afzonderingen (64%) en een vermindering van het aantal fysieke interventies (van 98 naar 81 fysieke interventie pre- versus postimplementatie van PBIS met  $p = 0,0516$ ; Kalke et al., 2007).

Een variant van PBIS is Modified-PBIS (M-PBIS). M-PBIS is een driestapsbenadering: 1) toewijding van het personeel, het opstellen van heldere verwachtingen naar de jongere toe, puntensysteem voor positief gedrag, vijf positieve zorgverlener-jongere interacties versus een negatieve interactie, en feedback aan het personeel over het aantal afzonderingen en fixaties, 2) gerichte probleemoplossende gesprekken met jongeren, en 3) functionele gedragsbeoordelingen en individuele gedragsplannen voor de jongeren die nog problematisch gedrag vertonen na de probleemoplossende gesprekken (Perers et al., 2021).

In een studie van vier jaar onderzochten Reynolds et al. (2016) de effectiviteit van M-PBIS om het gebruik van afzondering en fixatie te verminderen in een psychiatrische afdeling voor jongeren. M-PBIS blijkt een succesvolle interventie te zijn om het aantal en de duur van afzonderingen, fysieke interventies en mechanische fixaties, als ook het gebruik van PRN-medicatie voor het management van agitatie significant te verminderen (Reynolds et al., 2016).

PBIS enerzijds bleek effectief in het verminderen van de toepassing van afzondering en fysieke interventie in jeugdhulp (Kalke et al., 2007). M-PBIS anderzijds verminderde het aantal en de duur van afzondering, fysieke interventie en mechanische fixatie, alsook het gebruik van PRN-medicatie in kinderen jeugd-GGZ (Reynolds et al., 2016).

## 6.6.2 Gedragsveranderingsinterventies

Zowel bij (M-)PBIS als bij gedragsveranderingsinterventies wordt er gebruik gemaakt van individuele gedragsveranderingsplannen. Deze verschillen van de hierboven vermelde signaleringsplannen (zie Six Core Strategies). Signaleringsplannen beschrijven de triggers voor agressief gedrag bij jongeren en wat de jongere en anderen kunnen doen om de jongere te kalmeren (LeBel et al., 2010). Bij *gedragsveranderingsplannen* gaat het om het identificeren van het probleemgedrag, het bestraffen van probleemgedrag door het wegnemen van beloningen, het vervangen van probleemgedrag met gepast gedrag en het belonen van gepast gedrag (puntensysteem; Eblin et al., 2019; Perers et al., 2021). Het ontwerpen van gedragsveranderingsplannen is gebaseerd op de concepten van o.a. functionele gedragsanalyse en positieve gedragsondersteuning. Deze plannen worden ontworpen voor zorggebruikers die agressief gedrag vertoonden of een afzonderings- of fixatie incident hebben meegemaakt in de voorziening (Eblin et al., 2019).

Eblin et al. (2019) voerden een studie uit met als doel kwaliteitsverbetering in een residentiële kinderen jeugd-GGZ-voorziening (6 tot 17 jaar). Het project bestond uit het gecombineerd gebruik van drie strategieën: gedragsveranderingsplannen voor patiënten met een risico voor afzondering of fixatie, een

besluitvormingsalgoritme voor het opstarten van afzondering of fixatie en een nabesprekingstool om te gebruiken na elke afzondering of fixatie. Het project startte met een opleiding van het personeel over afzondering en fixatie en over de interventie zelf. De individuele gedragsveranderingsplannen werden door het personeel opgesteld. *Het besluitvorming algoritme* omvat verschillende stappen om te beslissen wanneer afzondering of fixatie kan worden toegepast en aan welke maatregel voorrang wordt gegeven. Na de afzondering of fixatie wordt het gedragsmodificatieplan van de jongere opgesteld/aangepast en volgt de *nabespreking* met de jongere binnen de 24uur na de afzondering of fixatie om toekomstige incidenten te vermijden. Deze studie resulteerde in een algemene vermindering (55%) van het aantal afzonderingen en fixaties en een algemene verkorting (29%) van de duur van een afzondering en fixatie incident (Eblin et al., 2019; meer informatie over nabespreking in deel 6.11).

In een GGZ-afdeling voor kinderen werd in een tien jaar lange studie ondervonden dat de implementatie van een gedragsveranderingsprogramma bij jonge kinderen (5 tot 12 jaar) resulteerde in minder gebruik van PRN-medicatie, afzondering, mechanische fixatie en fysieke interventie. Het gedragsveranderingsprogramma omvatte een sterk gedragsmanagement in de klas en trainingscomponenten voor ouders zoals coping skills en het duidelijk maken van verwachtingen naar de jongeren toe (het volgen van de regels; het behouden van zelfcontrole wanneer de jongere kwaad is), inclusief een puntensysteem, time-out en open deur afzondering (Carlson et al., 2020).

Gedragsveranderingsinterventies zoals de combinatie van gedragsveranderingsplannen, het besluitvormingsalgoritme en de nabespreking tonen goede resultaten in het verminderen van het aantal en de duur van afzonderingen en fixaties in kinder- en jeugd-GGZ (Eblin et al., 2019). Gedragsveranderingsinterventies zoals de combinatie van gedragsmanagement, oudertraining, time-out en open deur afzondering resulteerden ook in minder afzondering en fixatie, weerom in kinder- en jeugdpsychiatrie (Carlson et al., 2020). Het puntensysteem daarentegen is een omstreden gedragsinterventie dat vaak leidt tot meer conflicten tussen jongeren en zorgverleners of tot frustratie bij de jongeren en waarbij de zorgverleners gezien worden door de jongeren als regelhandhavers die zich ondergewaardeerd voelen (Perers et al., 2021).

### 6.6.3 Comprehensive Behavioral Management (CBM)

CBM is een omgevingsgerichte aanpak en bestaat uit interventies die focussen op de verandering in gedrag van de zorggebruiker en op afdelings specifieke praktijken. Het personeel is getraind in de vroege detectie en preventie van agressie, en in agressie management. Signaleringsplannen – hier *individual aggression management plans* genoemd, en duidelijk verschillend van gedragsveranderingsplannen - worden opgesteld in samenwerking met jongeren en naasten. Deze plannen omvatten strategieën om agressie te voorkomen en de methoden die voor de specifieke jongere het beste werken om agressief gedrag te managen. Daarenboven focust CBM op het verbeteren van de probleemoplossende vaardigheden van de jongeren en op het verbeteren van de vaardigheden van het personeel in het omgaan met jongeren. Agressief gedrag wordt aangepakt op de minst restrictieve manier en fysieke interventie en afzondering worden enkel gebruikt wanneer er een veiligheidsrisico is voor de jongeren of voor anderen (Valenkamp et al., 2014).

Volgens onze literatuurstudie is CBM tot hiertoe in één individuele studie in een psychiatrische afdeling voor kinderen en adolescenten onderzocht (Dean et al., 2007). Het geteste programma combineerde individuele agressie management plannen, vroege detectie en preventie van probleemgedrag, personeelstraining, versterking van gepast gedrag en gebruik maken van de minst restrictieve interventie. De implementatie van CBM resulteerde in een significante vermindering van agressie, kwetsuren, gebruik

van fysieke interventies (83%) en de duur van afzondering zonder een verhoging in het gebruik van PRN-medicatie. Er was wel sprake een niet significante stijging (25%) van het aantal afzonderingen (Dean et al., 2007).

## 6.7 Geweldloos Verzet

Geweldloos Verzet is een concrete en praktische methode om om te gaan met ernstige escalatie binnen een gezin zonder het gebruik van dwang. Geweldloos Verzet vermindert agressie door het beperken van hulpeloosheid bij ouders van jongeren met gedragsproblemen (verbaal en fysiek geweld, vandalisme, diefstal, druggebruik, liegen en spijbelen) door de ouders te laten focussen op het eigen gedrag in plaats van het veranderen van het probleemgedrag van de jongere. Geweldloos Verzet leert de ouders dat controle een illusie is en dat het proberen veranderen van het gedrag van het kind alleen maar leidt tot een machtsstrijd en niet tot een positieve verandering. Deze methode helpt ouders om niet-gewelddadige strategieën te gebruiken samen met het stellen van duidelijke grenzen en het tonen van liefde en respect voor hun kind. De kerncomponenten van Geweldloos Verzet zijn (van Gink et al., 2020):

- De-escalatie
- Ouders zijn zowel fysiek als emotioneel aanwezig in het leven van de jongere
- Ouders zoeken steun in eigen netwerk
- (Her)opbouwen van de relatie tussen jongeren en ouders
- Ouders bieden weerstand tegen het probleemgedrag van de jongere op een niet-gewelddadige manier

Geweldloos Verzet resulteert in minder hulpeloosheid bij de ouders, meer sociale steun voor de ouders en minder escalatie en agressie binnen de gezinnen die een training Geweldloos Verzet kregen in vergelijking met de controlegroep van gezinnen die nog op de wachtlijst staan voor een training Geweldloos Verzet (van Gink et al., 2020).

In een individuele studie van van Gink et al. (2020) werd deze methode van Geweldloos verzet voor families aangepast voor en geïmplementeerd in drie psychiatrische voorzieningen voor jongeren (4-18 jaar) met de volgende lichtjes aangepaste kernelementen (van Gink et al., 2020):

- De-escalatie
- Aanwezigheid van zorgverleners en ouders
- Zorgverleners zoeken steun
- (Her)opbouwen van de relatie tussen jongeren en zorgverleners
- Zorgverleners bieden weerstand op een niet-gewelddadige manier

Voor de implementatie van de aangepaste methode van Geweldloos Verzet in kinder- en jeugd-GGZ-afdelingen dient men rekening te houden met (van Gink et al., 2020)

- Het feit dat Geweldloos Verzet niet snel de beoogde resultaten boekt en er veel tijd en financiële middelen nodig zijn.
- Bij Geweldloos Verzet is een cultuurverandering vereist. Steun en inzet van al het personeel is nodig.
- Trainers op de afdeling die jaarlijkse opfriscursussen voorzien, nieuw personeel trainen, coachen en raad geven zijn aanbevolen.

De eerste voorziening rapporteerde een gemiddelde vermindering van het aantal afzonderingen, mechanische fixaties en fysieke interventies van 55% op de GGZ-afdeling voor kinderen en van 42% op de GGZ-afdeling voor adolescenten. De tweede voorziening toonde een gemiddelde vermindering van het aantal afzonderingen, mechanische fixaties en fysieke interventies van 24% op de GGZ-afdeling voor kinderen. Het aantal afzonderingen, mechanische fixaties en fysieke interventies op de GGZ-afdeling voor adolescenten veranderde niet. In de derde voorziening implementeerde slechts een GGZ-afdeling voor adolescenten de methode van Geweldloos Verzet en rapporteerde een vermindering van 75% van het aantal afzonderingen, mechanische fixaties en fysieke interventies (van Gink et al., 2020).

De aanpassing en implementatie van Geweldloos Verzet in residentiele kinder- en jeugd-GGZ is mogelijk en kan resulteren in een belangrijke vermindering van het aantal afzonderingen, mechanische fixaties en fysieke interventies. Van Gink et al. (2020) includeerde in deze studie een vierde organisatie met kinder- en jeugd-GGZ en gesloten jeugdhulp. Maar van deze voorziening konden er geen resultaten worden geanalyseerd door een verschillende manier van registreren pre- en postimplementatie. De effectiviteit van Geweldloos Verzet met betrekking tot afzondering en fixatie is in residentiele jeugdhulpvoorzieningen tot hiertoe dus nog niet onderzocht.

### **6.8 Agressie managementprogramma**

Het agressie managementmodel omvat een vroege interventie in de cascade van agressie om verdere escalatie te voorkomen en om de nood aan restrictieve interventies te verminderen. In een individuele studie van Tremmery et al. (2014) werd het model getest. Een interventie moet zo vroeg mogelijk gebeuren bij agressief gedrag. De interventie moet de jongere zijn autonomie en waardigheid zoveel mogelijk bevorderen en tegelijkertijd ook een veilige omgeving verzekeren voor de jongeren en het personeel. Het merendeel (>95%) van de agressie incidenten werd gevolgd door een interventie. De meest frequente interventies (>90% van alle interventies) waren praten met de jongere, verhoogde observatie en verwijzing naar de kamer. Deze interventies zijn de aanbevolen eerste stappen in de cascade van agressie. Het gebruik van deze interventies maakte het gebruik van meer restrictieve interventies, zoals medicamenteuze fixatie, afzondering en mechanische fixatie minder noodzakelijk (Tremmery et al., 2014).

### **6.9 Dialectische gedragstherapie**

Dialectische gedragstherapie (DGT) is een evidence-based behandeling voor suïcidaal gedrag en zelfverwonding. In een studie van Tebbett-Mock et al. (2020) werd de DGT-behandeling geëvalueerd tegenover de standaard behandeling met cognitieve gedragstherapie in een GGZ-afdeling voor jongeren (12-17 jaar) in de VS. Jongeren uit de groep met DGT-behandeling kregen significant minder constante observatie uren in het kader van zelfverwonding, deden minder zelfmoordpogingen, automutileerden minder en ondergingen minder fysieke interventies en mechanische fixaties dan jongeren die de standaard cognitief-gedragstherapeutische behandeling kregen (Perers et al., 2021).

### **6.10 Nabespreking van afzondering en fixatie**

Afzondering en fixatie hebben een negatieve impact op het fysiek en emotioneel welzijn van zowel de jongeren als de zorgverleners (zie deel 4.2). Een nabespreking is daarom belangrijk om te helpen hiermee om te gaan en om toekomstige dwangmaatregelen te voorkomen (Hammervold et al., 2019;



Smith & Myers Bowman, 2009). Hammervold et al. (2019) maakte een review over de werking en voordelen van een nabesprekingstool die gebruikt wordt na een fysieke interventie in de GGZ, zowel bij jongeren als bij volwassenen. Hieruit bleek dat nabespreking als individuele strategie – dus zonder combinatie met andere (preventieve) interventies – niet tot significante resultaten leidt met betrekking tot het aantal fysieke interventies. Dit was wel het geval wanneer de nabespreking deel uitmaakte van een multimethodische aanpak.

Zorggebruikers en zorgverleners rapporteerden dat nabespreking 1) de kans geeft om een fysieke interventie te bespreken en te beoordelen, 2) ervoor zorgt dat de zorggebruikers de fysieke interventie kunnen verwerken en begrijpen en 3) aanleiding geeft tot professionele reflectie op en verbetering van de zorg van de voorziening. Volgens de zorgverleners geeft de nabespreking ook een kans om de relatie met de zorggebruiker na de fysieke interventie terug te herstellen. Nabespreking kan leiden tot meer professionaliteit en ethiek omtrent fysieke interventie en de manier waarop de fysieke interventie is uitgevoerd (Hammervold et al., 2019).

Er zijn twee soorten nabesprekingen na een incident in de GGZ (Hammervold et al., 2019):

- Een nabespreking onder zorgverleners waarbij ze na de fysieke interventie analyseren hoe ze anders hadden kunnen reageren. Daarnaast worden korte termijnplannen opgesteld om de fysieke interventie in de toekomst te vermijden.
- Een nabespreking met zorggebruikers en zorgverleners waarbij er een gedetailleerde gedragsanalyse van het incident gebeurt.

De nabespreking met de zorggebruiker kan plaatsvinden (Hammervold et al., 2019):

- binnen enkele uren na de fysieke interventie of
- wanneer de zorggebruiker emotioneel rustig genoeg is om deel te nemen aan de nabespreking.

Een nabespreking gebeurt altijd in een ondersteunende, niet-dreigende omgeving en meestal mondeling maar soms ook schriftelijk. De zorggebruikers worden gevraagd naar antecedenten en triggers, naar het verloop van de recente fysieke interventie en naar mogelijke alternatieven voor de-escalatie in gelijkaardige situaties. Zorgverleners worden gevraagd of ze de situatie op een andere manier hadden kunnen aanpakken en zorggebruikers worden op verschillende manieren gevraagd naar hun emotionele reacties (van open vragen tot niveau van gevoelens; Hammervold et al., 2019).

Nabespreking heeft ook een preventief effect. Zorggebruikers en zorgverleners die deelnamen aan een nabespreking, reflecteerden over hoe zorgverleners aan de individuele behoeften van de zorggebruikers kunnen tegemoetkomen voor en tijdens een fysieke interventie door het implementeren van alternatieve interventies. Mogelijke alternatieven worden dan opgenomen in het signaleringsplan van de zorggebruiker zodat de-escalerende acties onmiddellijk kunnen worden ingezet. Een individuele aanpak de-escalereert de situatie en helpt om een fysieke interventie te voorkomen (Hammervold et al., 2019).

## **6.11 Comfort room**

Een comfort room of sensory room is een kamer met tools die de zintuigen stimuleren (muziek, deken-tjes, gekleurde lichten, ...). Het doel van zo'n kamer is om de zorggebruiker te helpen met zelfregulatie tijdens escalatie en om de zorggebruiker een veilige ruimte aan te bieden om te kalmeren tijdens een stressvol moment terwijl de autonomie van de zorggebruiker behouden blijft. Comfort rooms zijn een

component van de Trauma Informed Care benadering, maar kunnen ook op zichzelf worden gebruikt ter preventie van afzondering en fixatie. De review van Perers et al. haalt twee studies aan die de impact bestudeerden van de comfort room als enkelvoudige interventie op de toepassing van afzondering en fixatie (Perers et al., 2021).

Eén studie evalueerde het effect van de comfort room (zes maanden pre- versus postimplementatie van de comfort room) op afzondering en fixatie op een GGZ-afdeling in de VS voor adolescenten met gedrags- en emotionele stoornissen (12-17 jaar). Het gebruik van de comfort room resulteerde in een vermindering van fixaties (26,5%), afzonderingen (32,8%) en agressie van de zorggebruikers. De gemiddelde duur van de afzonderingen en fixaties daarentegen waren verhoogd zes maanden na de implementatie van de comfort room. Een tweede studie op een kinder- en jeugd-GGZ-afdeling in Nieuw-Zeeland met jongeren tot 18 jaar rapporteerde een significante vermindering van de toepassing van afzondering zes maanden na versus zes maanden vóór de implementatie van de comfort room (Perers et al., 2021).

### 6.12 Risicotaxatie instrumenten

Zowel in de Six Core Strategies als in TIC worden risicotaxatie instrumenten gebruikt als onderdeel van de preventiestrategie voor afzondering en fixatie. Er zijn meerdere risicotaxatie instrumenten onderzocht en beschikbaar. Hieronder beschrijven we kort twee risicotaxatie instrumenten specifiek voor jongeren. De Short-Term Assessment of Risk and Treatability: Adolescenten Versie (**START:AV**) is een risicotaxatie instrument ontworpen voor adolescenten met een psychische problematiek. Dit instrument beoordeelt zowel het risico op dader- als slachtofferschap. De betrouwbaarheid voor de START:AV-totaalscore op 'krachten en kwetsbaarheden' is zeer hoog. Ook het eindoordeel voor 'geweld naar anderen', 'algemeen crimineel recidive', 'zelfbeschadiging', 'middelenmisbruik' en 'slachtofferschap' wordt een hoge tot zeer hoge betrouwbaarheid gevonden. De betrouwbaarheid voor het eindoordeel van 'suicide' is matig. START:AV heeft bij de totaalscores op 'krachten en kwetsbaarheden' een significante voorspellende waarde voor 'geweld', 'algemene recidive' en 'middelenmisbruik'. Voor 'slachtofferschap' was alleen de totaalscore op 'kwetsbaarheden' significant voorspellend. De eindoordelen zijn significant voorspellend voor '(fysiek en verbaal) geweld', 'vernieling', 'middelenmisbruik' en 'zelfbeschadiging' (de Beuf, de Ruiters & de Vogel, 2018; Webster et al., 2006).

De Structured Assessment of Violence Risk in Youth (**SAVRY**) is een risicotaxatie instrument ontworpen voor jongeren van 12 tot 18 jaar die jeugddelicten pleegden. Dit instrument beoordeelt historische, sociale, contextuele, individuele en protectieve factoren van het risico op geweld (Lodewijks et al., 2003; Lodewijks et al., 2008a; Lodewijks et al., 2008b). SAVRY scoorde goed tot zeer goed op betrouwbaarheid, en voorspelde 'fysiek geweld tegen personen', 'geweld tegen objecten', 'verbale bedreigingen' en 'het overschrijden van regels' (Lodewijks et al., 2008a).

## **7 Documentenanalyse**

### **7.1 Documentenanalyse over de preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie**

#### **Redefining Residential: Creating Non-Coercive Environments – Association of Children’s Residential Centers, 2013**

De Association of Children’s Residential Centers (ACRC) is de oudste vereniging in de VS die zich exclusief concentreert op de noden van jongeren en hun naasten in residentiële jeugdhulp. Dit artikel bouwt verder op de vorige negen artikels van het ACRC over het creëren van een niet-dwingende omgeving in residentiële jeugdhulp. Lees dit artikel via [https://togetherthevoice.org/wp-content/uploads/2020/02/ACRC\\_position-paper-10.pdf](https://togetherthevoice.org/wp-content/uploads/2020/02/ACRC_position-paper-10.pdf).

#### **Modulering van de publieke jeugdinstanties 3.0 – Agentschap Opgroeien, 2019**

Dit rapport bespreekt de missie, visie en uitgangspunten van het nieuwe decreet Jeugddelinquentie. Raadpleeg dit rapport via [modulering publieke jeugdinstanties 3.0.pdf](#).

#### **Rapport proefmeting intersectoraal register VBM in brede jeugdhulp en kinderpsychiatrische ziekenhuisdiensten, 2021**

Dit rapport beschrijft de ontwikkeling van een intersectorale en minimale gegevensset over het gebruik van de meest voorkomende vrijheidsbeperkende maatregelen in de brede residentiële jeugdhulp, alsook het onderzoek dat verricht is rond de haalbaarheid en de inhoudelijke validiteit van dit intersectorale en minimale register. Lees dit rapport via <https://www.icoba.be/gegevensset-vrijheidsbeperkende-maatregelen>.

#### **Gedragscode bij afzondering in een veilige kamer in de Gemeenschapsinstellingen – Jeugdhulp.be, 2020**

Dit document beschrijft de specifieke gedragscode met betrekking tot afzondering in een veilige kamer bij jongeren die verblijven in de gemeenschapsinstellingen in Vlaanderen (De Kempen, De Zande, De Grubbe). Deze gedragscode beschrijft de aanleiding tot, de toepassing en de beëindiging van afzondering. Dit document kan geraadpleegd worden via [https://www.jeugdhulp.be/sites/default/files/documents/afzondering\\_veilige\\_kamer\\_gedragscode\\_gi.pdf](https://www.jeugdhulp.be/sites/default/files/documents/afzondering_veilige_kamer_gedragscode_gi.pdf)

#### **Procedure afzondering in een veilige kamer in de Gemeenschapsinstellingen – Jeugdhulp.be, 2020**

Dit is een tweede document over de afzonderingsprocedure in een veilige kamer bij jongeren die verblijven in de gemeenschapsinstellingen in Vlaanderen. Deze procedure beschrijft drie fasen: 1) Oproepen en verlenen van assistentie, 2) plaatsing en verblijf in de veilige kamer en 3) nazorg. Dit document kan geraadpleegd worden via [https://www.jeugdhulp.be/sites/default/files/documents/afzondering\\_veilige\\_kamer\\_procedure\\_gi.pdf](https://www.jeugdhulp.be/sites/default/files/documents/afzondering_veilige_kamer_procedure_gi.pdf)

### **ICOBA – Kennis- en expertisecentrum rond omgaan met agressief gedrag van en voor de social profit sector**

ICOBA helpt organisaties in de brede jeugdhulp met zorgdragen voor het welzijn en de veiligheid van hun personeel en cliënteel. ICOBA ondersteunt deze organisaties bij het realiseren van een positief en open leef- en werkklimaat en een integraal en structureel beleid rond grenzen en grensoverschrijdend gedrag met aandacht voor het voorkomen van en gepast reageren op agressief gedrag, voor opvang, nazorg en herstel en voor het leren uit incidenten. Deze website biedt ideeën, steun en handvatten om moeilijk of agressief gedrag te voorkomen en er gepast op te reageren met o.a. advies & begeleiding, vorming & opleiding, ICOBA Tools en informatie. Bezoek de website via <https://www.icoba.be/>.

### **ICOBA onlinecongres ‘Geweldig omgaan met agressie’ - 23 en 25 februari 2021**

Tijdens het eerste deel van het congres is een uitzetting gegeven over

- de Academische Werkplaats Leefklimaat: een leertraject waarbij 54 residentiele jeugdhulpvoorzieningen werkten aan een positief en veilig leefklimaat (<https://youtu.be/tHSqLeoCCZY>),
- GINKO: 13 jeugdhulporganisaties werkten aan een preventief agressiebeleid (<https://youtu.be/8UL8zQoEABs>),
- de Gegevensset Vrijheidsbeperkende maatregelen: een intersectorale gegevensset voor het uniform verzamelen van registraties van vrijheidsbeperkende maatregelen (<https://youtu.be/AsQnYIJZDrg>).

Tijdens het tweede deel van het congres is kennis gemaakt met nieuwe online tools (o.a. Rustbox, Buddyboard en Grenswijs) en met de ingrediënten van een positief leefklimaat en een preventief agressiebeleid. Alle sessies van deel 2 kunnen herbekeken worden via <https://youtu.be/IG2aU30hqH0>, <https://youtu.be/br1n7k3D0oM>, <https://youtu.be/GiHZBi5HEFE> en [https://youtu.be/x-pVlveQ\\_fc](https://youtu.be/x-pVlveQ_fc).

### **Onderzoek naar werkzame methodieken binnen de bijzondere jeugdbijstand ter continuering van de hulpverlening die door agressie bedreigd worden – Opendacker, Smits, & van der Wielen, 2012**

Dit rapport beschrijft goede praktijken met betrekking tot het voorkomen van en het omgaan met agressief gedrag van jongeren. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat er voldoende goede praktijken beschikbaar zijn. Hoewel er veel goede praktijken of methodieken zijn met betrekking tot het voorkomen van en het omgaan met agressie, is er geen specifieke methodiek die kan voorkomen dat er een breuk in de hulpverlening optreedt ten gevolge van agressie. Om breuken in de hulpverlening door agressie zo veel mogelijk te voorkomen is een integrale aanpak vereist. Binnen deze integrale aanpak moet er zowel aandacht zijn voor preventie en interventie als voor nazorg en herstel, met een goede balans tussen het verminderen van de draaglast door agressie en het vermeerderen van de draagkracht van de medewerkers. Lees het onderzoeksrapport via [https://www.opgroeien.be/sites/default/files/cijfers-print-onderzoek/onderzoeksrapport\\_agressiepraktijken\\_bjb.pdf](https://www.opgroeien.be/sites/default/files/cijfers-print-onderzoek/onderzoeksrapport_agressiepraktijken_bjb.pdf).

### **Participatieruimte van jongeren in gemeenschapsinstellingen – Steens & Hermans, 2021**

Dit rapport betreft een onderzoek naar de participatieruimte van jongeren binnen gemeenschapsinstellingen. Doordat het verblijf en de begeleiding van jongeren in een gemeenschapsinstelling gebaseerd is op een dwangmaatregel en doorgaat in een gesloten kader, is de praktijk van de

rechtenuitoefening per definitie een onderwerp van spanning. Daarbij komt dat gemeenschapsinstellingen een complexe maatschappelijke opdracht moeten volbrengen en zeer uiteenlopende zaken als bestraffing, bescherming van de jongere én van de maatschappij, behandeling én risicobeheersing moeten combineren. Diepgaand wetenschappelijk onderzoek omtrent de rechtenuitoefening binnen gemeenschapsinstellingen is schaars. Dit rapport beschrijft een diepgaand actieonderzoek over de kansen en barrières voor deze participatieruimte in de verschillende geledingen van de gemeenschapsinstellingen. Lees dit rapport via <https://www.opgroeien.be/sites/default/files/documents/eindrapport-participatieruimte-2206.pdf>

### **Inperken voorkomen in de residentiële zorg voor kinderen: Individuele Proactieve Agressiehanterings-Methode (IPAM) – Valenkamp & Verheij, 2011**

In dit artikel wordt een nieuwe interventie toegelicht dat tot doel heeft het gebruik van fysieke interventie en afzondering bij agressie in residentiële instellingen voor kinderen te minimaliseren: de Individuele Proactieve AgressiehanteringsMethode (IPAM). Na implementatie blijkt het aantal dwangmaatregelen te zijn gehalveerd. Lees dit artikel via <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12454-011-0040-z.pdf>

### **Naar een gemeenschappelijke opvoedingsstrategie in de residentiële jeugdzorg - Peer van der Helm, 2017**

Professioneel handelen in de residentiële jeugdzorg is niet gemakkelijk. Voor het kind is de overgang van huis naar een andere plek vaak niet vrijwillig en zorgt voor veel stress welke zich kan vertalen in agressief gedrag. Het is de vraag hoe hiermee om te gaan en het leefklimaat positief te houden zonder in beheersmatig werken en straffen te vervallen. Voor medewerkers kan het naast het leefklimaat helpend zijn om hun professionele handelen te baseren op een algemene opvoedingsmethodiek (tweedegraadsstrategie). Een tweedegraadsstrategie moet uitgaan van een adequate respons van medewerkers op trauma en een zo normaal mogelijke ontwikkeling. Dit document bespreekt eerst de meest gebruikte residentiële tweedegraadsstrategieën (het competentiemodel, YOUTURN, PBS en NVR) en kijkt dan of een combinatie van het competentiemodel, Geweldloos Verzet, Shared Decision Making, Positieve gedragsondersteuning en Limit Setting als tweedegraadsstrategie aangepast kan worden voor de residentiële jeugdzorg en onder welke voorwaarden, om repressie te voorkomen. Raadpleeg dit document via <https://www.hsleiden.nl/binaries/content/assets/hsl/lectoraten/residentiele-jeugdzorg/publicaties/naar-een-gezamenlijke-opvoedstrategie-in-de-residentiele-jeugdzorg.pdf>.

### **Zorginspectieverslagen - Vrijheidsbeperkende maatregelen in (forensische) jeugdhulp ,2017-2018**

Zorginspectie startte in 2017 met een thematische inspectieronde rond vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) in de Bijzondere Jeugdzorg, meer bepaald in alle afdelingen van de gemeenschapsinstellingen en in het Vlaams Detentiecentrum De Wijngaard; in de Onthaal-, Oriëntatie- en Observatiecentra (OOOC's) en in de Proeftuinen. Dit was een vervolg op de zorginspectie audit in de kinder- en jeugdpsychiatrie. VBM is een thema waarrond een grote maatschappelijke bekommernis bestaat, met regelmatig belangstelling hiervoor in de media. Zorginspectie bracht samen met de sector de praktijk in kaart om te bekijken of en waar er verbeterpunten te vinden zijn en welke good practices inspirerend kunnen

werken. Er is in Vlaanderen geen specifiek referentiekader voorhanden over vrijheidsbeperkende maatregelen in de bijzondere jeugdzorg. Het doel van deze inspectie is daarom om input te kunnen geven voor de ontwikkeling van een referentiekader over vrijheidsbeperkende maatregelen in de Bijzondere jeugdzorg en voor een sectoroverschrijdend referentiekader over vrijheidsbeperkende maatregelen in Vlaanderen. Andere doelstellingen van deze inspectieronde zijn zicht krijgen op een belangrijk deelaspect van de kwaliteit van zorg, knelpunten kennen en objectiveren, de sector ondersteunen in zijn verbeterbeleid, het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen doen dalen tot een strikt minimum en rapporteren aan de sector en aan de burgers over de stand van zaken. Raadpleeg de zorginspectieverslagen via de website <https://departementwvg.be/vrijheidsbeperkende-maatregelen-de-voorzieningen-de-jeugdhulp>

## 7.2 Documentenanalyse over de impact van afzondering en fixatie op jongeren en zorgverleners/begeleiders

### Jaarverslag Commissie van toezicht voor jeugdinstanties 2020 – Kinderrechtencommissariaat

Het Jaarverslag Commissie van toezicht voor jeugdinstanties 2020 geeft een overzicht van het vierde werkjaar van deze commissie. In dit jaarverslag gaat het onder andere over de impact van de coronamaatregelen op de jongeren in de gemeenschapsinstanties, de private voorzieningen en het Vlaams Detentiecentrum. Een onderdeel van dit document omschrijft in welke situaties *gemeenschapsinstanties* afzondering toepassen. Afzondering wordt toegepast als beveiliging van de jongere om zichzelf te beschermen en in sommige gevallen als straf. De Commissie formuleerde de aanbeveling om kritisch te waken over de duur en tijdsinvulling van een afzondering. Daarnaast benadrukte de Commissie dat jongeren duidelijk geïnformeerd moeten worden over de straffen in de voorziening.

<https://www.kinderrechtencommissariaat.be/advies/jaarverslag-commissie-van-toezicht-voor-jeugdinstanties-2020>

### Aanbod beveiligend verblijf - Ouderspunt

Dit document rapporteert over een bevraging van ouders over het aanbod **beveiligend verblijf** in de jeugdhulpvoorzieningen. Aan de ouders is gevraagd wat **vrijheidsbeperking** betekent in de hulpverlening en wanneer dit verantwoord is. De ouders definieerden vrijheidsbeperking als 'alle vormen waarbij de jongere beperkt wordt in zijn handelen zoals afnemen van de gsm, op de kamer moeten blijven, niet kunnen uitgaan, ...'. Volgens de ouders zijn deze vrijheidsbeperkingen soms nodig en gaat de essentie van opvoeding verloren indien zorgverleners jongeren niet meer mogen straffen. Het blijft echter belangrijk dat de vrijheidsbeperking steeds in proportie is met het gedrag van de jongere, enkel bij buitensporig gedrag kunnen dergelijke maatregelen worden toegepast. Afzondering in een afzonderingskamer vonden de ouders aanvaardbaar indien de jongere anders niet veilig is. Ze vonden dat ouders betrokken kunnen worden om mee na te denken over het beleid en vonden het belangrijk dat er duidelijk en transparant gecommuniceerd wordt naar jongeren en ouders toe over het gebruik van deze maatregelen.

## **Bewuster omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen – Steunpunt Mens en Samenleving**

Dit document wordt reeds besproken in Hoofdstuk 3.

[https://www.samvzw.be/sites/default/files/Publicaties/SAM118\\_Vrijheid\\_DEF\\_0.pdf](https://www.samvzw.be/sites/default/files/Publicaties/SAM118_Vrijheid_DEF_0.pdf)

## **Studiedag 15 oktober 2019 ‘Sleutelmomenten: afzondering en isolatie vanuit de ervaring van jongeren’ – Kinderrechtencommissariaat, de Vlaamse Jeugdraad en vzw Cachet**

Deze studiedag focuste op de ervaringen van jongeren met afzondering. Tijdens deze studiedag kwamen o.a. vragen van jongeren aan bod naar de Vlaamse jeugdhulpvoorzieningen en het Vlaamse beleid. Jongeren vragen om 1) van afzondering een uitzondering te maken in de jeugdhulp en het buitengewoon onderwijs, 2) hen beter te informeren en met hen te praten over de procedure van afzondering, 3) voor meer persoonlijke contacten en nabijheid te zorgen zowel voor, tijdens als na een afzondering, 4) samen met de jongeren naar alternatieven te zoeken en 5) hen te betrekken bij de vormgeving van hulp en bij het bredere beleid in een voorziening, kinderspsychiatrie en onderwijs.

Verder werd er tijdens de studiedag stilgestaan bij de verhalen van jongeren over afzondering en isolatie. Jongeren gaven ten eerste aan dat ze meer informatie en communicatie nodig hebben over o.a. wat is een afzondering, wanneer moet je in afzondering, hoelang moet je in afzondering blijven, wie kan de camerabeelden zien? Een tweede thema was de moeilijke ervaringen van jongeren in de afzonderingskamer. Een derde thema handelde over het grote belang van contact en nabijheid tijdens een afzondering of isolatie. Het vierde thema ging over de zoektocht naar alternatieven voor afzondering en isolatie en vragen van de jongeren om hen te helpen om tot rust te komen en samen op zoek te gaan naar die alternatieven. In het vijfde thema haalden ze het belang van een goed gesprek aan, waarin openheid en betrokkenheid centraal staan.

<https://www.kinderrechtencommissariaat.be/actueel/sleutelmomenten-afzondering-en-isolatie-vanuit-de-beleving-van-jongeren>

## **8 Referenties**

Association of Children’s Residential Centers. (2013). Redefining Residential: Creating Non-Coercive Environments. [https://togetherthevoice.org/wp-content/uploads/2020/02/ACRC\\_position-paper-10.pdf](https://togetherthevoice.org/wp-content/uploads/2020/02/ACRC_position-paper-10.pdf).

Agentschap Opgroeien. (2019, juni). *Modulering van de publieke jeugdinstanties 3.0*. [https://www.jeugdhulp.be/sites/default/files/documents/modulering\\_publieke\\_jeugdinstanties\\_3.0.pdf](https://www.jeugdhulp.be/sites/default/files/documents/modulering_publieke_jeugdinstanties_3.0.pdf)

Azeem, M. W., Reddy, B., Wudarsky, M., Carabetta, L., Gregory, F., & Sarofin, M. (2015). Restraint reduction at a pediatric psychiatric hospital: A ten-year journey. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 28*, 180-184. doi: 10.1111/jcap.12127

Baker, M., & Carlson, G. A. (2018). What do we really know about PRN use in agitated children with mental health conditions: a clinical review. *Evidence Based Mental Health, 21*(4), 166–170. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300039>

- Black, V., Bobier, C., Thomas, B., Prest, F., Ansley, C., Loomes, B., Eggleston, G., & Mountford, H. (2020). Reducing seclusion and restraint in a child and adolescent inpatient area: implementation of a collaborative problem-solving approach. *Australasian Psychiatry*, 28(5), 578–584. doi: 0.1177/1039856220917081
- \* Blair, M., & Moulton-Adelman, F. (2015). The Engagement Model for Reducing Seclusion and Restraint: 13 Years Later. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 53(3), 39–45. doi: 0.3928/02793695-20150211-01
- \* Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499–508. <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>
- \* Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K., Jarrett, M., Jeffery, D., Nijman, H., Owiti, J. A., Papadopoulos, C., Ross, J., Wright, S., & Stewart, D. (2014). Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 354–364. <https://doi.org/10.1111/jpm.12085>
- Braun, M. T., Adams, N. B., O’Grady, C. E., Miller, D. L., & Bystrynski, J. (2020). An exploration of youth physically restrained in mental health residential treatment centers. *Children and Youth Services Review*, 110, 104826. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104826>
- Bryson, S. A., Gauvin, E., Jamieson, A., Rathgeber, M., Faulkner-Gibson, L., Bell, S., Davidson, J., Russel, J., & Burke, S. (2017). What are effective strategies for implementing trauma-informed care in youth inpatient psychiatric and residential treatment settings? A realist systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0137-3>
- Caldwell, B., Albert, C., Azeem, M. W., Beck, S., Cocoros, D., Cocoros, T., Montes, R., & Reddy, B. (2014). Successful Seclusion and Restraint Prevention Effort in Child and Adolescent Programs. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 52(11), 30–38. <https://doi.org/10.3928/02793695-20140922-01>
- Carlson, G. A., Chua, J., Pan, K., Hasan, T., Bied, A., Martin, A., & Klein, D. N. (2020). Behavior Modification Is Associated With Reduced Psychotropic Medication Use in Children With Aggression in Inpatient Treatment: A Retrospective Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(5), 632–641. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.07.940>
- Chua, J. D., Bellonci, C., & Sorter, M. T. (2021). Treatment of Childhood Emotion Dysregulation in Inpatient and Residential Settings. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), 505–525. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2021.04.004>
- Cosemans, P., Noorthoorn, E., Ossaer, K. (2021, februari). *Rapport proefmeting intersectoraal register VBM in brede jeugdhulp en kinderspsychiatrische ziekenhuisdiensten*. VIVO. <https://www.icoba.be/gegevenset-vrijheidsbeperkende-maatregelen>
- \* de Beuf, T. L., de Ruiter, C., & de Vogel, V. (2018). Krachten en kwetsbaarheden bij jongeren: Gestructureerde risicotaxatie met de START:AV. *Kind & Adolescent Praktijk*, 17(2), 28–35. <https://doi.org/10.1007/s12454-018-0024-3>
- de Valk, S., Kuiper, C., Van der Helm, G. H. P., Maas, A. J. J. A., & Stams, G. J. J. M. (2019). Repression in residential youth care: A qualitative study examining the experiences of adolescents in open,



- secure and forensic institutions. *Journal of Adolescent Research*, 34(6), 757-782. doi: 10.1177/0743558417719188
- \* de Valk, S., Kuiper, C., Van der Helm, G. H. P., Maas, A. J. J. A., & Stams, G. J. J. M. (2018). Measuring Repression in Residential Youth Care: Conceptualization, Development and Validation of the Institutional Repression Questionnaire. *Adolescent Research Review*, 4(4), 357-368. <https://doi.org/10.1007/s40894-018-0091-6>
- \* de Valk, S., Kuiper, C., Van der Helm, G. H. P., Maas, A. J. J. A., & Stams, G. J. J. M. (2017). Repression in Residential Youth Care: A Qualitative Study Examining the Experiences of Adolescents in Open, Secure and Forensic Institutions. *Journal of Adolescent Research*, 34(6), 757-782. <https://doi.org/10.1177/0743558417719188>
- de Valk, S., Kuiper, C., van der Helm, G. H. P., Maas, A. J. J. A., & Stams, G. J. J. M. (2016). Repression in residential youth care: A scoping review. *Adolescent Research Review*, 1, 195-216. doi: 10.1007/s40894-016-0029-9
- de Valk, S., Van der Helm, G. H. P., Beld, M., Schaftenaar, P., Kuiper, C., & Stams, G. J. J. M. (2015). Does punishment in secure residential youth care work? An overview of the evidence. *Journal of Children's Services*, 10(1), 3-16. <https://doi.org/10.1108/jcs-11-2014-0048>
- Dean, A. J., Duke, S. G., George, M., & Scott, J. (2007). Behavioral Management Leads to Reduction in Aggression in a Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Unit. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(6), 711-720. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3180465a1a>
- dosReis, S., & Davarya, S. (2008). Staff Perspectives of Precipitants to Aggressive Behavior of Adolescents in Residential Treatment Facilities. *Residential Treatment for Children & Youth*, 25(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/08865710802309964>
- Eblin, A. (2019). Reducing seclusion and restraints on the inpatient child and adolescent behavioral health unit: A quality improvement study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 32(3), 122-128. <https://doi.org/10.1111/jcap.12248>
- Fletcher, J., Hamilton, B., Kinner, S. A., & Brophy, L. (2019). Safewards Impact in Inpatient Mental Health Units in Victoria, Australia: Staff Perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 462. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00462>
- \* Fletcher, J., Spittal, M., Brophy, L., Tibble, H., Kinner, S., Elsom, S., & Hamilton, B. (2017). Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 461-471. doi: 10.1111/inm.12380
- Gedragscode bij afzondering in een veilige kamer in de Gemeenschapsinstellingen (2020, januari). *Jeugdhulp.be*. [https://www.jeugdhulp.be/sites/default/files/documents/afzondering\\_veilige\\_kamer\\_gedragscode\\_gi.pdf](https://www.jeugdhulp.be/sites/default/files/documents/afzondering_veilige_kamer_gedragscode_gi.pdf)
- \* Greene, R. W., & Winkler, J. (2019). Collaborative & Proactive Solutions (CPS): A review of research finding in families, schools, an treatment facilities. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22, 549-561. doi: 10.1007/s10567-019-00295-z
- Hammervold, U. E., Norvoll, R., Aas, R. W., & Sagvaag, H. (2019). Post-incident review after restraint in mental health care: a potential for knowledge development, recovery promotion and restraint

- prevention. A scoping review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-13.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4060-y>
- Hottinen, A., Ryttilä-Manninen, M., Laurén, J., Autio, S., Laiho, T., & Lindberg, N. (2020). Impact of the implementation of the safewards model on the social climate on adolescent psychiatric wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 399–405.  
<https://doi.org/10.1111/inm.12674>
- Hottinen, A., Välimäki, M., Sailas, E., Putkonen, H., Joffe, G., Noda, T., & Lindberg, N. (2012). Attitudes towards different containment measures: a questionnaire survey in Finnish adolescent psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(6), 521–527.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01820.x>
- \* Huckshorn, K. A. (2004). Reducing Seclusion & Restraint Use in Mental Health Settings: Core Strategies for Prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(9), 22–33.  
<https://doi.org/10.3928/02793695-20040901-05>
- \* Isobel, S., & Edwards, C. (2017). Using trauma informed care as a nursing model of care in an acute inpatient mental health unit: A practice development process. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(1), 88–94. <https://doi.org/10.1111/inm.12236>
- Kalke, T., Glanton A., Cristalli M. (2007). Positive behavioral interventions and support: Using strength-based approaches to enhance the culture of care in residential and day treatment education environments. *Child Welfare*, 86, 151-174.
- \* Kennedy, H., Roper, C., Randall, R., Pintado, D., Buchanan-Hagen, S., Fletcher, J., & Hamilton, B. (2019). Consumer recommendations for enhancing the Safewards model and interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 616–626.  
<https://doi.org/10.1111/inm.12570>
- Kinderrechtencommissariaat (2020, maart). *Jaarverslag Commissie van toezicht voor jeugdinstituten 2020*. Vlaams Parlement. <https://www.kinderrechtencommissariaat.be/advies/jaarverslag-commissie-van-toezicht-voor-jeugdinstituten-2020>
- Kinderrechtencommissariaat (2019, 15 oktober). *Sleutelmomenten: afzondering en isolatie vanuit de ervaring van jongeren*. Studiedag. <https://www.kinderrechtencommissariaat.be/actueel/sleutelmomenten-afzondering-en-isolatie-vanuit-de-beleving-van-jongeren>
- Laukkanen, E., Kuosmanen, L., Selander, T., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2020). Seclusion, restraint, and involuntary medication in Finnish psychiatric care: a register study with root-level data. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(6), 439–443. <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1733658>
- LeBel, J. L., Duxbury, J. A., Putkonen, A., Sprague, T., Rae, C., & Sharpe, J. (2014). Multinational Experiences in Reducing and Preventing the Use of Restraint and Seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 52(11), 22–29.  
<https://doi.org/10.3928/02793695-20140915-01>
- LeBel, J., Huckshorn, K., A. & Caldwell, B. (2010). Restraint use in residential programs: Why are best practices ignored? *Child Welfare*, 89, 169-187.
- Leipoldt, J. D., Harder, A. T., Kaye, N. S., Grietens, H., & Rimehaug, T. (2019). Determinants and outcomes of social climate in therapeutic residential youth care: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 99, 429–440. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.02.010>

- \* Lodewijks, H., de Ruiter, C., Doreleijers, T. (2003). Risicotaxatie en risicohantering van gewelddadig gedrag bij adolescenten. *Dth*, 23, 25-38. <https://doi.org/10.1007/BF03060301>
- \* Lodewijks, H. P., Doreleijers, T. A., & De Ruiter, C. (2008). Savry Risk Assessment in Violent Dutch Adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 35(6), 696–709. <https://doi.org/10.1177/0093854808316146>
- \* Lodewijks, H. P., Doreleijers, T. A., De Ruiter, C., & Borum, R. (2008). Predictive validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) during residential treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(3), 263–271. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.04.009>
- \* Mauritz, M. W., Goossens, P. J. J., Draijer, N., & Van Achterberg, T. (2013). Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 19985-15. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.19985>
- Muskett, C. (2013). Trauma-informed care in inpatient mental health settings: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(1), 51–59. <https://doi.org/10.1111/inm.12012>
- Nielson, S., Bray, L., Carter, B., & Kiernan, J. (2020). Physical restraint of children and adolescents in mental health inpatient services: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Child Health Care*, 25(3), 342–367. <https://doi.org/10.1177/1367493520937152>
- Opdenacker, J., Smits, I., van der Wielen, G. (2012, mei). *Onderzoek naar werkzame methodieken binnen de bijzondere jeugdbijstand ter continuering van de hulpverlening die door agressie bedreigd worden*. Vlaamse Overheid – Agentschap Jongerenwelzijn. [https://www.opgroeien.be/sites/default/files/cijfers-print-onderzoek/onderzoeksrapport\\_agressiepraktijken\\_bjb.pdf](https://www.opgroeien.be/sites/default/files/cijfers-print-onderzoek/onderzoeksrapport_agressiepraktijken_bjb.pdf)
- Ouderspunt (2020, september). *Adviezen van ouders. Visie/bevraging over cliënten over het aanbod 'beveiligend verblijf'*. Ouderspunt. <https://ouderspunt.be/nl/professionals/wat-zeggen-ouders>
- \* 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>
- Perers, C., Bäckström, B., Johansson, B. A., & Rask, O. (2021). Methods and Strategies for Reducing Seclusion and Restraint in Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Care. *Psychiatric Quarterly*, 1-30. Published. <https://doi.org/10.1007/s1126-021-09887-x>
- Pollastri, A. R., Epstein, L. D., Heath, G. H., & Ablon, J. S. (2013). The collaborative problem solving approach: Outcomes across settings. *Harvard Review of Psychiatry*, 21, 188-199. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e3182961017>
- Procedure afzondering in een veilige kamer in de Gemeenschapsinstellingen. (2020, januari). *Jeugdhulp.be*. [https://www.jeugdhulp.be/sites/default/files/documents/afzondering\\_veilige\\_kamer\\_procedure\\_gi.pdf](https://www.jeugdhulp.be/sites/default/files/documents/afzondering_veilige_kamer_procedure_gi.pdf)
- Reynolds, E. K., Grados, M. A., Praglowski, N., Hankinson, J. C., Deboard-Lucas, R., Goldstein, L., Perry-Parrish, C. K., Specht, M. W., & Ostrander, R. (2016). Use of Modified Positive Behavioral

- Interventions and Supports in a Psychiatric Inpatient Unit for High-Risk Youths. *Psychiatric Services*, 67(5), 570–573. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500039>
- Riggs, D., & Ogilvy, R. (2015). Professional Carer Experiences of Working with Young People in Specialist Care Placements in South Australia. *Children Australia*, 40(4), 361–366. <https://doi.org/10.1017/cha.2014.50>
- Roy, C., Castonguay, A., Fortin, M., Drolet, C., Franche-Choquette, G., Dumais, A., Lafortune, D., Bernard, P., Geoffrion, S. (2021). The use of restraint and seclusion in residential treatment care for youth: A systematic review of related factors and interventions. *Trauma, Violence & Abuse*, 22, 318-338. doi: 10.1177/1524838019843196
- Roy, C., Morizot, J., Lamothe, J., & Geoffrion, S. (2020). The influence of residential workers social climate on the use of restraint and seclusion: A longitudinal study in a residential treatment center for youth. *Children and Youth Services Review*, 114, 105035. doi: 10.1016/j.childyouth.2020.105035
- Sashidharan, S.P., Mezzina, R., Puras, D. (2019). Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28, 605–612. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000350>
- Shenton, F., & Smith, R. (2020). Behaviour management or institutionalised repression? Children’s experiences of physical restraint in custody. *Children & Society*, 35(1), 159–175. <https://doi.org/10.1111/chso.12410>
- Smith, M.L., & Myers Bowman, K. (2009). The Restraint Spiral: Emergent Themes in the Perceptions of the Physical Restraint of Juveniles. *Child Welfare League of America*, 88, 57-83.
- Steckley, L. & Kendrick, A. (2008). Physical restraint in residential childcare: The experiences of young people and residential workers. *Childhood*, 15(4), 552-569. <https://doi.org/10.1177/0907568208097207>
- Steckley, L. (2010). Containment and holding environments: Understanding and reducing physical restraint in residential child care. *Children and Youth Services Review*, 32(1), 120-128. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.08.007>
- Steckley, L. (2012). Touch, physical restraint and therapeutic containment in residential child care. *British Journal of Social Work*, 42(3), 537-555. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr069>
- Steckley, L. (2018). Catharsis, containment and physical restraint in residential child care. *The British Journal of Social Work*, 48(6), 1645-1663. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcx131>
- Steens, R. & Hermans, K. (2021, juni). *Participatieruimte van jongeren in gemeenschapsinstellingen*. LUCAS KU Leuven, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy. <https://www.opgroeien.be/sites/default/files/documents/eindrapport-participatieruimte-2206.pdf>
- Tremmery, S., Danckaerts, M., Bruckers, L., Molenberghs, G., De Hert, M., Wampers, M., De Vare, J., de Decker, A. (2014). Registration of aggressive incidents in an adolescent forensic psychiatric unit and implications for further practice. *European Child Adolescent Psychiatry*, 23, 823–833. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0534-y>
- Valenkamp, M., Delaney, K., & Verheij, F. (2014). Reducing Seclusion and Restraint During Child and Adolescent Inpatient Treatment: Still an Underdeveloped Area of Research. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(4), 169–174. <https://doi.org/10.1111/jcap.12084>

- Valenkamp, M., & Verheij F. (2011). Inperken voorkomen in de residentiële zorg voor kinderen: Individuele Proactieve AgressiehanteringsMethode (IPAM). *Kind en Adolescent Praktijk*, 4, 154-163. doi: 10.1111/jcap.12084
- \* van der Helm, P., Kuiper, C., & Stams, G. (2018). Group climate and treatment motivation in secure residential and forensic youth care from the perspective of self-determination theory. *Children and Youth Services Review*, 93, 339–344. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.07.028>
- van der Helm, P. (2020). Leefklimaat! Voor kinderen en volwassenen. *SWP Amsterdam*.
- van der Helm, P. (2017, januari). *Naar een gemeenschappelijke opvoedingsstrategie in de residentiële jeugdzorg*. Hogeschool Leiden. <https://www.hsleiden.nl/binaries/content/assets/hsl/lectoraten/residentiele-jeugdzorg/publicaties/naar-een-gezamenlijke-opvoedstrategie-in-de-residentiele-jeugdzorg.pdf>
- van Gink, K., van Domburgh, L., Janse, L., Goddard, N., Ottenbros, R., van Der Stegen, B., Popma, A., & Vermeiren, R. (2020). The development and implementation of Non-Violent Resistance in child and adolescent residential settings. *Residential Treatment for Children & Youth*, 37(3), 176-198. doi: 10.1080/0886571X.2019.1590172
- Vanlinthout, E., De Cuyper, K., Vanhoof, J., Peeters, T., Ogenhaffen, T., Nijs, S., van Achterberg, 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. <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/2020-07-rapport-38-ef38-prakt-uitvoering-a-en.pdf>
- Vishnivetsky, S., Shoval, G., Leibovich, V., Giner, L., Mitrany, M., Cohen, D., Barzilay, A., Volovick, L. & Zalsman, G. (2013). Seclusion room vs. physical restraint in an adolescent inpatient setting: patients' attitudes. *Israel Journal of Psychiatry*, 50(1), 6-10. [https://cdn.doctoronly.co.il/2013/07/03\\_Seclusion-Room-vs.pdf](https://cdn.doctoronly.co.il/2013/07/03_Seclusion-Room-vs.pdf)
- Vivo. (2021). *ICOBA. Aan de slag met agressie*. ICOBA. <https://www.icoba.be/>
- Webster, C.D., Nicholls, T.L., Martin, M.-L., Desmarais, S.L. & Brink, J. (2006). Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). The case for a new structured professional judgment scheme. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 747-766. <https://doi.org/10.1002/bsl.737>
- Whitley, K., & Rozel, J. S. (2016). Mental Health Care of Detained Youth and Solitary Confinement and Restraint Within Juvenile Detention Facilities. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(1), 71–80. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.08.003>
- Wisdom, J. P., Wenger, D., Robertson, D., van Bramer, J., & Sederer, L. I. (2015). The New York State Office of Mental Health positive alternatives to restraint and seclusion (PARS) project. *Psychiatric Services*, 66, 851-856. doi: 10.1176/appi.ps.201400279
- Zorginspectie. (2017). *Zorginspectieverslagen over vrijheidsbeperkende maatregelen in bijzondere jeugdzorg*. <https://departementwvg.be/vrijheidsbeperkende-maatregelen-de-voorzieningen-de-jeugdhulp>

\* Geen resultaat van de zoekopdrachten. Werd geïncludeerd ter verduidelijking.



## Hoofdstuk 5

### Literatuurstudie van klinisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek naar de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp

In een voorgaande studie van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (EF38) zijn intersectorale aanbevelingen voor de brede residentiële jeugdhulp en GGZ ontwikkeld voor de *praktische* uitvoering van afzondering, fysieke interventie en mechanische fixatie bij ernstig en acuut gevaar (20). Deze aanbevelingen zijn ontwikkeld aan de hand van de Delphi-methode.

Om deze aanbevelingen te kunnen opnemen in de nieuwe intersectorale richtlijn die breder is van opzet met betrekking tot de topics die aan bod komen, was een bijkomende literatuurstudie nodig over de praktische uitvoering van afzondering en fixatie bij potentieel gevaar en ter bevordering van ontwikkelings-/ontplooiingskansen voor alle betrokken doelgroepen en sub-sectoren. Dit hoofdstuk beschrijft deze deelstudie van het project.

#### 1 Methode

Er werd een rapid literature review uitgevoerd om reviews, richtlijnen/rapporten en individuele studies te verzamelen. Literatuur werd relevant geacht indien deze

1. gebaseerd was op wetenschappelijke evidentie,
2. gepubliceerd was vanaf 01 januari 2000 (literatuur voor deze datum werd minder relevant geacht voor de huidige zorgverlening),
3. focuste op kinderen en jongeren (<25 jaar) uit de brede residentiële jeugdhulp. Deze doelgroep werd als volgt afgebakend: kinderen en jongeren met een psychische aandoening (incl. ontwikkelingsstoornissen en gedrags-emotionele stoornissen) en/of afkomstig uit een verontrustende leefsituatie en/of die één of meerdere jeugddelicten hebben gepleegd en/of met een verstandelijke beperking of met een meervoudige beperking,
4. gericht was op het toepassen van afzondering en fixatie (i.e. interventies, methodes, technieken, tijdsduren, leeftijden en materialen) in het kader van de vier vooropgestelde categorieën:
  - afzonderen en fixeren om de veiligheid te herstellen: bij acuut en ernstig gevaar voor de fysieke en/of psychische integriteit van de zorggebruiker en/of omstaanders,
  - afzonderen en fixeren om de veiligheid te behouden: bij potentieel gevaar; ter preventie van acuut en ernstig gevaar bij de zorggebruiker en/of omstaanders,
  - afzonderen en fixeren om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen bij de zorggebruiker en/of omstaanders,
  - afzonderen om te straffen in gemeenschapsinstellingen of andere types voorzieningen.

Literatuur werd niet weerhouden indien deze

1. uitsluitend gericht was op medicamenteuze fixatie (geen focus van de aanbevelingen over praktische uitvoering; zie deel 2.3.2 van Hoofdstuk 1),

2. uitsluitend gericht was op fixatie en/of afzondering bij volwassenen (>25 jaar),
3. uitsluitend gericht was op fixatie en/of afzondering in het kader van agressie en escalatie en gepubliceerd vóór februari 2019. Dit laatste criterium werd toegevoegd omdat dit reeds de focus was van de literatuurstudie die werd uitgevoerd in het kader van de ontwikkeling van de intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie voor residentiële GGZ-voorzieningen en voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ (19). Er werd echter wel een update van deze search gedaan in PubMed, toegespitst op literatuur rond fixatie en/of afzondering in het kader van agressie en escalatie binnen de residentiële brede jeugdhulp die gepubliceerd werd sinds het uitvoeren van de literatuurstudie in februari 2019.

Er werd gezocht via PubMed (Medline), Education Resources Information Center (ERIC) en Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Hiervoor werden relevante vrije tekstwoorden en Thesaurus zoektermen gecombineerd door middel van Booleaanse operatoren (AND en OR). Iteratief werden in totaal 5 verschillende zoekstrings ontwikkeld o.b.v. de doelpopulaties (cf. inclusiecriteria): een zoekstring voor 1) kinderen en jongeren met een psychiatrische problematiek, 2) verstandelijke beperkingen, 3) fysieke beperkingen, 4) forensische problematiek, en 5) de algemene residentiële jeugdhulp. Deze werden in de eerste plaats ontwikkeld voor PubMed, waarna ze vertaald werden naar ERIC en CINAHL. Figuur 5 toont als voorbeeld de finale PubMed-zoekstring voor kinderen/jongeren met een verstandelijke beperking. De andere zoekstrings zijn beschikbaar op vraag bij de onderzoekers. In geen van de databanken werd gebruik gemaakt van filters. Voor de update van de PubMed search omtrent fixatie en/of afzondering in het kader van agressie en escalatie binnen de residentiële jeugdhulp werd dezelfde zoekstring gehanteerd als in de vorige studie. Bijkomend werd echter gespecificeerd dat de focus van de studies op kinderen en jongeren gericht moest zijn, en werd er een tijdslijm ingesteld vanaf februari 2019. Als laatste werd aan de deelnemende onderzoekers en leden van de richtlijnwerkgroep en -stuurgroep gevraagd of zij op de hoogte waren van eventueel bijkomende relevante literatuur.

(intellectual disabilit\* OR developmental disabilit\* OR learning disabilit\* OR learning difficult\* OR mental\* retard\*) AND (restraint intervention OR restraint OR immobilisation OR immobilization OR protective equipment OR protective device OR movement restriction OR movement suppression OR protective holding OR seclusion OR seclude)

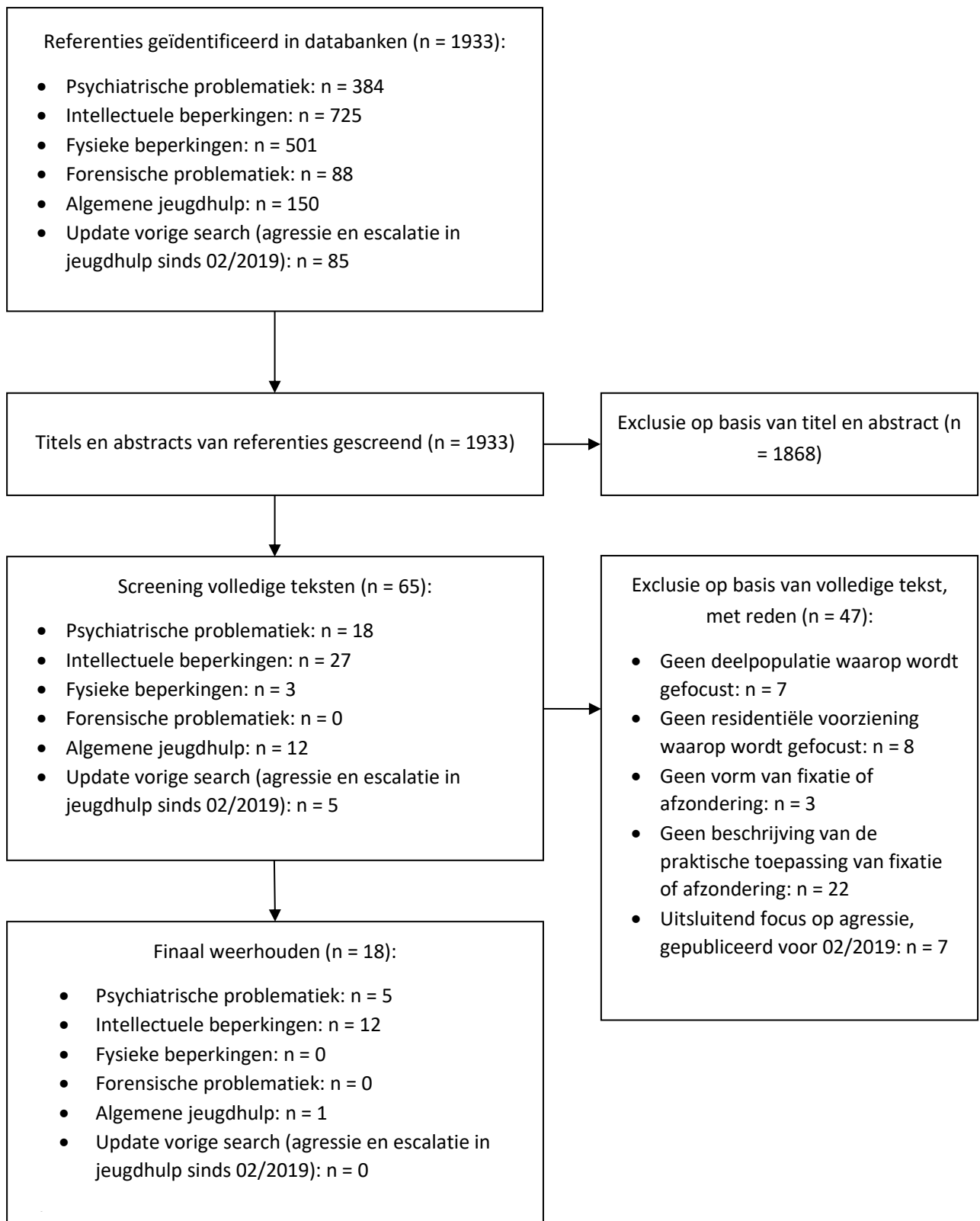
Figuur 5 Finale PubMed-zoekstring voor kinderen/jongeren met een verstandelijke beperking

Een eerste screening voor relevante literatuur werd gedaan op basis van titel en abstract. Referenties die mogelijk relevant waren, werden weerhouden voor een tweede screening. Tijdens de tweede screening werd de volledige tekst van de literatuur opgevraagd en gescreend op basis van hoger-vermelde in- en exclusiecriteria.



## 2 Resultaten

De finale zoekstrings werden ingevoerd tussen 01 april en 23 juni 2021. In totaal werden er 1933 referenties geïdentificeerd en gescreend op basis van titel en abstract. Na deze eerste screeningfase werden er in totaal 64 volledige teksten weerhouden en getoetst tegen de in- en exclusiecriteria. De voornaamste reden voor exclusie op basis van de volledige tekst, was dat studies vaak geen beschrijving gaven van de praktische toepassing van fixatie of afzondering (n = 22). Deze studies beperkten zich bijvoorbeeld tot het geven van de redenen waarom er werd gefixeerd of afgezonderd, zonder een beschrijving van de praktische toepassing ervan. Andere redenen voor exclusie waren dat studies niet in een residentiële setting werden uitgevoerd maar bijvoorbeeld in de thuissetting of een tandartspraktijk (n = 8), een andere doelpopulatie hadden (bijvoorbeeld een focus op kleuters in het algemeen; n = 7), fixatie of afzondering toepasten in het kader van agressie en gepubliceerd waren voor februari 2019 (n = 7) of geen vorm van fixatie of afzondering beschreven (bijvoorbeeld het gebruik van gewatteerde randen om niet te kwetsen; n = 3). Na deze tweede screeningsfase werden finaal 18 studies weerhouden als basis voor het ontwikkelen van de aanbevelingen. Het verloop van het zoek- en screeningsproces wordt weergegeven in Figuur 6.



Figuur 6 Verloop van het zoek- en screeningsproces van de rapid review

Tabel 17 geeft een overzicht van de categorieën waarbinnen elk van de 18 geïnccludeerde studies te plaatsen is, evenals de redenen waarom men tot fixatie en/of afzondering overging.

Alle studies bij mensen met een psychiatrische problematiek (n = 5) zijn te plaatsen binnen de categorie ‘veiligheid herstellen’ (i.e. bij acuut en ernstig gevaar). Al deze artikels beschreven de toepassing van

fysieke interventie om gedwongen voeding via een nasogastrische sonde mogelijk te maken bij ernstige ondervoeding (1-5).

Tien studies bij mensen met een verstandelijke beperking kunnen geplaatst worden binnen de categorie 'veiligheid behouden' (i.e. bij potentieel gevaar). Bij vijf van deze studies werd fysieke interventie met en zonder mechanische fixatie toegepast ter preventie of aanpak van zelfverwondend gedrag (6-10). De vijf overige studies bespraken de toepassing van fysieke interventie ter preventie of aanpak van stereotiep gedrag (bv. hand of object repetitief in de mond steken, met verwonding als mogelijk gevolg) (11-15). Vier studies binnen deze deelpopulatie vallen onder het 'bevorderen van ontwikkelings- of ontplooiingskansen'. Bij drie studies hiervan werd fysieke interventie al dan niet met mechanische fixatie toegepast om zelffixatie te voorkomen of aan te pakken (bv. arm of hand repetitief vastdraaien in kleding) (7, 9, 16). De vierde studie omvatte het gebruik van fysieke interventie ter preventie of het aanpakken van het gooien of repetitief verschuiven van objecten in een ruimte (17).

De enige studie uit de algemene jeugdhulp werd eveneens geplaatst binnen de categorie 'veiligheid herstellen' (i.e. acuut en ernstig gevaar). Deze beschreef de toepassing van fysieke interventie ter aanpak van agressie en escalatie in residentiële jeugdvoorzieningen (18).

Tabel 17 Categorieën en redenen van fixatie en/of afzondering van de 18 finaal weerhouden artikels

Deelpopulatie	N	Categorie	Reden van fixatie / afzondering	Referenties*
Psychiatrische problematiek	5	Acuut en ernstig gevaar	Fysieke interventie om gedwongen voeding via een nasogastrische sonde mogelijk te maken bij ernstige ondervoeding	(1-5)
Verstandelijke beperkingen	12	Veiligheid behouden	Fysieke interventie en mechanische fixatie ter preventie/aanpak van zelfverwondend gedrag	(6-10)
			Fysieke interventie ter preventie/aanpak van stereotiep gedrag	(11-15)
		Ontwikkelings- of ontplooiingskansen bevorderen	Fysieke interventie en mechanische fixatie ter preventie/aanpak van zelffixatie	(7, 9, 16)
			Fysieke interventie ter preventie/aanpak van het gooien of repetitief verschuiven van objecten	(17)
Fysieke beperkingen	0			
Forensische problematiek	0			
Algemene jeugdhulp	1	Acuut en ernstig gevaar	Fysieke interventie ter aanpak van agressie en escalatie in residentiële jeugdvoorzieningen	(18)
Update vorige search <sup>1</sup>	0			

<sup>1</sup> Update van de vorige search met focus op literatuur rond agressie en escalatie in de jeugdhulp, gepubliceerd sinds 02/2019

\*In een aantal studies werd fixatie of afzondering toegepast i.k.v. verschillende gedragingen (bv. automutilatie en zelffixatie). Die referenties werden bij de verschillende gedragingen herhaald.

### **3 Formulering van aanbevelingen op basis van de weerhouden literatuur**

De toelaatbaarheid van de vier categorieën van afzondering en fixatie (zie deel 5.1 van Hoofdstuk 1) bepaalde voor welke situaties en doelgroepen aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie zijn aangepast en ontwikkeld. Het betreft:

- Aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie om de veiligheid te herstellen bij ernstig en acuut gevaar. In alle betrokken doelgroepen/sub-sectoren zijn afzondering en fixatie in deze situaties toelaatbaar als laatste redmiddel, al dan niet onder dwang, en enkel wanneer alternatieven niet (meer) voldoende blijken om de veiligheid te behouden.
- Voorlopige aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie om de veiligheid te behouden bij potentieel gevaar en om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen bij jongeren met een verstandelijke beperking. Enkel voor deze doelgroep is afzondering en fixatie in deze situaties toelaatbaar mits toestemming van de jongeren (desgevallend zijn vertegenwoordiger).

#### **3.1 Aanbevelingen voor de praktische uitvoering van fixatie en afzondering om de veiligheid te herstellen (i.e. acuut en ernstig gevaar) bij kinderen en jongeren uit de brede residentiële jeugdhulp**

De bestaande intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in het kader van agressie en escalatie in residentiële GGZ-voorzieningen en voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ (19) werden als basis gebruikt voor het formuleren van deze aanbevelingen. Op basis van de focus van deze deelstudie van het project en de weerhouden literatuur rond acuut en ernstig gevaar werden aanbevelingen aangepast of werden nieuwe aanbevelingen toegevoegd. Waar de literatuur een bevestiging gaf van de bestaande aanbevelingen werden deze niet opnieuw herhaald.

Algemene aanpassingen aan de aanbevelingen omvatten het volgende:

- 'Zorggebruiker' werd 'jongere',
- 'Agressie en escalatie' werd 'acuut en ernstig gevaar',
- 'Hulpverlener' werd 'zorgverlener/begeleider',
- 'Leefgroep' werd toegevoegd naast 'afdeling'.

Tabel 18 biedt een overzicht van de concrete aanpassingen die werden gedaan aan de aanbevelingen. Aangezien enkel literatuur rond fysieke interventie kon worden weerhouden, zijn enkel daar wijzigingen doorgevoerd.

Tabel 18 Overzicht van de aanpassingen aan de bestaande aanbevelingen en nieuwe aanbeveling binnen de categorie 'acuut en ernstig gevaar' die werd toegevoegd o.b.v. de weerhouden literatuur

Eerder geformuleerde aanbeveling	Aangepaste / nieuwe aanbeveling	Referenties
Aanbeveling 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.	Aanbeveling 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, of wanneer de noodzakelijke behandeling* waarvoor de fysieke interventie wordt toegepast, is afgerond.  <i>* Gedwongen voeding via een nasogastrische sonde bij ernstige ondervoeding</i>	(1-5)
/	Aanbeveling 18: Overweeg het bijkomend gebruik van mechanische fixatie in uitzonderlijke omstandigheden waarbij de jongere een noodzakelijke behandeling* moet ondergaan en aanhoudend extreme vormen van fysieke agressie en weerstand vertoont tijdens de fysieke interventie.  <i>* Gedwongen voeding via een nasogastrische sonde bij ernstige ondervoeding</i>	(5)

Naast aanpassingen en toevoegingen op basis van de weerhouden literatuur zijn ook op basis van mensenrechtelijke evidentie enkele (delen van) aanbevelingen aangepast of toegevoegd. Deze aanbevelingen hebben betrekking op leeftijdsgrenzen, toezicht en het vragen van second opinion bij verlengde afzondering en mechanische fixatie. De rationales voor deze toevoegingen zijn terug te vinden in deel 3 van Hoofdstuk 2. Het betreft (de onderlijnde onderdelen van) volgende aanbevelingen:

- Pas geen mechanische fixatie toe bij jongeren tussen 13 en 18 jaar, tenzij afzondering of andere vormen van fixatie niet volstaan om de veiligheid te herstellen.
- 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 arts, met het oog op de tijdige behandeling of rapportage van mogelijke fysieke verwondingen of emotioneel trauma. Indien een arts deel uitmaakt van het begeleidende team, voert die het onderzoek uit. In voorzieningen waar geen arts permanent aanwezig is (bv. MFC's voor kinderen en jongeren, IPO's, voorzieningen in de jeugdhulp) kan deze controle ook door een verpleegkundige gebeuren, voor zover die de arts vervolgens onmiddellijk inlicht.

Indien het onderzoek niet om de 4 uur kon plaatsvinden worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.

- Indien een langdurige mechanische fixatie niet kan worden vermeden, zorgen de betrokken zorgverlener/begeleiders uiterlijk elke 4 uur voor een second opinion van een arts. Deze arts is afkomstig van BUITEN DE AFDELING/LEEFGroep waar de mechanische fixatie plaatsvindt. In voorzieningen waar geen arts permanent aanwezig is (bv. MFC's voor kinderen en jongeren,

IPO's, voorzieningen in de jeugdhulp) kan ook een verpleegkundige voor een second opinion zorgen, voor zover die de arts vervolgens onmiddellijk inlicht.

- 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 zorgverlener/begeleider, met het oog op de tijdige behandeling of rapportage van mogelijke fysieke verwondingen of emotioneel trauma. Indien de bevoegde zorgverlener/begeleider deel uitmaakt van het begeleidende team, voert deze zorgverlener/begeleider het onderzoek uit.
  - Indien de arts geoordeeld heeft dat de afzondering gepaard gaat met een nood aan medische zorg (zie C.II.2.4.b en d), onderzoekt een arts de toestand van de afgezonderde persoon. In voorzieningen waar geen arts permanent aanwezig is (bv. MFC's voor kinderen en jongeren, IPO's, voorzieningen in de jeugdhulp) kan deze controle ook door een verpleegkundige gebeuren, voor zover die de arts vervolgens onmiddellijk inlicht.
  - Indien de arts geoordeeld heeft dat de afzondering niet gepaard gaat met een nood aan medische zorg (zie C.II.2.4.b en d), onderzoekt een opgeleide zorgverlener/begeleider de toestand van de persoon.

Indien het onderzoek niet om de 4 uur kon plaatsvinden, worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.

- Indien een langdurige afzondering niet kan worden vermeden, zorgen de betrokken zorgverlener/begeleiders uiterlijk elke 4 uur voor een second opinion van een bevoegde zorgverlener/begeleider. Deze bevoegde zorgverlener/begeleider is afkomstig VAN BUITEN DE AFDELING/LEEFGROEP waar de afzondering plaatsvindt.
  - Indien de arts geoordeeld heeft dat de afzondering gepaard gaat met een nood aan medische zorg (zie C.II.2.4.b en d), geeft een arts van BUITEN DE AFDELING/LEEFGROEP – dus een andere arts – een second opinion. In voorzieningen waar geen arts permanent aanwezig is (bv. MFC's voor kinderen en jongeren, IPO's, voorzieningen in de jeugdhulp) kan ook een verpleegkundige voor een second opinion zorgen, voor zover die de arts vervolgens onmiddellijk inlicht.
  - Indien de arts geoordeeld heeft dat de afzondering niet gepaard gaat met een nood aan medische zorg (zie C.II.2.4.b en d), is elke opgeleide zorgverlener/begeleider afkomstig van BUITEN DE AFDELING/LEEFGROEP bevoegd voor het geven van een second opinion.

Het geheel van de aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie bij ernstig en acuut gevaar kan teruggevonden worden in deel D van de [intersectorale richtlijn](#).

### **3.2 Aanbevelingen voor de praktische uitvoering van fixatie en afzondering om de veiligheid te behouden en om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen bij kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking**

Ook voor de formulering van deze aanbevelingen werden de bestaande intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in het kader van agressie en escalatie in residentiële GGZ-voorzieningen en voorzieningen voor minderjarigen buiten de GGZ (19) als basis gebruikt. Op basis van de focus van dit project en de weerhouden literatuur rond het behouden van de veiligheid en het bevorderen van ontwikkelings- of ontplooiingskansen bij kinderen en jongeren met een

verstandelijke beperking, werden aanbevelingen aangepast of weggelaten, of werden nieuwe aanbevelingen toegevoegd. Waar de literatuur een bevestiging gaf van de bestaande aanbevelingen werden deze niet opnieuw herhaald. Dit proces resulteerde in *voorlopige* aanbevelingen die niet opgenomen zijn in de intersectorale richtlijn (zie ook deel 5.1 van Hoofdstuk 1). Ze hebben niet het statuut van finale aanbevelingen aangezien ze gebaseerd zijn op eerder beperkte wetenschappelijk evidentie. Voor een verdere bespreking van deze kwestie verwijzen we naar deel 2 van Hoofdstuk 8.

Drie geïncludeerde studies werden niet weerhouden om aanbevelingen op te baseren. In de studie van Kelley, Lerman (17) was de reden van fixatie (i.e. fysieke interventie ter preventie/aanpak van het gooien of repetitief verschuiven van objecten) in strijd met wat toegelaten is volgens het mensenrechtelijk kader, nl. fixeren om materiële schade te voorkomen of beperken (cf. Hoofdstuk 2). De studies van Kahng, Abt (6) en Scheithauer, O'Connor (16) zijn de enige studies die de toepassing van mechanische fixatie beschreven. Beide studies zijn casestudies waarin mechanische fixatie telkens bij slechts één jongere met een verstandelijke beperking werd toegepast. Daarnaast ging de jongere uit de studie van Scheithauer, O'Connor (16) vroegtijdig met ontslag, wat een extra beperking betekende voor de conclusies. Deze beperkingen zorgen voor erg povere evidentie, en beide studies werden dan ook niet weerhouden.

Algemene aanpassingen aan de aanbevelingen omvatten het volgende:

- 'Zorggebruiker' werd 'jongere',
- 'Agressie en escalatie' werd verwijderd en er werd, waar relevant, verduidelijkt dat het gaat om afzondering en fixatie om de veiligheid te behouden en om ontwikkelings- en ontplooiingskansen te bevorderen,
- 'Hulpverlener' werd 'zorgverlener/begeleider'.

Tabel 19 biedt een overzicht van de concrete aanpassingen die werden gedaan aan de aanbevelingen. Aangezien enkel literatuur rond fysieke interventie kon worden weerhouden, konden enkel daar wijzigingen aangebracht worden. (Voorlopige) aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en mechanische fixatie om de veiligheid te behouden en om kansen te bevorderen konden niet geformuleerd worden, aangezien daarover wetenschappelijke literatuur ontbreekt.

Tabel 19 Overzicht van de aanpassing aan de bestaande aanbevelingen en nieuwe aanbevelingen binnen de categorieën 'veiligheid behouden' en 'ontwikkelings- en ontplooiingskansen bevorderen' bij jongeren met een verstandelijke beperking die werden toegevoegd o.b.v. de weerhouden literatuur

Eerder geformuleerde aanbeveling	Aangepaste / nieuwe aanbeveling	Referenties of andere basis voor aanpassing / toevoeging / weglaten
<u>Titel:</u> Het team	<u>Titel:</u> Indien er meerdere zorgverleners betrokken zijn	Aangepast o.w.v. toevoeging categorie 'Indien één zorgverlener de fysieke interventie uitvoert'
/	<u>Titel:</u> Indien één zorgverlener de fysieke interventie uitvoert	(7-15)
/	<u>Aanbeveling 7:</u> Geef tijdens een fysieke interventie uitleg aan de gefixeerde persoon; dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijke mogelijk.	(11, 13) + geëxtrapoleerd van aanbeveling onder 'Het team'
/	<u>Aanbeveling 8:</u> Zorg ervoor dat je, indien nodig, het hoofd en de nek van de jongere beschermt en ondersteunt, en waakt over het vrijhouden van de luchtwegen en ademhaling, en over de vitale functies	Geëxtrapoleerd van aanbeveling onder 'Het team'
/	<u>Aanbeveling 9:</u> Vraag een collega-zorgverlener om ondersteuning als je niet zelf de voorzorgsmaatregelen of technieken op een goede manier kan uitvoeren of indien de situatie dreigt te escaleren.	Consensus onder onderzoekers
<u>Aanbeveling 7:</u> Hanteer (verbale) de-escalatietechnieken, ook als een persoon al door middel van een fysieke interventie is gefixeerd.	/	Weggelaten o.w.v. geen acuut en ernstig gevaar
/	<u>Aanbeveling 10:</u> Zorg er telkens voor dat de fysieke interventie en de wijze waarop deze wordt uitgevoerd in verhouding staan tot het gedrag dat de jongere stelt.	Consensus onder onderzoekers



<u>Aanbeveling 11</u> : Gebruik bij een fysieke interventie het tegen de grond werken van een persoon (liggend fixeren) alleen als laatste keuze	/	Weggelaten o.w.v. geen acuut en ernstig gevaar
<u>Aanbeveling 12</u> : 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.		Geëxtrapoleerd en aangepast om extra verduidelijking te geven
<u>Aanbeveling 16</u> : 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.	/	Weggelaten o.w.v. geen evidentie
/	<u>Aanbeveling 19</u> : Gebruik een fysieke interventie nooit als strafmaatregel.	Zie toelaatbaarheid
/	<u>Aanbeveling 20</u> : Bij automutilatie of stereotiep gedrag dat tot schade voor de persoon leidt moet altijd worden gezocht naar factoren die het gedrag versterken of verminderen.	(7, 8, 10-15)
	<u>Aanbeveling 21</u> : Ook bij zelffixatie die ontplooiingskansen in de weg staat moet altijd worden gezocht naar factoren die het gedrag versterken of verminderen.	(7, 9)
	<u>Aanbeveling 22</u> : Voordat fysieke interventie wordt overwogen, moeten alternatieve interventies worden verkend, zoals positief bekrachtigen van het gewenste gedrag, het ongewenste gedrag met verbale instructies proberen te onderbreken, of het aanpassen van voorwerpen en materialen in de nabije omgeving van de jongere.	(7, 8, 10-13, 15)

	<p><u>Aanbeveling 23</u>: Pas wanneer andere alternatieven zijn overwogen en niet het gewenste effect hebben, kan fysieke interventie worden toegepast bij automutilatie en stereotiep gedrag dat tot schade voor de persoon leidt, of bij zelffixatie die ontplooiingskansen in de weg staat.</p>	<p>(7, 8, 10-13, 15)</p>
	<p><u>Aanbeveling 24</u>: Mogelijke fysieke interventies bij automutilatie, stereotiep gedrag dat tot schade voor de persoon leidt en zelffixatie die ontplooiingskansen in de weg staat, kunnen bestaan uit 'response blocking' of 'response redirection'. Respectievelijk houdt de zorgverlener hierbij de beweging van het bewuste lichaamsdeel (bijv. de hand) tegen, of begeleidt de zorgverlener het lichaamsdeel naar een andere positie.</p>	<p>(7-15)</p>
<p><u>Aanbeveling 18</u>: Streef ernaar dat een fysieke interventie - in het kader van agressie en/of escalatie - in de regel niet langer dan 15 minuten duurt.</p>	<p><u>Aanbeveling 25</u>: Streef bij fysieke interventie(s) in de vorm van 'response blocking' of 'response redirection' in de regel eerder naar een aantal seconden dan een aantal minuten.</p>	<p>(11, 13, 15)</p>
<p><u>Aanbeveling 19</u>: Overweeg afzondering als een alternatief voor een verlengde fysieke interventie (meer dan 15 minuten).</p>	<p>/</p>	<p>Weggelaten o.w.v. geen evidentie</p>
	<p><u>Aanbeveling 26</u>: Registreer in het (be)handelings-/begeleidingsplan van de persoon dat de fysieke interventie(s) is/zijn besproken met en goedgekeurd door de jongere zelf en/of zijn vertegenwoordiger, evenals de situaties waarin de fysieke interventie(s) worden toegepast.</p>	<p>Consensus onder onderzoekers</p>
<p><u>Aanbeveling 20</u>: Observeer de persoon die de fysieke interventie ondergaat voortdurend, en evalueer hierbij ook voortdurend het effect van de maatregel</p>	<p>/</p>	<p>Weggelaten o.w.v. geen acuut en ernstig gevaar</p>
<p><u>Aanbeveling 21</u>: Observeer en evalueer tijdens een fysieke interventie altijd het niveau van agitatie, agressie en gewelddadig gedrag</p>	<p><u>Aanbeveling 27</u>: Observeer en evalueer altijd het onmiddellijk effect van de fysieke interventie(s) die de jongere ondergaat.</p>	<p>Aangepast o.w.v. geen acuut en ernstig gevaar</p>

<u>Aanbeveling 22:</u> Registreer na afloop van de fysieke interventie (in de regel na maximaal 15 minuten) zowel observaties als evaluaties van de fysieke interventie.	/	Weggelaten o.w.v. geen evidentie
<u>Aanbeveling 23:</u> 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.	/	Weggelaten o.w.v. geen evidentie
/	<u>Aanbeveling 28:</u> Neem in het (be)handelings-/begeleidingsplan minstens jaarlijks evaluaties op en bespreek het effect en de noodzaak van de fysieke interventie(s) binnen het multidisciplinaire team.	Evidentie uit de kwalitatieve studie (zie Hoofdstuk 6)

In bijlage 8 van dit rapport zijn alle voorlopige aanbevelingen te vinden over de praktische uitvoering van fysieke interventie bij potentieel gevaar en om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen bij de doelgroep van kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking.

#### 4 Referenties

1. Blikshavn T, Halvorsen I, Rø Ø. Physical restraint during inpatient treatment of adolescent anorexia nervosa: frequency, clinical correlates, and associations with outcome at five-year follow-up. *J Eat Disord.* 2020;8:20.
2. Clausen L, Jones A. A systematic review of the frequency, duration, type and effect of involuntary treatment for people with anorexia nervosa, and an analysis of patient characteristics. *J Eat Disord.* 2014;2(1):29.
3. Elzackers IF, Danner UN, Hoek HW, Schmidt U, van Elburg AA. Compulsory treatment in anorexia nervosa: a review. *Int J Eat Disord.* 2014;47(8):845-52.
4. Fuller SJ, Philpot U. The development of consensus-based guidelines for dietetic practice in nasogastric tube feeding under restraint for patients with anorexia nervosa using a modified Delphi process. *J Hum Nutr Diet.* 2020;33(3):287-94.
5. Kodua M, Mackenzie JM, Smyth N. Nursing assistants' experiences of administering manual restraint for compulsory nasogastric feeding of young persons with anorexia nervosa. *International journal of mental health nursing.* 2020;29(6):1181-91.
6. Kahng S, Abt KA, Wilder DA. Treatment of self-injury correlated with mechanical restraints. *Behavioral Interventions.* 2001;16(2):105-10.
7. Kerth DM, Progar PR, Morales S. The Effects of Non-Contingent Self-Restraint on Self-Injury. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.* 2009;22(2):187-93.

8. McKerchar TL, Kahng S, Casioppo E, Wilson D. Functional analysis of self-injury maintained by automatic reinforcement: exposing masked social functions. *Behavioral Interventions*. 2001;16(1):59-63.
9. Rapp JT, Miltenberger RG. Self-restraint and self-injury: a demonstration of separate functions and response classes. *Behavioral Interventions: Theory & Practice in Residential & Community-Based Clinical Programs*. 2000;15(1):37-51.
10. Weeden M, Mahoney A, Poling A. Self-injurious behavior and functional analysis: where are the descriptions of participant protections? *Research in developmental disabilities*. 2010;31(2):299-303.
11. Cannella-Malone HI, O'Reilly MF, Sigafoos J, Chan JM. Combined curricular intervention with brief hands down to decrease hand mouthing and the use of arm splints for a young boy with profound disabilities. *Education and Training in Developmental Disabilities*. 2008:360-6.
12. Chung Y-C, Cannella-Malone HI. The effects of pre-session manipulations on automatically maintained challenging behavior and task responding. *Behavior Modification*. 2010;34(6):479-502.
13. S. Roane CCP, Gina M. Sgro, Valerie M. Volkert, Cynthia M. Anderson, Henry. Analysis of aberrant behaviour associated with Rett syndrome. *Disability and Rehabilitation*. 2001;23(3-4):139-48.
14. Tarbox J, Wallace MD, Tarbox RS. Successful generalized parent training and failed schedule thinning of response blocking for automatically maintained object mouthing. *Behavioral Interventions: Theory & Practice in Residential & Community-Based Clinical Programs*. 2002;17(3):169-78.
15. Roscoe EM, Iwata BA, Zhou L. Assessment and treatment of chronic hand mouthing. *J Appl Behav Anal*. 2013;46(1):181-98.
16. Scheithauer M, O'Connor J, Toby LM. Assessment of self-restraint using a functional analysis of self-injury. *J Appl Behav Anal*. 2015;48(4):907-11.
17. Kelley ME, Lerman DC, Van Camp CM. The effects of competing reinforcement schedules on the acquisition of functional communication. *J Appl Behav Anal*. 2002;35(1):59-63.
18. Braun MT, Adams NB, O'Grady CE, Miller DL, Bystrynski J. An exploration of youth physically restrained in mental health residential treatment centers. *Children and Youth Services Review*. 2020;110:104826.
- \*19. Vanlinthout, E., De Cuyper, K., Vanhoof, J., Peeters, T., Opgenhaffen, T., Nijs, S., van Achterberg, T., Van Audenhove, Ch. (2020b). 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. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/2020-07-ef38-aanbevelingen-prakt-uitvoering-a-en-f.pdf>

\* Geen resultaat van de zoekopdracht. Werd geïnccludeerd ter verduidelijking.

## Hoofdstuk 6

### Intersectorale kwalitatieve studie met alle stakeholdersgroepen uit de brede residentiële jeugdhulp

Om zicht te krijgen op de visies van Vlaamse experten op goede praktijken van preventie en toepassing van afzondering en fixatie – en hun consensus daarover - is een intersectorale kwalitatieve studie uitgevoerd met alle stakeholdersgroepen van de betrokken sub-sectoren. De kwalitatieve studie bestaat uit volgende onderdelen:

- Online interviews met beleidsmedewerkers en zorgverleners/begeleiders van zes **residentiële voorzieningen** die geselecteerd zijn omwille van hun best practices met betrekking tot de preventie en toepassing van afzondering en fixatie. Het betreft interviews met drie residentiële multifunctionele centra (MFC's) en drie residentiële jeugdhulp-organisaties,
- Interviews met drie jongvolwassenen met ervaring binnen een residentiële MFC en een online focusgroep met vijf **jongvolwassenen** met ervaring in de residentiële (forensische) jeugdhulp en/of kinder- en jeugd-GGZ,
- Online interviews met vijf ouders met ervaring binnen een residentiële MFC en een online schriftelijke bevraging van vijf **ouders** met ervaring in de residentiële (forensische) jeugdhulp en/of kinder- en jeugd-GGZ,
- Twee online expertpanels met **professionals, jongeren/gebruikers- en familieorganisaties en onderzoekers** over de eerste versie van de intersectorale richtlijn (= Expertpanel 1). In deze expertpanels zijn in totaal 35 experten bevraagd,
- Eén online expertpanel met de **richtlijnwerkgroep** over de afstemming van de 3<sup>de</sup> versie van richtlijn op de waarden en de voorkeuren van de sub-sectoren met betrekking tot goede kwaliteit van zorg/begeleiding en over de haalbaarheid van deze richtlijn (= Expertpanel 2). Tien leden van de richtlijnwerkgroep namen deel aan het expertpanel.

Voor elk van deze onderdelen van de kwalitatieve studie beschrijven we in dit hoofdstuk de methode en de resultaten.

#### 1 Interviews met beleids- en praktijkmedewerkers werkzaam in voorzieningen met goede praktijken omtrent de preventie en toepassing van afzondering en fixatie

##### 1.1 Multifunctionele centra voor kinderen en jongeren met een beperking

###### 1.1.1 Methode

Er werden via Skype drie interviews gedaan met duo's van beleids- en praktijkmedewerkers die werkzaam zijn in een multifunctioneel centrum (MFC) voor kinderen en jongeren met een beperking. De bedoeling was om medewerkers te interviewen van voorzieningen die al goede praktijken hadden op het vlak van (de preventie of de toepassing van) afzondering en fixatie. Twee MFC's namen eerder deel aan een delphi-studie over dit thema. Deze organisaties richtten zich echter niet op jongeren met

een lichte verstandelijke beperking. Om zeker ook deze doelgroep mee te nemen, werd er vervolgens gericht gezocht naar een derde organisatie met de doelgroep van jongeren met een lichte tot matige verstandelijke beperking. Op basis van hun inspectieverslag werden zij ook betrokken bij dit onderzoek.

De beleidsmedewerkers waren een zorgcoördinator, een medewerker in een project waarin blijvend verdiept wordt in het thema vrijheidsbeperkende maatregelen en een pedagogisch directeur. De praktijkmedewerkers waren een PTV-coach<sup>113</sup>, een agressiecoach/teamleider en een medewerker van een crisisinterventieteam. Iedere respondent had ruime ervaring in het MFC (minstens 5 jaren ervaring). De MFC's hadden zorggebruikers van verschillende leeftijden, maar iedereen gaf zorg en ondersteuning aan kinderen en jongeren. De doelgroepen waren respectievelijk 'matige tot diepe verstandelijke beperking en gedrags- en emotionele stoornissen' (MFC1), 'ernstige tot diepe verstandelijke beperking en (gedeeltelijk) gedrags- en emotionele stoornissen' (MFC2) en 'lichte tot matige verstandelijke beperkingen (IQ 50 tot 70), autisme en gedrags- en emotionele stoornissen' (MFC3).

De interviews volgden grotendeels een leidraad (zie bijlage 2) die verschillende thema's behandelde, waaronder:

- vorm, indicatie en finaliteit van de vrijheidsbeperkende maatregelen die toegepast worden;
- de gebruikte richtlijnen en de evaluatie ervan;
- de ontwikkeling, disseminatie en implementatie van een preventiebeleid en
- randvoorwaarden en uitdagingen.

In wat volgt worden deze thema's besproken.

### 1.1.2 Resultaten

De respondenten gaven aan dat afzondering en fixatie gebruikt worden voor volgende **indicaties**: in geval dat het gedrag van de persoon de veiligheid van de persoon in gevaar brengt, de personen uit de omgeving of het materiaal in gevaar is als gevolg van het gedrag van de persoon, of om te beschermen tegen negatieve gevolgen van het gedrag van de persoon.

Verder werd elke **vorm** – afzondering, fysieke interventie, mechanische fixatie en medicamenteuze fixatie - in de dagelijkse praktijk herkend, buiten mechanische fixatie in MFC3. In MFC3 wordt fysieke fixatie gebruikt als (eventuele) techniek om de jongere te verplaatsen van de ruimte waarin het probleem zich voordoet naar de spreekkamer of andere ruimte. Afzondering gebeurt in 'TAVA's'<sup>114</sup>. De persoon kan er zelf naartoe (met open deur) of de persoon kan er naartoe gebracht worden (met gesloten deur). Medicamenteuze fixatie wordt toegepast indien voorgeschreven door de kinderpsychiater (die ook noodmedicatie voorschrijft). Er worden in MFC2 geen intramusculaire inspuitingen meer gedaan (maar dit kan wel gebeuren door naburig ziekenhuis). Wat betreft afzondering wordt er in MFC1 zoveel mogelijk gebruik gemaakt van compartimentering, bijvoorbeeld aan de hand van poortjes, waardoor het contact met de persoon behouden blijft. Er wordt in MFC1 ook opgemerkt dat er bij kinderen vaker dan bij andere cliënten gebruik wordt gemaakt van orthesen (bv. staplanken, korsetten of spalken). Deze worden door de respondenten ook als mechanische fixatie gezien, in tegenstelling tot de definities van fixatie van de Vlaamse overheid.

---

<sup>113</sup> PTV staat voor Persoons- en Teamgerichte Veiligheidstechnieken.

<sup>114</sup> Ruimtes met een 'totale afzondering van aanmoediging/aandacht'.

Er werden enkele opmerkingen gemaakt in verband met **medicamenteuze fixatie**:

*“Soms zijn we nog te conservatief in de toediening van medicatie. Er is nog niet altijd de ruimte om flexibel af te bouwen of dit te proberen. Ook een probleem is het beter registreren ervan: wat mogen we verwachten van de medicatie, wat zijn gunstige effecten en als deze effecten niet gezien worden, mag er dan mee gestopt worden?” (MFC1)*

*“Van medicamenteuze fixatie wordt soms vergeten dat het een vrijheidsbeperkende maatregel is. Het gaat sneller, is minder confronterend en vraagt minder inspanning. Is daardoor volgens ons dus ook onzichtbaarder. Door het gemak van medicamenteuze fixatie kan het gebruik ervan soms lang aanslepen. Het wordt bijvoorbeeld gestart als tijdelijke maatregel, maar blijft nadien in het medicatieschema behouden. Bij herevaluatie van de medicatie en andere vrijheidsbeperkende maatregelen, wat systematisch en ten minste ongeveer om het anderhalf jaar gebeurt, kan dit opgemerkt en herbekeken worden met een arts.” (MFC2)*

Naast afzondering en fixatie wordt ook (aangeleerd of zelf gezocht) **zelfbeschermend gedrag** herkend bij de cliënten, in het bijzonder in MFC1 en MFC3, bijvoorbeeld op de handen gaan zitten, zich afzonderen in de eigen kamer onder het deken, de trui over het hoofd trekken of een handdoek op het gezicht leggen. In deze voorbeelden is er vaak sprake van overprikkeling. Bovengenoemde manieren van coping met overprikkeling worden door de begeleiding meestal toegelaten. Soms zijn copingstrategieën op de korte termijn misschien wel aanvaardbaar, maar niet op de lange termijn (bijvoorbeeld zich afzonderen en daardoor contact missen en niet meer eten). Dan wordt er gezocht naar alternatieve copingwijzen.

Elke **finaliteit** van afzondering en fixatie (zie deel 4 van Hoofdstuk 1) werd in de dagelijkse praktijk herkend, behalve de straf. *“Afzondering en fixatie als straf is niet aan de orde”,* zeggen de respondenten van MFC1, *“niet enkel omdat het verboden is, maar ook omdat de cliënten niet over het leervermogen beschikken om met afzondering en fixatie als straf om te gaan en bovendien vanuit sociaal-emotionele ontwikkeling ook vaak behoefte hebben aan nabijheid”*. De respondenten van MFC2 gaven aan dat *“vanuit het afstemmingsmodel (zie onder) vrijheidsbeperkende maatregelen niet kunnen als straf, want dan zou de verantwoordelijkheid van het probleemgedrag enkel bij de cliënt zelf gelegd worden”*. Respondenten van MFC3 gaven tenslotte het volgende aan:

*“Het is soms een dunne lijn. Een jongere heeft bijvoorbeeld zo ernstig ‘uitgehaald’ in een leefgroep, dat hij er niet naar terug kan en bijgevolg in de isolatie moet slapen. In principe is er dan geen ‘echt’ gevaar meer, maar treed je preventief op. De lijn met een straf is echter zeer dun.” MFC3*

In MFC3 is er een aparte **‘Time Out Unit’ (TOU)**. Dit is een unit met bijzondere expertise in afzondering en fixatie. TOU kan worden opgeroepen door de leefgroepen. Per dag zijn er een 5 à 10 oproepen voor TOU. Er is tweewekelijks een vergadering binnen TOU. Indien nodig worden hier andere actoren, zoals leefgroepbegeleiders, betrokken. De respondenten uit MFC3 zien in het bestaan van TOU zelf enkele voor- en nadelen:

- Voordelen
  - Het creëert voorspelbaarheid (er is een basisprocedure, die eventueel aangepast wordt aan de noden van de jongere en door middel van (her)evaluatie)
  - De situatie wordt sneller ontmijnd
  - TOU kan kort op de bal spelen en naar de leefgroep komen, maar kan ook telefonisch adviseren

- Ze hebben meer tijd voor de jongere, en kunnen ook intensief aan de slag gaan met herstel
- Nadelen
  - De TOU-begeleider heeft een bepaald imago bij de jongeren. Ze staan ofwel positief ten opzichte van de TOU-begeleider, ofwel angstig. Dat is natuurlijk jammer en kan een toekomstige interventie bemoeilijken. In het herstel na het conflict wordt hierop ingezet.
  - De mogelijkheid om TOU op te roepen, maakt dat het voor begeleiders in leefgroepen een gemakkelijke oplossing wordt om een negatieve situatie te vermijden. Als de leefgroepbegeleiding duidelijk maakt dat TOU nodig is, gaat TOU niet twifelen en meteen ter plaatse komen. Als achteraf blijkt dat de leefgroepbegeleiding toch bepaalde dingen zelf had kunnen doen, zonder tussenkomst van TOU, wordt dit nadien op een evaluatie besproken. Het samen met de zorggebruiker werken aan een negatieve situatie kan immers de onderlinge band versterken. Het is dus belangrijk dat die versterking van de band met de eigen leefgroepbegeleider gebeurt.

**Richtlijnen** in de toepassing van afzondering en fixatie zijn er organisatie-breed (visie en kaders: bijvoorbeeld beleidsnota's over vrijheidsbeperkende maatregelen of het omgaan met grensoverschrijdend gedrag) en individu-specifiek (bijvoorbeeld signaleringsplannen, handelingsplannen, dossiers met maatregelen goedgekeurd door het individu, de familie of de arts). Op niveau van de organisatie worden de algemene lijnen uitgetekend (en deze worden voortdurend aangepast). Als deze onvoldoende blijken, wordt er op niveau van het individu rond de tafel gezeten met verschillende betrokkenen en worden er op maat individuele richtlijnen ontwikkeld. Medewerkers van MFC2 geven aan dat dit soms gepaard gaat met een uitdaging:

*“Er worden dan op maat individuele richtlijnen ontwikkeld. Vaak gebeurt dit na een incident, wat een uitdaging met zich meebrengt. Alles zit dan immers nog vers in het geheugen en sommige personen zijn dan drastischer terwijl anderen een gematigdere houding aannemen.”*  
MFC2

De respondenten van MFC3 geven aan dat handelingsplannen en signaleringsplannen samen met de jongeren worden opgesteld. Zo weten de jongeren wat de huidige situatie is, en wat het risico of gevolg van hun gedrag kan zijn:

*“zodat de jongere weet dat ‘als ik van groen naar oranje ga, ik moet opletten dat ik niet doorschiet’ en ‘dat ze mij er op aan mogen spreken’”.* MFC3

In MFC1 wordt vermeld dat leefgroepbegeleiders naar eigen inschatting gebruik mogen maken van de goedgekeurde maatregelen. Dit betekent ook dat ze mogen beslissen om het niet te doen. Bij crisissen mag de begeleider in MFC1 en MFC2 naar eigen inschatting handelen binnen het brede kader van de organisatie. Elke afwijking van de richtlijnen moet wel genoteerd en gemotiveerd worden.

*“Na een crisis wordt er wel stevast geëvalueerd: wat staat er in het plan, en wat is er gebeurd en gedaan?”* MFC1

**Evaluatie** van de richtlijnen en ingestelde vrijheidsbeperkende maatregelen is er minimaal op vaste momenten (tweemaal per jaar tot minstens om het anderhalf jaar). Er is wel een frequentere evaluatie bij



crisissen. Soms maakt een beslissing op beleidsniveau dat er indirect op leefgroepniveau heroverwegingen worden gedaan:

*“In 2015 maakten we een resolute keuze: vanaf dan mocht er enkel nog driepuntsfixatie gebeuren, in plaats van het eerdere gebruik van tweepuntsfixatie. Driepuntsfixatie is veiliger, maar werd door de begeleiders ook als ingrijpender beschouwd. Iedereen van twee- naar driepuntsfixatie overschakelen, kon dus niet. Dit zorgde in vele gevallen voor een heroverweging: gaan we verder met een meer ingrijpende manier, of zoeken we alternatieven?”* MFC2

Ook bij een verhuis naar een nieuwe voorziening wordt er vaak geëvalueerd:

*“We gaan in overleg met ouders, de leefgroepbegeleiders, de individuele begeleider en anderen, en doen dit op verschillende momenten. We proberen dan een gulden middenweg te zoeken in wat er behouden blijft en wat niet.”* MFC2

*“Wanneer de maatregelen nodig zijn en we kunnen ons vanuit onze visie vinden in de gebruikte maatregelen, nemen we alle maatregelen over en bekijken we nadien of we kunnen afbouwen of veranderen. Bij maatregelen die we niet veilig vinden, die we onnodig vinden en die niet passen bij onze visie, gebruiken we de verandering van context als opening om iets anders te gaan doen.”* MFC1

In elke setting is er aandacht voor **herstel** vanwege de jongere na agressie en/of escalatie. De concrete vorm ervan is afhankelijk van de mogelijkheden van de cliënt. Steeds is er wel een nadruk op de nog aanwezige band.

*“We hebben een open armen-beleid. We zullen de draad terug oppikken of toch een diepgaander gesprek plannen, een fijne activiteit ondernemen, een eigen herstelidee laten voorstellen, ...”* MFC1

*“Er wordt op aangedrongen dat de persoon die de vrijheidsbeperkende maatregel is begonnen, het ook beëindigt. Ook moedigen we aan dat er nadien indien mogelijk over gepraat wordt, of dat er samen iets wordt gedronken. Sommige bewoners willen achteraf hun excuses aanbieden: ze willen ‘terug vriend maken’. Dat de band er nog is, is belangrijk om te weten.”* MFC2

*“We streven naar een goedmaakbeweging en proberen die vanuit de jongere te laten komen. Een goedmaakbeweging kan vele vormen aannemen, maar een oprechte is het belangrijkste, geen snelle sorry. Er kan dus wel eens wat tijd over gaan. Er wordt een onderscheid gemaakt in herstel jegens materiaal of jegens personen. In herstel jegens personen wordt er geen onderscheid gemaakt tussen begeleiders en jongeren. Ze staan op gelijke voet. Het is dus niet zo dat een conflict met een begeleider erger is dan een conflict met een andere jongere.”* MFC3

Respondenten geven aan dat de toepassing van afzondering en fixatie ook niet altijd negatief is. Afzondering en fixatie maken ook dingen mogelijk, ze geven **kansen**:

*“Er mag niet vergeten worden dat vrijheidsbeperkende maatregelen ook dingen mogelijk maken. De kosten worden dan afgewogen aan de baten. Weegt het kunnen gaan paardrijden bijvoorbeeld op tegen gefixeerd worden tijdens een stressvolle busrit?”* MFC1

*“Vrijheidsbeperkende maatregelen geven ook kansen. Bijvoorbeeld muziektherapie kunnen volgen en meedoen door fixatie op stoel, eindelijk terug rustig kunnen slapen door een bedbox, of naar een festival kunnen gaan en kunnen slapen in een tent dankzij fixatie aan een piket in de grond.”* MFC2

Er werd de respondenten gevraagd naar hun **beleid omtrent preventie** van afzondering en fixatie. Het preventiebeleid blijkt onderdeel van het breder beleid en van de bredere visie.

*“Het grootst mogelijke preventiebeleid, dat is begrijpen wat de kinderen nodig hebben en daarmee aan de slag gaan. We moeten de jongere horen, onder andere in onze jongerenraad, en preventieve acties ondernemen, zoals een juist leefklimaat met betrouwbare begeleiders, investeringen in individuele of groepsaccommodatie, ontladings- en ontspanningsmogelijkheden buiten de groep, en ondersteunende diensten die therapeutisch of vrije tijdsgericht kunnen zijn.” MFC3*

*“We willen de persoon zich goed doen voelen, we tonen oprechte nabijheid en zoeken naar de functie van zijn of haar gedrag. Als de achterliggende boodschap, nood of wens gekend is, kunnen we alternatieve manieren, nabijheid of voorspelbaarheid aanbieden.” MFC1*

Er worden verschillende **principes, theorieën of kaders** als basis gezien. Onder meer de principes van doelmatigheid (is de maatregel geschikt om gevaar/nadeel te voorkomen/af te wenden?), proportionaliteit (afweging t.o.v. de inbreuken of negatieve gevolgen) en subsidiariteit (wat is de lichtst mogelijke en evenzeer doeltreffende optie?), en de kaders van de sociaal-emotionele ontwikkeling (Došen), kwaliteit van leven (Schalock), universele behoeften (Maslow), Life Space Crisis Intervention, en het afstemmingsmodel. In verband met het afstemmingsmodel geven de respondenten van MFC2 het volgende mee:

*“Het gedrag van een cliënt is dan het resultaat van hoe cliënt- en omgevingsfactoren op elkaar zijn afgestemd. Probleemgedrag wordt dan bekeken als een verstoorde afstemming tussen de cliënt en de omgeving. Dit laatste betekent dan ook dat het afleren of doen verdwijnen van probleemgedrag op zichzelf geen geldige reden is om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen. Wanneer we vrijheidsbeperkende maatregelen gebruiken, dient dit steeds in functie te staan van een hernieuwde afstemming tussen cliënt en omgeving. Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn dan één aspect in de afstemming tussen cliënt en omgeving die het mogelijk gaan maken om te komen tot een positieve omgang met de cliënt.” MFC2*

Er worden verschillende **randvoorwaarden** als belangrijk gezien om tot een goed preventiebeleid (en de realisatie ervan) te komen. Ten eerste wordt er vanuit het beleidsniveau gestreefd naar eenvormigheid, door middel van vormingen (waar “de begeleiders mee in het bad worden getrokken”), sensibilisering (bijvoorbeeld ervaren wat het betekent om vastgemaakt te worden) en het innemen van een daadkrachtig standpunt (bijvoorbeeld duidelijke terminologie). In MFC3 is er een jaarlijkse methodiekenmarkt waar de experts van de verschillende clusters (o.a. TOU) hun expertise delen, wat het enthousiasme bij anderen kan aanwakkeren en waardoor begeleiders ook weten wie te contacteren bij vragen. Overigens is er in MFC3 ook psycho-educatie voor jongeren, met name over het omgaan met boosheid of verdriet door het aanleren van de rots en water methode. Dit biedt jongeren meer inzicht in hun eigen gedrag en dat van anderen, en hoe hiermee om te gaan.

Ten tweede wordt er van begeleiders gevraagd om creativiteit te tonen (bijvoorbeeld in het zoeken naar alternatieven) en initiatief te nemen (bijvoorbeeld om een externe vorming te volgen), en echtheid en transparantie naar de jongeren uit te stralen. Transparantie wordt er ook gevraagd van de begeleiders naar het beleid toe: durven aangeven wanneer het niet gaat, waardoor men elkaar kan steunen en samen fouten kan oplossen. Verder wordt er ook opgemerkt dat er maturiteit nodig is, dat begeleiders de vaardigheid moeten hebben om om te gaan met de sluipende spannende sfeer:

*“Er hangt dan iets in de lucht. Die sluipende spannende sfeer blijkt slopender dan de eigenlijke gedragsproblemen. Op die momenten moet er immers op de tippen gelopen worden. Dat leidt tot een groot verloop in personeel.” MFC2*

Ten derde worden er enkele faciliterende zaken vernoemd bij het zoeken van alternatieven: enerzijds de technische dienst en het naaiatelier in MFC1 en MFC2 die creatieve oplossingen mogelijk maken, anderzijds de infrastructuur die ook mogelijkheden kan bieden, bijvoorbeeld voor ontlasting of die aangepast is aan de mogelijkheden van de doelgroep.

MFC3 gaf tenslotte nog volgende besluitende boodschap mee:

*“Men verwacht heel veel van ons, maar het wettelijk kader is voor ons absoluut niet duidelijk. Wat we willen doen, daar moeten we in gedekt zijn. De rechten moeten duidelijk omschreven zijn. Het ‘streven naar geen toepassing’ is namelijk niet bij iedereen mogelijk.” MFC3*

## **1.2 Residentiële (forensische) jeugdhulp en Residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ**

### **1.2.1 Methode**

Het doel van deze interviews was om kennis te maken met residentiele open en gesloten jeugdhulpvoorzieningen met goede praktijken omtrent de preventie en toepassing van afzondering en fixatie. We zochten naar gemeenschappelijke elementen inzake preventie en goede praktijken tussen deze drie voorzieningen ter onderbouwing van de intersectorale richtlijn.

Er zijn drie Vlaamse jeugdhulpvoorzieningen geïnterviewd in de periode september-oktober 2020. Telkens zijn één of meerdere directieleden, beleidsvoerders, beleidsmedewerkers en/of begeleiders bevraagd. De voorzieningen situeren zich in drie verschillende Vlaamse provincies. De selectie van deze voorzieningen met goede praktijken gebeurde op basis van de jaarverslagen van de Commissie van Toezicht voor jeugdinstanties (2018, 2019) en de inspectieverslagen van zorginspectie over vrijheidsbeperkende maatregelen in OOC's en proeftuinen van jongerenwelzijn (2018). 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. Vandaar dat in deze reeks van interviews met voorzieningen met goede praktijken geen gemeenschapsinstellingen zijn geïnterviewd. Wel vond er een interview met de directie van één gemeenschapsinstelling plaats, zodat de onderzoekers zicht kregen op de bekommernissen omtrent afzondering en fixatie in dit type van jeugdhulpvoorzieningen.

Enkele karakteristieken van de voorzieningen met goede praktijken die zijn geïnterviewd en van de jongeren die er verblijven:

- Het gaat om twee private jeugdhulpvoorzieningen die jongeren en hun gezinnen begeleiden en één Onthaal, Oriëntatie en Observatiecentrum.
- Jongeren worden naar de voorzieningen doorverwezen door andere jeugdhulpvoorzieningen, de jeugdrechter, gemeenschapsinstellingen, het ambulante netwerk wanneer jongeren van thuis komen (bv. centrum voor Leerlingenbegeleiding en Ondersteuningscentrum Jeugdzorg).

- De voorzieningen hebben verschillende open of gesloten residentiële leefgroepen voor jongens en/of meisjes en voor verschillende leeftijden.
- De voorzieningen hebben voor kinderen onder 12 jaar vaak gemengde leefgroepen en voor adolescenten gescheiden leefgroepen.
- De voorzieningen begeleiden verschillende doelgroepen: jongeren uit een verontrustende leefsituatie die al dan niet jeugddelicten gepleegd hebben en/of niet-begeleide minderjarige asielzoekers zijn.
- Verschillende vormen van begeleiding worden aangeboden: diagnostiek, kamertraining voor adolescenten, beveiligd verblijf, crisisbegeleiding en/of verblijf voor jonge gezinnen.
- Naast de residentiële begeleiding is er ook de mogelijkheid tot contextbegeleiding zonder verblijf in een leefgroep.

De voorzieningen zijn gecontacteerd met een informatiebrief en een datum voor het interview werd vastgelegd. Ter voorbereiding van de interviews werd een interviewleidraad opgesteld met inleidende vragen over de functie van de deelnemers en de doelgroep en de missie van de voorziening, vragen over het preventiebeleid/visie op preventie van agressie, escalatie, afzondering en fixatie en vragen over de toepassing van afzondering en fixatie (zie bijlage 3).

De drie interviews vonden online plaats omwille van de coronamaatregelen. Eén moderator en twee notulisten waren telkens aanwezig en het interview werd opgenomen. Op het einde van de interviews, werden de voorzieningen gevraagd om uitgeschreven visiedocumenten van de voorziening door te sturen, indien mogelijk.

Tabel 20 Informatie over deelnemers aan de interviews

<b>Voorziening</b>	<b>Deelnemers</b>
Voorziening 1	Begeleider & directeur
Voorziening 2	Afdelingshoofd beveiligd verblijf & directeur
Voorziening 3	Twee leefgroep begeleiders & psycholoog/gezinsbegeleider

De opnames en notities werden gebruikt voor het schrijven van een verslag voor elke voorziening afzonderlijk. Daarna werden de drie verslagen kwalitatief geanalyseerd: aan de hand van de thema's die aan bod kwamen in de interviewleidraad is de input die in twee of drie voorzieningen aan bod kwam, samengevat voor de drie voorzieningen samen.

## 1.2.2 Resultaten

### 1.2.2.1 *Visie op afzondering en fixatie*

De drie geïnterviewde voorzieningen streven een nulbeweging na waarbij er in geen enkele leefgroep afgezonderd of gefixeerd wordt. Afzondering en fixatie worden gezien als 'niet van deze tijd'. De voorzieningen hebben geen afzonderingsruimten. Dit is door een aantal zaken ingegeven. Veel jongeren die in een voorziening verblijven zijn al getraumatiseerd door opgesloten te worden in een kamer. Het opsluiten van een jongere in de voorziening kan een (her)traumatiserend effect hebben.

Een fysieke interventie wordt enkel en alleen gebruikt als laatste redmiddel bij acuut gevaar om de veiligheid van de jongere of van de groep te herstellen. Wanneer een jongere emotioneel overspoeld wordt of agressief is, is het aan de begeleiders om de jongere te kalmeren door te praten, door deze tijdelijk te sturen naar een niet gesloten ruimte, of door de jongere vast te houden. Dit laatste valt niet onder fysieke interventie aangezien het vasthouden onmiddellijk stopt wanneer de jongere zich losmaakt of niet meer wilt en dit wordt gedaan met warmte, liefde en zorg voor de jongere. Een fysieke interventie mag nooit tot doel hebben om de macht te grijpen of controle te nemen. Fysieke ingrepen dienen uitzonderlijk te zijn.

Het personeel wordt geen agressiehanteringstechnieken aangeleerd om afzondering en fixatie niet onder de aandacht te brengen en omdat het niet de taak is van de begeleider om de situatie op deze manier onder controle te krijgen op het moment zelf.

### 1.2.2.2 *Visie op begeleiding*

Hoewel de visie op begeleiding niet aan één groot principe kan gekoppeld worden, werken de drie voorzieningen volgens de filosofie en de visie van geweldloos verzet/nieuwe autoriteit.

Geweldloos verzet/nieuwe autoriteit is een basishouding die een begeleider in de voorziening moet hebben, waarbij de verantwoordelijkheid voor de relatie met de jongere bij de begeleider ligt. De begeleider streeft ernaar om een authentieke relatie met de jongere aan te gaan, ondanks dat hij geen natuurlijke opvoedingsfiguur is. Iedereen in de voorziening wordt daarnaast als gelijkwaardig gezien.

Binnen de visie is het belangrijk dat een begeleider zichzelf onder controle kan houden. De visie van de voorziening moet gedragen worden door de begeleider. De begeleider moet zich goed voelen bij wat hij doet en zal alles doen wat hij moet en kan doen, ongeacht de reactie van de jongere. Op het moment dat een begeleider iets verwacht van de jongere, is die afhankelijk van de jongeren en dit zal ervoor zorgen dat de begeleider vermoeid raakt en het misschien opgeeft. Daarom staat de verantwoordelijkheid van de begeleider voor de relatie met de jongere in deze visie centraal.

Er wordt wel getracht zo veel mogelijk in dialoog te gaan met de jongere om na te gaan wat de jongere nodig heeft en wat hem helpt. Wanneer een jongere het moeilijk heeft probeert men vanuit de nieuwe autoriteit fysiek aanwezig te zijn, zich naast de jongere te plaatsen en zijn taal aan te passen aan de jongere. De nieuwe autoriteit is een basishouding die doorleefd moet zijn.

De boodschap van de nieuwe autoriteit gaat erom hoe de begeleiders zich gedragen in een relatie met de jongere en reageren op het probleemgedrag van de jongere. Er wordt eerder een stap achteruitgezet om de jongere tijdens een crisismoment tijd en ruimte te geven, in plaats van ernaartoe te stappen en afzondering en fixatie onmiddellijk toe te passen.

Visiedagen/opleidingen worden georganiseerd voor (nieuwe) medewerkers waarin de basisprincipes worden uitgelegd en waarin er wordt geoefend met rollenspelen. Om de uitgangspunten van de visie vast te houden worden er ook overlegmomenten, studiedagen en teamdagen georganiseerd.

Voorziening 1 en 2 hebben een werkgroep die werkt rond nieuwe autoriteit binnen de voorziening, waarbij medewerkers van verschillende afdelingen brainstormen over hun houding en aanpak. Door op verschillende momenten na te denken over de visie en deze te bespreken, kunnen medewerkers de visie mee creëren en wordt men mede-eigenaar ervan.

### 1.2.2.3 *Inzetten op preventie*

- Werking van het team

Er zijn enkele sleutelfactoren voor een goede werking van het team die door de drie voorzieningen zijn aangehaald. Een eerste factor is dat de begeleiders graag werken in de voorziening en de jongeren graag zien. Ten tweede moet er voldoende personeel aanwezig zijn om tot een aanpak te komen die tot minder agressie leidt en dus ook tot minder dwangmaatregelen. Ten derde dient de visie gedragen te worden door het hele team en dit door middel van werkgroepen en teamvergaderingen. Ten vierde moet een begeleider tijdens de shift altijd terecht kunnen bij een collega uit het team. De teamleden bieden ondersteuning aan elkaar door te luisteren, door elkaar positief toe te spreken en samen te redeneren over een moeilijke situatie. Er wordt samen gezocht naar alternatieven en naar hoe om te gaan met moeilijke situaties. Ten slotte is een goede relatie en verbondenheid tussen de begeleiders en de jongeren de essentie van jeugdhulpverlening. De begeleiders dienen met de jongeren in relatie te gaan op een authentieke manier, maar zonder in duale relaties te vervallen, beide om conflicten te voorkomen.

- Betrekken van het netwerk

Een andere factor die een belangrijke rol speelt bij de-escalatie is de context. Het is belangrijk voor de jongeren om op een zekere context te kunnen terugvallen buiten de voorziening. De betrokkenheid van de context bij de begeleiding door de voorziening wordt niet onderschat. De voorzieningen proberen op dit vlak altijd te zoeken naar een gezond evenwicht voor de jongere. Wanneer een begeleider een jongere niet kan kalmeren, dan worden de ouders of iemand uit de context opgebeld. Vaak zijn er op voorhand al afspraken gemaakt met de ouders van wat ze kunnen doen als het de begeleider niet lukt om de jongere te kalmeren. Soms kan het betrekken van de ouders een uitdaging zijn, maar het zorgt er uiteindelijk voor dat de ouders krachtiger staan in de relatie met hun kind.

- Inspraak

Twee van de drie voorzieningen gebruiken leefgroepvergaderingen om de jongeren inspraak te geven in het leefgroepgebeuren. Tijdens de wekelijkse vergadering met begeleiders en jongeren kunnen de jongeren feedback geven over bijvoorbeeld groepsregels en andere zaken tijdens de wekelijkse vergadering met begeleiders en jongeren. De feedback van de jongeren wordt dan weer besproken tijdens de wekelijkse teamvergadering om te zien of bijvoorbeeld bepaalde regels kunnen worden aangepast zonder dat samenleven in de leefgroep bemoeilijkt wordt.

- Architectuur

Omgeving, architectuur en de indeling van de gebouwen en leefgroepen spelen een belangrijke rol in preventie van agressie en escalatie. Ruimtes moeten zo ingedeeld zijn dat een begeleider overzicht heeft over wat er gebeurt.

#### 1.2.2.4 *Omgaan met agressie en escalatie*

- Registratie

Twee voorzieningen registreren alle ernstige incidenten (alle vormen van agressie, weglopen, poging tot) in een registratiesysteem/incidentenregister.

Bij voorziening 2 registreert de begeleider wat er is gebeurd, wat zijn gedachten en gevoelens hierbij zijn, hoe hij heeft gehandeld, wat er nog moet gebeuren en wat hij anders had kunnen doen. Op deze manier wordt elke situatie meteen geëvalueerd en helpt het de betrokkenen om erover na te denken. Na het invullen van een ernstig feit verstuurt het systeem een mail naar alle mensen die hiervan op de hoogte moeten zijn.

Bij voorziening 3 is incidentenregistratie een vast punt op de agenda van de wekelijkse teamvergadering. Op de teamvergadering wordt er beslist wat de volgende stappen zijn zoals bijvoorbeeld een consequentie, hoe ermee omgaan, waarover de sociale dienst moet praten met de ouders. Elk incident wordt ook meegenomen in de diagnostische cyclus: elk incident is een observatie en wordt geëvalueerd om te zien hoe verder met de jongere om te gaan en wat er helpt voor de jongere.

- Straffen

De kern van de visie van alle drie de voorzieningen is om niet te straffen. Voorziening 3 voegde toe dat de jongeren enkel met positieve aandacht van de begeleiders worden beloond voor goed gedrag; niet met andere beloningen zoals bv. een puntensysteem. Bij voorziening 2 wordt er niet gestraft, maar worden er wel gevolgen gekoppeld aan het gedrag van de jongere bijvoorbeeld bij druggebruik in de voorziening is er verhoogd toezicht van de jongere, minder tijd buiten de voorziening voor de jongere en meer individuele gesprekken met de jongeren. Bij voorziening 1 wordt er niet gestraft op het moment zelf, maar wijzen de begeleiders wel op de verantwoordelijkheid van de jongere en de doelen die ze nastreven.

- Samenwerking met de politie

Alle drie de voorzieningen werken samen met de politie bij zware agressie. Wanneer jongeren een gevaar voor zichzelf of voor anderen vormen, wordt de politie ingeroepen om tussen te komen. De aanwezigheid van de politie kan helpen om de escalatie te laten verminderen, de rust te laten terugkeren en te vermijden dat iemand gewond geraakt. In sommige gevallen zal de aanwezigheid van de politie de escalatie ook doen toenemen. De politie wordt ingeschakeld opdat de begeleiders niet zelf fysiek zouden moeten ingrijpen en zodoende in hun rol als begeleider kunnen blijven. De visie is dat het niet de taak van de begeleider is om fysiek in te grijpen tenzij het niet mogelijk is om tijdig externe hulp in te roepen. De politie geeft een duidelijke grens aan en vormt een speler in het autoriteitsnetwerk waarop de voorziening beroep doet vanuit de nieuwe autoriteit. Bij extreme of herhaalde agressie zal ook de jeugdrechter ingrijpen (zie 2.4.7 Time-out).

Voorziening 2 heeft in het beveiligend verblijf voor jongeren een noodknop die de politie uit de zone oproept, maar deze werd op het moment van het interview al twee jaar niet meer gebruikt.

Voorziening 3 belt zeer sporadisch de politie voor een interventie. Als de politie wordt gebeld, dan is dat eerder om de veiligheid van de begeleiders en de andere jongeren te waarborgen of in samenspraak met de ouders wanneer een kind echt niet tot rust kan komen. De aanwezigheid van de politie zorgt voor de terugkeer van rust. De voorziening probeert de tussenkomst van politie te beperken aangezien de kinderen hier erg van onder de indruk zijn.

- Samenwerking met kinder- en jeugdpsychiatrie

Voorziening 1 heeft op casusniveau een samenwerking met een (jeugd)psychiatrische voorziening uit de regio. Een gestructureerde samenwerking is er niet, omdat de visie van de voorziening op hulpverlening niet aansluit bij de visie van de psychiatrie. Deze laatste behoort tot de medische setting en is hierdoor anders georganiseerd en gestructureerd dan de jeugdhulp. De voorziening wenst dat bij een samenwerking het traject van de jongere gedeeld is en ze zicht hebben op hun rol tijdens de behandeling van de jongere. Ze wensen de regie te blijven vasthouden, maar dit is niet altijd mogelijk bij een samenwerking met psychiatrie.

Voorziening 3 heeft verschillende samenwerkingsvormen. Enerzijds is er een project dat de samenwerking bevordert tussen de **Bijzondere Jeugdzorg en GGZ** in de provincie waarbij studiedagen worden georganiseerd en uitwisselingen gebeuren over de manier van werken. Anderzijds is er een samenwerking met een externe kinderpsychiater die af en toe naar de dienst komt en dan met het team overlegt over een specifieke casus.

- Time-out

Een time-out wordt door de voorzieningen bij de jeugdrechter voor de jongere aangevraagd omwille van verschillende redenen. Een eerste reden is dat er nood is om afstand te nemen tussen de jongere en het begeleidingsteam of de jongere staat er niet bij stil dat er een probleem is dat aangepakt moet worden; dit wordt een rust time-out genoemd. Deze time-out vindt bij voorkeur plaats in een partnervoorziening of op een alternatieve locatie zoals een (zorg)boerderij. Ten tweede wordt een time-out aangevraagd bij zware agressie of escalatie. Dit is een sanctionerende of acut beveiligende time-out en vindt plaats binnen een gemeenschapsinstelling (GI). Andere redenen kunnen zijn moeilijke hanteerbare situaties (druggebruik), een (psychologische) crisis, aanhoudend negatief gedrag in de leefgroep (o.a. de regels en afspraken voortdurend negeren), niet willen schoollopen en wanneer er geen verbinding meer is met de jongere en de jongere niet langer bereid is om acties te ondernemen om aan de relatie met het begeleidingsteam te werken.

Een time-out geeft de begeleiders en de leefgroep de mogelijkheid om afstand te nemen van het gebeurde, om tot rust te komen en nadien het samenleven weer mogelijk te maken en vormt hierdoor een essentieel onderdeel van de werking. Een time-out geeft een duidelijk signaal aan de jongere dat het gedrag maatschappelijk niet getolereerd wordt en stelt een grens. Het doel van een time-out is dat het personeel opnieuw verbonden raakt met elkaar en met de jongere. Het helpt de begeleiders om de hulpverlening vol te houden en het traject van de jongere niet te verbreken. De begeleiding loopt tijdens een time-out evenwel verder. De begeleiders gaan op bezoek en er wordt gewerkt rond herstel, om het vertrouwen terug op te bouwen en het gebeurde te kunnen afsluiten. Hierdoor kan er openheid blijven en blijft de jongere graag gezien door de begeleiding.

In voorziening 1 werkt het team tijdens de time-out samen met een psychiater om inzicht te krijgen in het gedrag van de jongere, zodat duidelijk wordt wanneer en waarom de emoties van de jongere soms escaleren; om dit in de toekomst te kunnen vermijden. Deze samenwerking en inzichten geven handvaten aan de begeleiders en maakt het team sterker, doordat er begrip komt voor de jongere.

- Alternatieven voor time-out in een gemeenschapsinstelling

De voorzieningen zijn meer en meer op zoek naar alternatieven voor een time-out in een GI, zoals een staptocht of fietstocht, een time-out in een andere leefgroep van dezelfde voorziening of een time-out



in een partnervoorziening. In voorziening 2 - wanneer de jongere niet wil samenwerken en de voorziening geen ondersteuning krijgt van de ouders - spreekt de directie een schorsing uit. De jongere gaat hierbij terug naar zijn ouders en de begeleiding gaat thuis verder. Een andere mogelijkheid in voorziening 2 is de time-in. Hierbij verblijft de begeleider mee op de studio van de jongere. In voorziening 3 wordt er ook gebruik gemaakt van een weglomaplan dat opgestart wordt wanneer een jongere terugkomt na weggelopen te zijn uit de voorziening. Dit is een twee-dagen-plan met dagstructuur (een plan dat de jongere zelf opmaakt) waarbij de jongere apart zit in een lokaal met open deur zonder gsm. Ook maaltijden neemt de jongere alleen. De bedoeling is dat de jongere tijdens deze tweedaagse reflecteert over wat er gebeurd is in een poging om de gebeurtenis bespreekbaar te maken met de jongere. De jongere krijgt een invulblad van de begeleiders met vragen zoals “Wat is er gebeurd?” “Ben je ingegaan op de vraag van iemand anders om weg te lopen?” “Waarom ben je weggelopen?”. Ze moeten ook opdrachten invullen.

- Begeleiding tijdens en na een time-out

Tijdens de time-out gaat de begeleiding van de jongere vanuit de voorziening verder. De begeleiders gaan op bezoek en bellen regelmatig. Er wordt gewerkt rond herstel, om het vertrouwen terug op te bouwen en het gebeurde te kunnen afsluiten. Hierdoor kan er openheid blijven en blijft de jongere graag gezien. De jongere is steeds terug welkom in de voorziening.

In voorziening 2 gebruikt het team de time-out ook om zelf na te denken over wat ze anders kunnen doen. Na de time-out kan de begeleider met de jongere te voet terugkeren naar de leefgroep. Door deze staptocht kan er opnieuw verbinding ontstaan zonder meteen opnieuw in de opvoedende situatie terecht te komen. De context is betrokken zowel in het vertrek van de jongere naar de GI, als in de staptocht vanuit de GI terug naar de voorziening.

- Herstel na agressie of escalatie

Het is belangrijk dat begeleiders de escalatie of het conflict met de jongere loslaten. Een escalatie is vaak een momentopname en mag niet heel de relatie met de jongere definiëren. Bij de nabespreking na een escalatie, conflict, afzondering of fysieke interventie met de jongere wordt nagedacht over hoe er aan herstel kan gewerkt worden. Gewoon excuses aanbieden is niet voldoende. De jongere of de begeleider moet met het herstel aantonen dat ze begrijpen dat ze de ander hebben gekwetst. Vaak wordt herstel aangeboden door iets te doen of te maken voor de ander. Begeleiders die niet betrokken zijn in het conflict helpen de jongere om aan herstel te werken. Zowel voor de jongere als voor de begeleider is het herstel een proces. De jongere moet een herstel voorbereiden en met de begeleider in gesprek gegaan. Het herstel maakt het mogelijk dat men ‘over’ het conflict kan stappen en terug kan samenleven zonder opnieuw in conflict te gaan. Voorbeelden zijn - van de leeftijd van het kind - het maken van een puzzel, het schrijven van een tekst, het maken van een tekening, een cake bakken of andere manieren van rechtzetting met inspiratie uit de ‘Sorrybox’ (<https://www.sorrybox.be/v2/index.php>).

#### 1.2.2.5 Randvoorwaarden

Elke voorziening gaf verschillende randvoorwaarden om erin te slagen afzondering en fixatie zoveel mogelijk tot nul te herleiden.

In voorziening 1 vonden ze dat de overheid de ambitie mag hebben om te **streven naar een nulbeweging** waarbij er geen afzondering meer plaatsvindt binnen de jeugdhulp en mogelijks ook binnen andere sectoren. Een tweede randvoorwaarde voor voorziening 1 is de **besteding van de financiering**. Volgens de voorziening kan er beter geïnvesteerd worden in sociale architectuur en het huiselijk inrichten van

het gebouw dan in elektronische beveiliging, hekken en dergelijke. Deze keuze werkt volgens hen preventiever naar agressie en escalatie toe dan wanneer er wordt ingezet op sterke beveiliging.

Volgens voorziening 2 is het belangrijk dat begeleiders met een andere ‘mindset’ kijken naar hoe er omgegaan moet worden met jongeren en agressie in de hulpverlening. **Afzondering en fixatie zou geen tool mogen zijn om goede hulpverlening te garanderen.** Als afzondering en fixatie niet in een stappenplan staat, dan zullen de begeleiders creatiever zijn en zoeken naar een alternatieve oplossing. Een tweede randvoorwaarde is dat er binnen de jeugdhulpverlening nood is aan minder verdeeldheid en **meer samenwerking tussen de verschillende organisaties.** Een voorziening kan worstelen met het traject van een jongere en vindt vaak geen partners om mee samen te werken of te overleggen. Als organisaties samenwerken staan ze krachtiger, maar voorlopig ontbreekt een groter plan. Er is wel enige samenwerking wanneer een jongere in crisis geen plaats vindt. Dan worden een aantal organisaties uitgenodigd om te kijken hoe hiervoor een oplossing gevonden kan worden. De geïnterviewden zijn van mening dat veel organisaties evenwel meer bezig zijn met wat ze *niet* willen doen en komen samenwerkingen zelden tot stand. Een derde randvoorwaarde betreft de **opleiding van de begeleiders.** Een goede begeleider heeft kennis van hoe een relatie tussen mensen werkt en wat mensen helpt om tot rust te komen. De opleiding voor begeleiders moet meer aandacht besteden aan de verantwoordelijkheden die gepaard gaan met de job en waaraan men zich kan verwachten. In de opleiding moet er meer worden ingegaan op de doelgroep, hun complex trauma en welke gedragingen en soort relaties dit tot gevolg heeft. Belangrijke criteria voor begeleiders zijn de juiste kennis van de doelgroep, in relatie kunnen gaan, stabiliteit en veerkracht.

Voor voorziening 3 is een goed werkend **team** een belangrijke randvoorwaarde voor een goede preventie van afzondering en fixatie in voorzieningen. Het team draagt de manier van werken, men kan het hart luchten bij elkaar en men kan aftoetsen bij elkaar. Een tweede voorwaarde is dat de **jeugdconsulent en de jeugdrechter de voorziening moeten ondersteunen.** De geïnterviewden vinden het belangrijk dat ze mee zijn in het proces van de jongere en dat ze oor hebben voor wat er leeft in de leefgroep. Een derde randvoorwaarde is de grootte van de leefgroep. Een betere **jongeren-begeleiders ratio** kan leiden tot een aanpak dat in minder agressie resulteert waardoor dwangmaatregelen minder vaak nodig zijn. Een laatste randvoorwaarde is de context. **Werken met de context** is noodzakelijk. De context is cruciaal om de spanning bij de jongeren gezond te houden. Achttien jaar geleden was er de regel “de eerste drie weekends breng je door in de voorziening zonder uitstap”. Die regel begon af te nemen door de negatieve invloed ervan op de jongeren. Het is verontrustend voor de jongeren wanneer ze niet naar hun context kunnen. Uiteindelijk is de leefgroep meer en meer geëvolueerd naar zoveel mogelijk werken met de context.

## 2 Bevraging van jongeren met ervaring met afzondering en fixatie

### 2.1 Multifunctionele centra voor kinderen en jongeren met een beperking

#### 2.1.1 Methode

Er werd een oproep tot deelname verspreid via voorzieningen (onder meer dankzij de leden van het platform Vrijheidsbeperkende Maatregelen van het Steunpunt Mens en Samenleving) en gebruikersorganisaties. Drie personen (één vrouw, twee mannen) met een lichte tot matige verstandelijke beperking en eventuele bijkomende gedrags-, emotionele- of psychische problemen werden geïnterviewd. Dit gebeurde ter plaatse in hun vertrouwde omgeving met inachtneming van de geldende coronamaatregelen. De respondenten waren 21, 24 en 27 jaar oud. Allen verbleven in een residentiële voorziening voor personen met een verstandelijke beperking en eventuele bijkomende problemen. Alle personen hebben en hadden ervaring met afzondering of fixatie (fysiek, mechanisch of medicamenteus). De laatste jaren werd dit bij allen minder gebruikt dan vroeger.

Alle respondenten, of hun vertegenwoordigers, gaven een geïnformeerde toestemming voor het interview. In het interview werd eerst achtergrondinformatie bevroegd. Daarna werden twee (fictieve) vignetten besproken. Steeds was er ruimte voor de eigen ervaringen van de respondent.

#### *Vignet 1*

*Barbara woont in een leefgroep samen met vier andere personen met een ernstige verstandelijke beperking. Ze heeft moeite met het filteren van prikkels (bv. drukte) en met het blijven zitten op haar stoel. Haar meest favoriete hobby is tekenen. Ze lacht terwijl ze haar artistieke, kleurrijke schetsen maakt, en moet achteraf het resultaat aan iedereen kunnen tonen. Het tekenmoment is tweemaal per week. Om haar te kunnen laten tekenen, wordt ze vastgemaakt in een 'blijfstoel' (een stoel met een tafeltje, waarbij het tafeltje over de benen wordt geschoven. Onder de tafel is er een sokkel waarin de benen worden ingepakt). Ze kan zelf niet uit de blijfstoel komen, maar kan haar armen wel vrij bewegen. Barbara is enthousiast als de begeleider haar naar de stoel brengt en haar er in vast maakt. Ze weet dat het tekenen op bepaalde vaste momenten en in de blijfstoel gebeurt.*

#### *Vignet 2*

*Begeleider Stefan kijkt door het raam van de leefgroep en ziet plots dat Frederik naakt door de gemeenschappelijke tuin loopt. Hij heeft zijn kleren uitgedaan en loopt roepend over het gras. Het is niet de eerste keer. Nadien weet Frederik er vaak niets meer van, maar krijgt hij wel beledigende opmerkingen van anderen. Dat raakt Frederik. Stefan loopt naar buiten, neemt de naakte Frederik stevig vast en neemt hem mee naar de isolatieruimte. Daar wil hij Frederik terug tot zichzelf te laten komen, zonder dat anderen het zien. In een andere leefgroep kijkt Pieter geschrokken toe bij wat er in de tuin gebeurt.*

Eén respondent kon zich inleven in de vignetten, en vertelde daarnaast veel uit eigen ervaring. Twee respondenten vonden het moeilijk tot zeer moeilijk om zich in te leven in de vignetten en vertelden voornamelijk uit eigen ervaringen. Bij één van hen werd er afgestapt van de vignetten en werd er in de mate van het mogelijke gevraagd naar de eigen ervaringen en meningen. Deze respondent had ook hier moeite mee. Bovendien brachten de vragen bij haar veel emoties teweeg. De onderwerpen waarover

informatie verzameld kon worden, verschillen bijgevolg van respondent tot respondent. In wat volgt wordt er daarom thematisch gerapporteerd, los van de vignetten.

### 2.1.2 Resultaten

De respondenten waren unaniem: *“Afzondering of fixatie mag **enkel als allerlaatste optie** gebruikt worden”*. Het gebeurt *“als ik iets serieus fout heb gedaan”* of *“als het echt niet anders kan”*, bijvoorbeeld als de persoon zichzelf of anderen pijn doet. Een persoon gaf aan dat mechanische fixatie echt niet kan: *“het is Middeleeuws”*, maar dat het wel kan als de persoon erom vraagt. Ook als de persoon er rust mee vindt, kan het, zo gaf een andere persoon aan, maar dan moet er ook wel eens geprobeerd worden zonder.

In andere gevallen moeten eerst **alternatieven** geprobeerd worden: *“Ik vind dat begeleiders meer moeten nadenken bij afzondering of fixatie en andere dingen moeten zoeken”*, gaf een respondent aan. Een andere persoon gaf aan dat men moet *“zoeken naar iets dat écht rust geeft. Fixatie geeft mij geen rust”*. Mogelijkheden die gezien worden, zijn nabije (1-op-1) aanwezigheid van een begeleider, rustig worden op de eigen kamer, woede op een goede manier weg laten vloeien (bijvoorbeeld met een boksbal), of het gebruik van een comfort room. Eén respondent zag ook een pilletje als alternatief. Een andere respondent gaf aan dat de individuele begeleider een belangrijke rol speelt: hij kan observeren en testen, en zo zoeken naar andere mogelijkheden of wijzigingen doorvoeren.

Naast het proberen van alternatieven, kan afzondering of fixatie in verschillende situaties ook **voorkomen** worden. Hierbij moet er door begeleiding gelet worden op signaalgedrag: *“mijn gemoed is een belangrijk signaal”*, *“de begeleider moet zien of de jongere uit zijn structuur gaat”*. Bij het zien van signalen, moet er gehandeld worden: *“Bij een mindere stemming, word ik - om escalatie te vermijden - naar mijn kamer gebracht of neem ik een pilletje in”*, *“er kunnen andere dingen aangeboden worden zoals een sigaretje of een wandeling”*, *“praten of afleiden kan dan helpen”*. Een respondent gaf aan dat ze aan het leren was om zelf haar signalen te herkennen, en om dan zelf naar haar kamer te kunnen gaan en nadien ook te verlaten. Bij strategieën ter voorkoming van de toepassing van afzondering of fixatie, zoals bijvoorbeeld afleiding, is het volgens een respondent belangrijk dat de begeleider de persoon goed kent: *“waar wordt hij blij van?”*

**Na de afzondering of fixatie**, kan er volgens een respondent op gewezen worden dat het gedrag niet gepast was en wordt er een aanpak voor de volgende keer afgesproken. Een andere respondent gaf aan dat je nadien de persoon best even kan laten en daarna kan vragen of hij erover wil praten. Dit moet je respecteren, want na afzondering of fixatie ben je immers meer geïrriteerd, en dan kan het wel eens escaleren. Als er gepraat kan worden, kan er gepraat worden over de aanpak in de toekomst, maar men kan daarnaast ook een vertrouwenspersoon betrekken of samen een leuke activiteit doen.

De respondenten hadden **negatieve ervaringen** met afzondering en fixatie. *“Ik vind afzondering of fixatie niet leuk. Ik wil het niet meer. Ik heb nog trauma’s van fixatie tijdens elektroconvulsietherapie bij vroegere opnames in een psychiatrische setting. Ik was toen heel bang.”* Ook een tweede respondent gaf aan bang te zijn tijdens afzondering of fixatie. Verder omschreef hij gevoelens van weg te willen, niet comfortabel te zijn en te piekeren, want *“je kan alleen tegen jezelf praten.”* Deze respondent gaf bovendien aan dat *“Afzondering en fixatie tegenwoordig steeds minder gebruikt wordt. Dit is goed, maar ook confronterend voor mij, omdat het bij mij heel veel is gebruikt en dat nu zo niet meer zou mogen.”*

Vanuit hun ervaring bespraken de respondenten verschillende **tips of goede praktijken**. Ten eerste is er het belang van duidelijkheid. Zo moeten begeleiders uniform zijn in hun handelingen:

*“Er is een comfort room. Deze gaat niet op slot en er is ook een tv. Ik mag ernaartoe bij bijvoorbeeld uitbarstingen van anderen in de leefgroep, maar nog niet alle begeleiders zijn hiervan op de hoogte. Ze sluiten dan bijvoorbeeld de deur, of proberen zelf liever eerst andere dingen. Ik vind het moeilijk als niet iedereen aan hetzelfde doet.”*

Verder is het volgens een tweede respondent belangrijk de bestaande procedures goed te volgen, en deze niet te gauw veranderen:

*“Het gaat altijd volgens procedures. Ik ken de procedures goed. Ik vind het dan ook heel belangrijk dat alles voor mij duidelijk is: wat wel of niet kan, en wat er dan gaat gebeuren. Ook als procedures veranderen, wil ik het goed weten. Wijzigingen hierin vind ik immers moeilijk. Het is niet leuk als dat plots verandert.”*

Ten slotte gaf een derde respondent verschillende tips mee die voortkomen uit zijn ervaringen. Hij vindt het belangrijk dat hier bij de toepassing van afzondering en fixatie goed op gelet wordt:

- Let op de juiste manieren van toepassing (vb. vastnemen aan de keel vermijden)
- Pas afzondering of fixatie zo weinig ingrijpend mogelijk toe. Ook niet te lang, want dan begin je te piekeren en dat werkt bij mij escalatie in de hand.
- In een afzonderingsruimte moet er een wc zijn. “Kuis het later maar op”, wil je niet horen. Als er een camera is, mag deze niet gericht worden op de wc.
- Installeer een bel zodat er altijd iemand geroepen kan worden. Ook bij fixatie in een isolatieruimte moet er steeds contact mogelijk zijn. Als er geen mogelijkheden zijn, is roepen de enige optie.
- Pampers irriteren na een tijdje en waren bij mij nooit nodig. Dit zorgde voor frustratie.
- Er is vertrouwen nodig. Dan weet de jongere dat het is om hem te helpen.
- Afzondering of fixatie moet proportioneel zijn: agressie jegens materiaal is niet hetzelfde als jegens personen.
- Het beginnen van afzondering of fixatie mag nooit door één begeleider beslist worden: altijd met meerdere tezamen.

## 2.2 Residentiële (forensische) jeugdhulp en Residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ

### 2.2.1 Methode

Voor de rekrutering van de deelnemers werkten de onderzoekers samen met Cachet vzw. De organisatie werd gevraagd om 6 tot 8 jongeren met ervaring in de residentiële jeugdhulp te selecteren. Indien zij bereid waren om over afzondering en fixatie te praten, werden ze uitgenodigd voor de focusgroep.

De vier **topics** van de focusgroep waren: (1) (on)aanvaardbaarheid van afzondering en fysieke interventie, (2) preventie van afzondering en fysieke interventie, (3) toepassing van afzondering en fysieke interventie en (4) nazorg bij afzondering en fysieke interventie. De jongeren werden enkel bevraagd over afzondering en fysieke interventie en niet over de andere vormen van fixatie, aangezien mechanische en medicamenteuze fixatie niet zijn toegestaan in jeugdhulpvoorzieningen (tenzij omwille van medische redenen en in opdracht van een arts). Per topic bereidden de onderzoekers enkele **richtvragen** voor over afzondering en fysieke interventie, weergegeven in Tabel 21. Aan het einde van de bevraging werden de deelnemers om **drie tips** gevraagd die ze aan de directie van jeugdhulpvoorzie-

ningen of aan de Vlaamse en federale overheden zouden geven om afzondering en fixatie te verminderen of af te schaffen. Ten slotte konden de deelnemers bijkomende opmerkingen of vragen voorleggen.

De **onlinefocusgroep met jongeren** vond plaats op 12 november 2020 van 19.00u tot 20.30u. De focusgroep startte met een 'rondje van de tafel' waarbij de deelnemers zich voorstelden door hun voornaam, leeftijd en ervaring met de residentiële jeugdhulpvoorziening te vertellen (meer bepaald of de jongere momenteel of vroeger in een voorziening verbleef). Nadien vroegen de onderzoekers aan de deelnemers of zij de termen afzondering en fixatie kennen en hoe zij die begrippen definiëren. Om ervoor te zorgen dat alle deelnemers dezelfde definities gebruikten tijdens het gesprek, lichtten de onderzoekers de definities toe die gehanteerd worden in deze richtlijn (zie deel 2 van de Inleiding). Vervolgens verduidelijkten de onderzoekers het verloop van de focusgroep en benadrukten dat deelnemers niet verplicht waren een vraag te beantwoorden. Ten slotte lichtten de onderzoekers de afspraken rond anonimiteit van de gegevens en het *informed consent* toe. Na de focusgroep verlieten de onderzoekers de digitale ruimte zodat de deelnemers samen met de medewerker van Cachet vzw die ook aanwezig was, konden napraten. Deze debriefing was belangrijk omdat het spreken over afzondering en fixatie belastend kon zijn voor de jongeren.

Tabel 21 Richtvragen voor afzondering

Topic	Richtvraag
1. Afzondering dient zoveel mogelijk vermeden te worden door de begeleiders. Zijn er volgens jullie situaties waarin je afzondering wel <b>aanvaardbaar</b> vindt?	<p>a. Welke vorm(en) van afzondering bedoel je? Bv. op de kamer van het kind/de jongere, in een afzonderingskamer, een andere kamer, al dan niet met een begeleider erbij, ... .</p> <p>b. Kan je enkele voorbeelden geven van situaties waarin je afzondering aanvaardbaar zou kunnen vinden?</p> <p>Bv. als veiligheidsmaatregel bij gevaar voor het kind/de jongere, de begeleider, andere kinderen/jongeren, als sanctie, als zorgbehandeling in het belang van de gezondheid en veiligheid van het kind/de jongere, als veiligheidsmaatregel in het belang van het kind/de jongere, de interne werking van de voorziening?</p> <p>c. Wat maakt voor jullie dat afzondering aanvaardbaar of onaanvaardbaar is?</p>
2. Wat kunnen begeleiders doen om afzondering te <b>voorkomen</b> ?	<p>a. Kan de familie van het kind/de jongere betrokken worden bij het voorkomen van afzondering? Zo ja, hoe?</p> <p>b. Welke signalen kunnen begeleiders oppikken bij kinderen/jongeren die erop zouden kunnen wijzen dat de situatie ernstig zal escaleren?</p>

3. Als de begeleider geen enkele andere optie ziet dan een kind/jongere af te zonderen, wat kan de begeleider dan doen om de afzondering <b>minder onaangenaam</b> te maken voor het kind/de jongere?	a. Kan de familie betrokken worden wanneer een kind/jongere in afzondering wordt geplaatst? Zo ja, hoe?
	b. Wat kunnen de begeleiders doen naar de omstaanders (bv. andere kinderen of jongeren) toe?
4. Wat kan helpend zijn voor de kinderen/jongeren eens de afzondering <b>afgelopen</b> is?	a. Kan de familie van het kind/de jongere hierbij betrokken worden? Zo ja, hoe?
	b. Kunnen omstaanders hierbij betrokken worden? Zo ja, hoe?
	c. Wat kunnen begeleiders doen naar omstaanders toe (bv. andere kinderen/jongeren)?

*Nota: deze vragen werden op dezelfde manier bevroegd over het thema fysieke interventie.*

De focusgroep met de jongeren werd geanalyseerd op basis van de notities van twee onderzoekers die aanwezig waren tijdens de focusgroep. De resultaten zijn per thema gegroepeerd.

### 2.2.2 Resultaten

Vijf jongeren, een begeleider van Cachet vzw en drie onderzoekers namen deel aan de focusgroep. De leeftijd van de jongeren varieerde tussen 20 en 28 jaar. Deze jongeren verbleven (vroeger) in een of meerdere residentiële voorzieningen die onderdeel maken van deze studie waarvoor de intersectorale richtlijn ontwikkeld wordt: residentiële kinder- en jeugd-GGZ, open en gesloten residentiële jeugdhulpvoorzieningen en gemeenschapsinstellingen.

Tabel 22 Informatie over deelnemers focusgroep met jongeren

Deelnemer	Leeftijd	Ervaring in type residentiële voorziening
Deelnemer A	23 jaar	Kinder- en jeugdGGZ, open en gesloten jeugdhulpvoorziening, gemeenschapsinstelling
Deelnemer B	27 jaar	Kinder- en jeugdGGZ, open en gesloten jeugdhulpvoorziening
Deelnemer C	28 jaar	Kinder- en jeugdGGZ, open en gesloten jeugdhulpvoorziening
Deelnemer D	20 jaar	Kinder- en jeugdGGZ, open en gesloten jeugdhulpvoorziening
Deelnemer E	20 jaar	Open jeugdhulpvoorziening

De deelnemers definieerden fixatie als ‘vastgebonden worden’ en onder afzondering begrepen ze ‘een verblijf in een afzonderingskamer of in de eigen kamer met de deur dicht’.

- Aanvaardbaarheid van afzondering en fysieke interventie

Volgens de deelnemers is de aanvaardbaarheid van afzondering en fysieke interventie afhankelijk van de situatie en van hoe de jongere functioneert. Wanneer een jongere zich **agressief** gedraagt, kan het aanvaardbaar zijn om in te grijpen met dergelijke maatregelen. Maar bij sommige jongeren kan zo’n maatregel net tot meer agressie leiden. Daarom vonden de deelnemers het belangrijk dat begeleiders de jongeren **kennen** vooraleer ze afzondering of fysieke interventie toepassen. Verder zijn afzondering

en fysieke interventie aanvaardbaar wanneer de jongere een **gevaar** is voor anderen. Een deelnemer noemde een voorbeeld waarbij een jongere een mes heeft en dreigt anderen schade te berokkenen. Alle deelnemers waren het eens dat een fysieke interventie in deze situatie aanvaardbaar is. Wanneer de jongere echter een gevaar vormt voor zichzelf, vonden de deelnemers afzondering een slechte maatregel aangezien de jongere 'zichzelf iets kan aandoen in de afzonderingskamer'. Alle deelnemers vonden dat afzondering of fysieke interventie **nooit de eerste optie** mag zijn. Een deelnemer stelde de aanvaardbaarheid van afzondering en fysieke interventie in het algemeen in vraag en vond het moeilijk te begrijpen dat deze maatregelen aanvaardbaar zouden moeten zijn, maar de andere deelnemers vonden dat de maatregelen in bovengenoemde situaties wel aanvaardbaar zijn. Na een korte discussie besloten alle deelnemers dat afzondering en fysieke interventie enkel aanvaardbaar zijn wanneer de jongere **de wet overtreedt**, zoals een begeleider verwondingen aanbrengen of dreigen iemand schade te berokkenen. Weglopen, te laat komen of de regels niet willen volgen zijn bijgevolg geen aanvaardbare redenen om afzondering of fysieke interventie toe te passen. De deelnemers zeiden dat 'ouders dit ook niet met hun eigen kinderen zouden doen' en het bijgevolg ook onaanvaardbaar is in een jeugdhulpvoorziening. Verder was er consensus dat afzondering en fysieke interventie sterk beperkt en gecontroleerd moeten worden en enkel onder bepaalde voorwaarden en op een correcte manier kunnen toegepast worden.

De deelnemers waren het er verder over eens dat jongeren **te vaak** worden afgezonderd. Ze deelden verhalen waarbij ze 'slechts een ding verkeerd deden' en vervolgens onmiddellijk werden afgezonderd en nadien op time-out werden gestuurd. Zo is er volgens hen geen ruimte om fouten te maken en dus ook geen ruimte om te leren. Een deelnemer maakte ook hier de vergelijking met een gezinssituatie, 'je sluit je eigen kinderen ook niet op hun kamer indien ze te laat thuiskomen van school'. Een ander voorbeeld was wegloupedrag. Een deelnemer vertelde dat wanneer een jongere wegloupt en de politie hem op straat tegenkomt, ze de jongere op de grond leggen en boeien. Dit agressief optreden vonden de deelnemers niet in verhouding met het wegloupedrag. Bovendien kan deze aanpak agressief gedrag bij de jongere uitlokken, 'als je wordt behandeld als een crimineel, dan gedraag je je als een crimineel'. De deelnemers vonden het belangrijk dat begeleiders in deze situatie nagaan waarom de jongere wilde weglopen. De deelnemers gaven aan dat een tekort aan personeel of tijd nooit een aanvaardbare reden is voor het gebruik van afzondering of fysieke interventie.

Over de plaats van **afzondering** waren niet alle deelnemers het eens. Sommigen vonden dat een afzondering op de eigen kamer haalbaar is aangezien jongeren daar hun eigen spullen hebben terwijl er in een afzonderingskamer 'niks is om je mee bezig te houden' en 'je maakt je eigen kop gek want je kan daar niets doen'. Een andere deelnemer was echter niet akkoord en vond dat afzondering op de eigen kamer evenzeer onaanvaardbaar is. Wanneer een begeleider de deur op slot doet, toont hij volgens de deelnemer aan dat hij geen vertrouwen heeft in de jongere en dit kan agressie uitlokken, 'daardoor wil je uitbreken'. De deelnemers gaven de voorkeur aan een jongere naar zijn kamer te sturen zonder de deur op slot te doen. Enkel bij zware agressie waren ze akkoord om de deur op slot te doen.

- Preventie van afzondering en fysieke interventie

De deelnemers waren het eens over mogelijke **alternatieven** voor afzondering en fixatie. Wanneer een begeleider merkt dat er 'iets mis is' met een jongere, moet hij deze alternatieven voorstellen zodat de jongere kan 'afkoelen'. Het is dus belangrijk dat begeleiders de jongeren observeren en snel ingrijpen wanneer hun gedrag plots verandert. Mogelijke alternatieven zijn naar de kamer gaan, naar buiten gaan, wandelen of op een boksbal kloppen. Een deelnemer deelde een verhaal over hoe begeleiders omgingen met escalatie: 'als een begeleider zag dat ik boos was omdat ik met iets gooide, dan zei ze 'we gaan naar



buiten' en dan gingen we met appels gooien en zo kon mijn boosheid eruit. Doordat die begeleider bij mij bleef, kalmeerde ik'.

Verder vonden deelnemers het belangrijk dat begeleiders **regels en afspraken** van de voorziening duidelijk communiceren tijdens het intakegesprek met de jongere. Daarnaast moet er aan het begin van het verblijf een gesprek zijn tussen de jongere en de individuele begeleider om afspraken te maken over mogelijke alternatieven voor afzondering of fixatie. Zo kan de jongere bespreken welke alternatieven helpen en uitleggen waarom deze alternatieven helpen bij een escalatie.

De deelnemers vonden het erg belangrijk dat begeleiders een **open dialoog** voeren met jongeren om afzondering en fysieke interventie te voorkomen. De jongeren hebben verschillende soorten van situaties besproken. Deelnemers haalden aan dat begeleiders de **regels** te strikt volgen en dat er bij een overtreding een gesprek moet volgen in plaats van een onmiddellijke sanctie. Begeleiders focussen te vaak op wat een jongere fout heeft gedaan maar vragen niet naar de onderliggende reden. Ze moeten luisteren naar het verhaal van de jongere en vragen naar de reden van de overtreding, 'bijvoorbeeld waarom ben je te laat?'. Volgens de deelnemers kan dit ertoe leiden dat de jongere rustiger wordt. Het is ook belangrijk dat begeleiders openstaan voor uitzonderingen op de regels en hiermee flexibel omgaan. Een deelnemer vertelde dat ze overstuur terugkwam van school maar een begeleider haar enkel kwam zeggen dat ze aan tafel moest gaan, terwijl ze nood had aan een gesprek en die begeleider 'gewoon de regels volgde en niet keek naar wat ik nodig had'. Een andere deelnemer zei dat jongeren soms niet doelbewust een regel overtreden, bijvoorbeeld wanneer de bus te laat is. Ook bij **escalatie** is deze open dialoog noodzakelijk en is het belangrijk dat de begeleider zelf de jongere aanspreekt. De deelnemers waren het er immers over eens dat er steeds een onderliggende reden is voor een escalatie. Tijdens deze discussie kunnen ze in gesprek gaan over de redenen van de escalatie, waarom de jongere dit gedrag stelt en wat er gebeurd is om tot deze situatie te komen. De begeleider moet proberen vertrouwen te geven aan de jongere, want dan pas zal ook de jongere dit vertrouwen teruggeven. Bij een oplopende spanning of escalatie kan het ook wel beter zijn dat begeleiders de jongeren alleen laten en niet steeds een gesprek willen voeren want 'dan ontploft de jongere zeker en vast' of 'sommige begeleiders dwingen je om over iets te praten, terwijl je soms gewoon even alleen wil zijn'. Begeleiders kunnen later opnieuw vragen of de jongere een gesprek nodig heeft. Het is volgens de deelnemers vooral belangrijk dat begeleiders tonen dat ze er zijn voor de jongeren. Deelnemers benadrukten dat het belangrijk is hoe begeleiders deze gesprekken aangaan. Dit gebeurt best niet aan een tafel maar op een bankje, een schommel of tijdens een wandeling. Indien de voorziening de **familie** van de jongere wil betrekken bij dit gesprek is het van belang dat de jongere hiermee akkoord gaat, 'je mag dit nooit doen zonder dit met de jongere te overleggen'.

Daarnaast is het belangrijk om een **band te hebben** met de jongere om afzondering en fixatie te voorkomen. Begeleiders moeten tijd maken om op een ontspannen manier te praten met de jongere, door bijvoorbeeld samen te schommelen, te gaan wandelen of samen iets te gaan eten of drinken. De deelnemers vertelden dat het soms niet klikt met een bepaalde begeleider en dat dit nooit verbeterde. Met andere begeleiders was het 'doorzetten' en hadden de deelnemers toch ook goede gesprekken. De deelnemers omschreven een **goede begeleider** als iemand die toont dat hij er is voor de jongere, niet steeds sancties geeft, empathisch is en meeleeft met het verhaal van de jongere, eigen verhalen deelt en over zichzelf praat, vertrouwen geeft aan de jongere en de jongere behandelt als zijn of haar eigen kind. Op die manier zullen jongeren ook vertrouwen teruggeven aan hun begeleiders. Bovendien zou er meer diversiteit onder begeleiders moeten zijn en moeten begeleiders openstaan voor andere culturen

en gewoontes, zoals de jongeren laten meedoen met de Ramadan of de jongere in zijn eigen taal laten communiceren met zijn ouders.

- Toepassing van afzondering en fysieke interventie

Wanneer begeleiders overgaan tot een afzondering of een fysieke interventie moeten ze volgens de deelnemers eerst een inschatting maken over de **mate van agressie** van de jongere. Dit is belangrijk om te bekijken of de maatregel door één begeleider kan toegepast worden zodat enkel het nodige aantal begeleiders betrokken wordt. Alle deelnemers gaven immers aan dat er zo weinig mogelijk begeleiders betrokken mogen zijn bij de uitvoering. De deelnemers benadrukten opnieuw dat een fysieke aanraking de agressie bij de jongere kan verhogen. Een deelnemer omschreef het gevoel van onmacht en bedreiging tijdens een fysieke interventie, waardoor de deelnemer zich instinctief wou verdedigen door 'terug te slaan'. Het is dus erg belangrijk dat begeleiders hiermee rekening houden door steeds te communiceren met de jongere, de jongere te waarschuwen en **uit te leggen** wat ze gaan doen, bijvoorbeeld 'als je zo verder doet, leg ik je op de grond'. Verder moet er bij elke maatregel grondig geëvalueerd worden of een afzondering of een fysieke interventie werkelijk nodig is. Deze maatregelen mogen nooit 'zomaar' gebeuren.

Een deelnemer vertelde over een traumatische ervaring met afzondering en fysieke interventie. Aan de hand van dit verhaal omschreef deze deelnemer samen met de andere deelnemers enkele aspecten die tot een **negatieve ervaring** van afzondering en fysieke interventie leiden. Een eerste aspect was opnieuw **de ratio jongere-begeleiders**. Wanneer vijf tot acht begeleiders naar een jongere toelopen, voelt die jongere zich bedreigd wat kan leiden tot meer agressie maar ook tot angst en paniek. Een tweede aspect was **eerlijke communicatie**. De deelnemers vertelden over begeleiders die hen voorlogen om hen te kalmeren, door bijvoorbeeld te zeggen dat de jongere niet in afzondering zou geplaatst worden maar dat dit uiteindelijk wel gebeurde. Ook dit leidt tot meer agressie bij de jongere waardoor de maatregelen soms langer worden toegepast. Bovendien gaven de deelnemers aan dat ze deze begeleiders niet meer vertrouwden. Het is belangrijk dat begeleiders eerlijk, duidelijk en volledig communiceren over wat er zal gebeuren vóór, tijdens en na de afzondering of fysieke interventie. Het is verder heel belangrijk dat begeleiders rustig communiceren, want 'agressie lokt agressie uit'. Ook hier verwezen de deelnemers naar een gezinssituatie en herhaalden dat 'begeleiders moeten omgaan met jongeren zoals ze met hun eigen kinderen zouden omgaan'. Een derde aspect ging over **kledij**. Alle deelnemers waren het erover eens dat jongeren gefouilleerd worden vooraleer afgezonderd te worden, maar vonden dat ze steeds gekleed moeten blijven. Ze haalden aan dat het erg traumatisch is wanneer kledij wordt verwijderd en vonden het absoluut geen noodzakelijke maatregel.

Als er **omstaanders** zijn, vonden de deelnemers dat begeleiders hen moeten vragen zich om te draaien, naar een andere ruimte te gaan of dat ze met de jongere die wordt afgezonderd of gefixeerd naar een andere ruimte gaan. Begeleiders moeten ervoor zorgen dat andere jongeren zo weinig mogelijk zien van de afzondering of fysieke interventie.

- Nazorg na afzondering en fysieke interventie

Volgens de deelnemers is een **herstelgesprek** – zoals de jongeren dit zelf noemen - erg belangrijk. Tijdens dit gesprek kunnen begeleider en jongere overlopen hoe de jongere de afzondering of fysieke interventie heeft ervaren, wat de begeleider had kunnen doen om de maatregel te voorkomen, wat de begeleider na de maatregel kan doen. Het is ook belangrijk dat de begeleider vraagt naar hoe het gaat met de jongere aangezien deze ervaring traumatiserend kan zijn. De begeleider moet tijdens het gesprek uitleggen waarom hij de maatregel heeft toegepast zodat de jongere kan begrijpen waarom dit

gebeurde. Een goede communicatie en vertrouwen tussen begeleider en jongere zijn noodzakelijk tijdens dit herstelgesprek. Maar opnieuw benadrukten de deelnemers dat dit gesprek een optie en geen verplichting mag zijn, 'als de afzondering niet goed is verlopen, wil ik daarna niet met die begeleider in gesprek gaan'. Als de jongere geen gesprek wil, dan moet de begeleider dit accepteren. De keuze ligt dus bij de jongeren.

**Familie** mag enkel betrokken worden na goedkeuring door de jongere. Voor eventuele **omstaanders** was het volgens de deelnemers belangrijk dat begeleiders aangeven dat ze erover kunnen praten indien ze dit wensen.

- Tips om afzondering en fixatie te voorkomen

Wanneer de deelnemers om tips werden gevraagd om afzondering en fixatie te voorkomen, vonden ze het belangrijk dat 'de mensen die de beslissingen maken, zoals begeleiders of ministers, zelf eens een afzondering of fysieke interventie meemaken' want 'je kan niet over iets beslissen dat je zelf niet hebt meegemaakt'. Ze benadrukten dat personen met **ervaring** betrokken moeten worden bij het maken van beslissingen over het gebruik van afzondering en fysieke interventie. Ze vertelden dat niet enkel het verblijf in een afzonderingskamer beangstigend of stressvol is, maar het hele proces deze ervaring traumatiserend maakt. Verder gaven de deelnemers aan dat begeleiders **sneller** met alternatieve middelen moeten ingrijpen om escalatie te voorkomen aangezien dit vaak nog te laat gebeurt. Een andere tip was het belang van **één op één** te werken met jongeren door samen leuke activiteiten te doen zoals wandelingen maken. Een deelnemer gaf aan dat er aan het begin van het verblijf een gesprek moet zijn met de jongere waarin begeleiders **duidelijk uitleggen** welk gedrag tot afzondering of fysieke interventie kan leiden en wat er kan gebeuren bij een escalatie of crisis. Dit kan ertoe leiden dat jongeren meer begrip opbrengen en dat deze maatregelen voorkomen kunnen worden. Een andere tip had betrekking op de **duur** van een afzondering. Dit moet volgens de deelnemers beperkt worden tot een halfuur en mag geen volledige nacht duren. Verder gaf een deelnemer de tip om jongeren wel naar hun **kamer** te sturen, maar om die niet op slot te doen. Ten slotte herhaalden de deelnemers dat een **kleine fout** of overtreding niet mag leiden tot afzondering of fysieke interventie en dat begeleiders zich flexibel moeten opstellen ten opzichte van de regels van de voorziening.

### 3 Bevraging van ouders van jongeren met ervaring met afzondering en fixatie

#### 3.1 Multifunctionele centra voor kinderen en jongeren met een beperking

##### 3.1.1 Methode

Er werd een oproep tot deelname verspreid via voorzieningen (onder meer dankzij de leden van het platform Vrijheidsbeperkende Maatregelen van het Steunpunt Mens en Samenleving) en gebruikersorganisaties. Vijf ouders werden via Skype geïnterviewd (vier moeders, één vader). Hun kinderen (twee meisjes, drie jongens) waren 13 tot 35 jaar oud (gemiddeld 21). Ze hadden allemaal een ernstige tot diepe verstandelijke beperking. Vier hadden een bijkomende diagnose autisme. Vier verbleven in een residentiële voorziening, één bezocht het dagcentrum en ging 's avonds terug naar huis. Alle kinderen en jongeren hadden ervaring met afzondering of fixatie (fysiek, mechanisch of medicamenteus), voornamelijk vanuit zorg (bijvoorbeeld veiligheidsgevoel garanderen) en soms omwille van orde (bijvoorbeeld eten in groep is moeilijk) of uit acute veiligheidsoverwegingen (bijvoorbeeld door overprikkeling omwille van drukte).

Alle respondenten gaven een geïnformeerde toestemming voor het interview. In het interview werd eerst achtergrondinformatie bevestigd. Daarna werden twee (fictieve) vignettes besproken (zie vignettes in deel 2.1.1. hierboven). De vignettes werden voorafgaand aan het interview aan de respondent doorgegeven ter inzage en reflectie. Tijdens en na het bespreken van de vignettes was er ook steeds ruimte voor de eigen ervaringen van de respondent.

De interviews volgden grotendeels een leidraad (zie bijlage 4) die verschillende thema's behandelde, waaronder:

- De aanvaardbaarheid van de toepassing van afzondering of fixatie,
- Manieren om de toepassing van afzondering of fixatie te vermijden of voorkomen
- De impact van afzondering of fixatie op de persoon zelf en op omstanders,
- De betrokkenheid van naasten en
- Herstel of nazorg.

##### 3.1.2 Resultaten

Afzondering en fixatie kan en mag volgens de respondenten omwille van verschillende doelstellingen (**finaliteiten**) toegepast worden. De veiligheid van andere personen en omgeving is steeds prioritair. Als die in het gedrang komt, is ingrijpen legitiem. Afzondering of fixatie uit zorg, om de persoon te helpen, kan "*zolang het zin heeft*" (zie verder). Ook het gebruik van ordemaatregelen is verantwoord volgens deze respondenten. Het structureel gebruik van deze maatregelen kan escalatie vermijden. Er werd hier wel de bedenking meegegeven dat een ordemaatregel kan om incidenten te vermijden, maar dat dit eigenlijk wat onterecht aanvoelt, aangezien meer 1-op-1 begeleiding ("*meer ogen en handen*") het gebruik van ordemaatregelen overbodig zou maken. Afzondering of fixatie als sanctie kan volgens de respondenten niet. De personen hebben namelijk niet de mogelijkheid om uit de sanctie te leren. Bij elke aanvaarde finaliteit vinden de respondenten ten slotte dat deze zo weinig mogelijk invasief dient te gebeuren. Zo kan een ordemaatregel ook een vrijstaande stoel in een tuintje zijn, en hoeft er dan geen deur van een kamer op slot. Alle respondenten vonden de toepassing van fixatie in Vignet 1

**aanvaardbaar.** Redenen hiervoor waren dat de persoon enthousiast is en plezier heeft in de activiteit. Bovendien werd aangegeven dat het niet kunnen tekenen voor de persoon erger zou zijn dan de fixatie. De ontwikkeling werd afgewogen ten opzichte van de inperking. Vrijheidsbeperking vergroot volgens de respondenten de levenskwaliteit van de persoon: *“vrijheidsbeperking kan vrijheidsbiedend zijn.”* Bij de aanvaardbaarheid van Vignet 1 werden echter wel twee kanttekeningen geplaatst. Ten eerste moet de begeleider competent zijn in de uitvoering ervan (bijvoorbeeld banden niet te hard aanspannen). Ten tweede moet het voor de persoon het beste idee zijn en er moet steeds geprobeerd worden om de fixatie af te bouwen. Begeleiders mogen niet berusten in één aanpak die werkt. Dat een maatregel aanvaardbaar is, betekent immers nog niet dat deze voor de ouders gemakkelijk is. *“Die Zweedse riem, dat was een angstaanjagend idee, maar het bracht haar wel rust.”*, *“Het is voor mij een zwaar verwerkingsproces geweest, en dat is het eigenlijk nog steeds. Het is onmenselijkend, maar ook noodzakelijk. Indien mogelijk moet er steeds getracht worden het af te bouwen, want het blijft pijnlijk.”*

Over de aanvaardbaarheid van Vignet 2 waren de respondenten even unaniem als over Vignet 1, maar vanuit de tegengestelde positie: allen hadden bedenkingen bij de aanpak van de begeleider. Zo waren er vraagtekens bij de juistheid van de gebruikte technieken of de hardhandigheid ervan. Bovendien werd er ook in vraag gesteld of de hardhandigheid van de begeleider misschien niet zou hebben geleid tot het gebruik van de afzonderingsruimte. Eén respondent maakte echter de bedenking dat aanvaardbaarheid voornamelijk afhangt van het niveau van de persoon: *“Stevig vastnemen kan dan juist vastnemen zijn”*.

De bedenkingen en kanttekeningen die de respondenten plaatsten, leiden tot het idee van **andere mogelijkheden**. Voor Vignet 1 wordt er voorgesteld op maat de grenzen van wat haalbaar is af te tasten. Het minst ingrijpende moest eerst geprobeerd worden. Bovendien wordt van begeleiders de creativiteit en motivatie verwacht om te blijven proberen en bij ‘goede momenten’, op aanvoelen van de begeleiding, eens te proberen met minder of geen fixatie. Een respondent gaf hierbij aan *“We doen het voor het tekenen, niet voor de stoel”*. Zodra de maatregel geen meerwaarde meer biedt, mag het niet meer gebruikt worden.

Ook voor Vignet 2 werden er andere mogelijkheden gezien. Bijvoorbeeld een andere manier van fixatie van de persoon of geen gebruik van afzondering. Bovendien werd ook hier de kanttekening gemaakt dat men beter moet weten hoe de persoon in elkaar zit en zo, naargelang het niveau van de persoon, andere opties kan proberen. Een respondent gaf aan dat het, om los te komen uit een routinematige toepassing, handig kan zijn om een externe professional op bezoek te laten komen. Deze kan dan vrijblijvend advies geven. De nieuwe, frisse blik kan vaak uitdagen en zo gewoontes vermijden.

Het gebruik van afzondering of fixatie kan volgens de respondenten **voorkomen** worden. Bij structureel gebruik zoals in Vignet 1 werd dit hierboven reeds besproken. Over het algemeen is het volgens de respondenten noodzakelijk de persoon goed te leren kennen. Dat *“vergt veel denkkraft”*. Het ‘persoonlijke verhaal’ speelt een rol, bijvoorbeeld de individuele voorkeuren. Vaak zijn gedragsproblemen ook een manier van communicatie, zeker bij een doelgroep zoals beschreven in Vignet 1. Het is dan zaak om te observeren, te zoeken naar signalen en uit te proberen. Een respondent geeft hierbij het voorbeeld van haar dochter die overgeeft. Dit bleek haar manier om duidelijk te maken dat ze nog honger had. Wanten met spalken, de geïnstalleerde maatregel, verhielpen dit probleem niet en gaven ook geen antwoord op haar vraag. Ook bij een doelgroep zoals omschreven in Vignet 2 is het kennen van de persoon belangrijk. Verder moet er volgens de respondenten gezocht worden naar wat tot het gedrag geleid heeft. Redenen hiervoor kunnen misschien gevonden worden in het eerder genoemde ‘persoonlijke verhaal’. Andere redenen kunnen drukte of ongemak zijn. Respondenten geven dan ook aan dat het belangrijk is een rustige omgeving te bewaren en bewoners het gevoel te blijven geven dat

ze waardevol zijn. Afhankelijk van de mogelijkheden van de persoon kan er bovendien een gesprek aangegaan worden zodra opgemerkt wordt dat er iets op handen is. Indien dit niet mogelijk is, werd aangegeven dat afleiden een goede optie kan zijn.

**Na** de gebruikte afzondering of fixatie om acute redenen vinden respondenten dat er 'iets' moet gebeuren. Dit kan uitleg over de ongepastheid van bepaald gedrag zijn aan de hand van pictogrammen, uitleggen van het waarom achter de maatregel, het terug oppikken van de draad van de dag, of een positieve ervaring opdoen. Het belangrijkste hierbij is dat dit op maat gebeurt, volgens wat de persoon nodig heeft en aankan.

Ouders willen op de hoogte zijn. Ze leven mee met wat er is gebeurd. "Het blijft moeilijk om als ouder te weten dat hij personen gekwetst heeft", "Het is zwaar om te weten dat je kind in isolatie is geweest". Door begeleiders gerustgesteld worden, bijvoorbeeld door het tonen van hun motivatie voor hun werk, kan hierbij helpen.

Hetzelfde geldt voor **getuigen** van afzondering en fixatie: ook bij hen staat uitleg op maat centraal. Bijvoorbeeld "We hebben het gedaan om deze reden", "X heeft geen pijn", "Het is om te helpen", "De begeleider is ervoor opgeleid", "Nu gaan we verder met onze dag en gaan we dit doen". Samen een activiteit (bijvoorbeeld wandelen) ondernemen kan ook. In de boodschap die aan de getuige gegeven wordt, is het wel belangrijk om discreet te blijven en de privacy van de persoon te bewaken. Verder gaf een respondent aan dat een begeleider best emotioneel neutraal blijft. Zo kan hij een veilige haven blijven. Een begeleider zien wenen heeft immers een hele grote impact op getuigen. De respondenten bemerken ten slotte dat andere leefgroepbewoners de afzondering en fixatie vaak gewoon niet opmerken. Het gaat dan veelal over personen met een gelijkaardig profiel als hun zoon of dochter. Zij zijn het zien van afzondering of fixatie vaak al gewoon, of merken het niet op.

De respondenten gaven aan dat ook de naaste omgeving van getuigen geïnformeerd moet worden. De concrete wijze waarop of motivering waarom dit zou moeten gebeuren verschilt: "Bespreek het spontaan met ouders: de aanleiding, de reden voor de maatregel en het vervolg", "Bespreek het discreet en hou het beperkt", "Bespreek het zeker en vertel het juiste verhaal, want soms dikt de fantasie van de persoon een verhaal wat aan".

**Ouders** willen betrokken worden. Een respondent gaf aan elke dag te bellen: "Zo geef ik hem een stem, weet ik wat er gebeurt en mag ik vragen stellen, en geef ik de begeleiding ook bevestiging". De betrokkenheid uit zich verder met betrekking tot twee onderwerpen. Ten eerste vinden de respondenten dat ze in **beslissingen** omtrent de installatie van afzondering en fixatie minstens bevroegd en ingelicht zouden mogen worden. Eén respondent gaf aan dat men recent vergeten was om haar te informeren van het gebruik van een nieuwe afzonderingsmogelijkheid. Ze zou er niet akkoord mee gegaan zijn, maar het wordt intussen wel al gebruikt. Idealiter, werd er aangegeven, worden ouders van in het prille begin van een vrijheidsbeperkend idee betrokken ("Wij denken aan ... Is dat ok?"). Daarna zou er geïnformeerd moeten worden en zouden de voordelen van de maatregel getoond kunnen worden. Bovendien moet er tijd gegeven worden, moet er geluisterd worden en moet er begrip getoond worden. Een respondent gaf aan: "Je zag aan hun gezicht en aan hun houding dat ze zich bewust waren wat ze van ons vroegen". Verder is er bij voorkeur een veto-mogelijkheid. Ouders zouden zich moeten kunnen verzetten tegen de toepassing van afzondering en fixatie. Eén respondent gaf aan dat de begeleiding bij verzet idealiter andere manieren blijft proberen, of de ouders (uiteindelijk) confronteert met het probleem en de reden voor toepassing (het veto mag ook niet ten koste gaan van het welzijn van de persoon). Vaak geven ouders aan akkoord te gaan met de nieuw gevraagde maatregelen uit vertrouwen: "Ik vind het vreselijk,

*maar als jullie het aan me vragen, zal het wel nodig zijn*". Daarnaast is zien dat een maatregel werkt voor het kind, en zelf ook geen andere ideeën meer hebben, ook een reden om akkoord te gaan.

Ten tweede kunnen ze helpen zoeken naar andere mogelijkheden of kunnen ze helpen bij het voorkomen van de toepassing van afzondering en fixatie. De respondenten geven aan dat ze door jarenlang zelf de zorg en ondersteuning te hebben geboden veel **kennis en ervaring** hebben opgebouwd. Als ze betrokken worden, kunnen ze deze ervaringskennis delen. Een respondent gaf hierbij aan dat haar dochter thuis wel kan eten zonder gefixeerd te worden. Het delen van haar aanpak leidde ertoe dat ook in de voorziening het fixeren overbodig werd. Als ouder kennen de respondenten o.a. voorkeuren van de persoon (bijvoorbeeld douchen in plaats van in bad) of kunnen ze bepaalde denkbewegingen die potentieel kunnen leiden tot onrust beter plaatsen (bijvoorbeeld een gebroken glas dat niet meer gemaakt kan worden). Ouders geven aan dat hoe meer ze weten (hoe meer er vanuit de leefgroep gedeeld wordt), hoe beter ze samen oplossingen kan zoeken. Als kanttkening bij de ervaringskennis gaf een respondent aan dat ze inderdaad als ouder veel kennis heeft, maar het daarom zelf ook niet altijd weet. *"Bovendien is er een reden dat we professionele hulp zoeken. En ook zij weten het soms niet. Vaak zijn er geen oplossingen."*

*"Ouders blijven betrekken, dat geeft vertrouwen",* zegt een respondent. *"Telkens krijgen we immers enkel het verhaal van de begeleiders, aangezien mijn dochter niet verbaal sterk genoeg is. We hebben dus heel veel vertrouwen in hen. Elke nieuwe beslissing die gemaakt moet worden is wel een examen voor dat vertrouwen."*

## 3.2 Residentiële (forensische) jeugdhulp en Residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ

### 3.2.1 Methode

Voor de rekrutering van de deelnemers werkten de onderzoekers samen met met Ouderspunt. Aan de organisatie is gevraagd om 6 tot 8 ouders met ervaring in de residentiële jeugdhulp te selecteren. Indien zij bereid waren om over afzondering en fixatie te praten, werden ze uitgenodigd voor de bevraging.

De vragen die gesteld zijn aan de ouders waren analoog aan de richtvragen van de focusgroep voor jongeren (zie Tabel 21 in deel 2.2.1. hierboven). De **online bevraging voor ouders** werd verspreid door Ouderspunt. De vragenlijst kon online ingevuld worden van 13.11.2020 tot 13.12.2020. De bevraging van de ouders werd per vraag geanalyseerd.

### 3.2.2 Resultaten

Vijf ouders vulden de online vragenlijst in. Aangezien zij individueel de vragen beantwoordden, is het niet mogelijk te achterhalen of deze deelnemers het al dan niet eens waren met elkaar over de verschillende onderwerpen. Verder is het niet duidelijk of deze deelnemers dezelfde definities van afzondering en fysieke interventie hanteerden als de definities van de richtlijn, ook al werden de definities schriftelijk toegelicht aan het begin van de vragenlijst.

- Aanvaardbaarheid van afzondering en fysieke interventie

Alle deelnemers vonden **afzondering** een aanvaardbare maatregel om jongeren **tot rust** te laten komen. Drie deelnemers gaven daarnaast aan dat afzondering aanvaardbaar is om de **veiligheid** te garanderen bij dreigend gevaar voor jongeren of omstaanders. Twee deelnemers vonden de continue aanwezigheid van een begeleider hierbij een vereiste. Deze begeleider moet duidelijk communiceren waarom de jongere in afzondering is geplaatst. Verder vonden twee deelnemers dat afzondering steeds op de

**kamer** van de jongere moet gebeuren en niet in een afzonderingskamer. Een deelnemer stelde voor om bij ernstig (dreigend) gevaar de maatregel door externen te laten toepassen, bijvoorbeeld de politie. Door externen te betrekken, wordt het vertrouwen tussen de jongeren en de begeleiders immers niet geschaad. Deze deelnemer gaf aan dat afzondering **nooit een straf** mag zijn.

Een **fysieke interventie** was volgens de deelnemers slechts in één situatie aanvaardbaar: enkel bij **acuut gevaar** voor de jongere of de omstaanders en enkel na meerdere **waarschuwingen** kan een fysieke interventie aanvaardbaar zijn. Voor een deelnemer is een fysieke interventie enkel aanvaardbaar als **zelfbescherming** voor de begeleider. Een deelnemer gaf opnieuw aan dat dit door externen moet gebeuren. Een andere deelnemer benadrukte dat begeleiders na de fysieke interventie in gesprek moeten gaan met de jongere. Alle deelnemers meldden echter dat ze tegen het gebruik van fysieke interventies zijn aangezien deze maatregel kan leiden tot meer agressie, pijn en trauma's.

- Preventie van afzondering en fysieke interventie

Volgens een deelnemer is het belangrijk om **jongeren te betrekken** bij de preventie van afzondering en fysieke interventie door met hen in gesprek te gaan over eventuele triggers voor escalatie en door afspraken te maken over hoe samen de situatie te de-escaleren. Deze deelnemer stelde voor om stopwoorden of signalen af te spreken zodat de jongere en begeleiders kunnen aangeven wanneer een situatie dreigt te escaleren. Een andere deelnemer vond het belangrijk dat begeleiders de jongeren **kennen** zodat ze situaties beter kunnen inschatten.

De deelnemers noemden voorbeelden van **signalen** voor escalatie zoals gedragsveranderingen, boos worden, lawaai maken of stil worden, verbale agressie, weglopen, zich afsluiten van de omgeving of een felle zelfverdediging.

Volgens een deelnemer kan de **familie** betrokken worden bij deze preventie maar enkel als de jongere en de familie dit wensen. Deze deelnemer vond het vooral belangrijk dat 'iemand waarbij de jongere zich veilig en begrepen voelt' betrokken wordt. Een andere deelnemer vond het belangrijk om samen met familie of naasten dialoog te gaan met de jongere om hem zo tot rust te brengen en een fysieke interventie te vermijden. Verder gaf een deelnemer aan dat **ouders** betrokken moeten worden bij het gesprek over triggers en middelen om in moeilijke situatie te de-escaleren.

- Toepassing van afzondering en fysieke interventie

Volgens de deelnemers dienen begeleiders steeds **aanwezig** te zijn bij een afzondering om de veiligheid te garanderen en te communiceren met de jongere. Het is belangrijk dat ze nagaan hoe het met de jongere gaat door vragen te stellen als 'hoe voel je je?', 'kan ik iets voor je doen?' en om hen uit te leggen waarom de afzondering of fysieke interventie wordt toegepast. Begeleiders kunnen geruststellende boodschappen geven en zo een vorm van troost bieden door aanwezig te blijven. Twee deelnemers herhaalden dat een fysieke interventie erg onaangenaam en traumatiserend kan zijn en begeleiders hier rekening mee moeten blijven houden.

Twee deelnemers vonden dat **familie of naasten** betrokken kunnen worden maar enkel na toestemming van de jongere en de familie. Deze personen kunnen helpen om toenadering te zoeken met de jongere of hen helpen tot rust te komen en een gevoel van veiligheid te bieden. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat de maatregelen sneller beëindigd worden. Volgens een deelnemer moeten ouders steeds telefonisch op de hoogte worden gebracht bij een afzondering of fysieke interventie.

Het is belangrijk om ook **omstaanders** gerust te stellen en met hen in gesprek te gaan, zowel tijdens de toepassing van de maatregel als nadien. Begeleiders moeten omstaanders geruststellen zodat de



activiteit kan doorgaan en de rust in de groep zich herstelt. De deelnemers vonden het belangrijk dat begeleiders leiding nemen, structuur en duidelijkheid aanbieden zodat omstaanders zich veilig voelen. Volgens een deelnemer is het ook erg belangrijk om de jongere die een fysieke interventie ondergaat, weg te halen van 'nieuwsgierige blikken'.

- Nazorg na afzondering en fysieke interventie

Na een afzondering of fysieke interventie is het belangrijk dat **begeleiders** in gesprek gaan met de jongere en luisteren naar hun ervaring en gevoelens. Een deelnemer voegde hieraan toe dat begeleiders dit moeten doen zonder te oordelen over de jongere. Door een open houding aan te nemen ten aanzien van de jongere (zonder vooroordelen) kan de zorg en band met de begeleider zich verder ontwikkelen.

Een deelnemer suggereerde om een praatavond te organiseren met **omstaanders** waarin ze hun gevoelens en gedachten kunnen uiten om meer verbondenheid en vertrouwen te creëren. Ook andere deelnemers stelden voor om een gesprek te voeren met de omstaanders.

Vier deelnemers gaven aan dat **familie en naasten** betrokken kunnen worden bij de nazorg. Een deelnemer stelde de voorwaarde dat jongeren toestemming moeten geven terwijl een andere deelnemer stelde dat ouders altijd betrokken moeten worden. Familie en naasten kunnen samen met de begeleiders en jongere in gesprek gaan over de gebeurtenis, de triggers en hoe ze dit in de toekomst kunnen voorkomen. Ze kunnen ook betrokken worden om de jongere te steunen bij de verwerking van de gebeurtenis.

- Tips om afzondering en fysieke interventie te voorkomen

De tips die de deelnemers gaven waren preventief duidelijke **afspraken** maken met de jongeren, **samenwerken** met de jongeren om te onderzoeken wat ze kunnen doen om bepaald gedrag te voorkomen, de hele **context** betrekken en nagaan met welke personen de jongere een goede vertrouwensband heeft zodat die persoon kan betrokken worden bij de begeleiding van de jongere. Een andere deelnemer vond het belangrijk dat voorzieningen nadenken over **alternatieven** voor afzondering en fysieke interventie en dat jongeren ruimte moeten krijgen hun gevoelens te delen over afzondering of fysieke interventie. Verder vond een deelnemer het belangrijk dat begeleiders **sneller in gesprek** gaan met jongeren en om samen met de jongere afspraken te maken welke persoon (**familie of naasten**) opgeroepen kan worden in een crisissituatie om de jongere te helpen.

## 4 Expertpanel 1

### 4.1 Methode

#### 4.1.1 Verloop van expertpanel 1

Expertpanel 1 is opgedeeld in twee delen: (1) het expertpanel over de eerste versie van de richtlijn gericht naar de residentiële MFC's voor kinderen en jongeren en IPO's vond online plaats op 8 februari 2021, gedurende twee uur en (2) het expertpanel over de eerste versie van de richtlijn gericht naar de residentiële (forensische) jeugdhulp en residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ vond online plaats op 11 februari 2021, gedurende drie uur. Het gaat om twee verschillende eerste versies van de richtlijn ontworpen enerzijds vanuit orthopedagogisch perspectief voor de MFC's voor kinderen en jongeren en IPO's, en anderzijds vanuit klinisch en pedagogisch perspectief voor de residentiële (forensische) jeugdhulp en residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ. De deelnemers kregen de eerste versie van de richtlijn op voorhand toegestuurd en werden gevraagd deze ter voorbereiding door te nemen en vier vragen te bekijken:

- Wat zijn de sterke aspecten van de richtlijn?
- Wat zijn ontbrekende aspecten van de richtlijn?
- Welke aanvullingen heeft u voor de richtlijn?
- Zijn er aspecten van de richtlijn onduidelijk voor u?

Voor het expertpanel gericht op de residentiële MFC's voor kinderen en jongeren en IPO's zijn het aantal deelnemers en het type organisatie waartoe ze behoren terug te vinden in Tabel 23.

Tabel 23 Types van organisaties en het aantal experts dat deelnam aan expertpanel 1 gericht op de residentiële MFC's voor kinderen en jongeren en IPO's

Categorie	Aantal experts
Beroepsverenigingen: NVKVV en Vlaamse Vereniging van Orthopedagogen	2
Koepelorganisaties: Vlaams Welzijnsverbond en SOM	2
GO! Onderwijs van de Vlaamse Gemeenschap	1
Gebruikersorganisatie FOVIG	1
Voorzieningen: 5 multifunctionele centra en 1 internaat met permanente openstelling	6
HO Gent	1
<b>Totaal</b>	<b>13</b>

Voor het expertpanel gericht op de residentiële (forensische) jeugdhulp en residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ zijn het aantal deelnemers en het type organisatie waartoe ze behoren terug te vinden in Tabel 24. De 22 experts werden opgedeeld in twee groepen zodat alle experts voldoende aan bod konden komen. Elke categorie van deelnemers was vertegenwoordigd in beide groepen.

Tabel 24 Types van organisaties en aantal experts dat deelnam aan expertpanel 1 gericht op de residentiële (forensische) jeugdhulp en residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ

Categorie	Aantal experts
Beroepsverenigingen: VVK, NVKVV, VVKP	3
Koepelorganisaties: Vlaams Welzijnsverbond, SOM	2
Agentschap jongerenwelzijn en de gemeenschapsinstellingen	3
Patiënten- of familieorganisaties: Cachet vzw, OPGanG, Ouderspunt, GGZ Familieplatform	4
Voorzieningen met goede praktijken	7
Academici: KU Leuven, U Gent en U Antwerpen	3
Totaal	22

Het expertpanel startte met een plenaire introductie door de onderzoekers waarbij de wijze waarop de eerste versie van de richtlijn tot stand was gekomen kort werd toegelicht samen met het verloop van het expertpanel. Vervolgens werden de deelnemers gevraagd om feedback te geven op de aanbevelingen uit de eerste versie van de richtlijn. De aanbevelingen werden één-voor-één overlopen volgens de structuur van de richtlijn: eerst de aanbevelingen over preventie en daarna de aanbevelingen over de toepassing van afzondering en fixatie. Over de situaties waarin afzondering en fixatie in theorie toelaatbaar kunnen zijn, werden bijkomende specifieke vragen voorgelegd aan de deelnemers die zij ook op voorhand hadden gekregen.

1. Zijn afzondering of fixatie van een kind/jongere naar uw mening toelaatbaar in bepaalde subsectoren van de residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ en (forensische) jeugdhulp
  - a. om de veiligheid bij potentieel gevaar te behouden? Zo ja,
    - i. is dit toelaatbaar om de veiligheid van de persoon te behouden, of ook om de veiligheid van omstaanders, de leefgroep, de samenleving te bewaren?
    - ii. in welke sub-sectoren?
    - iii. onder welke voorwaarden?
    - iv. aan welke concrete situatie denkt u?
  - b. voor het bevorderen van ontplooiings- en ontwikkelingskansen? Zo ja,
    - i. is dit toelaatbaar om kansen van de persoon te bevorderen, of ook om kansen van de leefgroep te bevorderen?
    - ii. in welke sub-sectoren?
    - iii. onder welke voorwaarden?
    - iv. aan welke concrete situatie denkt u?
2. Is afzondering als sanctie bij het overtreden van een grensregel toelaatbaar? Zo ja,
  - a. in welke sub-sectoren?
  - b. onder welke voorwaarden?
  - c. bij inbreuk op welke grensregels?

Met toestemming van de deelnemers werd een audio-opname gemaakt van alle groeps gesprekken. Om de online-bijeenkomst gestructureerd en efficiënt te laten verlopen, werden de deelnemers gevraagd om feedback die andere deelnemers reeds hadden gegeven niet te herhalen. Aangezien niet alle aanbevelingen binnen het tijdsbestek van het expertpanel aan bod kwamen, werden de deelnemers

aangemoedigd om bijkomende feedback via e-mail te bezorgen aan de onderzoekers. Na het expert-panel ontvingen we van zeven experts een mail met extra feedback [twee experts van de residentiële (forensische) jeugdhulp en residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ en vijf experts van de organisaties voor kinderen en jongeren met een handicap].

#### 4.1.2 Dataverwerking

De audio-opnames van de groepsgesprekken zijn eerst elk getranscribeerd. De transcripties zijn samen met de toegestuurde e-mails en opmerkingen van de experts in de Zoom-chat kwalitatief geanalyseerd. De feedback van de experts uit de residentiële MFC's voor kinderen en jongeren en IPO's is per aanbeveling geïntegreerd en samengevat in een apart gedetailleerd verslag in bijlage 5. De feedback van de experts uit de residentiële (forensische) jeugdhulp en residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ uit beide groepen is per aanbeveling geïntegreerd en samengevat in een gedetailleerd verslag in bijlage 6. De kwalitatieve analyse maakt duidelijk over welke topics er consensus was onder de experts en over welke topics niet. Wanneer er geen consensus was onder de experts m.b.t. een bepaalde aanbeveling komen de verschillende visies in dat verslag aan bod.

## 4.2 Resultaten

Hierbij volgt de inhoudelijke samenvatting van de belangrijkste thema's die tijdens expertpanel 1 zijn aangehaald door experts uit de MFC's voor kinderen en jongeren en IPO's (zie deel 4.2.1) en door experts uit de residentiële (forensische) jeugdhulp en residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ (zie deel 4.2.2). In hetgeen volgt, geven de onderzoekers hun interpretatie van de thema's die voor de experts het meest van belang waren en de mate waarin er consensus over bestond. Bepaalde topics, zoals de afzondering- en fixatieprocedures, zijn omwille van de beperkte tijd eerder kort aan bod kunnen komen. Het zijn dus niet enkele de thema's die belangrijk bleken voor de experts die hieronder worden besproken, maar ook de thema's waar tijd voor was om over te discussiëren.

### 4.2.1 Resultaten expertpanel 1 gericht naar de MFC's voor kinderen en jongeren en IPO's

- Het preventiebeleid

De experts vonden eenzelfde preventiebeleid in heel de voorziening belangrijk zonder onderscheid te maken tussen verschillende leefgroepen of afdelingen. Het preventiebeleid dient ook deel uit te maken van het breder beleid van de voorziening. Daarenboven stelden de experts voor om concrete kaders en tools toe te voegen aan de richtlijn die helpen om een gedragen preventiebeleid in een voorziening te realiseren. De werkgroep die het preventiebeleid ontwikkelt, implementeert, evalueert en bijstuurt dient multidisciplinair samengesteld te zijn. O.a. verpleegkundigen maken er deel van uit.

Verschiedende experts vroegen om concrete aanbevelingen op het niveau van de jongere over de frequentie van de evaluatie van de afzonderingen en fixaties die beschreven zijn in het individuele (be)handelingsplan. Uit het expertpanel bleek dat deze frequentie verschilt tussen de voorzieningen. Een expert gaf aan dat er hierover consistentie zou moeten bestaan over de voorzieningen heen en dat handvatten hierover vanuit het beleidsniveau van elke voorziening helpend zouden zijn.

- Preventieve maatregelen

De experts waren het erover eens dat het belangrijk is om in dialoog te gaan met zorgverstrekkers uit de verschillende sub-sectoren over alternatieven en preventieve middelen voor escalatie, agressie, afzondering en fixatie. Ze benadrukten de relevantie van de 'creatieve zoektocht'. Een samenwerking tussen verschillende voorzieningen kan immers belangrijke informatie opleveren.

De experts waren het er onderling niet over eens of zorgverleners ook training nodig hebben over veiligheidstechnieken ter preventie van afzondering en fixatie. De experts die hier voorstander van waren, gaven aan dat veiligheidstechnieken niet enkel helpen bij de toepassing van afzondering en fixatie, maar ook bij de preventie ervan. Met deze technieken kunnen zorgverleners bepaalde situaties de-escaleren. Er werd ook aangegeven dat het trainen van medewerkers geen eenmalige gebeurtenis mag zijn, maar regelmatig moet gebeuren. Maar enkele andere experts vonden dat deze veiligheidstechnieken niet bijdragen tot de preventie van afzondering en fixatie. Zij waren van mening dat het gebruik van veiligheidstechnieken in type 3-voorzieningen regelmatig aanleiding geven tot het moeten toepassen van afzondering of fixatie.

De experts waren het erover eens dat het belangrijk is om zorgverleners opleiding te geven over de aard van en ervaringen met agressie, escalatie, afzondering en fixatie vanuit het standpunt van de zorggebruiker.

- Opbouw en inrichting van de leefgroep

De experts vonden het belangrijk om te benadrukken dat een leefgroep moet aangepast worden aan het prikkelaanbod dat de jongere nodig heeft en aankan. Het is ook van belang om als zorgverlener in te schatten in welke ruimte de jongere tot rust kan komen en om dit op maat van de jongere te bekijken.

- Continuïteit van de zorg

De experts vonden dat inzetten op zorgcontinuïteit binnen het zorglandschap een waardevolle aanbeveling is, bijvoorbeeld wanneer een jongere doorstroomt naar een volwassenenwerking.

- Therapeutisch aanbod

De experts waren het erover eens dat het belangrijk is om een therapeutisch aanbod op maat van de jongere te voorzien.

- Omgaan met structureel gebruik van afzondering en fixatie

De experts waren het erover eens dat het opnemen van een doelstelling tot afbouw van afzondering of fixatie in het handelingsplan verplicht is en dat dit periodiek kritisch geëvalueerd moet worden.

- Ruimte voor afzondering

De experts waren het erover eens dat voortdurend wederzijds visueel contact tijdens afzondering niet bij elke jongere nodig is, net als de aanwezigheid van een digitale klok, oriëntatiemogelijkheden en sanitaire voorzieningen. Het is belangrijk om op maat te werken van de jongere. Ook de inrichting van de afzonderingskamer moet op maat zijn van de jongere. De experts waren het erover eens dat er steeds toezicht moet zijn. Verder was er consensus over het feit dat de eigen kamer in uitzonderlijke gevallen gebruikt kan worden voor afzondering op voorwaarde dat dit wordt opgenomen in het (be)handelingsplan. Er kan per jongere bekeken worden waar die persoon op dat moment het meeste rust vindt: in de eigen kamer, de afzonderingskamer of de tuin. De eigen kamer wordt echter niet als afzonderingsruimte gebruikt bij acuut en ernstig gevaar.

- Indicatie voor afzondering en fixatie

Algemeen vonden de experts de opdeling van de verschillende categorieën waardevol. Ze waren het erover eens dat afzondering om te sanctioneren ontoelaatbaar is en vonden het een sterkte van de richtlijn dat deze categorie duidelijk benoemd wordt. De experts waren het erover eens dat afzondering en fixatie van de jongere om de veiligheid te herstellen bij acuut en ernstig gevaar voor de fysieke en/of psychische integriteit van de jongere of anderen toelaatbaar is. Ze vonden ook dat afzondering of fixatie van de jongere om de ontwikkelings- en/of ontplooiingskansen van de jongere te bevorderen toelaatbaar is. De experts vonden het onderscheid tussen 'afzondering en fixatie om de veiligheid bij potentieel gevaar te behouden' en 'afzondering en fixatie om ontwikkelings- en/of ontplooiingskansen te bevorderen' echter niet altijd duidelijk.

De experts vonden de categorie 'afzondering en fixatie om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen van de jongere' een relevante en belangrijke categorie. De experts kijken naar vrijheidsbeperkende maatregelen in deze categorie als 'wat er mogelijk wordt gemaakt door deze maatregelen' i.p.v. als 'wat we onmogelijk maken'. De experts gaven enkele voorwaarden voor het gebruik van afzondering en fixatie in deze categorie van situaties:

- Een grondige discussie is nodig om op maat van de jongere te beslissen of het om een ontwikkelingskans gaat waarvoor gefixeerd mag worden.
- Afzondering of fixatie is binnen deze categorie toelaatbaar bij jongeren die niet binnen de 'reguliere' open jeugdhulpvoorzieningen kunnen functioneren omwille van extreme gedragsproblemen of die zich continu onttrekken aan toezicht en die zich in risicovolle situaties voor de eigen integriteit begeven of die een gevaar vormen voor de samenleving. Hierbij aansluitend kan het ook gaan om jongeren die een specifieke erkenning kregen op basis van het dossier van de jongere en/of de diagnostiek of wanneer de jongere geplaagd werd door de jeugdrechtbank.
- Een aangepaste infrastructuur en aangepast personeelskader is nodig.
- Er moet voldoende aandacht besteed worden aan individualisering.
- Er moet gewerkt worden aan opbouwende, perspectief-gevende trajecten om dwang zoveel mogelijk te vermijden en zo veel mogelijk te streven naar de ontwikkeling van de jongere.
- Inspectie en de doorlichting van de werking is van belang.

Over de categorie 'afzondering en fixatie om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen van de leefgroep' was er een discussie tussen de experts. Een expert vond het zinvol om een jongere die onophoudelijk roept tijdelijk af te zonderen zodat er ontwikkelingskansen gecreëerd worden voor de andere jongeren. Maar een andere expert vond dat afzondering en fixatie voornamelijk toegepast moet worden om de ontwikkelingskansen van de jongere ten goede te laten komen en niet enkel van de leefgroep.

- Overwegen en beslissen tot het opstarten van afzondering of fixatie

Er was consensus onder de experts dat niet enkel de arts kan beslissen tot opstarten van de maatregel. Het is niet mogelijk en wenselijk dat enkel een arts of verpleegkundige hierover mag beslissen. Ze stelden voor om ook een psycholoog of pedagoog te laten beslissen in samenspraak met het leefgroepsteam, de orthopedagogen en de opvoeders. Het is hierbij belangrijk om een draaiboek te voorzien zodat deze medewerkers kunnen inschatten wanneer ze kunnen overgaan tot deze maatregelen.

#### 4.2.2 Resultaten expertpanel 1 gericht naar de residentiële (forensische) jeugdhulp en residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ

- Het preventiebeleid

Een expert stelde voor om in de richtlijn methodieken en principes toe te voegen die helpen om een gedragen preventiebeleid in een voorziening te realiseren. Een andere expert vroeg om positief leefklimaat toe te voegen aan de visies op zorg of begeleiding die deel kunnen uitmaken van het preventiebeleid en om het belang te benadrukken van een evaluatie van dat leefklimaat en van het gebruik van signaliseringsplannen.

Nog een expert vond dat het inschakelen van een ervaringsdeskundige voor de ervaringsgerichte vorming over het preventiebeleid voor de zorgverleners een grote meerwaarde heeft. Een andere expert vulde aan dat het belangrijk is om als voorziening zelf de experten te trainen zodat zij nadien trainers kunnen worden voor andere collega's ter bevordering van een gedragen preventiebeleid.

De experten somden disciplines op die kunnen deel uitmaken van de multidisciplinaire werkgroep, zoals een psycholoog, een gezinszorgverlener, een orthopedagoog, een directeur, verantwoordelijke of zorgverlener en ouders of naasten.

- Evenwichtige ratio personeel – jongeren

Enkele experten waren van mening dat de leefgroepen niet ter grootte van een familie moeten ingedeeld worden. De experten gaven aan dat één-op-één-begeleiding idealiter wordt aangeboden maar dat dit praktisch onhaalbaar is. Een expert meende dat het evenwicht van de ratio personeel-jongeren niet afhankelijk is van het *aantal* jongeren, maar van de karakteristieken van de jongeren die in de leefgroep verblijven. Ze vonden het belangrijk dat de voorzieningen autonomie krijgen en dat de directie de inschatting kan maken over de ratio personeel-jongeren, de groepssamenstelling en het instroombeleid.

- Training van vaardigheden

Er was consensus onder de experten over het belang van de rol van emoties en zelfreflectie bij de training van zorgverleners omtrent preventieve communicatievaardigheden. Experten vonden deze aanbeveling een sterkte en vulden aan dat ook de non-verbale vaardigheden moeten beklemtoond worden, zeker bij bepaalde doelgroepen. De experten vonden het ook belangrijk om naast de zelfreflectie binnen een team ruimte te voorzien voor feedback en bijsturing. Een expert vond het belang van deze zelfreflectievaardigheden en de rol van de eigen emoties van de zorgverleners toch nog onderbelicht in de richtlijn.

- De opbouw en inrichting van de afdelingen of leefgroepen

Expert en waren het erover eens dat de term 'comfortroom' minder herkenbaar is voor de jeugdhulp. Ze stelden voor om 'ruimte voor spanningsreductie' te gebruiken in plaats van comfortroom. Deze ruimte kan ook een buitenruimte of grote tuin zijn waar jongeren naartoe kunnen gaan. Het is vooral de functie van deze ruimte die van belang is. Het is belangrijk om meerdere van dergelijke ruimtes aan te bieden zodat verschillende ruimtes een antwoord kunnen bieden op verschillende behoeftes.

De experten discussieerden over het gebruik van de eigen kamer als afzonderingskamer. Meerdere experten vonden dat de eigen kamer een veilige ruimte moet zijn en dat privacy hierbij erg belangrijk is en dat de eigen kamer bijgevolg best niet gebruikt wordt voor afzondering of fixatie (hieronder meer informatie over de eigen kamer voor afzondering in 'De ruimte voor afzondering').

- De bekendmaking van het preventiebeleid

De experts discussieerden uitvoerig over de mate waarin het preventiebeleid van de voorziening gecommuniceerd moet worden naar de jongeren, vertegenwoordigers en andere naasten toe en er werd hierover geen consensus bereikt. Enkele experts vonden het belangrijk om transparantie te bieden over het preventiebeleid zodat alle betrokken partijen ervan op de hoogte zijn dat bij bepaalde vormen van escalatie afzondering en fixatie kunnen toegepast worden. Enkele experts gingen er niet mee akkoord dat het preventiebeleid van de voorziening gecommuniceerd moet worden naar de jongeren en hun naasten. Ze gaven aan dat het niet van belang is om het volledige beleid rond afzondering en fixatie mee te delen en dat er in plaats daarvan bepaalde onderdelen moeten bekendgemaakt worden aan de jongeren. Zo'n preventiebeleid kan erg omvattend zijn en bovendien zal de overgrote meerderheid van de jongeren nooit gefixeerd worden. Door te communiceren over het beleid rond vrijheidsbeperkende maatregelen vertrek je niet meer van de basisvisie dat afzondering en fixatie vermeden moeten worden. Deze experts stelden daarom voor om enkel jongeren met een hoger risico op deze maatregelen hierover te informeren. De experts waren het er wel over eens dat transparantie over het preventiebeleid belangrijk is, maar ze waren het niet eens over de mate waarin (het volledige preventiebeleid versus bepaalde onderdelen van het preventiebeleid) en over wie te informeren (alle jongeren informeren versus enkel de jongeren met een hoger risico op afzondering of fixatie).

- Continuïteit van de zorg of begeleiding

Meerdere experts waren het erover eens dat het belangrijk is dat jongeren doorheen hun traject in de brede jeugdhulp zoveel mogelijk in dezelfde leefgroep verblijven. Daarenboven gaven de experts aan dat er rekening gehouden moet worden met de regelgeving rond het delen van gegevens over de jongere tussen de voorzieningen, tussen jeugdhulp en kinder- en jeugd-GGZ en met de ouders en naasten.

- Het vermijden van een gedragsmatige aanpak

De experts waren het eens dat gedragsmatig werken op zich niet vermeden moet worden, maar dat een repressieve aanpak vermeden moet worden. Een expert vroeg om 'krachtgericht werken' toe te voegen aan de richtlijn en een andere expert vroeg om positief leefklimaat te benadrukken.

- Kennismaking en het inschatten van kwetsbaarheid en risico's

De experts waren het niet eens over de mate waarin een kind of jongere tijdens de anamnese (bij de start van opname) kan praten over trauma's. Enerzijds erkenden twee experts het belang van deze kennis voor het signaliseringsplan, maar ze benadrukten dat zorgverleners hiervoor tijd moeten nemen. Het is niet vanzelfsprekend voor de jongere om over trauma's te praten aan het begin van de opname. Anderzijds vond een expert het erg belangrijk om al in de eerste week van opname te achterhalen wat triggers voor escalatie kunnen zijn van de jongere; nadien kan er op maat van de jongere verder gewerkt worden aan deze anamnese.

De experts discussieerden ook over de aanbeveling rond contextgericht werken en over het betrekken van de context van het kind of de jongere bij het behandeling- of begeleidingstraject mits toestemming van de jongere of vertegenwoordiger. Twee experts vonden dit vanzelfsprekend en gaven aan dat het belangrijk is om deze samenwerking met de context als basishouding te beschouwen en regelmatig de jongere te bevragen naar zijn toestemming hierover. Een andere expert vermeldde dat die toestemming niet steeds bevraagd wordt. Het is niet vanzelfsprekend om te bepalen wanneer je wel of niet kennis van context mag gebruiken zonder toestemming van de jongere, maar het zou wel kunnen helpen om een eventuele kloof tussen zorgverleners en jongeren weg te werken.



- Nabijheid en bereikbaarheid

De experts waren het erover eens dat er niet steeds een andere zorgverlener moet ingeschakeld worden wanneer een conflict dreigt te ontstaan tussen een zorgverlener en een jongere. Een expert benadrukte het belang van enkel externen te betrekken om wie de jongere zelf vraagt, zodat er geen machtsonevenwicht ontstaat.

- Signaliseringsplan

De experts waren het niet eens over de nood aan een signaliseringsplan voor elke jongere. Sommige experts vonden dat dit wel noodzakelijk is voor elke jongere, maar niet alle experts waren het hiermee eens. Er was wel consensus over het feit dat het signaliseringsplan vertaald moet worden naar handvatten voor gebruik buiten de voorziening zoals thuis of op school.

- Omgaan met escalatie

De experts waren het erover eens dat de oorzaak voor stijgende emotionele spanning niet steeds bij de jongere te zoeken is, maar dat de escalatie ook veroorzaakt kan worden door het leefklimaat. Daarenboven zijn behalve verbale de-escalerende vaardigheden ook non-verbale vaardigheden van belang bij omgaan met escalatie.

- Nabespreking

De experts waren het erover eens dat de nabespreking nog met andere personen moet gebeuren dan met de jongere, zijn vertegenwoordiger, de betrokken zorgverleners en omstaanders. Deze anderen zijn ouders of andere naasten, een derde partij, eventueel slachtofferhulp en de andere jongeren uit de leefgroep.

- Time-out

De experts waren van mening dat er in de aanbeveling over time-out cruciale elementen ontbreken. Dit gaat o.a. over de zorgverleners die tijdens de time-out contact houden met de jongere en de jongere laten weten waar ze nadien samen aan gaan werken. Dit gaat ook over het kaderen van de time-out bij de ouders en de jongere, namelijk met een duidelijk doel als onderdeel van het proces van de jongere. Ook ontbrak er in de richtlijn de voorafgaande bespreking met de jongere, met als doel hem te informeren over de mogelijkheid van een time-out.

Er was ook consensus dat er eerst moet nagegaan worden of er opties zijn om binnen de leefgroep aan herstel te werken voor er gekozen wordt voor een time-out buiten de voorziening.

De experts verschilden van mening over het feit of afzondering al dan niet mag toegepast worden tijdens time-out in een GI. Experts vonden dat afzondering wel mag toegepast worden in een GI als er zich veel agressie en escalatie voordoet, wanneer andere alternatieven uitgeput zijn. Een andere expert vond dat het onderscheid tussen time-out en straf niet duidelijk is voor de jongeren. Hij was van mening dat afzondering tijdens deze periode niet is toegelaten indien een time-out enkel bedoeld is om ruimte te geven aan de jongere. Hier kwam dan weer reactie op dat een time-out naar een GI niet per se als een straf ervaren wordt en dat het belangrijk kan zijn om dan toch nog afzondering te kunnen toepassen om het jeugdhulptraject te kunnen verderzetten.

De experts waren akkoord met de suggesties voor alternatieven voor een time-out zoals een stap- of fietstocht. Ze vulden aan dat jongere, als time-out ook naar huis kunnen gaan of naar andere contextfiguren.

- Opleiding en training van de zorgverleners voor de toepassing van afzondering en fixatie

Een expert vroeg om de aanbevelingen over opleiding aangaande de juridische voorwaarden en mensenrechtelijke beginsels van afzondering en fixatie concreter te omschrijven. Uit de praktijk blijkt immers dat het waarborgen van bepaalde mensenrechten tijdens afzondering of fixatie geen evidentie is. Het werd daarom erg belangrijk bevonden om zorgverleners te informeren over de Wet over Patiëntenrechten en de noodtoestand.

- De ruimte voor afzondering

De experts waren van mening dat het benadrukken van wederzijds visueel contact bij afzondering in de richtlijn minder benadrukt hoeft te worden. Het is belangrijker om steeds de mogelijkheid tot fysieke nabijheid aan te bieden. De afzondering moet ook zo weinig mogelijk ingrijpend zijn op maat van de jongere.

Er was geen consensus over of afzondering op de eigen kamer aan te bevelen is. Voorstanders waren van mening dat dit mogelijk is wanneer afzondering gebeurt als ondersteunende maatregel voor overprikkeling.

Enkele standpunten contra afzondering op eigen kamer waren

- (Het meubilair van) de eigen kamers zijn niet voorzien om gebruikt te worden om af te zonderen bij acuut en ernstig gevaar.
- Door een jongere af te zonderen op eigen kamer, krijgt deze ruimte een andere betekenis.
- Afzondering op eigen kamer mag niet als sanctie of straf.

Er was consensus over onderstaande voorwaarden voor afzondering op eigen kamer:

- Enkel mogelijk op vraag van de jongere, op het moment zelf of voordien door hem aangegeven.
  - Indien het gebruik van de eigen kamer als afzonderingsruimte genoteerd staat in het behandelplan.
  - Enkel mogelijk indien de mate van agressie en/of escalatie het toelaat, indien het veilig is.
- Indicatie voor afzondering en fixatie

Experten waren het erover eens dat afzondering en fixatie (voorlopig) toelaatbaar zijn bij ernstig en acuut gevaar en niet toelaatbaar zijn als sanctie. Verder was er ook consensus over het belang van de leeftijd en het ontwikkelingsperspectief van de kinderen en jongeren bij de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie. Experts vonden de indeling van afzondering en fixatie in de vier categorieën herkenbaar en relevant. Voor een aantal situaties waren ze van oordeel dat het niet eenvoudig zou zijn om uit te maken tot welke categorie deze zouden behoren. Enkele experts waren het erover eens dat afzondering wegens personeelsredenen niet toelaatbaar is.

De experts vonden geen consensus over de toelaatbaarheid van 'afzondering en fixatie om de veiligheid van de jongere bij potentieel gevaar te behouden'. Een expert gaf aan dat zorgverleners in geval van potentieel gevaar een inschatting op het moment zelf trachten te maken enerzijds van een gevaar dat er in realiteit nog niet is en anderzijds van wanneer dat gevaar dan geweken zal zijn. Deze categorie vraagt om moeilijke inschattingen en kan daardoor leiden tot onduidelijkheden. Een andere expert vond deze categorie wel toelaatbaar en gaf ook aan dat afzondering op eigen vraag van de jongere toelaatbaar moet zijn. Enkele experts zien wel dat er nood is aan voorwaarden gekoppeld aan de toelaatbaarheid

van 'afzondering en fixatie om de veiligheid van de jongere bij potentieel gevaar te behouden'. De experts kwamen met de volgende voorwaarden:

- Een voorwaarde waarover geen consensus bestond onder de experts: Enerzijds vonden de meesten experts dat deze categorie enkel toelaatbaar is wanneer het op de eigen vraag van de jongere gebeurt of wanneer de toestemming werd afgesproken op een handelingsbekwaam moment van de jongere. Anderzijds vonden enkele experts dat in sommige gevallen 'afzondering en fixatie om de veiligheid van de jongere bij potentieel gevaar te behouden' ook moet kunnen worden toegepast zonder de goedkeuring van de jongere, waarbij er vertrouwd wordt op de professionaliteit van de zorgverlener.
- Voorwaarden waarover wel consensus bestond:
  - Een duidelijke omschrijving in het signaliseringsplan over in welke situatie welke maatregel voor de jongere kan helpen zodat de situatie niet escaleert naar ernstig en acuut gevaar.
  - Het zorgvuldigheidsprincipe moet in acht genomen worden ("Wat zou een andere zorgverlener doen?").
  - Er moet preventief communicatie zijn tussen de jongere en de zorgverleners.
  - De situatie moet steeds ingeschat worden vanuit de intentie van de zorgverlener en vanuit de perceptie van de jongere.
  - Er kan nooit overgegaan worden tot een dwangmaatregel waarbij de jongere niet meer zelf kan beslissen om deze maatregel op te heffen.

Er was geen consensus onder de experts over de toelaatbaarheid van 'afzondering en fixatie om ontwikkelingskansen of ontplooiingskansen te bevorderen'. Enkele experts vonden deze categorie niet toelaatbaar en vinden dat er steeds moet nagedacht worden over andere passende en minder ingrijpende maatregelen die dezelfde ondersteuning kunnen bieden. Een andere expert vond afzondering en fixatie om kansen te bevorderen wel toelaatbaar. Deze expert voegde toe dat het belangrijk blijft om afzondering niet zomaar ontoelaatbaar te noemen, maar steeds te kijken naar de impact van de afzondering op de persoon.

- Wie beslist tot het opstarten van de maatregel

Algemeen vroegen de experts om een uitbreiding van de personen die over de opstart van een maatregel kunnen beslissen. Er werden verschillende voorstellen gedaan zoals een persoon aan wie de directie delegeert, klinisch psychologen, orthopedagogen of elke zorgverlener bij acuut en ernstig gevaar. Experts vertelden dat hun voorziening een draaiboek/procedure ontwikkelde zodat zorgverleners weten wanneer een afzondering of fixatie kan toegepast worden. Een andere expert was het er niet over eens dat er een procedure gevolgd moet worden bij acuut en ernstig gevaar wanneer er nood is aan beveiliging. Er is een spanningsveld tussen enerzijds snel reageren om de veiligheid te herstellen en anderzijds het volgen van procedures. De experts waren het er wel over eens dat de zorgverlener die in de crisis betrokken is, niet de persoon mag zijn die de beslissing tot afzondering of fixatie neemt; ook niet in acute situaties.

- Welke maatregel kan toegepast worden

De experts waren het erover eens dat het onmogelijk is voor zorgverleners om te achterhalen of een medische problematiek aan de oorsprong ligt van een escalatie. Bovendien moet er in acute situaties snel gehandeld worden om de veiligheid te garanderen waardoor er niet altijd tijd is om er een arts bij te halen of om te wachten op de goedkeuring van de directie. Verder gaven enkele experts aan niet akkoord te zijn met de stelling dat in de kinder- en jeugd-GGZ steeds een medische oorzaak vermoed wordt voor het gevaar dat aanleiding geeft tot afzondering of fixatie.

- De uitvoering van de maatregel

De experts benadrukten dat ook niet-medisch personeel goed getraind is om afzondering en fixatie uit te voeren. Een expert stelde voor om meer te benadrukken dat alle vrijheidsbeperkende maatregelen zo kort mogelijk moeten duren en dat het hierbij om minuten en niet om uren gaat. Ten slotte vonden de experts het erg belangrijk om na een toepassing van afzondering of fixatie te reflecteren en een nabespreking te organiseren met zowel medisch als niet-medisch personeel.

## 5 Expertpanel 2

### 5.1 Methode

#### 5.1.1 Verloop van expertpanel 2

Het tweede expertpanel vond op 04 juni 2021 online plaats. De richtlijnwerkgroep werd uitgenodigd om hieraan deel te nemen. De deelnemers kregen op voorhand de derde en voorlaatste versie van de richtlijn toegestuurd, dewelke bestond uit (1) een inleiding en methodebeschrijving, (2) de aanbevelingen voor preventie van afzondering en fixatie, (3) de aanbevelingen voor de toepassing en praktische uitvoering van afzondering en fixatie en (4) randvoorwaarden voor de implementatie van de richtlijn in de praktijk. Leden van de richtlijnwerkgroep die niet konden deelnemen aan het expertpanel kregen de mogelijkheid om schriftelijke input te bezorgen. Het aantal deelnemers aan het expertpanel en het type organisatie waartoe ze behoren wordt in Tabel 25 weergegeven. Daarnaast bezorgden vier extra leden van de richtlijnwerkgroep schriftelijke input.

Tabel 25 Types van organisaties en aantal experten dat deelnam aan expertpanel 2

Categorie	Aantal experten
Koepelorganisaties: Vlaams Welzijnsverbond, SOM, Zorgnet-Icuro	4
Patiënten- of familieorganisaties: Ouderspunt, GGZ Familieplatform <sup>115</sup>	2
GO! Onderwijs van de Vlaamse Gemeenschap	1
Agentschap Opgroeien – Jeugdhulp en Gemeenschapsinstellingen	2
Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)	1
Totaal	10

Het expertpanel startte met een introductie door de onderzoekers die bestond uit de beschrijving van de methode van de richtlijnontwikkeling en een samenvattend overzicht van de inhoud van de richtlijn. Vervolgens werd de nieuwe versie van de MDR overlopen met de deelnemers. Per onderdeel van de richtlijn werd aan de deelnemers bevraagd (1) welke toevoegingen volgens hen nodig waren opdat de aanbevelingen in lijn zouden zijn met de waarden en voorkeuren m.b.t. goede kwaliteit van zorg/begeleiding in de betrokken sub-sectoren en (2) wat de randvoorwaarden zijn voor de implementatie van de aanbevelingen in de praktijk. Tenslotte is gevraagd naar (3) de visies van de deelnemers op het formuleren van aanbevelingen over toelaatbaarheid en procedures van afzondering en fixatie die enkel van toepassing zijn op jongeren met een verstandelijke beperking. De resultaten van het expertpanel gaven input voor het verdere finaliseren van de MDR.

#### 5.1.2 Dataverwerking

Er werd een audio-opname gemaakt van het groepsgesprek. Daarnaast namen twee onderzoekers notities. De schriftelijke feedback van afwezige deelnemers werd eveneens verwerkt. Voor de dataver-

<sup>115</sup> Cachet vzw en OPGanG gingen niet in op de uitnodiging.

werking werd de input van de deelnemers geclusterd volgens de onderwerpen 'Waarden en voorkeuren', 'Randvoorwaarden' en 'Visie op aanbevelingen over toelaatbaarheid en procedures van afzondering en fixatie voor jongeren met een verstandelijke beperking'.

## 5.2 Resultaten

### 5.2.1 Waarden en voorkeuren

De bevroegde experts benadrukten volgende waarden en voorkeuren van de brede residentiele jeugdhulp met betrekking tot de aanpak van afzondering en fixatie:

- **De positie van de ouders.** Ouders behoren tot een andere categorie dan opvoedingsverantwoordelijken/naasten/familie. De richtlijnwerkgroep vond dat ouders als een aparte entiteit vermeld moeten worden in de aanbevelingen.
- **De doelstelling per sector verschilt.** Er worden in de inleiding van de richtlijn toekomstige doelstellingen aangaande de preventie en toepassing van afzondering en fixatie opgesomd per sector. Er wordt doorheen de richtlijn gesuggereerd dat een volledige afschaffing van afzondering en fixatie voorop staat, maar de toekomstige doelstellingen van de verschillende sectoren verschillen. De richtlijnwerkgroep gaf aan dat elke sector in principe dezelfde doelstelling voor de toekomst moet hebben.
- **Ervaringsgericht leren.** Het gebruik van de term 'ervaringsgericht leren' staat niet op zijn plaats in de richtlijn. Ervaringsgericht leren is slechts één van de vele leertheoretische kaders. Het is beter om het belang van het actief inoefenen, opbouwen en aanscherpen van kennis, attitudes en vaardigheden via rollenspel, workshops e.d. te benadrukken dan om één leertheoretisch kader aan te halen.
- **Continuïteit van zorg.** De richtlijnwerkgroep haalt aan dat de continuïteit van zorg niet alleen belangrijk is op het niveau van het behandel-/begeleidingsteam zoals het in de richtlijn staat, maar ook belangrijk is op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers.
- **Veiligheid.** De richtlijnwerkgroep is van mening dat er ook aanbevelingen in de richtlijn moeten worden toegevoegd over het garanderen van de veiligheid van het personeel en de mede-jongeren op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers. De richtlijn is geschreven vanuit het perspectief van de jongeren en niet vanuit het perspectief van het personeel en de mede-jongeren. Er dient ook preventief gewerkt te worden op de veiligheid van het personeel en de mede-jongeren.
- **Positief leefklimaat.** Het is belangrijk om een 'duidelijke structuur' te benadrukken in de aanbevelingen en niet enkel bij positief leefklimaat.
- **Beeldvorming.** De omschrijving van 'beeldvorming' beperkt zich tot de beeldvorming van de jongere zelf (stressoren, trauma's, ervaringen met afzondering en fixatie, ...). De richtlijnwerkgroep raadt aan om 'Beeldvorming' van de jongere te verbreden naar de gezinssituatie, de ouderrelatie e.d.
- **Time-out.** Time-out in een gemeenschapsinstelling dient de allerlaatste optie te zijn als time-out. De richtlijnwerkgroep vraagt om dit duidelijk te maken in de richtlijn door middel van een subsidiaire volgorde van de opties voor time-out met toelichting erbij.

- **Registratie.** De richtlijnwerkgroep vindt dat er geen specificatie in de richtlijn nodig is over waar de afzondering of fixatie moet worden geregistreerd.

## 5.2.2 Haalbaarheid en randvoorwaarden

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

- Bij de aanbeveling '**Wie beslist tot het opstarten van de maatregel**' zijn in de 3<sup>de</sup> versie van de richtlijn nog aanpassingen nodig om de aanbeveling haalbaar te maken in de praktijk, voornamelijk voor de residentiële (forensische) jeugdhulp, de MFC's voor kinderen en jongeren en de IPO's. Volgens de richtlijn (opgesteld binnen het mensenrechten kader) is de beslissing tot het opstarten van de maatregel de verantwoordelijkheid van medisch personeel. De richtlijnwerkgroep waarschuwt het onderzoeksteam dat als de aanbeveling blijft zoals in de 3<sup>de</sup> versie van de richtlijn, afzondering en fixatie onuitvoerbaar worden waardoor de begeleiding van bepaalde jongeren zal worden stopgezet. Deze jongeren worden dan overgeplaatst naar een andere voorziening, wat nefast is voor de continuïteit van zorg.
- Bij de aanbeveling '**wie voert de maatregel uit**' bij jongeren met een verstandelijke beperking zijn nog aanpassingen nodig om de aanbeveling haalbaar te maken in de praktijk. In de 3<sup>de</sup> versie van de richtlijn (opgesteld binnen het mensenrechten kader) is het uitvoeren van de maatregel bij jongeren met een verstandelijke beperking de verantwoordelijkheid van medisch personeel.

Volgende randvoorwaarden werden gespecificeerd:

- Er moet **voldoende gedifferentieerde capaciteit** zijn. Het hulpverleningsaanbod is momenteel te klein en veel jongeren zitten niet op de juiste plaats.
- Het **proactief aanpassen van de infrastructuur** van de voorziening om opportuniteiten te scheppen omtrent de preventie van afzondering en fixatie.

## 5.2.3 Aanbevelingen voor de doelgroep van jongeren met een verstandelijke beperking over afzondering en fixatie bij potentieel gevaar en om kansen van jongeren te bevorderen

De intersectorale en interdisciplinaire methode liet enkel voor de doelgroep van jongeren met een verstandelijke beperking toe om aanbevelingen te ontwikkelen over de toepassing van afzondering en fixatie bij potentieel gevaar en om kansen van jongeren te bevorderen. Enkel voor die doelgroep was de mensenrechtelijke evidentie en wetenschappelijk evidentie integreerbaar. Dit was niet het geval voor de jongeren uit de residentiële kinder- en jeugd-GGZ en (forensische) jeugdhulp. Voor deze doelgroepen geeft de richtlijn aan dat afzondering en fixatie bij potentieel gevaar en om kansen van jongeren te bevorderen zoveel mogelijk vermeden moeten worden. Het was niet de bedoeling van het project om aanbevelingen voor één doelgroep uit de brede jeugdhulp te ontwikkelen. We vroegen de experts naar hun visie op het al dan niet behouden van deze aanbevelingen als bijlage bij de intersectorale richtlijn.

- Het behouden van deze aanbevelingen schept enerzijds het probleem dat jongeren met een verstandelijke beperking anders worden benaderd dan de andere doelgroepen uit de brede jeugdhulp. Anderzijds is het belangrijk dat alle praktijken omtrent afzondering en fixatie bij jongeren met een verstandelijke beperking benoemd worden en dat bewustwording bij de zorgverleners wordt gecreëerd.

- De MFC's voor kinderen en jongeren en IPO's hebben een kader nodig dat aangeeft wanneer afzondering en fixatie kunnen gebruikt worden bij potentieel gevaar of om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen van jongeren met een verstandelijke beperking of andere personen. Een studie met het recent ontwikkelde registratie instrument voor vrijheidsbeperkende maatregelen gaf aan dat in de MFC's frequenter afgezonderd en gefixeerd wordt dan in de GGZ (Cosemans, Noorthoorn, Thomas & Ossaer, 2021). Deze aanbevelingen dienen daarom minstens te worden opgenomen in het rapport over de ontwikkeling van de richtlijn als ze niet worden opgenomen in de richtlijn.
- Het kader rond 'verstandelijke beperking' moet heel duidelijk zijn wanneer deze aanbevelingen worden geplaatst in de richtlijn of in het rapport. De richtlijnwerkgroep vraagt om een duidelijke afbakening van de doelgroep 'kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking', inclusief het type voorzieningen van de brede jeugdhulp waarin deze jongeren verblijven.

## 6 Referenties

Commissie van Toezicht voor jeugdinstanties (2019). Open venster op de gesloten en besloten jeugdinstanties: Jaarverslag. <https://cvtj.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20CVTJ%202019.pdf>

Commissie van Toezicht voor jeugdinstanties (2018). Open venster op de gesloten jeugdinstanties: Jaarverslag. [https://cvtj.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20CVTJ%202018\\_def\\_0.pdf](https://cvtj.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20CVTJ%202018_def_0.pdf)

Cosemans, P., Noorthoorn, E., Thomas, B., & Ossaer, K. (2021). Rapport proefmeting intersectoral register VBM in psychiatrische ziekenhuisdiensten en vergunde zorgaanbieders aan personen met een handicap. <https://www.icoba.be/gegevensset-vrijheidsbeperkende-maatregelen>

Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin (2018). Beleidsrapport vrijheidsbeperkende maatregelen in de onthaal-, oriëntatie- en observatiecentra en de proeftuinen van jongerenwelzijn. <https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/Beleidsrapport%20VBM%20in%20de%20OOOC%20en%20proeftuinen.pdf>



## Hoofdstuk 7

### Kwaliteit van de evidentie op basis waarvan de aanbevelingen ontwikkeld zijn

Voor elk (onderdeel van een) aanbeveling over de preventie en toepassing van afzondering en fixatie zijn de evidentieniveaus in onderstaande evidentietabellen weergegeven. De aanbevelingen krijgen twee evidentie-niveaus: een A- en een B-evidentieniveau, respectievelijk voor de evidentie vanuit juridisch/mensenrechtelijk perspectief en vanuit klinisch/(ortho)pedagogisch perspectief. De evidentieniveaus zijn analoog aan deze van de GGZ-richtlijn en kunnen bijgevolg met elkaar vergeleken worden (zie Hoofdstuk 1).

De aanbevelingen over de preventie van afzondering en fixatie zijn voornamelijk gebaseerd op evidentie vanuit klinisch/(ortho)pedagogisch perspectief. Bij de aanbevelingen over de toepassing van afzondering en fixatie is dat anders: velen zijn zowel gebaseerd op evidentie vanuit juridisch/mensenrechtelijk perspectief en als op evidentie vanuit klinisch/(ortho)pedagogisch perspectief.

De kwaliteit van de verzamelde evidentie vanuit *juridisch perspectief* is gekwantificeerd aan de hand van onderstaande evidentieniveaus:

- Niveau A\_1: Gebaseerd op één of meer mensenrechtelijke principes zoals vertaald in de CPT-standaard over afzondering en fixatie in de GGZ of afzondering en fixatie in een detentiecontext;
- Niveau A\_2: Gebaseerd op één of meer mensenrechtelijke principes zoals vertaald in minstens één CPT landenrapport of in minstens één uitspraak van het Europees Hof van de Rechten van de Mens of een andere mensenrechtelijke bron en niet integraal in de CPT-standaard;
- Niveau A\_3: Gebaseerd op één of meer mensenrechtelijke principes die de onderzoekers naar analogie met de CPT-standaard zelf vertaald hebben om consistentie te bekomen tussen de aanbevelingen van de MDR.

De kwaliteit van de verzamelde evidentie vanuit *klinisch en (ortho)pedagogisch perspectief* is gekwantificeerd aan de hand van onderstaande evidentieniveaus:

- Niveau B\_1: Evidentie afkomstig uit één of meerdere reviews van kwantitatieve, kwalitatieve of mixed method studies,
- Niveau B\_2: Evidentie afkomstig uit één of meer onafhankelijk van elkaar uitgevoerde RCTs en niet in reviews.
- Niveau B\_3: Evidentie die terugkeert in verschillende onafhankelijk van elkaar uitgevoerde (kwantitatieve, kwalitatieve of mixed method) studies die geen RCTs zijn. Onze eigen kwalitatieve studie kan hiervan deel uitmaken. De evidentie is niet terug te vinden in reviews.

- Niveau B\_4: Evidentie enkel afkomstig uit de kwalitatieve studie:
  - Niveau B\_4A: er zijn aanwijzingen voor consensus<sup>116</sup> onder professionals én (vertegenwoordigers van) jongeren of ouders.
  - Niveau B\_4Ba: er zijn aanwijzingen voor consensus onder professionals, zonder dat we weten op basis van deze kwalitatieve studie wat (vertegenwoordigers van) jongeren of ouders daarover denken.
  - Niveau B\_4Bb: op basis van de bevraging van jongeren en/of ouders bestaan er aanwijzingen voor consensus onder jongeren en/of ouders, zonder dat we op basis van deze kwalitatieve studie weten wat de professionals daarover denken.

Per (onderdeel van) aanbeveling is enkel het hoogste evidentieniveau weergegeven in de evidentie-tabellen. Wanneer een aanbeveling bijvoorbeeld onderbouwd is met evidentie uit een review (niveau B\_1) én met evidentie uit de kwalitatieve studie (niveau B\_4), dan is in de evidentietabel enkel niveau B\_1 terug te vinden. Sommige aanbevelingen zijn voor de ene sub-sector onderbouwd met een hoger evidentieniveau dan voor een andere sub-sector. Ook in dat geval is enkel het hoogste evidentieniveau terug te vinden in de evidentietabel. Enkele aanbevelingen zijn enkel gebaseerd op basis van de evidentie verzameld voor de GGZ-richtlijn. In dat geval wordt het evidentieniveau uit de GGZ-richtlijn weergegeven, hetgeen aangeduid is met bv. GGZ\_B\_1.

De aanbevelingen over de praktische uitvoering van afzondering en fixatie zijn op een andere manier ontwikkeld dan de aanbevelingen over de preventie en toepassing van afzondering en fixatie (zie Hoofdstuk 1). De aanbevelingen over de praktische uitvoering resulteren grotendeels uit de Delphi-studie uit 2019-2020 (Vanlinthout et al., 2020). De aanbevelingen zijn aangepast en aangevuld op basis van de bijkomende literatuurstudie (zie Hoofdstuk 5) en mensenrechtenanalyse (zie Hoofdstuk 2) die in het kader van de huidige studie is uitgevoerd. Voor deze aanbevelingen worden hieronder bijgevolg geen evidentieniveaus gespecificeerd.

---

<sup>116</sup> “Aanwijzingen voor consensus” kan op twee soorten situaties duiden: (1) stakeholders die op verschillende momenten zijn bevroegd brachten dezelfde mening over een onderwerp of aanbeveling of (2) tijdens een bevraging van stakeholders waren meerdere deelnemers het eens over een standpunt, zonder dat iemand hiertegen inging (= zich niet akkoord uitte, tegenargumenten gaf, een andere opinie gaf die indruiste tegen het standpunt).

## 1 Aanbevelingen voor de preventie van (collectieve) afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp

### 1.1 Op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers

#### 1.1.1 Leiderschap

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Leiderschap, visie en engagement van directie en beleidsmedewerkers zijn essentieel voor het slagen van het preventiebeleid. Binnen dit kader worden onderstaande aanbevelingen gedaan.		GGZ_B_1

#### 1.1.1.1 Ontwikkeling van het preventiebeleid

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
a. Ontwikkel een preventiebeleid omtrent afzondering en fixatie op maat van de voorziening en schrijf dit gedetailleerd uit. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doe dit kritisch en baseer je hiervoor op evidence-based modellen voor het verminderen van afzondering en fixatie en op de gecombineerde aanpak van de aanbevelingen met betrekking tot preventie. Voorbeelden hiervan zijn de Six Core Strategies, Positive Behavior Support, het Safewards model (<a href="http://www.safewards.net">www.safewards.net</a>) en Collaborative Problem Solving.</li> <li>• Besteed aandacht aan zowel het perspectief van de jongere als aan het perspectief van de voorziening.</li> </ul>		B_1
b. Formuleer in het preventiebeleid: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een expliciete missie en concrete doelstellingen inzake de preventie van afzondering en fixatie.</li> <li>• Een duidelijke visie op de zorg/begeleiding voor/van de jongere. Onderzoek toont aan dat de volgende visies op zorg/begeleiding de preventie van afzondering en fixatie versterken: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participatieve zorg;</li> <li>- Trauma-geïnformeerde zorg;</li> <li>- Positief leefklimaat (gebaseerd op de zelf-determinatietheorie);</li> <li>- Positieve gedragsondersteuning;</li> <li>- Proactieve probleemoplossende aanpak in samenwerking met de jongere (collaborative &amp; proactive solutions model)</li> </ul> </li> </ul>		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nieuwe autoriteit/Geweldloos verzet.</li> <li>• Een duidelijke visie op de intersectorale samenwerking bij de zorg en de begeleiding van de jongere zodat de continuïteit van de zorg/begeleiding van de jongere maximaal ondersteund wordt (zie ook B.II.2.)</li> </ul>		B_4Ba
c. Pas eenzelfde preventiebeleid toe in de hele voorziening, met enkel aanpassingen voor specifieke afdelingen/leefgroepen of doelgroepen indien dit noodzakelijk is.		B_4Ba
d. Het preventiebeleid maakt deel uit van het breder beleid van de voorziening.		B_4Ba

1.1.1.2 Gedragen preventiebeleid

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
<p>a. Streef naar een gedragen preventiebeleid:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wees een rolmodel voor het personeel bij de implementatie van het zorgbeleid van de voorziening en wees beschikbaar ter ondersteuning.</li> <li>• Zorg ervoor dat alle zorgverleners/begeleiders de zorg/begeleidingsvisie kennen, begrijpen en toepassen.</li> <li>• Informeer en sensibiliseer alle medewerkers– directie, beleidsmedewerkers, zorgverleners/begeleiders – over: <ul style="list-style-type: none"> <li>- het belang van het streven naar het zo min mogelijk toepassen van afzondering en fixatie: afzondering en fixatie zijn heel uitzonderlijke maatregelen;</li> <li>- de haalbaarheid van dit streefdoel;</li> <li>- de wijze waarop dit doel bereikt kan worden.</li> </ul> </li> </ul>		B_1
<p>b. Maak gebruik van verschillende strategieën om tot een gedragen preventiebeleid te komen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zet in op een coachend leiderschap (zie B.I.1.3).</li> <li>• Overweeg om regelmatig bij de medewerkers cultuurpeilingen uit te voeren.</li> <li>• Zet in op vorming van de medewerkers m.b.t. het preventiebeleid (zie B.I.3):</li> </ul> <p>Besteed in de vorming minstens aandacht aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- visie op zorg/begeleiding, de inhoud en rationale van het preventiebeleid;</li> <li>- feiten en mythes omtrent afzondering en fixatie</li> </ul>		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>- schakel ervaringswerkers in bij het ontwikkelen en geven van de vorming.</li> <li>- overweeg train-the-trainer opleidingen: train medewerkers van de voorziening zodat zij training kunnen geven aan de andere of nieuwe collega's.</li> </ul>		B_4A

1.1.1.3 *Coachend leiderschap*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Zet in op een betrokken en coachend leiderschap bij de ontwikkeling, implementatie, opvolging, evaluatie en bijsturing van het preventiebeleid:		B_1
a. Stimuleer het actief bevragen, verzamelen en rekening houden met ideeën en bottom-up feedback van zorgverleners/begeleiders, alsook met input van jongeren, hun naasten en ervaringswerkers.		B_1
b. Installeer in de voorziening een lerende cultuur en een positieve verbetercultuur, waarbij medewerkers positief gestimuleerd worden om te leren uit het eigen handelen (zie B.I.1.5).		B_1
c. Zet in op empowerment van het personeel. Geef afdelingen/leefgroepen en personeel voldoende autonomie om goede zorg/begeleiding op maat te kunnen aanbieden aan elke jongere.		B_1
d. Zorg voor een stimulerende en ondersteunende werkomgeving		B_4A
voor het personeel zodat ze gemotiveerd blijven en zich blijven inzetten voor de jongeren.		B_1

1.1.1.4 *Gedeelde verantwoordelijkheid*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Betrek meerdere standpunten en disciplines in de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en bijsturing van het preventiebeleid:		B_1
a. Betrek medewerkers, ervaringswerkers, jongeren en hun naasten.		B_1
b. Zorg voor een duidelijke rolverdeling voor de verschillende medewerkers tijdens de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en bijsturing van dit preventiebeleid. Elke discipline of medewerker heeft zijn specifieke expertise.		B_4Ba
c. Overweeg de oprichting van een multidisciplinaire werkgroep met de vertegenwoordiging van:		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschillende disciplines afgestemd op de doelgroep, bv. arts of psychiater, (psychiatrisch) verpleegkundige of verpleegkundig specialist, psycholoog, (ortho)pedagoog, criminoloog, leefgroepbegeleider, ouder- of gezinsbegeleider en directielid.</li> </ul>		B_4A
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een vertegenwoordiging van de jongeren, eventueel via ervaringswerkers</li> <li>• Een vertegenwoordiging van de ouders, eventueel via ervaringswerkers</li> </ul>		B_1
d. Overweeg om de wisselwerking en communicatie tussen de werkgroep ('top') en de zorgverleners/begeleiders ('down') te bevorderen, door bv. gebruik te maken van referentiepersonen op de afdelingen/in de leefgroepen.		B_1

1.1.1.5 *Opvolging, evaluatie en bijsturing van het preventiebeleid op voorzieningsniveau*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
<p>a. Volg het gebruik van afzondering en fixatie in de voorziening op (bv. via de multidisciplinaire werkgroep), analyseer dit gebruik op het niveau van de voorziening en koppel terug naar alle betrokken teams:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registreer alle afzonderingen en fixaties en voer kwantitatieve analyses uit. Voor de wijze van registratie verwijzen we naar C.II.3.6.</li> <li>• Bespreek en analyseer casussen van afzondering en fixatie op inhoudelijk niveau.</li> <li>• Pas vervolgens het preventiebeleid en de afzonderings- en fixatieprocedures aan indien nodig.</li> </ul>		B_1
<p>b. Overweeg om agressie in de voorziening op te volgen, te analyseren en hierover terug te koppelen naar de betrokken teams:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registreer agressie-incidenten en voer kwantitatieve analyses uit.</li> <li>• Bespreek en analyseer casussen van agressie op inhoudelijk niveau.</li> <li>• Pas vervolgens het preventiebeleid aan waar nodig.</li> </ul>		B_1
<p>c. Evalueer het gebruik van preventieve maatregelen en alternatieven voor afzondering en fixatie op het niveau van de voorziening (bv. het gebruik van signaleringsplannen), en stuur bij indien nodig. Gebruik hiervoor bottom-up feedback van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de zorgverleners/begeleiders op de behandelafdelingen/in de leefgroepen;</li> <li>• de jongeren;</li> <li>• naasten en/of ervaringswerkers.</li> </ul>		B_1
<p>d. Evalueer de visies op zorg op het niveau van de voorziening (bv. de evaluatie van het leefklimaat) en stuur bij indien nodig.</p>		B_4A

1.1.2 *Preventieve interventies en alternatieven voor afzondering en fixatie*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
<p>Ontwikkel en implementeer binnen de voorziening (1) alternatieven voor (collectieve) afzondering en fixatie zowel om de veiligheid te herstellen of te behouden, als om te sanctioneren, (2) preventieve interventies om escalatie en agressie te voorkomen en (3) organiseer de behandeling/begeleiding op zo'n manier dat afzondering en fixatie niet nodig zijn ter bevordering van ontwikkelings-/ontplooiingskansen.</p>		B_1
<p>a. Haal inspiratie uit gepubliceerde goede praktijkvoorbeelden zoals bijvoorbeeld</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Best Practices rondom Dwangreductie in de GGZ (2011),</li> <li>• Alternatievenbundel van Vilans (2020),</li> <li>• Menukaart alternatieven (Rapport "Ik laat je niet alleen" p. 29-32, Academische Werkplaats risicojeugd, 2020),</li> <li>• Reflectie-instrument: Bewuster omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen (Steunpunt Mens en Samenleving, 2021).</li> <li>• Leefklimaat! Voor jeugd en volwassenen (van der Helm, 2020).</li> </ul>		B_4A

<p>b. Creëer een voedingsbodem voor de creatieve zoektocht naar (doelgroep-gerichte) alternatieven en preventieve middelen voor afzondering en fixatie. Stimuleer deze creatieve zoektocht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Onder zorgverleners/begeleiders;</li> <li>• In samenwerking met ervaringswerkers, de jongeren en/of hun naasten;</li> <li>• In dialoog met andere zorgverstrekkers in het zorg- en welzijnslandschap: wissel ervaringen en goede praktijken uit.</li> </ul>	B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• In dialoog met andere zorgverstrekkers in het zorg- en welzijnslandschap: wissel ervaringen en goede praktijken uit.</li> </ul>	B_4A

### 1.1.3 Opleiding en training van zorgverleners/begeleiders over preventie van afzondering en fixatie

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
<p>a. In het kader van preventie van escalatie, agressie, afzondering en fixatie is het van belang om de zorgverleners/begeleiders grondig en regelmatig te trainen omtrent:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• het vertalen van de zorg-/begeleidingsvisie (zie B.I.1.1.b.ii) in het dagelijks professioneel handelen en de bejegening van de jongeren (en desgevallend hun vertegenwoordigers) en hun naasten;</li> <li>• vaardigheden die bijdragen tot preventie van agressie en/of escalatie, afzondering en fixatie afgestemd op de doelgroep zoals: <ul style="list-style-type: none"> <li>- verbale communicatievaardigheden en</li> </ul> </li> </ul>		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>- non-verbale communicatievaardigheden</li> </ul>		B_4A
<ul style="list-style-type: none"> <li>- gericht op de opbouw van een positieve begeleidingsrelatie waarbij gelijkwaardigheid, wederzijds respect, samenwerking en dialoog centraal staan;</li> <li>- positieve gedragsondersteuning/krachtgerichte vaardigheden;</li> <li>- gebruik van positieve bekrachtigingsprincipes;</li> <li>- emotieregulatie;</li> <li>- verbale de-escalatietechnieken</li> </ul>		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>- en non-verbale de-escalatietechnieken</li> </ul>		B_4A
<ul style="list-style-type: none"> <li>- voeren van een grondige functie-analyse van het doelgedrag.</li> <li>- de aard, de oorzaken, de preventie en gevolgen van en ervaringen met escalatie, agressie, afzondering en fixatie. Besteed hierbij minstens aandacht aan:</li> </ul>		B_1
<p>Factoren gerelateerd aan de jongere:</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- kennis over het ontwikkelingspatroon van de doelgroep en de ontwikkelings-/ontplooiingskansen die daarmee verbonden zijn;</li> </ul>		B_4A
<ul style="list-style-type: none"> <li>- kennis van psychopathologie;</li> <li>- psychologische kennis en inzicht in moeilijk hanteerbaar gedrag: zorgverleners/begeleiders begrijpen waarom de jongeren zich op een bepaalde manier gedragen en waarom dit gedrag functioneel is en betekenis heeft voor de jongeren;</li> <li>- inzicht in de mate waarin jongeren inzicht hebben in de functie van hun gedrag en in de mate waarin ze dit gedrag kunnen controleren;</li> </ul>		B_1

- inzicht in de fysieke en emotionele gewaarwordingen van de jongeren. Factoren gerelateerd aan de zorgverlener/begeleider en de interactie tussen zorgverlener/begeleider en jongere:	
- de rol van bejegening en het omgaan met regels (zie aanbevelingen onder B.II.4);	GGZ_B_1
- het brengen van slecht nieuws;	B_3
- de rol van de emoties (bv. angst, frustratie en fysieke gewaarwordingen);	B_1
- emotieregulatie vaardigheden, zelfreflectie en bewustwording van de zorgverlener/begeleider.	
de rol van het team waarbij er ruimte is voor feedback en bijsturing tussen collega's; wederzijdse impliciete veronderstellingen van de zorgverlener/begeleider en jongere over:	B_4A
- inzicht in de motieven van het doelgedrag;	B_1
- de mate van controle daarover;	
- de fysieke en emotionele gewaarwordingen die ermee gepaard gaan.	
b. Vorm de zorgverleners/begeleiders over de rationale, de aard en de werkwijze van verschillende alternatieven voor afzondering en fixatie (bv. een ruimte/plaats voor spanningsreductie). Train hen in het gebruik hiervan.	B_1
c. Train zorgverleners/begeleiders in het aanbieden van psycho-educatie, sociale en emotieregulatie vaardigheden aan de naasten van de jongere zodat zij deze technieken kunnen toepassen wanneer de jongere terugkeert naar zijn thuissituatie.	B_1
d. Overweeg om de zorgverleners/begeleiders de verschillende vormen van afzondering en fixatie zelf te laten ervaren.	B_4A
e. Overweeg om jongeren te betrekken bij de oriëntatie en opleiding van nieuw personeel.	B_1
f. Evalueer na afloop van de training de resultaten op niveau van de jongere en implementeer systemen van kwaliteitswaarborging om zich ervan te verzekeren dat de getrainde procedures in stand blijven, en dat eventuele problemen hierbij opgespoord en aangepakt kunnen worden. Training van zorgverleners/begeleiders leidt immers niet altijd tot de verwachte vermindering in afzondering en fixatie bij de jongere (Sturmeijer, 2015).	B_1

#### 1.1.4 Opbouw en inrichting van de afdelingen/leefgroepen

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Verskillende kenmerken van de fysieke omgeving van de afdeling/leefgroep zijn geassocieerd met het risico op agressie en de preventie van afzondering en fixatie. Zorg bij het inrichten van de afdelingen/leefgroepen daarom voor:		B_1
a. Een comfortabele en aangename omgeving		B_1
met focus op ordelijkheid, overzicht, herstel, onderhoud en vernieuwing;		B_4A
b. Een leefgroep die aangepast wordt aan het prikkelaanbod dat de doelgroep nodig heeft en aan kan; zet indien nodig in op de prikkelverwerking van de jongeren;		B_4A



c. De privacy van elke jongere;		B_4Ba
d. Bewegingsruimte voor de jongeren, zowel binnen als buiten;		B_1
e. Voldoende mogelijkheden tot (informele) interactie tussen zorgverleners/begeleiders en jongeren. Stimuleer hierbij de nabijheid en bereikbaarheid van de zorgverleners/begeleiders;		B_1
f. De aanwezigheid van één of meerdere ruimtes voor spanningsreductie die rust bieden aan de jongere en op actieve of passieve wijze de-escalatie kunnen ondersteunen. Deze ruimtes kunnen bijdragen tot preventie van escalatie, agressie, afzondering of fixatie wanneer ze volgens onderstaande principes gebruikt worden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stem de “vluchtroute” af op de behoefte van de jongere, bv. de tuin, comfortroom, eigen kamer, ....</li> <li>• Gebruik deze plaats steeds op vrijwillige basis: <ul style="list-style-type: none"> <li>- op eigen initiatief van de jongere;</li> <li>- op vrijblijvend voorstel van een zorgverlener/begeleider en met toestemming van de jongere of zonder verzet.</li> </ul> </li> <li>• Doe de deur van deze ruimte nooit op slot tijdens het gebruik hiervan.</li> </ul>		B_1
g. Voorzie mogelijkheden tot actieve de-escalatie. Dit heeft als doel om emotieregulerend en agressieverminderend te werken en moet op maat van de jongere gekozen worden. Voorbeelden zijn wandelen, trampoline springen, schommelen, ....		B_4A

### 1.1.5 Bekendmaking van het preventiebeleid

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Wees transparant over het preventiebeleid tegenover de jongeren, hun vertegenwoordigers en andere naasten. Communiceer op een duidelijke en begrijpbare wijze, waarbij rekening wordt gehouden met hun cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling. Leg hen duidelijk uit waar alle informatie over het beleid te verkrijgen is. Overweeg om ervaringswerkers te betrekken bij de bekendmaking van het preventiebeleid.		B_4A

## 1.2 Op het niveau van behandel-/begeleidingsteam

### 1.2.1 Werking van het team

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Investeer in een goede (samen)werking van het behandel-/begeleidingsteam, en in zorg voor de teamleden. Besteed in het bijzonder aandacht aan:		B_1
a. Organisatie en ordelijkheid van de werkplek		B_1
b. Duidelijke verdeling van rollen en taken;		B_4Ba
c. Goede onderlinge communicatie: vaak is het belangrijk om te weten wat er doorheen de dag is gebeurd, omdat dit later gedrag kan verklaren of verduidelijken. Uitwisseling van informatie kan ook helpen in het bereiken van een uniforme aanpak. Heb hierbij ook aandacht voor positieve eigenschappen of gebeurtenissen, en communiceer deze, bv. bij een wissel van shift;		B_3

d. Intervisie en supervisie	B_1
e. Transparantie over de draagkracht van het team naar het beleid van de voorziening toe. Dit betreft de mate waarin zorgverleners/begeleiders zich opgewassen voelen tegen de moeilijkheden of de stress die ze ervaren in hun werk. Deze transparantie is een voorwaarde om de emotionele en fysieke veiligheid van het team te waarborgen.	B_4Ba

### 1.2.2 Positief leefklimaat

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Werk aan een positief leefklimaat en vermijd een repressieve aanpak. Zet in op onderstaande aanbevelingen om aan een positief leefklimaat te werken:		B_1
a. Een positief leefklimaat is gestructureerd, ondersteunend en zorgend en wordt bepaald door: <ul style="list-style-type: none"> <li>• het emotioneel beschikbaar zijn van de zorgverleners/begeleiders voor de jongeren;</li> <li>• de mogelijkheid voor de jongeren om te groeien;</li> <li>• een veilige omgeving met een duidelijke dagstructuur;</li> <li>• steun aan het personeel en aan de jongeren;</li> <li>• autonomie voor de jongeren;</li> <li>• een positieve relatie tussen zorgverleners/begeleiders en jongeren.</li> </ul>		B_1
b. Zet in op participatieve zorg. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zet in op participatie en inspraak van de jongere bij de vormgeving van het individuele zorg- en begeleidingstraject.</li> <li>• Richt leefgroepvergaderingen op waarbij een zorgverlener/begeleider of een jongere voorzitter is. Tijdens deze vergaderingen wordt er informatie gedeeld, wordt ruimte gegeven aan initiatieven van de jongere (bv. voor een uitstap) en kan er samen gezocht worden naar oplossingen voor mogelijke problemen die zich voordoen binnen de leefgroep of de voorziening.</li> </ul>		B_3
c. Werk krachtgericht op maat van de jongere. Leg de focus op belonen van de jongere – ook na herstel - en niet op sanctioneren wanneer het fout loopt.		B_1
d. Het personeel heeft kennis over de negatieve gevolgen van straf en dient hun gedrag hiernaar aan te passen om een cyclus van negatieve interacties tussen zorgverleners/begeleiders en jongeren te voorkomen.		B_1
e. Werk aan herstel (Zie Deel B. III. 8.1 & 9).		B_4Ba

### 1.2.3 Omgaan met regels op de afdeling/in de leefgroep

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Wanneer er wordt samengeleefd met anderen zijn er een aantal algemene regels nodig die aangeven wat niet kan en die structuur geven aan het verblijf. Ze zijn belangrijk om een veilige en gestructureerde leefomgeving te creëren.		B_4A

1.2.3.1 *Regels in het belang van en in samenspraak met de jongeren*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Indien leefgroepregels worden opgesteld (of gewijzigd), doe dit dan in het belang van en in samenspraak met de jongeren.		B_3
a. Laat regels tot stand komen in samenspraak met de jongeren (tijdens leefgroepvergaderingen). Overweeg bv. om een vaste dagstructuur voor de jongeren in samenspraak met hen op te stellen.		B_4A
b. Bij het opstellen en hanteren van de leefgroepregels zijn de zorgverleners/begeleiders sensitief voor de privacy en waardigheid van de jongeren.		B_3
c. De zorgverleners/begeleiders zijn aandachtig voor de eigen interpretatie van de regels en voor de interpretatie en beleving door de jongere (bv. het idee "het is machtsvertoon").		B_1
d. De opstelling, de communicatie en het hanteren van de leefgroepregels gebeurt volgens de mogelijkheden van de jongeren, waaronder hun sociaal-emotionele ontwikkeling.		B_4A
Onderstaande aanbevelingen (Zie B.II.3.2 - 3.4) dienen afgestemd te worden op de sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling van de doelgroep.		B_1

1.2.3.2 *Bewustwording*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Zowel rigide als arbitrair gebruik van regels houdt een risico in op conflict en agressie.		B_1
a. Zorg er daarom bij de ontwikkeling van de regels voor dat: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle regels kritisch worden beoordeeld: ze dienen te passen binnen de zorg/begeleidingsvisie en waarden van de voorziening.</li> <li>• Alle regels steeds kunnen worden gestaafd vanuit hun nut en noodzaak.</li> <li>• Regels minstens eenmaal per jaar kritisch geëvalueerd worden op hun nut en noodzaak, en indien nodig geschrapt of bijgestuurd worden. Doe dit met inspraak van zorgverleners/begeleiders van de afdeling/leefgroep, jongeren en hun naasten, ervaringswerkers.</li> </ul>		GGZ_B_1
b. Zorgverleners/begeleiders dienen de algemene regels zo uniform mogelijk te interpreteren en te handhaven, en op die manier de duidelijkheid van de regels te bewaren.		B_4Bb

1.2.3.3 *Flexibiliteit en maatwerk*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
a. Vervang waar mogelijk algemene regels door individuele afspraken op maat van de jongere en/of de situatie. Ga het effect hiervan na.		B_4Bb
b. Beoordeel regelovertredingen van een jongere op een respectvolle, doordachte en voldoende flexibele manier. Doe dit op maat van de jongere en houd rekening met zijn situatie.		B_4Bb

1.2.3.4 *Helderheid en transparantie*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
a. Licht bij opname de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) alsook zijn naasten in over de algemene regels die van toepassing zijn. Ga in dialoog, licht toe wat de rationale van de regels zijn.		B_1
b. Formuleer de regels steeds helder en begrijpbaar. Houd hierbij rekening met de sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkelingsleeftijd van de jongere.		B_1
c. Communiceer wijzigingen in de regels – en de implicaties voor de jongeren – tijdig.		B_4Bb

1.2.4 Continuïteit van zorg/begeleiding

1.2.4.1 *Continuïteit van zorg/begeleiding binnen de voorziening*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
a. Streef er zoveel mogelijk naar dat jongeren niet van leefgroep hoeven te veranderen. Zo wordt de relationele continuïteit van zorg geoptimaliseerd.		B_4A
b. Beperk de doorverwijzing naar andere voorzieningen. Doe dit alleen wanneer dit strikt noodzakelijk is. ! Deze aanbeveling is niet van toepassing voor gemeenschapsinstellingen.		B_4A
c. In specifieke situaties kan verhuis tussen voorzieningen of leefgroepen wel kansen bieden. Bv. bij jongeren waarbij regelmatig afzondering of fixatie wordt toegepast, kan de verhuis mogelijkheden bieden tot afbouw hiervan, in dialoog met alle betrokkenen.		B_4Ba
d. Zet bij doorverwijzing tussen leefgroepen/afdelingen of voorzieningen in op een goede communicatie- en informatiestrategie.		B_4A

1.2.4.2 *Samenwerking tussen professionals uit de sub-sectoren van het zorg- en welzijnslandschap*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Samenwerkingen tussen professionals uit de sub-sectoren bevorderen de continuïteit van zorg/begeleiding tussen de sub-sectoren van het zorg- en welzijnslandschap.		B_4A
Voorbeelden van goede praktijken: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betrek de eerstelijns – bv. de huisarts - bij de opname van een jongere.</li> <li>• Investeer in een dialoog met andere zorgverleners/begeleiders in het regionale netwerk omtrent het omgaan met risico, agressie en vrijheidsbeperking.</li> <li>• Bouw op casusniveau een samenwerking op tussen de betrokken sub-sectoren.</li> </ul>		B_4Ba

### 1.3 Op het niveau van de directe zorg/begeleiding voor de jongeren

#### 1.3.1 Kennismaking met de jongere en met zijn naasten

Om preventie op maat van de jongere te bieden zijn volgende aanbevelingen belangrijk bij de opstart van de behandeling/begeleiding en gedurende het verdere verloop ervan:

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
a. Zet in op een grondige beeldvorming van de jongere.		B_1
Doe dit bij de opstart van de begeleiding/behandeling en/of doorheen de loop van het traject, steeds op maat van de jongere, en met bijzondere aandacht voor volgende aspecten:		B_4A
<ul style="list-style-type: none"> <li>• cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling, waaronder ook emotie-regulerende vaardigheden;</li> <li>• huidige stressoren in het leven van de jongere;</li> <li>• traumatische ervaringen uit het verleden en de verwerking hiervan;</li> <li>• beleving van eventuele ervaringen met afzondering en fixatie in het verleden;</li> </ul>		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• communicatieve signalen;</li> </ul>		B_3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• positieve eigenschappen van de jongere zoals hobby's of interesses, aangezien deze aanknopingspunten kunnen bieden bij het zoeken naar alternatieven voor afzondering en fixatie;</li> </ul>		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• dynamieken van het gezin waarin de jongere opgroeit.</li> </ul>		B_3
b. Ga gedurende het verloop van de behandeling/begeleiding regelmatig in dialoog met de jongere (en desgevallend de vertegenwoordiger) om tot een grondige beeldvorming te kunnen komen.		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voer de beeldvorming uit op maat van de jongere. Houd rekening met de mogelijkheden en ontwikkelingsleeftijd van de jongere en betrek de vertegenwoordiger indien nodig.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- De vragen die aan jongeren gesteld worden, dienen afgestemd te worden op hun ontwikkeling en kwetsbaarheid en op de situatie. Wanneer dit onvoldoende gebeurt, is er een kans dat het stellen van bepaalde vragen leidt tot conflicten of agressie.</li> </ul>		B_4A
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overweeg om op regelmatige momenten een systematische risico-inschatting uit te voeren, bv. door middel van een gevalideerd instrument.</li> </ul>		B_1
c. Betrek bij de opstart van de behandeling/begeleiding en gedurende het verdere verloop ook de naasten van de jongere:		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vraag hier eerst toestemming voor aan de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) voor zover voor de naaste onbekende informatie over de jongere gedeeld wordt. Bevraag de jongere regelmatig naar deze toestemming of weigering.</li> </ul>		B_4A
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ga in gesprek met de naasten. Hun ervaringskennis is essentieel. Stem dit af op de situatie en op de mogelijkheden en ontwikkelingsleeftijd van de jongere.</li> <li>• Betrek de naasten niet enkel sporadisch, maar bouw een samenwerkingsrelatie op rond de jongere. Te bespreken onderwerpen in het kader van</li> </ul>		B_4A

de preventie van escalatie, agressie, afzondering en fixatie kunnen onder andere zijn

- Het gewoonlijke dagverloop in de thuissituatie; B\_1
  - Belangrijke (traumatische) levenservaringen;
  - Visies op de kwetsbaarheid van de jongere en eventuele risico's m.b.t. agressie, escalatie, veiligheid;
  - Voorstellen voor alternatieve strategieën voor afzondering en fixatie;
  - Voorstellen voor communicatieve signalen.
- Vraag informatie op en/of ga in dialoog met andere, huidige of voorgaande zorgverleners/begeleiders van de jongere. Wees transparant ten aanzien van de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) en vraag indien nodig zijn toestemming.

### 1.3.2 Onthaal en bejegening van de jongeren

#### 1.3.2.1 Onthaal van de jongere bij de opstart van de behandeling/begeleiding

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
a. Zorg voor een gastvrij en warm onthaal van de jongere.		B_1
b. Motiveer ook de jongeren uit de leefgroep om een warm onthaal te bieden aan de nieuwkomers. Voorbeeld:		B_3
jongeren die de voorziening verlaten, laten een boodschap achter voor nieuwkomers.		B_3
c. Formuleer de wederzijdse verwachtingen tussen jongeren en zorgverleners/begeleiders op een duidelijke manier. Voorbeeld: hang posters op in de voorziening met de omschrijving van deze verwachtingen.		B_3

#### 1.3.2.2 Belang van de begeleidingsrelatie

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Investeer van bij de opstart van de behandeling/begeleiding in een positieve begeleidingsrelatie met de jongere, waarin wederzijds respect, gelijkwaardigheid en een open dialoog centraal staan.		B_1

#### 1.3.2.3 Opbouw van de begeleidingsrelatie

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
a. Stem de werkwijze af op maat van de individuele jongere en de situatie waarin deze zich bevindt.		B_1
b. Geef van bij de opstart van de behandeling/begeleiding aandacht aan het opbouwen van wederzijds vertrouwen. Investeer in een goed contact en de dialoog met de jongere.		B_1

### 1.3.3 Nabijheid, activiteitenaanbod en therapeutisch/begeleidingsaanbod

#### 1.3.3.1 Nabijheid en bereikbaarheid

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Nabijheid en bereikbaarheid is een belangrijk uitgangspunt van zorgverlening en begeleiding. Betrokkenheid van de zorgverlener/begeleider ten aanzien van de jongere, alsook een positieve begeleidingsrelatie gebaseerd op wederzijds vertrouwen zijn belangrijk in het kader van preventie van escalatie en agressie:		B_1
a. Wees nabij en bereikbaar:		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Richt je als zorgverlener/begeleider op voldoende fysieke en emotionele nabijheid, alsook bereikbaarheid ten aanzien van de jongere.</li> <li>• Voorzie voldoende ruimte voor individuele begeleiding en gesprekken met de jongere.</li> </ul>		
b. Investeer in een positieve vertrouwensrelatie vanuit een houding van echtheid en transparantie.		B_4A
c. Zet in op positieve bekrachtiging van het gedrag van de jongere.		B_1
d. Bij de opbouw van de vertrouwensrelatie kan het voor de zorgverlener/begeleider helpend zijn om iets te delen over jezelf.		B_1
e. Installeer individuele (aandachts-)begeleiders.		B_4A
f. Wanneer een conflict dreigt te ontstaan tussen een zorgverlener/begeleider en een jongere, is het een optie om een andere zorgverlener/begeleider of een naaste van de jongere - waar de jongere naar gevraagd heeft - te betrekken om escalatie te voorkomen. De jongere moet reeds op voorhand op de hoogte gebracht zijn van deze werkwijze.		B_4A

#### 1.3.3.2 Activiteitenaanbod

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Heb aandacht voor voldoende zinvolle		B_1
en/of aangename		B_4A
dagbesteding, voorzie voldoende aanbod aan ontspanningsmogelijkheden en andere betekenisvolle activiteiten voor de jongeren.		B_1

1.3.3.3 *Therapeutisch en begeleidingsaanbod*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Voorzie in een therapeutisch en begeleidingsaanbod		B_1
op maat van de jongere - binnen of buiten de voorziening – bedoeld om agressie en escalatie en het daaropvolgende gebruik van afzondering of fixatie, te vermijden. Dit aanbod is gericht op:		B_4A
a. reflectieve vermogens en emotieregulerende vaardigheden;		B_1
b. traumaverwerking;		B_4A
c. het aanleren van nieuwe vaardigheden, bijvoorbeeld in het kader van positieve gedragsondersteuning: sociale vaardigheden, probleemoplossende vaardigheden, communicatievaardigheden;		B_1
d. het geven van informatie – via psycho-educatie – over de factoren die betrokken zijn bij het beslissen tot afzonderen of fixeren;		B_3
e. het leren herkennen van en reageren op eigen signaalgedrag, eventueel samen met de zorgverlener/begeleider.		B_4A
Dit aanbod kan op maat van de jongere ingevuld en verrijkt worden door expertise van bv. een yogaleraar, kinesist, ergotherapeut, muziektherapeut, op indicatie en rekening houdend met de kwetsbaarheden van de jongere.		

1.3.4 Gebruik van het signaleringsplan voor de preventie van afzondering en fixatie bij (gradaties van) agressie en/of escalatie

1.3.4.1 *Het voorkomen van agressie en/of escalatie*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Stel een signaleringsplan op, rekening houdend met de gekende kwetsbaarheden en/of risico's van de jongere (zie B.III.1.a):		B_1
a. Stel het signaleringsplan op in dialoog met de jongere en houd daarbij rekening met zijn cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling. Overweeg daarom om indien de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) dit wenst, hierbij bepaalde naasten en/of een orthopedagoog of psycholoog te betrekken.		B_1
b. Inventariseer in het signaleringsplan:		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persoonlijke triggers voor emotionele spanning;</li> <li>• Vroege signalen van toegenomen spanning</li> </ul>		B_4A
en signalen per fase van spanningsopbouw. Vraag hiervoor feedback aan andere jongeren, collega's, naasten: wat zien anderen de jongere doen of zeggen wanneer de spanning zich (opnieuw) opbouwt.		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategieën die kunnen helpen opdat de spanning zich niet zou opbouwen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wat kan de jongere zelf doen?</li> <li>- Wat kunnen anderen (zorgverleners/begeleiders, naasten, ...) doen?</li> </ul> </li> <li>• Strategieën die kunnen helpen om spanning te doen dalen, en</li> </ul>		



dit per fase van spanning:	B_4A
- Wat kan de jongere zelf doen?	B_1
- Wat kunnen anderen (zorgverleners/begeleiders, naasten ...) doen?	
• Omschrijving van de situaties waarin specifiek voor die jongere sprake is van ernstige en acuut gevaar voor zichzelf en/of voor anderen. In deze situaties kan de toepassing van afzondering en fixatie overwogen worden voor zover alternatieven voor de maatregel niet (langer) volstaan (zie C.II.2).	B_3
c. Overweeg in de opstartperiode van de behandeling/begeleiding om gericht informatie te verzamelen over triggers voor escalatie indien dit haalbaar is voor de jongere en het begeleidingsproces dit toelaat. Werk dit uit tot een volwaardig signaleringsplan doorheen de behandeling. De doelstelling is dat het signaleringsplan is opgesteld alvorens er zich een crisis heeft voorgedaan.	B_4A
d. Herbekijk het signaleringsplan samen met de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) nadat er zich een crisis heeft voorgedaan. Overweeg om – indien de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) hiermee akkoord is – ook bepaalde naasten te betrekken en moedig de jongere eventueel aan om het signaleringsplan zelf aan naasten voor te stellen. Pas de inhoud van het signaleringsplan indien nodig vervolgens aan, met het oog op toekomstige preventie van escalatie, afzondering en fixatie.	B_4A
e. Vertaal het signaleringsplan naar handvatten voor gebruik buiten de voorziening zoals thuis of op school.	B_4A

#### 1.3.4.2 Voorkeuren en wensen van de jongere met betrekking tot afzondering en fixatie

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
a. Ga met elke jongere in dialoog over zijn eventuele voor- en afkeuren met betrekking tot		B_1
• de vormen van afzondering en fixatie die zouden kunnen worden toegepast wanneer dat onvermijdelijk is,		
• het informeren van naasten. Het betreft de voor- en afkeuren over of, wanneer en hoe de naasten op de hoogte gebracht worden over de toepassing van de maatregel.		B_4Bb
- Indien de jongere beslissingsonbekwaam is, dient de vertegenwoordiger bij een afzondering of fixatie onmiddellijk op de hoogte gebracht te worden van de start en de aard van de maatregel, onafgezien van de voor- of afkeuren van de jongere (zie C.II.3.5).	A_3	
b. Volg bij het bespreken van de voorkeuren en afkeuren van de jongere volgende aanbevelingen:		GGZ_B_1
• Houd rekening met de mogelijkheden en ontwikkelingsleeftijd van de jongere.		
• Noteer de input in het signaleringsplan.		
• Neem voorkeuren en afkeuren van de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) ernstig en hanteer dit bij het overwegingsproces om al dan niet over te gaan tot een bepaalde vorm van afzonderen of fixeren bij ernstig en acuut gevaar (zie C.II.2.2).		

1.3.5 Omgaan met escalatie

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Ga steeds op zoek naar de onderliggende oorzaak van de stijgende emotionele spanning bij de jongere. Een deskundige reactie helpt immers toenemende escalatie voorkomen. Omgekeerd kan een verkeerde reactie de escalatie juist doen toenemen (Price & Baker, 2012; Richmond et al., 2012). Overweeg om een functie-analyse te doen met bijzondere aandacht voor antecedente gebeurtenissen. Zoek naar manieren om de spanning te reduceren:		B_1
a. Ga in dialoog met de jongere (en desgevallend de vertegenwoordiger) waarbij je als zorgverlener/begeleider een open en respectvolle communicatiestijl hanteert en je aanpast aan de communicatieve mogelijkheden van de jongere. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indien de jongere reeds gekend is met bepaalde psycho-educatieve modules, kan het benoemen van gedrag vanuit het aangeleerde kader verduidelijkend en helpend zijn voor de jongere.</li> <li>• Besteed ook aandacht aan meer impliciete communicatieve signalen.</li> </ul>		B_1
b. Maak gebruik van verbale en non-verbale de-escalatietechnieken.		B_1
c. Dreig niet met een straf, stel geen ultimatus en vermijd een autoritaire aanpak.		B_1
d. Motiveer de jongere om een eigen rustbox samen te stellen met items om te helpen om tot rust te komen. Hiervoor kan inspiratie gevonden worden op <a href="http://www.rustbox.be">www.rustbox.be</a> .		B_3
e. Grijp terug naar het signaleringsplan om na te gaan welke aanpak vooraf met de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) was afgesproken om terug rust te vinden of toenemende escalatie te vermijden (zie onder B.III.4).		B_1
f. Wijzig omgevingsfactoren die een rol zouden kunnen spelen.		B_3
g. Zet indien nodig – maar steeds op maat van de jongere - in op alternatieven voor (non-)verbaal de-escaleren. Voorbeelden hiervan zijn: de jongere voorstellen om tijdelijk naar de gang, eigen kamer (zonder de kamer op slot te doen) of tuin te gaan.		B_1
h. De oorzaak voor stijgende emotionele spanning is niet steeds te zoeken bij de jongere, maar de escalatie kan ook veroorzaakt worden door het leefklimaat. Analyseer dus niet alleen waarrond er gewerkt kan worden op niveau van de jongere, maar ook op het niveau van de leefgroep (zie onder B.II.3).		B_4A

1.3.6 Indien de jongere en/of zijn vertegenwoordiger zelf vraagt naar afzondering of fixatie

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Ga steeds na wat de achterliggende drijfveer is van deze vraag. Mogelijk zijn er bepaalde behoeften waaraan tegemoet kan gekomen worden. Deze behoeften kunnen ook impliciet in het gedrag van de jongere naar voor komen. Ga steeds eerst op zoek naar alternatieven, minder ingrijpende oplossingen om aan de behoefte van de jongere tegemoet te komen, vooraleer op de vraag van de jongere in te gaan.	GGZ_A_1	

1.3.7 Het vermijden van vooraf geplande afzonderingen en fixaties bij voorspelbare en terugkerende situaties

1.3.7.1 Vooraf geplande individuele afzonderingen en fixaties

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Het vermijden van afzondering en fixatie staat ook centraal in voorspelbare en terugkerende situaties		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• met potentieel gevaar voor de jongere of voor andere personen</li> <li>• waarin zich ontwikkelings-/ontplooiingskansen voor de jongere of andere personen voordoen en het gebruik van afzondering of fixatie deze kansen in theorie zouden kunnen bevorderen.</li> </ul>		
Het (be)handelingsplan/-begeleidingsplan bevat alle elementen die voor het vermijden van afzondering en fixatie in deze situaties relevant zijn:		
a. Maak een functieanalyse van het doelgedrag. Dit maakt begrijpelijk waarom, wanneer en hoe het gedrag plaatsvindt en welke doelen het dient voor de jongere.		B_1
b. Zoek continu naar alternatieven voor afzondering en fixatie om dit doelgedrag onder controle te krijgen. Een dichte samenwerking met andere zorgverleners/begeleiders, de jongere zelf en/of naasten kan hierbij helpend zijn. Alternatieve mogelijkheden zijn op maat van de jongere en kunnen onder meer zijn:		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niet interveniëren</li> </ul>		B_4A
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder intrusieve interventies dan afzondering en fixatie</li> </ul>		B_3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ander gedrag dat dezelfde functie als het doelgedrag vervult, aanleren of aanmoedigen</li> </ul>		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wijzigingen aanbrengen in de omgeving</li> </ul>		B_3
c. Noteer minstens bovenstaande punten a. en b. in het (be)handelings-/begeleidingsplan.		B_1
d. Houd bij de bespreking van het (be)handelings-/begeleidingsplan rekening met de mogelijkheden en ontwikkelingsleeftijd van de jongere.		B_4A

1.3.7.2 Vooraf geplande collectieve afzonderingen

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Collectieve afzonderingen van jongeren – overdag of 's nachts – zijn om geen enkele reden toelaatbaar (zie C.I.1.), aangezien afzonderingen en fixaties steeds op maat van de jongere worden toegepast.		B_4A
Collectieve afzonderingen worden vervangen door alternatieven, ook wanneer de jongeren er zelf om vragen. Voorbeelden van dergelijke alternatieven zijn:		B_4A
a. Een clickersysteem op de deuren: de deuren worden niet gesloten, maar het systeem brengt de zorgverleners/begeleiders op de hoogte wanneer een deur van binnenuit geopend wordt;		B_4A
b. De jongere kan van binnenuit zelf zijn kamerdeur op slot doen. Enkel de zorgverleners/begeleiders kunnen de kamerdeuren van buitenaf openen.		B_4A

1.3.8 Nabespreking na een afzondering en fixatie in de context van agressie en/of escalatie

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Nabespreking van afzondering en fixatie heeft een preventief effect op afzonderingen en fixaties in de toekomst. Daarom zijn aanbevelingen in verband met de nabespreking na afzondering en fixatie ook opgenomen in dit onderdeel over preventie.		B_1

1.3.8.1 Nabespreking met de jongere

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Voer niet lang na het beëindigen van de maatregel een nabespreking met de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger).		B_1
Betrek hierbij een andere naaste van buiten de voorziening (bv. de ouders) en eventuele broers of zussen die verblijven in dezelfde voorziening voor zover de jongere dit wenst.		B_4A
a. Indien de jongere wenst om de nabespreking uit te stellen, respecteer dit dan om escalatie te vermijden.		B_4Bb
b. Pas de vorm, tijdstip, duur en manier van het voeren van het gesprek aan op maat van de jongere en zijn mogelijkheden. Bevraag zijn noden en voorkeuren hieromtrent.		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>Overweeg ook andere, creatieve manieren om hetgeen gebeurd is te verwerken, zoals een gezamenlijke leuke activiteit</li> </ul>		B_4A
of via een schriftelijke conversatie.		B_1
c. Bied de jongere de kans om de eigen ervaringen te delen en vragen te stellen. Voer het gesprek ook binnen het kader van individuele preventie van toekomstige crisis, afzondering en fixatie.		B_1
d. Bespreek volgende aspecten indien dit haalbaar is voor de jongere, aangepast aan de jongere en indien de jongere hiervoor open staat: <ul style="list-style-type: none"> <li>wat er gebeurd is;</li> <li>wat de aanleiding was;</li> <li>wat waarschuwingssignalen waren voor de agressie, escalatie of crisis;</li> <li>de beleving van de jongere, de emotionele en fysieke impact;</li> <li>de beleving en impact op de betrokken zorgverlener/begeleider;</li> <li>wederzijdse veronderstellingen over gebeurtenis, aanleiding, aanpak en beleving;</li> <li>lessen die eventueel getrokken kunnen worden in het kader van individuele crisispreventie.</li> </ul>		B_1
e. Onderhoud en bevestig de onderlinge relatie, in het bijzonder na incidenten. Investeer in en/of streef naar herstel van deze band en doe dit op maat van de jongere, bv. een leuke gezamenlijke activiteit of een gesprek. Inspiratie hiervoor kan gevonden worden op <a href="http://www.sorrybox.be">www.sorrybox.be</a> .		B_4A

1.3.8.2 *Nabespreking met de leefgroep of andere omstaanders (zoals bezoek)*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Omstaanders en jongeren die niet betrokken zijn bij het incident, zijn getuige van lawaai, escalatie of agressie. Dit kan een sterke invloed hebben op de leefgroep. Daarom is het belangrijk om hen ook te betrekken bij de nabespreking.		B_4A
Ook bij omstaanders en jongeren die wel betrokken waren bij het incident – zonder dat bij hen afzondering of fixatie is toegepast – dient ingezet te worden op nabespreking volgens de aanbevelingen onder 8.1.		
Respecteer bij de nabespreking de persoonlijke levenssfeer van de afgezonderde of gefixeerde jongere. Vertrek daarom bij de nabespreking van wat de omstaanders zelf ervaren hebben en geef bij voorkeur geen persoonsgebonden informatie over de jongere die de omstaander niet kent. Indien je toch persoonsgebonden informatie over de jonger wil delen met de omstaanders, bespreek dit dan eerst met de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) en vraag of hij hiermee akkoord is.	A_3	

1.3.8.3 *Nabespreking onder zorgverleners/begeleiders*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Organiseer tevens een nabespreking met alle betrokken zorgverleners/begeleiders, kort nadat de maatregel heeft plaatsgevonden.		B_1
Deze nabespreking kan zowel met de zorgverlener/begeleider individueel als in groep. Wanneer de nabespreking in groep gebeurt, overweeg dan om een zorgverlener/begeleider die niet betrokken was bij het incident te laten deelnemen als moderator en		B_4A
respecteer hierbij de persoonlijke levenssfeer van de jongere.	A_3	
Een tool die hiervoor gebruikt kan worden is Intervisie Methoden Incidenten, hetgeen een vorm van nazorg is voor het hele team (meer info op <a href="https://www.icoba.be/tools/intervisiemethode-incidenten-imi">https://www.icoba.be/tools/intervisiemethode-incidenten-imi</a> ).		B_4A
a. Ruimte bieden voor intervisie en kritische reflectie: inhoudelijke bespreking van de aard en aanleiding van het incident, hoe alles verlopen is en wat eventueel anders had aangepakt kunnen worden.		B_1
b. Ruimte bieden voor emotionele verwerking.		B_1

1.3.8.4 *Overweeg om een externe organisatie in te schakelen*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Overweeg om een externe en gespecialiseerde organisatie (bv. slachtofferhulp) in te schakelen bij een zware escalatie waarbij zowel het team als de jongeren sterk onder de indruk zijn.		B_4A

1.3.9 Time-out

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Bij een vastgelopen traject kan als laatste optie overwogen worden om een time-out in te voeren. De doelstelling hiervan is om op zo'n manier afstand te creëren tussen de zorgverleners/begeleiders en de jongere, zodat beiden nadien met hernieuwde energie het (be)handelings-/begeleidingsplan kunnen herstarten. Dit proces veronderstelt dat het contact tussen de jongere en de zorgverleners/begeleiders tijdens de time-out periode behouden blijft om aan herstel van de relatie te werken.		B_4A
a. Omwille van de continuïteit van zorg/begeleiding wordt, vooraleer over te gaan tot deze optie, ingezet op <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herstel binnen de leefgroep van de jongere,</li> <li>• Alternatieven voor time-out zoals activiteiten die de zorgverlener/begeleider en de jongere samen doen zodat ze kunnen werken aan de begeleidingsrelatie. Voorbeelden zijn een staptocht of een fietstocht.</li> </ul>		B_4A
b. Bespreek de optie van time-out met de jongere en de naasten bij de opstart van de begeleiding/behandeling.		B_4A
c. Wanneer time-out bij een vastgelopen traject niet voorkomen kan worden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bespreek de reden achter en het doel van de time-out duidelijk met de jongere en de naasten.</li> <li>• Tijdens de time-out is er contact tussen zorgverlener/begeleider en jongere om aan herstel te werken en ook na de time-out werken zorgverlener/begeleider en jongere samen verder aan herstel.</li> <li>• Tijdens de time-out bekijken de zorgverleners/begeleiders, indien nodig, hoe ze het begeleidings-/behandelingstraject van de jongere van hun kant kunnen optimaliseren.</li> <li>• Mogelijkheden tot time-out zijn er bv. in <ul style="list-style-type: none"> <li>- een andere leefgroep;</li> <li>- een partnervoorziening;</li> <li>- de thuisomgeving of bij naasten;</li> <li>- een zorgboerderij;</li> <li>- een gemeenschapsinstelling als laatste optie.</li> </ul> </li> </ul>		B_4A

## 2 Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp

### 2.1 Op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers

#### 2.1.1 Ontwikkeling van het toepassingsbeleid

	A- evidentie- niveau	B- evidentie- niveau
Bepaal welke vormen van afzondering en fixatie in welke situaties en onder welke voorwaarden in de voorziening toegelaten zijn. Hou hierbij rekening met de aanbevelingen over toelaatbaarheid uit deze richtlijn:		B_4A
a. Afzondering en fixatie zijn niet toelaatbaar als straf	A_1 (m.u.v. jongeren in detentie)	B_1
b. Afzondering en fixatie zijn niet toelaatbaar als collectieve maatregelen,	A_1 (voor preventief en ontplooiing A_2)	B_4A
aangezien ze steeds op maat van de jongere dienen toegepast te worden.		B_3
c. Bij ernstig en acuut gevaar zijn afzondering en fixatie enkel toelaatbaar als laatste redmiddel voor zover alternatieven niet (langer) volstaan. Dit is ook mogelijk onder dwang.	A_1	B_1
d. Afzondering en fixatie zijn bij een potentieel gevaar en om ontwikkelings-/ontplooiingskansen van de jongere of andere personen te bevorderen niet toelaatbaar onder dwang.	A_3 (mits gekoppeld aan nationale kader)	B_4A
e. Indien de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) toestemming geeft voor afzondering en fixatie bij potentieel gevaar en om ontwikkelings-/ontplooiingskansen van de jongere of andere personen te bevorderen, vermijd dit dan zoveel mogelijk.	A_2	
Indien de voorziening beslist dat afzondering en fixatie in de voorziening nooit gebruikt worden – ook niet bij ernstig en acuut gevaar – dan zijn alle volgende aanbevelingen uit deel C en D van de richtlijn niet van toepassing voor die voorziening.		B_4A

2.1.2 Procedures

	A- evidentie- niveau	B- evidentie- niveau
Ontwikkel procedures voor de veilige toepassing van afzondering en fixatie, zowel voor de jongeren als voor het personeel:	A_1	
a. Voor aanbevelingen met betrekking tot de inhoud van de procedures: zie deel C.II en deel D		
b. Schrijf deze procedures gedetailleerd en helder uit.	A_1	
c. Gebruik dezelfde procedures in de hele voorziening, tenzij afwijkingen voor specifieke afdelingen/leefgroepen of doelgroepen noodzakelijk zijn.		GGZ_B_4B a
d. Informeer de jongeren, (en desgevallend hun vertegenwoordigers) en naasten over de procedures van afzondering en fixatie, zodat ze kunnen begrijpen waarom en op welke wijze afzondering en fixatie plaatsvinden.	A_1	B_3
e. Overweeg om teams met specifieke expertise in afzondering en fixatie op te richten. Zij kunnen een aanspreekpunt en 'goed voorbeeld' vormen. Wanneer afzondering en fixatie door het specifieke team worden toegepast, verhoogt dat bovendien de uniformiteit en juistheid van de toegepaste procedures.		B_4Ba

2.1.3 Opleiding en training van de zorgverleners/begeleiders over de toepassing van afzondering en fixatie

	A- evidentie- niveau	B- evidentie- niveau
Voorzie in grondige en frequente opleiding en training van de zorgverleners/begeleiders. Opleiding richt zich op het verhogen van kennis en inzicht, terwijl training zich richt op het ontwikkelen van vaardigheden.	A_1	B_1
a. Bied zorgverleners/begeleiders opleiding omtrent de volgende thema's:	A_1	B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• feiten en mythes m.b.t. afzonderen en fixeren, bv. effectiviteit, risico's, impact en gevolgen;</li> </ul>		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• inzicht in de oorzaken en instandhoudende factoren van escalatie en agressie, afzondering en fixatie: kennis omtrent factoren gerelateerd aan <ul style="list-style-type: none"> <li>- de zorgverlener/begeleider (bv. rol van eigen emoties),</li> <li>- de interactie tussen zorgverlener/begeleider en jongere (bv. het risico op een te groot machtsonevenwicht),</li> <li>- de jongere;</li> </ul> </li> </ul>		GGZ_B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• kennis van procedures voor het toepassen van afzonderen en fixeren;</li> <li>• kennis van de juridische voorwaarden voor afzondering en fixatie en de mensenrechtelijke beginselen die erop van toepassing zijn;</li> </ul>	A_2	B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• een correct en kritische toepassing van registratie.</li> </ul>	A_3	
b. Train de volgende vaardigheden van de zorgverlener/begeleider:	A_1	B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• attitudes volgens de zorg-/begeleidingsvisie;</li> </ul>		B_3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• respectvolle bejegening van de jongere en communicatievaardigheden;</li> </ul>	A_2	B_1



<ul style="list-style-type: none"> <li>• de-escalatietechnieken;</li> </ul>		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• emotieregulatie vaardigheden: omgaan met de eigen emotie tijdens escalatie, crisis en agressie;</li> </ul>		GGZ_B_3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• creatief en kritisch denken over het gebruik van alternatieven in het kader van de-escalatie en preventie van escalatie en in het kader van het bevorderen van ontwikkelings-/ontplooiingskansen;</li> </ul>		B_4A
<ul style="list-style-type: none"> <li>• flexibel en kritisch omgaan met afzonderings- en fixatieprocedures;</li> <li>• het uitvoeren van een functie-analyse van het doelgedrag;</li> <li>• het gebruik van positieve bekrachtigingsprincipes;</li> </ul>		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• het voeren van nabesprekingen met de jongere en met collega-zorgverleners/begeleiders (Zie C.II.5);</li> <li>• technische vaardigheden in het veilig toepassen van de verschillende vormen van fixeren en afzonderen voor de jongeren en het personeel, bv. persoons- en teamgerichte veiligheidstechnieken.</li> </ul>	A_1	B_4A
<p>c. Ga bij deze opleidingen en trainingen ervaringsgericht te werk. Creëer specifieke situaties waarbij zorgverleners/begeleiders concrete ervaringen opdoen om te kunnen reflecteren over hun eigen handelen, bv. via een rollenspel of workshop.</p>		B_3

#### 2.1.4 De afzonderingskamer

	A- evidentie- niveau	B- evidentie- niveau
Voorzie een ruimte die specifiek voor het gebruik van afzondering ontworpen is en enkel hiervoor gebruikt wordt. De afzonderingskamer dient een veilige en rustgevende omgeving te bieden.	A_1	B_1
a. Zorg voor fysieke nabijheid op maat van de jongere, bv. door middel van wederzijds visueel contact, de aanwezigheid van een ouder of een andere persoon in de afzonderingskamer of afzondering in een studio naast de zorgverleners-/begeleidersruimte.	A_1	B_4A
b. In het kader van de privacy en de veiligheid van de jongere, zorg ervoor dat enkel bevoegd personeel de afzonderingskamer kan inkijken en betreden. Stem de architectuur hierop af.	A_2	
c. Zorg voor de mogelijkheid tot sanitaire voorzieningen in of aangrenzend aan de afzonderingskamer zodat ze op maat van de doelgroep kunnen ingezet worden. Voorzie in goed hygiënisch onderhoud hiervan.	A_2	B_4A
d. Zorg steeds voor de mogelijkheid tot oriëntatiemogelijkheden zodat ze op maat van de doelgroep kunnen ingezet worden. Voorzie mogelijkheden voor lichtinval (daglicht) en een aan de doelgroep aangepaste tijdsindicatie.	A_2	B_4A
e. Voorzie steeds middelen waarmee de jongere rechtstreeks contact kan nemen met een zorgverlener/begeleider, waarbij ook de mogelijkheid wordt voorzien dat de jongere met de zorgverlener/begeleider heen en weer kan spreken.	A_2	B_4BA

2.1.5 Klachtenprocedures

	A- evidentie- niveau	B- evidentie- niveau
<p>Investeer bij voorkeur in een samenwerkingsrelatie met jongeren, vertegenwoordigers en naasten en behandel zo op responsieve en informele wijze vragen bedenkingen en klachten.</p> <p>Informeer zowel het personeel als de jongeren, vertegenwoordigers en hun naasten omtrent de verschillende mogelijke klachtenprocedures.</p>	A_1	B_4A
a. Ontwikkel gebruiksvriendelijke interne klachtenprocedures.	A_1	
b. Informeer op duidelijke wijze het personeel, de jongeren, desgevallend hun vertegenwoordigers, en hun naasten over deze interne klachtenprocedures.	A_3	
c. Informeer op duidelijke wijze het personeel, de jongeren, desgevallend hun vertegenwoordigers, en hun naasten over de bestaande externe klachtenprocedures.	A_3	GGZ_B_4A
d. Zorg ervoor dat de jongeren, desgevallend hun vertegenwoordigers, en hun naasten te allen tijde toegang hebben tot de interne en externe klachtenprocedures en dat de toegang tot juridische bijstand voor hen verzekerd is.	A_3	GGZ_B_4A

**2.2 Op het niveau van afzonderings- en fixatieprocedures bij ernstig en acuut gevaar**

2.2.1 Toelaatbaarheid

	A- evidentie- niveau	B- evidentie- niveau
Afzondering of fixatie kan enkel gebruikt worden als een zeer uitzonderlijke veiligheidsmaatregel, al dan niet onder dwang, in geval van een ernstig en acuut gevaar voor de fysieke en/of psychische integriteit van de jongere of andere personen	A_1	B_1
a. voor zover alternatieven voor de maatregel niet (langer) volstaan,	A_1	B_1
b. enkel als ongeplande maatregel; de afzondering of fixatie is nooit gepland op voorhand,	A_1	B_1
c. enkel zolang het acuut en ernstig gevaar bestaat,	A_1	B_1
d. deze veiligheidsmaatregel mag nooit als straf bedoeld zijn door de zorgverlener/begeleider.	A_1	B_1
Hoe beter de zorgverlener/begeleider de jongere kent, hoe beter die kan inschatten of de situatie ernstig en acuut is voor de jongeren en/of de omstaanders. Deze kennis wordt opgenomen in het signaleringsplan (zie B.III.4.1.b.v).		B_3
Afzonderen, mechanisch fixeren, fysieke interventie of medicamenteuze fixatie zijn hoogstens een laatste optie binnen de bredere preventieve benadering van escalatie en agressie.	A_1	B_1

## 2.2.2 Overwegen en beslissen met betrekking tot het gebruik van afzondering of fixatie

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Indien blijkt dat afzondering of fixatie niet vermeden kan worden		
a. Maak dan alsnog de zorgvuldige afweging om wel of niet over te gaan tot afzonderen of fixeren (al dan niet onder dwang);	A_3	GGZ_B_4B a
b. Wees zorgvuldig in het afwegen van de keuze van het type maatregel. Hou daarbij rekening met volgende leeftijdsgrenzen (kalenderleeftijd)	A_3	GGZ_B_4B a
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indien bij kinderen van 12 jaar of jonger een (dwang)maatregel in het kader van acuut en ernstig gevaar niet vermeden kan worden, overweeg dan in eerste instantie om een fysieke interventie toe te passen (zie D.IV.1);</li> <li>• Indien bij kinderen van 12 jaar of jonger een (dwang)maatregel in het kader van acuut en ernstig gevaar 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 veilig kan worden toegepast, kies dan voor afzondering (zie D.IV.2);</li> <li>• Pas geen mechanische fixatie toe bij kinderen van 12 jaar of jonger (zie D.IV.3).</li> </ul>		Zie <a href="#">intersectorale aanbevelingen</a> voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie (SWVG-studie EF38)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas geen mechanische fixatie toe bij jongeren tussen 13 en 18 jaar, tenzij afzondering en andere vormen van fixatie niet volstaan om de veiligheid te herstellen.</li> </ul>	A_2	

### 2.2.2.1 Houd rekening met de kwetsbaarheid van de persoon

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Bij de overweging om al dan niet over te gaan tot afzondering of fixatie, en bij de keuze van het type maatregel en de te gebruiken techniek, wordt rekening gehouden met de kwetsbaarheid van de jongere. Enkele belangrijke kwetsbaarheidsfactoren zijn:	A_2/A_3	GGZ_B_1
a. de ontwikkelingsleeftijd van de jongere op fysiek, cognitief, emotioneel en psychisch vlak;	A_3	B_1
b. fysieke en medische kwetsbaarheidsfactoren zoals bv. een lichamelijke beperking, andere gezondheidsfactoren, gewicht en kracht, zwangerschap;		B_1
c. de aanwezigheid van psychotrauma in de voorgeschiedenis, de aard van dit trauma;		B_1
d. voorgaande ervaring met afzonderingen en/of bepaalde vormen van fixatie.	A_1	B_1

2.2.2.2 *Houd rekening met de voor- en afkeuren van de jongere*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
a. Neem de voor- of afkeuren van de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) omtrent afzondering of fixatie mee in het overwegingsproces om al dan niet afzondering of fixatie toe te passen, alsook bij de keuze van het type maatregel.	A_1	B_1
b. Deze elementen zijn opgenomen in het signaleringsplan van de jongere (zie B.III.4.2.a) en/of kunnen blijken op het moment zelf. Observeer daarom de jongere en zoek in de communicatieve signalen naar tekenen van voor- of afkeur.	A_3	B_1
c. Indien er geen of onvoldoende kennis is over de voor- en afkeuren van de jongere, betrek dan zijn vertegenwoordiger.	A_3	B_3

2.2.2.3 *Houd rekening met de principes van proportionaliteit en subsidiariteit*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Kies het type maatregel en de te volgen techniek volgens de principes van proportionaliteit en subsidiariteit.	A_1	B_1
a. De mate van dwang en de ernst van de maatregel moeten in verhouding staan met het gevaar.	A_1	B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kies de minst ingrijpende maatregel, d.w.z. deze met de minste impact op de autonomie en de psychische en fysieke integriteit van de jongere. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verschillen in beleving van een afzondering of fixatie zijn sterk individueel bepaald. Baseer de beslissing van het type maatregel daarom zo veel mogelijk op individuele factoren waaronder de kwetsbaarheid van de jongere, en de wensen en vroegere ervaringen van de jongere.</li> </ul> </li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Weeg nadelen en risico's af tegen potentiële gewenste effecten.</li> </ul>		B_4A
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermijd het gelijktijdig toepassen van verschillende maatregelen. Bijvoorbeeld afzondering gecombineerd met mechanische of medicamenteuze fixatie of de combinatie van mechanische en medicamenteuze fixatie. Dit kan enkel als laatste redmiddel in uiterst uitzonderlijke en uiterst gevaarlijke situaties overwogen worden.</li> </ul>	A_1	
b. Blijf ook tijdens het toepassen nagaan of de maatregel de beste optie is om het gevaar te doen wijken. Blijf op zoek gaan naar minder ingrijpende alternatieven.	A_2	B_4Bb

2.2.2.4 *Wie beslist tot het opstarten van de maatregel?*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Op het moment dat ernstig en acuut gevaar zich voordoet, is het belangrijk om snel over het al dan niet opstarten van afzondering of fixatie te beslissen. Hou daarbij voor ogen dat afzondering en fixatie enkel zijn toegelaten als laatste redmiddel wanneer alternatieven niet (meer) voldoende blijken om de veiligheid te herstellen.	A_1	B_1
De beslissing wordt bij voorkeur genomen in multidisciplinair overleg tussen de leden van het behandelings-/begeleidingsteam die opgeleid zijn om veilig, respectvol en humaan af te zonderen of te fixeren.		B_4A
a. Voorzie en gebruik een draaiboek/procedure met de beslissingsprincipes (zie C.II.2) en de te volgen stappen bij de toepassing van afzondering en fixatie (zie C.II.3-5).	A_2	B_4A
b. Indien een arts aanwezig is, controleert hij zo mogelijk vooraf de gezondheidstoestand van de jongere. Indien dat niet kan, doet hij dat zo snel mogelijk na de opstart van de maatregel.	A_1	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Indien de arts vaststelt dat de afzondering of fixatie gepaard gaat met een nood aan medische zorg, beslist hij</li> </ul>	A_1	
in multidisciplinair overleg met het behandelings-/begeleidingsteam		B_4A
over de wijze waarop de maatregel (verder) wordt uitgevoerd.	A_1	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Indien de arts vaststelt dat de afzondering of fysieke interventie niet gepaard gaat met een nood aan medische zorg, beslist een opgeleide zorgverlener/begeleider</li> </ul>	A_1	
in multidisciplinair overleg met het behandelings-/begeleidingsteam		B_4A
<ul style="list-style-type: none"> <li>de wijze waarop de maatregel (verder) wordt uitgevoerd.</li> </ul>	A_1	
c. Welke techniek gekozen kan worden, hangt af van de expertise van het betrokken personeel.	A_3	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mechanische fixatie mag niet worden gebruikt als er geen arts of verpleegkundige betrokken is.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamenteuze fixatie mag niet worden gebruikt als er geen arts betrokken is, behalve in het uitzonderlijke geval dat het gebruik ervan vooraf individueel is voorgeschreven door de arts en er een verpleegkundige betrokken is. In dat geval wordt de arts van het gebruik onmiddellijk op de hoogte gebracht en wordt het voorschrift opnieuw beoordeeld na elke toepassing.</li> </ul>	A_2	
d. Voor zover er bij de opstart van de maatregel nog geen arts betrokken was, wordt onmiddellijk na de opstart van de maatregel een arts op de hoogte gebracht van de maatregel. De arts controleert zo snel mogelijk de gezondheidstoestand van de jongere.	A_1	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Leg als extra waarborg voor de jongere in de procedure een maximum tijdsduur vast waarbinnen de arts - nadat hij op de hoogte is gebracht door degene die de beslissing heeft genomen - de jongere onderzoekt.</li> </ul>	A_2	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Indien de arts vaststelt - voor zover de maatregel niet voor zijn aankomst reeds beëindigd werd - dat de afzondering of fixatie gepaard gaat met een nood aan medische zorg, beslist hij</li> </ul>	A_1	
in multidisciplinair overleg met het behandelings-begeleidingsteam		B_4A

over het al dan niet behouden van de maatregel en de wijze waarop de maatregel verder wordt uitgevoerd.	A_1	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Indien de arts vaststelt - voor zover de maatregel niet voor zijn aankomst reeds beëindigd werd - dat de afzondering fysieke interventie niet gepaard gaat met een nood aan medische zorg, beslist een opgeleide zorgverlener/begeleider</li> </ul>	A_1	
in multidisciplinair overleg met het behandelings-/begeleidingsteam		B_4A
over de wijze waarop de maatregel verder wordt uitgevoerd.	A_1	
e. Indien het ernstig en dreigend gevaar voortvloeit uit of het gevolg is van een conflict met een zorgverlener/begeleider, wordt die zorgverlener/begeleider sowieso niet betrokken bij het nemen van de beslissing tot afzonderen of fixeren.	A_3	B_4A

### 2.2.3 Uitvoeren van de maatregel

#### 2.2.3.1 Wie voert de maatregel uit?

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Enkel leden van het behandelings-/begeleidingsteam die opgeleid zijn om een afzondering of fixatie veilig, respectvol en humaan uit te voeren, voeren afzondering of fixatie uit.	A_1	B_1
a. Indien een arts vaststelt dat de afzondering of fixatie gepaard gaat met een nood aan medische zorg, is er tijdens de verdere uitvoering voortdurend een arts of verpleegkundige, of een zorgkundige (na delegatie door en onder toezicht van een verpleegkundige of een arts) aanwezig.	A_1	
Die staat in voor de technische uitvoering van de maatregel, en het toezicht op de gezondheid en veiligheid van de jongere.	A_2	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Indien dit betekent dat de uitvoering verder gebeurt door een persoon die niet gekend is voor de jongere, wordt de arts/verpleegkundig/zorgkundige vergezeld door de zorgverlener/begeleider waarmee de jongere wel vertrouwd is.</li> </ul>		B_3
b. Indien een zorgverlener/begeleider een slecht gevoel, stress of ongemak ervaart bij het uitvoeren van de maatregel, neemt hij niet deel aan de uitvoering van de maatregel tenzij hij daarmee de veiligheid van andere collega's, de jongere of eventuele omstaanders in gevaar brengt (zie ook deel D: praktische uitvoering).	Zie <a href="#">intersectorale aanbevelingen</a> voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie (SWVG-studie EF38)	

2.2.3.2 *In welk lokaal vindt afzondering plaats?*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Afzondering vindt bij ernstig en acuut gevaar plaats in de afzonderingskamer die specifiek voor het gebruik van afzondering ontworpen is en enkel hiervoor gebruikt wordt.	A_1	B_1

2.2.3.3 *Houd rekening met de kwetsbaarheid van de jongere*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Houd tijdens de uitvoering van de gekozen maatregel en techniek voortdurend rekening met de kwetsbaarheid van de jongere. Relevant hierbij zijn:	A_3	GGZ_B_1
a. de ontwikkelingsleeftijd van de jongere op fysiek, cognitief, emotioneel en psychisch vlak;	A_3	B_1
b. fysieke en medische kwetsbaarheidsfactoren zoals gezondheid, gewicht en kracht, zwangerschap;		B_1
c. aanwezigheid van psychotrauma in de voorgeschiedenis, de aard van dit trauma;		B_1
d. voorgaande ervaring met afzonderingen en/of bepaalde vormen van fixatie.	A_1	B_1

2.2.3.4 *Voer de maatregel respectvol en zo humaan mogelijk uit*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Respecteer zo veel mogelijk de waardigheid van de jongere en minimaliseer zoveel als mogelijk het machtsonevenwicht in de relatie met de jongere:	A_3	B_1
a. Gebruik open en respectvolle communicatie voor, tijdens én na het toepassen van de maatregel:		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besteed aandacht aan de wijze van communiceren - verbaal en non-verbaal - met de jongere:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stem je wijze van communiceren af op het ontwikkelings- en communicatieniveau van de jongere.</li> <li>- Communiceer respectvol, beheerst en rustig.</li> <li>- Let op de mogelijke impact van de eigen emoties, bv. angst en kwaadheid.</li> </ul> </li> </ul>		B_4Bb
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wees bereikbaar en beschikbaar voor contact en communicatie met de jongere zodat hij steeds vragen kan stellen, verbaal of non-verbaal behoeften kan uiten. Geef aan dat vragen en verzoeken steeds gesteld kunnen worden. Neem deze vragen en verzoeken ernstig.</li> </ul>	A_1	B_4Bb
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toon empathie, bekommernis en betrokkenheid ten aanzien van de jongere.</li> </ul>		B_1

<p>b. Respecteer zoveel mogelijk de privacy van de jongere en bescherm het psychisch welzijn van de omstaanders. Voer afzondering en fixatie daarom uit buiten het zicht van omstaanders.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een uitzondering kan worden gemaakt wanneer de jongere (en desgevallend de vertegenwoordiger) zelf vraagt naar het gezelschap van naasten en/of mede-groepsleden, en wanneer hiervoor geen duidelijke en belangrijke tegenindicatie bestaat.</li> </ul>	A_3	B_4A
<p>c. Zorg ervoor dat de jongere maximaal en zo autonoom mogelijk kan voldoen aan zijn noden en basisbehoeften zoals dorst, honger, persoonlijke hygiëne, toiletbehoeften. Doe dit op maat van de jongere. Bied zo veel mogelijk fysiek comfort. Wees proactief in het nagaan van deze behoeften en sta de jongere bij indien nodig.</p>	A_2	B_4A
<p>d. Respecteer zo veel mogelijk de privacy van de jongere tijdens hygiënische lichaamsverzorging, toiletbehoeften en eventuele ontkleding bij afzondering of mechanische fixatie. Indien gebruik wordt gemaakt van een camera, maak geen herkenbaar beeldmateriaal van omkleden, toiletgebruik en handelingen voor hygiëne.</p>	A_2	B_4A
<p>e. Zorg dat de jongere steeds gekleed is.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ontneem niet standaard de eigen kledij en/of kleding-accessoires. Doe dit enkel op specifieke indicatie van zeer ernstig gevaar van de fysieke integriteit van de jongere.</li> <li>• Respecteer bij omkleden naar scheurvrije kledij zoveel mogelijk de waardigheid en privacy van de jongere, bv. door             <ul style="list-style-type: none"> <li>- De jongere eerst zelf de kans te geven om zich om te kleden,</li> </ul> </li> </ul>	A_2	B_4Bb
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het omkleden enkel te laten gebeuren onder toezicht van een zorgverlener/begeleider van hetzelfde geslacht.</li> </ul>	A_1	B_4Bb
<p>f. Zorg ervoor dat de jongere, wanneer hij dit wenst, in contact kan treden met naasten. Het betreft contact in alle mogelijke vormen, zowel live contact als contact via communicatiemiddelen. Beperk deze mogelijkheid nooit standaard, maar enkel indien hier een duidelijke en belangrijke indicatie voor is. Beperk de mogelijkheid in dit laatste geval zo min mogelijk en zo kort mogelijk. Informeer de jongere over het gebruik van de communicatiekanalen en een eventuele beperking hierin (als ook de rationale achter deze beperking).</p>	A_2	B_4A
<p>h. Gebruik steeds technieken die veilig zijn voor jongeren en personeel voor het uitvoeren van de maatregel.</p>	A_3	B_3
<p>g. Deel D bevat aanbevelingen over handelingen, technieken en het gebruik van materialen tijdens de praktische uitvoering van afzondering en fixatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fysieke interventie: aanbeveling 7 tot 17</li> <li>• Mechanische fixatie: aanbeveling 7 tot 21</li> <li>• Afzondering: aanbeveling 2 tot 7.</li> </ul>	<p>Zie <a href="#">intersectorale aanbevelingen</a> voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie (SWVG-studie EF38)</p>	



2.2.3.5 *Het op de hoogte brengen van de vertegenwoordiger en eventueel de naasten van de jongere*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
a. Indien de jongere beslissingsonbekwaam is, breng dan zo snel mogelijk zijn vertegenwoordiger op de hoogte van de start en de aard van de maatregel en wees transparant.	A_3	
b. Indien de jongere beslissingsbekwaam is, respecteer dan de voorkeuren en afkeuren van de jongere omtrent het verwittigen van de naasten (zie B.III.4.2.b).	A_3	B_4Bb

2.2.3.6 *Registreren*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
De registratie is bedoeld om inzicht te krijgen in de toepassing van afzondering en fixatie als veiligheidsmaatregel in een voorziening, om het beleid bij te sturen, en als instrument bij een eventuele klacht.	A_2	B_1
In het kader daarvan moet de jongere toegang krijgen tot de geregistreerde informatie.	A_3	
Registreer in het individueel dossier van de jongere het volgende voor alle afzonderingen en fixaties:	A_1	
a. het type maatregel (en in uitzonderlijke gevallen een eventuele combinatie van maatregelen);	A_1	B_1
b. de omstandigheden, de aanleiding/reden, uitgeprobeerde alternatieven;	A_1	B_4Ba
c. het tijdstip van begin en einde;	A_1	
d. de naam van de verantwoordelijke die de maatregel heeft opgestart of bevestigd;	A_1	B_1
e. afwijkingen ten opzichte van afgesproken maatregelen in het signaleringsplan;	A_3	
f. de eventuele verwondingen bij de jongere en/of de zorgverleners/begeleiders;	A_1	
g. de eventuele opmerkingen van de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) met betrekking tot het verloop van de afzondering en de fixatie (zie C.II.5.2);	A_1	
h. de tijdstippen van en observaties tijdens het toezicht;	A_2	
Deel D bevat aanbevelingen over wanneer observaties en evaluaties dienen geregistreerd te worden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fysieke interventie: aanbeveling 23 en 24</li> <li>• Mechanische fixatie: aanbeveling 34</li> </ul> Afzondering: aanbeveling 17	Zie <a href="#">intersectorale aanbevelingen</a> voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie (SWVG-studie EF38)	
i. de nabespreking.	A_2	

## 2.2.3.7 Toezien, opvolgen en evalueren

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Volg de psychische, fysieke en emotionele toestand van de jongere nauw op. Hou hiervoor toezicht en evalueer het effect van de maatregel.	A_3	B_1
a. Zorg bij afzondering voor voortdurend wederzijds visueel contact met de jongere,	A_1	
tenzij dit het verhoopte de-escalerend effect in de weg staat.		B_4A
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Streef naar live toezicht, in de plaats van het gebruik van een camera.</li> </ul>	A_1	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Streef naar frequente fysieke aanwezigheid van een zorgverlener/begeleider tijdens afzondering.</li> </ul>		B_4A
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indien voortdurend wederzijds visueel contact niet aangewezen is, zorg dan voor regelmatig toezicht (zie aanbeveling 12 onder deel D.III.4).</li> </ul>		B_4A
Leg een maximum tijdsduur vast tussen twee momenten van toezicht.	A_3	
b. Zet bij mechanische fixatie in op continue fysieke aanwezigheid bij de jongere,	A_1	
tenzij dit het verhoopte de-escalerend effect in de weg staat.		B_4A
Indien een continue aanwezigheid niet aangewezen is omdat het duidelijk en aanhoudend contraproductief werkt voor de-escalatie,	A_3	B_4A
zorg dan voor regelmatig toezicht. Leg een maximum tijdsduur vast tussen twee momenten van toezicht en contact (zie aanbevelingen 27 en 28 onder deel D.II.4).	A_2	
c. Evalueer actief en frequent het effect van de maatregel.	A_2	B_1
d. Zoek naar een mogelijkheid tot dialoog met de jongere om te kunnen inschatten		GGZ_B_4A
wanneer het gevaar voldoende geweken is, en de beëindiging van de maatregel kan overwogen worden.	A_2	
e. Indien een langdurige toepassing van de maatregel niet vermeden kan worden, beoordeelt de persoon bevoegd voor de maatregel de toestand van de jongere en de toepassing van de maatregel op regelmatige tijdstippen opnieuw.	A_2	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indien bij/na de opstart van de maatregel een arts heeft vastgesteld dat de maatregel gepaard gaat met een nood aan medische zorg, dan gebeurt dat door een arts die daartoe de jongere onderzoekt;</li> <li>• Indien na de opstart van de maatregel een arts heeft vastgesteld dat de maatregel niet gepaard gaat met een nood aan medische zorg, dan gebeurt dat door de zorgverlener/begeleider. Wel controleert een arts de gezondheidstoestand van de jongere telkens wanneer dat noodzakelijk wordt geacht;</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij mechanische fixatie en afzondering gebeurt het medische onderzoek minstens elke 4 uur.</li> </ul>		Zie <a href="#">intersectorale aanbevelingen</a> voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie (SWVG-studie EF38)

## 2.2.4 Beslissen tot het beëindigen van de maatregel

### 2.2.4.1 *Volg de principes van proportionaliteit en subsidiariteit*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Beëindig de maatregel:	A_1	B_1
a. zodra het ernstige en acute gevaar voldoende is geweken, het in de situatie niet langer vereist of gewenst is en/of alternatieve oplossingen opnieuw geprobeerd kunnen worden;		
b. indien deze maatregel contraproductief werkt voor de-escalatie.		B_1

### 2.2.4.2 *Wie beëindigt de maatregel?*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
De zorgverleners/begeleiders die het toezicht uitvoeren en de evaluatie van het effect van de maatregel opvolgen, beëindigen de maatregel van zodra het ernstige en acute gevaar voldoende geweken is. In het geval dat de maatregel niet beëindigd wordt door de verantwoordelijke die de maatregel heeft gestart, wordt de verantwoordelijke zo snel mogelijk geïnformeerd over de beëindiging van de maatregel.	A_2	

## 2.2.5 Na het beëindigen van de maatregel

### 2.2.5.1 *Nabespreking met de jongere*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Voer niet lang na het beëindigen van de maatregel een nabespreking met de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger).	A_1	B_1
Betrek hierbij - voor zover de jongere dit wenst - een andere naaste van buiten de voorziening (bv. de ouders) en eventuele broers of zussen die verblijven in dezelfde voorziening.		B_4A
a. Indien de jongere wenst om de nabespreking uit te stellen, respecteer dit dan om escalatie te vermijden.		B_4Bb
b. Pas de vorm, tijdstip, duur en manier van het voeren van het gesprek aan op maat van de jongere en zijn mogelijkheden. Bevraag zijn noden en voorkeuren hieromtrent.		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overweeg ook andere, creatieve manieren om hetgeen gebeurd is te verwerken,</li> <li>• zoals een gezamenlijke leuke activiteit of via een schriftelijke conversatie.</li> </ul>		B_4A
c. Bied de jongere de kans om de eigen ervaringen te delen en vragen te stellen. Voer het gesprek ook binnen het kader van individuele preventie van toekomstige crisis, afzondering en fixatie.		B_1
d. Bespreek volgende aspecten indien dit haalbaar is voor de doelgroep, aangepast aan de doelgroep en indien de jongere hiervoor open staat: <ul style="list-style-type: none"> <li>• wat er gebeurd is;</li> <li>• wat de aanleiding was;</li> </ul>		

- wat waarschuwingssignalen waren voor de agressie, escalatie of crisis;
- de beleving van de jongere, de emotionele en fysieke impact;
- de beleving en impact op de betrokken zorgverlener/begeleider;
- wederzijdse veronderstellingen over gebeurtenis, aanleiding, aanpak en beleving;
- lessen die eventueel getrokken kunnen worden in het kader van individuele crisispreventie.

e. Onderhoud en bevestig de onderlinge relatie tussen jongere en zorgverlener/ begeleider, in het bijzonder na incidenten. Investeer in en/of streef naar herstel van deze band.

B\_4A

### 2.2.5.2 *Opmerkingen van de jongere in het individueel dossier van de jongere*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Bied de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) de mogelijkheid om opmerkingen over de maatregel te laten registreren in het dossier van de jongere en informeer hen over de mogelijkheid om een afschrift van de registratie van de maatregel in het dossier te ontvangen.	A_1	

### 2.2.5.3 *Nabespreking met de leefgroep of andere omstanders (zoals bezoek)*

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Respecteer bij de nabespreking de persoonlijke levenssfeer van de jongere. Vertrek daarom bij de nabespreking van wat de omstanders zelf ervaren hebben. Indien je persoonsgebonden informatie over de jongere wil delen met de omstanders, bespreek dit dan eerst met de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) en vraag of hij hiermee akkoord is.	A_3	
a. Ook getuigen en omstanders kunnen nood hebben aan een nabespreking voor het krijgen van informatie en opvangen van emoties. Ga na wat de noden zijn en bied deze personen de nodige ondersteuning.		B_4Bb
b. Soms vertellen omstanders het verhaal aan hun omgeving verder. Overweeg daarom om als voorziening beschikbaar te zijn voor vragen van hun naasten bij dit verhaal.	Zie <a href="#">richtlijn betrekken van de context in de GGZ</a> (SWVG-studie EF37)	

#### 2.2.5.4 Nabespreking onder zorgverleners/begeleiders

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
a. Organiseer tevens een nabespreking met alle betrokken zorgverleners/begeleiders, kort nadat de maatregel heeft plaatsgevonden.		B_1
Deze nabespreking kan zowel met de zorgverlener/begeleider individueel als in groep. Wanneer de nabespreking in groep gebeurt, overweeg dan om een zorgverlener/begeleider die niet betrokken was bij het incident te laten deelnemen als moderator en respecteer hierbij de persoonlijke levenssfeer van de jongere.		B_4A
b. Dit gesprek richt zich op:		B_1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruimte bieden voor intervisie en kritische reflectie: inhoudelijke bespreking van de aard en aanleiding van het incident, hoe alles verlopen is en wat eventueel anders had aangepakt kunnen worden.</li> <li>• Ruimte bieden voor emotionele verwerking.</li> </ul>		

#### 2.2.5.5 Overweeg om een externe organisatie in te schakelen

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Overweeg om een externe en gespecialiseerde organisatie (bv. slachtofferhulp) in te schakelen bij een zware escalatie waarbij zowel het team als de jongeren sterk onder de indruk zijn.		B_4A

#### 2.2.5.6 Verdere opvolging

	A-evidentie-niveau	B-evidentie-niveau
Blijf ook later oog hebben voor de emotionele en/of fysieke impact van de ondergane maatregelen bij de jongere, alsook de betrokken zorgverleners/begeleiders en eventuele omstaanders. Bied indien nodig psychologische en/of medische bijstand.		B_4Bb



## Hoofdstuk 8

### Discussie en beleidsaanbevelingen

#### 1 Preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp: nieuwe inzichten en lacunes

Afzondering en fixatie – wanneer ze onder dwang worden toegepast – raken aan de fysieke en psychische integriteit van de persoon. Buiten de situaties waarin de wet deze maatregelen toelaat, zijn ze daarom verboden. Internationaal onderzoek toont aan dat ze emotionele en fysieke schade kunnen berokkenen, zowel bij de kinderen en jongeren die verblijven in een residentiële voorziening, als bij hun begeleiders en zorgverleners (e.g., Black et al., 2020; De Valk et al., 2015; Deveau et al., 2014; Heyvaert et al., 2015; LeBel et al., 2010; Sashidharan et al., 2019; Whitley et al., 2016). In de internationale wetenschappelijke literatuur bestaat er daarom consensus dat deze dwangmaatregelen maximaal vermeden moeten worden. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat inzetten op preventiestrategieën leidt tot minder afzondering en fixatie. Al deze inspanningen gaan doorgaans gepaard met het behoud van (het gevoel van) veiligheid voor zowel de jongeren als hun begeleiders (e.g., Caldwell et al., 2014; Davies et al., 2020; Hottinen et al., 2020; Kaltiala-Heino et al., 2007; Riding, 2016; Kennedy et al., 2019).

Voor de GGZ zijn de voorbije twee decennia (inter)nationale richtlijnen ontwikkeld die handvatten bieden voor het reduceren van afzondering en fixatie en – indien alternatieven niet leiden tot een veilige situatie – tot een humane toepassing ervan (voor een overzicht: zie Peeters et al., 2019). De American Association of Children’s Residential Centers drong er op haar beurt in 2013 bij haar leden op aan om voor kinderen en jongeren behandel- en woonomgevingen te installeren die het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen tegengaan (American Association of Children’s Residential Centers, 2013). Wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen voor hoe dit aan te pakken in de (forensische) jeugdhulp of in voorzieningen voor kinderen en jongeren met een handicap zijn echter niet ontwikkeld. Bijgevolg mogen we stellen dat de intersectorale richtlijn voor de brede residentiële jeugdhulp een internationale primeur is. Vernieuwend is bovendien dat de richtlijn niet enkel handelt over de preventie en toepassing van afzondering en fixatie bij ernstig en acuut gevaar. Ook de toelaatbaarheid en toepassingsvoorwaarden van afzondering en fixatie om de veiligheid te behouden bij potentieel gevaar (om ernstig en acuut gevaar te vermijden), om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen en als straf zijn bestudeerd.

De GGZ-richtlijn waarvan in 2020 binnen het Steunpunt WVG de tweede versie is gepubliceerd (Peeters et al., 2020) vormde de basis voor de ontwikkeling van de intersectorale richtlijn voor de brede residentiële jeugdhulp. De GGZ-richtlijn is herwerkt en uitgebreid op basis van de evidentie die resulteerde uit (1) juridische analyses van het Europees mensenrechtenkader en de nationale regelgeving m.b.t. residentiële voorzieningen voor kinderen en jongeren, (2) literatuurstudies van klinisch en (ortho)pedagogisch onderzoek, en (3) een intersectorale kwalitatieve studie met alle stakeholdergroepen uit Vlaanderen. De evidentie is enerzijds geïntegreerd voor wat de verschillende betrokken sub-sectoren betreft: de residentiële kinder- en jeugd-GGZ, de residentiële (forensische) jeugdhulp, de residentiële MFC’s voor kinderen en jongeren en de IPO’s. Anderzijds is de juridische/mensenrechtelijke evidentie geïntegreerd met de klinische en (ortho)pedagogische evidentie. Deze dubbele integratie van evidentie resulteerde in de aanbevelingen uit de richtlijn. Deze methode leverde **nieuwe mogelijkheden en**

**nieuwe inzichten** op die we hieronder bespreken. De intersectorale en interdisciplinaire methode zelf bespreken we in deel 2 van dit hoofdstuk.

In elk van de betrokken sub-sectoren zijn andere **visies op zorg of begeleiding** wetenschappelijk onderzocht voor wat het effect betreft op afzondering en fixatie, agressie en andere incidenten die verband houden met het gebruik van afzondering en fixatie. Positief leefklimaat is onderzocht in de residentiële (forensische) jeugdhulp (e.g., de Valk et al., 2015; Leipoldt et al., 2019; Roy et al., 2020). Positieve gedragsondersteuning is voornamelijk (maar niet exclusief) bestudeerd bij jongeren met een beperking (e.g., Allen et al., 2005; Gore et al., 2013). Trauma-geïnformeerde zorg is ontstaan op basis van onderzoek in de residentiële (kinder- en jeugd-) GGZ (e.g., Blair & Moulton-Adelman, 2015; Bryson et al., 2017; Muskett, 2014). Aangezien er in de literatuur binnen de respectievelijke andere doelgroepen/sub-sectoren geen evidentie is gevonden die tegenstrijdig is met elk van deze visies, zijn alle drie de visies opgenomen in de richtlijn. Een richtlijn intersectoraal ontwikkelen biedt aan de voorzieningen en zorgverleners/begeleiders extra kaders aan die binnen de eigen sub-sector minder of niet gekend zijn en (nog) maar amper of niet onderzocht zijn. De intersectorale aanpak toont hier onmiddellijk zijn meerwaarde. De richtlijn toont hoe sub-sectoren *samen* meer know-how kunnen opbouwen om – in dit geval – afzondering en fixatie zoveel mogelijk te voorkomen en – indien het niet anders kan – zo humaan mogelijk toe te passen. We durven hopen dat dit een stimulans mag zijn voor de voorzieningen om zelf ook intersectorale samenwerkingen hierover op te zetten. Ook met betrekking tot andere onderdelen van de richtlijn faciliteert de intersectorale dimensie van de richtlijn kruisbestuiving tussen de sub-sectoren. Dit is het geval voor de aanbevelingen over de opleiding van zorgverleners/begeleiders met betrekking tot de preventie en het gebruik van afzondering en fixatie, het gebruik van signaleringsplannen, het therapeutisch en begeleidingsaanbod en aspecten van het overwegings- en beslissingsproces met betrekking tot de opstart van afzondering of fixatie.

Om tot heldere aanbevelingen te komen over de toepassing van afzondering en fixatie is het belangrijk dat de gebruikte **termen duidelijk gedefinieerd** zijn. De richtlijn hanteert de definities die vastgelegd zijn door het Managementcomité Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse overheid en die op basis van deze studie op enkele kleine punten aangepast zijn. Opvallend bij deze definities is dat het dwangaspect er niet in aan bod komt: of de maatregel mét of zonder toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) wordt toegepast, bepaalt niet of het afzondering of fixatie betreft. Dit verschilt van hoe beide termen in de wetenschappelijk literatuur over bepaalde doelgroepen/sub-sectoren worden gehanteerd. In de literatuur over de kinder- en jeugdpsychiatrie en de residentiële (forensische) jeugdhulp zijn afzondering en fixatie per definitie maatregelen die onder dwang plaatsvinden. Bij personen met een handicap specificeert de literatuur veelal niet of toestemming al dan niet nodig is om af te zonderen of te fixeren. De redenen hiervoor zijn niet duidelijk. De kwalitatieve studie met alle Vlaamse stakeholdersgroepen liet weinig conclusies toe over de situaties waarin het onderscheid tussen dwang en toestemming relevant is omdat de experts binnen bepaalde sub-sectoren hierover niet tot een consensus kwamen. Toch is het onderscheid tussen afzondering en fixatie **onder dwang versus met toestemming** relevant in het kader van deze richtlijn omdat dit onderscheid op juridisch vlak wel gemaakt wordt. Zowel binnen de mensenrechten als in België zijn afzondering en fixatie mét toestemming in méér situaties toelaatbaar dan enkel bij ernstig en acuut gevaar. Maar omdat de klinisch/(ortho)pedagogische evidentie (literatuurstudies en kwalitatieve studie) geen conclusie hierover toelaat die van toepassing is op alle betrokken sub-sectoren, hebben we in de intersectorale richtlijn enkel aanbevelingen kunnen opnemen over het gebruik van afzondering en fixatie onder dwang. De integratie van de evidentie vanuit klinisch/(ortho)pedagogisch perspectief en



vanuit juridisch/mensenrechtelijk perspectief heeft het mogelijk gemaakt om voor alle sub-sectoren aan te bevelen dat afzondering **als sanctie niet toelaatbaar** is, en dat afzondering en fixatie **onder dwang** enkel toelaatbaar zijn om de veiligheid te herstellen **bij ernstig en acuut gevaar** voor de jongere zelf of voor omstaanders.

De intersectorale toelaatbaarheid van afzondering en fixatie in andere situaties dan ernstig en acuut gevaar of als sanctie, én met toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger), kan op basis van deze studie dus niet gespecificeerd worden. Wel maakte het interdisciplinaire karakter van de studie, en de combinatie van de literatuurstudies en de intersectorale kwalitatieve studie, het mogelijk om de andere functies van afzondering en fixatie zoals die in de praktijk voorkomen, te benoemen, nl. (1) om de veiligheid te behouden bij potentieel gevaar voor de jongere of omstaanders en (2) om ontwikkelings-/ontplooingskansen van jongeren of omstaanders te bevorderen. De expertpanels resulteerden in eerste evidentie voor de inhoudsvaliditeit van de **vier functies of categorieën van afzondering en fixatie** (zie ook deel 3 van Hoofdstuk 1):

1. De veiligheid herstellen bij ernstig en acuut gevaar,
2. De veiligheid behouden bij potentieel gevaar,
3. Het bevorderen van ontwikkelings-/ontplooingskansen,
4. Straffen.

De functies ‘veiligheid herstellen bij ernstig en acuut gevaar’ en ‘straffen’ onderscheiden zich van elkaar en ook van de functies ‘veiligheid behouden bij potentieel gevaar’ en ‘het bevorderen van ontwikkelings-/ontplooingskansen’. Voor afzonderingen en fixaties met als functie ‘veiligheid herstellen bij ernstig en acuut gevaar’ of ‘straffen’, komen per definitie de andere drie functies te vervallen. Dit is niet het geval voor de functies ‘veiligheid behouden bij potentieel gevaar’ en ‘het bevorderen van ontwikkelings-/ontplooingskansen’. Sommige afzonderingen of fixatie combineren beide laatste functies, zoals wanneer er mechanisch gefixeerd wordt in het kader van valpreventie om zodoende de jongere bepaalde ontplooingskansen te geven. Deze indeling in vier functies opnemen in het **only-once registratiesysteem** voor de brede jeugdhulp en GGZ is ons inziens cruciaal. Het is belangrijk dat de zorgverlener/begeleiders stilstaan bij de reden waarom er gekozen wordt voor afzondering of fixatie. Dit kan helpen om de maatregel sneller te beëindigen of om in de toekomst in gelijkaardige situaties de maatregel minder snel of niet op te starten. De reden van afzonderen of fixeren een verplicht onderdeel laten uitmaken van het only-once registratiesysteem zal ertoe bijdragen dat individuele zorgverleners/begeleiders, teams en voorzieningen meer stilstaan bij de noodzaak om afzondering of fixatie toe te passen.

Naast de nieuwe inzichten die deel uitmaken van de intersectorale richtlijn vertoont de richtlijn ook enkele lacunes. Allereerst zijn de aanbevelingen over hoe een attitudeverandering bij de zorgverleners/begeleiders te weeg te brengen nog te beperkt. Aanbevelingen uit de richtlijn die een attitudeverandering bij zorgverleners/begeleiders omtrent afzonderen en fixeren beogen, hebben betrekking op een gedragen preventiebeleid, coachend leiderschap en opleiding voor zorgverleners/begeleiders. We missen echter fijnmazige wetenschappelijke evidentie over welke kenmerken van zorgverleners/begeleiders en welke elementen van hun werk (beleving, -klimaat, -organisatie) extra aandacht nodig hebben om afzondering en fixatie steeds minder toe te passen. De resultaten van studies die de relatie tussen karakteristieken van zorgverleners/begeleiders en afzonderen en fixeren onderzoeken, zijn volgens de laatste reviews in de GGZ inconsistent (Beames & Onwumere, 2021; Doedens, Vermeulen, Boyette, Latour & de Haan, 2019). Onderzoek naar de rechtstreekse – en longitudinale – impact van afzonderen

en fixeren op zorgverleners/begeleiders ontbreekt tot hiertoe (Chieze, Hurst, Kaiser & Sentissi, 2019). Dit onderzoek is nodig, bijvoorbeeld om te verduidelijken of en hoe het veiligheidsgevoel van zorgverleners/begeleiders invloed heeft op het gebruik van afzondering en fixatie.

Over afzondering en fixatie ‘bij potentieel gevaar’ of ‘om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen’ maakt de richtlijn duidelijk dat in deze situaties afzondering en fixatie niet onder dwang mogen toegepast worden. De methode die gehanteerd is om de richtlijn te ontwikkelen maakte het echter niet mogelijk om duidelijk te krijgen of afzondering en fixatie in deze situaties wel toelaatbaar zijn mits toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordig). Bijgevolg bevat de richtlijn geen aanbevelingen voor de afzonderings- en fixatieprocedures (inclusief praktische uitvoering) in deze types van situaties. Waarom de gehanteerde methode hier op zijn limieten gebotst is, komt aan bod in deel 2 van dit hoofdstuk.

Tot slot bevat de richtlijn geen aanbevelingen over hoe met politie samen te werken in situaties waarin zorgverleners/begeleiders geen controle krijgen over het agressief of anderszins escalerend gedrag van een jongere. Zorgverleners/begeleiders en politie werken vanuit een verschillend referentiekader, waardoor ze verschillend met dergelijke situaties omgaan. Ook daarom zou de ontwikkeling van dergelijke aanbevelingen relevant zijn. In de klinische en (ortho)pedagogische onderzoeksliteratuur bleek dit niet aan bod te komen. Het betrekken van de verschillende stakeholdersgroepen van de politie is noodzakelijk om aanbevelingen over samenwerking te ontwikkelen. Dit maakte echter geen deel uit van dit onderzoeksproject.

## 2 De sterktes en beperkingen van de intersectorale en interdisciplinaire methode

De positieve effecten van afzondering en fixatie bij kinderen en jongeren zijn – net zoals in de volwassenen-GGZ - niet wetenschappelijk aangetoond. Specifiek voor fysieke interventie toont onderzoek aan dat het een omgekeerd effect kan hebben op het gedrag van jongeren en tot meer agressie kan leiden. Deze maatregelen blijken niet voldoende te zijn om jongeren te beschermen tegen gedrag waarbij ze zichzelf of anderen schade willen berokkenen en tegen onveilige situaties (Nielson, e.a., 2020; Shenton & Smith, 2021). Specifiek voor pro-re-nata medicatie is er onvoldoende bewijs dat het effectief is bij acute agitatie bij kinderen en jongeren (Baker, e.a., 2018).

Daarnaast is het evenwel zo dat ook de bewijskracht van de **evidentie voor de preventieve multimethodische programma’s bij kinderen en jongeren eerder laag** is, opnieuw zoals dit het geval is in de volwassenen-GGZ (De Cuyper et al., 2021). De meerderheid van de evidentie komt uit interventiestudies met al dan niet een pre- en postevaluatie en al dan niet het gebruik van controlegroepen. Gerandomiseerde gecontroleerde studies met enkel kinderen en jongeren zijn in geen enkele sub-sector van de brede jeugdhulp reeds uitgevoerd. De vele uitdagingen die dergelijk onderzoek met zich mee brengt is hier niet vreemd aan (Bergk, Einsiedler & Steinert, 2008; Chieze, Hurst, Kaiser & Sentissi, 2019). Enkel in de GGZ heeft een gerandomiseerde gecontroleerde studie het effect van het Engagement model<sup>117</sup> aangetoond op vijf afdelingen waarvan één afdeling een kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling was (Borckardt et al., 2011; voor bespreking van deze studie: zie Peeters et al., 2019). Van geen enkele *individuele* preventiestrategie zijn bij kinderen en jongeren de positieve effecten consistent

---

<sup>117</sup> Het Engagement model omvat een training omtrent trauma-geïnformeerde zorg, veranderingen in regels en taalgebruik, participatie van de zorggebruiker bij de behandelpanning en veranderingen in de architectuur van de therapeutische omgeving.

aangetoond (e.g., Hammervold et al., 2019). In de volwassenen-GGZ is dit wel het geval voor risico-assessment (Gaynes et al., 2017) en behandelplanning (Väkkiparta, Suominen, Paavilainen & Kylmä, 2019).

Ondanks deze lacunes in het wetenschappelijk onderzoek – en niet in het minst omdat afzondering en fixatie kinderrechten onder druk zetten - vonden we de **ontwikkeling van een uitgebreide richtlijn verantwoord**. De intersectorale en interdisciplinaire methode waartoe ook een kwalitatieve studie bij de Vlaamse stakeholders behoorde, heeft dit mogelijk gemaakt. Allereerst leidden de andere klinisch/(ortho)pedagogische evidentiebronnen tot dezelfde conclusies als de interventiestudies voor preventieprogramma's met lage bewijskracht. De studies naar de impact van afzondering en fixatie op kinderen en jongeren en zorgverleners/begeleiders rapporteren overwegend negatieve effecten (e.g., Heyvaert et al., 2015; Shenton & Smith, 2021; Steckley, 2010, 2012; Steckley & Kendrick, 2008). Bovendien waren de resultaten van de Vlaamse intersectorale kwalitatieve studie – tenminste voor wat betreft de preventie van afzondering en fixatie – in lijn met de andere evidentiebronnen en vulden deze aan. De toevoegingen verwerkten we in de aanbevelingen, zij het met een lager evidentieniveau, conform de filosofie van de GRADE-methode. Op deze manier onderbouwden we de richtlijn ook met expertise van alle stakeholdersgroepen, inclusief ervaringsdeskundigen uit alle betrokken sub-sectoren. Voor wat de toelaatbaarheid en toepassingsvoorwaarden van afzondering en fixatie betreft zorgde de kwalitatieve studie maar gedeeltelijk voor duidelijke conclusies. Dit komt verder in dit deel aan bod.

Ten tweede zorgde de intersectorale dimensie van de methode voor een robuustere onderbouwing van de aanbevelingen. Om evidentie te verzamelen voor de ontwikkeling van *intersectorale* aanbevelingen zijn de juridische analyse, de literatuurstudies en de kwalitatieve studie uitgevoerd voor de verschillende betrokken doelgroepen en sub-sectoren. Dit resulteerde in evidentie die verschilde tussen de doelgroepen en sub-sectoren. De topics waarover evidentie werd gevonden verschilden, en per topic kon de evidentie al dan niet tegenstrijdigheden bevatten. Enkel die aanbevelingen die gebaseerd zijn op evidentie die niet in strijd is met evidentie verzameld voor de andere doelgroepen/sub-sectoren zijn opgenomen in de richtlijn. De evidentie verzameld voor elk van de doelgroepen/sub-sectoren vormde daardoor een soort van “controle” voor de aanbevelingen die op basis van evidentie voor één doelgroep/sub-sector in de richtlijn terecht kwamen.

*Last but not least* zorgde de interdisciplinaire dimensie van de methode voor een robuustere onderbouwing van de aanbevelingen. Enkel aanbevelingen die gebaseerd zijn op evidentie vanuit het juridisch/mensenrechtelijk perspectief of het klinisch/(ortho)pedagogische perspectief die niet in strijd is met evidentie vanuit het respectievelijke andere perspectief zijn opgenomen in de richtlijn. Ook hier vormde evidentie vanuit beide perspectieven een soort van “controle” voor de aanbevelingen die op basis van evidentie afkomstig uit het andere perspectief in de richtlijn zijn opgenomen.

Naast de verschillende sterke kanten van de intersectorale en interdisciplinaire methode, bleek deze **methode in deze studie ook op zijn limieten te botsen**. Het integreren van de verzamelde evidentie vanuit de verschillende perspectieven voor wat betreft de toelaatbaarheid en toepassingsvoorwaarden van afzondering en fixatie bij potentieel gevaar of om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen was een uitdaging. Dit heeft met een aantal elementen te maken:

- Afzondering en fixatie bij potentieel gevaar komt enkel voor de doelgroep van personen met een handicap in de wetenschappelijke literatuur aan bod, maar niet in de literatuur over de kinderen jeugdpsychiatrie of (forensische) jeugdhulp. Afzondering en fixatie om kansen te bevorderen is voor geen enkele van deze doelgroepen in de literatuur beschreven. De literatuurstudies

leverden dus weinig of geen evidentie op om de toelaatbaarheid – laat staan de toepassingsvoorwaarden - van afzondering en fixatie in deze situaties te bepalen. We hoopten daarom dat de intersectorale kwalitatieve studie tot eenduidige resultaten – allereerst met betrekking tot de toelaatbaarheid - zou leiden.

- Dit bleek niet het geval te zijn. Enkel voor de doelgroep van kinderen en jongeren met een handicap waren de meningen van de bevraagde stakeholdersgroepen consistent. Dit resulteerde voor de doelgroep van kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking in de conclusie dat afzondering en fixatie bij potentieel gevaar voor de jongere of voor omstaanders en om ontplooiingskansen van de jongeren te bevorderen, toelaatbaar is. De stakeholdersgroepen voor de kinder- en jeugdpsychiatrie en (forensische) jeugdhulp bleken hierover echter geen consistente standpunten te hebben. De expert-professionals uit expertpanel 1 waren het niet met elkaar eens over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie in deze situaties bij de betrokken doelgroepen. De kwalitatieve studie liet bijgevolg niet toe om tot eenduidige conclusies te komen over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie bij potentieel gevaar of om kansen te bevorderen – laat staan de toepassingsvoorwaarden - die van toepassing zijn voor *alle* betrokken sub-sectoren.
- Het mensenrechtenkader laat hiertoe wel een opening. Hoewel de bronnen schaars en divers zijn, lijkt de toepassing van afzondering en fixatie bij potentieel gevaar en om kansen te bevorderen wel in alle sub-sectoren toelaatbaar. De toepassing wordt in dat geval voornamelijk gestoeld op de toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) (zie Hoofdstuk 2 voor de concretisering van wat dit precies inhoudt). Uitzonderlijk is in bepaalde contexten en om bepaalde specifieke redeneren – mits daartoe een rechtsgrond bestaat – ook een toepassing onder dwang mogelijk volgens het mensenrechtenkader.

Zoals hierboven toegelicht konden we de conclusie die resulteerde uit het mensenrechtenkader niet onderbouwen met klinisch/(ortho)pedagogische evidentie, niet uit de literatuurstudies en niet uit de Vlaamse intersectorale kwalitatieve studie. Daarom bevat de richtlijn geen intersectorale aanbevelingen over de toelaatbaarheid en de procedures van afzondering en fixatie bij potentieel gevaar of om ontwikkelings-/ontplooiingskansen van de jongere of omstaanders te bevorderen.

Gezien het deel van de kwalitatieve studie met de stakeholdersgroepen uit de zorg voor personen met een handicap en het mensenrechtenkader wel tot integreerbare evidentie kwam, zijn hierover toch voorlopige aanbevelingen specifiek voor deze doelgroep ontwikkeld. Deze zijn terug te vinden in bijlage 7. Bij deze bijlage zijn echter twee belangrijke kanttekeningen te maken. Ten eerste heeft het **ontwikkelen van aanbevelingen** voor het gebruik van afzondering en fixatie **voor maar een deel van de populatie** van de brede jeugdhulp **twee kanten** die moeilijk te verenigen zijn. Enerzijds is de ontwikkeling van deze aanbevelingen te verdedigen omdat voorzieningen voor personen met een handicap in deze situaties effectief afzonderen en fixeren. De aanbevelingen kunnen de voorzieningen ondersteunen om dit op een zo humaan mogelijke en mensenrechtenconforme wijze te doen. Anderzijds is het op grond van de sociale kijk op handicap (Goodeley, 2001; Oliver, 2013; Shakespeare, 2006) *niet* verdedigbaar dat gelijkaardig gedrag van jongeren met een handicap, met een psychiatrische aandoening, met een forensische problematiek en/of uit een moeilijke leefsituatie voor bepaalde van deze doelgroepen tot méér afzondering of fixatie leidt dan voor de andere doelgroep(en). Vanuit die optiek is het beter om geen aanbevelingen te ontwikkelen voor één specifieke doelgroep. Maar na meermaals overwegen en ook overleg met de richtlijnwerkgroep en de stuurgroep van de studie is besloten om het eerste argument te laten doorwegen.

Als tweede kanttekening bij deze bijlage willen we waarschuwen dat de voorlopige aanbevelingen tot hiertoe een beperkte wetenschappelijke basis hebben vanuit de wetenschappelijk literatuur. Daarnaast vormt enkel een *onderdeel* van de kwalitatieve studie de basis voor de aanbevelingen, met name de bevraging van de stakeholders uit de zorg voor kinderen en jongeren met een handicap. De intersectorale toets van deze evidentie binnen de kwalitatieve studie kon niet plaatsvinden omdat de expert-professionals uit de andere sub-sectoren geen consistente visies vertoonden over afzondering en fixatie bij potentieel gevaar of om kansen te bevorderen. Daarom blijven we spreken van voorlopige aanbevelingen, en zijn hiervoor geen evidentieniveaus bepaald (zie Hoofdstuk 7). Dit laatste kan pas gebeuren nadat bijkomend onderzoek de voorlopige aanbevelingen extra getoetst en verfijnd heeft.

### 3 Beleidsaanbevelingen van de onderzoeksequipe

De onderzoeksequipe formuleert hieronder 9 beleidsaanbevelingen voor de betrokken overheden. Deze beleidsaanbevelingen zijn cruciaal om

- de implementatie van de intersectorale richtlijn in de praktijk tot een succes te maken. Logischerwijs overlappen deze beleidsaanbevelingen deels met de randvoorwaarden voor implementatie die in de richtlijn zijn opgenomen;
- 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 richtlijn voor de brede residentiële jeugdhulp, maar hebben ook betrekking op de reeds bestaande GGZ-richtlijn.

- **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 zorgverleners/ begeleiders 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 zorgverlener/begeleider en jongere, tussen zorgverleners/begeleiders onderling en vanuit de beleidsmedewerkers naar zorgverleners/begeleiders en jongeren 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*. Een uitbreiding naar preventie en de toepassing van afzondering en fixatie, inclusief de praktische uitvoering ervan, is aangewezen. De bestaande GGZ-richtlijn en de nieuwe intersectorale richtlijn 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.

- **Zet in op de ontwikkeling en het gebruik van een e-learning tool hetgeen de implementatie van de aanbevelingen in de praktijk zal faciliteren.**

De doelstelling van een e-learning tool is om directies, beleidsmedewerkers, zorgverleners/begeleiders en gebruikers- en familievertegenwoordigers vlot wegwijs te maken in de richtlijnen die ontwikkeld zijn. Een e-learning tool zal directies en beleidsmedewerkers op weg zetten om een humaan en mensenrechtenconform preventie- en toepassingsbeleid uit te werken. Daarnaast zal het de zorgverleners/begeleiders helpen om vertrouwd te geraken met de procedures voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie. Voor de voorzieningen die nog een belangrijke weg af te leggen hebben op vlak van kwaliteitsverbetering is dit een belangrijk hulpmiddel.

- **Blijf inzetten op de ontwikkeling van intersectorale aanbevelingen voor het gebruik van afzondering en fixatie bij potentieel gevaar en om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen.**

Het gebrek aan consensus in deze studie tussen en binnen bepaalde sub-sectoren over de toelaatbaarheid van de vier functies of categorieën van afzondering en fixatie was voorafgaand aan de studie niet ingeschat. Dit gebrek aan consensus en het missen van evidentie hierover in de internationale wetenschappelijk literatuur heeft ertoe geleid dat de methode voor de ontwikkeling van deze richtlijn op zijn limieten is gebotst. Enkel *voorlopige* aanbevelingen voor de doelgroep van kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking met een beperkte wetenschappelijk basis konden op basis van deze studie ontwikkeld worden. Bijkomend onderzoek aan de hand van een consensusmethode kan verduidelijken of de formulering van *intersectorale* aanbevelingen aangewezen en haalbaar is, en kan – bij een positief antwoord op de eerste vraag - inhoudelijk vormgeven aan intersectorale aanbevelingen over de toelaatbaarheid van en procedures voor afzondering en fixatie bij potentieel gevaar en om ontwikkelings- en ontplooiingskansen te bevorderen.

- **Blijf inzetten op de ontwikkeling van een *only-once* intersectoraal en gebruiksvriendelijk registratiesysteem dat geïntegreerd wordt in het dossier van de jongere.**

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:

1. 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;
2. Voor de **afdeling/leefgroep**: als input voor de nabespreking van de (dwang)maatregel met de hulpverleners en voor de post-incident analyse van bepaalde casussen;
3. Voor de **voorziening**: als input voor de kwantitatieve analyses op alle uitgevoerde afzonderingen en fixaties en voor de post-incident analyse van bepaalde casussen;
4. Voor de betrokken **overheden**: om kwaliteitsindicatoren inzake afzondering en fixatie te kunnen meten en voor de audits door Zorginspectie;
5. 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 voor de maatregel (zie vier categorieën van afzondering en fixatie), uitgetoede 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 intersectorale dataset die ontwikkeld is 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 in plaats van een only-once registratiesysteem. Daarnaast is ze enkel gedeeltelijk gebaseerd op de reeds bestaande GGZ-richtlijn. Deze minimale dataset kan in de toekomst uiteraard deel uitmaken van een only-once intersectoraal registratiesysteem.

➤ **Blijf inzetten op architecturale aanpassingen in de residentiële voorzieningen.**

De Vlaamse overheid heeft extra subsidies toegekend aan verschillende kinderpsychiatrische diensten en andere residentiële voorzieningen voor minderjarigen om infrastructurele aanpassingen te doen die gericht zijn op de preventie van vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals de bouw van comfortrooms of aanpassingen aan de tuin (Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 15.01.2019; Vlaamse Regering, 30.11.2018). Voor de kinderpsychiatrische diensten 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.

➤ **Zet in op de optimalisering en het voldoende differentiëren van de personeelscapaciteit zodat het preventie- en toepassingsbeleid van afzondering en fixatie kunnen uitgevoerd worden volgens de aanbevelingen.**

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

Een hogere zorgzwaarte en/of een verhoogd risico op agressie of crisis vereist een hogere ratio personeel-jongeren. Het is een bijzonder aandachtspunt tijdens avonden, weekends en feestdagen. De opbouw van een positieve begeleidingsrelatie en voldoende nabijheid en bereikbaarheid voorzien zijn essentieel voor de preventie van afzondering en fixatie. Voldoende bereikbaarheid en betrokkenheid van de zorgverlener/begeleider, zowel tijdens als na de maatregel, is nodig voor een humane en respectvolle toepassing van afzondering en fixatie. Deze aanpak vraagt om de investering van voldoende tijd (dosReis & Davarya, 2008).

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

toepassing van afzondering of fixatie bij ernstig en acuut gevaar mogelijk te maken. Na de opstart van de maatregel dient een arts de gezondheidstoestand van de jongere te controleren alsook of de afzondering of fixatie gepaard gaat met een nood aan medische zorg. Indien de arts oordeelt dat dit het geval is, dient een arts, verpleegkundige of zorgkundige aanwezig te zijn tijdens de uitvoering van de maatregel. De beschikbaarheid van deze beroepen is daarom essentieel. Afhankelijk van de doelgroep waarop een voorziening zich richt, kan een arts vast deel uitmaken van de equipe. In voorzieningen waarin dit niet nodig is, kunnen andere werkwijzen de beschikbaarheid van deze beroepen garanderen, zoals bijvoorbeeld het voorzien een mobiele equipe binnen samenwerkingsverbanden tussen verschillende sub-sectoren. De opdracht van dergelijke mobiele equipes zou er dan niet alleen in bestaan om bij deze jongeren de verantwoordelijkheid over de afzondering of fixatie over te nemen. Samen met de vaste zorgverleners/begeleiders uitzoeken hoe de afzondering of fixatie zo snel mogelijk beëindigd wordt, is even belangrijk. Ten slotte is voldoende gedifferentieerde capaciteit nodig opdat transfers maximaal vermeden zouden worden om afzondering of fixatie mogelijk te maken bij jongeren met een psychiatrische aandoening of verstandelijke beperking. De continuïteit van zorg/begeleiding garanderen is niet alleen essentieel om de kwaliteit van de zorg/begeleiding te optimaliseren, maar ook om eventueel toekomstige afzonderingen en fixaties te voorkomen.

➤ **Zet in op de ontwikkeling van intersectorale kwaliteitsindicatoren die gebaseerd zijn op de intersectorale aanbevelingen.**

De richtlijnen kunnen de basis vormen voor de ontwikkeling van indicatoren. Het only-once registratiesysteem zou toelaten om de kwaliteitsindicatoren per voorziening te meten. Op deze manier kan in kaart gebracht worden of het gebruik van de richtlijnen bijdraagt tot een verbetering van de kwaliteit van zorg met betrekking tot de preventie en toepassing van afzondering en fixatie.

➤ **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. Oefen toezicht uit op de toepassing van deze regels en maak het mogelijk om op te treden waar nodig.**

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.

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 jongeren maximaal gerespecteerd worden. Naast de implementatie van de 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



traden vandaag op in een grijze zone, waarin niet enkel de zorggebruiker maar ook de zorgverlener juridisch kwetsbaar is.<sup>118</sup>

Duidelijke regelgeving is een essentieel element binnen een bredere handhavingsketen, waarin ook het houden van toezicht op de naleving van deze regels en het optreden bij het overtreden ervan van belang zijn (Ankaert, 2013, 72).

➤ **Zet in op implementatieonderzoek.**

Gerandomiseerde gecontroleerde studies en prospectieve gecontroleerde studies over (de preventie van) afzondering en fixatie gaan gepaard met vele uitdagingen. Deze zijn inherent aan het onderzoekstopic. Zorggebruikers zijn niet altijd in staat om geïnformeerde toestemming te geven, randomisering is moeilijk om te implementeren in praktijksettings, en ethische overwegingen dringen zich op (Bergk e.a. 2008; Chieze e.a. 2019). Bovendien zijn er veel factoren die – op een complexe en onderling gerelateerde manier – impact hebben op het voorkomen van agressie (Asikainen, Vehviläinen-Julkunen, Repo-Tiihonen & Louherante, 2020) en op de beslissing om afzondering of fixatie toe te passen (Goulet, Larue & Dumais, 2017). Deze factoren bevinden zich op het niveau van de zorggebruiker, de hulpverlener, het team, de zorgsetting en (het management van) de organisatie. Het is niet mogelijk om in interventiestudies al deze factoren onder controle te houden om zodoende het effect van een interventie zo “zuiver mogelijk” te meten. Daarom vertonen methodologisch sterke studies vaak een hoog risico op vertekening en hebben ze een lage bewijskracht.

Implementatieonderzoek zou het onderzoeksveld sterk kunnen verrijken. Dit type onderzoek heeft als doel de beïnvloedende factoren op de verschillende niveaus in kaart te brengen (in plaats van te controleren) en kan daardoor meer inzicht bieden in de processen die leiden tot de afname van afzondering en fixatie (e.g., Bauer & Kirchner 2020; Damschroder et al., 2009). Dergelijk onderzoek biedt bijvoorbeeld meer mogelijkheden om duidelijk te krijgen of en hoe het veiligheidsgevoel van zorgverleners/begeleiders invloed heeft op het gebruik van afzondering en fixatie. Implementatiestudies focussen daarenboven op aanvaardbaarheid, haalbaarheid en duurzaamheid van de (preventieve) interventies. Deze know-how is essentieel om de verbeteringen in de kwaliteit van zorg te verankeren voor de toekomst.

#### 4 Referenties

Allen, D., James, W., Evans, J., Hawkins, S. & Jenkins, R. (2005). Positive Behavioural Support: Definition, Current Status and Future Directions. *Tizard Learning Disability Review*, 10, 4-11. doi: 10.1108/13595474200500014

American Association of Children’s Residential Centers (2013). *Redefining residential: Creating non-coercive environments*. [https://togetherthevoice.org/wp-content/uploads/2020/02/ACRC\\_position-paper-10.pdf](https://togetherthevoice.org/wp-content/uploads/2020/02/ACRC_position-paper-10.pdf)

---

<sup>118</sup> Voor een uitgebreide analyse zie hoofdstuk 2.

- Ankaert, E. (2013). *Rechtshandhaving en medische beroepsuitoefening. Evaluatie van de sociaal en tuchtrechtelijke handhaving betreffende de individuele gezondheidszorgverstrekking*. Brugge: die Keure / la Charte
- Asikainen, J., Vehviläinen-Julkunen, K., Repo-Tiihonen, E., & Louherante, O. (2020). Violence factors and debriefing in psychiatric inpatient care: A review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health, 58*, 39-49
- Baker, M. & Carlson, G.A. (2018). What do we really know about PRN use in agitated children with mental health conditions: a clinical review. *Evid Based Mental Health, 21*, 166-170. doi: 10.1136/ebmental-2018-300039
- Bauer, M. S., & Kirchner, J. (2020). Implementation science: What is it and why should I care? *Psychiatry Research, 283*, 112376. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>
- Beames, L., & Onwumere, J. (2021). Risk factors associated with use of coercive practices in adult mental health inpatients: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 1-20*
- Bergk, J., Einsiedler, B., & Steinert, T. (2008). Feasibility of randomized controlled trials on seclusion and mechanical restraint. *Clinical trials, 5*, 356-363
- Black, V., Bobier, C., Thomas, B., Prest, F., Ansley, C., Loomes, B., Eggleston, G. & Mountford, H. (2020). Reducing seclusion and restraint in a child and adolescent inpatient area: implementation of a collaborative problem-solving approach. *Australasian Psychiatry, 28*, 578-584. doi: 10.1177/1039856220917081
- Blair, M. & Moulton-Adelman, F. (2015). The Engagement Model for Reducing Seclusion and Restraint - 13 Years later. *Journal of Psychosocial Nursing, 53*(3), 39-45. doi:10.3928/02793695-20150211-01
- Borckardt, J. J., Madan, A., Grubaugh, A. L., Danielson, C. K., Pelic, C. G., Hardest, S. J., ..., & Frueh, B.C. (2011). Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restrain in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services, 62*, 477-483
- Bryson, S.A., Gauvin, E., Jamieson, A., Rathgeber, M., Faulkner Gibson, L., Bell, S., Davidson, J., Russel, J. & Burke, S. (2017). What are effective strategies for implementing trauma-informed care in youth inpatient psychiatric and residential treatment settings? A realist systematic review. *Int J Ment Health Syst, 11*, 1-16. doi: 10.1186/s13033-017-0137-3
- Caldwell, B., Albert, C., Azeem, M.W., Beck, S., Cocoros, D., Cocoros, T., Montes, R., Reddy, B. (2014). Successful seclusion and restraint prevention in efforts in child and adolescent programs. *Journal of Psychosocial Nursing, 52*, 30-38
- Chieze M., Hurst S., Kaiser S, & Sentissi O. (2019). Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry, 10*, article 491
- Davies, B., Silver, J., Josham, S., Grist, E., Jones, L., Francis, N., Truelove, C., Shindler, M., Jones, S., Gwatkin, A. (2020). An evaluation of the implementation of Safewards on an assessment and treatment unit for people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*. doi: 10.1177/1744629520901637

- Damschröder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsch, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health service research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, *4*, 4-50
- De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Peeters, T., Biuck, I., Put, J., & Van Audenhove, C. (2021). Vlaamse richtlijn voor de preventie en het gebruik van afzondering en fixatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *63*, 276-283
- de Valk, S., Kuiper, C., van der Helm, G. H. P., Maas, A. J. J. A., & Stams, G. J. J. M. (2016). Repression in residential youth care: A scoping review. *Adolescent Research Review*, *1*, 195-216. doi: 10.1007/s40894-016-0029-9
- de Valk, S., van der Helm, G.H.P., Beld, M., Schaftenaar, P., Kuiper, C. & Stams, G.J.J.M. (2015). Does punishment in secure residential youth care work? An overview of the evidence. *Journal of Children's Services*, *10*, 3-16. doi: 10.1108/JCS-11-2014-0048
- Deveau, R., & Leitch, S. (2014). The impact of restraint reduction meetings on the use of restrictive physical interventions in English residential services for children and young people. *Child: care, health and development*, *41*, 587–592
- Doedens P., Vermeulen J., Boyette L., Latour C., & de Haan L. (2019). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services: A systematic review. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, *27*, 446-459
- dosReis, S., & Davarya, S. (2008). Staff Perspectives of Precipitants to Aggressive Behavior of Adolescents in Residential Treatment Facilities. *Residential Treatment for Children & Youth*, *25*(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/08865710802309964>
- Gaynes, B. B., Brown, C. L., Lux, L. J., Brownley, K. A., Van Dorn, R. A., Adlind, M. J., ..., & Lohr, K. N. (2017). Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: A systematic review of evidence. *Psychiatric Services*, *68*, 819-831
- Goodley, D. (2001). 'Learning disabilities', the social model of disability and impairment: Challenging epistemologies. *Disability & Society*, *16*, 207-231. doi: 10.1080/09687590120035816
- Gore, N., McGill, P., Toogood, S., Allen, D.T., Hughes, J., Baker, P., Hastings, R., Noone, S., & Denne, L.D. (2013). Definition and scope for positive behavioural support. *International Journal of Positive Behavioural Support*, *3*, 14-23. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.036
- Goulet, M., Larue C., & Dumais, A. (2017). Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, *34*, 139-146
- Hammervold, U.E., Norvoll, R., Aas, R.W. & Sagvaag, H. (2019). Post-incident review after restraint in mental health care -a potential for knowledge development, recovery promotion and restraint prevention. A scoping review. *BMC Health Services Research*, *19*. doi: 10.1186/s12913-019-4060-y
- Heyvaert, M., Saenen, L., Maes, B., Onghena, P. (2015). Systematic Review of Restraint Interventions for Challenging Behaviour Among Persons with Intellectual Disabilities: Focus on Experiences. *Journal Of Applied Research In Intellectual Disabilities*, *28*(2), 61–80. doi: 10.1111/jar.12095

- Hottinen, A., Ryttilä-Manninen, M., Lauren, J., Autio, S., Laiho, T., Lindberg, N. (2020). Impact of the implementation of the safeguards model on the social climate on adolescent psychiatric wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29, 399–405
- Kaltiala-Heino, R., Berg, J., Selander, M., Työläjärvi, M., Kahila, K. (2007). Aggression Management in an Adolescent Forensic Unit. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6, 185-196
- Kennedy, H., Roper, C., Randall, R., Pintado, D., Buchanan-Hagen, S., Fletcher, J., Hamilton, B. (2019). Consumer recommendations for enhancing the Safeguards model and interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, 616–626
- LeBel, J., Huckshorn, K., A. & Caldwell, B. (2010). Restraint use in residential programs: Why are best practices ignored? *Child Welfare*, 89, 169-187
- Leipoldt, J.D., Harder, A.T., Kaye, N.S., Grietens, H. & Rimehaug, T. (2019). Determinants and outcomes of social climate in therapeutic residential youth care: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 99, 429–440. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2019.02.010>
- Muskett, C. (2014). Trauma-informed care in inpatient mental health settings: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 51–59. doi: 10.1111/inm.12012
- Nielson, S., Bray, L., Carter, B. & Kiernan, J. (2020). Physical restraint of children and adolescents in mental health inpatient services: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Child Health Care*, 1367493520937152, 1-26. <https://doi.org/10.1177/1367493520937152>
- Oliver, M. (2013). The social model of disability: Thirty years on. *Disability & Society*, 28, 1024-1026. doi: 10.1080/09687599.2013.818773
- Peeters, T., Vanlinthout, E., De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Vanhoof, J., Buyck, I., Nijs, S., van Achterberg, T., Put, J., & Van Audenhove, Ch. (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. <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef-21-md-richtlijn-afzondering-en-fixatie>
- 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>
- Riding, T. (2016). Exorcising restraint: reducing the use of restrictive interventions in a secure learning disability service. *Journal of Intellectual Disabilities & Offending Behaviour*, 7(4), 176–185. doi: 10.1108/JIDOB-06-2016-0007
- Roy, C., Morizot, J., Lamothe, J., Geoffrion, S. (2020). The influence of residential workers social climate on the use of restraint and seclusion: A longitudinal study in a residential treatment center for youth. *Children and Youth Services Review*, 114, 105035. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2020.105035>
- Sashidharan, S.P., Mezzina, R., Puras, D. (2019). Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28, 605–612

- Shakespeare, T. (2006). The Social Model of Disability. In L. J. Davis (Ed.), *The disability studies reader – Second Edition* (pp. 197-204). New York: Routledge
- Shenton, F. & Smith, R. (2021). Behaviour management or institutionalized repression? Children's experiences of physical restraint in custody. *Children & Society*, 35(1), 159-175. <https://doi.org/10.1111/chso.12410>
- Steckley, L. & Kendrick, A. (2008). Physical restraint in residential childcare: The experiences of young people and residential workers. *Childhood*, 15(4), 552-569. <https://doi.org/10.1177/0907568208097207>
- Steckley, L. (2010). Containment and holding environments: Understanding and reducing physical restraint in residential child care. *Children and Youth Services Review*, 32(1), 120-128. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.08.007>
- Steckley, L. (2012). Touch, physical restraint and therapeutic containment in residential child care. *British Journal of Social Work*, 42(3), 537-555. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr069>
- Väkiparta, L., Suominen, T., Paavilainen, E. & Kylmä, J. (2019). Using interventions to reduce seclusion and mechanical restraint use in adult psychiatric units: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33, 765-778
- Whitley, K. & Rozel, J.S. (2016). Mental Health Care of Detained Youth and Solitary Confinement and Restraint Within Juvenile Detention Facilities. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 25, 71–80. doi: 10.1016/j.chc.2015.08.003
- Yurtbasi, M. K., Melvin, G., Pavlou, C., & Gordon, M. (2021). Nurse and patient factors: Predicting seclusion in adolescent psychiatric units. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 34, 112-119. doi: 10.1111/jcap.12306



## Dankwoord

Het onderzoeksteam wil alle experten, jongeren en ouders bedanken voor hun deelname aan interviews, focusgroepen en expertpanels, als ook de leden van de richtlijnwerkgroep voor hun constructieve feedback doorheen het proces van de richtlijnontwikkeling. Allen hebben met hun inbreng mee vorm gegeven aan de intersectorale richtlijn. Zonder hun bijdrage was de richtlijn niet zo veelzijdig geworden. Daarnaast wil het onderzoeksteam de stuurgroep bedanken. Hun kritische reflecties en suggesties hebben bijgedragen tot de ontwikkeling van een ambitieuze, maar ook herkenbare richtlijn voor alle sectoren van de brede residentiële jeugdhulp.





**Bijlage 1 Samenvatting van de evidentie voor de intersectorale  
aanbevelingen over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie**

Tabel 1 Toelaatbaarheid van de categorieën van afzondering en fixatie volgens de verzamelde evidentie voor residentiele (forensische) JH/K&amp;J GGZ-voorzieningen

	Mensenrechtelijk kader (JH, K/J GGZ, GI)	Wetenschappelijke literatuur (JH, K/J GGZ en/of GI)	Goede praktijken (JH)	Jongeren (JH, K/J GGZ, GI)	Ouders†	Expertpanel professionals (JH, K/J GGZ, GI)	Expertpanel paten en familie-organisaties (JH, K/J GGZ, GI)	Conclusie
<b>Categorie 1a</b>	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang (JH)	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang
<b>Categorie 1b</b>	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang (JH)	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang
<b>Categorie 2a</b>	Toelaatbaar mits toestemming of wettelijke basis (die er niet is in België)	Niet toelaatbaar onder dwang	Niet toelaatbaar (JH)	-	Niet toelaatbaar	JH: ? K&J GGZ: Toelaatbaar mits toestemming GI: Toelaatbaar, onenigheid over toestemming	Niet toelaatbaar	Niet toelaatbaar onder dwang*; Geen besluit over toelaatbaarheid mits toestemming
<b>Categorie 2b</b>	Toelaatbaar mits toestemming of wettelijke basis	Niet toelaatbaar onder dwang	Niet toelaatbaar (JH)	Niet toelaatbaar	Niet toelaatbaar	JH: niet toelaatbaar K&J GGZ: ? GI: ?	Niet toelaatbaar	Niet toelaatbaar onder dwang*; Geen besluit over toelaatbaarheid mits toestemming
<b>Categorie 3a</b>	Toelaatbaar mits toestemming of wettelijke basis	Niet toelaatbaar onder dwang	Niet toelaatbaar (JH)	-	-	JH: ? K&J GGZ: niet toelaatbaar GI: niet toelaatbaar	Niet toelaatbaar	Niet toelaatbaar onder dwang*; Geen besluit over toelaatbaarheid mits toestemming
<b>Categorie 3b</b>	Toelaatbaar mits toestemming of wettelijke basis	Niet toelaatbaar onder dwang	Niet toelaatbaar (JH)	-	-	JH: ? K&J GGZ: niet toelaatbaar GI: niet toelaatbaar	Niet toelaatbaar	Niet toelaatbaar onder dwang*; Geen besluit over toelaatbaarheid mits toestemming
<b>Categorie 4a</b>	Toelaatbaar onder dwang	Niet toelaatbaar	-	Toelaatbaar onder dwang, mits ernstige inbreuk op bepaalde grensregels	Niet toelaatbaar	Niet toelaatbaar	Niet toelaatbaar	Niet toelaatbaar
<b>Categorie 4b</b>	Niet toelaatbaar	Niet toelaatbaar	Niet toelaatbaar (JH)	-	Niet toelaatbaar	Niet toelaatbaar	Niet toelaatbaar	Niet toelaatbaar

**Nota.**

Een streepje (-) betekent dat de categorie niet aan bod komt/is gekomen.

Een vraagteken (?) betekent dat er geen consensus was tijdens het expertpanel onder de experts van de betrokken sub-sector met betrekking tot de toelaatbaarheid van de betreffende categorie. Sommige experts vonden de categorie toelaatbaar, anderen niet.

† Aan de ouders hebben we niet gevraagd in welke type voorziening hun kind verblijft/verbleven heeft.

\* Evidentie afkomstig uit de wetenschappelijke literatuur heeft een hoger evidentieniveau dan de evidentie afkomstig uit de kwalitatieve studie. Daarom wordt afzondering en fixatie in deze categorie op basis van de evidentie onder dwang als niet toelaatbaar geacht, ondanks het feit dat de experts uit het expertenpanel het hierover niet eens waren. In de wetenschappelijke literatuur wordt hierover immers wel evidentie gevonden.

Tabel 2 Toelaatbaarheid van de categorieën van afzondering en fixatie volgens de verzamelde evidentie voor MFC's voor kinderen en jongeren en IPO's

	Mensenrechtelijk kader	Wetenschappelijke literatuur	Goede praktijken	Ouders	Jongeren	Expertpanel	Conclusie
Categorie 1a	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang	<b>Toelaatbaar onder dwang</b>
Categorie 1b	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang	<b>Toelaatbaar onder dwang</b>
Categorie 2a	Toelaatbaar mits toestemming of wettelijke basis	Toelaatbaar (toestemming niet duidelijk)	Toelaatbaar (toestemming niet duidelijk)	Toelaatbaar (toestemming niet duidelijk)	Toelaatbaar (toestemming niet duidelijk)	?	<b>Toelaatbaar mits toestemming*</b>
Categorie 2b	(die er niet is in België)	-	Toelaatbaar (toestemming niet duidelijk)	Toelaatbaar als hv het een goed idee vinden	-	-	<b>Toelaatbaar mits toestemming</b>
Categorie 3a	Toelaatbaar mits toestemming of wettelijke basis	-	Toelaatbaar (toestemming niet duidelijk)	Toelaatbaar (toestemming niet duidelijk)	Toelaatbaar (toestemming niet duidelijk)	Toelaatbaar (toestemming niet duidelijk)	<b>Toelaatbaar mits toestemming</b>
Categorie 3b		-	-	-	-	?	<b>Geen besluit</b>
Categorie 4a		/	/	/	/	/	/
Categorie 4b	Niet toelaatbaar	-	Niet toelaatbaar	Niet toelaatbaar	Niet toelaatbaar	Niet toelaatbaar	<b>Niet toelaatbaar</b>

Nota.

Een vraagteken (?) betekent dat er geen consensus was tijdens het expertpanel onder de experts van de betrokken sub-sector met betrekking tot de toelaatbaarheid van de betreffende categorie. Sommige experts vonden de categorie toelaatbaar, anderen niet.

Een streepje (-) betekent dat de categorie niet aan bod komt/is gekomen.

Een schuine streep (/) betekent dat deze categorie voor de MFC's en IPO's niet van toepassing is.

\* Evidentie afkomstig uit de wetenschappelijke literatuur heeft een hoger evidentieniveau dan de evidentie afkomstig uit de kwalitatieve studie. Daarom wordt afzondering en fixatie in deze categorie op basis van de evidentie als toelaatbaar geacht, ondanks het feit dat de experts uit het expertenpanel het hierover niet eens waren. In de wetenschappelijke literatuur wordt er immers wel evidentie gevonden voor de toelaatbaarheid.

Tabel 3 Toelaatbaarheid van de categorieën van afzondering en fixatie volgens de verzamelde wetenschappelijke evidentie over alle betrokken sub-sectoren heen

	<b>Residentiële (forensische) JH en kinder- en jeugd-GGZ</b>	<b>MFC's voor kinderen en jongeren en IPO's</b>	<b>Aanbeveling over alle sub-sectoren heen</b>
Categorie 1a	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang	<b>Toelaatbaar onder dwang</b>
Categorie 1b	Toelaatbaar onder dwang	Toelaatbaar onder dwang	<b>Toelaatbaar onder dwang</b>
Categorie 2a	Niet toelaatbaar onder dwang; Geen besluit over toelaatbaarheid mits toestemming	Toelaatbaar mits toestemming	<b>Niet toelaatbaar onder dwang; Geen besluit over toelaatbaarheid mits toestemming, dus te vermijden</b>
Categorie 2b	Niet toelaatbaar onder dwang; Geen besluit over toelaatbaarheid mits toestemming	Toelaatbaar mits toestemming	<b>Niet toelaatbaar onder dwang; Geen besluit over toelaatbaarheid mits toestemming, dus te vermijden</b>
Categorie 3a	Niet toelaatbaar onder dwang; Geen besluit over toelaatbaarheid mits toestemming	Toelaatbaar mits toestemming	<b>Niet toelaatbaar onder dwang; Geen besluit over toelaatbaarheid mits toestemming, dus te vermijden</b>
Categorie 3b	Niet toelaatbaar onder dwang; Geen besluit over toelaatbaarheid mits toestemming	Geen besluit	<b>Niet toelaatbaar onder dwang; Geen besluit over toelaatbaarheid mits toestemming, dus te vermijden</b>
Categorie 4a	Niet toelaatbaar	/	<b>Niet toelaatbaar</b>
Categorie 4b	Niet toelaatbaar	Niet toelaatbaar	<b>Niet toelaatbaar</b>



## Bijlage 2 Interviewleidraad residentiële multifunctionele centra met best practices

### 1 Inleidende vragen

- a. functie van geïnterviewde
- b. aantal jaar in dienst
- c. aantal jaar werkzaam bij doelgroep
- d. genoten opleiding(en)
- e. waarom heb je voor deze job gekozen?
- f. visie van de organisatie in 1 zin? Elevator-pitchgewijs

### 2 Deel 1: Toepassing van afzondering of fixatie

Wordt afzondering of fixatie binnen uw organisatie toegepast?

- a. Wat zijn de indicaties om afzondering of fixatie toe te passen? ('indicatie' wordt gedefinieerd als 'aanleiding of reden')
- b. Kan u voorbeelden geven van toepassingen van afzondering en fixatie (tijdens de laatste drie maanden)?  
Doorvragen naar andere voorbeelden met andere vormen + extra vormen toelichten (bijvoorbeeld medicamenteus; duiding aan de hand van definities opgenomen in rapport 17, zo vergewissen van eenzelfde terminologie tijdens interview)
- c. Zijn deze voorbeelden representatief voor de toepassing van afzondering en fixatie, of zijn er nog andere voorbeelden? (bijvoorbeeld langer geleden of andere indicaties)
- d. Met welke doelstelling werd afzondering of fixatie in deze gevallen toegepast?  
Kan u voorbeelden aanhalen van andere doelstellingen?  
(doorvragen: polsen naar toepassing vanuit andere doelstellingen)  
De toepassing van afzondering of fixatie kan gebeuren vanuit verschillende doelstellingen:
  - i. Als veiligheidsmaatregel bij ernstig en acuut gevaar voor personen ten gevolge van agressie en escalatie
  - ii. Als preventieve zorghandeling in belang van gezondheid/veiligheid van de zorggebruiker
  - iii. Als ordemaatregel in belang van veiligheid van anderen en/of de werking van de voorziening
  - iv. Als sanctie ten gevolge van een ernstige inbreuk op de interne orde (= niet rechtvaardigbare doelstelling)
 Herkent of ziet u nog andere doelstellingen?
- e. Gebruiken jullie in de voorzieningen richtlijnen of procedures omtrent de toepassing van afzondering en fixatie?
  - i. Zijn de procedures dezelfde in heel de voorziening, of verschillende deze eventueel per afdeling/doelgroep/...?
  - ii. Wat zijn de ervaringen met deze richtlijnen of procedures? In praktijk en in beleid?
  - iii. Wat wordt als moeilijk ervaren? Wat wordt als belangrijk ervaren?

### 3 Deel 2: Ontwikkeling en implementatie van een preventiebeleid

In onze bronnen (rapport Zorginspectie, ...) lezen we dat jullie actief inzetten op een preventiebeleid omtrent afzondering en fixatie in jullie voorziening. Waaruit bestaat dit beleid en hoe heeft zich dit ontwikkeld?

- a. Hoe zijn jullie ertoe gekomen om een dergelijk beleid te ontwikkelen? Waren er concrete aanleidingen?
- b. Liggen er theoretische modellen of achterliggende principes aan de basis van de ontwikkeling van het preventiebeleid? Welke? Waarom net deze?
- c. Wie is (en/of was) er betrokken bij het ontwikkelen van dit preventiebeleid; wie volgt het beleid verder op (continuering)? Wie vinden jullie zelf belangrijk om te betrekken in de beleidsvoering omtrent afzondering en fixatie?
- d. Is er één beleid omtrent afzondering en fixatie (voor de verschillende doelstellingen) over de hele voorziening? Of zijn er verschillende vormen van beleid voor bepaalde doelstellingen, afdelingen of doelgroepen?
- e. Hoe hebben jullie het preventiebeleid omgezet naar concrete werkwijzen/methodieken/instrumenten?
  - i. Welke concrete stappen hebben jullie genomen om meer preventief te werk te gaan?
  - ii. Wat zijn, in jullie ervaring, de meest belangrijke en cruciale stappen om tot een vermindering van afzondering en fixatie te komen?
- f. Hoe hebben jullie de medewerkers geïnformeerd, gesensibiliseerd en vorming gegeven rond het preventiebeleid? Wat was daarin positief dan wel moeilijk?
- g. Evaluëren jullie het beleid en de realisatie ervan? Zo ja, hoe? Welke bijsturing was er nodig?
- h. Wat zijn voor jullie belangrijke randvoorwaarden om tot een goed preventiebeleid (en realisatie van dat beleid) te komen?
- i. Wat zijn voor jullie de grootste uitdagingen met betrekking tot de ontwikkeling en implementatie van een goed preventiebeleid omtrent afzondering en fixatie (rekening houdend met de verschillende doelstellingen ervan)?
- j. Op welke realisaties zijn jullie het meest fier/over welke realisaties zijn jullie het meest tevreden?

### 4 Varia

Zaken die niet aan bod zijn gekomen, maar de geïnterviewde wel graag wil toelichten met het oog op de toepassing van of beleidsontwikkeling omtrent afzondering en fixatie?



## Bijlage 3 Interviewleidraad residentiële jeugdhulporganisaties met best practices

### 1 Inleidende vragen

- g. functie van geïnterviewde
- h. aantal jaar in dienst
- i. genoten opleiding(en)
- j. Korte omschrijving van de verschillende leefgroepen (residentieel): doelgroep, doel van begeleiding, open of gesloten leefgroepen
- k. Wat verstaan jullie onder afzondering en fixatie (nagaan of dit overeenstemt met onze definitie)? Welke vormen van afzondering en fixatie worden soms in jullie voorziening toegepast?

### 2 Deel 1: Ontwikkeling en implementatie van een preventiebeleid

In onze bronnen (rapport Zorginspectie, ...) lezen we dat jullie actief inzetten op een preventiebeleid omtrent afzondering en fixatie in jullie voorziening. Waaruit bestaat dit beleid en hoe heeft zich dit ontwikkeld?

- a. Wanneer / hoe zijn jullie ertoe gekomen om een dergelijk beleid te ontwikkelen? Waren er concrete aanleidingen?
- b. Liggen er theoretische modellen of achterliggende principes aan de basis van de ontwikkeling van het preventiebeleid? Welke? Waarom net deze?
  - i. Bv.: Geweldloos Verzet/Nieuwe Autoriteit, limit setting model, shared decision making, ...?
- c. Wie is (en/of was) er betrokken bij het ontwikkelen van dit preventiebeleid; wie volgt het beleid verder op (continuering)? Wie vinden jullie zelf belangrijk om te betrekken in de beleidsvoering omtrent afzondering en fixatie?
  - ii. Indien ze hier niet zelf op ingaan: Hadden de jongeren mee inspraak in het beleid?
  - iii. Zijn jullie lid van een netwerk (bv. CANO Vlaanderen, werkgroepen integrale toegangspoort) waarin preventiebeleid rond agressie, afzondering en fixatie aan bod komt? Is er input van daaruit m.b.t. voorkomen van agressie? Op organisatieniveau? Voor individuele jongeren?
- d. Is er één beleid omtrent afzondering en fixatie (voor de verschillende doelstellingen) over de hele voorziening? Of zijn er verschillende vormen van beleid voor bepaalde doelstellingen, leefgroepen of doelgroepen?
- e. Hoe hebben jullie het preventiebeleid omgezet naar concrete werkwijzen/methodieken/instrumenten?
  - iii. Welke concrete stappen hebben jullie genomen om meer preventief te werk te gaan?
  - iv. Hoe gaan jullie om met (mogelijke) agressie of dreigementen van jongeren?
  - v. Wat zijn, in jullie ervaring, de meest belangrijke en cruciale stappen om tot een vermindering van afzondering en fixatie te komen?
  - vi. Maken jullie gebruik van een signalerings-, crisis- of time-outplan?
  - vii. Zetten jullie in op samenwerking met andere sectoren uit welzijn en (geestelijke) gezondheidszorg om agressie in te perken?

- f. Jullie begeleiden verschillende doelgroepen (meisjes, jongens, verschillende leeftijden).
  - i. Is er een verschil in het voorkomen van agressie tussen de verschillende groepen? Is er een leefgroep/doelgroep waar er meer agressie voorkomt?
  - ii. Indien ja: waaraan ligt dit volgens jullie?
  - iii. Is er een verschil in aanpak tussen de groepen?
- g. Jullie werken ook met jongeren tussen 3 en 12 jaar:
  - i. Kampen jullie soms met moeilijkheden om de leefgroep regels verstaanbaar over te brengen?
  - ii. Leidt dit tot meer agressie of escalatie, door bv. dat de jongere de regels niet begrijpt?
  - iii. Indien er afzondering of fixatie moet worden toegepast: hoe leggen jullie dit uit wanneer de jongere jonger is dan 12 jaar?
- h. Hoe hebben jullie de medewerkers geïnformeerd, gesensibiliseerd en vorming gegeven rond het preventiebeleid? Wat was daarin positief dan wel moeilijk?
  - i. Hoe worden nieuwe medewerkers of stagairs geïnformeerd?
- i. Evalueren jullie het beleid en de realisatie ervan? Zo ja, hoe? Welke bijsturing was er nodig?
- j. Wat zijn voor jullie belangrijke randvoorwaarden om tot een goed preventiebeleid (en realisatie van dat beleid) te komen?
- k. Wat zijn voor jullie de grootste uitdagingen met betrekking tot de ontwikkeling en implementatie van een goed preventiebeleid omtrent afzondering en fixatie (rekening houdend met de verschillende doelstellingen ervan)?
- l. Op welke realisaties zijn jullie het meest fier/over welke realisaties zijn jullie het meest tevreden?

### 3 Deel 2: Toepassing van afzondering of fixatie

Wordt afzondering of fixatie binnen uw organisatie toegepast?

- f. Wat zijn de indicaties om afzondering of fixatie toe te passen? ('indicatie' wordt gedefinieerd als 'aanleiding of reden')
- g. Kan u voorbeelden geven van toepassingen van afzondering en fixatie (tijdens de laatste drie maanden en in welke leefgroep)? (Is er een afzonderingsruimte?)  
Doorvragen naar andere voorbeelden met andere vormen + extra vormen toelichten (bijvoorbeeld medicamenteuze, mechanische, fysieke fixatie?)
- h. Zijn deze voorbeelden representatief voor de toepassing van afzondering en fixatie, of zijn er nog andere voorbeelden? (bijvoorbeeld langer geleden of andere indicaties)
- i. Met welke doelstelling werd afzondering of fixatie in deze gevallen toegepast?  
Kan u voorbeelden aanhalen van andere doelstellingen?  
(doorvragen: polsen naar toepassing vanuit andere doelstellingen)  
De toepassing van afzondering of fixatie kan gebeuren vanuit verschillende doelstellingen:
  - v. Als veiligheidsmaatregel bij ernstig en acuut gevaar voor personen ten gevolge van agressie en escalatie
  - vi. Als preventieve zorghandeling in belang van gezondheid/veiligheid van de zorggebruiker
  - vii. Als ordemaatregel in belang van veiligheid van anderen en/of de werking van de voorziening
  - viii. Als sanctie ten gevolge van een ernstige inbreuk op de interne orde (= niet rechtvaardigbare doelstelling)

Herkent of ziet u nog andere doelstellingen?

- j. Gebruiken jullie in de voorzieningen richtlijnen of procedures omtrent de toepassing van afzondering en fixatie?
  - i. Zijn de procedures dezelfde in heel de voorziening, of verschillende deze eventueel per afdeling/leefgroep/doelgroep/...?
  - ii. Wat zijn de ervaringen met deze richtlijnen of procedures? In praktijk en in beleid?
  - iii. Wat wordt als moeilijk ervaren? Wat wordt als belangrijk ervaren?
- f. Wordt er soms beroep gedaan op de politie of andere diensten om een agressie-incident aan te pakken?
  - i. Hebben deze ooit afzondering of fixatie moeten toepassen bij een jongere?
  - ii. Zetten jullie in op samenwerking met de politie?

Indien jullie geen of weinig afzondering/fixatie toepassen:

- Gaan jongeren soms op time-out naar een GI of ergens anders?
- Worden jongeren soms geweigerd voor opname omdat er sprake is van veel agressie?

#### **4 Varia**

Zaken die niet aan bod zijn gekomen, maar de geïnterviewde wel graag wil toelichten met het oog op de toepassing van of beleidsontwikkeling omtrent afzondering en fixatie?



---

## Bijlage 4 Interviewleidraad ouders van jongeren met een beperking

### 1 Voorstelling onderzoekers + project

- Voorstelling onderzoekers
- Voorstelling project en doel van het interview  
Afzondering en fixatie wordt gebruikt om de jongere te helpen, maar kan een onaangename ervaring zijn. Daarom wordt het zo weinig mogelijk en zo juist mogelijk gebruikt. Wij maken voor het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een richtlijn om hierbij te helpen.

### 2 Voorstelling ouders

- Voornaam, woont kind momenteel/vroeger in voorziening, belangrijk kenmerken (leeftijd, verloop in ondersteuning, ...)?

### 3 Inleidingsvraag

(afstemming terminologie)

- Wat verstaan jullie onder de termen afzondering en fixatie?
- Nadien: onderzoekers leggen uit wat zij onder afzondering en fixatie verstaan
  - Afzondering: als iemand alleen wordt opgesloten in een speciale kamer of in een andere aparte kamer.
  - Fixatie:
    - Door hulpverleners vastgehouden of verplaatst worden (fysiek), of
    - met mechanische hulpmiddelen (bijvoorbeeld een riem) vastgemaakt worden (mechanisch), of
    - met medicatie (bijvoorbeeld een pilletje) beperkt worden (medicamenteus).

### 4 Uitleg bij het verloop van focusgroep

- **Verloop** van het interview: we zullen twee situaties aan jullie voorleggen waarin een jongere afgezonderd wordt, of gefixeerd wordt. We gaan jullie daarbij een aantal vragen stellen over hoe dergelijke situatie had kunnen voorkomen worden, hoe familie daar eventueel kan toe bijdragen, en wat voor de jongere kan helpen in een dergelijke situatie. Als jullie denken aan gelijkaardige situaties die jullie zelf hebben meegemaakt, mogen jullie daar uiteraard ook iets over vertellen.
- **Het informed consent is reeds ontvangen. Hebben jullie hier nog vragen bij? Of doornemen en ondertekenen.**

### 5 Vignetten

*Barbara woont in een leefgroep samen met 4 andere personen met een ernstige verstandelijke beperking. Ze heeft moeite met het filteren van prikkels (bv. drukte) en met het blijven zitten op haar*

stoel. Haar meest favoriete hobby is tekenen. Ze lacht terwijl ze haar artistieke, kleurrijke schetsen maakt, en moet achteraf het resultaat aan iedereen kunnen tonen. Het tekenmoment is tweemaal per week. Om haar te kunnen laten tekenen, wordt ze vastgemaakt in een 'blijfstoel' (een stoel met een tafeltje, waarbij het tafeltje over de benen wordt geschoven. Onder de tafel is er een sokkel waarin de benen worden ingepakt). Ze kan zelf niet uit de blijfstoel komen, maar kan haar armen wel vrij bewegen. Barbara is enthousiast als de begeleider haar naar de stoel brengt en haar er in vast maakt. Ze weet dat het tekenen op bepaalde vaste momenten en in de blijfstoel gebeurt.

- Hoe **ervaren** jullie de oplossing van de begeleiders om Barbara te kunnen laten tekenen?
- Vinden jullie de aanpak van de begeleider **aanvaardbaar**? Zijn er andere mogelijkheden? Kan de begeleider de familie hierbij (vooraf) betrekken? Hoe?
- Zijn er **situaties** waarin deze aanpak voor jullie wel/ook aanvaardbaar is?
  - o Als ... (finaliteiten)?
- Stel dat een begeleider geen enkele andere oplossing weet, wat helpt er dan voor die jongere om die **ervaring het minst onaangenaam** te maken? Kan de familie hier op een bepaalde manier bij helpen? Hoe?
- Er zijn vier **andere personen** in de leefgroep. Hoe zouden zij Barbara's blijfstoel ervaren? Wat kan hen eventueel helpen?

Begeleider Stefan kijkt door het raam van de leefgroep en ziet plots dat Frederik naakt door de gemeenschappelijke tuin loopt. Hij heeft zijn kleren uitgedaan en loopt roepend over het gras. Het is niet de eerste keer. Nadien weet Frederik er vaak niets meer van, maar krijgt hij wel beledigende opmerkingen van anderen. Dat raakt Frederik. Stefan loopt naar buiten, neemt de naakte Frederik stevig vast en neemt hem mee naar de isolatieruimte. Daar wil hij Frederik terug tot zichzelf te laten komen, zonder dat anderen het zien. In een andere leefgroep kijkt Pieter geschrokken toe bij wat er in de tuin gebeurt.

- Hoe **ervaren** jullie de reactie van Stefan?
- Had Stefan iets kunnen doen om te **voorkomen** dat hij Frederik moest opsluiten in zijn kamer? Kan Stefan de familie hierbij (vooraf) betrekken? Hoe?
- Had Stefan **signalen** kunnen zien bij Frederik vóór de situatie zich voordeed? Aan welke signalen denken jullie? Welke reactie van Stefan zou dan helpend zijn voor Frederik om terug tot rust te komen?
- Vinden jullie de aanpak van Stefan **aanvaardbaar**? Wat lijken jullie betere alternatieven? Zijn er **(andere) situaties** waarin deze aanpak voor jullie wel/ook aanvaardbaar is?
  - o Als ... (finaliteiten)?
- Stel dat een begeleider geen enkele andere oplossing weet dan afzondering, wat helpt er dan voor die jongere om die **ervaring het minst onaangenaam** te maken? Kan de familie hier op een bepaalde manier bij helpen? Hoe?
- Pieter, die in een andere leefgroep door het raam alles heeft zien gebeuren, is getuige. Hoe helpen begeleiders Pieter het beste? (Wat kan helpend zijn naar de **omstaanders** toe?)
- Hoe reageert Stefan best naar Frederik toe **eens hij niet meer afgezonderd** is? Kan contact met de familie hier op een bepaald moment helpend bij zijn?

**6 Samenvattende vraag om af te ronden**

- Als jullie **aan de directie of begeleiders van de voorzieningen drie tips** zouden kunnen geven over hoe ze best afzondering en fixatie kunnen voorkomen en hoe ze er best mee omgaan, welke tips zouden dat dan zijn? (Dit kunnen tips/aanbevelingen zijn die tijdens het gesprek al aan bod kwamen.)

**7 Einde gesprek**

- Hebben jullie nog andere aanvullingen, opmerkingen of vragen?
- Bedanking





**Bijlage 5 Resultaten van het expertpanel 1 over de ontwikkeling van een intersectorale richtlijn - eerste versie gericht op de residentiële MFC's voor kinderen en jongeren en IPO's**

# Verslag

---

<b>Titel</b>	<b>Resultaten van het expertpanel over de ontwikkeling van een intersectorale richtlijn voor de preventie en de toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp - eerste versie gericht op de residentiële multifunctionele centra voor kinderen en jongeren</b>
<b>Auteurs</b>	<b>Nana Mertens, Sara Aerts, Kathleen De Cuyper, Dorien Beeckmans, Chantal Van Audenhove, LUCAS - Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy KU Leuven</b>
<b>Datum</b>	<b>02/04/2021</b>

---

## Inhoudsopgave

### Lijst met afkortingen 316

<b>1. Ontwikkeling van een intersectorale richtlijn voor de preventie en de toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp</b>	<b>317</b>
<b>2. Doelstelling van het expertpanel en van dit verslag</b>	<b>317</b>
<b>3. Methode van het expertpanel</b>	<b>317</b>
<b>4. Resultaten 318</b>	
<b>A. Aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie vanuit orthopedagogisch oogpunt</b>	<b>319</b>
A. I. Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers	319
1. Aanbevelingen over leiderschap	319
2. Aanbevelingen over preventieve maatregelen	229
3. Aanbevelingen over opleiding en training van de hulpverleners	320
4. Aanbevelingen over opbouw en inrichting van de leefgroep	229
5. Aanbevelingen over bekendmaking van het preventiebeleid	322
A. II. Aanbevelingen op het niveau van het behandelteam	322
1. Aanbevelingen over de werking van het team	322
2. Aanbevelingen over continuïteit van de zorg	229
3. Aanbevelingen over omgaan met regels in de leefgroep	323
A. III. Aanbevelingen op het niveau van de directe zorg voor de zorggebruikers	323
1. Aanbevelingen m.b.t. kennis van de zorggebruiker	323
2. Aanbevelingen over betrokkenheid en nabijheid	323
3. Aanbevelingen over het therapeutisch aanbod en activiteiten	323
4. Aanbevelingen over het omgaan met structureel gebruik van afzondering en fixatie	229
5. Aanbevelingen over het signaliseringsplan	324
6. Aanbevelingen over omgaan met escalatie	324
7. Aanbevelingen over nabespreking na een afzondering of fixatie omwille van agressie of escalatie	324
<b>B. Aanbevelingen met betrekking tot de toepassing van afzondering en fixatie</b>	<b>325</b>
B. I. Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers	325
1. Aanbevelingen over de procedures voor de toepassing van afzondering en fixatie	325
2. Aanbevelingen over de opleiding en training van de hulpverleners	325
3. Aanbevelingen over de ruimte voor afzondering	229
4. Klachtenprocedures	325
B. II. Aanbevelingen voor de afzonderings- en fixatieprocedures	326

1. Indicatie voor afzondering en fixatie	230
2. Bij indicatie: aanbevelingen met betrekking tot overwegen en beslissen	230
3. Aanbevelingen met betrekking tot het uitvoeren van de maatregel	328
4. Aanbevelingen over beslissen tot het beëindigen van de maatregel	328
5. Aanbevelingen over de periode na het beëindigen van de maatregel	328

### Lijst met afkortingen

FOR-K	Forensische jeugdpsychiatrische Dienst
GES	Gedrags- en emotionele stoornis
GES+	Extreme gedrags- en emotionele stoornis
GI	Gemeenschapsinstelling
IPO	Internaat met Permanente Openstelling
Kinder- en jeugd-GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg voor kinderen en jongeren
MFC	Multifunctioneel centrum
VBM	Vrijheidsbeperkende maatregelen

## **1. Ontwikkeling van een intersectorale richtlijn voor de preventie en de toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp**

Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin ontwikkelt een intersectorale richtlijn over de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp in opdracht van de betrokken Vlaamse minister. De richtlijn wordt ontwikkeld in een samenwerking tussen LUCAS - Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, het Instituut voor Sociaal Recht, de onderzoeksgroep Gezins- en Orthopedagogiek van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen en het Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde, allen KU Leuven. De richtlijn beoogt het geven van concrete aanbevelingen, adviezen en handvatten omtrent de preventie en toepassing van afzondering en fixatie bij kinderen en jongeren die wonen binnen de (forensische) jeugdhulp, een MFC voor kinderen en jongeren of een IPO, of die opgenomen zijn binnen een residentiële kinder- en jeugd-GGZ-voorziening. Dit is een vervolg op twee eerdere studies waarin een analoge richtlijn werd ontwikkeld voor de residentiële geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

De onderzoeksopdracht omvat de ontwikkeling van een richtlijn die op alle types voorzieningen van toepassing is. De richtlijn wil het proces van kwaliteitsverbetering in dit domein in de verschillende types van residentiële voorzieningen ondersteunen. Een specifieke opdracht van de opdrachtgever bestaat erin na te gaan in welke situaties afzondering of fixatie toelaatbaar zijn, indien alternatieven niet (langer) volstaan en mits aan bepaalde voorwaarden voldaan is. Hierin verschilt de nieuwe richtlijn met de GGZ-richtlijn waarin enkel afzondering en fixatie in de context van agressie en/of escalatie aan bod komt.

We ontwikkelen een richtlijn waarvan de aanbevelingen onderbouwd zijn met (1) wetenschappelijk onderzoek naar (de preventie van) afzondering en fixatie, (2) juridisch onderzoek van het mensenrechtelijk en nationaal rechtelijk kader, (3) praktijk- en (4) ervaringsdeskundigheid.

## **2. Doelstelling van het expertpanel en van dit verslag**

Het expertpanel heeft tot doel input te verzamelen van experts uit praktijkorganisaties, patiënten- en familieverenigingen, koepelorganisaties en academici; dit met betrekking tot de eerste versie van de richtlijn die gericht is naar de MFC's voor kinderen en jongeren en IPO's. Voor zover de input van de experts (professionals en ervaringsdeskundige) m.b.t. een aanbeveling consistent is, wordt deze mee verwerkt in de volgende versie van de richtlijn. Dit verslag vormt de inventarisatie van alle input per aanbeveling zodat we op basis hiervan de nieuwe versie van de richtlijn kunnen ontwikkelen. Via de inhoudsopgave van dit verslag is de feedback per aanbeveling eenvoudig te raadplegen.

## **3. Methode van het expertpanel**

Het expertpanel over de eerste versie van de richtlijn gericht op de residentiële MFC's voor kinderen en jongeren en IPO's vond online plaats op 8 februari 2021, gedurende 2 uur. Die week werd ook het expertpanel over de eerste versie van de richtlijn gericht op de residentiële (forensische) jeugdhulp en residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ georganiseerd. De deelnemers kregen de richtlijn op voorhand toegestuurd en werden gevraagd deze ter voorbereiding door te nemen en vier vragen te bekijken:

- Wat zijn de sterke aspecten van de richtlijn?
- Wat zijn de minst goede aspecten van de richtlijn?
- Welke aanvullingen heeft u voor de richtlijn?
- Zijn er aspecten van de richtlijn onduidelijk voor u?

Onderstaande tabel toont de categorieën van deelnemers die deelnamen aan het expertpanel.

Categorie	Aantal experten
Beroepsverenigingen: NVKVV en Vlaamse Vereniging van Orthopedagogen	2
Koepelorganisaties: Vlaams Welzijnsverbond en SOM	2
GO! onderwijs van de Vlaamse Gemeenschap (IPO)	1
Gebruikersorganisatie FOVIG	1
Voorzieningen: 5 multifunctionele centra en 1 internaat met permanente openstelling	6
HOGent	1
<b>Totaal</b>	<b>13</b>

Het expertpanel startte met een plenaire introductie door de onderzoekers waarbij de wijze waarop de eerste versie van de richtlijn was samengesteld kort werd toegelicht samen met het verloop van het expertpanel. Vervolgens werden de deelnemers gevraagd om feedback te geven op de aanbevelingen uit de eerste versie van de richtlijn. De aanbevelingen werden een voor een overlopen volgens de structuur van de richtlijn: eerst de aanbevelingen over preventie (deel A van de resultaten) en daarna de aanbevelingen over de toepassing van afzondering en fixatie (deel B). Over de situaties waarin afzondering en fixatie in theorie toelaatbaar kunnen zijn, werden bijkomende specifieke vragen voorgelegd aan de deelnemers die zij ook op voorhand hadden gekregen (deel B).

Met toestemming van de deelnemers werd een audio-opname gemaakt van het groepsgesprek. Om de online-bijeenkomst gestructureerd en efficiënt te laten verlopen, werden de deelnemers gevraagd om feedback die andere deelnemers reeds geformuleerd hadden, niet te herhalen. Aangezien niet alle aanbevelingen binnen het tijdsbestek van het expertpanel aan bod kwamen, werden de deelnemers aangemoedigd om bijkomende feedback via e-mail te bezorgen aan de onderzoekers. Na het expertpanel ontvingen we van vijf experten een mail met extra feedback.

De audio-opname van het groepsgesprek is eerst getranscribeerd. Deze transcriptie is samen met de toegestuurde e-mails en opmerkingen van de experten in de Zoom-chat kwalitatief geanalyseerd. De feedback van de experten is per aanbeveling geïntegreerd en samengevat in dit verslag. Wanneer er geen consensus was onder de experten m.b.t. een bepaalde aanbeveling komen de verschillende visies in het verslag aan bod.

## 4. Resultaten

Er werden enkele algemene opmerkingen over de richtlijn gegeven. Ten eerste werden er aanpassingen gevraagd aan de formulering van de aanbevelingen. Een expert suggereerde om steeds de verwoording 'overweeg om' te vervangen door een meer actieve en wervende omschrijving zoals 'doe dit'. Een andere expert vroeg om bij alle gestelde voorwaarden voor toepassing van afzondering en fixatie steeds 'doe dit zo kort mogelijk' en 'doe dit zo min mogelijk' toe te voegen.

Ten tweede werden er enkele algemene toevoegingen aan de richtlijn gesuggereerd. Een eerste voorstel ging over de toevoeging van aanbevelingen over het gebruik van en de positie van het onderzoeksteam tegenover placebo's bij toepassing van medische fixatie en het toedienen van noodmedicatie. Een tweede voorstel ging over de toevoeging van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen bij valrisico. Bij kinderen en jongeren zou het om een beperkte groep gaan, maar indien deze richtlijn wordt uitgebreid naar de doelgroep van volwassenen is deze toevoeging noodzakelijk aangezien valrisico bij deze doelgroep vaak een reden is om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen.

Ten slotte noemde een deelnemer de opdelingen (1) tussen de aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers en (2) tussen de aanbevelingen over preventie en toepassing een sterkte van de richtlijn.

De feedback over de specifieke aanbevelingen wordt hieronder per aanbeveling van de richtlijn toegelicht (zie deel B). Indien de experts enkel over een bepaald onderdeel van een aanbeveling opmerkingen gaven, voegen we enkel deze informatie toe. Indien de experts geen feedback gaven op een aanbeveling, wordt dit zo omschreven.

## **A. Aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie vanuit orthopedagogisch oogpunt**

### **A. I. Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers**

#### **1. Aanbevelingen over leiderschap**

##### 1.1. De ontwikkeling van het preventiebeleid:

- De aanbeveling over het gebruik van eenzelfde preventiebeleid in heel de voorziening is belangrijk. Het is van belang om geen onderscheid te maken tussen specifieke groepen (punt c).
- Het preventiebeleid *moet* deel uitmaken van het breder beleid van de voorziening (punt d). Dit mag dus sterker verwoord worden dan in de eerste versie van de richtlijn het geval is, waarin staat dat het preventiebeleid *kan* deel uitmaken van het breder beleid van de voorziening. Door deze formulering lijkt het alsof dit preventiebeleid een apart beleid is dat nog uitgewerkt moet worden.

1.2. Gedragen preventiebeleid: de experts suggereerden om concrete kaders en tools toe te voegen die helpen om een gedragen preventiebeleid in een voorziening te realiseren. Aangezien het niet de bedoeling is om te suggestief te zijn, is het volgens hen van belang om meerdere kaders aan te reiken. Deze tools kunnen toegevoegd worden als bijlage bij de richtlijn.

1.3. Coachend leiderschap: een expert stelde zich de vraag of het nodig is om een aanbevelingen op te nemen die stelt dat er voor een aangename werkomgeving voor het personeel gezorgd wordt (punt d). Dit lijkt een evidentie en is daarom overbodig.

1.4. Gedeelde verantwoordelijkheid: de werkgroep die het preventiebeleid ontwikkelt, implementeert, evalueert en bijstuurt dient multidisciplinair samengesteld te zijn (zie punt c; de term multidisciplinair dus niet tussen haakjes zetten) en de discipline van de verpleegkundigen moet eraan toegevoegd worden. Er is immers niet steeds een arts aanwezig in een voorziening.

1.5. Opvolging, evaluatie en bijsturing van het preventiebeleid:

- Een expert gaf aan dat de opvolging en analyse van alle afzonderingen en fixaties een verplichting is (zie punt a). Andere experts vroegen om concrete aanbevelingen voor deze opvolging, zoals hoe vaak deze opvolging georganiseerd moet worden en door wie (bijvoorbeeld een multidisciplinair team). Deze concrete aanbevelingen kunnen voorzieningen een houvast bieden en maakt het mogelijk om deze opvolging ook te kaderen bij collega's.
- Uit het expertpanel bleek dat de opvolging van afzonderingen en fixaties verschilt tussen de verschillende voorzieningen. In de voorziening van een deelnemer worden de vrijheidsbeperkende maatregelen om het anderhalf jaar opgevolgd tijdens de bespreking van het individueel ondersteuningsplan. Voor minderjarigen gebeurt deze evaluatie om het jaar. Op vraag kan er ook tussentijds geëvalueerd worden. Het gaat dan om een diepgaande evaluatie waarbij mogelijke alternatieven uitgebreid besproken worden. In een andere voorziening gebeurt deze opvolging twee keer per jaar, aan de start en aan het einde van het schooljaar. Een deelnemer gaf aan dat er hierover consistentie zou moeten bestaan over de voorzieningen heen en dat handvatten op beleidsniveau het bovendien ook eenvoudiger maken bij een eventuele overdracht naar een andere voorziening<sup>119</sup>.
- De experts waren het eens dat het belangrijk is om een duidelijk onderscheid te maken tussen de verwachtingen met betrekking tot opvolging en analyse op organisatieniveau en de verwachtingen op het niveau van elke zorggebruiker. Op organisatieniveau gaat het om een zelfevaluatie met een kwantitatieve en kwalitatieve analyse om na te gaan hoe vaak vrijheidsbeperkende maatregelen gebruikt worden in een voorziening en of er sprake is van bepaalde tendensen of evoluties. Op het niveau van de zorggebruikers gaat het over de bijsturing van individuele behandelingsplannen. Bovendien vroegen ze om ook de verwachtingen van Zorginspectie toe te voegen aan de aanbevelingen.

## **2. Aanbevelingen over preventieve maatregelen**

De experts waren het erover eens dat het belangrijk is om in dialoog te gaan met andere zorgverstrekkers in het zorglandschap over alternatieven voor afzondering en fixatie en preventieve middelen voor escalatie, agressie, afzondering en fixatie (zie punt b). Ze benadrukten de relevantie van de 'creatieve zoektocht'. Een samenwerking tussen verschillende voorzieningen kan immers belangrijke informatie opleveren.

## **3. Aanbevelingen over opleiding en training van de hulpverleners**

- De experts waren het er onderling niet over eens of zorgverleners ook opleiding en training nodig hebben over veiligheidstechnieken ter preventie van afzondering en fixatie (zie punt a ii.) en of hierover dus een aanbeveling dient toegevoegd te worden. De experts die hier voorstander van waren, gaven aan dat veiligheidstechnieken niet enkel bij de toepassing van afzondering en fixatie horen maar ook bij het preventieve luik van de richtlijn. Met deze technieken kunnen zorgverleners immers bepaalde situaties de-escaleren. Een expert gaf een voorbeeld van een jongere die het haar vastgrijpt van een zorgverlener. Indien de zorgverlener

---

<sup>119</sup> De expert maakte hierbij geen onderscheid tussen structurele vrijheidsbeperkende maatregelen en maatregelen die worden toegepast bij afzondering en fixatie.



zichzelf veilig kan bevrijden zonder de bewoner pijn te doen, dan kunnen afzondering en fixatie vermeden worden. Maar als de zorgverlener hulp moeten inroepen van andere zorgverleners, is de kans groot dat de situatie zal escaleren. Een andere expert vermeldt de Hava-trainingen waarin gewerkt wordt rond de veiligheid van de zorgverlener, bijvoorbeeld hoe een zorgverlener zich kan opstellen, hoe een zorgverlener ervoor kan zorgen dat er een vluchtweg is en hoe een zorgverlener iemand kan benaderen. Door een bepaalde houding van de zorgverlener en een bepaalde manier van een kamer binnen te komen, kunnen er volgens deze expert veel situaties gede-escalerd worden. Er werd ook aangegeven dat het trainen van medewerkers geen eenmalige gebeurtenis mag zijn maar regelmatig moet gebeuren.

- Maar enkele andere experts vonden niet dat deze veiligheidstechnieken bij het preventieve luik van de richtlijn behoren en dat de opleiding hierover dus niet thuishoort bij de preventie van afzondering en fixatie. Zij meenden dat het beheersen van de veiligheidstechnieken inderdaad preventief kan werken, maar dat de werkelijke uitvoering van deze technieken niet tot de preventieve maatregelen behoort. Deze experts spraken vanuit hun ervaring met type 3 en geven aan dat wanneer deze technieken worden gebruikt er nadien moet overgegaan worden tot andere vrijheidsbeperkende maatregelen. Deze experts benadrukten dat hun kennis uitsluitend over type 3 gaat en dat de uitvoering van deze veiligheidstechnieken wel de-escalerend kan werken bij andere types.
- Verder werd er bij deze aanbeveling (a ii.) voorgesteld om naast 'het gebruik van bekrachtigingsprincipes' ook toe te voegen dat het gebruik van motiverende interventies bevorderd moet worden. Het is belangrijk om de zorgverleners allereerst op te leiden in positieve gedragsondersteuning en hen te motiveren om hier in eerste instantie op in te zetten. Dit heeft immers een sterk preventief effect met betrekking tot afzondering en fixatie.
- De experts waren het erover eens dat het belangrijk is om zorgverleners opleiding te geven over de aard van en ervaringen met agressie, escalatie, afzondering en fixatie vanuit het standpunt van de zorggebruiker (zie punt a iv.). Een expert gaf aan dat in de aanbeveling uitleg moet toegevoegd worden over het inzicht van de zorggebruiker in de controle over en motieven voor het moeilijk hanteerbaar gedrag. Het is belangrijk dat dit aan bod komt tijdens de opleiding van de zorgverleners. Volgens deze expert is het belangrijk dat zorgverleners begrijpen waarom kinderen en jongeren zich op een bepaalde manier gedragen en dat dit gedrag functioneel is en betekenis heeft voor het kind of de jongere. Dit gedrag behoort met andere woorden tot het ontwikkelingspatroon van deze kinderen en jongeren. Dat zorgverleners dit accepteren is heel belangrijk om frustraties of ergernissen bij het personeel te verminderen. Een andere expert vulde hierbij aan dat zorgverleners ook het onderscheid moeten kennen tussen hoe afzondering en fixatie aan te pakken in type 1 en 2 enerzijds en type 3 anderzijds. Ook dit onderscheid moet benadrukt worden in die opleiding en in de richtlijn. Wanneer zorgverleners bijvoorbeeld in een andere voorziening gaan werken, is het belangrijk dat ze dit onderscheid kennen. Er werd ook aangegeven dat er bij bepaalde kinderen en jongeren geen inzicht is in hun motieven en eigen gedrag, waardoor de aanbeveling over de opleiding hierover extra belangrijk is. Een onderzoeker besloot dat het idee van op maat te werken en rekening te houden met het functioneren van het kind of de jongere werd opgenomen in de volgende aanbevelingen die betrekking hebben op het cliëntniveau, maar minder in de aanbevelingen rond het algemene beleidsniveau. Uit deze aanvullingen van de experts blijkt dat het belangrijk is om ook in dit deel het onderscheid meer toe te voegen.

- Een expert vond het een goede aanbeveling om zorgverleners zelf verschillende vormen van afzondering en fixatie te laten ervaren (zie punt c).

#### **4. Aanbevelingen over opbouw en inrichting van de leefgroep**

- De experts vroegen om bij deze aanbeveling in het algemeen meer aandacht te besteden aan de aanpassing van de leefgroep aan de noden van de bewoners. Voor sommige bewoners kan een huiselijke omgeving bijvoorbeeld net escalerend werken. Het is belangrijk om te benadrukken dat een leefgroep moet aangepast worden aan het prikkelaanbod dat de bewoner nodig heeft en aan kan en dat er moet ingezet worden op de prikkelverwerking van de bewoners. Daarnaast wordt aangegeven dat de term 'huiselijke omgeving' erg subjectief is.
- In de richtlijn wordt aanbevolen om gebruik te maken van comfortrooms op vrijwillige basis. Daarnaast is het van belang om als zorgverlener in te schatten in welke ruimte de bewoner tot rust kan komen en dit op maat van de bewoner te bekijken. Soms is het namelijk beter om de bewoner af te zonderen in zijn of haar kamer dan in de comfortroom. Daarom is het belangrijk om ook toe te voegen dat bewoners in hun kamer afgezonderd kunnen worden. De experts waren van mening dat de comfortroom soms wel op slot kan, in tegenstelling tot wat in de aanbeveling staat. In dit geval is het geen comfortroom meer, aangezien een essentieel kenmerk van een comfortroom is dat kinderen en jongeren deze op eigen initiatief kunnen verlaten. Ze gingen wel akkoord met het belang van bewust om te gaan met de keuze tot afzondering.
- Daarnaast is de opbouw en inrichting van de leefgroep type-afhankelijk. In sommige type 3-voorzieningen is geen time out- of comfortroom beschikbaar vanwege het profiel van de bewoners. Een voorziening kan dan bijvoorbeeld kiezen voor een studio met verschillende compartimenten. Bij escalatie wordt er dan gekozen om bepaalde compartimenten af te sluiten (bijvoorbeeld de badkamer) zodat de bewoner enkel in zijn of haar kamer kan verblijven. In andere voorzieningen wordt er gekozen om de kamer prikkelarm en veilig te maken zodat bewoners hier tot rust kunnen komen.
- Ten slotte moet het voorbeeld van de boksbal als andere methode om rust te vinden aangepast worden. Een boksbal kan gebruikt worden als tijdelijke stap in het emotieregulerend proces maar niet als permanente optie. Mogelijke alternatieven zijn schommelen, een rustgevend bad nemen of een trampoline.

#### **5. Aanbevelingen over bekendmaking van het preventiebeleid**

De experts gaven geen feedback bij deze aanbevelingen.

### **A. II. Aanbevelingen op het niveau van het behandelteam**

#### **1. Aanbevelingen over de werking van het team**

De experts gaven geen feedback bij deze aanbevelingen.

#### **2. Aanbevelingen over continuïteit van de zorg**

De aanbeveling om in te zetten op zorgcontinuïteit binnen het zorglandschap (zie punt 2.2) is een waardevolle aanbeveling volgens de experts. Een expert benadrukte het belang ervan wanneer

een jongere doorstroomt naar een volwassenenwerking en gaf aan dat hier momenteel te weinig aandacht aan besteed wordt. Een expert vroeg om een opsomming toe te voegen van diensten of organisaties die hierbij ondersteuning kan bieden aangezien er in de praktijk weinig ervaring is met deze samenwerkingsverbanden.

### **3. Aanbevelingen over omgaan met regels in de leefgroep**

De experten gaven geen feedback bij deze aanbevelingen.

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

### **1. Aanbevelingen m.b.t. kennis van de zorggebruiker**

- Om een grondig beeld te kunnen vormen van de zorggebruiker wordt in de richtlijn onder andere aanbevolen om in dialoog te gaan met de zorggebruiker (zie punt a en b). Een expert gaf aan dat dit wel mogelijk is voor bewoners met een licht verstandelijke beperking, maar niet voor bewoners met een mentaal diepe beperking of personen waarbij verbale communicatie onmogelijk is en er gecommuniceerd wordt via bijvoorbeeld geluiden of bewegingen. Het is belangrijker om deze communicatie te kennen en om de bewoner te kennen (bijvoorbeeld hoe hij of zij aangeeft blij te zijn). Dit in tegenstelling met type 3-voorzieningen waarbij zorgverleners wel in verbale dialoog kunnen gaan met de bewoners. Een andere expert ging akkoord met deze visie, maar was van mening dat dit reeds voldoende opgenomen is in de aanbevelingen omdat er voorgesteld wordt om met de ouders en met het team op zoek te gaan naar de communicatieve signalen van de bewoner. Beide experten waren het erover oneens of zorgverleners zelf de aanbevelingen kunnen vertalen naar hun eigen doelgroep. De eerste expert vond van niet en vroeg hierover extra toelichting in de richtlijn, de tweede was van mening dat zorgverleners die wel kunnen.
- Er werd ook gevraagd om bij de aanbeveling ‘te bespreken onderwerpen met de context van de zorggebruiker’ (punt c i.) een onderwerp toe te voegen: manieren om als zorgverlener (eventueel met hulp van een collega) uit een interventie met de bewoner te geraken waarbij de zorgverlener zich niet comfortabel voelt Deze expert benadrukte het belang om samen met de context van het kind of de jongere te achterhalen wat een zorgverlener kan doen voor zichzelf wanneer die zich niet veilig voelt in een situatie met het kind of de jongere.

### **2. Aanbevelingen over betrokkenheid en nabijheid**

Een expert was van mening dat de aanbeveling over het installeren van individuele (aandachts-) zorgverleners sterker geformuleerd mag worden: in gebiedende wijs in plaats van ‘overweeg om ...’.

### **3. Aanbevelingen over het therapeutisch aanbod en activiteiten**

3.1 Therapeutisch aanbod: de experten waren het erover eens dat het belangrijk is om een therapeutisch aanbod op maat van de zorggebruiker te voorzien.

- De experten gaven wel enkele opmerkingen bij de formulering van de aanbeveling. Hoewel ze over het algemeen vonden dat de vrijblijvende formulering ‘overweeg om’ telkens moet aangepast worden naar een sterkere formulering (gebiedende wijs), gaf een expert aan

dat de formulering van deze aanbeveling net minder verplichtend geformuleerd moeten worden. Het is namelijk niet mogelijk voor alle MFC's en IPO's om een therapeutisch aanbod op maat te realiseren voor elk kind of elke jongere. Een tussenoplossing is om op groepsniveau een therapeutisch aanbod te organiseren. Verder is het volgens deze expert belangrijk om steeds op maat van de jongere te bekijken of er al dan niet nood is aan therapie. Dit hoeft niet standaard te gebeuren. Andere experts benadrukten dat zij wel akkoord gaan met het verplichtende karakter van deze aanbeveling in de richtlijn, ook al is het in de praktijk structureel of financieel onhaalbaar. Een onderzoeker vult aan dat we deze moeilijkheden kunnen opnemen in de randvoorwaarden van de richtlijn.

- Een expert gaf aan dat therapie niet enkel bedoeld is om het kind of de jongere handvatten aan te reiken en te leren gebruiken om in een moeilijk moment toe te passen. Hun doelgroep heeft vaak moeite om op zichzelf zaken te reguleren. Het doel van de therapie bestaat er bij hen in om dat samen te leren met een zorgverlener en niet het kind of de jongere op zichzelf.

3.2 Activiteitsaanbod: Afhankelijk van de doelgroep hoeft het activiteitsaanbod niet steeds zinvol te zijn maar wel steeds aangenaam. Een expert vroeg daarom het woord 'zinvol' te laten schrappen en te vervangen naar 'aangenaam'.

#### **4 Aanbevelingen over het omgaan met structureel gebruik van afzondering en fixatie**

In de richtlijn wordt sterk aangeraden om een doelstelling tot afbouw van de gebruikte VBM op te nemen in het handelingsplan. Deze aanbeveling mag volgens de experts meer verplichtend geformuleerd worden aangezien dit vanuit Zorginspectie reeds verplicht is. Een expert stelde voor om toe te voegen dat dit periodiek kritisch geëvalueerd moet worden.

#### **5 Aanbevelingen over het signaleringsplan**

De richtlijn bevat aanbevelingen over het opstellen van een signaleringsplan om afzondering en fixatie te voorkomen in gevallen van agressie en escalatie. Er wordt voorgesteld om bij deze aanbeveling een verwijzing naar het klinisch ontwikkelingsmodel toe te voegen. Dit model biedt immers heel wat extra informatie. Een andere expert benadrukte dat het een goede zaak is om deze aanbeveling als een aparte aanbeveling op te nemen. Op die manier zullen voorzieningen meer bereid zijn om actief aan dit signaleringsplan te werken en zich niet te beperken tot wat de voorziening hiervoor reeds doet.

#### **6 Aanbevelingen over omgaan met escalatie**

De experts gaven geen feedback bij deze aanbevelingen.

#### **7 Aanbevelingen over nabespreking na een afzondering of fixatie omwille van agressie of escalatie**

Bij de aanbeveling over de nabespreking onder hulpverleners (zie punt 7.2) werd gevraagd om toe te voegen dat deze nabespreking zowel met de zorgverlener individueel als in groep kan. Een expert maakt hiervoor gebruik van Intervisie Methoden Incidenten (IMI), een vorm van nazorg voor de hele groep.

## **B. Aanbevelingen met betrekking tot de toepassing van afzondering en fixatie**

### **B. I. Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers**

#### **1. Aanbevelingen over de procedures voor de toepassing van afzondering en fixatie**

De experts gaven geen feedback bij deze aanbevelingen.

#### **2. Aanbevelingen over de opleiding en training van de hulpverleners**

Een expert vroeg om de aanbeveling over de training met betrekking tot het voeren van nabesprekingen (zie punt b) meer verplichtend te omschrijven. Dit moet een evidentie zijn en geen uitzondering.

#### **3. Aanbevelingen over de ruimte voor afzondering**

- De experts waren het erover eens dat bij afzondering wederzijds visueel contact niet bij elk kind of elke jongere nodig is (zie punt a). Dit kan bij sommige kinderen en jongeren net escalierend werken, net als de aanwezigheid van een digitale klok en oriëntatiemogelijkheden. Het is met andere woorden belangrijk om op maat te werken van het kind of de jongere en de diversiteit van de doelgroepen te erkennen in de aanbevelingen. Dit geldt ook voor de inrichting van de afzonderingskamer. Sommige bewoners gaan in afzondering op hun kamer, anderen in een time-out room met cameratoezicht. De experts waren het er wel over eens dat er steeds toezicht moet zijn.
- De richtlijn beveelt aan om sanitaire voorzieningen in of aangrenzend aan de afzonderingskamer te voorzien (zie punt c). Over deze aanbeveling waren de experts het niet volledig eens. Er wordt enerzijds aangegeven dat er vanuit Zorginspectie richtlijnen zijn met betrekking tot de ruimte van afzondering en toegang tot sanitair en dat het niet eenvoudig is om aanbevelingen op maat te verzoenen met de richtlijnen van Zorginspectie. Anderzijds wordt er aangegeven dat die toegang tot sanitair voor niet-zindelijke bewoners geen meerwaarde biedt en dat ook hier op maat van de bewoner moet gewerkt worden.
- Bovenstaande moeilijkheden kunnen opgelost worden door steeds 'de mogelijkheid tot' toe te voegen aan de aanbevelingen. Als de digitale klok bijvoorbeeld kan uitgezet worden, kan die altijd in de afzonderingskamer hangen maar kan er per jongere bekeken worden of die al dan niet aangezet wordt.
- Verder was er consensus dat de eigen kamer in uitzonderlijke gevallen gebruikt kan worden voor afzondering op voorwaarde dat dit wordt opgenomen in het begeleidingsplan. Er kan per kind of jongere bekeken worden waar die persoon op dat moment het meeste rust vindt: in de eigen kamer, de afzonderingskamer of de tuin. De eigen kamer wordt echter niet als afzonderingsruimte gebruikt voor acute incidenten, maar enkel preventief. In sommige voorzieningen is er bovendien geen aparte afzonderingsruimte en gebeurt afzondering steeds in de eigen kamer ook al is dit niet steeds de beste optie volgens deze expert.

#### **4. Klachtenprocedures**

In de richtlijn wordt aanbevolen om zorggebruikers, vertegenwoordigers en hun naasten te informeren omtrent de klachtenprocedures. Een expert gaf aan dat de aanbeveling ook moet

omvatten dat ook medewerkers van de voorziening voldoende op de hoogte moeten zijn van deze procedures.

## **B. II. Aanbevelingen voor de afzonderings- en fixatieprocedures**

### **1. Indicatie voor afzondering en fixatie**

Bij deze aanbeveling werden de situaties waarin afzondering en fixatie (in theorie) mogelijk zijn wanneer alternatieven niet (langer) volstaan overlopen met de experts.

Algemeen vonden de experts de opdeling van de verschillende categorieën waardevol. Ze waren het erover eens dat categorie 4 – afzondering om te sanctioneren - ontoelaatbaar is en vonden het een sterkte van de richtlijn dat deze categorie duidelijk benoemd wordt. Daarnaast gaven ze aan dat enkele zaken onduidelijk zijn: (1) de opdeling tussen categorie 2 en categorie 3, respectievelijk afzondering en fixatie om de veiligheid bij potentieel gevaar te behouden en afzondering en fixatie om ontwikkelingskansen of ontplooiingskansen te bevorderen en (2) de invulling van categorie 3, en (3) er wordt in de tekst aangegeven dat ‘materiaal kapot maken’ niet onder categorie 1 valt, maar volgens de experts gaat het hier om vage grenzen: als een jongere materiaal kapot maakt, is de veiligheid van die jongere vaak ook niet gewaarborgd.

#### Vraag 1. Zijn afzondering of fixatie van een kind of jongere naar uw mening toelaatbaar in de residentiële MFC's voor kinderen en jongeren en IPO's

##### a. om de veiligheid te behouden (categorie 2)? Jegens de persoon of de omgeving? Zo ja, onder welke voorwaarden, en aan welke concrete situatie denkt u?

Een expert merkte op dat houdingscorrecties (categorie 2a) geen vrijheidsbeperkende maatregelen zijn volgens Zorginspectie. Er werd ook aangegeven dat de staplank geen goed voorbeeld is aangezien er geen sprake is van preventie van escalatie of agressie. Verder vertelde een deelnemer dat het voor sommige kinderen en jongeren niet eenvoudig is om om te gaan met de prikkels die ze ervaren wanneer ze in groep zijn. Aangezien deze kinderen en jongeren veel tijd in groep doorbrengen, kiezen ze er soms voor om de groep te splitsen in kleinere groepen waarbij een groep naar hun kamer gaat (die op slot gaat), een groep naar de living en een groep naar een ruimte voor dagbesteding. Maar de definiëring van deze categorie zet wel aan tot nadenken of het noodzakelijk is om ook de deur te sluiten, wat deze expert positief acht.

##### b. voor het bevorderen van ontplooiings- en ontwikkelingskansen (categorie 3)? Jegens de persoon of de omgeving? Zo ja, onder welke voorwaarden, en aan welke concrete situatie denkt u?

De experts vonden categorie 3 een relevante en belangrijke categorie. Een deelnemer vulde aan dat deze categorie vaak voorkomt in zijn of haar voorziening en stelde dat vrijheidsbeperkende maatregelen door hen bekeken worden als ‘wat wordt er mogelijk gemaakt door deze maatregelen’ in plaats van ‘wat maken we onmogelijk’. Een andere expert benadrukte het belang van deze categorie bij specifieke doelgroepen met een verhoogd risico

op ernstige crisissen zoals GES+ units, beveiligend verblijf<sup>120</sup> voor jongeren met een specifieke GES-problematiek en FOR-K afdelingen<sup>1</sup> die met jongeren werken die jeugddelict(en) hebben gepleegd.

Hierbij aansluitend gaf een expert een bijkomende voorwaarde voor deze categorie. Wanneer het om kinderen of jongeren gaat met een diep verstandelijke beperking, is het belangrijk om na te gaan wat de ontwikkelingskansen zijn van deze personen. Zo is bijvoorbeeld eten vanzelfsprekend een ontwikkelingskans, maar wanneer het over een leersituatie gaat (bijvoorbeeld naam leren schrijven), is een grondige discussie nodig en moet op maat van het kind of de jongere bekeken worden of het om een ontwikkelingskans gaat waarvoor gefixeerd mag worden.

Een mogelijke aanvulling bij categorie 3 gaat over het leefklimaat. Het kan zinvol zijn om een kind of jongere die onophoudelijk roept tijdelijk af te zonderen zodat er ontwikkelingskansen gecreëerd worden voor de andere kinderen en jongeren. Maar een andere expert vulde aan dat in zijn of haar voorziening afzondering en fixatie voornamelijk toegepast worden om de ontwikkelingskansen van de persoon ten goede te laten komen. Deze maatregelen mogen dus niet enkel de leefgroep ten goede komen maar moeten ook steeds van belang zijn voor de jongere zelf.

Een voorbeeld van een concrete situatie is wanneer een persoon gefixeerd wordt om niet te veel prikkels te ontvangen. Door die fixatie heeft de persoon nadien voldoende kracht om deel te nemen aan een activiteit of om een dag naar huis te gaan. Een andere situatie is het mogelijk maken van kinesitherapie door fixatie waardoor de kinesist beter de therapie kan geven.

Vraag 2. Denkt u aan voorbeelden die niet onder een van de hierboven omschreven categorieën vallen?

Er werden geen dergelijke voorbeelden gegeven door de experts.

Vraag 3. Aan welke bijkomende voorwaarden voor toepassing denkt u met betrekking tot categorieën 1, 2 en 3?

Er werden enkele bijkomende voorwaarden genoemd voor de toepassing van categorie 3. Een eerste voorwaarde gaat over het afbakenen van de doelgroep. Afzondering en fixatie kunnen binnen categorie 3 toegepast worden bij jongeren die niet binnen de 'reguliere' open jeugdhulpvoorzieningen kunnen functioneren omwille van extreme gedragsproblemen of die zich continu onttrekken aan toezicht en die zich in risicovolle situaties voor de eigen integriteit begeven of die een gevaar vormen voor de samenleving. Hierbij aansluitend kan het ook gaan om jongeren die een specifieke erkenning kregen op basis van het dossier van de jongere en/of de diagnostiek of wanneer de jongere geplaatst werd door de jeugdrechtbank. Een tweede voorwaarde betreft een aangepaste infrastructuur en aangepast personeelskader. Een derde voorwaarde is dat er voldoende aandacht moet besteed worden aan individualisering. Het is van belang om de ontwikkeling van de jongere te stimuleren aan de hand van specifieke beeldvorming (bijvoorbeeld risicotaxatie en

---

<sup>120</sup> Deze type voorziening komt aan bod in het andere expertpanel dat zich richtte tot de residentiële (forensische) jeugdhulpvoorzieningen en residentiële kinder- en jeugd-GGZ en waarvoor experts specifiek voor die sectoren uitgenodigd werden.

gerichte interventies op risicofactoren en beschermende factoren). Ten vierde moet er gewerkt worden aan opbouwende trajecten met perspectief om zo weinig mogelijk te streven naar dwang en zo veel mogelijk naar de ontwikkeling van de jongere. Een vijfde voorwaarde is inspectie en de doorlichting van de werking.

## **2. Bij indicatie: aanbevelingen met betrekking tot overwegen en beslissen**

Er was consensus onder de experts dat niet enkel de arts kan beslissen tot opstarten van de maatregel (zie punt 2.1). Het is niet mogelijk en wenselijk dat enkel een arts of verpleegkundige hierover moet beslissen. Ze stelden voor om ook een psycholoog of pedagoog te laten beslissen in samenspraak met het leefgroepsteam, de orthopedagogen en de opvoeders. Het is hierbij belangrijk om een draaiboek te voorzien zodat deze medewerkers kunnen inschatten wanneer ze kunnen overgaan tot deze maatregelen.

## **3. Aanbevelingen met betrekking tot het uitvoeren van de maatregel**

### 3.1. Registreren

- Een expert zei dat de naam van de arts die de afzondering of fixatie opstart of bevestigt niet geregistreerd wordt in hun voorziening aangezien ook andere medewerkers in samenspraak met het team de maatregelen mogen opstarten (zie punt g).
- Er werd opgemerkt dat er wel geregistreerd wordt hoe het toezicht van de afzonderde of gefixeerde persoon gebeurt (bijvoorbeeld om de vijf minuten gaat een medewerker kijken) maar dat niet alle momenten van observatie worden genoteerd aangezien dit praktisch onhaalbaar is (zie punt h).

### 3.2. Voer de maatregel zo respectvol en humaan mogelijk uit

- Een expert vond dat bij deze maatregel ook moet nagedacht worden over de privacy van de zorgverlener en hoe die te waarborgen.
- Een expert meldde dat de aanbevelingen om het uit- of omkleden enkel te laten gebeuren onder toezicht van een zorgverlener van hetzelfde geslacht bij sommige doelgroepen niet van toepassing is aangezien er enerzijds geen of weinig besef is van het geslacht van de zorgverlener en dit anderzijds praktisch onhaalbaar is (zie punt e).

## **4. Aanbevelingen over beslissen tot het beëindigen van de maatregel**

De experts gaven geen feedback bij deze aanbevelingen.

## **5. Aanbevelingen over de periode na het beëindigen van de maatregel**

De experts gaven geen feedback bij deze aanbevelingen.

Afsluitende nota bij de resultatensectie: de vertegenwoordiger van de patiënten- of familieorganisatie die aanwezig was tijdens het expertpanel heeft gedurende het gesprek voornamelijk op een non-verbale wijze haar akkoord met de tussenkomsten van de andere deelnemers bevestigd. Op het einde van het groepsgesprek gaf ze aan dat ze akkoord was met alle opmerkingen die er door de andere deelnemers



gegeven waren en dat ze blij was te horen dat in de voorzieningen zoveel gedaan wordt om afzondering en fixatie zoveel mogelijk te voorkomen of om het op een humane wijze toe te passen als het niet anders kan.



**Bijlage 6 Resultaten van expertpanel 1 over de ontwikkeling van een  
intersectorale richtlijn - eerste versie gericht op de residentiële  
(forensische) jeugdhulp en residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ**

# Verslag

---

<b>Titel</b>	<b>Resultaten van het expertpanel over de ontwikkeling van een intersectorale richtlijn voor de preventie en de toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp - eerste versie gericht op de residentiële (forensische) jeugdhulp en residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ</b>
<b>Auteurs</b>	<b>Nana Mertens, Sara Aerts, Kathleen De Cuyper, Dorien Beeckmans, Chantal Van Audenhove, LUCAS - Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, KU Leuven</b>
<b>Datum</b>	<b>02/04/2021</b>

---

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Ontwikkeling van een intersectorale richtlijn voor de preventie en de toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp</b>	<b>335</b>
<b>2</b>	<b>Doelstelling van het expertpanel en van dit verslag</b>	<b>335</b>
<b>3</b>	<b>Methode van het expertpanel</b>	<b>335</b>
<b>4</b>	<b>Resultaten</b>	<b>336</b>
A.	Aanbevelingen over de preventie van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie	338
A I.	Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers	339
1.	Aanbevelingen over leiderschap	339
2.	Aanbevelingen over preventieve middelen en alternatieven voor afzondering en fixatie	340
3.	Aanbevelingen over de opbouw en inrichting van de afdelingen of leefgroepen	231
4.	Aanbevelingen over de bekendmaking van het preventiebeleid	232
A II.	Aanbevelingen op het niveau van het behandelteam of begeleidingsteam	343
1.	Aanbevelingen over de werking van het team	343
2.	Aanbevelingen over continuïteit van zorg	343
3.	Aanbevelingen over omgaan met regels op de afdeling of in de leefgroep	344
4.	Aanbevelingen over het vermijden van een gedragsmatige aanpak	232
A III.	Aanbevelingen op het niveau van de directe zorg of begeleiding voor de kinderen en jongeren	345
1.	Aanbevelingen over onthaal en bejegening	345
2.	Aanbevelingen over de kennismaking en het inschatten van kwetsbaarheid en risico's	232
3.	Aanbevelingen over nabijheid, therapeutisch aanbod en activiteiten	347
4.	Aanbevelingen over vroegtijdige plannen binnen zorg of begeleiding	348
5.	Aanbevelingen over omgaan met escalatie	233
6.	Aanbevelingen over nabespreking na een afzondering of fixatie	233
7.	Aanbevelingen over time-out	233
B.	Aanbevelingen over de toepassing van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie	350
B I.	Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers	350
1.	Aanbevelingen over de ontwikkeling van procedures	350
2.	Aanbevelingen over opleiding en training van de zorgverleners	234
3.	Aanbevelingen over de ruimte voor afzondering	234
4.	Aanbevelingen over klachtenprocedures	352
B II.	Aanbevelingen voor de afzonderings- en fixatieprocedures	352
1.	Aanbevelingen over de indicatie voor afzondering en fixatie	234

2. Aanbevelingen over overwegen en beslissen bij een indicatie voor afzondering of fixatie	357
3. Aanbevelingen over de uitvoering van de maatregel	236
4. Aanbevelingen over beslissen tot het beëindigen van de maatregel	359
5. Aanbevelingen voor na het beëindigen van de maatregel	359

### Lijst met afkortingen

CIG	Centrum Integrale Gezinszorg
GES+	Extreme gedrags- en emotionele problemen
GI	Gemeenschapsinstelling
IPO	Internaat met Permanente Openstelling
Kinder- en jeugd-GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg voor kinderen en jongeren
K-dienst	Kinder- en Jeugdpsychiatrie
MFC	Multifunctioneel centrum
NVKVV	Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen
OPGanG	Open Patiëntenkoepel Geestelijke Gezondheid
TIC	Trauma Informed Care
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VVK	Vlaamse Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie
VVKP	Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen

## **1. Ontwikkeling van een intersectorale richtlijn voor de preventie en de toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp**

Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin ontwikkelt een intersectorale richtlijn over de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp in opdracht van de betrokken Vlaamse minister. De richtlijn wordt ontwikkeld in een samenwerking tussen LUCAS - Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, het Instituut voor Sociaal Recht, de onderzoeksgroep Gezins- en Orthopedagogiek van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen en het Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde, allen KU Leuven. De richtlijn beoogt het geven van concrete aanbevelingen, adviezen en handvatten omtrent de preventie en toepassing van afzondering en fixatie bij kinderen en jongeren die wonen binnen de (forensische) jeugdhulp, een MFC voor kinderen en jongeren of een IPO, of die opgenomen zijn binnen een residentiële kinder- en jeugd-GGZ-voorziening. Dit is een vervolg op twee eerdere studies waarin een analoge richtlijn werd ontwikkeld voor de residentiële geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

De onderzoeksopdracht omvat de ontwikkeling van een richtlijn die op alle types voorzieningen van toepassing is. De richtlijn wil het proces van kwaliteitsverbetering in dit domein in de verschillende types van residentiële voorzieningen ondersteunen. Een specifieke opdracht van de opdrachtgever bestaat erin na te gaan in welke situaties afzondering of fixatie toelaatbaar zijn, indien alternatieven niet (langer) volstaan en mits aan bepaalde voorwaarden voldaan is. Hierin verschilt de nieuwe richtlijn met de GGZ-richtlijn waarin enkel afzondering en fixatie in de context van agressie en/of escalatie aan bod komt.

We ontwikkelen een richtlijn waarvan de aanbevelingen onderbouwd zijn met (1) wetenschappelijk onderzoek naar (de preventie van) afzondering en fixatie, (2) juridisch onderzoek van het mensenrechtelijk en nationaal rechtelijk kader, (3) praktijk- en (4) ervaringsdeskundigheid.

## **2. Doelstelling van het expertpanel en van dit verslag**

Het expertpanel heeft tot doel input te verzamelen van experts uit praktijkorganisaties, patiënten- en familieverenigingen, koepelorganisaties, Agentschap Opgroeien (afdeling gemeenschapsinstellingen) en academici; dit met betrekking tot de eerste versie van de richtlijn die gericht is naar de residentiële (forensische) jeugdhulp en residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ. Voor zover de input van de experts per sub-sector (professionals en ervaringsdeskundigen) m.b.t. een aanbeveling consistent is, wordt deze mee verwerkt in de volgende versie van de richtlijn. Dit verslag vormt de inventarisatie van alle input per aanbeveling zodat we op basis hiervan de nieuwe versie van de richtlijn kunnen ontwikkelen. Via de inhoudsopgave van dit verslag is de feedback per aanbeveling eenvoudig te raadplegen.

## **3. Methode van het expertpanel**

Het expertpanel over de eerste versie van de richtlijn gericht op de residentiële (forensische) jeugdhulp en residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ vond online plaats op 11 februari 2021, gedurende drie uur. Die week werd ook het expertpanel over de eerste versie van de richtlijn gericht op de residentiële MFC's voor kinderen en jongeren en IPO's georganiseerd. De deelnemers kregen de richtlijn op voorhand toegestuurd en werden gevraagd deze ter voorbereiding door te nemen en vier vragen te bekijken:

- 1) Wat zijn de sterke aspecten van de richtlijn?
- 2) Wat zijn ontbrekende aspecten van de richtlijn?
- 3) Welke aanvullingen heeft u voor de richtlijn?
- 4) Zijn er aspecten van de richtlijn onduidelijk voor u?

Onderstaande tabel toont de categorieën van experts die deelnamen aan het expertpanel. De 22 experts werden opgedeeld in twee groepen zodat alle experts voldoende aan bod konden komen. Elke categorie van deelnemers was vertegenwoordigd in beide groepen.

Categorie	Aantal experts
Beroepsverenigingen: VVK, NVKVV, VVKP	3
Koepelorganisaties: Vlaams Welzijnsverbond, SOM	2
Agentschap jongerenwelzijn en de gemeenschapsinstellingen	3
Patiënten- of familieorganisaties: Cachet vzw, OPGanG, Ouderspunt, GGZ Familieplatform	4
Voorzieningen met goede praktijken	7
Onderzoekers: KU Leuven, UGent en UAntwerpen	3
<b>Totaal</b>	<b>22</b>

Het expertpanel startte met een plenaire introductie door de onderzoekers waarbij de wijze waarop de eerste versie van de richtlijn was samengesteld kort werd toegelicht samen met het verloop van het expertpanel. Vervolgens werden de deelnemers in twee groepen verdeeld en gevraagd om feedback te geven op de aanbevelingen uit de eerste versie van de richtlijn. De aanbevelingen werden een voor een overlopen volgens de structuur van de richtlijn: eerst de aanbevelingen over preventie (deel A van de resultaten) en daarna de aanbevelingen over de toepassing van afzondering en fixatie (deel B). Over de situaties waarin afzondering en fixatie in theorie toelaatbaar kunnen zijn, werden bijkomende specifieke vragen voorgelegd aan de deelnemers die zij ook op voorhand hadden gekregen (deel B).

Met toestemming van de deelnemers werd een audio-opname gemaakt van beide groepsgesprekken. Om de online-bijeenkomst gestructureerd en efficiënt te laten verlopen, werden de deelnemers gevraagd om feedback die andere deelnemers reeds hadden gegeven niet te herhalen. Aangezien niet alle aanbevelingen binnen het tijdsbestek van het expertpanel aan bod kwamen, werden de deelnemers aangemoedigd om bijkomende feedback via e-mail te bezorgen aan de onderzoekers. Na het expertpanel ontvingen we van twee experts een mail met extra feedback.

De audio-opnames van de twee groepsgesprekken zijn eerst elk getranscribeerd. Beide transcripties zijn samen met de toegestuurde e-mails en opmerkingen van de experts in de Zoom-chat kwalitatief geanalyseerd. De feedback van de experts uit beide groepen is per aanbeveling geïntegreerd en samengevat in dit verslag. Wanneer er geen consensus was onder de experts m.b.t. een bepaalde aanbeveling komen de verschillende visies in het verslag aan bod.

## 4. Resultaten

De experts gaven enkele algemene opmerkingen over de richtlijn in zijn geheel.

Ten eerste vonden de experts het zinvol om aan het begin van de richtlijn duidelijk te maken welke aanbeveling voor welk type organisatie van toepassing is. Als er een onderscheid gemaakt wordt tussen



kinder- en jeugd-GGZ en jeugdhulp moet dit op een meer gestructureerde wijze zodat voorzieningen onmiddellijk weten welke aanbevelingen voor hun voorziening van toepassing zijn. Door een consistent gebruik van dezelfde concepten en begrippen kan systematisch aangegeven worden op welke voorziening de aanbeveling van toepassing is. Een expert uit de jeugdhulp vulde hierbij aan dat enkele aanbevelingen en procedures nog herbekeken moeten worden vanuit de specifieke context van een CIJG waarbij ouders en kinderen samen verblijven.

Ten tweede vroegen enkele experts om duidelijkheid over de status van de richtlijn: is het een vrijblijvende richtlijn of vormt de richtlijn een basis voor regelgeving en kwaliteitscontroles van inspectie.

Ten derde vroegen ze om in de definitie van afzondering duidelijker te omschrijven dat de ruimte op slot wordt gedaan om verwarring te vermijden. Meerdere experts beschouwden afzondering immers niet steeds als het opsluiten van een kind of jongere. Andere experts sloten zich hierbij aan en benadrukten de nood aan duidelijke, afgelijnde definities van afzondering en fixatie zodat er geen grijze zones ontstaan. Ze stelden voor om enkel aanbevelingen te formuleren voor de situaties waar er beleid nodig is en tegelijkertijd waakzaam te zijn voor verdoken vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen. De definitie kan vertrekken vanuit de intentie van de zorgverlener en vanuit de perceptie van de kinderen en jongeren, of het al dan niet als dwang en als beklemmend of bevrijdend ervaren wordt.

Een vierde opmerking ging over het onderscheid tussen instemming van het kind of de jongere en instemming van een vertegenwoordiger. Een expert uit de jeugdhulp en een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie vonden dat dit onderscheid ondubbelzinnig omschreven moet worden en gaven aan dat ze de huidige omschrijving onduidelijk vinden. Daarbij vonden ze de term 'naasten' onvoldoende gedefinieerd. Een duidelijke definitie is erg belangrijk omdat de richtlijn over voorzieningen met minderjarigen gaat. Het moet daarom duidelijk omschreven worden wie de voorzieningen moeten aanspreken.

Ten slotte waren verschillende experts het erover eens dat er gestreefd moet worden naar het afschaffen van afzondering en fixatie in de jeugdhulp en waren ze ook akkoord over het belang om randvoorwaarden op te nemen in de richtlijn om tot die afschaffing te kunnen komen. De experts gaven aan dat deze maatregelen onder dwang als traumatisch kunnen ervaren worden en dat er daarom gestreefd moet worden naar een omgeving voor kinderen en jongeren zonder toepassing van afzondering en fixatie. Als een voorziening het kind of de jongere mogelijks een trauma bezorgt, worden deze kinderen en jongeren niet geholpen terwijl dit net het doel is van een voorziening. Experts uit de jeugdhulp stelden bovendien dat sommige jongeren hun gedrag blijven voortzetten totdat de zorgverlener hen dwingt (met een dwangmaatregel) om tot rust te komen. Indien afzondering en fixatie niet toegelaten zijn, zal deze zorgverlener samen met de jongere moeten blijven zoeken naar alternatieven in plaats van afzondering of fixatie toe te passen. Daarnaast is het belangrijk om agressie ook te erkennen als een vorm van communicatie. Een jongere tracht met agressief gedrag aan te tonen dat hij of zij problemen ervaart en het is belangrijk om dan samen met de jongere en eventueel met de leefgroep te zoeken naar een oplossing. Er mag volgens deze experts dus niet enkel gefocust worden op het voorkomen van dit gedrag of het interveniëren wanneer dit gedrag zich voordoet. Sommige experts stelden daarom voor om steeds het doel voorop te stellen om afzondering en fixatie af te schaffen en het niet meer toe te laten in de jeugdhulp. Wanneer een voorziening ervoor kiest om een nultolerantie in te voeren tegenover deze maatregelen zal er automatisch meer worden ingezet op het creatief zoeken naar alternatieven. Een expert uit een GI gaf als voorbeeld dat door het verminderen van het aantal cellen, er ook minder afgezonderd werd.

Maar de experts waren van mening dat het momenteel - met de huidige middelen - voor de sector niet realistisch is om deze maatregelen uit te sluiten en dat er in de richtlijn dus aandacht moet besteed worden aan het formuleren van randvoorwaarden zoals voldoende personeel en infrastructurele middelen. Daarom stelden de deelnemers voor om ook aanbevelingen toe te voegen op niveau van het beleid en niet enkel op niveau van de voorzieningen. Dit beleid moet de voorwaarden scheppen om een aantal preventieve maatregelen te kunnen verwezenlijken. Aangezien er momenteel niet voldaan is aan deze randvoorwaarden, moet er intensief gezocht worden naar alle mogelijke manieren om preventief te werken. Dat was volgens een expert een moeilijke opdracht voor deze richtlijn: er komt weerstand uit de sector want de richtlijn legt voornamelijk meer regels op zonder dat deze voorzieningen de nodige middelen krijgen. Daar tegenover staat dat de richtlijn volgens een andere expert juist ambitieus moet zijn.

De feedback over de specifieke aanbevelingen lichten we hieronder per aanbeveling van de richtlijn toe. Indien de experts enkel over een bepaald onderdeel van een aanbeveling opmerkingen gaven, voegen we enkel deze informatie toe. Indien de experts geen feedback gaven op een aanbeveling in zijn geheel, wordt dit zo vermeld.

#### **A. Aanbevelingen over de preventie van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie**

Bij dit onderdeel over preventie formuleerden de experts enkele algemene opmerkingen. Ten eerste gaven enkele experts aan dat de richtlijn geen onderscheid maakt tussen aanbevelingen voor preventie van afzondering en fixatie enerzijds en aanbevelingen voor een algemeen goede werking van een residentiële voorziening anderzijds. Ze vonden dat sommige aanbevelingen van de richtlijn niet enkel preventie van afzondering en fixatie tot doel hebben maar dat ze tot een algemene verbetering van een voorziening kunnen leiden. Op die manier maakten de experts een onderscheid tussen aanbevelingen toegespitst op rechtstreekse preventie van afzondering en fixatie (bijvoorbeeld ontwikkeling van het preventiebeleid; opvolging, evaluatie en bijsturing van het preventiebeleid) en aanbevelingen toegespitst op de algemene werking die zo ook bijdragen aan deze preventie (bijvoorbeeld coachend leiderschap). Bijgevolg vroegen ze of dit onderscheid duidelijker kan opgenomen worden in de richtlijn door een onderdeel toe te voegen met aanbevelingen voor de algemene werking van een voorziening. Andere experts waren het echter niet eens met dit voorstel en stellen dat alle aanbevelingen die rechtstreeks of onrechtstreeks tot preventie van afzondering en fixatie kunnen leiden bij het onderdeel preventie horen.

Ten tweede voegde een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie toe dat de visie van een voorziening duidelijk gecommuniceerd moet worden naar het personeel. Hoe duidelijker deze visie, hoe beter het personeel op de hoogte is wat wel of niet kan. Dit kan ertoe leiden dat zorgverleners minder angst ervaren om om te gaan met situaties van agressie, conflict of met een crisis. Als de visie echter onduidelijk is voor de zorgverleners, verlopen deze situaties meer chaotisch en worden de vrijheidsbeperkende maatregelen slechter toegepast.

Ten derde vond een expert uit de kinder- en jeugd-GGZ dat de definitie rond herstel te veel de focus legt op schuld en verantwoordelijkheid en miste hierbij het erkennen van het slachtofferschap en het aanmoedigen van afsluiting van het conflict of de escalatie. Een bepaalde daad mag immers geen invloed hebben op de rest van het traject van het kind of de jongere. Dit zou meer moeten benadrukt worden in de aanbevelingen.

Ten vierde gaf een expert uit de jeugdhulp aan dat de basisprincipes in de richtlijn zoals herstelgerichte zorg en TIC een sterkte van de richtlijn zijn. Ook de aanbevelingen over de betrokkenheid van de jongeren en de familie vond deze expert een sterkte. Een andere expert uit de jeugdhulp benadrukte dat preventie start bij een positief leefklimaat en bij de inspraak van jongeren. Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie sloot zich hierbij aan. Een cultuur van co-creatie zorgt voor participatie en inspraak van de jongeren en dit leidt tot preventie van afzondering en fixatie.

## A. I. Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers

### 1. Aanbevelingen over leiderschap

Een expert uit de jeugdhulp miste bij de aanbeveling omtrent leiderschap een visie op herstel en stelde voor om dit toe te voegen.

#### 5.1. De ontwikkeling van het preventiebeleid

- Het preventiebeleid mag er volgens een expert uit de jeugdhulp niet enkel in bestaan om de missie, doelstellingen en visie op zorg/begeleiding te formuleren (punt c). In het preventiebeleid dient deze visie vertaald te worden naar methodieken en principes (bijvoorbeeld algemeen gedragen, praktijkgericht, zowel op individu als op collectief gericht). Het is volgens de expert immers vaak de uitdaging in de ontwikkeling van een beleid om ook een visie uit te werken waardoor het beleid gerealiseerd kan worden. De richtlijn zou ook hier aandacht aan moeten besteden.
- Een expert uit een GI vroeg om een duidelijke visie op leefklimaat - met daarin een goede balans tussen ondersteuning en structuur - toe te voegen aan de visies op zorg/begeleiding die deel kunnen uitmaken van het preventiebeleid (punt c ii.). Die pedagogische structuur heeft namelijk een zeer preventief effect op vlak van agressie en escalatie bij de begeleiding van jongeren.

#### 5.2. Gedragen preventiebeleid

- Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie vroeg om de aanbeveling om ervaringsdeskundigen in te schakelen voor de ervaringsgerichte vorming over het preventiebeleid voor de zorgverleners sterker te formuleren (punt b iii.): in gebiedende wijs i.p.v. "overweeg om ...". Het inschakelen van een ervaringsdeskundige heeft volgens de expert een grote meerwaarde voor de vorming.
- Een expert uit een GI vroeg om deze vorming niet uitsluitend ervaringsgericht te omschrijven maar stelde voor om dit breder te formuleren en ook vorming vanuit andere methodische perspectieven toe te voegen. Een expert uit de jeugdhulp vulde aan dat het belangrijk is om als voorziening zelf de experts te trainen zodat zij nadien trainers kunnen worden voor andere collega's. Dit bevordert bovendien het creëren van een gedragen preventiebeleid.

5.3. Coachend leiderschap. Een expert uit een GI vroeg om de aanbeveling over het zorgen voor een *aangename* werkomgeving voor het personeel (punt d) aan te passen naar een *stimulerende* en *ondersteunende* werkomgeving.

#### 5.4. Gedeelde verantwoordelijkheid met betrekking tot het preventiebeleid

- De richtlijn beveelt aan om meerdere standpunten en disciplines te betrekken bij de uitwerking en implementatie van het preventiebeleid. Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie gaf aan dat de term gedeelde *verantwoordelijkheid* over dit preventiebeleid best aangepast wordt naar een gedeelde *gedragenheid*. De huidige

formulering kan mogelijk “te heftig” klinken voor ouders en naasten. In de praktijk blijken ouders en naasten vaak pas betrokken te worden wanneer een situatie escaleert en dan kan de term verantwoordelijkheid voor hen onaangenaam aanvoelen.

- Bij het onderdeel over de oprichting van een multidisciplinaire werkgroep om het preventiebeleid te ontwikkelen en implementeren (punt c) verduidelijkt een expert uit de jeugdhulp hoe deze werkgroep wordt ingevuld in hun voorziening. De psychologische dienst staat in voor het individuele contact, de sociale dienst voor het contact met de ouders en de context en de pedagogische dienst voor de leefgroep. In de voorziening van een andere expert uit de jeugdhulp bestaat dit multidisciplinair team onder andere uit een psycholoog en gezinszorgverlener, maar deze expert geeft aan dat niet elke voorziening over deze disciplines beschikt. Een expert uit de kinder- en jeugd-GGZ vond dat er in deze werkgroep een gedragswetenschapper aanwezig moet zijn die kennis heeft van hoe zorgverleners het gedrag van jongeren kunnen bijsturen en hier preventief aan kunnen werken. Volgens deze deelnemer moet er steeds een psycholoog of orthopedagoog betrokken zijn bij deze werkgroep. Een expert uit de jeugdhulp vond het belangrijk om een directeur, verantwoordelijke of zorgverlener en iemand die ouder- of gezinsbegeleiding doet, toe te voegen aan dit team zodat de verschillende partners betrokken zijn en verschillende perspectieven worden opgenomen in het preventiebeleid. Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie benadrukte het belang van de aanwezigheid van de ouders of belangrijke naasten.
- 5.5. Opvolging, evaluatie en bijsturing van het preventiebeleid. Een expert uit een GI vond het belangrijk om ook hier specifiek het belang te benadrukken van een evaluatie van het leefklimaat en van het gebruik van signaliseringsplannen.
- 5.6. Evenwichtige ratio personeel – jongeren. Enkele experts uit de jeugdhulp, de kinder- en jeugd-GGZ en een patiënten- of familieorganisatie waren van mening dat de leefgroepen niet ter grootte van een familie moeten ingedeeld worden. De aangereikte suggesties waren ‘wees creatief met de leefgroepwerking zoals deelwerkingen en deelunits’, ‘gebruik de middelen die je hebt’ en ‘train je zorgverleners’. Ze vroegen om een duidelijk kader toe te voegen om deze aanbeveling over de ratio personeel-jongeren operationeel te maken en indien mogelijk handvatten uit de literatuur toe te voegen (bijvoorbeeld wordt de grootte van de leefgroep bepaald op basis van de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jongeren?). De experts gaven aan dat een-op-een-begeleiding idealiter wordt aangeboden maar dat dit praktisch onhaalbaar is. Een andere expert meende dat de ratio niet belangrijk is aangezien sommige leefgroepen perfect functioneren met een zorgverlener voor tien kinderen maar dat diezelfde ratio bij een andere leefgroep niet past. Ze vonden het belangrijk dat de voorzieningen hier autonomie over krijgen en dat de directie de inschatting kan maken over deze ratio maar ook over de groepssamenstelling en het instroombeleid.

## **2. Aanbevelingen over preventieve middelen en alternatieven voor afzondering en fixatie**

Een expert uit de jeugdhulp vroeg om een aanpassing aan de titel van deze aanbeveling aangezien afzondering en fixatie geen gangbare praktijken zijn. De basisvisie is dat afzondering en fixatie uitzonderingen zijn en geen geïnstalleerde methodieken of praktijken.

### **2.2 Training van vaardigheden**

- Een expert uit de jeugdhulp benadrukte hierbij het belang om aan de slag te gaan met alternatieve maatregelen.
- Er was consensus onder de experts over het belang van de rol van emoties en zelfreflectie bij de training van zorgverleners omtrent preventieve communicatievaardigheden (punt a ii.). Een expert uit de jeugdhulp vond deze aanbeveling een sterkte en vulde aan dat ook de non-verbale vaardigheden moeten beklemtoond worden, zeker bij bepaalde doelgroepen. Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie sloot zich hierbij aan. Het kind of de jongere start per definitie in een onmachtpositie en emotie mag daarom niet gezien worden als weerstand. Een expert uit de kinder- en jeugd-GGZ vond het belangrijk om naast de zelfreflectie ook binnen een team ruimte te voorzien voor feedback en bijsturing. Er zou een cultuur gecreëerd moeten worden waarin zorgverleners zich bewust worden van zichzelf. Een expert uit de jeugdhulp ging hiermee akkoord en gaf aan dat het belangrijk is om vanuit de agentschappen welzijn deze omkadering en opleiding te voorzien zodat het niet louter de verantwoordelijkheid blijft van de voorzieningen. Zo zouden verpleegkundigen en jeugdzorgverleners reeds in hun opleiding competenties moeten ontwikkelen rond die zelfreflectie en het omgaan met emoties. Een andere vertegenwoordiger van patiënten- of familieorganisatie vond het belang van deze zelfreflectievaardigheden en de rol van de eigen emoties van de zorgverleners onderbelicht in de richtlijn. Het zijn immers deze zorgverleners die de inschattingen van de situaties moeten maken die al dan niet tot afzondering en fixatie leiden (bijvoorbeeld een gevoel van onmacht bij de zorgverlener kan leiden tot culpabilisering). De expert verwees naar een citaat: “de isoleercel als oplossing voor de angsten van de zorgverlener”.
- Een expert uit de kinder- en jeugd-GGZ vulde aan dat bij de aanbeveling over training rond de aard, de oorzaken, de preventie en gevolgen van escalatie en agressief gedrag (punt iii.) best vertrokken wordt vanuit wat er van een kind of jongere *in het algemeen* (= los van hun problematiek) verwacht kan worden en wat daarbij de uitdagingen zijn. De expert vond dat er soms minder moet ingezet worden op de preventie van escalatie, maar dat een kind moet aangeleerd worden om met uitdagingen om te gaan. Deze kennis is uitermate belangrijk in de training van zorgverleners omtrent preventie van agressie en escalatie.

### **3. Aanbevelingen over de opbouw en inrichting van de afdelingen of leefgroepen**

- Een expert uit de kinder- en jeugd-GGZ vulde aan dat het belangrijk is om een omgeving te bieden waarbij de focus ligt op orde, overzicht, herstel, onderhoud en vernieuwing en niet alleen op huiselijkheid en comfort (punt a). Een omgeving die slordig of vuil is geeft ongewenste prikkels (punt a).
- Een expert uit de kinder- en jeugd-GGZ merkte bij deze aanbevelingen op dat de term ‘verplegend personeel’ (punt d) zoveel mogelijk vermeden moet worden in een richtlijn voor de jeugdhulp aangezien deze formulering te eng en te medisch klinkt. Er zijn meerdere zorgfiguren aanwezig in deze voorzieningen dus moet er een algemenere term gebruikt worden.
- Experts uit de jeugdhulp waren het erover eens dat de term comfortroom minder herkenbaar is voor de jeugdhulp, ook al beschikken ze wel over specifieke ruimtes voor spanningsreductie (punt e). Een expert uit de jeugdhulp suggereerde de term ‘ruimte voor spanningsreductie’ in plaats van comfortroom. Een andere expert vulde hierbij aan dat deze ruimte ook een buitenruimte of grote tuin kan zijn waar jongeren naartoe kunnen gaan. Het is vooral de functie

van deze ruimte die van belang is. Deze expert gaf aan dat het belangrijk is om meerdere van dergelijke ruimtes aan te bieden zodat verschillende ruimtes een antwoord kunnen bieden op verschillende behoeftes zodat een jongere steeds een ruimte vindt waar hij of zij naartoe kan gaan, indien nodig. Een expert van een GI benadrukte het belang van de functie in plaats van de omschrijving van de ruimte en stelde voor om de functie in plaats van de ruimte te omschrijven. Een expert uit de kinder- en jeugd-GGZ vertelde dat hun voorziening over een dergelijke ruimte voor spanningsreductie beschikt en dat deze ruimte soms als afzonderingsruimte gebruikt wordt en soms louter als spanningsreductie ruimte. Dit dubbel gebruik komt regelmatig voor in de praktijk wegens beperkingen met de infrastructuur terwijl de richtlijn dit afzonderlijk definieert.

- De experten discussieerden over het gebruik van de eigen kamer als afzonderingskamer waarbij de kamer gesloten wordt (punt e i.). Een expert uit de kinder- en jeugd-GGZ vond dat de eigen kamer een veilige ruimte moet zijn en dat privacy hierbij erg belangrijk is. Als je een kind of jongere afzondert in de eigen kamer, is dit geen veilige ruimte meer en wordt het gevoel van privacy weggenomen, klont het. Een expert uit de jeugdhulp vertelde dat in hun voorziening een jongere nooit gedwongen wordt om naar de eigen kamer te gaan en hier ook nooit opgesloten wordt. De kamer is een privéplaats van de jongere. Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie vulde aan dat ouders niet willen dat de kamer gebruikt wordt als afzonderingsruimte en dat het ook hier belangrijk is om op maat van de jongere te werken. Indien een jongere aangeeft graag buiten tot rust te komen of te de-escaleren, moet het mogelijk gemaakt worden dat deze jongere buiten kan. Het is dus belangrijk om jongeren zelf te vragen hoe zij kunnen de-escaleren en met hen in dialoog te gaan en samen te bekijken wat kan, zodat de jongere de regie in handen heeft.
- Een expert uit de jeugdhulp gaf bij de aanbevelingen over de ondersteuning van actieve de-escalatie aan dat zowel psychologen als onderzoek aantoont dat actieve de-escalatie (bijvoorbeeld boksen op een boksbal) nefast kan werken (punt e ii.). Een expert uit de kinder- en jeugd-GGZ vulde aan dat de effectiviteit ervan afhankelijk is van de doelgroep. In een externaliserende doelgroep kan een actieve de-escalatie er op lange termijn toe leiden dat agressie toeneemt omdat de jongeren op deze manier geen zelfcontrole aangeleerd krijgen. Bij een internaliserende problematiek kan dit echter wel een positief effect hebben omdat zij net te veel controle hebben en op die manier leren hun emoties op een adequate manier te externaliseren. Er moet dus voornamelijk gekeken worden of de de-escalatie emotieregulerend én agressieverminderend kan werken. Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie vulde hierbij aan dat ook hier op maat van de jongere gewerkt moet worden.

#### **4. Aanbevelingen over de bekendmaking van het preventiebeleid**

- Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie gaf aan dat er bekeken moet worden of ervaringsdeskundigen betrokken kunnen worden bij het bekendmaken van het preventiebeleid.
- Er is geen consensus over de mate waarin het preventiebeleid van de voorziening gecommuniceerd moet worden naar de jongeren toe, hun vertegenwoordigers en andere naasten. Een expert uit de jeugdhulp en een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie vonden dat de aanbeveling verplichtend omschreven moet worden als 'communiceer of informeer over je preventiebeleid' in plaats van 'overweeg om'. Het is belangrijk dat kinderen, jongeren en hun naasten de 'spelregels' kennen. Een andere expert benadrukte dat

het vooral belangrijk is om transparantie te bieden zodat alle betrokken partijen op de hoogte zijn dat bij bepaalde vormen van escalatie afzondering en fixatie kunnen toegepast worden. Indien die transparantie ontbreekt en die maatregelen toch worden toegepast, is het mogelijk dat deze jongeren zich geïsoleerd voelen. Een expert uit een GI vulde aan dat bij de bekendmaking van het preventiebeleid ook gecommuniceerd moet worden over de toepassing van afzondering en fixatie, hoe er binnen de voorziening wordt omgegaan met deze maatregelen. Deze communicatie omvat reeds een deel van de preventie ervan. Enkele experts uit de jeugdhulp gingen echter niet akkoord dat het preventiebeleid van de voorziening gecommuniceerd moet worden naar de jongeren en hun naasten. Ze gaven aan dat het niet van belang is om het volledige beleid rond afzondering en fixatie mee te delen en dat er in plaats daarvan bepaalde onderdelen moeten bekendgemaakt worden aan de jongeren aangezien dit beleid erg omvattend kan zijn en dat bovendien de overgrote meerderheid van de jongeren nooit gefixeerd zal worden. Door te communiceren over het beleid rond vrijheidsbeperkende maatregelen vertrek je niet meer van de basisvisie dat afzondering en fixatie vermeden moeten worden en bouwen ze deze maatregelen in als onderdeel van de werking van de voorziening. Deze experts stelden daarom voor om enkel jongeren met een hoger risico op deze maatregelen hierover te informeren. Een andere expert vulde aan dat het volledige preventiebeleid uitleggen erg omvattend is en dat het onnodig lijkt om bijvoorbeeld mee te delen dat er rond coachend leiderschap gewerkt wordt. Samengevat gingen de experts akkoord dat transparantie over het preventiebeleid belangrijk is.

## **A. II. Aanbevelingen op het niveau van het behandelteam of begeleidingsteam**

### **1. Aanbevelingen over de werking van het team**

De experts gaven geen feedback bij deze aanbevelingen.

### **2. Aanbevelingen over continuïteit van zorg**

#### **1.1 Continuïteit van de zorg of begeleiding tussen de afdelingen of leefgroepen**

- De experts uit de GI's waren het erover eens dat het belangrijk is dat jongeren zoveel mogelijk in dezelfde leefgroep kunnen verblijven. Daarom vond een expert de formulering 'continuïteit van de zorg tussen de leefgroepen' niet goed omdat de jongere best binnen dezelfde leefgroep verblijft. Een andere expert vond dat dit een basishouding moet zijn.
- Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie stelde de vraag of het doorgeven van deze informatie over het kind of de jongere juridisch gezien wel mogelijk is. Binnen voorzieningen bestaan hier discussies over en deze aanbeveling lijkt geen rekening te houden met deze gevoeligheden. In een aanbeveling verder in de richtlijn wordt wel aangegeven dat het kind of de jongere toestemming moet geven voor het delen van persoonlijke informatie.

#### **1.2 Continuïteit van de zorg of begeleiding in het zorg- en welzijnslandschap**

- Ook hier werd deze bedenking gemaakt. De experts gaven aan dat er rekening gehouden moet worden met de regelgeving rond het delen van gegevens. Een expert uit de jeugdhulp vroeg zich af of samenwerking tussen jeugdhulp en kinder- en jeugd-GGZ wettelijk mogelijk is

wegens het beroepsgeheim van de zorgverleners. Deze expert verwees naar een advies van de nationale raad voor de Orde der Artsen.

- Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie vroeg om ook de naasten, familie en ouders te vermelden bij deze aanbeveling aangezien ook zij betrokken moeten zijn bij het doorgeven van informatie tussen voorzieningen. Deze personen vormen bovendien de rode draad wanneer een kind of jongere in verschillende voorzieningen verblijft. Maar ook hier is er sprake van beroepsgeheim dus ook deze toevoeging moet getoetst worden aan het wettelijk kader. Een andere vertegenwoordiger benadrukte dat transparantie over deze informatie belangrijk is om het vertrouwen tussen de voorziening en de ouders, familie en naasten te vergroten.

### **3. Aanbevelingen over omgaan met regels op de afdeling of in de leefgroep**

Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie vroeg om toe te voegen dat deze regels tot stand komen met inbreng van de jongeren.

- Bewustwording. Een expert uit de jeugdhulp gaf aan dat het belangrijk is om de regels te staven vanuit hun nut en noodzaak (punt b) omdat jongeren vaak in een structuur worden gedwongen waardoor een conflictmodel ontstaat. Deze expert pleitte ervoor dat de zorgverlener de jongere uitnodigt om in die structuur te stappen. Op die manier is er sprake van een uitnodiging en niet van een verplichting en worden jongeren niet gedwongen in een structuur waarin ze zich niet goed voelen. Die structuur moet zodanig worden opgezet dat de jongere graag deelneemt. Dit is geen evidentie maar draagt wel bij tot preventie van escalatie. Een andere expert uit de jeugdhulp vroeg om - voorafgaand aan deze aanbevelingen over regels - eerst positief leefklimaat met een duidelijke dagstructuur als algemene basis aan te bevelen. Dit positief leefklimaat komt later aan bod maar is ook op dit niveau van belang.
- Flexibiliteit en maatwerk. Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie vroeg om deze aanbeveling sterker te formuleren: in gebiedende wijs in plaats van 'overweeg om ...'.

### **4. Aanbevelingen over het vermijden van een gedragsmatige aanpak**

- Een expert uit de jeugdhulp gaf aan dat het beter is om een goed herstel te benadrukken en niet te focussen op wat er fout liep bij de jongere. Deze expert stelde voor om toe te voegen dat er 'krachtgericht gewerkt wordt binnen deze specifieke problematiek' zodat er meer aandacht besteed wordt aan belonen van kinderen of jongeren die zich goed hersteld hebben en niet aan het sanctioneren wanneer dit fout loopt.
- Ook andere experten vroegen om een andere formulering en om nuancering van de aanbeveling over het vermijden van een gedragsmatige aanpak. Mogelijke alternatieve formuleringen zijn 'vermijd een repressieve aanpak', 'vermijd een aanpak die alleen de focus legt op het gedrag van de jongere' of 'vermijd een louter gedragsmatige aanpak', aangezien er volgens de experten wel op gedrag gewerkt kan worden. Volgens een expert uit een GI was er een verschil tussen een repressieve aanpak te vermijden en een louter gedragsmatige aanpak te vermijden. Enkel gedragsmatig werken is volgens deze expert niet aangeraden maar het is wel belangrijk om een gedragsmatige aanpak te hebben om veiligheid te bieden. Een expert uit de kinder- en jeugd-GGZ veronderstelde dat de aanbeveling bedoeld is om niet enkel op niveau



van straffen en belonen te werken. Volgens deze expert ontbrak de aandacht voor positief gedrag van kinderen en jongeren. De expert stelde voor om een aparte aanbeveling rond leefklimaat toe te voegen vanwege het grote belang ervan. Een andere expert uit de kinder- en jeugd-GGZ benadrukte dat gedragsmatig werken niet vermeden moet worden maar net bewust ingezet kan worden om mogelijke gevolgen van bepaald gedrag van een jongere (zowel positief als negatief gedrag) uit te leggen.

### **A. III. Aanbevelingen op het niveau van de directe zorg of begeleiding voor de kinderen en jongeren**

#### **1. Aanbevelingen over onthaal en bejegening**

- 1.1. Belang van de therapeutische of samenwerkingsrelatie. De experts waren het erover eens dat de verwoording ‘therapeutische relatie’ vermeden moet worden. Experts van de GI’s omschreven dit als een begeleidingsrelatie. Ze gaven aan dat het pedagogisch perspectief ontbreekt en de invalshoek te klinisch geformuleerd wordt. Hierdoor zullen zorgverleners in een GI zich minder aangesproken voelen. Ook experts vanuit de jeugdhulp gingen hiermee akkoord en stelden dat de termen therapeutisch en samenwerkingsrelatie niet samengenomen kunnen worden. Ze suggereerden ook om het een begeleidings- of pedagogische relatie te noemen en pas nadien specifiekere aspecten voor de kinder- en jeugd-GGZ en de jeugdhulp te omschrijven.
- 1.2. Opbouw van de therapeutische of samenwerkingsrelatie. Een expert uit de jeugdhulp vond deze aanbeveling erg relevant, maar vond de toevoeging ‘zorg daarom voor een gastvrij, warm onthaal’ evident en bijgevolg overbodig voor de richtlijn.

#### **2. Aanbevelingen over de kennismaking en het inschatten van kwetsbaarheid en risico’s**

- De experts waren het niet eens over de mate waarin een kind of jongere bij de start van opname kan praten over trauma’s bij de voorgestelde anamnese (punt a). Een expert uit de kinder- en jeugd-GGZ erkende het belang van deze kennis voor het signaliseringsplan, maar benadrukte dat zorgverleners hiervoor tijd moeten nemen. Een signaliseringsplan groeit doorheen het verblijf van het kind of de jongere en indien mogelijk kan er informatie vergaard worden bij de vorige voorzieningen waar het kind of de jongere verbleef. Het is absoluut niet vanzelfsprekend om hierover te praten aan het begin van de opname. Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie lichtte toe dat de termijn om hierover te spreken, afhangt van de jongere. Het wordt als te vanzelfsprekend beschouwd dat kinderen en jongeren dit onmiddellijk willen en kunnen bespreken.
- Een expert uit de jeugdhulp vond dat de aanbeveling over het uitvoeren van een grondige anamnese bij opname (punt a) uitgebreider omschreven moet worden. Enerzijds is het belangrijk om zicht te krijgen op krachten en problemen zodat er een goede diagnose gevormd kan worden. Anderzijds is het belangrijk om zorgverleners aan te leren om respect te hebben voor de problematiek van kinderen en jongeren. Soms stellen zorgverleners vragen aan jongeren die ze niet kunnen beantwoorden vanwege hun problematiek en dit kan tot conflicten en agressie leiden. Het aanleren van dit respect is daarom een belangrijke toevoeging. Een

expert vond dat het erg belangrijk om al in de eerste week van opname te achterhalen wat triggers voor escalatie kunnen zijn van het kind of de jongere. Het is niet de bedoeling om alle trauma's uit het verleden te bespreken maar wel om gericht informatie over die triggers te verzamelen. Nadien kan er op maat van de jongere verder gewerkt worden aan deze anamnese. Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie benadrukte nogmaals dat deze gesprekken erg moeilijk kunnen zijn.

- Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie kaartte opnieuw aan dat het betrekken van de context van het kind of de jongere sterk dient aanbevolen te worden (i.p.v. 'overweeg om ...'), dit maal voor het inschatten van kwetsbaarheid en eventuele risico's (punt b). Betrokkenheid van de context is immers heel belangrijk voor de jongere. Daarom werd voorgesteld te spreken over een samenwerkingsrelatie tussen de zorgverleners en de ouders. Ze zijn geen professionele experts maar zijn wel een belangrijke persoon voor de jongere, zeker wanneer die terug naar huis gaat.
- Een expert uit de jeugdhulp vond de term 'vertrouwenspersoon' (punt b) onduidelijk en vroeg om meer toelichting over wie deze persoon kan zijn (bijvoorbeeld de vertrouwenspersoon volgens de Wet Patiëntenrechten).
- Enkele experts vroegen om bij de aanbeveling over het inschatten van de risico's (punt c) voornamelijk te benadrukken dat zorgverleners hier aandacht aan moeten besteden tijdens gesprekken met jongeren en dat de systematiek van een gestructureerd klinisch oordeel hier niet steeds voor nodig is.
- Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie merkte bij deze aanbevelingen op dat de context gedefinieerd wordt als louter volwassen personen. Maar als de jongere geen warme of betrouwbare familieleden heeft, kan de jongere nog steeds belangrijke peers hebben. Het is dus interessant om ook peers toe te voegen aan deze context. Zij kunnen misschien niet steeds hulp bieden om de kwetsbaarheid van de jongere en risico's in te schatten, maar ze vormen wel een belangrijke omgeving.
- De experts discussieerden over de aanbeveling rond contextgericht werken en over het betrekken van de context van het kind of de jongere bij het behandeling- of begeleidingstraject mits toestemming van het kind, de jongere of de vertegenwoordiger (punt d). Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie vond dit vanzelfsprekend en gaf aan dat het belangrijk is om deze samenwerking met de context als basishouding te beschouwen. Reeds bij de kennismaking is het belangrijk om deze manier van werken te communiceren aan de jongere en aan te geven dat het belangrijk is om kennis te maken met de belangrijke personen in het leven van het kind of de jongere. Het is bovendien belangrijk dit op te volgen en regelmatig te bevragen of hij of zij ermee akkoord gaat om dit te doen. Soms vindt een jongere het na enkele maanden wel belangrijk om bijvoorbeeld zijn of haar ouders te betrekken. Een expert uit de jeugdhulp vermeldde dat die toestemming niet steeds bevroegd wordt. Ze vragen wel om toestemming bij het delen van informatie over de behandeling en de begeleiding, maar bijvoorbeeld niet bij een ontsnapping van een jongere. In dat geval worden bijvoorbeeld vrienden van de jongere opgebeld, zonder diens toestemming. Dit komt voort uit de visie op geweldloos verzet waarmee ze de jongere trachten aan te tonen dat de zorgverleners samen met de mensen van zijn of haar context er voor de jongere zijn. Een andere expert uit de jeugdhulp ging hiermee akkoord, maar besloot dat de toestemming van de jongeren om kwetsbaarheden en risico's bij de context te bevragen wel noodzakelijk is. Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie vulde aan dat jongeren vaak meer

op de hoogte zijn van elkaars situatie dan sommige zorgverleners. Een voorbeeld van zo'n situatie is dat jongeren vaker op de hoogte zijn dat een andere jongere automutileert. Het is niet vanzelfsprekend om te bepalen wanneer je wel of niet die kennis mag gebruiken maar het zou wel kunnen helpen om een eventuele kloof tussen zorgverleners en jongeren weg te werken.

### **3. Aanbevelingen over nabijheid, therapeutisch aanbod en activiteiten**

#### **3.1. Nabijheid en bereikbaarheid**

- Een expert uit de jeugdhulp vond de omschrijving van de termen nabijheid en bereikbaarheid te instrumenteel en te beperkt. Individuele gesprekken zijn vanzelfsprekend maar tegelijkertijd is nabijheid en bereikbaarheid ruimer dan deze gesprekken. De expert stelde voor om nabijheid en bereikbaarheid als een belangrijk uitgangspunt of principe voor hulpverlening te omschrijven.
- De experts waren het eens dat er niet steeds een andere zorgverlener moet ingeschakeld worden wanneer een conflict dreigt te ontstaan tussen een zorgverlener en een jongere (punt c). Jongeren geven namelijk aan dat het soms net die zorgverlener is waarmee ze na het conflict een betere band kregen en die hen hielp in het omgaan met andere problemen. Een andere patiëntenvertegenwoordiger en een deelnemer uit de kinder- en jeugd-GGZ benadrukte het belang om enkel een externe te betrekken wanneer en om wie de jongere vraagt zodat er geen machtonevenwicht ontstaat. Een expert uit de kinder- en jeugd-GGZ begreep dat het belangrijk kan zijn om als zorgverlener te kunnen rekenen op collega's maar dat het ook belangrijk is om als zorgverlener de vraag te stellen waarom die hulp nodig is. Er werd daarom voorgesteld de aanbeveling te formuleren als een *mogelijke* piste, naast andere manieren van aanpakken.

#### **3.2. Therapeutisch aanbod**

- Er werd om een duidelijkere invulling gevraagd van wat er met het therapeutisch aanbod bedoeld wordt, met de vraag erbij of het belangrijk is dat het om een 'therapeutisch' aanbod gaat. Een expert uit de jeugdhulp vond dat een leefgroepwerking beschouwd kan worden als therapeutisch. Een expert uit de kinder- en jeugd-GGZ stelde voor om sociale vaardigheden toe te voegen, naast het therapeutisch aanbod omtrent mentaliserende vermogens, emotieregulerende vaardigheden en traumaverwerking. Een expert uit een GI vond dat de term 'mentaliseren' (punt a) algemener omschreven moet worden want deze term verwijst enkel naar een specifieke problematiek en specifieke therapeutische benadering. De expert stelde voor om deze term te vervangen door 'reflectieve vermogens'.
- Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie en een expert uit de jeugdhulp voegden toe dat dit aanbod op maat van de jongere kan ingevuld worden en verrijkt kan worden door personen met expertise van buiten de voorziening (bijvoorbeeld yoga).

#### **4. Aanbevelingen over vroegtijdige plannen binnen zorg of begeleiding**

##### 4.1 Signaliseringsplan

- Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie suggereerde dat de jongere zelf dit signaliseringsplan voorstelt aan een naaste. Deze expert vond het heel belangrijk om de context hierbij te betrekken.
- De experts waren het niet eens over de nood van een signaliseringsplan voor elk kind of elke jongere. Sommige experts uit de kinder- en jeugd-GGZ vonden dat dit wel noodzakelijk is voor elk kind of jongere, maar niet alle experts uit de kinder- en jeugd-GGZ zijn het hiermee eens. Een expert stelde voor om ook een vroegsignaliseringsplan toe te voegen aan de richtlijn, om te voorkomen dat een kind reeds in afzondering geplaatst wordt nog voor dit signaliseringsplan is afgewerkt. Een andere expert uit de kinder- en jeugd-GGZ lichtte toe dat ze in hun voorziening werken met groene, gele, oranje en rode fases en ze steeds proberen om te vermijden dat spanning wordt opgebouwd. Ze focussen dus niet enkel op de rode fase (hoe geraakt de jongere terug in de groene of gele fase) maar ook op het blijven in de groene of gele fase. Een belangrijke toevoeging voor dit plan is hoe anderen deze verschillende fasen van de jongeren interpreteren: wat zien anderen de jongere doen of wat horen anderen wanneer de jongere in fase groen, geel, oranje of rood zit. Deze expert vond het belangrijk om dit toe te voegen aan de aanbeveling. Een andere expert uit de kinder- en jeugd-GGZ meende dat dit plan niet voor elke jongere nodig is en niet als voorwaarde voor inspectie mogelijk is, aangezien het lange tijd kan duren vooraleer een volledig plan kan opgesteld worden.
- Een expert vanuit de jeugdhulp vond ook dat dit plan enkel moet opgesteld worden wanneer dit noodzakelijk is voor de jongere, aangezien de basishouding is dat afzondering en fixatie principieel niet worden toegepast. Het is vanzelfsprekend dat zorgverleners bepaalde signalen herkennen en opvangen bij jongeren, maar dit moet niet in een plan neergeschreven worden. De insteek is bovendien te negatief geformuleerd en er zou meer focus moeten liggen op 'wanneer voelt een jongere zich goed' en 'hoe kunnen we de kwaliteit van zijn of haar verblijf verhogen'.
- Een expert uit de kinder- en jeugd-GGZ vond dat de aanbeveling over het opstellen van het signaliseringsplan alvorens een crisis zich voordoet (punt a) aangepast moet worden en stelde voor om dit niet 'alvorens een crisis zich voordoet' maar dit 'op basis van een crisis' op te stellen omdat er uit een crisis geleerd kan worden. De experts waren het eens dat dit signaliseringsplan vertaald moet worden naar handvatten voor buiten de voorziening zoals thuis of op school.

#### **5. Aanbevelingen over omgaan met escalatie**

- De experts waren het erover eens dat de oorzaak voor stijgende emotionele spanning niet steeds bij het kind of de jongere te zoeken is, maar dat de escalatie ook veroorzaakt kan worden door het leefklimaat. Er moet dus niet alleen besproken worden waarrond er gewerkt kan worden op niveau van de jongere maar ook op niveau van de setting, bijvoorbeeld wat er beter kan in de setting om deze escalatie te vermijden. Een expert van de jeugdhulp stelt voor deze aanbeveling toe te voegen als onderdeel van deze aanbeveling.
- Bij de aanbeveling over gebruik maken van verbale de-escalerende vaardigheden (punt b) vroeg een expert om ook non-verbale vaardigheden toe te voegen.

## **6. Aanbevelingen over nabespreking na een afzondering of fixatie**

De experts waren het erover eens dat de nabespreking nog met meerdere personen moet gebeuren naast de jongere, zijn vertegenwoordiger en de betrokken zorgverleners. Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie vroeg om ook de ouders of de omgeving van de jongere buiten de voorziening, te betrekken bij de nabespreking. Een expert uit de jeugdhulp vond het belangrijk om ook broers en zussen die in dezelfde voorziening verblijven toe te laten tot deze nabespreking en nazorg. Een andere expert vond dat het bij de nabespreking onder de zorgverleners mogelijk moet zijn om iemand die niet betrokken was te laten deelnemen als moderator om bepaalde emoties te kunnen benoemen. Een andere expert omschreef een situatie van een zware escalatie waardoor zowel het team als de jongeren gedesoriënteerd waren. Deze voorziening schakelde slachtofferhulp in voor de zorgverleners en voor de jongeren en dit werkte zeer goed. Experts uit de kinder- en jeugd-GGZ vonden dat niet enkel de omstanders betrokken moeten worden, maar ook de jongeren die niet betrokken waren. Zij zijn immers wel getuige van bepaalde spanningen of lawaai. Dit kan een sterke invloed hebben op de leefgroep. Jongeren vinden het belangrijk om hier niet geheimzinnig over te doen en hen ook te betrekken. Samengevat was er consensus over de toevoeging van ouders, een derde partij, eventueel slachtofferhulp en de andere jongeren uit de leefgroep.

## **7. Aanbevelingen over time-out**

- Een expert uit de jeugdhulp vond dat de omschrijving van een time-out niet volledig is. De expert gaf aan dat een time-out niet enkel bestaat uit afstand creëren maar dat er door de jongere en door de zorgverlener tijdens deze periode 'hard gewerkt' wordt. De jongere moet te horen krijgen wat een zorgverlener zal doen tijdens deze afkoelperiode en waar ze nadien samen aan kunnen werken. Dit ontbreekt in de richtlijn. Bovendien is er tijdens deze periode wel contact tussen de jongere en de zorgverlener, anders wordt het probleem enkel uitgesteld of kan de situatie nog verergeren. Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie zei dat er heel gevarieerde reacties van ouders zijn op deze periode. Deze time-out moet ook bij hen goed gekaderd worden met een duidelijk doel zodat het voor de ouders en de jongere duidelijk is dat de voorziening de jongere niet zomaar weg stuurt. Bovendien moet deze periode deel uitmaken van het proces en niet enkel wanneer de relatie tussen de zorgverlener en de jongere vastloopt. Voor een andere vertegenwoordiger ontbrak in de richtlijn het kader rond de time-out alsook de voorafgaande bespreking met de jongere om hen te informeren over de mogelijkheid van een time-out.
- Er was consensus dat er eerst moet nagegaan worden of er opties zijn om binnen de leefgroep om aan herstel te werken. Continuïteit en gedeelde verantwoordelijkheid zijn erg belangrijk. De nadruk moet steeds op deze principes liggen voor er gekozen wordt voor een time-out buiten de voorziening. Het is belangrijk na te gaan welke opties tot herstel er wel mogelijk zijn binnen de leefgroep, waarbij de kinderen en jongeren zelf betrokken worden. Een andere expert uit de jeugdhulp vond dat er bovendien eerst nagegaan moet worden of er overgeschakeld kan worden naar een andere vorm van time-out zoals enkele dagen in de Ardennen verblijven met zijn of haar vaste zorgverlener.
- De experts waren het er niet over eens of afzondering al dan niet mag toegepast worden tijdens deze time-out. Experts uit de GI's vonden dat afzondering wel mag toegepast worden

als er zich veel agressie en escalatie voordoet. Ze benadrukten dat afzondering enkel wordt toegepast als andere alternatieven uitgeput zijn. Bovendien kunnen er nieuwe conflicten ontstaan tijdens deze time-out. Een expert uit de jeugdhulp sloot zich hierbij aan. Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie vond dat het onderscheid tussen time-out en straf niet duidelijk is. Voor jongeren voelt een time-out naar een GI vaak aan als een straf. Indien een time-out enkel bedoeld is om ruimte te geven, ging deze expert ermee akkoord dat afzondering tijdens deze periode niet is toegelaten. Maar het doel en de omschrijving van de time-out moeten duidelijker omschreven worden in de richtlijn. Een expert uit de kinder- en jeugd-GGZ was niet akkoord dat een time-out naar een GI als een straf ervaren kan worden. Het doel is net om afstand te creëren tussen de jongere en de zorgverlener. Soms dient die time-out ook voor het team. Het is belangrijk om dan toch nog afzondering te kunnen toepassen om verder te kunnen gaan met deze jongere.

- De experts waren akkoord met de suggesties voor alternatieven voor een time-out die in de aanbeveling worden opgesomd zoals een stap- of fietstocht. Een expert uit de jeugdhulp en uit de kinder- en jeugd-GGZ vulden aan dat de jongere naar huis laten gaan of laten terugkeren naar de context ook een alternatieve vorm van time-out is met zeer positieve resultaten.

## **B. Aanbevelingen over de toepassing van afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie**

Als algemene bedenking bij de aanbevelingen over de toepassing van afzondering en fixatie stelde een expert uit de jeugdhulp zich de vraag of het een goed idee is dat voorzieningen een specifiek beleid rond de toepassing van afzondering en fixatie opstellen, zoals aanbevolen wordt in de richtlijn. De basishouding moet zijn dat deze maatregelen niet mogen toegepast worden en dat er steeds naar alternatieven gezocht moet worden. Indien er echter een beleid over de toepassing ervan ontwikkeld wordt, vrezen enkele experts dat afzondering en fixatie hierdoor vaker zullen toegepast worden.

Een expert haalde aan dat een aantal (elementen van de) aanbevelingen over de toepassing van afzondering en fixatie enkel lijken te gaan over afzondering en fixatie *buiten* de context van ernstig en acuut gevaar. Acuut en ernstig gevaar gaat namelijk sneller voorbij dan verondersteld wordt in bepaalde aanbevelingen, zoals die over een digitale klok, toegang tot sanitair. Een andere expert vond de concrete en duidelijke aanbevelingen bij dit onderdeel een sterkte van de richtlijn en mist deze concreetheid bij de aanbevelingen over preventie.

Verder waren de experts het eens dat de richtlijn duidelijk moet omschrijven voor welk types organisatie de aanbevelingen van toepassing zijn. Experts uit de jeugdhulp meenden dat bijvoorbeeld bij beveiligend verblijf en GES+ (VAPH) er op een andere manier met afzondering en fixatie wordt omgegaan.

### **B. 1. Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers**

#### **1. Aanbevelingen over de ontwikkeling van procedures**

Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie herhaalde dat er met de jongeren en hun vertegenwoordigers veeleer dient *gesproken* te worden over de procedures van afzondering en fixatie, veeleer dan dat ze hierover moeten *geïnformeerd* worden (zoals in

de aanbeveling staat). Door aan te bevelen om hen hierover te *informer*en leg je te veel de nadruk op de toepassing van afzondering en fixatie en dat is niet de juiste basishouding tegenover deze maatregelen. Ook de naasten moeten hierbij betrokken worden.

## **2. Aanbevelingen over opleiding en training van de zorgverleners**

Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie vroeg om de aanbeveling over opleiding aan zorgverleners over de juridische voorwaarden en mensenrechtelijke beginsels van afzondering en fixatie (punt a iv.) concreter te omschrijven. Uit de praktijk blijkt immers dat het waarborgen van bepaalde mensenrechten (bijvoorbeeld kunnen eten en drinken, naar toilet kunnen gaan en privacy) tijdens afzondering of fixatie geen evidentie is. Het is dus heel belangrijk om zorgverleners te informeren over de Wet over Patiëntenrechten en de noodtoestand.

## **3. Aanbevelingen over de ruimte voor afzondering**

- Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie vroeg om een toevoeging bij deze aanbeveling namelijk dat afzondering geen enkele andere beperking in rechten met zich mag meebrengen (zoals kleding, voeding of bezoekrecht) en vraagt om een aanpassing van deze aanbeveling.
- Bij de aanbeveling over het voortdurend maken van wederzijds visueel contact tijdens afzondering (punt a) waren experts het eens dat de nadruk op het wederzijds visueel contact weggelaten kan worden. Een expert uit de GI gaf aan voorstander te zijn maar vindt dat de aanbeveling te absoluut geformuleerd is. Het is belangrijker om steeds de mogelijkheid tot dit contact te bieden maar sommige jongeren willen alleen zijn en willen geen wederzijds visueel contact. Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie sloot zich hierbij aan en vond dat de behoefte aan fysieke nabijheid benadrukt moet worden. Visueel contact is daar een bepaalde vorm van maar er zijn andere, creatieve manieren om die nabijheid te garanderen zoals de aanwezigheid van een ouder of een andere persoon in de afzonderingsruimte zodat het geen eenzame afzondering is of afzondering in een studio naast de zorgverlenersruimte. Ook een expert uit de jeugdhulp ging hiermee akkoord en benadrukte dat de afzondering zo weinig mogelijk ingrijpend mag zijn. Dit kan bereikt worden op verschillende manieren, bijvoorbeeld door een aangename omgeving aan te bieden, door die nabijheid, door al dan niet visueel contact. Maar het is samen zoeken met de jongere hoe die afzondering, indien die niet vermeden kan worden, zo weinig mogelijk ingrijpend is.
- Er was geen consensus over of afzondering op de eigen kamer aan te bevelen is. Alle experts benadrukten dat dit enkel kan op vraag van de jongere, op het moment zelf of voordien door hem of haar aangegeven. Een expert uit een GI gaf aan dat een voorziening meerdere ruimtes heeft waar afzondering mogelijk is en zo is afzondering op de eigen kamer een mogelijke optie. Zo kan een jongere vragen om bij een moeilijk moment even naar zijn of haar kamer te gaan en die te laten sluiten door zorgverleners. Een expert uit de jeugdhulp was het hier niet mee eens en stelde dat er in een de meeste leefgroepen en voorzieningen bij voorkeur wordt afgezonderd in een aparte ruimte aangezien de kamers hiervoor niet voorzien zijn. Het kan zinvol zijn om een jongere niet in de eigen kamer af te zonderen zodat deze eigen ruimte geen andere betekenis krijgt. De expert zei het zelf moeilijk te vinden de persoonlijke kamer van een jongere te sluiten. Deze expert ging akkoord met de aanbevelingen dat afzondering op de eigen kamer

enkel mogelijk is indien de mate van agressie en/of escalatie het toelaat. Een andere expert uit de jeugdhulp gaf aan dat afzondering op kamer niet mag als sanctie of straf. Een expert uit de kinder- en jeugd-GGZ vond dat wanneer afzondering gebeurt als ondersteunende maatregel voor overprikkeling de eigen kamer wel de geprefereerde ruimte is. Deze expert stelde voor om de omschrijving van de afzonderingsruimte zo breed mogelijk te houden. Een andere expert uit de kinder- en jeugd-GGZ benadrukte de verschillen tussen afzondering in de kinder- en jeugd-GGZ en in de residentiële jeugdhulp. In de kinder- en jeugd-GGZ wordt afzondering niet toegepast als iemand tot rust moet komen, daarvoor gebruiken zij een comfortroom. Enkel wanneer het kind of de jongere geen controle meer heeft over het eigen gedrag en denken, wordt hij of zij in afzondering geplaatst met cameratoezicht vanwege de veiligheid. Alle materialen die in deze ruimte liggen, vormen dan een potentieel gevaar en daarom is afzondering op de eigen kamer een contradictie. Een expert uit een GI gaf aan dat er over verschillende vormen van afzondering gediscussieerd worden en dat het vanzelfsprekend is dat een jongere enkel op de eigen kamer in afzondering geplaatst kan worden indien dit veilig is. Wanneer het echter wel veilig is, is het belangrijk om ook over andere ruimtes voor afzondering dan de afzonderingsruimte na te denken en over andere vormen van afstand (bijvoorbeeld een jongere die meerdere uren alleen op de kamer zit). Expert en uit de kinder- en jeugd-GGZ benadrukten dat echter niet elke ruimte als afzonderingsruimte gebruikt kan worden en dat veiligheid steeds primeert. Indien de eigen kamer als afzonderingsruimte gebruikt wordt, moet dit genoteerd staan in het behandelplan.

#### **4. Aanbevelingen over klachtenprocedures**

Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie gaf aan dat de participatie van jongeren en hun vertegenwoordigers/naasten in de evaluatie van de toepassing van afzondering en fixatie, het gebruik van de afzonderingsruimte enzovoort niet mag beperkt worden tot de mogelijkheid om een klachtenprocedure op te starten. Een voorziening moet ook andere vormen van inspraak met betrekking tot deze topic ondersteunen. Een klachtenprocedure blijft namelijk vaak een formaliteit en vormt slechts het topje van de ijsberg bij inspraak en participatie. Onder andere de nabespreking met de jongere zelf en met de groep over de impact van afzondering en fixatie kan hier een belangrijke toevoeging zijn.

### **B. II. Aanbevelingen voor de afzonderings- en fixatieprocedures**

#### **1. Aanbevelingen over de indicatie voor afzondering en fixatie**

Bij deze aanbeveling werden de situaties waarin afzondering en fixatie mogelijk zouden zijn wanneer alternatieven niet (langer) volstaan, overlopen met de experten. Om de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie in de verschillende types van situaties te kunnen bespreken hebben de onderzoekers deze situaties opgedeeld in vier categorieën:

- Categorie 1: om de veiligheid te herstellen bij acuut en ernstig gevaar
  - 1a: de veiligheid van de persoon herstellen
  - 1b: de veiligheid van de omstanders herstellen
- Categorie 2: Om de veiligheid te behouden bij potentieel gevaar
  - 2a: de veiligheid van de persoon behouden



- 2b: de veiligheid van de omstaanders, leefgroep of samenleving behouden
- Categorie 3: Om ontwikkelings- of ontplooiingskansen te bevorderen
  - 3a: de kansen van de persoon bevorderen
  - 3b: de kansen van de leefgroep bevorderen ter verbetering van het leefklimaat
- Categorie 4: Om te sanctioneren
  - 4a: in een gemeenschapsinstelling
  - 4b: in andere types voorzieningen

Enkele experts uit de kinder- en jeugd-GGZ, jeugdhulp en patiënten- of familieorganisaties waren het erover eens dat afzondering en fixatie toelaatbaar zijn bij ernstig en acuut gevaar (= categorie 1); hoewel voor sommige experts uit de jeugdhulp deze categorie enkel *voorlopig* toelaatbaar is (zie voorwaarden die verder worden toegelicht). Een expert uit de jeugdhulp meende dat voorzieningen moeten vermijden dat er machtsmisbruik vanwege de zorgverleners en machtsonevenwicht tussen de zorgverleners en de kinderen/jongeren plaatsvinden in een pedagogisch klimaat. Het is volgens deze expert heel belangrijk om een duidelijke grens te definiëren over wanneer afzondering en fixatie in principe toelaatbaar zijn en deze te bewaken zodat pedagogisch gebruik van fixatie en afzondering van kinderen en jongeren vermeden wordt.

Verder was er ook consensus over het belang van de leeftijd en het ontwikkelingsperspectief van de kinderen en jongeren bij de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie en gingen enkele experts niet volledig akkoord met de gehanteerde definitie van fixatie. Een expert uit de jeugdhulp gaf het voorbeeld van een vierjarige die alle koekjes probeert op te eten. Volgens deze expert is het geoorloofd dat een zorgverlener dit kind even op de schoot neemt om het kind dit te verhinderen. De expert vond het vanzelfsprekend dat dit niet kan bij een vijftienjarige en gaf dus aan dat de toelaatbaarheid in sommige gevallen leeftijdsgebonden is. Bovendien ging deze deelnemer niet akkoord dat bovenstaand voorbeeld als fixatie gedefinieerd wordt en gaf aan dat het onmogelijk is om dit steeds te registreren. Deze deelnemer vond de indeling van afzondering en fixatie in de vier categorieën relevant en vond de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie enkel bij ernstig en acuut gevaar dan ook overwegend goed. Maar deze expert vond dat er in uitzonderlijke situaties moet afgeweken kunnen worden van de ontoelaatbaarheid van afzondering en fixatie. Deze deelnemer benadrukte het belang om na te gaan wat de beste oplossing is voor die specifieke jongere op dat specifiek moment. Een expert uit de kinder- en jeugd-GGZ sloot zich hierbij aan en benadrukte dat er steeds rekening moet gehouden worden met het ontwikkelingsperspectief van het kind of de jongere. Als voorbeeld wordt er verwezen naar een onthaalouder die een wenende baby aanneemt van de ouder of een baby die in een autostoeltje wordt gezet. Volgens deze expert kan dit niet als fixatie omschreven worden, maar wordt dit door de gehanteerde definitie wel als dusdanig beschouwd.

Een expert uit de kinder- en jeugd-GGZ gaf aan ook akkoord te zijn met de opdeling van de categorieën maar gaf aan dat bepaalde situaties niet volledig binnen deze categorieën passen. Als voorbeeld omschreef deze deelnemer de K-dienst waar daders en slachtoffers van grensoverschrijdend gedrag samen opgenomen zijn. De ouders van de slachtoffers of de zorgverleners vragen soms om 's nachts de deuren van de kamers te sluiten<sup>121</sup>. De expert stelde

---

<sup>121</sup> De onderzoekers categoriseren dit als afzonderingen bij potentieel gevaar om de veiligheid te behouden, dus ter preventie van ernstig en acuut gevaar.

zich de vraag of deze situatie - waarbij het om chronisch gevaar gaat - onder categorie 1 past (= ernstige en acuut gevaar) en besloot dat er heel wat situaties in dergelijke grijze zone zitten. Bovendien zijn sommige slachtoffers ook daders en zijn de zorgverleners hiervan niet steeds op de hoogte. In dergelijke situaties oppert deze expert om na te denken hoe hiermee kan omgegaan worden en hoe dit past binnen de richtlijn. Een expert uit jeugdhulp sloot hierbij aan. De experten uit de kinder- en jeugd-GGZ omschreven enkele oplossingen die ze momenteel hanteren om aan deze specifieke situatie tegemoet te komen. Zo maken ze gebruik van clickersystemen op de deur. De deur wordt niet gesloten maar de zorgverleners weten wel wanneer iemand binnen of buiten de kamer gaat. Een andere oplossing is dat jongeren zelf de deur van hun kamer kunnen sluiten maar dat het personeel steeds de mogelijkheid heeft om de deur te openen. Een expert oordeelde dat deze laatste oplossing steeds te verkiezen is boven afzondering en stelt voor deze oplossing in deze situatie als aanbeveling toe te voegen aan de richtlijn.

Enkele experten uit de jeugdhulp en de kinder- en jeugd-GGZ waren het er samen met een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie over eens dat afzondering wegens personeelsredenen niet toelaatbaar is. Om dit te vermijden, suggereerden ze enkele voorwaarden zoals 'zorg ervoor dat het personeel zich veilig voelt', 'zoek naar alternatieven voor deze afzondering' en 'zorg voor omkadering van het personeel en werk aan een betere infrastructuur'.

Met betrekking tot andere situaties dan acuut en ernstig gevaar (categorie 2, 3 en 4), legden de onderzoekers enkele bijkomende vragen aan de experten voor:

Vraag 1. Zijn afzondering of fixatie van een kind of jongere naar uw mening toelaatbaar in bepaalde sub-sectoren van de residentiële (forensische) kinder- en jeugd-GGZ en (forensische) jeugdhulp?

- c. om de veiligheid bij potentieel gevaar te behouden (categorie 2)? Zo ja,  
i. is dit toelaatbaar om de veiligheid van de persoon te behouden (categorie 2a), of ook om de veiligheid van omstaanders, de leefgroep, de samenleving te bewaren (categorie 2b)?

Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie had enkele opmerkingen bij de toelaatbaarheid van categorie 2. Volgens deze deelnemer is het niet toelaatbaar dat zorgverleners een kind fysiek tegenhouden om te voorkomen dat het zich aan de ouders vastklampt; dit is een heel verkeerd signaal naar het kind toe en dit kan heel traumatiserend zijn. Deze situatie moet op een andere manier bekeken worden, namelijk hoeveel gevaar er op dat moment werkelijk dreigt. Verder geeft een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie aan dat zorgverleners op dat moment een inschatting trachten te maken enerzijds van een gevaar dat er in realiteit nog niet is en anderzijds van wanneer dat gevaar dan geweken zal zijn. Deze deelnemer vreest dat deze tweede categorie om moeilijke inschattingen vraagt en daardoor tot onduidelijkheden kan leiden.

Een expert vanuit de jeugdhulp vond het voorbeeld van een fysieke interventie wanneer een kind de ouders achternaloopt echter wel een goed voorbeeld van een fysieke interventie die toelaatbaar is in categorie 2. Deze expert gaf ook aan dat afzondering op eigen vraag van de jongere toelaatbaar moet zijn maar twijfelde of dit ook kan voor fixatie.

- ii. in welke sub-sectoren?

Categorie 2 is toelaatbaar volgens experten uit de kinder- en jeugd-GGZ en de GI's maar niet volgens een aantal experten uit de jeugdhulp. Onder de experten uit de jeugdhulp was er geen consensus. Een expert ging wel akkoord met de toelaatbaarheid van categorie 2a terwijl andere experten enkel categorie 1 toelaatbaar vonden. Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie gaf aan categorie 2b een vreemde categorie te vinden.

iii. onder welke voorwaarden?

De experts vanuit de GI's vroegen om bijkomende voorwaarden voor de toelaatbaarheid van deze categorie. Het is namelijk onduidelijk hoe bepaald wordt dat er in een bepaalde situatie nog geen acuut gevaar is, maar wel potentieel gevaar. Ze vragen om een basis waarop je kan beslissen dat er potentieel gevaar is zoals de omschrijving van wat een positieve indicatie kan zijn en welke observeerbare verbale of non-verbale gedragsignalen kunnen wijzen op deze escalatie. Deze voorwaarden zijn volgens hen van belang zodat deze categorie niet te vaak toegepast wordt en zodat de categorie kwaliteitsvol blijft. Daarnaast gaven ze aan dat het ook belangrijk is om deze categorie 2a in sommige gevallen wel te kunnen toepassen zonder de goedkeuring van de jongere, bijvoorbeeld wanneer de jongere nog maar korte tijd in de voorziening verblijft. Volgens deze deelnemers moet er soms ook vertrouwd worden op de professionaliteit van de zorgverlener. Ze vulden aan dat het heel belangrijk is om na toepassing van afzondering en fixatie binnen deze categorie te reflecteren met alle betrokkenen om na te gaan of er juist werd gehandeld.

Daarnaast vroegen ook de experts uit de kinder- en jeugd-GGZ om bijkomende voorwaarden voor de toepassing van categorie 2a. Ten eerste mag deze categorie 2a enkel toelaatbaar zijn wanneer het op de eigen vraag van het kind of de jongere gebeurt of wanneer de toestemming werd afgesproken op een handelingsbekwaam moment van het kind of de jongere. Deze informatie moet in het signaliseringsplan staan met een duidelijke omschrijving in welke situatie welke maatregel voor het kind of de jongere kan helpen zodat de situatie niet escaleert naar categorie 1 (= ernstig en acuut gevaar). Het is ook bij categorie 2a belangrijk dat het zorgvuldigheidsprincipe in acht genomen wordt en de vraag gesteld wordt wat een andere zorgverlener zou doen in dezelfde situatie. Aangezien categorie 2 minder duidelijk is moet dit heel expliciet vermeld worden. Ten tweede moet er preventief communicatie zijn tussen het kind of de jongere en de zorgverleners. Het behandelteam moet duidelijk weten wat kan voor dit kind of deze jongere. Het is hierbij belangrijk om op zoek te gaan naar gemeenschappelijke taal tussen de zorgverleners en de kinderen en jongeren. Ten derde moeten de criteria en objectieven duidelijk worden opgesteld wanneer er afzondering en fixatie kunnen toegepast worden binnen deze categorie.

Ten slotte formuleerden ook enkele vertegenwoordigers van patiënten- of familieorganisaties bijkomende voorwaarden voor deze categorie, hoewel ze niet akkoord gingen met de toelaatbaarheid van deze categorie. Er werd gevraagd om de situatie steeds in te schatten vanuit de intentie van de zorgverlener en vanuit de perceptie van de jongere: wordt iets al dan niet als dwang, afzondering of fixatie ervaren? Ook deze experts benadrukten het belang dat deze categorie enkel kan toegepast worden op vraag van de jongere. Een andere vertegenwoordiger stelde de vraag of er wel degelijk sprake is van dwang wanneer de vraag tot afzondering van het kind of de jongere zelf komt. In dit geval vond deze expert dat er nooit kan overgegaan worden tot een dwangmaatregel waarbij de jongere niet meer zelf kan beslissen om deze maatregel op te heffen. Het is belangrijk dat de jongere kan reflecteren over manieren die helpen om rustig te worden of rustig te blijven in dergelijke situaties. Zorgverleners moeten deze vaardigheden ondersteunen en helpen verder te ontwikkelen door samen te zoeken naar manieren die werken voor de jongere, zoals comfortrooms, nabijheid, enzovoort.

iv. aan welke concrete situatie denkt u?

Een expert uit de GI dacht aan een situatie waarbij een jongere onder invloed terugkeert van een weekendverlof en dit meedeelt aan de zorgverleners. In dit geval kan het noodzakelijk zijn om afzondering toe te passen vanwege beveiligingsredenen. Een expert uit de jeugdhulp gaf een voorbeeld van een driejarig kind wiens emoties escaleren bij bepaalde geuren en de zorgverlener dit kind vasthoudt om tot rust te brengen. Deze expert vindt dat in dergelijke situaties fixatie toelaatbaar moet zijn.

d. voor het bevorderen van ontplooiings- en ontwikkelingskansen (categorie 3)? Zo ja,

i. is dit toelaatbaar om kansen van de persoon te bevorderen (categorie 3a), of ook om kansen van de leefgroep te bevorderen (categorie 3b)?

Er was geen consensus onder de experts over de toelaatbaarheid van categorie 3. Enkele experts uit de kinder- en jeugd-GGZ, de GI en vertegenwoordigers van patiënten- of familieorganisaties vonden deze categorie niet toelaatbaar. Een expert uit de kinder- en jeugd-GGZ gaf aan dat er in dergelijke situaties gekozen moet worden voor alternatieven zoals een prikkelarme ruimte zonder de deur te sluiten. Enkele experts uit de jeugdhulp vonden ook dat deze categorie ontoelaatbaar is, andere experts uit de jeugdhulp vonden de categorie 3a echter wel toelaatbaar.

ii. in welke sub-sectoren?

De experts bespraken geen sub-sectoren.

iii. onder welke voorwaarden?

Een expert uit de jeugdhulp vond het belangrijk dat deze categorie steeds vanuit zorg en ondersteuning wordt toegepast en steeds in gesprek met de jongere. Een andere expert uit de jeugdhulp die niet akkoord ging met de toelaatbaarheid van deze categorie, vond dat de definitie van de categorie duidelijker omschreven moet worden om onduidelijkheden en grijze zones te vermijden.

iv. aan welke concrete situatie denkt u?

Er werden enkele concrete situaties omschreven door experts uit de jeugdhulp. Een eerste situatie gaat over een persoon die continu appel doet op de leefgroep en daardoor veel energie vraagt van de begeleiding en van de medebewoners. Door deze persoon af en toe een halfuur op de kamer af te zonderen, wordt het verblijf van deze persoon mogelijk gemaakt want anders zou deze jongere overgeplaatst worden. Deze expert voegde toe dat het dus belangrijk blijft om deze categorie niet zomaar ontoelaatbaar te noemen maar steeds te kijken naar de impact van deze afzondering op de persoon.

Een andere expert uit de jeugdhulp benadrukte dat in zijn of haar voorziening enkel categorie 1 toelaatbaar is en dat de toepassing van afzondering of fixatie bij acuut en ernstig gevaar in sommige gevallen ook op lange termijn mogelijk kan leiden tot ontwikkelingskansen. Dit kan voorkomen bij jongeren met complexe problematieken zoals complexe hechtingsstoornissen en trauma's. Afzondering en fixatie bij ernstig en acuut gevaar kunnen deze jongere dan net helpen in het leven, het gedrag en het functioneren van deze jongere. De expert benadrukte dat afzondering geen goede maatregel is maar dat de maatregel soms positieve effecten heeft en dat er te negatief naar afzondering wordt

gekeken. Een andere concrete situatie gaat over een jongere wiens emoties escaleren bij bepaalde ervaringen en daardoor een gevaar kan vormen voor omstaanders (= categorie 1b). Door deze jongere af te zonderen in een bepaalde ruimte, kan dit ertoe leiden dat deze jongere na enkele maanden minder afgezonderd wordt.

Een vertegenwoordiger van patiënten- of familieorganisaties reageerde op deze laatste voorbeelden en vroeg zich af of afzondering in deze situaties de enige mogelijke optie is. De vertegenwoordiger benadrukte dat steeds de vraag moet gesteld worden: is afzondering het laatste middel dat kan ingezet worden? Indien er meer personeel aanwezig is en een jongere veel aandacht vraagt van de begeleiding en medebewoners of wanneer een jongere onder invloed is, zou afzondering vermeden kunnen worden. De expert meende dat, wanneer afzondering onmogelijk wordt gemaakt, we uitgedaagd worden om na te denken over andere passende en minder ingrijpende maatregelen die dezelfde ondersteuning kunnen bieden.

Vraag 2. Is afzondering als sanctie bij het overtreden van een grensregel toelaatbaar (categorie 4)?

Zo ja,

Er was consensus onder de experts uit alle sub-sectoren van voorzieningen en de vertegenwoordigers van patiënten- of familieorganisaties dat categorie 4 niet toelaatbaar is.

**2. Aanbevelingen over overwegen en beslissen bij een indicatie voor afzondering of fixatie**

2.1 Wie beslist tot het opstarten van de maatregel

- In de jeugdhulp is er geen arts aanwezig, dus was het volgens de experts zinvol om het onderscheid tussen de kinder- en jeugd-GGZ en jeugdhulp te behouden bij deze aanbeveling over wie de maatregel moet opstarten en bevestigen. Een expert stelde dat er bij langdurige afzondering of fixatie in de jeugdhulp wel een arts moet opgeroepen worden. Een expert uit de kinder- en jeugd-GGZ voegde toe dat er ook in een ziekenhuis niet permanent een psychiatrische verpleegkundige aanwezig is.
- Algemeen vroegen de experts om een uitbreiding van de personen die over de opstart van afzondering en fixatie kunnen beslissen. Zo vroeg een expert uit de jeugdhulp dat de maatregel – wanneer er geen medische oorzaak is voor het gevaar – ook kan opgestart worden door een persoon aan wie de directie delegeert, aangezien de directie niet steeds aanwezig is. Andere experts uit de jeugdhulp vertelden dat afzondering door een arts of verpleegkundige niet steeds mogelijk is aangezien zij niet permanent aanwezig zijn, maar dat hun voorziening een draaiboek ontwikkelde zodat zorgverleners weten wanneer een afzondering of fixatie kan toegepast worden. Ook in een andere voorziening volgen zorgverleners een duidelijke procedure en wordt er telkens een derde persoon met expertise (orthopedagogisch personeel) bijgehaald. De directie hoeft volgens deze experts dus niet steeds mee te beslissen, maar wordt wel altijd op de hoogte gebracht. Indien de procedure niet correct gevolgd werd, zijn er ook consequenties. Een expert stelt tenslotte dat klinisch psychologen of orthopedagogen ook over voldoende kennis beschikken over bijvoorbeeld psychiatrische/psychologische problematieken zoals een psychose en bijgevolg over deze maatregelen kunnen beslissen of toepassen (*Chris*). Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie vond het vooral belangrijk dat er gefocust wordt op zelfreflectie van de zorgverleners, ook bij medisch geschoolde zorgverleners (*Stefanie*).

- Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie benadrukte dat de zorgverlener die in de crisis betrokken is, niet de persoon mag zijn die de beslissing tot afzondering of fixatie neemt. Experts uit de jeugdhulp en de kinder- en jeugd-GGZ waren hiermee akkoord en stelden dat dit steeds vermeden moet worden, ook in acute situaties. Deze expert stelde voor dat voorzieningen een beleid opstellen en daarin zelf bepalen wie het meest geschikt is om dergelijke beslissingen te nemen zodat er wordt nagedacht met wie er afgestemd kan worden over deze maatregelen. Een aanbevelingen in de richtlijn daarover waarin wordt vastgelegd welke personen deze beslissing mogen maken, is volgens deze expert niet nodig. Enkele vertegenwoordigers van patiënten- of familieorganisaties erkenden dus het belang van het opstellen van een beleid omtrent dit beslissingsproces en benadrukten hierbij ook het belang van het vertragingmechanisme bij deze beslissingen. Het is met andere woorden belangrijk om procedures te voorzien waardoor een beslissing over de toepassing van afzondering en fixatie vertraagd wordt. Een expert uit een GI was het er niet mee eens dat hiervoor een procedure gevolgd moet worden. De expert stelde dat de beslissing over wie de maatregel goedkeurt en toepast op het moment zelf bepaald wordt door de nood aan beveiliging die niet hersteld kan worden met alternatieve interventies. Op zo'n momenten kan de beslissing door de zorgverleners genomen worden. Het is dan wel uitermate belangrijk om nadien tijdens een nabespreking te achterhalen waarom de escalatie gebeurde en hoe de maatregelen werden toegepast. Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie sloot zich hierbij aan en benadrukte ook het belang van deze nabespreking. Deze expert vond het zinvol om in de richtlijn aanbevelingen over de te volgen procedure en deze nabespreking op te nemen maar stelde vast dat deze overwegingen in de praktijk niet haalbaar zijn. Een expert uit de jeugdhulp erkende dit spanningsveld tussen enerzijds snel reageren om de veiligheid te herstellen en anderzijds het volgen van procedures maar stelt dat er meer gewerkt wordt met beslissings*principes* eerder dan met sluitende procedures. In deze voorziening worden twee belangrijke principes gehanteerd: de beslissing wordt niet door één enkele persoon gemaakt en een zorgverlener kan steeds weigeren om afzondering of fixatie toe te passen. De expert stelt voor om deze principes (en zeker het tweede) toe te voegen aan de richtlijn. In deze voorziening komt er wel steeds een arts om de maatregelen te valideren, zelfs indien het om afzondering van korte duur gaat. Dit is niet steeds vanzelfsprekend aangezien er geen arts aanwezig is in de voorziening maar die externe input maakt een nabespreking met de jongere nadien makkelijker. Een expert uit een GI vertelde dat er in hun voorziening geen validatie door een arts gebeurt maar dat de campusverantwoordelijke met permanentiedienst (24/7 beschikbaar) als onafhankelijke persoon de finale beslissing neemt. Na een afzondering is er steeds een nabespreking met een multidisciplinair team om de toepassing van de maatregel te overlopen (hoe is het verlopen, werd er juist gehandeld). Er is geen medisch personeel aanwezig bij dit overleg.

## 2.2 Welke maatregel kan toegepast worden

- De experts waren het erover eens dat het onmogelijk is voor zorgverleners om te achterhalen of een escalatie al dan niet vanwege een medische problematiek gebeurt. Experts uit de kinder- en jeugd-GGZ stelden dat er veel overlap is tussen beide problematieken waardoor een onderscheid maken onmogelijk is. Bovendien moet er in acute situaties heel snel gehandeld worden om de veiligheid te garanderen waardoor er niet altijd tijd is om er een arts bij te halen, zelfs als die op dat moment aanwezig is in de voorziening. Ook vanuit de jeugdhulp gaven experts aan dat een medische of niet-medische oorzaak onmogelijk onderscheiden kan worden en dat het in acute situaties onmogelijk is om te wachten op de goedkeuring van een directie.
- Verder gaven enkele experts aan niet akkoord te zijn dat in de kinder- en jeugd-GGZ steeds een medische oorzaak voor het gevaar dat aanleiding geeft tot afzondering of fixatie, vermoed wordt.

### **3. Aanbevelingen over de uitvoering van de maatregel**

Experts uit de jeugdhulp, GI's en de kinder- en jeugd-GGZ benadrukten dat ook niet-medisch personeel goed getraind is om afzondering en fixatie uit te voeren.

### **4. Aanbevelingen over beslissen tot het beëindigen van de maatregel**

Een vertegenwoordiger van een patiënten- of familieorganisatie merkte op dat er geen tijdsduur vermeld wordt in de aanbevelingen. Dit is niet vanzelfsprekend aangezien elke situatie anders is en anders beoordeeld moet worden maar de expert stelde voor om meer te benadrukken dat alle vrijheidsbeperkende maatregelen zo kort mogelijk moeten duren en dat het hierbij om minuten en niet om uren gaat.

### **5. Aanbevelingen voor na het beëindigen van de maatregel**

De experts vinden het erg belangrijk om na een toepassing van afzondering of fixatie te reflecteren en een nabespreking te organiseren met zowel medisch als niet-medisch personeel.





**Bijlage 7 Voor de doelgroep van kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking: Voorlopige aanbevelingen voor afzondering- en fixatieprocedures bij potentieel gevaar of om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen**

## Inleiding

De studie op basis waarvan de intersectorale richtlijn is ontwikkeld – met de intersectorale en interdisciplinaire methode - resulteerde niet in consistente evidentie over de **toelaatbaarheid** van afzondering en fixatie voor het behouden van de veiligheid **bij potentieel gevaar** of ter bevordering van **ontwikkelings-/ontplooiingskansen** mét **toestemming** van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger). De formulering van *intersectorale* aanbevelingen over het gebruik van afzondering en fixatie in deze situaties was bijgevolg niet mogelijk (zie deel A.IV.2 van de intersectorale richtlijn).

Wanneer enkel de verzamelde evidentie voor de doelgroep van **jongeren met een verstandelijke beperking** in rekening werd genomen, kon de evidentie vanuit orthopedagogisch perspectief en vanuit mensenrechtelijk en juridisch perspectief *wel* geïntegreerd worden. Bijgevolg is het voor deze doelgroep in principe wel mogelijk om voor deze situaties de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie vast te stellen, en voorlopige aanbevelingen voor de afzonderings- en fixatieprocedures te formuleren.

Het ontwikkelen van aanbevelingen voor één doelgroep wanneer de toelaatbaarheid voor andere doelgroepen niet vaststaat, gaat evenwel in tegen de **intersectorale methode** van de studie. Dit leidde bij de onderzoekers tot de vraag of het wenselijk is om aanbevelingen te formuleren die enkel gelden voor personen met een verstandelijke beperking.

Er zijn twee argumenten om dat *niet* te doen:

- Ten eerste is het anders behandelen van jongeren met een verstandelijke beperking omwille van hun handicap ethisch en mensenrechtelijk moeilijk te verantwoorden. Het is niet wenselijk dat eenzelfde gedrag tot een verschillende aanpak van afzondering en fixatie leidt wanneer het al dan niet hebben van een beperking aan de basis ligt van deze verschillende aanpak. Dat is niet wat deze richtlijn beoogt. De aparte aanbevelingen voor personen met een verstandelijke beperking zijn het gevolg van het feit dat de gehanteerde intersectorale en interdisciplinaire methode niet tot consistente bevindingen heeft geleid voor andere doelgroepen en bijgevolg de formulering van aanbevelingen voor *alle* betrokken doelgroepen/sub-sectoren niet mogelijk was. Dit neemt niet weg dat aparte aanbevelingen voor een specifieke doelgroep wel (verkeerdelijk) de suggestie kunnen wekken dat personen met een verstandelijke beperking anders behandeld mogen worden omwille van hun handicap. Zoals gezegd, dat is niet wat de richtlijn beoogt.
- Ten tweede bestaat er over de toepassing van afzondering en fixatie in deze situaties geen sterke wetenschappelijke evidentie. De aanbevelingen zijn gebaseerd op een deel van de kwalitatieve studie van dit onderzoeksproject, met name de consensus onder alle stakeholders die betrokken waren voor de doelgroep van jongeren met een verstandelijke beperking. Deze evidentie is geïntegreerd met wat vanuit het mensenrechtenkader potentieel toelaatbaar is binnen voorzieningen die zorg aanbieden voor deze doelgroep. Het was echter niet het opzet van het intersectorale project om een deel van de resultaten te gebruiken voor de onderbouwing van aanbevelingen voor één doelgroep. De integratie van de evidentie verzameld voor de verschillende doelgroepen/sub-sectoren van de brede residentiële jeugdhulp – zowel op klinisch/(ortho)pedagogisch niveau als op juridisch/mensenrechtelijk niveau – maakt juist de sterkte van de evidentie uit op basis waarvan de intersectorale richtlijn is ontwikkeld (zie deel A.II.2). Deze integratie kon bij de formulering van aanbevelingen voor één doelgroep evident niet plaatsvinden. Daarom is het wenselijk om alvorens finale aanbevelingen voor deze doelgroep te formuleren verder onderzoek te voeren.

Ondanks deze argumenten om geen aanbevelingen te ontwikkelen voor één specifieke doelgroep, is er echter een doorslaggevend argument om dit *wel* te doen. Uit de kwalitatieve studie bleek dat afzondering en fixatie bij potentieel gevaar of ter bevordering van ontwikkelings-/ontplooiingskansen

---

voor deze doelgroep toelaatbaar geacht worden en effectief toegepast worden in de praktijk. Momenteel bestaan in de wetenschappelijke en grijze literatuur geen aanbevelingen voor het gebruik van afzondering en fixatie in deze situaties. Het formuleren van aanbevelingen hierover kan voor deze doelgroep bijgevolg bijdragen tot een kwaliteitsverbetering en een betere bescherming van de betrokkenen. Het formuleren van voorlopige aanbevelingen over het gebruik van afzondering en fixatie in deze types van situaties bevordert het mensenrechtenconform gebruik van afzondering en fixatie in deze doelgroep.

Zoals hierboven toegelicht is de methode van de studie niet afgestemd op de ontwikkeling van een richtlijn voor één specifieke doelgroep. Daarom bevat deze bijlage en bijlage 8 **voorlopige aanbevelingen** die enkel een beginpunt vormen. Bijkomend onderzoek met alle betrokken stakeholders is nodig om deze te finaliseren.

Deze voorlopige aanbevelingen vormen een **vervolg op de intersectorale richtlijn** waarin de preventie van afzondering en fixatie uitgebreid aan bod komt (deel B), als ook aanbevelingen over de toepassing van afzondering en fixatie die op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers hun uitwerking kennen (deel C.1). Al deze aanbevelingen vormen samen een geheel. Dus ook bij jongeren met een verstandelijke beperking blijft allereerst de **preventie** van afzondering en fixatie voorop staan.

Deze bijlage richt zich niet tot een bepaald type van voorzieningen. Jongeren met een verstandelijke beperking verblijven in verschillende types van voorzieningen. Bij wijze van begeleiding bij het gebruik van deze bijlage is hieronder een samenvattend overzicht te vinden van de **do's and don'ts** van afzondering en fixatie om de veiligheid te behouden bij potentieel gevaar of om ontwikkelings- en ontplooiingskansen te bevorderen bij jongeren met een verstandelijke beperking.

## **De do's and don'ts van afzondering en fixatie om de veiligheid te behouden bij potentieel gevaar of om ontwikkelings- en ontplooiingskansen te bevorderen bij jongeren met een verstandelijke beperking**

### **Situaties met potentieel gevaar voor de jongere of andere personen:**

- Directies, zorgverleners/begeleiders en vertegenwoordigers van jongeren en hun naasten doen er alles aan om afzondering en fixatie zoveel mogelijk te vermijden.
- De toepassing van afzondering of fixatie is toelaatbaar in overeenstemming met het professioneel oordeel van de zorgverlener/begeleider én met de toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger):
  - In het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan wordt er met akkoord van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) afspraken gemaakt over het gebruik van afzondering en fixatie;
  - De jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) geeft ook zijn toestemming bij elke – al dan niet terugkerende - toepassing van afzondering en fixatie.
- De doelstelling van de maatregel is het behouden van de veiligheid, ook ter preventie van ernstig en acuut gevaar;
- De toepassing houdt op wanneer de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) zijn toestemming intrekt of wanneer de jongere zich standvastig verzet tegen de maatregel.

### **Situaties waarin ontwikkelings-/ontplooiingskansen van de jongere bevorderd kunnen worden:**

- Directies, zorgverleners/begeleiders en vertegenwoordigers van jongeren en hun naasten doen er alles aan om afzondering en fixatie zoveel mogelijk te vermijden.
- De toepassing van afzondering of fixatie is toelaatbaar in overeenstemming met het professioneel oordeel van de zorgverlener/begeleider én met de toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger):
  - In het (be)handelings-/begeleidingsplan wordt er met akkoord van de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) afspraken gemaakt over het gebruik van afzondering en fixatie;
  - De jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) geeft ook zijn toestemming bij elke terugkerende toepassing van afzondering en fixatie.
- De doelstelling van de maatregel is het bevorderen van ontwikkelings-/ontplooiingskansen voor de jongere;
- De toepassing houdt op wanneer de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) zijn toestemming intrekt of wanneer de jongere zich standvastig verzet tegen de maatregel

## A. Voor de doelgroep van kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking: Voorlopige aanbevelingen voor afzondering- en fixatieprocedures bij potentieel gevaar of om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen

### 1. Toelaatbaarheid

De voorlopige aanbevelingen over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie bij potentieel gevaar voor de jongere of andere personen of om ontwikkelings-/ontplooiingskansen van de jongere te bevorderen maken een onderscheid tussen toepassing onder dwang en toepassing met toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger).

- a. Afzondering en fixatie bij potentieel gevaar voor de jongere of andere personen of om ontwikkelings-/ontplooiingskansen van de jongere te bevorderen zijn **niet toelaatbaar onder dwang**. De toepassing ervan mag bovendien niet als dwang of straf worden ervaren vanuit het perspectief van de jongere en vanuit de intentie van de zorgverlener/begeleider.
- b. Afzondering of fixatie bij potentieel gevaar voor de jongere of andere personen of om ontwikkelings-/ontplooiingskansen van de jongere te bevorderen zijn **toelaatbaar** wanneer ertoe beslist wordt in overeenstemming met het **professioneel oordeel** van de zorgverlener/begeleider én met de **toestemming** van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) op voorwaarde dat alternatieven niet (langer) volstaan.
  - i. De toestemming door de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger)
    - wordt zonder dwang gegeven;
    - wordt gegeven voordat met de uitvoering van de maatregel gestart wordt;
    - heeft betrekking op de specifieke maatregel;
    - wordt beoordeeld op het moment van de uitvoering van de maatregel, ook al zijn er vooraf afspraken over gemaakt;
    - is te allen tijde herroepbaar, waarna de maatregel onmiddellijk beëindigd wordt.
  - ii. Het **te bereiken doel staat in verhouding tot het gebruikte middel**. Voor het bevorderen van een ontwikkelingskans betekent dit bijvoorbeeld dat wordt nagegaan of de jongere baat heeft bij de afzondering of fixatie én of de ontwikkelingskans voor deze jongere belangrijk genoeg is om hiervoor af te zonderen of te fixeren;
  - iii. Hierover zijn vooraf afspraken gemaakt in het **signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan** (zie B.2 hieronder).

De voorlopige aanbevelingen uit deze bijlage zijn niet van toepassing op afzondering en fixatie om de **kansen van andere personen dan de jongere zelf te bevorderen**, ook niet indien de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) ermee toestemt. De wetenschappelijke evidentie die tijdens dit onderzoeksproject verzameld is over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie in dit type van situaties is inconsistent voor de doelgroep van jongeren met een verstandelijke beperking, hetgeen de formulering van aanbevelingen niet toelaat.

## 2. Voorafgaande afspraken over het gebruik van de maatregel in het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan

Afspraken over de toepassing van afzondering en fixatie worden in samenspraak met de jongere (en desgevallend de vertegenwoordiger) opgenomen in het **signaleringsplan** of **(be)handelings-/begeleidingsplan**.

- a. Het signaleringsplan wordt gebruikt voor afspraken in verband met afzondering en fixatie als **on geplande interventie** voor het behouden van de veiligheid bij potentieel gevaar voor de fysieke en/of psychische integriteit van de jongere of andere personen.
- b. Het (be)handelings-/begeleidingsplan wordt gebruikt voor afspraken in verband met afzondering en fixatie als vooraf **geplande interventie**
  - i. Bij een voorspelbaar en/of terugkerend potentieel gevaar voor de fysieke en/of psychische integriteit van de jongere of andere personen;
  - ii. Om een voorspelbare en/of terugkerende ontwikkelings-/ontplooiingskans voor de jongere te bevorderen.

In **multidisciplinair overleg** stelt een **zorgverlener/begeleider**<sup>122</sup> die daartoe opgeleid is opties voor aan de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) en bespreekt de voor- en nadelen ervan. Indien de toepassing van de maatregel gepaard gaat met een **nood aan medische zorg**, wordt **medische expertise** (arts of verpleegkundige) betrokken bij dit multidisciplinair overleg.

- a. Hou bij het maken van de afspraken over het type maatregel en de te volgen techniek rekening met de kwetsbaarheid van de jongere. Enkele **kwetsbaarheidsfactoren** zijn
  - i. De ontwikkelingsleeftijd van de jongere op fysiek, cognitief, emotioneel en psychisch vlak;
  - ii. Fysieke en medische kwetsbaarheidsfactoren zoals bv. een lichamelijke beperking, andere gezondheidsfactoren, gewicht en kracht, zwangerschap;
  - iii. De aanwezigheid van psychotrauma in de voorgeschiedenis, de aard van dit trauma;
  - iv. Voorgaande ervaring met afzonderingen en/of bepaalde vormen van fixatie.
- b. Volg bij het maken van de afspraken over het type maatregel en de te volgen techniek de principes van **proportionaliteit** en **subsidiariteit**. Ook al stemt de jongere in, dan nog moet de maatregel in verhouding staan met het beoogde doel.
- c. Ga met elke jongere in dialoog over zijn eventuele **voor- en afkeuren** met betrekking tot
  - i. De vormen van afzondering en fixatie die zouden kunnen worden toegepast wanneer dat onvermijdelijk is.
  - ii. Het informeren van naasten. Het betreft de voor- en afkeuren over of, wanneer en hoe de naasten op de hoogte gebracht worden over de toepassing van de maatregel.

*Toelichting: de afspraken met de vertegenwoordiger van een beslissings-onbekwame jongere over het op de hoogte brengen met betrekking tot de toepassing van afzondering en fixatie dienen sowieso opgenomen te worden in het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan. Zie B.3.b.iii.*

---

<sup>122</sup> Indien de zorgverlener/begeleider geen arts, verpleegkundige of zorgkundige is, bevindt deze aanbeveling zich in een juridisch grijze zone. Zij zijn juridisch slechts bevoegd wanneer dit binnen hun klinisch referentiekader valt, wat o.m. vereist dat ze daartoe opgeleid zijn. Of de wetgever dat vandaag het geval acht is niet duidelijk. Een tussenkomst van de wetgever is op dat vlak aangewezen.

- d. Beargumenteer de **redenen voor het gebruik van afzondering en fixatie** indien preventieve interventies of alternatieven niet (langer) volstaan. Beargumenteer deze redenen vanuit het functioneren van de persoon en met in achtname van de (sociaal-emotionele) ontwikkeling en levenskwaliteit. De functieanalyse is hier helpend bij.
- e. **Omschrijf de terugkerende situaties** waarin afzondering of fixatie zal toegepast worden indien preventieve interventies of alternatieven niet (langer) volstaan.
- f. Bepaal een doelstelling tot **afbouw** van de maatregel en voer een **kritische evaluatie en herbevestiging** hiervan minstens jaarlijks uit. Doe dit daarnaast minstens elke keer wanneer het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan opnieuw beoordeeld wordt en wanneer de jongere zich verzet tegen de uitvoering van een maatregel die in het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan is opgenomen.

De jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) maakt duidelijk **welke optie hij verkiest**. Deze keuze wordt opgenomen in het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan.

- a. Plaats de jongere niet onder druk om voor afzondering of fixatie te kiezen. Wees ook alert voor een eventuele gelatenheid bij de jongere en vertegenwoordiger en blijf continu creatief zoeken naar **alternatieve manieren**. Beschouw een onthouding van een akkoord als een uitdaging om verder te zoeken naar alternatieve manieren.
- b. **Noteer** de gemaakte afspraken in hetzij het signaleringsplan, hetzij het (be)handelings-/begeleidingsplan.

### 3. De toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) voor het opstarten van de maatregel

Het opstarten van de maatregel is het resultaat van de overeenstemming van het professioneel oordeel van de zorgverlener/begeleider met de toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger).

- a. Afzondering en fixatie om de veiligheid te behouden bij potentieel gevaar voor de jongere of andere personen of om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen van de jongere mogen niet worden toegepast zonder dat hier **vooraf afspraken** over werden gemaakt in het **signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan**.
- b. Ga wanneer de situatie zich voordoet die volgens het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan tot afzondering/fixatie kan leiden, steeds voor elke toepassing na of de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) **akkoord** is met de toepassing van de afgesproken maatregel. Zo niet, wordt de maatregel niet opgestart, ook al werd deze vooraf afgesproken.
  - i. Bespreek daartoe elke keer wanneer de situatie zich voordoet met de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) of hij **akkoord** is met de afgesproken toepassing van afzondering en fixatie. Plaats de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) niet onder druk om voor afzondering of fixatie te kiezen.
  - ii. Indien de jongere dat **weigert** en op dat moment beslissingsbekwaam is, wordt de afgesproken maatregel uit het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan niet opgestart.

- iii. Breng indien de jongere op dat moment niet (volledig) beslissingsbekwaam is, zijn **vertegenwoordiger** op de hoogte en ga bij hem na of hij akkoord is met de uitvoering van de maatregel.
  - ✓ Een uitzondering hierop mag enkel gemaakt worden voor maatregelen die met de vertegenwoordiger van een beslissingsonbekwame jongere zijn afgesproken in het **signaleringsplan** of **(be)handelings-/begeleidingsplan**, voor zover de vertegenwoordiger expliciet aangeeft dat hij niet bij elke toepassing op de hoogte wil worden gebracht. De vertegenwoordiger wordt in dat geval op regelmatige tijdstippen geïnformeerd over de maatregel.
  - ✓ Heb tegelijk aandacht voor de mening van de jongere, en in het bijzonder voor eventueel verzet van de jongere tegen de uitvoering van de maatregel. Wees daarbij aandachtig voor zowel verbaal als non-verbaal verzet. Beoordeel samen met de vertegenwoordiger het gewicht dat aan het verzet gegeven moet worden (zie deel A.V.2.3. van de intersectorale richtlijn). Voer de maatregel niet uit indien uit het verzet blijkt dat de jongere de situatie en de gevolgen begrijpt.

## 4. Uitvoeren van de maatregel

### 4.1. Wie voert de maatregel uit?

Zorgverleners/begeleiders van het behandelings-/begeleidingsteam die **opgeleid** zijn in het veilig, respectvol en humaan toepassen van afzonderen en fixeren, voeren de maatregel uit<sup>123</sup>. Daarnaast wordt rekening gehouden met onderstaand element:

- a. Indien de maatregel gepaard gaat met een **nood aan medische zorg**, dan wordt de maatregel uitgevoerd door zorgverlener/begeleiders met **medische expertise**. Dit betreft een arts, een verpleegkundige, of een zorgkundige na delegatie door en onder toezicht van een verpleegkundige of een arts. Indien dat betekent dat de uitvoering gebeurt door een persoon die niet gekend is voor de jongere, wordt de arts/verpleegkundig/zorgkundige vergezeld door de zorgverlener/begeleider waarmee de jongere wel vertrouwd is.

Bijlage 8 bevat voorlopige aanbevelingen over hoe het **team** dient te **functioneren** tijdens de uitvoering van fysieke interventie.

### 4.2. In welk lokaal vindt afzondering plaats?

- a. Afzondering vindt plaats in de **afzonderingskamer** die specifiek voor het gebruik van afzondering ontworpen is en enkel hiervoor gebruikt wordt
- b. Afzondering kan ook in de **eigen kamer** plaatsvinden op voorwaarde dat dit wordt opgenomen in het **(be)handelings-/begeleidingsplan**. De keuze van de kamer waarin afgezonderd wordt, wordt gemaakt op maat van de jongere. Er kan per jongere bekeken worden waar de jongere op dat moment het meeste rust vindt.
  - i. De zorgverlener/begeleider oordeelt of de mate van agressie en/of escalatie afzondering in de eigen kamer toelaat. Indien dit niet het geval is, past hij indien nodig

---

<sup>123</sup> Deze voorlopige aanbeveling is niet volledig uitvoerbaar zonder tussenkomst van de wetgever. In de huidige wetgeving zijn de beslissing over en uitvoering van elke vorm van afzondering en fixatie voorbehouden aan artsen, verpleegkundigen en zorgkundigen.



de beschreven aanbevelingen voor situaties met acuut en ernstig gevaar toe (zie onder deel C.II.3.2 van de intersectorale richtlijn).

#### 4.3. Voer de maatregel respectvol en zo humaan mogelijk uit

Respecteer steeds de **waardigheid en privacy** van de jongere en minimaliseer zoveel als mogelijk het machtsonevenwicht in de relatie met de jongere:

- a. Gebruik **open en respectvolle communicatie** voor, tijdens én na het toepassen van de maatregel:
  - i. Besteed aandacht aan de **wijze van communiceren** - verbaal en non-verbaal - met de jongere:
    - ✓ Stem je wijze van communiceren af op het ontwikkelings- en communicatieniveau van de jongere.
    - ✓ Communiceer respectvol, beheerst en rustig.
    - ✓ Let op de mogelijke impact van de eigen emoties, bv. angst en kwaadheid.
  - ii. **Informeer** de jongere. Licht toe welke maatregel zal toegepast worden, wat die inhoudt en waarom de maatregel wordt toegepast. Zeg tijdens het toepassen van de maatregel steeds wat je doet en waarom je dit doet. Dit verhoogt de voorspelbaarheid voor de jongere. Wees aandachtig voor verbaal en non-verbaal verzet, en geef hier gepast gevolg aan.
  - iii. Wees bereikbaar en beschikbaar voor contact en communicatie met de jongere zodat hij steeds vragen kan stellen, verbaal of non-verbaal behoeften kan uiten of zich kan verzetten tegen de maatregel. Geef aan dat vragen en verzoeken steeds gesteld kunnen worden. Neem deze vragen en verzoeken ernstig en geef onmiddellijk passend gevolg aan verzet (zie deel A.V.2.3 van de intersectorale richtlijn)
  - iv. Toon **empathie, bekommernis en betrokkenheid** ten aanzien van de jongere.
- b. Respecteer zoveel mogelijk de **privacy** van de jongere en **bescherm** het psychisch welzijn van de omstaanders.
  - i. Voer afzondering en fixatie daarom uit **buiten het zicht van omstaanders**. Bespreek echter met de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) of het eerder te verkiezen is - in het belang van de jongere - om in het zicht van omstaanders te blijven. Dit is mogelijk op voorwaarde dat hiervoor geen duidelijke en belangrijke tegenindicatie bestaat die betrekking heeft op de omstaanders.
- c. Respecteer zo veel mogelijk de **privacy** van de jongere tijdens hygiënische lichaamsverzorging, toiletbehoeften en eventuele ontkleding bij afzondering en mechanische fixatie. Indien gebruik wordt gemaakt van een camera, maak geen herkenbaar beeldmateriaal van omkleeden, toiletgebruik en handelingen voor hygiëne.
- d. Zorg ervoor dat de jongere maximaal en zo autonoom mogelijk kan voldoen aan zijn **noden en basisbehoeften** zoals dorst, honger, persoonlijke hygiëne, toiletbehoeften. Bied zo veel mogelijk **fysiek comfort**. Wees **proactief** in het nagaan van deze behoeften en sta de jongere bij indien nodig.
- e. Zorg dat de jongere steeds gekleed is.
- f. Zorg ervoor dat de jongere, wanneer hij dit wenst, **in contact kan treden met naasten**. Het betreft contact in alle mogelijke vormen, zowel live contact als contact via communicatiemiddelen.
- g. Gebruik steeds **veilige** technieken voor het uitvoeren van de maatregel.

Bijlage 8 bevat voorlopige aanbevelingen over **handelingen, technieken en het gebruik van materialen** tijdens de praktische uitvoering van fysieke interventie.

#### **4.4. Registratie van afzondering en fixatie toegepast als ongeplande maatregel om de veiligheid te behouden bij potentieel gevaar**

Registreer in het **individueel dossier van de jongere** het volgende voor elke afzondering en fixatie:

- a. Het type maatregel (en in uitzonderlijke gevallen een eventuele combinatie van maatregelen);
- b. De omstandigheden, de aanleiding/reden, uitgeprobeerde alternatieven;
- c. Het tijdstip van begin en einde;
- d. De naam van de verantwoordelijke die de maatregel heeft opgestart of bevestigd;
- e. Afwijkingen ten opzichte van afgesproken maatregelen in het signaleringsplan;
- f. De eventuele verwondingen bij de jongere en/of de zorgverleners/begeleiders;
- g. De eventuele opmerkingen van de jongere met betrekking tot het verloop van de afzondering of fixatie (zie B.6.2 hieronder);
- h. De tijdstippen van en observaties tijdens het toezicht;
- i. De nabespreking.

#### **4.5. Registratie van afzondering en fixatie toegepast als vooraf geplande maatregel bij een voorspelbare en terugkerende situatie**

Registreer in het **(be)handelings-/begeleidingsplan** de volgende elementen:

- a. Het type maatregel (en in uitzonderlijke gevallen een eventuele combinatie van maatregelen);
- b. Beargumenteer de redenen voor de geplande toepassing van afzondering en fixatie vanuit het functioneren van de jongere en met in achtneming van de (sociaal-emotionele) ontwikkeling en levenskwaliteit;
- c. De vaste tijdstippen of situaties waarin de maatregel wordt toegepast;
- d. De naam van de verantwoordelijke die over de opstart van de geplande maatregel beslist.

Indien afgeweken wordt van wat er in het (be)handelings-/begeleidingsplan staat, of indien er zich verwondingen of andere incidenten voordoen, gebeurt de registratie zoals bij de maatregelen die opgenomen zijn in het signaleringsplan (zie B.4.4 hierboven).

#### **4.6. Toezien, opvolgen en evalueren**

Afspraken worden met de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) gemaakt over hoe de opvolging en evaluatie dient te verlopen binnen de grenzen van wat de zorgverlener/begeleider als veilig acht.

Hou steeds toezicht op verzet. Dit is belangrijk met het oog op de mogelijke herziening van de maatregel of de beëindiging ervan.

## 5. Beslissen tot het beëindigen van de maatregel

### 5.1. Wanneer de maatregel beëindigen

Beëindig de maatregel:

- a. Wanneer de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) zijn **toestemming intrekt**. Dit kan zowel expliciet of impliciet (bv. blijken uit de feiten);
  - i. Indien de zorgverlener/begeleider oordeelt dat het beëindigen van de maatregel aanleiding zou geven tot een ernstig of acuut gevaar (zie deel C.II van de intersectorale richtlijn), dan past hij de daar beschreven aanbevelingen toe en gaat hij indien nodig over tot de toepassing van afzondering of fixatie onder dwang.
- b. Wanneer de beslissingsonbekwame jongere zich op standvastige wijze tegen de uitvoering **verzet**.
  - i. Indien de zorgverlener/begeleider oordeelt dat het beëindigen van de maatregel aanleiding zou geven tot een ernstig of acuut gevaar (zie deel C.II van de intersectorale richtlijn), dan past hij de daar beschreven aanbevelingen toe en gaat hij indien nodig over tot de toepassing van afzondering of fixatie onder dwang.
- c. Wanneer het in de situatie **niet langer vereist of gewenst** is en/of alternatieve oplossingen opnieuw geprobeerd kunnen worden;
- d. Wanneer deze maatregel **niet werkt**, bv. indien de maatregel contraproductief is met het oog op het behouden van de veiligheid of indien de maatregel niet leidt tot de verhoopte ontplooiingskansen.

### 5.2. Wie beëindigt de maatregel?

De zorgverleners/begeleiders die het toezicht uitvoeren en de evaluatie van het effect van de maatregel opvolgen, beëindigen de maatregel. In het geval dat de maatregel niet beëindigd wordt door de verantwoordelijke die de maatregel heeft gestart, dan wordt de verantwoordelijke zo snel mogelijk geïnformeerd over de beëindiging van de maatregel.

## 6. Na het beëindigen van de maatregel

### 6.1. Nabespreking met de jongere

- a. **Bied de jongere de kans** om de eigen ervaringen te delen en vragen te stellen.
- b. **Besprek** volgende aspecten indien dit haalbaar is voor de jongere, aangepast aan de jongere en indien de jongere hiervoor open staat:
  - i. wat er gebeurd is;
  - ii. waarom het gebeurd is;
  - iii. de beleving van de jongere, de emotionele en fysieke impact;
  - iv. wederzijdse veronderstellingen over gebeurtenis, aanleiding, aanpak en beleving;
  - v. of de maatregel nog steeds het beoogde doel bereikt,
  - vi. of alternatieven voor de maatregel een (betere) optie zijn.

## **6.2. Opmerkingen van de jongere in het individueel dossier van de jongere**

Bied de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) de mogelijkheid om **opmerkingen** over de maatregel te laten registreren in het dossier van de jongere en informeer hen over de mogelijkheid om een afschrift van de registratie van de maatregel in het dossier te ontvangen.

**Bijlage 8 Voor de doelgroep van kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking: Voorlopige aanbevelingen voor de praktische uitvoering van fysieke interventie bij potentieel gevaar en/of om ontplooiings-/ontwikkelingskansen te bevorderen**

## A. Inleiding

De studie op basis waarvan de intersectorale richtlijn is ontwikkeld – met de intersectorale en interdisciplinaire methode - resulteerde niet in consistente evidentie over de **toelaatbaarheid** van afzondering en fixatie voor het behouden van de veiligheid **bij potentieel gevaar** of ter bevordering van **ontwikkelings-/ontplooiingskansen** mét **toestemming** van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger). De formulering van *intersectorale* aanbevelingen over het gebruik van afzondering en fixatie in deze situaties was bijgevolg niet mogelijk (zie deel A.IV.2 van de intersectorale richtlijn).

Wanneer enkel de verzamelde evidentie voor de doelgroep van **jongeren met een verstandelijke beperking** in rekening werd genomen, kon de evidentie vanuit orthopedagogisch perspectief en vanuit mensenrechtelijk en juridisch perspectief *wel* geïntegreerd worden. Bijgevolg is het voor deze doelgroep in principe wel mogelijk om voor deze situaties de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie vast te stellen. Op basis van de wetenschappelijke literatuur was het ook mogelijk om voorlopige aanbevelingen op te stellen voor de **praktische uitvoering van fysieke interventie** in dit type van situaties (zie Hoofdstuk 5).

Onderstaande aanbevelingen zijn gericht naar de **zorgverleners/begeleiders** die afzondering en fixatie uitvoeren. Alle aanbevelingen hebben betrekking op de **praktische uitvoering van fysieke interventie** bij jongeren met een **verstandelijke beperking**, voor die situaties waarin de maatregel tot doel heeft de veiligheid te behouden **bij potentieel gevaar** en/of **ontwikkelings- en ontplooiingskansen te bevorderen**. Dit is ook het geval wanneer dit niet uitdrukkelijk in de aanbeveling vermeld staat. Belangrijk is dat deze aanbevelingen **enkel** van toepassing zijn wanneer de jongere **instemt** met de maatregel of er **zelf naar vraagt**. Deze kunnen nooit onder dwang uitgevoerd worden. Wanneer de jongere tijdens het uitvoeren van de maatregel er verzet tegen toont, dient men de maatregel meteen te stoppen.

Een aantal van deze aanbevelingen dienen zorgverleners/begeleiders **voor bepaalde groepen van jongeren deels aan te passen**, op maat van de individuele jongere. Deze worden aangeduid met:



Bij de hertaling 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 jongere;
- Omdat de inzet op communicatie tussen de jongere en zorgverlener(s)/begeleider(s) tijdens een maatregel zo belangrijk is, dient het gebruik van hulpmiddelen voor communicatie, zoals een hoorapparaat, spraakcomputer of pictoborden, tijdens de uitvoering van een maatregel zo weinig mogelijk belemmerd of verhinderd te worden;
- Wanneer de zorgverlener/begeleider de jongere bepaalde lichaamshoudingen laat aannemen tijdens fysieke interventie, 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 zorgverleners/begeleiders, concrete handelingen en technieken en tijdsduur van een maatregel komt ook **registratie van de observaties en evaluaties** aan bod. Registratie is belangrijk omdat het een “papertrail” vormt van de maatregel die wordt toegepast. Voor de jongere is registratie in het bijzonder van belang omdat het de maatregel controleerbaar maakt en hem de

mogelijkheid biedt de maatregel in vraag te stellen. Wanneer de jongere de maatregel in vraag stelt, is een zorgvuldige registratie ook in het belang van de voorziening en de zorgverleners/begeleiders. Bovendien helpt de geregistreerde informatie de zorgverleners/begeleiders en beleidsmedewerkers om te kunnen leren uit het verloop van een afzondering of fixatie. Desondanks mag de registratie niet ten koste gaan van de zorg voor de (mede)jongeren.

## **B. Voorlopige aanbevelingen voor de praktische uitvoering van fysieke interventie bij potentieel gevaar en/of om ontplooiings-/ontwikkelingskansen te bevorderen**

### **1 Indien er meerdere zorgverleners/begeleiders betrokken zijn**

1. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie steeds één zorgverlener/begeleider de leiding heeft.
2. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie de zorgverleners/begeleiders nauw samenwerken als een team, waarbij ieder zijn rol begrijpt en kent.
3. Neem als zorgverlener/begeleider 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 jongere of eventuele omstaanders in gevaar brengt.
4. Zorg ervoor dat tijdens een fysieke interventie één zorgverlener/begeleider uitleg geeft aan de gefixeerde persoon; dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijk mogelijk.
5. De zorgverlener/begeleider die tijdens een fysieke interventie de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-zorgverleners/begeleiders in de mogelijkheid zijn om zo nodig het hoofd en de nek van de jongere te beschermen en te ondersteunen, te waken over het vrijhouden van de luchtwegen en ademhaling, en over de vitale functies.
6. De zorgverlener/begeleider die tijdens een fysieke interventie de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-zorgverleners/begeleiders tijdens het hele proces worden bijgestaan en ondersteund.



## 2 Indien één zorgverlener/begeleider de fysieke interventie uitvoert



7. Geef tijdens een fysieke interventie uitleg aan de gefixeerde persoon; dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijk mogelijk.
8. Zorg ervoor dat je, indien nodig, het hoofd en de nek van de jongere beschermt en ondersteunt, en waakt over het vrijhouden van de luchtwegen en ademhaling, en over de vitale functies.
9. Vraag een collega-zorgverlener/begeleider om ondersteuning als je niet zelf de voorzorgsmaatregelen of technieken op een goede manier kan uitvoeren of indien de situatie dreigt te escaleren.

## 3 Handelingen en technieken

10. Zorg er telkens voor dat de fysieke interventie en de wijze waarop deze wordt uitgevoerd in verhouding staan tot het gedrag dat de jongere stelt.
11. Gebruik bij fysieke interventie uitsluitend technieken die schadelijke lichamelijke effecten minimaliseren, om op die manier het risico op fysieke pijn of kwetsuren bij de jongere te vermijden.
12. Belemmer tijdens een fysieke interventie nooit iemands luchtwegen, de ademhaling of de bloedsomloop.
13. 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).



14. Indien fixeren bij een persoon die ligt 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.
15. Voorkom tijdens een fysieke interventie dat de jongere (gedeeltelijk) ontkleed raakt, doordat zijn/haar (persoonlijke) kledij bijvoorbeeld scheurt of niet op de juiste plaats blijft zitten.
16. Vermijd bij een fysieke interventie contact dat door de jongere als seksueel kan worden ervaren.



17. Houd rekening met het geslacht van de zorgverlener(s)/begeleider(s) indien fysieke interventie wordt toegepast bij personen met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik.



18. Vertel de persoon die de fysieke interventie ondergaat, dat de interventie zal stoppen zodra het gedrag waarvoor de fysieke interventie wordt toegepast zich niet langer stelt.

19. Gebruik een fysieke interventie nooit als strafmaatregel.

20. Bij automutilatie of stereotiep gedrag dat tot schade voor de persoon leidt moet altijd worden gezocht naar factoren die het gedrag versterken of verminderen.

21. Ook bij zelffixatie die ontplooiingskansen in de weg staat, moet altijd worden gezocht naar factoren die het gedrag versterken of verminderen.

22. Voordat fysieke interventie wordt overwogen, moeten alternatieve interventies worden verkend, zoals positief bekrachtigen van het gewenste gedrag, het ongewenste gedrag met verbale instructies proberen te onderbreken, of het aanpassen van voorwerpen en materialen in de nabije omgeving van de jongere.

23. Pas wanneer andere alternatieven zijn overwogen en niet het gewenste effect hebben, kan fysieke interventie worden toegepast bij automutilatie en stereotiep gedrag dat tot schade voor de persoon leidt, of bij zelffixatie die ontplooiingskansen in de weg staat.

24. Mogelijke fysieke interventies bij automutilatie, stereotiep gedrag dat tot schade voor de persoon leidt en zelffixatie die ontplooiingskansen in de weg staat, kunnen bestaan uit 'response blocking' of 'response redirection'. Respectievelijk houdt de zorgverlener/begeleider hierbij de beweging van het bewuste lichaamsdeel (bijv. de hand) tegen, of begeleidt de zorgverlener/begeleider het lichaamsdeel naar een andere positie.

#### **4 Duurtijd van een fysieke interventie**

25. Streef bij fysieke interventie(s) in de vorm van 'response blocking' of 'response redirection' in de regel eerder naar een aantal seconden dan een aantal minuten.

## 5 Observeren, evalueren en registreren

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

26. Registreer in het (be)handelings-/begeleidingsplan van de persoon dat de fysieke interventie(s) is/zijn besproken met en is/zijn goedgekeurd door de persoon zelf en/of zijn vertegenwoordiger, evenals de situaties waarin de fysieke interventie(s) worden toegepast.
27. Observeer en evalueer altijd het onmiddellijke effect van de fysieke interventie(s) die de persoon ondergaat.
28. Neem in het (be)handelings-/begeleidingsplan minstens jaarlijks evaluaties op en bespreek het effect en de noodzaak van de fysieke interventie(s) binnen het multidisciplinaire team.

