

De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp

Een intersectorale richtlijn met zicht op de toekomst

Kathleen De Cuyper¹, Tim Opgenhaffen², Gilles Droogmans³, Dorien Beeckmans¹,
Jasper Vanhoof⁴, Nana Mertens¹, Bea Maes³, Els Vanlinthout¹, Theo van Achterberg⁴, Sara Nijs³,
Tine Peeters¹, Johan Put² & Chantal Van Audenhove¹

¹ LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, KU Leuven

² Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven

³ Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek, KU Leuven

⁴ Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde, KU Leuven

November 2021

A. Inhoud

Inhoud	2
A. Inleiding	5
I. Doelstelling en overzicht van de intersectorale richtlijn	5
A.I.1 Doelstelling van de richtlijn	5
A.I.2 Afzondering en fixatie	6
A.I.3 Overzicht van de richtlijn.....	9
II. Ontwikkeling van een intersectorale richtlijn: Methode.....	10
A.II.1 Methode voor de ontwikkeling van de intersectorale aanbevelingen voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie	11
A.II.2 Methode voor de ontwikkeling van de intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie.....	14
A.II.3 Methode voor het opstellen van de toelichtingen en van de randvoorwaarden voor implementatie	16
III. Definities.....	17
IV. De <i>do's and don'ts</i> van afzondering en fixatie in een notendop.....	20
A.IV.1 Inzetten op preventie staat voorop.....	20
A.IV.2 De toelaatbaarheid van afzondering en fixatie	20
A.IV.3 De <i>do's and don'ts</i> van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp	22
V. De betrokkenheid van de jongere en zijn vertegenwoordiger.....	24
A.V.1 De beslissingsbekwaamheid beoordelen	24
A.V.2 De tussenkost van een vertegenwoordiger	25
B. Aanbevelingen voor de preventie van (collectieve) afzondering en fixatie	27
I. Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers	28
B.I.1 Leiderschap.....	28
B.I.2 Preventieve interventies en alternatieven voor afzondering en fixatie.....	30
B.I.3 Opleiding en training van zorgverleners/begeleiders over preventie van afzondering en fixatie	31
B.I.4 Opbouw en inrichting van de afdelingen/leefgroepen	33
B.I.5 Bekendmaking van het preventiebeleid.....	33
II. Aanbevelingen op het niveau van het behandel-/begeleidingsteam	34
B.II.1 Werking van het team	34
B.II.2 Positief leefklimaat.....	34
B.II.3 Omgaan met regels op de afdeling/in de leefgroep	35
B.II.4 Continuïteit van zorg/begeleiding	36

III.	Aanbevelingen op het niveau van de directe zorg/begeleiding voor de jongeren	38
B.III.1	Kennismaking met de jongere en met zijn naasten	38
B.III.2	Onthaal en bejegening van de jongeren	39
B.III.3	Nabijheid, activiteiten aanbod en therapeutisch/begeleidingsaanbod	40
B.III.4	Gebruik van het signaleringsplan voor de preventie van afzondering en fixatie bij (gradaties van) agressie en/of escalatie	41
B.III.5	Omgaan met escalatie	43
B.III.6	Indien de jongere en/of zijn vertegenwoordiger zelf vraagt naar afzondering of fixatie	44
B.III.7	Het vermijden van vooraf geplande afzonderingen en fixaties bij voorspelbare en terugkerende situaties	44
B.III.8	Nabespreking na een afzondering en fixatie in de context van agressie en/of escalatie	45
B.III.9	Time-out	46
C.	Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie bij ernstig en acuut gevaar	48
I.	Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers	49
C.I.1	Ontwikkeling van het toepassingsbeleid	49
C.I.2	Procedures	50
C.I.3	Opleiding en training van de zorgverleners/begeleiders over de toepassing van afzondering en fixatie	50
C.I.4	De afzonderingskamer	51
C.I.5	Klachtenprocedures	51
II.	Aanbevelingen voor afzonderings- en fixatieprocedures bij ernstig en acuut gevaar	52
C.II.1	Toelaatbaarheid	52
C.II.2	Overwegen en beslissen met betrekking tot het gebruik van afzondering of fixatie	52
C.II.3	Uitvoeren van de maatregel	55
C.II.4	Beslissen tot het beëindigen van de maatregel	59
C.II.5	Na het beëindigen van de maatregel	60
D.	Aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie bij ernstig en acuut gevaar	62
I.	Fysieke interventie	64
D.I.1	Het team	64
D.I.2	Handelingen en technieken	64
D.I.3	Duurtijd van een fysieke interventie	66
D.I.4	Observeren, evalueren en registreren	66
II.	Mechanische fixatie	67
D.II.1	Het team	67
D.II.2	Handelingen, materialen en technieken	67
D.II.3	Duurtijd van een mechanische fixatie	69

D.II.4	Observeren, evalueren en registreren	69
III.	Afzondering	71
D.III.1	Het team.....	71
D.III.2	Handelingen en technieken.....	71
D.III.3	Duurtijd van een afzondering.....	71
D.III.4	Observeren, evalueren en registreren	73
IV.	Impact van de kalenderleeftijd van de jongere.....	74
E.	Randvoorwaarden voor de implementatie van de richtlijn in de praktijk	75
I.	Randvoorwaarden op het niveau van de individuele residentiële voorzieningen.....	76
E.I.1	Basisveiligheid van de behandel- en begeleidingsomgeving.....	76
E.I.2	Collectief leren en zorg voor personeel	76
II.	Randvoorwaarden op het niveau van de betrokken sectoren	77
E.II.1	Een ‘only once’ intersectoraal en gebruiksvriendelijk registratiesysteem.....	77
E.II.2	Een optimale en gedifferentieerde personeelscapaciteit	77
E.II.3	Begeleiding van de voorzieningen bij deskundigheidsbevordering	78
E.II.4	Architecturale aanpassingen	78
III.	Randvoorwaarden op het niveau van de wetgeving.....	79
	Referenties.....	80
	Bijlage 1. Types voorzieningen waarop de richtlijn van toepassing is	86

A. Inleiding

I. Doelstelling en overzicht van de intersectorale richtlijn

A.I.1 Doelstelling van de richtlijn

Afzondering en fixatie zijn in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de jeugdhulp (JH) en de zorg voor kinderen en jongeren met een handicap omstreden maatregelen, zowel vanuit klinisch, (ortho)pedagogisch als mensenrechtelijk perspectief. De toepassing ervan brengt vaak fysieke en psychologische risico's met zich mee en raakt aan de menselijke waardigheid. In de internationale wetenschappelijke literatuur bestaat er consensus dat afzondering en fixatie maximaal vermeden moeten worden (e.g., Baker & Carlson, 2018; Chieze, Hurst, Kaiser & Sentissi, 2019; de Valk et al., 2015; Hammervold, Norvoll, Aas & Sagvaag, 2019; Perers, Bäckström, Johansson & Rask, 2021; Roy et al., 2021; Sturmey, 2015; Whitley & Rozel, 2016). Uit onder meer thematische audits van Zorginspectie blijkt dat het - ondanks deze consensus - in de praktijk niet vanzelfsprekend is om afzondering en fixatie te vermijden en bij de toepassing de menswaardigheid en veiligheid te waarborgen (Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin, 2017, 2018a, 2018b, 2019). Daarom is binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin - in opdracht van de betrokken Vlaamse minister - een **intersectorale richtlijn** ontwikkeld voor de **preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp**.

De richtlijn geeft concrete aanbevelingen voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen die verblijven binnen de **(forensische) jeugdhulp**, in een **multi-functioneel centrum voor kinderen en jongeren met een handicap**, in een internaat met permanente openstelling (IPO) of in een **residentiële voorziening van de kinder- en jeugd-GGZ** (zie Bijlage 1). De richtlijn is ontwikkeld aan de hand van een **intersectorale methode** (zie A.II.1) en is zodoende van toepassing op alle sub-sectoren van de brede residentiële jeugdhulp. Sommige jongeren verblijven doorheen hun jeugd immers in verschillende sub-sectoren van de brede jeugdhulp. Bovendien is het vanuit mensenrechtelijk oogpunt en een sociale kijk op kwetsbare jongeren niet wenselijk om groepen anders te behandelen - in het bijzonder sneller tot afzondering of fixatie over te gaan - omwille van een verstandelijke beperking of psychiatrische aandoening, wanneer het gedrag dat de aanleiding vormt tot afzondering of fixatie bij andere groepen tot een andere aanpak leidt.

De doelstelling van de richtlijn bestaat erin het proces van **kwaliteitsverbetering** te ondersteunen. Dit wil zeggen dat de aanbevelingen ontwikkeld zijn met **zicht op de toekomst**. Niet alle aanbevelingen zijn op dit moment realiseerbaar in alle betrokken voorzieningen. Daarom eindigt de richtlijn met randvoorwaarden die de verdere implementatie in de praktijk mogelijk moeten maken.

Om een ambitieuze richtlijn te ontwikkelen, zijn de aanbevelingen gebaseerd op de integratie van wetenschappelijk evidentie vanuit zowel klinisch en (ortho)pedagogisch perspectief, als vanuit juridisch en mensenrechtelijke perspectief. De methode om de aanbevelingen te ontwikkelen is dus niet enkel een intersectorale, maar ook een **interdisciplinaire methode** (zie A.II.1). Daarmee bouwt deze richtlijn verder op de [richtlijn](#) voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ (hierna GGZ-richtlijn genoemd), die op basis van dezelfde methode is ontwikkeld. Na publicatie van deze nieuwe intersectorale richtlijn zal de GGZ-richtlijn enkel van toepassing zijn voor de volwassenen GGZ en niet meer op de kinder- en jeugd-GGZ.

A.1.2 Afzondering en fixatie

De richtlijn focust op **afzondering** en **fixatie** – fysieke interventie, mechanische fixatie, medicamenteuze fixatie – en niet op andere vrijheidsbeperkende maatregelen zoals bv. compartimentering. We hanteren de definities van afzondering en fixatie die vastgelegd zijn door het Managementcomité Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) van de Vlaamse overheid (februari, 2019), en waaraan op basis van deze studie ook enkele aanpassingen zijn gedaan. De definities zijn terug te vinden onder deel A.3.

Waar de GGZ-richtlijn enkel ingaat op afzondering en fixatie in de context van agressie en escalatie, is deze nieuwe richtlijn ruimer. Er is breder onderzoek gedaan met de bedoeling aanbevelingen te ontwikkelen voor de preventie, toelaatbaarheid en toepassing van

- 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.
- 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.
- Afzondering en fixatie om **ontwikkelings- en ontplooiingskansen te bevorderen** van de jongere of andere personen. In bepaalde situaties zorgen deze afzonderingen en fixaties er ook voor dat de veiligheid dus behouden blijft. De maatregel heeft in dat geval een dubbele functie.
- 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.

Voor zover de verzamelde evidentie het toelaat, bevat de richtlijn aanbevelingen over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie in deze verschillende 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. We beschrijven louter afzonderingen en fixaties die zich in de praktijk voordoen; ze zijn niet bedoeld als voorbeelden van goede praktijken.

- 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

Voorbeeld: een jongere is erg agressief naar een medegroepslid toe n.a.v. een ernstige conflictsituatie of omwille van een psychotische toestand. Nadat de begeleider hem heeft kunnen overtuigen om te stoppen met slaan, begint hij opnieuw. De jongere kan niet overtuigd worden om de kamer te verlaten, bv. naar de tuin. De jongere en/of het medegroepslid dreigen ernstige fysieke of psychische gevolgen te hebben van het agressief gedrag. De jongere wordt naar een afzonderingskamer gebracht.

Voorbeeld: een jongere met een verstandelijke beperking raakt plots erg geagiteerd door een teveel aan impulsen in zijn omgeving. Hij pijnigt zichzelf hevig. Alternatieven zoals afleiding bieden zorgen niet voor een vermindering van de zelfbeschadiging en het gedrag dreigt ernstige fysieke gevolgen te hebben voor de jongere. De jongere wordt naar een afzonderingskamer gebracht, die prikkelarm is.

Voorbeeld: twee begeleiders in een gemeenschapsinstelling controleren de kamer van een jongere op drugs, in aanwezigheid van de jongere. Plots valt de jongere één van beide

begeleiders aan in de rug. De andere begeleider komt tussen en houdt de jongere voor een aantal seconden fysiek in bedwang.

- 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

Voorbeeld: een jongere vraagt zelf aan de begeleiding om afgezonderd te worden omwille van aanhoudende ernstige suïcidedachten. De begeleider bespreekt met de jongere of hiervoor geen alternatieven zijn. De jongere blijft aangeven dat die dit als enige mogelijkheid ziet omdat die zichzelf niet vertrouwt. De begeleider brengt de jongere naar de afzonderingskamer.

Voorbeeld: het vooraf gepland en terugkerend gebruik van een armkoker bij een jongere met een verstandelijke beperking om zelfverwonding te vermijden.

Voorbeeld: een jongere keert sterk onder invloed van alcohol terug uit weekendverlof en wordt een aantal uur in afzondering geplaatst.

Voorbeeld: een jongere die recent ernstige jeugddelicten heeft gepleegd en voor het eerst in een gemeenschapsinstelling toekomt, wordt enkele dagen in afzondering geplaatst omdat de begeleiders niet kunnen inschatten hoe de jongere zich zal gedragen.

- Afzondering en fixatie om **ontwikkelings- en ontplooiingskansen te bevorderen** van de jongere of andere personen

Voorbeeld: een kind met ernstig meervoudige beperkingen wordt vastgemaakt in een blijfstoel om de onrust te temperen, en zo de deelname aan een activiteit mogelijk te maken.

Opmerking: mechanische fixatie zorgt er in deze situatie ook voor dat de veiligheid behouden blijft. De mechanische fixatie heeft in dit voorbeeld dus een dubbele functie.

Voorbeeld: 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.

- Afzondering om de jongere te **straffen**

Voorbeelden: afzondering als straf omdat de jongere betrappt wordt op drugs dealen, omdat hij een gevaarlijk voorwerp - zoals een scherp mes – bezit, of omdat hij enkele uren geleden ernstig agressief is geweest naar een medegroepslid toe.

De richtlijn is **niet van toepassing** op wat een zorgverlener/begeleider doet zoals ook een verantwoorde ouder zou doen in overeenstemming met de effectieve leeftijd van een beslissingsonbekwame minderjarige om hem te beschermen bij acuut en ernstig gevaar, voor potentieel gevaar of onaangepast sociaal gedrag.

- Voorbeelden van afzondering waarop de richtlijn niet van toepassing is:
 - Een baby ligt in een bedje in een individuele kamer en huult. De zorgverlener/begeleider kan de baby volgen via een babyfoon en gaat naar de baby bij problemen;
 - Een vierjarige met een ernstige meervoudige beperking wordt naar een aparte ruimte gebracht om tv te kijken. De zorgverlener/begeleider checkt regelmatig of de activiteit nog zinvol is voor de jongere.
- Voorbeelden van fysieke interventie waarop de richtlijn niet van toepassing is:
 - een zorgverlener/begeleider neemt een zesjarig kind aan de hand opdat het niet op straat zou lopen;
 - een zorgverlener/begeleider neemt een luidkeels wenende peuter op de schoot wanneer zijn ouder vertrekt;
 - een zorgverlener/begeleider neemt een vierjarige die alle koekjes probeert op te eten die op tafel staan, even op de schoot om het kind dit te verhinderen.
- Voorbeelden van mechanische fixatie waarop de richtlijn niet van toepassing is: een baby, peuter of kleuter vastmaken in een buggy of eetstoel, om respectievelijk een wandeling of maaltijd op een veilige manier mogelijk te maken, en dit voor de duur van de wandeling of maaltijd.

A.1.3 Overzicht van de richtlijn

De richtlijn plaatst de **preventie** van afzondering en fixatie voorop. Daartoe bevat de richtlijn aanbevelingen voor een multi-methodische aanpak met preventieve strategieën op het niveau van de directie, de behandel-/begeleidingsteams en de directe zorg/begeleiding voor de jongeren. Slechts voor situaties waarin preventieve of alternatieve acties rigoureuus maar tevergeefs uitprobeerde zijn, bevat de richtlijn aanbevelingen voor de **toepassing** van afzondering en fixatie, en de **praktische uitvoering** ervan. De aanbevelingen voor de toepassing en praktische uitvoering van afzondering en fixatie volgen uit de aanbevelingen over de preventie ervan. Het deel over toepassing bevat ook aanbevelingen over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie in verschillende types van situaties. De drie onderdelen – preventie, toepassing en praktische uitvoering - vormen samen één geheel. Menswaardigheid en veiligheid voor de jongeren en het personeel staan centraal.

Tenslotte geven we – bij wijze van **leeswijzer** - een overzicht van de structuur van de richtlijn. De richtlijn is als volgt opgebouwd:

- **Deel A: Inleiding**
 - Doelstelling en overzicht van de richtlijn
 - Toelichting bij de methode voor de ontwikkeling van de richtlijn
 - Lijst van definities
 - De *do's* and *don'ts* van afzondering en fixatie in een notendop
 - Toelichting bij de beslissingsbekwaamheid van jongeren en eventuele toestemming van de vertegenwoordiger
- **Deel B: Aanbevelingen voor de preventie van (collectieve) afzondering en fixatie**
 - Op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers
 - Op het niveau van het behandel-/begeleidingsteam
 - Op het niveau van de direct zorg/begeleiding voor de jongeren
- **Deel C: Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie bij ernstig en acuut gevaar**
 - Op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers
 - Aanbevelingen voor de afzonderings- en fixatieprocedures
- **Deel D: Aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering, fysieke interventie en mechanische fixatie bij ernstig en acuut gevaar**
- **Deel E: Randvoorwaarden voor de implementatie van de richtlijn in de praktijk**
- **Bijlage 1: Types voorzieningen** waarop de richtlijn van toepassing is

II. Ontwikkeling van een intersectorale richtlijn: Methode

De methode voor de ontwikkeling van de intersectorale richtlijn als ook een overzicht van de verzamelde evidentie waarop de richtlijn is gebaseerd, zijn uitgebreid toegelicht in het [rapport over de ontwikkeling van de richtlijn](#). Hieronder volgt een samenvatting van de methode. Deze is verschillend voor de aanbevelingen over de preventie en toepassing van afzondering en fixatie, en de aanbevelingen over de praktische uitvoering van afzondering en fixatie.

De **richtlijnwerkgroep** volgde de uitvoering van de onderzoeksmethode en de tussentijdse resultaten op. 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

A.II.1 Methode voor de ontwikkeling van de intersectorale aanbevelingen voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie

De **evidentie** ter onderbouwing van de aanbevelingen over de preventie (Deel B) en toepassing van afzondering en fixatie (deel C) zijn verzameld via

- juridische analyses van het Europees mensenrechtelijk en nationaalrechtelijk kader in de betrokken sectoren,
- literatuurstudies van de internationale wetenschappelijke literatuur over de preventie en goede praktijken van afzondering en fixatie in de betrokken sectoren¹,
- literatuurstudies van de internationale wetenschappelijke literatuur over de impact van afzondering en fixatie op jongeren en zorgverleners/begeleiders in de betrokken sectoren¹,
- een intersectorale kwalitatieve studie bij alle stakeholders in Vlaanderen in de betrokken sectoren:
 - zes interviews met beleids- en praktijkmedewerkers uit voorzieningen gekend voor hun goede praktijken omtrent (de preventie van) afzondering en fixatie;
 - een focusgroep met vijf jongeren met ervaring in een jeugdhulpvoorziening en interviews met drie jongeren met ervaring in een multifunctioneel centrum (MFC) voor kinderen en jongeren met een handicap;
 - een schriftelijke bevraging van vijf ouders met ervaring in een jeugdhulpvoorziening en interviews met vijf ouders met ervaring in een MFC voor kinderen en jongeren;
 - twee expertpanels met 13 experts vanuit de VAPH-sector voor kinderen en jongeren en met 22 experts vanuit de residentiële (forensische) jeugdhulp en (forensische) kinder- en jeugd-GGZ, waaronder de leden van de richtlijnwerkgroep. Deze experts waren professionals uit voorzieningen gekend voor hun goede praktijken omtrent (de preventie van) afzondering en fixatie, jongeren/gebruikers- en familieverenigingen, beroepsverenigingen, koepelorganisaties en academici. Deze experts gaven feedback op de eerste versie van de richtlijn;
 - een laatste expertpanel met de richtlijnwerkgroep (n = 10) over de haalbaarheid van de voorlaatste versie van de richtlijn, en de afstemming op de waarden en voorkeuren van de betrokken sectoren met betrekking tot goede kwaliteit van zorg.

De juridische analyses, de literatuurstudies en de kwalitatieve studie zijn uitgevoerd voor de verschillende betrokken sub-sectoren en doelgroepen. Dit resulteerde in evidentie die verschilde tussen de doelgroepen en sub-sectoren. De topics waarover evidentie is 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 **intersectorale en interdisciplinaire methode** ontwikkeld om de evidentie te integreren. De verzamelde evidentie is op twee niveaus geïntegreerd:

¹ Voor de sector van de residentiële kinder- en jeugd-GGZ zijn de juridische analyses en literatuurstudies enkel aanvullend uitgevoerd voor de periode 2018 tot 2020. Het grootste deel van deze analyses gebeurde reeds in het kader van de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ ([rapport](#)).

1. Integratie van de evidentie met betrekking tot de verschillende **doelgroepen/sub-sectoren**:

- 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 alle drie de visies op zorg/begeleiding opgenomen in de richtlijn aangezien er geen tegenstrijdige evidentie gevonden is in onderzoek in de respectievelijke andere doelgroepen/sub-sectoren.

- Voor een aantal aanbevelingen levert de 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 te weerhouden 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. Voor de doelgroep van jongeren met een verstandelijke beperking gaf de evidentie verzameld in de kwalitatieve studie aan dat dit toelaatbaar is. 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 in dergelijke situaties, en ook niet of hiervoor dan toestemming nodig is van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger). Op basis van de literatuurstudie 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 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 geen intersectorale aanbevelingen formuleren over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie mét toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) in deze types van situaties.

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

- Aanbevelingen waarvoor we evidentie vonden vanuit één van beide perspectieven zijn weerhouden voor de richtlijn op voorwaarde dat er *geen tegenstrijdige evidentie* vanuit het andere perspectief werd 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 nationaal-rechtelijke 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 die gepaard gaat met een nood aan medische zorg, voorbehouden aan artsen, verpleegkundigen en zorgkundigen. Dat heeft te maken met de risico's die zich kunnen voordoen met betrekking tot de gezondheidstoestand van de jongere (bv. risico's met betrekking tot de veiligheid of risico op pijn) 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 + de intersectorale 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/verpleegkundig/zorgkundige vergezeld door de zorgverlener/ begeleider waarmee de jongere wel vertrouwd is.

- Voor een aantal aanbevelingen is de evidentie die we vonden vanuit juridisch/mensen-rechtelijk perspectief enerzijds en klinisch/(ortho)pedagogisch perspectief anderzijds *tegenstrijdig*. Daarom werden 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 gedwongen opname, 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, Fox & Berry, 2016). Bovendien heeft een gedwongen opname een verregaande negatieve

impact op de begeleidingsrelatie (Lawrence, Perez-Coste, Bailey, DeSilva & Dixon, 2019; Sashidharan, Mezzina & Puras, 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, Larue & Dumais, 2017; Huckshorn, 2004). Door deze tegenspraak werd de mensenrechtelijke aanbeveling uit de richtlijn geweerd.

A.II.2 Methode voor de ontwikkeling van de intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie

De intersectorale aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie (deel D) zijn ontwikkeld aan de hand van een **Delphi-procedure**. De Delphi-studie vond plaats in 2019-2020. Tijdens de ontwikkeling van de brede intersectorale richtlijn (preventie & toepassing) is de literatuurstudie uit februari 2019 – die deel uitmaakte van de Delphi-studie – aangevuld (zie Hoofdstuk 5 van het [rapport](#)).

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

De Delphi-studie is in 10 stappen verlopen:

1. Op basis van een literatuurstudie van 41 wetenschappelijke reviews en 12 richtlijnen en rapporten ontwikkelden de onderzoekers een vragenlijst met stellingen over de praktische uitvoering van afzondering en fixatie in de context van agressie en/of escalatie in de betrokken sectoren. De stellingen werden ook vanuit juridisch perspectief beoordeeld.
2. De onderzoekers rekruteerden de deelnemers voor de Delphi-studie, zowel expert-professionals als ervaringsdeskundigen. Expert-professionals waren afkomstig uit de kinder- en jeugd-GGZ, volwassenen-GGZ, jeugdhulp en MFC's voor kinderen en jongeren. De ervaringsdeskundigen hadden ervaring binnen de kinder- en jeugd- en/of volwassenen-GGZ.
3. Vervolgens werd het consensuscriterium vastgelegd. Dit werd gedefinieerd aan de hand van het percentage deelnemers dat (eerder) akkoord gaat met een stelling. Opdat een stelling zou opgenomen worden in de finale set van aanbevelingen diende meer dan 65% van de expert-professionals én meer dan 65% van de ervaringsdeskundigen (eerder) akkoord te gaan met de betreffende stelling.
4. De deelnemers ontvingen een e-mail met daarin een link naar de online vragenlijst. Zestig expert-professionals en 18 ervaringsdeskundigen namen deel aan de eerste Delphi-ronde. Bij elke stelling gaven de deelnemers aan in welke mate ze al dan niet akkoord waren om de stelling op te nemen in een geheel van aanbevelingen voor goede praktijk. De deelnemers kregen ook de kans om aan te duiden dat ze geen expertise hadden over de stelling en om hun antwoord toe te lichten.
5. Aangezien de Delphi-methode niet geschikt is voor jongeren (-18 jaar; Cachet vzw, persoonlijke communicatie, 2019) werden de resultaten van de eerste Delphi-ronde aangevuld met een focusgroep met jongeren die ervaring hebben binnen de jeugdhulp en eventueel de GGZ.

6. De stellingen waarvoor het consensuscriterium niet bereikt werd tijdens de eerste Delphi-ronde werden herwerkt op basis van de input van de deelnemers aan de studie, de richtlijnwerkgroep, de focusgroep met jongeren, de stuurgroep en een beoordeling vanuit juridisch perspectief. De herwerkte stellingen en enkele nieuwe stellingen werden opgenomen in de tweede Delphi-vragenlijst. Stellingen waarvoor tijdens de eerste Delphi-ronde reeds voldoende consensus tussen de deelnemers bereikt was, werden niet opnieuw aangeboden.
7. Bij de start van de tweede Delphi-ronde ontving elke deelnemer via e-mail een persoonlijk feedbackrapport. Per stelling werd hierin de visie van beide Delphi-panels – expert-professionals en ervaringsdeskundigen – en van de totale groep weergegeven. De deelnemers konden ook zien waar hun persoonlijke score zich situeerde ten opzichte van de verdeling van de groepsscores. In dezelfde e-mail ontvingen de deelnemers de link naar de tweede online vragenlijst. Op dezelfde manier als in de eerste Delphi-ronde werd de visie van de deelnemers over deze stellingen gevraagd en konden de deelnemers waar nodig hun antwoord toelichten. Achtenveertig expert-professionals en 17 ervaringsdeskundigen namen deel aan de tweede Delphi-ronde in de tweede Delphi-ronde.
8. Na twee rondes werden de stellingen waarvoor in de eerste of tweede Delphi-ronde voldoende consensus bereikt was tussen de deelnemers, omgezet in aanbevelingen voor gebruik in residentiële voorzieningen voor minderjarigen en residentiële GGZ-voorzieningen voor volwassenen. In deze fase werd specifiek aandacht besteed aan (1) de consistentie met de multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de GGZ, (2) de geschiktheid van de aanbevelingen voor alle doelgroepen van de betrokken sectoren, en (3) de beoordeling vanuit juridisch perspectief.
9. Een aantal aanbevelingen werd door de onderzoekers voorzien van toelichtingen om de betreffende aanbevelingen te verduidelijken of beter in de praktijk te kunnen omzetten. Ook deze toelichtingen kwamen tot stand op basis van
 - een analyse van de opmerkingen van de deelnemers aan de Delphi-studie bij alle aanvaarde stellingen;
 - opmerkingen uit de richtlijnwerkgroep en stuurgroep;
 - opmerkingen van alle onderzoekers, met bijzondere aandacht voor de conformiteit met de brede MDR, de verschillende doelgroepen waarop de aanbevelingen van toepassing zijn, het mensenrechterlijke toetsingskader voor afzondering en fixatie in de GGZ.

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



10. De deelnemers van de tweede Delphi-ronde kregen als afsluiting van de studie hun persoonlijke feedbackrapport van de tweede Delphi-vragenlijst toegestuurd.

Verdere uitleg over de manier waarop de aanbevelingen werden ontwikkeld, kan teruggevonden worden in het [rapport](#) van de Delphi-studie (Vanlinthout et al., 2020).

A.II.3 Methode voor het opstellen van de toelichtingen en van de randvoorwaarden voor implementatie

Naast de aanbevelingen zijn ook een aantal **toelichtingen** terug te vinden in de richtlijn (zie cursief gedrukte tekst). 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.

Tenslotte bevat de richtlijn in deel E een aantal **randvoorwaarden voor de implementatie** van de richtlijn in de praktijk. De randvoorwaarden zijn opgebouwd op basis van de randvoorwaarden uit de [GGZ-richtlijn](#) voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie (Peeters et al., 2019), 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 besproken is.

III. 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). De beoordeling van de beslissingsbekwaamheid van de jongere komt uitgebreid aan bod onder deel A.V.

Communicatieve signalen: Betekenisvolle, verbale en non-verbale signalen die de jongere al dan niet intentioneel uitzendt in interactie met anderen.

Compartimentering: 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.

Crisis: Een hevige en soms acute, emotionele reactie op een gebeurtenis die wordt opgevat als een bedreiging van een essentiële basisbehoefte. De reactie verloopt in fasen en na afloop is er een fundamentele verandering merkbaar.

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)

Doelgedrag: 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 (bijvoorbeeld gedragsproblemen zoals zelfverwonding).

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

Emotieregulatie vaardigheden: Het vermogen van een individu om een bepaalde emotie om te zetten of een bepaalde strategie toe te passen om met die emotie om te gaan (Campos, Frankel & Camras, 2004; Eisenberg, Fabes, Nyman, Bernzweig & Pinuelas, 1994).

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 werkkraft 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).

Functieanalyse: het in kaart brengen van de functie die het doelgedrag voor de jongere heeft, als ook de factoren die invloed hebben op het in standhouden van het doelgedrag (Hermans, Raes & Orlemans, 2017)

Herstel: Herstel is een manier van kijken naar conflicten, incidenten en delicten. Een herstelgerichte aanpak bestaat uit vier elementen. De dader, het slachtoffer en eventueel diens context worden samengebracht. Onderling overleg identificeert (1) de schade die resulteert uit het incident, (2) de noden van het slachtoffer en diens context die daaruit voortkomen, en (3) kent verplichtingen toe aan de dader om de schade te herstellen. Daarenboven zet de aanpak in op (4) de (her)opbouw van de interpersoonlijke relaties tussen de dader, het slachtoffer en diens context, door begrip op te bouwen voor elkaars waarden, normen en culturen en deze te valideren (Olson & Sarver, 2021).

De term herstel wordt binnen deze richtlijn *niet* gehanteerd zoals in de GGZ(-richtlijn) gedaan wordt. In deze sub-sector wordt met de term herstel – of ook persoonlijk herstel – verwezen naar een diepgaand persoonlijk en uniek proces waarbij attitudes, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en rollen van de persoon veranderen met als doel tot een bevredigend, hoopvol en waardevol leven te komen, ondanks de beperkingen die veroorzaakt worden door een psychische aandoening (Anthony, 1993)

Jongere(n): Om de leesbaarheid van de richtlijn te bevorderen, verwijst deze term hier naar kinderen van 0 tot 12 jaar, jongeren van 12 tot 18 jaar en jongvolwassenen van 18 tot 25 jaar.

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) waarvoor deze beschermd dient te worden en/of er is medisch-technische expertise vereist.

Omstaanders: De jongeren en zorgverleners/begeleiders die getuige zijn (1) van een afzondering of fixatie zonder eraan deel te nemen en/of (2) van het incident dat eraan voorafging.

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).

Second opinion: Het advies van een bevoegde zorgverlener/begeleider wordt gevraagd, die niet betrokken was bij de beslissing tot afzondering of fixatie.

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.

IV. De *do's and don'ts* van afzondering en fixatie in een notendop

A.IV.1 Inzetten op preventie staat voorop

Uit internationaal wetenschappelijk onderzoek bij jongeren die verblijven in een residentiële voorziening blijkt dat **afzondering en fixatie** in de context van agressie en escalatie en als straf **nefaste gevolgen** hebben (de Valk et al., 2015, LeBel, Huckshorn & Caldwell, 2010; Whitley & Rozel, 2016). Zowel voor de jongeren die een afzondering of fixatie ondergaan, voor de getuigen van afzondering of fixatie, als voor het personeel kunnen afzonderen en fixeren emotionele en fysieke schade berokkenen (Black et al., 2020; Deveau & Leitch, 2014; Heyvaert, Saenen, Maes & Onghena, 2015; Lebel et al., 2010). Afzondering en fixatie kunnen ook 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).

De meeste jongeren ervaren verschillende **negatieve emoties** tijdens of na afzondering en fixatie, o.a. een droevig, verward, boos gevoel of schuldgevoel (Black et al., 2020; Deveau & Leitch, 2014; eigen kwalitatieve studie in het kader van het onderzoeksproject; Heyvaert et al., 2015; Powell, Alexander & Karatzias, 2008). Een minderheid van de jongeren ervaart afzondering of fixatie in de context van agressie en escalatie wel als rustgevend en veilig (Black et al., 2020; Deveau & Leitch, 2014; Heyvaert et al., 2015). Tot nu toe is het **effect** van afzondering en fixatie bij jongeren **niet wetenschappelijk aangetoond** (e.g., Baker & Carlson, 2018; Fletcher, Hamilton, Kinner & Brophy, 2019; Nielson, Bray, Carter & Kiernan, 2020; Roy et al., 2021; Sashidharan et al., 2019; Shenton & Smith, 2021). Dit in acht nemend mogen afzondering en fixatie in moeilijke situaties nooit de eerste optie zijn en staat de **preventie** ervan steeds voorop.

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. In sommige gevallen is men erin geslaagd om het gebruik van een bepaald type dwangmaatregel (bv. mechanische fixatie) volledig te elimineren. Al deze inspanningen gaan doorgaans gepaard met het globaal stabiel blijven van de veiligheid binnen de voorziening (Black et al., 2020; Caldwell et al., 2014; Davies et al., 2020; Hottinen et al., 2020; Kaltiala-Heino, Berg, Selander, Työlajärvi & Kahila, 2007; Kennedy et al., 2019; Riding, 2016).

A.IV.2 De toelaatbaarheid van afzondering en fixatie

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. Uit de mensenrechtelijke analyse en de expertpanels met professionals uit de praktijk blijkt dit evenwel niet de enige reden te zijn waarom afzondering en fixatie in de praktijk worden toegepast. In de Vlaamse praktijk wordt afzondering soms ook gebruikt als **straf**, kaderen afzondering en fixatie binnen de *preventie* van ernstig en acuut gevaar – dus bij **potentieel gevaar** - of worden ze gebruikt als middel om **ontwikkelings-/ontplooiingskansen** van de jongere te bevorderen.

Op basis van de intersectorale en interdisciplinaire methode is de **toelaatbaarheid** van afzondering en fixatie bepaald in deze verschillende types van situaties. De samenvatting is weergegeven in Tabel 1. Afzondering en fixatie mogen in de betrokken sectoren nooit als straf gebruikt worden. Het gebruik ervan als veiligheidsmaatregel bij ernstig en acuut gevaar voor de jongere of voor anderen is toelaatbaar voor zover het een uiterst redmiddel is. Indien dit het geval is, mag afzondering of fixatie ook onder dwang worden toegepast. Voor de overige twee functies van afzondering en fixatie – om de veiligheid te behouden

bij potentieel gevaar en ter bevordering van ontwikkelings-/ontplooiingskansen van de persoon of anderen – is de evidentie enkel consistent voor wat betreft het feit dat ze in Vlaanderen *niet onder dwang* mogen worden toegepast. Dit betreft evidentie uit de literatuurstudies en het mensenrechtenkader. Over de toelaatbaarheid van de maatregel mét toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) bestaat weinig (eenduidige) evidentie over alle betrokken doelgroepen/sub-sectoren heen. De studie laat bijgevolg geen conclusie toe over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie in deze types van situaties mét toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger). Daarom blijven de aanbevelingen met betrekking tot de preventie van afzondering en fixatie in deze situaties voorop staan: het gebruik van afzondering en fixatie wordt best vermeden. Gezien op basis van de studie geen conclusie over de toelaatbaarheid mogelijk is, laat de studie ook niet toe om *intersectorale* aanbevelingen te ontwikkelen over de *afzonderings- en fixatieprocedures - inclusief de praktische uitvoering* van de maatregelen - in deze types van situaties. Tenslotte maakt de studie duidelijk dat afzondering nooit collectief mag toegepast worden. Elke afzondering en fixatie – indien deze niet vermeden kan worden – dient op maat van de jongere toegepast te worden.

Tabel 1 Samenvatting van de *intersectorale* aanbevelingen over 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
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 resultaten van de studie laten niet toe om intersectorale aanbevelingen te ontwikkelen met betrekking tot toelaatbaarheid mét toestemming van de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger). Daarom blijven de aanbevelingen voor preventie gelden.

Specifiek voor de **doelgroep van jongeren met een verstandelijke beperking** resulteerde de studie wel in consistente – maar beperkte - evidentie vanuit orthopedagogisch en mensenrechtelijk perspectief. Dit maakte de ontwikkeling van voorlopige aanbevelingen over afzonderings- en fixatieprocedures bij potentieel gevaar of om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen voor deze doelgroep wel mogelijk. Deze voorlopige aanbevelingen zijn terug te vinden in Bijlage 7 en 8 van het [rapport](#).

A.IV.3 De *do's and don'ts* van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp

Bij wijze van begeleiding bij het gebruik van de intersectorale richtlijn is hieronder een samenvattend overzicht te vinden van de ***do's and don'ts* van de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp** volgens de intersectorale richtlijn.

Directies, zorgverleners/begeleiders en vertegenwoordigers van jongeren en hun naasten doen er alles aan om in alle situaties afzondering en fixatie te vermijden.

- Dit kan door een multi-methodische aanpak met preventieve strategieën op drie niveaus
 - de directie en de beleidsmedewerkers
 - het behandel-/begeleidingsteam
 - de directe zorg en begeleiding voor de jongere

Afzondering en fixatie zijn niet toelaatbaar als straf.

Afzondering en fixatie zijn nooit collectieve maatregelen omdat ze dan niet op maat van de jongere en de situatie toegepast worden.

Afzondering en fixatie zijn bij ernstig en acuut gevaar voor de jongere of andere personen enkel toelaatbaar als het laatste redmiddel wanneer preventieve interventies en alternatieven niet (langer) volstaan:

- Het signaleringsplan bevat alle preventieve interventies en alternatieven om de maatregel te vermijden;
- Indien preventieve interventies en alternatieven niet (langer) volstaan, zijn afzondering en fixatie een reactie op een ernstig en acuut gevaar voor de fysieke en/of psychische integriteit van de jongere of andere personen;
- De toepassing kan onder dwang, maar gebeurt steeds zo veel mogelijk op maat van en in afstemming met de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger). Er moet rekening worden gehouden met kwetsbaarheden, risico's en zijn voor- en afkeuren;
- De doelstelling van de maatregel is om de veiligheid te doen terugkeren;
- De toepassing gebeurt zo kort mogelijk en stopt wanneer het gevaar niet langer ernstig en acuut is.

Afzondering en fixatie zijn onder dwang niet toelaatbaar bij potentieel gevaar voor de jongere of andere personen:

- Het signaleringsplan of (be)handelings-/begeleidingsplan bevat preventieve interventies en alternatieven zodat de maatregel bij potentieel gevaar vermeden wordt:
 - Het *signaleringsplan* bevat alle preventieve interventies en alternatieven om afzondering en fixatie als ongeplande maatregel in situaties met potentieel gevaar te vermijden;
 - Het *(be)handelings-/begeleidingsplan* bevat alle preventieve interventies en alternatieven om afzondering en fixatie als vooraf geplande maatregel in voorspelbare en terugkerende situaties met potentieel gevaar te vermijden;
- De studie laat geen conclusie toe over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie mét toestemming van de jongere (desgevallend de vertegenwoordiger) bij een potentieel gevaar voor de jongere of andere personen. Daarom blijven de aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie voorop staan: doe er alles aan om afzondering en fixatie ook te vermijden bij potentieel gevaar voor de jongere of andere personen, zelfs wanneer de jongere (desgevallend de vertegenwoordiger) met de toepassing van een maatregel toestemt.

Afzondering en fixatie zijn onder dwang niet toelaatbaar ter bevordering van ontwikkelings-/ontplooingskansen voor de jongere of andere personen:

- Het *(be)handelings-/begeleidingsplan* bevat alle elementen voor hoe afzondering en fixatie vermeden kunnen worden als vooraf geplande maatregel om een voorspelbare en terugkerende ontwikkelings-/ontplooingskans te bevorderen.
- De studie laat geen conclusie toe over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie mét toestemming van de jongere (desgevallend de vertegenwoordiger) ter bevordering van ontwikkelings-/ontplooingskansen voor de jongere of andere personen. Daarom blijven de aanbevelingen voor de preventie van afzondering en fixatie voorop staan: doe er alles aan om afzondering en fixatie ook te vermijden ter bevordering van ontwikkelings- en ontplooingskansen van de jongere of andere personen, zelfs wanneer de jongere (desgevallend de vertegenwoordiger) met de toepassing van een maatregel toestemt.

V. De betrokkenheid van de jongere en zijn vertegenwoordiger

De richtlijn beveelt op verschillende plekken aan dat “de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger)” betrokken wordt bij de preventie en de toepassing van afzondering en fixatie. Zo is de betrokkenheid vereist bij het opstellen van een signaleringsplan en worden zijn voor- en afkeuren gevraagd wanneer afzondering en fixatie overwogen worden wegens ernstig en acuut gevaar. Het betrekken van de jongere, zijn vertegenwoordiger en andere naaste(n) is in alle fasen van het zorg/begeleidingsproces essentieel om afzondering en fixatie zoveel mogelijk te voorkomen, en om de maatregel op een menswaardige en veilige manier toe te passen indien alternatieven niet (langer) volstaan.

Een belangrijke vraag is wanneer het betrekken van de vertegenwoordiger van de jongere juridisch niet vereist is, dan wel wanneer de vertegenwoordiger van de jongere betrokken moet worden; en indien een vertegenwoordiger betrokken moet worden, hoe dat gebeurt. Het antwoord hierop vanuit juridisch perspectief komt in wat volgt aan bod.

A.V.1 De beslissingsbekwaamheid beoordelen

Opdat het betrekken van de vertegenwoordiger van de jongere juridisch niet vereist is, moet de jongere beslissingsbekwaam zijn. Beslissingsbekwaamheid is het vermogen om vrij en overwogen beslissingen te nemen. Dat 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 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. 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. 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 2 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.

A.V.2 De tussenkomst van een vertegenwoordiger

Acht de zorgverlener/begeleider de jongere **beslissingsbekwaam**, dan treedt de jongere zelf op. De tussenkomst van anderen (ook al zijn het de ouders) kan enkel als de jongere dat zelf wil.

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.

2.1. De persoon van de vertegenwoordiger

- Is de jongere **minderjarig**, dan zijn het de **ouders of de voogd** die hem vertegenwoordigen wanneer hij beslissingsonbekwaam is. 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.
- Is de jongere **meerderjarig**, dan wordt hij - wanneer de afzondering of fixatie gepaard gaat met een nood aan medische zorg - bij beslissingsonbekwaamheid 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. Gaat de afzondering of fixatie niet gepaard met

een nood aan medische zorg, dan treedt de bewindvoerder op voor zover hij bevoegd is. Als er geen bewindvoerder (bevoegd) is, kan een naaste van de meerderjarige deze rol opnemen (bv. de echtgenoot of samenwonende partner; een meerderjarig kind; een ouder; een meerderjarige broer of zus; ...).

2.2. De taak van de vertegenwoordiger

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.

2.3. Het verzet van de jongere die beslissingsonbekwaam is

Dat de mening van de jongere die beslissingsonbekwaam is, mee in de overweging betrokken moet worden, 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.

Dat kan op twee manieren:

- Het 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.

Voorbeeld: Wanneer met toestemming van de vertegenwoordiger bepaalde andere naasten op de hoogte worden gebracht van een afzondering of fixatie en uit het verzet van de jongere blijkt dat de jongere begrijpt wat er gebeurt en hij met het verzet aangeeft dat hij dat niet wenst, dan mogen de naasten niet betrokken worden.

- Het verzet – wanneer het geen aanleiding geeft tot de heroverweging van de beslissingsonbekwaamheid – kan aanleiding geven tot een heroverweging van de door de vertegenwoordiger genomen beslissing.

Voorbeeld: Wanneer na overleg met de vertegenwoordiger de voorkeur gegeven wordt aan een bepaald fixatiemiddel en uit het verzet van de jongere niet blijkt dat hij de situatie begrijpt, maar wel blijkt dat het gekozen fixatiemiddel als onaangenaam wordt ervaren, kan dat aanleiding geven tot een zoektocht naar alternatieven waartegen de jongere zich niet verzet.

B. 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 deze maatregelen kunnen ingeperkt worden. In sommige gevallen is men erin geslaagd om het gebruik van een bepaald type dwangmaatregel (bv. mechanische fixatie) volledig te elimineren. Al deze inspanningen gaan doorgaans gepaard met het globaal stabiel blijven van de veiligheid binnen de voorziening (Caldwell et al., 2014; Davies et al., 2020; Hottinen et al., 2020; Kaltiala-Heino et al., 2007; Riding, 2016). De meeste interventiestudies wijzen op het belang van een **gecombineerde, multi-methodische aanpak** bij de preventie van afzondering en fixatie. Op basis van bestaand onderzoek kan er geen uitspraak gedaan worden over de werkzaamheid of het belang van één afzonderlijke preventiestrategie (e.g. Hammervold et al., 2019). De gecombineerde aanpak van de voorgestelde preventieve strategieën wordt dan ook aanbevolen.

De aanpak voor de preventie van alle vormen van afzondering en fixatie speelt zich af **op verschillende niveaus**:

- Het niveau van de directie en de beleidsmedewerkers van de voorziening;
- Het niveau van het behandel-/begeleidingsteam;
- Het niveau van de directe zorg voor en begeleiding van de jongeren.

Daarnaast is er ook **een vierde niveau** van belang voor een goed preventiebeleid van afzondering en fixatie, met name het niveau van **de wetgever**, en de **nationale en deelstatelijke beleidsvoering** (Bowers, 2014). Aanbevelingen voor dit niveau worden geformuleerd in het deel over de randvoorwaarden voor implementatie (deel E) en in Hoofdstuk 2 van het [onderzoeksrapport](#).

Alle aanbevelingen zijn bedoeld **als leidraad** voor de ontwikkeling van een **preventiebeleid** op maat van de eigen voorziening. Het wordt aanbevolen om alle medewerkers van de residentiële voorzieningen bij de uitvoering hiervan te betrekken: de directie, beleidsmedewerkers en de zorgverleners/begeleiders. Hierbij wordt ook de samenwerking met de jongeren zelf en hun naasten aanbevolen. Dit alles komt immers uit Vlaams en internationaal onderzoek naar voor: een goed preventiebeleid van afzondering en fixatie is een zaak van **verschillende disciplines** en is een **gedeelde verantwoordelijkheid**.

I. Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers

B.I.1 Leiderschap

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

B.I.1.1 Ontwikkeling van het preventiebeleid

- a. **Ontwikkel** een preventiebeleid omtrent afzondering en fixatie op maat van de voorziening en schrijf dit gedetailleerd uit.
 - i. 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 (www.safewards.net) en Collaborative Problem Solving.
 - ii. Besteed aandacht aan zowel het perspectief van de **jongere** als aan het perspectief van de **voorziening**.
- b. Formuleer in het preventiebeleid:
 - i. Een **expliciete missie** en **concrete doelstellingen** inzake de preventie van afzondering en fixatie.
 - ii. Een **duidelijke visie** op de **zorg/begeleiding** voor/van de jongere. Onderzoek toont aan dat de volgende visies op zorg/begeleiding de preventie van afzondering en fixatie versterken:
 - √ Participatieve zorg;
 - √ Trauma-geïnformeerde zorg;
 - √ Positief leefklimaat (gebaseerd op de zelf-determinatietheorie);
 - √ Positieve gedragsondersteuning;
 - √ Proactieve probleemoplossende aanpak in samenwerking met de jongere (collaborative & proactive solutions model)
 - √ Nieuwe autoriteit/Geweldloos verzet.
 - iii. 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.4.)
- c. Pas **eenzelfde** preventiebeleid toe in de hele voorziening, met enkel aanpassingen voor specifieke afdelingen/leefgroepen of doelgroepen indien dit noodzakelijk is.
- d. Het preventiebeleid maakt deel uit van het **breder beleid** van de voorziening.

B.I.1.2 Gedragen preventiebeleid

- a. Streef naar een **gedragen** preventiebeleid:
 - i. Wees een **rolmodel** voor het personeel bij de implementatie van het zorgbeleid van de voorziening en wees beschikbaar ter ondersteuning.
 - ii. Zorg ervoor dat alle zorgverleners/begeleiders **de zorg/begeleidingsvisie kennen, begrijpen en toepassen**.
 - iii. **Informeer en sensibiliseer** alle medewerkers – directie, beleidsmedewerkers, zorgverleners/begeleiders – over:

- √ het belang van het streven naar het zo min mogelijk toepassen van afzondering en fixatie: afzondering en fixatie zijn heel uitzonderlijke maatregelen;
 - √ de haalbaarheid van dit streefdoel;
 - √ de wijze waarop dit doel bereikt kan worden.
- b. Maak gebruik van **verschillende strategieën** om tot een gedragen preventiebeleid te komen:
- i. Zet in op **coachend leiderschap** (zie B.I.1.3).
 - ii. Overweeg om regelmatig bij de medewerkers **cultuurpeilingen** uit te voeren.
 - iii. Zet in op **vorming van de medewerkers** met betrekking tot het preventiebeleid (zie B.I.3):
 - √ Besteed in de vorming minstens aandacht aan:
 - * visie op zorg/begeleiding, de inhoud en rationale van het preventiebeleid;
 - * feiten en mythes omtrent afzondering en fixatie.
 - √ Schakel ervaringswerkers in bij het ontwikkelen en geven van de vorming.
 - √ Overweeg train-the-trainer opleidingen: train medewerkers van de voorziening zodat zij training kunnen geven aan de andere of nieuwe collega's.

B.I.1.3 Coachend leiderschap

Zet in op een **betrokken en coachend leiderschap** bij de ontwikkeling, implementatie, opvolging, evaluatie en bijsturing van het preventiebeleid:

- 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. 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)

Toelichting: Ondersteunende methodieken kan je vinden op <https://www.icoba.be/tools> zie rubriek "Leer eruit".
- 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.
- d. Zorg voor een **stimulerende en ondersteunende werkomgeving** voor het personeel zodat ze gemotiveerd blijven en zich blijven inzetten voor de jongeren.

B.I.1.4 Gedeelde verantwoordelijkheid

Betrek **meerdere standpunten en disciplines** in de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en bijsturing van het preventiebeleid:

- a. Betrek **medewerkers, ervaringswerkers, jongeren** en hun **naasten**.
- 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.
- c. Overweeg de oprichting van een **multidisciplinaire werkgroep** met de vertegenwoordiging van:
 - i. 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.

- ii. Een vertegenwoordiging van de jongeren, eventueel via ervaringswerkers
- iii. Een vertegenwoordiging van de ouders, eventueel via ervaringswerkers
- 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.I.1.5 Opvolging, evaluatie en bijsturing van het preventiebeleid op voorzieningsniveau

- 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:
 - i. Registreer alle afzonderingen en fixaties en voer kwantitatieve analyses uit. Voor de wijze van registratie verwijzen we naar C.II.3.6.
 - ii. Bespreek en analyseer casussen van afzondering en fixatie op inhoudelijk niveau.
 - iii. Pas vervolgens het preventiebeleid en de afzonderings- en fixatieprocedures aan indien nodig.
- b. **Overweeg** om **agressie** in de voorziening op te volgen, te analyseren en hierover terug te koppelen naar de betrokken teams:
 - i. Registreer agressie-incidenten en voer kwantitatieve analyses uit.
 - ii. Bespreek en analyseer casussen van agressie op inhoudelijk niveau.
 - iii. Pas vervolgens het preventiebeleid aan waar nodig.
- c. Evalueer het **gebruik van preventieve maatregelen en alternatieven** voor afzondering en fixatie op het niveau van de voorziening (bijvoorbeeld het gebruik van signaleringsplannen), en stuur bij indien nodig. Gebruik hiervoor bottom-up feedback van:
 - i. de zorgverleners/begeleiders op de behandelafdelingen/in de leefgroepen;
 - ii. de jongeren;
 - iii. naasten en/of ervaringswerkers.
- d. Evalueer de **visies op zorg** op het niveau van de voorziening (bijvoorbeeld de evaluatie van het leefklimaat) en stuur bij indien nodig.

B.I.2 Preventieve interventies en alternatieven voor afzondering en fixatie

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 straffen, (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.

- a. Haal inspiratie uit gepubliceerde **goede praktijkvoorbeelden** zoals bijvoorbeeld
 - i. Best Practices rondom Dwangreductie in de GGZ (Voskes, Theunissen & Widdershoven, 2011),
 - ii. Alternatievenbundel van Vilans (2020),
 - iii. Menukaart alternatieven (Rapport “Ik laat je niet alleen” p. 29-32, Academische Werkplaats RisicoJeugd, 2020),
 - iv. Reflectie-instrument: Bewuster omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen (Steunpunt Mens en Samenleving, 2021),
 - v. Leefklimaat! Voor jeugd en volwassenen (van der Helm, 2020).
- b. Creëer een voedingsbodem voor de **creatieve zoektocht** naar (doelgroepgerichte) alternatieven en preventieve middelen voor afzondering en fixatie. Stimuleer deze creatieve zoektocht
 - i. Onder zorgverleners/begeleiders;
 - ii. In samenwerking met ervaringswerkers, de jongeren en/of hun naasten;
 - iii. In dialoog met andere zorgverstrekkers in het zorg- en welzijnslandschap: wissel ervaringen en goede praktijken uit.

B.I.3 Opleiding en training van zorgverleners/begeleiders over preventie van afzondering en fixatie

- 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:
 - i. 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;
 - ii. **vaardigheden** die bijdragen tot preventie van agressie en/of escalatie, afzondering en fixatie afgestemd op de doelgroep zoals:
 - √ verbale en non-verbale communicatievaardigheden gericht op de opbouw van een positieve begeleidingsrelatie waarbij gelijkwaardigheid, wederzijds respect, samenwerking en dialoog centraal staan;
 - √ positieve gedragsondersteuning/krachtgerichte vaardigheden;
 - √ gebruik van positieve bekrachtigingsprincipes;
 - √ emotieregulatie;
 - √ verbale en non-verbale de-escalatietechnieken;
 - √ voeren van een grondige functie-analyse van het doelgedrag.
 - iii. de **aard, de oorzaken, de preventie en gevolgen** van en **ervaringen** met escalatie, agressie, afzondering en fixatie. Besteed hierbij minstens aandacht aan:
 - √ Factoren gerelateerd aan de jongere:
 - * kennis over het ontwikkelingspatroon van de doelgroep en de ontwikkelings-/ontplooiingskansen die daarmee verbonden zijn;
 - * kennis van psychopathologie;
 - * 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;
- * inzicht in de mate waarin jongeren inzicht hebben in de functie van hun gedrag en in de mate waarin ze dit gedrag kunnen controleren;
 - * 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);
 - * het brengen van slecht nieuws;
 - * de rol van de emoties (bv. angst, frustratie en fysieke gewaarwordingen);
 - * 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:
- * inzicht in de motieven van het doelgedrag;
 - * 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.
- 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.
- d. Overweeg om de zorgverleners/begeleiders de verschillende vormen van **afzondering en fixatie zelf te laten ervaren**.
- e. Overweeg om **jongeren te betrekken** bij de oriëntatie en opleiding van nieuw personeel.
- 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 verhoopte vermindering in afzondering en fixatie bij de jongere (Sturmey, 2015).

B.1.4 Opbouw en inrichting van de afdelingen/leefgroepen

Verschillende 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:

- a. Een **comfortabele en aangename omgeving** met focus op ordelijkheid, overzicht, herstel, onderhoud en vernieuwing;
- b. Een leefgroep die **aangepast** wordt **aan het prikkelaanbod** dat de doelgroep nodig heeft en aankan; zet indien nodig in op de prikkelverwerking van de jongeren;
- c. De **privacy** van elke jongere;
- d. **Bewegingsruimte** voor de jongeren, zowel binnen als buiten;
- e. Voldoende mogelijkheden tot (informele) **interactie** tussen zorgverleners/begeleiders en jongeren. Stimuleer hierbij de **nabijheid en bereikbaarheid** van de zorgverleners/begeleiders;
- 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:
 - i. Stem de “vluchtroute” af op de behoefte van de jongere, bv. de tuin, comfortroom, eigen kamer,
 - ii. Gebruik deze plaats steeds op **vrijwillige basis**:
 - √ op eigen initiatief van de jongere;
 - √ op vrijblijvend voorstel van een zorgverlener/begeleider en met toestemming van de jongere of zonder verzet.
 - iii. Doe de deur van deze ruimte nooit op slot tijdens het gebruik hiervan.
- 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, trampolinespringen, schommelen,

B.1.5 Bekendmaking van het preventiebeleid

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 ontwikkelingsmogelijkheden. Leg hen duidelijk uit waar alle informatie over het beleid te verkrijgen is. Overweeg om ervaringswerkers te betrekken bij de bekendmaking van het preventiebeleid.

II. Aanbevelingen op het niveau van het behandel-/begeleidingsteam

B.II.1 Werking van het team

Investeer in een **goede (samen)werking** van het behandel-/begeleidingsteam, en in **zorg voor de teamleden**. Besteed in het bijzonder aandacht aan:

- a. **Organisatie en ordelijkheid** van de werkplek;
- b. Duidelijke **verdeling** van rollen en taken;
- 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;
- d. **Intervisie en supervisie**
Toelichting: ondersteunende methodieken kan je vinden op <https://www.icoba.be/tools>: zie rubriek "Lastige situaties bespreken"
- 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.II.2 Positief leefklimaat

Toelichting: Een positief leefklimaat richt zich op de vervulling van de drie psychologisch basisbehoeften uit de zelfdeterminatietheorie van Ryan & Deci (2018). Deze theorie stelt dat elke persoon behoefte heeft aan verbondenheid, competentie en autonomie. Een positief leefklimaat werkt autonomie- en competentieversterkend en zet in op verbondenheid met de jongeren. Wanneer deze drie psychologische basisbehoeften worden vervuld, neemt de motivatie voor gedragsverbetering toe, waaronder zich inzetten voor behandeling. Wanneer deze basisbehoeften gefrustreerd worden, vergroot de kans op de ontwikkeling van psychopathologie en probleemgedrag (van der Helm, Kuiper & Stams, 2018; van der Helm, 2020). Hierdoor vergroot op zijn beurt de kans op afzondering of fixatie als veiligheidsmaatregel of als straf (Braun, Adams, O'Grady, Miller & Bystrynski, 2020; de Valk, Kuiper, van der Helm, Maas & Stams, 2016; Hammervold et al., 2019; Nielson et al., 2020).

Om zicht te krijgen op de drie psychologische basisbehoeften van een jongere vormen de vier vragen van Jim van Os (2015) in het kader van persoonsgerichte zorg een goede leidraad:

- *Wat is er (vandaag) met de jongere gebeurd?*
- *Wat is de kwetsbaarheid en de weerbaarheid van de jongere?*
- *Waar wil de jongere naartoe?*
- *Wat heeft de jongere nodig?*

Werk aan een positief leefklimaat en vermijd een repressieve aanpak. Zet in op onderstaande aanbevelingen om aan een positief leefklimaat te werken:

- a. Een positief leefklimaat is **gestructureerd, ondersteunend en zorgend** en wordt **bepaald door**:
 - i. het emotioneel beschikbaar zijn van de zorgverleners/begeleiders voor de jongeren;
 - ii. de mogelijkheid voor de jongeren om te groeien;
 - iii. een veilige omgeving met een duidelijke dagstructuur;
 - iv. steun aan het personeel en aan de jongeren;
 - v. autonomie voor de jongeren;
 - vi. een positieve relatie tussen zorgverleners/begeleiders en jongeren.
- b. Zet in op **participatieve zorg**.
 - i. Zet in op participatie en inspraak van de jongere bij de vormgeving van het individuele zorg- en begeleidingstraject.
 - ii. 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.
- c. Werk **krachtgericht op maat** van de jongere. Leg de focus op belonen van de jongere – ook na herstel - en niet op straffen wanneer het fout loopt.
- 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 (dwangcyclus).
- e. Werk aan **herstel** (Zie Deel B.III.8.1 & 9).

B.II.3 Omgaan met regels op de afdeling/in de leefgroep

Wanneer er wordt samengeleefd met anderen zijn er een aantal algemene regels nodig die aangeven wat al dan niet kan en die structuur geven aan het verblijf. Ze zijn belangrijk om een veilige en gestructureerde leefomgeving te creëren.

B.II.3.1 Regels in het belang van en in samenspraak met de jongeren

Indien leefgroepregels worden opgesteld (of gewijzigd), doe dit dan **in het belang van en in samenspraak met de jongeren**.

- 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. Bij het opstellen en hanteren van de leefgroepregels zijn de zorgverleners/begeleiders **sensitief voor de privacy en waardigheid van de jongeren**.
- 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”).

- d. De opstelling, de communicatie en het hanteren van de leefgroepregels gebeurt **volgens de mogelijkheden van de jongeren**, waaronder hun sociaal-emotionele ontwikkeling. Onderstaande aanbevelingen (zie B.II.3.2 - 3.4) dienen afgestemd te worden op de sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling van de doelgroep.

B.II.3.2 Bewustwording

Zowel rigide als arbitrair gebruik van regels houdt een **risico** in op conflict en agressie.

- a. Zorg er daarom bij de ontwikkeling van de regels voor dat:
- i. Alle regels kritisch worden beoordeeld: ze dienen te passen binnen de **zorg/begeleidingsvisie en waarden** van de voorziening.
 - ii. Alle regels steeds kunnen worden **gestaafd vanuit hun nut en noodzaak**.
 - iii. 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.
- 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.II.3.3 Flexibiliteit en maatwerk

- a. Vervang waar mogelijk algemene regels door **individuele afspraken** op maat van de jongere en/of de situatie. Ga het effect hiervan na.
- b. Beoordeel regelvertredingen 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.II.3.4 Helderheid en transparantie

- 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. Formuleer de regels steeds **helder en begrijpbaar**. Houd hierbij rekening met de sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkelingsmogelijkheden van de jongere.
- c. **Communiceer wijzigingen** in de regels – en de implicaties voor de jongeren – tijdig.

B.II.4 Continuïteit van zorg/begeleiding

B.II.4.1 Continuïteit van zorg/begeleiding binnen de voorziening

- a. Streef er zoveel mogelijk naar dat jongeren **niet van leefgroep** hoeven te **veranderen**. Zo wordt de relationele continuïteit van zorg geoptimaliseerd.
- b. **Beperk de doorverwijzing** naar andere voorzieningen. Doe dit alleen wanneer dit strikt noodzakelijk is.

! Deze aanbeveling is niet van toepassing voor gemeenschapsinstellingen.

- 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.

- d. Zet bij doorverwijzing tussen leefgroepen/afdelingen of voorzieningen in op een goede **communicatie- en informatiestrategie**.

B.II.4.2 Samenwerking tussen professionals uit de sub-sectoren van het zorg- en welzijnslandschap

Samenwerkingen tussen professionals uit de sub-sectoren bevorderen de continuïteit van zorg/begeleiding tussen de sub-sectoren van het zorg- en welzijnslandschap.

Voorbeelden van goede praktijken:

- a. Betrek de eerstelijns – bv. de huisarts - bij de opname van een jongere.
- b. Investeer in een dialoog met andere zorgverleners/begeleiders in het regionale netwerk omtrent het omgaan met risico, agressie en vrijheidsbeperking.
- c. Bouw op casusniveau een samenwerking op tussen de betrokken sub-sectoren.

III. Aanbevelingen op het niveau van de directe zorg/begeleiding voor de jongeren

B.III.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. Zet in op een **grondige beeldvorming** van de jongere. 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:
 - i. cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling, waaronder ook emotie-regulerende vaardigheden;
 - ii. huidige stressoren in het leven van de jongere;
 - iii. traumatische ervaringen uit het verleden en de verwerking hiervan;
 - iv. beleving van eventuele ervaringen met afzondering en fixatie in het verleden;
 - v. communicatieve signalen;
 - vi. positieve eigenschappen van de jongere zoals hobby's of interesses, aangezien deze aanknopingspunten kunnen bieden bij het zoeken naar alternatieven voor afzondering en fixatie;
 - vii. dynamieken van het gezin waarin de jongere opgroeit.
- b. Ga gedurende het verloop van de behandeling/begeleiding regelmatig in **dialog met de jongere** (en desgevallend de vertegenwoordiger) om tot een grondige beeldvorming te kunnen komen.
 - i. 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.
 - √ 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.
 - ii. Overweeg om op regelmatige momenten een systematische **risico-inschatting** uit te voeren, bv. door middel van een gevalideerd instrument.

Toelichting: Voorbeelden van risicotaxatie-instrumenten voor jongeren:

- Voor adolescenten met een psychische problematiek: *START:AV (= Short-Term Assessment of Risk and Treatability: Adolescenten Versie)*
Dit instrument beoordeelt zowel het risico op dader- als slachtofferschap (de Beuf, de Ruiter & de Vogel, 2018; Webster, Nicholls, Martin, Desmarais & Brink, 2006)
- Voor jongeren van 12 tot 18 jaar die jeugddelicten pleegden: *SAVRY (= Structured Assessment of Violence Risk in Youth)*
Dit instrument beoordeelt historische, sociale, contextuele, individuele en protectieve factoren van het risico op geweld (Lodewijks, de Ruiter & Doreleijers, 2003; Lodewijks, Doreleijers, de Ruiter & Borum, 2008a; Lodewijks, Doreleijers & de Ruiter, 2008b)

- c. Betrek bij de opstart van de behandeling/begeleiding en gedurende het verdere verloop ook de **naasten van de jongere**:
- i. 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.
 - ii. 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.
 - iii. Betrek de naasten niet enkel sporadisch, maar bouw een **samenwerkingsrelatie** op rond de jongere. Te bespreken onderwerpen in het kader van de preventie van escalatie, agressie, afzondering en fixatie kunnen onder andere zijn
 - √ Het gewoonlijke dagverloop in de thuissituatie;
 - √ 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.
 - iv. 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.

Toelichting: voor meer informatie over samenwerking in de hulpverlening verwijzen we naar [Wegwijzers beroepsgeheim](#) (Versweyvelt & Put, 2018).

B.III.2 Onthaal en bejegening van de jongeren

B.III.2.1 Onthaal van de jongere bij de opstart van de behandeling/begeleiding

- a. Zorg voor een gastvrij en warm onthaal van de jongere.
- b. Motiveer ook de jongeren uit de leefgroep om een **warm onthaal** te bieden aan de nieuwkomers. Voorbeeld: jongeren maken een welkomstbord of jongeren die de voorziening verlaten, laten een boodschap achter voor nieuwkomers.
- 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.III.2.2 Belang van de begeleidingsrelatie

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.III.2.3 Opbouw van de begeleidingsrelatie

- a. **Stem de werkwijze af op maat van de individuele jongere** en de situatie waarin deze zich bevindt.
- 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.

Toelichting: Dit is een bijzonder aandachtspunt bij jongeren die op een plek moeten verblijven waarvoor ze zelf niet kiezen en/of waarvoor ze niet gemotiveerd zijn.

B.III.3 Nabijheid, activiteitsaanbod en therapeutisch/begeleidingsaanbod

B.III.3.1 Nabijheid en bereikbaarheid

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:

- a. Wees **nabij en bereikbaar**:
 - i. Richt je als zorgverlener/begeleider op voldoende fysieke en emotionele nabijheid, alsook bereikbaarheid ten aanzien van de jongere.
 - ii. Voorzie voldoende ruimte voor individuele begeleiding en gesprekken met de jongere.
- b. Investeer in een **positieve vertrouwensrelatie** vanuit een houding van echtheid en transparantie.
- c. Zet in op **positieve bekrachtiging** van het gedrag van de jongere.
- d. Bij de opbouw van de vertrouwensrelatie kan het voor de zorgverlener/begeleider helpend zijn om **iets te delen over jezelf**.
- e. Installeer **individuele (aandachts-)begeleiders**.
- 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.III.3.2 Activiteitsaanbod

Heb aandacht voor voldoende zinvolle en/of aangename dagbesteding, voorzie voldoende aanbod aan ontspanningsmogelijkheden en andere betekenisvolle activiteiten voor de jongeren.

B.III.3.3 Therapeutisch en begeleidingsaanbod

Voorzie in een **therapeutisch en begeleidingsaanbod 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:

- a. reflectieve vermogens en emotieregulerende vaardigheden;
- b. traumaverwerking;
- c. het aanleren van nieuwe vaardigheden, bijvoorbeeld in het kader van positieve gedragsondersteuning: sociale vaardigheden, probleemoplossende vaardigheden, communicatievaardigheden;

- d. het geven van informatie – via psycho-educatie – over de factoren die betrokken zijn bij het beslissen tot afzonderen of fixeren;
- e. het leren herkennen van en reageren op eigen signaalgedrag, eventueel samen met de zorgverlener/begeleider.

Toelichting: voorbeelden van signaalgedrag: steeds harder neuriën, met de vingers beginnen friemelen, wiegen. Dit gedrag geeft een signaal aan de zorgverleners/ begeleiders dat het doelgedrag (bv. een gedragsprobleem zoals zelfverwonding) zich zou kunnen voordoen.

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.

B.III.4 Gebruik van het signaleringsplan voor de preventie van afzondering en fixatie bij (gradaties van) agressie en/of escalatie

*Toelichting: Belangrijk in het voorkomen van agressie en/of escalatie is het **tijdig opmerken van toenemende spanning, onrust of agitatie**. Nabijheid, nauw contact en opvolging van de jongere is hiervoor belangrijk. Een signaleringsplan opstellen **in dialoog** met de jongere en zijn naasten kan eveneens helpen om toenemende spanning tijdig op te merken (Huckshorn, 2014).*

*Het **signaleringsplan** brengt in kaart wat voor de jongere ‘triggers’ zijn om overstuurd, geagiteerd of gestresseerd te geraken. Vervolgens wordt in kaart gebracht op welke manier deze toenemende spanning door de jongere en door anderen opgemerkt kan worden. De tekenen van een opkomende crisis worden in verschillende fasen beschreven. De volgende stap is inventariseren welke acties kunnen helpen om de spanning te doen afnemen. Er wordt hierbij nagedacht over wat de jongere zelf kan doen, en ook wat zorgverleners/begeleiders of naasten kunnen doen (LeBel & Stromberg, 2012; WHO, 2017a, WHO, 2017b). Het laatste onderdeel van het signaleringsplan heeft betrekking op die situaties waarin de preventieve interventies en alternatieven niet gewerkt hebben om de escalatie en/of agressie te doen verminderen. De voorkeuren en wensen van de jongere over hoe in dergelijke situaties om te gaan met afzondering of fixatie worden dan geëxpliciteerd.*

Het signaleringsplan is dus een belangrijk werkinstrument voor de jongere en de zorgverlener/begeleider om afzondering en fixatie te voorkomen bij ernstig en acuut gevaar en bij potentieel gevaar. Daarnaast omvat het informatie over de voorkeuren en wensen van de jongere voor situaties met ernstig en acuut gevaar waarin het voorkomen van afzondering en fixatie niet mogelijk blijkt.

B.III.4.1 Het voorkomen van agressie en/of escalatie

Stel een **signaleringsplan** op, rekening houdend met de gekende kwetsbaarheden en/of risico's van de jongere (zie B.III.1.a):

- 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. **Inventariseer** in het signaleringsplan:
 - i. Persoonlijke triggers voor emotionele spanning;

- ii. Vroege signalen van toegenomen spanning 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.
- iii. Strategieën die kunnen helpen opdat de spanning zich niet zou opbouwen:
 - √ Wat kan de jongere zelf doen?
 - √ Wat kunnen anderen (zorgverleners/begeleiders, naasten, ...) doen?
- iv. Strategieën die kunnen helpen om spanning te doen dalen, en dit per fase van spanning:
 - √ Wat kan de jongere zelf doen?
 - √ Wat kunnen anderen (zorgverleners/begeleiders, naasten ...) doen?
- v. 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).
- 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.
- 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.
- e. Vertaal het signaleringsplan naar handvatten voor gebruik buiten de voorziening zoals **thuis of op school**.

B.III.4.2 Voorkeuren en wensen van de jongere met betrekking tot afzondering en fixatie

- a. 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 **informer**en 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.
 - √ 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).

- b. Volg bij het bespreken van de voorkeuren en afkeuren van de jongere volgende aanbevelingen:
 - i. Houd rekening met de **mogelijkheden en ontwikkelingsleeftijd** van de jongere.
 - ii. Noteer de input in het **signaleringsplan**.
 - iii. 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).

B.III.5 Omgaan met escalatie

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**:

- 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.
 - i. 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.
 - ii. Besteed ook aandacht aan meer impliciete communicatieve signalen.
- b. Maak gebruik van **verbale en non-verbale de-escalatietechnieken**.
- c. Dreig niet met een straf, stel geen ultimatum en **vermijd een autoritaire aanpak**.
- 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 <https://www.rustbox.be/>.
- 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).
- f. Wijzig **omgevingsfactoren** die een rol zouden kunnen spelen.
- 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.
- 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.2).

B.III.6 Indien de jongere en/of zijn vertegenwoordiger zelf vraagt naar afzondering of fixatie

Ga steeds na wat de **achterliggende drijfveer** is van deze vraag. Mogelijk zijn er bepaalde **behoeften** waaraan tegemoet kan gekomen worden. 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.

B.III.7 Het vermijden van vooraf geplande afzonderingen en fixaties bij voorspelbare en terugkerende situaties

B.III.7.1 Vooraf geplande individuele afzonderingen en fixaties

Het **vermijden van afzondering en fixatie** staat ook centraal in **voorspelbare en terugkerende situaties**

- met potentieel gevaar voor de jongere of voor andere personen
- 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.

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. 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:
 - i. Niet interveniëren
 - ii. Minder intrusieve interventies dan afzondering en fixatie
 - iii. Ander gedrag dat dezelfde functie als het doelgedrag vervult, aanleren of aanmoedigen
 - iv. Wijzigingen aanbrengen in de omgeving
- c. Noteer minstens bovenstaande punten a. en b. in het **(be)handelings-/begeleidingsplan**.
- d. Houd bij de bespreking van het (be)handelings-/begeleidingsplan rekening met de **mogelijkheden en ontwikkelingsleeftijd** van de jongere.

B.III.7.2 Vooraf geplande collectieve afzonderingen

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.

Collectieve afzonderingen worden vervangen door alternatieven, ook wanneer de jongeren er zelf om vragen. Voorbeelden van dergelijke alternatieven zijn:

- a. Een clickersysteem op de deuren: de deuren worden niet op slot gedaan, maar het systeem brengt de zorgverleners/begeleiders op de hoogte wanneer een deur van binnenuit geopend wordt;
- b. De jongere kan van binnenuit zelf zijn kamerdeur op slot doen. Enkel de zorgverleners/begeleiders kunnen de kamerdeuren van buitenaf openen.

B.III.8 Nabespreking na een afzondering en fixatie in de context van agressie en/of escalatie

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.III.8.1 Nabespreking met de jongere

Voer niet lang na het beëindigen van de maatregel een **nabespreking** met de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger). 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 voor zover de jongere dit wenst.

- a. Indien de jongere wenst om de nabespreking **uit te stellen**, respecteer dit dan om escalatie te vermijden.
Toelichting: Indien de jongere een nabespreking weigert, kan het zinvol zijn om later of informeler opnieuw na te gaan of die open staat voor een nabespreking.
- 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.
 - i. Overweeg ook andere, creatieve manieren om hetgeen gebeurd is te verwerken, zoals een gezamenlijke leuke activiteit of via een schriftelijke conversatie.
- 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.
- d. **Bespreek** 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. wat de aanleiding was;
 - iii. wat waarschuwingssignalen waren voor de agressie, escalatie of crisis;
 - iv. de beleving van de jongere, de emotionele en fysieke impact;
 - v. de beleving en impact op de betrokken zorgverlener/begeleider;
 - vi. wederzijdse veronderstellingen over gebeurtenis, aanleiding, aanpak en beleving;
 - vii. lessen die eventueel getrokken kunnen worden in het kader van individuele crisispreventie.
- 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 www.sorrybox.be.

B.III.8.2 Nabespreking met de leefgroep of andere omstaanders (zoals bezoek)

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.

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.

B.III.8.3 Nabespreking onder zorgverleners/begeleiders

Organiseer tevens een nabespreking met alle betrokken **zorgverleners/begeleiders**, kort nadat de maatregel heeft plaatsgevonden. 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. Een tool die hiervoor gebruikt kan worden is Intervisie Methoden Incidenten, hetgeen een vorm van nazorg is voor het hele team (meer info op <https://www.icoba.be/tools/intervisiemethode-incidenten-imi>).

Dit gesprek richt zich op:

- a. Ruimte bieden voor **intervisie** en kritische **reflectie**: inhoudelijke bespreking van de aard en aanleiding van het incident, hoe alles verlopen is en wat eventueel anders had aangepakt kunnen worden.
- b. Ruimte bieden voor **emotionele verwerking**.

B.III.8.4 Overweeg om een externe organisatie in te schakelen

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.III.9 Time-out

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.

- a. Omwille van de continuïteit van zorg/begeleiding wordt vooraleer over te gaan tot deze optie ingezet op
- i. **Herstel** binnen de leefgroep van de jongere,
 - ii. **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.
- b. **Bespreek** de optie van time-out met de jongere en de naasten **bij de opstart** van de begeleiding/behandeling.
- c. Wanneer time-out bij een vastgelopen traject niet voorkomen kan worden:
- i. Bespreek de **redenen** achter en het **doel** van de time-out duidelijk met de jongere en de naasten.
 - ii. 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.
 - iii. Tijdens de time-out bekijken de zorgverleners/begeleiders, indien nodig, hoe ze het **begeleidings-/behandelingstraject** van de jongere van hun kant kunnen optimaliseren.
 - iv. Mogelijkheden tot time-out zijn er bv. in
 - √ een andere leefgroep;
 - √ een partnervoorziening;
 - √ de thuisomgeving of bij naasten;
 - √ een zorgboerderij;
 - √ een gemeenschapsinstelling als laatste optie;

c. Aanbevelingen voor de toepassing van afzondering en fixatie bij ernstig en acuut gevaar

Afzondering en fixatie zijn omstreden maatregelen. Naast het feit dat er heel wat **risico's** aan verbonden zijn – 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. Vanuit alle oogpunten staan **menswaardigheid en veiligheid** van de jongeren en het personeel voorop. Om bij te dragen tot deze principes worden in dit deel aanbevelingen geformuleerd die betrekking hebben op de **toepassing van afzondering en fixatie**.

De aanbevelingen hebben betrekking op situaties met **ernstig en acuut gevaar**. Enkel in deze situaties kon de toelaatbaarheid intersectoraal worden vastgesteld. Zie daarover deel A.IV.2.

De aanpak speelt zich af op twee niveaus:

- Het niveau van de **directies en de beleidsmedewerkers** van de voorzieningen (zie C.I);
- De **afzonderings- en fixatieprocedures** zoals die toegepast worden op het niveau van de directe zorg/begeleiding voor de jongeren (zie C.II).

Twee opmerkingen gaan aan dit deel over de toepassing van afzondering en fixatie vooraf:

- Afzondering en fixatie kunnen slechts worden toegepast **binnen het bestaande wettelijke kader**. De aanbevelingen in dit onderdeel herhalen dat wettelijk kader niet, maar moeten wel toegepast worden binnen het bestaande wettelijke kader. Hierop is een uitzondering gemaakt voor de gevallen waarin het wettelijke kader zelf in strijd is met de mensenrechten. In dat geval is aan de aanbeveling een voetnoot toegevoegd met het voorstel om het wettelijke kader te wijzigen.
- Dit deel over de toepassing van afzondering en fixatie vormt een vervolg op het hoofdstuk over de **preventie** ervan. Beide onderdelen vormen een geheel, samen met deel D van de richtlijn over de praktische uitvoering van afzondering en fixatie.

I. Aanbevelingen op het niveau van de directie en beleidsmedewerkers

C.I.1 Ontwikkeling van het toepassingsbeleid

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:

- a. Afzondering en fixatie zijn niet toelaatbaar als straf

Toelichting: Dit zijn de belangrijkste redenen waarom afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp niet toelaatbaar zijn als straf:

(1) Wanneer jongeren geen begrip hebben van de regels (van de interne orde) en deze bijgevolg niet internaliseren, dan kunnen de regels ook niet gebroken worden. Een straf heeft in deze situatie geen betekenis (Claes & Verduyn., 2012).

(2) Bestrafing werkt enkel wanneer er een vorm van vertrouwensband en werkrelatie bestaat tussen de jongere en de zorgverleners/begeleiders. Een geschikte straf is mild, altruïstisch en dient opvoedkundige doelen (de Valk et al., 2015). Groepsstraffen zijn uit den boze; onderzoek heeft aangetoond dat ze recidive bevorderen (van der Helm, 2020). Bestrafing mag geen extreme vormen aannemen waarbij de mogelijkheden tot sociaal contact worden ingeperkt en/of risico ontstaat op lichamelijke verwonding of traumatisering (de Valk et al., 2015).

- b. Afzondering en fixatie zijn niet toelaatbaar als collectieve maatregelen, aangezien ze steeds op maat van de jongere dienen toegepast te worden.
- 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.
- 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
- 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.

Toelichting: Er is weinig consistente wetenschappelijke evidentie vanuit klinisch en (ortho)pedagogisch perspectief om intersectorale aanbevelingen te formuleren over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie mét toestemming van de jongere bij potentieel gevaar of om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen van de jongere of andere personen. Daarom beveelt de richtlijn aan om afzondering en fixatie in deze situaties ook mét toestemming van de jongere zoveel mogelijk te vermijden.

Indien de voorziening beslist dat afzondering en fixatie in de voorziening nooit gebruikt worden – ook niet bij ernstig en acuut gevaar – dan zijn de aanbevelingen uit deel C en D van de richtlijn niet van toepassing voor die voorziening.

C.1.2 Procedures

Ontwikkel procedures voor de veilige toepassing van afzondering en fixatie, zowel voor de jongeren als voor het personeel:

- 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.
- c. Gebruik **dezelfde** procedures in de hele voorziening, tenzij afwijkingen voor specifieke afdelingen/leefgroepen of doelgroepen noodzakelijk zijn.
- 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.
- 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.

C.1.3 Opleiding en training van de zorgverleners/begeleiders over de toepassing van afzondering en fixatie

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. Bied zorgverleners/begeleiders opleiding omtrent de volgende thema's:
 - i. **feiten en mythes** m.b.t. afzonderen en fixeren, bv. effectiviteit, risico's, impact en gevolgen;
 - ii. inzicht in de **oorzaken en instandhoudende factoren van escalatie en agressie, afzondering en fixatie**: kennis omtrent factoren gerelateerd aan
 - √ de zorgverlener/begeleider (bv. rol van eigen emoties),
 - √ de interactie tussen zorgverlener/begeleider en jongere (bv. het risico op een te groot machtsonevenwicht),
 - √ de jongere;
 - iii. kennis van **procedures** voor het toepassen van afzonderen en fixeren;
 - iv. kennis van de **juridische voorwaarden** voor afzondering en fixatie en **de mensenrechtelijke beginselen** die erop van toepassing zijn;
 - v. een correct en kritische toepassing van **registratie**.
- b. Train de volgende vaardigheden van de zorgverlener/begeleider:
 - i. **attituden** volgens de zorg-/begeleidingsvisie;
 - ii. respectvolle **bejegening** van de jongere en **communicatie**vaardigheden;
 - iii. **de-escalatietechnieken**;
 - iv. **emotieregulatie vaardigheden**: omgaan met de eigen emotie tijdens escalatie, crisis en agressie;

- v. **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-/ontplooingskansen;
 - vi. **flexibel en kritisch** omgaan met afzonderings- en fixatieprocedures;
 - vii. het uitvoeren van een **functie-analyse** van het doelgedrag;
 - viii. het gebruik van positieve **bekrachtigingsprincipes**;
 - ix. het voeren van **nabesprekingen** met de jongere en met collega-zorgverleners/begeleiders (Zie C.II.5);
 - x. **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.
- 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.

C.I.4 De afzonderingskamer

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. 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

C.I.5 Klachtenprocedures

Investeer bij voorkeur in een **samenwerkingsrelatie** met jongeren, vertegenwoordigers en naasten en behandel zo op responsieve en informele wijze vragen, bedenkingen en klachten.

Informeel zowel het personeel als de jongeren, vertegenwoordigers en hun naasten omtrent de verschillende mogelijke klachtenprocedures.

- a. Ontwikkel **gebruiksvriendelijke interne klachtenprocedures**.

- b. **Informeert** op duidelijke wijze het personeel, de jongeren, desgevallend hun vertegenwoordigers, en hun naasten over deze **interne klachtenprocedures**.
- c. **Informeert** op duidelijke wijze het personeel, de jongeren, desgevallend hun vertegenwoordigers, en hun naasten over de bestaande **externe klachtenprocedures**.
- 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.

II. Aanbevelingen voor afzonderings- en fixatieprocedures bij ernstig en acuut gevaar

C.II.1 Toelaatbaarheid

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. voor zover alternatieven voor de maatregel niet (langer) volstaan,
- b. enkel als ongeplande maatregel; de afzondering of fixatie is nooit gepland op voorhand,
- c. enkel zolang het acuut en ernstig gevaar bestaat,
- d. deze veiligheidsmaatregel mag nooit als straf bedoeld zijn door de zorgverlener/begeleider.

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).

Afzonderen, mechanisch fixeren, fysieke interventie of medicamenteuze fixatie zijn hoogstens een laatste optie binnen de bredere preventieve benadering van escalatie en agressie.

C.II.2 Overwegen en beslissen met betrekking tot het gebruik van afzondering of fixatie

Indien het lijkt 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;
- b. Wees zorgvuldig in het afwegen van de keuze van het **type maatregel**. Hou daarbij rekening met volgende **leeftijdsgrenzen** (kalenderleeftijd):
 - i. Indien bij kinderen van 12 jaar of jonger een 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);
 - ii. Indien bij kinderen van 12 jaar of jonger een 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);
 - iii. Pas geen mechanische fixatie toe bij kinderen van 12 jaar of jonger (zie D.IV.3);
 - iv. 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 (zie D.IV.4).

C.II.2.1 Houd rekening met de kwetsbaarheid van de persoon

Bij de overweging om al dan niet over te gaan tot afzondering of fixatie, en bij de keuze van het type maatregel en de te gebruiken techniek, wordt rekening gehouden met de **kwetsbaarheid van de jongere**. Enkele belangrijke kwetsbaarheidsfactoren zijn:

- a. De ontwikkelingsleeftijd van de jongere op fysiek, cognitief, emotioneel en psychisch vlak;
- b. Fysieke en medische kwetsbaarheidsfactoren zoals bv. een lichamelijke beperking, andere gezondheidsfactoren, gewicht en kracht, zwangerschap;
- c. De aanwezigheid van psychotrauma in de voorgeschiedenis, de aard van dit trauma;
- d. Voorgaande ervaring met afzonderingen en/of bepaalde vormen van fixatie.

C.II.2.2 Houd rekening met de voor- en afkeuren van de jongere

- 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**.
- 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.
- c. Indien er geen of onvoldoende kennis is over de voor- en afkeuren van de jongere, betrek dan zijn vertegenwoordiger.

C.II.2.3 Houd rekening met de principes van proportionaliteit en subsidiariteit

Kies het type maatregel en de te volgen techniek volgens de principes van proportionaliteit en subsidiariteit.

- a. De mate van dwang en de ernst van de maatregel moeten in verhouding staan met het gevaar.
 - i. **Kies de minst ingrijpende maatregel**, d.w.z. deze met de minste impact op de autonomie en de psychische en fysieke integriteit van de jongere.
 - √ 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.
 - √ Weeg nadelen en risico's af tegen potentiële gewenste effecten.
 - ii. **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.
- 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**.

C.II.2.4 Wie beslist tot het opstarten van de maatregel?

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.

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 en te fixeren.

- 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).
- 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.
 - i. Indien de arts vaststelt dat de afzondering of fixatie gepaard gaat met een **nood aan medische zorg**, beslist hij in multidisciplinair overleg met het behandelings-/begeleidingsteam over de wijze waarop de maatregel (verder) wordt uitgevoerd.
 - ii. Indien de arts vaststelt dat de afzondering of fysieke interventie **niet gepaard gaat met een nood aan medische zorg**, beslist een opgeleide zorgverlener/begeleider in multidisciplinair overleg met het behandelings-/begeleidingsteam over de wijze waarop de maatregel (verder) wordt uitgevoerd.
- c. Welke **techniek** gekozen kan worden, hangt af van de expertise van het betrokken personeel.
 - i. **Mechanische fixatie** mag niet worden gebruikt als er geen arts of verpleegkundige betrokken is.
 - ii. **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.
- 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.
 - i. 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 diegene die de beslissing heeft genomen - de jongere onderzoekt.
 - ii. Indien de arts vaststelt - voor zover de maatregel niet vóór zijn aankomst reeds beëindigd werd - dat de **afzondering of fixatie gepaard gaat met een nood aan medische zorg**, beslist hij in multidisciplinair overleg met het behandelings-/begeleidingsteam over het al dan niet behouden van de maatregel en de wijze waarop de maatregel verder wordt uitgevoerd.
 - iii. 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 in multidisciplinair overleg met het behandelings-/begeleidingsteam over de wijze waarop de maatregel verder wordt uitgevoerd.

- 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.

C.II.3 Uitvoeren van de maatregel

C.II.3.1 Wie voert de maatregel uit?

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. Daarnaast wordt rekening gehouden met onderstaande elementen:

- 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 **zorgkundige** (na delegatie door en onder toezicht van een verpleegkundige of een arts) aanwezig. Die staat in voor de technische uitvoering van de maatregel, en het toezicht op de gezondheid en veiligheid van de jongere.
 - i. 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**.
- 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 omstanders in gevaar brengt.

Deel D bevat aanbevelingen over hoe het **team** dient te **functioneren** tijdens de uitvoering van

- Fysieke interventie: aanbeveling 1 tot 6
- Mechanische fixatie: aanbeveling 1 tot 6
- Afzondering: aanbeveling 1

C.II.3.2 In welk lokaal vindt afzondering plaats?

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.

C.II.3.3 Houd rekening met de kwetsbaarheid van de jongere

Houd tijdens de **uitvoering** van de gekozen maatregel en techniek voortdurend rekening met de **kwetsbaarheid van de jongere**. Relevant hierbij zijn:

- a. De ontwikkelingsleeftijd van de jongere op fysiek, cognitief, emotioneel en psychisch vlak;
- b. Fysieke en medische kwetsbaarheidsfactoren zoals gezondheid, gewicht en kracht, zwangerschap;
- c. Aanwezigheid van psychotrauma in de voorgeschiedenis, de aard van dit trauma;
- d. Voorgaande ervaring met afzonderingen en/of bepaalde vormen van fixatie.

C.II.3.4 Voer de maatregel respectvol en zo humaan mogelijk uit

Respecteer zo veel mogelijk de **waardigheid** van de jongere en minimaliseer zoveel als mogelijk het machts-
onevenwicht 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. Blijf inzetten op het voeren van een respectvolle dialoog.
 - 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. Geef aan dat vragen en verzoeken steeds gesteld kunnen worden. Neem deze vragen en verzoeken ernstig.
 - iv. Toon **empathie, bekommernis** en **betrokkenheid** ten aanzien van de jongere.
- 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**.
 - i. 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.
- 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.
- 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.
- e. Zorg dat de jongere steeds **gekleed** is.
 - i. 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.
 - ii. Respecteer bij **omkleden** naar scheurvrije kledij zoveel mogelijk de waardigheid en privacy van de jongere, bv. door
 - √ De jongere eerst zelf de kans te geven om zich om te kleden,
 - ✗ Het omkleden enkel te laten gebeuren onder toezicht van een zorgverlener/begeleider van hetzelfde geslacht.
- 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).

- g. Gebruik steeds technieken die **veilig** zijn voor jongeren en personeel voor het uitvoeren van de maatregel.
- h. Deel D bevat aanbevelingen over **handelingen, technieken en het gebruik van materialen** tijdens de praktische uitvoering van afzondering en fixatie:
 - Fysieke interventie: aanbeveling 7 tot 17
 - Mechanische fixatie: aanbeveling 7 tot 21
 - Afzondering: aanbeveling 2 tot 7

C.II.3.5 Het op de hoogte brengen van de vertegenwoordiger en eventueel de naasten van de jongere

- 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.
- 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).

C.II.3.6 Registreren

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. In het kader daarvan moet de jongere toegang krijgen tot de geregistreeerde informatie.

Registreer in het **individueel dossier van de jongere** het volgende voor alle afzonderingen en fixaties:

- a. het type maatregel (en in uitzonderlijke gevallen een eventuele combinatie van maatregelen);
- b. de omstandigheden, de aanleiding/reden, uitgetoetste 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 (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) met betrekking tot het verloop van de afzondering en de fixatie (zie C.II.5.2);
- h. de tijdstippen van en observaties tijdens het toezicht;

Deel D bevat aanbevelingen over wanneer observaties en evaluaties dienen geregistreerd te worden:

- Fysieke interventie: aanbeveling 23 en 24
 - Mechanische fixatie: aanbeveling 34
 - Afzondering: aanbeveling 17
- i. de nabespreking.

C.II.3.7 Toezien, opvolgen en evalueren

Volg de **psychische, fysieke en emotionele toestand** van de jongere nauw op. Hou hiervoor toezicht en evalueer het effect van de maatregel.

- a. Zorg bij **afzondering** voor **voortdurend wederzijds visueel contact** met de jongere, tenzij dit het verhoopde de-escalerend effect in de weg staat.
- i. Streef naar live toezicht, in de plaats van het gebruik van een camera.
 - ii. Streef naar frequente fysieke aanwezigheid van een zorgverlener/begeleider tijdens afzondering.
 - iii. Indien voortdurend wederzijds visueel contact niet aangewezen is, zorg dan voor regelmatig toezicht. Leg een maximum tijdsduur vast tussen twee momenten van toezicht (zie aanbeveling 12 onder deel D.III.4).
- b. Zet bij **mechanische fixatie** in op **continue fysieke aanwezigheid** bij de jongere, tenzij dit het verhoopde de-escalerend effect in de weg staat. Indien een continue aanwezigheid niet aangewezen is omdat het duidelijk en aanhoudend contraproductief werkt voor de-escalatie, zorg dan voor regelmatig toezicht. Leg een maximum tijdsduur vast tussen twee momenten van toezicht en contact (zie aanbevelingen 27 en 28 onder deel D.II.4).
- c. **Evalueer** actief en frequent het **effect** van de maatregel.
- Deel D bevat aanbevelingen over wat wanneer te observeren en te evalueren:
- Fysieke interventie: aanbeveling 21 en 22
 - Mechanische fixatie: aanbeveling 27 tot 32
 - Afzondering: aanbeveling 12 tot 15
- d. Zoek naar een mogelijkheid tot **dialogoog** met de jongere om te kunnen inschatten wanneer het gevaar voldoende geweken is, en de beëindiging van de maatregel kan overwogen worden.
- Deel D bevat aanbevelingen over het informeren van de zorggebruiker over het effect van de maatregel:
- Fysieke interventie: aanbeveling 18
 - Mechanische fixatie: aanbeveling 33
 - Afzondering: aanbeveling 16
- 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.
- i. 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. 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.
 - ii. 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. 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.
 - iii. Bij mechanische fixatie en afzondering gebeurt het medische onderzoek minstens elke 4 uur (zie D.II.3.24 en D.III.3.9).

C.II.4 Beslissen tot het beëindigen van de maatregel

C.II.4.1 Volg de principes van proportionaliteit en subsidiariteit

Beëindig de maatregel:

- 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.

Bijlage D bevat aanbevelingen over

- a. De **tijdsduur** van afzondering en fixatie die in de regel gerespecteerd dient te worden, en zoveel mogelijk ingekort wordt
 - Fysieke interventie: in de regel niet langer dan 15 minuten (aanbeveling 19)
 - Mechanische fixatie: in de regel niet langer dan 15 minuten (aanbeveling 22)
 - Afzondering: in de regel niet langer dan 1 uur (aanbeveling 8)
- b. Een **alternatieve dwangmaatregel** die uitgeprobeerd wordt wanneer deze tijdsduur overschreden wordt
 - Fysieke interventie: overweeg afzondering (aanbeveling 20)
 - Mechanische fixatie: overweeg afzondering zonder mechanische fixatie (aanbeveling 23)
- c. Wanneer een **second opinion** dient gevraagd te worden indien deze tijdsduur niet gerespecteerd wordt
 - Mechanische fixatie: minstens elke 4 uur (aanbeveling 25)
 - Afzondering: minstens elke 4 uur (aanbeveling 10)
- d. De **maximale tijdsduur** die niet overschreven mag worden
 - Mechanische fixatie: nooit langer dan 24 uur (aanbeveling 26)
 - Afzondering: nooit langer dan 24 uur (aanbeveling 11)

C.II.4.2 Wie beëindigt de maatregel?

De zorgverleners/begeleiders die het toezicht uitvoeren en de evaluatie van het effect van de maatregel opvolgen, beëindigen de maatregel 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.

C.II.5 Na het beëindigen van de maatregel

C.II.5.1 Nabespreking met de jongere

Voer niet lang na het beëindigen van de maatregel **een nabespreking** met de jongere (en desgevallend zijn vertegenwoordiger). 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.

- a. Indien de jongere wenst om de nabespreking **uit te stellen**, respecteer dit dan om escalatie te vermijden.

Toelichting: Indien de jongere een nabespreking weigert, kan het zinvol zijn om later of informeler opnieuw na te gaan of die open staat voor een nabespreking.

- 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.
 - i. Overweeg ook andere, creatieve manieren om hetgeen gebeurd is te verwerken, zoals een gezamenlijke leuke activiteit of via een schriftelijke conversatie.
- 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.
- d. **Bespreek** volgende aspecten indien dit haalbaar is voor de doelgroep, aangepast aan de doelgroep en indien de jongere hiervoor open staat:
 - i. wat er gebeurd is;
 - ii. wat de aanleiding was;
 - iii. wat waarschuwingssignalen waren voor de agressie, escalatie of crisis;
 - iv. de beleving van de jongere, de emotionele en fysieke impact;
 - v. de beleving en impact op de betrokken zorgverlener/begeleider;
 - vi. wederzijdse veronderstellingen over gebeurtenis, aanleiding, aanpak en beleving;
 - vii. 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.

C.II.5.2 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.

C.II.5.3 Nabespreking met de leefgroep of andere omstaanders (zoals bezoek)

Respecteer bij de nabespreking de **persoonlijke levenssfeer** van de jongere. Vertrek daarom bij de nabespreking van wat de omstaanders zelf ervaren hebben. Indien je persoonsgebonden informatie over de jongere wil delen met de omstaanders, bespreek dit dan eerst met de jongere (desgevallend zijn vertegenwoordiger) en vraag of hij hiermee akkoord is.

- a. Ook **getuigen en omstaanders** kunnen nood hebben aan een nabespreking voor het krijgen van informatie en opvangen van emoties. **Ga na wat de noden zijn** en bied deze personen de nodige ondersteuning.

- b. Soms vertellen omstaanders het verhaal aan hun omgeving verder. Overweeg daarom om als voorziening beschikbaar te zijn voor vragen van hun naasten bij dit verhaal.

C.II.5.4 Nabespreking onder zorgverleners/begeleiders

- a. Organiseer tevens een nabespreking met alle betrokken **zorgverleners/begeleiders**, kort nadat de maatregel heeft plaatsgevonden. 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.

*Toelichting: Een tool die hiervoor gebruikt kan worden is *Intervisie Methoden Incidenten*, een vorm van nazorg voor het hele team (<https://www.icoba.be/tools/intervisiemethode-incidenten-imi>).*

- b. Dit gesprek richt zich op:
 - i. 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.
 - ii. Ruimte bieden voor **emotionele verwerking**.

C.II.5.5 Overweeg om een externe organisatie in te schakelen

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.

C.II.5.6 Verdere opvolging

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.

D. Aanbevelingen voor de praktische uitvoering van afzondering en fixatie bij ernstig en acuut gevaar

Onderstaande aanbevelingen hebben betrekking op de **praktische uitvoering** van afzondering, fysieke interventie en mechanische fixatie, in het geval van **ernstig en acuut gevaar**. Het betreft afzondering en fixatie ten gevolge van agressie en escalatie, en om gedwongen voeding via een nasogastrische sonde bij ernstige ondervoeding mogelijk te maken. De praktische uitvoering van afzondering als straf en van afzondering en fixatie onder dwang bij potentieel gevaar en om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen komen niet aan bod. In deze situaties zijn afzondering en fixatie immers niet toelaatbaar (zie C.I.1). Ook de praktische uitvoering van afzondering en fixatie mét toestemming bij potentieel gevaar en om ontwikkelings-/ontplooiingskansen te bevorderen komen niet aan bod. Deze richtlijn bevat immers geen aanbevelingen over de toelaatbaarheid van afzondering en fixatie in deze situaties (zie deel A.IV.2) aangezien de verzamelde evidentie voor de onderbouwing van de aanbevelingen dit wegens inconsistentie tussen en binnen sub-sectoren niet toeliet.

Voor de leesbaarheid van de aanbevelingen vermelden we niet in elke aanbeveling dat deze van toepassing is bij **acuut en ernstig gevaar**. De aanbevelingen zijn zowel van toepassing wanneer zorgverleners/ begeleiders de maatregelen **onder dwang** uitvoeren als wanneer de jongere **instemt** met de maatregel of er **zelf naar vraagt**.

De aanbevelingen zijn gericht naar de **zorgverleners/begeleiders** die afzondering en fixatie uitvoeren.

Bij de ontwikkeling van de aanbevelingen is het intersectorale perspectief voortdurend in overweging genomen. Dit neemt niet weg dat een **aantal aanbevelingen nog meer vertaald kunnen worden** naar de werkwijze en doelpopulatie van bepaalde voorzieningen, steeds op maat van de jongere. De aanbevelingen waarvoor dit het geval is, zijn aangeduid met het symbool



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 **cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling** van de jongere. Er dient ook ingeschat te worden of de jongere omwille van cognitieve en sociaal-emotioneel mogelijkheden niet eerder door de communicatie overprikkeld geraakt, dan dat het een positief effect heeft;
- 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 of mechanische fixatie), dient rekening gehouden te worden met mogelijke fysieke en medische **kwetsbaarheidsfactoren**, voorgeschiedenis van psychotrauma en/of ervaringen met voorgaande afzonderingen en/of fixaties.

Naast samenwerking tussen zorgverleners/begeleiders, concrete handelingen, lichaamshoudingen, gebruik van materialen, maximale tijdsduur van een maatregel, minimale tijdsduur tussen twee momenten van observatie of evaluatie komt ook **registratie van de observaties en evaluaties** aan bod. Registratie is belangrijk omdat het een “papertrail” vormt van de maatregel die wordt toegepast. Voor de jongere is

registratie in het bijzonder van belang omdat het de maatregel controleerbaar maakt en hem (en desgevallend zijn vertegenwoordiger) 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 geregistreeerde informatie de zorgverleners/begeleiders en beleidsmedewerkers om te kunnen leren uit het verloop van een afzondering en fixatie (zie ook deel C.II.3.6). Desondanks mag de registratie niet ten koste gaan van de zorg voor de (mede)jongeren.

I. Fysieke interventie

D.1.1 Het team

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-zorgverlener/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-zorgverlener/begeleiders tijdens het hele proces worden **bijgestaan en ondersteund**.

D.1.2 Handelingen en technieken



7. Hanteer (**verbale**) **de-escalatietechnieken**, ook als een persoon al door middel van een fysieke interventie is gefixeerd.

Toelichting: Stem de keuze van de de-escalatietechnieken af op de communicatieve en verstandelijke mogelijkheden van de jongere. Verbale de-escalatietechnieken zullen voor sommige personen aangevuld of vervangen moeten worden door visuele of tactiele de-escalatietechnieken.



8. Gebruik bij fysieke interventie uitsluitend technieken die schadelijke **lichamelijke effecten minimaliseren**, om op die manier het risico op fysieke pijn of kwetsuren bij de jongere te vermijden.
9. Belemmer tijdens een fysieke interventie nooit iemands **luchtwegen, ademhaling of bloedcirculatie**.
10. Belemmer tijdens een fysieke interventie bij een persoon nooit diens mogelijkheid tot **verbale en non-verbale communicatie** (bijvoorbeeld door de ogen, oren of mond af te dekken).

Toelichting: bij jongeren die gebarentaal gebruiken om te communiceren, bestaat de kans dat de mogelijkheid tot communicatie tijdens de fysieke interventie tijdelijk beperkt wordt. Indien dit vermeden kan worden, is het essentieel dat de beperking van de communicatiemogelijkheden zo kort mogelijk gehouden wordt.



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



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

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

14. **Vermijd** bij een fysieke interventie contact dat door de jongere als **seksueel** kan worden ervaren.

15. Houd rekening met het **geslacht van de zorgverlener/begeleider(s)** indien fysieke interventie wordt toegepast bij personen met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik.



16. Enkel indien er geen tweede zorgverlener/begeleider 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 zorgverlener/begeleider met de rug tegen de borstkas van de zorgverlener/begeleider. Het kind heeft de armen gekruist op de borstkas waarbij de zorgverlener/begeleider de handen vasthoudt. Hierbij dient de zorgverlener/begeleider op te passen dat het kind zijn/haar hoofd niet naar achter duwt aangezien dit schade bij de zorgverlener/begeleider kan veroorzaken.

17. Overweeg het **bijkomend gebruik van mechanische fixatie** in uitzonderlijke omstandigheden waarbij de jongere een noodzakelijke behandeling² moet ondergaan en aanhoudend extreme vormen van fysieke agressie en weerstand vertoont tijdens de fysieke interventie.



18. Vertel de persoon die de fysieke interventie ondergaat, dat de interventie zal **stoppen** zodra zijn of haar gedrag niet langer een ernstig gevaar betekent voor zichzelf of anderen, of wanneer de noodzakelijke behandeling² waarvoor de fysieke interventie wordt toegepast, is afgerond.

² Deze aanbeveling werd geformuleerd op basis van literatuur over gedwongen voeding via een nasogastrische sonde bij ernstige ondervoeding, maar kan ook voor andere noodzakelijke behandelingen in het licht van acuut er ernstig gevaar relevant zijn.

D.1.3 Duurtijd van een fysieke interventie

19. Streef ernaar dat een fysieke interventie - in het kader van acuut en ernstig gevaar - in de regel **niet langer dan 15 minuten** duurt.

Toelichting: Indien het mogelijk of aangewezen is om de fysieke interventie vroeger te beëindigen dan na 15 minuten, dan wordt dit aangemoedigd.

20. Overweeg **afzondering** als een alternatief voor een verlengde fysieke interventie (meer dan 15 minuten).

D.1.4 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 cognitieve en sociaal-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.

21. **Observeer** de persoon die de fysieke interventie ondergaat **voortdurend**, en evalueer hierbij ook voortdurend het **effect** van de maatregel.
22. Observeer en evalueer tijdens een fysieke interventie onder dwang altijd het niveau van **agitatie, agressie en gewelddadig gedrag**.
23. **Registreer** na afloop van de fysieke interventie (in de regel na maximaal 15 minuten) zowel observaties als evaluaties van de fysieke interventie.

Toelichting: Indien het aangewezen is om frequenter dan om de 15 minuten te registreren, dan wordt dit aangemoedigd.

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

Toelichting: Idem als bij aanbeveling 23.

II. Mechanische fixatie

D.II.1 Het team

1. Zorg ervoor dat bij het aanbrengen van het mechanisch fixatiemateriaal steeds één zorgverlener/begeleider de **leiding** heeft.
2. Zorg ervoor dat bij mechanisch fixeren de zorgverleners/begeleiders nauw **samenwerken** als een team, waarbij ieder zijn rol begrijpt en kent.
3. Neem als zorgverlener/begeleider niet deel aan het uitvoeren van mechanische fixatie wanneer je hier een **slecht gevoel, stress of ongemak** bij ervaart, tenzij je hiermee de veiligheid van andere collega's, de jongere of eventuele omstanders in gevaar brengt.



4. Zorg ervoor dat tijdens het mechanisch fixeren 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 het aanbrengen van het mechanisch fixatiemateriaal de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-zorgverlener/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 het aanbrengen van het mechanisch fixatiemateriaal de leiding heeft, zorgt ervoor dat de collega-zorgverlener/begeleiders tijdens het hele proces worden **bijgestaan en ondersteund**.

D.II.2 Handelingen, materialen en technieken



7. Hanteer (**verbale**) **de-escalatietechnieken**, ook als een persoon al mechanisch gefixeerd is.
Toelichting: De keuze van de de-escalatietechnieken moet afgestemd worden op de communicatieve en verstandelijke mogelijkheden van de jongere. Verbale de-escalatietechnieken zullen voor sommige personen aangevuld of vervangen moeten worden door visuele of tactiele de-escalatietechnieken;
8. Gebruik bij mechanisch fixeren uitsluitend materiaal dat gemaakt is om **schadelijke lichamelijke effecten te minimaliseren**, om op die manier het risico op fysieke pijn of kwetsuren bij jongeren te vermijden.
9. Gebruik voor mechanische fixatie middelen die voor de jongere qua dragen zo **min mogelijk storen**.
10. Gebruik voor mechanische fixatie in de context van acuut en ernstig gevaar alleen **professionele** en géén zelfgemaakte **materialen**.
11. Gebruik in de context van acuut en ernstig gevaar **nooit kooibedden** of **bedden met netten**.

Toelichting: Ook bedboxen en tentbedden mogen niet gebruikt worden in de context van acuut en ernstig gevaar.

12. Gebruik **nooit metalen handboeien** om een persoon mechanisch te fixeren.
13. Indien verschillende mechanische fixatiemiddelen beschikbaar zijn en evenwaardig zijn in veiligheid en noodzakelijkheid, kies dan in het licht van het welzijn van de jongere het middel dat **het minst opvalt**.
14. Als er zich een levensbedreigend incident heeft voorgedaan met een specifiek mechanisch fixatiemateriaal, en een **grondige evaluatie** toont aan dat het incident eerder door de aard van het materiaal dan door de verkeerde toepassing ervan werd uitgelokt, gebruik dit materiaal dan **niet** meer.
15. Als er zich een levensbedreigend incident heeft voorgedaan met een specifiek mechanisch fixatiemateriaal, en een **grondige evaluatie** toont aan dat het incident eerder door de verkeerde toepassing dan door de aard van het materiaal werd uitgelokt, dan is een **bijkomende opleiding** over het gebruik van het betreffende materiaal noodzakelijk. Enkel nadat de zorgverlener/begeleiders hebben deelgenomen aan deze opleiding, kan het betreffende fixatiemateriaal opnieuw gebruikt worden bij mechanische fixatie.



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

17. Belemmer bij het mechanisch fixeren van een persoon nooit de **luchtwegen, de ademhaling of de bloedcirculatie**.



18. Kies altijd voor de **rugligging** indien het noodzakelijk is om iemand liggend mechanisch te fixeren.
19. **Voorkom** bij het gebruik van mechanische fixatie dat de jongere (gedeeltelijk) **ontkleed** raakt, doordat zijn/haar (persoonlijke kledij) bijvoorbeeld scheurt of niet op de juiste plaats blijft zitten.



20. Vertel de persoon die de mechanische fixatie ondergaat, dat deze maatregel wordt **beëindigd** zodra zijn of haar gedrag niet langer een ernstig gevaar voor zichzelf of anderen vormt.
21. Indien een **langdurige mechanische fixatie** niet kan worden vermeden, houd er dan rekening mee dat het risico op diepe veneuze trombose toeneemt, en er voldoende **voorzorgsmaatregelen** moeten genomen worden om dit risico te verminderen.

D.II.3 Duurtijd van een mechanische fixatie

22. Streef ernaar dat mechanische fixatie - in het kader van acuut en ernstig gevaar - in de regel **niet langer dan 15 minuten** duurt.

Toelichting: Indien het mogelijk of aangewezen is om de mechanische fixatie vroeger te beëindigen dan na 15 minuten, dan wordt dit aangemoedigd.

23. Overweeg **afzondering** zonder mechanische fixatie als een alternatief voor verlengd mechanisch fixeren (meer dan 15 minuten).

24. Indien een langdurige mechanische fixatie niet kan worden vermeden, streef er dan naar dat de toestand van de mechanisch gefixeerde persoon minstens **elke 4 uur onderzocht** wordt door een 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.

25. 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/LEEFGRUOP³ 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.

26. Een persoon mag in het kader van acuut en ernstig gevaar **nooit langer dan 24 uur** mechanisch worden gefixeerd.

D.II.4 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 cognitieve en sociaal-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.

27. Voer bij een persoon die mechanisch werd gefixeerd minstens elke 15 minuten **observaties** uit in zijn **fysieke aanwezigheid** (dus bijvoorbeeld niet via een camera of door een raampje van de deur), tenzij de fysieke aanwezigheid het verhoopte de-escalerend effect van de mechanische fixatie in

³ Voor voorzieningen die maar uit één afdeling/leefgroep bestaan, betreft dit een arts van buiten de voorziening.

de weg staat. Indien de observaties niet elke 15 minuten konden plaatsvinden, worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.

Deze aanbeveling sluit aan bij aanbeveling C.II.3.7.b: Zet bij mechanische fixatie in op continue fysieke aanwezigheid bij de jongere, tenzij dit het verhoopte de-escalierend effect in de weg staat. Indien een continue aanwezigheid niet aangewezen is omdat het duidelijk en aanhoudend contraproductief werkt voor de-escalatie, zorg dan voor regelmatig toezicht. Leg een maximum tijdsduur vast tussen twee momenten van toezicht en contact.

Aanbeveling 27 expliciteert dat deze maximum tijdsduur 15 minuten bedraagt.

Toelichting: Indien het aangewezen is om frequenter dan om de 15 minuten te observeren, dan wordt dit aangemoedigd.

28. Observeer en evalueer vaker dan eens per 15 minuten, indien er sprake is van een **extra kwetsbaarheid** bij de persoon die mechanisch is gefixeerd. Onder extra kwetsbaarheid wordt verstaan: een emotioneel trauma in het verleden, voorgaande negatieve ervaring met afzondering en/of fixatie, kwetsbaarheid omwille van de ontwikkelingsleeftijd (op fysiek, cognitief, emotioneel of psychisch vlak), fysieke en medische kwetsbaarheidsfactoren zoals onder- of overgewicht, verminderde kracht, zwangerschap en verminderde algemene gezondheid.

Toelichting: Indien het om andere redenen dan de extra kwetsbaarheid van de persoon aangewezen is om frequenter observaties en evaluaties uit te voeren, dan wordt dit aangemoedigd.

29. Controleer tijdens mechanische fixatie het **bewustzijn, de hartslag, de ademhaling, de bloeddruk en het bewegingsbereik van de ledematen** van de mechanisch gefixeerde persoon.

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

31. Observeer en evalueer bij mechanisch gefixeerde personen altijd het niveau van **agitatie, agressie en gewelddadig gedrag**.

32. Evalueer tijdens observaties ook het **effect** van de mechanische fixatie.



33. **Breng** tijdens de observaties de jongere **op de hoogte** van het effect van de mechanische fixatie.

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

Toelichting: Indien het aangewezen is om frequenter dan om de 15 minuten te registreren, dan wordt dit aangemoedigd.

III. Afzondering

D.III.1 Het team



1. Zorg ervoor dat tijdens het toepassen van afzondering één zorgverlener/begeleider **uitleg** geeft aan de afgezonderde persoon; dit over elke stap van de procedure en zo kalm en duidelijk mogelijk.

D.III.2 Handelingen en technieken



2. Geef de jongeren de kans om zich **zelfstandig** naar de afzonderingskamer te verplaatsen.
3. Indien de jongere zelfstandig meegaat naar de afzonderingskamer mag **verbaal verzet** geen aanleiding geven tot bijkomende fysieke interventies.



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



5. Hanteer **(verbale) de-escalatietechnieken**, ook als een persoon reeds afgezonderd is.
Toelichting: De keuze van de de-escalatietechnieken moet afgestemd worden op de communicatieve en verstandelijke mogelijkheden van de jongere. Verbale de-escalatietechnieken zullen voor sommige personen aangevuld of vervangen moeten worden door visuele of tactiele de-escalatietechnieken;



6. Voorzie **dagstructuur** tijdens afzondering om desoriëntatie te voorkomen.



7. **Klop op de deur** vooraleer je een afzonderingskamer betreedt.

D.III.3 Duurtijd van een afzondering

8. Streef ernaar dat afzondering - in het kader van acuut en ernstig gevaar - in de regel **niet langer dan 1 uur** duurt.

Toelichting: Indien het mogelijk of aangewezen is om de afzondering vroeger te beëindigen dan na 1 uur, dan wordt dit aangemoedigd.

9. Indien een langdurige afzondering niet kan worden vermeden, streef er dan naar dat de toestand van de afgezonderde persoon **elke 4 uur onderzocht** wordt door een bevoegde 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.

10. 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/LEEF-GROEP⁴ 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/LEEF-GROEP – 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/LEEF-GROEP bevoegd voor het geven van een second opinion.
11. Een persoon mag in het kader van acuut en ernstig gevaar **nooit langer dan 24 uur** worden afgezonderd.

⁴ Voor voorzieningen die maar uit één afdeling/leefgroep bestaan, betreft dit een arts van buiten de voorziening.

D.III.4 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 cognitieve en sociaal-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.

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

Deze aanbeveling sluit aan bij aanbeveling C.II.3.7.a.iii: Zorg bij afzondering voor voortdurend wederzijds visueel contact met de jongere, tenzij dit het verhoopte de-escalerend effect in de weg staat. Indien voortdurend wederzijds visueel contact niet aangewezen is, zorg dan voor regelmatig toezicht. Leg een maximum tijdsduur vast tussen twee momenten van toezicht en contact.

Aanbeveling 12 expliciteert dat deze maximum tijdsduur 15 minuten bedraagt.

Toelichting: Indien het aangewezen is om frequenter dan om de 15 minuten te observeren, dan wordt dit aangemoedigd.

13. Observeer en evalueer tijdens de afzondering altijd het niveau van **agitatie, agressie en gewelddadig gedrag**.
14. Controleer de **vitale functies** van een persoon in afzondering.
15. Evalueer bij elke observatie ook het **effect** van de afzondering.



16. Breng tijdens de observaties de jongere **op de hoogte** van het effect van de afzondering.

17. Streef ernaar om de bevindingen van zowel de observaties als de evaluaties van de afzondering in de regel om de 15 minuten te **registreren**.

Toelichting: Indien het aangewezen is om frequenter dan om de 15 minuten te registreren, dan wordt dit aangemoedigd.

IV. Impact van de kalenderleeftijd van de jongere

De volgende stellingen gaan over het hanteren van een leeftijdsgrens voor afzondering en fixatie in het kader van acuut en ernstig gevaar.

1. Indien bij kinderen van **12 jaar of jonger** een 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.

Toelichting: Bij de overweging om bij een kind van 12 jaar of jonger in eerste instantie een fysieke interventie toe te passen, dient rekening gehouden te worden met de mogelijke aanwezigheid van psychotrauma in de voorgeschiedenis, met de ontwikkelingsleeftijd van de jongere op fysiek, cognitief, emotioneel en psychisch vlak en met voorgaande ervaringen met fysieke interventie. Op basis van deze factoren kan besloten worden om bij het betreffende kind toch niet in eerste instantie voor fysieke interventie te kiezen, maar wel voor afzondering (zie C.II.2.1).

Houd bij de overweging om bij een kind van 12 jaar of jonger in eerste instantie een fysieke interventie toe te passen, ook rekening met aanbevelingen 14 en 15 onder fysieke interventie:

14. Vermijd bij een fysieke interventie contact dat door de jongere als seksueel kan worden ervaren.

15. Houd rekening met het geslacht van de zorgverlener/begeleider(s) indien fysieke interventie wordt toegepast bij personen met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik.

2. Indien bij kinderen van **12 jaar of jonger** een 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**.

Toelichting: Met “de voorgeschiedenis van de jongere” verwijzen we naar de mogelijke aanwezigheid van psychotrauma in de voorgeschiedenis en naar de mogelijke voorgaande ervaringen met fysieke interventie.

3. Pas **geen mechanische fixatie** toe bij kinderen van **12 jaar of jonger**.
4. 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.

E. Randvoorwaarden voor de implementatie van de richtlijn in de praktijk

Dit hoofdstuk expliciteert de **randvoorwaarden** voor de implementatie van de intersectorale richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële jeugdhulp, kinder- en jeugd-GGZ, MFC's voor kinderen en jongeren, IPO's en de gemeenschapsinstellingen in Vlaanderen.

De doelstelling van de richtlijn bestaat erin het proces van **kwaliteitsverbetering** in dit domein in de verschillende types van residentiële voorzieningen te ondersteunen. Dit wil zeggen dat de aanbevelingen ontwikkeld zijn met **zicht op de toekomst**. Niet alle aanbevelingen zijn op dit moment realiseerbaar in alle betrokken voorzieningen. Daarom eindigt de richtlijn met de bespreking van de randvoorwaarden voor de implementatie van de richtlijn in de praktijk.

Deze randvoorwaarden situeren zich **op drie niveaus**:

- I. De individuele residentiële voorzieningen;
- II. De sectoren residentiële (forensische) jeugdhulp, residentiële kinder- en jeugd-GGZ en de residentiële zorg voor kinderen en jongeren met een handicap;
- III. De wetgeving.

De doelstelling van de aanbevelingen is het proces van kwaliteitsverbetering met betrekking tot afzondering en fixatie te ondersteunen.

Alleen door inzet en samenwerking van alle stakeholders zal er steeds minder afgezonderd en gefixeerd worden. Het betreft hier directies en beleidsmedewerkers van voorzieningen, zorgverleners/begeleiders, betrokken overheden, jongeren- en familievertegenwoordigers en onderzoekers. Verschillende factoren kunnen bijdragen tot de implementatie van de aanbevelingen in de praktijk en worden hieronder geformuleerd in een aantal randvoorwaarden. Als alle stakeholders hier samen op inzetten, kan de implementatie van deze intersectorale richtlijn een succes worden.

I. Randvoorwaarden op het niveau van de individuele residentiële voorzieningen

E.I.1 Basisveiligheid van de behandel- en begeleidingsomgeving

Afzondering en fixatie zijn verregaande inmengingen in de fysieke integriteit van de jongere en de zorgverlener/begeleider en mogen bijgevolg enkel gebruikt worden als laatste redmiddel, indien de zorgverleners/begeleiders geen andere uitweg zien. Deze maatregelen dienen daarenboven zo kort mogelijk en steeds veilig toegepast te worden. Voor de zorgverleners/begeleiders betekent dit dat ze verantwoorde risico's dienen te nemen binnen een algemeen veilige behandel/ begeleidingsomgeving. Het voorzien van **basisveiligheid** van deze omgeving – op architecturaal vlak, technisch vlak en op vlak van personeelsbezetting – is hiervoor een noodzakelijke voorwaarde.

Naast **voldoende personeel** in het algemeen is er ook nood aan de inzet van personeel met specifieke **kennis en expertise** over afzondering en fixatie en over de doelgroep. Deze kennis draagt immers bij tot het nemen van verantwoorde risico's. Daarnaast dient er aandacht te zijn voor een **optimale verdeling** van zorgverleners/begeleiders **met betrekking tot de verschillende diversiteitsaspecten**. Onder andere het geslacht, de cultuur en de religie van de zorgverlener/begeleider kan van belang zijn om afzondering en fixatie bij een bepaalde jongere te voorkomen of – indien er geen andere uitweg is – om afzondering en fixatie humaan en respectvol toe te passen.

E.I.2 Collectief leren en zorg voor personeel

Om de aanbevelingen te kunnen implementeren in de praktijk is het belangrijk dat voorzieningen inzetten op collectief leren. Collectief leren betekent dat medewerkers samen een leerproces doormaken om tot **gedeelde gemeenschappelijke inzichten of praktijken** te komen. Dit komt tot stand via interactie met elkaar, herhaaldelijk oefenen, afspraken maken, betekenissen en informatie delen. Het doel van dit leerproces is een duurzame verandering in **kennis, houding en vaardigheden** teweeg te brengen (de Laat, Poell, Simons & van der Krogt, 2001). Het collectief leren kan bovendien bijdragen tot het creëren van een **lerende organisatie**. Binnen een lerende organisatie vindt er een continu proces plaats waarbij medewerkers van elkaar leren door met elkaar in dialoog te gaan en te reflecteren over hun handelen. Leren en uitvoeren zijn hierbij verbonden met elkaar en zorgt voor het verbeteren en ontwikkelen van praktijken (Smeijsters, 2009). Collectief leren is niet alleen belangrijk binnen en tussen de afdelingen en leefgroepen van zorgorganisaties, maar ook binnen de bestaande gezondheids- en jeugdhulpnetwerken.

Het collectief leren zet allereerst in op het **vergroten van de knowhow** omtrent de preventie van en alternatieven voor afzondering en fixatie. Het zo weinig mogelijk en zo kort mogelijk toepassen van afzondering en fixatie vergroot de kans dat zorgverleners/begeleiders en mede-jongeren vaker getuigen zijn van agressief, storend en/of invasief gedrag van jongeren. Dit kan angst en een *gevoel* van onveiligheid aanwakkeren. Het **opvolgen en beschermen van het psychisch welbevinden** van de zorgverleners/ begeleiders vormt bijgevolg een tweede belangrijk onderdeel van dit collectief leren. Daarbij is het van belang om te focussen op hoe om te gaan met mogelijke ethische dilemma's, met angst voor aansprakelijkheid, andere negatieve of gemengde gevoelens, het opnemen van medeverantwoordelijkheid en het opnemen van leiderschap. Ook tijdens de debriefing onder zorgverleners/begeleiders nadat een interventie heeft plaatsgevonden zijn dit belangrijke aandachtspunten (zie B.III.9 en C.II.5).

De bescherming van het psychisch welbevinden van de zorgverleners/begeleiders draagt bij tot het voorkomen dat een zorgverlener/begeleider '**second victim**' wordt. Dit kan gebeuren wanneer een zorgverlener/begeleider betrokken is bij een ernstig (klinisch) incident, een medische fout, schade die toegebracht werd aan een jongere, en een eventuele klachtenprocedure die de jongere (en desgevallend

zijn vertegenwoordiger) hiervoor instelt. Dergelijke gebeurtenissen kan ervoor zorgen dat de betrokken zorgverlener/begeleider zelf een slachtoffer wordt doordat die getraumatiseerd geraakt tijdens de afzondering of fixatie, en de klachtenprocedure die er kan op volgen (Bourne et al., 2016; Scott et al., 2009). Door in te zetten op goede begeleiding en samenwerking, wordt dit bespreekbaar gemaakt hetgeen bijdraagt tot het samen dragen van de gebeurtenis.

II. Randvoorwaarden op het niveau van de betrokken sectoren

E.II.1 Een 'only once' intersectoraal en gebruiksvriendelijk registratiesysteem

De ontwikkeling van een intersectoraal en gebruiksvriendelijk registratiesysteem wordt aanbevolen. Hierbij is een '**only once**' registratiesysteem aangewezen: een eenmalige registratie van afzondering en fixatie dient te gebeuren in het dossier van de jongere. Deze registratie zorgt er enerzijds voor dat de toepassing van de maatregel zichtbaar wordt en laat anderzijds toe om data te genereren op verschillende niveaus, conform de regelgeving inzake het beroepsgeheim:

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

E.II.2 Een optimale en gedifferentieerde personeelscapaciteit

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 personeelsbezetting-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 (zie B.III.2 en 3). 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 (zie C.II.3 en 5). 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 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 als ook of de afzondering of fixatie gepaard gaat met een nood aan medische zorg (zie C.II.2.4.b en d). Indien de arts oordeelt dat dit het geval is, dient een arts, verpleegkundige of zorgkundige aanwezig te zijn tijdens de uitvoering van de maatregel (zie C.II.3.1.a). 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 of aangewezen is, kunnen andere werkwijzen de beschikbaarheid van deze beroepen garanderen, zoals bijvoorbeeld het voorzien van 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, en daarna voorkomen kan worden, 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 (zie B.II.4).

E.II.3 Begeleiding van de voorzieningen bij deskundigheidsbevordering

Opdat de voorzieningen ervoor kunnen zorgen dat de zorgverleners/begeleiders over voldoende kennis en vaardigheden beschikken om afzondering en fixatie volgens de aanbevelingen te kunnen toepassen, dienen de voorzieningen:

- ondersteund en begeleid te worden in het onderling uitwisselen van kennis en *best practices*;
- de nodige toegang te krijgen tot goed onderbouwde kennis, bv. wetenschappelijke tijdschriften;
- opleidingen en training aangeboden te krijgen die in lijn zijn met de aanbevelingen. Deze vormingen en trainingen dienen wetenschappelijk onderbouwd te zijn en up to date gehouden te worden. Ook de uitwisseling van kennis en expertise tussen trainers en expert-zorgverleners/begeleiders dient gefaciliteerd te worden.

E.II.4 Architecturale aanpassingen

Aanpassingen aan architectuur en interieurarchitectuur kunnen nodig zijn om alle aanbevelingen over de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de praktijk realiseerbaar te maken. Hiertoe behoren o.a. aanpassingen aan de indeling van de leefruimte, het voorzien van clicksystemen voor deuren, kamers voor rooming-in (slaapmogelijkheid voor dichte naasten van en bij de jongere), comfortrooms, bewegingsruimtes en een afgesloten tuin. Het voeren van een proactief en weloverwogen architecturaal beleid schept opportuniteiten voor de preventie van afzondering en fixatie.

III. Randvoorwaarden op het niveau van de wetgeving

Afzondering en fixatie zijn enkel toegelaten voor zover ze plaatsvinden binnen een **juridisch kader** dat de toepassing ervan voldoende duidelijk regelt. De uitwerking van noodzakelijke beginselen – onder andere legitimiteit, subsidiariteit, proportionaliteit, toerekenbaarheid – biedt **bescherming aan zowel jongeren als zorgverleners/begeleiders**. Een gedragen brede richtlijn die zowel ingaat op de preventie als op de toepassing van afzondering en fixatie, speelt hierbij een belangrijke rol.

Naast deze brede richtlijnen dienen er **op wetgevend vlak duidelijke regels** ontwikkeld te worden die bepalen (1) welke vormen van afzondering en fixatie (2) wanneer (3) en door wie mogen worden toegepast, en die (4) voldoende waarborgen bevatten zodat de rechten van jongeren maximaal gerespecteerd worden. Naast de implementatie van de ontwikkelde aanbevelingen is de tussenkomst op het niveau van de wetgeving – te begrijpen in de ruime zin – een noodzakelijke randvoorwaarde voor een mensenrechtenconforme toepassing van afzondering en fixatie.

Referenties

In deze richtlijn worden de bronnen van evidentie waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd niet opgenomen. Deze zijn terug te vinden in de referentielijst van het [rapport](#). In het rapport wordt de evidentie toegelicht:

- De resultaten van de juridische analyse van het mensenrechten en nationaal-rechtelijk kader (Hoofdstuk 2),
- De resultaten van de literatuurstudies naar de preventie, goede praktijken, praktische uitvoering en impact van afzondering en fixatie bij alle betrokken doelgroepen/sub-sectoren (Hoofdstuk 3 tot 5),
- De resultaten van de intersectorale kwalitatieve studie (Hoofdstuk 6)
- Het niveau van evidentie waarop (onderdelen van) de aanbevelingen gebaseerd zijn (Hoofdstuk 7).

In deze referentielijst worden referenties opgenomen naar bronnen uit de wetenschappelijke en grijze literatuur waarop toelichtingen, definities en de randvoorwaarden voor implementatie gebaseerd zijn en ook enkele referenties naar praktische tools.

Academische Werkplaats RisicoJeugd (2020). *"Ik laat je niet alleen": Een gezamenlijk onderzoeksproject naar het verminderen van gedwongen afzonderen in JeugdzorgPlus*. <https://www.jeugdzorgnederland.nl/wp-content/uploads/2020/06/Eindrapport-etappe-2-ik-laat-je-niet-alleen.pdf>

Akhter, S. F., Molyneaux, E., Stuart, R., Johnson, S., Simpson, A., & Oram, S. (2019). Patients' experiences of assessment and detection under mental health legislation: Systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open*, 5, e37. doi: 10.1192/bjo.2019.19

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.

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, 166-170. doi: 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, 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, 39-45. doi: 10.3928/02793695-20150211-01

Bourne, T., Vanderhaegen, J., Vranken, R., Wynanats, L., De Cock, B., Peters, M., Timmermans, D., Van Calster, B., Jalbrant, M., & Van Audenhove, C. (2016). Doctors' experiences and their perception of the most stressful aspects of complaints processes in the UK: an analysis of qualitative survey data. *BMJ Open*, 6, e011711. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011711

Bowers, L. (2014) Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 499-508. doi: 10.1111/jpm.12129

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, 1-8. doi: 10.1016/j.chilyouth.2020.104826

- 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. doi: 10.3928/02793695-20140922-01
- Campos, J. J., Frankel, C. B., & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child Development*, *75*, 377–394. doi: 0.1111/j.1467-8624.2004.00681.x
- 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. doi: 10.3389/fpsy.2019.00491
- Claes, L., & Verduyn, A. (2012). *SEO-R: Schaal voor Emotionele Ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking*. Garant Antwerpen
- de Beuf, T., de Ruiter, C., & de Vogel, V. (2018). Krachten en kwetsbaarheden bij jongeren: Gestructureerde risicotaxatie met de START:AV. *Kind en Adolescent Praktijk*, *17*, 28-35.
- 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*, *25*, 357-369. doi: 10.1177/1744629520901637
- de Laat, M., Poell, R., Simons, P. R. J., & van der Krogt, F. (2001). Organiseren van leren op de werkplek. In A. Wald, & J. van der Linden (reds.). *Leren in perspectief* (pp. 69-84). Leuven: Garant
- 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
- 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%20OOOC%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
- 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%20Vrijheidsbeperkende%20maatregelen%20in%20de%20gehandicaptenzorg%20voor%20kinderen%20en%20minderjarigen.pdf>
- 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. doi: 10.1111/cch.12193

- Dirix, E., Tilleman, B., & Lierman, S. (2018). *De Valks juridisch woordenboek (4de ed.)*. Antwerpen: Intersentia
- 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*, 26–35. doi: 10.1111/jppi.12223
- dosReis, S., & Davarya, S. (2008). Staff Perspectives of Precipitants to Aggressive Behavior of Adolescents in Residential Treatment Facilities. *Residential Treatment for Children & Youth, 25*, 85–101. doi: 10.1080/08865710802309964
- Eisenberg, N., Fabes, R., Nyman, M., Bernzweig, J., & Pinuelas, A. (1994). The relations of emotionality and regulation to children's anger-related reactions. *Child Development, 65*, 109–128. doi: 10.2307/1131369
- Fink, A., Kosecoff, J., Chassin, M., & Brook, R. H. (1984). Consensus Methods: Characteristics and Guidelines for Use. *American Journal of Public Health, 74*(9), 979-983
- 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. doi: 10.3389/fpsy.2019.00462
- Kieft, M. (2011). *De Delphi-methode nader bekeken*. Nijmegen: Samenspraak Advies Nijmegen
- Goodley, D. (2001). 'Learning disabilities', the social model of disability and impairment: Challenging epistemologies. *Disability & Society, 16*, 207-231. doi: 10.1080/09687590120035816
- Goulet, M., Larue, C., & Dumais, A. (2017). Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 34*, 139-146. doi: 10.1016/j.avb.2017.01.019
- 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*, 235. doi: 10.1186/s12913-019-4060-y
- Hermans, D., Raes F., & Orlemans, H. (2017). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- 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*, 61–80. doi: 10.1111/jar.12095
- Hottinen, A., Ryttila-Manninen, M., Lauren, 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*, 399–405. doi: 10.1111/inm.12674
- Huckshorn, K. A. (2004). Reducing Seclusion and Restraint Use in Mental Health Settings. Core Strategies for Prevention. *Journal of Psychosocial Nursing, 42*, 22-33. doi: 10.3928/02793695-20040901-05
- Huckshorn, K. A. (2014). Reducing Seclusion and Restraint Use in Inpatient Settings: A Phenomenological Study of State Psychiatric Hospital Leader and Staff Experiences. *Journal of Psychosocial Nursing, 52*, 40-48. doi: 10.3928/02793695-20141006-01
- ICOPA - Agressie buitengewoon (2021). <https://www.icoba.be/icobas-kijk-op-agressief-gedrag>
- ICOPA - De ICOPA toolbox (2021). <https://www.icoba.be/tools>

- ICOPA - Intervisie aan de hand van de IntervisieMethodiek Incidenten (2021).
<https://www.icoba.be/tools/intervisiemethode-incidenten-imi>
- Kaltiala-Heino, R., Berg, J., Selander, M., Työläjäarvi, M., & Kahila, K. (2007). Aggression Management in an Adolescent Forensic Unit. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6, 185-196. doi: 10.1080/14999013.2007.10471262
- 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, 616–626. doi: 10.1111/inm.12570
- Lawrence, R. E., Perez-Coste, M. M., Bailey, J. L., DeSilva, R., & Dixon, L. B. (2019). Coercion and the inpatient treatment alliance. *Psychiatric Services*, 70, 1110-1115. doi: 10.1176/appi.ps.201900132
- LeBel, J., & Stromberg, N. (2012). Resource guide restraint. <https://restraintreductionnetwork.org/wp-content/uploads/2016/11/restraint-resources.pdf>
- LeBel, J., Huckshorn, K. A., & Caldwell, B. (2010). Restraint use in residential programs: Why are best practices ignored? *Child Welfare*, 89, 169-187
- 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. doi: 10.1080/23312521.2014.966466
- Lodewijks, H., de Ruiter, C., & Doreleijers, T. (2003). Risicotaxatie en risicohantering van gewelddadig gedrag bij adolescenten. *Directieve Therapie*, 23, 13-21. doi: 10.1007/BF03060301
- Lodewijks, H., Doreleijers, T., de Ruiter, C., & Borum, R. (2008a). Predictive validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) during residential treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 263-271. doi: 10.1016/j.ijlp.2008.04.009
- Lodewijks, H., Doreleijers, T. & de Ruiter, C. (2008b). SAVRY risk assessment in violent Dutch adolescents. Relation to sentencing and recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 696-709. doi: 10.1177/0093854808316146
- Managementcomité Welzijn, Volksgezondheid & Gezin (februari 2019). *Intersectorale definities van vrijheidsbeperkende maatregelen*. https://www.jeugdhulp.be/sites/default/files/documents/intersectorale_definities_vrijheidsbeperkende_maatregelen.pdf
- 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>
- 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, 1-26. doi: 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
- Olson, J., & Sarver, R. S. (2021). How restorative are you? Introducing the restorative index. *Victims & Offenders*, 1-33. doi: 10.1080/15564886.2021.1942358

- Peeters, T., De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Buyck, I., Put, J., & Van Audenhove, Ch. (2019). *De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Een multidisciplinaire richtlijn met zicht op de toekomst*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef-21-md-richtlijn-afzondering-en-fixatie>
- 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*. doi: 10.1007/s11126-021-09887-x
- Powell, H., Alexander, A., & Karatzias, T. (2008). The use of seclusion in learning disability services. *Learning Disability Practice*, 11, 12–17. doi: 10.7748/ldp.11.5.12.s22
- Price, O., & Baker, J. (2012). Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 310-319. doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x
- Richmond, J., Berlin, J., Fishkind, A., Holloman, G., Zeller, S., Wilson, M., ... , & Ng, A. (2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 13, 17-25. doi: [10.5811/westjem.2011.9.6864](https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864)
- Riding, T. (2016). Exorcising restraint: Reducing the use of restrictive interventions in a secure learning disability service. *Journal of Intellectual Disabilities & Offending Behaviour*, 7, 176–185. doi: 10.1108/JIDOB-06-2016-0007
- 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
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2018). *Self-determination theory perspective: Basic psychological needs in motivation, development and wellness*. New York: Guilford
- Sashidharan, S. P., Mezzina, R., & Puras, D. (2019). Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28, 605–612. doi: 10.1017/S2045796019000350
- Scott, S. D., Hirschings, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandst, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Quality Safety Health Care Journal*, 18, 325-330. doi: 10.1136/qshc.2009.032870
- Seed, T., Fox, J. R. E., & Berry, K. (2016). The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 82-94. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.05.014
- 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. (2020). Behaviour management or institutionalised repression? Children’s experiences of physical restraint in custody. *Children & Society*, 35, 159–175. doi: 10.1111/chso.12410
- Smeijsters, H. (2009). Onderzoek in en door de praktijk en practice based evidence in de lerende organisatie. Voorbeelden van onderzoek door kenniskringen van hogescholen. *TH&MA Hoger Onderwijs*, 16, 4-13.
- Steunpunt Mens en Samenleving (2021). *Reflectie-instrument: Bewuster omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen*. https://www.samvzw.be/sites/default/files/Publicaties/SAM118_Vrijheid_DEF_0.pdf
- Sturmeijer, P. (2015). *Reducing restraint and restrictive behavior management practices*. Springer

- van der Helm, P. (2020). *Leefklimaat!* Uitgeverij SWP Amsterdam
- van der Helm, G. H. P., Kuiper, C. H. Z., & Stams, G. J. J. M. (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. doi: 10.1016/j.childyouth.2018.07.028
- 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
- van Os, J. (2015). *'De DSM-5 voorbij! Pleidooi voor een persoonsgerichte behandeling van cliënten*. Leusden: Diagnosis
- Van Steenberghe, T., Reynaert, D., Roets, G., & De Maeyer, J. (2020). *Ervaring Werkt?!: Ervaringskennis Cocreatief Inbedden in Je Organisatie*. Leuven: Acco
- Versweyvelt, A.-S., & Put, J. (2018). *Wegwijzers beroepsgeheim: Wegwijzer 3 – Samenwerking in de hulpverlening*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
https://www.wegwijzer_3_integraal_digitaal_20181030.pdf
- Vilans (2020). Alternatievenbundel: Inspiratie voor vrijwillige én passende zorg. <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/alternatievenbundel-vrijheidsbeperking.pdf>
- Voskes, Y., Theunissen, J., & Widdershoven, G. (2011). *Best practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg: Een inventariserend onderzoek naar best practices bij de reductie van dwang*. Amsterdam: VU Medisch Centrum.
- 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. doi: 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*, 71–80. doi: 10.1016/j.chc.2015.08.003
- World Health Organization (2017a). *Creating mental health and related services free from coercion, violence and abuse - WHO Quality Rights training to act, unite and empower for mental health (pilot version)*. Geneva: World Health Organization. <https://www.medbox.org/creating-mental-health-and-related-services-free-from-coercion-violence-and-abuse-who-qualityrights-training-to-act-unite-and-empower-for-mental-health-p-i-l-o-t-v-e-r-s-i-o-n/preview>
- World Health Organization (2017b). *Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices - WHO Quality Rights training to act, unite and empower for mental health (pilot version)*. Geneva: World Health Organization. <https://www.medbox.org/strategies-to-end-the-use-of-seclusion-restraint-and-other-coercive-practices-training-to-act-unite-and-empower-for-mental-health-p-i-l-o-t-v-e-r-s-i-o-n/preview8>
- 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

Bijlage 1. Types voorzieningen waarop de richtlijn van toepassing is

Residentiële (forensische) jeugdhulp:

- Centra voor kinderopvang 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+)
- Gemeenschapsinstellingen⁵

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)

De richtlijn is enkel van toepassing **binnen deze voorzieningen** – ook voor jongeren die er enkel over dag verblijven - en bij **vervoer vanuit de voorzieningen door personeel** van de voorziening naar bijvoorbeeld een plaats voor recreatie of voor medische verzorging.

⁵ Deze voorzieningen worden in dit document ook benoemd als de residentiële forensische jeugdhulp.

