

Vlaamse richtlijn voor de preventie en het gebruik van afzondering en fixatie

K. De Cuyper, T. Opgenhaffen, T. Peeters, I. Buyck, J. Put, C. Van Audenhove

- Achtergrond** Er bestaat internationale consensus dat afzondering en fixatie enkel zo kort en zo weinig mogelijk worden toegepast. Audits van Zorginspectie tonen aan dat dit in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg (ggz) niet steeds het geval is.
- Doel** We ontwikkelden een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële ggz, onderbouwd met zowel klinisch-wetenschappelijke als juridische evidentie.
- Methode** De GRADE-methode vormde de basis voor de ontwikkeling van de richtlijn. Om de twee vormen van evidentie te integreren, voegden we twee onderzoeksfases toe. In dit artikel bieden we een overzicht van de uitdagingen die gepaard gingen met de uitvoering van deze interdisciplinaire methode.
- Resultaten** Zowel de klinisch-wetenschappelijke als de juridische evidentie vertoonde lacunes. Toch resulteerde de studie in een uitgebreide richtlijn doordat we in de eerste plaats de aanbevelingen mede onderbouwden met praktijk- en ervaringsgerichte expertise van de Vlaamse belanghebbenden, en in de tweede plaats de klinisch-wetenschappelijke en juridische evidentie integreerden.
- Conclusie** De inzet op implementatieonderzoek en een duidelijk wettelijk kader voor Vlaanderen zijn noodzakelijk om de (mensen)rechten van zorggebruikers in de ggz – ook in het geval van agressie en escalatie – beter te vrijwaren.

Afzondering en fixatie zijn in de geestelijke gezondheidszorg omstreden maatregelen, zowel vanuit klinisch als juridisch oogpunt.

Vanuit klinisch perspectief loopt de zorggebruiker bij de toepassing van deze maatregelen het risico op lichamelijke verwondingen, (her)traumatisering en gevoelens van onmacht, woede, angst, vernedering en onbegrip (bijv. Aguilera-Serrano e.a. 2018; Chieze e.a. 2019; Kersting e.a. 2019; Nielson e.a. 2020). In een minderheid van de gevallen rapporteren zorggebruikers ook positieve gevoelens, waaronder een gevoel van veiligheid en zelfcontrole (Aguilera-Serrano e.a. 2018). Bij hulpverleners kunnen naast lichamelijke verwondingen ook secundaire traumatisering en gevoelens van angst, kwaadheid, onzekerheid en schuld optreden (Stewart e.a. 2010). Bovendien kan de onderlinge werkrelatie ernstig onder druk komen te staan (Stewart e.a. 2010; Bowers 2014). Enkel van bepaalde vormen van medicamenteuze fixatie is aangetoond dat het agitatie bij volwassenen op een veilige manier kan verminderen (Sailas

& Fenton 2012; Bak e.a. 2019; Chieze e.a. 2019).

Vanuit juridisch perspectief zijn afzondering en fixatie verregaande inmengingen in de fysieke integriteit. Daardoor vormen ze een restrictief te interpreteren uitzondering op het autonomiebeginsel. Het uitgangspunt is immers dat de zorggebruiker - of zijn of haar vertegenwoordiger - zelf beslist welke behandeling hij of zij krijgt (artikel 8, 12 en 14 Wet Patiëntenrechten; Lemmens 2014).

Vanuit mensenrechtelijk oogpunt zijn afzondering en fixatie slechts toegelaten indien ze als laatste hulpmiddel kortdurend plaatsvinden binnen een juridisch kader met strikte waarborgen (Opgenhaffen 2020). Dat kader moet ervoor zorgen dat zorggebruikers niet onrechtmatig worden afgezonderd of gefixeerd, dat hulpverleners hun rechten tijdens de maatregel maximaal respecteren, en dat de maatregel onder toezicht plaatsvindt.

Vanuit zowel klinisch als juridisch oogpunt bestaat er dus al langer internationale consensus om afzondering en fixatie zo weinig en zo kort mogelijk toe te passen.

AUTEURS

Kathleen De Cuyper, klinisch psycholoog, postdoctoraal onderzoeker, LUCAS KU Leuven.

Tim Opgenhaffen, jurist, postdoctoraal onderzoeker Instituut voor Sociaal Recht KU Leuven ; deeltijds docent Sociaal Recht, UHasselt; lector, UCLL.

Tine Peeters, klinisch psycholoog, wetenschappelijk medewerker LUCAS KU Leuven.

Inez Buyck, kinder- en jeugdpsycholoog, postdoctoraal onderzoeker, LUCAS KU Leuven, praktijkassistent UGent, lector HoGent en eigen psychologiepraktijk.

Johan Put, jurist, gewoon hoogleraar Instituut voor Sociaal Recht KU Leuven.

Chantal Van Audenhove, klinisch psycholoog, directeur LUCAS KU Leuven, gewoon hoogleraar Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde KU Leuven.

Correspondentieadres

Dr. Kathleen De Cuyper, LUCAS KU Leuven,
Minderbroedersstraat 8, Postbus 5310, 3000 Leuven, België.
E-mail: kathleen.decuyper@kuleuven.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

De studie werd gefinancierd door het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, met intern referentienummer ZKD3727.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-10-2020.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(4):276-282

Zorginspectie, een Vlaams overheidsorgaan dat de normconformiteit en kwaliteit van zorgvoorzieningen controleert, toonde echter aan dat Vlaamse afdelingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie afzondering en fixatie soms veelvuldig, langdurig en onveilig gebruiken (Zorginspectie 2017). Dit beleidsrapport vormde de aanleiding voor de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de Vlaamse residentiële ggz in opdracht van het Vlaamse Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Deze MDR heeft vier doelen:

1. Het proces van kwaliteitsverbetering in de voorzieningen ondersteunen.
2. Aanbevelingen formuleren die zowel klinisch-wetenschappelijk als juridisch zijn onderbouwd. Aangezien het klinisch-wetenschappelijk onderzoek in de ggz zich voornamelijk toespitst op de preventie van afzondering en fixatie in situaties van *agressie* en/of *escalatie* zijn de aanbevelingen uit de MDR van toepassing op dergelijke situaties.
3. De *preventie* van afzondering en fixatie voorop stellen. Slechts voor situaties waarin preventieve acties hetzij rigoreus maar tevergeefs uitgeprobeerd zijn, hetzij door omstandigheden onmogelijk zijn (bijv. spoedopname), bevat de MDR aanbevelingen voor het *gebruik* van afzondering en fixatie.
4. Het formuleren van randvoorwaarden die de implementatie van de richtlijn faciliteren.

De richtlijn kan online geraadpleegd worden (Peeters

e.a. 2020). In deze bijdrage bespreken we de lacunes in de klinisch-wetenschappelijk en juridische evidentie, en de uitdagingen die gepaard gaan met de integratie van beide vormen van evidentie.

METHODE

Anders dan de meeste klinische richtlijnen werd deze MDR ontwikkeld op basis van evidentie uit klinisch-wetenschappelijk én juridisch onderzoek. Om het juridische onderzoek te integreren, voegden we twee onderzoeksfasen toe aan de vier fasen van de GRADE-methode (Barbui & Cipriani 2011). Daarnaast pasten we de fasen van de GRADE-methode op enkele punten aan (zie cursief gedrukte tekst hierna).

Stap 1. Evidentie

Als eerste stap werden de resultaten uit wetenschappelijk onderzoek vanuit klinisch *en juridisch perspectief* verzameld en samengevat. Vanuit klinisch-wetenschappelijk perspectief verzamelden we evidentie aan de hand van:

- een literatuurstudie van reviews en gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's);
- de inhoudelijke analyse van bestaande (inter)nationale richtlijnen (CPT 2017; Hoge Gezondheidsraad 2016; Masters e.a. 2002; NICE 2015; van der Hoeven e.a. 2016);
- een kwalitatieve studie waarin we de visies verza-

melden van residentiële ggz-voorzieningen met *best practices* inzake de preventie van afzondering en fixatie, de betrokken beroepsverenigingen, patiënt-vertegenwoordigers, koepelorganisaties en de dienst Zorginspectie van de Vlaamse overheid (n = 22). We namen diepte-interviews af van leidinggevenden van drie van de voorzieningen die deelnamen aan de expertpanels.

Daarnaast verhelderden we de nationaalrechtelijke toepassingsvoorwaarden voor, en modaliteiten van afzondering en fixatie, en verkenden we het mensenrechtelijke landschap.

Stap 2. Ontwikkelen mensenrechtelijk toetsingskader

De tweede stap was *het ontwikkelen van een mensenrechtelijk toetsingskader*. Het is in de mensenrechten een algemeen uitgangspunt dat de rechten van zorggebruikers slechts kunnen worden ingeperkt als vier beginselen gewaarborgd zijn:

1. er moet een wettelijke grondslag voor bestaan;
2. het doel moet gerechtvaardigd zijn;
3. de inperking is het laatste redmiddel;
4. gaat niet verder dan nodig (Goedertier e.a. 2013).

Om deze beginselen te concretiseren voor het specifieke geval van afzondering en fixatie maakten we een analyse van de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens en de standaarden en landenrapporten van het Europees Comité voor de Preventie van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing (hierna CPT). Vooral deze laatste zijn een gedetailleerde bron waaruit blijkt waaraan afzondering en fixatie mensenrechtelijk precies moeten voldoen. Als orgaan binnen de Raad van Europa voert het CPT inspecties uit op plaatsen waar personen van hun vrijheid kunnen zijn beroofd, waaronder ook voorzieningen in de ggz.

Op basis van deze bronnen zetten wij de beginselen om in een concreet toetsingskader. Dit toetsingskader werd vervolgens gebruikt om input te geven aan de aanbevelingen.

Stap 3. Integreren van klinisch en juridisch perspectief

Als derde stap *integreerden we de verzamelde evidentie vanuit het klinisch-wetenschappelijke en juridische perspectief*. We formuleerden aanbevelingen op basis van hetzij een combinatie van klinisch-wetenschappelijke en juridische evidentie, hetzij op basis van enkel klinisch-wetenschappelijke of juridische evidentie. In het laatste geval mochten de aanbevelingen evenwel niet ingaan tegen respectievelijk de klinische principes van goede zorg (herstelgerichte, participerende en traumageïnformeerde zorg) of de juridische mensenrechtelijke principes. Bij inconsistenties tussen de klinisch-wetenschappelijke en juridische evidentie zochten we naar een variant van de aanbeveling die voldoende werd ondersteund door beide vormen van evidentie.

Stap 4. Kwaliteit bewijs

Als vierde stap bepaalden we de kwaliteit van de evidentie op basis waarvan we de aanbevelingen ontwikkelden. Op basis van de sterkte van de klinisch-wetenschappelijke en juridische evidentie die voorhanden was, werkten we evidentieniveaus voor de aanbevelingen uit. De sterkte van het bewijs (evidentieniveau) bepaalde de sterkte van de aanbeveling.

Stap 5. Toetsen aan waarden/voorkeuren

De vijfde stap betrof de aanbevelingen toetsen en aanpassen aan de waarden en voorkeuren die bestaan binnen het werkveld. We toetsten de aanbevelingen aan de waarden en voorkeuren binnen de Vlaamse residentiële ggz, via de eigen Vlaamse kwalitatieve studie en de stuurgroepvergaderingen met de opdrachtgevers, met name het Agentschap Zorg en Gezondheid en het Vlaamse kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Stap 6. Toetsen haalbaarheid

In stap 6 toetsten we de aanbevelingen aan de haalbaarheid binnen het werkveld. *Dit leidde tot het formuleren van randvoorwaarden voor de implementatie van de MDR*. Op basis van alle verzamelde evidentie werkten we de randvoorwaarden uit. Deze namen we op in de richtlijn. Met de term 'maatregel' verwijzen we in dit artikel naar het geheel van afzondering en fixatie, al dan niet onder dwang toegepast. De term 'fixatie' houdt steeds de drie vormen van fixatie in: fysieke interventie, mechanische en medicamenteuze fixatie. De definities van de maatregelen hanteren we conform het Vlaamse Management Comité van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (18 februari 2019), van toepassing in de integrale jeugdhulp en de residentiële geestelijke gezondheidszorg.

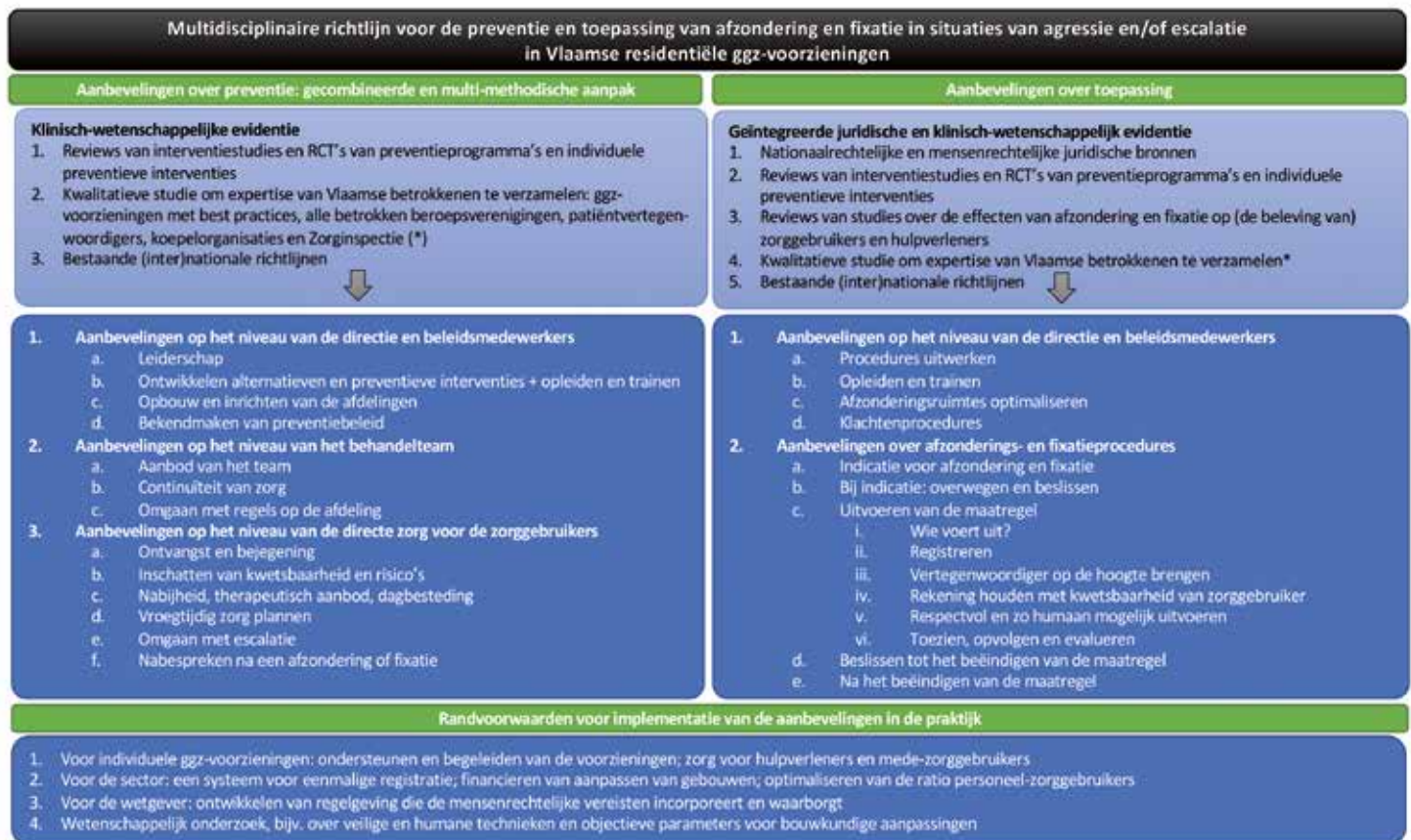
RESULTATEN

In **figuur 1** geven we een samenvatting van de inhoud van de MDR en de evidentie waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd. Op de klinisch-wetenschappelijke en juridische evidentie gaan we dieper in, als ook op de uitdagingen die gepaard gingen met de integratie van beide vormen van evidentie.

Klinisch-wetenschappelijk onderzoek

Er zijn weinig methodologisch sterke interventiestudies uitgevoerd naar de effectiviteit van *afzondering of fixatie* (Chieze e.a. 2019; Kersting e.a. 2019; Nielson e.a. 2020). Bijgevolg zijn de positieve effecten van afzondering en fixatie in vergelijking met alternatieve strategieën die de bewegingsvrijheid van een persoon niet beperken, niet wetenschappelijk aangetoond. De meerderheid van de evidentie voor *preventieve multimethodische programma's* komt uit interventiestudies met een pre- en postevaluatie, al dan niet met het gebruik van controlegroepen. Daarnaast zijn enkele RCT's uitgevoerd (Bowers e.a. 2015; Brockardt e.a. 2011; Putkonen e.a. 2013). De bewijskracht van deze gezamenlijke evidentie voor pre-

Figuur 1. Samenvattend overzicht van de inhoud van de richtlijn en van de evidentie voor de aanbevelingen



ventieprogramma's is laag (Allen e.a. 2019; Gaynes e.a. 2017; Goulet e.a. 2017). De enige twee *individuele preventieve strategieën* waarvan onderzoek aantoont dat ze consistent positieve effecten opleveren, zijn risicoassessment (Gaynes e.a. 2017) en behandelplanning (Vakiparta e.a. 2019).

Ondanks deze lacunes in het onderzoek – en niet in het minst omdat afzondering en fixatie de mensenrechten van zorggebruikers onder druk zetten – vonden we de ontwikkeling van een *uitgebreide* richtlijn verantwoord. De andere klinisch-wetenschappelijke evidentiebronnen leidden immers tot dezelfde conclusies als de interventiestudies voor preventieve programma's met lage bewijskracht.

Ten eerste rapporteren studies naar de ervaring van zorggebruikers met afzondering en fixatie overwegend negatieve effecten (Aguilera-Serrano e.a. 2018; Askew e.a. 2019). Ten tweede verzamelden we expertise van alle Vlaamse belanghebbenden in een kwalitatieve studie. De resultaten ervan waren in lijn met de andere evidentiebronnen en vulden deze aan. De toevoegingen verwerkten we in de aanbevelingen, zij het met een lager evidentieniveau, conform de filosofie van de GRADE-methode. Op deze manier onderbouwden we de richtlijn met expertise van de verschillende betrokken disciplines. Ten slotte overlaptten de aanbevelingen die

consistent vóórkomen in de bestaande (inter)nationale richtlijnen met de aanbevelingen die we op basis van de andere klinisch-wetenschappelijke en juridische evidentiebronnen ontwikkelden.

Juridisch onderzoek

In verschillende fasen van de ontwikkeling van de richtlijn toetsten we de aanbevelingen en pasten ze aan volgens een gedetailleerd mensenrechtelijk toetsingskader. Een Vlaamse of Belgische nationaalrechtelijke toetsing van de aanbevelingen was niet mogelijk. Hoewel in Vlaanderen verschillende normen bepaalde modaliteiten regelen (bijv. registratie en bevoegdheid van verpleegkundigen), is er geen wet die aangeeft wanneer afzondering en fixatie kunnen worden toegepast. Dit is anders dan in Nederland, waar de recente Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg een robuust rechtskader biedt. Zonder een dergelijke wet zijn afzondering en fixatie strafbare vormen van 'slagen of verwondingen' (Dierickx 2006).

Bij gebrek aan specifieke Vlaamse of Belgische wetten lag het voor de hand dat we bij de ontwikkeling van de richtlijn een beroep deden op de Wet Patiëntenrechten. Deze wet bevat echter geen dwangregeling. Ze kan afzondering en fixatie slechts rechtvaardigen mits er vrije en voorafgaande toestemming is (art. 8, § 1 en 4

Wet Patiëntenrechten). Een clausule in de opnameovereenkomst of huisregels volstaan niet (Opgenhaffen 2020).

Enkel bij een spoedgeval kan de hulpverlener ingrijpen voor zover de wil van de zorggebruiker niet bekend is en het ingrijpen in het onmiddellijke belang van zijn gezondheid is (art. 8, § 5 Wet Patiëntenrechten). Een beroep op het spoedgeval bij afzondering en fixatie kan slechts in een uitzonderlijk geval (bijv. bij een crisisopname). Het mag niet gebruikt worden om tegen de bekende wil van de zorggebruiker in te gaan.

Ook de situatie van wilsonbekwaamheid biedt hulpverleners geen vrijgeleide: de Wet Patiëntenrechten vereist immers dat de zorggebruiker vertegenwoordigd wordt (art. 12 en 14 Wet Patiëntenrechten). De hulpverlener moet aan de vertegenwoordiger toestemming vragen en moet een weigering respecteren, tenzij dit het leven of de gezondheid van de zorggebruiker ernstig in gevaar brengt (art. 15, § 2 Wet Patiëntenrechten). Dat de vertegenwoordiger slechts mag toestemmen met wat de zorggebruiker gewild zou hebben, maakt een vervangende toestemming voor afzondering en fixatie niet vanzelfsprekend.

Omdat de Wet Patiëntenrechten vaak geen uitweg biedt, legitimeren Vlaamse hulpverleners afzondering en fixatie meestal via het algemene principe van de *noodtoestand* (Veys 2007). Dat maakt het mogelijk om kortdurend en proportioneel in te grijpen wanneer er een ernstig, dreigend en nabij gevaar voor de integriteit van de persoon bestaat en enkel afzondering en fixatie dit gevaar kunnen doen wijken (Dierickx 2007).

Voorzieningen vullen dit concept vaak ruimer in dan wettelijk toegelaten. Zo bestaat het risico dat met de noodtoestand de Wet Patiëntenrechten buiten spel wordt gezet. Bovendien biedt de noodtoestand geen garanties dat de fundamentele rechten van de zorggebruiker gerespecteerd worden (Opgenhaffen 2018). Dergelijke garanties – bijv. type maatregel, de maximale duurtijd en toezicht – zijn vanuit mensenrechtelijk oogpunt echter wel nodig.

De interdisciplinaire methode

Dat de aanbevelingen gebaseerd zijn op de *integratie* van klinisch-wetenschappelijke en juridische evidentie is vernieuwend. Deze methode bracht twee uitdagingen met zich mee.

Ten eerste leggen de mensenrechten vaak enkel het te bereiken doel op, zonder te omschrijven *hoe* dit doel moet worden bereikt. In zo'n geval bestaat er een handelingsruimte die met klinisch-wetenschappelijke evidentie verder kan worden ingevuld. Maar soms ontbreekt deze evidentie.

Zo beveelt de richtlijn in algemene bewoordingen aan om bij de 'langdurige' toepassing van een maatregel in 'bijkomende waarborgen' te voorzien, zoals een tweede opinie van een arts. Hiermee geven we een invulling aan de mensenrechtelijke eis om in extra waarborgen te voorzien als de impact van de maatregel op de zorgge-

bruiker toeneemt. Echter, de mensenrechtelijke bronnen beschrijven niet exact welke waarborgen er moeten zijn, noch vanaf wanneer hulpverleners ze dienen toe te passen. Ook de klinisch-wetenschappelijke evidentie geeft hierop geen duidelijk antwoord (zie verder in de discussie).

Ten tweede leggen de mensenrechtelijke en de klinisch-wetenschappelijke bronnen soms tegengestelde eisen op. Over onderwerpen waar beide kaders niet verzoenbaar bleken, formuleerden we geen aanbevelingen. Een voorbeeld hiervan betreft de te volgen procedure bij afzondering en fixatie tijdens een vrijwillige opname. De mensenrechten vereisen in zo'n geval dat de zorggebruiker die van zijn of haar vrijheid beroofd is, de waarborgen geniet van een gedwongen opname, zoals de toegang tot een rechter. Een vanzelfsprekende aanbeveling vanuit juridisch oogpunt is dan ook om de procedure tot gedwongen opname op te starten zodra de maatregel een bepaalde tijdsduur overschrijdt (CPT Standards 2015; CPT on Czech Republic 2015; CPT on Malta 2016). 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 (Seed e.a. 2016; Akhter e.a. 2019). Bovendien heeft een gedwongen opname een verregaande negatieve impact op de therapeutische relatie (Lawrence e.a. 2019). Een goede therapeutische relatie is essentieel om nieuwe afzonderingen of fixaties te vermijden (Blair & Moulton-Adelman 2015; Goulet e.a. 2017; Huckshorn 2004).

Door deze tegenspraak werd de mensenrechtelijke aanbeveling uit de richtlijn geweerd. Wel is aan de wetgever gesuggereerd om een tussenoplossing in de wetgeving op te nemen waarbij dwangmaatregelen in de vrijwillige zorg met juridische waarborgen worden omkaderd zonder dat dit noodzakelijk tot een dwangopname leidt.

DISCUSSIE

We ontwikkelden een MDR voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie voor zover het Europees mensenrechtelijk kader, de evidentie uit internationaal onderzoek en onze Vlaamse kwalitatieve studie dit toelieten. Of het gebruik van deze richtlijn de kwaliteit van zorg in de Vlaamse residentiële ggz zal verbeteren, kan enkel blijken indien er een uniform registratiesysteem in de Vlaamse ggz komt. Om af te ronden gaan we in op lacunes in de richtlijn door schaarse en inconsistente onderzoeksevidentie, en op onderzoek en regelgevend werk waarop men verder dient in te zetten.

Lacunes in de richtlijn

Aanbevelingen uit de richtlijn die een attitudeverandering bij hulpverleners over afzonderen en fixeren beogen, hebben betrekking op een gedragen preventiebeleid, coachend leiderschap en opleiding voor hulpverleners. We missen klinisch-wetenschappelijke evidentie over welke groepen van hulpverleners en welke

elementen van hun werk (beleving) extra aandacht nodig hebben. De resultaten van studies waarin men de relatie tussen karakteristieken van verpleegkundigen en afzonderen en fixeren onderzoekt, zijn inconsistent (Doedens e.a. 2019). Onderzoek naar de rechtstreekse – en longitudinale – impact van afzonderen en fixeren op hulpverleners ontbreekt tot op heden (Chieze e.a. 2019). Dit onderzoek is nodig, bijvoorbeeld om te verduidelijken of en hoe het veiligheidsgevoel van hulpverleners invloed heeft op het gebruik van afzondering en fixatie. Daarnaast bevat de richtlijn geen aanbevelingen over procedurele aspecten van de *praktische* uitvoering van afzondering en fixatie (bijv. concrete handelingen, gebruik van materialen, maximale tijdsduur en leeftijdsgrenzen). Aanbevelingen die we in de wetenschappelijke literatuur terugvonden, zijn op beperkte onderzoeksevidentie gebaseerd en zijn weinig consistent (Vanlinthout e.a. 2020). Ook het nationale rechtelijke kader in België en Vlaanderen voorziet geen garanties op dit vlak. Daarom voerden we hierover een delphistudie uit met experts-professionals en ervaringsdeskundigen. In de tweedw versie van de richtlijn zijn de nieuwe aanbevelingen geïntegreerd.

Een blik vooruit

RCT's en prospectieve gecontroleerde studies over (de preventie van) afzondering en fixatie gaan gepaard met vele uitdagingen. Deze zijn inherent aan het onderzoeks-onderwerp. Er is de heterogeniteit van de definities en van de manier waarop hulpverleners de maatregelen toepassen, zorggebruikers zijn niet altijd in staat om geïnformeerde toestemming te geven, randomisering is moeilijk om te implementeren in praktijksettings, en ethische overwegingen dringen zich op (Bergk e.a. 2008; Chieze e.a. 2019).

Bovendien zijn er veel factoren die – op een complexe en onderling gerelateerde manier – impact hebben op het vóórkomen van agressie (Asikainen e.a. 2020) en op de beslissing om afzondering of fixatie toe te passen (Goulet e.a. 2017). Deze factoren bevinden zich op het niveau van de zorggebruiker, de hulpverlener, het team, de zorgsetting en (het management van) de organisatie. Het is niet mogelijk om in interventiestudies al deze factoren onder controle te houden. Daarom vertonen methodologisch sterke studies vaak een hoog risico op vertekening en hebben ze een lage bewijskracht. Implementatieonderzoek zou het onderzoeksveld wel sterk kunnen verrijken omdat het meer inzicht kan bieden in de processen die leiden tot de afname van afzondering en fixatie (Damschroder e.a. 2009; Bauer & Kirchner 2020). Deze studies focussen daarenboven op aanvaardbaarheid, haalbaarheid en duurzaamheid van de (preventieve) interventies.

Daarnaast heeft Vlaanderen specifieke regelgeving nodig die het gebruik van afzondering en fixatie rechtvaardigt en met waarborgen omkadert. Binnen het huidige rechtskader is het immers onduidelijk waarop de toepassing van beide maatregelen wettelijk gebaseerd

is. Daardoor is het ook niet duidelijk welke voorwaarden er gelden en welke waarborgen de zorggebruiker geniet. Een duidelijk wettelijk kader is een mensenrechtelijke eis, zowel in het belang van de zorggebruiker als van de hulpverlener en de voorziening. In de huidige situatie zijn allen immers juridisch kwetsbaar (Peeters e.a. 2019).

De Nederlandse context leert ons dat de ontwikkeling van zo'n kader – en in het bijzonder het broze evenwicht tussen voldoende waarborgen en te verregaande juridisering – grote uitdagingen met zich meebrengt (<https://www.nvvp.net/website/nieuws/2019/nvvp-steunt-petitie-voor-herziening-wvvggz>).

LITERATUUR

- Aguilera-Serrano C, Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Moreno-Küstner B, Mayoral-Cleries F. Variables associated with the subjective experience of coercive measures in psychiatric inpatients: A systematic review. *Can J Psychiatry* 2018; 63: 129-44.
- Akhter SF, Molyneaux E, Stuart R, Johnson S, Simpson A, Oram S. Patients' experiences of assessment and detection under mental health legislation: Systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open* 2019; 5: e37.
- Allen DE, Fetzer S, Siefken C, Nadler-Moodie M, Goodman K. Decreasing physical restraint in acute inpatient psychiatric hospitals: A systematic review. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2019; 25: 405-9.
- Asikainen J, Vehviläinen-Julkunen K, Repo-Tiihonen E, Louheranta O. Violence factors and debriefing in psychiatric inpatient care: A review. *J Psychosoc Nurs* 2020; 58: 39-49.
- Askew L, Fisher P, Beazley P. What are adult psychiatric patients' experience of seclusion: A systematic review of qualitative studies. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2019; 26: 274-85.
- Bak M, Weltens I, Bervoets C, De Fruyt J, Samochowiec J, Fiorillo A, e.a. The pharmacological management of agitated and aggressive behaviour: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2019; 57: 78-100.
- Barbui C, Cipriani A. What are evidence-based treatment recommendations? *Epidemiol Psychiatr Sci* 2011; 20: 29-31.
- Bauer MS, Kirchner J. Implementation science: What is it and why should I care? *Psychiatry Res* 2020; 283: 112376.
- Bergk J, Einsiedler B, Steinert T. Feasibility of randomized controlled trials on seclusion and mechanical restraint. *Clin Trials* 2008; 5: 356-63.
- Blair M, Moulton-Adelman F. The engagement model for reducing seclusion and restraint: 13 years later. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2015; 53: 39-45.
- Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, Stewart D, Hodsoll J. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2015; 52: 1412-22.
- Bowers L. Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014; 21: 499-508.
- Brokardt JJ, Madan A, Grubaugh AL, Danielson CK, Pelic CG, Hardest SJ, e.a. Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2011; 62: 477-483.
- Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: A systematic review. *Front Psychiatry* 2019; 10: 491.
- CPT Standards (Substantive Sections of the CPT's General Reports). CPT/Inf/E(2002)1-Rev2015.

- CPT on Czech Republic from 1 april to 10 april 2014 (31 maart 2015). CPT/Inf (2015) 18.
- CPT on Malta from 3 september to 10 september 2015 (25 oktober 2016). CPT/Inf (2016) 25.
- Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsch SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* 2009; 4: 4-50.
- Dierickx A. Toestemming en strafrecht. Antwerpen: Intersentia; 2006.
- Dierickx A. Over de putatieve noodtoestand. *Nullum Crimen* 2007; 395-403.
- Doedens P, Vermeulen J, Boyette L, Latour C, de Haan L. Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services: A systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2019; 27: 446-59.
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Means of restraint in psychiatric establishments for adults. Revised CPT standards; 2017. <https://rm.coe.int/16807001c3>.
- Hoge Gezondheidsraad. Advies van de Hoge Gezondheidsraad nr. 9193. Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg; 2016. <https://www.health.belgium.be/nl/advies-9193-dwanginterventie#anchor29680>.
- Huckshorn KA. Reducing seclusion and restraint use in mental health settings: Core strategies for prevention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2004; 42: 22-33.
- Gaynes BN, Brown CL, Lux LJ, Brownley KA, Van Dorn RA, Edlund MJ, e.a. Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: A systematic review of evidence. *Psychiatr Serv* 2017; 68: 819-31.
- Goedertier G, Vande Lanotte J, De Pelsmaeker T. Handboek Belgisch Publiekrecht. Brugge: Die Keure; 2013.
- Goulet M, Larue C, Dumais A. Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggress Violent Behav* 2017; 34: 139-46.
- Lawrence RE, Perez-Coste MM, Bailey JL, DeSilva R, Dixon LB. Coercion and the inpatient treatment alliance. *Psychiatr Serv* 2019; 70: 1110-5.
- Lemmens C. Meerderjarige onbekwamen. In: Dewallens F, Vansweevelt T, red. Handboek gezondheidsrecht: Deel II. Antwerpen: Intersentia; 2014. p. 979-1052.
- Masters KJ, Bellonci C, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Benson RS, e.a. Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 45-255.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings; 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>.
- Nielson S, Bray L, Carter B, Kiernan J. Physical restraint of children and adolescents in mental health inpatient services: A systematic review and narrative synthesis. *J Child Health Care* 2020; 7: 1367493520937152.
- Opgenhaffen T. Vrijheidsbeperking in de kinderpsychiatrie. Een juridische aanvulling bij het werk van Zorginspectie. *Rechtskundig Weekblad* 2018; 82: 83-98.
- Opgenhaffen T. Vrijheidsbeperkingen in de zorg. Antwerpen: Intersentia; 2020.
- Peeters T, De Cuyper K, Opgenhaffen T, Buyck I, Put J, Van Audenhove Ch. De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2019. <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef21-mdr-afzondering-en-fixatie-eindrapport>.
- Peeters T, Vanlinthout E, De Cuyper K, Opgenhaffen T, Vanhoof J, Buyck I, Nijs S, e.a. De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg - Versie 2. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2020. <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef-21-md-richtlijn-afzondering-en-fixatie>
- Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Ryyänen O, Kautiainen H, e.a. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2013; 64: 850-5.
- Sailas EES, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2: CD001163.
- Seed T, Fox JRE, Berry K. The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies. *Int J Nurs Stud* 2016; 61: 82-94.
- Stewart D, Van der Merwe M, Bowers L, Simpson A, Jones J. A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients. *Issues Ment Health Nurs* 2010; 31: 413-24.
- Väkiparta L, Suominen T, Paavilainen E, Kylmä J. Using interventions to reduce seclusion and mechanical restraint use in adult psychiatric units: An integrative review. *Scand J Caring Sci* 2019; 33: 765-78.
- van der Hoeven C, de Hoop I, de Haan L, Bikker O. Multidisciplinaire richtlijn dwang en drang in de GGZ. Utrecht: De Tijdstroom; 2016. https://richtlijnen database.nl/richtlijn/dwang_en_drang_in_de_ggz/dwang_en_drang_in_de_ggz_-_startpagina.html.
- Vanlinthout E, De Cuyper K, Vanhoof J, Peeters T, Opgenhaffen T, Nijs S, e.a. 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; 2020. <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/2020-07-rapport-38-ef38-prakt-uitvoering-a-en.pdf>.
- Veys M. Fixatie bij bejaarden: Een situering in het gezondheids- en aansprakelijkheidsrecht. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2007; 31: 214-27.
- Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *Belgisch Staatsblad* 26 september 2002.
- Zorginspectie. Beleidsrapport vrijheidsbeperkende maatregelen bij kinderen en jongeren in kinderpsychiatrische afdelingen van algemene en psychiatrische ziekenhuizen; 2017. www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/2017_Zorginspectie_beleidsrapport_VBM.pdf

SUMMARY

Flemish guideline for the prevention and use of seclusion and restraint

K. De Cuyper, T. Opgenhaffen, T. Peeters, I. Buyck, J. Put, C. Van Audenhove

- Background** International consensus states that seclusion and restraint should only be applied as briefly and as little as possible. However, audits by the Care Inspectorate show that this is not always the case in Flemish mental health care (MHC).
- Aim** To describe the development of a multidisciplinary guideline for the prevention and application of seclusion and restraint in inpatient MHC, underpinned by both clinical-scientific and legal evidence.
- Method** The GRADE method formed the basis for the development of the guideline. To integrate both types of evidence, two research phases were added. This article provides an overview of the challenges involved in implementing this interdisciplinary method.
- Results** There are gaps in both clinical-scientific and legal evidence. Nevertheless, the study resulted in a comprehensive guideline because we underpinned the recommendations with practice- and experience-based expertise of the Flemish stakeholders, and integrated the clinical-scientific and legal evidence.
- Conclusion** Focus on implementation research and a clear legal framework for Flanders are necessary to safeguard the (human) rights of MHC users, also in the event of aggression and escalation.