

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/351936270>

# Evaluatie van dwang

Article · May 2021

---

CITATIONS  
0

READS  
369

1 author:



[Petra Schaftenaar](#)  
Metis Zorg

41 PUBLICATIONS 206 CITATIONS

SEE PROFILE



# Evaluatie van dwang

Het evalueren van dwang met zorgontvangers en zorgverleners is een belangrijke strategie om dwangtoepassingen te verminderen. In de praktijk is een incident vaak een aanleiding om dwang toe te passen. In dit artikel kijken we gericht naar het nabespreken van de dwang. Behalve evaluatie met de cliënt, worden ook teamevaluaties bekeken. Onder dwang wordt in dit artikel elke vorm van afzondering verstaan. Er wordt een samenvatting gegeven van relevante literatuur over het evalueren van dwang en de werkzame principes.

**PETRA SCHAFTENAAR**, opleider en onderzoeker in de (forensische) GGZ, Metis Zorg; projectleider de-escalatie en dwangreductie, de Koppeling (onderdeel van Level), Utrecht

## LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel:

- weet u waarom het evalueren van dwangsituaties bijdraagt aan het verminderen van dwang in de praktijk;
- kent u de verschillende vormen van evaluatie, hun doelen en kenmerken;
- kunt u deze kennis inzetten bij het vormgeven van evaluaties in uw organisatie.

## TREFWOORDEN

evaluatie van dwang, evaluatie van incidenten, verminderen van dwang, incidenten, dwang

## 1 STUDIEPUNT

**H**et verminderen van dwang in de gesloten zorg is sinds het begin van de jaren 2000 een gespreks- onderwerp. Veel programma's om dwang te verminderen zijn (mede) gebaseerd op de *six core strategies for reducing seclusion and restraint use* (zie kader).<sup>1</sup> Het evalueren van dwang wordt hierin gezien als essentieel na toepassing van afzondering of fixatie. Het doel van dit artikel is een samenvatting te geven van relevante literatuur over het evalueren van dwang en de werkzame principes. Daarbij wordt voortgebouwd op het overzichts-artikel dat gepubliceerd is door het Nieuw-Zeelandse National Centre of Mental Health Research, Te Pou.<sup>2</sup>

## AFBAKENING

In de literatuur worden verschillende omschrijvingen gebruikt. Zo wordt er gesproken over evaluatie na incidenten en evaluatie na afzondering en fixatie. In de

## DE ZES STRATEGIEËN VOOR HET VERMINDEREN VAN DWANG<sup>1</sup>

1. Leiderschap gericht op veranderingen op organisatieniveau
2. Gebruik van data om praktijken te informeren en verbeteren
3. Het creëren van een behandelsetting waarin beleid, procedures en behandeling gericht zijn op herstel
4. Het gebruik van een verscheidenheid aan interventies en hulpmiddelen die afzonderen en fixatie verminderen
5. Het versterken van de rol van de patiënt, het netwerk en andere vertegenwoordigers in de behandelsetting
6. Gebruik van evaluatietechnieken na afzondering

praktijk is een incident vaak een aanleiding om dwang toe te passen.<sup>3</sup> Het doel van 'core strategy nr 6' is bij te dragen aan een verbetering van de praktijk gericht op minder dwang. In de Engelstalige literatuur worden hiervoor de termen *seclusion* (afzondering) en *restraint* gebruikt, waarbij de laatste term als fixatie (fysiek) wordt uitgelegd maar ook als medicamenteuze inperking. In dit artikel kijken we gericht naar het nabespreken van de dwang, waarbij behalve teamevaluaties ook incidentevaluatie meegenomen wordt. Onder dwang wordt in dit artikel elke vorm van afzondering verstaan (separatie, insluiting in eigen kamer, extra beveiligde kamer (EBK), alsmede fixatie en gedwongen medicatie-inname).

## HET DOEL VAN EVALUATIE NA DWANGSITUATIES

Evaluatie is een middel om feiten te beschouwen en gevoelens te erkennen. Ook geeft het een mogelijkheid om te leren van de situatie, waarbij de focus moet liggen op het voorkómen van toekomstige situaties.<sup>4</sup>

Evaluatie vereist moed, eerlijkheid en veiligheid van alle betrokkenen.<sup>5</sup> In het kader van dwangreductie is de evaluatie bedoeld om betekenisvolle gesprekken te faciliteren tussen zorgverleners en zorgontvangers die betrokken zijn geweest bij de dwangsituatie en/of een incident. De gebeurtenis wordt geëvalueerd en er worden strategieën ontwikkeld die bijdragen aan het voorkomen van nieuwe situaties.<sup>2</sup> De toegenomen kennis over stress en trauma, die veroorzaakt worden door verschillende vormen van dwang, onderstreept het belang van nabespreken. Op die manier komen de negatieve effecten hiervan in beeld en kunnen worden verminderd.

Nabespreken van dwang wordt steeds belangrijker gevonden en dat is een stap in de richting van een ondersteunend, therapeutisch klimaat. Het gebrek aan eenduidigheid van de inhoud van het nabespreken, kan een beperking zijn voor de uitvoering in de klinische praktijk.<sup>6</sup>

## VERSCHILLENDE VORMEN VAN EVALUATIE

De verschillende vormen van evaluatie zijn onder te brengen in drie hoofdgroepen:<sup>2</sup>

1. evaluatie met zorgontvangers ten behoeve van het verminderen van dwang;

2. evaluatie met zorgverleners ten behoeve van het verminderen van dwang;
3. evaluatie als middel om nadelige gevolgen te verminderen.

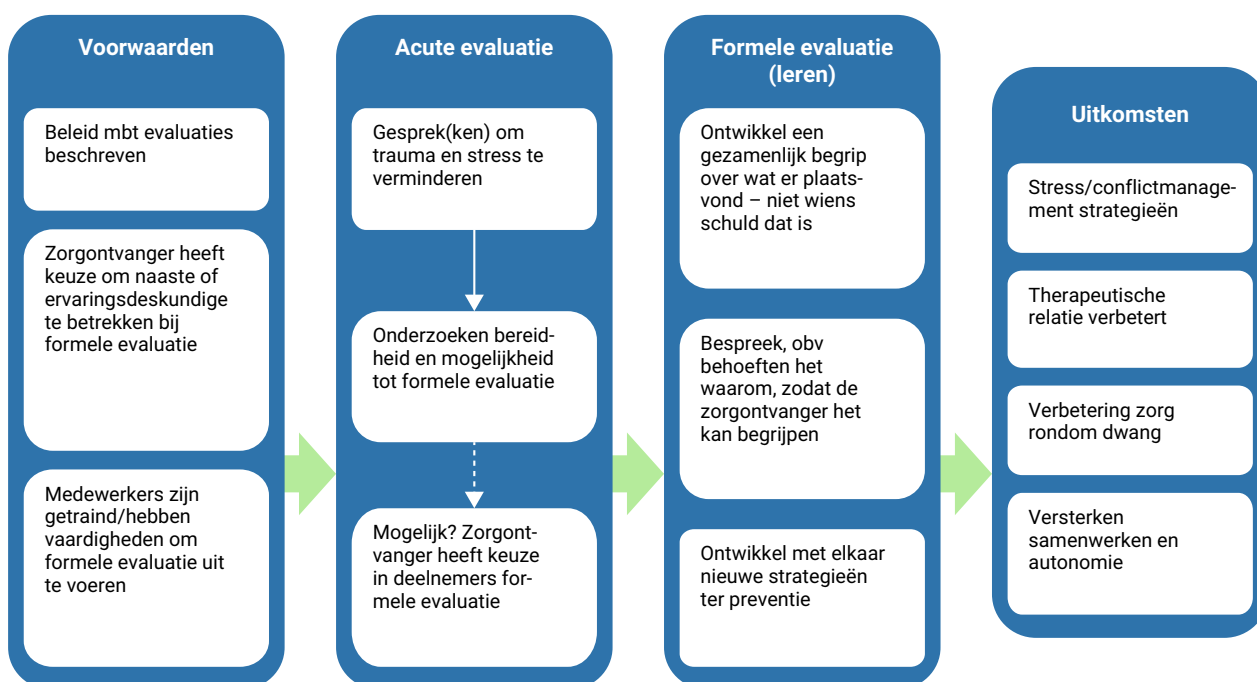
## Evaluatie met zorgontvangers ten behoeve van het verminderen van dwang

Onderzoek naar evaluatie met zorgontvangers laat zien, dat:

- deze niet standaard is;
- er diverse benaderingen zijn;
- er geen eenduidigheid is:
  - over de functie;
  - wat het inhoudt;
  - wanneer het moet plaatsvinden;
  - wie het moet uitvoeren.<sup>7-9</sup>

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd stelt in 2015 dat elke separatie – indien mogelijk – met de patiënt geëvalueerd moet worden; evaluatie moet in ieder geval aangeboden worden.<sup>10</sup> Een format waarin de eigen ervaring van de patiënt een centrale plek krijgt en evaluaties door getrainde medewerkers of ervaringsdeskundigen worden uitgevoerd, worden goede praktijkvoorbeelden genoemd. Het is belangrijk dat zorgontvangers geïnformeerd worden dat evaluatie tot de standaard hoort, maar dat de uitvoering alleen gedaan wordt als de zorgontvanger zelf vindt dat hij in staat is een betekenisvolle bijdrage te leveren.<sup>2</sup>

Ondanks dat er veel zaken onduidelijk zijn, blijkt uit de veelal beschrijvende studies dat nabespreken van



Figuur 1 Richtlijnen voor evaluatie met zorgontvangers (gebaseerd op Te Pou<sup>2</sup>).

afzondering zinvol is. Twee onderzoeken noemen het belang van het herstellen van de relatie.<sup>11,12</sup> Zorgontvangers geven aan dat evaluatie van de afzondering een toegevoegde waarde heeft.<sup>7,12-15</sup>

### Evaluatie in acute fase en formele evaluatie

Evaluaties met zorgontvangers zouden moeten bestaan uit:

- een evaluatie in de acute fase (direct na de betreffende situatie waarin dwang is toegepast);
- een formele evaluatie.

De evaluatie in de acute fase bestaat uit het bieden van zorg en ondersteuning en een formele evaluatie is gericht op leren en ontwikkelen.

In een formele evaluatie kunnen drie onderdelen onderscheiden worden:

1. ontwikkelen van een gezamenlijk begrip over de gebeurtenissen;
2. bespreken van de noodzaak voor de dwang;
3. zoeken van oplossingen ter preventie.

In de evaluatie in de acute fase is het van het belang de ervaringen van de zorgontvanger te valideren, door bijvoorbeeld informatie te geven over acute-stressreacties na een traumatische gebeurtenis. Op die manier kunnen zorgontvangers hun acute reactie onderscheiden van andere symptomen.

Een formele evaluatie begint met het ontwikkelen van een gezamenlijk begrip van wat er gebeurd is:

- Wat heeft geleid tot de dwang/afzondering?
- Wat speelde er?
- Welke reacties werden hierop gegeven?

Het is belangrijk dat deze analyse zich zowel op het handelen van de medewerkers als op dat van de zorgontvangers richt. Aan beide kanten moet onderzocht worden wat in het vervolg anders gedaan kan worden om incidenten en dwang te voorkomen. Het kan zijn dat ook in deze fase de prioriteit van de zorgontvanger ligt bij het krijgen van emotionele steun, in plaats van het bespreken van de noodzakelijkheid.

### Drie onderdelen van de formele evaluatie

Bij het ontwikkelen van een *gezamenlijk begrip* kan blijken dat de zorgontvanger niet begrijpt waarom de dwang is toegepast. Uit diverse onderzoeken blijkt, dat zorgontvangers de dwang ervaren als middel om macht uit te oefenen en dat zij de redenen voor het gebruik niet begrepen.<sup>2,12,16-18</sup>

Daarom kan het nodig zijn *informatie* te verstrekken over de reden van toepassing en het gebruik in het algemeen.<sup>2</sup> Belangrijk hierbij is dat het bespreken van

### VOORBEELDVRAGEN VOOR EVALUATIE MET ZORGONTVANGERS

- Kun je vertellen wat er gebeurde waardoor je werd afgezonderd/gefixeerd?
- Wat voelde je in de periode die leidde tot deze gebeurtenis? Waardoor voelde je je zo?
- Heb je deze gevoelens ooit eerder gehad? Was er toen iets wat je geholpen heeft?
- Wat zou de staf kunnen doen om jou te helpen? Welke manier van de-escaleren helpt jou het beste?
- Zijn er door de staf minder ingrijpende interventies ingezet voorafgaand aan de afzondering?
- Is er iets wat de staf anders kan doen, wat dit kan voorkomen?
- Hoe heb je de zorg tijdens de vrijheidsbeperking ervaren?
- Hoe zijn je privacy en waardigheid gewaarborgd tijdens de afzondering?
- Heb je nog last van (psychische of fysieke) klachten door de vrijheidsbeperking?
- Hoe kunnen we ervoor zorgen dat we helpende strategieën in de toekomst ook echt inzetten?
- Heb je moeilijkheden ervaren bij/in het terugkeren naar de afdeling?
- Is er iets anders wat je nog wilt bespreken in relatie tot wat er gebeurde of waarvan we kunnen leren om te zorgen dat dit niet nog een keer gebeurt?

Bron: gebaseerd op referenties 2, 5, 11-13

de noodzaak afgestemd is op de individuele behoeften van de zorgontvanger.

Het laatste onderdeel van de evaluatie is het ontwikkelen van strategieën en oplossingen voor de kwesties die tot de dwang hebben geleid, zodat dwang in de toekomst kan worden voorkomen.

De evaluatie is een belangrijk moment om te expliciteren wat medewerkers en zorgontvangers anders kunnen doen in de toekomst en om dit ook vast te leggen in het behandel/begeleidingsplan, signaleringsplan of WRAP (Wellness Recovery Action Plan). Gezamenlijke probleemoplossing en het ontwikkelen van een set van constructieve copingstrategieën dragen bij aan succesvolle programma's voor het verminderen van dwang.

### Evaluatie met zorgverleners ten behoeve van het verminderen van dwang

Evaluatie na een afzondering wordt genoemd als een manier om een lerende cultuur te creëren.<sup>1</sup>

Er zijn drie vormen van evaluatie met zorgverleners:

1. directe evaluatie en analyse na een afzondering of incident;

2. formele teamevaluatie;
3. evaluatie op beleids/managementniveau en externe reviews.

Elke vorm van evaluatie zou moeten bijdragen aan het verminderen van het gebruik van afzondering en fixatie en het verbeteren van de zorg en de teamsamenwerking.<sup>2</sup>

### **Directe evaluatie**

Het doel van directe evaluatie na een afzondering of een incident is:

- te reflecteren op de veiligheid van alle betrokkenen;
- alle aanwezigen te spreken;
- te werken aan het klimaat op de afdeling.<sup>2</sup>

Deze evaluatie bestaat uit twee fases.

1. Ten eerste een onderling gesprek waarin zorgverleners hun emoties, gedachten en ideeën over de afzondering in een open sfeer kunnen uitwisselen, zonder dat er schuldigen worden aangewezen.
2. De tweede fase is het analyseren van de situatie en handelen van allen die betrokken waren, met het doel de zorgplannen of signaleringsplannen aan te passen.<sup>6</sup>

Het voordeel van directe evaluatie is dat gewerkt wordt met 'verse' informatie van directbetrokkenen. Zo kan er een betekenisvolle bijdrage geleverd worden aan het veranderen, aanscherpen of ontwikkelen van plannen om situaties in de toekomst te voorkomen.

### **Formele teamevaluatie**

Een formele teamevaluatie is gebaseerd op de kennis uit de directe evaluatie en maakt een diepgaande analyse van de afzondering/het incident mogelijk. Bij een formele teamevaluatie kunnen ook andere professionals betrokken worden, bijvoorbeeld ondersteunende medewerkers.

De literatuur besteedt nadrukkelijk aandacht aan het includeren van het perspectief van de zorgontvanger, óf door diens aanwezigheid, óf door iemand die de zorgontvanger kan vertegenwoordigen.

Een formele teamevaluatie gaat niet om de schuldvraag en niet om de analyse van een individuele handeling,<sup>2</sup> maar om een diepgaande analyse van:

- de situatie;
- de context;
- het systeem.

In het kader staan richtinggevende vragen uit de literatuur voor een diepgaande evaluatie.

## **VOORBEELDVRAGEN VOOR FORMELE TEAMEVALUATIE**

### **OMGEVINGSFACTOREN**

- Is er gewerkt aan een klimaat waarin het conflict geminimaliseerd werd?
- Hoe zijn zorgverleners omgegaan met de gebeurtenissen?
- Is de patiënt bekend met de afdeling en de regels en gebruiken?
- Was de patiënt getuige van een andere afzondering of spannende/verontrustende situatie?
- Weten we of de patiënt eerder afzondering heeft meegemaakt?
- Heeft iemand van het team een relatie met wederzijds vertrouwen met de patiënt?
- Kennen we de patiënt goed genoeg om zijn triggers te identificeren?
- Hebben we de patiënt gesproken voorafgaand aan de gebeurtenissen?

### **TRIGGERS**

- Wat waren de triggers?
- Kon de trigger (symptomen, situatie, omgeving) voorkomen worden?
- Vroegsignalering en interventies voorafgaand aan de afzondering

### **WANNEER REAGEERDEN WE OP VERANDERINGEN IN HET GEDRAG VAN DE PATIËNT?**

- Wat is er aan de-escalatie gedaan?
- Welke interventies zijn gekozen en waren die effectief?
- Als een interventie niet lukte, is wat anders geprobeerd?

### **TOEPASSING VAN DE DWANG**

- Is de dwang/afzondering/fixatie slechts ingezet om direct gevaar te voorkomen?
- Is de dwang/afzondering/fixatie veilig toegepast?
- Is er met de zorgontvanger volgens de richtlijnen contact geweest tijdens de dwang/afzondering/fixatie?

### **LENGTE VAN DE AFZONDERING**

- Is de afzondering/fixatie zo snel mogelijk gestopt?

### **LEREN VAN DE DWANG**

- Is er na afloop van de dwang/afzondering/fixatie nabesproken (met het team en met de zorgontvanger) en is het plan aangepast?

Bron: gebaseerd op referenties 2, 5, 11

Evaluaties op beleidsniveau en externe reviews hebben twee functies.

- Ten eerste ondersteunen ze een (behandel)team door het toevoegen van specifieke kennis.
- Ten tweede dragen ze bij aan kwaliteitsverbetering en systematische verandering.<sup>2</sup>

Deze evaluaties hebben dus nadrukkelijk tot doel ook bij te dragen aan het ontwikkelen of verbeteren van beleid op organisatieniveau. De samenstelling van teams die de evaluatie uitvoeren is wisselend en afhankelijk van de situatie, waarbij diversiteit van de kennis van leden relevant is, inclusief kennis van het perspectief van de zorgontvanger. Een veelgebruikte methode voor dit soort evaluaties van incidenten is de PRISMA-methode.<sup>19</sup>

### Evaluatie als middel om nadelige gevolgen te verminderen

Uit onderzoeken blijkt steeds weer de schade van afzondering en fixatie voor zorgontvangers.<sup>18</sup> Zorgontvangers ervaren onder andere schaamte, vernedering, verlies van waardigheid, hulpeloosheid, slapeloosheid/nachtmerries, herbelevingen, vermindering van vertrouwen en hertraumatisering.<sup>2,12,13</sup>

Ook zorgverleners raken beschadigd. Behalve fysieke klachten rapporteren zij onder andere traumatisering, angst, schuldgevoel, slapeloosheid, machteloosheid en

overbelasting.<sup>2,20</sup> Zorgverleners ervaren veel blootstelling aan geweld op het werk (door er getuige van te zijn of het zelf ondervonden te hebben).<sup>6</sup>

Het stoppen van verdere traumatisering van zorgontvangers en zorgverleners als gevolg van incidenten en vrijheidsbeperking vraagt expliciet de aandacht van organisaties. Psychologische ondersteuning na incidenten (voor zowel zorgontvangers als zorgverleners) is een vorm die hieraan kan bijdragen. Factoren die dit moeilijker maken zijn, dat de impact van trauma contextueel is en dat herstelprocessen unieke individuele processen zijn. Generalisatie en 'one size fits all'-benaderingen worden hierdoor minder goed toepasbaar.<sup>2</sup>

Hoewel er weinig consensus is hoe deze evaluatie vormgegeven moet worden, tonen diverse onderzoeken het belang aan van direct nabespreken om stress en trauma van zorgontvangers en zorgverleners te verminderen.<sup>6</sup> Het onderzoek van Te Pou<sup>2</sup> geeft wel enkele waarschuwingen (zie kader). Waar het evaluatie met zorgontvangers betreft, wordt genoemd dat dit niet verplicht en opgelegd moet worden: het nabespreken zelf kan ook leiden tot het vergroten van de stress.

Om (verdere) traumatisering van zorgverleners te voorkomen is nabespreken ook voor deze groep een belangrijk middel. Reflectieve praktijken zijn van belang, maar er zijn weinig richtlijnen waarin uitgewerkt wordt hoe dit zich verhoudt tot evaluatie van dwang en na incidenten. Ook zijn er internationaal weinig gestructureerde methodes bekend en onderzocht.<sup>6</sup>

Op de website agressievrijwerk ([www.agressievrijwerk.nl](http://www.agressievrijwerk.nl)) is de *Handreiking effectieve opvang na schokkende gebeurtenissen* te vinden. Deze lijkt aan te sluiten bij de ervaringen zoals deze onder meer bij de politie zijn opgedaan.<sup>21</sup> In de handreiking wordt geadviseerd te werken met 'watchfull waiting', in internationale literatuur wordt dit de 'screen and treat' benadering genoemd.<sup>2</sup> 'Watchfull waiting' betekent dat er tijdens en direct na incidenten acute praktische ondersteuning gegeven wordt aan alle medewerkers. Vervolgens worden de stressreacties van medewerkers met een verhoogd risico op psychosociale klachten gemonitord en vindt doorverwijzing naar specialistische hulp plaats.<sup>22</sup>

Te Pou<sup>2</sup> stelt, dat voor deze methode noodzakelijk is dat medewerkers die de evaluatie begeleiden, over kennis en vaardigheden beschikken om signalen van acute stressreacties te herkennen en mogelijkheden hebben om collega's door te verwijzen. Alhoewel er inhoudelijk weinig methodes beschreven worden, geeft onderzoek

### WAARSCHUWINGEN BIJ EVALUATIES MET ZORGONTVANGERS GERICHT OP VERMINDEREN VAN NADELIGE GEVOLGEN

De volgende zaken moeten vermeden worden:

- iemand dwingen te praten over zijn ervaringen, terwijl deze persoon het actief vermijdt;
- de ervaring bespreken, terwijl er sprake is van boosheid, psychotische symptomen of onrust;
- iemand verplichten te spreken met iemand die niet vertrouwd of onbekend is;
- gericht zijn op het verklaren van het handelen van de zorgverleners of spreken over wie verantwoordelijk is, terwijl de persoon zelf wil praten over hoe hij zich voelt en erkenning nodig heeft;
- mensen alleen en geïsoleerd laten (langer dan 24 uur) zonder de mogelijkheid te bieden om te spreken met een vertrouwd persoon;
- te weinig tijd hebben en nemen om de gedachten en emoties van de ander te valideren en ruimte te maken voor stressmanagement en het bieden van ondersteuning;
- praten over een traumatische ervaring zonder een veilige omgeving en structuur en zonder mogelijkheid voor een vervolg.

Bron: overgenomen van Te Pou<sup>2</sup>

## STAPPENPLAN VOOR TOEPASSING IN DE PRAKTIJK

1. Ontwikkel een interventie voor het nabespreken van dwang:
  - a. met patiënten (zie kader 1 en 2):
    - direct na de gebeurtenis
    - formele evaluatie
  - b. met het team:
    - direct na de gebeurtenis
    - formele teamevaluatie (zie voorbeeldvragen kader 3).
2. Onderzoek of training van medewerkers nodig is om de nabespreking met patiënten te doen. Houd er hierbij rekening mee dat:
  - a. de keuze aan de patiënt is met wie hij wil nabespreken (bekende, onafhankelijk iemand, ervaringsdeskundige);
  - b. bij het nabespreken het valideren van de gevoelens van de patiënt en zijn ontwikkeling centraal staan, en niet het 'gelijk' en overtuiging van de zorgverleners.
3. Draag zorg voor vastlegging van de nabesprekingen (in het dossier van de patiënt en in teamverslagen).
4. Zorg voor expliciete (en aparte) aandacht voor het verminderen van schade van de dwang/het incident (traumatisering, psychische belasting) bij zowel patiënten als medewerkers:
  - a. bij patiënten: borg structurele vraag hiernaar in de begeleiding/behandeling;
  - b. bij medewerkers: organiseer collegiale opvang.

**Vraag aan de lezer: kan de collegiale opvang ook patiënten opvangen na incidenten?**

aan dat diepgaande gesprekken over de emotionele, fysieke en cognitieve reacties na afzonderingsincidenten, vermeden moeten worden. In plaats daarvan zou praktische, sociale en emotionele hulp, gegeven op een empathische manier, meer behulpzaam zijn.<sup>21,23,24</sup>

Een middel om traumatisering en problemen snel in beeld te krijgen is het organiseren van collegiale opvang, bijvoorbeeld door bedrijfsopvangteams te

installeren. Er worden (getrainde) collega's ingezet om anderen te ondersteunen bij de verwerking van incidenten of potentieel schokkende gebeurtenissen.<sup>25-27</sup> Er zijn geen onderzoeken bekend naar de effectiviteit van deze werkwijze. Koekkoek en De Niet<sup>28</sup> lieten zien dat het perspectief van de organisatie en dat van de medewerker niet overeen hoeven te komen.

### DRAAGT EVALUATIE VAN AFZONDERING EN FIXATIE BIJ AAN HET VERMINDEREN VAN DWANG?

In meerdere onderzoeken wordt evaluatie van dwang ingezet als een van de strategieën om het toepassen van afzondering en fixatie te verminderen. Dat maakt het ingewikkeld om te onderzoeken of deze specifieke strategie hieraan een bijdrage levert. Eén onderzoek laat een vermindering van afzondering zien na implementatie van een interventie waarbij zowel met de patiënt als met medewerkers wordt nabesproken.<sup>11</sup> Veel onderzoeken zijn beschrijvend van aard.<sup>2,12,13</sup> Toch zijn er goede redenen om evaluatie van dwang op te nemen als standaardpraktijk.

Zorgontvangers geven aan dat het nabespreken van dwang voor hen een toegevoegde waarde heeft, zowel om hun emoties te bespreken als om zichzelf beter te leren begrijpen.<sup>12,13,23</sup> Dat geeft aan dat het een bijdrage levert aan goede zorg, om dwang te verminderen of om de zorg tijdens de dwang te verbeteren.

Voor zorgverleners speelt evaluatie ook een cruciale rol in de ondersteuning.<sup>6</sup> Kenmerk van evaluatie is dat het een iteratief proces is, waarbij kritische reflectie, documentatie en het monitoren van de inhoud belangrijk zijn. Dit zijn ook belangrijke factoren in het ontwikkelen en evalueren van beleid van organisaties. ■

## LITERATUUR

- Huckshorn KA. Six core strategies for reducing seclusion and restraint use: Policy and procedure on debriefing for seclusion and restraint reducing projects (revised 2008). 2008 ([www.nasmhpd.org](http://www.nasmhpd.org)).
- Te Pou. Debriefing following seclusion and restraint. A summary of the relevant literature. The National Centre of Mental Health Research, Information and workforce Development. New Zealand. 2014. (<http://openrepository.aut.ac.nz/bitstream/handle/10292/9084/debriefing-following-seclusion-and-restraint-281014.pdf?sequence=2&isAllowed=y>).
- Neimeijer EG, Delforterie MJ, Roest JJ, et al. Group climate, aggressive incidents and coercion in a secure forensic setting for individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: A multilevel study. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2020. doi: 10.1111/jar.12841.
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). Roadmap to seclusion and restraint free mental health services. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2007.
- Huckshorn KA. Reducing the use of seclusion and restraint: A national initiative toward culture change and transformation. Alexandria: Kevin Ann Huckshorn; 2005.
- Mangaol RA, Cleverly K, Peter E. Immediate Staff Debriefing Following Seclusion or Restraint Use in Inpatient Mental Health Settings: A Scoping Review. *Clinical Nursing Research* 2018. doi:10.1177/1054773818791085.
- Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, et al. Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2002;9(4):465-73. doi:10.1046/j.1365-2850.2002.00504.x.
- Needham H, Sands, N. Post-seclusion debriefing: A core nursing intervention. *Perspectives in Psychiatric Care* 2010;46(3):221-33. doi:10.1111/j.1744-6163.2010.00256.x.
- Ryan R, Happell, B. Learning from experience: Using action research to discover consumer needs in post-seclusion debriefing. *International Journal of Mental Health Nursing* 2009;18:100-7. doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00579.x.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. GGZ-instellingen investeren in terugdringen van separatie; verdere acties nodig om ambities te halen. Utrecht: IGZ; 2015.
- Goulet M-H, Larue C, Lemieux AJ. A pilot study of post seclusion and/or restraint review intervention with patients and staff in a mental health setting. *Perspectives in Psychiatric Care* 2017. doi:10.1111/ppc.12225.
- Shaban S, Schaftenaar P. Nabespreken van dwanginsluitingen. *Nurse Academy GGZ* 2017;3.
- Bernard V, Neven A. Evaluatie van separaties. *Nurse Academy GGZ* 2020;3.
- Faschingbauer KM, Peden-McAlpine C, Tempel W. Use of seclusion: Finding the voice of the patient to influence practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 2013;51(7):32-8. doi:10.3928/02793695-20130503-01.
- Neven A, Kool J, Broelman J, et al. Separatie-evaluatie in een dubbele-diagnosekliniek. *Nurse Academy GGZ* 2016;4.
- Askew L, Fisher P, Beazley P. Being in a seclusion room: the forensic psychiatric inpatients' perspective. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2019. doi:10.1111/jpm.12576.
- Ezeobebe IE, Malecha AT, Mock A, et al. Patients' lived seclusion experience in acute psychiatric hospital in the United States: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2014;21:303-12.
- Tingleff EB, Bradley SK, Gildberg FA, et al. Treat me with respect. A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2017. doi: 10.1111/jpm.12410.
- Hemmes I, Zweekhorst P. PRISMA praktisch. Tijdig leren van (bijna-)incidenten. Amersfoort: MedInsight; 2008
- Harte J, Leeuwen M van, Theuws R. Agressie en geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie; aard, omvang en strafrechtelijke reactie. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2013;55(5):325-35.
- Lücker PP. Het belang van goede nazorg na schokkende gebeurtenissen. En het risico van overdrijving. *Justitiële Verkenningen* 2013;39(13):41-51.
- Expertisecentrum Veilige Publieke Taak. Handreiking schokkende gebeurtenissen. Voor leidinggevend en management. Den Haag: Expertisecentrum Veilige Publieke Taak; 2014.
- Bonner G, Wellman N. Postincident review of aggression and violence in mental health settings. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 2010;48(7):35-40. doi:10.3928/02793695-20100701-02.
- National Institute for Clinical Excellence [NICE]. Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. 2005 ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)).
- Leeuwen M van, Ros N. Agressie in de forensische psychiatrie. In: Helm P van der, Kröger U, Schaftenaar P, et al. Leefklimaat in de klinische forensische zorg. Amsterdam: SWP; 2013. p. 132-51.
- Lok A, Boer C de. Collegiale opvang van een schokkende ervaring op het werk. *Psychopraxis* 2007;9:232-6. doi:10.1007/BF03072387.
- Schuur G. Sociale steun, collegialiteit en veiligheidsgevoel. In: Schuur G. Omgaan met agressie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2014. doi:10.1007/978-90-368-0691-6 9.
- Koekkoek B, Niet G de. Aangevallen door een patiënt: het verhaal van een verpleegkundige. *Psychopraxis* 2004;6(6):224-9.