



UCLL
HOGESCHOOL

Bachelorproef
‘Challenge your Care’
Bachelor in de verpleegkunde
2025-2026

Eline Gressens

INHOUDSTABEL

Abstract	1
1 Beschrijving van een verpleegkundig relevant probleem	3
1.1 <i>Probleemstelling en context</i>	3
1.2 <i>Betrokkenen en context</i>	4
1.3 <i>Factoren en uitdagingen</i>	5
1.4 <i>Gevolgen voor verpleegkundigen</i>	5
1.5 <i>Vrijheidsbeperkende maatregelen op de spoedgevallendienst</i>	6
1.6 <i>Praktijkervaringen en motivatie</i>	6
1.7 <i>Samenwerking met werkveld</i>	7
2 Analyse van het probleem aan de hand van kwaliteitscriteria	8
2.1 <i>Patiëntgericht:</i>	8
2.2 <i>Veiligheid</i>	8
2.3 <i>Efficiëntie:</i>	9
2.4 <i>Effectiviteit:</i>	9
2.5 <i>Tijdigheid/toegankelijkheid</i>	9
2.6 <i>Gelijkheid</i>	10
2.7 <i>Duurzaamheid</i>	10
2.8 <i>Conclusie:</i>	10
3 Doelstelling o.b.v. de kwaliteitsanalyse en onderzoeksvraag	11
3.1 <i>Doelstelling</i>	11
3.2 <i>Concrete onderzoeksvraag</i>	12
3.3 <i>Onderzoeksvraag:</i>	12
4 Zoekstrategie	13
5 Antwoord	15
5.1 <i>Vroege detectie van risico's en preventieve benadering</i>	15
5.2 <i>Omgevingsoptimalisatie als primaire preventiestrategie</i>	16
5.3 <i>Communicatie en verbale de-escalatie als eerste interventie</i>	17
5.4 <i>Familieparticipatie en contextuele zorg</i>	18
5.5 <i>Gestandaardiseerde zorgpaden en multidisciplinaire samenwerking</i>	19
5.5.1 <i>Multidisciplinaire samenwerking</i>	19
5.5.2 <i>Gestandaardiseerde zorgpaden</i>	20
5.6 <i>Farmacologische interventies als secundaire strategie</i>	22

5.7	<i>Vrijheidsbeperkende maatregelen als laatste redmiddel</i>	23
5.8	<i>Post-incident debriefing en evaluatie</i>	23
5.9	<i>Educatie en training van zorgverleners</i>	25
5.10	<i>Organisatorische en structurele randvoorwaarden</i>	25
6	Conclusie	27
7	Aanbevelingen	28
7.1	<i>Vroege detectie van risico's en preventieve benadering</i>	28
7.2	<i>Omgevingsoptimalisatie als primaire preventiestrategie</i>	28
7.3	<i>Communicatie en verbale de-escalatie als eerste interventie</i>	29
7.4	<i>Familieparticipatie en contextuele zorg</i>	30
7.5	<i>Gestandaardiseerde zorgpaden en multidisciplinaire samenwerking</i>	31
7.6	<i>Farmacologische interventies als secundaire strategie</i>	32
7.7	<i>Vrijheidsbeperkende maatregelen als laatste redmiddel</i>	32
7.8	<i>Post-incident debriefing en evaluatie</i>	33
7.9	<i>Educatie en training van zorgverleners</i>	33
7.10	<i>Organisatorisch en structurele randvoorwaarden</i>	34
8	Literatuurlijst	35
9	Bijlage	38
9.1	<i>Literatuurselectie</i>	38
9.2	<i>Implementatieplan</i>	66
9.3	<i>Tijdschema</i>	70

De kloof tussen zorgnoden en aangeboden zorg bij kinderen en jongeren met een psychiatrische achtergrond die agitatie vertonen op de spoedgevallendienst: een literatuurstudie naar verpleegkundige interventies

Eline Gressens

Abstract

Inleiding

Kinderen en jongeren tot 18 jaar met psychiatrische problematiek die zich met acute agitatie presenteren op de spoedgevallendienst vormen een bijzonder kwetsbare patiëntengroep. Binnen de spoedgevallendienst bestaat er een kloof tussen de specifieke zorgnoden van deze patiënten en de daadwerkelijk aangeboden zorg. De prikkelrijke, onvoorspelbare en voornamelijk somatisch gerichte spoedomgeving sluit onvoldoende aan bij hun psychische en emotionele behoeften, wat kan leiden tot verhoogde stress, escalatie, therapieweigering en het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Tegelijk ervaren verpleegkundigen onzekerheid, verhoogde werkdruk en een gebrek aan specifieke handvatten om de zorg adequaat af te stemmen op deze doelgroep.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is verpleegkundige interventies en praktijkgerichte handvatten te identificeren voor kinderen en jongeren (<18 jaar) met een psychiatrische achtergrond die agitatie vertonen op de spoedgevallendienst. Op deze manier wordt beoogd de kloof tussen hun zorgnoden en de aangeboden zorg te verkleinen en bij te dragen aan een veiligere, effectievere en meer patiëntgerichte aanpak.

Methode

Er werd een literatuurstudie uitgevoerd op basis van recente wetenschappelijke literatuur uit PubMed. De zoekstrategie richtte zich op pediatrische psychiatrische agitatie binnen de spoedgevallendienst en omvatte termen gerelateerd aan de-escalatie, crisisinterventie, farmacologische behandeling, vrijheidsbeperkende maatregelen en verpleegkundige zorg. Artikelen gepubliceerd tussen 2019 en 2025 werden geselecteerd op basis van vooraf bepaalde inclusie- en exclusiecriteria. Uiteindelijk werden zes relevante wetenschappelijke artikels opgenomen en geanalyseerd.

Resultaten

De literatuur toont aan dat een geïntegreerde, gefaseerde en patiëntgerichte aanpak essentieel is in de opvang van kinderen en jongeren, met psychiatrische achtergrond, die agitatie vertonen op de spoedgevallendienst. Niet-farmacologische interventies vormen hierbij de basis van kwaliteitsvolle zorg. Vroegtijdige risicodetectie, omgevingsaanpassingen, verbale de-escalatie, therapeutische communicatie, familieparticipatie en het gebruik van gestandaardiseerde zorgpaden blijken

belangrijke strategieën om escalatie te voorkomen en patiëntveiligheid te verhogen. Daarnaast benadrukken verschillende studies het belang van multidisciplinaire samenwerking, gespecialiseerde training van zorgverleners en het ontwikkelen van geïndividualiseerde zorg- en de-escalatieplannen.

Farmacologische interventies worden aanbevolen wanneer niet-farmacologische strategieën onvoldoende effect hebben, waarbij de minst invasieve interventie de voorkeur krijgt. Fysieke fixatie dient uitsluitend als laatste redmiddel toegepast te worden omwille van de risico's op bijkomende psychologische en fysieke schade. Verder tonen de geïnccludeerde studies aan dat gestandaardiseerde zorgprocessen kunnen bijdragen aan een vermindering van de duur van fysieke fixatie, een meer consistente zorgverlening en een verhoogde patiëntgerichtheid.

Conclusie

De literatuur bevestigt dat er binnen de spoedgevallendienst een duidelijke kloof bestaat tussen de complexe zorgnoden van kinderen en jongeren met psychiatrische achtergrond, die agitatie vertonen, en de aangeboden zorg. Een gestructureerde, evidence-based en patiëntgerichte benadering waarbij vroegdetectie, de-escalatie en omgevingsgerichte interventies centraal staan, kan bijdragen aan het verkleinen van deze kloof. Verpleegkundigen spelen hierin een cruciale rol. Het implementeren van gestandaardiseerde zorgpaden, multidisciplinaire samenwerking en gerichte opleiding kan bijdragen aan het verbeteren van patiëntveiligheid, het verminderen van escalaties en vrijheidsbeperkende maatregelen en het versterken van de kwaliteit van zorg binnen de pediatrie.

1 Beschrijving van een verpleegkundig relevant probleem

1.1 Probleemstelling en context

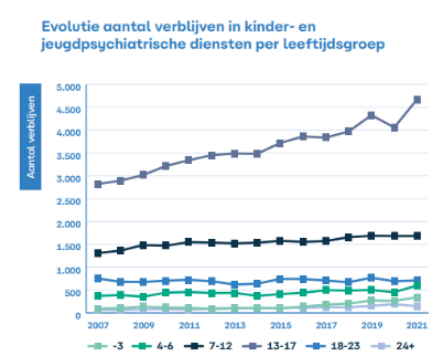
Kinderen en jongeren (<18 jaar) met een psychiatrische achtergrond die op de spoedgevallendienst worden opgenomen, worden vaak geconfronteerd met een zorgomgeving die onvoldoende afgestemd is op hun specifieke noden. De spoedgevallendienst wordt in de literatuur omschreven als een complexe, prikkelrijke en onvoorspelbare omgeving, die bij kinderen en adolescenten kan leiden tot verhoogde stress, angst en agitatie, in het bijzonder bij aanwezigheid van psychiatrische problematiek (Navas et al., 2022; Chou & Tseng, 2020).

Standaardprocedures en gangbare omgangsvormen zijn voornamelijk gericht op acute somatische zorg en sluiten daardoor vaak onvoldoende aan bij de noden van kinderen en jongeren met psychiatrische stoornissen (Janssens et al., 2013; Universiteit Antwerpen, 2021). Deze mismatch creëert uitdagingen voor verpleegkundigen en verhoogt het risico op escalatie en incidenten (Chou & Tseng, 2020).

Het verpleegkundig relevante probleem dat in deze bachelorproef centraal staat, betreft de kloof tussen de zorgbehoeften van psychiatrische patiënten tot 18 jaar die agitatie vertonen op de spoedgevallendienst en de daadwerkelijk geboden zorg. Verpleegkundigen ervaren hierbij moeilijkheden in het effectief afstemmen van de zorg, wat kan leiden tot incidenten of escalaties en de veiligheid, effectiviteit en persoonsgerichtheid van de zorg in het gedrang brengt (Janssens et al., 2013).

De toenemende druk op de kinderpsychiatrische zorg wordt duidelijk weerspiegeld in nationale cijfers. Uit gegevens van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid blijkt een significante stijging van de zorgvraag binnen deze populatie. Zo steeg het aantal daghospitalisaties van 173 naar 555 opnames en nam het totaal aantal ziekenhuisverblijven wegens psychiatrische problematiek tussen 2005 en 2021 toe met 50,1%. Voor de leeftijdsgroep 13–17 jaar werd bovendien een stijging van ongeveer 50% vastgesteld tussen 2007 en 2021, zoals weergegeven in figuur 1 (HealthyBelgium, 2025).

Onderzoek aan het Universitair Kinderziekenhuis Brussel toonde aan dat acute spoedopnames binnen de geestelijke gezondheidszorg tussen 2013–2016 en 2020–2021 tot acht keer toenamen (Marchini et al., 2023).



Figuur 1

Note. Overgenomen uit (HealthyBelgium, 2025).

Ondanks deze stijgende cijfers ontbreekt er nationale data over het exacte aantal kinderen en jongeren met psychiatrische problematiek dat zich specifiek op spoedgevallendiensten presenteert. Dit wijst op een belangrijke kenniskloof binnen de huidige literatuur (Universiteit Antwerpen, 2021).

Op internationaal niveau wordt deze trend eveneens bevestigd. In de Verenigde Staten steeg het aantal pediatrische spoedgevallenzorgconsultaties voor mentale gezondheidsproblemen van 4,8 miljoen in 2011 naar 7,5 miljoen in 2020 (Saidinejad et al., 2024).

Deze cijfers en bevindingen ondersteunen de geformuleerde probleemstelling en onderstrepen de nood aan verder onderzoek binnen deze context.

1.2 Betrokkenen en context

De uitdaging situeert zich binnen verschillende niveaus van de gezondheidszorg, namelijk het micro-, meso- en macroniveau, die elkaar wederzijds beïnvloeden.

Op microniveau bevinden zich de directe zorgrelaties tussen zorgverleners en patiënten. In deze bachelorproef betreft dit in de eerste plaats kinderen en jongeren jonger dan 18 jaar met een psychiatrische problematiek die agitatie vertonen op de spoedgevallendienst, evenals de verpleegkundigen die hen daar behandelen. Op dit niveau manifesteert de problematiek zich als een kloof tussen de individuele zorgbehoeften van het kind en de daadwerkelijk geleverde verpleegkundige zorg (Chou & Tseng, 2020; Navas et al., 2022).

Het mesoniveau omvat de organisatorische en interprofessionele samenwerking tussen verschillende zorgdiensten en afdelingen. Binnen deze context gaat het over de samenwerking tussen de spoedgevallendienst, kinder- en jeugdpsychiatrische afdelingen, daghospitalisatie en eerstelijnszorg. De spoedgevallendienst maakt deel uit van een breder zorgcontinuüm, waarin afstemming en communicatie tussen deze diensten essentieel zijn om continuïteit, veiligheid en persoonsgerichte zorg te waarborgen. Literatuur toont aan dat een gebrek aan structurele samenwerking en duidelijke afspraken tussen deze diensten de kloof tussen zorgbehoefte en geboden zorg kan vergroten (Janssens et al., 2013; Universiteit Antwerpen, 2021).

Op macroniveau spelen bredere beleidsmatige en maatschappelijke factoren een rol, zoals de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg, zorgmodellen, richtlijnen en beschikbare middelen. Belgische studies tonen aan dat er binnen de spoedpsychiatrische zorg voor kinderen en jongeren weinig consensus bestaat over definities van psychiatrische spoed en over de inrichting van zorgmodellen, wat bijdraagt aan heterogene praktijken en onduidelijkheid op de werkvloer (Universiteit Antwerpen, 2021). Deze structurele kenmerken op macroniveau beïnvloeden rechtstreeks hoe zorg op micro- en mesoniveau wordt georganiseerd en uitgevoerd. Op macroniveau dragen structurele tekorten in de geestelijke gezondheidszorg, zoals beperkte toegang tot ambulante zorg, ertoe bij dat de spoedgevallendienst steeds vaker fungeert als eerste opvangpunt voor kinderen en jongeren met psychiatrische problematiek (Saidinejad et al., 2024).

Een onvoldoende afgestemde interactie tussen micro-, meso- en macroniveau kan leiden tot fragmentatie van zorg en verhoogde druk op verpleegkundigen en patiënten. Afstemming tussen deze

niveaus is dan ook essentieel om de zorg voor kinderen en jongeren met psychiatrische problematiek op de spoedgevallendienst veiliger, effectiever en patiëntgerichter te maken (Janssens et al., 2013).

Om deze kloof tussen zorgbehoefte en geboden zorg beter te begrijpen, is het noodzakelijk om de onderliggende factoren en uitdagingen in kaart te brengen. Deze factoren situeren zich op verschillende niveaus en helpen verklaren waarom het voor verpleegkundigen moeilijk is om zorg optimaal af te stemmen op kinderen en jongeren met een psychiatrische problematiek.

1.3 Factoren en uitdagingen

Individuele factoren: Verschillende individuele kenmerken verhogen de complexiteit van spoedopnames bij kinderen en jongeren met psychiatrische problematiek. Onderzoek toont aan dat adolescenten, meisjes, jongeren met eetstoornissen, middelengebruik, psychotische stoornissen en een voorgeschiedenis van zelfbeschadiging of suïcidaal gedrag vaker acute en herhaalde spoedopnames kennen (Ezquerro et al., 2024).

Familiale en sociale factoren: Familiale en sociale contextfactoren spelen eveneens een belangrijke rol. Instabiele thuissituaties, het niet samenwonen van beide ouders, ingrijpende levensgebeurtenissen en chronische stress verhogen het risico op acute psychiatrische crisissen bij kinderen en jongeren (Cuffe et al., 2005). Deze factoren versterken de zorgnood en maken dat standaardprocedures op spoedgevallendiensten vaak onvoldoende tegemoetkomen aan de noden van deze populatie.

Omgevingsfactoren: De fysieke en organisatorische kenmerken van de spoedgevallendienst vormen een bijkomende stressor. Patiënten ervaren de drukke, lawaaierige en snel wisselende omgeving als overweldigend, wat kan leiden tot sensorische overbelasting, verhoogde angst en heractivatie van traumatische ervaringen (Navas et al., 2022). Deze omgevingsfactoren dragen bij aan gevoelens van verwarring, eenzaamheid en verlies aan controle bij kinderen met psychiatrische problematiek (Chou & Tseng, 2020).

Samengevat dragen individuele, sociale en omgevingsfactoren bij aan een mismatch tussen zorgbehoefte en geboden zorg. Het (h)erkennen van deze factoren is cruciaal voor het ontwikkelen van handvatten en interventies.

1.4 Gevolgen voor verpleegkundigen

Deze situatie heeft niet alleen impact op patiënten, maar ook op verpleegkundigen. Verpleegkundigen op spoedgevallendiensten rapporteren significant hogere stress- en angstniveaus wanneer zij zorg verlenen aan psychiatrische patiënten, vooral bij een gebrek aan ervaring binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie (Toida & Morimura, 2022).

In een studie van Toida en Morimura (2022) werd vastgesteld dat spoedverpleegkundigen een mediane angstscore van 80 op de visuele analoge schaal rapporteerden, tegenover scores van 56 en 54 op andere afdelingen.

Daarnaast beschrijven verpleegkundigen de spoedgevallendienst als een omgeving met veel prikkels, beperkte privacy en een verhoogd risico op agressie of geweld bij psychiatrische patiënten (Chou & Tseng, 2020). In hetzelfde onderzoek gaven verpleegkundigen aan dat zij stereotype beelden hanteren van psychiatrische patiënten, die onder meer als “koppig” of “veeleisend” worden omschreven. Sommige verpleegkundigen rapporteren moeilijkheden in respectvolle communicatie en aangepaste interactietechnieken, terwijl anderen angst ervaren voor mogelijk gewelddadig gedrag (Chou & Tseng, 2020).

Verder wordt een gebrek aan communicatieve vaardigheden en onvoldoende kennis over psychiatrische stoornissen gesignaleerd. Zij geven expliciet aan nood te hebben aan bijkomende opleiding, casusbesprekingen en simulaties om adequater te kunnen omgaan met psychiatrische crisissituaties (Chou & Tseng, 2020).

1.5 Vrijheidsbeperkende maatregelen op de spoedgevallendienst

In een observationele studie waarbij gedurende één jaar alle kinderen jonger dan 18 jaar met psychiatrische problematiek die zich op een spoedgevallendienst presenteerden werden geïncludeerd, werd een fixatiegraad van 6,8% vastgesteld (Dorfman & Mehta, 2006).

Concreet werden bij 76 van de 1125 kinderen vrijheidsbeperkende interventies toegepast, waaronder fysieke fixatie, farmacologische interventies of een combinatie van beide. De gemiddelde leeftijd binnen deze groep bedroeg 13,1 jaar, wat overeenkomt met de leeftijdscategorie waarin eerder een verhoogde prevalentie van psychiatrische opnames werd vastgesteld (Dorfman & Mehta, 2006; HealthyBelgium, 2025).

De vastgestelde fixatiegraad wijst erop dat vrijheidsbeperkende maatregelen voorkomen binnen de spoedzorg voor kinderen en jongeren met psychiatrische problematiek. Daarnaast wordt in de literatuur benadrukt dat fysieke fixatie vaak extra agitatie kan uitlokken, bijkomend trauma kunnen veroorzaken en zo kunnen bijdragen tot een verslechtering van zowel de medische als gedragsmatige gezondheidstoestand (Foster et al., 2024).

Dit wordt versterkt door bevindingen dat geagiteerde jongeren die vrijheidsbeperkende maatregelen ondergaan vaker een langere opnameduur op de spoedgevallendienst hebben en een verhoogde kans op hospitalisatie of doorverwijzing vertonen (Saidinejad et al., 2024).

De vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen ook leiden tot fysieke en psychologische schade bij jongeren. Hoewel exacte cijfers moeilijk te bepalen zijn, worden in de literatuur uitzonderlijke maar ernstige gevallen beschreven van overlijden bij kinderen in het kader van fysieke fixatie (Saidinejad et al., 2024).

1.6 Praktijkervaringen en motivatie

De keuze voor deze bachelorproef is mede gebaseerd op praktijkervaringen opgedaan tijdens een stage en vakantiewerk binnen de kinderpsychiatrie. Tijdens deze ervaringen werd vastgesteld dat jongeren tussen 12 en 16 jaar met psychiatrische problematiek extra stress en angst ervaren bij opname op de

spoedgevallendienst, waardoor agitatie sneller ontstaat. Deze vaststellingen zijn gebaseerd op observaties en gesprekken binnen de praktijkcontext en dienen als aanvullende praktijkbron.

Gesprekken met hoofdverpleegkundigen van zowel de spoedgevallendienst als de kinderspsychiatrische afdeling bevestigen dat de opvang van jongeren regelmatig wordt bemoeilijkt door een gebrek aan aangepaste richtlijnen en afstemming op hun specifieke noden. De focus op fysiek-medische zorg verdringt hierbij vaak de psychiatrische achtergrond, waarbij het ontbreken van duidelijke handvatten als knelpunt wordt benoemd, ondanks de aanwezige bereidheid tot implementatie van verbeteringen bij de verpleegkundigen.

Praktijkervaringen illustreren deze problematiek, waarbij lange wachttijden, beperkte communicatie en onvoldoende erkenning van de psychische zorgnood kunnen leiden tot escalatie en weigering van behandeling. Deze bevindingen benadrukken de noodzaak aan gerichte interventies ter verbetering van de zorg.

1.7 Samenwerking met werkveld

Het onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met een kinderspsychiatrisch ziekenhuis en een spoedafdeling, die bereid zijn deel te nemen en de resultaten te bespreken via een seminarie. Dit verzekert dat praktijkinzichten worden meegenomen en dat aanbevelingen toepasbaar zijn binnen de zorgcontext.

2 Analyse van het probleem aan de hand van kwaliteitscriteria

2.1 Patiëntgericht:

Persoonsgerichte zorg impliceert dat een kind niet enkel als patiënt wordt gezien, maar als een individu met emoties, voorkeuren en levensverhaal. Het vraagt tijd, aandacht en een empathische benadering om de zorg af te stemmen op wat het kind nodig heeft. Wanneer deze zorg ontbreekt, wordt vastgesteld dat kinderen sneller angstig, gefrustreerd of zelfs agressief reageren, waardoor de veiligheid voor henzelf en het zorgteam in gedrang komt.

Belgische studies tonen aan dat de spoedeisende psychiatrische zorg voor jongeren niet coherent is en dat er geen uniforme crisisvoorzieningen bestaan in alle provincies (*Uitbouw van Dringende Psychiatrische Hulp Voor Minderjarigen*, z.d.).

Hierdoor zijn kinderen vaak aangewezen op spoedafdelingen waar verpleegkundigen niet altijd vertrouwd zijn met hun psychische noden. Dit gebrek aan afstemming zorgt niet alleen voor stress bij het kind, maar ook voor onzekerheid bij de zorgverlener, wat de kwaliteit van interactie en communicatie beïnvloedt.

Internationale onderzoeken bevestigen dit beeld. Zo toont Chou en Tseng (2020) aan dat de drukke, lawaaierige en prikkelrijke omgeving van spoeddiensten de angst en stress bij kinderen versterkt, waardoor zij minder goed kunnen meewerken en er een grotere kans is op escalatie of therapieweigering.

Uit eigen observaties bleek hoe belangrijk een persoonlijke benadering kan zijn. Een kind dat gehoord wordt, wiens gevoelens erkend worden en dat begeleiding krijgt afgestemd op zijn of haar noden, voelt zich sneller veilig en kan beter samenwerken. Deze ervaring bevestigt wat de literatuur aangeeft, namelijk dat patiëntgerichtheid cruciaal is voor zowel de veiligheid als de effectiviteit van de zorg.

Kortom, persoonsgerichte zorg vormt het hart van de problematiek op de spoedafdeling. Het ontbreken ervan legt niet alleen een druk op het kind, maar ook op de zorgverlener en het hele systeem. Door persoonsgerichtheid te verbeteren, kan zowel de veiligheid als de kwaliteit van zorg verhoogd worden.

2.2 Veiligheid:

Recente studies bevestigen dat de spoedafdeling meerdere structurele risico's met zich meebrengt voor deze kwetsbare groep. Zo identificeren Joseph et al. (2025) belangrijke gevaren zoals zelfbeschadiging, agressie en het weglopen van de afdeling, waarbij de fysieke omgeving (zichtbaarheid van patiënten, nabijheid van uitgangen) en technologische tekortkomingen (onbetrouwbare panieknoppen) de veiligheid negatief beïnvloeden.

Tegelijkertijd tonen Valtuille et al. (2024) een forse toename van spoedopnames en zelfbeschadiging bij jeugd, wat de spoeddiensten extra belast en het risico op escalatie vergroot, omdat processen mogelijk niet zijn uitgerust op deze verhoogde zorgvraag.

Overhage et al. (2024) rapporteren bovendien dat een groot aantal kinderen langdurig op de spoed blijft wachten en dat dit vaker gebeurt bij kwetsbare groepen, wat de stress en potentie tot onveilige situaties verder vergroot.

Verder erkent Pauldine (2024) dat de mentale gezondheidscrisis bij kinderen een top-patiëntveiligheidsbedreiging is, wat aangeeft dat dit probleem op systeemniveau dringend aangepakt moet worden.

In het licht van deze bevindingen is het evident dat de huidige spoedzorgomgeving niet altijd toereikend en veilig is voor kinderen met psychiatrische noden. De combinatie van fysieke, organisatorische en technologische tekortkomingen draagt bij aan onveilige situaties voor zowel patiënten als zorgverleners.

2.3 Efficiëntie:

Het criterium efficiëntie is eveneens relevant. Door het ontbreken van specifieke richtlijnen voor spoedpsychiatrische zorg bij kinderen, zijn verpleegkundigen vaak aangewezen op improvisatie en ad-hoc beslissingen, wat leidt tot variatie in aanpak, een hogere werkdruk en langere interventietijden. Dit gaat gepaard met een minder gestroomlijnd zorgproces, waarbij zowel personeelsinzet als tijds- en materiaalgebruik minder optimaal verlopen en de kans op herhaalde interventies toeneemt. Het ontwikkelen van doelgerichte, evidence-based protocollen kan bijdragen aan een meer uniforme en voorspelbare zorgaanpak, waardoor de efficiëntie van het zorgproces toeneemt.

2.4 Effectiviteit:

Wanneer kinderen behandeling weigeren omdat de zorg niet aansluit bij hun specifieke behoeften, neemt de effectiviteit van de medische interventies af. Bovendien spelen factoren zoals beperkte therapietrouw door angst en agitatie, hoge werkdruk en een gebrek aan continuïteit van zorg een belangrijke rol. Ook onvoldoende afgestemde communicatie, waarbij niet altijd wordt aangesloten bij het ontwikkelingsniveau van het kind en een tekort aan specifieke expertise binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie dragen bij aan een verminderde effectiviteit.

2.5 Tijdigheid/toegankelijkheid:

Tijdigheid is een cruciaal kwaliteitscriterium, vooral wanneer we de risico's van lange wachttijden en een weinig aangepaste spoedomgeving in rekening brengen. Deze vertraging verhoogt het stressniveau en de angst bij kinderen, zeker wanneer zij zich in een prikkelrijke, onvoorspelbare omgeving bevinden waar zorgverleners weinig ervaring hebben met hun psychische problematiek. Die combinatie van lange wachttijd en een complexe omgeving, waarin hun emoties niet altijd worden ondersteund, kan escalaties uitlokken, wat leidt tot nog meer spanning en zelfs tot onveilige situaties.

In deze context is de tijdigheid van zorg dus niet enkel een organisatorische uitdaging, maar een patiëntveiligheidsprobleem. De vertraging van passende interventies vergroot de kans op

gedragsontregeling en escalatie, waardoor kwalitatieve en snelle toegang tot gespecialiseerde spoedzorg voor kinderen met psychiatrische noden absoluut noodzakelijk is.

2.6 Gelijkheid:

Kinderen met psychiatrische problematiek vormen een kwetsbare groep die door het gebrek aan afgestemde procedures mogelijk minder kwalitatieve zorg ontvangen. Dit kan leiden tot ongelijke zorgresultaten, vooral wanneer sociale en familiale factoren extra risico's vormen, zoals instabiele thuissituaties of beperkte sociale steun. Onderzoek door Aksoy en Kahrman (2022) toont aan dat in de spoedeisende psychiatrische zorg voor kinderen onvoldoende rekening wordt gehouden met individuele kwetsbaarheden en contextuele factoren, wat kan resulteren in ongelijke behandeling en zorguitkomsten. Ten slotte stellen Foster et al. (2024) dat zwarte jongeren vaker worden blootgesteld aan fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen, wat wijst op ongelijkheden in de zorg.

2.7 Duurzaamheid:

Het criterium duurzaamheid heeft beperkte relevantie voor dit probleem. Het richt zich voornamelijk op ecologische aspecten van zorg, zoals papiergebruik en energieverbruik en wordt niet rechtstreeks beïnvloed door de mismatch tussen zorgbehoefte en de spoedzorgomgeving. Eventuele oplossingen voor deze problematiek kunnen bovendien op een ecologisch verantwoorde manier worden uitgewerkt, zonder dat hiervoor extra fysieke materialen nodig zijn.

2.8 Conclusie:

Op basis van bovenstaande analyse situeert het verpleegkundig probleem zich voornamelijk binnen het kwaliteitscriterium patiëntgerichtheid. Hoewel ook veiligheid, efficiëntie, effectiviteit, tijdigheid en gelijkheid raakvlakken vertonen met de problematiek, vormt de onvoldoende afstemming van zorg op de individuele noden van kinderen en jongeren met psychiatrische problematiek de kern. Zowel literatuur als praktijkervaringen tonen aan dat een gebrek aan persoonsgerichte zorg leidt tot verhoogde stress, angst, agitatie en therapieweigering, met negatieve gevolgen voor onder meer veiligheid, effectiviteit en werkdruk op de spoedgevallendienst (Chou & Tseng, 2020; Janssens et al., 2013). Patiëntgerichtheid fungeert hierbij als overkoepelend criterium. Wanneer zorg niet vertrekt vanuit de beleving, draagkracht en psychische noden van het kind, komen ook andere kwaliteitscriteria onder druk te staan. Het versterken van patiëntgerichtheid biedt daarentegen een hefboom voor verbetering op meerdere domeinen, waaronder patiëntveiligheid, zorgcontinuïteit en therapeutische samenwerking. Daarom wordt patiëntgerichtheid in deze bachelorproef beschouwd als het meest relevante criterium waarop het probleem zich situeert en waarop gerichte interventies de grootste impact kunnen hebben.

3 Doelstelling o.b.v. de kwaliteitsanalyse en onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek is verpleegkundige interventies en praktijkgerichte handvatten te identificeren voor kinderen en jongeren (<18 jaar) met een psychiatrische achtergrond die agitatie vertonen op de spoedgevallendienst. Op deze manier wordt beoogd de kloof tussen hun zorgnoden en de aangeboden zorg te verkleinen en bij te dragen aan een veiligere, effectievere en meer patiëntgerichte aanpak.

3.1 Doelstelling

Specifiek:

Deze literatuurstudie heeft tot doel om, op basis van recente wetenschappelijke evidentie, verpleegkundige interventies en handvatten voor de aanpak van agitatie bij kinderen en jongeren (<18 jaar) met een psychiatrische achtergrond op de spoedgevallendienst te identificeren en systematisch te structureren. Hierbij is bijzondere aandacht voor een gefaseerde, geïntegreerde en patiëntgerichte benadering. De bevindingen worden gebundeld in een gestructureerd overzicht en vertaald naar praktijkgerichte aanbevelingen voor verpleegkundigen, met als doel de patiëntveiligheid, efficiëntie van zorg en persoonsgericht handelen te bevorderen.

Meetbaar:

De doelstelling wordt bereikt via een systematische analyse van recente wetenschappelijke literatuur (publicaties vanaf 2019), waarbij de geïdentificeerde interventies worden beschreven en vervolgens gegroepeerd volgens de thema's die uit de literatuur naar voren komen.

Acceptabel:

Deze doelstelling is acceptabel voor de verpleegkundige praktijk binnen de spoedgevallendienst, aangezien psychiatrische agitatie bij kinderen en jongeren een complexe en uitdagende zorgsituatie vormt, waarbij verpleegkundigen een centrale rol opnemen in het inschatten, begeleiden en stabiliseren van de patiënt. De thematiek sluit aan bij actuele noden binnen de klinische praktijk en vereist specifieke kennis en vaardigheden die in de literatuur steeds meer aandacht krijgen. Daarnaast is er binnen het werkveld toenemende vraag naar een meer gestructureerde en patiëntgerichte aanpak van psychiatrische agitatie bij kinderen en jongeren.

Realistisch:

De doelstelling is realistisch, gezien de beschikbaarheid van voldoende recente wetenschappelijke literatuur omtrent het management van psychiatrische agitatie bij kinderen en jongeren op de spoedgevallendienst, die binnen de looptijd van de bachelorproef op systematische wijze geanalyseerd kan worden. Tevens wordt de studie afgebakend tot een specifieke doelgroep, setting en problematiek, wat de haalbaarheid verder ondersteunt.

Tijdsgebonden:

De literatuurstudie wordt uitgevoerd binnen de looptijd van de bachelorproef (oktober 2025 – juni 2026), waarbij de selectie van artikelen, data-analyse en uitwerking van aanbevelingen gefaseerd verlopen en uiterlijk tegen juni 2026 worden afgerond.

3.2 Concrete onderzoeksvraag

P: Kinderen en jongeren (<18 jaar) met een psychiatrische problematiek die acute agitatie vertonen op de spoedgevallendienst.

I: Verpleegkundige interventies binnen een gefaseerde aanpak van psychiatrische agitatie, met aandacht voor vroegdetectie, non-farmacologische de-escalatiestrategieën en, indien nodig, aanvullende farmacologische interventies.

C: Standaardzorg zonder gestructureerde of protocolgestuurde interventies.

O: Verbeterde patiënt- en personeelsveiligheid, vermindering van escalaties en vrijheidsbeperkende maatregelen en meer efficiënte, veiligere en patiëntgerichte zorg.

3.3 Onderzoeksvraag:

"Welke verpleegkundige handvatten en interventies worden in recente wetenschappelijke literatuur beschreven om de zorg voor kinderen en jongeren (<18 jaar), met psychiatrische achtergrond die agitatie vertonen, op de spoedgevallendienst veiliger, effectiever en patiëntgerichter te maken?"

4 Zoekstrategie

Ter beantwoording van de onderzoeksvraag werd een gestructureerde en transparante literatuurstudie uitgevoerd. Hiervoor werden verschillende relevante wetenschappelijke databanken en tijdschriften geraadpleegd binnen het verpleegkundig zorgdomein.

De zoekstrategie werd opgesteld op basis van vooraf gedefinieerde zoektermen die aansluiten bij de doelgroep, de zorgsetting en het onderwerp van deze bachelorproef. Per databank werden gerichte limieten toegepast om recente en relevante literatuur te identificeren. De selectie van de weerhouden artikels gebeurde op basis van titel en abstract, waarbij zowel de wetenschappelijke kwaliteit als de inhoudelijke relevantie in overweging werden genomen.

De databank PubMed werd geraadpleegd. De zoektocht werd uitgevoerd in de periode van 2019 tot 2024. Verschillende zoekstrings werden afzonderlijk gebruikt om relevante literatuur te identificeren, waarbij de booleaanse operatoren AND en OR systematisch werden toegepast om combinaties van termen te maken.

De gebruikte zoekstrings waren:

```
((("Child"[MeSH] OR "Adolescent"[MeSH] OR child* OR adolescent* OR pediatric* OR paediatric*) AND ("Emergency Service, Hospital"[MeSH] OR "emergency department"[tiab]) AND (agitation[tiab] OR aggression[tiab] OR "psychiatric crisis"[tiab]) AND (de-escalat*[tiab] OR "crisis intervention"[tiab] OR "behavior management"[tiab] OR "therapeutic communication"[tiab]))
```

```
(pediatric agitation) AND (emergency department) AND (pharmacologic OR nonpharmacologic OR de-escalation) AND (outcomes OR effectiveness)
```

```
(child* OR adolescent* OR pediatric) AND ("emergency department" OR ED) AND (restraint OR seclusion OR "physical restraint" OR "chemical restraint") AND ("nursing management" OR guideline OR protocol OR "best practice")
```

```
(child* OR adolescent* OR pediatric) AND ("emergency department" OR ED) AND (agitation OR aggression OR "psychiatric crisis") AND ("de-escalation" OR "crisis intervention" OR "behavior management")
```

De zoekperiode werd afgebakend van 2019 tot 2024 om recente en relevante literatuur te selecteren. Er werd bewust niet gefilterd op 'Free full text', omdat dit de zoekresultaten te sterk zou beperken en relevante artikelen mogelijk zou uitsluiten.

De selectie van artikelen gebeurde op basis van titel en abstract, met als inclusiecriteria: kinderen en jongeren (<18 jaar) met psychiatrische problematiek, spoedgevallendienst, interventies gericht op agitatie of agressie en verpleegkundige relevantie. Exclusiecriteria waren artikelen die zich niet richtten op volwassen patiënten, niet in een spoedsetting plaatsvonden of geen interventies beschreven.

Daarnaast werden via de 'Similar Articles' van geselecteerde artikelen aanvullende relevante studies geïdentificeerd, die voldeden aan de in- en exclusiecriteria en werden opgenomen in de literatuurstudie.

Na screening werden de meest relevante artikelen geselecteerd voor verdere analyse en opname in de literatuurstudie, met als doel evidence-based aanbevelingen te formuleren.

Uiteindelijk werden zes artikelen opgenomen in de literatuurstudie (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Joseph et al., 2025; Bourke et al., 2025; Foster et al., 2024; Hoffmann, Pergjika, et al., 2023; Saidinejad et al., 2024).

Bij het opstellen van deze bachelorproef is Generative AI (ChatGPT) gebruikt als ondersteunend hulpmiddel. ChatGPT werd ingezet voor het verbeteren van spelling, grammatica en zinsbouw, het controleren van de structuur en bronverwijzingen en het geven van suggesties om teksten academisch te verfijnen. Alle inhoudelijke keuzes, analyses en interpretaties zijn zelf uitgevoerd. De voorgestelde aanpassingen zijn kritisch geëvalueerd en alleen overgenomen wanneer ze voldeden aan de normen voor academisch schrijven en evidence-based nursing practice.

5 Antwoord

De literatuur toont aan dat de zorg voor kinderen en jongeren (<18 jaar) met psychiatrische agitatie op de spoedgevallendienst het meest effectief en veilig verloopt binnen een geïntegreerde, gefaseerde en patiëntgerichte aanpak. Ze suggereren dat niet-farmacologische strategieën de basis vormen van kwaliteitsvolle agitatiezorg (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Joseph et al., 2025; Foster et al., 2024; Hoffmann, Pergjika, et al., 2023; Saidinejad et al., 2024). Deze aanpak combineert vroegtijdige risicodetectie, omgevingsinterventies, communicatiegerichte de-escalatie, familieparticipatie en het gebruik van gestandaardiseerde zorgpaden, waarbij farmacologische en vrijheidsbeperkende interventies strikt als laatste stap worden ingezet (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Joseph et al., 2025; Bourke et al., 2025; Foster et al., 2024; Hoffmann, Pergjika, et al., 2023; Saidinejad et al., 2024).

5.1 Vroege detectie van risico's en preventieve benadering

Effectief agitatiemanagement start met het vroegtijdig identificeren van risicofactoren en triggers. Deze omvatten zowel patiëntgebonden factoren, zoals eerdere agitatie, psychiatrische stoornissen, trauma en neurodivergentie, als somatische oorzaken zoals intoxicaties, pijn of metabole ontregeling (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Saidinejad et al., 2024). Daarnaast tonen meerdere bronnen aan dat het systematisch bevragen van triggers en voorgeschiedenis, onder andere via ouders of zorgpartners, essentieel is om escalatie te voorkomen en gerichte interventies zoals oorzaakgericht handelen en een gepersonaliseerd zorgplan opstellen mogelijk te maken (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Foster et al., 2024; Hoffmann, Pergjika, et al., 2023; Saidinejad et al., 2024). In dit kader wordt in de triagefase ook het gebruik van screeningvragen aanbevolen om het risico op agitatie in te schatten, zoals: "Heeft uw kind een voorgeschiedenis van agitatie, bent u bezorgd dat hij/zij vandaag geagiteerd kan raken, en heeft uw kind specifieke noden?" (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023).

Zoals Hoffmann, Pergjika, et al. (2023) vormen gemiste kansen in het proactief identificeren van triggers een belangrijke barrière binnen de klinische praktijk. Dit benadrukt het belang van gestructureerde screening op het risico op agitatie reeds tijdens de triagefase, waarbij gebruik wordt gemaakt van gestandaardiseerde vragenlijsten en instrumenten die de vroegtijdige detectie van risicopatiënten ondersteunen en zo bijdragen aan meer patiëntgerichte zorg door tijdig in te spelen op individuele noden en escalatie van agitatie te voorkomen (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Hoffmann, Pergjika, et al., 2023; Saidinejad et al., 2024). Het gebruik van gestandaardiseerde scoringssystemen, zoals de *Modified Overt Aggression Scale (MOAS)*, een vierpuntsschaal die in real time via een patiëntinterview kan worden toegepast om het agitatie-niveau te beoordelen, ondersteunt de systematische inschatting van agitatie en kan bijdragen aan meer consistente communicatie binnen het zorgteam, aangezien numerieke schalen de ernst van agitatie op een uniforme manier weergeven, wat de communicatie standaardiseert, mogelijk vooroordelen vermindert door de objectiviteit van beoordelingen te vergroten en daarmee bijdraagt aan zowel gelijkheid in de zorgverlening als een efficiënter zorgproces (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Saidinejad et al., 2024).

Bij patiënten met een verhoogd risico op agitatie wordt het belang benadrukt van het opstellen van een gepersonaliseerd agitatieplan, waarin individuele triggers, vroegsignalen en effectieve de-

escalatiestrategieën worden vastgelegd. Dergelijke plannen, idealiter geïntegreerd in het elektronisch patiëntendossier, ondersteunen een proactieve en consistente aanpak over zorgverleners heen (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Hoffmann, Pergjika, et al., 2023; Saidinejad et al., 2024).

Dit sluit aan bij een bredere verschuiving binnen de zorg naar patient-centered en trauma-informed care (Hoffmann, Kshetrapal et al., 2023). Deze evolutie wordt gekenmerkt door minder stigma rond mentale gezondheid en een verschuiving van een zorgverlenersgerichte naar een patiënt- en familiegerichte benadering. Hierbij staat een niet-oordelende en contextuele interpretatie van gedrag centraal.

Deze benadering kan worden gezien als een antwoord op de in de inleiding beschreven kloof tussen de zorgbehoeften van psychiatrische patiënten tot 18 jaar en de daadwerkelijk geboden zorg op de spoedgevallendienst (Janssens et al., 2013). Deze kloof manifesteert zich onder meer in moeilijkheden die verpleegkundigen ervaren bij het afstemmen van de zorg op individuele noden, wat kan leiden tot incidenten of escalaties en waarbij de veiligheid, effectiviteit en patiëntgerichtheid van de zorg onder druk komen te staan. De evolutie naar een trauma-geïnformeerde en patiëntgerichte zorgcultuur ondersteunt bijgevolg een meer afgestemde en contextgevoelige aanpak binnen de acute setting.

Het tijdig voortzetten van reeds voorgeschreven thuismedicatie tijdens het verblijf op de spoedgevallendienst kan bovendien bijdragen aan het voorkomen van verergering van agitatie (Saidinejad et al., 2024).

5.2 Omgevingsoptimalisatie als primaire preventiestrategie

Omgevingsfactoren spelen een centrale rol in het ontstaan en de escalatie van agitatie. Lawaai, drukte, fel licht, chaotische omstandigheden, kleine ruimtes en gebrek aan daglicht of comfort worden consequent beschreven als uitlokkende factoren (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Joseph et al., 2025; Foster et al., 2024; Saidinejad et al., 2024). Ook organisatorische elementen zoals lange wachttijden en overbezetting dragen bij aan verhoogde agitatie (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Joseph et al., 2025; Hoffmann, Pergjika, et al., 2023).

Daartegenover staat dat een prikkelarme, veilige en kindvriendelijke omgeving agitatie kan voorkomen en reduceren. Dit omvat onder meer gecontroleerde licht- en geluidsniveaus, het beperken van prikkels, het voorzien van veilige infrastructuur en het creëren van een voorspelbare en gestructureerde setting (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Joseph et al., 2025; Foster et al., 2024; Saidinejad et al., 2024). Specifieke voorzieningen zoals aangepaste 'mental health rooms' en een veilige inrichting dragen bijkomend bij aan patiënt- en personeelsveiligheid (Joseph et al., 2025).

Joseph et al. (2025) benadrukken hierbij dat zorgomgevingen vaak onbewuste risico's bevatten die zelfverwondend gedrag kunnen faciliteren. Zo worden ligatuurpunten frequent geïdentificeerd in niet-gespecialiseerde ruimtes, gangen en overflowzones. Dit omvat zowel vaste elementen (zoals bouten, kraanhendels en stopcontacten) als alledaagse objecten (zoals lakens, handdoeken en schoenveters). Ook medisch materiaal, zoals infuuslijnen, monitor- en zuurstofkabels en gasleidingen, vormt een risico wanneer patiënten in niet-aangepaste ruimtes verblijven. Daarnaast verhogen infrastructurele

kenmerken zoals harde vloeren, glazen observatievensters en ruimtes met beperkte visuele controle het risico op zelfverwonding en wegliepgedrag.

Ook Foster et al. (2024) geven aan dat aanpassingen in de infrastructuur belangrijk zijn, waaronder het verwijderen van potentieel gevaarlijke voorwerpen zoals infuusstaanders en prullenbakken uit de behandelruimte. Daarnaast wordt aanbevolen dat de patiënt een aangepast kledingstuk (zoals een short) draagt om te voorkomen dat er persoonlijke voorwerpen worden gebruikt die een risico kunnen vormen voor zowel patiënt als zorgverlener.

Daarnaast wordt het gebruik van afleiding en regulerende activiteiten, zoals spel, creatieve bezigheden, ademhalingsoefeningen en sensorische of cognitieve afleiding, in meerdere bronnen beschreven als strategieën om spanning te reduceren en agitatie te voorkomen (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Joseph et al., 2025; Saidinejad et al., 2024).

In dit kader beschrijven Saidinejad et al. (2024) specifiek dat somatosensorische hulpmiddelen, leeftijdsgeschikte activiteiten en afleidingsmateriaal zoals boeken en tablets kunnen bijdragen aan het verminderen van acute agitatie, het verbeteren van emotioneel functioneren en het ondersteunen van het welzijn tijdens het verblijf op de spoedafdeling. Daarnaast zou de effectiviteit van deze interventies versterkt kunnen worden door het voorzien van vertrouwde comfortobjecten van thuis, voorkeursvoeding of -dranken en passende afleidingsmaterialen.

Deze interventies zijn vooral relevant bij langere verblijfsduur op de spoedgevallendienst, waar een prikkelrijke omgeving en een gebrek aan betekenisvolle activiteit kunnen bijdragen aan verhoogde agitatie (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Joseph et al., 2025; Hoffmann, Pergjika, et al., 2023; Saidinejad et al., 2024).

Betekenisvolle activiteiten omvatten onder meer afleidende en regulerende bezigheden zoals tekenactiviteiten en ademhalingsoefeningen, die volgens adolescenten, ouders en verpleegkundigen bijdragen aan het reduceren van spanning en het bevorderen van rust tijdens wachttijden (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023). Daarnaast blijkt dat het afstemmen van activiteiten op de interesses van het kind, bijvoorbeeld door te bevragen wat het thuis graag doet, de effectiviteit kan verhogen (Saidinejad et al., 2024).

5.3 Communicatie en verbale de-escalatie als eerste interventie

Verbale de-escalatie wordt in meerdere bronnen beschreven als een eerste stap binnen een gefaseerd zorgpad, voorafgaand aan farmacologische of fysieke interventies (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Joseph et al., 2025; Foster et al., 2024; Hoffmann, Pergjika, et al., 2023; Saidinejad et al., 2024). Deze aanpak omvat onder andere actief luisteren, empathisch reageren, duidelijke communicatie en het stellen van grenzen.

Foster et al. (2024) en Saidinejad et al. (2024) beschrijven een reeks concrete verbale de-escalatietechnieken, waaronder het respecteren van persoonlijke ruimte, het vermijden van provocerende communicatie, het identificeren van noden en gevoelens, en het aanbieden van keuzemogelijkheden. Hoffmann, Kshetrapal, et al. (2023) benadrukt aanvullend het belang van

duidelijke communicatie, het geven van heldere verwachtingen en het hanteren van een empathische, niet-bedreigende benadering binnen de interactie met het kind en zijn zorgomgeving.

Het ondersteunen van zelfregulatie bij patiënten, waarbij zij geholpen worden om zichzelf te kalmeren met een actieve rol voor de zorgverlener als coach, wordt voornamelijk beschreven door Saidinejad et al., 2024 en ondersteund door Foster et al. (2024), die binnen de-escalatie de nadruk leggen op autonomie, keuzevrijheid en patiëntbetrokkenheid.

Daarnaast benadrukken deze bronnen dat communicatie afgestemd moet worden op het ontwikkelingsniveau van het kind en dat het geven van autonomie en keuzemogelijkheden een belangrijke de-escalerende werking heeft. Het doel van deze benadering is patiënten te ondersteunen in zelfregulatie en escalatie te voorkomen.

5.4 Familieparticipatie en contextuele zorg

De betrokkenheid van ouders en zorgfiguren wordt breed erkend als essentieel binnen agitatiezorg. Zij leveren cruciale informatie over triggers, gedragspatronen en effectieve de-escalatiestrategieën (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Foster et al., 2024; Hoffmann, Pergjika, et al., 2023; Saidinejad et al., 2024). Daarnaast heeft hun aanwezigheid vaak een kalmerend effect, vooral bij jonge en neurodivergente patiënten (Joseph et al., 2025; Saidinejad et al., 2024).

In dit kader benadrukken Hoffmann, Kshetrapal et al. (2023) dat ouders waarde hechten aan een zorgcontext waarin hun expertise over het kind wordt erkend, waarin actief wordt ingezet op gedeelde besluitvorming en waarin zorgverleners aandacht hebben voor duidelijke communicatie, het beantwoorden van vragen, actief luisteren en een empathische en respectvolle benadering.

Daarnaast wordt in de literatuur benadrukt dat de impact van familiebetrokkenheid contextafhankelijk is, aangezien familiale interacties in bepaalde situaties ook een trigger voor escalatie kunnen zijn, wat het belang van individuele inschatting en omgevingsafstemming onderstreept. In dergelijke situaties wordt aanbevolen dat zorgverleners de aanwezigheid van familie flexibel afstemmen op de toestand van de patiënt, waarbij indien nodig tijdelijke afstand of het beperken van aanwezigheid kan worden overwogen om escalatie te verminderen. Tegelijkertijd kunnen zorgfiguren, wanneer hun aanwezigheid ondersteunend is, actief worden betrokken in de zorg door hen in te schakelen bij het aanbieden van vertrouwde comfortobjecten, voeding en drinken en geschikte afleidingsmaterialen. Daarnaast kunnen voorspelbare dagstructuren bijdragen aan het verminderen van angst en het ondersteunen van emotieregulatie (Saidinejad et al., 2024).

Tegelijkertijd kunnen ouders ook een actieve rol spelen in het ondersteunen van de-escalatie, onder andere door samen met zorgverleners omgevingsaanpassingen te bespreken en toe te passen. Dit sluit aan bij bevindingen van Hoffmann, Kshetrapal et al. (2023), die beschrijven dat het aanpassen van de omgeving aan de noden van het kind – zoals het verminderen van prikkels en het creëren van een rustgevende setting – vaak gebeurt in samenwerking met ouders, die vanuit hun kennis van het kind waardevolle input leveren over wat kalmerend werkt.

Over de studies heen wordt familieparticipatie geïntegreerd binnen gepersonaliseerde zorgplanning en gedeelde besluitvorming (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Joseph et al., 2025; Hoffmann, Pergjika, et al., 2023; Saidinejad et al., 2024). Joseph et al. (2025) benadrukken daarbij het belang van familie-aanwezigheid in pediatrie spoedsituaties, waarbij kinderen zich veiliger voelen wanneer hun familie nabij is en waarbij het behouden van dagelijkse routines tijdens langdurige opnameperiodes van belang is. Daarom wordt aanbevolen om ruimte te voorzien voor familieleden en om praktische ondersteuning te bieden, zoals faciliteiten waarmee kinderen schoolactiviteiten kunnen voortzetten tijdens hun verblijf.

Hofmann, Kshetrapal et al. (2023) benadrukken dat overdachtsmomenten kwetsbare momenten zijn waarop informatieverlies kan optreden. Zowel zorgverleners als ouders geven aan dat relevante informatie over episodes van acute agitatie en succesvolle de-escalatiestrategieën beter kan worden overgedragen via gestructureerde documentatie. Daarnaast wordt voorgesteld om ouders te betrekken in het overdrachtsproces en visuele communicatiemiddelen in de patiëntenkamer te gebruiken om de continuïteit van informatie te ondersteunen. Dit sluit aan bij bevindingen van Saidinejad et al. (2024), die beschrijven dat betrokkenheid van familie en patiënt tijdens elke dienst, of tijdens shiftwissels, kan bijdragen aan het bespreken van individuele aanpassingen aan de omgeving, strategieën om onrust te verminderen en het vroegtijdig herkennen van escalatie in de spoedsetting.

5.5 Gestandaardiseerde zorgpaden en multidisciplinaire samenwerking

5.5.1 Multidisciplinaire samenwerking

De multidisciplinaire samenwerking bij acute agitatie op de pediatrie spoedgevallendienst is georganiseerd als een geïntegreerd zorgsysteem waarin rollen functioneel verdeeld zijn over verschillende disciplines en fasen van zorg. De initiële en continue opvang wordt uitgevoerd door pediatrie spoedartsen en spoedverpleegkundigen binnen een gestructureerde aanpak zoals het Welle Behavioral Safety Management model (Hoffmann, Kshetrapal et al., 2023).

Binnen dit proces wordt expliciet benadrukt dat de bedside verpleegkundige een centrale rol heeft, gezien de continue aanwezigheid bij de patiënt en eerdere betrokkenheid in de zorg, waardoor deze actief wordt meegenomen in de klinische besluitvorming. De besluitvorming gebeurt daarnaast niet geïsoleerd, maar met actieve betrokkenheid van patiënt en familie, met als doel maximale autonomie en gedeelde controle in het zorgproces te behouden (Hoffmann, Kshetrapal et al., 2023).

Bij ernstige escalatie wordt de zorg opgeschaald naar een uitgebreid team, waarbij afhankelijk van de klinische situatie vier tot zeven zorgverleners kunnen worden ingezet, bestaande uit artsen, verpleegkundigen, assistenten en security. Parallel hieraan zijn psychiatrische sociale werkers 24 uur per dag beschikbaar voor consultatie en inschatting van het vereiste niveau van psychiatrische zorg (Hoffmann, Kshetrapal et al., 2023). Op systeemniveau wordt deze samenwerking ondersteund door een interdisciplinaire structuur waarin taken, rollen, technologie en organisatie als geïntegreerde componenten worden benaderd. Dit sluit aan bij het Systems Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS)-model, dat stelt dat zorgprocessen ontstaan uit de interactie tussen zorgverleners, taken, tools en technologie, de fysieke en organisatorische omgeving, en dat deze interacties gezamenlijk de patiëntveiligheid en zorgkwaliteit beïnvloeden (Joseph et al., 2025).

Binnen dit kader hebben kinder- en jeugdpsychiaters een superviserende rol en voorzien zij telefonische consultatie. Psychiatrische sociale werkers ontwikkelen geïndividualiseerde de-escalatieplannen en integreren deze in modificeerbare flowsheets die door alle teamleden kunnen worden gebruikt en aangepast. Daarnaast worden ondersteunende middelen zoals child life activity carts structureel geïntegreerd in het zorgpad en wordt directe communicatie met de on-call psychiater gefaciliteerd via het paging-systeem (Hoffmann, Pergjika et al., 2023).

5.5.2 Gestandaardiseerde zorgpaden

Gestandaardiseerde zorgpaden voor de aanpak van acute agitatie in de pediatrie worden beschreven als klinische besliskaders waarin interventies systematisch worden opgebouwd van minst naar meest invasief. Deze gestructureerde aanpak ondersteunt consistente klinische besluitvorming en het gebruik van vooraf bepaalde interventiestappen binnen de acute zorg (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Foster et al., 2024; Saidinejad et al., 2024).

Implementatie van dergelijke zorgpaden wordt geassocieerd met verbeterde zorgkwaliteit, standaardisatie van medicatiebeleid en een reductie in de duur van fysieke fixatie, met een daling van de gemiddelde fixatieduur van 173 naar 71 minuten per episode (Hoffmann, Pergjika, et al., 2023). Daarnaast wordt in de literatuur beschreven dat zorgpaden klinische besluitvorming ondersteunen door het structureren van interventies en medicatiekeuzes via gestandaardiseerde protocollen en order sets (Hoffmann, Pergjika, et al., 2023; Saidinejad et al., 2024).

Stap 1: vroege herkenning, risicobeoordeling en medische evaluatie

Het zorgpad start met vroege detectie van agitatie en inschatting van het risico op escalatie. Hierbij worden gedragsmatige signalen zoals motorische onrust, verbale escalatie en agressief gedrag meegenomen, naast klinische voorgeschiedenis en bekende risicofactoren.

In de literatuur worden volgende risicofactoren voor acute agitatie beschreven: eerdere episodes van agitatie, neurodevelopmentale stoornissen, autismespectrumstoornis, gedragsstoornissen, middelengebruik, trauma en communicatiebarrières (Saidinejad et al., 2024; Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023). Ook klinische contextfactoren zoals blootstelling aan stressoren of onduidelijke medische toestand worden mee in rekening genomen.

Daarnaast wordt steeds een medische evaluatie uitgevoerd om mogelijke somatische oorzaken van agitatie uit te sluiten, zoals pijn, intoxicatie, metabole stoornissen of infectieuze oorzaken, op basis van anamnese en klinisch onderzoek (Saidinejad et al., 2024).

Stap 2: verbale en omgevingsde-escalatie (eerste lijn)

De eerste interventie bestaat steeds uit verbale en omgevingsgerichte de-escalatie. Dit omvat technieken zoals het respecteren van persoonlijke ruimte, het gebruiken van kalme en duidelijke communicatie, actief luisteren, het erkennen van gevoelens, het stellen van duidelijke grenzen en het aanbieden van keuzes (Saidinejad et al., 2024).

Daarnaast worden tien kernprincipes van de-escalatie toegepast, waaronder niet-provocerend gedrag, het identificeren van behoeften, het bieden van alternatieven, duidelijke begrenzing van gedrag en het debriefen van patiënt en zorgteam (Saidinejad et al., 2024).

Omgevingsinterventies bestaan uit het reduceren van prikkels, het creëren van rust en het aanpassen van de setting om verdere escalatie te beperken.

Niet-farmacologische ondersteuning kan hierbij worden ingezet, waaronder spelmateriaal en sensorische hulpmiddelen ter ondersteuning van stressreductie en coping (Hoffmann, Pergjika, et al., 2023).

Stap 3: gepersonaliseerde interventies via het elektronisch patiëntendossier

Bij patiënten met herhaalde of gekende episodes van agitatie worden gepersonaliseerde de-escalatieplannen gebruikt die geïntegreerd zijn in het elektronisch patiëntendossier.

Deze plannen bevatten informatie over patiëntspecifieke triggers, vroegsignalen van escalatie, effectieve de-escalatiestrategieën, communicatievoorkeuren en eerdere succesvolle medicamenteuze interventies (Hoffmann, Pergjika, et al., 2023).

De plannen worden opgesteld op basis van eerdere klinische informatie en blijven beschikbaar over verschillende zorgcontacten heen, zodat continuïteit in de aanpak wordt ondersteund. Daarnaast worden in elektronische workflows signalen geïntegreerd die preventieve interventies activeren wanneer risico's worden gedetecteerd (Hoffmann, Pergjika, et al., 2023).

Stap 4: farmacologische interventie

Wanneer verbale en omgevingsinterventies onvoldoende effect hebben en de agitatie aanhoudt of escaleert, wordt farmacologische behandeling toegepast volgens het principe van “least invasive first”. Orale medicatie heeft hierbij de voorkeur boven intramusculaire toediening wanneer mogelijk (Saidinejad et al., 2024; Hoffmann, Pergjika, et al., 2023).

Het zorgpad bevat gestandaardiseerde medicatiekeuzes afhankelijk van de ernst van de agitatie, waarbij antipsychotica en benzodiazepines worden ingezet volgens vooraf bepaalde doseringsschema's. Deze standaardisatie ondersteunt snelle besluitvorming en vermindert variatie in klinische praktijk (Hoffmann, Pergjika, et al., 2023).

Stap 5: fysieke fixatie als laatste redmiddel

Fysieke fixatie wordt enkel toegepast wanneer alle voorgaande interventies onvoldoende effect hebben en er een onmiddellijke dreiging bestaat voor de veiligheid van patiënt of omgeving. Dit wordt in de literatuur expliciet beschreven als een laatste redmiddel binnen het zorgpad (Saidinejad et al., 2024; Foster et al., 2024).

Continue evaluatie, overdracht en nazorg

Na elke episode van agitatie wordt een gestructureerde evaluatie uitgevoerd met multidisciplinaire debriefing om het verloop te analyseren en toekomstige episodes te voorkomen (Foster et al., 2024). Daarnaast wordt aandacht besteed aan gestructureerde overdracht tussen shiften, aangezien dit moment in de zorg wordt gezien als kwetsbaar voor informatieverlies (Foster et al., 2024).

Organisatorische context van implementatie

De implementatie van zorgpaden wordt ondersteund door procesmapping en driver diagrams die zorgprocessen structureren en barrières identificeren zoals variatie in medicatiegebruik en beperkte ervaring met de-escalatietechnieken (Hoffmann, Pergjika, et al., 2023).

Kwaliteit en veiligheid

Gestandaardiseerde zorgpaden dragen bij aan reductie van variatie in zorg en verhogen de consistentie in de aanpak van acute agitatie. Tegelijk wordt in de literatuur gewezen op ongelijkheid, waarbij zwarte jongeren vaker worden blootgesteld aan farmacologische of fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit wijst op een ethisch aandachtspunt binnen de zorg en benadrukt het belang van bewustzijn rond bias en het implementeren van gestandaardiseerde en rechtvaardige zorgprocessen (Foster et al., 2024; Saidinejad et al., 2024).

5.6 Farmacologische interventies als secundaire strategie

Farmacologische interventies worden beschouwd als een aanvullende strategie wanneer niet-farmacologische maatregelen onvoldoende effect hebben om agitatie veilig te beheersen (Foster et al., 2024; Saidinejad et al., 2024). Het doel van medicamenteuze behandeling is het stabiliseren van de patiënt, eerder dan het induceren van diepe sedatie.

Er is geen eenduidige voorkeursbehandeling voor acute agitatie bij jongeren. In de klinische praktijk worden voornamelijk atypische antipsychotica en benzodiazepinen gebruikt (Saidinejad et al., 2024). Onderzoek toont aan dat er geen significant verschil in effectiviteit bestaat tussen frequent gebruikte middelen zoals olanzapine en diazepam, waarbij ongeveer 60% van de patiënten binnen het eerste uur een adequate sedatie bereikt. Bij ongeveer 40% is dit effect onvoldoende, wat het belang onderstreept van vroege herkenning van persisterende agitatie en het tijdig overwegen van alternatieve of bijkomende medicatie wanneer de veiligheid van patiënt of omgeving in het gedrang komt (Bourke et al., 2025).

De keuze van farmacologische behandeling dient steeds individueel te worden afgestemd op basis van de onderliggende etiologie van de agitatie en patiëntspecifieke factoren zoals leeftijd, gewicht, comorbiditeiten en ontwikkelingsniveau (Saidinejad et al., 2024). Deze etiologie is bepalend voor zowel de keuze van het middel als de dosering. Bij intoxicatie of onthouding worden voornamelijk benzodiazepines aanbevolen, terwijl bij psychotische of manische ontregeling antipsychotica de voorkeur hebben. Bij angst of trauma kunnen benzodiazepines eveneens worden overwogen, terwijl bij delirium eerder antipsychotica worden gebruikt zoals weergegeven in Figuur 2 en 3 (Saidinejad et al., 2024).

Binnen het farmacologisch beleid wordt aanbevolen om, indien mogelijk, eerst orale toediening te verkiezen boven intramusculaire of intraveneuze toediening (Hoffmann, Pergika, et al., 2023; Saidinejad et al., 2024). Indien een initiële dosis onvoldoende effect heeft, wordt bij voorkeur hetzelfde middel herhaald, tenzij bijwerkingen optreden of de maximale dosering is bereikt (Saidinejad et al., 2024). Tegelijkertijd wordt benadrukt dat farmacologische interventies de klinische beoordeling van de patiënt kunnen beïnvloeden, wat het belang onderstreept van een terughoudende en doordachte toepassing (Joseph et al., 2025).

Tijdens de klinische opvolging wordt door verpleegkundigen systematisch het effect van de toegediende medicatie en het optreden van mogelijke nevenwerkingen opgevolgd. Hierbij worden

onder andere het bewustzijnsniveau, de mate van sedatie, respiratoire parameters, bloeddruk en hartfrequentie gemonitord. Daarnaast is er aandacht voor tekenen van cardiale ritmestoornissen, extrapiramidale symptomen zoals rigiditeit of tremor, anticholinerge effecten, evenals ernstige reacties zoals het neuroleptisch maligne syndroom. Ook paradoxale reacties, zoals toegenomen agitatie na toediening van sedativa, worden actief geobserveerd (Foster et al., 2024). Zie figuur 4 voor een overzicht.

Farmacologische interventies worden steeds geïntegreerd binnen een bredere aanpak, waarbij niet-farmacologische strategieën gelijktijdig worden voortgezet (Foster et al., 2024; Saidinejad et al., 2024).

5.7 Vrijheidsbeperkende maatregelen als laatste redmiddel

Fysieke fixatie wordt in de bronnen beschreven als laatste redmiddel, uitsluitend wanneer de veiligheid van patiënt of omgeving in het gedrang komt en andere interventies onvoldoende effect hebben (Joseph et al., 2025; Foster et al., 2024; Hoffmann, Pergjika, et al., 2023; Saidinejad et al., 2024).

Deze maatregel gaat gepaard met belangrijke fysieke en psychologische risico's, waaronder het risico op iatrogene schade ten gevolge van zowel farmacologische interventies als fysieke fixatie. Daarnaast kan acute agitatie op zichzelf leiden tot verhoogde veiligheidsrisico's voor zowel patiënt als omgeving. Psychologische gevolgen omvatten onder meer traumatisering, toename van agitatie en mogelijke verergering van bestaande gedrags- en psychische problemen. Daarom moet deze maatregel zo kort mogelijk toegepast worden, met continue monitoring van de agitatie aan de hand van een gestandaardiseerd agitatie-scoringssysteem en regelmatige herevaluatie (Foster et al., 2024; Saidinejad et al., 2024).

Foster et al. (2024) benadrukken dat een passend niveau van observatie moet worden ingesteld, wat indien nodig kan bestaan uit 1:1 begeleiding of aanwezigheid van beveiliging.

Belangrijk is dat Hoffmann, Pergjika, et al. (2023) aantonen dat systematische interventies, zoals zorgpaden en kwaliteitsverbeteringsinitiatieven, leiden tot een significante reductie in duur en gebruik van fixatie.

Hierbij is regelmatige herevaluatie verplicht, waarbij volgens The Joint Commission de noodzaak tot fixatie elk uur wordt herbeoordeeld bij kinderen jonger dan 9 jaar en elke 2 uur bij jongeren van 9 tot 17 jaar (Saidinejad et al., 2024).

5.8 Post-incident debriefing en evaluatie

Zowel Foster et al. (2024) als Saidinejad et al. (2024) benadrukken het belang van post-incident debriefing na elk agitatie-episode en in het bijzonder na toepassing van fysieke fixatie. In de literatuur kan hierbij een onderscheid worden gemaakt tussen teamgerichte debriefing en patiënt- en familiegerichte debriefing, hoewel deze in de praktijk vaak binnen één geïntegreerd reflectieproces plaatsvinden.

Teamgerichte debriefing richt zich op klinische analyse en kwaliteitsverbetering binnen het zorgteam. Hierbij wordt het incident systematisch geëvalueerd, met aandacht voor het identificeren van mogelijke triggers, het analyseren van het verloop van de escalatie en het beoordelen van de effectiviteit van toegepaste de-escalatietechnieken en medicatie. Op basis van deze inzichten kan het bestaande zorg- en agitatieplan worden aangepast of een individueel preventieplan worden ontwikkeld, met als doel toekomstige escalaties te voorkomen en de veiligheid van patiënt en zorgomgeving te verbeteren. Daarnaast verhoogt dit de effectiviteit van de zorg doordat interventies doelgerichter kunnen worden afgestemd op wat in de praktijk wel of niet werkt.

Daarnaast kan, afhankelijk van de context, ook een patiënt- en familiegerichte debriefing plaatsvinden, waarbij volgens Foster et al. (2024) en Saidinejad et al. (2024) informatie wordt gegeven over het verloop van het incident en samen met de patiënt en familie wordt gereflecteerd op mogelijke uitlokkende factoren. Deze vorm van debriefing sluit aan bij het kwaliteitscriterium patiëntgerichtheid, aangezien de patiënt en familie actief worden betrokken bij informatie-uitwisseling en reflectie, waardoor hun perspectief en noden expliciet worden meegenomen in de evaluatie van de zorg.

Verder benadrukken beide studies dat post-incident debriefing bijdraagt aan de efficiëntie en kwaliteit van zorg, onder meer door het verminderen van herhaalde escalaties en het beperken van het gebruik en de duur van fysieke fixatie. Daarnaast ondersteunt het systematisch evalueren van interventies en het bijsturen van zorgplannen een meer consistente en gestructureerde aanpak binnen het zorgteam. Ook de overdracht van relevante informatie over effectieve en minder effectieve interventies tussen zorgverleners draagt bij aan een vlotte zorgcontinuïteit en verdere optimalisatie van het klinisch handelen.

Naast debriefing is het ook belangrijk om informatie over agitatie-episodes en succesvolle de-escalatiestrategieën systematisch uit te wisselen met collega's en door te geven bij de shiftwissel. Foster et al. (2024) benadrukken hierbij dat deze informatie niet ad hoc mag worden overgedragen, maar dat het gebruik van gestandaardiseerde overdrachtstools moet worden overwogen. Gestandaardiseerde handoff-tools zijn erkende veiligheidsinstrumenten die bijdragen aan een accurate en consistente communicatie tussen zorgverleners die dezelfde patiënt opvolgen, waardoor de patiëntveiligheid wordt verhoogd.

Een belangrijke kwaliteitsmaatregel binnen deze context is het minimaliseren van zowel het aantal toegepaste fixatiemiddelen als de duur van fixatie, aangezien dit zowel de veiligheid als de patiëntgerichtheid van zorg ondersteunt. Foster et al. (2024) geven aan dat het integreren van post-incident debriefing en gestructureerde overdracht een strategie vormt om deze doelstellingen te ondersteunen en de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Als debriefinginstrument kan onder meer de STOP5-tool worden gebruikt na een gedragsincident op de spoedeisende hulp. Voor gestructureerde overdracht kan de IPASS-tool worden toegepast, een gestandaardiseerd overdrachtsinstrument dat initieel ontwikkeld werd voor pediatrie patiënten op de spoedeisende hulp en dat door Foster et al. (2024) wordt voorgesteld als bruikbaar kader voor het systematisch overdragen van klinische informatie.

Hoewel er geen eenduidig aanbevolen standaard overdrachtsmodel bestaat voor deze populatie, wordt er benadrukt dat dergelijke tools kunnen worden getest en aangepast aan de werking van de afdeling. Daarnaast stelt Foster et al. (2024) dat het standaardiseren van de zorg voor kinderen met acute agitatie via zorgpaden, medicatiedoseringstabellen of elektronische patiëntendossiers kan bijdragen aan het ondersteunen van niet-dwingende interventies als eerstelijnsaanpak en het tijdig toedienen van medicatie bij persisterende agitatie.

5.9 Educatie en training van zorgverleners

Educatie en training van zorgverleners vormen een essentiële randvoorwaarde voor kwalitatieve agitatiezorg bij kinderen en jongeren op de spoedgevallendienst. Een gebrek aan kennis en vaardigheden in de-escalatie wordt geassocieerd met een verhoogd risico op escalatie en het gebruik van farmacologische of fysieke vrijheidsbeperkende interventies (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Hoffmann, Pergjika, et al., 2023; Saidinejad et al., 2024).

Gerichte opleidingen, zoals simulatietrainingen, crisisinterventie en praktijkgericht leren, ondersteunen zorgverleners in het toepassen van verbale de-escalatietechnieken en patiëntgerichte communicatie (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Joseph et al., 2025; Saidinejad et al., 2024). Daarnaast dragen feedbackmomenten na reële casussen bij aan reflectie en het verbeteren van klinisch handelen (Joseph et al., 2025; Foster et al., 2024; Saidinejad et al., 2024).

In de literatuur wordt bovendien het belang van een Behavioral Response Team (BRT) benadrukt als organisatorische ondersteuning bij acute agitatie-episodes. Dit team betreft een gestructureerde en gestandaardiseerde respons waarbij personeel dat getraind is in de-escalatietechnieken, samen met beveiligingspersoneel, snel aan het bed van de patiënt wordt ingezet om acute escalaties te managen en de nood aan vrijheidsbeperkende maatregelen te verminderen (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Hoffmann, Pergjika, et al., 2023). Deze aanpak wordt geassocieerd met een verhoogd vertrouwen bij zorgverleners en een daling in het gebruik van fysieke fixatie.

Het betrekken van alle betrokken disciplines, inclusief ondersteunend personeel, is hierbij belangrijk om een uniforme en veilige aanpak te garanderen (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Joseph et al., 2025). Investeren in educatie, in combinatie met duidelijke protocollen en zorgpaden, draagt bij aan verhoogde patiënt- en personeelsveiligheid en een verminderd gebruik van invasieve interventies (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Hoffmann, Pergjika, et al., 2023; Saidinejad et al., 2024).

5.10 Organisatorische en structurele randvoorwaarden

De effectiviteit van agitatiezorg wordt sterk beïnvloed door organisatorische factoren. Tekorten aan training, kennis en personeel verhogen het risico op escalatie en het gebruik van invasieve interventies (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Hoffmann, Pergjika, et al., 2023; Saidinejad et al., 2024).

Daartegenover tonen meerdere bronnen aan dat gerichte training in de-escalatietechnieken, simulatie-onderwijs, duidelijke protocollen en gespecialiseerde teams bijdragen aan betere patiënt- en personeelsveiligheid (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Joseph et al., 2025; Hoffmann, Pergjika, et al.,

2023; Saidinejad et al., 2024). Ook gestructureerde communicatie en overdrachten zijn essentieel om continuïteit van zorg te waarborgen, onder meer via de IPASS-overdrachtsstructuur en de STOP5-debriefingtool (Hoffmann, Kshetrapal, et al., 2023; Hoffmann, Pergjika, et al., 2023; Saidinejad et al., 2024).

Ook organisatorische veiligheidsmaatregelen, zoals het gebruik van draagbare alarmsystemen voor personeel, worden in de literatuur beschreven als ondersteunend voor een verhoogd veiligheidsgevoel en een snellere respons bij escalaties (Joseph et al., 2025). Daarnaast worden geïntegreerde communicatiesystemen zoals Vocera en Strongline vermeld, waarbij vooral Strongline wordt gewaardeerd om zijn locatiebepaling en identificatie van personeel tijdens veiligheidsincidenten. Tegelijkertijd worden in de praktijk verschillende beperkingen gerapporteerd, waaronder technische storingen, softwareproblemen, valse alarmen, beperkte dekking en situaties waarbij alarmen niet bereikbaar zijn. Ook het gebruik van tussenpersonen voor het activeren van beveiligingsinterventies wordt als tijdsintensief en inefficiënt ervaren, wat kan leiden tot vertragingen in respons en onzekerheid over de werking van het systeem. Deze beperkingen benadrukken het belang van duidelijke responsprocedures en een optimale integratie van alarmsystemen in de klinische workflow om een vals gevoel van veiligheid te vermijden en de effectiviteit van interventies te ondersteunen.

Samenvattend resulteert dit in een zorgaanpak waarin veiligheid, patiëntgerichtheid en efficiëntie consequent richting geven aan klinische besluitvorming bij acute agitatie.

6 Conclusie

De literatuur toont aan dat de zorg voor kinderen en jongeren (<18 jaar) met een psychiatrische achtergrond die agitatie vertonen op de spoedgevallendienst het meest veilig en effectief verloopt binnen een geïntegreerde, gefaseerde en patiëntgerichte aanpak, ingebed in een multidisciplinair kader waarin de verpleegkundige een coördinerende en leidende professionele rol vervult.

Deze benadering vertrekt vanuit vroege detectie van risicofactoren, gevolgd door omgevingsinterventies, verbale de-escalatie en familieparticipatie als eerstelijnsstrategieën binnen gestandaardiseerde zorgpaden. Indien deze interventies onvoldoende effect hebben, wordt de zorg stapsgewijs opgeschaald naar farmacologische behandeling en, indien noodzakelijk, vrijheidsbeperkende maatregelen, die uitsluitend als laatste redmiddel worden ingezet. Deze gefaseerde opbouw ondersteunt veiligheid en patiëntgerichtheid.

Daarnaast kunnen gestandaardiseerde zorgprocessen bijdragen aan meer gelijkheid in zorg, doordat variabiliteit in klinische praktijk en besluitvorming wordt beperkt. Tegelijkertijd blijft de beschikbare evidentie voornamelijk gebaseerd op observationele en implementatiestudies, waardoor aanbevelingen contextafhankelijk en richtinggevend blijven, met nood aan kritische klinische toepassing binnen specifieke zorgsettings.

De effectiviteit van deze aanpak is eveneens afhankelijk van randvoorwaarden zoals opleiding van zorgverleners, organisatorische ondersteuning, elektronische zorgpaden en post-incident debriefing. Deze elementen ondersteunen het analyseren van agitatie-episodes, het bijsturen van zorgprocessen en het versterken van individuele zorgplannen, met als bijkomend effect een reductie in herhaalde escalaties en een meer consistente zorgverlening. Daarnaast vraagt de literatuur aandacht voor ethische dimensies, waaronder ongelijkheid in zorg en de impact van bias op klinische besluitvorming.

Samenvattend ondersteunt de literatuur een gestructureerde, preventieve en patiëntgerichte benadering van agitatiezorg bij kinderen en jongeren, waarin multidisciplinaire samenwerking en verpleegkundige coördinatie centraal staan en waarbij veiligheid, patiëntgerichtheid en efficiëntie gezamenlijk worden geoptimaliseerd binnen de acute zorgcontext.

7 Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen uit de literatuurstudie kunnen praktijkgerichte aanbevelingen worden geformuleerd voor het verpleegkundig handelen op de spoedgevallendienst. Deze aanbevelingen hebben als doel verpleegkundigen concrete handvatten aan te reiken om de zorg meer patiëntgericht af te stemmen op de noden van kinderen en jongeren (<18 jaar) met een psychiatrische achtergrond die agitatie vertonen.

7.1 Vroege detectie van risico's en preventieve benadering

In de huidige praktijk wordt agitatie niet systematisch gescreend. Zowel gestandaardiseerde bevraging van risicofactoren als een gestructureerd scoringssysteem ontbreken. Hierdoor blijft de zorg voornamelijk reactief georganiseerd, met een verhoogd risico op escalatie en minder afgestemde patiëntenzorg als gevolg.

Op basis van de literatuur wordt aanbevolen om reeds tijdens de triage systematisch te screenen op risico op agitatie via gestandaardiseerde screeningvragen en een scoringssysteem, zoals de Modified Overt Aggression Scale (MOAS). Hierbij dienen risicofactoren zoals eerdere agitatie-episodes, psychiatrische stoornissen, trauma, neurodivergentie en mogelijke somatische oorzaken, zoals pijn of intoxicatie, systematisch in kaart gebracht te worden. Ook triggers en voorgeschiedenis dienen bevraagd te worden, bij voorkeur in samenwerking met ouders of zorgfiguren. Tijdens de triage kunnen hierbij gerichte screeningsvragen gebruikt worden, zoals: "Heeft uw kind een voorgeschiedenis van agitatie?", "Bent u bezorgd dat uw kind vandaag geagiteerd kan raken?" en "Heeft uw kind specifieke noden?".

Verder wordt aanbevolen om gepersonaliseerde agitatieplannen te integreren in het elektronisch patiëntendossier, met aandacht voor individuele triggers, vroegsignalen en effectieve de-escalatiestrategieën.

Deze aanpak ondersteunt vroegtijdige detectie van agitatie, bevordert patiëntgerichte zorg en draagt bij aan een uniforme communicatie binnen het zorgteam die efficiëntie creëert.

7.2 Omgevingsoptimalisatie als primaire preventiestrategie

De huidige infrastructuur van de spoedgevallendienst is onvoldoende afgestemd op kinderen en jongeren met agitatie. Ondanks enkele kindvriendelijke elementen bevatten de pediatrie- en gespreksruimtes verschillende prikkelende of potentieel onveilige omgevingsfactoren, waaronder zichtbare medische apparatuur zoals infuusstaanders, monitors, stopcontacten, kraanhendels, weegschalen en harde oppervlakken. De isolatiebox is veiliger ingericht, maar blijft sober.

Daarnaast is het aanbod aan afleidings- en regulatiemateriaal momenteel beperkt en niet uniform beschikbaar over de verschillende zorgruimtes. Het aanwezige materiaal bestaat voornamelijk uit

kleuterboeken en beperkte creatieve materialen, terwijl leeftijdsadequate afleiding voor oudere kinderen onvoldoende beschikbaar is. Ook televisiegebruik is niet structureel geïntegreerd in de werking van de dienst en blijft afhankelijk van de zorgverlener.

De zorgomgeving dient geoptimaliseerd te worden in functie van patiëntveiligheid.

Concreet wordt aanbevolen om fysieke medische prikkels te beperken of af te schermen. Het aanbod aan afleidings- en regulatiemateriaal zou uitgebreid en toegepast kunnen worden binnen alle zorgruimtes. Hierbij kan worden gedacht aan leeftijdsadequaat materiaal zoals boeken (cognitieve afleiding), kleurboeken en tekenactiviteiten (creatieve activiteiten), en somatosensorische hulpmiddelen of comfortobjecten van thuis (sensorische ondersteuning).

Daarnaast kan de mogelijkheid tot televisiegebruik geïntegreerd worden in de werking van de dienst, zodat deze interventie ook tijd en personeel besparend is.

Losstaande elementen zoals medische apparatuur zouden best verwijderd worden met aandacht voor potentiële risico's op zelfverwonding

Binnen de geplande nieuwbouw van de spoedgevallendienst wordt een time-out room voorzien. Idealiter worden harde vloeren en muren hier vermeden en fungeert dit als prikkelarme en veilige ruimte. Daarnaast dient de ruimte vrij te zijn van overbodige sensorische prikkels en visuele drukte.

Deze time-out room dient geïntegreerd te worden in het klinisch zorgpad als een actieve de-escalatie- en regulatieomgeving, eventueel aangevuld met afleidingsmateriaal.

Tot slot dient de zorgflow beter afgestemd te worden door wachttijden en verplaatsingen te beperken en patiënten zo snel mogelijk op te vangen in een rustige en veilige ruimte. Indien mogelijk kunnen deze patiënten plaatsnemen in de minst drukke wachtruimte om bijkomende prikkels te reduceren.

Dit ondersteunt zowel de patiëntgerichtheid, doordat de zorg beter wordt afgestemd op de individuele noden van het kind, als de gelijkheid in zorgverlening, doordat minder variatie ontstaat in hoe patiënten worden opgevangen afhankelijk van contextuele factoren. Effectiviteit en efficiëntie worden ondersteund door betere inzet van afleiding en een geïntegreerde time-out ruimte die escalatie voorkomt en het zorgproces ondersteunt. Ook tijdigheid wordt bevorderd door snellere opvang in een geschikte prikkelarme ruimte en het beperken van verplaatsingen.

7.3 Communicatie en verbale de-escalatie als eerste interventie

Verbale de-escalatie is een essentiële eerste stap binnen de aanpak van agitatie en voorafgaand aan farmacologische of fysieke interventies. Deze benadering omvat actief luisteren, empathisch reageren, duidelijke communicatie en het stellen van grenzen.

Verpleegkundigen geven aan over onvoldoende kennis en vaardigheden te beschikken om deze communicatiestrategieën toe te passen. Sommige ervaren onzekerheid en frustratie in de omgang met kinderen en jongeren met psychiatrische agitatie.

Er wordt aanbevolen om actief te luisteren naar het kind en expliciet ruimte te bieden om gevoelens en noden te uiten, waarbij deze ook concreet worden bevraagd. Provocerend en confronterend taalgebruik moet vermeden worden, waarbij de voorkeur uitgaat naar een rustige houding.

Grenzen en verwachtingen moeten expliciet benoemd worden, in combinatie met een empathische houding. Daarnaast zorgt expliciteren van toekomstige handelingen voor voorspelbaarheid en het aanbieden van eenvoudige keuzemogelijkheid voor autonomie. Als verpleegkundige kan je op die manier bijdragen aan zelfregulatie en het kind hierin begeleiden.

Deze aanbevelingen dragen bij aan patiëntgerichtheid, doordat communicatie wordt afgestemd op de noden en beleving van het kind en aan effectiviteit, aangezien verbale interventies escalatie kunnen voorkomen en de nood aan extremere maatregelen verminderen. Daarnaast versterken ze de veiligheid door het risico op agressie te verlagen.

7.4 Familieparticipatie en contextuele zorg

Familieparticipatie vormt een essentiële component binnen de zorg voor kinderen en jongeren met psychiatrische agitatie. Ouders en zorgfiguren leveren cruciale informatie en hun aanwezigheid heeft vaak een kalmerend effect op de patiënt.

Binnen de huidige praktijkcontext is familieparticipatie deels geïntegreerd. Ouders of begeleiders mogen aanwezig zijn tijdens de opvang, onderzoeken en verpleegkundige handelingen en worden soms betrokken bij afleiding. Deze betrokkenheid gebeurt echter voornamelijk ad hoc en niet doelgericht.

Tijdens het triagemoment stelt de verpleegkundige screeningsvragen aan de ouders en zorgfiguren. Hierbij worden belastende en rustgevendende omgevingsfactoren, triggers, eerdere agitatie-episodes en effectieve de-escalatiestrategieën besproken. Deze verzamelde informatie dient elektronisch vastgelegd te worden in het zorgplan.

Deze gegevensverzameling moet continu aangevuld worden bij het verkrijgen van nieuwe informatie of observaties en wordt doorgegeven tijdens de briefing in samenspraak met de zorgfiguren en ouders. Dit kan doormiddel van een communicatiewhiteboard of een schriftje in de patiëntenkamer, waarbij de ouders relevante informatie kunnen doorgeven.

Daarnaast wordt aangeraden om vertrouwde elementen, zoals persoonlijke voorwerpen, voeding of afleidingsmateriaal in te zetten als de-escalatie. Ook het verderzetten van dagelijkse routines, zoals schoolwerk kunnen structuur creëren. Deze taak kan toegewezen worden aan de ouders of zorgfiguren. Echter moet hun aanwezigheid afgestemd worden met de toestand van het kind. Indien interactie bijdraagt aan escalatie mag de fysieke aanwezigheid tijdelijk beperkt worden en kunnen ze verblijven in een aparte ouderruimte.

Deze aanbevelingen dragen bij aan patiëntgerichte zorg door afstemming op de noden van zowel ouder als kind. Ouderlijke participatie bevordert tevens de effectiviteit, doordat preventief informatie kan worden verzameld en ouders een actieve rol kunnen opnemen, wat het veiligheidsgevoel van het kind

versterkt. Daarnaast wordt gelijkheid gewaarborgd door deze aanpak consequent toe te passen bij alle ouders en zorgfiguren.

7.5 Gestandaardiseerde zorgpaden en multidisciplinaire samenwerking

Binnen de huidige werking van de spoedgevallendienst ontbreekt een gestandaardiseerd zorgpad voor de aanpak van psychiatrische agitatie bij kinderen en jongeren, waardoor de zorg voornamelijk ad hoc verloopt en sterk afhankelijk is van individuele inschattingen van zorgverleners. Op basis van de literatuur wordt aanbevolen om een gefaseerd en multidisciplinair zorgpad te implementeren, waarin rollen, timing en interventies duidelijk zijn gedefinieerd.

Het zorgpad start bij de triageverpleegkundige, die op basis van gedragsobservatie en klinische voorgeschiedenis een eerste beoordeling maakt aan de hand van de risicofactoren. Bij aanwezigheid hiervan wordt de patiënt gelabeld als “risico op agitatie” in het elektronisch patiëntendossier en worden ouders of zorgfiguren betrokken.

Na triage volgt opvang in een geschikte ruimte met continue observatie door de spoedverpleegkundige, terwijl de spoedarts somatische oorzaken van agitatie uitsluit. Bij (dreigende) escalatie worden eerst niet-farmacologische interventies ingezet, met nadruk op verbale de-escalatie.

Indien onvoldoende effect optreedt, wordt opgeschaald naar een multidisciplinair team met onder andere artsen, verpleegkundigen en security via een gestandaardiseerd oproepsysteem. Parallel wordt de kinder- en jeugdpsychiatrie gecontacteerd, terwijl de psychiatrisch sociaal werker wordt ingeschakeld voor inschatting en ondersteuning van het verdere zorgtraject.

Zo nodig beslist de spoedarts over het opstarten van farmacologische behandeling waarbij orale medicatie de voorkeur krijgt. De spoedverpleegkundige volgt het effect en nevenwerkingen op, zoals sedatiegraad, vitale parameters en neurologische of cardiale bijwerkingen.

Fysieke fixatie wordt uitsluitend toegepast als laatste redmiddel en enkel wanneer er een onmiddellijke en ernstige veiligheidsdreiging bestaat voor patiënt of omgeving en alle voorgaande stappen onvoldoende effect hebben gehad. Deze interventie gebeurt steeds in teamverband, met continue monitoring door de verpleegkundige en regelmatige herevaluatie door de arts.

Fysieke fixatie wordt uitsluitend als laatste redmiddel toegepast bij acute veiligheidsdreiging en gebeurt steeds in teamverband met continue herbeoordeling door de arts en verpleegkundige. Na elke episode volgt een multidisciplinaire debriefing, waarbij het verloop en de effectiviteit van interventies worden geëvalueerd en geregistreerd in het elektronisch zorgpad om toekomstige zorg te ondersteunen.

Deze aanpak verduidelijkt de rolverdeling en bevordert een consistente, veilige en gestructureerde zorgorganisatie, afgestemd op de noden van het kind en diens omgeving, in lijn met patiëntgerichtheid, effectiviteit, veiligheid en gelijkheid.

7.6 Farmacologische interventies als secundaire strategie

Binnen de spoedgevallendienst wordt aanbevolen om farmacologische interventies te implementeren in het zorgpad als secundaire strategie die enkel wordt toegepast wanneer niet-farmacologische interventies onvoldoende effect hebben om agitatie veilig te beheersen.

Momenteel is er geen gestandaardiseerd medicatiebeleid aanwezig en beslissingen artsen ad hoc welke interventie noodzakelijk is. Het ontwikkelen van een uniform farmacologisch kader is dan ook essentieel. Concreet worden voorafgaand medicatiekeuzes en doseringsschema's vastgelegd, afgestemd op de onderliggende oorzaak van agitatie en patiëntspecifieke kenmerken. Deze informatie kan worden gebundeld in overzichtelijke protocollen die toegankelijk zijn voor alle zorgverleners, bijvoorbeeld via het elektronisch patiëntendossier (zie Figuur 2, Figuur 3 en Figuur 4).

De arts start met het bepalen van de vermoedelijke etiologie van de agitatie op basis van anamnese en klinische inschatting. Vervolgens wordt het medicamenteus beleid hierop afgestemd.

Na toediening van medicatie heeft de verpleegkundige een systematische rol in de opvolging. Zij kunnen het effect van de medicatie continu monitoren aan de hand van observeerbare parameters, waaronder het bewustzijnsniveau, de mate van sedatie, ademhaling, bloeddruk en hartfrequentie. Daarnaast worden mogelijke nevenwerkingen actief geobserveerd en gerapporteerd in het elektronisch patiëntendossier.

Deze farmacologische interventies moeten steeds gecombineerd worden met niet-farmacologische strategieën.

Deze aanpak bevordert zowel de veiligheid, effectiviteit en gelijkheid van de zorg.

7.7 Vrijheidsbeperkende maatregelen als laatste redmiddel

Vrijheidsbeperkende maatregelen mogen enkel als laatste redmiddel worden ingezet, wanneer de veiligheid van de patiënt of omgeving in het gedrang komt en minder ingrijpende interventies onvoldoende effect hebben. Een zorgplan met stapsgewijs opbouwende interventies van minst naar meest ingrijpend vormt hierbij een geschikte leidraad.

De time-outruimte binnen de nieuwbouw fungeert als tussenoplossing bij beginnende agitatie of verhoogd risico, nog voor acuut gevaar ontstaat. Deze kan gecombineerd worden met verhoogde observatie, nabijheid van een zorgverlener en eventueel tijdelijke 1:1 begeleiding, al dan niet met betrokkenheid van ouders of zorgpartners.

Vrijheidsbeperkende maatregelen moeten zo kort mogelijk worden toegepast, met continue monitoring van agitatie via een gestandaardiseerd scoringssysteem zoals de MOAS en regelmatige herevaluatie. Binnen de afdeling is reeds een controleformulier beschikbaar, maar het gebruik verloopt niet altijd consequent. Het systematisch gebruik hiervan, in combinatie met vaste observatie- en

evaluatiemomenten op vaste tijdstippen, kan de zorgkwaliteit bevorderen. Elk uur bij kinderen jonger dan 9 jaar en elke 2 uur bij jongeren van 9 tot 17 jaar.

Bij alle vrijheidsbeperkende maatregelen wordt aangeraden een multidisciplinaire debriefing te voorzien.

Het is belangrijk vrijheidsbeperkende maatregelen op een gelijkwaardige manier toe te passen om gelijkheid binnen de klinische praktijk te waarborgen.

7.8 Post-incident debriefing en evaluatie

Binnen de bestaande werking van de spoedgevallendienst wordt post-incident debriefing niet systematisch toegepast.

Na elk incident is een teamdebriefing met de betrokken zorgverleners aangewezen. Hierbij wordt aandacht besteed aan triggers, het verloop van de escalatie en de effectiviteit van de toegepaste interventies en medicatie, alsook aan de duur van de vrijheidsbeperkende maatregel. Betrokkenheid van patiënt en familie kan hierbij een meerwaarde bieden door het incident te bespreken en uitlokkende factoren in kaart te brengen. Deze informatie kan vervolgens worden opgenomen in het elektronisch zorgplan, geëvalueerd aan de hand van de STOP5-tool en toegelicht tijdens de shiftwissel via het IPASS-model.

Deze aanpak sluit aan bij de kwaliteitscriteria veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid en tijdigheid, door de focus op het beperken van risico's, het evalueren en bijsturen van interventies, de betrokkenheid van patiënt en familie en de systematische en tijdige opvolging na incidenten.

7.9 Educatie en training van zorgverleners

Binnen de spoedgevallendienst wordt educatie rond agitatiezorg momenteel niet systematisch georganiseerd. Trainingen kunnen geïntegreerd worden in bestaande opleidingsmomenten, zoals bijscholingen, teamvergaderingen en shiftoverdrachten. Deze educatie kan worden ingevuld via simulatie- en crisisinterventietrainingen en praktijkgerichte oefensessies rond verbale de-escalatie en patiëntgerichte communicatie, aan de hand van casussen en reflectie. Na elk agitatie-incident kan worden gereflecteerd op het eigen handelen en kunnen teamgerichte feedbackmomenten plaatsvinden, aansluitend bij het debriefingsmoment. Tot slot wordt aanbevolen om educatie en training te koppelen aan bestaande zorgpaden en protocollen, zodat zorgverleners niet enkel weten wat ze moeten doen, maar ook wanneer en hoe binnen een gestructureerd kader.

Een Behavioral Response Team kan worden geïntroduceerd, bestaande uit getrainde professionals die bij escalaties worden opgeroepen. Idealiter zijn alle disciplines hierin opgeleid; indien dit niet haalbaar is, zijn er per shift twee getrainde zorgverleners aanwezig, één binnen de spoedgevallendienst en één in de prehospital setting. Op die manier is in beide contexten een aanspreekpunt beschikbaar dat als BRT kan fungeren en ondersteuning kan bieden bij escalaties. Het is hierbij essentieel dat alle betrokken

disciplines, inclusief verpleegkundigen, artsen en ondersteunend personeel, worden meegenomen in deze opleidingen. Op die manier wordt een uniforme aanpak binnen het team gegarandeerd en wordt vermeden dat verschillende zorgverleners op uiteenlopende manieren reageren op agitatie.

De voorgestelde aanpak bevordert veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid en continuïteit van zorg door een gestructureerde en uniforme benadering van agitatiezorg, het versterken van competenties en het ondersteunen van consistente samenwerking bij escalaties.

7.10 Organisatorisch en structurele randvoorwaarden

Binnen de spoedgevallendienst is de aanpak van psychiatrische agitatie sterk afhankelijk van individuele kennis, ervaring en ad-hoc beslissingen. Door het ontbreken van een uniforme structurele inbedding van zorgpaden, opleiding en communicatiestructuren is er variatie in de zorgverlening. Op basis van de literatuur wordt aanbevolen om de zorg rond acute agitatie bij kinderen met psychiatrisch achtergrond structureel te verankeren binnen de dienst om een consistente en veilige aanpak te waarborgen.

De aanbevelingen werden via e-mail teruggekoppeld naar de spoedgevallendienst en de kinderpsychiatrische afdeling om de haalbaarheid en implementeerbaarheid binnen de praktijk af te toetsen.

8 Literatuurlijst

Bourke, E. M., Kochar, A., Shellshear, D., Borland, M. L., Jani, S., George, S., Tham, D., Gordon, M., Klein, K., Wilson, C. L., Prakash, C., Phillips, N., Nieva, G., Selman, C. J., Lee, K. J., Davidson, A., Knott, J. C., Craig, S. S., & Babl, F. E. (2025b). PEACHY-O: Pharmacological Emergency Management of Agitation in Children and Young People: A Randomized Controlled Trial of Oral Medication. *Annals Of Emergency Medicine*, 86(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2025.01.007>

Brocade Desktop: irua. (z.d.). <https://repository.uantwerpen.be/desktop/irua>

Chou, H., & Tseng, K. (2020). The Experience of Emergency Nurses Caring for Patients with Mental Illness: A Qualitative Study. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(22), 8540. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228540>

Cuffe, S. P., McKeown, R. E., Addy, C. L., & Garrison, C. Z. (2005). Family and Psychosocial Risk Factors in a Longitudinal Epidemiological Study of Adolescents. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(2), 121-129. <https://doi.org/10.1097/00004583-200502000-00004>

Dorfman, D. H., & Mehta, S. D. (2006). Restraint Use for Psychiatric Patients in the Pediatric Emergency Department. *Pediatric Emergency Care*, 22(1), 7-12. <https://doi.org/10.1097/01.pec.0000195758.12447.69>

Ezquerria, B., Peñuelas-Calvo, I., Marti-Estevéz, I., Taracena-Cuerda, M., Baca-García, E., & Porras-Segovia, A. (2024). Emergency psychiatric care for children and adolescents: factors associated with multiple visits and hospital admissions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 34(6), 1883-1893. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02594-5>

Foster, A. A., Saidinejad, M., & Li, J. (2024b). Approach to acute agitation in the pediatric emergency department. *Current Opinion in Pediatrics*, 36(3), 245-250. <https://doi.org/10.1097/mop.0000000000001337>

HealthyBelgium. (2025, 23 januari). *Blikvanger: Geestelijke gezondheidszorg*. Naar een Gezond België. <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/geestelijke-gezondheidszorg/download-hier-het-volledige-rapport-in-pdf>

- Hoffmann, J. A., Kshetrapal, A., Pergjika, A., Foster, A. A., Wnorowska, J. H., & Johnson, J. K. (2023b). A Qualitative Assessment of Barriers and Proposed Interventions to Improve Acute Agitation Management for Children With Mental and Behavioral Health Conditions in the Emergency Department. *Journal Of The Academy Of Consultation-Liaison Psychiatry*, 65(2), 167-177. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2023.12.001>
- Hoffmann, J. A., Pergjika, A., Liu, L., Janssen, A. C., Walkup, J. T., Johnson, J. K., Alpern, E. R., & Corboy, J. B. (2023b). Standardizing and Improving Care for Pediatric Agitation Management in the Emergency Department. *PEDIATRICS*, 152(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2022-059586>
- Janssens, A., Hayen, S., Walraven, V., Leys, M., & Deboutte, D. (2013). Emergency Psychiatric Care for Children and Adolescents. *Pediatric Emergency Care*, 29(9), 1041-1050. <https://doi.org/10.1097/pec.0b013e3182a393e7>
- Joseph, A., Mihandoust, S., Ardekani, M. S., Dietrich, A., Narasimhan, M., & Group, R. S. (2025b). Evaluating Safety Concerns for Pediatric Mental and Behavioral Health Patients and Providers in the Emergency Department: A Systems Perspective. *Journal Of Patient Safety*, 21(7Supp), S29-S35. <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000001357>
- Marchini, S., Tedik, B., Bennis, C., & Delvenne, V. (2023). The impact of COVID-19 on the Child and Adolescent Psychiatric Emergency Departments of the paediatric university hospital in Brussels. *PubMed Central*. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.1219>
- Navas, C., Wells, L., Bartels, S. A., & Walker, M. (2022). Patient and Provider Perspectives on Emergency Department Care Experiences among People with Mental Health Concerns. *Healthcare*, 10(7), 1297. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071297>
- Overhage, L. N., Cook, B. L., Rosenthal, M. B., McDowell, A., & Benson, N. M. (2024). Disparities in Psychiatric Emergency Department Boarding of Children and Adolescents. *JAMA Pediatrics*, 178(9), 923. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.1991>
- Pauldine, B. (2024, 27 augustus). *Acute care*. ECRI And ISMP. <https://home.ecri.org/blogs/ecri-news/pediatric-mental-health-crisis-is-top-patient-safety-threat>

- Rolison, M. J., Adu, M., Faustino, I. V., Kumar, A., Huang, S., Powers, E., Shabanova, V., Wong, A. H., Hoffman, P., & Tiyyagura, G. (2025). Structural and Clinical Factors Associated with Physical Restraint Use in a Pediatric Emergency Department. *Journal Of The American College Of Emergency Physicians Open*, 7(1), 100277.
<https://doi.org/10.1016/j.acepjo.2025.100277>
- Saidinejad, M., Foster, A. A., Santillanes, G., Li, J., Wallin, D., Barata, I. A., Joseph, M., Rose, E., Cheng, T., Waseem, M., Berg, K., Hooley, G., Ruttan, T., Shahid, S., Lam, S. H., Amanullah, S., Lin, S., Heniff, M. S., Brown, K., & Gausche-Hill, M. (2024b). Strategies for optimal management of pediatric acute agitation in emergency settings. *Journal Of The American College Of Emergency Physicians Open*, 5(4), e13255.
<https://doi.org/10.1002/emp2.13255>
- Scribbr. (2023, 27 juli). *Gratis Bronnengenerator | Genereer je literatuurlijst | Scribbr*.
<https://www.scribbr.nl/bronvermelding>
- Toida, C., & Morimura, N. (2022). An Analysis of Stress Concerning Pediatric Emergency Care Nurses. *Cureus*, 14(1), e21299. <https://doi.org/10.7759/cureus.21299>
- Uitbouw van dringende psychiatrische hulp voor minderjarigen nodig*. (2010, 23 september).
<https://kce.fgov.be/nl/over-ons/persberichten/uitbouw-van-dringende-psychiatrische-hulp-voor-minderjarigen-nodig>
- Valtuille, Z., Trebossen, V., Ouldali, N., Bourmaud, A., Gandré, C., Aupiais, C., Katsahian, S., Delorme, R., Peyre, H., & Kaguelidou, F. (2024). Pediatric Hospitalizations and Emergency Department Visits Related to Mental Health Conditions and Self-Harm. *JAMA Network Open*, 7(10), e2441874.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.41874>

9.1 Literatuurselectie

Beoordeling van de wetenschappelijke bron	
Bronvermelding APA	Hoffmann, J. A., Kshetrapal, A., Pergjika, A., Foster, A. A., Wnorowska, J. H., & Johnson, J. K. (2023). A Qualitative Assessment of Barriers and Proposed Interventions to Improve Acute Agitation Management for Children With Mental and Behavioral Health Conditions in the Emergency Department. <i>Journal Of The Academy Of Consultation-Liaison Psychiatry</i> , 65(2), 167–177. https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2023.12.001
Wat is de onderzoeksvraag of doelstelling van de bron?	Het doel van deze studie is het in kaart brengen van de ervaringen van patiënten, ouders en zorgverleners met betrekking tot kinderen en jongeren met psychiatrische problematiek die agitatie vertonen op de spoedgevallendienst. Daarnaast beoogt de studie het identificeren van bestaande barrières en systeemgebonden knelpunten die het verlenen van kwalitatieve zorg voor deze populatie bemoeilijken. Verder richt de studie zich op het beschrijven van mogelijke interventies en strategieën die bijdragen aan het optimaliseren van de zorg voor deze doelgroep, met als doel de kwaliteit, veiligheid en patiëntgerichtheid van de zorg te verbeteren.

Is deze bron relevant voor jouw gekozen onderzoeksvraag?	Deze bron is relevant, aangezien zij concrete interventies beschrijft ter verbetering van de zorg voor het doelpubliek van deze bachelorproef, zoals scholing van zorgverleners, aanpassingen in de zorgomgeving, de inzet van gespecialiseerde teams, het gebruik van individuele zorgplannen en gestandaardiseerde observatie- en agitatieschalen. Daarnaast biedt de bron waardevolle inzichten in de ervaren barrières en moeilijkheden vanuit het perspectief van alle betrokkenen. Het identificeren van deze knelpunten maakt het mogelijk om gerichte verbetermaatregelen te formuleren, met als doel escalatie te voorkomen en bij te dragen aan een veiligere en meer patiëntgerichte zorgomgeving.
Is deze bron actueel?	Ja, 2024. Dit is recent en gebaseerd op actuele inzichten binnen pediatrische spoedzorg en psychiatrische crisiszorg.
Is de kwaliteit van deze bron beoordeeld door een gekwalificeerde organisatie?	Dit artikel is gepubliceerd in het peer-reviewed tijdschrift Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry, wat impliceert dat het voorafgaand aan publicatie werd onderworpen aan een kritische evaluatie door onafhankelijke experts binnen het relevante vakgebied. Het tijdschrift wordt uitgegeven door Elsevier, een internationaal gerenommeerde wetenschappelijke uitgever. Bovendien is het tijdschrift geïndexeerd in toonaangevende databanken zoals Scopus, Web of Science en MEDLINE, hetgeen impliceert dat het voldoet aan strikte selectie- en kwaliteitscriteria. Daarnaast beschikt het tijdschrift over een impact factor, wat wijst op de mate waarin de gepubliceerde artikels worden geciteerd binnen het wetenschappelijke veld en aldus een indicatie vormt van de academische relevantie. Op basis van deze kenmerken kan geconcludeerd worden dat de bron voldoet aan de gangbare normen van wetenschappelijke kwaliteit en betrouwbaarheid.

Wie zijn de auteurs, ontwikkelaars, financiers/sponsors?	De auteurs vormen een multidisciplinair team van medisch en academisch geschoolde professionals met expertise binnen relevante domeinen, waaronder kindergeneeskunde, spoedeisende geneeskunde, psychiatrie, gedragswetenschappen en interventiewetenschappen. Het merendeel van de auteurs bekleedt een academische functie (zoals assistent professor), wat wijst op ruime ervaring in wetenschappelijk onderzoek en academisch schrijven. Daarnaast zijn de auteurs verbonden aan verschillende instellingen en regio's, wat bijdraagt aan een bredere en meer diverse invalshoek binnen de studie. De betrokkenheid van een arts in opleiding kan bovendien een aanvullende, actuele kijk bieden vanuit recente opleiding en inzichten. Verder is ook een onderzoeksprofessor betrokken, wat de methodologische kwaliteit van het onderzoek ondersteunt. De studie werd gepubliceerd in het Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry, een erkend en peer-reviewed tijdschrift binnen het domein van de psychiatrie, wat de wetenschappelijke betrouwbaarheid van de publicatie versterkt. Wat betreft financiering kadert de studie binnen een academische context en is er geen sprake van commerciële belangen. De auteurs verklaren expliciet geen belangenconflicten te hebben. Daarnaast werd de studie goedgekeurd door een Institutional Review Board (IRB) en het U.S. Department of Health and Human Services, wat wijst op naleving van ethische richtlijnen en standaarden voor wetenschappelijk onderzoek.
Welke zijn de eventuele belangenconflicten en zijn deze vermeld?	Er worden geen expliciete belangenconflicten gerapporteerd in het artikel. De studie werd wel gefinancierd door externe organisaties, namelijk de Agency for Healthcare Research and Quality en het Grainger Research Initiative Fund. De auteurs vermelden echter dat deze financiers geen invloed hadden op het onderzoeksproces of de publicatie, wat wijst op een transparante rapportering en een beperkte kans op bias.

Wat is de methodologie die gebruikt wordt in de bron?	
- Design met korte beschrijving	In deze studie werd gebruikgemaakt van een kwalitatief onderzoeksdesign, waarbij semi-gestructureerde interviews werden afgenomen bij zorgprofessionals en relevante stakeholders. De interviews vonden individueel plaats en werden opgenomen, vervolgens getranscribeerd en nagekeken op accuraatheid. De onderzoekspopulatie bestond uit een diverse groep deelnemers met verschillende etnische achtergronden.
- In- en exclusiecriteria/selectiecriteria	De inclusiecriteria omvatten spoedartsen en verpleegkundigen, evenals ouders en adolescenten (12–17 jaar) met ervaring met acute agitatie op de spoeddienst of met een verhoogd risico hierop. Daarnaast moesten deelnemers in staat zijn om een interview in het Engels af te leggen. Adolescenten met ernstige cognitieve beperkingen of onder toezicht van sociale diensten werden uitgesloten van deelname.
- Steekproef	Er werd gebruikgemaakt van een doelgerichte steekproef (purposive sampling), bestaande uit spoedartsen, verpleegkundigen, ouders en adolescenten. In totaal werden 24 deelnemers beoogd (6 per groep), waarbij de uiteindelijke inclusie werd bepaald tot het bereiken van theoretische saturatie.
- Interventie/observatie	Er is geen sprake van een interventie in deze studie. Het betreft een kwalitatief onderzoek dat gericht is op het exploreren van ervaringen, barrières en mogelijke verbeterstrategieën in de zorg voor acute agitatie. De dataverzameling gebeurde via individuele semi-gestructureerde interviews, die werden afgenomen face-to-face of via teleconference.

Is het artikel na jouw analyse kwaliteitsvol en opgenomen in de literatuurselectie?	Ja, het artikel werd opgenomen in de literatuurselectie omdat het gepubliceerd is in een peer-reviewed tijdschrift, uitgegeven door een erkende wetenschappelijke uitgever en geïndexeerd in belangrijke databanken zoals Scopus en Web of Science, wat de wetenschappelijke kwaliteit en betrouwbaarheid ondersteunt.
Wat zijn de resultaten van de bron?	De deelnemers benoemden verschillende thema's rond acute agitatie op de spoeddienst, waaronder risicofactoren, bezorgdheden over veiligheid en letselrisico, en het ervaren van morele stress bij zorgverleners. Daarnaast werd een verschuiving naar meer patiëntgerichte zorg benadrukt. Belangrijke barrières en hulpmiddelen waren onder meer het gebruik van een gestandaardiseerd zorgpad, omgevingsfactoren, middelenallocatie, samenwerking met patiënt en familie en teamcommunicatie. Tot slot werden negen mogelijke verbeterinterventies voorgesteld, waaronder een gespecialiseerde observatie-eenheid, screening op risico, gestandaardiseerde ernstschalen, een gedragsrespons-team, betere overdrachten, omgevingsaanpassingen, educatie van personeel en het aanpakken van bias en ongelijkheden.
Wat is de conclusie van de bron?	Het begrijpen van de bestaande barrières in de zorg kan bijdragen aan het ontwikkelen van gerichte oplossingen om de zorg voor kinderen met acute agitatie op de spoeddienst te verbeteren. Daarnaast benadrukt de studie dat de perspectieven van zowel patiënten als hun families essentieel zijn en mee in rekening moeten worden gebracht bij het ontwerpen van interventies om de kwaliteit van zorg te optimaliseren.

Beoordeling van de wetenschappelijke bron	
Bronvermelding APA	Joseph, A., Mihandoust, S., Ardekani, M. S., Dietrich, A., Narasimhan, M., & Group, R. S. (2025). Evaluating Safety Concerns for Pediatric Mental and Behavioral Health Patients and Providers in the Emergency Department: A Systems Perspective. <i>Journal Of Patient Safety</i> , 21(7Supp), S29–S35. https://doi.org/10.1097/pts.0000000000001357
Wat is de onderzoeksvraag of doelstelling van de bron?	Het doel van de studie is om belangrijke veiligheidsproblemen te identificeren bij pediatrische patiënten met mentale en gedragsproblemen op de spoeddienst, evenals de veiligheid van zorgverleners, vanuit een systeemgericht perspectief. Hierbij wordt specifiek nagegaan welke factoren binnen het zorgsysteem (zoals omgeving, processen, technologie en personeel) bijdragen aan onveilige situaties.
Is deze bron relevant voor jouw gekozen onderzoeksvraag?	Ja, deze bron is relevant omdat ze inzicht biedt in factoren die de veiligheid en zorgkwaliteit beïnvloeden bij kinderen met mentale gezondheidsproblemen op de spoeddienst, wat aansluit bij het verbeteren van zorg en patiëntveiligheid.
Is deze bron actueel?	Ja, 2025
Is de kwaliteit van deze bron beoordeeld door een gekwalificeerde organisatie?	Dit artikel is gepubliceerd in het peer-reviewed tijdschrift <i>Journal of Patient Safety</i> , wat impliceert dat het voorafgaand aan publicatie werd onderworpen aan een kritische evaluatie door onafhankelijke experts binnen het relevante vakgebied. Dit peerreviewproces draagt bij aan de betrouwbaarheid en

	wetenschappelijke kwaliteit van de studie. Het tijdschrift is bovendien opgenomen in betrouwbare databanken zoals Scopus en Web of Science, wat betekent dat het voldoet aan strikte selectie- en kwaliteitscriteria. Daarnaast wordt het uitgegeven door een erkende wetenschappelijke uitgever, wat de geloofwaardigheid verder versterkt. Op basis van deze kenmerken kan geconcludeerd worden dat de bron voldoet aan de gangbare normen van wetenschappelijke kwaliteit en betrouwbaarheid.
Wie zijn de auteurs, ontwikkelaars, financiers/sponsors?	De studie werd uitgevoerd door een multidisciplinair onderzoeksteam verbonden aan onder andere Clemson University. Het team omvat experts uit verschillende disciplines, waaronder artsen met specialisaties in spoedgevallen, pediatrie, neuropsychiatrie en gedragswetenschappen. Deze multidisciplinaire samenstelling versterkt de inhoudelijke validiteit van de studie, aangezien complexe problematieken zoals acute agitatie en patiëntveiligheid vanuit meerdere perspectieven worden benaderd. Specifieke informatie over financiering wordt niet expliciet gerapporteerd in de tekst.
Welke zijn de eventuele belangenconflicten en zijn deze vermeld?	Er worden geen expliciete belangenconflicten gerapporteerd, wat wijst op transparantie, al blijft het belangrijk kritisch te blijven bij het ontbreken van expliciete vermelding.
Wat is de methodologie die gebruikt wordt in de bron?	
- Design met korte beschrijving	Kwalitatief onderzoek met semi-gestructureerde interviews, gebaseerd op een systeemgerichte benadering (SEIPS-model).

	SEIPS is een model dat instaat voor patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg te verbeteren.
- In- en exclusiecriteria/selectiecriteria	De studie includeerde zorgverleners die betrokken waren bij de zorg voor pediatrische patiënten met mentale of gedragsproblemen op de spoeddienst. Daarnaast werden ook professionals geïnccludeerd die betrokken waren bij management of procesverbetering voor deze patiëntengroep. Specifieke exclusiecriteria worden niet expliciet beschreven, wat een methodologische beperking kan vormen.
- Steekproef	De steekproef bestond uit 55 zorgverleners afkomstig uit vier verschillende spoeddiensten (zowel stedelijke als rurale settings). De deelnemers omvatten een multidisciplinaire groep van professionals, waaronder artsen, verpleegkundigen, specialisten (zoals psychiaters) en ondersteunend personeel. Deze variatie in professionele achtergronden draagt bij aan een brede en genuanceerde weergave van perspectieven op patiënt- en personeelsveiligheid en verhoogt de betrouwbaarheid van de resultaten.
- Interventie/observatie	Er is geen interventie. De studie is exploratief van aard en maakt gebruik van interviews om ervaringen, percepties en veiligheidsproblemen in kaart te brengen.
Is het artikel na jouw analyse kwaliteitsvol en opgenomen in de literatuurselectie?	Het artikel wordt als kwaliteitsvol beschouwd en opgenomen in de literatuurselectie, gezien het peer-reviewed karakter, het gebruik van een onderbouwde kwalitatieve methodologie en de relevante en voldoende diverse steekproef. Een beperking is het ontbreken van expliciete rapportage van exclusiecriteria en belangenconflicten.

Wat zijn de resultaten van de bron?	De resultaten van de studie tonen aan dat patiënt- en personeelsveiligheid op de spoeddienst bij pediatrie patiënten met mentale en gedragsproblemen beïnvloed wordt door een combinatie van systeem-, omgevings- en procesfactoren. Een eerste belangrijke bevinding betreft de identificatie van ernstige veiligheidsrisico's, waaronder zelfbeschadiging, suïcidaliteit, agressie ten aanzien van anderen en het risico op weglopen (elopement). Deze risico's worden versterkt door omgevingsfactoren zoals het ontbreken van specifieke kamers voor kinderen met psychiatrische problematiek, de aanwezigheid van ligatuurpunten, onvoldoende zichtbaarheid van patiënten en het gebruik van niet-geschikte ruimtes zoals gangen. Daarnaast werd vastgesteld dat zowel stedelijke als rurale spoeddiensten specifieke beperkingen ervaren. Stedelijke ziekenhuizen beschikken wel over gespecialiseerde afdelingen, maar worden geconfronteerd met overbezetting, wat leidt tot plaatsing in minder veilige zones en vertraging in psychiatrische evaluatie. Rurale ziekenhuizen kampen daarentegen met een gebrek aan gespecialiseerde infrastructuur en directe psychiatrische ondersteuning, wat de veiligheid en zorgkwaliteit verder onder druk zet. Verder identificeerde de studie dat uitlokkende factoren voor escalatie onder meer bestaan uit de chaotische ED-omgeving, lange wachttijden, gebrek aan privacy, sensorische overprikkeling en stressvolle interacties met zorgverleners of beveiligingspersoneel. De reacties op veiligheidsincidenten worden bepaald door een combinatie van beleid, personeelstraining, technologie en beschikbare middelen. Hoewel de-escalatie en beleid als belangrijk worden beschouwd, blijkt er variatie in toepassing en interpretatie, wat kan leiden tot inconsistentie in zorg en verhoogd veiligheidsrisico.
--	--

	Tot slot werden tekortkomingen geïdentificeerd in technologische ondersteuning (zoals alarm- en communicatiesystemen) en in training van personeel, waarbij onvoldoende voorbereiding op pediatrie mentale gezondheidszorg als belangrijke beperking werd gezien.
Wat is de conclusie van de bron?	De studie concludeert dat er aanzienlijke veiligheidsrisico's bestaan in de zorg voor pediatrie patiënten met mentale en gedragsproblemen, voornamelijk ten gevolge van een onaangepaste fysieke omgeving en onvoldoende gespecialiseerde training van zorgverleners. Factoren zoals omgevingsrisico's, ligatuurgevaren en het risico op weglopen versterken deze problematiek en brengen zowel patiënten als zorgverleners in gevaar. De bevindingen ondersteunen de noodzaak tot structurele verbeteringen, waaronder het aanpassen van de fysieke zorgomgeving en het herzien van organisatorische en beleidsmatige processen, om een veiligere en meer ondersteunende zorgcontext te creëren.

Beoordeling van de wetenschappelijke bron	
Bronvermelding APA	Bourke, E. M., Kochar, A., Shellshear, D., Borland, M. L., Jani, S., George, S., Tham, D., Gordon, M., Klein, K., Wilson, C. L., Prakash, C., Phillips, N., Nieva, G., Selman, C. J., Lee, K. J., Davidson, A., Knott, J. C., Craig, S. S., & Babl, F. E. (2025). PEACHY-O: Pharmacological Emergency Management of Agitation in Children and Young People: A Randomized Controlled Trial of Oral Medication. <i>Annals Of Emergency Medicine</i> , 86(1), 1–11. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2025.01.007

Wat is de onderzoeksvraag of doelstelling van de bron?	De centrale onderzoeksvraag van de studie is het bepalen welke orale medicatie, olanzapine of diazepam, het meest effectief en veilig is bij jongeren van 9 tot 17 jaar met een gedragsstoornis die zich op de spoedeisende hulp presenteren met acute agitatie. Concreet wordt onderzocht welk middel leidt tot het hoogste percentage succesvolle sedatie binnen één uur na toediening, zonder nood aan bijkomende sedativa. De doelstelling van de studie is dus het vergelijken van effectiviteit, veiligheid en klinische toepasbaarheid van beide vaak gebruikte orale sedativa in een acute pediatrische spoedcontext.
Is deze bron relevant voor jouw gekozen onderzoeksvraag?	Ja, deze bron is zeer relevant voor onderzoek naar farmacologische behandeling van acute agitatie bij kinderen en jongeren op de spoedeisende hulp. De studie sluit rechtstreeks aan bij klinische vragen rond sedatie, veiligheid van patiënten en personeel en keuze van eerste lijn orale medicatie. Omdat het een gerandomiseerde gecontroleerde studie betreft in een realistische spoedsetting, levert het sterke evidence voor praktijkgerichte besluitvorming binnen pediatrische spoedpsychiatrie.
Is deze bron actueel?	Ja, de bron is actueel. De studie werd gepubliceerd in 2025 en de data werden verzameld tussen 2021 en 2023.
Is de kwaliteit van deze bron beoordeeld door een gekwalificeerde organisatie?	Het onderzoek werd gepubliceerd in het peer-reviewed tijdschrift Annals of Emergency Medicine, wat wijst op een strenge wetenschappelijke evaluatie. Daarnaast maakt de studie deel uit van het PREDICT-netwerk, een erkend onderzoekscenter binnen de pediatrische spoedgeneeskunde. Het studieprotocol werd vooraf goedgekeurd door een ethische commissie van het Royal Children's Hospital in Melbourne en de studie werd prospectief geregistreerd in het Australian and New Zealand Clinical Trials Registry (ACTRN12621001236886), wat de transparantie en betrouwbaarheid verhoogt.

	Tot slot werd het onderzoek opgevolgd door een onafhankelijke Data Safety Monitoring Board bestaande uit twee clinici en één biostatisticus, die gedurende het volledige traject toezicht hield op de veiligheid en de datakwaliteit.
Wie zijn de auteurs, ontwikkelaars, financiers/sponsors?	De studie werd uitgevoerd door een multidisciplinair team van onderzoekers, waaronder Elyssia M. Bourke, Amit Kochar, Deborah Shellshear, Simon S. Craig en Franz E. Babl. Zij zijn verbonden aan instellingen zoals het Murdoch Children's Research Institute en het Royal Children's Hospital Melbourne. De studie maakt deel uit van het PREDICT research network, wat wijst op sterke academische samenwerking. Daarnaast werden ouderadviseurs betrokken bij de ontwikkeling van het onderzoek, wat de patiëntgerichte aanpak versterkt. Er worden geen duidelijke commerciële sponsors of belangenconflicten gerapporteerd.
Welke zijn de eventuele belangenconflicten en zijn deze vermeld?	In de studie worden geen significante belangenconflicten gerapporteerd. Er is geen sprake van commerciële financiering of betrokkenheid van farmaceutische bedrijven bij het onderzoeksdesign of de interpretatie van de resultaten. De aanwezigheid van een onafhankelijk data safety monitoring board versterkt bovendien de betrouwbaarheid en neutraliteit van de studie.
Wat is de methodologie die gebruikt wordt in de bron?	
- Design met korte beschrijving	De studie is een open-label, multicenter, gerandomiseerde gecontroleerde superioriteitsstudie (RCT), uitgevoerd op negen spoedeisende-hulpafdelingen in Australië.

- In- en exclusiecriteria/selectiecriteria	De inclusiecriteria bestonden uit jongeren van 9 tot 17 jaar die zich op de spoedeisende hulp presenteerden met acute ernstige gedragsstoornissen of agitatie (Sedation Assessment Tool-score +1 tot +3), waarbij orale sedatie klinisch noodzakelijk werd geacht na falen van niet-medicamenteuze interventies. De exclusiecriteria omvatten onder meer een gekende allergie of contra-indicatie voor de studiemedicatie, zwangerschap, QT-verlengingssyndroom, en reversibele organische oorzaken van agitatie zoals hypoglycemie. Daarnaast werden patiënten uitgesloten wanneer de behandelend arts een andere toedieningsweg of behandeling noodzakelijk achtte, wanneer reeds sedatie was toegediend vóór inclusie of wanneer zij reeds eerder deelnamen aan de studie.
- Steekproef	De totale steekproef bestond uit 348 deelnemers, waarvan 176 werden toegewezen aan olanzapine en 172 aan diazepam.
- Interventie/observatie	De interventie bestond uit een eenmalige, gewichtsafhankelijke orale dosis olanzapine of diazepam. Een herhaalde dosis kon worden toegediend indien de medicatie werd uitgebraakt of uitgespuwd kort na inname. Indien onvoldoende klinisch effect werd bereikt, kon de behandelend arts bijkomende sedatieve medicatie toedienen naar eigen inzicht, terwijl niet-farmacologische de-escalatiestrategieën werden voortgezet.

	De primaire uitkomstmaat was succesvolle sedatie één uur na randomisatie, beoordeeld binnen een tijdsvenster van 55 tot 90 minuten. Secundaire uitkomsten omvatten onder meer bijwerkingen, agressie-incidenten, nood aan bijkomende sedatie en verblijfsduur op de spoedeisende hulp.
Is het artikel na jouw analyse kwaliteitsvol en opgenomen in de literatuurselectie?	Het artikel is een gerandomiseerde multicenterstudie met een grote steekproef, gestandaardiseerde uitkomstmaten en een vooraf geregistreerd analyseplan. De primaire analyse toont geen statistisch significant verschil in effectiviteit tussen olanzapine en diazepam (61% versus 57%), en ook secundaire uitkomsten zoals bijwerkingen en agressie-incidenten verschillen niet significant tussen beide groepen. De betrouwbaarheid van deze resultaten wordt ondersteund doordat dezelfde bevindingen worden gezien in de intention-to-treat analyse, de aangepaste intention-to-treat analyse en de sensitiviteitsanalyses (Tabel E3). Deze analyses houden rekening met herinschrijving van deelnemers en ontbrekende data, zonder dat dit de conclusies wijzigt. Er zijn wel beperkingen, zoals het open-label design, ontbrekende data bij 6% van de deelnemers en beperkte informatie over klinische beslissingen zoals extra sedatie. Ook kan het pragmatische karakter van de studie de generaliseerbaarheid beïnvloeden. Daarnaast is ongeveer 40% van de deelnemers niet succesvol gesedeerd binnen 1 uur, wat wijst op beperkte effectiviteit in deze populatie. Ondanks deze beperkingen blijven de hoofdresultaten consistent over meerdere analyses, waardoor de studie geschikt is voor opname in de literatuurselectie voor het beantwoorden van vragen rond vergelijkende effectiviteit en veiligheid van beide behandelingen.
Wat zijn de resultaten van de bron?	De resultaten tonen aan dat succesvolle sedatie binnen één uur werd bereikt bij 61% van de patiënten in de olanzapinegroep en 57% in de diazepamgroep. Dit verschil was niet statistisch significant, wat erop

	wijst dat beide middelen een vergelijkbare effectiviteit hebben. Ook in secundaire uitkomsten zoals bijwerkingen, agressie-incidenten en verblijfsduur werden geen significante verschillen tussen beide groepen gevonden. Opvallend is dat ongeveer 40% van de deelnemers na één uur geen succesvolle sedatie bereikte, wat wijst op een beperkte effectiviteit van orale sedatie in een aanzienlijk deel van de populatie. Beide middelen vertoonden een vergelijkbaar en gunstig veiligheidsprofiel zonder ernstige bijwerkingen.
Wat is de conclusie van de bron?	De studie toont aan dat er geen significant verschil is in effectiviteit tussen orale olanzapine en orale diazepam bij de behandeling van acute agitatie bij jongeren op de spoedeisende hulp. Beide medicaties vertonen een vergelijkbare mate van sedatie en een gunstig veiligheidsprofiel zonder ernstige bijwerkingen. Opvallend is dat ongeveer 40% van de patiënten geen adequate sedatie bereikt, wat wijst op een belangrijke klinische nood aan verdere optimalisatie van behandelstrategieën.

Beoordeling van de wetenschappelijke bron	
Bronvermelding APA	Foster, A. A., Saidinejad, M., & Li, J. (2024). Approach to acute agitation in the pediatric emergency department. <i>Current Opinion in Pediatrics</i> , 36(3), 245–250. https://doi.org/10.1097/mop.0000000000001337
Wat is de onderzoeksvraag of doelstelling van de bron?	De doelstelling is het bieden van een overzicht van een veilige, patiëntgerichte aanpak voor de zorg van kinderen met acute agitatie op de spoedgevallendienst, gezien de toenemende complexiteit en frequentie van pediatrische mentale en gedragsmatige gezondheidsproblemen en het risico op ernstige stress en letsels voor patiënt, familie en zorgverleners.
Is deze bron relevant voor jouw gekozen onderzoeksvraag?	Ja, deze bron sluit rechtstreeks aan bij mijn onderzoeksvraag. De bron richt zich op dezelfde doelgroep en beschrijft klinische interventies die verpleegkundigen kunnen toepassen om de zorg voor kinderen met acute agitatie op de spoedgevallendienst veiliger, effectiever en patiëntgerichter te maken. Dit komt overeen met de doelstelling van mijn onderzoeksvraag. Daarnaast ondersteunt de bron een veilige en patiëntgerichte aanpak, wat volledig aansluit bij de focus van mijn studie.
Is deze bron actueel?	Ja, de bron is actueel, aangezien ze gepubliceerd werd in 2024 en dus recente wetenschappelijke informatie bevat.

Is de kwaliteit van deze bron beoordeeld door een gekwalificeerde organisatie?	Ja. De bron is gepubliceerd in het wetenschappelijk tijdschrift Current Opinion in Pediatrics, dat behoort tot een peer-reviewed journal van een gekwalificeerde wetenschappelijke uitgever (Wolters Kluwer). De artikels worden vóór publicatie beoordeeld door experts binnen het vakgebied.
Wie zijn de auteurs, ontwikkelaars, financiers/sponsors?	De auteurs van de bron zijn Ashley A. Foster (University of California, San Francisco), Mohsen Saidinejad (The Lundquist Institute / UCLA) en Joyce Li (Boston Children's Hospital, Harvard Medical School). Zij zijn allen artsen en academische experts binnen de spoed- en kindergeneeskunde. Er wordt in de bron vermeld dat er geen financiële ondersteuning of sponsoring was voor deze publicatie ("Financial support and sponsorship: None").
Welke zijn de eventuele belangenconflicten en zijn deze vermeld?	In de bron wordt expliciet aangegeven dat er geen belangenconflicten zijn ("There are no conflicts of interest"). Dit betekent dat de auteurs verklaren dat er geen financiële, institutionele of persoonlijke relaties zijn die het onderzoek of de inhoud zouden kunnen beïnvloeden.
Wat is de methodologie die gebruikt wordt in de bron?	
- Design met korte beschrijving	De bron is een narratieve literatuurreview (reviewartikel). Het artikel bundelt en bespreekt bestaande wetenschappelijke literatuur over de aanpak van acute agitatie bij kinderen op de spoedgevallendienst.

	Er wordt geen nieuw primair onderzoek uitgevoerd, maar wel een overzicht en synthese gegeven van eerdere studies en aanbevelingen.
- In- en exclusiecriteria/selectiecriteria	In deze bron worden geen expliciete in- en exclusiecriteria beschreven, omdat het gaat om een narratieve literatuurreview. De auteurs vermelden niet volgens welke systematische methode studies werden geselecteerd of uitgesloten. De selectie van de literatuur is gebaseerd op de expertise van de auteurs en de relevante beschikbare wetenschappelijke literatuur rond de aanpak van acute agitatie bij kinderen op de spoedgevallendienst.
- Steekproef	Er is geen steekproef aanwezig in deze bron. Het betreft een narratieve literatuurreview, waarbij geen deelnemers (patiënten) werden gerekruteerd en geen dataverzameling bij een specifieke populatie werd uitgevoerd.
- Interventie/observatie	Er is geen eigen interventie of observatie uitgevoerd in deze studie. De auteurs bespreken en analyseren klinische interventies zoals de-escalatie, omgevingsaanpassingen, medicamenteuze behandeling en fysieke fixatie op basis van bestaande literatuur en eerder onderzoek.
Is het artikel na jouw analyse kwaliteitsvol en opgenomen in de literatuurselectie?	Ja, het is gepubliceerd in het wetenschappelijk tijdschrift Current Opinion in Pediatrics, een peer-reviewed journal uitgegeven door een erkende wetenschappelijke uitgever (Wolters Kluwer). De auteurs zijn academische experts binnen de spoed- en kindergeneeskunde, en er worden geen belangenconflicten of externe financiering vermeld. Daarnaast is het een recente publicatie (2024), wat de actualiteit van de informatie ondersteunt.
Wat zijn de resultaten van de bron?	Aangezien deze bron een narratieve literatuurreview betreft, worden geen resultaten van een eigen empirische studie gerapporteerd, maar wordt een synthese gegeven van bestaande wetenschappelijke literatuur. Uit deze synthese blijkt dat een adequate aanpak van acute agitatie bij kinderen op de

	spoedgevallendienst in de eerste plaats gericht moet zijn op het identificeren van de onderliggende oorzaken en uitlokkende factoren. Vervolgens wordt benadrukt dat niet-farmacologische interventies, zoals verbale de-escalatie en aanpassingen van de omgeving, als eerste stap dienen te worden toegepast. Indien deze strategieën onvoldoende effect hebben, kan medicamenteuze behandeling overwogen worden, waarbij de keuze afgestemd wordt op de individuele patiënt en klinische context. Fysieke fixatie wordt enkel aanbevolen als laatste redmiddel bij ernstige agitatie met een onmiddellijk veiligheidsrisico.
Wat is de conclusie van de bron?	Kinderen met acute agitatie komen steeds vaker voor op de spoedgevallendienst, waarbij specifieke maatregelen nodig zijn. Hierbij staat het identificeren van de onderliggende oorzaak centraal, gevolgd door een stapsgewijze benadering waarbij eerst niet-farmacologische de-escalatiestrategieën worden toegepast, vervolgens medicatie indien nodig en fysieke fixatie enkel als laatste redmiddel bij ernstige agitatie. Daarnaast wordt het belang benadrukt van het actief betrekken van ouders of caregivers als onderdeel van het zorgteam en het ontwikkelen van een geïndividualiseerde de-escalatiestrategie afgestemd op het kind. Verder dragen continue evaluatie en debriefing na agitatie-incidenten bij aan het verbeteren van de zorg. Tot slot kunnen gestandaardiseerde zorgprocessen en klinische richtlijnen helpen om de veiligheid te verhogen, patiëntgerichte zorg te bevorderen en het gebruik van fysieke fixatie te verminderen.

Beoordeling van de wetenschappelijke bron	
Bronvermelding APA	Hoffmann, J. A., Pergjika, A., Liu, L., Janssen, A. C., Walkup, J. T., Johnson, J. K., Alpern, E. R., & Corboy, J. B. (2023). Standardizing and Improving Care for Pediatric Agitation Management in the Emergency Department. <i>PEDIATRICS</i> , 152(1). https://doi.org/10.1542/peds.2022-059586
Wat is de onderzoeksvraag of doelstelling van de bron?	De doelstelling van de studie is het standaardiseren en verbeteren van de zorg voor kinderen en jongeren met een psychiatrische achtergrond die zich presenteren met agitatie op de spoedgevallendienst. Hierbij richt de studie zich op het implementeren van gestructureerde zorgprocessen en interventies om de zorg veiliger, effectiever en patiëntgerichter te maken, onder andere door het verminderen van het gebruik en de duur van fysieke fixatie en het optimaliseren van de algemene aanpak van agitatie-episodes.
Is deze bron relevant voor jouw gekozen onderzoeksvraag?	De studie beschrijft concrete interventies, zoals het implementeren van een zorgpad, gepersonaliseerde de-escalatiestrategieën en optimalisatie van multidisciplinaire samenwerking, om de zorg voor kinderen met acute agitatie op de spoedgevallendienst te verbeteren. Deze focus op het veiliger, effectiever en patiëntgerichter organiseren van zorg sluit rechtstreeks aan bij mijn onderzoeksvraag.
Is deze bron actueel?	Het artikel werd gepubliceerd in 2023, waardoor het recente inzichten bevat over de aanpak en verbetering van zorg voor pediatrische agitatie in de spoedgevallendienst.

Is de kwaliteit van deze bron beoordeeld door een gekwalificeerde organisatie?	Ja. De bron is gepubliceerd in het wetenschappelijk tijdschrift Pediatrics, het officiële tijdschrift van de American Academy of Pediatrics. Dit is een peer-reviewed journal, waarbij artikels vóór publicatie beoordeeld worden door onafhankelijke experts en de redactie. Hierdoor wordt de wetenschappelijke kwaliteit en betrouwbaarheid van de bron streng gecontroleerd. Daarnaast is Pediatrics redactioneel onafhankelijk van de AAP en volgt het internationale ethische richtlijnen en best practices van organisaties zoals de World Association of Medical Editors (WAME), het Committee on Publication Ethics (COPE) en het International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).
Wie zijn de auteurs, ontwikkelaars, financiers/sponsors?	De auteurs van de studie zijn J. A. Hoffmann, A. Pergjika, L. Liu, A. C. Janssen, J. T. Walkup, J. K. Johnson, E. R. Alpern en J. B. Corboy. Het gaat om onderzoekers en klinici met expertise in pediatrische spoedgeneeskunde, psychiatrie en kwaliteitsverbetering. In de publicatie wordt geen externe financiering of sponsoring vermeld. Daarnaast geven de auteurs aan geen belangenconflicten te hebben.
Welke zijn de eventuele belangenconflicten en zijn deze vermeld?	In de bron wordt vermeld dat er geen belangenconflicten zijn. Dit betekent dat de auteurs aangeven dat er geen financiële, persoonlijke of institutionele relaties zijn die de inhoud van de studie kunnen beïnvloeden.
Wat is de methodologie die gebruikt wordt in de bron?	

- Design met korte beschrijving	De studie is een quality improvement study (kwaliteitsverbeteringsstudie) uitgevoerd in de spoedgevallendienst. Het design is gericht op het implementeren en evalueren van gestandaardiseerde zorgprocessen voor de aanpak van kinderen en jongeren met psychiatrische achtergrond die zich presenteren met agitatie. Hierbij worden concrete veranderingen in de klinische praktijk doorgevoerd (zoals gestandaardiseerde medicatiekeuze en zorgpaden) en wordt het effect daarvan gemeten op uitkomsten zoals het gebruik en de duur van fysieke fixatie.
- In- en exclusiecriteria/selectiecriteria	De studie beschrijft geen klassieke in- en exclusiecriteria zoals bij een experimenteel of observationeel onderzoek met patiëntenrekrutering. Het betreft een kwaliteitsverbeteringsstudie, waarbij de selectie niet gebaseerd is op een onderzoekssteekproef, maar op alle pediatrie patiënten met een psychiatrische achtergrond die zich op de spoedgevallendienst presenteerden met episodes van acute agitatie en die nood hadden aan farmacologische of niet-farmacologische interventies binnen de studieperiode. Hierdoor werd in de praktijk eerder gewerkt met een opeenvolgende inclusie van alle relevante casussen.
- Steekproef	Er is geen klassieke steekproef in deze studie, aangezien het een kwaliteitsverbeteringsproject betreft. De studie werd uitgevoerd in een academisch kinderziekenhuis en omvatte alle kinderen en jongeren met een psychiatrische achtergrond die zich tijdens de studieperiode op de spoedgevallendienst presenteerden met episodes van acute agitatie. De data zijn gebaseerd op routinematig verzamelde klinische gegevens binnen de dagelijkse zorgpraktijk.
- Interventie/observatie	De interventie bestond uit de ontwikkeling en implementatie van een multidisciplinair, gestandaardiseerd zorgpad voor de aanpak van acute agitatie bij kinderen en jongeren met een psychiatrische achtergrond op de spoedgevallendienst. Hierbij werd gewerkt met een kwaliteitsverbeteringsteam dat werkprocessen analyseerde en optimaliseerde. De interventie omvatte onder andere het standaardiseren van medicatiekeuze en dosering, het verbeteren van de

	samenwerking tussen spoed, psychiatrie en kinderbegeleiding, het invoeren van gepersonaliseerde de-escalatieplannen en het optimaliseren van communicatie- en zorgprocessen. Het doel was om de zorg veiliger, efficiënter en patiëntgerichter te maken en het gebruik en de duur van fysieke fixatie te verminderen.
Is het artikel na jouw analyse kwaliteitsvol en opgenomen in de literatuurselectie?	Ja, het artikel is gepubliceerd in Pediatrics, het peer-reviewed tijdschrift van de American Academy of Pediatrics, en is daarom kwaliteitsvol. Het betreft een goed uitgevoerde kwaliteitsverbeteringsstudie met een duidelijke interventie en systematische aanpak (PDSA-cycli) om de zorg voor kinderen en jongeren met psychiatrische achtergrond en acute agitatie op de spoedgevallendienst te verbeteren. De bron is recent (2023) en relevant, waardoor ze geschikt is voor opname in de literatuurselectie.
Wat zijn de resultaten van de bron?	De studie toont aan dat tijdens de implementatie van een gestandaardiseerd zorgpad voor kinderen en jongeren met een psychiatrische achtergrond en acute agitatie op de spoedgevallendienst, het gebruik van medicatie voor agitatie toenam, wat samenhangt met een stijging in het aantal behandelde mentale gezondheidschrisissen. Tegelijkertijd verbeterde de kwaliteit van de zorg: er werd vaker gekozen voor gestandaardiseerde en passende medicatie, het gebruik van intramusculaire toediening als eerste interventie nam af en de gemiddelde duur van fysieke fixatie per episode daalde. Hierdoor wijst de studie op een verschuiving naar meer gestructureerde, veilige en patiëntgerichte zorg bij acute agitatie.
Wat is de conclusie van de bron?	De studie concludeert dat de implementatie van een gestandaardiseerd, multidisciplinair zorgpad voor de aanpak van acute agitatie leidt tot een meer consistente en gestructureerde zorgverlening. Dit draagt bij aan een veiligere en patiëntgerichtere aanpak, met een betere afstemming van medicatiegebruik, minder gebruik van intramusculaire toediening als eerste keuze en een verkorting van de duur van fysieke fixatie. De auteurs benadrukken dat standaardisatie en samenwerking tussen disciplines essentieel zijn om de kwaliteit van zorg bij acute psychiatrische agitatie te verbeteren.

Beoordeling van de wetenschappelijke bron	
Bronvermelding APA	Saidinejad, M., Foster, A. A., Santillanes, G., Li, J., Wallin, D., Barata, I. A., Joseph, M., Rose, E., Cheng, T., Waseem, M., Berg, K., Hooley, G., Ruttan, T., Shahid, S., Lam, S. H., Amanullah, S., Lin, S., Heniff, M. S., Brown, K., & Gausche-Hill, M. (2024). Strategies for optimal management of pediatric acute agitation in emergency settings. <i>Journal Of The American College Of Emergency Physicians Open</i> , 5(4), e13255. https://doi.org/10.1002/emp2.13255
Wat is de onderzoeksvraag of doelstelling van de bron?	De doelstelling van de bron is het geven van een overzicht van de bestaande wetenschappelijke literatuur over de optimale aanpak van acute agitatie bij kinderen en jongeren met psychiatrische en mentale of gedragsgerelateerde gezondheidsproblemen op de spoedgevallendienst. De auteurs beschrijven best practices met betrekking tot de identificatie van pediatrische agitatie, het gebruik van omgevingsaanpassingen en verbale de-escalatie en een veilige toepassing van farmacologische interventies of fysieke fixatie wanneer dit noodzakelijk is. Daarnaast worden klinische casussen gebruikt om de toepassing van deze strategieën in de praktijk te illustreren.
Is deze bron relevant voor jouw gekozen onderzoeksvraag?	Ja, deze bron is relevant voor mijn onderzoeksvraag omdat ze dezelfde doelgroep en zorgsetting behandelt en evidence-based interventies beschrijft die gericht zijn op verpleegkundige handvatten om de zorg voor deze patiëntengroep veiliger, effectiever en patiëntgerichter te maken.

Is deze bron actueel?	Ja, deze bron is actueel omdat ze gepubliceerd werd in 2024 en dus zeer recente, actuele wetenschappelijke inzichten bevat over de aanpak van acute agitatie bij kinderen en jongeren op de spoedgevallendienst.
Is de kwaliteit van deze bron beoordeeld door een gekwalificeerde organisatie?	Ja. Deze bron is gepubliceerd in het peer-reviewed tijdschrift Journal of the American College of Emergency Physicians Open. De studie werd voorafgaand aan publicatie beoordeeld door onafhankelijke experts via een peer-reviewproces, waarbij de wetenschappelijke kwaliteit, methodologie en klinische relevantie kritisch werden geëvalueerd. Het tijdschrift hanteert internationale publicatiestandaarden en ethische richtlijnen (o.a. COPE en ICMJE), wat wijst op een gestandaardiseerd en gecontroleerd publicatieproces. Hierdoor kan worden geconcludeerd dat de bron is beoordeeld binnen een erkend en gekwalificeerd wetenschappelijk kwaliteitskader.
Wie zijn de auteurs, ontwikkelaars, financiers/sponsors?	De auteurs van de studie zijn een multidisciplinair team van artsen en clinici verbonden aan academische instellingen en aan de American College of Emergency Physicians (ACEP) Pediatric Emergency Medicine Committee. Zij zijn voornamelijk gespecialiseerd in spoedeisende geneeskunde en pediatrische spoedzorg, met expertise in de acute opvang van kinderen en jongeren met mentale en gedragsgerelateerde gezondheidsproblemen op de spoedgevallendienst. De studie werd ontwikkeld binnen een academisch en professioneel netwerk van de ACEP, wat wijst op een sterke klinische en wetenschappelijke verankering in de spoedgeneeskunde.

	Wat betreft financiering en sponsoring wordt in de publicatie geen commerciële sponsoring vermeld. De auteurs geven aan dat er geen relevante belangenconflicten zijn en dat de inhoud onafhankelijk tot stand kwam, zonder invloed van externe commerciële partijen.
Welke zijn de eventuele belangenconflicten en zijn deze vermeld?	In de publicatie wordt expliciet vermeld dat de auteurs geen belangenconflicten hebben (“no conflicts of interest”).
Wat is de methodologie die gebruikt wordt in de bron?	
- Design met korte beschrijving	De bron is een narratieve review, waarbij bestaande wetenschappelijke literatuur over de aanpak van acute agitatie bij kinderen en jongeren op de spoedgevallendienst wordt samengevat en besproken. Er wordt geen nieuw empirisch onderzoek uitgevoerd en de literatuur werd niet systematisch geselecteerd volgens een vast protocol.
- In- en exclusiecriteria/selectiecriteria	In deze bron worden geen expliciete in- en exclusiecriteria beschreven, aangezien het gaat om een narratieve review. De selectie van literatuur gebeurt niet volgens een vooraf vastgelegd systematisch protocol, maar op basis van relevante bestaande wetenschappelijke evidentie en klinische expertise van de auteurs.

- Steekproef	Er is geen sprake van een steekproef, aangezien deze bron een narratieve review betreft. Er worden geen deelnemers gerekruteerd en er wordt geen primaire dataverzameling uitgevoerd. De auteurs baseren zich op bestaande literatuur.
- Interventie/observatie	Er is geen interventie of observatie uitgevoerd in deze studie. De auteurs bespreken en synthetiseren bestaande literatuur over niet-farmacologische en farmacologische strategieën.
Is het artikel na jouw analyse kwaliteitsvol en opgenomen in de literatuurselectie?	Ja, het artikel wordt als kwaliteitsvol beschouwd en opgenomen in de literatuurselectie. Het is gepubliceerd in een peer-reviewed tijdschrift en beoordeeld door onafhankelijke experts. De auteurs zijn verbonden aan academische instellingen en aan de ACEP Pediatric Emergency Medicine Committee. Daarnaast is de bron recent en inhoudelijk relevant voor de onderzoeksvraag.
Wat zijn de resultaten van de bron?	De bron vat de bestaande literatuur samen en stelt dat een optimale aanpak van acute agitatie bij kinderen en jongeren met mentale en gedragsgerelateerde gezondheidsproblemen op de spoedgevallendienst begint met een correcte identificatie van agitatie en onderliggende uitlokkende factoren. Vervolgens wordt het belang benadrukt van niet-farmacologische strategieën zoals omgevingsaanpassingen en verbale de-escalatie als eerste stap. Indien deze onvoldoende effect hebben, kan een veilige en gepaste toepassing van farmacologische interventies of fysieke fixatie noodzakelijk zijn, afhankelijk van de klinische situatie. De review beschrijft deze strategieën als best practices en illustreert hun toepassing aan de hand van klinische casussen.
Wat is de conclusie van de bron?	De bron concludeert dat agitatie een frequent voorkomend symptoom is op de spoedgevallendienst bij kinderen en dat het essentieel is om de onderliggende oorzaak of uitlokkende factoren correct te identificeren om gerichte interventies te kunnen toepassen. Kinderen die cognitief en ontwikkelingsmatig in staat zijn, moeten waar mogelijk actief betrokken worden bij het zorgplan. Artsen

	dienen eerst de mogelijkheid tot verbale de-escalatie te evalueren alvorens over te gaan tot fixatie. Wanneer dit onvoldoende effect heeft en farmacologische interventie nodig is, moet gekozen worden voor de minst beperkende methode, zoals orale medicatie. Fysieke fixatie wordt enkel als laatste redmiddel toegepast en vereist continue monitoring en zo snel mogelijke beëindiging. Daarnaast wordt benadrukt dat verdere inspanningen nodig zijn om ongelijkheden in het gebruik van fixatie bij pediatrische patiënten met psychische aandoeningen te verminderen.
--	---

9.2 Implementatieplan

Doelstelling (SMART)	Acties	Taakverdeling	Timing	Communicatie	Evaluatie	Opvolging
Vanaf september 2026 past het zorgteam van de spoedgevallendienst de richtlijnen uit het implementatieplan toe bij kinderen en jongeren (<18 jaar) met een psychiatrische achtergrond die zich met agitatie presenteren, waarbij minstens 60% van het team deze richtlijnen kent en hanteert, gemeten via een bevraging door de hoofdverpleegkundige.	A) Opstellen en implementeren van een gestandaardiseerd zorgpad. B) Organiseren van vorming en training voor het zorgteam rond verbale de-escalatie en patiëntgerichte communicatie. C) Gebruik maken van een screeningsvragenlijst tijdens de triage. D) Gebruik maken van een scoringssysteem zoals MOAS. E) Een prikkelarme en veilige ruimte creëren. F) Structureel betrekken van	B) (Para)medisch team (verpleegkundigen en artsen): Het (para)medisch team stelt het gestandaardiseerd zorgpad op en implementeert dit in de praktijk bij de aanpak van agitatie bij kinderen en jongeren op de spoedgevallendienst. De IT-dienst creëert dit zorgpad en implementeert dit in het elektronisch patiëntendossier (KWS). B) Hoofdverpleegkundige + opleidingsverantwoordelijke: De hoofdverpleegkundige, in samenwerking met de opleidingsverantwoordelijke, organiseert vorming en training voor het zorgteam rond verbale de-escalatie en patiëntgerichte communicatie en waakt over de toepassing ervan in de praktijk.	A) Juli-Augustus 2026 B) September 2026 C) September 2026 D) September 2026 E) Oktober 2026 F) Augustus 2026 G) Augustus 2026 H) Juli-Augustus 2026 I) Maandelijks vanaf september	Hoe? - Multidisciplinaire teamvergadering op de spoedgevallendienst (presentatie en toelichting van het implementatieplan) - E-mail met samenvatting van het plan, afspraken en documenten - Interne handleiding/flowchart in het EPD met overzicht van het zorgpad en stappenplan - Eventueel korte toelichtende infosessie per discipline (verpleegkundigen en artsen) Aan wie? (Para)medisch team (verpleegkundigen en artsen) - IT-dienst - Hoofdverpleegkundige - Kinder- en jeugdpsychiater/psycholoog	Indicatoren: - Percentage zorgverleners dat de richtlijnen uit het implementatieplan correct toepast bij agitatie (streefdoel: ≥60%). - Mate van kennis van het zorgpad en de-escalatietechnieken bij het (para)medisch team, gemeten via korte bevraging of test na vorming. - Aantal situaties waarin STOP5-debriefing en IPASS correct worden toegepast na een agitatie-episode (streefdoel: ≥80%). - Mate van gebruik van screeningsinstrument (MOAS + triagevragenlijst) bij patiënten met risico op agitatie. - Ervaren toepasbaarheid en haalbaarheid van het implementatieplan door het zorgteam (praktische werkbaarheid op spoedgevallendienst).	Wie volgt de implementatie op? De opvolging van de implementatie wordt gecoördineerd door de hoofdverpleegkundige van de spoedgevallendienst, in samenwerking met het (para)medisch team (verpleegkundigen en artsen) en de kinder- en jeugdpsychiatrische consultdienst zoals psycholoog en sociale werker. De hoofdverpleegkundige bewaakt de correcte toepassing van het implementatieplan in de praktijk en controleert of de richtlijnen systematisch worden toegepast, onder andere via: Steekproefsgewijze dossiercontrole (gebruik van MOAS, screeningsvragenlijst)

	ouders en zorgfiguren bij de inschatting en aanpak van agitatie. G) Ontwikkelen van een gestandaardiseerd farmacologisch protocol voor de aanpak van agitatie. H) Implementeren van een gestructureerde post-incident debriefing na elke agitatie-episode aan de hand van de STOP5-tool en met gebruik van IPASS bij overdracht. I) Evalueren en bijsturen van het implementatieplan op basis van feedback van het zorgteam en de hoofdverpleegkundige.	C) Triageverpleegkundige: De triageverpleegkundige voert de screeningsvragenlijst systematisch uit bij aankomst van de patiënt, in het triagelokaal, en registreert de resultaten in het patiëntendossier ter ondersteuning van vroege risicodetectie. D) (Para)medisch team: Het (para)medisch team gebruikt het gestandaardiseerde scoringssysteem (MOAS) om het niveau van agitatie objectief in te schatten en op te volgen tijdens de zorg. E) Hoofdverpleegkundige + logistieke dienst: De hoofdverpleegkundige, in samenwerking met de logistieke dienst, staat in voor het creëren en onderhouden van een prikkelarme en veilige zorgomgeving op de spoedgevallendienst. F) (Para)medisch team: Het (para)medisch team betreft ouders en		• Psychiatrisch sociaal werker • Regionaal psychiatrisch centrum/GGZ-partners die nauw samenwerken met het ziekenhuis. Wanneer? • Voor de start van de implementatie (september 2026), éénmalig introductiemoment met eventueel korte herhaling per shift indien nodig.	Hoe? • Gestructureerde bevraging van het (para)medisch team door de hoofdverpleegkundige. • Korte kennistest voor en na vorming rond de escalatie en zorgpad. • Audit van patiëntendossiers (controle op gebruik van MOAS, screening, IPASS en STOP5). • Bespreking van resultaten tijdens multidisciplinair teamoverleg. • Feedbackmomenten na implementatiefase (kwalitatieve evaluatie door zorgteam en hoofdverpleegkundige).	ijst, IPASS en STOP5) • Observatie van klinische praktijk en teamwerking • Bespreking tijdens teamvergaderingen en feedbackmomenten • Terugkoppeling van problemen aan de IT-dienst Het (para)medisch team ondersteunt de opvolging door signalen uit de praktijk te rapporteren en verbeterpunten aan te geven. Wie meet en communiceert de resultaten? De hoofdverpleegkundige is verantwoordelijk voor het verzamelen, analyseren en communiceren van de resultaten van de implementatie. De resultaten worden teruggekoppeld naar: • Het (para)medisch team (verpleegkundigen en artsen)
--	---	--	--	---	--	---

		zorgfiguren actief bij de inschatting en aanpak van agitatie door hen te bevragen over triggers, gedrag en effectieve kalmeringsstrategieën. G) Spoedarts + apotheek + kinderpsychiater: De spoedarts, kinderpsychiater en de ziekenhuisapotheek, ontwikkelt en implementeert een gestandaardiseerd farmacologisch protocol voor de aanpak van agitatie. H) (Para)medisch team: Het (para)medisch team voert na elke agitatie-episode een gestructureerde debriefing uit aan de hand van de STOP5-tool en zorgt voor gestandaardiseerde overdracht via IPASS. I) Hoofdverpleegkundige: De hoofdverpleegkundige evalueert de implementatie van het plan op basis van feedback van het zorgteam en stuurt de werkwijze bij				• De kinder- en jeugdpsychiater • Het bredere multidisciplinaire overleg zoals psycholoog en sociaal werker Wanneer? • Eerste evaluatie: 3 maanden na start van de implementatie (januari 2027) • Tussentijdse opvolging: tijdens teamvergaderingen (maandelijks of per kwartaal) • Eindevaluatie: april – juni 2027
--	--	--	--	--	--	--

		waar nodig om de kwaliteit van zorg te verbeteren.				
--	--	--	--	--	--	--

9.3 Tijdschema

Begeleidingsgesprek 1: 28/10/2025	Kennismaking Toelichting onderwerpkeuze Bespreking planning Verwachtingen besproken Vragen besproken 6/11/2025: gesprek met de hoofdverpleegkundige van zorggroep myna, afdeling spika 7/11/2025: gesprek met de hoofdverpleegkundige van spoed Sint-Trudo
Begeleidingsgesprek 2: 27/11/2025	Uitwerking van probleemstelling en probleemanalyse Vragen besproken BAP per mail opgestuurd 20/11/2025, 7 dagen voor de bespreking. 10/01/2026: contact per mail, met kwaliteitsmanager zorggroep myna 12/01/2026: telefonisch contact met reling
Begeleidingsgesprek 3: 29/01/2026	Feedback verwerkt van stap 1 en 2 Doelstellingen, onderzoeksvraag en zoekstrategie uitgeschreven Vragen besproken BAP per mail opgestuurd 24/01/2026, 5 dagen voor de bespreking.
Begeleidingsgesprek 4: 23/04/2026	Feedback verwerkt van stap 3 en 4 Gebruikte literatuur markeren in de geselecteerde bronnen Literatuurselectie, antwoord en conclusie uitgeschreven Vragen besproken BAP per mail opgestuurd 16/04/2026, 7 dagen voor de bespreking.
Begeleidingsgesprek 5: 13/05/2026	Feedback verwerkt van stap 5, 6 en 7 Abstract, aanbevelingen en implementatieplan uitschrijven 5 dagen voor overleg doorsturen naar de stagebegeleider Opdracht presentatie en verdediging nalezen Opnieuw de studiewijzer en evaluatiecriteria doornemen Vragen besproken BAP per mail opgestuurd 5/05/2026, 7 dagen voor de bespreking.

Deadlines:	25/05/2026: BAP + presentatie ingediend Vorbereiding gemaakt voor verdediging 4/06/2026
------------	--

Figuur 2:

TABLE 6 Pharmacologic considerations for acute agitation by diagnosis.

Diagnosis	Medication
Neurodivergent	Consider extra dose of patient's home medication Risperidone (PO) or Chlorpromazine (PO/IM) or Olanzapine (PO/IM) or Clonidine (PO) or Aripiprazole (PO)
Delirium	Risperidone (PO) or Olanzapine (PO/IM) or Clonidine (PO)
Anxiety/trauma/ PTSD	Lorazepam (PO/IM/IV)
Mania or psychosis	Consider extra dose of patient's home medication Risperidone (PO) or Quetiapine (PO) or Chlorpromazine (PO/IM) or Olanzapine (PO/IM) or Haloperidol (PO/IM)
Oppositional defiant disorder or conduct disorder	Chlorpromazine (PO/IM) or Lorazepam (PO/IM) or Olanzapine (PO/IM) or Risperidone (PO)
Undifferentiated agitation	Moderate agitation: diphenhydramine (PO/IM) or olanzapine (PO/IM) or lorazepam (PO/IM) Severe agitation: haloperidol (PO/IV/IM) ± lorazepam (PO/IM) or chlorpromazine (PO/IM) or olanzapine (PO/IM) ketamine (IV/IM)

Abbreviations: IM, intramuscular; IV, intravenous; PO, oral; PTSD, post traumatic stress disorder.

Figuur 3:

TABLE 5 Pharmacologic considerations for acute agitation in intoxication or withdrawal.

Benzodiazepine or alcohol intoxication	Haloperidol (PO/IV/IM)
Benzodiazepine or alcohol withdrawal or stimulant intoxication	Lorazepam or midazolam (PO/IM/IV) May add haloperidol for severe agitation or hallucinations
Opioid withdrawal	Clonidine (PO) or opioid agonists (methadone) or partial agonists (buprenorphine-naloxone)
Phencyclidine intoxication	Lorazepam (PO/IM/IV)
Intoxication from unknown substance	Lorazepam (PO/IM/IV) Add haloperidol for severe agitation or hallucinations

Abbreviations: IM, intramuscular; IV, intravenous; PO, oral.

Figuur 4:

Table 3. Medications for acute agitation in children

Medication	Dosing	Onset of action	Adverse effects	Additional considerations
Diphenhydramine	p.o./i.m.: 1 mg/kg/dose Max dose-50 mg/dose Max daily dose - child: 50-100 mg Adolescent: 100-200 mg	p.o.: 1 h i.m.: 5-15 min	-Paradoxical worsening -Sedation	-Avoid in delirium -Can cause disinhibition or delirium in young children and children with developmental delay -Can co-administer with Haloperidol to prevent extrapyramidal symptoms
Lorazepam	p.o./i.m./i.v.: 0.05-0.1 mg/kg/dose Max dose-2 mg/dose Max daily dose-Child: 4 mg Adolescent: 6 mg	p.o.: 20-30 min i.m./i.v.: 15-30 min	-Paradoxical worsening -Sedation -Respiratory depression	-Preferred for agitation caused by intoxication -Can cause disinhibition or delirium in young children and children with developmental delay -Do not co-administer i.v. or i.m. lorazepam with i.m. olanzapine due to risk of respiratory suppression
Clonidine	p.o.: 0.05-0.1 mg	p.o.: 30-60 min	-Hypotension -Bradycardia -Rebound hypertension or tachycardia -Sedation	-Consider for use if there is a reason to avoid neuroleptics -Avoid giving with benzodiazepine or atypical antipsychotics due to hypotension risk
Haloperidol	p.o./i.m.: 0.05-0.1 mg/kg/dose Child: 2 mg/dose Adolescent: 5 mg/dose Max daily dose - child: 5 mg Adolescent: 15 mg	p.o.: 1 h i.m.: 15-30 min	-QTc prolongation -Risk of extrapyramidal symptoms -Neuroleptic malignant syndrome -Hypotension	-Can co-administer with diphenhydramine to prevent extrapyramidal symptoms
Chlorpromazine	p.o./i.m.: 0.55 mg/kg/dose Max dose-50 mg/dose Max daily dose-Child: 75-100 mg Adolescent: 200 mg	p.o.: 30-60 min i.m.: 15 min	-QTc prolongation -Risk of extrapyramidal symptoms -Neuroleptic malignant syndrome -Hypotension -Sedation	-Can co-administer with diphenhydramine to prevent extrapyramidal symptoms
Olanzapine	p.o./i.m.: 0.1 mg/kg/dose Child: 2.5 mg/dose Adolescent: 5 mg/dose	p.o.: 20-30 min i.m.: 15 min	-Risk of extrapyramidal symptoms -Neuroleptic malignant syndrome -Hypotension -Anticholinergic effects	-Can be more sedation than haloperidol and has less risk for cardiac adverse events or extrapyramidal symptoms -Do not co-administer i.v. or i.m. lorazepam with i.m. olanzapine due to risk of respiratory suppression