

Wet verplichte ggz (Wvggz)

Fivoor

Handboek Verplichte zorg

Versie februari 2026

Dit beleidsplan (op grond van artikel 2:2 Wvggz) geldt in beginsel voor alle locaties van Fivoor. De Wet verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (hierna: Wvggz), de Toetsingskaders Terugdringen insluiting (2025) en Verplichte zorg (2022) van de IGJ en de Handreiking Somatische Zorg vormen hiervoor de voornaamste uitgangspunten. Hieruit volgt dat dit handboek op FPC de Kijvelanden slechts van toepassing is wanneer hier patiënten worden opgenomen op grond van de Wvggz.

Dit document geeft een overzicht van hoe vorm en uitvoering wordt gegeven aan verplichte zorg binnen Fivoor. Hiermee wordt beoogd de verplichte zorg binnen Fivoor tot een minimum te beperken. Dit onderwerp wordt bewaakt door het Bureau Geneesheer-Directeur en het team Kwaliteit & Veiligheid.

Dit document is ter advies voorgelegd aan de cliëntenraad van Fivoor.

Wet verplichte ggz (Wvggz)

Fivoor

Inhoudsopgave

Uitgangspunten verplichte zorg	3
1. Preventie of voorkomen van verplichte zorg	3
a. Ambulant	4
b. Wier	4
c. Overige Forensische Zorg (OFZ)	4
d. TBS.....	5
2. Familie en naasten.....	5
3. Uitvoering van verplichte zorg.....	6
a. De zorgverantwoordelijke.....	7
b. Veiligheid van medewerkers	9
c. Inzet tolk	9
d. Verplichte zorg in voorafgaand aan een crisismaatregel	9
e. Tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties	9
f. Insluiting	10
g. Ambulante verplichte zorg.....	14
h. Registratie van verplichte zorg	17
i. Registratie van verplichte zorg	17
4. Continuïteit van zorg	17
5. Somatische zorg en de Wvggz	18
6. Borging.....	18
Bijlage 1: relevante publicaties	20

Wet verplichte ggz (Wvggz)

Fivoor

Uitgangspunten verplichte zorg

Fivoor heeft ervoor gekozen om de Wvggz uit te voeren en niet de Wet Zorg en Dwang. De Wvggz-locaties van Fivoor staan geregistreerd in het Locatieregister.

Fivoor voorziet in een regionaal aanbod aan forensische en intensieve psychiatrische zorg. Patiënten kunnen behandeling krijgen op grond van de Wvggz in de volgende behandelcentra: Wier, FPK, FPA, AFZ, FVK, FPC en Ambulant. Daarnaast is Fivoor gespecialiseerd in de behandeling van bijzondere doelgroepen, zoals mensen met een verstandelijke beperking en tbs-gestelden. Met dit zorgaanbod vervult Fivoor haar maatschappelijke opdracht: mensen met een psychiatrische stoornis die voor de samenleving of voor zichzelf een gevaar vormen, behandelen en begeleiden, met als doel het maatschappelijk risico en de kans op herhaling terug te dringen. Deze doelgroep kenmerkt zich door meervoudige, veelal complexe problematiek bestaande uit ernstige psychiatrische en persoonlijkheids- en/of verslavingsproblematiek, soms in combinatie met een verstandelijke beperking.

Het is inherent aan de doelgroep dat verplichte zorg niet altijd kan worden voorkomen. In dat geval wordt verplichte zorg zo kort als mogelijk ingezet en vindt alleen plaats als er geen alternatieven meer voorhanden zijn. De inzet van verplichte zorg dient altijd proportioneel, doelmatig en veilig te zijn.

1. Preventie of voorkomen van verplichte zorg

De diversiteit aan doelgroepen en locaties binnen Fivoor maakt dat er op verschillende locaties op verschillende manieren wordt gewerkt aan de preventie van verplichte zorg. Dit doet recht aan de situatie van de betrokken patiënten en sluit aan bij de diverse behandelmethodes die binnen de organisatie worden ingezet.

Aan de basis hiervan staat een aantal elementen dat voor heel Fivoor van toepassing is:

Elke patiënt heeft een vorm van een crisissignaleringsplan. Hierin wordt aan de hand van concreet gedrag beschreven hoe te handelen bij een dreigende crisis.

Verplichte zorg wordt waar mogelijk voorkomen en zal alleen plaatsvinden als vrijwillige zorg geen mogelijkheid meer is. Is verplichte zorg toch noodzakelijk dan duurt deze zo kort als mogelijk en zo lang als nodig. De overweging of de verplichte zorg beëindigd kan worden, wordt periodiek en onderbouwd vastgelegd in het patiëntendossier.

Er wordt gewaakt voor een teamcultuur waarbinnen verplichte zorg normaal wordt gevonden. De aandachtsfunctionarissen vervullen hierin een belangrijke rol.

Naast deze basis worden hieronder, per zorgdomein, de belangrijkste preventieve interventies beschreven.

Wet verplichte ggz (Wvggz)

Fivoor

a. Ambulant

Alle ambulante centra werken volgens de principes van herstelgerichte zorg. Hierbij ligt de nadruk op de behoeften en mogelijkheden van de patiënt en wordt gestreefd naar autonomie. De maatschappelijke inbedding is daarom al vanaf dag één onderwerp van gesprek.

Met behulp van (crisis)signaleringsplannen wordt een eventuele crisis of terugval vroegtijdig gesignaleerd en verplichte zorg voorkomen. Fivoor streeft naar het gebruik van een uniform format voor een crisissignaleringsplan in alle regio's.

Als het toestandsbeeld van een patiënt verslechtert, wordt de zorg geïntensiveerd. De lichtst geboden vorm is poliklinische behandeling, maar zo nodig kan worden opgeschaald naar verschillende vormen van (F)ACT zorg of klinische opname.

b. Wier

Wier biedt verschillende niveaus van zorg en beveiliging aan haar doelgroep (SGLVG). Hierdoor is het goed mogelijk de zorg op te schalen, of juist af te schalen. De klinieken van Wier werken hierbij patiëntvolgend, waardoor ook bij wisseling van kliniek dezelfde behandelaar betrokken blijft. Het signaleringsplan heeft een belangrijke rol in de signalering van spanningsopbouw. De afdelingen bieden, binnen de grenzen van hun doelgroep en beveiligingsniveau, verschillende interventies om de spanningsopbouw te keren. In de klinieken van Wier bestaat de mogelijkheid om onder expliciete voorwaarden op vrijwillige basis (met open deur) tot rust te komen in de separeerruimte.

Wier de Kei is een locatie, geen Wvggz-accommodatie en daarmee kan verplichte zorg in de vorm van opname in accommodatie niet worden toegepast.

c. Overige Forensische Zorg (OFZ)

Wanneer patiënten worden opgenomen in een van de klinieken van domein OFZ, is vaak al een traject met preventiemaatregelen doorlopen. De meeste patiënten binnen OFZ zijn niet volledig vrijwillig in behandeling, bijvoorbeeld omdat behandeling een voorwaarde is van hun strafrechtelijke titel. Toch wordt er binnen de mogelijkheden van de kliniek hard aan gewerkt om verplichte zorg tot een minimum te beperken. Zo zetten de klinieken zich in om de samenwerking met (F)ACT teams te optimaliseren om een crisis en escalatie te voorkomen. De klinieken werken met een crisis(signalerings)plan en met motiverende gespreksvoering.

In de regio's Rotterdam, Den Haag en Utrecht is een FHIC beschikbaar, waarbinnen de zorg kan worden geïntensiveerd. Bij een dreigende escalatie bestaat de mogelijkheid om 1-op-1 begeleiding te bieden. Conform het FHIC-model wordt in deze gevallen nabijheid geboden in plaats van vrijheid te beperken. Alle FHICs hebben een Comfort room waar iemand kan worden ingesloten en tot rust kan komen maar niet kan slapen.

Wet verplichte ggz (Wvggz)

Fivoor

De FPK in Rotterdam beschikt over een afzonderingskamer als alternatief voor de separeer. Deze kamer is op de afdeling en heeft cameratoezicht. Ook hier wordt waar nodig en zo mogelijk 1-op-1 begeleiding geboden vanuit het FHIC-model. Binnen OFZ is de FPK de enige kliniek waar fixatie kan plaatsvinden.

d. TBS

Hoewel FPC De Kijvelanden wel is aangemerkt als Wvggz- locatie, wordt in het zorgdomein tbs in principe niet gewerkt met de Wvggz. Verplichte zorg kan worden geboden op grond van de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelde. In afwachting van doorstroming naar een vervolgvoorziening is het mogelijk om na afloop van de tbs-maatregel ter overbrugging een Wvggz-maatregel in te zetten. Ter preventie van verplichte zorg maakt de afdeling tbs gebruik van de methode vroegsignalering. In uitzonderlijke gevallen kunnen op grond van hoofdstuk 9 van de Wvggz patiënten met een zorgmachtiging in de FPC worden geplaatst.

Onderdeel van het zorgdomein tbs is de Blink (een RIBW en extramurale afdeling), waar naast tbs-gestelden ook OFZ- en vrijwillige patiënten verblijven. De Blink is niet geregistreerd als Wvggz locatie. Als er verplichte zorg aan een van de OFZ-patiënten moet worden verleend, gebeurt dit vanuit de ambulante behandeling. De ambulant regiebehandelaar blijft dan zorgverantwoordelijke.

2. Familie en naasten

Bij aanvang van de behandeling wordt patiënten altijd gevraagd naar relevante familie en/of naasten. Deze worden, voor zover de patiënt hiervoor toestemming geeft, zo veel mogelijk betrokken bij de behandeling. Deze betrokkenheid staat los van de rol die familie en naasten kunnen vervullen als vertegenwoordiger of mentor.

De Wvggz beschrijft een aantal momenten waarop familie en naasten kunnen worden betrokken:

- Bij de voorbereiding, uitvoering, wijziging en beëindiging van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging (artikel 2:1);
- Bij het opstellen en bij de toepassing van een zelfbindingsverklaring (artikel 4:1);
- Bij het opstellen van een eigen plan van aanpak, teneinde een zorgmachtiging te voorkomen (artikel 5:5);
- Bij het opstellen, evalueren en actualiseren van de zorgkaart (artikel 5:12);
- Bij het opstellen, evalueren en actualiseren van het zorgplan (artikel 5:13);
- Bij beëindiging van de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging (indien dit noodzakelijk is omdat essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk verkeer van betrokkene ontbreken) (artikel 8:18).

Wezenlijk is de betrokkenheid van familie en naasten op die momenten dat een patiënt in crisis raakt. Om dan zo goed mogelijk aan te kunnen sluiten bij de wensen van de patiënt wordt een

crisissignaleringsplan opgesteld. Hierin worden de wensen en behoeften van een patiënt beschreven op verschillende momenten in de aanloop naar een crisissituatie. Bij het opstellen van dit plan is expliciete aandacht voor de rol die naastbetrokkenen kunnen spelen. Dat kan variëren van geen enkele betrokkenheid, telefonisch contact tot bezoek.

Bij vrijheidsbeneming (insluiting, afzondering) worden familie en naasten betrokken bij de evaluatie, indien de patiënt hier behoefte aan heeft.

Het complete familiebeleid van Fivoor is hier te vinden.

3. Uitvoering van verplichte zorg

Wanneer geen vrijwillige behandeling meer mogelijk is, biedt de Wvggz verschillende opties voor verplichte zorg. Voordat deze kunnen worden toegepast moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- Er is sprake van dreigend 'ernstig nadeel' voor de patiënt zelf of voor anderen. Dit kan acuut zijn, zoals de dreiging van fysiek geweld naar anderen, maar betreft ook iemand die zichzelf zwaar verwaarloost.
- Er zijn geen vrijwillige behandelmogelijkheden meer.
- De ingezette verplichte zorg voldoet aan de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit, doelmatigheid en veiligheid.

Proportionaliteit: is het resultaat in verhouding tot hoe ingrijpend de verplichte zorg is?

Subsidiariteit: is dit de minst ingrijpende manier om het te bereiken? Of zijn er nog andere manieren?

Doeltreffendheid: hoeveel winst wordt behaald met deze interventie? Hoeveel vermindert het risico op ernstig nadeel?

Veiligheid: zijn de risico's van deze interventie in verhouding tot het resultaat? Denk b.v. aan bijwerkingen bij medicijngebruik of verhoogd suïcide-risico bij insluiting. Vanwege haar doelgroep kijkt Fivoor hierbij niet alleen naar de veiligheid van de patiënt zelf maar ook naar de veiligheid van medepatiënten en medewerkers.

De toepassing van de verplichte zorg moet vervolgens gelegitimeerd worden. Binnen de Wvggz kan dat op de volgende grondslagen:

- De zorgmachtiging (ZM).
- De (machtiging tot voortzetting van) crisismaatregel (CM);
- Beslissing tot tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan de crisismaatregel;

Wet verplichte ggz (Wvggz)

- Beslissing tot tijdelijke verplichte zorg in een noodsituatie;
- Bependingen vanuit art. 9.6 en art. 9.8 Wvggz.

Fivoor houdt bij de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van deze machtigingen rekening met de wensen en voorkeuren van betrokkene ten aanzien van de zorg. Dit wordt vastgelegd in een zorgkaart en een zorgplan.

Tijdens zorgplanbesprekingen wordt de (verplichte) zorg geëvalueerd; waar nodig wordt dit ook besproken met de wettelijk vertegenwoordiger.

Patiënten met tbs-dwangverpleging of een PIJ-maatregel, die zijn opgenomen in een Wvggz accommodatie, vallen onder Hoofdstuk 9 Wvggz. Het gaat hier veelal om patiënten die met transmuraal verlof in een OFZ-kliniek verblijven. Dit betekent dat zij na opname een zorgverantwoordelijke krijgen toegewezen, er z.s.m. een zorgplan wordt opgesteld en, als er geen overeenstemming over het zorgplan bereikt wordt, dwangbehandeling of in noodsituatie M&M (max. duur 3 dagen) kan worden ingezet. Meer informatie over forensische patiënten binnen de Wvggz is te vinden in verschillende factsheets en werkinstructies.

a. De zorgverantwoordelijke

Binnen Fivoor vervult de verantwoordelijk regiebehandelaar in principe ook de rol van zorgverantwoordelijke.

De uitzondering hierop betreft de AVG-arts, psychotherapeut en de orthopedagoog generalist. Zij kunnen binnen de Wvggz geen zorgverantwoordelijke zijn. Wanneer een zorgverantwoordelijke geen psychiater is, zal de zorgverantwoordelijke vanuit goed professioneel handelen de psychiater betrekken waar nodig. In welke situaties dit nodig is, wordt beschreven in de tabel hieronder.

Verantwoordelijkheid	In overleg met psychiater	Beslissing zorgverantwoordelijke
De beoordeling van wilsbekwaamheid (1:5)	x	
Opstellen zelfbindingsverklaring met betrokkene (hoofdstuk 4)		x
Opstellen zorgkaart met betrokkene (5:12)		x
Vaststellen zorgplan (5:13)		x
Het stellen van een diagnose (5:14 lid 1 onder a)		x
Aanwezigheid bij zittingen voor ZM (6:1 lid 6 onder e)		x
Zorgdragen voor aanleg van dossier en verslaglegging (8:4)		x

Wet verplichte ggz (Wvggz)

Fivoor

De beslissing tot het verlenen van verplichte zorg, met uitzondering van:		x
De beslissing tot het verlenen van verplichte zorg zijnde opname (8:9)	x	
De beslissing tot het verlenen van verplichte zorg zijnde medicatie (8:9)	x	
De beslissing tot het verlenen van verplichte zorg zijnde insluiting (8:9)	x	
De beslissing tot het verlenen van verplichte zorg zijnde afzondering (8:9)	x	
De beslissing tot onderzoek aan kleding, persoon, woonruimte (8:14)		x
Mondelinge toelichting geven op de huisregels (8:15 lid 4)		x
Indienen verzoek tot overplaatsing bij GD (8:16)		x
Indienen verzoek tot tijdelijke onderbreking van verplichte zorg bij GD (8:17)		x
Indienen verzoek tot beëindiging van verplichte zorg bij GD (8:18)		x
Voor forensisch patiënten uit hoofdstuk 9 geldt verder:		
Verantwoordelijkheid	Psychiater	Elke zorgverantwoordelijke
Evalueren uitvoering CM/voortzetting CM/ZM (8:21)		x
Beslissen op verzoek inzage dossier door nabestaanden (8:27)		x
Verweer voeren bij klachtencommissie (hoofdstuk 10)		x
Opstellen zorgplan (9:4)		x
Verplichte behandeling (9:6)	x	
Middelen en maatregelen (9:8) niet zijnde medicatie of insluiting		x
Middelen en maatregelen (9:8) zijnde medicatie	x	
Middelen en maatregelen (9:8) zijnde insluiting (eigen kamer)	x	
Beperkingen in het recht op het ontvangen van bezoek, bewegingsvrijheid en communicatiemiddelen (9:9)		x

Wet verplichte ggz (Wvggz)

Fivoor

LET OP: Bij de uitvoering van beslissingen tot het verlenen van verplichte zorg op basis van de crisismaatregel of zorgmachtiging, zal een zorgverantwoordelijke die geen psychiater is eerst overeenstemming met de geneesheer-directeur bereiken. Volgens het mandateringsbesluit kan de GD dit mandateren aan de psychiater.

Meer over de rolverdeling tussen de verschillende functies en rollen is te lezen in het Professioneel statuut Fivoor.

b. Veiligheid van medewerkers

De veiligheid van medewerkers is belegd in de bouwsteen Veilig Werken, waaronder de richtlijn agressie en veiligheid op de werkvloer en het ARBO preventieplan. Hier wordt onder meer ingegaan op het scholingsaanbod m.b.t. de-escalerend werken en werkafspraken over het aan- en afmelden bij huisbezoeken.

c. Inzet tolk

In die gevallen dat vrijheidsbeneming nodig is (insluiting, fixatie) en de patiënt geen of onvoldoende Nederlands spreekt, wordt zo snel als mogelijk conform artikel 1:8 van de Wvggz een tolk ingezet.

De beschikbaarheid en werkwijze rondom de inzet van tolken is per locatie verschillend. De klantnummers per locatie t.b.v. dienstverlening vanuit het Tolk- en Vertaalcentrum Nederland (TVCN) zijn op intranet te vinden.

d. Verplichte zorg in voorafgaand aan een crisismaatregel

Voorafgaand aan de crisismaatregel mag maximaal 18 uur verplichte zorg worden geboden, terwijl de crisismaatregel wordt voorbereid. Vanaf het moment dat betrokkene door een psychiater wordt onderzocht ten behoeve van de medische verklaring mag er niet meer dan twaalf uur voorafgaand aan de crisismaatregel verplichte zorg worden ingezet. Dit kan alleen wanneer redelijkerwijs mag worden verwacht dat een crisismaatregel zal worden genomen.

Wie de beslissing hiertoe kan nemen, is afhankelijk van de aard van de zorg. Voor medicatie en insluiting en opname is dit een psychiater. Voor overige vormen van verplichte zorg kan dit binnen Fivoor door elke regiebehandelaar worden besloten.

Zie voor meer informatie [Verplichte zorg voorafgaand aan de crisismaatregel](#)

e. Tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties

Als er al een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of een zorgmachtiging aanwezig is, maar de benodigde vorm van verplichte zorg daar niet in is

Wet verplichte ggz (Wvggz)

Fivoor

opgenomen kan de benodigde verplichte zorg alleen worden toegepast als er sprake is van een noodsituatie, vervolgens kan je een aanvraag doen om de machtiging uit te breiden.

In geval van verzet tegen voorgestelde zorg kan de zorgverantwoordelijke beslissen tot verplichte zorg ter afwending van een noodsituatie gelet op:

- Het risico op ernstig nadeel;
- De veiligheid binnen de locatie (dit kan zowel klinisch als ambulantly gelden);
- De bescherming van rechten en vrijheden van anderen;
- De voorkoming van strafbare feiten.
- Als het medicatie, insluiting of de beoordeling van wils(on)bekwaamheid betreft kan alleen een psychiater de beslissing nemen.

Zie voor meer informatie de werkinstructie Tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties.

f. Insluiting

Onder de Wvggz worden alle vormen van eenzame opsluiting samengevat onder de noemer 'insluiting'. Insluiting kan dus separatie betekenen, maar ook afzondering en insluiting in de eigen kamer.

Wanneer een patiënt wordt ingesloten, ongeacht in welke ruimte, gaat dit meestal gepaard met hiermee samenhangende beperkingen zoals bezoek, communicatie en toezicht. Deze beperkingen worden opgenomen in de motivatie in de artikel 8.9 brief. Er wordt geen aparte brief of aparte registratie opgestart, tenzij de patiënt zich hier actief tegen verzet (verbaal of fysiek). De beperkingen worden ook apart aangezegd in geval dit noodzakelijk wordt geacht vanuit het toestandbeeld van de patiënt.

Bij insluiting wordt de insluitrapportage (te vinden in het EPD) onder vragenlijsten ingevuld en definitief gemaakt.

Insluitingen kennen een uitvoeringskader wat gevormd wordt door het Toetsingskader terugdringen insluiting. Dit toetsingskader is in werking sinds maart 2025. Fivoor neemt het toetsingskader als uitgangspunt voor alle vormen van insluiting, waarbij er voor insluiting op de eigen kamer een aantal aanpassingen geldt. Deze worden hieronder beschreven.

Insluiting op de eigen kamer

Er is sprake van insluiting op de eigen kamer wanneer een patiënt op zijn kamer moet blijven of wordt teruggebracht en de patiënt zich hiertegen verzet (met woorden of in gedrag). Er kan ook sprake zijn van insluiting op grond van de Wvggz wanneer de deur niet op slot gaat. Bepalend is of de patiënt zelf mag beslissen wanneer hij/zij de kamer verlaat. Is dat niet het geval dan wordt insluiting geregistreerd in de dwangregistratie.

Wet verplichte ggz (Wvggz)

Fivoor

Indien de patiënt geen Wvggz-titel heeft en er is insluiting nodig, dan dient de procedure voor verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel te worden opgestart. Het is belangrijk om dit formeel aan te zeggen en vast te leggen.

Er worden twee hoofdcategorieën onderscheiden binnen de insluiting:

Eenmalige, kortdurende (max. 1 uur) insluiting

- Een begeleidingsplan of programma hoeft niet te worden opgesteld.
- Het toezicht wordt vormgegeven conform toetsingskader; er is tenminste elk kwartier zicht op de patiënt. Bij fysieke agressie kan het toezicht ook worden vormgegeven via de intercom.

Langdurige insluiting (langer 1 uur)

- Er wordt een begeleidingsplan of programma opgesteld en uitgereikt aan de patiënt. Dit gebeurt (zo nodig) elke dag opnieuw.
- De arts/psychiater wordt dagelijks betrokken als de patiënt is ingesloten. Hier kan van worden afgeweken, dit leg je dan vast in het dossier (crisissignaleringsplan). Echter bij somatische klachten, is het van belang dat de patiënt elke dag wordt beoordeeld door een arts (of psychiater). Indien geïndiceerd kan ook de regiebehandelaar de beoordeling op zich nemen.
- Verpleging heeft elk uur contact met de patiënt met de deur open (face to face). Indien dit in de nacht niet mogelijk is omdat het de nachtrust (22.00-07.30 uur) verstoort, dien je in het dossier op te nemen dat je hiervan afwijkt.
- Er is minimaal elk uur gericht toezicht op de ingesloten patiënt, dus vaker indien nodig. Met gericht toezicht is bedoeld: kort face to face contact om te controleren of het goed gaat met patiënt. Een eenduidige norm hiervoor is niet mogelijk. De beslissing hierover is aan de professional (psychiater) en is situatie gebonden en moet standaard in het dossier worden opgenomen.
- Consultatie bij langdurige insluiting is van toepassing zoals beschreven verderop in dit hoofdstuk.
- De noodzaak voor voortzetting van de insluiting komt binnen OFZ bij iedere voortgangsbespreking (VGB) aan de orde. Dit geldt ook voor Wier, tenzij er al sprake is van mobilisatie op de afdeling, dan kan hier gemotiveerd van worden afgeweken.
- Indien de insluiting langer dan een week duurt, dan moet de insluiting elke week worden geëvalueerd volgens het insluitformat voor artsen.

Scheurkleding

Het uitgangspunt is dat insluiting altijd in eigen kleding gebeurt. Mogelijk gevaarlijke voorwerpen, zoals een riem of schoenveters, blijven buiten de separeer. Indien een patiënt met eigen kleding niet goed gefouilleerd kan worden en/of de kleding van dat moment is niet veilig, dan krijgt de

Wet verplichte ggz (Wvggz)

Fivoor

patiënt een scheurhemd. Wanneer het voldoende veilig wordt geacht krijgt de patiënt een schone set eigen kleding aangeboden zonder riem of andere gevaarlijke kledingstukken.

Bij een verhoogd risico op suïcidaliteit of zelfbeschadigend gedrag is scheurkleding niet direct geïndiceerd. Alleen wanneer een toename van toezicht als nadelig voor de patiënt wordt gezien, kan scheurkleding bij suïcidaliteit worden overwogen. Bijvoorbeeld wanneer toezicht regressiebevorderlijk werkt, of spanning juist toeneemt of met toezicht het gevaar niet kan worden afgewend. In andere situaties blijft een begeleider in de voorruimte zicht op de patiënt in eigen kleding houden.

Indien het gebruik van scheurkleding niet voorkomen kan worden, moet deze afweging worden vastgelegd in het dossier. De arts beoordeelt bij elk bezoek of de inzet van scheurkleding kan worden beëindigd en legt zo nodig vast waarom dit niet het geval is.

Consultatie

Zoals voorgeschreven in het toetsingskader wordt bij langdurige insluitingen (in een separeerverblijf, afzonderingsruimte, extra beveiligde kamer (EBK) consultatie gestart volgens onderstaand schema. De afdelingen ontvangen van de afdeling Kwaliteit & Veiligheid een signaal dat de termijn dreigt te verstrijken met de vraag of de afdeling een consultatie organiseert.

De consultatie wordt aangevraagd wanneer de grens van het aantal uren (bijvoorbeeld 84 uur) wordt bereikt, en niet pas wanneer de maximale termijn (b.v. een week) is bereikt.

Bij insluiting op de eigen kamer wordt afgeweken van onderstaande consultatietermijnen.

Gelet op de specifieke doelgroep van Fivoor, wordt een consultatie bij één week bij insluiting op de eigen kamer niet als helpend ervaren. Bij drie weken insluiting op de eigen kamer wordt een consultatie gepland door een onafhankelijk psychiater. Bij zes weken door een onafhankelijk teamconsulent en bij dertien weken wordt een externe collegiale consultatie gepland met een vergelijkbaar behandelteam. De mogelijkheid bestaat om de casus te bespreken in het Wvggz overleg. Voor het Wvggz overleg wordt de patiënt eerst kort gezien door een externe expert (dus iemand buiten Fivoor) en in het Wvggz wordt de casus besproken en er wordt ter plekke gerapporteerd.

Wet verplichte ggz (Wvggz)

Fivoor

# Consultatie	Van toepassing wanneer patiënt	Uitgevoerd door	Bij insluiting op de eigen kamer
1	In één week meer dan 84 uur (de helft van 7 x 24 uur) ingesloten in een separeerverblijf	<p>Een onafhankelijk psychiater. Deze spreekt de behandelaar en zo mogelijk de patiënt. De onafhankelijk psychiater stelt het advies over de mogelijkheden van de-escalatie en bekorting van de insluiting op schrift.</p> <p>Een onafhankelijke psychiater kan een psychiater zijn die op de afdeling, het zorgdomein of team werkt maar die niet inhoudelijk betrokken is bij de behandeling.</p>	Geen consultatie
2	In drie weken meer dan 252 uur (de helft van 21 x 24 uur) ingesloten	<p>Onafhankelijk teamconsulent onderzoekt met het multidisciplinaire team wat het aandeel van het team in de casus is, welke inzichten en handreikingen mogelijk zijn voor het team ter beëindiging van de insluiting en voor het inzetten van alternatieven.</p> <p>Een onafhankelijk teamconsulent kan een psychiater of een klinisch psycholoog zijn, een senior regiebehandelaar met veel klinische ervaring van een ander team.</p>	Een onafhankelijk psychiater.
3	In zes weken meer dan 504 uur (de helft van 42 x 24) ingesloten.	<p>Externe collegiale consultatie bij een vergelijkbaar behandelteam. Met dit team vindt een casusoverleg plaats waar ook alle eerder geconsulteerde experts voor worden uitgenodigd. In dit overleg wordt gezocht naar alle denkbare mogelijkheden om het behandelteam van aanvullende inzichten en handreikingen te voorzien ter beëindiging van de insluiting en voor het inzetten van alternatieven.</p> <p>Met externe experts wordt bedoeld twee of meer medewerkers met ieder een andere discipline die werkzaam zijn in een ander zorgdomein (of in een andere organisatie).</p>	Onafhankelijk teamconsulent. Hiermee wordt bedoeld een regiebehandelaar liefst met klinische expertise en kennis van de Wvggz
4	In 13 weken meer dan 1092 uur (de helft van 91 x 24 uur) in de separeer- of afzonderingsruimte (of een combinatie van beide) verbleef.	<p>Externe experts van buiten de instelling, die nog niet eerder waren geconsulteerd in deze casus.</p> <p>CCE zou hier een mogelijkheid kunnen zijn.</p>	Externe collegiale consultatie door een vergelijkbaar behandelteam.

Wet verplichte ggz (Wvggz)

Fivoor

Verlengen

Herhaalde consultatie: indien insluiting na de vierde consultatie niet beëindigd kan worden, betreft de behandelend psychiater elke zes weken een externe consulent bij de behandelplanbespreking.

In USER staat een format voor een separatie-consultatie, dit moet gebruikt worden bij consultaties. Het eerste deel wordt ingevuld door de zorgverantwoordelijke en het tweede deel door degene die de consultatie uitvoert.

Nabespreking insluiting

Als de insluiting is beëindigd, wordt dit besproken met de patiënt. Binnen Fivoor hebben we hier een format voor dat gebruikt kan worden. De evaluatie moet aantoonbaar zijn.

g. Ambulante verplichte zorg

Zorg op basis op basis van vrijwilligheid is het uitgangspunt. Binnen een ambulante setting wordt dit assertieve zorg genoemd. De afdelingen MJD en B&B kunnen hierbij ondersteunen, waarbij zij zich richten op andere facetten van het welzijn van de patiënt anders dan zorg (denk aan financiële ondersteuning). Wanneer het ernstig nadeel niet kan worden afgewend in het vrijwillig kader, wordt verplichte zorg overwogen.

Fivoor volgt de [Handreiking Ambulante verplichte zorg](#) van de NVvP. Het uitgangspunt van zowel deze handreiking als van Fivoor is om dicht bij de huidige praktijk te beginnen.

Wanneer sprake is van actief (fysiek) verzet zal klinische opname worden overwogen. Hieruit volgt dat er in principe geen verplichte zorg in de thuissituatie wordt toegepast. Als de machtiging wel in die mogelijkheid voorziet, wordt de zorg alleen geboden als de patiënt meewerkt.

Mocht er ondanks aanhoudend (verbaal) protest toch verplichte zorg moeten worden ingezet, wordt in het zorgplan opgenomen:

- als een thuissituatie NIET geschikt is,
- welke vormen van toezicht nodig zijn,
- hoeveel zorgverleners (één of twee) de zorg moeten verlenen en
- hoe de bereikbaarheid buiten kantoor tijden is georganiseerd.

Voor de ambulante verplichte zorg gelden aanvullende kaders die volgen uit hoofdstuk 2 van het Besluit verplichte ggz en zijn vastgelegd in de bovengenoemde Handreiking ambulante verplichte zorg en. Deze kaders staan hieronder beschreven (i t/m iv).

Wet verplichte ggz (Wvggz)

Fivoor

Voordat wordt overgegaan tot ambulante verplichte zorg...

moet worden afgewogen of ambulante verplichte zorg voldoende veilig is voor zowel patiënt, diens omgeving als medewerkers of dat klinische opname noodzakelijk is. De voorkeuren van de patiënt wegen hierin zwaar.

Wanneer in de ambulante setting medicatie moet worden toegediend op basis van een zorgmachtiging of crisismaatregel, kan het zijn dat de patiënt wordt geïnformeerd dat wanneer hij/zij niet meewerkt dit een opname tot gevolg kan hebben. Dan is er sprake van dwang en zal een artikel 8.9 brief uitgereikt moeten worden voordat mag worden overgegaan tot het toedienen van de verplichte medicatie.

i. Zorgplan

Voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan overlegt de zorgverantwoordelijke met ten minste één andere deskundige over de volgende onderwerpen:

- Toezicht op patiënt en de te verrichten zorg;
- Veiligheid van de patiënt, medewerkers en naasten;
- Het aantal zorgverleners dat nodig is om de verplichte zorg uit te voeren (max. 2).

Deze deskundige kan een orthopedagoog, verslavingsarts of arts verstandelijk gehandicapten zijn indien dit specialisme relevant is voor de casus en niet wordt vertegenwoordigd door de zorgverantwoordelijke. In andere gevallen is een multidisciplinaire afweging voldoende.

Ook zal er in het zorgplan ten minste aandacht zijn voor:

- De voorkeuren van de patiënt;
- De betrokkenheid en voorkeuren van familie en naasten;
- De betrokkenheid van ketenpartners (woonbegeleiding, reclassering, wijkteam).

Het zorgplan wordt binnen vier weken na de start geëvalueerd.

ii. Toezicht

Om doelmatige en veilige verplichte zorg te kunnen leveren, zal een bepaalde vorm van toezicht nodig zijn. Dit kan toezicht bij het innemen van orale medicatie (veiligheid) zijn, toezicht op het naleven van een verplichting bijvoorbeeld om te douchen of om dagbesteding te volgen (doelmatigheid). In het zorgplan wordt per vorm van verplichte zorg vastgelegd hoe dit toezicht eruit ziet.

Het is mogelijk om, indien zij hiermee instemmen, derden te betrekken bij het toezicht. Hierbij valt te denken aan woonbegeleiding of ouders. Als derden betrokken worden, worden de samenwerkingsafspraken opgenomen in het zorgplan zodat zij ook periodiek geëvalueerd

Wet verplichte ggz (Wvggz)

Fivoor

worden. In de toekomst is het waarschijnlijk dat technologie een rol gaat spelen bij het uitoefenen van toezicht, bijvoorbeeld in de vorm van domotica.

iii. Veiligheid van medewerkers

Aanvullend op wat er eerder is beschreven bij Veiligheid van medewerkers, is er binnen de ambulante setting aanvullende aandacht voor de veiligheid van medewerkers.

Het zorgplan beschrijft per vorm van verplichte zorg door hoeveel hulpverleners (maximaal twee) de zorg tenminste verleend wordt. In deze beslissing wordt de locatie van de afspraak meegewogen (op de poli, bij iemand thuis of in een woonvoorziening) en hoe groot de kans op fysiek verzet is. Deze afspraken worden periodiek geëvalueerd.

Fysiek verzet

Als een patiënt zich fysiek verzet zal de zorg niet verleend kunnen worden. De zorgverantwoordelijke wordt hierover geïnformeerd en zal vervolgsbeleid afstemmen.

Als voorafgaand aan het contact fysiek verzet verwacht wordt, kunnen aanvullende maatregelen worden overwogen:

- het verplaatsen van het contact naar een andere locatie, b.v. de polikliniek;
- het informeren of meenemen van een tweede collega;
- het informeren of meenemen van politie.

In acute situaties wordt 112 gebeld.

Met de mogelijkheden om verplichte zorg in de thuissituatie toe te passen ontstaat een vergroot risico op machtsmisbruik door zorgverleners, maar ook op valse beschuldigingen van machtsmisbruik. Ter voorkoming van machtsmisbruik en ter bescherming van haar medewerkers hanteert Fivoor de volgende uitgangspunten:

- bij aanstelling controleert Fivoor of haar medewerkers bevoegd- en bekwaam zijn en, voor zover van toepassing, BIG-geregistreerd;
- voor iedere nieuwe medewerker wordt een verklaring omtrent gedrag opgevraagd;
- zorgvuldige verslaglegging wordt aangemoedigd en ondersteund door middel van een handreiking;
- afstand en nabijheid zijn onderdeel van het inwerkprogramma;
- interne protocollen zoals de gedragscode, werkinstructies en het professioneel statuut stellen eisen aan de handelwijze van medewerkers;
- de geneesheer-directeur en collega's zijn beschikbaar voor overleg over casuïstiek.

iv. Bereikbaarheid en ondersteuning voor de patiënt en diens naasten

Uit het Besluit verplichte ggz volgt dat een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar moet zijn voor verzoeken om hulp van de patiënt of diens naasten, naar aanleiding van de verleende verplichte zorg. Deze bereikbaarheid zal binnen kantooruren worden geleverd door het team wat

Wet verplichte ggz (Wvggz)

Fivoor

de zorg verleent. Buiten kantoor tijden wordt deze geleverd door de klinische achterwachten, bereikbaar via de ANW-hoofden die de eerste triage zullen doen.

Regio Den Haag	weekend dag en avond	06 22 93 11 57
	nacht Monsterseweg (FPA, CIB)	06 51 40 90 92
	nacht Albardastraat (CDP, DVV, WL)	06 22 93 11 57
Regio Rotterdam		010 503 12 12
Regio Utrecht		06 51 85 87 65

Vanzelfsprekend moet de patiënt worden geïnformeerd over de bereikbaarheid buiten kantoor tijden.

h. Registratie van verplichte zorg

Voor de registratie van verplichte zorg zijn landelijke richtlijnen. Informatie(producten) hierover zijn te vinden op de website van De Nederlandse ggz: [De Wet verplichte ggz: rechten en plichten](#) en op [Wet verplichte ggz \(Wvggz\) | Informatiepunt dwang in de zorg](#)

Daarnaast zijn binnen USER verschillende documenten en formats beschikbaar voor het registreren van inhoudelijke informatie, zoals een separatie begeleidingsplan. Deze zijn te vinden onder de Wvggz vragenlijsten.

i. Registratie van verplichte zorg

In de uitvoering van de Wvggz wordt veel patiënten-informatie gedeeld met een groot aantal partijen. Hierbij wordt het volgende uitgangspunt gehanteerd.

Wanneer mag je informatie delen?

Hiervoor gelden dezelfde uitgangspunten als voor het beroepsgeheim, je mag informatie delen op grond van: wettelijke grondslag, contractuele bepaling, vitaal belang of met toestemming van de patiënt.

Voor de informatie-uitwisseling met een gemeente t.b.v. het verkennend onderzoek, is een aparte werkinstructie opgesteld.

4. Continuïteit van zorg

Binnen de behandeltrajecten van Fivoor is altijd aandacht voor de continuïteit van zorg, ongeacht of het verplichte of vrijwillige zorg betreft.

Wet verplichte ggz (Wvggz)

Fivoor

Voor een soepele overgang van verplichte naar vrijwillige zorg, en andersom, worden de volgende middelen ingezet:

- Zorgafstemmingsgesprekken (ZAG);
- Warme overdracht waar mogelijk;
- Intakes waar mogelijk;
- Geschaalde zorg, zowel ambulant als klinisch;
- Nazorg.

Hierbij worden de huisarts, familie en naasten zoveel mogelijk betrokken. Hierbij worden zowel de verplichtingen voortkomend uit de Wvggz als de privacy van de patiënt gerespecteerd.

Afdelingoverstijgend zet Fivoor zich in voor de continuïteit van zorg als:

- Actieve gesprekspartner van de Nederlandse GGZ, de NVvP, NIP en de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Justitie en Veiligheid waar het gaat om knelpunten in de keten (financiering, samenloop Wvggz en Wzd);
- Pilotregio voor de Ketenveldnorm Levensloopfunctie;
- Aanbieder van (forensisch) beschermd wonen (in ontwikkeling).

5. Somatische zorg en de Wvggz

Fivoor werkt volgens de Handreiking Somatische zorg in de Wvggz. Verplichte somatische zorg wordt alleen ingezet als er sprake is van een causaliteit tussen de weigering van somatische behandeling en de psychische stoornis. Indien er sprake van een verband, dient er multidisciplinair overleg te zijn waarin de vormen van noodzakelijke zorg gericht op psychisch en somatisch herstel worden besproken en vastgelegd in een zorgplan.

Binnen Fivoor komt verplichte somatische zorg nauwelijks voor. Indien dit speelt, wordt tijdig overlegd met het ziekenhuis of andere somatische specialisten.

6. Borging

Het beleid zoals beschreven wordt op verschillende manieren geborgd;

- Scholing
Medewerkers worden geschoold in de Wvggz en er worden periodiek deskundigheidsbevorderingen op de afdelingen georganiseerd.
- Intranet
Voor het breed verspreiden en herhalen van informatie.
- Aandachtsfunctionarissen
Voor het verspreiden van informatie, het beantwoorden van vragen en monitoren van uitvoering.

Wet verplichte ggz (Wvggz)

Fivoor

- Afdelingsprocessen en werkinstructies in Documentbeheer
Voor breed toegankelijke, actuele en volledige informatie.
- Formats in EPD voor b.v. evaluatie, arts- en verpleegkundige rapportage, begeleidingsplan
Waarin de uitvoeringseisen verwerkt zijn, zodat deze altijd in beeld zijn.
- Bureau Geneesheer-directeur telefonisch beschikbaar voor vragen
Om, bij twijfel over de toepassing van verplichte zorg, steun en duidelijkheid te kunnen bieden aan medewerkers.
- Regionale Wvggz overleggen
Zorgverantwoordelijken (een afvaardiging van) komen vier keer per jaar bij elkaar, samen met de geneesheer-directeur en het bureau geneesheer-directeur. Dit overleg dient om problemen in de uitvoering van de Wvggz te signaleren en waar mogelijk op te lossen. Lopende processen en afstemming met ketenpartners worden geëvalueerd. Tevens wordt casuïstiek besproken.
- Aanwezigheid van een patiëntenvertrouwenspersoon in de organisatie.
Er is goed contact met de patiëntvertrouwenspersonen. Indien zij signalen ontvangen dat de verplichte zorg niet juist wordt uitgevoerd, nemen zij contact op.

K&V en de bestuurssecretaris actualiseren jaarlijks het locatieregister van de Wvggz.

Op verschillende manieren wordt gecontroleerd of de borging voldoende is en of de uitvoering van het beleid nog voldoet aan de wensen en verwachtingen van de organisatie en externe partijen. Hiervoor worden intern gebruikt:

- Managementrapportages
- Controles door de aandachtsfunctionarissen
- Controles door de geneesheer-directeur
- Audits door Kwaliteit & Veiligheid
- Kwaliteitsnetwerken FPA, de Borg en FPC/FPK

Extern wordt hiervoor gebruikt:

- Periodieke verantwoording en een jaarlijkse analyse aan de IGJ;
- Periodieke verantwoording aan het ministerie van VWS.

Aandachtsfunctionarissen

Op veel afdelingen kent Fivoor al aandachtsfunctionarissen Verplichte zorg. Hun rol staat beschreven in het document Aandachtsfunctionaris - rolbeschrijving dat op het documentbeheersysteem te vinden is. De aandachtsfunctionarissen hebben tenminste elke drie maanden overleg om kennis en ervaringen uit te wisselen.

Wet verplichte ggz (Wvggz)

Fivoor

Bijlage 1: relevante publicaties

[Toetsingskader terugdringen insluiting | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd](#) (2025)

[Toetsingskader verplichte zorg | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd](#) (2022)

[Handreiking Ambulante Verplichte Zorg, NVvP, 2019](#)

[Handreiking somatische zorg 1.0 | Informatiepunt dwang in de zorg](#)

[Assertieve en verplichte zorg | GGZ Standaarden](#)