Vervaldatum is 09-02-2023

Wvggz

Nieuw jaar, nieuwe wet, nieuwe regels.

Handboek Verplichte Zorg

Juni 2022

Dit document biedt een overzicht van hoe vorm en uitvoering wordt gegeven aan de bouwsteen Verplichte zorg van 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 beleidsplan geldt in beginsel voor alle locaties van Fivoor. De Wet verplichte GGZ en de Toetsingskaders Wet verplichte GGZ (2020) en Terugdringen separeren en afzonderen (2016) van de IGJ vormen de voornaamste uitgangspunten. Hieruit volgt dat dit beleidsplan slechts beperkt van toepassing is op FPC de Kijvelanden.

Dit document is ter advies voorgelegd aan de cliëntenraad van Fivoor.
Dit document zal ten minste jaarlijks worden geactualiseerd.

Inhoud

1. Missie en visie 2
   a. Wet verplichte ggz 2
   b. Aandachtsfunctionarissen 3
2. Preventie 3
   a. Ambulant 4
   b. HIZ 4
   c. OFZ 4
   d. TBS 5
3. Familie en naasten 5
4. Uitvoering van verplichte zorg 6
a. De zorgverantwoordelijke 7
b. Veiligheid van medewerkers 8
c. Inzet tolk 8
d. Verplichte zorg in voorafgaand aan een crisismaatregel 8
e. Tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties 9
f. Insluiting 9

Wvggz

Nieuw jaar, nieuwe wet, nieuwe regels.

Scheurkleding 9

Consultatie 11

g. Ambulante verplichte zorg 12

i. Zorgplan 12

ii. Toezicht 13

iii. Veiligheid van medewerkers 13

iv. Bereikbaarheid en ondersteuning voor de patiënt en diens naasten 14

h. Registratie van verplichte zorg 14

i. Privacy en informatieveiligheid 14

5. Continuïteit van zorg 15

6. Borging 15

Bijlage 1: Gerelateerde documenten 17

Bijlage 2: Toetsingskader terugdringen separeren en afzonderen 18

1. Missie en visie

Fivoor biedt een regionaal aanbod aan forensische en intensieve psychiatrische zorg vanuit verschillende locaties: FPC, FPK, FPA, resocialisatiecentrum, poli- en dagbehandelingsklinieken, Hoog Intensieve (klinische) zorg, MJD, budgetbeheer en GGZ Reclassering. Tevens is Fivoor gespecialiseerd in de behandeling van bijzondere doelgroepen, zoals mensen met een lichte verstandelijke beperking en tbs-gestelden.
Met dit zorgaanbod vervult Fivoor haar maatschappelijke opdracht: het behandelen en begeleiden van mensen met een psychiatrische stoornis die voor de samenleving of voor zichzelf een gevaar vormen.

Als derdelijns instelling voor forensische en intensieve psychiatrie bedient Fivoor een doelgroep die vanwege ontwrichtend gedrag veelal maatschappelijk is vastgelopen. 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. De behandeling van de patiënten van Fivoor is gericht op stabilisatie, herstel en het verbeteren van de integratie van de patiënt in de samenleving. Het terugdringen van het risico op herhaling van normoverschrijding, gevaarlijk gedrag of delict gedrag speelt hierin een grote rol. Het gaat dan om gedragingen die een ernstige bedreiging zijn voor de eigen veiligheid of die van anderen. Het welzijn en de veiligheid van de patiënt, diens omgeving en de medewerkers van Fivoor staan voorop.
Het is inherent aan de doelgroep dat verplichte zorg niet altijd voorkomen kan worden bij de stabilisatie of bij het doorbreken van gedragsproblemen. Indien verplichte zorg niet is te voorkomen wordt dit zo kort als mogelijk ingezet. De inzet van verplichte zorg vindt plaats als er geen alternatieve voorhanden zijn en dient altijd proportioneel, doelmatig en veilig te zijn.

Wvggz

Nieuw jaar, nieuwe wet, nieuwe regels.

a. Wet verplichte ggz

De implementatie van de Wet verplichte ggz is belegd in een project. Dit is gestart begin 2019 en zal in ieder geval doorlopen in 2020. De stuurgroep bestaat uit Elsa Doze (Kwaliteit & Veiligheid) en Jasper Schetters (Bureau geneesheer-directeur). Het kernteam bestaat uit Cynthia Hemelaar (Bureau geneesheer-directeur) en Willemien Wiggers (Kwaliteit & Veiligheid) en wordt verder aangevuld met een projectteam bestaande uit collega's gekoppeld aan verschillende organisatieonderdelen.

Gelijktijdig met de Wvggz treed ook de Wet zorg en dwang (Wzd) in werking. Fivoor heeft er voor gekozen de Wet zorg en dwang (Wzd) niet uit te voeren, gelet op :

- De gecombineerde problematiek van haar patiënten;
- De huidige aanmerking van haar klinieken als psychiatrisch ziekenhuis, niet als zwakzinnigeninrichting[1];
- De splitsing in de Wvggz en de Wzd om een onderscheid te maken tussen behandeling en (langdurige) woonbegeleiding. Gezien de gemiddelde opnameduur binnen Fivoor, is het behandelperspectief (Wvggz) meer passend.

Een meer uitgebreide onderbouwing is te vinden in de memo zorg en dwang.

b. Aandachtsfunctionarissen

Op veel afdelingen kent Fivoor al aandachtsfunctionarissen Verplichte zorg. Hun rol staat beschreven in het document Aandachtsfunctionaris - rolbeschrijving welke op het documentbeheersysteem te vinden is.

De rol van aandachtsfunctionaris bestaat naast en ter ondersteuning van de lijnaansturing en vormt een verbindende schakel tussen werkvloer, management en Kwaliteit & Veiligheid. De rol is vierledig, een aandachtsfunctionaris is

1) Aanspreekpunt; voor het team, management en K&V
2) Voorlichter; voor het team
3) Bewaker; van risico's
4) Beheerder; van afspraken en beleid.

De aandachtsfunctionarissen hebben tenminste elke 4 maanden overleg om kennis en ervaringen uit te wisselen.

[1] als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder h, van de Wet bopz. Toezicht vanuit inspectie vindt dan ook plaats door de zorgsector geestelijke gezondheidszorg van IGJ en niet vanuit de zorgsector gehandicaptenzorg van IGJ.

2. Preventie

De diversiteit aan doelgroepen en locaties binnen Fivoor maakt dat er op verschillende locaties verschillend 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 staan een aantal elementen welke voor heel Fivoor van toepassing zijn:

- Elke patiënt heeft een vorm van preventieplan. Hierin wordt aan de hand van concreet gedrag beschreven hoe te handelen bij een dreigende crisis.
- Verplichte zorg wordt waar mogelijk voorkomen. 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.

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 ook al vanaf dag één onderwerp van gesprek.

Met behulp van crisis-preventieplannen of (crisis)signaleringsplannen wordt een eventuele crisis of terugval vroegtijdig gesignaleerd en verplichte zorg voorkomen. Er zijn regionale verschillen in welke plannen gebruikt worden.

Als het toestandsbeeld van een patiënt verslechterd, 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.

Bij uitstroom wordt er, wanneer mogelijk, gewerkt met een terugval preventieplan.

b. HIZ

Het Centrum Intensieve Behandeling (CIB) heeft als vast onderdeel van haar behandelaanbod dagelijkse emotie-regulatietherapie. Het CIB biedt daarnaast een scala aan activiteiten om in geval van spanningsopbouw, verplichte zorg te voorkomen. In eerste instantie zijn dit activiteiten zoals basketballen, pingpong en knutselen. Ook beschikt de afdeling over een comfort room. In uitzonderlijke gevallen kunnen patiënten vrijwillig gesepareerd worden om tot rust te komen.
De afdeling maakt, gezien de doelgroep, bewust de keuze om geen 1-op-1 begeleiding aan te bieden. Wel is er elke dienst ruimte voor een gesprek met de 24uurszorg.

Ten aanzien van suïcidaal gedrag, wat binnen het CIB relatief veel voorkomt, heeft de afdeling aanvullend op het Fivoor beleid een suïcidecode. Hiermee wordt suïcidaliteit vroegtijdig gesignaleerd zodat verplichte zorg zo veel mogelijk voorkomen kan worden.

Het CDP biedt een vergelijkbaar breed aanbod van activiteiten om, in geval van spanningsopbouw, verplichte zorg te voorkomen. Ook een kamerprogramma en, in uitzonderlijke gevallen, vrijwillige separatie behoren tot de mogelijkheden.
Om spanningsopbouw vroeg te signaleren wordt gebruikt gemaakt van de BVC en wordt gewerkt met Doelsymptomen en gevaarsfactoren. Deze ondersteunen de staf bij het signaleren van risicogedrag waardoor er vroegtijdig geïntervenieerd kan worden.

Wier biedt, binnen haar behandelcentrum, 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 in Den Dolder werken hierbij patiëntvolgend, waardoor ook bij wisseling van kliniek dezelfde behandelaar betrokken blijft.
Het Crisis Preventie ActiePlan (CPAP) 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. Zo bieden de gesloten klinieken de mogelijkheid om vrijwillig tot rust te komen in de separeerruimte (met open deur).

c. OFZ

Wanneer patiënten worden opgenomen binnen een van de klinieken van OFZ is vaak al een traject met preventiemaatregelen doorlopen. De meeste patiënten binnen OFZ zijn niet volledig vrijwillig in behandeling, bijvoorbeeld omdat de 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 crisis en escalatie te voorkomen. Ook wordt binnen alle klinieken gewerkt met een vorm van een crisis(signalerings)plan en met motiverende gespreksvoering.

In de regio's Rotterdam en Utrecht is een FHIC beschikbaar (Den Haag is in ontwikkeling), waarbinnen de zorg kan worden geïntensiveerd. Zo is er de mogelijkheid om, bij een dreigende escalatie, 1-op-1 begeleiding te bieden. Conform het FHIC model wordt in deze gevallen nabijheid geboden in plaats van vrijheid te beperken. Ook is er een comfortroom beschikbaar.

Ook de FPK in Rotterdam beschikt over een Comfort room waar patiënten op verzoek gebruik van kunnen maken. Ook wordt hier waar nodig en mogelijk 1-op-1 begeleiding geboden, vanuit het FHIC model.

d. TBS

Binnen het zorgdomein TBS wordt in principe niet gewerkt onder de Wvggz. Wel kan er verplichte zorg worden geboden op grond van de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden. Ter preventie van verplichte zorg wordt binnen de TBS gewerkt met de methode vroegsignalering

Onderdeel van het MT TBS is de Blink, waar naast TBS-gestelden ook OFZ- en vrijwillige patiënten verblijven. Ook 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.

3. Familie en naasten

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

Er zijn een aantal momenten in de behandeling wanneer familie en naasten, op grond van de Wvggz, worden betrokken:

- Bij de voorbereiding, uitvoering, wijziging en beëindiging van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging (art. 2:1);
- Bij het opstellen en bij de toepassing van een zelfbindingsverklaring (art. 4:1);
- Bij het opstellen van een eigen plan van aanpak, teneinde een zorgmachtiging te voorkomen (art. 5:5);
- Bij het opstellen, evalueren en actualiseren van de zorgkaart (art. 5:12);
- Bij het opstellen, evalueren en actualiseren van het zorgplan (art. 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) (art. 8:18).

Wezenlijker is de betrokkenheid van naasten op momenten dat een patiënt in crisis is. Om ook op deze momenten zo goed mogelijk aan te sluiten bij de wensen van de patiënt, kan een crisisplan of zorgkaart worden opgesteld. Hierin worden de wensen en behoeften van een patiënt op verschillende momenten in aanloop naar een crisissituatie beschreven. Bij het opstellen van dit plan is expliciete aandacht voor de rol die naastbetrokkenen kunnen spelen. Deze kan variëren van geen enkele betrokkenheid, telefonisch contact, bezoek of, indien de faciliteiten het toestaan, rooming-in.

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

Het complete familiebeleid van Fivoor is hier te vinden.

4. Uitvoering van verplichte zorg

Wanneer de preventieplannen onvoldoende hebben gewerkt, biedt de Wet verplichte ggz verschillende mogelijkheden voor verplichte zorg. Voordat deze kunnen worden toegepast moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- Er dreigt een ernstig nadeel voor de patiënt of anderen.
  Dit kan acuut zijn, zoals dreiging van fysiek geweld naar anderen, maar ook iemand die zichzelf zwaar verwaarloost valt onder het begrip 'ernstig nadeel'.
- 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

De toepassing van de verplichte zorg moet vervolgens gelegitimeerd worden. Dit kent vier vormen:

- Tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan de crisismaatregel;
- Verplichte zorg in noodsituatie;
- De crisismaatregel (CM);
- De zorgmachtiging (ZM).

Fivoor houdt bij de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging rekening met de wensen en voorkeuren van betrokkene ten aanzien van de zorg en legt deze vast.

Patiënten met TBS dwangverpleging of een PIJ-maatregel, die zijn opgenomen in een Wvggz accommodatie, vallen onder H 9 Wvggz. Dit betekent dat zij na opname een ZV 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) kunnen worden ingezet. Meer informatie over forensisch patiënten binnen de Wvggz is te vinden in verschillende factsheets en werkinstructies op fivoor.nl/wvggz.

Wvggz

Nieuw jaar, nieuwe wet, nieuwe regels.

a. De zorgverantwoordelijke

Met de introductie van de Wet verplichte ggz is ook een nieuwe rol geïntroduceerd: de zorgverantwoordelijke. Deze rol lijkt op die van de psychiater binnen de Wet BOPZ, maar is breder en mag worden vervuld door een bredere groep professionals.

Binnen Fivoor vervult de regiebehandelaar in principe 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 zorg-verantwoordelijke
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
De beslissing tot het verlenen van verplichte zorg (anders dan onderstaande) (8:9)*		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 separatie (8:9)	x	
De beslissing tot het verlenen van verplichte zorg zijnde afzondering (8:9)	x	
De beslissing tot het verlenen van verplichte zorg zijnde insluiting op de eigen kamer (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 gelden 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 separatie		x
Middelen en maatregelen (9:8) zijnde medicatie	x	
Middelen en maatregelen (9:8) zijnde separatie	x	
Beperkingen in het recht op het ontvangen van bezoek, bewegingsvrijheid en communicatiemiddelen (9:9)		x

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

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.

Voor ambulante verplichte zorg gelden een aantal aanvullende maatregelen. Zie hiervoor hoofdstuk 3giii Ambulante verplichte zorg - veiligheid van medewerkers.

c. Inzet tolk

In die gevallen dat vrijheidsbeneming nodig is (separatie, insluiting, afzondering, fixatie) en de patiënt geen of onvoldoende Nederlands spreekt, wordt 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 Fivoordeur 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. 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 separatie is dit een psychiater. Voor overige vormen van verplichte zorg kan dit, binnen Fivoor, door elke regiebehandelaar worden besloten.

Zie voor meer informatie de werkinstructie Verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel.

e. Tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties

Als er al wel een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging aanwezig is, maar de benodigde vorm van verplichte zorg daar niet in is opgenomen kan de benodigde verplichte zorg alleen worden toegepast als er sprake is van een noodsituatie.

Een regiebehandelaar kan, indien er sprake is van verzet, 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 ambulant gelden);
- De bescherming van rechten en vrijheden van anderen;
- De voorkoming van strafbare feiten.
- Als het medicatie, separatie 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 Wet verplichte ggz (Wvggz) worden alle vormen van eenzame opsluiting samengevat onder de noemer 'insluiting'. Insluiting kan dus betekenen: separatie, afzondering en insluiting in de eigen kamer.

Wanneer een patiënt wordt ingesloten, ongeacht in welke ruimte, worden de beperkingen die hiermee samenhangen (bezoek, communicatie, toezicht) niet apart opgenomen in de 8.9 brief. Alleen wanneer de patiënt zich hier actief verzet, wordt deze verplichte zorg apart aangezegd. Deze werkwijze is besproken met de klachtencommissie van Fivoor.

Afzondering en separatie kennen een uitvoeringskader wat gevormd wordt door het toetsingskader Terugdringen Separeren en Afzonderen van de IGJ (2016). Fivoor neemt het toetsingskader als uitgangspunt voor *alle* vormen van insluiting, waarbij er voor insluiting op de eigen kamer een aantal aanpassingen gelden. Deze worden hieronder beschreven.

Indien nodig kan worden afgeweken van het onderstaande. Dit moet dan beargumenteerd worden vastgelegd in het EPD.

Insluiting op de eigen kamer

Er worden drie hoofdcategorieën onderscheiden binnen de insluiting op de eigen kamer:

Eenmalige, kortdurende (max. 1 uur) insluiting op eigen kamer

- 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.

N.B. als tijdens de insluiting blijkt dat de maatregel niet binnen één uur beëindigd kan worden, worden de richtlijnen zoals hieronder beschreven, toegepast.

Eenmalige, langer durende (langer dan 1 uur, korter dan een dag) insluiting op eigen kamer.

- Er wordt een begeleidingsplan of programma opgesteld en uitgereikt aan de patiënt. Dit gebeurt (zo nodig) elke dag opnieuw.
- Het toezicht wordt vormgegeven door tenminste elk uur contact te hebben met open deur.

Herhaalde langdurige insluiting op de eigen kamer, gedurende de dag

- 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 voor de beoordeling van het toestandsbeeld.
- Het toezicht wordt vormgegeven door tenminste elk uur contact te hebben met open deur.
- Consultatie bij langdurige insluiting is van toepassing zoals beschreven verderop in dit hoofdstuk, m.u.v. de eerste consultatie.

Herhaalde langdurige insluiting op de eigen kamer, gedurende de nacht.

- Een begeleidingsplan of programma hoeft niet te worden opgesteld.

- Bij start van de insluiting wordt ook de verdere betrokkenheid van de arts en psychiater bepaald op geleide van het toestandsbeeld. Dit wordt beargumenteerd vastgelegd in het dossier. Er kan worden afgeweken van de dagelijkse betrokkenheid van arts/psychiater.
- Het toezicht wordt bepaald op geleide van het toestandsbeeld. Dit wordt beargumenteerd vastgelegd in het dossier.
- Consultatie bij langdurige insluiting vindt plaats na 3 maanden, dan wordt in eerste instantie de geneesheer-directeur betrokken om te overleggen of verdere consultatie nodig is.
- De noodzaak voor voortzetting van de insluiting wordt iedere VGB (bij OFZ) en periodiek (bij Wier) geëvalueerd.

Scheurkleding

Het uitgangspunt is dat insluiting altijd in eigen kleding gebeurd. Hierbij kan patiënt wel gevraagd worden mogelijk gevaarlijke voorwerpen, zoals een riem of schoenveters, buiten de separeer te laten. Ook kan de patiënt een schone set eigen kleding worden aangeboden, welke eerst kan worden gecontroleerd op gevaarlijke voorwerpen.

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 met toezicht het gevaar niet kan worden afgewend.

Een andere situatie waarin scheurkleding nodig kan zijn, is wanneer de veiligheid van personeel niet kan worden gewaarborgd. Bijvoorbeeld wanneer patiënt eigen kleding als wapen in kan zetten.

Voor HIZ Den Haag is een apart stroomschema beschikbaar, om te beslissen of er wel/geen scheurkleding wordt gebruikt.

Indien het gebruik van scheurkleding niet voorkomen kan worden, moet deze afweging worden vastgelegd in het dossier. De arts beoordeeld 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 separaties en afzonderingen consultatie gestart conform onderstaand schema. De afdelingen bewaken deze termijnen zelf en organiseren zo nodig de consultatie.

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

# Consultatie	Van toepassing wanneer patiënt	Uitgevoerd door

1	In één week meer dan 84 uur (de helft van 7 x 24 uur) in de separeer- of afzonderingsruimte (of een combinatie van beide) verbleef.	Een onafhankelijk psychiater. Deze spreekt de behandelaar en zo mogelijk de patiënt.
2	In drie weken meer dan 252 uur (de helft van 21 x 24 uur) in de separeer- of afzonderingsruimte (of een combinatie van beide) verbleef.	Een geneesheer-directeur. Deze onderzoekt met het team wat hun aandeel in de casus is en welke inzichten, handreikingen en alternatieven er nog mogelijk zijn.
3	In zes weken meer dan 504 uur (de helft van 42 x 24) in de separeer- of afzonderingsruimte (of een combinatie van beide) verbleef.	Externe collegiale consultatie bij de psychiater van een vergelijkbaar behandelteam. Een casusoverleg met alle eerder geconsulteerde experts zoekt naar mogelijkheden.
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.	Het CCE, of een kwalitatief vergelijkbaar expertteam.

Fivoor is een specialistische organisatie die zorg biedt aan patiënten met agressief en/of ontwrichtend gedrag. Geregeld worden patiënten naar een klinische afdeling van Fivoor verwezen met als doel een langdurige separatie elders te doorbreken. Hoewel het streven is om een insluiting kortdurend toe te passen in noodsituaties is bij de specifieke doelgroep van Fivoor een langdurende insluiting niet altijd te voorkomen.
De hierboven beschreven wijze van consultatie is dan ook niet altijd van toegevoegde waarde maar vormt wel een grote personele belasting, temeer er landelijk slechts een beperkt aantal vergelijkbare instellingen zijn.
In overleg tussen psychiater, regiebehandelaar en geneesheer-directeur kan worden overwogen af te wijken van bovengenoemd consultatieschema, met name in stap 3 en 4. De genoemde termijnen vormen dan aanleiding voor een intern overleg over de insluiting, waarbij overwogen wordt welke vorm van consultatie het meest bij kan dragen aan het beëindigen van de insluiting.

g. Ambulante verplichte zorg

Fivoor volgt de 'Handreiking ambulante verplichte zorg: Proces en inhoud op hoofdlijnen' van de NVvP. Het uitgangspunt van zowel deze handreiking als Fivoor is om dicht bij de huidige praktijk te beginnen. Immers; ambulante verplichte zorg is relatief onbekend terrein.

Tot die tijd hanteert Fivoor het uitgangspunt dat er in de zorgverlening niets verandert, alleen het wettelijk kader kan veranderen (van BOPZ naar Wvggz). 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; hoewel de machtiging deze mogelijkheid wel biedt, zal de zorg alleen worden geboden als de patiënt meewerkt. De toepassing is daarmee vrijwillig.

Mocht er ondanks aanhoudend (verbaal) protest toch verplichte zorg moeten worden toegepast, 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 kantoortijden is georganiseerd.

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

Een van deze kaders vraagt dat een zorgverlener die werkt buiten de instelling zich als zorgverlener kan legitimeren. Fivoor zal daarom personeelspassen gaan verstrekken.

Voor jeugdigen geldt tot slot nog een aanvullende zorgvuldigheidseis: er moet expliciet worden stil gestaan bij de mogelijke nadelige effecten van de verplichte zorg op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van de patiënt, op zowel de korte als de lange termijn. Dit wordt geborgd in het veiligheidscriterium.

Voordat wordt overgegaan tot ambulante verplichte zorg...
moet worden afgewogen of ambulante verplichte zorg voldoende veiligheid biedt of dat klinische opname noodzakelijk is.
De veiligheid van medewerkers, de patiënt en diens omgeving is hierbij leidend, maar ook de voorkeuren

i. Zorgplan

De zorgverantwoordelijke heeft voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan overleg met ten minste één andere deskundige over de volgende onderwerpen:

- Toezicht op patiënt en de verrichten zorg;

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

Deze deskundige kan bijvoorbeeld zijn een orthopedagoog, verslavingsarts of arts verstandelijk gehandicapten, 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 zijn toezicht bij het innemen van orale medicatie (veiligheid), toezicht op het naleven van een verplichting om bijvoorbeeld te douchen of dagbesteding te volgen (doelmatigheid). In het zorgplan zal per vorm van verplichte zorg worden vastgelegd hoe er toezicht uitgeoefend zal worden.

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 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 in hoofdstuk 4b Veiligheid van medewerkers wordt beschreven, is er binnen de ambulante setting aanvullende aandacht voor de veiligheid van medewerkers.

In het zorgplan zal per vorm van verplichte zorg worden beschreven door hoeveel hulpverleners (max. twee) de zorg tenminste verleend moet worden. 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

De grens van ambulante verplichte zorg ligt bij fysiek verzet. Als een patiënt zich fysiek verzet zal de zorg niet verleend kunnen worden. De zorgverantwoordelijke wordt hierover geïnformeerd en zal vervolgbeleid 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 handelswijze van medewerkers;
- de geneesheer-directeur en collega's zijn beschikbaar voor overleg over casuïstiek;

iv. Bereikbaarheid en ondersteuning voor de patiënt en diens naasten

Vanuit 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 verplicht zorg.
Deze bereikbaarheid zal binnen kantoortijden worden geleverd door het team wat de zorg verleent. Buiten kantoortijden 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	06-22931157
	nacht Monsterseweg (FPA, CIB)	06-51409092
	nacht Albardastraat (CDP, DVV, WL)	06-22931157
Regio Rotterdam		010-5031212
Regio Utrecht		06-51858765

Vanzelfsprekend moet de patiënt worden geïnformeerd over de bereikbaarheid buiten kantoortijden.

h. Registratie van verplichte zorg

Voor de registratie van verplichte zorg zijn landelijke richtlijnen. Deze richten zich uitsluitend op de tijd- en toedien registratie van de verplichte zorg. Deze informatie wordt verzameld op de website van de Nederlandse GGZ. Beschikbare informatiebronnen:

- Informatieboekje 'registratie van vormen van toegepaste verplichte zorg';
- Snelkaart 'registratie van vormen van toegepaste verplichte zorg';
- Een instructiepresentatie over het registreren van verplichte zorg;
- En een 'vraag en antwoord' document.

Daarnaast zijn binnen USER verschillende documenten en formats beschikbaar voor het registreren van inhoudelijke informatie, zoals een separatie begeleidingsplan. Deze zijn vooralsnog te vinden onder óf de Wvggz vragenlijsten óf de BOPZ vragenlijsten. Op termijn wordt de BOPZ categorie hernoemd.

i. Privacy en informatieveiligheid

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.

5. Continuïteit van zorg

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

Afdeling overstijgend zet Fivoor zich in voor de continuïteit van zorg als:

- Actieve gesprekspartner van GGZ NL, de NVvP 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).

6. Borging

Het beleid zoals beschreven wordt op verschillende manieren geborgd;

- Intranet
  Voor het breed verspreiden en herhalen van informatie.
- Aandachtsfunctionarissen
  Voor het verspreiden van informatie, het beantwoorden van vragen en monitoren van uitvoering.
- 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.
- 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.

Op verschillende manieren wordt gecontroleerd of de borging voldoende is en 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 aan de IGJ;
- Periodieke verantwoording aan het ministerie van VWS.

Wvggz

Nieuw jaar, nieuwe wet, nieuwe regels.

Bijlage 1: Gerelateerde documenten

Deze bijlage bevat een overzicht van alle gerelateerde documenten; factsheets, werkinstructies etc. Deze lijst is opgesteld in januari 2020 en wordt niet geactualiseerd. Voor een actueel overzicht van alle gerelateerde documenten, voorzien van een link naar het documentbeheersysteem, zie de internetnetpagina fivoor.nl/wvggz.

1. Beëindiging bij zorgmachtiging of crisismaatregel
2. Beperkingen
3. Crisismaatregel – aanvragen
4. Onderbreking bij zorgmachtiging of crisismaatregel
5. Onderzoek aan kleding, woonruimte, post
6. Overplaatsing bij zorgmachtiging of crisismaatregel
7. Tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties
8. Verplichte zorg voorafgaand aan de crisismaatregel
9. Toepassen verplichte zorg beslissing werkinstructie
10. Toepassing verplichte zorg uitvoering werkinstructie
11. Wilsonbekwaamheid
12. Zorgmachtiging – aanvragen
13. M&M hoofdstuk 9
14. Informatie-uitwisseling verkennend onderzoek
15. Artikel 2.3
16. Crisismaatregel
16. Eigen plan van aanpak
17. Vertegenwoordiging
18. Wilsonbekwaamheid
19. Zorgmachtiging factsheet
20. Forensisch patiënten

Bijlage 2: Toetsingskader terugdringen separeren en afzonderen

In 2016 heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd het Toetsingskader terugdringen separeren en afzonderen gepubliceerd. Dit toetsingskader blijft van kracht zolang de multidisciplinaire richtlijn dwang en drang nog in ontwikkeling is.

Aanvullend is er een toetsingskader Wvggz ontwikkeld door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Dit toetsingskader is niet van toepassing op de TBS.