



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# Toetsingskader terugdringen insluiting

Utrecht, maart 2025

## Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ziet toe op goede en veilige zorg en jeugdhulp. Om transparant te zijn over wat de inspectie toetst, maakt de inspectie toetsingskaders voor onderdelen van de zorg. Een toetsingskader bestaat uit een aantal normen en daarbij behorende toetsingscriteria. Deze zijn gebaseerd op wetten en regels, veldnormen en richtlijnen die beroepsorganisaties van zorgverleners hebben opgesteld. Hier toetst de inspectie op.

Betekenis van de termen volgens de [Thesaurus Zorg en Welzijn](#):

- > Veldnormen: door het veld opgestelde normen zoals kwaliteitsstandaarden of specifieke beschrijvingen van behandelingen.
- > Toetsingscriteria: concretisering van een norm, zodat deze getoetst kan worden.

### Verplichte zorg op basis van de Wvggz

De IGJ ziet erop toe dat zorgaanbieders terughoudend en zorgvuldig omgaan met dwang in de zorg. Hieronder valt verplichte zorg op basis van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz). Het uitgangspunt is 'nee, tenzij': geen gedwongen zorg, behalve als het niet anders kan. Als dat zo is, dan moeten zorgaanbieders kiezen voor de minst ingrijpende vorm van gedwongen zorg, deze zorgvuldig uitvoeren en beëindigen als dit mogelijk is. Verplichte zorg in zijn geheel wordt getoetst met behulp van het [Toetsingskader verplichte zorg \(Wvggz\)](#).

### Toetsingskader terugdringen insluiting

Insluiting behoort tot de meest ingrijpende vorm van verplichte zorg en dient zoveel mogelijk voorkomen te worden en indien onvermijdelijk, zo zorgvuldig mogelijk te worden toegepast. Dit toetsingskader is ontwikkeld om de zorg aan personen met een psychische stoornis die ingesloten zijn (geweest) te toetsen. Dit kader geldt voor insluiting in een separeerverblijf, afzonderingsruimte, extra beveiligde kamer (EBK), in de eigen kamer of verblijfsruimte en voor overige vormen van insluiten (Wvggz artikel 3:2 lid 2c).

### Thema's

In dit toetsingskader staan thema's waarop de inspectie toetst bij het terugdringen van insluiting. Per thema is een aantal normen beschreven. Deze gaan over de belangrijkste aspecten van de preventie en de zorgvuldige uitvoering van insluiting. Dit toetsingskader bestaat uit 5 thema's:

1. Preventie
2. Teamcultuur
3. Uitvoering van insluiting
4. Consultatie
5. Reductie

Dit toetsingskader vervangt het toetsingskader Terugdringen separeren en afzonderen (2016), dat was opgesteld onder de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Dit toetsingskader wordt zo nodig opnieuw aangepast als wetten en regels veranderen, als er actuele veldnormen zijn ontwikkeld (Multidisciplinaire Richtlijn Dwang en Drang), na wetsevaluaties of na eigen evaluaties van de IGJ.

## 1. Thema Preventie

Al het mogelijke is geprobeerd om insluiten te voorkomen. De rechtsbeginselen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid zijn in acht genomen.

Normen	Bronnen	Toetsingscriteria
1.1 Eigen regie, perspectief van de patiënt staat centraal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikel 2:1 lid 5, lid 6 en lid 7 Wvvgz</li> <li>• Artikel 4:1 Wvvgz</li> <li>• Artikel 4:2 Wvvgz</li> <li>• Artikel 4:3 Wvvgz</li> <li>• MDR Dwang en Drang, 2016</li> <li>• Zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg, 2021: pag. 25, 27, 31, 33, 34, 36, 65 en 73</li> <li>• Werkboek HIC, 2013: pag. 43</li> </ul>	<p>1.1.1 Indien de patiënt een eigen plan van aanpak, zelfbindingsverklaring, zorgkaart, crisiskaart, wilsverklaring en/of triadekaart, heeft, is deze opgenomen in het patiëntendossier, aantoonbaar actueel en is de inhoud ervan aantoonbaar meegenomen in de overweging hoe te handelen. Dit betekent dat de voorkeuren van de patiënt worden gehonoreerd en dat hier alleen gemotiveerd van kan worden afgeweken. Elke afwijking moet vastgelegd worden.</p> <p>1.1.2 Indien patiënt geen crisiskaart o.i.d. heeft, in crisis verkeert en niet aanspreekbaar is, dan is aantoonbaar contact gezocht met naasten of met een ervaringsdeskundige om zoveel mogelijk te handelen vanuit het perspectief van de patiënt</p>
1.2 Opstellen en uitvoeren signaleringsplan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MDR Dwang en Drang, 2016: pag. 42</li> <li>• Zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg, 2021: pag. 31 en 55</li> <li>• Werkboek HIC, 2013: pag. 42</li> </ul>	<p>1.2.1 Bij patiënten die bekend zijn met agressie, suïcidaliteit of ander gevaarzettend gedrag is een op de individuele patiënt toegesneden en met hem/haar afgesproken signaleringsplan opgesteld met als doel escalatie en onveilige situaties te voorkomen.</p> <p>1.2.2 Een signaleringsplan is samen met de patiënt opgesteld en is steeds aangepast aan de actuele situatie van de patiënt, waarbij de wensen van de patiënt herkenbaar zijn opgenomen. Het signaleringsplan geeft per fase aan wat te doen, zowel door team als door patiënt zelf en eventueel door naasten; is in het dossier aanwezig en wordt aantoonbaar toegepast.</p> <p>1.2.3 Er kan alleen gemotiveerd worden afgeweken van toepassing van het plan.</p>

Normen	Bronnen	Toetsingscriteria
		<p>1.2.4 Indien er geen actueel signaleringsplan is opgesteld, omdat de patiënt hier niet aan mee kon werken, dient het risicopreventiebeleid/ crisisbeleid/ de-escalatiebeleid in het dossier te zijn opgenomen.</p>
1.3 Preventiebeleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikel 2:1 lid 1, lid 2 en lid 3 Wvvgz</li> <li>• Artikel 2:2 Wvvgz</li> <li>• Artikel 3:3 Wvvgz</li> <li>• Artikel 8:5 Wvvgz</li> <li>• MDR Drang en Dwang, 2016: pag. 39</li> <li>• Zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg, 2021: pag. 18</li> </ul>	<p>1.3.1 Bij patiënten die tevoren niet bekend waren met agressie, suïcidaliteit en/of gevaarzettend gedrag, zijn alvorens verplichte zorg wordt toegepast, ook zonder signaleringsplan, aantoonbaar eerst minder ingrijpende interventies overwogen dan wel uitgeprobeerd, die deel uitmaken van het preventiebeleid van afdeling en instelling.</p> <p>1.3.2 Er is aantoonbaar tijd en aandacht ingezet om de functie en de oorzaak van het gedrag van de patiënt, dat zou kunnen leiden tot verplichte zorg of vrijheidsbeperking, te begrijpen.</p>
1.4 Beleid bij binnenkomst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MDR Dwang en Drang, 2016: pag. 24, 40 en 50</li> <li>• Zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg, 2021: pag. 32</li> <li>• Werkboek HIC, 2013</li> </ul>	<p>1.4.1 Het "beleid bij binnenkomst" is aantoonbaar uitgevoerd:</p> <p>Bij opname van een patiënt vindt een nieuwe afweging en beoordeling van de situatie plaats, ook al wordt patiënt geboeid, onder politiebegeleiding, binnengebracht en/of ook al heeft de verwijzer insluiting geïndiceerd geacht.</p> <p>Er is aandacht voor een zo gastvrij mogelijke ontvangst van de patiënt die opgenomen wordt: aanbieden van rustige omgeving, eten, drinken, contact met buitenwereld, praktische zorg voor bv dieren, uitleg over de afdeling en uitleg over de situatie.</p> <p>Er is aandacht voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie.</p>

Normen	Bronnen	Toetsingscriteria
1.5 Evaluatie met de patiënt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikel 5:14, lid 1i Wvvgz</li> <li>• Artikel 8:21 Wvvgz</li> <li>• MDR Dwang en Drang, 2016: pag. 102 en 105</li> <li>• Zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg, 2021: pag. 55</li> </ul>	<p>1.5.1 Elke insluiting is aantoonbaar geëvalueerd met patiënt. Indien een insluiting langer dan een week duurt, dan is minimaal eens per week een evaluatie uitgevoerd.</p> <p>1.5.2 Indien evaluatie niet mogelijk is, dient dit in het dossier te worden aangetekend.</p> <p>1.5.3 Bij de evaluatie dienen de ervaringen en eventuele wensen en suggesties van de patiënt een plaats te krijgen. Ook de informatievoorziening aan de patiënt en eventuele naasten alsmede de gezamenlijke besluitvorming moet onderwerp zijn van de evaluatie.</p> <p>1.5.4 Evaluatie gebeurt aan de hand van een format en wordt bij voorkeur uitgevoerd met een ervaringsdeskundige. Ook naastbetrokkenen dienen de mogelijkheid te krijgen deel te nemen aan de evaluaties, tenzij de patiënt hier bezwaar tegen heeft.</p> <p>1.5.5 Indien de evaluaties verbeterpunten voor de zorg opleveren, dan zijn deze aantoonbaar toegepast.</p>
1.6 Evaluatie in het team	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg, 2021: pag. 55-56</li> <li>• Werkboek HIC, 2013: pag. 64 en 82</li> </ul>	<p>1.6.1 Wekelijks worden alle insluitingen multidisciplinair besproken.</p> <p>1.6.2 Indien de evaluaties verbeterpunten voor de zorg opleveren, dan zijn deze aantoonbaar toegepast.</p>
1.7 Risicotaxatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MDR Dwang en Drang, 2016: pag. 102</li> <li>• Zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg, 2021: pag. 79-80</li> <li>• Werkboek HIC, 2013: pag. 59 en 63</li> <li>• HIC Monitor, april 2016: onderdeel 27</li> </ul>	<p>1.7.1 Tijdens het insluiten dient minimaal 2x per dag risicotaxatie te worden verricht, zo mogelijk met hiervoor ontwikkelde instrumenten. Het doel hiervan is om te beoordelen of de insluiting beëindigd kan worden en (intensieve) begeleiding op de afdeling (weer) mogelijk is.</p>

## 2. Thema Teamcultuur

Team: het multidisciplinaire team van de betreffende afdeling.

Teamcultuur: het geheel aan waarden en normen binnen een team; inclusief (ongeschreven) regels over communicatie en omgang met elkaar en met patiënten en een gedeelde visie op de zorg.

Normen	Bronnen	Toetsingscriteria
2.1 Benadering: gastvrij en present	<ul style="list-style-type: none"> <li>MDR Dwang en Drang, 2016: pag. 40 en 116</li> <li>Zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg, 2021: pag.45, 46</li> <li>Werkboek HIC, 2013: pag. 29 e.v. en 118</li> <li>HIC-monitor, april 2016: onderdeel 16</li> </ul>	<p>2.1.1 Er wordt gewerkt met de 'vijf minuten methodiek' of een vergelijkbare methodiek.</p> <p>2.1.2 Overdag is er continu minimaal één teamlid bij de patiënten op de afdeling aanwezig en aanspreekbaar.</p>
2.2 Herstelgerichte attitude/bejegening	<ul style="list-style-type: none"> <li>Artikel 3:4 Wvzgz</li> <li>MDR Dwang en Drang, 2016: pag. 39</li> <li>Zorgstandaard 'Herstelondersteuning', 2021</li> <li>Zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg, 2021: pag. 56</li> <li>Generieke module Dwang en Drang 2019</li> <li>Werkboek HIC, 2013: pag. 24 e.v.</li> <li>HIC-monitor, april 2016: onderdeel 15 en 18</li> </ul>	<p>2.2.1 Het team werkt volgens de principes van herstelondersteunende zorg.</p> <p>2.2.2 Er wordt samengewerkt met de behandelaren van de (ambulante) setting voorafgaand aan de opname en volgend op de opname.</p> <p>2.2.3 Het team besteedt aantoonbaar tijd en aandacht om de functie en de oorzaak van het gedrag van de patiënt, dat zou kunnen leiden tot verplichte zorg of vrijheidsbeperking, te begrijpen.</p>
2.3 Reflectie op eigen handelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg, 2021: pag. 47, 74</li> <li>Werkboek HIC, 2013: pag. 81</li> <li>HIC-monitor, februari 2016: onderdeel 40</li> </ul>	<p>2.3.1 De organisatie faciliteert intervisie en/of supervisie voor de individuele teamleden en voor het gehele multidisciplinaire team.</p>

### 3. Thema Uitvoering van insluiting

Een patiënt die intensieve zorg nodig heeft, laat je niet alleen.

Normen	Bronnen	Toetsingscriteria
3.1 Insluitingsbegeleidingsplan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikel 5:14 Wvvggz</li> <li>• Artikel 8:9 Wvvggz</li> <li>• Artikel 9:8 Wvvggz</li> <li>• MDR Dwang en Drang, 2016: pag. 102 en 112</li> <li>• Zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg, 2021: pag. 54</li> <li>• Werkboek HIC, 2013: pag. 61-64</li> </ul>	<p>3.1.1 Een patiënt die intensieve zorg nodig heeft, laat je niet alleen. Er is een insluitingsbegeleidingsplan, waarin staat hoe vaak er contact is en hoe toezicht op de patiënt wordt uitgevoerd.</p> <p>3.1.2 De wensen en voorkeuren van de patiënt dienen hier zichtbaar in te zijn verwerkt. Dit plan is in het dossier te vinden en aantoonbaar uitgevoerd. Dit betekent hier dat in het dossier per dienst is aangetekend dat het plan is uitgevoerd, uiteraard vergezeld van de eventuele bijzonderheden; en indien het plan niet is uitgevoerd, de redenen hiervoor.</p> <p>3.1.3 In noodsituaties kan meteen een standaardplan gebruikt worden dat voldoet aan de minimumnormen die in dit toetsingskader staan beschreven.</p>
3.2 Inhoud begeleidingsplan		<p>3.2.1 Een begeleidingsplan is op de patiënt toegesneden, en bevat ook diens wensen en voorkeuren over toiletgang, verblijf in buitenlucht en contact met naasten en ervaringsdeskundigen. Er dient inspanning te zijn verricht om de patiënt bij het opstellen van het plan te betrekken.</p> <p>3.2.2 Er is minimaal elk half uur face to face contact tussen patiënt en hulpverleners via het raam of via een gesloten videoverbinding en minimaal elk uur face to face contact tussen patiënt en hulpverleners in dezelfde ruimte (fysieke nabijheid), tenzij de patiënt andere wensen ten aanzien van contact heeft. Voor toezicht via het raam: zie onder 3.3.</p>

Normen	Bronnen	Toetsingscriteria
		<p>3.2.3 Indien de behandelaar inschat dat een bepaalde wens in strijd is met goed hulpverlenerschap, legt hij/zij dit vast in het dossier.</p>
3.3 Toezicht	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toetsingskader Terugdringen separeren en afzonderen 2016, IGZ</li> </ul>	<p>3.3.1 Op een of andere wijze moet voorzien zijn in doorlopend toezicht: hetzij persoonlijk, hetzij via gesloten televisiecircuit (camera).</p> <p>3.3.2 Operationalisatie: Er is minimaal elk kwartier gericht toezicht op de ingesloten patiënt, dus vaker indien nodig. Met gericht toezicht is bedoeld: kijken door het raam van de ruimte waar de patiënt is ingesloten of op de monitor met de intentie om te controleren of het goed gaat met patiënt. Afhankelijk van het toestandsbeeld van de patiënt kan gekozen worden voor persoonlijk toezicht of cameratoezicht. 's Nachts zal vaker worden gekozen voor cameratoezicht, om de patiënt niet te storen in zijn slaap.</p> <p>3.3.3 Een eenduidige norm hiervoor is niet mogelijk. De beslissing hierover is aan de professional (psychiater) en is situatiegebonden.</p>
3.4 Jongeren	<ul style="list-style-type: none"> <li>Artikel 2:1 lid 9 Wvggz</li> </ul>	<p>3.4.1 Patiënten onder de 18 die ingesloten zijn, worden permanent begeleid door een verpleegkundige of sociotherapeut. Met permanente begeleiding is bedoeld dat een verpleegkundige of sociotherapeut permanent beschikbaar moet zijn voor contact en zichtbaar is (in de voorruimte).</p>
3.5 Eigen kleding	<ul style="list-style-type: none"> <li>MDR Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, 2018: pag.56, 66, 68 en 69</li> </ul>	<p>3.5.1 Uitgangspunt is dat de patiënt zijn eigen kleding draagt. Indien er een hoog risico is op suicide, is het aangewezen om de patiënt permanent te begeleiden en/of te bewaken (i.p.v. hem/haar scheurkleding te laten dragen).</p> <p>3.5.2 Met permanente begeleiding is bedoeld dat een verpleegkundige of sociotherapeut permanent</p>



Normen	Bronnen	Toetsingscriteria
		<p>beschikbaar moet zijn voor contact en zichtbaar is (in de voorruimte).</p> <p>3.5.3 Indien deze permanente begeleiding/bewaking door de patiënt niet gewenst is EN daardoor door de professional niet verantwoord geacht wordt, is de beslissing om scheurkleding te gebruiken met een toelichting in het dossier opgenomen.</p>

## 4. Thema Consultatie

Bij langdurige insluiting, indien de insluiting niet beëindigd kan worden, vraagt de behandelend psychiater (externe) consultatie aan.

Normen	Bronnen	Toetsingscriteria
4.1 Consultatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MDR Dwang en Drang, 2016: pag. 104, 116 en 117</li> <li>• Zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg, 2021: pag. 54</li> <li>• Werkboek HIC, 2013: pag. 63</li> </ul>	<p>4.1.1 De consultatie dient te voldoen aan de minimale normen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>1ste consultatie</u>: indien een patiënt in 1 week meer dan 84 uur (= de helft van 7 x 24 uur) ingesloten is. Onafhankelijk psychiater spreekt de behandelaar en zo mogelijk de patiënt en stelt het advies over de mogelijkheden van de-escalatie en bekorting van de insluiting zelf op schrift.</li> <li>• <u>2de consultatie</u>: indien een patiënt in 3 weken meer dan 252 uur (= de helft van 21 x 24 uur) ingesloten is. 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.</li> <li>• <u>3de consultatie</u>: indien een patiënt in 6 weken meer dan 504 uur (= de helft van 42 x 24 uur) ingesloten is, wordt externe collegiale consultatie aangevraagd bij een vergelijkbaar behandelteam uit een andere instelling. Met dit team vindt een casuoverleg plaats waar ook alle eerder geconsulteerde experts bij aanwezig zijn. 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.</li> <li>• <u>4de consultatie</u>: indien een patiënt in 13 weken meer dan 1092 uur (= de helft van 91 x 24 uur) ingesloten is, wordt consultatie aangevraagd bij externe experts van buiten de instelling, die nog niet eerder waren geconsulteerd in deze casus. <i>NB: Het verdient aanbeveling om ook in eerdere stadia ruimte te bieden voor het inroepen van externe consultatie.</i></li> <li>• <u>Herhaalde consultatie</u>: indien insluiting na de vierde consultatie niet beëindigd kan worden, betreft de behandelend psychiater elke zes weken een externe consulent bij de behandelplanbespreking.</li> </ul>

Normen	Bronnen	Toetsingscriteria
		<p>4.1.2 De aanvraag, het advies en het resultaat zijn in het dossier te vinden.</p> <p>4.1.3 Tussentijds dienen naasten van de patiënt aantoonbaar betrokken te worden bij het zoeken naar alternatieven, tenzij de patiënt hier bezwaar tegen heeft.</p>

## 5. Thema Reductie

Normen	Bronnen	Toetsingscriteria
5.1 Digitaal overzicht verplichte zorg, met hierin onderscheid naar de verschillende vormen van verplichte zorg.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikel 2:2 Wvggz</li> <li>• Artikel 8:24 Wvggz</li> <li>• Artikel 8:25 Wvggz</li> <li>• MDR Dwang en Drang, 2016: pag. 38 en 39</li> <li>• Zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg, 2021: pag. 73</li> </ul>	5.1.1 Ter reductie van insluiting is een digitaal overzicht van gegevens (zoals bedoeld in artikel 8.24 lid 1 van de Wvggz) beschikbaar. De gegevens van zowel de instelling als van de afdeling worden over meerdere jaren onderzocht en er is een plan van aanpak opgesteld en geïmplementeerd. In dit plan van aanpak is de doelstelling SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdgebonden) beschreven. Ook is het voorkómen van substitutie naar andere vormen van vrijheidsbeperking hierin opgenomen. In een gesprek licht het team de cijfers toe en maakt het de context duidelijk.
5.2 Aantal toepassingen verplichte zorg ten opzichte van vorig jaar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikel 2:2 Wvggz</li> <li>• Artikel 8:24 Wvggz</li> <li>• Artikel 8:25 Wvggz</li> <li>• MDR Dwang en Drang, 2016: pag. 38 en 39</li> <li>• Zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg, 2021: pag. 74</li> </ul>	5.2.1 Er is een daling bereikt in aantal insluitingen onder dwang, zonder substitutie naar andere vormen van verplichte zorg. In een gesprek licht het team de cijfers toe en maakt het de context duidelijk.

[www.igj.nl](http://www.igj.nl)

Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.