Versie beheer Informatieproduct

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Naam informatieproduct** | **8 9 lid 1 2 en 3 Beslissing en mededeling tot verlenen verplichte zorg - twee varianten** |  |
| Artikel(en) | Wvggz, 8:9 lid 1, 2 en 3 |  |
| Auteur(s) | Kees de Leeuw en Arnout Pullen, Marjolein van Kooij |  |
| Contactgegevens auteur | KCT |  |
| Datum | 14-06-2022 |  |
| Versienummer | V 20  Laatst vastgestelde versie (B1 vertaling): v17 (KUO, 3 juni 2021)  Laatst vastgestelde versie: v13 (Stuurgroep OU, februari 2021)  Laatst gepubliceerde versie: v04 (release 1.1 informatiestandaard) |  |
| Voorheen penvoerder | NVvP |  |
| Wijzigingen t.o.v. vorige versie | Wijzigingen t.o.v. laatst gepubliceerde versie v04:  Beslissing en mededeling gecombineerd in één informatieproduct  Zorgverantwoordelijke kan worden gemandateerd voor het doen van de mededeling, In dat geval hoeft alleen de zorgverantwoordelijk als opsteller te worden benoemd  Er zijn twee varianten gemaakt: een variant die wordt opgesteld door alleen de zorgverantwoordelijke (voor het geval deze is gemandateerd) en een variant die gezamenlijk wordt opgesteld door de geneesheer-directeur en de (niet gemandateerde) zorgverantwoordelijke  Mogelijkheid om te verwijzen naar “waarnemend zorgverantwoordelijke”  Blok “Ondertekening” heet nu “Opgesteld door”  Wijzigingen t.o.v. laatst vastgestelde versie v13:  In de tabel verplichte zorg is de kolom ‘Verwachte maximale duur’ verwijderd. Betreft geen wettelijke verplichting  De aanvink-mogelijkheid en tekstpassage aangaande de verplichting o.g.v. 8:9 lid 4 (dat beoordeling redelijke waardering van belangen heeft plaats gevonden) is aangepast.  Vertaald naar B1-taalniveau  Wijzigingen t.o.v. laatst vastgestelde versie v17:  In geval van gemandateerde zorgverantwoordelijke: Hulpzin aangepast. Start nu met: “Namens de geneesheer-directeur meld ik u dat het voor u belangrijk is om te weten:”  De tabel “Verplichte zorg” blijft inhoudelijk onveranderd, met kolomnamen in begrijpelijke taal  Wijzigingen t.o.v. laatst vastgestelde versie v18:  Verduidelijkende tekst opgenomen over aantekening wilsbekwaamheid. Dit n.a.v. interpretatieverschillen in de praktijk. |  |
| **Afgestemd met** |  | **Datum** |
| Themagroep vereenvoudiging proces en informatieproducten | Bestaande uit praktijkdeskundigen, ervaringsdeskundigen en vertegenwoordigers van dNGGZ, NVvP, V&VN, MIND, Stichting PVP, OM, Landelijke stichting FVP en de Politie | Augustus-december 2020 |
| Werkgroep KUO | Met NVvP, OM, dNGGZ, VWS en PVP | 11-5-2021 |
| Werkgroep Informatiestandaard 5.0 | Bestaande uit dNGGZ, NVvP, StPvP en OM | Maart en april 2022 |
| **Behandeld in** |  | **Datum** |
| Stuurgroep OU | Inhoudelijk vastgesteld | 27-05-2021 |
| KUO | B1-versie vastgesteld | 03-06-2021 |
| Stuurgroep OU | Vaststelling | 14-06-2022 |

Beslissing en mededeling tot verlenen verplichte zorg (art. 8:9 lid 1, 2 en 3, Wvggz)

**{Variant 1: Opsteller is door de geneesheer-directeur gemandateerde zorgverantwoordelijke}**

Aan:

Naam: *[Naam betrokkene]*

Geboortedatum (betrokkene): *[Geboortedatum]*

Woonadres: *[Adres]*

Verblijfsadres (indien afwijkend van woonadres): *[Adres]*

Instelling (indien van toepassing): *[Naam, locatie, afdeling]*

Datum: *[Datum]*

Betreft: Informatie over uw verplichte zorg

Geachte heer/mevrouw *[Naam betrokkene],*

Voor u is een *[crisismaatregel / machtiging voortzetting crisismaatregel / zorgmachtiging]* afgegeven.

Als uw [zorgverantwoordelijke/waarnemend zorgverantwoordelijke]heb ik u op *[Datum]* onderzocht *[en de mogelijkheden met u overlegd/maar door omstandigheden is het niet gelukt om u te spreken].*

**{optioneel, in geval de zorgverantwoordelijk geen psychiater is}**

[ ] Omdat ik zelf geen psychiater ben, heb ik tevens met de geneesheer-directeur overeenstemming bereikt

Met deze brief meld ik u dat ik heb besloten om u verplichte zorg te geven. De verplichte zorg wordt aan u gegeven omdat het uitstellen daarvan niet langer verantwoord is voor u of uw omgeving.

In de tabel hieronder leest u om welke verplichte zorg het gaat en waarom u die krijgt.

De verplichte zorg zal ingaan op *[Datum geplande start verplichte zorg]* en bestaat uit:

**{Instructie: Toon mogelijk alleen de aangekruiste verplichte zorg en laat de overige weg!}**

| **Nr** | **Welke verplichte zorg krijgt u?** | **Waarom krijgt u deze zorg?** |
| --- | --- | --- |
|  | Toediening van vocht |  |
|  | Toediening voeding |  |
|  | Toediening medicatie |  |
|  | Verrichten medische controles |  |
|  | Andere medische handelingen en therapeutische maatregelen |  |
|  | Beperken van de bewegingsvrijheid |  |
|  | Insluiten |  |
|  | Uitoefenen van toezicht op betrokkene |  |
|  | Onderzoek aan kleding of lichaam |  |
|  | Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag-beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen |  |
|  | Controleren op de aanwezigheid van gedrag-beïnvloedende middelen |  |
|  | Aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder het gebruik van communicatiemiddelen |  |
|  | Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek |  |
|  | Opnemen in een accommodatie |  |
|  | Ontnemen van de vrijheid van betrokkene door hem over te brengen naar een plaats die geschikt is voor tijdelijk verblijf als bedoeld in artikel 7:3, derde lid. |  |

**{Optioneel, dit onderdeel is niet nodig als de verplichte zorg beperkt is tot opname in een accommodatie}**

[ ] Ik vind dat u op dit moment *[wel/niet]* in staat bent tot een redelijke waardering van uw belangen ten aanzien van de verplichte zorg die u zal krijgen.

Toelichting: *[Verplichte toelichting in geval betrokkene niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen: geef aan waarom niet, of er een vertegenwoordiger is dan wel wordt gezocht en geef aan wie de vertegenwoordiger is en of deze is geraadpleegd]*

[ ] Ik vind dat ik uw voorkeuren voor verplichte zorg *[wel/niet]* kan volgen. Door het volgen van uw voorkeuren ontstaat *[wel een/geen]* groot risico op ernstig nadeel

Toelichting: *[Verplichte toelichting in geval de voorkeuren van betrokken niet kunnen worden gevolgd: beschrijf de grote risico’s en gevaren]*

Namens de geneesheer-directeur meld ik u dat het voor u belangrijk is om te weten:

* Bent u het niet eens met deze beslissing? Dan kunt u een klacht indienen bij de Klachtencommissie. Adres/contactgegevens Klachtencommissie: *[Adres/contact]* Informatie over de klachtregeling vindt u hier: *[Verwijzing]*,
* Heeft u vragen over dit bericht, neem dan contact op met uw advocaat of met de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp). Zij zijn er voor u, kennen uw rechten en kunnen u bijstaan. De pvp komt kosteloos voor u op. U kunt de pvp bereiken via telefoonnummer 0900 – 444 8888 of via www.pvp.nl.
* Uw familieleden en naasten kunnen met vragen terecht bij een onafhankelijke familievertrouwenspersoon via telefoonnummer 0900-3332222 of via [www.lsfvp.nl](http://www.lsfvp.nl).

Deze brief stuur ik ook naar uw advocaat en uw vertegenwoordiger, als u die heeft.

|  |
| --- |
| Opgesteld door zorgverantwoordelijke |
| Naam: *[Naam zorgverantwoordelijke]*  Plaats, datum *[Plaats en datum]*  Contact: *[Contactgegevens of verwijzing naar briefhoofd]* |

**Beslissing en mededeling tot verlenen verplichte zorg (art. 8:9 lid 1, 2 en 3, Wvggz)**

**{Variant 2: Opstellers zijn geneeshees-directeur en niet gemandateerde zorgverantwoordelijke}**

Aan:

Naam: *[Naam betrokkene]*

Geboortedatum (betrokkene): *[Geboortedatum]*

Woonadres: *[Adres]*

Verblijfsadres (indien afwijkend van woonadres): *[Adres]*

Instelling (indien van toepassing): *[Naam, locatie, afdeling]*

Datum: *[Datum]*

Betreft: Informatie over uw verplichte zorg

Geachte heer/mevrouw *[Naam betrokkene],*

Voor u is een *[crisismaatregel / machtiging voortzetting crisismaatregel / zorgmachtiging]* afgegeven.

Uw [zorgverantwoordelijke/waarnemend zorgverantwoordelijke] *[Naam]* heeft u op *[Datum]* onderzocht *[en de mogelijkheden met u overlegd/maar door omstandigheden is het niet gelukt om u te spreken].*

**{optioneel, in geval de zorgverantwoordelijk geen psychiater is}**

[ ] Omdat uw zorgverantwoordelijke zelf geen psychiater is, heeft hij tevens met mij overeenstemming bereikt

Met deze brief meld ik u dat uw zorgverantwoordelijke heeft besloten om u verplichte zorg te geven. De verplichte zorg wordt aan u gegeven omdat het uitstellen daarvan niet langer verantwoord is voor u of uw omgeving.

In de tabel hieronder leest u om welke verplichte zorg het gaat en waarom u die krijgt.

De verplichte zorg zal ingaan op *[Datum geplande start verplichte zorg]* en bestaat uit:

| **Nr** | **Welke verplichte zorg krijgt u?** | **Waarom krijgt u deze zorg?** |
| --- | --- | --- |
|  | Toedienen van vocht en voeding |  |
|  | Toedienen van medicatie, het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen |  |
|  | Beperken van de bewegingsvrijheid |  |
|  | Insluiten |  |
|  | Uitoefenen van toezicht op betrokkene |  |
|  | Onderzoek aan kleding of lichaam |  |
|  | Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag-beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen |  |
|  | Controleren op de aanwezigheid van gedrag-beïnvloedende middelen |  |
|  | Aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder het gebruik van communicatiemiddelen |  |
|  | Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek |  |
|  | Opnemen in een accommodatie |  |

**{Optioneel, dit onderdeel is niet nodig als de verplichte zorg beperkt is tot opname in een accommodatie}**

[ ] Uw zorgverantwoordelijke vindt dat u op dit moment *[wel/niet ]* in staat bent tot een redelijke waardering van uw belangen ten aanzien van de verplichte zorg die u zal krijgen.

Toelichting: *[Verplichte toelichting in geval betrokkene niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen: geef aan waarom niet, of er een vertegenwoordiger is dan wel wordt gezocht en geef aan wie de vertegenwoordiger is en of deze is geraadpleegd]*

[ ] Uw zorgverantwoordelijke vindt dat uw voorkeuren voor verplichte zorg *[wel/niet]* kunnen worden gevolgd. Door het volgen van uw voorkeuren ontstaat *[wel een/geen]* groot risico op ernstig nadeel

Toelichting: *[Verplichte toelichting in geval de voorkeuren van betrokken niet kunnen worden gevolgd: beschrijf de grote risico’s en gevaren]*

Wat verder nog belangrijk is om te weten:

* Bent u het niet eens met deze beslissing? Dan kunt u een klacht indienen bij de Klachtencommissie. Adres/contactgegevens Klachtencommissie: *[Adres/contact]* Informatie over de klachtregeling vindt u hier: *[Verwijzing]*,
* Heeft u vragen over dit bericht, neem dan contact op met uw advocaat of met de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp). Zij zijn er voor u, kennen uw rechten en kunnen u bijstaan. De pvp komt kosteloos voor u op. U kunt de pvp bereiken via telefoonnummer 0900 – 444 8888 of via www.pvp.nl.
* Uw familieleden en naasten kunnen met vragen terecht bij een onafhankelijke familievertrouwenspersoon via telefoonnummer 0900-3332222 of via [www.lsfvp.nl](http://www.lsfvp.nl).

Deze brief stuur ik ook naar uw advocaat en uw vertegenwoordiger, als u die heeft.

|  |
| --- |
| Opgesteld door geneesheer-directeur |
| Naam: *[Naam geneesheer-directeur]*  Plaats, datum *[Plaats en datum]*  Contact: *[Contactgegevens of verwijzing naar briefhoofd]* |

|  |
| --- |
| Opgesteld door zorgverantwoordelijke |
| Naam: *[Naam zorgverantwoordelijke]*  Plaats, datum *[Plaats en datum]*  Contact: *[Contactgegevens of verwijzing naar briefhoofd]* |