Versie beheer Informatieproduct

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Naam informatieproduct** | **9 6 lid 1 2 en 7 Beslissing en mededeling verplichte behandeling 2 varianten** |  |
| Artikel(en) | Wvggz, 9:6 lid 1, 2 en 7 |  |
| Auteur(s) | Marjolein van Kooij |  |
| Contactgegevens auteur | KCT |  |
| Datum | 10-05-2022 |  |
| Versienummer | 08 |  |
| Voorheen penvoerder | NVvP |  |
| Wijzigingen t.o.v. vorige versie | Wijzigingen t.o.v. laatst gepubliceerde versie v05:  1) De tabel “Verplichte zorg” blijft inhoudelijk onveranderd, met kolomnamen in begrijpelijke taal  2) Vaste hulptekst pvp aangepast en uitgebreid met advocaat  3) Blok "Ondertekening" heet nu "Opgesteld door"  4) Inhoud vertaald naar B1-Nederlands  6) 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:”  Wijziging t.o.v. laatst gepubliceerde versie v07:  1) Optionele passage over wilsbekwaamheid toegevoegd  2) Tekstuele wijziging: ‘zorg’ waar mogelijk vervangen door ‘behandeling’, zodat woordkeuze in overeenstemming is met de wet. |  |
| **Issues** | **Onderwerp** | **Gereed** |
|  |  |  |
| **Afgestemd met** |  | **Datum** |
| Voorheen penvoerder | NVvP | 04-01-2021 |
| Themagroep B1-taalniveau | Bestaande uit praktijkdeskundigen, ervaringsdeskundigen en vertegenwoordigers van van PVP, MIND, dNggz, NVvP en de V&VN | Februari en maart 2021 |
| Werkgroep informatiestandaard 5.0 | Bestaande uit dNGGZ, NVvP, StPvP en OM | Maart en april 2022 |
| **Behandeld in** |  | **Datum** |
| Ketenuitvoeringsoverleg | Vaststelling B1-vertaling in schriftelijke ronde | 15-03-2021 |
| Stuurgroep Optimalisatie Uitvoering | Vaststelling | 10-05-2021 |

**Beslissing en mededeling verplichte behandeling (art. 9:6 lid 1 en 2, Wvggz)**

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

Aan:

Naam: *[Naam betrokkene]*

Woonadres: *[Adres]*

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

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

Geboortedatum: *[Geboortedatum betrokkene]*

Datum: *[Datum]*

Betreft: informatie over uw verplichte behandeling.

Geachte heer/mevrouw *[Naam betrokkene]*,

U bent opgenomen in een kliniek vanwege een behandeling voor/vanwege/omdat u…. *[Toelichting/Let op: eenvoudige taal, korte zinnen, geen jargon, logische opbouw]*

Voor u is een plan gemaakt en hierin staat welke verplichte behandeling u krijgt.

**{Aankruisen wat van toepassing is en alleen vermelden wat is aangekruist}**

Op *[Datum]* heb ik u als uw (waarnemend) zorgverantwoordelijke onderzocht.

[ ] Ik heb met u de resultaten van dit onderzoek besproken.

[ ] Het is mij niet gelukt om met u de resultaten van dit onderzoek te bespreken.

[ ] Ik ben geen psychiater. Daarom heb ik overlegd met de geneesheer-directeur en samen zijn wij tot overeenstemming gekomen over de beste oplossing voor u.

Ik heb als uw zorgverantwoordelijke besloten u verplichte behandeling te geven omdat:

**{Aankruisen wat van toepassing is en alleen vermelden wat is aangekruist}**

[ ] het uitstellen van verplichte behandeling niet langer verantwoord is voor u of uw omgeving. De verplichte behandeling duurt maximaal drie maanden tot datum *[datum].*

[ ] zonder deze verplichte behandeling de kliniek waar u nu opgenomen bent niet meer veilig is voor u of voor anderen.

Motivering: *[Motivering geven bij het doel dat is aangekruist. Gebruik zo concreet mogelijke beschrijvingen. Let op: in begrijpelijke taal: benoem concreet gedrag en het concrete ernstig nadeel, korte zinnen, geen moeilijke woorden, geen jargon, logische opbouw]*

[ ] 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.[[1]](#footnote-1)

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]*

De verplichte behandeling gaat in op *[datum geplande start verplichte behandeling]*. In de tabel hieronder leest u om welke verplichte behandeling het gaat. Ook leest u hoelang de behandeling maximaal duurt en waarom de behandeling wordt gegeven.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Welke verplichte zorg krijgt u?** | **Hoelang duurt de zorg?** | **Waarom krijgt u deze zorg?** |
|  | Toediening van vocht, voeding en medicatie, alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen |  |  |
|  | Beperken bewegingsvrijheid |  |  |
|  | Insluiten |  |  |
|  | Uitoefenen toezicht op betrokkene |  |  |
|  | Onderzoek aan kleding en/of lichaam |  |  |
|  | Onderzoek woon-of verblijfsruimte op gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen |  |  |
|  | Controle op aanwezigheid gedragsbeïnvloedende middelen |  |  |
|  | Aanbrengen beperkingen in vrijheid eigen leven in te richten die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder het gebruik van communicatiemiddelen |  |  |
|  | Beperken recht op ontvangen bezoek(enkel indien klinisch) |  |  |

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 – 333 2222 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]*  Contactgegevens zorgverantwoordelijke *[contactgegevens of verwijzen naar het briefhoofd]* |

**Beslissing en mededeling verplichte behandeling (art. 9:6 lid 1 en 2, Wvggz)**

**{Variant 2: Opstellers zijn de geneesheer-directeur en de zorgverantwoordelijke}**

Aan:

Naam: *[Naam betrokkene]*

Woonadres: *[Adres]*

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

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

Geboortedatum: *[Geboortedatum betrokkene]*

Datum: *[Datum]*

Betreft: informatie over uw verplichte behandeling (Wvggz, artikel 9:6, lid 1 en 2).

Geachte heer/mevrouw *[Naam betrokkene]*,

U bent opgenomen in een kliniek vanwege een behandeling voor/vanwege/omdat u…. *[Toelichting/Let op: eenvoudige taal, korte zinnen, geen jargon, logische opbouw]*

Voor u is een zorgplan gemaakt en hierin staat welke verplichte behandeling u krijgt.

Op *[Datum]* heeft uw (waarnemend) zorgverantwoordelijke u onderzocht.

**{Aankruisen wat van toepassing is en alleen vermelden wat is aangekruist}**

[ ] Uw zorgverantwoordelijke heeft met u de resultaten van dit onderzoek besproken.

[ ] Het is de zorgverantwoordelijke niet gelukt om met u de resultaten van dit onderzoek te bespreken.

[ ] Uw zorgverantwoordelijke is geen psychiater. Daarom is ook met mij overlegd. Uw zorgverantwoordelijke en ik zijn tot overeenstemming gekomen over de beste oplossing voor u.

Uw zorgverantwoordelijke heeft besloten u verplichte behandeling te geven omdat:

**{Aankruisen wat van toepassing is en alleen vermelden wat is aangekruist}**

[ ] het uitstellen van verplichte behandeling niet langer verantwoord is voor u of uw omgeving. De verplichte duurt maximaal drie maanden tot datum *[datum].*

[ ] zonder deze verplichte behandeling de kliniek waar u nu opgenomen bent niet meer veilig is voor u of voor anderen.

Motivering: *[Motivering geven bij het doel dat is aangekruist. Gebruik zo concreet mogelijke beschrijvingen. Let op: in begrijpelijke taal: benoem concreet gedrag en het concrete ernstig nadeel, korte zinnen, geen moeilijke woorden, geen jargon, logische opbouw]*

[ ] 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.[[2]](#footnote-2)

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]*

De verplichte behandeling gaat in op *[datum geplande start verplichte behandeling]*. In de tabel hieronder leest u om welke verplichte behandeling het gaat. Ook leest u hoelang de behandeling maximaal duurt en waarom de behandeling wordt gegeven.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Welke verplichte zorg krijgt u?** | **Hoelang duurt de zorg?** | **Waarom krijgt u deze zorg?** |
|  | Toediening van vocht en voeding |  |  |
|  | Toediening 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 om in 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 |  |  |

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. T:0900-3332222 of [www.lsfvp.nl](http://www.lsfvp.nl).

We sturen deze brief ook naar uw advocaat en uw vertegenwoordiger, als u die heeft.

|  |
| --- |
| Opgesteld door geneesheer-directeur |
| Naam: *[Naam geneesheer-directeur]*  Plaats, datum *[Plaats en datum]*  Contactgegevens geneesheer-directeur *[contactgegevens of verwijzen naar het briefhoofd]* |

|  |
| --- |
| Mede opgesteld door zorgverantwoordelijke |
| Naam: *[Naam zorgverantwoordelijke]*  Plaats, datum *[Plaats en datum]*  Contactgegevens zorgverantwoordelijke *[contactgegevens of verwijzen naar het briefhoofd]* |

1. Dit oordeel is niet nodig als de verplichte zorg **beperkt** is tot opname in een accommodatie. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dit oordeel is niet nodig als de verplichte zorg **beperkt** is tot opname in een accommodatie. [↑](#footnote-ref-2)