Versie beheer Informatieproduct

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Naam informatieproduct** | **9 8 lid 1 Beslissing en mededeling middelen en maatregelen in noodsituaties 2 varianten** |  |
| Artikel(en) | Wvggz, 9:8 lid 1 |  |
| Auteur(s) | Kees de Leeuw, Arnout Pullen en Marjolein van Kooij |  |
| Contactgegevens auteur | KCT |  |
| Datum | 10-05-2022 |  |
| Versienummer | V07 |  |
| Voorheen penvoerder | NVvP |  |
| Wijzigingen t.o.v. vorige versie | Wijzigingen t.o.v. laatst gepubliceerde versies v04:  1) De tabel “Verplichte zorg” blijft inhoudelijk onveranderd, met kolomnamen in begrijpelijke taal  2) Vaste hulpzin pvp uitgebreid met advocaat  3) Blok "Ondertekening" heet nu "Opgesteld door"  4) Inhoud vertaald naar B1-Nederlands  5) In geval van gemandateerde zorgverantwoordelijke: hulpzin aangepast, deze luidt nu: “Namens de geneesheer-directeur meld ik u dat het voor u belangrijk is om te weten:”.  Wijzigingen t.o.v. laatst gepubliceerde versie v05:  1) Tekstuele aanpassing: ‘zonder deze zorg andere mensen hun rechten vrijheden kwijtraken’ vervangen door ‘zonder deze zorg de rechten en vrijheden van andere mensen in gevaar zijn’. |  |
| **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 OU | Vaststelling | 10-05-2022 |

**Beslissing en mededeling middelen en maatregelen in noodsituaties (art. 9:8 lid 1, 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 inzetten middelen en maatregelen die niet in uw zorgplan staan.

Geachte heer/mevrouw *[Naam betrokkene]*,

Ik heb besloten u als uw (waarnemend) zorgverantwoordelijke middelen en maatregelen op te leggen die niet in uw zorgplan staan. Op *[Datum]* heb ik met u gesproken en ik vind middelen en maatregelen nodig omdat:

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

[ ] het niet langer verantwoord is voor u of uw omgeving om verplichte zorg uit te stellen.

[ ] zonder deze zorg de plek waar u nu verblijft niet meer veilig is voor u of voor anderen.

[ ] zonder deze zorg de rechten en vrijheden van andere mensen in gevaar zijn.

[ ] zonder deze zorg u mogelijk strafbare feiten zult plegen.

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]*

Deze verplichte zorg gaat in op *[datum geplande start verplichte zorg]*. In de tabel hieronder leest u om welke verplichte zorg het gaat. Ook leest u hoelang de zorg maximaal duurt en waarom de zorg 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 middelen en maatregelen in noodsituaties (art. 9:8 lid 1, Wvggz)**

**{Variant 2: Opstellers zijn de geneesheer-directeur en de niet 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 inzetten middelen en maatregelen die niet in uw zorgplan staan.

Geachte heer/mevrouw *[Naam betrokkene]*,

Uw (waarnemend) zorgverantwoordelijke *[Naam zorgverantwoordelijke]* heeft besloten u middelen en maatregelen op te leggen die niet in uw zorgplan staan. Op *[Datum]* heeft uw zorgverantwoordelijke met u gesproken en besloten dat middelen en maatregelen nodig zijn omdat:

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

[ ] het niet langer verantwoord is voor u of uw omgeving om verplichte zorg uit te stellen.

[ ] zonder deze zorg de plek waar u nu verblijft niet meer veilig is voor u of voor anderen.

[ ] zonder deze zorg de rechten en vrijheden van andere mensen in gevaar zijn.

[ ] zonder deze zorg u mogelijk strafbare feiten zult plegen.

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]*

De (extra) verplichte zorg gaat in op *[datum geplande start verplichte zorg]*. In de tabel hieronder leest u om welke verplichte zorg het gaat. Ook leest u hoelang de zorg maximaal duurt en waarom de zorg 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, indien 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]* |