Versie beheer Informatieproduct

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Naam informatieproduct** | **9 9 lid 1-2 en 3 Beslissing en mededeling beperking bezoek, bewegingsvrijheid en gebruik communicatiemiddelen 2 varianten** |  |
| Artikel(en) | Wvggz, 9:9 lid 1 en 2 |  |
| Auteur(s) | Kees de Leeuw, Arnout Pullen en Marjolein van Kooij |  |
| Contactgegevens auteur | KCT |  |
| Datum | 10-05-2022 |  |
| Versienummer | 06 |  |
| Voorheen penvoerder | NVvP |  |
| Wijzigingen t.o.v. vorige versie | Wijzigingen t.o.v. laatst gepubliceerde versie v03:  1) Naam gewijzigd, was "9 9 lid 1 2 en 3 Beslissing en mededeling beperken van vrijheden"  2) Inhoud vertaald naar B1-Nederlands  3) 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:*”.  4) Instructie toegevoegd: “{Let op: indien betrokkene niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake  zal er een vertegenwoordiger gezocht en, indien beschikbaar, geraadpleegd moeten worden.}”  5) Betreft-zin (onderwerp van de brief) aangepast in: “beperkingen tijdens de verplichte behandeling”  6) Instructie bij motivering uitgebreid met: “*Concreet aangeven wat wel en niet is toegestaan*”  7) Contact-zin uitgebreid dat er ook altijd contact mag zijn met de vertegenwoordiger en de patiëntvertrouwenspersoon  Wijzigingen t.o.v. laatst gepubliceerde versie v05:  1) Optionele passage over wilsbekwaamheid toegevoegd  2) Grondslag vd beperking tekstueel aangepast: geharmoniseerd met woordkeuze in andere informatieproducten (8:12 en 8:13) en waar mogelijk vertaalt in B1-taal. |  |
| **Issues** | **Onderwerp** | **Gereed** |
|  |  |  |
| **Afgestemd met** |  | **Datum** |
| Voorheen penvoerder | NVvP | 16-03-2021 |
| Themagroep B1-taalniveau | Bestaande uit praktijkdeskundigen, ervaringsdeskundigen en vertegenwoordigers van PVP, MIND, dNggz, NVvP en de V&VN | April mei 2021 |
| Werkgroep informatiestandaard 5.0 | Bestaande uit dNGGZ, NVvP, StPvP en OM | Maart en april 2022 |
| **Behandeld in** |  |  |
| Ketenuitvoeringsoverleg | Vaststelling B1-vertaling | 03-06-2021 |
| Stuurgroep Optimalisatie Uitvoering | Vaststelling | 10-05-2022 |

**9 9 lid 1-2 Beslissing en mededeling beperking bezoek bewegingsvrijheid en gebruik communicatiemiddelen**

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

Aan:

Naam: *[Naam betrokkene]*

Geboortedatum: *[Geboortedatum betrokkene]*

Woonadres: *[Adres]*

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

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

Betreft: beperkingen tijdens de verplichte behandeling

Geachte heer/mevrouw *[Naam betrokkene]*,

Op *[Datum]* heb ik u onderzocht.

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

[ ] 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. Ik heb daarom met de geneesheer-directeur overlegd en samen zijn wij tot overeenstemming gekomen over passende maatregelen voor u.

Met deze brief meld ik u dat ik op *[Datum]* heb besloten dat:

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

[ ] U zich niet meer vrij mag bewegen in en rondom de accommodatie.

[ ] U geen vrij gebruik meer mag maken van uw smartphone en andere communicatiemiddelen.

[ ] U niet meer vrij bent om bezoek te mogen ontvangen.

Vanzelfsprekend mag u wel contact hebben met uw vertegenwoordiger, de patiëntvertrouwenspersoon, uw advocaat, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) of justitiële autoriteiten.

Deze beslissing is op *[Datum]* met u besproken.

Deze beperkingen zijn besloten omdat:

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

[ ] het niet langer verantwoord is voor uw gezondheidstoestand.

[ ] zonder deze zorg de plek waar u nu verblijft niet meer veilig is

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

Motivering: *[Motivering geven bij de beperking die is aangekruist. Concreet aangeven wat wel en niet is toegestaan. 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]*

**{Let op: indien betrokkene niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake**

**zal er een vertegenwoordiger gezocht en, indien beschikbaar, geraadpleegd moeten worden.}**

[ ] 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]*

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]*  Contact: *[Contactgegevens of verwijzing naar briefhoofd]* |

**9 9 lid 1-2 Beslissing en mededeling beperking bezoek bewegingsvrijheid en gebruik communicatiemiddelen**

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

Aan:

Naam: *[Naam betrokkene]*

Geboortedatum: *[Geboortedatum betrokkene]*

Woonadres: *[Adres]*

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

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

Betreft: beperkingen tijdens de verplichte behandeling

Geachte heer/mevrouw *[Naam betrokkene]*,

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 uw zorgverantwoordelijke niet gelukt om met u de resultaten van dit onderzoek te bespreken.

[ ] Uw zorgverantwoordelijke is geen psychiater. Daarom heeft uw zorgverantwoordelijke met mij (uw geneesheer-directeur) overlegd en samen zijn wij tot overeenstemming gekomen over passende maatregelen voor u.

Met deze brief meld ik u dat uw zorgverantwoordelijke op *[Datum]* heeft besloten dat:

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

[ ] U zich niet meer vrij mag bewegen in en rondom de accommodatie.

[ ] U geen vrij gebruik meer mag maken van uw smartphone of andere communicatiemiddelen.

[ ] U niet meer vrij bent om bezoek te mogen ontvangen.

Vanzelfsprekend mag u wel contact hebben met uw vertegenwoordiger, de patiëntvertrouwenspersoon, uw advocaat, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) of justitiële autoriteiten.

Deze beslissing is op *[Datum]* door uw zorgverantwoordelijke met u besproken.

Deze beperkingen zijn besloten omdat:

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

[ ] het niet langer verantwoord is voor uw gezondheidstoestand.

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

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

Motivering: *[Motivering geven bij de beperking die is aangekruist. Concreet aangeven wat wel en niet is toegestaan. 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]*

**{Let op: indien betrokkene niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ten aanzien van de verplichte zorg zal er een vertegenwoordiger gezocht en, indien beschikbaar, geraadpleegd moeten worden.}**

[ ] 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]*

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 0900-333 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 geneesheer-directeur |
| Naam: *[Naam geneesheer-directeur]*  Plaats, datum *[Plaats en datum]*  Contact: *[Contactgegevens of verwijzing naar briefhoofd]* |

|  |
| --- |
| Mede opgesteld door zorgverantwoordelijke |
| Naam: *[Naam zorgverantwoordelijke]*  Plaats, datum *[Plaats en datum]*  Contact: *[Contactgegevens of verwijzing naar 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)