

Gedwongen ontslag

'een best practice document uit de verslavingszorg'

Richtlijn

Gedwongen ontslag

'een best practice document uit de verslavingszorg'

Amersfoort

2004

Voorwoord

Voor u ligt de richtlijn gedwongen ontslag, een best practice document uit de verslavingszorg. Het is voor het eerst dat de in 2003 bijeengekomen regiegroep richtlijnontwikkeling in de verslavingszorg een dergelijke richtlijn uitbrengt.

De regiegroep bestaat uit de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, sectie verslaving (NVvP), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde (NVPV), het Platform 1^e geneeskundigen in de verslavingszorg en de Vereniging Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn).

Deze richtlijn is gericht op de organisatie van de zorg voor de patiënten voor wie geen maatregel in het kader van de BOPZ is afgegeven, maar die soms wel met twee- of drievoudige problematiek in de zorg zijn gekomen. Voor hen moeten in het kader van de Kwaliteitswet Zorginstellingen duidelijke afspraken gemaakt worden.

De richtlijn biedt de zorginstelling een handvat om met haar cliëntenraden en medewerkers de richtlijn te concretiseren naar een instellingsprotocol.

De richtlijn zal worden aangeboden aan de Inspectie Gezondheidszorg en aan de afdeling GVM van het Ministerie van VWS en worden opgenomen in het digitale 'Vademecum Wetgeving', een uitgave van GGZ Nederland. Kijkt u graag voor de digitale versies op het kennisnet van GGZ Nederland en de websites van de beroepsverenigingen.

Ik wil een ieder die een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van deze richtlijn bedanken, in het bijzonder het ministerie van VWS voor de financiële ondersteuning. Mijn speciale dank gaat uit naar Chris Loth, redacteur van deze richtlijn.

Ik hoop dat deze richtlijn navolging zal vinden en een goed voorbeeld voor anderen zal zijn. Ik ben er van overtuigd dat alle patiënten en zorgaanbieders daar baat bij hebben.

Andrée van Es

Voorzitter GGZ Nederland

Inhoudsopgave

| | | |
|----|--|----|
| 1. | Inleiding | 5 |
| 2. | Doel van de richtlijn | 9 |
| 3. | Begrippenlijst | 10 |
| 4. | Uitgangspunten | 14 |
| 5. | De patiënt houdt zich niet aan het overeengekomen behandelingsplan | 16 |
| 6. | Overtreding afdelingsregels / huisregels | 18 |
| 7. | Acuut gevaar: maatregel 'Opschorten van het behandelingsplan' | 21 |
| 8. | Uitvoering eenzijdige opzegging van de behandelingsovereenkomst en procedure gedwongen ontslag | 24 |
| 9. | Literatuur | 27 |

Bijlagen

| | | |
|----|--|----|
| 1. | Beslissingsmomenten en de te zetten stappen door de instelling | 29 |
| 2. | Beslisboom en toelichting beroepsmogelijkheden voor de patiënt bij de procedure 'schorsing van verblijf' | 30 |
| 3. | Deelnemerslijst van de regiegroep | 33 |
| 4. | Leden van de werkgroep op de studiedag | 34 |
| 5. | Deelnemerslijst expertronde | 35 |
| | Colofon | 36 |

1. Inleiding

Over hoe om te gaan met patiënten¹ die zich misdragen of zich niet aan de behandeling houden is wel enige communis opiniae, maar er ligt weinig vast en vaak worden ad hoc beslissingen genomen. Deze beslissingen dragen vaak het karakter van 'sancties', die de behandelrelatie kunnen ondermijnen met alle gevolgen van dien.

De voor u liggende richtlijn beoogt duidelijkheid te geven bij de keuzemomenten zonder de ruimte voor de patiënt en de zorgaanbieder onnodig te beperken, door het belang van de patiënt zoveel mogelijk te behartigen en door wijziging van het behandelingsplan of van de behandellocatie de behandeling daar waar mogelijk te continueren. Slechts in het uiterste geval, indien alle voorgaande interventies niet succesvol blijken, kan de behandeling tijdelijk worden stopgezet door schorsing van het behandelingsplan, of definitief worden verbroken door beëindiging van de behandelingsovereenkomst, dit alles conform de Wet Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO). Belangrijke overweging bij alle bovenstaande maatregelen is het waarborgen van de veiligheid van medewerkers en medepatiënten en de bestending van het afdelingsklimaat.

Richtlijnen zijn systematische stellingen of aanbevelingen om hulpverlener en patiënt te helpen bij het nemen van beslissingen over de meest geschikte of gepaste zorg bij klinische problemen (Grol e.a., 1994; Grol e.a., 2001; Franx e.a., 2002). In de verslavingszorg is voor de onderwerpen waarover richtlijnen bestaan de reikwijdte vaak beperkt tot één instelling. Binnen een instelling kunnen op verschillende locaties de richtlijnen nog weer verschillen. Van hieruit is de behoefte ontstaan om rondom deze problematiek waarmee alle instellingen voor verslavingszorg dagelijks te maken hebben tot een nieuwe, landelijke richtlijn te komen. Een richtlijn die door de instellingen voor verslavingszorg zelf in de vorm van een protocol voor het dagelijks handelen vertaald en geïmplementeerd moet worden. Een protocol reguleert het gedrag van de medewerkers tot op specifiek niveau.

Zowel in het belang van de patiënt als in het belang van de medewerkers dient een richtlijn tot stand te komen door een gezamenlijke inspanning van die disciplines, die bij de uitvoering betrokken zijn dan wel die de inhoudelijke verantwoordelijkheid dragen. Om deze reden hebben het Platform 1^e geneeskundigen in de verslavingszorg, de

¹ Deze richtlijn is van toepassing op patiënten die vrijwillig zijn opgenomen in een klinische dan wel een (semi) ambulante voorziening van een instelling voor verslavingszorg. Voor die patiënten die via de BOPZ een gedwongen opname hebben opgelegd gekregen geldt de in iedere instelling aanwezige procedure voor BOPZ patiënten. Het betrekken van deze categorie patiënten in de

Vereniging Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, sectie verslaving (NVvP) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde (NVPV) hiertoe de handen ineengeslagen omdat alle beroepsverenigingen specifieke professionele inbreng hebben in de ontwikkeling van de richtlijnen.

Aan dit initiatief hebben een aantal ontwikkelingen bijgedragen:

- De oprichting van het kwaliteitsprogramma voor de verslavingszorg 'Resultaten Scoren' dat evidence based interventies ontwikkelt voor de verslavingszorg.
- De publicatie van het onderzoeksrapport 'Medicamenteuze interventies bij drugsverslaving' van de Gezondheidsraad in 2002, waarin wordt gepleit voor meer evaluatie van de huidige zorg en invoering van meer eenheid in het werk met behulp van richtlijnen en protocollen.
- Het onderzoeksrapport van de VVGn en GGZ Nederland (2002) waarin wordt gepleit voor meer opleidingsmogelijkheden voor werkers in de verslavingszorg.

Resultaten Scoren heeft in 2003 de drie beroepsverenigingen en het platform 1^o geneeskundigen bijeen geroepen om te overleggen hoe de medische en verpleegkundige interventies binnen de verslavingszorg beter ontwikkeld zouden kunnen worden. De drie beroepsverenigingen en het platform 1^o geneeskundigen hebben dit overleg voortgezet en zich de 'regiegroep geneeskundige en verpleegkundige richtlijnontwikkeling in de verslavingszorg' genoemd². Als pilotonderwerp werd besloten om de hier voor u liggende richtlijn uit te werken. Conform het stappenplan dat is uitgewerkt door het CBO (CBO, 2000; CBO, 2001; Trimbos-instituut, 2002) werd in een voorbereidingsfase door de regiecommissie een eerste opzet van de richtlijn opgesteld. In de ontwerpfase werd middels een werkconferentie³, georganiseerd door Resultaten Scoren op 18 juni 2003, is een eerste concept richtlijn gemaakt. Van dit concept werd door middel van kritisch herlezen en het geven van commentaar door de deelnemers een tweede versie gemaakt. Deze versie is ter toetsing voorgelegd aan experts uit de sector⁴. Met de verwerking van hun commentaar werd een derde versie ontwikkeld. Voor het doorontwikkelen en implementeren van deze richtlijn is geen financiële dekking gevonden en wordt de kennisdisseminatie in 2004 in een minimale vorm uitgevoerd.

richtlijn zou deze nodeloos ingewikkeld maken.

² Zie voor leden van de regiegroep bijlage 3

³ Voor de deelnemerslijst zie bijlage 4

⁴ Voor de expertlijst zie bijlage 5

Het ligt in de bedoeling om via deze werkwijze richtlijnen te ontwikkelen over andere klinische onderwerpen die een rol spelen in de zorg en begeleiding van patiënten⁵ met verslavingsproblemen. Hierbij worden de volgende drie aandachtspunten meegenomen: het patiëntenperspectief, de wetenschappelijke evidentie (literatuurstudie) en het consulteren van de betrokken beroepsverenigingen.

Met patiëntenperspectief worden de wensen en de verwachtingen bedoeld die patiënten hebben over doeltreffende, doelmatige en patiëntgerichte zorg. Het gaat om hun standpunt dat bepaald wordt door de eigen situatie en hun gezichtspunt voor de toekomst (Haaster, 2001; Cavelaars e.a., 2002). In de voor u liggende richtlijn is ervoor gekozen om het patiëntenperspectief te benadrukken vanuit het concept 'goed hulpverlenerschap' dat is gebaseerd op de drie wetten die de kwaliteit van de zorg waarborgen. Namelijk de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO, 1994), de Wet op de beroepen in de individuele beroepsuitoefening (Wet BIG, 1993) en de Kwaliteitswet zorginstellingen (1996).

Drie aannames zijn hierbij belangrijk:

- Ten eerste heeft iedere patiënt recht op een mogelijkheid tot beroep.
- Ten tweede gaat de regiecommissie uit van de vooronderstelling dat iedere hulpverlener zijn/haar vak uitoefent op een professionele wijze binnen de bestaande wettelijke kaders.
- Ten derde zullen bij een schorsing en/of beëindiging van de behandelingsovereenkomst altijd de jurisprudentie en de consequenties voortvloeiend uit de WGBO in ogenschouw worden genomen.

Derhalve is het van belang om de patiëntenbeweging in de verslavingszorg te betrekken in de consultatieronde. Bij een volgende richtlijn zal worden overwogen om het patiëntenperspectief ook op andere wijze in eerdere fasen van de richtlijnontwikkeling aan bod te laten komen.

De voor deze richtlijn gedane literatuurstudie heeft zich beperkt tot de Nederlandse situatie vanwege het specifieke wettelijke karakter van de term 'schorsing'. De richtlijn is toepasbaar in de gehele Nederlandse verslavingszorg, in zowel ambulante-, klinische-

⁵ In deze richtlijn wordt met patiënt de persoon bedoeld die in het kader van zijn/haar verslavingsproblemen hulp krijgt aangeboden vanuit de verslavingszorg. Er is doelbewust gekozen voor patiënt en niet voor cliënt in het kader van de veranderende visie op verslaving en verslavingszorg waarbinnen het accent ligt op het feit dat verslaving een chronische psychiatrische ziekte is die de autonomie van de verslaafde op lichamelijk, sociaal en psychisch gebied ernstig aantast.

als deeltijdvoorzieningen en is geldig voor hulpverleners die hierin werkzaam zijn en voor alle patiënten die een beroep doen op de hulp van deze instelling voor verslavingszorg. In de richtlijn zijn bij verschillende onderdelen gevalsbeschrijvingen ter illustratie geplaatst die als voorbeeld dienen ter verduidelijking van de tekst.

2. Doel van de richtlijn

De richtlijn biedt een handreiking om:

- zorgvuldig en weloverwogen beslissingen te kunnen nemen aangaande het wijzigen van het behandelingsplan dan wel het eenzijdig opzeggen van de behandelingsovereenkomst;
- het handhaven van een optimaal behandelklimaat mogelijk te maken;
- het handhaven van een beheersbare situatie voor de medewerkers en medepatiënten mogelijk te maken;
- een lerende en ondersteunende leidraad te bieden bij het werken in de dagelijkse zorg aan en begeleiding van verslaafde patiënten.

3. Begrippenlijst ⁶

| | |
|---------------------------|--|
| Behandelingsovereenkomst: | overeenkomst tussen patiënt en instelling waaruit verplichtingen voortvloeien conform de WGBO. In de behandelingsovereenkomst ligt het proces vast dat een patiënt binnen de instelling voor verslavingszorg gaat doorlopen. |
| Behandelingsplan: | gedetailleerd inhoudelijk werkplan, tussen patiënt en behandelingsverantwoordelijke, op basis van de diagnose en van tevoren voorgestelde interventies en resultaten van de zorg/begeleiding. Het behandelingsplan wordt in het patiëntendossier vastgelegd en is de basis van elk overleg tussen hulpverleners over de patiënt en in gesprekken met de patiënt zelf. Het behandelingsplan wordt in overleg met de patiënt geëvalueerd en indien nodig bijgesteld. |
| Behandeling: | een systematische set interventies - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen - die zijn gericht op genezing of voorkoming van ziekte of verbetering van de psychische en sociale gezondheid. |
| Behandelaar: | term voor diverse uitvoerende, BIG en niet BIG geregistreerde, functiebenamingen die allen verantwoordelijk zijn voor het eigen professionele handelen zoals: hulpverlener, verpleegkundige, agoog, vaktherapeut, begeleider, groepswerker, |

⁶ Er is geen eenheid in de termen die betrekking hebben op de verschillende functies in de lijn- en staffuncties in de verslavingszorg. De regiecommissie heeft zich ingespannen om zowel de klinische als ambulante titels voor de verschillende functies te benoemen.

sociotherapeut, uitvoerend arts, uitvoerend psycholoog, (zorg)mentor en casemanager.

- Behandelingsverantwoordelijke:** term voor diverse functiebenamingen zoals zorgcoördinator, behandelcoördinator, verantwoordelijk behandelaar. Deze persoon is direct betrokken bij de behandeling van de patiënt.
- Geneesheer-directeur:** de arts die belast is met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in het psychiatrisch ziekenhuis. In de praktijk wordt ook wel gesproken over een 1^e geneeskundige.
- Coördinerend behandelaar⁷:** term voor diverse functiebenamingen zoals de psychiater, het hoofd taakgroep of de unitmanager. Deze persoon is als procesbegeleider op afstand betrokken bij de patiënt en treedt toetsend en als achterwacht op. De coördinerend behandelaar is verantwoordelijk voor het beleid aangaande de zorg aan de patiënt.
- Lijnfunctionaris:** een in de hiërarchische lijn taakverantwoordelijke medewerker die meestal niet direct meewerkt in de dagelijkse zorg/begeleiding voor de patiënt. In de verslavingszorg bestaan hiervoor de volgende namen; lijnmanager, unitmanager, clustermanager en afdelingshoofd.
- Gedwongen ontslag:** een wegens gewichtige redenen met inachtneming van de zorgvuldigheidscriteria (zie verder) eenzijdige, door de instelling, beëindiging van de

⁷ De regiegroep doet in deze richtlijn de uitspraak dat in het kader van goed hulpverlenerschap in de GGZ en in specifiek de verslavingszorg het van belang is dat de coördinerend behandelaar een arts dan wel psychiater dient te zijn. De Wet Bopz heeft de functie geneesheer-directeur in GGZ instellingen mogelijk en wenselijk gemaakt. De regiegroep pleit voor een 1^e geneeskundige in de verslavingszorg.

behandelingsovereenkomst met de patiënt tegen diens wil.

Acute opschorting van verblijf: onverwijld ontslag of wel fysieke verwijdering van de patiënt tegen diens wil door de instelling waarbij de omstandigheden en het gedrag van de patiënt aanleiding zijn tot de acute opschorting van het verblijf. Deze opschorting / verwijdering is niet synoniem aan het beëindigen van de behandelingsovereenkomst.

Gewichtige redenen: onder gewichtige redenen kan worden verstaan dat de indicatie voor behandeling is komen te vervallen, de relatie tussen de hulpverlener en de patiënt zodanig is verstoord dat in redelijkheid niet van de hulpverlener kan worden verlangd dat de hulpverlener de behandelrelatie continueert. Bijvoorbeeld: stalking van de hulpverlener door de patiënt, ernstig agressief gedrag van de patiënt, het hebben van persoonlijke gevoelens jegens de patiënt of wanneer de patiënt niet meer wenst deel te nemen aan de behandeling (zich niet houdt aan gemaakte afspraken, de huisregels stelselmatig overtreedt).

Zorgvuldigheidscriteria: bij het eenzijdige ontslag dient de hulpverlener in acht te nemen hoe kwetsbaar de patiënt is, dat er voldoende duidelijk gewaarschuwd is, dat er een redelijke en reële termijn is gegeven om de behandeling elders voort te zetten, dat er gepoogd is het gedrag te corrigeren, dat de ggz-instelling in staat is geweest het incidentele agressieve/onaangepaste gedrag op te vangen en dat geen ongewenste situatie ontstaat waarin de patiënt geheel verstoken blijft van noodzakelijke behandeling, verpleging of verzorging

Instellingsregels: algemene regels die gelden voor alle afdelingen van de instelling, conform wetten en weerspiegelen gebruikelijke normen/waarden in de maatschappij.

Afdelings-/huisregels: deze regels hebben als doel een ordelijk verloop van de dagelijkse gang van zaken te waarborgen op een specifieke afdeling en/of in een ambulante voorziening. Ze zijn van toepassing op alle patiënten waarvan mag worden verlangd dat deze eenzijdig door de instelling opgestelde regels naleven. Afdelingsregels kunnen van afdeling tot afdeling verschillen, in tegenstelling tot instellingsregels, en regelen zaken zoals het 'normale' in een onze maatschappij aanvaarde omgangsgedrag van de patiënten, de gang van zaken in het huishouden en zaken die met de veiligheid van het leefklimaat te maken hebben.

4. Uitgangspunten

- Wanneer er sprake is van een patiënt die hulp vraagt van een instelling en er vanuit de instelling hierop een passend aanbod volgt, wordt er een behandelingsovereenkomst gesloten tussen de patiënt en de instelling.
- De hulpverlener kan behoudens gewichtige redenen de behandelingsovereenkomst niet opzeggen.
- De behandelingsovereenkomst bestaat tussen de patiënt en de instelling en vindt zijn uitvoering in een behandelingsplan op een specifieke afdeling. Beide zijn in samenspraak met de patiënt opgesteld.
- De patiënt heeft een inspanningsverplichting met betrekking tot de uitvoer van het behandelingsplan. De WGBO schrijft hierover: 'De patiënt geeft de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en de medewerking die deze redelijkerwijs voor het uitvoeren van de overeenkomst behoeft' (Vademecum Wetgeving GGZ van GGZ Nederland, 2002, blz.1).
- Volgens de WGBO heeft de patiënt de plicht om de hulpverlener naar beste wetengoed, eerlijk en volledig op de hoogte te stellen en te houden van zijn/haar problematiek. De hulpverlener heeft de plicht om informatie aan de patiënt te verstrekken op basis waarvan de patiënt toestemming voor de behandeling kan geven; ook dient hij de privacy van de patiënt te beschermen. Goed hulpverlenerschap houdt in dat bij het opstellen van een behandelingsplan de patiënt een contactpersoon toegewezen krijgt en weet waar deze te bereiken is. Mochten er zich omstandigheden voordoen op basis waarvan de behandelingsovereenkomst eenzijdig wordt beëindigd door de instelling dan houdt dit in dat het netwerk van de patiënt via deze contactpersoon op de hoogte wordt gesteld van deze maatregel. De patiënt dient aan het begin van het opstellen van het behandelingsplan hiervan op de hoogte te worden gesteld en hier dient een afspraak over gemaakt te worden waarin de autonomie van de patiënt en de professionele autonomie van de hulpverlener zijn meegewogen (zie Modelregeling Relatie GGZ instelling-Verwanten en Naastbetrokkenen, Blaaubroek, 2003).
- Goed hulpverlenerschap houdt tevens in dat bij eenzijdige beëindiging van een behandelingsovereenkomst in het kader van zorgvuldigheid ook de verwijzer hiervan op de hoogte wordt gesteld. De patiënt dient aan het begin van het

opstellen van het behandelingsplan hiervan op de hoogte te worden gesteld en zijn/haar wensen hierbij moeten zijn meegewogen.

- Goed hulpverlenerschap houdt ook in dat iedere patiënt tijdens zijn/haar behandeling/begeleiding een met hem/haar overeengekomen behandelingsplan krijgt aangeboden dat op inzichtelijk wijze wordt vastgelegd in het patiëntendossier.
- Goed hulpverlenerschap houdt bij eenzijdige beëindiging van de behandelingsovereenkomst of opschorting van het behandelingsplan ook in dat indien er andere patiënten bij betrokken zijn in de zin van groepsleden of aanwezig zijn geweest bij een eventueel incident, zij op de hoogte worden gesteld van de genomen maatregelen.
- In het behandelingsplan kunnen afspraken worden opgenomen omtrent het niet meewerken aan het behandelingsprogramma en het gebruik van niet voorgeschreven psychoactieve stoffen binnen en buiten de afdeling.
- Regels die zijn toegesneden op de individuele situatie van de patiënt horen in het behandelingsplan en zijn te typeren als bijzondere regels.
- Er behoren instellingsregels en huisregels te zijn (zie begrippenlijst voor toelichting). Beide zijn onderdeel van de behandelingsovereenkomst en zijn te typeren als algemene voorwaarden.
- In tegenstelling tot de inhoud van het behandelingsplan worden instellings- en huisregels eenzijdig⁸ opgelegd aan de patiënt. De regels worden vóór het sluiten van een behandelingsovereenkomst aan de patiënt overhandigd en evt. toegelicht.
- Bij het schenden van de overeengekomen regels en dus vertonen van ongewenst gedrag, gaat diegene die met de directe uitvoering van de behandeling is belast in gesprek met de patiënt om na te vragen wat er is gebeurd. Het liefst worden deze gesprekken gevoerd door twee personeelsleden van de instelling.
- Als de aanleiding voor gedwongen ontslag een overtreding van de huisregels is, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de lijnmanager die de beslissing neemt in overleg met de coördinerend behandelaar.
- Indien de patiënt een klacht indient wordt deze via de lijnfunctionaris behandeld. Als de patiënt beroep aantekent wordt conform de WKCZ gehandeld.

⁸ De WMCZ gebiedt dat over de instellingsregels en afdelingsregels in overleg en na advisering van de cliëntenraad -en wellicht ook de ondernemingsraad als het e.e.a. gevolgen heeft voor het personeel- wordt besloten.

5. De patiënt houdt zich niet aan het overeengekomen behandelingsplan⁹

Voorbeelden

- Patiënt gebruikt middelen, tegen de afspraak in.
- Patiënt onttrekt zich (deels) aan het programma.
- Patiënt neemt zijn voorgeschreven medicatie niet in.
- Patiënt komt afspraken met de behandelaar niet na.

Stappen

- Diegene die met de directe uitvoering van de behandeling is belast, gaat in gesprek met de patiënt om na te gaan wat er is gebeurd.
- Tevens bespreekt deze met de patiënt of de inhoud van het behandelingsplan duidelijk is. De behandelaar brengt de behandelverantwoordelijke op de hoogte van de inhoud en resultaat van dit gesprek.
- De behandelverantwoordelijke neemt een beslissing over doorgang of bijstelling van het behandelingsplan.
- Bij wijziging wordt het geconstateerde feit beoordeeld in het licht van mogelijkheden voortvloeiend uit de (psycho)pathologie van de patiënt (het gedrag van de patiënt wordt hierbij gekoppeld aan een latente aanwezigheid van psychopathologie en de hieruit voortvloeiende (on)mogelijkheden van de patiënt).
- De uitkomst van het overleg tussen de behandelaar en behandelverantwoordelijke wordt face tot face besproken met de patiënt door de behandelaar als het behandelingsplan niet wijzigt. Dit geldt met name als het een incidentele gebeurtenis betreft waarvan wel besproken wordt hoe herhaling te voorkomen binnen het bestaande behandelingsplan.
- De uitkomst van het overleg wordt face to face met de patiënt besproken door de behandelverantwoordelijke als het behandelingsplan wijzigt. In dit laatste geval moet opnieuw overeenstemming komen tussen behandelverantwoordelijke en

⁹ De regiegroep beveelt elke instelling aan om deze stappen te verwerken in een instellingsprotocol.

patiënt. Het nieuwe behandelingsplan wordt ter informatie voorgelegd aan het multidisciplinair team en op basis van informed consent vastgelegd in het dossier.

- Als blijkt dat een alternatief behandelingsplan door bijstelling niet haalbaar is, volgt ontslag uit deze behandeling en worden mogelijkheden voor andere behandeling binnen of buiten de instelling onderzocht in overleg met patiënt.
- De coördinerend behandelaar maakt de afweging of een alternatief behandelingsplan mogelijk is binnen de afdeling dan wel binnen de instelling, dan wel in samenwerking met collega-instellingen.
- Als de patiënt bij herhaling blijkt niet in redelijke mate mee te werken aan een bijgesteld behandelingsplan, of de indicatie voor behandeling is komen te vervallen, kan de behandelingsovereenkomst eenzijdig worden opgezegd. De verantwoordelijkheid ligt bij de coördinerend behandelaar.
- Het besluit tot beëindiging van de behandelingsovereenkomst wordt in het kader van zorgvuldigheid ter toetsing voorgelegd aan een 'niet bij de behandeling betrokken' psychiater van de instelling.
- Als de behandelingsovereenkomst wordt opgezegd wordt de coördinerend behandelaar/1^e geneeskundige/geneesheer-directeur dan wel de directeur zorg daarvan op de hoogte gesteld die hierover een definitieve beslissing neemt.
- Deze informeert geanonimiseerd, in overleg met de Raad van Bestuur, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Verslaglegging

De volgende zaken dienen op korte termijn in verband met informatie aan en inzage van de patiënt (ook gelet op de klacht- en beroepsmogelijkheid van de patiënt) in het dossier te worden vastgelegd:

- Aanleiding van de situatie
- Mening(en) van de hulpverlener(s)
- Mening van de patiënt
- Wijze van tenuitvoerlegging.
- Toestandsbeeld van de patiënt
- Resultaten van alle overlegsituaties en de gemaakte afspraken hierbij
- Eventuele wijzigingen in het behandelingsplan.

6. Overtreding afdelingsregels / huisregels

Frequentie van overtreding

- incidenteel
- trendmatig

Ernst van overtreding

- Mild: overtreding van de afdelingsregels bijv. persoonlijke hygiëne, corvee, bed opmaken
- Ernstig: overtreding van de instellingsregels bijv. bedreiging, fysiek geweld, seksuele intimidatie, dealen, discriminatie

Voor de te nemen maatregel zijn de volgende begrippen te onderscheiden

- Subsidiariteit: kies de minst ingrijpende maatregel
- Proportionaliteit: de maatregel moet in verhouding staan tot de overtreding
- Doelmatigheid: de maatregel moet bijdragen tot verbetering van de situatie.

Casus 1

Cliënt komt zijn methadon halen op het pand volgens zijn behandelprogramma. De cliënt komt onder invloed van alcohol op het pand, ook heeft hij een halfvolle fles port bij zich. Allereerst wordt hem door de medewerker gevraagd de fles weg te doen. Dit wil hij niet. De medewerker heeft de methadon verstrekt, waarna cliënt vertelt zichzelf verwond te hebben. De medewerker kijkt dit na en volgens hem is dit niet het geval. De cliënt wordt vervolgens agressief en dreigend. De medewerker vraagt cliënt tot drie keer toe om te vertrekken, anders wordt de politie gebeld. Cliënt begint met de fles tegen de ruiten de slaan en te schreeuwen. De politie wordt gebeld en zij handelen de situatie verder af.

Stappen bij een incidentele overtreding

- De behandelaar maakt een afweging van de ernst van de overtreding en het daarbij behorende gevaar, eventueel na collegiaal overleg. Bij acuut gevaar geldt een andere werkwijze (zie het hoofdstuk over acuut gevaar: maatregel 'opschorten van het behandelingsplan').

Indien de situatie het toe laat dan:

- In gesprek gaan met patiënt om na te gaan wat er is gebeurd, door diegene die het feit constateert en/of op dat moment het meest direct bij de patiënt betrokken is.
- Tevens bespreekt deze met de patiënt of de huisregels bekend zijn.
- Bij deze afweging wordt het geconstateerde feit beoordeeld in het licht van mogelijkheden voortvloeiend uit de (psycho)pathologie van de patiënt.
- Indien de situatie aanleiding geeft tot hernieuwde afwegingen, of bij twijfel, wordt de behandelverantwoordelijke geraadpleegd.
- Zo niet, dan worden maatregelen genomen binnen de kaders subsidiair, proportioneel en doelmatig.

Stappen bij trendmatige of ernstige overtreding

- De patiënt wijzen op de ultieme mogelijkheid van (tijdelijk) ontslag of overplaatsing naar een andere afdeling. Let hierbij op het volgende: dreigen met ontslag teneinde een therapeutisch effect te bereiken is onaanvaardbaar.
- Het afwijkende gedrag van de patiënt moet in het behandelingsplan opgenomen worden, met instemming van de patiënt onder verantwoordelijkheid van de coördinerend behandelaar.
- Als dit laatste niet helpt, het ontslag of de overplaatsing ten uitvoer brengen met in achtneming van een protocol 'Overplaatsen of gedwongen ontslag'.
- De behandelaar maakt de afweging of een alternatief op dit behandelingsplan mogelijk is binnen de afdeling, dan wel binnen de instelling dan wel in samenwerking met collega-instellingen.
- Als blijkt dat dit alternatieve behandelingsplan door bijstelling niet haalbaar is, volgt ontslag uit deze behandeling en worden mogelijkheden voor andere behandeling binnen of buiten de instelling onderzocht in overleg met patiënt door de behandelverantwoordelijke.
- Als de patiënt niet blijkt in redelijke mate mee te werken aan dit nieuwe behandelingsplan of de behandelverantwoordelijke komt tot de conclusie dat de indicatie voor behandeling is komen te vervallen kan de behandelingsovereenkomst eenzijdig worden opgezegd.
- Het besluit tot beëindiging van de behandelingsovereenkomst wordt ter toetsing voorgelegd aan een 'niet bij de behandeling betrokken' psychiater van de instelling.

- Als de behandelingsovereenkomst wordt opgezegd, wordt de 1^e geneeskundige dan wel de directeur zorg daarvan op de hoogte gesteld en neemt de definitieve beslissing (zie bijlage 3: beroepsmogelijkheden van de patiënt).
- Deze informeert geanonimiseerd en in het kader van de zorgvuldigheid, in overleg met de Raad van Bestuur, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Verslaglegging

De volgende zaken dienen op korte termijn in verband met informatie aan en inzage van de patiënt (ook gelet op de klacht- en beroepsmogelijkheid van de patiënt) in het dossier te worden vastgelegd:

- Aanleiding van de situatie
- Mening(en) van de hulpverlener(s)
- Mening van de patiënt
- Wijze van tenuitvoerlegging
- Toestandsbeeld van de patiënt
- Verslagen van alle overlegsituaties en de hierin gemaakte afspraken
- Eventuele wijzigingen in het behandelingsplan.

7. Acuuu gevaar: maatregel opschorten van het behandelingsplan

Wanneer toepassen

Acuuu opschorten van het behandelingsplan als beheersmaatregel wordt genomen door de hulpverlener(s) ter plaatse in een situatie van ernstig gevaar veroorzaakt door een patiënt.

Casus 2

Tijdens de vroege dienst komt omstreeks 08.10 een cliënt de gebruikruimte binnen. Aangezien hij voor één dag geschorst was, wordt hem verteld dat hij om hem bekende redenen niet binnen mag. Hierop begint cliënt tegen de medewerker te schelden, en zegt dat er wel ergere dingen gebeuren waarvoor anderen niet geschorst worden. Vervolgens zegt hij dat ze allemaal kankerhoeren zijn die allemaal met elkaar neuken, waarop de medewerker zegt niet van dergelijk taalgebruik gediend te zijn. Vervolgens uit cliënt bedreigingen naar medewerkers die hem de vorige dag hebben geschorst, en zegt elke avond de ramen te komen ingooien en ervoor te zorgen dat ze allemaal werkeloos worden. De cliënt vraagt om zijn spullen die nog binnen liggen, waarop de medewerker voorstelt deze voor hem te pakken. Hierop begin cliënt tegen de ramen te spugen en te slaan, waarop de medewerker naar hem toeloopt en hem diverse malen vraagt om buiten te wachten. Cliënt weigert dit waarop de medewerker cliënt op zachte wijze bij de jas pakt en hem nogmaals verzoekt naar buiten te gaan. Hierop volgt een handgemeen, waarbij medewerker probeert de cliënt van zich af te duwen die hem desondanks vast weet te houden waardoor ze beiden op de grond vallen. De medewerker probeert overeind te komen wat niet lukt omdat de cliënt hem bij de trui vast houdt, waarbij de medewerker de cliënt vier tot vijf keer vraagt om hem los te laten en tenslotte erbij zegt dat hij anders een tik kan verwachten. Na nogmaals gevraagd te hebben geeft medewerker de cliënt een klap, waarop cliënt nog steeds blijft vasthouden. Na nogmaals vragen laat cliënt uiteindelijk los. De medewerker loopt weg richting de hal, een collega gaat naar de cliënt om deze te kalmeren. Cliënt haalt een schroevendraaier uit zijn binnenzak en zegt de medewerker daarmee dood te gaan steken als hij hem weer tegenkomt. De medewerker loopt terug de gebruikruimte in, de cliënt blijft nog wat staan schelden en vertrekt uiteindelijk ook. De beveiliging belt tijdens het incident 112, waarop de politie snel ter plaatse is. Deze zegt toe de cliënt te zullen aanhouden voor een verhoor. Een half uur later volgt telefoon dat cliënt is opgepakt. De medewerker wordt verzocht een verklaring te komen afleggen en aangifte te doen van bedreiging. De medewerker doet aangifte bij de politie. Afhankelijk van de lokale situatie worden nadere stappen ondernomen.

Hoe toepassen

Aan de toepassing van de maatregel 'Opschorten van het behandelingsplan' gaat het volgende vooraf:

- Afwenden van het gevaar door professionele deëscalatiemethoden (zonodig met inschakeling van de politie).
- Beoordeling van het gevaar en de achtergrond daarvan.

Als het acute gevaar is afgewend en nadat een professionele inschatting is gemaakt en de conclusie hiervan is dat het gevaar niet nogmaals zal optreden is het rapporteren van deze fase van groot belang.

Als het acute gevaar is afgewend maar er blijft op basis van een professionele inschatting een sterke dreiging op herhaling op korte termijn bestaan, dan worden de volgende stappen ondernomen (*zoveel als mogelijk in deze volgorde*):

- Indien mogelijk eerst de behandelverantwoordelijke en de eerst verantwoordelijke lijnfunctionaris informeren; indien niet vooraf mogelijk dan achteraf.
- De patiënt aanzeggen dat deze vanwege het gevaar de behandelsetting onmiddellijk dient te verlaten en dat de behandeling opgeschort wordt in het kader van de maatregel 'Opschorten van het behandelingsplan'.
- Indien nodig daarbij (desgewenst vooraf) de politie inschakelen.
- De patiënt informeren dat de behandelverantwoordelijke binnen 24 uur (weekend 48-72 uur) contact zal opnemen om een afspraak te maken voor voortzetting van de behandeling en om vast te stellen of er voldoende overeenstemming te verkrijgen is om de behandeling voort te zetten. Als niet te voorzien is waar de patiënt zich op dat tijdstip bevindt, wordt afgesproken dat deze op dat tijdstip zelf contact opneemt met de behandelverantwoordelijke of diens plaatsvervanger.
- Indien nodig de patiënt informeren over verblijfsadressen voor de eerstkomende 24 (48-72) uur.
- Indien nodig aan patiënt de medicatie, die al voorgeschreven is, verschaffen ter overbrugging van genoemde periode(n). De hoeveelheid dient niet zodanig te zijn dat er gevaar bestaat voor overdosering bij inneming ineens van de gehele hoeveelheid.
- Indien nodig en van toepassing andere patiënten in veiligheid brengen of laten brengen.
- Als de behandelingsovereenkomst wordt opgezegd wordt de 1^e geneeskundige dan wel de directeur zorg daarvan op de hoogte gesteld. Deze kan het besluit overrulen (zie bijlage 3: beroepsmogelijkheden van de patiënt).
- Deze informeert in het kader van zorgvuldigheid, in overleg met de Raad van Bestuur, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Verslaglegging

De volgende zaken dienen op korte termijn in verband met informatie aan en inzage van de patiënt (ook gelet op de klacht- en beroepsmogelijkheid van de patiënt) in het dossier te worden vastgelegd:

- Aanleiding van de gevaarlijke situatie
- Gevaarsinschatting en uitslag hiervan
- Wijze van tenuitvoerlegging.
- Toestandsbeeld van de patiënt
- Verslaglegging van overlegsituaties en afspraken die hieruit voortkomen
- Invullen van de formulieren MIC/MIM (Melding Incidenten Cliënten/Melding Incidenten Medewerkers).

8. Uitvoering eenzijdige opzegging van de behandelingsovereenkomst en procedure gedwongen ontslag

Redenen

- Het vervallen van de indicatie.
- Herhaaldelijke weigering van de patiënt mee te werken aan het behandelingsplan of reële alternatieven zodanig dat een verder verblijf of verdere behandeling zinloos wordt.
- Overtreding van huisregels (ernstige en herhaaldelijke -) waarbij overwogen moet worden of:
 1. er minder ingrijpende alternatieven zijn;
 2. de overtreding voortkomt uit de stoornis en in hoeverre de overtreding de patiënt te verwijten is, dit sluit in beginsel gedwongen ontslag uit tenzij de rechten en belangen van de andere patiënten bij voortzetting van de behandeling onevenredig worden geschaad en;
 3. in hoeverre de patiënt zich buiten een verblijfsetting kan handhaven.

Casus 3

Cliënt en zijn partner worden behandeld met methadon via locatie B. Zij houden zich niet aan de huisregels en behandelafspraken en krijgen de wacht aangezegd. Rond de jaarwisseling wordt de partner geschorst uit behandeling (= opschorten van het behandelingsplan) en haar behandeling verplaatst zich naar locatie K. Cliënt volgt zijn behandeling nog via locatie B, waar hij steeds voor een dag mee krijgt in cupvorm. Hij kan hiermee niet omgaan en spuit de dosis voor twee dagen weg (= niet houden aan behandelafspraken). Inmiddels gaat het met zijn partner veel beter, en daarom dient hij een verzoek in tot het eveneens maken en vastleggen van strenge afspraken over verstrekking van zijn methadon. Hij volgt zijn partner naar locatie K. waar hij tijdens normale openingstijden, dagelijks en duidelijk zichtbaar moet innemen in opgeloste vorm. Bij twijfel hierover zal schorsing volgen en gaat hij terug naar locatie B. Cliënt heeft de voorwaarden zoals opgenomen in het behandelingsplan en huisregels ondertekend en is blij met de afspraak omdat hij hierdoor een verbetering in zijn situatie verwacht. Het ging een tijdje goed, maar de laatste tijd houdt cliënt zich niet aan de regels. Hij neemt de methadon niet meer in volgens afspraak en neemt deze ook mee zoals de afgelopen twee dagen het geval was. Ook vertoont hij onbeschoft gedrag dat als bedreigend wordt ervaren en als hij hierop wordt aangesproken door het personeel intimideert hij hen.

Overweging bij onmiddellijk ontslag

Uit het recht op zorg van de patiënt volgt dat ontslag in beginsel niet met onmiddellijke ingang mag worden geëffectueerd. Er moet een redelijke tijd worden genomen om het ontslag voor te bereiden, hoe langer het verblijf des te

langer de voorbereidingstijd. Het e.e.a. is afhankelijk van de omstandigheden van het geval. Een ontslag 'op staande voet' kan alleen op grond van 'zeer dringende redenen', de beslissing moet volgens de IGZ worden genomen door de directie van het ziekenhuis/instelling.

Verplichting tot nazorg

Indien ontslag plaatsvindt tegen de wens van de patiënt in, heeft de instelling een inspanningsverplichting tot nazorg. Dit wil zeggen dat de instelling 'voldoende' zorg moet besteden aan:

- onderdak van de patiënt buiten de instelling (naast betrokkenen waarschuwen; adressen geven van voorzieningen in de buurt; heeft patiënt de mogelijkheid van eigen kamer/huis?);
- de financiën van de patiënt (kan men zich zelf financieel redden; bron van inkomsten?);
- de behoefte aan nazorg door een andere instelling of hulpverlener, en zo ja welke?

De instelling die de patiënt met ontslag/verlof stuurt, moet in overleg met de patiënt een instelling of hulpverlener informeren over het aanstaande ontslag.

Uitvoering

Ontslag wordt altijd tijdig aangekondigd tijdens kantooruren door de behandelverantwoordelijke. Buiten kantooruren kan een patiënt wel geschorst worden uit de behandeling cq. verwijderd worden van de afdeling maar is nog niet ontslagen.

- De patiënt wordt op de hoogte gebracht van mogelijkheden voor nazorg en krijgt een redelijke termijn om dit te regelen.
- De patiënt wordt een kopie van het verslag dat in het dossier wordt opgenomen toegezegd en wordt nog eens op de hoogte gebracht van de klachtenprocedure en het bestaan van de patiënten vertrouwenspersoon.
- Het besluit ter beëindiging van de behandelingsovereenkomst wordt ter toetsing voorgelegd aan niet bij de behandeling betrokken coördinerend behandelaar
- Eventuele vervolgbehandeling wordt geregeld.

- De arts regelt de medisch noodzakelijke medicatie tot het moment dat de medicamenteuze behandeling elders voortgezet kan worden.
- Eenzijdige opzegging van de behandelingsovereenkomst wordt met redenen omkleed, beschreven in het dossier en via de eerste verantwoordelijke lijnfunctionaris gemeld aan de geneesheer-directeur cq. 1^e geneeskundige.
- Als de behandelingsovereenkomst wordt opgezegd, wordt de 1^e geneeskundige dan wel de directeur zorg daarvan op de hoogte gesteld. Deze kan het besluit overrulen (zie bijlage 3: beroepsmogelijkheden van de patiënt).
- Als de behandelingsovereenkomst wordt beëindigd dan wordt dit bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg gemeld door de geneesheer-directeur, in overleg met de Raad van Bestuur.

Verslaglegging

De volgende zaken dienen op korte termijn in verband met informatie aan en inzage van de patiënt (ook gelet op de klacht- en beroepsmogelijkheid van de patiënt) in het dossier te worden vastgelegd:

- Aanleiding van de gevaarlijke situatie
- Wijze van tenuitvoerlegging
- Toestandsbeeld van de patiënt
- Resultaten overlegsituaties en afspraken
- Invullen van de formulieren MIC/MIM (Melding Incidenten Cliënten/Melding Incidenten Medewerkers).

9. Literatuur

Blaauwbroek, H. (2003) *Betrokken Omgeving. Modelregeling relatie GGZ-instelling-Familie en Naastbetrokkenen*. Ypsilon/Labyrint/LSOVD/LPR/Cliëntenbond/GGZ Nederland.

Cavelaars, E, Franx, G. (2002) *Cliëntenparticipatie bij richtlijnontwikkeling*. Trimbos-instituut, Utrecht.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO/Verpleegkundige Wetenschappelijke Raad (2001) *Het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in de zorg. Een richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden in een multidisciplinaire omgeving*. Utrecht.

Franx, G., Eland, A., Verburg, H. (2002) Transparante zorg in de GGZ: van de bomen en het bos. Onderscheid en samenhang tussen richtlijnen, protocollen en zorgprogramma's. *MGv/Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57, 11, 782-789.

Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid/ GIGV (1986) *Standpunt inzake ontslag tegen de wens van de patiënt*, Rijswijk, 22 December.

Gezondheidsraad (2002). *Medicamenteuze interventies bij drugverslaving*. Den Haag, Gezondheidsraad, publicatie nr. 2002/10.

GGZ Nederland (2002) *Vademecum Wetgeving GGZ*, Atlas, Soest.

Grol, R.T.P.M., Everdingen, J.J.E. van, Casparie, A.F. (1994) *Invoering van richtlijnen en veranderingen. Een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk*. De Tijdstroom, Utrecht.

Grol, R., Wensing, M. (2001) Grol, R., Wensing, M., *Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.

Haar, R. ter, Hoekstra, M. (2002) *Versterking Medische Zorg in de Verslavingszorg. Verslag van een vooronderzoek*. VVGN/VWS/GGZ Nederland, Utrecht.

Haaster, H.P.M. van (2001) *Cliëntenparticipatie*. Uitgeverij Coutinho, Bussum.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2000) *Richtlijnontwikkeling binnen het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. Handleiding voor werkgroepleden*. Utrecht (www.cbo.nl)

Kwaliteitswet zorginstellingen (1996) Burgerlijk Wetboek.

Legemaate, J. (1990) Gedwongen ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis. *MGv/Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 45,12, 1282- 1294.

Nolten, A. (2002) *Nota Behandelen volgens wetgeving*, DeltaBouman, Capelle aan de IJssel.

Novadic-Kentron (1996) *Regels ten aanzien van gedwongen ontslag*. St-Oedenrode.

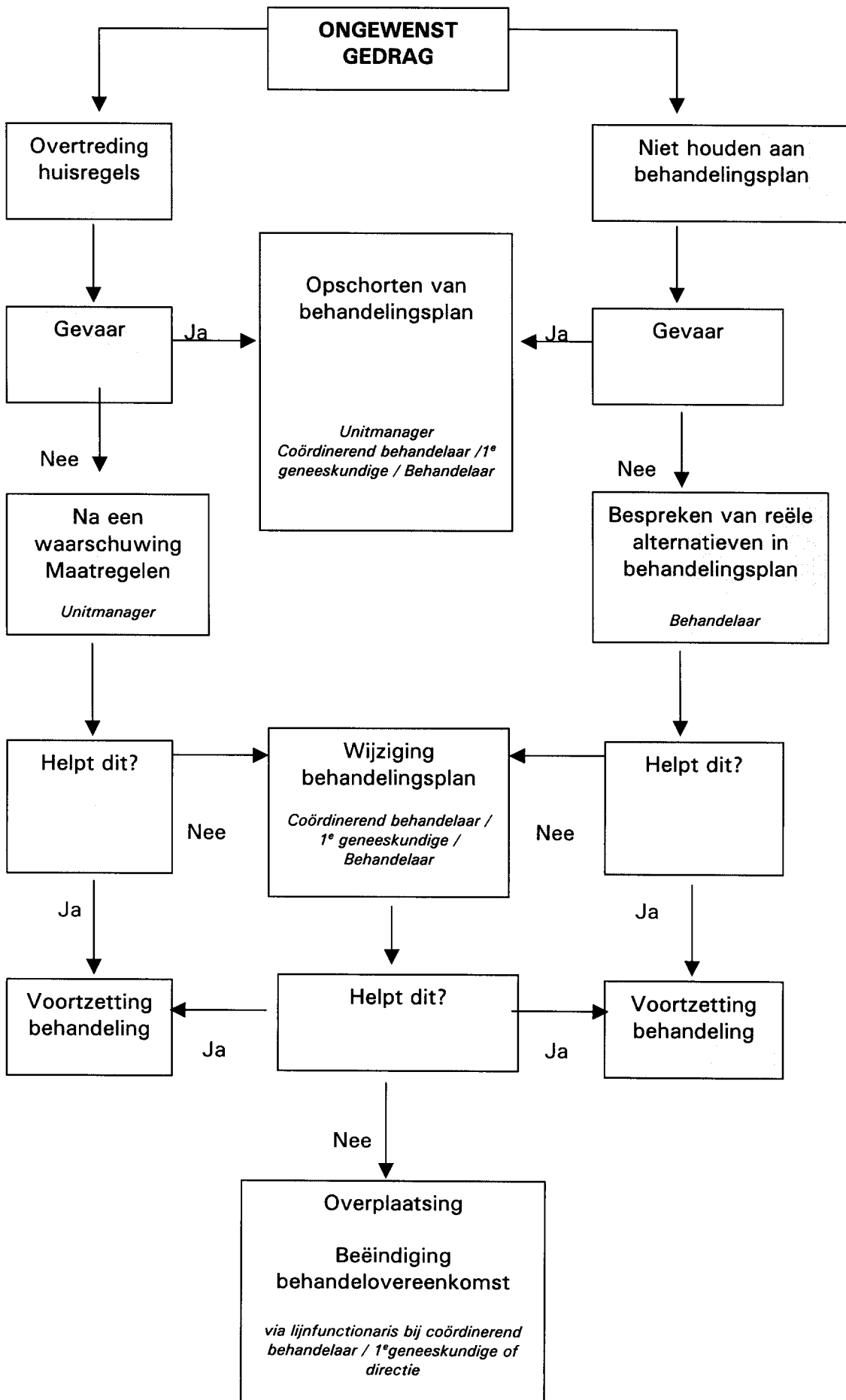
Stikker, T.E. (2003) BOPZ, de samenhang tussen de WGBO en de Wet Bopz. *Praktijkreeks 6*, Sdu Uitgevers Den Haag.

Trimbos-instituut (2002) *Checklist Implementatie voor de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ*. Trimbos-instituut, Utrecht.

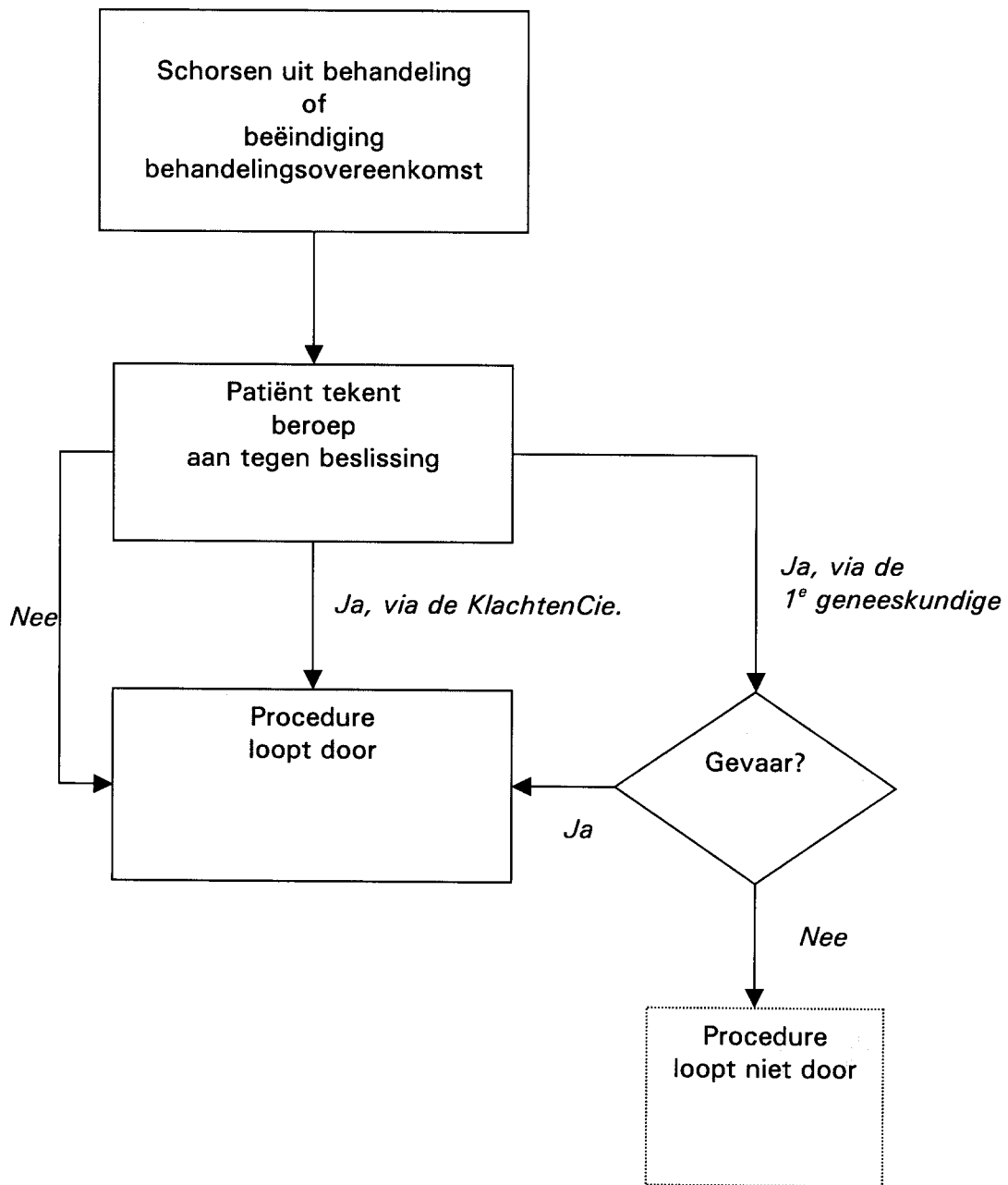
Wet op de geneeskundige behandel overeenkomst/WGBO (1994) Burgerlijk Wetboek.

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg/BIG (1993)

Bijlage 1: Beslismomenten en de te zetten stappen door de instelling



Bijlage 2: Beslisboom en toelichting beroepsmogelijkheden voor de patiënt bij de procedure 'schorsing van verblijf'



Toelichting bij de beslisboom 'beroepsmogelijkheden voor de patiënt' (1)

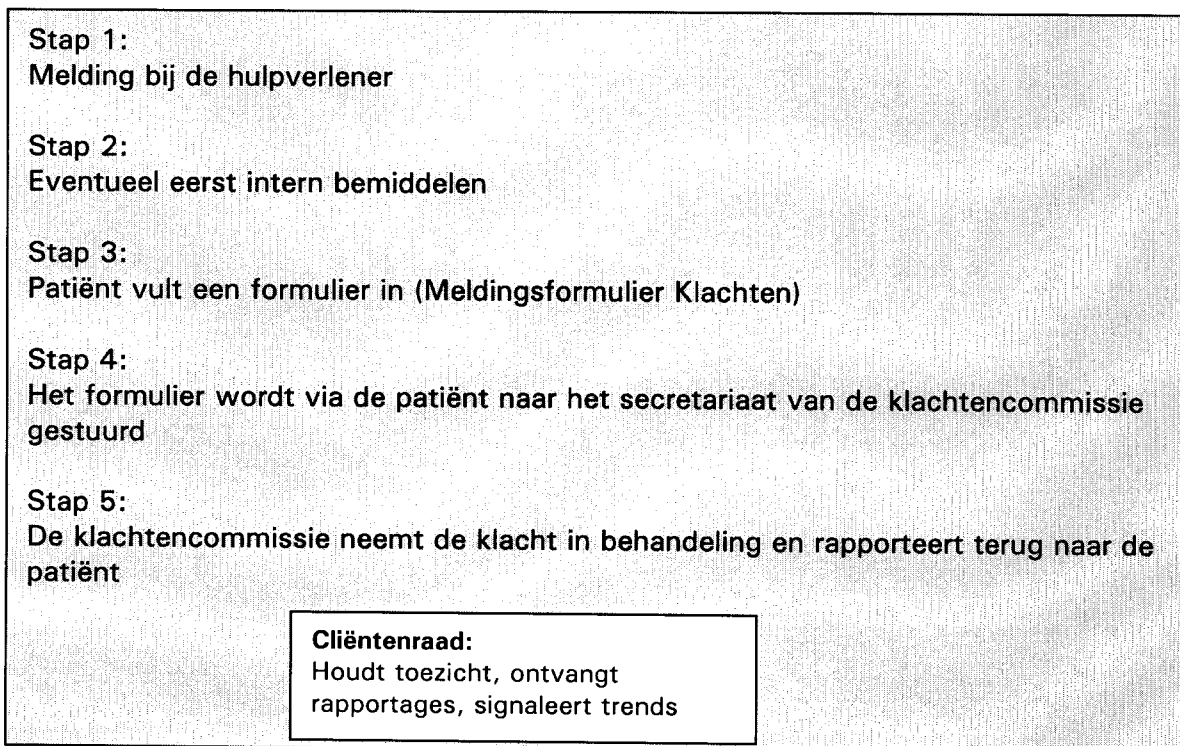
Er zijn twee beroepsmogelijkheden namelijk een beroep via de klachtencommissie van de instelling en een beroepsmogelijk via de 1^e geneeskundige/directeur zorg. In beide procedures is het raadzaam dat de patiënt zich laat ondersteunen door de patiënt vertrouwenspersoon (PVP-er). De PVP-er hoort de patiënt en de hulpverlener.

De behandelverantwoordelijke of een vervanger moet de patiënt, als deze aangeeft een klacht te willen indienen of beroep te willen aantekenen, wijzen op de mogelijkheid van de PVP-er en moet vervolgens de patiënt de ruimte geven om contact te kunnen leggen met deze persoon.

Via de klachtencommissie

Hiervoor bestaan in elke instelling, op basis van de WKCZ, instellingsreglementen die geraadpleegd kunnen en moeten worden. Dit traject is een langzaam, maar zorgvuldig traject dat in het algemeen geen invloed zal hebben op de genomen beslissing, maar die in algemene zin wel tot verandering en bijstelling van het kwaliteitsbeleid binnen de eigen instelling kan leiden.

Schematische weergave hiervan:



Vervolg toelichting bij de beslisboom 'beroepsmogelijkheden voor de patiënt' (2)

Via directeur zorg of 1^e geneeskundige

Veel sneller, maar adhoc procedure. Uitspraak moet gedaan worden of de procedure opgeschort wordt in afwachting van de uitspraak van de directeur zorg / 1^e geneeskundige dan wel doorloopt. In geval van gevaar kan geen enkele beroepsprocedure tot vertraging leiden. In het kader van de kwaliteit van de hulpverlening wordt gepleit voor een snelle procedure (afhandelen binnen 24 uren).

Bijlage 3: Deelnemerslijst van de regiegroep geneeskundige en verpleegkundige richtlijnen in de verslavingszorg

| Naam | Discipline | Functie | Werkzaam bij |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|--------------------|
| Borghuis, Juliette | Ondersteuning | Managementassistent | Centrum Maliebaan |
| Es, Marloes van | Procesbegeleider | Projectleider Resultaten Scoren | GGZ Nederland |
| Haan, Hein de | Vertegenwoordiger PEGVz | 1 ^o geneeskundige, Psychiater | TACTUS |
| Haar, Rob ter | Voorzitter VVGN | Sociaal geneeskundige en verslavingsarts | Stichting CAD |
| Hoek, Ad van de (tot maart 2004) | Vertegenwoordiger VVGN | Arts | Novadic-Kentron |
| Jong, Cor de | Voorzitter PEGVz | 1 ^o geneeskundige, arts en psychotherapeut | Novadic-Kentron |
| Loth, Chris | Bestuurslid NVPV | Verpleegkundige | LOTH Verpleegkunde |
| Post, Hans | Secretaris VVGN | Arts | Centrum Maliebaan |
| Stigter, Rob | Vertegenwoordiger NVvP, sectie Vz | 1 ^o geneeskundige, psychiater | Centrum Maliebaan |
| Wetering, Ben van de | Vertegenwoordiger NVvP sectie Vz | Directeur Zorg, psychiater | DeltaBouman |

Bijlage 4: Leden van de werkgroep op studiedag 18-06-2003

| Naam | Discipline | Functie | Werkzaam bij |
|-----------------------|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| Boetje, Hans | Vertegenwoordiger VVGN | Arts | Brijder verslavingszorg |
| Bogaard, Rene van de | Verpleegkundige | Verpleegkundige | Centrum Maliebaan |
| Borghuis, Juliëtte | Ondersteuning | Managementassistent | Centrum Maliebaan |
| Es, Marloes van | Procesbegeleider | Projectleider Resultaten Scoren | GGZ Nederland |
| Grinsven, Nicole van | Verpleegkundige | Verpleegkundige | Novadic-Kentron |
| Haan, Hein de | Vertegenwoordiger PEGVz | 1 ^e geneeskundige Psychiater | TACTUS |
| Hoek, Ad van de | Vertegenwoordiger VVGN | Arts | Novadic-Kentron |
| Jong, Cor de | Voorzitter PEGVz | 1 ^e geneeskundige, psychiater | Novadic-Kentron |
| Lansink, Jos | Verpleegkundige | Verpleegkundige | TACTUS |
| Lee Sack Fong, Robert | Arts | Arts | Stichting CAD, regiobureau Zwolle |
| Loth, Chris | Bestuurslid NVPV | Verpleegkundige | LOTH Verpleegkunde |
| Marvelde, Yvonne te | Verpleegkundige | Verpleegkundige | TACTUS |
| Meijer, Rinse | Arts | Arts | Novadic-Kentron |
| Meer, Gerben van der | Verpleegkundige | Verpleegkundige | Centrum Maliebaan |
| Olivier, Etienne | Psychiater | Psychiater | DeltaBouman |
| Oosteren, Toon van | Vertegenwoordiger PEGVz | 1 ^e geneeskundige, Psychiater | De Grift |
| Post, Hans | Secretaris VVGN | Arts | Centrum Maliebaan |
| Rameckers, Edith | Vertegenwoordiger PEGVz | Arts | CAD Limburg |
| Schaik, Ida van | Verpleegkundige | Verpleegkundige | DeltaBouman |
| Stigter, Rob | Vertegenwoordiger NVvP, sectie Vz | 1 ^e geneeskundige Psychiater | Centrum Maliebaan |
| Teensma, Cor | Verpleegkundige | Verpleegkundige | DeltaBouman |
| Wetering, Ben van de | Vertegenwoordiger NVvP sectie Vz | Directeur Zorg Psychiater | DeltaBouman |

Bijlage 5: Deelnemerslijst expertronde

Naast de deelnemers aan de werkconferentie werd de conceptrichtlijn (versie 1.1) voorgelegd aan experts, waarvan de onderstaande hebben gereageerd:

- Inspectie Gezondheidszorg, Dhr. A.F. Kok te Den Haag
- Landelijk Expertise Centrum Verpleging en Verzorging (LEVV), Mevr. E. Poot te Utrecht
- Landelijk Steunpunt Drugsgebruikers, Dhr. T. van Dam, De Wijk
- GGZ Nederland, juridische zaken, Mevr. T. Stikker en Mevr. M Jonkers, Utrecht

Colofon

Financier project

Ministerie van VWS

Auteurs

Regiegroep richtlijnontwikkeling in de verslavingszorg

Bestaand uit:

- Nederlandse Vereniging van Psychiatrie, sectie verslaving (NVvP)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde (NVPV)
- Platform 1^e geneeskundigen in de verslavingszorg
- Vereniging Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn)

Uitgave in samenwerking met

GGZ Nederland, juridische zaken en Resultaten Scoren

Naar deze richtlijn kan als volgt worden verwezen

Regiegroep richtlijnontwikkeling in de verslavingszorg. Richtlijn gedwongen ontslag, een best practice document uit de verslavingszorg. GGZ Nederland, 2004.

Nadere informatie

| | |
|-------------------------|--|
| Titel van de publicatie | Richtlijn gedwongen ontslag |
| Publicatienummer | 2004-269 |
| ISBN | 90-72513-38-X |
| Prijs | € 5,- (inclusief verzendkosten) |
| Waar | GGZ Nederland, Postbus 830, 3800 AV Amersfoort T 033 – 460 8900 F 033 – 460 8999 E : info@ggz nederland.nl |

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van GGZ Nederland en de auteurs van deze richtlijn.