



Professioneel Statuut GGZ Oost Brabant *Bedoeld voor de medewerkers*

Vastgesteld door de Raad van Bestuur
In zijn vergadering van 1 november 2016

Professioneel Statuut GGZ Oost Brabant

Bedoeld voor de medewerkers

Overwegende dat

- GGZ Oost Brabant op grond van de toepasselijke wet- en regelgeving de plicht heeft verantwoorde zorg te leveren op basis van een toetsbaar kwaliteitsbeleid,
- de plicht tot het leveren van verantwoorde zorg met zich brengt dat binnen GGZ Oost Brabant het geheel van regels en normen in het primaire proces van de in de instelling werkzame hulpverleners nauwkeurig geregeld is,
- er voor patiënten een overwegend belang is dat het geheel van regels en normen in het primaire proces van hulpverleners nauwkeurig is geregeld, zodat toetsing mogelijk is,
- er voor in de instelling werkzame hulpverleners een overwegend belang is dat het geheel van regels en normen in het primaire proces nauwkeurig is geregeld, zodat deze voor hen inzichtelijk zijn,
- er voor personen en instellingen die als verwijzer naar GGZ Oost Brabant optreden een overwegend belang is dat het geheel van regels en normen in het primaire proces van in de instelling werkzame hulpverleners nauwkeurig is geregeld,
- er voor de financiers van de zorg een overwegend belang is dat het geheel van regels en normen in het primaire proces in de instellingen die de zorg verstrekken nauwkeurig is geregeld,

heeft de Raad van Bestuur van GGZ Oost Brabant op grond van voornoemde overwegingen, onderstaand Professioneel Statuut, bij besluit van 6 januari 2015(...), bindend verklaard voor zijn instelling.

Inhoudsopgave

	Pagina
Overwegingen	2
Begrippenlijst	4
Algemene opmerking ten aanzien van het zorgcircuit Kind en Jeugd	4
Structuurschema	5
Deel I: De verantwoordelijkheden van de instelling en de algemene Verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren werkzaam voor GGZ Oost Brabant	6
Deel II: Bevoegdheden van beroepsbeoefenaren	7
Deel III: Eigen en andermans verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren	10
Deel IV: Bevoegdheden van lijnfunctionarissen ten opzichte van behandelaren	12
Deel V: Eigen en andermans verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren bij transmurale samenwerking in de zorg	13
Toelichting Deel I	16
Toelichting Deel II	22
Toelichting Deel III	34
Toelichting Deel IV	38
Toelichting Deel V	39
Bijlage I	43

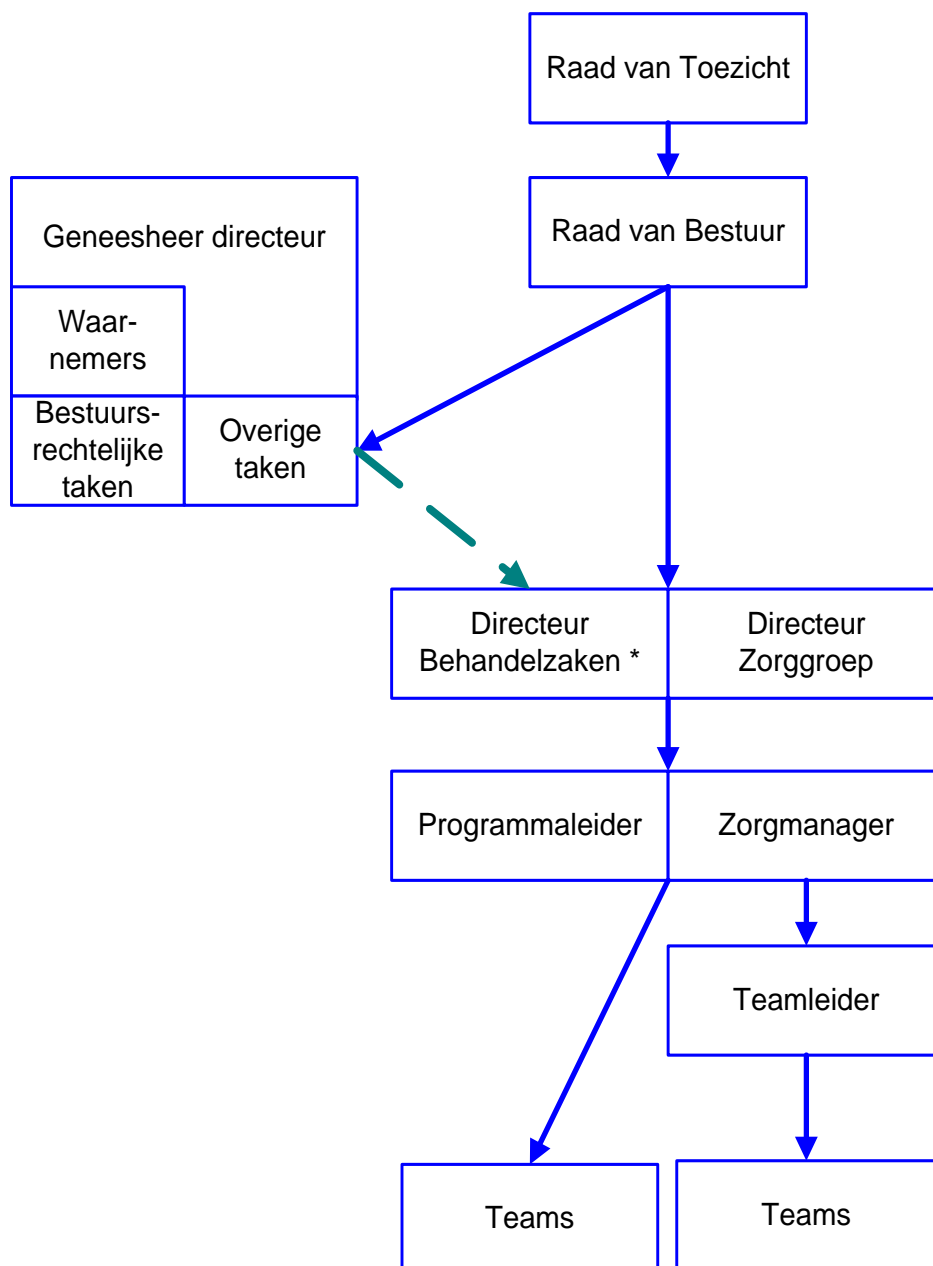
Begrippenlijst

Behandelaar	Een hulpverlener die in het kader van een behandelingsovereenkomst daadwerkelijk zorg verstrekt aan een patiënt van de instelling
Beroepsorganisatie	Een groep personen met eenzelfde soort opleiding en/of beroep, die zich hebben aaneengesloten.
Extramurale samenwerking	Samenwerking met een hulpverlener of de samenwerking met een andere organisatie die medische dan wel sociale hulp of ondersteuning biedt
Hulpverlener	De voor in de instelling werkzame beroepsbeoefenaar die met de patiënt in het kader van de behandeling of begeleiding persoonlijk contact heeft.
Leiding van de instelling	Raad van Bestuur
Instelling	GGZ Oost Brabant
Werkgever	GGZ Oost Brabant

Algemene opmerking ten aanzien van het zorgcircuit Kind en Jeugd

Het zorgcircuit Kind en Jeugd werkt met een structuur van een transitiedirecteur Kind en Jeugd en hoofden zorg. Waar in dit document 'directeur behandelzaken' of 'directeur zorgcircuit' staat, moet voor het zorgcircuit Kind en Jeugd de 'transitiedirecteur Kind en Jeugd' worden gelezen.

Structuurschema



* De zorggroep Kind en Jeugd werkt met een structuur van een directeur en een hoofd.

Hiërarchische aansturing



Functionele aansturing



Deel I:

De verantwoordelijkheden van de instelling en de algemene verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren werkzaam voor GGZ Oost Brabant

Artikel 1

GGZ Oost Brabant, verder aan te duiden als de instelling, is verantwoordelijk voor de organisatie en de kwaliteit van de zorgverlening binnen de instelling.

Artikel 2

Aan elke hulpverlener van de instelling wordt door de werkgever een taakopdracht gegeven waarin wordt aangegeven voor welke taken de hulpverlener verantwoordelijk is.

Artikel 3

Binnen deze taakopdracht oefent de hulpverlener zijn bevoegdheden uit.

Artikel 4

De hulpverlener is werkzaam in een multidisciplinair teamverband. Hij neemt hierbij de grenzen van zijn eigen kunnen in acht en respecteert de in de taakopdracht aan collega-beroepsbeoefenaren toegewezen bevoegdheden en verantwoordelijkheden.

Artikel 5

De hulpverlener legt over zijn verrichte werkzaamheden verantwoording af aan de werkgever.

Artikel 6

De hulpverlener neemt bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht en handelt daarbij in overeenstemming met de voor hem geldende professionele standaard.

Artikel 7

De naleving van beroepscode en gedragsregels kan worden getoetst door de eigen beroepsorganisatie, aan het wettelijk tuchtrecht, het strafrecht, het civielrecht en het klachtrecht.

Deel II:

Bevoegdheden van beroepsbeoefenaren

Artikel 8

- a) Voor het daadwerkelijk uitoefenen van deskundigheden is de hulpverlener gebonden aan de taken die de leiding van de instelling hem heeft opgedragen.
- b) De leiding van de instelling moet ervoor zorg dragen dat de hulpverlener taken krijgt opgedragen die binnen zijn deskundigheidsgebied vallen en hanteert hiertoe tenminste de professionele standaard.
- c) Alle beroepsbeoefenaren houden zich tenminste aan de eisen die de professionele standaard van de beroepsgroep aan hen stelt.
- d) Voor de arts en/of psychiater (medisch specialist ggz) is een aantal bijkomende bevoegdheden van toepassing:
 1. Voorbehouden handelingen op grond van de wet BIG.
 2. Handelingen die voortvloeien uit de toepassing van de wet BOPZ, waarbij de geneeskundige verklaring enkel door een psychiater, en onder voorwaarden door een arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde, opgesteld kan worden.
 3. Inhoudelijk eindverantwoordelijk bij hanteren van psychiatrische crisis. Hiertoe zijn ook de klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog bevoegd.
 4. Coördinerende bevoegdheden bij (dreigende) suicidaliteit. Hiertoe zijn ook de klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog bevoegd.
 5. Voorschrijven van geneesmiddelen. Onder voorwaarden is de verpleegkundig specialist en de physician assistants hiertoe ook bevoegd.
 6. Medisch-coördinerende zorg bij somatische problematiek.
 7. Consultfunctie.

Artikel 9

Voor elke regio/terrein/zorgcircuit wijst de instelling een directeur behandelzaken aan. De directeur behandelzaken vormt samen met de directeur zorg een collegiaal team dat aan het hoofd van een regio/terrein/zorgcircuit staat. Met betrekking tot zijn plaats in de organisatie en zijn taken en bevoegdheden wordt verwezen naar de toelichting op dit document, de bladzijden 33 t/m 35.

Artikel 10

Binnen de zorgverlening die de instelling verleent, kunnen de volgende beroepsbeoefenaren werkzaam zijn¹:

- a) Regiebehandelaar: de behandelaar die, naast de zorg die hij als hulpverlener ten opzichte van de patiënt en diens naasten heeft te betrachten, belast is met de totale regie van de behandeling van de patiënt door hemzelf en andere hulpverleners

¹ Bij de definiëring van de begrippen 'medebehandelaar', 'consulent' en 'andere hulpverleners' wordt aangesloten bij de terminologie die binnen algemene ziekenhuizen wordt gebruikt. Indien deze terminologie binnen de algemene ziekenhuizen wijzigt, zal deze wijziging ook binnen het Professioneel Statuut worden doorgevoerd.

tijdens het gehele behandelingstraject. De regiebehandelaar coördineert de afstemming tussen alle betrokken hulpverleners en is verantwoordelijk voor de integraliteit van de behandeling.

De regiebehandelaar is een BIG-geregistreerde hulpverlener die bevoegd en bekwaam is om patiënten te classificeren volgens de systematiek van de DSM-IV-TR/DSM-5. De regiebehandelaar moet bekwaam zijn en functioneren in een gestructureerd multidisciplinair overleg. De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling en is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger.

- b) Behandelaar: de behandelaar met een CONO-geregistreerd beroep die door de regiebehandelaar gevraagd wordt om een bijdrage aan de medisch-specialistische zorg te verlenen. Een behandelaar is een medisch specialist, of een andere zorgprofessional die in medebehandeling wordt gevraagd door de regiebehandelaar.
- c) Consulent: de behandelaar die op verzoek van de regiebehandelaar of behandelaar antwoord geeft op een gericht vraag (eenmalig) dan wel een advies over een bijstelling van het (behandel)beleid.
- d) Andere hulpverlener: dit is een hulpverlener, die in opdracht van de regiebehandelaar een (gedeelte van) de diagnostiek, behandeling, begeleiding of verpleging op zich neemt.

In Bijlage I is een actuele specificatie opgenomen waarin is aangegeven welke beroepen de rol van regiebehandelaar kunnen invullen, gedifferentieerd naar de setting waarin de professional als regiebehandelaar kan optreden.

Artikel 11

De taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar zijn als volgt, in aanvulling op hetgeen in artikel 10 sub a is opgenomen:

- a. De regiebehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de andere betrokken hulpverleners in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn.
- b. De regiebehandelaar ziet er op toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Andere betrokken hulpverleners hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering.
- c. De regiebehandelaar laat zich informeren door de andere bij de behandeling betrokken hulpverleners, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt. De regiebehandelaar toetst of de activiteiten van anderen bijdragen aan de behandeling van de patiënt en passen binnen het door de regiebehandelaar in overleg met de patiënt vastgestelde behandelplan.
- d. De regiebehandelaar en de andere betrokken behandelaren treffen elkaar ten behoeve van periodieke evaluatie van het behandelplan in persoonlijk contact en/of in teamverband, zo mogelijk in aanwezigheid van de patiënt, met de daartoe noodzakelijke frequentie (ook teleconferencing), op geleide van de problematiek/vraagstelling van de patiënt.

- e. De regiebehandelaar draagt zorg voor goede communicatie met de patiënt en diens naasten (indien van toepassing en indien toestemming hiervoor is verkregen) over het beloop van de behandeling.
- f. Daarnaast gelden de volgende specifieke taken voor de regiebehandelaar binnen de gespecialiseerde ggz:
 1. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het intakeproces, draagt zorg voor het (doen) stellen van de diagnose en stelt samen met de patiënt een (voorlopig) behandelvoorstel op. De regiebehandelaar heeft hiervoor direct contact (ook beeldbellen) met de patiënt.
 2. Blijkt tijdens de intake alsnog dat behandeling in de gespecialiseerde ggz niet is aangewezen, dan draagt de regiebehandelaar er zorg voor dat de patiënt wordt doorverwezen naar de generalistische basis-ggz of wordt terugverwezen naar de huisarts.
 3. Als delen van het intake-/diagnostisch proces door anderen dan de regiebehandelaar worden verricht, moet de regiebehandelaar via direct contact (ook beeldbellen) met de patiënt bij de beoordeling betrokken zijn.
 4. Indien de regiebehandelaar een ander is dan een psychiater of klinisch psycholoog, draagt de regiebehandelaar er zorg voor dat de intakegegevens en het (voorlopig) behandelvoorstel worden besproken in het multidisciplinaire team.
 5. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat besluitvorming op cruciale momenten in de behandeling plaatsvindt en in het multidisciplinaire team wordt afgestemd en getoetst. Dit is altijd, maar niet limitatief: wijziging behandelplan, ontslag, (dreigende) crisis. De regiebehandelaar ziet er tevens op toe dat de patiënt hierbij betrokken is en dat de beslissing met betrekking tot het beleid wordt vastgelegd.
- g. Het multidisciplinaire overleg is gericht op overeenstemming door middel van gezamenlijke besluitvorming. Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling heeft de regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem. Indien een verschil van mening of inzicht niet op die manier kan worden opgelost, wordt de escalatieprocedure zoals beschreven in artikel 21, gevolgd.
- h. De regiebehandelaar draagt niet de verantwoordelijkheid voor de door andere hulpverleners tijdens het behandelingstraject uitgevoerde afzonderlijke verrichtingen en interventies. Daarvoor zijn en blijven die andere hulpverleners zelf ten volle verantwoordelijk.

Artikel 11a

De volgende specifieke taken en verantwoordelijkheden gelden voor de behandelaar binnen de gespecialiseerde ggz, in aanvulling op hetgeen in artikel 10 sub b is opgenomen:

- a. De behandelaar geeft binnen het kader van het behandelplan zelfstandig uitvoering aan (delen van) het behandelplan;
- b. De behandelaar is verantwoordelijk voor het eigen handelen;
- c. De behandelaar voorziet de regiebehandelaar regelmatig en op tijd van relevante informatie, zodat deze zijn verantwoordelijkheden kan waarmaken;

- d. Hij volgt aanwijzingen van de regiebehandelaar op voor zover deze verenigbaar zijn met zijn/haar eigen deskundige oordeel en meldt expliciet bij de regiebehandelaar wanneer hij geen gevolg geeft aan diens aanwijzingen;
- e. Bij afsluiting van zijn deel van de behandeling stelt hij de regiebehandelaar daarvan in kennis.

Deel III:

Eigen en andermans verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren

Algemeen

Artikel 12

Een hulpverlener draagt uitsluitend een professionele verantwoordelijkheid en slechts dan als deze hulpverlener in het kader van een behandelingsovereenkomst daadwerkelijk zorg verstrekt, dan wel had moeten verstrekken, aan een patiënt van de instelling.

Verantwoordelijkheden bij aanmelding van de patiënt

Artikel 13

De instelling wijst een functionaris² aan die de aanmelding beoordeelt, waarin vier zaken worden geregeld:

1. Is er sprake van een hulpvraag die past binnen het werkkterrein van de instelling? Indien niet, dan regelt de functionaris de terug- of doorverwijzing; indien wel dan volgt er een besluit over.
2. Op welke termijn is de intake aangewezen?
3. Welke hulpverlener voert de intake uit?
4. De functionaris wijst een regiebehandelaar aan.

Verantwoordelijkheden bij de intake van de patiënt

Artikel 14

De regiebehandelaar zoals bedoeld in artikel 13, sub 4, is verantwoordelijk voor de intake en het nemen van een indicatiebesluit. Dit neemt niet weg dat een ander dan de regiebehandelaar de intake kan uitvoeren. Onder indicatie moet worden verstaan de vaststelling op welke zorg een patiënt in een bepaalde fase van zijn contact met GGZ Oost Brabant recht heeft. Als blijkt dat behandeling binnen de gespecialiseerde ggz niet is aangewezen, dan wordt de patiënt doorverwezen naar de generalistische basis-ggz of terugverwezen naar de verwijzer. Deze regiebehandelaar blijft verantwoordelijk totdat hij de zorg over een patiënt aan een andere regiebehandelaar heeft overgedragen.

Artikel 15

Indien in het proces van afweging om te komen tot een definitief indicatiebesluit een behandelplan wordt overwogen waarin een behandeling in deeltijd dan wel een klinisch opname is vervat, dan neemt de regiebehandelaar die belast is met het nemen van het indicatiebesluit, dit besluit in overleg met de hiertoe aangewezen regiebehandelaar van de beoogde setting van deeltijd of klinisch opname.

² Deze functionaris is bij voorkeur een psychiater of klinisch psycholoog, maar is in ieder geval een regiebehandelaar.

In overleg met de klinisch werkzame psychiater of klinisch psycholoog kan worden besloten dat de ambulante regiebehandelaar ook gedurende de opname de regiebehandelaar blijft.

Verantwoordelijkheden bij de verstrekking van zorg aan een patiënt

Artikel 16

De regiebehandelaar aan wie, na overeenstemming met de patiënt, de zorg voor de uitvoering van een behandelingsovereenkomst is toegewezen, draagt zorg dat de in het behandelplan opgenomen zorg wordt geleverd.

Artikel 17

Indien meerdere behandelaren zorg verstrekken aan een enkele patiënt en een behandelingsplan uit meerdere vormen van zorg (activiteiten) bestaan, dan is één van deze behandelaren regiebehandelaar.

Artikel 18

Indien meerdere behandelaren zorg verstrekken aan dezelfde patiënt, dan is iedere behandelaar uitsluitend verantwoordelijk voor zijn aandeel in de zorg.

Verantwoordelijkheden bij overleg tussen behandelaren

Artikel 19

Het staat iedere behandelaar, al dan niet daadwerkelijk betrokken bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst, vrij om gevraagd en ongevraagd adviezen te geven aan behandelaren over de zorg die zij al dan niet verstrekken in het kader van de behandelingsovereenkomst.

Deel IV:

Bevoegdheden van lijnfunctionarissen ten opzichte van behandelaren

Artikel 20

Het collegiaal management van programmaleider en zorgmanager ziet erop toe dat de verstrekking van zorg door behandelaren geschiedt binnen de kaders die door de instelling worden vastgesteld. De directeur behandelen en directeur zorg zien hierop toe voor de regio/terrein/zorgcircuit.

Artikel 21

Indien er sprake is van een verschil van mening of inzicht over de indicatiestelling, de wijze waarop de zorg wordt verstrekt, de inhoud van de zorg die wordt geboden of de uitvoering van de behandelingsovereenkomst, heeft de regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem, echter niet eerder dan nadat alle betrokken deskundigen gehoord zijn.

Indien een verschil van mening of inzicht niet op deze manier kan worden opgelost, dan is de programmaleider belast met het nemen van die besluiten die nodig zijn om te komen tot een oplossing van het geschil, mits de programmaleider bezit over voldoende (inhoudelijke) expertise om in het geschil een besluit te kunnen nemen.

Ontbreekt de programmaleider, treedt deze niet op of zijn er andere redenen die escalatie noodzakelijk maken, dan neemt de directeur behandelen deze taak op zich.

Ontbreekt de directeur behandelen, treedt deze niet op of zijn er andere redenen die escalatie noodzakelijk maken, dan is de geneesheer-directeur belast met het nemen van die besluiten die nodig zijn om te komen tot een oplossing van het geschil.

Deel V:

Eigen en andermans verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren bij transmurale samenwerking³

Algemeen

Artikel 22

Indien meerdere instellingen samenwerken bij de behandeling van een patiënt, is het voor de patiënt te allen tijde duidelijk wie van de betrokken hulpverleners ten aanzien van welk deel van de behandeling of begeleiding:

- a) Het aanspreekpunt is voor vragen van de patiënt of diens vertegenwoordiger;
- b) De (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de patiënt;
- c) Belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de patiënt.

Deze taken zijn over zo min mogelijk hulpverleners verdeeld. In de ggz zal dit een regiebehandelaar zijn.

In het medisch dossier wordt vastgelegd welke taken bij welke hulpverlener zijn belegd.

Artikel 23

Een hulpverlener die deelneemt aan een samenwerking vergewist zich ervan dat hij beschikt over relevante gegevens van hulpverleners van andere organisaties en informeert deze hulpverleners over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen, een en ander met inachtneming van de wet- en regelgeving ten aanzien van informatie-uitwisseling.

Artikel 24

- a) Hulpverleners die deelnemen aan een samenwerking maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de patiënt en leggen deze afspraken vast in het medisch dossier.
- b) Bij extramurale samenwerking blijft de professionele verantwoordelijkheid van de individuele hulpverlener voor de eigen verrichtingen bestaan. De hulpverlener draagt geen verantwoordelijkheid voor de door medebehandelaren, consultants en andere hulpverleners van andere organisaties uitgevoerde verrichtingen die zijn gelegen buiten het deskundigheidsgebied waarop de hulpverlener werkzaam is. Voor die verrichtingen zijn en blijven die andere hulpverleners zelf ten volle verantwoordelijk.

Artikel 25

Overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats en hiervan wordt aantekening gemaakt in het medisch dossier.

Artikel 26

³ KNMG, GGZ Nederland e.a., 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg', januari 2010.

Zo vaak als nodig wordt geacht door de betrokken hulpverleners voor een goede zorgverlening, vinden afstemmingsmomenten plaats. De afspraken die hierin worden gemaakt worden vastgelegd in het medisch dossier.

Artikel 27

Met betrekking tot calamiteiten⁴ of seksueel misbruik⁵ geldt het volgende:

- a) Calamiteiten worden zo spoedig mogelijk gemeld bij alle bij de samenwerking betrokken (hoofd)behandelaren;
- b) De betrokken (hoofd)behandelaren stemmen af over het volgende:
 - 1) Wie de patiënt en naasten informeert over het incident dat heeft plaatsgevonden;
 - 2) Wie de regie heeft bij het melden van een calamiteit of seksueel misbruik;⁶
 - 3) Wie heeft de regie over een eventueel op te starten onderzoek⁷

⁴ Een calamiteit is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of patiënt van de instelling heeft geleid.

⁵ Onder seksueel misbruik wordt verstaan grensoverschrijdend seksueel gedrag waarbij sprake is van lichamelijk, geestelijk of relationeel overwicht.

⁶ Binnen GGZ Oost Brabant gebeurt dit aan de hand van het calamiteitenproces zoals dit is beschreven in het KMS.

⁷ Binnen GGZ Oost Brabant gebeurt dit aan de hand van het calamiteitenproces zoals dit is beschreven in het KMS.

**Toelichting op het verantwoordelijkheidsdocument,
bestaande uit:**

Deel I:

***De verantwoordelijkheden van de instelling en de algemene
verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren werkzaam voor GGZ Oost
Brabant***

Deel II:

Bevoegdheden van beroepsbeoefenaren

Deel III:

Eigen en andermans verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren

Deel IV:

De bevoegdheden van lijnfunctionarissen ten opzichte van behandelaren

Deel V:

***Eigen en andermans verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren bij
transmurale samenwerking in de zorg***

Deel I:

De verantwoordelijkheden van de instelling en de algemene verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren werkzaam voor GGZ Oost Brabant

1.1. De verantwoordelijkheden van de instelling

(Artikel 1 - artikel 7)

1.1.1 Organisatie en kwaliteit

Verantwoordelijk voor de verstrekking van zorg is niet langer exclusief voorbehouden aan de beroepsbeoefenaren zelf. Steeds nadrukkelijker wordt in de wetgeving de instelling⁸ waar de hulpverlener werkzaam is verantwoordelijk gesteld voor de wijze waarop in de behoefte aan zorg wordt voorzien. De instelling moet de zorgverlening zodanig organiseren, dat er in voldoende mate personeel en materieel van voldoende kwaliteit aanwezig is.

Bovendien moeten verantwoordelijkheden zo worden verdeeld, dat dit redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg. Voor fouten die binnen de instelling worden gemaakt, waar en door wie dan ook, is de instelling (mede-)aansprakelijk.

1.1.2 Taakopdracht

De instelling draagt aan de hulpverlener de taken op waarbinnen hij zijn werkzaamheden uitoefent. Deze taakopdracht vormt het kader waarbinnen de hulpverlener functioneert. Over werkzaamheden die beroepsbeoefenaren in het kader van hun taakopdracht verrichten, moeten zij verantwoording afleggen aan de instelling. Van elke hulpverlener wordt verwacht, dat hij zich professioneel gedraagt. Dat houdt in dat hij over de nodige deskundigheid moet beschikken en dat hij zich dient te houden aan vastgestelde normen voor een goede beroepsuitoefening.

1.1.3 Aansprakelijkheid

De instelling kan (mede-)aansprakelijk worden gesteld voor tekortkomingen die voortvloeien uit de nakoming van de behandelingsovereenkomst. Deze aansprakelijkheid kan niet worden beperkt of uitgesloten. De wetgever heeft met de introductie van een centrale aansprakelijkheid willen voorkomen, dat een patiënt met zijn schade blijft zitten omdat het voor hem onduidelijk is welke hulpverlener kan worden aangesproken.

1.1.4 Eindverantwoordelijkheid

Eindverantwoordelijk is uitsluitend de Raad van Bestuur van de instelling.

De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ) heeft de eindverantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg zichtbaar gemaakt in de persoon van de geneesheer-directeur. De geneesheer-directeur is de psychiater die is belast met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in het psychiatrisch ziekenhuis. In onze instelling staat de geneesheer-directeur gepositioneerd naast de Raad van Bestuur.

⁸ Met de instelling wordt bedoeld de GGZ Oost Brabant.

Het spreekt voor zich dat de Raad van Bestuur, c.q. de geneesheer-directeur, zijn eindverantwoordelijkheid niet kan waarmaken, indien hij bij de vervulling van deze taak, door middel van waarneming, geen beroep zou kunnen doen op de in de instelling werkzame beroepsbeoefenaren.

1.2 Algemene verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren werkzaam voor GGZ Oost Brabant.

(Artikel 1 - artikel 7)

1.2.1 Goed hulpverlenerschap

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) bepaalt, dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij moet handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de voor beroepsbeoefenaren geldende professionele standaard. De hulpverlener wordt geacht normen en regels uit de beroepsgroep te hanteren.

1.2.2 Professionele standaard

Het geheel van regels en normen van de beroepsgroep kan vervat zijn in een professionele standaard. Een professionele standaard bepaalt in belangrijke mate de identiteit en het werkterrein van de hulpverlener. Van een hulpverlener mag worden verwacht dat hij zijn werkzaamheden overeenkomstig deze standaard uitvoert. In een professionele standaard wordt ook bepaald dat een patiënt de hulpverlener niet kan dwingen tot het uitvoeren van handelingen die hij zinloos acht. De professionele standaard stelt een norm voor het handelen van de hulpverlener en geeft tegelijkertijd een grens aan.

1.2.3 Beroepscodes en gedragsregels

Beroepsbeoefenaren zijn gebonden aan beroepscodes. Een beroepscode is een codificatie van ethische en praktische normen omtrent hetgeen in de uitoefening van een beroep behoort te worden gedaan en nagelaten. De beroepscode vormt een leidraad bij de uitoefening van het beroep. De normen van een beroepscode kunnen nader worden gedetailleerd in gedragsregels. Soms worden gedragsregels in beroepscodes opgenomen. Steeds meer beroepen gaan de uitoefening van het beroep binden aan normen, die worden neergelegd in beroepscodes en gedragsregels. Het bestaan van een beroepscode of gedragsregel houdt een waarborg in, dat de wijze waarop het beroep wordt uitgeoefend, voldoet aan de eisen die door een samenleving worden gesteld om tot een goede zorgverlening te komen.

Voor de patiënt kan een beroepscode of gedragsregel het uitgangspunt zijn voor de vertrouwensrelatie die hij met de hulpverlener aangaat, omdat op deze wijze is vastgelegd wat de patiënt van de hulpverlener mag verwachten.

1.2.4 Multidisciplinaire werkwijze

De zorgbehoefte van patiënten is in toenemende mate complex van aard. Deze omstandigheid heeft tot gevolg, dat meerdere disciplines bij de oordeelsvorming rond

indicatiestelling en verstrekking van zorg moeten worden betrokken. Bij een multidisciplinaire werkwijze wordt in deze noodzaak voorzien. Voor de beroepsbeoefenaren betekent dit, dat zij dienen uit te gaan van de taakopdrachten zoals die aan henzelf en aan collega-beroepsbeoefenaren zijn gegeven en dat zij ieders bevoegdheden en verantwoordelijkheden moeten respecteren.

Het is van groot belang dat de hulpverlener zich transparant opstelt. De hulpverlener staat dan ook open voor collegiale toetsing⁹ in het multidisciplinaire overleg.

1.3 Toetsing van het handelen van beroepsbeoefenaren

1.3.1 Zelfregulering en regulering door de overheid

Beroepscodes en gedragsregels zijn een vorm van zelfregulering. Het zijn regelingen die door de beroepsorganisaties zelf zijn vastgesteld met het doel het handelen van de leden te normeren. Naast zelfregulering is er sprake van overheidsregulering. Onder overheidsregulering worden de regelingen verstaan die door de overheid worden vastgesteld, met het doel het handelen van groepen of personen in de samenleving te normeren.

1.3.2 Toetsing op grond van zelfregulering

Het formuleren van een beroepscode is een aangelegenheid van de beroepsorganisatie zelf. De geformuleerde richtlijnen gelden als toetsingsnorm voor het gedrag van bij de beroepsorganisaties aangesloten beroepsbeoefenaren.

Een instrument voor deze toetsing kan het intern verenigingsrecht zijn, op grond waarvan de niet-nakoming van door de beroepsorganisatie gestelde regels kunnen worden beoordeeld en gesanctioneerd. De sancties gelden alleen voor de bij de beroepsorganisatie aangesloten leden.

Niet alle beroepsgroepen kennen overigens een intern verenigingsrecht.

1.3.3 Toetsing door de overheid

Er bestaat een aantal wettelijk geregelde vormen van toetsing. De volgende wettelijke normen zullen, in samenvattende zin, worden behandeld:

- a) Het wettelijk tuchtrecht.
- b) Het strafrecht.
- c) Het civiel recht.
- d) Het klachtrecht.

a) Toetsing in het kader van het wettelijk tuchtrecht

De volgende acht beroepen vallen onder het wettelijk tuchtrecht:

artsen, tandartsen, apothekers, verloskundigen, fysiotherapeuten, verpleegkundigen, psychotherapeuten en gezondheidszorgpsychologen.

De titels van deze acht beroepen zijn wettelijk beschermd.

Een hulpverlener mag zo'n titel alleen voeren als hij zich laat inschrijven in het BIG-register.

⁹ Met collegiale toetsing wordt niet geduid op de toetsing door de eigen beroepsorganisatie, maar op toetsing door collega's binnen de instelling.

Bij een tuchtcollege kan men klagen over alle beroepsbeoefenaren die in het BIG-register staan ingeschreven.

De Wet BIG kent voor de acht geregistreerde beroepen twee tuchtnormen, die aangeven wanneer een hulpverlener niet zorgvuldig handelt.

1. De eerste tuchtnorm (= zorgnorm) luidt:

Handelen of nalaten van handelen in strijd met de zorg die de geregistreerde hulpverlener behoort te betrachten ten opzichte van de patiënt en de naaste betrekkingen van de patiënt. In de praktijk betekent deze eerste en belangrijkste tuchtnorm, dat bij het tuchtcollege over zeer uiteenlopende zaken kan worden geklaagd, zoals:

- onvoldoende informatie verstrekken over de behandeling, de gevolgen van die behandeling en eventuele alternatieven;
- voorschrijven of verstrekken van de verkeerde medicijnen;
- een verkeerde of te late diagnose;
- schenden van het beroepsgeheim;
- seksuele intimidatie;
- chirurgische fout.

2. De tweede tuchtnorm (= algemene norm) luidt:

Enig ander handelen of nalaten als geregistreerde hulpverlener in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg.

Deze norm is niet zozeer van belang voor de relatie tussen patiënt en hulpverlener, maar waarborgt de zorgvuldigheid van de hulpverlener op een aantal andere gebieden, zoals:

- weigeren deel te nemen aan een waarnemingsregeling;
- onjuist optreden in de media, bijvoorbeeld het onnodig creëren van onrust onder burgers over de verspreiding van een mogelijke epidemie;
- door een hulpverlener onjuist declareren van rekeningen bij een ziektekostenverzekeraar.

Voor de goede orde zij nog opgemerkt, dat naast de hierboven genoemde voorbeelden ook tal van andere situaties onder één van de twee tuchtnormen kunnen vallen.

De maatregelen die door het tuchtcollege kunnen worden opgelegd, zijn:

1. Waarschuwing

De hulpverlener wordt erop gewezen, dat zijn gedrag ten opzichte van de patiënt onjuist was.

De waarschuwing is de lichtste maatregel en is voorlichtend en corrigerend van aard.

2. Berisping

Het tuchtcollege veroordeelt het gedrag van de hulpverlener. Hij heeft ernstig verwijtbaar gehandeld en wordt daarvoor terechtgewezen.

3. Geldboete

De hulpverlener moet een boete van maximaal € 4.500 betalen aan de Staat der Nederlanden.

4. Schorsing

De registratie van de hulpverlener wordt voor maximaal één jaar geschorst. Gedurende die periode mag hij zijn titel niet gebruiken en verliest hij ook de daaraan verbonden rechten, zoals het op eigen initiatief verrichten van voorbehouden handelingen. Deze maatregel kan ook in combinatie met een geldboete worden opgelegd. Soms legt het college een schorsing voorwaardelijk op. De schorsing wordt dan alleen van kracht als de hulpverlener niet aan bepaalde voorwaarden voldoet. Het college kan bijvoorbeeld eisen, dat hij een bijscholingscursus volgt of gedurende een proeftijd niet weer dezelfde fout maakt.

5. ***Gedeeltelijke ontzegging het beroep uit te oefenen***

De hulpverlener blijft wel geregistreerd staan, maar mag bepaalde handelingen niet meer verrichten. Welke dat zijn wordt in het register aangetekend.

6. ***Schrappen uit het register***

De hulpverlener wordt geschrapt uit het register. Hij raakt zijn titel kwijt en mag het beroep niet langer onder die titel uitoefenen. Gebruikt hij de titel of de daaraan verbonden rechten toch, dan is hij strafbaar.

De vier zwaarste maatregelen (3 t/m 6) gaan pas in als een eventuele behandeling in hoger beroep is afgerond. In het belang van de volksgezondheid kan het tuchtcollege echter een voorlopige maatregel nemen, die direct van kracht wordt. Zo is in afwachting van de beslissing in hoger beroep een tijdelijke schorsing van de hulpverlener mogelijk.

b. Toetsing in het kader van het strafrecht

Net als iedere andere burger vallen hulpverleners onder het strafrecht.

Strafbare feiten, die kunnen worden onderscheiden in misdrijven en overtredingen, zijn bijvoorbeeld het opzettelijk afgeven van een valse geneeskundige verklaring of ontucht plegen met een in behandeling zijnde patiënt.

Strafrecht en tuchtrecht bestaan naast elkaar. De normen die beide rechtsvormen hanteren zijn echter verschillend.

Het wettelijk tuchtrecht voorziet onder andere door het algemene karakter van de normen in de mogelijkheid beroepsbeoefenaren aan te spreken voor handelingen, die een tekortschieten in de uitoefening van het beroep betekenen.

De strafrechtelijke normen hebben vrijwel alle betrekking op een handeling of een verzuim, welke kan leiden tot ernstige gevolgen.

In het strafrecht is de klager geen procespartij maar het openbare ministerie, dat in de regel op grond van het opportuiniteitsbeginsel kan beslissen al dan niet tot vervolging over te gaan. Dit in tegenstelling tot het tuchtrecht waar elke klacht moet worden behandeld.

c. Toetsing in het kader van het civiel recht

Er bestaan twee mogelijkheden om bij klachten over beroepsbeoefenaren de civiele rechter in te schakelen.

In de eerste plaats omdat men - in het kader van de behandelingsrelatie - van oordeel is, dat de hulpverlener tot iets is gehouden, waartoe die hulpverlener niet bereid is.

In dit verband moet dan bijvoorbeeld worden gedacht aan inzage verlenen in het dossier.

De patiënt mag dan in een civiele procedure eisen, dat de hulpverlener tenminste de in de wet en in de beroepscode neergelegde voorschriften en normen naleeft.

Een andere civiele actie is de schadevergoedingsactie naar aanleiding van een onrechtmatig schadeveroorzakend handelen van de hulpverlener.

De patiënt zal in eerste instantie moeten aantonen, dat er een fout is gemaakt, waarvoor de hulpverlener aansprakelijk is. Vervolgens zal de patiënt moeten aantonen dat de schade die hij lijdt of heeft geleden, is veroorzaakt door die fout.

d. Toetsing in het kader van het klachtrecht

Procedures die niet zijn begrepen onder de hiervoor behandelende tucht- straf- of civielrechtelijke toetsing, vallen onder het klachtrecht in engere zin.

Het klachtrecht is bedoeld om de patiënt, klager, genoegdoening te geven.

Bij het klachtrecht gaat het om de relationele aspecten van het handelen van de beroepsbeoefenaren, zoals de zorgvuldige bejegening van de patiënt.

Klachtencommissie - tuchtcollege

Er zijn belangrijke verschillen tussen het tuchtcollege en de klachtencommissie.

Het tuchtrecht heeft primair tot doel de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening te bewaken en niet om voor persoonlijke gevallen een oplossing te bieden.

De vraag is niet zozeer aan de orde of de indiener van de klacht gelijk heeft, maar of de hulpverlener is tekortgeschoten.

Een ander verschil is dat alle zorginstellingen over een klachtencommissie dienen te beschikken, terwijl bij het tuchtcollege alleen over de acht beroepsgroepen, zoals die in de Wet BIG zijn opgenomen, kan worden geklaagd.

Gelijktijdig meerdere mogelijkheden

De verschillende mogelijkheden hoeven elkaar niet uit te sluiten.

Zo kan men bijvoorbeeld bij het tuchtcollege een klacht indienen over een hulpverlener en tegelijkertijd, of na de behandeling van de zaak, bij de civiele rechter een schadevergoeding eisen. Soms kan men met een klacht ook terecht bij de beroepsvereniging. Een aantal beroepsverenigingen kent een eigen tuchtrecht. Dit verenigingstuchtrecht is niet gebaseerd op de Wet BIG en de uitspraken hebben dan ook geen gevolgen voor bijvoorbeeld de inschrijving in het register.

Deel II: **Bevoegdheden van beroepsbeoefenaren**

2.1 Bevoegdheden van beroepsbeoefenaren (Artikel 8 - artikel 11)

De taken van de directeuren behandelzaken worden afgeleid van de taken van de geneesheer-directeur en van de Raad van Bestuur op het gebied van kwaliteit en veiligheid. De directeur behandelzaken moet rapporteren aan de geneesheer-directeur en de Raad van Bestuur (zie onder andere de 'Notitie positie en taak directeur behandelzaken'). Met betrekking tot de eigenlijke BOPZ-taken heeft de geneesheer-directeur besloten tot waarneming van deze taken door twee waarnemend geneesheer-directeuren.

2.1.1 Inleiding

Elke behandelaar is verantwoordelijk voor datgene wat hij doet en nalaat in het werken met en voor de patiënt. Het uitgangspunt is, dat de behandelaar verantwoordelijk is voor wat hij doet, niet voor wat hij is. In het vorige deel is al aan de orde gekomen, dat aan de hulpverlener een taakopdracht wordt verstrekt waarin staat omschreven welke werkzaamheden van hem worden verwacht en wat zijn bevoegd- en verantwoordelijkheden zijn. Het is hierbij van belang, dat de instelling die taken opdraagt die vallen binnen het deskundigheidsgebied van de hulpverlener.

De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet op de Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ) bevatten regelingen van de deskundigheidsgebieden van een aantal beroepen. Een bijzonderheid hierbij is dat een aantal handelingen aan de medici is voorbehouden.

2.1.2 Wettelijke titelbescherming en deskundigheidsgebieden

In artikel 3 van de Wet BIG worden verschillende beroepen genoemd, waarvoor een wettelijke titelbescherming geldt. Voor deze beroepen geldt dat de titel wordt ingeschreven in een door het Staatstoezicht bijgehouden register en dat men valt onder het wettelijk tuchtrecht. Door registratie ontstaat het recht om de beroepstitel te voeren. Deze titel is beschermd; wie ten onrechte de titel voert is strafbaar. Onder dit artikel 3 van de Wet BIG vallen artsen, tandartsen, psychotherapeuten, verloskundigen, verpleegkundigen, apothekers, fysiotherapeuten en gezondheidszorgpsychologen.

De deskundigheidsgebieden van deze beroepen zijn in de wet globaal omschreven, hetgeen nadere invulling van deze gebieden noodzakelijk maakt.

Een nadere invulling wordt geregeld bij een Algemene Maatregel van Bestuur.

Artikel 34 van de Wet BIG bevat voor de wetgever de mogelijkheid om aan andere beroepen een titelbescherming te geven. De opleidingseisen en het deskundigheidsgebied worden per Algemene Maatregel van Bestuur geregeld.

De beroepen die onder dit artikel 34 vallen zijn: apothekersassistent, diëtist, ergotherapeut, huidtherapeut, klinisch fysicus, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck, optometrist, orthoptist, podotherapeut, radiodiagnostisch laborant, radiotherapeutisch laborant, tandprotheticus en verzorgende in de individuele

gezondheidszorg (VIG'er). Voor deze beroepen bestaat geen overheidsregister en geen wettelijk tuchtrecht.

2.1.3 Omschrijving van de artikel 3 Wet BIG-beroepsbeoefenaren

De Wet BIG schrijft voor een aantal beroepen deskundigheidsgebieden voor:

§ 1 Artsen

Artikel 18 Wet BIG:

Om in het desbetreffende register als arts te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van het getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.

Artikel 19 Wet BIG:

Tot het gebied van deskundigheid van de arts wordt gerekend het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst.

In de gevallen waarin de arts op grond van de Geneesmiddelenwet bevoegd is geneesmiddelen ter hand te stellen, behoort het ter hand stellen mede tot het gebied van zijn deskundigheid.

Toelichting

Onder "handelingen op het gebied van de geneeskunst" worden verstaan:

- a. alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel verloskundige bijstand te verlenen;*
- b. het bij een persoon afnemen van bloed of wegnemen van weefsel voor andere doeleinden dan die, bedoeld onder a;*
- c. het wegnemen van weefsel bij een overledene en het verrichten van sectie.*

(Bron: artikel 19 jo. artikel 1 Wet BIG)

§ 2 Gezondheidszorgpsychologen

Artikel 24 Wet BIG:

Om in het desbetreffende register als gezondheidszorgpsycholoog te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.

Artikel 25 Wet BIG:

Tot het gebied van deskundigheid van de gezondheidszorgpsycholoog wordt gerekend het verrichten van psychologisch onderzoek, het beoordelen van de resultaten daarvan alsmede het toepassen van bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen psychologische behandelingsmethoden ten aanzien van een persoon met het oog op diens gezondheidstoestand.

§ 3 Psychotherapeuten

Artikel 26 Wet BIG:

KMS.nr: 666

Eigenaar: H. Hanegraaf

Titel doc.: Professioneel statuut

Printdatum: 23 november 2016

Pagina 24 van 46

1. Om in het desbetreffende register als psychotherapeut te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat met een getuigschrift als bedoeld in het eerste lid wordt gelijkgesteld een bewijs van een krachtens artikel 14 onderscheidenlijk artikel 16 verleende erkenning als specialist op een bij de maatregel aangewezen deelgebied van de uitoefening van een beroep waarop een register betrekking heeft.

Artikel 27 Wet BIG:

Tot het gebied van deskundigheid van de psychotherapeut wordt gerekend het onderzoeken en het volgens bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen methoden beïnvloeden van stemmingen, gedragingen en houdingen van een persoon met een psychische stoornis, afwijking of klacht, teneinde deze te doen verdwijnen of te verminderen.

Toelichting

De hierboven in de artikelen 24 tot en met 27 genoemde algemene maatregelen van bestuur (amvb's) zijn het Besluit gezondheidszorgpsycholoog (Stb.1998, 156) en het Besluit psychotherapeut (Stb. 1998, 156).

Beide besluiten dateren van 17 maart 1998 en zij bevatten de opleidingseisen en het deskundigheidsgebied van respectievelijk de gezondheidszorgpsycholoog en de psychotherapeut.

In artikel 11 van het Besluit gezondheidszorgpsycholoog wordt het deskundigheidsgebied van de gezondheidszorgpsycholoog, zoals dat in artikel 25 van de wet is omschreven, nader ingevuld. De behandelingsmethoden, bedoeld in artikel 25 van de wet, bestaan uit psychologische, orthopedagogische en deels ook psychotherapeutische behandelingsvormen bij somatische en psychische stoornissen en problemen, bij somatisch lijden en verstandelijke handicaps en bij problematische interacties. In het advies van de Raad BIG van mei 1996, nr. B6/'6, "Psychotherapeut, advies over de te stellen opleidingseisen en de deskundigheid van de psychotherapeut ex Wet BIG", gaat de Raad in op het deskundigheidsgebied van de gezondheidszorgpsycholoog in relatie tot de psychotherapeut. De Raad concludeert dat er verschillen en overlappingsgebieden bestaan tussen het deskundigheidsgebied van de gezondheidszorgpsycholoog en van de psychotherapeut.

Zij hebben gemeenschappelijk dat het gaat om enigerlei vorm van methodisch toegepaste, op het wetenschapsgebied van de psychologie gebaseerde hulp van professionele aard aan personen met psychische problemen.

Waar het gaat om verschillen in deskundigheidsgebied moet, aldus de Raad, een onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds diagnostiek, anderzijds behandeling:

De gezondheidszorgpsycholoog is geschoold met betrekking tot de diagnostiek van het gehele psychologische domein. Hij gebruikt daarvoor onder andere de methoden van tests, observatie en interview. De diagnostische scholing van de psychotherapeut is gericht op intake en indicatiestelling ten behoeve van het toepassen van psychotherapeutische behandelingsmethoden.

Het repertoire van de behandelingsmethoden van de gezondheidszorgpsycholoog is breed en divers. Hiertoe worden gerekend: advisering, begeleiding, directieve therapie, gesprekstherapie en spelbegeleiding, systeembegeleiding, mediatie-therapie, vaardigheidstrainingen, begeleiding van andere beroepsbeoefenaren, methodisch groepswork, bevordering van het leefklimaat en casemanagement. Een onderdeel daarvan is bovendien de toepassing van psychotherapeutische behandelingsmethoden.

De psychotherapeut heeft zich primair verdiept in de psychotherapie en hanteert daarbij een of meerdere theoretisch-wetenschappelijk gefundeerde psychotherapeutische behandelingsmethoden (psycho-analytische theorieën, de leer- en cognitieve theorieën, de systeemtheorieën en de experiëntiële theorieën).

De hierboven genoemde verschillen hangen samen met verschillen in de opleiding. Zo verschillen bijvoorbeeld de aantallen uren en de inhoud van de supervisie en zijn er verschillen in vereiste praktijkervaring en praktijkduur. Voorts verschilt de totale opleidingsduur: deze is voor gezondheidszorgpsychologen twee jaar op fulltime basis en ten minste vier jaar (parttime) voor de psychotherapeut.

Het onderscheid tussen het deskundigheidsgebied van de twee beroepen is weergegeven door in het tweede lid van het onderhavige artikel te stellen dat de methoden, bedoeld in het eerste lid, gebaseerd zijn op het wetenschapsgebied van de psychologie en de orthopedagogiek en steeds toegepast worden op basis van psychodiagnostiek en indicatiestelling.

(Bron: Besluit gezondheidszorgpsycholoog (Stb. 1998, 156) en Besluit psychotherapeut (Stb. 1998, 155) met nota van toelichting bij art. 11 van beide besluiten)

§ 4 Verpleegkundigen

Artikel 32 Wet BIG:

Om in het desbetreffende register als verpleegkundige te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen dan wel voor zover het betreft het diploma van een beroepsopleiding als bedoeld in de Wet educatie en beroepsonderwijs, voldoet aan de bij en krachtens die wet voor de afgifte van dat diploma gestelde vereisten.

Artikel 33 Wet BIG:

Tot het gebied van deskundigheid van de verpleegkundige wordt gerekend:

- a. het verrichten van handelingen op gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging;
- b. het ingevolge opdracht van een hulpverlener op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

§ 4.1 Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen

Alhoewel de sociaal psychiatrisch verpleegkundige geen wettelijke titelbescherming kent in de Wet BIG, heeft een sociaal psychiatrisch verpleegkundige een gespecialiseerde vervolgopleiding voor (ggz-)verpleegkundigen gevolgd en daarom hier noemenswaardig. Hieronder worden de hoofdtaken van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige beschreven op basis van de functiebeschrijving gehanteerd binnen de instelling.

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige levert een bijdrage aan de diagnostiek en behandelt en begeleidt de patiënt en het patiëntstelsel in een ambulante setting of in de overbrugging tussen een ambulante situatie en een deeltijd- of intramurale voorziening. Daarnaast is de sociaal psychiatrisch verpleegkundige in de context van de functie consulent, dienstverlener en coach. Vaak is er sprake van acute, complexe problematiek of van escalatie in een behandelingsrelatie. De functie wordt in multidisciplinair verband uitgeoefend.

Vanuit een eigenstandige, professionele positie - en in samenwerking met anderen - levert de sociaal psychiatrisch verpleegkundige een actieve bijdrage aan het ontwerpen, bijstellen, vaststellen en uitvoeren van GGZ beleid. Dit geldt zowel op team-, instellings- of regionaal niveau.

2.1.4 De betekenis van het begrip deskundigheidsgebied

Het feit, dat voor een aantal beroepen deskundigheidsgebieden worden omschreven, betekent niet dat de betrokken beroepsbeoefenaren op het eigen deskundigheidsgebied een exclusieve bevoegdheid hebben. De omschrijving van deskundigheidsgebieden maakt namelijk deel uit van de BIG-regels over registratie en titelbescherming.

Voor het daadwerkelijk uitoefenen van zijn deskundigheid is de hulpverlener, werkzaam voor GGZ Oost Brabant, gebonden aan de taken die de leiding van de instelling hem heeft opgedragen.

De hulpverlener zal bij het verrichten van zijn werkzaamheden binnen de grenzen van zijn eigen 'kunnen en kennen' moeten blijven. Dit vereist impliceert anderzijds dat de leiding van de instelling ervoor moet zorg dragen dat de hulpverlener zodanige taken krijgt toegewezen, dat deze passen binnen zijn deskundigheidsgebied.

Het zich niet houden aan het eigen deskundigheidsgebied kan op grond van artikel 96 van de Wet BIG strafbaar zijn.

2.1.5 Omschrijving van de artikel 14 Wet BIG-beroepsbeoefenaren

In art. 3 lid 1 van de Wet BIG zijn de basisberoepen genoemd (zie hierboven), waarvoor op grond van art. 14 lid 1 van de Wet BIG specialismen kunnen worden ingesteld. Een specialisme is derhalve altijd verbonden aan een basisberoep.

Artikel 14 van de Wet BIG biedt de mogelijkheid om aan specialistentitels wettelijke bescherming te verlenen. Het specialisme moet liggen binnen het vakgebied van het art. 3-register waarin de beroepsbeoefenaar is ingeschreven.

Bij de algemene beroepstitel van het basisberoep arts zijn binnen GGZ Oost Brabant drie verschillende specialistentitels van belang, namelijk de psychiater, klinisch geriater en specialist ouderengeneeskunde. Er zijn twee specialismen voor gz-psychologen, namelijk klinisch neuropsycholoog en klinisch psycholoog. De verpleegkundig specialist is een

specialisme binnen het art. 3 beroep verpleegkundige. Hieronder worden de hoofdtaken van de specialismen beschreven op basis van de functiebeschrijving gehanteerd binnen de instelling.

§ 1 Psychiater

De psychiater verricht psychiatrisch onderzoek, stelt de diagnose en behandelt patiënten met psychiatrische dan wel psychosociale problematiek. De functie wordt in multidisciplinair verband uitgeoefend.

§ 2 Klinisch geriater

De klinisch geriater verricht geriatrisch onderzoek, stelt de diagnose en behandelt patiënten met geriatrische problematiek. De functie wordt in multidisciplinair verband uitgeoefend.

§ 3 Specialist ouderengeneeskunde

De gespecialiseerde arts heeft als doel vanuit een somatisch gerichte invalshoek bij te dragen aan het welbevinden van de patiënten die bij de instelling behandeld of begeleid worden. De gespecialiseerd arts verleent specialistische artsenzorg aan patiënten en heeft een eigen professionele verantwoordelijkheid voor de specialistische artsenzorg, mede daar waar somatische ziekten interacteren met psychiatrisch ziektebeelden en/of farmacotherapie. De functie wordt in multidisciplinair verband uitgeoefend.

§ 4 Klinisch (neuro) psycholoog

Het verrichten van psychologisch onderzoek en het uitvoeren van behandeling ten behoeve van patiënten met psychiatrische dan wel psychosociale problematiek. De klinisch (neuro)psycholoog neemt verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg. De functie wordt in multidisciplinair verband uitgeoefend.

§ 5 Verpleegkundig specialist ggz

De verpleegkundig specialist verleent, in afstemming met de medisch specialist, zelfstandig binnen het eigen deskundigheidsgebied ggz, complexe geïntegreerde medische en verpleegkundige zorg aan psychiatrische patiënten. Daarnaast richt de functie zich op het geven van consultatie en bijdragen aan deskundigheidsbevordering met als doelstelling het verbeteren van kwaliteit van zorg voor de specifieke patiëntencategorie, alsmede het vormgeven en uitvoeren van zorggebonden praktijkonderzoek in het kader van innovatie van zorg.

2.1.6 Handelingen die de wetgever heeft voorbehouden aan de arts en/of psychiater als medisch specialist en de verpleegkundig specialist/physician assistant

Op het uitgangspunt dat er geen exclusieve bevoegdheid bestaat op het eigen deskundigheidsgebied, bestaat een drietal uitzonderingen. De Wet BIG, de Gnw en de Wet BOPZ kent bepaalde bevoegdheden uitsluitend toe aan enkele beroepen.

a) Voorbehouden handelingen op grond van de Wet BIG

Voorbehouden handelingen worden niet alleen verricht door artsen. Ook andere beroepsbeoefenaars mogen deze verrichten, zij het onder bepaalde voorwaarden.

De zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar (arts, Verpleegkundig Specialist (VS), Physician Assistent (PA)), wordt in de wet BIG aangeduid als opdrachtgever.

De niet zelfstandig bevoegde wordt aangeduid als opdrachtnemer.

Alle voorbehouden handelingen worden alleen ten uitvoer gebracht indien daartoe opdracht wordt gegeven door de daartoe bevoegde opdrachtgever. De opdrachtgever heeft als taak er op toe te zien dat de uitvoerder bekwaam/bevoegd is om de handelingen ten uitvoer te brengen.

Zie voor meer informatie 'Protocol en richtlijn geven en uitvoering opdracht voorbehouden handelingen' in 2do4u, nr. 662.

Zelfstandige bevoegdheid (artikel 36a Wet BIG)

Per 1 januari 2012 hebben verpleegkundig specialisten en physician assistants op basis van een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB)¹⁰ de wettelijke bevoegdheid gekregen om zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen te indiceren, verrichten en delegeren.

De verpleegkundig specialist en physician assistant zijn zelfstandig bevoegd tot voorbehouden handelingen, voor zover:

- Het handelingen betreft binnen de uitoefening van het deelgebied van het specialisme.
- Het handelingen betreft met beperkte complexiteit.
- Het routinematige handelingen betreft.
- Het handelingen zijn waarvan de risico's te overzien zijn.
- De handelingen worden uitgevoerd volgens landelijk geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen.

Functionele zelfstandigheid (artikel 39 Wet BIG)¹¹

Om tegemoet te komen aan de dagelijkse praktijk waarin door anderen dan artsen voorbehouden handelingen worden verricht zonder dat toezicht en tussenkomst van de arts direct noodzakelijk zijn, is het begrip functionele zelfstandigheid ontwikkeld. Dit betekent dat het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen tot het deskundigheidsgebied van een bepaalde beroepsgroep wordt gerekend. Als een opdracht wordt verstrekt voor een voorbehouden handeling waarvoor de beroepsgroep waartoe de opdrachtnemer behoort een functionele zelfstandigheid heeft, dan mag de opdrachtgever aannemen dat deze opdrachtnemer de bekwaamheid heeft om die handeling uit te voeren. Dan hoeft de opdrachtgever niet aan het vereiste van toezicht en tussenkomst te voldoen; de handeling kan functioneel zelfstandig worden uitgevoerd.

Deze functionele zelfstandigheid dient bij AMvB voor expliciet benoemde handelingen te worden toegekend aan een specifieke beroepsgroep. Deze functionele zelfstandigheid geldt op dit moment alleen voor verpleegkundigen, ambulanceverpleegkundigen en mondhygiënisten.

¹⁰ Besluit tijdelijke bevoegdheid Verpleegkundig Specialist van 21-12-2001 en Besluit tijdelijke bevoegdheid physician assistant van 21-12-2011.

¹¹ Besluit van 29-10-1997, houdende nadere regels inzake deskundigheid van verpleegkundigen, ambulanceverpleegkundigen en mondhygiënisten op het gebied van voorbehouden handelingen (Besluit functionele zelfstandigheid).

De voorwaarden dat de handeling alleen in opdracht van een arts, verpleegkundig specialist en physician assistant mag worden uitgevoerd en dat de individuele medewerker bekwaam moet zijn, blijven gehandhaafd bij de functionele zelfstandigheid. Het is dus wezenlijk anders dan een zelfstandige bevoegdheid.

Het voert te ver om het onderwerp voorbehouden handelingen nog diepgaander te behandelen. Voor verdergaand inzicht hierin wordt verwezen naar de vastgestelde Kaderdocument Voorbehouden en risicovolle handelingen in 2do4u, nr.2522.

b) De Geneesmiddelenwet (Gnw)

In de Geneesmiddelenwet wordt gesteld, dat een UR-geneesmiddel uitsluitend op recept ter hand mag worden gesteld aan een patiënt. Een recept is een door een op grond van de Wet BIG tot voorschrijven bevoegde hulpverlener opgesteld document waarin aan een apothekhoudende een voorschrift wordt gegeven om een geneesmiddel ter hand te stellen aan een patiënt.

Naast de arts zijn ook de verpleegkundig specialist en physician assistant wettelijk bevoegd om onder voorwaarden medicijnen voor te schrijven.

Het leveren van medicatie is voorbehouden aan apothekers en apothekhoudende artsen.

c) De Wet op de Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ)

De Wet BOPZ heeft betrekking op de onvrijwillige opname van een patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis. De psychiater wordt met zoveel woorden genoemd in de volgende artikelen van de wet:

Artikel 5, lid 1,

verlangt een verklaring van een psychiater, die de patiënt kort tevoren heeft onderzocht, maar niet bij diens behandeling was betrokken. Het gaat hier om de geneeskundige verklaring voorlopige machtiging.

Artikel 5, lid 3,

schrijft voor, dat deze psychiater zo mogelijk tevoren overleg pleegt met de huisarts en de behandelend psychiater van betrokkene. Indien dit overleg niet heeft plaatsgevonden, vermeldt de psychiater de reden daarvan in de verklaring.

Artikel 21, lid 1,

schrijft voor, dat de burgemeester niet eerder een inbewaringstelling mag gelasten dan nadat een bij voorkeur niet-behandelend psychiater of, zo dat niet mogelijk is, een bij voorkeur niet-behandelend arts, niet psychiater zijnde, een schriftelijke verklaring heeft verstrekt (geneeskundige verklaring bij inbewaringstelling).

Artikel 33, lid 3 sub a,

stelt, dat bij machtiging op eigen verzoek, een verklaring van een psychiater, verbonden aan het psychiatrisch ziekenhuis, waar de patiënt zal worden opgenomen, moet worden overlegd.

Artikel 33, lid 3 sub b,

verlangt een door deze psychiater tezamen met betrokkene opgesteld behandelingsplan. In dit artikel wordt de psychiater niet alleen als verklarend psychiater genoemd, maar is deze tevens de opsteller van het behandelingsplan.

Artikel 36 lid 1,

noemt de voor de behandeling verantwoordelijke persoon.

Artikel 38a,

Dit artikel beschrijft het behandelingsplan. De artikelen 36 en 38a noemen niet de psychiater, maar spreken van de arts of andere persoon in het ziekenhuis, die verantwoordelijk is voor de uitvoering van de behandeling. De voornaamste reden voor deze formulering is, dat de Wet BOPZ ook bestemd is voor zwakzinnigeninrichtingen, waar de verantwoordelijke voor de behandeling veelal niet een arts is, maar bijvoorbeeld een orthopedagoog. Verder voor psychogeriatrische afdelingen, waar artsen behandelverantwoordelijkheid dragen. Tevens heeft de wetgever niet willen voorschrijven dat slechts een arts/psychiater verantwoordelijk voor de behandeling van een onvrijwillig opgenomen patiënt mag zijn, maar aan de praktijk willen overlaten dat eventueel ook andere disciplines deze taak vervullen. Wel is het zo, dat de wetgever deze situatie meer ziet als uitzondering, die hij niet op voorhand heeft willen uitsluiten, dan als regel.

De wetgever gaat ervan uit dat bij de behandeling van patiënten in het kader van een onvrijwillige opname in psychiatrische ziekenhuizen de psychiater de meest gerede deskundige is, die in staat moet worden geacht om de meeste aspecten van de ziekelijke stoornis, waarvoor de patiënt onvrijwillig is opgenomen, te overzien en te beheersen.

Om deze reden is een psychiater de hulpverlener die zowel verantwoordelijk is voor het opstellen van een geneeskundige verklaring bij onvrijwillige opnames als, in de meeste gevallen, voor het opstellen en (doen) uitvoeren van het behandelingsplan van onvrijwillig opgenomen patiënten.

Voor zover patiënten tijdens een onvrijwillige opname eveneens worden behandeld voor klachten, die niet direct samenhangen met de ziekelijke stoornis waarvoor de onvrijwillige opname heeft plaatsgevonden, gelden overigens niet de bepalingen van de Wet BOPZ, maar de bepalingen van de WGBO.

2.1.7 Plaats in de organisatie en de taken en bevoegdheden van de geneesheer-directeur

In het 'Reglement geneesheer-directeur' wordt de positie van de geneesheer-directeur in de organisatie weergegeven. De geneesheer-directeur heeft een positie naast de Raad van Bestuur.

De geneesheer-directeur is op grond van de Wet Bopz een zelfstandig bestuursorgaan wat betreft de uitoefening van de Bopz-taken. De geneesheer-directeur beslist autonoom en in laatste instantie over zaken die de rechtspositie betreffen van onvrijwillig in het ziekenhuis verblijvende patiënten. Deze positie komt exclusief aan de geneesheer-directeur toe.

Voor wat betreft zijn taken op het gebied van kwaliteit en veiligheid van zorg maakt de geneesheer-directeur deel uit van het organisatieonderdeel Raad van Bestuur. De geneesheer-directeur ontvangt op dit gebied hiërarchische leiding van de Raad van Bestuur.

Dit houdt in dat de Raad van Bestuur richting geeft aan en toezicht uitoefent op de werkzaamheden van de geneesheer-directeur behoudens de taken van de geneesheer-directeur die voortvloeien uit de Wet Bopz.

De geneesheer-directeur heeft een directe functionele relatie met het lid Raad van Bestuur op het gebied van kwaliteit en veiligheid waarin hij het lid Raad van Bestuur gevraagd en ongevraagd proactief advies geeft.

De geneesheer-directeur dient overleg te plegen met het lid van de Raad van Bestuur, indien de invulling van zijn taak mede betrekking heeft op de invulling van de taak van dit lid van de Raad van Bestuur, dan wel het belang van het onderwerp overleg vereist. De geneesheer-directeur verschaft het lid Raad van Bestuur tijdig (en zo mogelijk schriftelijk) alle informatie over de feiten en ontwikkelingen die het lid Raad van Bestuur nodig mocht hebben voor het naar behoren uitoefenen van zijn taak.

De Bopz-taken van de geneesheer-directeur worden waargenomen door twee waarnemend geneesheren-directeur, zijnde psychiaters. De waarnemend geneesheer-directeur treedt hierbij volledig in de bevoegdheden van de geneesheer-directeur. De geneesheer-directeur geeft het besluit tot waarneming en kan bij besluit de waarneming beëindigen.

Taken en bevoegdheden geneesheer-directeur

De geneesheer-directeur is belast met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in het psychiatrisch ziekenhuis.

Tot de taak van de geneesheer-directeur wordt onder meer gerekend:

- a) De uitvoering van taken die voortvloeien uit de Wet Bopz.
- b) De uitvoering van taken op het gebied van kwaliteit en veiligheid.
- c) De waarborging van de grondrechten van patiënten.
- d) de functionele aansturing van de directeuren behandelzaken. Dit houdt in dat de geneesheer-directeur uit hoofde van zijn functie en deskundigheid dwingende vaktechnische aanwijzingen kan geven aan de directeuren behandelzaken.
- e) de voorzittersrol in een aantal GGZ Oost Brabant brede commissies en programmalijnen of projecten op het gebied van de Wet Bopz en kwaliteit en veiligheid, onder meer:
 - i. het overleg directeuren behandelzaken;
 - ii. de calamiteiten- en suïcidecommissie;
 - iii. de concernbrede regiegroepen op het gebied van kwaliteit en veiligheid.
- f) het deelnemen aan:
 - i. het overleg tussen de Raad van Bestuur en de Commissie kwaliteit en veiligheid van de Raad van Toezicht.
 - ii. het managementteamoverleg
- g) het in de naam van de Raad van Bestuur voeren van de regie bij:
 - i. alle inspectiezaken;
 - ii. calamiteiten in de zorg.
- h) betrokkenheid bij klachtenafhankelijk inzake de Wet Patiëntkwaliteit, klachten en geschillen zorg en klachtenregeling van de Wet Bopz. Dit houdt in dat de

klachtencommissie de geneesheer-directeur in kennis stelt van haar met redenen omklede beslissing. De geneesheer-directeur adviseert de Raad van Bestuur naar aanleiding van deze beslissing.

- i) Het onderhouden van interne en externe contacten.
 - i. Onder interne contacten wordt verstaan de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht, adviesgremia, directeuren behandelzaken, directeuren zorg, zorgmanagers, programmaleiders, teamleiders, hulpverleners en overige medewerkers van de organisatie uit de verschillende geledingen.
 - ii. Onder externe contacten wordt verstaan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, patiënten en hun naasten en andere instellingen en organisaties.

De geneesheer-directeur dient te voldoen aan de registratie-eisen van psychiater. Dit betekent dat een deel van het takenpakket mogelijk gerekend kan worden als patiëntenzorg en dat in ieder geval de geneesheer-directeur ook voor minimaal één dag per week werkzaam is als behandelaar en direct patiëntencontact heeft.

2.1.8 Plaats in de organisatie en de taken en bevoegdheden van de directeur behandelzaken

In de notitie 'Positie en taak directeuren behandelzaken' wordt de positie van de directeur behandelzaken in de organisatie weergegeven. De directeur behandelzaken vormt samen met de directeur zorg een collegiaal team dat aan het hoofd van een regio/terrein/zorgcircuit staat. Dit collegiaal team wordt door de Raad van bestuur hiërarchisch aangestuurd om sturing uit één lijn te hanteren.

De directeuren behandelzaken worden functioneel aangestuurd door de geneesheer-directeur waar het kwaliteit en veiligheid betreft. De directeuren behandelzaken rapporteren over de uitvoering van hun taak aan de geneesheer-directeur en aan de Raad van Bestuur.

Analoog aan de verantwoordelijkheden van het collegiaal bestuur in de Raad van Bestuur, is het team van directeur zorg en directeur behandelzaken gezamenlijk verantwoordelijk voor de behoorlijke uitvoering van de aan hen opgedragen taak. Er is sprake van een portefeuillevreiding van de directeur zorg en de directeur behandelzaken die in eenzelfde lijn wordt voortgezet op het leidinggevend niveau op 1e echelon, te weten de zorgmanager en de programmaleider.

De werkverdeling betreft voor de directeur behandelzaken en programmaleider (1e echelon) de kwaliteit en veiligheid van de zorg (zorgpaden, ROM, patiënttevredenheid, dossiervoering, etc.).

Voor de directeur zorg en de zorgmanager (1e echelon) betreft dit de bedrijfsvoering (begroting, productie, declarabiliteit, personele mutaties, etc.).

Ten aanzien van voorbereiding van beleid, participatie in besluitvorming, implementatie en borging van processen en het leiding geven aan zorgmanagers en programmaleiders is het collegiale team gezamenlijk verantwoordelijk, waarbij ieder inbreng vanuit de eigen expertise heeft. Daarbij kan noch de directeur zorg noch de directeur behandelzaken zich onttrekken aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid, ook al betreft dit niet het eigen

expertise gebied.

Omdat de taken van de directeuren behandelzaken rechtstreeks zijn afgeleid van de taak van de geneesheer-directeur en de Raad van Bestuur, rapporteren de directeuren behandelzaken aan de geneesheer-directeur en de Raad van Bestuur over de wijze waarop zij hun taak uitvoeren.

Om te komen tot een eenheid van uitvoering van de taak van de directeuren behandelzaken in de verschillende regio's/terreinen/zorgcircuits, voeren de directeuren behandelzaken regelmatig gezamenlijk overleg met de geneesheer-directeur.

Daarnaast zal de directeur behandelzaken regelmatig overleg voeren met de behandelaren die werkzaam zijn binnen hun regio/terrein/zorgcircuit.

Taken en bevoegdheden directeur behandelzaken

De taken die de directeuren behandelzaken kunnen worden toebedeeld zijn rechtstreeks afgeleid van de taak de geneesheer-directeur en de Raad van Bestuur van GGZ Oost Brabant. Indien de directeur behandelzaken geen psychiater is, zal hij zorg dragen dat zijn taken onder sub e, f en g, voor zover hij daartoe zelf niet bekwaam is, worden uitgevoerd door een daartoe bekwaame hulpverlener. Indien de directeur behandelzaken geen psychiater is, zal hij zorg dragen dat zijn taken onder sub n, voor zover hij daartoe zelf niet bekwaam is en betrekking hebben op de Bopz, worden uitgevoerd door een daartoe bekwaame hulpverlener.

Het gaat om de volgende taken:

- a. De uitvoering van taken op het gebied van kwaliteit en veiligheid
- b. Het toezicht op de uitvoering van de algemene werkzaamheden op zorginhoudelijk gebied binnen de regio/terrein/zorgcircuit, alsmede de advisering (gevraagd en ongevraagd) over de uitvoering van de werkzaamheden op zorginhoudelijk gebied. Deze taak is in essentie uitvoerend, maar heeft ook beleidsvoorbereidende aspecten.
- c. De directeuren behandelzaken zullen belast worden met het verstrekken van informatie, die is opgenomen in het behandelingsdossier van een patiënt, over patiënten, die niet meer bij de regio/terrein/zorgcircuit in behandeling zijn, zolang het dossier van de betreffende patiënt in beheer is bij de stichting. De directeuren behandelzaken zijn verantwoordelijk voor de wijze waarop met de informatieverstrekking wordt omgegaan.
- d. De directeuren behandelzaken zullen op verzoek van de Raad van Bestuur of van de directeur zorg binnen het collegiale team, klachten van patiënten behandelen over behandelingsinhoudelijke aangelegenheden.
- e. De directeuren behandelzaken zijn belast met het, op verzoek van behandelaars, geven van intercollegiaal consult, dan wel het verschaffen van een second opinion aan behandelaars, in ter zake van het te voeren behandelbeleid van een individuele patiënt. Dit omvat mede consultatie en toezicht bij beslissingen rond leven en dood. De directeur behandelzaken kan (een deel van) deze taak overdragen aan een collega psychiater.
- f. De directeuren behandelzaken zijn belast met het opstellen van medische verklaringen over de mate van wilsbekwaamheid van patiënten, ten behoeve van de benoeming van

- een curator, mentor of bewindvoerder. De directeur behandelzaken kan (een deel van) deze taak overdragen aan een collega psychiater.
- g. De directeuren behandelzaken zijn belast met de afwikkeling van de meldingsprocedure van suicides en calamiteiten aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
 - h. De directeuren behandelzaken zijn belast met de coördinatie van de patiëntenzorg (ontslag, overplaatsing, moeilijk te plaatsen patiënten). Zij zijn in dit kader tevens belast met de indicatiestelling voor plaatsing en overplaatsing van patiënten, buiten hun regio/terrein/zorgcircuit, indien een overplaatsing niet volgens de gebruikelijke procedure, kan worden gerealiseerd.
 - i. De directeuren behandelzaken worden betrokken bij de selectie van medici die worden aangesteld binnen de regio/terrein/zorgcircuit.
 - j. De directeuren behandelzaken nemen deel aan kwaliteitscommissies binnen de stichting.
 - k. De directeuren behandelzaken nemen deel aan het MT binnen de stichting.
 - l. De directeuren behandelzaken houden toezicht op het houden van aantekening in het patiëntendossier van de geestelijke en lichamelijke toestand van de patiënt, de op hem toegepaste behandeling en de effecten daarvan. Deze toezichthoudende taak geldt voor de gehele dossiervorming en heeft betrekking op alle patiënten die aan de zorg van de instelling zijn toevertrouwd.
De directeuren behandelzaken zijn in dit kader bevoegd bij constatering van gebreken in de dossiervorming in overleg te treden met de leidinggevende van de betreffende eenheid waar de gebrekkige dossiervorming is geconstateerd, die vervolgens maatregelen neemt om de aangegeven gebreken in de dossiervorming op te heffen.
 - m. De directeuren behandelzaken hebben op verzoek van de behandelaar een adviserende rol bij kwesties met juridische en ethische aspecten.
 - n. De directeuren behandelzaken houden toezicht op de uitvoering van het beleid dat betrekking heeft op tot de rechtspositie, behandeling en veiligheid van de patiënt. Dit omvat richtlijnen en protocollen betreffende de patiëntenzorg en veiligheid (behandelplan, dossiervorming, wilsonbekwaamheid, BOPZ, risicobeheersing bij medicatie, suicidaliteit, toepassen van dwang en dwang, en somatiek).

Deel III:

Eigen en andermans verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren

3.1 Eigen en andermans verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren (Artikel 12 - 19)

3.1.1 Inleiding

Het professionele handelen van een hulpverlener dient aan normen te voldoen. Vastgesteld is dat een uitgebreid stelsel van wetten en beroepsnormen het handelen van de hulpverlener regardeert. Tegelijkertijd gaat het in dit document om beroepsbeoefenaren die werkzaam zijn voor GGZ Oost Brabant. Beroepsbeoefenaren van GGZ Oost Brabant maken deel uit van een organisatie. Deze omstandigheid heeft twee consequenties. De eerste consequentie is, dat beroepsbeoefenaren met andere beroepsbeoefenaren, die eveneens een professionele verantwoordelijkheid dragen, te maken hebben. De tweede consequentie is, dat beroepsbeoefenaren van doen hebben met de verdeling van lijnverantwoordelijkheden binnen GGZ Oost Brabant.

3.1.2 Eigen en andermans verantwoordelijkheden als hulpverlener

Aan de hand van de verschillende fasen die in het primaire proces te onderscheiden zijn, kan de verantwoordelijkheid van de hulpverlener in verhouding tot die van andere beroepsbeoefenaren worden verduidelijkt. Onderscheiden worden:

1. Verantwoordelijkheden bij de aanmelding.
2. Verantwoordelijkheden bij de indicatiestelling aan de voordeur.
3. Verantwoordelijkheden bij de zorgtoewijzing aan de voordeur.
4. Verantwoordelijkheden bij de verstrekking van zorg.
5. Verantwoordelijkheden bij tussentijdse indicatiebesluiten in de loop van het behandelingsproces.
6. Verantwoordelijkheden bij zorgtoewijzing van tussentijdse indicatiebesluiten.
7. Verantwoordelijkheden bij de afsluiting van de behandelingsovereenkomst.
8. Verantwoordelijkheden bij overleg tussen behandelaren.

Voor alle genoemde verantwoordelijkheden geldt dat zij niet door één enkele persoon worden gedragen. Er is voortdurend een samenhang en een samenspraak tussen beroepsbeoefenaren, die allen voor delen van het primaire proces verantwoordelijkheid dragen. Er is steeds sprake van eigen en andermans verantwoordelijkheid.

Voor een nadere toelichting op deze verantwoordelijkheden is het noodzakelijk een onderscheid te maken tussen de verantwoordelijkheid voor de indicatie van welke zorg geboden is en de verantwoordelijkheid voor de toewijzing van deze zorg. Onder indicatie moet worden verstaan de vaststelling op welke zorg een patiënt in een bepaalde fase van zijn contact met GGZ Oost Brabant recht heeft, terwijl onder toewijzing wordt verstaan de vaststelling door wie, wanneer en waar de geïndiceerde zorg wordt verstrekt. Dit onderscheid zal in de verdere bespreking een rol spelen.

1. Verantwoordelijkheden bij de aanmelding¹²

De behandelingsovereenkomst tussen een patiënt en GGZ Oost Brabant ontstaat op het moment dat de patiënt contact opneemt met GGZ Oost Brabant. In de organisatie moet geregeld zijn hoe de aanmelding verloopt. In de fase van aanmelding moet namelijk een tweetal beslissingen worden genomen.

Allereerst wordt beoordeeld of de aanmelder op de juiste plek is. Een daartoe aangewezen functionaris moet een besluit nemen over de vraag of ggz-hulp geïndiceerd kan zijn. Deze functionaris is bij voorkeur een psychiater, maar is in ieder geval regiebehandelaar. Bovendien moet door deze functionaris worden vastgesteld op welke termijn (spoed of regulier) het eerste gesprek moet plaatsvinden. Deze functionaris stelt met betrekking tot deze vragen een indicatie.

Vervolgens moet worden geregeld dat aan de patiënt een hulpverlener wordt toegewezen, die het eerste gesprek met de patiënt zal gaan voeren. Deze verantwoordelijkheid van toewijzing kan eventueel aan een andere functionaris dan de zojuist genoemde beoordelaar worden toegewezen. Tevens wordt een regiebehandelaar aangewezen die meekijkt gedurende de intake.

2. Verantwoordelijkheden bij de intake

Bij de intake moet worden besloten op welke zorg de patiënt recht heeft. Er moet een indicatiebesluit worden genomen. Wanneer aan een patiënt voor de intake een regiebehandelaar is toegewezen, dan is deze regiebehandelaar namens GGZ Oost Brabant verantwoordelijk voor het in overleg met de patiënt nemen van het indicatiebesluit. Het is de taak van deze regiebehandelaar om te komen tot een indicatiebesluit.

Het kan zijn dat bij één indicatiebesluit meerdere behandelaren zijn betrokken¹³. Het kan dan voorkomen dat deze behandelaren het niet eens zijn met het genomen besluit van de regiebehandelaar. In dit geval treedt de procedure zoals beschreven in artikel 11 sub g en artikel 21 in werking.

In het proces van afweging, dat vooraf gaat aan het nemen van het indicatiebesluit kan het zijn, dat de regiebehandelaar een behandelingsplan overweegt waarin een behandeling in deeltijd of een vrijwillige opname is vervat. Een indicatiebesluit over complexe¹⁴ behandelingsplannen kan uitsluitend in samenspraak met een daartoe aangewezen regiebehandelaar van de beoogde opnemende setting worden genomen. Zouden deze beide behandelaren het niet eens worden over het indicatiebesluit dan geldt ook hier de procedure zoals aangegeven in artikel 11 sub g en artikel 21.

¹² Met aanmelding wordt uitsluitend bedoeld de fase van het eerste contact tussen patiënt (of diens vertegenwoordiger dan wel verwijzer) en instelling om te komen tot een aanmeldingsgesprek dan wel crisiscontact.

¹³ Het gaat hierbij niet om deelnemers aan een intakestaf. Men kan namelijk slechts zijn indicatiebevoegdheid uitoefenen in een behandelingsovereenkomst met een patiënt en wanneer men deze patiënt daadwerkelijk heeft gesproken. Overleg in een intakestaf met anderen, die niet bij deze behandelingsovereenkomst zijn betrokken, komt elders aan de orde.

¹⁴ Complex is de term waarmee behandelingsplannen worden aangeduid waarin sprake is van deeltijd-behandeling met of zonder opname.

3. Verantwoordelijkheden bij de zorgtoewijzing aan de voordeur

Wanneer eenmaal het indicatiebesluit is genomen volgt de zorgtoewijzing. Het gaat hier om de vraag door wie, wanneer en waar de geïndiceerde zorg zal worden verstrekt. Bij zorgtoewijzing beslissen logistieke factoren mee over wat wel en wat niet mogelijk is. De regiebehandelaar tijdens de intake blijft verantwoordelijk totdat hij de zorg over een patiënt aan een andere regiebehandelaar heeft overgedragen.

4. Verantwoordelijkheden bij de verstrekking van zorg

Het indicatiebesluit, dat door de regiebehandelaar aan de voordeur in overleg met de patiënt is genomen, speelt een centrale rol in de verdere uitvoering van de behandeling.

Het verstrekken van zorg in het kader van een behandelingsovereenkomst tussen patiënt en GGZ Oost Brabant is de verantwoordelijkheid van de bij de uitvoering van een behandelingsovereenkomst betrokken professionals. Alle professionals die betrokken zijn bij de uitvoering van een behandelingsovereenkomst worden aangeduid als behandelaar.

Tenminste één van deze behandelaars moet regiebehandelaar zijn.

Indien het gaat om een behandeling door één enkele behandelaar dan is uitsluitend deze professional verantwoordelijk voor de uitvoering van de behandeling. Omdat bij de uitvoering van elke behandelingsovereenkomst sprake moet zijn van tenminste één regiebehandelaar, is in dit geval deze behandelaar noodzakelijkerwijs altijd een regiebehandelaar.

Bij de uitvoering van een behandelingsovereenkomst kan het voorkomen, dat de erbij betrokken behandelaren het niet eens kunnen worden over het te voeren beleid. In dit geval treedt de procedure zoals beschreven in artikel 11 sub g en artikel 21 in werking.

5. Verantwoordelijkheden bij tussentijdse indicatiebesluiten in de loop van het behandelingsproces

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor een eventueel tussentijds indicatiebesluit in de loop van een behandeling. Een dergelijk nieuw indicatiebesluit, dat net als zijn evenknie aan de voordeur in overleg met de patiënt is genomen, is richtinggevend voor de verdere uitvoering van de behandeling. Evenals bij de opname aan de voordeur, geldt als uitzondering, dat de tussentijdse indicatiestelling voor een (vrijwillige of onvrijwillige) opname altijd in samenspraak met de daartoe aangewezen regiebehandelaar van de opnemende setting moet worden genomen.

Indien er meerdere behandelaren bij een behandelovereenkomst zijn betrokken, kan het gebeuren, dat zij het niet eens kunnen worden over de nieuwe indicatie die door de regiebehandelaar is gesteld. In dit geval treedt de procedure zoals beschreven in artikel 11 sub g en artikel 21 in werking.

Behandelaren zonder indicatiebevoegdheid zijn niet verantwoordelijk voor tussentijdse indicatiebesluiten.

6. Verantwoordelijkheden bij zorgtoewijzing van tussentijdse indicatiebesluiten

Wanneer een tussentijds indicatiebesluit is genomen volgt de zorgtoewijzing.

Het gaat hier, net als bij de eerste zorgtoewijzing, op de vraag door wie, wanneer en waar de geïndiceerde zorg zal worden verstrekt. Bij zorgtoewijzing beslissen logistieke factoren mee over wat wel en wat niet mogelijk is. Zorgtoewijzing moet derhalve de verantwoordelijkheid zijn van een functionaris die zicht heeft op wachtlijsten en caseloads van de hulpverleners. De regiebehandelaar blijft verantwoordelijk totdat hij de zorg over een patiënt aan een andere regiebehandelaar heeft overgedragen.

7. Verantwoordelijkheden bij de afsluiting van de behandelingsovereenkomst

De regiebehandelaar met indicatiebevoegdheid is verantwoordelijk voor de afsluiting van een behandeling. Indien er meerdere behandelaren bij een behandelingsovereenkomst betrokken zijn, kan het gebeuren dat zij het niet eens kunnen worden over de afsluiting door de regiebehandelaar. In dit geval treedt de procedure zoals weergegeven in artikel 11 sub g en artikel 21 in werking.

Behandelaren zonder indicatiebevoegdheid zijn niet verantwoordelijk voor afsluitingen.

8. Verantwoordelijkheden bij overleg tussen behandelaren

Bij het overleg tussen behandelaren kan sprake zijn van twee algemene situaties.

De eerste situatie heeft betrekking op het overleg tussen behandelaren die allen bij dezelfde behandelingsovereenkomst zijn betrokken. In dat geval praten alle deelnemers mee vanuit hun verantwoordelijkheid voor hun eigen bijdrage aan het totale behandlingsproces.

De tweede situatie gaat om het overleg tussen behandelaren die niet allemaal bij dezelfde behandelingsovereenkomst zijn betrokken.

Beroepsbeoefenaren die niet bij deze behandelingsovereenkomst waarover het overleg plaatsvindt zijn betrokken, dragen hiervoor geen verantwoordelijkheid. Desalniettemin staat het hen vrij adviezen te verstrekken aan de behandelaar c.q. behandelaren, die in de onderhavige casus wél verantwoordelijkheid dragen. Bovendien kunnen zij, wanneer zij menen dat aan hun adviezen niet voldoende aandacht wordt besteed, een beroep doen op de directleidinggevende.

Indien de hulpverlener die niet bij deze behandelingsovereenkomst waarover het overleg plaatsvindt is betrokken, maar in dit overleg vaststelt dan wel vast had moeten kunnen stellen dat de behandelaar c.q. behandelaren niet binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening handelen, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard, dient hij wél zijn verantwoordelijkheid te nemen en hierop actie te ondernemen. Dit kan inhouden dat de hulpverlener een advies verstrekt aan de behandelaar c.q. behandelaren. Bovendien dient de hulpverlener, wanneer hij meent dat aan zijn advies niet voldoende aandacht wordt besteed, een beroep doen op de directleidinggevende.

Deel IV:

De bevoegdheden van lijnfunctionarissen ten opzichte van behandelaren

4.1 De bevoegdheden van lijnfunctionarissen ten opzichte van behandelaren

(Artikel 22 - artikel 24)

De programmaleider is verantwoordelijk voor de oplossing van geschillen die ontstaan tussen professionals over de voortgang van de uitvoering van de behandelingsovereenkomst, mits de programmaleider bezit over voldoende (inhoudelijke) expertise om in het geschil een besluit te kunnen nemen. In het structuurschema op pagina 5 is weergegeven wie op in de lijn directleidinggevenden kunnen zijn.

4.1.1 Verantwoordelijkheden bij zorgtoewijzing

De regiebehandelaar bij de intake besluit of behandeling in deeltijd dan wel een klinisch opname noodzakelijk is voor de betreffende patiënt, en wijst een regiebehandelaar aan voor het verstrekken van zorg. Het kan zijn dat een regiebehandelaar de toewijzing om hem moverende redenen niet wil behandelen.

De directleidinggevende treedt hierover in overleg met de beoogde regiebehandelaar en besluit eventueel tot zorgtoewijzing aan een andere behandelaar. Bijvoorbeeld: de behandelaar kent de patiënt persoonlijk.

4.1.2 Verantwoordelijkheden bij multidisciplinair overleg

Bij een behandeling kunnen meerdere behandelaren zijn betrokken. Het kan dan gebeuren, dat deze behandelaren geen overeenstemming bereiken over de uit te voeren behandeling. In dat geval beslist de directleidinggevende, gehoord de overwegingen van de betrokken behandelaren en na kennis te hebben genomen van het advies van de directeur behandelzaken.

Behandelaren die deelnemen aan het overleg over een behandeling waarbij zij niet zelf daadwerkelijk zijn betrokken, hebben de bevoegdheid te adviseren.

Mochten zij van mening zijn dat moet worden ingegrepen in de wijze waarop door de verantwoordelijke professional de behandeling wordt uitgevoerd dan dienen zij een beroep te doen op de directleidinggevende.

Deel V:

Eigen en andermans verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren bij transmurale samenwerking in de zorg

5.1 Eigen en andermans verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren bij transmurale samenwerking in de zorg (Artikel 20 - 25)

5.1.1 Inleiding

Het komt in de gezondheidszorg steeds vaker voor dat bij de hulpverlening aan en de behandeling van een patiënt meerdere hulpverleners van verschillende organisaties betrokken zijn. Een goede samenwerking tussen deze hulpverleners is daarbij van groot belang, maar roept ook nieuwe vragen en problemen op. Zo zal er een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling moeten zijn, en is het noodzakelijk dat de betreffende hulpverleners met elkaar communiceren en hun werkzaamheden en informatie onderling afstemmen. Dat zijn belangrijke randvoorwaarden voor het bieden van verantwoorde zorg. Van samenwerking in de zin van Deel V is sprake als meer dan één hulpverlener van een andere organisatie dan GGZ Oost Brabant, bij de patiënt betrokken is.

De artikelen uit Deel I t/m Deel IV zijn ook op transmurale samenwerking van toepassing, tenzij de inhoud van die artikelen in strijd is met hetgeen in Deel V is opgenomen.

5.1.2 Algemeen

1. Duidelijkheid voor patiënt over taken en verantwoordelijkheden

Artikel 20 betreft een kernaspect van samenwerking: waar meerdere hulpverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan de patiënt, kunnen drie verantwoordelijkheden worden onderscheiden:

- a. Het aanspreekpunt voor vragen van de patiënt of diens vertegenwoordiger;
- b. De inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid voor de behandeling van en zorgverlening aan de patiënt;
- c. De coördinatie en regie van de behandeling van de patiënt.

Ad a:

Het verstrekken van informatie aan de patiënt en/of het beantwoorden van diens vragen zal op meerdere momenten aan de orde komen. Het karakter van de te verstrekken informatie en de te beantwoorden vragen kan verschillen (inhoudelijk, organisatorisch). Afhankelijk daarvan kan het informeren van de patiënt tot de verantwoordelijkheid van verschillende hulpverleners behoren.

Dit vergt goede afstemming. Bezien vanuit de patiënt en het perspectief van de kwaliteit van zorgverlening zijn met betrekking tot informatieverstrekking volledigheid, eenduidigheid en tijdigheid essentieel. Naarmate het aantal betrokken hulpverleners groeit, nemen de risico's van lacunes, tegenstrijdigheden en ontijdigheid toe. Van belang is voorts dat de patiënt niet

alleen weet wie hij bij vragen en onduidelijkheden zo nodig kan aanspreken, maar ook wanneer en hoe deze persoon bereikbaar is.

Binnen GGZ Oost Brabant is de regiebehandelaar degene die ervoor zorg draagt dat er voor de patiënt en diens naasten ten aanzien van die informatie over (het verloop van) de behandeling één centraal aanspreekpunt is.

Ad b:

Vooraf in die gevallen waarin er op enig moment verschillende hulpverleners van verschillende organisaties gelijktijdig betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt, dient duidelijk te zijn wie van hen verantwoordelijk is voor de inhoud van de onderdelen van de behandeling en of er sprake is van een inhoudelijk eindverantwoordelijke. De deskundigheidsgebieden en competenties van de betrokken hulpverleners dienen daarbij leidend te zijn. In bepaalde gevallen zal het duidelijk zijn wie van hen de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid heeft, maar in andere gevallen is dit minder vanzelfsprekend of kan niet worden gesproken van inhoudelijke eindverantwoordelijkheid voor de situatie van de patiënt als geheel. In het laatste geval kan het toch van belang zijn dat verschillende hulpverleners die elk een eigen inhoudelijke verantwoordelijkheid hebben jegens de patiënt met elkaar contact hebben en zo nodig afstemmen over de inhoud of de regie van de behandeling.

Ad c:

Als er meerdere hulpverleners bij de situatie van de patiënt betrokken zijn, kan het van belang zijn te regelen wie van hen de coördinatie heeft met betrekking tot het zorgtraject van de patiënt. Dit kan de persoon zijn die fungeert als aanspreekpunt, maar dat is niet altijd haalbaar.

Deze hulpverlener met de coördinatiefunctie (hierna: de zorgcoördinator) heeft het overzicht van de situatie betreffende patiënt en kan zo nodig interveniëren (door zelf in actie te komen of door anderen te verzoeken actie te ondernemen). Van situatie tot situatie zal bezien moeten worden of een dergelijke zorgcoördinator noodzakelijk is en welke hulpverlener qua deskundigheid en positie het beste geëquipeerd is om als zorgcoördinator op te treden. De zorgcoördinator is niet noodzakelijkerwijs een arts.

Het is van belang de coördinatiefunctie te onderscheiden van de eerder genoemde inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de zorgverlening aan de patiënt. De coördinatiefunctie

heeft veel meer een organisatorische en logistieke dan een inhoudelijke betekenis.

Coördinatie dient ertoe om te voorkomen dat in de zorgverlening aan de patiënt gaten ontstaan en dat de patiënt de dupe wordt van gebrekkige samenwerking en afstemming.

De patiënt dient ervan op de hoogte te worden gesteld welke hulpverlener op enig moment als zorgcoördinator optreedt.

Algemeen:

Bezien vanuit het perspectief van de patiënt is het te prefereren dat de hiervoor onderscheiden functionaliteiten (aanspreekpunt voor de patiënt, inhoudelijke verantwoordelijkheid, zorgcoördinator) waar mogelijk worden toebedeeld aan een en dezelfde persoon. Per situatie zal moeten worden bezien wie dat het beste kan zijn.

In veel gevallen zullen deze taken over meerdere hulpverleners (moeten) worden verdeeld, en kan het ook zo zijn dat de personen die deze taken op zich nemen per fase van de zorg of de behandeling wisselen. Voor alle betrokkenen, waaronder de patiënt, moet dan wel helder zijn wie welke rol op zich neemt.

5.2 Relevante gegevens

Artikel 21 behelst een dubbele verplichting voor hulpverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband en vormt in zekere zin het centrale element van samenwerking in de zorg. Samenwerking kan niet zonder gegevensuitwisseling. Het is van cruciaal belang dat alle betrokken hulpverleners elkaar over en weer informeren over relevante gegevens betreffende de patiënt. Elke hulpverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject behoort zich af te vragen of hij goed genoeg op de hoogte is van informatie betreffende het handelen van betrokken collega's.

Dit impliceert dat beschikbare informatie zo nodig ook daadwerkelijk wordt geraadpleegd, in relatie tot de op hulpverleners rustende onderzoeksplicht. Elke hulpverlener dient actief te zoeken naar de informatie die onontbeerlijk is voor zijn of haar handelen. Die informatie kan worden verkregen door vragen te stellen aan de patiënt of diens naasten, door onderzoek te entameren (door de hulpverlener zelf of door anderen) en door het raadplegen van beschikbare en toegankelijke patiëntendossiers.

Daarnaast behoort elke hulpverlener collega's zo nodig te informeren over relevante gegevens betreffende zijn/haar eigen handelen.

Bij de gegevensuitwisseling tussen hulpverleners dient te allen tijde rekening te worden gehouden met de wet- en regelgeving ten aanzien van informatie-uitwisseling.

Alleen de hulpverleners die rechtstreeks bij de uitvoering van de behandelovereenkomst betrokken zijn en degene die optreedt als vervanger van de hulpverlener, kunnen over en weer informatie verstrekken, voor zover de informatie noodzakelijk is voor de door hen in dat kader te verrichten werkzaamheden.

Voor informatieverstrekking aan derden is in beginsel te allen tijde toestemming nodig van de patiënt of zijn vertegenwoordiger.

5.3 Vastlegging afspraken verdeling taken en verantwoordelijkheden

Verantwoorde en samenhangende zorgverlening aan de patiënt vergt dat de betrokken hulpverleners niet alleen op de hoogte zijn van hetgeen zij zelf moeten doen, maar zich ook bewust zijn van hoe hun handelen zich verhoudt tot hetgeen andere betrokken hulpverleners doen en daarmee ook rekening houden. Dit vergt zowel gegevensuitwisseling over de situatie rond de patiënt en de aard en omvang van de betrokkenheid van andere hulpverleners als voldoende aandacht voor en inspanning om de eigen werkzaamheden op die van anderen te laten aansluiten.

Dit vergt dat expliciet wordt gemaakt wat verwacht wordt van alle participanten in het samenwerkingstraject, zowel wat betreft het eigen aandeel als de relatie tussen het eigen aandeel en de activiteiten van anderen. Helder moet zijn wat van elke hulpverlener in het samenwerkingsverband verwacht wordt.

Het is van groot belang dat afspraken en regelingen voor alle betrokkenen kenbaar zijn,

zowel in algemene zin als rond een specifieke patiënt. Dat betekent dat alle betrokkenen op de hoogte zijn van de principes en procedures voor samenwerking, inclusief de regelingen voor inschakeling of consultatie van andere disciplines. Elke betrokken hulpverlener kan op basis daarvan zijn/haar eigen taken en verantwoordelijkheden en die van de andere betrokken hulpverleners bepalen. Daardoor wordt het ook beter mogelijk te bepalen wanneer het moment is aangebroken om collega's te consulteren of taken aan hen over te dragen.

Deze afspraken worden vastgelegd in het medisch dossier van de patiënt.

5.4 Overdracht

Het is van belang om de verantwoordelijkheid voor een goede overdracht te beschouwen als een gedeelde verantwoordelijkheid van het management, de hulpverlener die taken overneemt en de hulpverlener die taken overdraagt: de verantwoordelijkheid voor een goede overdracht ligt bij de hulpverlener, het management dient erop toe te zien dat heldere afspraken zijn gemaakt is voorwaardenscheppend (in de zin van optimale faciliteiten en omstandigheden). Risico's voor de continuïteit van de zorgverlening zijn bij elk overdrachtmoment aanwezig. Dit is deels te ondervangen door een goede explicitering en planning van de overdrachtmomenten en door goede aantekening in het medisch dossier.

5.5 Afstemming

Het is van belang om in de tijd duidelijke momenten te markeren waarop overleg en bezinning kan plaatsvinden: structurele momenten waarop gecontroleerd wordt of het voorafgaande proces volgens afspraak is verlopen, of alle partijen hun taken hebben uitgevoerd en gedocumenteerd en of de patiënt het beschreven traject verder kan vervolgen. Daarnaast dient op geleide van de problematiek van de patiënt dan wel de ad hoc situatie waarmee hulpverleners zich geconfronteerd zien, afstemming plaats te vinden. Deze afstemmingsmomenten dienen expliciet te worden vastgelegd in het medisch dossier. Een eventuele zorgcoördinator heeft met tot dit artikel een bewakende rol.

5.6 Calamiteit of seksueel misbruik

In het geval dat verschillende organisaties met elkaar samenwerken, kan het minder evident zijn elkaar aan te spreken op incidenten en andere problemen en bestaat het risico dat de patiënt niet, niet tijdig of niet voldoende over de aard en toedracht van een incident wordt geïnformeerd. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de samenwerkende hulpverleners om hierover goede afspraken te maken.

Indien er zich binnen de extramurale samenwerking een calamiteit of seksueel misbruik zoals bedoeld in de Kwaliteitswet Zorginstellingen voordoet, dan worden de (hoofd)behandelaren van de bij de samenwerking betrokken organisaties, hier zo spoedig mogelijk over geïnformeerd.

Bijlage I

Regiebehandelaar	Beschrijving van de setting waarin de professional als regiebehandelaar kan optreden in de gespecialiseerde ggz (gggz)
Psychiater, klinisch psycholoog	<p>Binnen de gespecialiseerde ggz is altijd een psychiater en/of klinisch psycholoog beschikbaar voor patiënten en/of andere hulpverleners, zo nodig ter plaatse. In alle settings in de ggz kan de psychiater of klinisch psycholoog als regiebehandelaar optreden.</p> <p>Er is altijd een psychiater of klinisch psycholoog lid van een multidisciplinair team.</p> <p>Bij een klinische opname is de regiebehandelaar in beginsel een psychiater of klinisch psycholoog.</p> <p>De psychiater wordt ongeacht de specifieke behandelsetting ten minste geconsulteerd en bij evaluaties betrokken:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. wanneer er gevaar dreigt voor anderen of voor de patiënt (waaronder suïcidegevaar) b. wanneer ECT overwogen/ingesteld wordt c. indien middelen- of maatregelentoepassing dan wel dwangbehandeling in het kader van de Bopz of Wgbo (alleen niet-psychiatrische behandeling) overwogen wordt. d. in geval van (Bopz)opname en het afgeven van een geneeskundige verklaring in het kader van de Bopz e. indien ontslag uit opname, anders dan in het behandelplan voorzien, overwogen wordt f. indien medisch coördinerende zorg nodig is bij verdenking op somatische problematiek g. indien er sprake is van een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding h. wanneer er sprake is van een non-respons op de behandeling (conform richtlijn/zorgstandaard) i. bij een crisis-dbc <p>Bij punt a. en e. kan in plaats van een psychiater ook een klinisch psycholoog worden ingeschakeld.</p> <p>Bij punt h. kan ook een verpleegkundig specialist ggz of klinisch psycholoog worden ingeschakeld.</p> <p>Wanneer er sprake is van een behandeltraject in het</p>

	kader van de Bopz/Wvggz is de psychiater altijd persoonlijk betrokken bij behandelbeoordelingen en bij momenten waarop nieuwe vormen van dwang (behandeling) worden overwogen en/of wanneer dwang geïntensiveerd of afgeschaald kan worden.
Verpleegkundig specialist ggz	Bij patiënten waar de primaire focus van de behandeling niet (meer) gericht is op biologische en psychologische factoren, maar meer op de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft in het (inter)persoonlijk functioneren. Het gaat om patiënten met een langer bestaande stoornis, of patiënten met een hoog complexe rehabilitatievraag. Alsook laagcomplex, protocollair behandelbare medische zorg die niet past binnen de generalistische basis-ggz.
Psychotherapeut	Bij vormen van psychotherapie binnen verschillende therapeutische referentiekaders.
GZ-psycholoog	Bij patiënten waar de primaire focus van de behandeling niet gericht is op biologische factoren of de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft, maar meer op de psychologische factoren. Het gaat om patiënten met een stoornis die behandeld kunnen worden met grotendeels psychologische behandelmethoden waarbij geen sprake is van een spoedeisend karakter of de noodzaak tot opname.
Verslavingsarts KNMG	Bij preventie, diagnostiek en behandeling van misbruik en verslaving van middelen, waaronder alcohol en tabak, illegale middelen en geneesmiddelen alsook de zogenaamde gedragsverslavingen als pathologisch gokken, eetverslaving, koopverslaving, seksverslaving, gamen en internetgebruik zonder controle, wanneer er geen sprake is van comorbiditeit met ernstige complexe psychiatrische stoornissen.
Klinisch neuropsycholoog	Bij zorgvragen met specifieke neuropsychologische componenten.
Klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde	Voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd waarbij multimorbiditeit (van zowel psychiatrische als somatische aard) een grote rol speelt in de klachtenpresentatie.