

## 1 Inleiding en doel professioneel statuut

Het professioneel statuut schetst de kaders waarbinnen de zorgeenheden passend bij de doelgroep en setting afspraken kunnen maken over de rol van de verschillende disciplines. In paragraaf 2 wordt beschreven wat de rol is van de regiebehandelaar en in paragraaf 3 wie voor welke patiënt regiebehandelaar kan zijn. Het is van belang dat iedere hulpverlener de grenzen van het eigen deskundigheidsgebied in acht neemt en tijdig een collega raadpleegt. Daarbij komt dat je alleen bevoegd bent, wanneer je ook bekwaam bent. In paragraaf 4 worden de taken van de behandelaar beschreven en in paragraaf 5 wordt de escalatieprocedure beschreven, voor het geval dat er een verschil van inzicht is tussen de regiebehandelaar en de andere behandelaren die bij de behandeling zijn betrokken. In paragraaf 6 is beschreven in welke gevallen men een psychiater dient te raadplegen. In paragraaf 7 wordt de rol van de verpleegkundig specialist beschreven en de voorwaarden waaronder deze medicatie mag voorschrijven. In paragraaf 8 is de positie van de arts-assistent en andere opleidingen beschreven.

Binnen Altrecht willen we voldoende recht doen aan de eigen professionele verantwoordelijkheid van elke hulpverlener en benadrukken dat voor vruchtbare samenwerking vooral professionaliteit en collegialiteit van belang zijn. Daadwerkelijke samenwerking komt op natuurlijke wijze tot stand in het team en wordt niet geregeld in een statuut. Daarbij staat respect voor ieders bijdrage voorop. Het professioneel statuut vormt immers niet de kern van de samenwerking, maar slechts het kader. Hiermee wordt invulling gegeven aan de eis in de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (WKKGZ) dat sprake moet zijn van een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden en afstemmings- en verantwoordingsplichten, dat dit redelijkerwijs leidt tot goede zorg.

In het professioneel statuut worden ook enkele aspecten nader uitgewerkt die in het kader van het kwaliteitsstatuut, waarover elke GGZ-instelling vanaf 1 januari 2017 dient te beschikken, dienen te worden vastgelegd. Dit betreft met name de rol van de (regie)behandelaar en de escalatieprocedure. Het professioneel statuut van Altrecht voldoet aan de dwingende kaders voor de Zorgverzekeringswet (ZVW) uit het landelijke kwaliteitsstatuut en Altrecht kiest ervoor om het landelijke kwaliteitsstatuut te volgen voor wat betreft de beschrijving van de voorwaarden waaronder verschillende disciplines regiebehandelaar kunnen zijn binnen de ZVW. In paragraaf 3 is beschreven dat bij alle doelgroepen de psychiater en klinisch psycholoog (m.u.v. crisisdienst en acute gesloten opname) regiebehandelaar kunnen zijn. Verder is beschreven bij welke patiënten en onder welke voorwaarden de klinisch geriater, verpleegkundig specialist, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, gz-psycholoog, specialist ouderengeneeskunde en verslavingsarts regiebehandelaar kunnen zijn. Bij de behandeling van elke patiënt dient een klinisch psycholoog of psychiater betrokken te zijn bij overleg gericht op besluitvorming op cruciale momenten. De kaders in het kwaliteitsstatuut waar we aan moeten voldoen zijn letterlijk overgenomen. Wanneer er staat, dat de regiebehandelaar ergens voor zorg draagt, mag hij dit dus ook door een collega laten doen.

Voorop staat dat elke medewerker binnen de kaders van het professioneel statuut de ruimte krijgt vanuit zijn eigen deskundigheid invulling te geven aan zijn professionele verantwoordelijkheid in de relatie met de patiënt en zijn naasten. Dat vraagt enerzijds om professionele autonomie. Dit betekent niet dat anderen zich niet mogen mengen in de behandeling, maar impliceert wel dat anderen niet mogen eisen, dat een hulpverlener handelt in strijd met zijn professionele standaard (Deze standaard omvat zowel de technische aspecten als de wettelijke normen betreffende de relatie met de patiënt en zijn naasten en de maatschappelijke zorgvuldigheidseisen). Anderzijds impliceert professioneel handelen ook de plicht om de deskundigheid op peil te houden en verantwoording af te leggen, dit laatste zowel aan de patiënt en naasten als binnen de organisatie en beroepsgroep en aan externe toezichthouders. De professionele verantwoordelijkheid en autonomie zijn gebonden aan het eigen deskundigheidsgebied, zoals dit is vastgelegd in de Wet BIG.

In de richtlijnen Familiebeleid heeft Altrecht vastgelegd op welke wijze we de naasten informeren en bij de behandeling betrekken. Recent heeft Altrecht bijgedragen aan de ontwikkeling van de landelijke

kwaliteitsstandaard *Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek*, waarmee we ons beleid nog verder vorm kunnen geven.

## **2 Rol regiebehandelaar**

Indien meerdere professionals betrokken zijn bij de zorgverlening aan een patiënt, is het van belang dat één van hen het zorgproces coördineert en eerste aanspreekpunt is voor de patiënt, zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger. Dit is de regiebehandelaar. Tot 1 januari 2017 werd nog over de hoofdbehandelaar gesproken. De commissie Meurs geeft de voorkeur aan de term regiebehandelaar, omdat deze persoon de verantwoordelijkheid draagt voor het proces en niet voor de inhoud. De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de samenhang en volledigheid van het behandelproces, zonder de betrokken behandelaren te ontheffen van hun eigen professionele verantwoordelijkheden. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt.

De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling. Hij zorgt ervoor dat in samenspraak met de patiënt en zoveel mogelijk ook zijn naasten een behandelplan wordt opgesteld en stelt dit vast; hij draagt er zorg voor dat dit wordt uitgevoerd en – wanneer omstandigheden daartoe aanleiding geven – wordt bijgesteld.

De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat de verrichtingen of activiteiten van alle zorgverleners die beroepshalve bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn – en dus ook zijn eigen verrichtingen of activiteiten – op elkaar zijn afgestemd. Wanneer meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd bij de behandeling van de patiënt zijn betrokken, spant de regiebehandelaar zich in voor een goede samenwerking en afstemming. Het is van essentieel belang dat in de behandeling de juiste c.q. aangewezen deskundigheid wordt betrokken. Ook als de psychiater of klinisch (neuro)psycholoog of klinisch geriater geen regiebehandelaar, is een van hen wel betrokken bij de keuze welke disciplines bij de behandeling dienen te worden betrokken als regiebehandelaar en behandelaar. De patiënt kan binnen de kaders van het professioneel statuut ook zijn voorkeuren aangeven voor een specifieke (regie)behandelaar.

De regiebehandelaar draagt niet de verantwoordelijkheid voor de door andere zorgverleners tijdens het behandeltraject uitgevoerde afzonderlijke verrichtingen en interventies. Daarvoor zijn en blijven die andere zorgverleners zelf ten volle verantwoordelijk.

Overige taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar:

1. De regiebehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de andere betrokken zorgverleners in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn.
2. De regiebehandelaar ziet er op toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Andere betrokken zorgverleners hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering.
3. De regiebehandelaar laat zich informeren door de andere bij de behandeling betrokken zorgverleners, 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.
4. 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 en liefst ook zijn naasten, met de daartoe noodzakelijke frequentie (ook teleconferencing), op geleide van de problematiek/vraagstelling van de patiënt.
5. 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.

6. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het openen en beëindigen van de DBC en de vastlegging hiervan in het dossier.

- Tot het moment dat de intake bij Altrecht heeft plaatsgevonden is de verwijzer de eerstverantwoordelijke voor de zorgverlening aan de patiënt. Aan het eind van de intakefase vindt een behandeladviesgesprek plaats, waarin met de patiënt ook wordt besproken wie vanaf dat moment de regiebehandelaar wordt. Deze regiebehandelaar is vanaf dat moment verantwoordelijk voor de zorgverlening aan de patiënt en het aanspreekpunt in de periode tot de behandeling start. Deze verantwoordelijkheid ligt dan niet meer bij de huisarts/verwijzer.
- 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 terugverwezen naar de huisarts of direct wordt doorverwezen. Hierbij krijgen de patiënt en de huisarts advies over welke zorg passend zou zijn voor de patiënt.
- Mocht de patiënt niet direct na diagnostiek in behandeling worden genomen, dan is de regiebehandelaar van de diagnostiefase de eerstverantwoordelijke voor de zorg van de patiënt. Ook in dit geval is de huisarts/verwijzer niet meer de eerstverantwoordelijke.

Specifieke taken van de regiebehandelaar binnen de gespecialiseerde ggz zijn:

- 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.
- Als delen van het intake-/diagnostische proces door anderen dan de regiebehandelaar worden verricht, moet de regiebehandelaar ook altijd zelf op enig moment tijdens het intakeproces via direct contact (ook beeldbellen) met de patiënt een rol hebben in het intake-diagnostiek proces. Bij een crisis-DBC wordt altijd een psychiater geconsulteerd. Hiervoor is geen direct patiëntcontact noodzakelijk. Indien de regiebehandelaar een ander is dan een psychiater of klinisch psycholoog, draagt de regiebehandelaar er zorg voor dat de intakegegevens en het (voorlopige) behandelvoorstel worden besproken in een overleg waar ook een klinisch psycholoog of psychiater van deel uit maakt.

De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat besluitvorming op cruciale momenten in de behandeling plaatsvindt en in een overleg waarbij een psychiater of klinisch psycholoog aanwezig is wordt afgestemd en getoetst. Dit is altijd, maar niet limitatief: wijziging behandelplan, ontslag, (dreigende) crisis. Wanneer dit wenselijk is voor een adequate behandeling van de patiënt of vanwege de vereiste spoed kan de psychiater of klinisch psycholoog ook zelfstandig over deze onderwerpen beslissen. Bij voorkeur vindt er vooraf overleg plaats met de betrokken regiebehandelaar, maar in dergelijke gevallen kan de regiebehandelaar eventueel ook achteraf worden geïnformeerd.

De regiebehandelaar ziet er tevens op toe dat de patiënt en zo mogelijk zijn naasten hierbij betrokken zijn en dat de beslissing met betrekking tot het beleid wordt vastgelegd.

### **3 Wie kan regiebehandelaar zijn binnen Altrecht voor welke patiënt?**

De regiebehandelaar moet passend zijn bij het type en de fase van de behandeling en de doelgroep. Voor elke patiënt van Altrecht moet bepaald worden wat de discipline van de regiebehandelaar dient te zijn. Hiervoor zijn binnen het team de psychiater of klinisch (neuro)psycholoog of klinisch geriater uiteindelijk verantwoordelijk ook na de intake-fase. Op bepaalde afdelingen zullen hiervoor vaste afspraken gelden. De uiteindelijke keuze voor een regiebehandelaar wordt gemaakt in overleg met de patiënt of diens vertegenwoordiger en vastgelegd in het behandelplan.

Bij ggz-instellingen worden behandelingen binnen de gespecialiseerde ggz gegeven door medewerkers die deel uit maken van multidisciplinaire teams. Het is aan de teams en hun leidinggevenden om rond patiënten de overleggen zo in te richten dat dit efficiënt is en dat geborgd is dat de noodzakelijke disciplines aanwezig zijn die bij de patiënt betrokken zijn. Er is in ieder geval altijd een psychiater of klinisch psycholoog lid van een multidisciplinair team en betrokken bij de behandeling van een patiënt of bij het overleg over de patiënt.

In de gespecialiseerde ggz is in beginsel sprake van de volgende combinatie tussen de verschillende behandelsettings en type zorgverleners die als regiebehandelaar kunnen fungeren. Altrecht volgt deze keuze die in het landelijke kwaliteitsstatuut is gemaakt.

<b>Regiebehandelaar</b>	<b>Beschrijving van de setting waarin de professional als regiebehandelaar kan optreden in de gespecialiseerde ggz/Altrecht</b>
Psychiater of Klinisch psycholoog	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In alle settings in de sGGZ kan de psychiater of klinisch psycholoog als regiebehandelaar optreden.</li> <li>• Binnen de gespecialiseerde ggz is altijd een psychiater en/of klinisch psycholoog beschikbaar voor patiënten en/of voor andere zorgverleners, zo nodig ter plaatse.</li> </ul>
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 laagcomplexere, protocollair behandelbare medische zorg die niet past binnen de generalistische basis ggz.
Klinisch geriater of Specialist Ouderengeneeskunde	Voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd waarbij multimorbiditeit (van zowel psychiatrisch als somatische aard) een grote rol speelt in de klachtenpresentatie.
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.
Klinisch neuropsycholoog	Bij zorgvragen met specifieke neuro-psychologische componenten.
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 co-morbiditeit met ernstige, complexe psychiatrische stoornissen

Verder gelden bij het bepalen van de regiebehandelaar in de gespecialiseerde ggz bij een klinische opname en in de crisisdienst de volgende uitgangspunten:

### **Klinische opname**

- Bij een klinische opname is de regiebehandelaar in beginsel een psychiater of klinisch psycholoog. Bij een acute gesloten opname is de regiebehandelaar altijd een psychiater.
- In overleg met de klinisch werkzame psychiater of klinisch psycholoog kan worden besloten dat de ambulante regiebehandelaar ook gedurende de opname de regiebehandelaar blijft.
- De regiebehandelaar kan ook tijdens de opname tevens een klinisch geriater zijn voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd waarbij multimorbiditeit (van zowel psychiatrisch als somatische aard) een grote rol speelt in de klachtenpresentatie.

- Bij een klinische opname (m.u.v. een klinische psychotherapie en wanneer de klinisch geriater regiebehandelaar is) moet elke nieuwe patiënt binnen redelijke termijn gezien worden door een psychiater, dit is afhankelijk van de aard van de doelgroep en de opname. Als de patiënt direct voorafgaand aan de opname al gezien is door een psychiater van de crisisdienst kan dit minder dringend zijn.

### **Crisisdienst**

In de werkwijze van de crisisdienst wordt de voorwacht vervuld door de arts-assistent of de spv met de psychiater in de 24-uurs achterwacht. Het merendeel van de patiënten wordt ook daadwerkelijk gezien door de psychiater. In die gevallen waarbij de patiënt in de crisisdienst niet daadwerkelijk wordt gezien door de psychiater, vervult deze laatste toch het regiebehandelaarschap. In het landelijke kwaliteitsstatuut is vastgelegd dat bij een crisis-DBC altijd een psychiater wordt geconsulteerd. Hiervoor is geen direct patiëntcontact noodzakelijk. De NZA regels geven aan dat bij crisis-DBC's zonder verblijf de directe tijd niet door de regiebehandelaar hoeft te zijn besteed.

### **Wisseling van regiebehandelaar**

Vanwege het belang van continuïteit van zorg is een wisseling van regiebehandelaar in beginsel ongewenst. Een wisseling van regiebehandelaar gebeurt altijd in overleg met de patiënt en eventueel zijn naasten, en is o.a. wel mogelijk of wenselijk in geval van:

- een nieuwe fase van de behandeling of verandering van de problematiek of zorgvraag;
- een wijziging van behandelsetting of zorgpad/programma;
- een wijziging in het behandelplan, met als gevolg wijziging van de zorgverlener(s) of van het zwaartepunt in de behandeling;
- op verzoek van de patiënt;
- de regiebehandelaar gedurende langere tijd niet of niet meer beschikbaar is, bijvoorbeeld ingeval van ziekte overplaatsing of ontslag.

Bij wisseling van de regiebehandelaar is de overdragende regiebehandelaar verantwoordelijk voor een goede overdracht van alle gemaakte afspraken en legt deze vast in het dossier.

## **4 Taken en verantwoordelijkheden van de behandelaar**

Specifieke taken en verantwoordelijkheden van de behandelaar in de gespecialiseerde ggz:

- De behandelaar geeft binnen het kader van het behandelplan zelfstandig uitvoering aan (delen van) het behandelplan;
- De behandelaar is verantwoordelijk voor het eigen professionele handelen; Hij ontleent zijn verantwoordelijkheden en bevoegdheden aan het deskundigheidsgebied waarvoor hij is opgeleid;
- Hij volgt aanwijzingen van de regiebehandelaar op voor zover deze verenigbaar zijn met zijn eigen deskundige oordeel en meldt expliciet bij de regiebehandelaar wanneer hij geen gevolg geeft aan diens aanwijzingen;
- Hij voorziet de regiebehandelaar regelmatig en op tijd van relevante informatie, zodat deze zijn verantwoordelijkheden kan waarmaken;
- De (mede)behandelaar draagt zorg voor het actueel houden van het patiëntendossier voor zover het zijn aandeel in de behandeling betreft. Hij informeert de regiebehandelaar tijdig over de voortgang van de behandeling.
- Bij afsluiting van zijn deel van de behandeling stelt hij de regiebehandelaar daarvan in kennis.

## 5 Escalatieprocedure

De regiebehandelaar coördineert de afstemming tussen alle betrokken zorgverleners en is verantwoordelijk voor de integraliteit van de behandeling. Het 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, echter niet eerder dan nadat alle betrokken deskundigen gehoord zijn. Indien een verschil van mening of inzicht niet op deze manier kan worden opgelost wordt de volgende escalatieprocedure gevolgd waarvan zowel de regiebehandelaar als de overige bij de behandeling betrokken professionals gebruik kunnen maken.

Voorop staat dat indien een verschil van inzicht een onderwerp betreft waarvoor op basis van paragraaf 6 de psychiater geraadpleegd dient te worden, de (regie)behandelaar het advies op diens domein op dient te volgen.

Indien dit nog niet is gebeurd, kan het zinvol zijn om het onderwerp in te brengen in het multidisciplinair overleg of casuïstiek overleg.

Indien de verschillende betrokkenen een blijvend verschil van inzicht hebben, kan het geschil worden besproken met de zorginhoudelijk leidinggevende van de zorgeenheid. Bij een verschil van mening over de behandeling in het kader van BOPZ/WVGGZ kan direct geëscaleerd worden naar de geneesheer-directeur.

Deze besprekingen zijn gericht op het oplossen van het probleem in de samenwerking rond een bepaalde patiënt of vanuit een meer algemeen verschil van behandelvisie. Daarbij is wel van belang te beseffen dat de behandelaar, die omdat dit binnen zijn deskundigheidsgebied valt inhoudelijk verantwoordelijk is voor de (bepaalde aspecten van de) behandeling van de patiënt, verantwoordelijk blijft voor dit behandelbeleid en dat deze verantwoordelijkheid niet bij het MDO of de lijn ligt.

## 6 Wanneer moeten andere disciplines psychiater raadplegen?

Los van of de regiebehandelaar een psychiater is, zijn er bepaalde omstandigheden waarin een niet-medicus een psychiater zal dienen te raadplegen. NB Ook een medicus zal een psychiater dienen te raadplegen als hij zelf niet over de specialistische expertise beschikt. Een hulpverlener dient steeds zelf te bepalen of de toestand van de patiënt zodanig is, dat hij gegeven zijn eigen deskundigheid ter zake een beroep dient te doen op een psychiater. Dit kan per discipline, per hulpverlener en per casus verschillen. Het kan ook voortvloeien uit multidisciplinaire richtlijnen of intern beleid.

Daarbij dient de psychiater ten minste geconsulteerd en bij behandelbeoordelingen betrokken te worden voor de volgende specifiek medisch/psychiatrische aspecten en risicovolle (beslis)momenten. **Bij medische problemen die niet specifiek op het specialistisch terrein van de psychiater liggen, kan men ook een andere deskundige arts zoals de huisarts of klinisch geriater raadplegen.**

- Indien klinische **opname** wordt overwogen (dit kan ook de klinisch psycholoog zijn).
- Indien **ontslag** uit opname, anders dan in het behandelplan voorzien, overwogen wordt. Afhankelijk van de doelgroep van de afdeling kan besloten worden dat ook de klinisch psycholoog kan beslissen over ontslag;
- Indien dit in het kader van de **BOPZ** noodzakelijk is. Indien sprake is van opname of behandeling in het kader van de BOPZ is de psychiater de regiebehandelaar en is hij verantwoordelijk voor het opstellen van geneeskundige verklaringen en behandelingsplannen en persoonlijk betrokken bij behandelbeoordelingen en dient hij te besluiten over het toepassen, intensiveren of afschalen van dwang en drang en vrijheidsbeperkingen en (voorwaardelijk) verlof en ontslag. Het intrekken van (voorwaardelijk) verlof en ontslag is voorbehouden aan de geneesheer-directeur, buiten kantooruren neemt de psychiater/achterwacht hem waar;
- Wanneer er **gevaar** dreigt voor anderen of voor de patiënt (waaronder suïcidegevaar) en wanneer het suïcidepreventiebeleid dit voorschrijft;
- Indien dit in het kader van **psychiatrische of somatische diagnostiek**<sup>1</sup> nodig is, dan wel indien **lichamelijk onderzoek** gewenst is of indien een **lichamelijke ziekte of klacht** de diagnostiek of behandeling compliceert en bij vragen over somatische klachten;
- Wanneer dit in het kader van de regeling voor **voorbehouden handelingen** in de Wet BIG noodzakelijk is, bijv. bij het vaststellen van de noodzaak hiertoe. Voor de verpleegkundig specialist gelden afwijkende regels, omdat zij zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen mogen uitvoeren (injecteren, medicatie voorschrijven, venapuncties verrichten en defibrilleren) en de noodzaak hiertoe mogen vaststellen. Zie hiervoor paragraaf 7;
- Bij vragen over de (eventuele noodzaak tot) **medicatie** en bij nieuwe patiënten, die al psychofarmaca gebruiken; De arts is verantwoordelijk voor het stellen van de indicatie tot medicatiegebruik en voor het voorschrijven, controleren of wijzigen van de medicatie; Ook de verpleegkundig specialist is onder de voorwaarden beschreven in paragraaf 7 bevoegd tot het voorschrijven van medicatie;
- Wanneer **ECT** overwogen/ingesteld wordt;
- Indien er sprake is van een verzoek om **euthanasie**;
- Wanneer er sprake is van **non-respons** op de behandeling (conform richtlijn/zorgstandaard). (Men mag ook een klinisch psycholoog raadplegen i.p.v. een psychiater).

De psychiater dient de patiënt te zien als de collega die hem heeft benaderd of hijzelf dit wenselijk vindt. Zowel in de intake- als behandel fase kan de psychiater bij elke patiënt (ook wanneer hij betrokkenheid eerder niet noodzakelijk achtte) aangeven, dat hij een patiënt zelf wil onderzoeken, bij de behandeling betrokken zou moeten zijn, of verantwoordelijkheid zou moeten dragen voor (bepaalde aspecten van) de behandeling of regiebehandelaar zou dienen te zijn. Ook de regiebehandelaar zal het advies van de psychiater dienen te volgen als hij in bovengenoemde gevallen of om andere redenen advies heeft gevraagd aan de psychiater, wanneer de kwestie niet binnen zijn eigen deskundigheidsgebied valt.

<sup>1</sup> Indien er o.b.v. de anamnese (inclusief somatische anamnese) een verdenking bestaat op somatische problematiek of er aanleiding bestaat om een somatische oorzaak voor psychiatrische problematiek uit te sluiten dan wel indien de behandelaar die de diagnostiek verricht zich onvoldoende bekwaam acht om een somatische anamnese af te nemen of een inschatting te maken in hoeverre er sprake zou kunnen zijn van somatische problematiek of een somatische oorzaak voor de psychiatrische problematiek;

## 7. Bevoegdheden verpleegkundig specialist en voorwaarden voorschrijven medicatie

Bijzondere aandacht vraagt de rol van de verpleegkundig specialist, die sinds 2009 als specialist van de verpleegkundige erkend is in de GGZ. Het deskundigheidsgebied zoals beschreven in de AMvB en het domein waarop hij zelfstandig bevoegd is, is ruimer dan van de verpleegkundige (zie bijlage 1, §1.3.2.). Anders dan de verpleegkundige kan hij binnen de grenzen van zijn deskundigheid en bekwaamheid zelfstandig bevoegd zijn als regiebehandelaar en behandelaar in het medisch domein. Daar komt bij dat de verpleegkundig specialist sinds 1 januari 2012 vanuit de Wet BIG de bevoegdheid heeft gekregen om zelfstandig medicatie voor te schrijven. Voor alle voorbehouden handelingen ook voor het voorschrijven van geneesmiddelen geldt, dat men alleen bevoegd is als men bekwaam is. Wanneer hij dit doet volgens de in deze paragraaf gestelde voorwaarden is hij hier zelfstandig voor verantwoordelijk en is er geen sprake van een verlengde arm constructie. De psychiater of andere arts van Altrecht is verantwoordelijk voor het eerste voorschrift van een medicijn, maar niet voor elk recept dat de verpleegkundig specialist uitschrijft.

T.a.v. het voorschrijven van medicatie is in artikel 36 lid 14 van de wet BIG opgenomen: Tot het voorschrijven van UR-geneesmiddelen als bedoeld in [artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet](#) zijn bevoegd: a. de artsen; b. de tandartsen; c. de verloskundigen, d. verpleegkundigen, die behoren tot een ter bevordering van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg bij ministeriële regeling aan te wijzen categorie, doch dezen uitsluitend: 1°. voor zover een onder a, b of c bedoelde beroepsbeoefenaar de diagnose heeft gesteld met betrekking tot de patiënt voor wie het geneesmiddel is bestemd, 2°. voor zover medische protocollen en standaarden ter zake van het voorschrijven van UR-geneesmiddelen worden gevolgd, en 3°. binnen de bij de regeling te stellen beperkingen t.a.v. de reikwijdte van de in de aanhef bedoelde bevoegdheid.

Daarbij is in de AMvB het volgende vastgelegd: De Verpleegkundig specialist GGZ is bevoegd tot het uitvoeren van bepaalde voorbehouden handelingen, nl. het geven van injecties, verrichten van puncties, toepassen van defibrillatie en voorschrijven van Uitsluitend Recept geneesmiddelen indien:

- Die handelingen plaatsvinden binnen de uitoefening van het deelgebied van het beroep waarvoor zij een erkende specialistentitel mogen voeren;
- Het handelingen betreft van een beperkte complexiteit;
- Het routinematige handelingen betreft;
- Het handelingen betreft waarvan de risico's te overzien zijn;
- Die handelingen worden uitgeoefend volgens landelijk geldende richtlijnen.

Naast en ter invulling van de bovengenoemde wettelijke kaders is binnen Altrecht afgesproken:

- Omdat in de wet BIG is vastgelegd dat de diagnose is gesteld door een arts en de medische verantwoordelijkheid voor de diagnostiek en het voorschrijven verantwoord geregeld moet zijn, kan een middel pas door een verpleegkundig specialist worden voorgeschreven, nadat een Altrecht-arts de diagnose heeft gesteld en het middel al eerder heeft voorgeschreven.
- Het voorschrijven van medicatie dient plaats te vinden binnen een protocollaire behandeling. Er dient een door de Raad van bestuur (of aangewezen commissie of functionaris) vastgesteld protocol te zijn, waarin de rol van de verpleegkundig specialist wordt beschreven. Indien dit in het Altrecht-protocol is vastgelegd, mag worden afgeweken van de bovengenoemde regel, dat de arts als eerste een middel voorschrijft.
- De arts is verantwoordelijk en deskundig als het gaat om de beoordeling of bepaalde medicatie past bij andere medicatie die een patiënt al gebruikt (co-medicatie). Bij het eerste voorschrift beoordeelt hij dat. Indien een patiënt al op een middel is ingesteld, dat de verpleegkundig specialist wil voorschrijven, maar de patiënt heeft in de tussentijd andere medicatie erbij gekregen, dan dient de verpleegkundig specialist met een arts te overleggen of dit consequenties moet hebben voor het voorschrijven van het al eerder door de arts of verpleegkundig specialist voorgeschreven middel. De verpleegkundig specialist mag het dus wel opnieuw voorschrijven na overleg met een arts.
- Voor elke verpleegkundig specialist dient helder te zijn binnen welk domein hij deskundig is en gespecialiseerd is (bijv. ADHD) en welk soort medicatie hij dus mag voorschrijven.



## 8. Arts-assistenten en andere opleidingen

Tenzij anders is aangegeven worden artsen die geen medisch specialist zijn geacht als arts-assistent te werken binnen een bepaald medisch-specialistisch deskundigheidsgebied. Het dient op een afdeling expliciet geregeld te worden, als het werkterrein van de arts-assistent anders is afgebakend.

De arts-assistent fungeert als assistent van de psychiater en is onder verantwoordelijkheid van de psychiater werkzaam op diens specialistisch deskundigheidsgebied. Dit betekent dat de arts-assistent binnen Altrecht functioneert als assistent-psychiater en dat de taken en bevoegdheden zoals die in dit statuut gelden voor de psychiater ook op hem van toepassing zijn. Zo zal hij in voorkomende gevallen de taken van de regiebehandelaar uitoefenen. Met dien verstande dat de psychiater formeel de regiebehandelaar is en dat beide gehouden zijn om de regeling verantwoordelijkheidsverdeling arts-assistent psychiater die is gebaseerd op de landelijke modelinstructie in acht te nemen, waarin in detail wordt uitgewerkt in welke gevallen de arts-assistent overleg moet voeren met de psychiater en wanneer deze laatste de patiënt zelf moet zien. Het is van belang dat er in het dossier verslag wordt gedaan van het overleg tussen de psychiater en arts-assistent. Bovenstaande geldt mutatis mutandis ook voor de arts-assistent in opleiding tot klinisch geriater die onder verantwoordelijkheid van de klinisch geriater kan werken op diens specialistisch deskundigheidsgebied.

Ook voor andere opleidingen geldt dat, wanneer zij zich begeven op het gebied, waarvoor zij in opleiding zijn, zij werken onder verantwoordelijkheid van hun werkbegeleider of supervisor<sup>2</sup> of de regiebehandelaar. In het geval van psychologen in opleiding tot GZ-psycholoog (PIOG) en GZ-psychologen in opleiding tot specialist (GIOS) berust de verantwoordelijkheid voor het toezicht op de patiënt(en) en de patiëntenzorg van de opleiding bij de werkbegeleider – met uitzondering van die verrichtingen welke de opleiding op basis van reeds verworven wettelijke kwalificaties geacht mag worden zelfstandig te kunnen verrichten. De supervisor geeft supervisie over een welomschreven deel van de werkzaamheden van de opleiding, waarbij het leerproces van de opleiding centraal staat. De supervisor draagt geen verantwoordelijkheid voor het toezicht op de patiëntenzorg van de opleiding. Opleidingen die al BIG-geregistreerd zijn, zoals de GIOS kunnen zelfstandig bevoegd zijn, zolang ze binnen het deskundigheidsgebied blijven waarvoor ze BIG-geregistreerd zijn. Maar het dient dan per patiënt wel duidelijk te zijn of zij zelfstandig of onder werkbegeleiding werken.

---

<sup>2</sup> De begrippen werkbegeleider en supervisor hebben een andere betekenis dan bij de A-opleiding.