

# Professioneel statuut

## 1. Inleiding en doel professioneel statuut

Het professioneel statuut schetst de kaders waarbinnen de teams 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 escalatie procedure 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 beschreven onder welke voorwaarden de verpleegkundig specialist 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.

Elke GGZ-instelling dient in het kader van de Zorgverzekeringswet (ZVW) sinds 2017 over een kwaliteitsstatuut te beschikken. In het professioneel statuut worden ook enkele aspecten nader uitgewerkt die in het kader van het kwaliteitsstatuut, dienen te worden vastgelegd. De regels die voortkomen uit het kwaliteitsstatuut zijn dus niet dwingend voorgeschreven als er sprake is van zorgverlening buiten de ZVW, zoals in het kader van de Jeugdwet, Wet Langdurige Zorg en Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Waar dit passend is zal Altrecht zoveel mogelijk dezelfde werkwijze hanteren.

M.i.v. 1 januari 2022 is het landelijk kwaliteitsstatuut van kracht, waarbij elke instelling voor 1 juli 2022 een nieuwe versie van het kwaliteitsstatuut ter beoordeling dient aan te bieden. Omdat de verwachting is dat dit kwaliteitsstatuut op korte termijn herzien zal worden n.a.v. overleg tussen alle betrokken veldpartijen, heeft Altrecht er voor gekozen om de bestaande werkwijze op basis van het model kwaliteitsstatuut en het professioneel statuut van Altrecht zoveel mogelijk voort te zetten.

Altrecht werkt binnen de kaders van de Veldafpraak 'Tijdelijke invulling regiebehandelaarschap in 2022' bij het zorgprestatie model voor wat betreft welke disciplines binnen Altrecht als regiebehandelaar op kunnen treden. Daarnaast blijft binnen Altrecht de bestaande werkwijze van kracht waarbij in overleg met de psychiater of klinisch (neuro)psycholoog beoordeeld wordt welke discipline qua deskundigheidsgebied en competenties passend is als regiebehandelaar gezien de dominante problematiek van een specifieke patiënt. Bij de behandeling van elke patiënt zal in beginsel een klinisch (neuro) psycholoog of psychiater betrokken zijn bij overleg gericht op besluitvorming op cruciale momenten. Zoals dit in het eerdere model kwaliteitsstatuut was opgenomen.

In het oude model kwaliteitsstatuut werd onderscheid gemaakt tussen klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog. Zowel het ZPM als het nieuwe landelijke Kwaliteitsstatuut maakt geen onderscheid tussen klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog. Waar in het vervolg gesproken wordt over klinisch psycholoog, kan als dat passend is bij de doelgroep, ook klinisch neuropsycholoog worden gelezen.

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 het landelijk kwaliteitsstatuut is beschreven hoe Altrecht vorm geeft aan het lerend netwerk, als onderdeel van het op peil houden van deskundigheid.

Het familiebeleid staat beschreven in de Brochure "De patiënt, zijn naasten en Altrecht hebben elkaar nodig". Daar heeft Altrecht vastgelegd op welke wijze naastbetrokkenen geïnformeerd en betrokken worden bij de behandeling. Een belangrijke pijler onder dit familiebeleid is de wens om triadisch te werken, dat betekent dat we een gelijkwaardige samenwerking nastreven tussen de naastbetrokkene, de patiënt en de hulpverlener. Als meetinstrument bij het zoeken naar verbeterpunten in het familiebeleid gebruiken we o.a. de GGZ quickscan en familietevredenheidsonderzoek. Altrecht heeft in in het verleden bijgedragen aan de totstandkoming van de kwaliteitsstandaarden. Met de 'generieke module naasten' uit 2021 hebben we een handreiking 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 het centrale 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. Wanneer er staat, dat de regiebehandelaar ergens voor zorg draagt, mag hij dit dus ook door een collega laten doen.

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 psycholoog geen regiebehandelaar is, is één 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 behandelingstraject uitgevoerde afzonderlijke verrichtingen en interventies. Daarvoor zijn en blijven die andere zorgverleners zelf ten volle verantwoordelijk.

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. Onder cruciale momenten vallen in het algemeen wijziging behandelplan, ontslag en (dreigende) crisis. Vanuit het Zorg Prestatie Model (ZPM) is in de setting multidisciplinair ambulante bespreking in het MDO vereist in aanwezigheid van een psychiater of klinisch psycholoog t.a.v. de diagnose, de bepaling of de wijziging van het behandelplan en de bepaling van het einde van de behandeling. 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.

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 (ook online contact), zo mogelijk in aanwezigheid van de patiënt en liefst ook zijn naasten, met de daartoe noodzakelijke frequentie, 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 starten en beëindigen van het zorgtraject vanuit het zorgprestatie-model en de vastlegging hiervan in het dossier.
7. Het ZPM vereist dat de regiebehandelaar de patiënt binnen 42 dagen ziet. Ingeval de patiënt binnen 42 dagen uit zorg gaat, is het voor de vergoeding vanuit het ZPM geen voorwaarde dat er een regiebehandelaar betrokken is (geweest).
8. De regiebehandelaar heeft kennis van het werk van aangrenzende specialismen en netwerken in de regio. Hij onderkent daarbij de grenzen van de professionele rollen en deskundigheid van zichzelf en andere zorgverleners.

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
- Als delen van het intake-/diagnostische proces door anderen dan de regiebehandelaar worden verricht, moet de regiebehandelaar ook altijd zelf via direct contact (ook online contact) met de patiënt een rol hebben. 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 uitmaakt.

### **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 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 uitmaken 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 (MDO) en zo nodig beschikbaar voor overleg.

In de gespecialiseerde ggz is in beginsel sprake van de volgende combinatie tussen de verschillende behandelsettings en type zorgverleners die als regiebehandelaar kunnen fungeren. Binnen Altrecht kunnen de disciplines die genoemd zijn in de Veldafspraken 'Tijdelijke invulling regiebehandelaarschap in 2022' bij het zorgprestatie-model regiebehandelaar zijn:

- Psychiater
- Klinisch psycholoog
- Verslavingsarts KNMG: indien de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek betreft
- Specialist ouderengeneeskunde of Klinisch geriater: voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd met een GGZ hoofddiagnose
- Psychotherapeut
- Klinisch neuropsycholoog
- GZ-psycholoog

- Verpleegkundig specialist ggz
- Physician Assistant: Indien dit behoort tot het deskundigheidsgebied GGZ van de Physician Assistant. Er is sprake van somatische problematiek, die in relatie staat tot de psychiatrische problematiek binnen een multidisciplinaire setting. Gezien het deskundigheidsgebied van de Physician Assistant is hij/zij werkzaam binnen een samenwerkingsverband waar tenminste één psychiater deel van uitmaakt.
- Orthopedagoog-generalist: voor diagnostiek, behandeling en geneeskundige begeleiding van patiënten in een (complexe) persoonlijke afhankelijkheidsrelatie met (complexe) leer-, gedrags- of ontwikkelingsproblemen, als deze ten laste van de Zvw-gefinancierde geneeskundige ggz of forensische zorg komen. Het merendeel van de patiënten die ten laste van de Zvw of Wfz komen zijn jongvolwassenen en patiënten met bijkomende verstandelijke beperkingen.
- Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige: in de coördinerende rol in de zorgprestatie model setting outreachend; stelt niet de psychiatrische diagnose, noch de medische indicatie. Stelt niet het initiële behandelplan op, maar kan deze wel op meer gedetailleerd niveau uitwerken vanuit de sociaal psychiatrisch verpleegkundige diagnostiek en behandeling.

Voor de nieuwe beroepsgroepen is bovenstaand beschreven in welke gevallen zij regiebehandelaar kunnen zijn. Voor de beroepsgroepen die al regiebehandelaar kunnen zijn, houdt Altrecht de bestaande taakverdeling aan. Daarbij geldt voor de regiebehandelaar dat:

- de regiebehandelaar binnen zijn eigen deskundigheidsgebied (op grond van de wet BIG) moet blijven en dat hij in een MDO-constructie dient te werken met een klinisch psycholoog of psychiater.
- bij alle omstandigheden van complexiteit kan hij uitsluitend regiebehandelaar zijn, indien hij beschikt over de voor zijn rol benodigde competenties op het gebied van de dominante problematiek van de patiënt.

Bij een acute opname is de regiebehandelaar een psychiater of klinisch psycholoog, tenzij in overleg met de klinisch werkzame psychiater of klinisch psycholoog wordt besloten, dat de ambulante regiebehandelaar ook gedurende de opname de regiebehandelaar blijft. Bij patiënten van (biologisch) oudere leeftijd met een GGZ hoofddiagnose kan ook de klinisch geriater tijdens (acute) klinische opname de regiebehandelaar zijn.

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.

#### **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.
- Sluit zijn deel van de behandeling en begeleiding af en maakt hiervan een aantekening in het dossier, en stelt ook de regiebehandelaar in kennis van de inhoud en resultaten daarvan.

#### **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 directeur waar het team onder valt. Bij een verschil van mening over de behandeling in het kader van Wvggz dient direct geëscaleerd te 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 (regie)behandelaar, die omdat dit binnen zijn deskundigheidsgebied valt, inhoudelijk verantwoordelijk is voor (bepaalde aspecten van de) behandeling van de patiënt, verantwoordelijk blijft voor dit behandelbeleid en dat deze verantwoordelijkheid niet bij het team 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, specialist ouderengeneeskunde 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;
- Wanneer dit vanwege **gevaar of ernstig nadeel** voor anderen of de patiënt zelf noodzakelijk is en indien de Multidisciplinaire Richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag dit voorschrijft. In bepaalde gevallen kan overleg met de klinisch psycholoog of juist intensivering van de behandeling door de al betrokken behandelaren passender zijn, om de continuïteit van zorg te waarborgen.
- 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 en venapuncties verrichten) 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).

Indien sprake is van **Wvggz** hebben de psychiater in zijn rol als **zorgverantwoordelijke dan wel**

**geneesheer-directeur** of in het kader van het **opstellen van de medische verklaring** nader omschreven taken en bevoegdheden. Zij dienen hiervoor benaderd te worden. Buiten kantoor tijden wordt zowel de psychiater als de geneesheer-directeur waargenomen door de dienstdoende psychiater.

De psychiater dient de patiënt te zien als de collega die hem heeft benaderd of hij zelf dit wenselijk vindt. Zowel in de intake- als behandelfase 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

### Wettelijk kader voorbehouden handelingen en voorschrijven medicatie door Verpleegkundig Specialist

De Verpleegkundig Specialist is een artikel 14 Wet BIG specialisme. Voor de bevoegdheid tot het voorschrijven van medicatie is het niet van belang of de Verpleegkundig Specialist de regiebehandelaar is van de patiënt.

Voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen geldt voor alle beroepsgroepen, dat men alleen bevoegd is indien men bekwaam is. Voor de arts zijn er buiten dit uitgangspunt geen nadere beperkingen van de voorschrijfbevoegdheid. De Verpleegkundig Specialist is volgens de wettelijke regeling bevoegd tot het voorschrijven van medicatie als is voldaan aan alle criteria a tot en met e.

In de regeling bij de wet BIG is opgenomen, dat de Verpleegkundig Specialist GGZ bevoegd is tot het uitvoeren van bepaalde voorbehouden handelingen, namelijk het geven van injecties, verrichten van puncties en voorschrijven van Uitsluitend Recept geneesmiddelen voor zover:

- a. die handelingen plaatsvinden binnen de uitoefening van het deelgebied van het beroep waarvoor hij een erkende specialistentitel mag voeren;
- b. het handelingen betreft van een beperkte complexiteit;
- c. het routinematige handelingen betreft;
- d. het handelingen betreft waarvan de risico's te overzien zijn;
- e. de handelingen worden uitgeoefend volgens landelijk geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen.

### Aanvullend Altrecht beleid voor voorschrijven van medicatie door Verpleegkundig Specialist GGZ

De Inspectie (IGJ) ziet erop toe dat de instelling over een regeling beschikt voor het voorschrijven en dat de beroepsbeoefenaren zich aan de grenzen van hun deskundigheid houden. De Verpleegkundig Specialist en de instelling zijn gezamenlijk verantwoordelijk om de bekwaamheid tot het voorschrijven van medicatie te ontwikkelen en in stand te houden. Om duidelijk te maken hoe bovenstaande wettelijke kaders door de Verpleegkundig Specialist en artsen waarmee zij samenwerken dienen te worden geïnterpreteerd is onderstaand Altrecht beleid ontwikkeld. Het dient voor de groepen Verpleegkundig Specialisten, hun leidinggevenden en psychiater waar zij mee samenwerken helder te zijn welke medicatie de Verpleegkundig Specialist mag voorschrijven.

In onderstaande gevallen kan de Verpleegkundig Specialist, mits voldoende bekwaam en in overleg met de psychiater, en als is voldaan aan de wettelijke kaders a. tot en met e. medicatie uitschrijven:

- bij nieuwe patiënten en/of nieuwe indicaties;
- bij patiënten met nog onduidelijke diagnostiek;
- als het om off-label-medicatie gaat die veel gebruikt wordt, maar waarvan gevaarlijke bijwerkingen bekend zijn;
- als het gaat om Opiumwet-middelen (met uitzondering van stimulantia);
- wanneer er bij polyfarmacie mogelijk niet is voldaan aan de criteria a tot en met e;
- bij clozapine en MAO-remmers.

## 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 (GLOS) 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 GLOS 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.