

Professioneel Statuut Fivoor 2019

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	3
2. Uitgangspunten Professioneel Statuut.....	4
2.1 Uitgangspunten vanuit wet- en regelgeving.....	4
2.2 Definities.....	6
3. Uitwerking taken en verantwoordelijkheden van de professional.....	7
3.1 Regiebehandelaar.....	7
3.2 Medebehandelaar.....	9
3.3 Betrokken psychiater/klinisch psycholoog.....	9
3.4 Consultatie psychiater, klinisch psycholoog of verpleegkundig specialist.....	10
3.5 Escalatielij.....	12
4. Uitwerking taken en verantwoordelijkheden overige betrokkenen in de zorglijn.....	13
4.1 Geneesheer Directeur (BOPZ).....	13
4.2 Hoofd van de Instelling (bij TBS).....	13
4.3 Professionals in opleiding.....	14
5. Evaluatie.....	14

1. Inleiding

Het professioneel statuut is vormgegeven conform de eisen die voortvloeien uit het landelijke model Kwaliteitsstatuut GGZ, welke geldt vanaf januari 2017. Dit professioneel statuut regelt de behandelorganisatie van Fivoor. De reclassering, MJD en F-RIBW vallen hier niet onder.

Het Professioneel Statuut Fivoor (PSF) heeft tot doel duidelijkheid te bieden over de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van iedere professional in de multidisciplinaire samenwerking; een beschrijving van het deskundigheidsgebied van de beroepsgroepen vormt daarvoor de basis. Het PSF sluit aan op het kwaliteitsstatuut Fivoor.

Onder verantwoordelijkheid wordt verstaan de verplichting om taken naar het beste vermogen uit te voeren en de plicht om over de uitvoering van die taken verantwoording af te leggen. Binnen de instelling valt er een onderscheid te maken in de professionele en de organisatorische verantwoordelijkheid, al zijn deze in de praktijk niet strikt gescheiden. De organisatorische verantwoordelijkheid betreft het scheppen van de randvoorwaarden en kaders waarbinnen de professional goede en verantwoorde zorg kan bieden. De professionele verantwoordelijkheid voor de behandeling van de individuele patiënt bepaalt de wijze waarop hier uitvoering aan wordt gegeven. De professional heeft ook een signalerende taak wanneer de beleidskaders van de organisatie niet optimaal zijn voor het leveren van de beste zorg.

Concluderend kan worden gesteld dat de professionals een eigen professionele verantwoordelijkheid en autonomie dragen. Binnen de beschreven kaders hebben professionals, werkzaam binnen Fivoor, de ruimte om hun werk vorm te geven en kunnen zij zich beschermd en gesteund weten bij in- en externe toetsing.

2. Uitgangspunten Professioneel Statuut Fivoor

2.1 Uitgangspunten vanuit wet- en regelgeving

De professionele verantwoordelijkheid hangt samen met de discipline van de professional. De beschrijving van de deskundigheidsgebieden ligt daarom aan de basis van het PSF. Deze verantwoordelijkheden zijn terug te vinden in de professionele standaard van beroepsgroepen en zijn vastgelegd in wettelijke kaders. De verantwoordelijkheden en bevoegdheden zoals opgenomen in dit professioneel statuut zijn gebaseerd op de uitgangspunten van de wetten, die samenhangen met het type zorg dat Fivoor levert. Namelijk, gespecialiseerde GGZ in de vorm van forensische zorg en hoog intensieve zorg voor patiënten/cliënten vanaf 12 jaar oud.

Een leidend principe is de positie van professionals die verankerd zijn in de Wet BIG (Beroepen Individuele Gezondheidszorg). Met daarnaast de overige wetten die betrekking hebben op de door Fivoor te leveren zorg, te weten de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen, de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrisch Ziekenhuizen (BOPZ), de Wet op de Terbeschikkinggestelden, de Wet geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO), de Jeugdwet (JW) en de protocollen, beroepscode's en richtlijnen van de IGZ of de zorgverzekeraars. In dit hoofdstuk volgt een overzicht van de uitgangspunten van de verantwoordelijkheden op grond van de belangrijkste van de bovengenoemde wetten en regelgeving.

Verantwoordelijkheid op grond van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)

Het doel van de Wet BIG is het bevorderen en bewaken van de kwaliteit in de gezondheidszorg. Ook beschermt deze wet de cliënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van een zorgverlener. Een instrument van de Wet BIG is het BIG register.

De Wet BIG verdeelt beroepen die onder deze wet vallen in drie groepen. Deze groepen staan bekend onder het artikelnummer uit de wet: art. 3-, art. 34-, en art. 36a beroepen. Wettelijk erkende specialismen vallen onder artikel 14. Enkel art. 14 en art. 3 beroepen staan geregistreerd in het BIG register en vallen onder het complete tuchtrecht. Daarnaast geldt het civielrecht voor alle beroepen.

Met de Wet BIG kunnen alle geregistreerde professionals persoonlijk worden aangesproken op het eigen beroepsmatig handelen. De tuchtrechter toetst of een professional gehandeld heeft in overeenstemming met de voor hem geldende professionele standaard en toetst in het bijzonder of de professional de grenzen van de eigen deskundigheid en bekwaamheid voldoende in acht heeft genomen. In de Wet BIG is geregeld wie een klacht kunnen indienen tegen een geregistreerde beroepsbeoefenaar, te weten de cliënt/patiënt, zijn directe betrokkenen, een collega, de inspectie, en de Raad van Bestuur.

Tabel BIG Beroepsgroepen werkzaam binnen Fivoor

	Domeinen in GGZ					
	Geneeskunde	Psychologie	Verpleegkunde	Psychotherapie	Vaktherapie	Agogie
Specialist	Psychiater (art. 14)	Klinisch psycholoog (art. 14)	Verpleegkundig Specialist* (art. 14)			
Basis	(verslavings-) Arts (art. 3)	Gz-psycholoog (art. 3)	Verpleegkundige (art. 3)	Psychotherapeut (art. 3)	Vak-therapeut (beoogd art. 34)	Agoog (beoogd art. 34)

Verantwoordelijkheid op grond van de Wet BOPZ

De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ) regelt het zorgvuldig handelen in het kader van onvrijwillige zorg. In de Wet worden verantwoordelijkheden en bevoegdheden toegekend aan de 'voor de behandeling verantwoordelijke persoon' (in dit statuut de regiebehandelaar), aan de onafhankelijk beoordelend psychiater (in dit statuut de specialist), en aan de geneesheerdirecteur (GD). De GD is belast met de medische gang van zaken, de wet kent daarbij aan de geneesheer-directeur specifieke verantwoordelijkheden toe.

Vanaf 1 januari 2020 zal deze wet worden vervangen door Wet verplichte ggz (Wvggz) en Wet zorg en dwang (Wzd).

Verantwoordelijkheid op grond van de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden

In de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden worden voorwaarden gesteld voor de verpleging, behandeling en evaluatie. Daarbij worden er specifieke verantwoordelijkheden toegekend aan het hoofd van de inrichting. Het hoofd van de inrichting draagt zorg dat zo spoedig mogelijk en in ieder geval binnen drie maanden na binnenkomst van de verpleegde in de inrichting, in overleg met hem, een verplegings- en behandelingsplan wordt vastgesteld. Hij wijst iedere verpleegde een persoonlijke verblijfsruimte toe en draagt zorg dat deze behoorlijk is ingericht.

Verantwoordelijkheid instelling op grond van de Wet Kwaliteit

De Wkkgz heeft per 1 januari 2016 de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen vervangen. Uitgangspunt van de Wkkgz is de verplichting voor zorgverleners voor het leveren van goede zorg. Onder goede zorg wordt verstaan zorg van goede kwaliteit welke in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoeften van de cliënt, waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt met respect wordt behandeld.

De wet regelt dat klachten over de zorg door een klachtenfunctionaris van de zorgaanbieder worden behandeld. Op grond van de Wkkgz dient elke zorgaanbieder over een klachtenregeling te beschikken en zich aan te sluiten bij een geschilleninstantie.

Verantwoordelijkheid op grond van de Wet WGBO

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) regelt rechten en plichten van de individuele patiënt en de zorgverlener in hun onderlinge relatie. Het uitgangspunt is versterking van de positie van de patiënt en is van toepassing op alle handelingen op het gebied van de geneeskunst, dat wil zeggen alle verrichtingen die rechtstreeks betrekking hebben op een persoon en het verbeteren van zijn gezondheid. Behalve de rechten van de individuele patiënt zijn in de wet ook artikelen te vinden die een relatie hebben met de kwaliteit van zorg.

Relevant is met name de algemene bepaling (7:453 BW) waarin wordt gesteld dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en dient te handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard. Ook worden er nadere eisen gesteld ten aanzien van informatie, toestemming en inzage. De WGBO legt de volgende verplichtingen c.q. rechten op:

- informatieplicht
- toestemmingsvereiste
- dossierplicht

- vernietigingsrecht
- bewaarplicht
- recht op inzage
- geheimhoudingsplicht

2.2 Definities

De volgende relevante definities worden gehanteerd binnen het professioneel statuut Fivoor

Patiënt

Degene die een behandelovereenkomst met de instelling heeft en/of aan de zorg van de instelling is toevertrouwd en door de zorgverlener wordt begeleid en/of wordt behandeld.

Professionele autonomie

Met de professionele autonomie wordt bedoeld dat de zorgverlener handelt conform zijn professionele standaard (o.a. de door de beroepsverenigingen of interne specialisme-leiders gestelde normen, beschreven in protocollen, richtlijnen en standaarden en de jurisprudentie). De professionele verantwoordelijkheid en autonomie zijn gebonden aan het eigen deskundigheidsgebied. Dat betekent dat de zorgverlener met inachtneming van de richtlijnen gemotiveerd mag afwijken.

Behandelplan

Het met de patiënt afgesproken individuele plan dat beschrijft waar de behandeling uit bestaat.

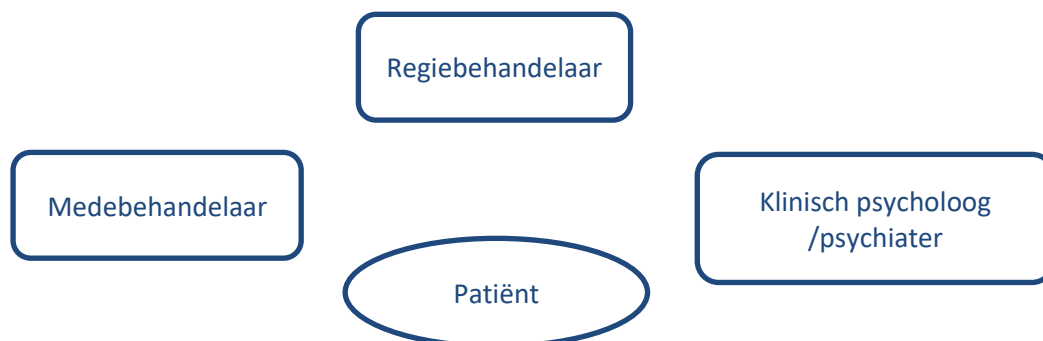
Zorgverlener

De professional die beroepsmatig diagnostiek, begeleiding of behandeling aan een patiënt verleent. Zorgverleners kunnen een rol krijgen als regiebehandelaren en medebehandelaren.

3. Uitwerking taken en verantwoordelijkheden van de professional

In het onderhavige hoofdstuk staat de uitwerking beschreven van de rollen, taken en de verantwoordelijkheden van de verschillende zorgprofessionals werkzaam binnen Fivoor. Fivoor bedient een complexe patiënten- en cliëntenpopulatie binnen de forensische- en hoog intensieve zorg. De zorg die patiënten met ernstige en complexe psychische stoornissen nodig hebben is veelomvattend. Derhalve kenmerkt de behandeling zich door interdisciplinaire inzet met een verscheidenheid aan rollen, taken en (gedeelde) verantwoordelijkheden. Binnen Fivoor bestaat elk multidisciplinair behandelteam uit meerdere behandelaren en disciplines. Iedere behandelaar is verantwoordelijk voor het eigen professioneel handelen, te weten de eigen bijdrage aan de diagnostiek, behandeling, verslaglegging en het tijdig informeren van de regiebehandelaar.

Hier volgt een beschrijving van de meest voorkomende rollen rondom de patiënt. Te weten regiebehandelaar, medebehandelaar en een eventueel betrokken klinisch psycholoog/psychiater.



3.1 De regiebehandelaar

In Juli 2013 heeft de Minister van VWS de functie van hoofdbehandelaar in de GGZ geïntroduceerd. In 2016 is dit beleid op advies van de commissie Meurs bijgesteld en is de functie hoofdbehandelaar vervangen door de functie regiebehandelaar.

De regiebehandelaar is degene die primair verantwoordelijk is voor de regie van het zorgproces van een individuele patiënt. Hij dient een wezenlijk aandeel in de behandeling te hebben.

De regiebehandelaar zorgt ervoor dat, in overleg met de patiënt, een behandelplan wordt opgesteld, uitgevoerd en bijgesteld. De regiebehandelaar betreft de juiste deskundigen bij de behandeling en draagt er zorg voor dat de verrichtingen of activiteiten op elkaar zijn afgestemd. De regiebehandelaar 'stuurt' zowel de inhoud, het proces, als de betrokken beroepsbeoefenaren. Hij is het centrale aanspreekpunt voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt en diens naasten.

De regiefunctie moet zijn ingebed in een multidisciplinair samengesteld professioneel netwerk, waarbij er altijd een psychiater of klinisch psycholoog betrokken is.

Taken en verantwoordelijkheden regiebehandelaar

De regiebehandelaar:

- zorgt ervoor dat door hemzelf of door een andere deskundige een werkdiagnose wordt gesteld;
- zorgt ervoor dat er op basis van de werkdiagnose een behandelplan wordt opgesteld, zoveel mogelijk in overleg met de patiënt en/of diens naast betrokkenen;
- zorgt ervoor dat het behandelplan wordt vastgesteld in een overleg met alle disciplines die een aandeel hebben in de uitvoering van het behandelplan;

- vergewist zich ervan dat de teamleden voldoende bekwaam (en bevoegd) zijn voor hun aandeel in het zorgtraject;
- ziet erop toe dat alle relevante deskundigheden worden benut en neemt (controversiële) besluiten niet eerder dan nadat alle betrokken inhoudelijke deskundigen zijn geconsulteerd;
- initieert de uitvoering van het behandelplan en bewaakt de voortgang; stuurt andere betrokken zorgverleners aan; toetst of de door hen geleverde bijdragen aan de behandeling van de patiënt met elkaar in verhouding zijn en passen binnen het behandelplan en intervenueert zo nodig;
- evalueert (periodiek) de voortgang van het proces en de effectiviteit;
- ziet erop toe dat in alle fasen van het behandelingstraject dossiervoering plaatsvindt die voldoet aan de daaraan te stellen eisen
- is aanspreekpunt voor de patiënt, diens naasten en diens eventuele wettelijke vertegenwoordiger;
- is beschikbaar en bereikbaar

Deskundigheid regiebehandelaar

Het is vereist dat de regiebehandelaar beschikt over de relevante inhoudelijke deskundigheid. De regiebehandelaar beschikt over voldoende ervaring om deze rol goed te kunnen vervullen.

De regiebehandelaar moet tevens aan de volgende eisen voldoen:

- Hij/zij is academisch opgeleid,
- Houdt zijn/haar kennis op peil en voldoet aan de eisen van accreditatie en periodieke herregistratie;
- Hij/zij is BIG-geregistreerd;
- Hij/zij heeft relevante werkervaring;
- Hij/zij neemt periodiek deel aan een vorm van intervisie en intercollegiale toetsing.

Binnen Fivoor wordt de functie van regiebehandelaar uitgeoefend door een psychiater, een klinisch psycholoog, een psychotherapeut, een verslavingsarts, een GZ-psycholoog of een verpleegkundig specialist ggz.

Toewijzing regiebehandelaar

De toewijzing van een regiebehandelaar vindt plaats in overleg met de psychiater of klinisch psycholoog van het team en zo mogelijk in overleg met de patiënt. Richtinggevend bij de toewijzing zijn beschikbaarheid, zorgvraag, voorkeur en problematiek van de patiënt en het daarbij vereiste zorgaanbod.

Klinisch psycholoog/Psychiater

Binnen de gespecialiseerde ggz is er altijd een psychiater en/of klinisch psycholoog beschikbaar voor cliënten en/of andere zorgverleners, zo nodig ter plaatse. In alle domeinen van de specialistische GGZ kan de psychiater of klinisch psycholoog als regiebehandelaar optreden. Onder consultatie is nader uitgewerkt wanneer een psychiater of klinisch psycholoog geraadpleegd moet worden, indien de regiebehandelaar geen psychiater of klinisch psycholoog is.

Verpleegkundig specialist

Bij cliënten/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 kan de verpleegkundig specialist als regiebehandelaar optreden. Het gaat hierbij om cliënten met een

langer bestaande stoornis of cliënten met een hoog complexe rehabilitatievraag. Daarnaast gaat het ook om laagcomplexere, protocollair behandelbare medische zorg die niet past binnen de generalistische basis-ggz.

Psychotherapeut

De psychotherapeut kan als regiebehandelaar optreden bij vormen van psychotherapie binnen verschillende therapeutische referentiekaders.

Gz-psycholoog

De GZ psycholoog kan als regiebehandelaar fungeren bij cliënten 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 cliënten met een stoornis die behandeld kunnen worden met grotendeels psychologische behandelmethoden waarbij geen sprake is van grote complexiteit of een spoedeisend karakter.

Verslavingsarts

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.

3.2 De medebehandelaar

Een medebehandelaar voert binnen het kader van het behandelplan zelfstandig een deel van de behandeling uit, rapporteert hierover in het dossier en informeert de regiebehandelaar over de voortgang van de behandeling. Elke betrokken medebehandelaar is op zijn specifieke deelgebied inhoudelijk deskundig en verantwoordelijk.

Een professional die geen regiebehandelaar kan zijn, dat wil zeggen een andere beroepsgroep dan psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, verslavingsarts, GZ-psycholoog of verpleegkundig specialist ggz, kan gemandateerd (deel)taken van de regiebehandelaar uitvoeren.

Een behandelaar kan binnen hetzelfde team optreden als regiebehandelaar en als medebehandelaar. Per patiënt en ook per fase van een behandeling kunnen rollen verschillen.

3.3 Betrokkenheid psychiater of klinisch psycholoog

Binnen Fivoor is altijd een psychiater en/of klinisch psycholoog betrokken bij de zorg rondom een patiënt. Deze betrokkenheid kan volgen uit een verbinding met het team, de patiënt of is de regiebehandelaar. De psychiater of klinisch psycholoog is onderdeel van het team en neemt deel aan multidisciplinaire overleggen (MDO), waaronder de behandelplanbespreking.

Volgens de normen omschreven in het model kwaliteitsstatuut GGZ dient er altijd een klinisch psycholoog of een psychiater beschikbaar te zijn voor consult. Ook wordt er omschreven dat de klinisch psycholoog of psychiater in beginsel regievoeren bij klinische opnames. Onder consultatie staat uitgewerkt hoe de psychiater en klinisch psycholoog binnen Fivoor worden ingezet. Hierbij worden de wettelijke verplichtingen en externe richtlijnen gevolgd. In de volgende situaties is de regiebehandelaar verplicht de een psychiater, dan wel klinisch psycholoog, te raadplegen. De psychiater of klinisch psycholoog neemt, voor het gedeelte van de behandeling waarop de consultvraag betrekking heeft, de verantwoordelijkheid over. Per situatie wordt daarbij bekeken of de psychiater of klinisch psycholoog regiebehandelaar dient te worden.

3.4 Consultatie psychiater, klinisch psycholoog of verpleegkundig specialist

In de volgende genoemde gevallen dient de regiebehandelaar specifiek de psychiater, de klinisch psycholoog of de verpleegkundig specialist te raadplegen. De behandelaar is verantwoordelijk voor het actief informeren en dient dit ook bij twijfel te doen, opdat de geconsulteerde zijn/haar verantwoordelijkheid kan nemen. In geval van raadpleging wordt tevens in gezamenlijkheid beoordeeld of de cliënt ook gezien moet worden (door de regiebehandelaar, klinisch psycholoog of psychiater). De verantwoordelijkheid voor het besluit hierover ligt bij de geconsulteerde.

Een (regie)behandelaar raadpleegt in ieder geval een psychiater of klinisch psycholoog bij:

- **Diagnostiek en indicatiestelling**

Bij aanvang van de behandeling wordt met de psychiater of klinisch psycholoog overlegd over diagnostiek en indicatiestelling, maar ook indien er tijdens de behandeling signalen zijn om de diagnose te herzien.

Bij een *ambulante behandeling* zorgt de regiebehandelaar in nauwe samenwerking met de psychiater of klinisch psycholoog voor het proces van diagnostiek en indicatiestelling. Andere disciplines kunnen worden ingeschakeld of geconsulteerd.

Bij een *klinische behandeling* wordt elke nieuwe patiënt bij opname altijd binnen 24 uur gezien door de regiebehandelaar, en de bij die patiënt betrokken psychiater of klinisch psycholoog. Ten behoeve van de medische verantwoordelijkheid ten aanzien van medicatie en somatiek dient de patiënt op de dag van opname altijd gezien te worden door een medicus, te weten een psychiater dan wel een arts-assistent onder supervisie van een psychiater.

- **Behandelplan-/ voortgangsbespreking**

Bij de behandelplanbespreking en het vaststellen van het behandeltraject wordt de regiebehandelaar en de bij die patiënt betrokken klinisch psycholoog of psychiater betrokken. Ook bij het vastlopen van ingezet behandelbeleid wordt altijd met de regiebehandelaar, psychiater of klinisch psycholoog overlegd.

- **Opname**

Het besluit voor opname (klinische behandeling) moet altijd in samenspraak met de regiebehandelaar, en de bij die patiënt betrokken psychiater of klinisch psycholoog genomen worden.

- **Verlof**

De klinisch psycholoog of psychiater wordt altijd betrokken bij het vaststellen en wijzigen van verlofbeleid.

- **Verzoek patiënt**

Indien een ander dan de psychiater of klinisch psycholoog regiebehandelaar is, heeft de patiënt de mogelijkheid om een afspraak met een psychiater of klinisch psycholoog aan te vragen. De specialist maakt hierbij steeds de inschatting of het passend is binnen het behandelproces en de samenwerking met andere behandelaren.

- **Ontslag en afsluiting**

Bij (onvoorziën) ontslag dient altijd de psychiater of klinisch psycholoog geraadpleegd te worden.

- **Suïcidaal en gevaarlijk gedrag**

Wanneer er door een behandelaar is geconstateerd dat er sprake is van suïcidaal of gevaarlijk gedrag wordt naast de regiebehandelaar ook een specialist betrokken.

Indien maatregelen in het kader van de Wet BOPZ worden overwogen, dient er in het kader van de geneeskundige beoordeling/verklaring een beoordeling door een psychiater plaats te vinden. Deze beoordeling vindt in principe plaats middels een face-to-face contact. Bij patiënten die bekend zijn met chronisch of frequent suïcidaal en/of gevaarlijk gedrag kan het zijn dat het beleid reeds van tevoren is vastgelegd in het behandelplan. De betrokken psychiater kan er dan voor kiezen om te handelen conform het behandelplan zonder de patiënt zelf te beoordelen, mits de psychiater zich goed laat informeren, het gedrag van de patiënt overeenkomt met het gedrag zoals is beschreven in het behandelplan en de psychiater de inschatting maakt dat de interventie die is beschreven in het behandelplan een geschikte aanpak is voor de situatie van dat moment.

Een (regie)behandelaar raadpleegt in ieder geval een psychiater bij:

- **Wet BOPZ**

Bij patiënten bij wie sprake is van een Wet BOPZ maatregel is de psychiater altijd verantwoordelijk voor het deel van de behandeling waarop de Wet BOPZ maatregel van toepassing is. De psychiater kan taken delegeren aan een arts¹.

- **Overlijden**

Na natuurlijk en niet natuurlijk overlijden van een patiënt dient de regiebehandelaar en de psychiater betrokken te worden.

- **Verlengingsadvies en verlofmachtiging – alleen voor de TBS**

De psychiater wordt geraadpleegd bij het opstellen van een verlengingsadvies en het aanvragen van een verlofmachtiging. Hij is medeondertekenaar (naast het hoofd van de instelling) en hiermee medeverantwoordelijk voor de inhoud van het verlengingsadvies en de verlofmachtiging.

Een (regie)behandelaar raadpleegt in ieder geval een psychiater of verpleegkundig specialist bij:

- **Medicamenteuze behandeling**

Bij vragen over medicatiegebruik stelt de arts of de psychiater of de verpleegkundig specialist ggz de indicatie tot medicijngebruik en is verantwoordelijk voor het voorschrijven, controleren en wijzigen van medicatie. De psychiater dient hierbij altijd beschikbaar te zijn voor supervisie en consultatie.

- **Somatiek**

In het kader van de zorgtoewijzing kan de psychiater of de arts, of verpleegkundig specialist ggz (zowel klinisch als ambulante) beoordelen of er redenen zijn voor nader medisch onderzoek, behandeling, begeleiding of doorverwijzing naar andere medici en paramedici (Medische Dienst of Algemeen Ziekenhuis). De psychiater dient hierbij altijd beschikbaar te zijn voor consultatie.

¹ De arts-assistent is werkzaam als assistent van de psychiater en werkzaam onder diens verantwoordelijkheid. De psychiater delegeert taken aan de arts assistent en behoudt de hierbij passende verantwoordelijkheid.

3.5 Escalatielijnen

In het multidisciplinair overleg (MDO) zijn alle benodigde deskundigheden vertegenwoordigd. Het overleg is gericht op overeenstemming door middel van gezamenlijke besluitvorming.

Bij verschil van mening of inzicht over de behandeling heeft de regiebehandelaar de doorslaggevende stem.

Wanneer het verschil van inzicht een onderwerp betreft waarvoor de verantwoordelijk psychiater of klinisch psycholoog geraadpleegd dient te worden heeft deze de doorslaggevende stem op dat domein. Bij verschillen van inzicht tussen de regiebehandelaar en de psychiater en of klinisch psycholoog wordt tijdig de (inhoudelijk) manager geïnformeerd. Bij een verschil van mening over de behandeling in het kader van de Wet BOPZ/WVGGZ kan geëscaleerd worden naar de geneesheer-directeur.

4. Uitwerking taken en verantwoordelijkheden overige betrokkenen in de zorglijn

4.1 Geneesheer-directeur

De geneesheer-directeur kent zijn functie en heeft zijn bevoegdheid vanuit de Wet Bopz. De geneesheer-directeur is een psychiater. De geneesheer-directeur wordt bij afwezigheid waargenomen door een daartoe aangestelde waarnemend geneesheer-directeur. De waarnemend geneesheer-directeur kent vanuit de Wet Bopz dezelfde taken en bevoegdheden als de geneesheer-directeur.

In de Wet Bopz wordt aangegeven dat de geneesheer-directeur degene is die belast is met de zorg voor de medische gang van zaken in de instelling. De wet Kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg geeft aan de Raad van Bestuur deze verantwoordelijkheid. Als richtlijn is gekozen dat, dat de beslissingsbevoegdheid van de geneesheer-directeur gericht is op Bopz-taken en behandelbeleid betreffende individuele cliënten, terwijl de Raad van Bestuur verantwoordelijk is voor het bredere behandelbeleid. De geneesheer-directeur kan voor Bopz-taken dwingende aanwijzingen geven aan professionals. Volgens de Wet Bopz heeft de geneesheer-directeur een signalerende functie voor de kwaliteit van de zorg in bredere zin. De signalerende rol betreft de vraag of de hulpverlening in overeenstemming is met wettelijke vereisten. Ook heeft hij adviesbevoegdheid ten aanzien van het beleid, dat verbonden is aan de kwaliteit van de zorg en de juridische en ethische aspecten van het zorgbeleid. Bij conflicten die raken aan het psychiatrische beleid in bredere zin vindt overleg plaats tussen geneesheer-directeur en de Raad van Bestuur. De geneesheer-directeur is het eerste aanspreekpunt voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het algemeen en bij de toepassing van de Wet Bopz in het bijzonder en is verantwoordelijk voor de wettelijke meldingen aan de inspectie rondom suicides en pogingen met ernstig letsel.

4.2 Hoofd van de instelling (TBS)

Het beheer van de tbs-kliniek ligt bij een lid van de Raad van Bestuur, die in het kader van de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden wordt aangeduid als Hoofd van de Instelling. Het Hoofd van de Instelling is verantwoordelijk voor de handhaving van de orde en de veiligheid in de inrichting en voor een ongestoord verloop van de verpleging. Om deze verantwoordelijkheid te kunnen dragen is hij bevoegd de verpleegden bepaalde aanwijzingen te geven. De verpleegden zijn verplicht deze aanwijzingen op te volgen. Deze taak is gemandateerd aan het plaatsvervangend Hoofd van de Inrichting (de directeur tbs) en deze is in de dagelijkse praktijk verantwoordelijk voor de uitvoering van de wettelijke taken van het Hoofd van de Inrichting. Het Hoofd van de Inrichting kan daarnaast een of meerdere personen aanwijzen als mandataris die namens hem bevoegd zijn tot het treffen van bepaalde maatregelen, dan wel het geven van aanwijzingen aan de verpleegden. Dit wordt vastgelegd in een mandaatregeling. Het gaat daarbij om beslissingen zoals met betrekking tot plaatsing, het moeten gedogen van separatie of de verlenging van de separatie, het moeten gedogen van een geneeskundige handeling onder dwang in een noodsituatie en het treffen van maatregelen die noodzakelijk zijn om de orde en veiligheid in de kliniek te waarborgen.

Alle beslissingen met betrekking tot verlof en proefverlof, herplaatsing, ruiling, aanvraag longstay, beperking van het recht op onaantastbaarheid van het lichaam en bij overwegingen inzake dwangbehandeling en onderbrenging van een kind in de inrichting zijn voorbehouden aan het (plaatsvervangend) hoofd van de Inrichting.

4.3 Professionals in opleiding

Tenzij anders is aangegeven worden artsen die geen medisch specialist zijn geacht als arts-assistent te werken binnen een bepaald medisch-specialistisch deskundigheidsgebied. Het moet 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 Fivoor 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 aan de regeling verantwoordelijkheidsverdeling arts-assistent psychiater, die is gebaseerd op de landelijke modelinstructie. Hierin wordt in detail uitgewerkt in welke gevallen de arts-assistent overleg moet voeren met de psychiater en wanneer deze laatste de patiënt zelf moet zien. In het dossier moet verslag worden gedaan van het overleg tussen de psychiater en arts-assistent.

Ook voor andere professionals in opleiding geldt dat, wanneer zij zich begeven op het gebied waarvoor zij in opleiding zijn, zij werken onder verantwoordelijkheid van hun werkbegeleider of supervisor of de regiebehandelaar. In het geval van basispsychologen 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 professional in opleiding bij de werkbegeleider – met uitzondering van die verrichtingen welke de professional in 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 professional in opleiding, waarbij het leerproces van de professional centraal staat. De supervisor draagt geen verantwoordelijkheid voor het toezicht op de patiëntenzorg van de professional. De professionals in opleiding die al BIG-geregistreerd zijn, zoals de GIOS kunnen zelfstandig bevoegd zijn, zolang ze binnen het deskundigheidsgebied blijven waarvoor ze BIG-geregistreerd zijn. Het wordt duidelijk per patiënt vastgelegd of zij zelfstandig of onder werkbegeleiding werken.

5. Evaluatie

Het professioneel statuut Fivoor is een levend document dat voortdurend aangepast dient te worden aan de actuele inzichten in de beroepstandaarden, wetten en de organisatie. Middels een jaarlijkse evaluatie in het KIZ (Kwaliteit, Innovatie en Zorgorganisatie) overleg wordt het professioneel statuut Fivoor jaarlijks herzien zodat er ten alle tijde een actuele versie beschikbaar is.