

Professioneel Statuut GGZ Leger des Heils Gelderland

Versie 3.3 februari 2019

Het professioneel statuut GGZ van het Leger des Heils Gelderland beschrijft de toepassing van de wet- en regelgeving bij indicatiestelling en behandeling van GGZ-cliënten. Dit is een update van de versie 3.1 juni 2016.

Inhoud

Inleiding	4
1. Wetgeving en richtlijnen	5
2. Organisatie en verantwoordelijkheden	6
2.1. Verantwoordelijkheden algemeen	6
2.2. Hoofdbehandelaren en medebehandelaars	7
2.3. Verantwoordelijkheden van de Regiebehandelaar	7
2.4. Multidisciplinair overleg	9
2.5. Verhouding professionals en lijnfunctionarissen	10
3. Consultatie medicus	11
3.1. Inschakelen psychiater/verslavingsarts	11
3.2. Overige zaken medische verantwoordelijkheden	11
3.3. Escalatieprocedure	12
Bijlagen:	13
Wet en regelgeving:	
1. WGBO (WET OP DE GENEESKUNDIGE BEHANDELINGSOVEREENKOMST)	
2. BIG (WET OP DE BEROEPEN IN DE INDIVIDUELE GEZONDHEIDSZORG)	
3. WKKGZ (WET KWALITEIT, KLACHTEN EN GESCHILLEN ZORG)	
4. AVG (WET ALGEMENE VERORDENING GEGEVENSBESCHERMING)	

Inleiding

Dit is het Professioneel Statuut van Leger des Heils Gelderland (LdH Gelderland) en betreft de sector Geestelijke Gezondheidszorg Cure. Het is met name een document met een beschrijving van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de bij de behandeling betrokken professionals op de behandelafdeling van LdH Gelderland; De Wending.

In het Professioneel Statuut is (verder) beschreven wat de cliënt mag verwachten van het LdH Gelderland als zorgaanbieder, van de behandelaren en van de regiebehandelaar.

In dit statuut wordt in het kort de relevante wetgeving weergegeven. Verder worden de verantwoordelijkheden van de individuele medewerkers, de verantwoordelijkheden in het kader van het Regiebehandelaarschap en de positie van de psychiater in zijn functie als eindverantwoordelijk medicus beschreven. Tevens wordt de wijze waarop multidisciplinaire oordeels- en besluitvorming is georganiseerd uit de doeken gedaan.

Het document geeft geen beschrijving van de wijze waarop de praktische uitvoering van het primaire hulpverleningsproces is georganiseerd. Die beschrijvingen zijn te vinden in diverse procedures in het Kwaliteitshandboek van Leger des Heils Gelderland.

Omdat wet- en regelgeving voortdurend in ontwikkeling is, wordt dit professioneel statuut jaarlijks geëvalueerd. De Manager Behandelstaf is inhoudelijk verantwoordelijk voor dit statuut. De Kwaliteitsmanager is verantwoordelijk voor de praktische uitvoering van de evaluatie en ziet erop toe dat het Professioneel Statuut toegankelijk is voor medewerkers middels het digitale Kwaliteitshandboek. Taken en functies van de medewerkers zijn beschreven in functieomschrijvingen.

In de bijlagen zijn delen van de verschillende wetten weergegeven die in dit verband relevant zijn en het kader vormen van dit professioneel statuut.

1. Wetgeving en richtlijnen

Leger des Heils Gelderland biedt behandeling aan mensen aan de onderkant van de samenleving en met name aan diegenen die geen sociaal netwerk (meer) hebben. De Wending richt zich specifiek op het behandelen van de Triple Diagnose Cliënten: deze groep cliënten is verslaafd, heeft een psychiatrische aandoening en een IQ tussen 75 en 90. Er is veelal sprake van complexe co-morbide problematiek. LdH Gelderland biedt aan hen die hiervoor geïndiceerd zijn professionele hulpverlening in de Specialistische GGZ.

Deze hulpverlening is aan regels gebonden, wettelijke regels maar ook regels die door professionals, instellingen en andere instanties (NZA, ZN) worden opgesteld (voorschriften, instructies, richtlijnen, protocollen). In de psychiatrie is in de **Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (Wgbo)** de hulpverlenersrelatie voor de 'vrijwillige' behandelsituatie vastgelegd. De Wgbo houdt in dat er een contract is tussen de hulpverlener (instelling) aan de ene kant en de cliënt (of diens vertegenwoordiger) aan de andere kant. De wet regelt de rechten en plichten van de cliënt en van de hulpverlener. De plichten van de hulpverlener zijn o.a.: het verstrekken van informatie, het vragen van toestemming, het zorgvuldig bijhouden van het dossier en het beschermen van persoonlijke en vertrouwelijke gegevens.

Een kernbegrip in de gezondheidszorg is kwaliteit van zorg. Het bevorderen en bewaken van die kwaliteit is een taak van zowel de beroepsbeoefenaren als de zorginstellingen. In het bijzonder zijn daarvoor wettelijke regels te vinden in de **Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)** en de Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). De Wet BIG biedt titelbescherming aan onder andere de volgende beroepen: arts, verpleegkundige, gezondheidspsycholoog/ klinisch psycholoog en psychotherapeut. Daaraan zijn een aantal kwaliteitswaarborgen verbonden (registratie, herregistratie, specialisatie, regeling voorbehouden handelingen en tuchtrecht). In de Wet BIG, maar meer nog in de **Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)** is kwaliteit gedefinieerd als het leveren van verantwoorde zorg in termen van doeltreffendheid, doelmatigheid, cliëntgericht en een goede afstemming tussen de behoefte van de cliënt en het zorgaanbod. De Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) schrijft voor dat instellingen (inclusief de daarin werkzame beroepsbeoefenaren) een kwaliteitsorganisatie en kwaliteitsbeleid moeten hebben, dat zij aan systematische kwaliteitsbewaking en -bevordering moeten werken en dat door middel van verantwoording in het jaarlijkse maatschappelijk verslag openbaar verantwoording wordt afgelegd. Verder is in deze wet geregeld op welke wijze men een klacht in kan dienen en in contact kan treden met een onafhankelijke en landelijk werkende Geschillencommissie en dat zij door middel van een kwaliteitsjaarverslag (opgenomen in het maatschappelijk verslag) jaarlijks openbaar verantwoording moeten afleggen. De **Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)** is een Europese wet waarin aangegeven is hoe omgegaan dient te worden met de bescherming van persoonsgegevens.

De in dit kader relevante onderdelen van bovengenoemde wetten, zijn te vinden in de bijlage van dit document.

2. Organisatie en verantwoordelijkheden

Bij het Leger des Heils Gelderland (LdH Gelderland) heeft de directeur een gedelegeerde verantwoordelijkheid namens de Raad van Bestuur van de landelijke Stichting voor Welzijn- en Gezondheidszorg (W&G). Binnen de grenzen van de mogelijkheden van de instelling, voorziet de directeur in een goed georganiseerde instelling en in de noodzakelijke faciliteiten die voor een verantwoorde beroepsuitoefening nodig zijn.

2.1 Verantwoordelijkheden

Professionals dienen zich bij hun activiteiten in het primair proces te houden aan wet- en regelgeving, professionele standaarden, statuten en de CAO. Professionals die zijn opgeleid binnen een beroepsopleiding, waarvan de eisen zijn vastgelegd in de Wet BIG, hebben daarmee een bevoegdheid verkregen tot handelen in de gezondheidszorg binnen hun wettelijke deskundigheidsgebied. Deze medewerkers hebben een eigen verantwoordelijkheid om de kwaliteit van hun beroepsuitoefening op peil te houden. Zij kennen en bewaken hun grenzen en schakelen andere professionals in als dit nodig is. Het Professioneel Statuut geeft hierover bepaalde richtlijnen, maar elke medewerker kent betreffende het tijdig inschakelen van andere deskundigen, ook nadrukkelijk een eigen verantwoordelijkheid. Het werkgebied van medewerkers wordt zowel bepaald door hun competentie die zij door hun professionele opleiding en ervaring hebben verworven, als door de functie die zij vervullen. Medewerkers zijn voor de cliënt die zij in zorg hebben aanspreekbaar op hun eigen handelen. Alle medewerkers houden zich aan regels die binnen het LdH Gelderland c.q. Stichting Welzijn- en Gezondheidszorg zijn vastgelegd over organisatie, inhoud en registratie van zorg.

De verantwoordelijke psychiater /geneesheer-directeur is binnen LdH Gelderland verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken op medisch gebied. De psychiater /geneesheer-directeur heeft ook een rol in de escalatieprocedure genoemd in paragraaf 3.3.

Behandelaren kunnen inhoudelijke opdrachten krijgen van een regiebehandelaar en in het verlengde van diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden (be)handelingen uitvoeren op diens deskundigheidsgebied. Hierbij geldt dat de regiebehandelaar altijd beoordeelt en eindverantwoordelijke blijft.

De functionaris hoofd behandeling & onderzoek geeft functioneel leiding aan de behandelactiviteiten en onderzoeksactiviteiten van De Wending en het draagt de specifieke verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling en uitvoering van het behandel- en zorgbeleid van de organisatie. Hij/zij werkt hierin nauw samen met de psychiater, zijnde geneesheer-directeur. Het hoofd behandeling & onderzoek ontvangt leiding van de clustermanager. Het hoofd behandeling geeft functioneel leiding aan c.q. functionele aanwijzingen aan de behandelstaf. De hiërarchische leiding ligt bij de clustermanager.

2.2. Regiebehandelaren en (mede)behandelaren

Met ingang van januari 2017 is bij Leger des Heils Gelderland opnieuw vastgesteld welke beroepsgroepen op mogen treden als regiebehandelaar binnen de GGZ. We volgen hierin het document: 'Model kwaliteitsstatuut GGZ' van maart 2016.

In onderstaand overzicht wordt duidelijk welke functionarissen bij LdH Gelderland de rol van regiebehandelaar op zich mogen nemen en om hoeveel Fte's het gaat.

Regiebehandelaren *	Aantal	Fte's	Bijzonderheden
Psychiater	2	0.84	Zn. meer uren inzetbaar vanwege flexibel contract.
Klinisch Psycholoog	0	0	
Verslavingsarts (in register vermeld van KNMG)	1	0.5	Alleen Regiebehandelaar binnen de Verslavingszorg
GZ-Psycholoog	4	3,35	Alleen Regiebehandelaar in fase 3 en 4 (Ambulante behandeling)

Tabel 1: Overzicht regiebehandelaren LdH Gelderland januari 2019

2.3. Verantwoordelijkheden en taken van de regiebehandelaar

Binnen LdH Gelderland zijn de verantwoordelijkheden en taken van de regiebehandelaar vastgesteld en vastgelegd in dit Professioneel Statuut voor de GGZ. De taken en verantwoordelijkheden zijn in lijn met de taken en verantwoordelijkheden zoals weergegeven in het document: 'Model kwaliteitsstatuut GGZ' van maart 2016:

Aanmelding/intake/diagnostiek

1. De regiebehandelaar fungeert als aanspreekpunt voor de cliënt in de periode tussen de intake en aanvang van de behandeling. Mocht de cliënt niet direct na diagnostiek in behandeling worden genomen, dan is de regiebehandelaar van de diagnostiefase de eerstverantwoordelijke voor de zorg van de cliënt.
2. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het intakeproces, draagt zorg voor het (doen) stellen van de diagnose en stelt samen met de cliënt een (voorlopig) behandelvoorstel op. De regiebehandelaar heeft hiervoor direct contact (ook beeldbellen) met de patiënt/cliënt.
3. Blijkt tijdens de intake alsnog dat behandeling in de gespecialiseerde ggz niet is aangewezen, dan draagt de regiebehandelaar er zorg voor dat de cliënt wordt doorverwezen naar de generalistische basis-ggz of wordt terugverwezen naar de huisarts of andere verwijzer.
4. Als delen van het intake-/diagnostische proces door anderen dan de regiebehandelaar worden verricht, moet de regiebehandelaar via direct contact (ook beeldbellen) met de cliënt bij de beoordeling betrokken zijn.
5. 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 het multidisciplinair team.

Behandeling

6. De regiebehandelaar stelt het behandelplan vast, nadat instemming van de cliënt is verkregen op basis van het voorgestelde behandelplan.

7. De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling. Hij zorgt ervoor dat in samenspraak met de cliënt een behandelplan wordt opgesteld en stelt deze vast.

8. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat het behandelplan wordt uitgevoerd en – wanneer omstandigheden daartoe aanleiding geven – wordt bijgesteld.

9. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat de verrichtingen of activiteiten van alle zorgverleners die beroepshalve bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn – en dus ook zijn eigen verrichtingen of activiteiten – op elkaar zijn afgestemd. En dat deze bijdragen aan de behandeling en passen binnen het behandelplan.

Wanneer meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd bij de behandeling van de cliënt zijn betrokken, spant de regiebehandelaar zich in voor een goede samenwerking en afstemming, met toestemming van de cliënt.

10. De regiebehandelaar evalueert periodiek en tijdig met de cliënt en eventueel zijn naasten op basis van gelijkwaardigheid de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling. In het behandelplan is opgenomen welke periode hiervoor wordt gehanteerd. Hierbij zijn de uitgangspunten van gepast gebruik van toepassing.

De keuze om op- of af te schalen in de zorg is een vast onderdeel van de periodieke behandelbeoordeling. Wanneer blijkt dat er onvoldoende toegevoegde waarde is van de behandeling kan de behandeling worden bijgesteld, overgedragen of beëindigd.

Indien de behandeling wordt bijgesteld leidt dit tot een hernieuwd behandelplan dat met de patiënt/cliënt wordt afgestemd.

11. 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 cliënt.

12. 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.

Beëindiging behandeling

13. De regiebehandelaar bespreekt met de cliënt en eventueel zijn naasten, indien de cliënt hiervoor toestemming heeft gegeven, de resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen. De verwijzer wordt hiervan in kennis gesteld middels een afrondingsbrief, tenzij de cliënt hiertegen bezwaar maakt. Indien vervolgbehandeling nodig is, wordt hierover gericht advies gegeven aan de verwijzer.

De vervolgbehandelaar wordt, indien relevant, in kennis gesteld van het verloop van de behandeling en de behaalde resultaten voorzien van het vervolgadvis, tenzij de cliënt hier bezwaar tegen maakt. Een afschrift van de afrondingsbrief volstaat hierin. Eventueel worden ook de naasten van de cliënt geïnformeerd als de zorg wordt afgesloten, met uitzondering van medisch beroepsgeheim.

14. De regiebehandelaar autoriseert de beëindiging van de DBC conform de NZa-regelgeving.

Overig

15. Het MDO (Multidisciplinair 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 voorziet de zorgaanbieder in een escalatieprocedure waarvan zowel de regiebehandelaar als de overige bij de behandeling betrokken professionals gebruik kunnen maken. Deze procedure is opgenomen in ons professioneel statuut. 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.

16. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat besluitvorming op cruciale momenten in de behandeling plaatsvindt en in het multidisciplinair team wordt afgestemd en getoetst. Dit is altijd, maar niet limitatief: wijziging behandelplan, ontslag, (dreigende) crisis. De regiebehandelaar ziet er tevens op toe dat de patiënt/cliënt hierbij betrokken is en dat de beslissing met betrekking tot het beleid wordt vastgelegd.

17. De regiebehandelaar ziet erop toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Andere betrokken zorgverleners hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering.

18. De regiebehandelaar coördineert het zorgproces. Hij is verantwoordelijk voor de verschillende onderdelen van de zorg, de wijze waarop afstemming tussen meerdere zorgverleners plaatsvindt. En kan hierop door cliënt worden aangesproken.

2.4. Multidisciplinair overleg

Op de Wending vindt, onder verantwoording van de Psychiater of Klinisch Psycholoog wekelijks multidisciplinair oordeel- en besluitvorming plaats tijdens een Multidisciplinair Overleg (MDO). Het MDO bestaat uit bijeenkomsten waarin eventueel face-to-face en/of op casusniveau de diagnostiek en behandeling van alle cliënten besproken wordt. De MDO's worden voorgezeten door de Psychiater of Klinisch Psycholoog.

De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de uitvoering van de behandeling van alle cliënten die onder zijn toewijzing vallen. Het MDO stelt de regiebehandelaar tevens in staat om de medebehandelaars die hij aangewezen heeft om onder zijn leiding de behandeling uit te voeren, te coachen binnen een multidisciplinair zorgoverleg. Daarnaast heeft de regiebehandelaar met betrekking tot de behandeling van cliënten individueel gesprekken met zijn medebehandelaars.

Bij het MDO zijn verschillende disciplines aanwezig die een rol spelen bij de behandeling van cliënten.

De volgende functionarissen zijn minimaal aanwezig:

1. Regiebehandelaar (Psychiater of Klinisch Psycholoog of Verslavingsarts of GZ-psycholoog)
2. HBO groepswerker

Andere deelnemers (kunnen) zijn: (basis) psychologen, vaktherapeuten, systeemtherapeuten, maatschappelijk werkenden en verpleegkundigen. Dit is afhankelijk van de zorgvraag en de beoordeling van de regiebehandelaar.

Onderwerpen die standaard op de agenda staan zijn:

1. Intake, hulpvraag en diagnosestelling, bepaling behandelbeleid extra- c.q. intramuraal inclusief behandeldoelen, zorgtoewijzing en evaluaties m.b.t. deze onderwerpen. Regiebehandelaar is hierin eindverantwoordelijk.
2. Bespreking acute zaken van cliënten tijdens de behandeling.
3. Bespreking van individuele cliënten. Minimaal iedere 6 weken, regelmatig vaker, wordt de cliënt in het MDO besproken om na te gaan hoe het met de cliënt gaat, hoe het behandelproces verloopt en om de behandeling tussen de verschillende disciplines op elkaar af te stemmen. Tevens wordt de rol van de verwijzer besproken.
4. Evaluatie worden uitgevoerd en eventueel beëindiging van de behandeling wordt besproken. De regiebehandelaar is hierin eindverantwoordelijk.

Deze opsomming is niet uitputtend en/ óf de momenten zich voordoen is contextafhankelijk.

Alle betrokken disciplines hebben bij het MDO vanuit hun eigen professionele achtergrond een inbreng. De meerwaarde van de multidisciplinaire oordeels- en besluitvorming ligt in het interactief tot stand brengen van opvattingen en beslissingen door inzichten vanuit verschillende deskundigheidsgebieden. Problemen worden vanuit medisch /psychiatrisch, psychologisch, sociaal-maatschappelijk en verpleegkundig perspectief beoordeeld en kunnen aanvullend zijn of een ander licht werpen op de behandeling.

2.5 Verhouding professionals en lijnfunctionarissen

Het uitgangspunt is dat inhoudelijke beslissingen over de uitvoering van individuele behandelingen niet bij manager liggen. Hiervoor zijn de professionals verantwoordelijk die volgens de wet en dit professioneel statuut bevoegd en deskundig zijn. In beginsel draagt de behandelverantwoordelijke de verantwoordelijkheid voor de behandeling die een cliënt ontvangt.

Dat men een functie bekleedt met hiërarchische bevoegdheden, impliceert niet dat men op elk gebied opdrachten kan geven of beslissingen kan nemen. Ook leidinggevenden dienen de grenzen van de eigen deskundigheid in acht te nemen. Wel is een professional voor dat deel van zijn professionele handelen, dat wel deel uitmaakt van zijn professionele standaard en verantwoordelijkheid, maar waar de professionele autonomie zich niet toe uitstrekt, niet alleen verantwoording verschuldigd aan de behandelverantwoordelijke, maar ook aan elke leidinggevende, zoals bij kwaliteitsbewaking betreffende niet-technische aspecten. Zo kan elke leidinggevende de medewerker erop aanspreken, dat deze zich dient te houden aan de geldende procedures, bijvoorbeeld als het gaat om registratie en dossiervoering.

Zowel de regiebehandelaar als de managers dienen mechanismen in te bouwen, waarmee adequate controle op de uitvoering van activiteiten die andermans verantwoordelijkheid vallen, worden gewaarborgd. Een Regiebehandelaar of leidinggevende die (mede)verantwoordelijk is voor handelen of nalaten van anderen, zal zeker in dienen te grijpen als hij op de hoogte is van een tekortkoming of als er sprake is van een structureel probleem. Hij zal ook verantwoordelijk zijn als van hem verwacht mocht worden, dat hij hiervan op de hoogte was en als hij niet de juiste randvoorwaarden heeft geschapen.

Aangezien de instelling en de hulpverleners gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het tot stand brengen van verantwoorde zorg zal, wanneer besluitvorming door het management raakt aan zorginhoudelijke zaken, afstemming plaats dienen te vinden met de professionals.

3. Consultatie medicus

In dit hoofdstuk wordt beschreven wanneer er een arts en/of psychiater ingeschakeld dient te worden door anderen.

3.1 Inschakelen verslavingsarts/psychiater

Wanneer de behandeling deels wordt uitgevoerd door een niet- medicus dan dient de psychiater óf in het geval van verslavingszorg, de verslavingsarts in een aantal gevallen altijd geraadpleegd te worden.

In die gevallen waarin de hulpverlener verplicht is een arts of psychiater te raadplegen, neemt deze de verantwoordelijkheid over voor dat gedeelte van de behandeling waarop de consultvraag betrekking heeft of voor een groter deel, indien hij dat noodzakelijk vindt of indien dit voortvloeit uit de uitgangspunten van dit professioneel statuut.

Een niet-medicus moet in ieder geval een psychiater of verslavingsarts raadplegen of inschakelen:

- bij vragen over medische indicaties voor klinische opname of ontslag
- indien medisch coördinerende zorg nodig is bij verdenking op somatische problematiek
- wanneer de huisarts of specialist een cliënt verwijst met verzoek om een medische beoordeling voor opname of start hulpverlening
- bij vragen over de (eventuele noodzaak tot) medicatie en bij nieuwe cliënten, die al psychofarmaca gebruiken;
- als een lichamelijke ziekte of klacht de diagnostiek compliceert;
- bij vragen over somatische klachten en (in ieder geval in de kliniek) bij vermoeden van somatische ziektebeelden;
- bij zich tijdens de hulpverlening al of niet voorziene of vermoede somatische/psychiatrische aandoeningen of complicaties voordoen.
- wanneer dit in het kader van de regeling voor voorbehouden handelingen in de Wet BIG noodzakelijk is, bijvoorbeeld bij het vaststellen van de noodzaak hiertoe;
- in het geval van een schorsing of gedwongen ontslag van een cliënt die behandeld wordt in een klinische setting.

In de volgende gevallen moet er altijd een psychiater worden ingeschakeld:

De psychiater wordt ongeacht de specifieke behandelsetting ten minste geconsulteerd en bij evaluaties betrokken:

- a. wanneer er gevaar dreigt voor anderen of voor de cliënt (waaronder suïcidegevaar)
- b. indien ontslag uit opname, anders dan in het behandelplan voorzien, overwogen wordt
- c. indien er sprake is van een verzoek om euthanasie of een vraag om hulp bij zelfdoding
- d. wanneer er sprake is van een non-respons op de behandeling (conform richtlijn/zorgstandaard)
- e. indien sprake is van een (acuut) psychiatrisch ziektebeeld; bij verergering, of wijziging van de symptomen.
- f. indien cliënt voor de eerste maal psychotische symptomen heeft en bij symptomen van ernstige depressie;

Bij punt a. en d. kan in plaats van een psychiater ook een klinisch psycholoog worden ingeschakeld.

3.2. Overige zaken medische verantwoordelijkheden

In alle gevallen waarin de psychiater of verslavingsarts geraadpleegd wordt, zullen zowel zij als de ander die de vraag stelt, moeten beoordelen of het noodzakelijk is, dat de psychiater of verslavingsarts de cliënt zelf ziet. Indien naar het oordeel van degene die om hulp vraagt, extra expertise nodig is ten aanzien van de problematiek van de cliënt, dan **moet** de cliënt altijd door de psychiater of verslavingsarts gezien worden. Daarnaast blijft er een eigen verantwoordelijkheid van de psychiater/ verslavingsarts om cliënten te zien, indien hij dat nodig vindt. De psychiater/ verslavingsarts heeft dus altijd het recht een cliënt te zien, als hij dit wenselijk of noodzakelijk acht ook al vraagt de niet-medicus geen consult aan.

Verder dienen de psychiater en de verslavingsarts de cliënt altijd zelf te onderzoeken bij acute en/of ernstige psychiatrische en/of lichamelijke stoornissen. Indien nodig verwijzen zij de cliënt gericht door.

3.3 Escalatieprocedure

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 professionals gehoord zijn. Indien een verschil van mening of inzicht niet op deze manier kan worden opgelost voorziet de zorgaanbieder in een escalatieprocedure waarvan zowel de regiebehandelaar als de overige betrokken behandelaren bij de behandeling betrokken professionals gebruik kunnen maken. Als een regiebehandelaar en/of ander betrokken professional vindt dat er geëscaleerd moet worden dan wordt de casus voorgelegd aan de psychiater /geneesheer-directeur. Deze hoort alle betrokkenen, overlegt zo nodig met de directie en doet een bindende uitspraak.

Bijlagen: Wet- en regelgeving

WET OP DE GENEESKUNDIGE BEHANDELINGSOVEREENKOMST(BIG)

Algemeen

De Wgbo is op 1 april 1995 in werking getreden. De Wgbo is geen aparte wet die in de wetboeken te vinden is. De Wgbo heeft betrekking op een privaatrechtelijke overeenkomst en is daarom te vinden binnen de wettelijke bepalingen van bijzondere overeenkomsten, zoals deze aangegeven zijn in het Burgerlijk Wetboek. Bovendien is aansluiting gezocht bij de wettelijke bepalingen van de overeenkomst tot opdracht (Boek 7, Titel 7, van het Burgerlijk Wetboek).

De geneeskundige behandelingsovereenkomst

De geneeskundige behandelingsovereenkomst wordt aangegaan door een cliënt en in het geval van LdH Gelderland een rechtspersoon, die een geneeskundig beroep of bedrijf uitoefent; in dit geval is W&G Leger des Heils de contractant. Een medewerker van W&G tekent namens de instelling de zorgleveringsovereenkomst. De leidinggevenden en de behandelaren, in dienst van W&G treden in de functie van de hulpverlener en ook op hen zijn de wettelijke bepalingen van de Wgbo van kracht. De geneeskundige behandelingsovereenkomst heeft tot doelstelling, dat de hulpverlener ten behoeve van de cliënt (de persoon waarop de handelingen rechtstreeks betrekking hebben) de benodigde handelingen verricht om hem/haar van een ziekte te genezen of voor het ontstaan van een ziekte te behoeden. Ook behoren tot de geneeskundige handelingen het onderzoeken, het geven van raad, dan wel het beoordelen van de algehele gezondheidstoestand.

Mede worden tot geneeskundige handelingen geacht in het kader van de behandeling: verplegen en verzorgen van cliënten en het voorzien van de materiële omstandigheden waaronder dit plaatsvindt, bijvoorbeeld in een kliniek. (De zogenaamde 'aanpalende handelingen').

Vertegenwoordiging van jongeren en wilsonbekwame cliënten

De verplichtingen van de hulpverlener jegens de cliënt jonger dan twaalf jaar worden ook nagekomen jegens de ouders, die het gezag over de cliënt uitoefenen, dan wel jegens zijn voogd. Jongeren tussen de 12 en 16 jaar worden geacht mee te mogen beslissen en boven de 16 jaar beslist de jongere zelf. Een uitzondering hierop is de jongere tussen de twaalf en achttien jaar die vanwege een beperking en/of omstandigheden niet in staat is "tot een redelijke waardering van zijn belangen". Dan blijven zijn ouders en/of voogd verantwoordelijk.

Bij een meerderjarige cliënt, die onder curatele is gesteld of waarvoor een mentorschap is ingesteld, gelden de verplichtingen jegens de curator of de mentor.

Indien het een meerderjarige cliënt betreft, die niet in staat wordt geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen en waarvoor geen curator of mentor is aangewezen, worden de verplichtingen nagekomen jegens:

- de persoon, die daartoe schriftelijk door de cliënt is gemachtigd;
- (bij het ontbreken of niet optreden hiervan) de echtgenoot, de geregistreerde partner of ander levensgezel van de cliënt, tenzij deze personen dat niet wensen;
- (dan wel, indien een dergelijk persoon ontbreekt) een ouder, kind, broer of zus van een cliënt, tenzij deze personen dat niet wensen.

Wanneer de hulpverlener de nakoming niet verenigbaar acht met de zorg van een goed hulpverlener, kan hij afzien van het nakomen van zijn verplichtingen jegens de reeds genoemde vertegenwoordigers of personen.

De vertegenwoordiger van de cliënt, ouder dan twaalf jaren, betracht de zorg van een goed vertegenwoordiger en betreft de cliënt zoveel mogelijk bij de vervulling van zijn taak.

Wanneer de cliënt zich verzet tegen een verrichting van ingrijpende aard, waarvoor de vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven, dan kan de verrichting alleen worden uitgevoerd als zij een ernstig nadeel voor de cliënt voorkomt.

Vallen alle personen die voor vertegenwoordiging in aanmerking komen weg, of zien zij af van vertegenwoordiging, dan wordt ervan uit gegaan dat de hulpverlener als zaakwaarnemer voor de cliënt op treedt.

Indien voor het uitvoeren van een verrichting uitsluitend de toestemming van de vertegenwoordiger nodig is, dan kan in acute ernstige situaties de verrichting zonder toestemming worden uitgevoerd.

Wanneer de verrichting niet van ingrijpende aard zijn, dan wordt de vereiste toestemming verondersteld.

Informed consent

Een belangrijk onderdeel van de Wgbo is het zogenaamd 'informed consent'. Alvorens de hulpverlener tot een behandeling van de cliënt overgaat, dient hij deze volledig te informeren over de verrichtingen welke hij bij de cliënt wil uitvoeren. Op zijn beurt moet de cliënt zijn toestemming hiertoe verlenen.

Informatieverstrekking door de hulpverlener

Bij de informatieverstrekking (desgewenst schriftelijk) geeft de hulpverlener de cliënt inzage in:

- de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling, die hij noodzakelijk acht en van de uit te voeren verrichtingen;
- de te verwachten gevolgen en risico's daarvan voor de gezondheid van de cliënt;
- alternatieve methoden van onderzoek of behandeling die in aanmerking komen;
- de staat van de gezondheid van de cliënt, alsmede de vooruitzichten dienaangaande voortvloeiend uit het onderzoek of de behandeling.

De hulpverlener mag de cliënt inlichtingen onthouden (ook tijdens het verdere verloop van de behandeling) indien het verstrekken kennelijk ernstig nadeel voor de cliënt oplevert. In het belang van de cliënt dient de hulpverlener de bedoelde informatie wel aan een ander dan de cliënt te verstrekken. Eveneens kan hij de informatie alsnog aan de cliënt verstrekken, wanneer hij het nadeel voor de cliënt opgeheven acht.

De hulpverlener kan de cliënt de informatie pas onthouden, nadat hij daarover een andere hulpverlener heeft geraadpleegd. Deze bepaling wordt de 'therapeutische exceptie' genoemd. Belangrijk is dat het 'kennelijk nadeel voor de cliënt' niet alleen door het (mogelijk) subjectief oordeel van de hulpverlener wordt bepaald, maar het nadeel ook objectief door een ander te duiden is. Vandaar het overleg met een andere hulpverlener. De afweging geschiedt door de hulpverlener op basis van zijn professionele standaard.

Ook kan de cliënt te kennen geven dat hij geen informatie wil ontvangen. De hulpverlener dient dan een afweging te maken of het achterwege laten van de inlichtingen opweegt tegen het nadeel dat voor de cliënt of anderen hieruit kan voortvloeien.

Toestemming tot de verrichting

Wanneer de hulpverlener verrichtingen ingevolge een behandelingsovereenkomst wil uitvoeren, is de toestemming van de cliënt hiervoor vereist. De toestemming geschiedt aan de hand van de informatie welke de hulpverlener heeft verstrekt. De cliënt kan de gegeven toestemming te allen tijde intrekken. Dit betekent nog niet dat er een einde komt aan de behandelingsovereenkomst. De hulpverlener kan nog voor een andere behandelingsmethode kiezen.

Bij vrijwillige opname in psychiatrische ziekenhuizen zijn de bepalingen van de Wgbo van kracht. Bij gedwongen opname en gedwongen behandeling gaan de bepalingen van de Wet Bopz boven de bepalingen van de Wgbo, bijvoorbeeld t.a.v. de toestemmingsvereiste.

Op verzoek van de cliënt legt de hulpverlener schriftelijk vast voor welke verrichtingen van ingrijpende aard de cliënt toestemming heeft gegeven. Wordt de verrichting niet van ingrijpende aard beschouwd, dan wordt de toestemming verondersteld, bijvoorbeeld bij voorbereidende handelingen voor een intakegesprek.

Goed hulpverlenerschap

De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.

Alle medewerkers van LdH Gelderland dienen zich bijvoorbeeld te houden aan de regels van het 'Professioneel Statuut'.

Artsen dienen zich te houden aan de voor hun beroepsgroep geschreven 'Gedragsregels voor artsen'.

Cliëntendossiers

Uit goed hulpverlenerschap vloeit voort dat de hulpverlener een dossier inricht met betrekking tot de behandeling van de cliënt. In dit dossier vermeldt hij gegevens omtrent de gezondheid van de cliënt en de ten aanzien van deze uitgevoerde verrichtingen, alsmede andere stukken van belang voor hemzelf en de behandeling van de cliënt.

De cliënt heeft in principe geen invloed op datgene wat de hulpverlener in het dossier vastlegt tenzij hij met bewijs kan aantonen dat het om een pertinente onjuistheid gaat. De regie behandelaar zorgt dan voor een correctie. In dien het niet om een bewijsbare onjuistheid gaat, kan de cliënt de hulpverlener nog altijd verzoeken om een verklaring zijnerzijds in het dossier op te nemen.

Niet tot het dossier behoren de persoonlijke aantekeningen van de hulpverlener.

De Wet Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) is op het dossier van kracht. Belangrijk is hierbij onder wiens verantwoordelijkheid de dossiers worden bijgehouden. Bij een dienstverband van de behandelaar is dit meestal de Raad van Bestuur. Deze kan een functionaris, in dit geval de regiebehandelaar aanwijzen voor de daadwerkelijke uitvoering.

Los van de verantwoordelijkheid voor de cliëntendossiers is het de verantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur om, conform landelijke richtlijnen, te bepalen wat in het cliëntendossier dient te worden opgenomen.

W&G schrijft voor dat de gegevens van de cliënt in een dossier voor minstens vijftien jaren, gerekend vanaf het tijdstip dat de hulpverlening gestopt wordt, worden bewaard. De hulpverlener kan hiervan afwijken indien hij dit uit het oogpunt van een goed hulpverlener noodzakelijk acht. Er kunnen wettelijke voorschriften zijn, dat de gegevens wel 15 jaar of zelfs langer moeten worden bewaard.

Cliëntenrechten met betrekking tot het dossier

Naast het recht om een eigen verklaring in het dossier te doen opnemen, heeft de cliënt nog andere rechten.

Vernietigingsrecht

De cliënt kan de hulpverlener na de behandeling verzoeken om vernietiging van zijn dossier. De hulpverlener moet binnen drie maanden aan dit verzoek voldoen.

Wanneer de hulpverlener oordeelt dat de bewaring van aanmerkelijk belang is voor een ander, dan wel een wettelijke regeling zich tegen vernietiging verzet bijvoorbeeld bij justitiabelen, dan behoeft hij niet aan dit verzoek te voldoen.

Inzagerecht en recht op afschrift

Op verzoek van de cliënt verleent de hulpverlener inzage in diens dossier. Tevens kan de cliënt verzoeken om een afschrift. De verstrekking (zowel inzage als afschrift) blijft gedeeltelijk achterwege als bepaalde passages in het belang is van een ander, niet getoond mogen worden.

De hulpverlener zorgt dat aan anderen dan de cliënt (behoudens bij de 'therapeutische exceptie' (zie Informed consent) geen inlichtingen over de cliënt, dan wel inzage in diens cliëntendossier wordt gegeven, dan met toestemming van de cliënt. Uitzonderingen gelden voor financiële en kwaliteitsdoeleinden zoals vermeld in de zorg- en dienstleveringsovereenkomst. Ook Justitie heeft inzagerecht indien hieraan gedocumenteerde bepalingen ten grondslag liggen. Indien toestemming verstrekking plaatsvindt, geschiedt dit voor zover de persoonlijke levenssfeer van een ander niet wordt geschaad.

De toestemming van de cliënt is niet nodig indien de inlichtingen over de cliënt worden verstrekt aan personen, die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst. Dit geldt ook voor de vervangers (waarnemers) van de betrokken behandelaars.

De toestemming is ook niet nodig indien de hulpverleners de inlichtingen moet verstrekken aan diegenen, die toestemming voor een verrichting moeten geven, zoals de ouders of de voogd bij minderjarigen en de vertegenwoordigers bij wilsonbekwame cliënten.

Uit de Wet Bopz blijkt dat meermalen de geheimhouding over de situatie van de cliënt wettelijk wordt opgeheven. Zo dienen bij het aanvragen van een rechterlijke machtiging voor een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis gegevens over de gesteldheid van de cliënt aan de officier van justitie te worden verstrekt.

Aansprakelijkheid instelling

Wanneer in een kliniek ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst, verrichtingen plaatsvinden, waarbij de kliniek c.q. W&G geen contractspartij is, bijvoorbeeld door een arts die op contracturen werkt, dan is W&G voor een tekortkoming toch aansprakelijk, als ware het bij de overeenkomst partij. Deze aansprakelijkheid staat los van de aansprakelijkheid van W&G voor die verrichtingen, waarvoor zij wel contractspartij is, bijvoorbeeld voor de aanpalende handelingen.

De centrale aansprakelijkheid is er om voor de cliënt een duidelijk aansprakelijkheidspunt te creëren. De cliënt kan niet altijd beoordelen of de behandelend hulpverlener wel of niet in dienst is van de instelling.

Hierbij dient wel te worden opgemerkt, dat – indien de behandelend hulpverlener, niet in dienst is van W&G, in zijn hulpverlening tekortschiet – van hem nakoming moet worden verlangd. Het Leger des Heils kan alleen worden aangesproken voor schadevergoeding en behoudt hierbij regres op de beroepsuitoefenaar.

De aansprakelijkheid van de (zelfstandige) hulpverlener of instelling kan dwingendrechtelijk niet worden beperkt of uitgesloten.

DE WET BIG (WET OP DE BEROEPEN IN DE INDIVIDUELE GEZONDHEIDSZORG(BIG))

Algemeen

In het verleden kende de wetgeving een twaalftal regelingen, waarbij een absoluut verbod voor het uitoefenen van de geneeskunst zonder bevoegdheid gold. In 1993 aanvaardde de Eerste Kamer echter een wetsvoorstel om de beroepen in de individuele gezondheidszorg te regelen. Met deze wet beoogde de wetgever een kader te scheppen, waarbinnen de individuele beoefening van de geneeskunst kon plaatsvinden. Daarbij is het in beginsel aan iedereen toegestaan om handelingen binnen de individuele gezondheidszorg te verrichten. Om een bepaald beroep te mogen uitoefenen, moet men echter voldoen aan de daarvoor vastgestelde deskundigheids- en opleidingseisen en voor sommige beroepen aan een registratieplicht. Verder bepaalt de wet dat de zogenaamde 'voorbehouden handeling' alleen kunnen worden uitgevoerd door de daarvoor aangewezen beroepsbeoefenaren. '

De Wet BIG is een zogenaamde raamwet. Bij Algemene maatregelen van bestuur (AMvb) werden op een later tijdstip nadere invulling gegeven aan de inhoud van diverse door de wetgever aangegeven wetsartikelen.

Registratie en titelbescherming van de zogenaamde 'zware beroepen'

De Wet BIG beoogt voor een aantal basisberoepen de deskundigheids- en opleidingseisen vast te stellen, welke nodig zijn om het beroep te mogen uitvoeren en om bescherming te bieden om de titel van het beroep te mogen voeren. Een van de voorwaarden is echter, dat de beroepsbeoefenaar is ingeschreven in een register.

De in de Wet BIG genoemde beroepen zijn de arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige en verpleegkundige.

Het register is openbaar, zodat iedereen kan controleren of de betrokkene daadwerkelijk is ingeschreven, of de inschrijving is opgeschort, dan wel aan bepaalde voorwaarden is gebonden.

De geregistreerden zijn bovendien onderworpen aan het tuchtrecht, zoals de Wet BIG dit stelt.

Stelsel van opleidingstitelbescherming

Naast de regeling van de 'zware beroepen' kent de Wet BIG de zogenaamde 'lichtere' regeling van bepaalde, bij AMvb aangewezen, beroepen. De wet stelt voor deze beroepen deskundigheids- en opleidingseisen vast, waarbij de betrokken beroepsbeoefenaar de bij de wet vastgestelde opleidingstitel mag voeren. Een voorbeeld is een verzorgende.

Voor deze beroepen geldt geen registratieplicht en is het tuchtrecht van de Wet BIG niet van kracht.

Voorbehouden handelingen

De Wet BIG vermeldt een opsomming van 'voorbehouden handelingen', welke alleen mogen worden uitgevoerd door de daarvoor aangewezen beroepsbeoefenaar, meestal de arts. Het betreft hierbij handelingen met een aanmerkelijk risico voor de gezondheid, indien zij worden uitgevoerd door een onbevoegde.

Naast de bevoegdheid om de voorbehouden handeling te mogen uitvoeren, moet de betrokken beroepsbeoefenaar voor zichzelf vaststellen of hij bovendien over de bekwaamheid beschikt om de betreffende handeling uit te voeren. Het geven van een injectie is een regelmatig voorkomende

voorbehouden handeling. De beroepsbeoefenaar, die bevoegd is tot het verrichten van een voorbehouden handeling, mag aan een andere persoon, die daartoe niet bevoegd is, een opdracht tot verrichting van de voorbehouden handeling verstrekken, mits hij/zij:

- in de gevallen, waar nodig, aanwijzingen geeft, toezicht kan houden tijdens de verrichting, dan wel zijn/haar tussenkomst heeft verzekerd;
- de overtuiging heeft, dat de betrokken beroepsbeoefenaar waaraan de opdracht is verstrekt, beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk uitvoeren van de handeling.

De betrokken beroepsbeoefenaar, waaraan de opdracht tot het verrichten van de voorbehouden handeling wordt verstrekt, dient:

- zich te overtuigen dat de persoon, die de opdracht verstrekt, daartoe de bevoegdheid heeft; Bij zichzelf vast te stellen, of hij/zij zelf over de nodige bekwaamheid beschikt om de opdracht uit te voeren;
- zich te houden aan aanwijzingen van de opdrachtgever.

Bevoegdheid

De Wet BIG kent aan artsen, tandartsen en verloskundigen een zelfstandige bevoegdheid toe, voor zover zij bevoegd zijn de bij de Wet BIG bepaalde voorbehouden handelingen uit te voeren.

De niet bij de wet genoemde beroepsbeoefenaren, de niet-zelfstandige bevoegden, mogen de voorbehouden handelingen alleen verrichten onder de voorwaarden, zoals deze door de wet zijn gesteld.

De wetgever kan bij AMvB bepaalde categorieën beroepsbeoefenaren bevoegdheden verlenen om bepaalde voorbehouden handelingen volgens hun deskundigheid te verrichten, zonder toezicht door en tussenkomst van de opdrachtgever (de zogenaamde functionele zelfstandigheid). De indicatiestelling, respectievelijk de opdracht dienen nog steeds te geschieden door de bevoegde opdrachtgever.

Zo is bijvoorbeeld bij AMvB vastgesteld, wat tot het gebied van de deskundigheid van de verpleegkundigen kan worden gerekend.

Wat betreft de verantwoordelijkheden van de opdrachtgever en opdrachtnemer, moet worden gemeld, dat er sprake is van een gescheiden verantwoordelijkheid, gekoppeld aan de functie van de beroepsbeoefenaar, maar ook van een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Indicatiestelling, opdracht en uitvoering van de voorbehouden handeling kunnen niet los van elkaar worden gezien. De opdrachtgever blijft uiteindelijk de eindverantwoordelijke.

Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

Algemeen

De Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) vervangt de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Klachtrecht. Deze Wkkgz is van toepassing op instellingen, maar beroepsbeoefenaren, die onder de Wet BIG vallen, dienen zich te realiseren dat de kwaliteitsbepalingen ook op hun handelen betrekking heeft. Zij kunnen worden aangesproken uit hoofde van hun professionele verantwoordelijkheid voor hun beroepsmatig handelen.

Eisen waaraan de zorg en behandeling moet voldoen:

'De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de cliënt.'

Dit maakt duidelijk dat, indien de zorg niet verantwoord is, bijvoorbeeld als er fouten worden gemaakt, niet alleen de daadwerkelijke zorgverlener wordt aangesproken, maar ook de zorgaanbieder.

De overheid, bij monde van de Inspectie of (gemeentelijke) Toezichthouder, kan de zorgaanbieder op zijn plichten wijzen. De cliënt zelf kan een klacht indienen en via de landelijke Geschillencommissie nakoming van deze plicht eisen en de zorgaanbieder zonedig aansprakelijk stellen voor de geleden schade. Daarnaast kan de cliënt een klacht over een BIG – geregistreerde hulpverlener indienen bij de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd.

De zorgaanbieder structureert het proces van zorgverlening, verschaft de personele en materiele middelen voor de uitvoering, stelt de verantwoordelijkheden hiervoor vast op een zodanige wijze dat

verantwoorde zorg kan worden geleverd. Hierbij wordt ook gekeken naar de samenhang met andere organisaties.

Kwaliteitssysteem

Kwaliteitsnormen van zowel de Zorgverzekeringswet als de WMO bepalen dat het organiseren van een dergelijke zorg de zorgaanbieder verplicht tot het voeren van een kwaliteitssysteem. Dit kwaliteitssysteem omvat de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Daarnaast is er sprake van zgn. GGZ (kwaliteits-)indicatoren waaraan de volgende eisen worden gesteld zoals:

1. Het op een systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens over (het niveau van) de geleverde zorg;
2. Het op een regelmatige wijze toetsen van deze gegevens aan een verantwoorde zorgverlening; het eventueel verbeteren van de organisatie van de zorgverlening op grond van de resultaten verkregen bij deze toetsing.
3. Certificering vlg. een breed erkend normenpakket zoals de HKZ of ISO.

Verantwoording

De zorgaanbieder legt jaarlijks vóór 1 juni per instelling een verslag ter openbare inzage, waarin hij verantwoording aflegt van het beleid dat hij in het afgelopen jaar heeft gevoerd met betrekking tot de kwaliteit van de zorg die in dat jaar is verleend. W&G levert dit verslag jaarlijks aan mede op grond van cijfers vanuit De Wending Verblijf.

De zorgaanbieder geeft in zijn verslag aan:

- op welke wijze hij cliënten of consumenten bij zijn kwaliteitsbeleid heeft betrokken;
- de frequentie waarmee en op welke wijze de kwaliteitsbeoordeling binnen de instelling plaatsvond en welke resultaten dit opleverde;
- welke gevolg hij heeft gegeven aan klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende zorg;
- hoe vaak er sprake is geweest van (tentamen) suïcide.

Toezicht

Met het toezicht op de naleving van gestelde eisen en op bovengenoemde schriftelijke aanwijzingen en bevelen zijn de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (ZVW) en de aangewezen gemeentelijke Toezichthouders (WMO) belast.

De Wet Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)

De AVG –wet is per 25 mei 2018 definitief geworden en regelt de wijze waarop instellingen en beroepsbeoefenaren met de gegevens van personen om dienen te gaan in het kader van privacy. Deze wet vervangt de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

Door de invoering van de Algemene Verordening Gegevensbescherming hebben mensen meer mogelijkheden om voor zichzelf op te komen bij de verwerking van hun gegevens. De privacy-rechten van cliënten zijn door de AVG versterkt en uitgebreid.

Bewustwording essentieel

Een van de belangrijkste AVG vereisten is dat hulpverleners en zorgaanbieders zich bewust zijn van het juiste gebruik van persoonsgegevens. Binnen deze wet is aan bijzondere gegevens (b.v. medische gegevens zoals een diagnose en ras en levensovertuiging) een aparte status van zgn. 'Bijzondere persoonsgegevens' toegekend. Met deze gegevens dient men extra zorgvuldig om te gaan. Ook met 'gevoelige gegevens' zoals een toegekend justitieel kader en/of financiële gegevens en identiteit-gevoelige informatie zoals een BSN- nummer dient uiterst zorgvuldig mee om te worden gegaan.