



# Professioneel statuut

2025



# Inhoud

1.	Voorwoord .....	4
2.	Leeswijzer .....	5
2.1.	Totstandkoming en beheer .....	5
2.2.	Levend document .....	5
3.	Inleiding .....	5
3.1.	Formeel kader .....	5
3.2.	Juridische kaders .....	5
3.3.	Definities .....	6
3.4.	Bestuurlijke verantwoordelijkheid bij inrichting van zorg .....	6
3.4.1.	Bestuurlijke verantwoordelijkheden kwaliteit van zorg .....	6
3.4.2.	Beleidsverantwoordelijkheid kwaliteit van zorg .....	6
3.4.3.	Medezeggenschap .....	7
3.5.	Van en voor zorgprofessionals .....	7
3.6.	Complexiteit van zorg .....	7
4.	De verantwoordelijkheidsverdeling binnen het zorgproces .....	8
4.1.	De cliënt .....	8
4.2.	De zorgprofessional .....	8
4.4.	De indicierend en coördinerend regiebehandelaar .....	9
4.5.	Verantwoordelijkheden van de regiebehandelaars in het zorgproces .....	10
4.5.1.	De diagnostiefase .....	10
4.5.2.	Behandelfase en evaluatiemomenten .....	11
4.6.	Multidisciplinair overleg .....	12
4.6.1.	Multidisciplinaire besprekingen in de praktijk .....	12
4.6.2.	Eisen gesteld aan het multidisciplinaire bespreking .....	12
4.7.	Monodisciplinair werken .....	13
4.8.	Medebehandelaar .....	13
4.9.	Cliëntendossier .....	13
4.10.	(Regie)behandelaar; keuzevrijheid en overdracht .....	14
4.11.	Consultatie .....	14
4.11.1.	Raadplegen van de coördinerend of indicierend regiebehandelaar .....	15
4.11.2.	Raadplegen van een specifieke rol of discipline .....	15
4.12.	Crisisbeoordelingen .....	16
4.13.	Meerdere voorschrijvers van medicatie .....	16
4.15.	Meningsverschillen – Escalatieprocedure .....	16
4.16.	Digitalisering .....	17

5. Specifieke bepalingen professioneel statuut .....	17
5.1 Voorwaardenscheppend.....	17
5.1.    De zorgverlening.....	17
5.3.    De professionele standaard.....	18
5.4.    Procesverantwoordelijkheden.....	18
5.4.    Organisatie .....	18
6.    Evaluatie .....	19
Bijlage 1: Verantwoordelijkheid vanuit wet- en regelgeving.....	20
1.    Algemene principes.....	20
1.1.    Goed hulpverlenerschap .....	20
1.2.    Bevoegdheden en de bekwaamheidstoetsing .....	20
2.    Verantwoordelijkheid van zorgprofessionals op grond van de wet BIG .....	20
3.    Verantwoordelijkheid instelling op grond van de Wkkgz .....	21
4.    Verantwoordelijkheid op grond van de WGBO.....	21
5.    Verantwoordelijkheid op grond van het Wetboek van Strafrecht.....	22
5.    Verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg.....	22

# 1. Voorwoord

Met het professioneel statuut beoogt Phitaal op een transparante wijze invulling te geven aan de verantwoordelijkheidsverdeling van de hulpverlening volgens de kaders van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen gezondheidszorg (Wkkgz) en bijbehorende, relevante wetgeving binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

De zorg aan cliënten van Phitaal wordt geboden door zorgprofessionals met verschillende beroepsachtergronden. In dit professioneel statuut worden de kaders aangegeven waarbinnen de zorg van Phitaal wordt verleend. Daarbij worden de te onderscheiden verantwoordelijkheden met de daarbij behorende rechten en plichten van de zorgprofessional en organisatie beschreven. Dit professioneel statuut heeft een algemeen karakter en geldt voor alle zorgprofessionals, werkzaam in of voor onze instelling.

Het professioneel statuut kan als bijlage gezien worden van ons kwaliteitsstatuut. Hierin is vastgelegd hoe Phitaal de kwaliteit van zorg garandeert. Tevens zijn het kwaliteitsstatuut en dit professionele statuut onlosmakelijk verbonden met het kwaliteitsbeleid van Phitaal, waarin alle inhoud en processen rondom kwaliteit van zorg worden beschreven.

26 november 2024, Sittard-Geleen

Dhr. R. Verheul

Voorzitter Raad van Bestuur a.i.

## 2. Leeswijzer

### 2.1. Totstandkoming en beheer

De raad van bestuur en de manager behandelen zaken zijn verantwoordelijk voor de gehele inhoud van het professioneel statuut. Beide partijen dragen tevens zorg voor een adequaat beheer van het huidige document.

### 2.2. Levend document

Ten aanzien van het huidige professionele statuut streven wij naar een voortdurend actueel en relevant document dat door collega's als makkelijk leesbaar naslagwerk gebruikt kan worden.

Hierbij verwachten doorlopende aanpassingen te doen, waarbij het aan de beheerders is om te bepalen wanneer wijzigingen dermate vergaand zijn dat ze besproken moeten worden in overlegstructuren of medezeggenschap.

De inhoud van het huidige document is verbonden met andere documenten gerelateerd aan de inhoud van zorg van Phitaal, richtlijnen, zorgstandaarden en wet- en regelgeving. Deze verwijzingen staan dan ook, indien relevant, vermeld in het huidige document.

## 3. Inleiding

### 3.1. Formeel kader

Het professioneel statuut geeft het kader aan waarbinnen de zorg wordt verleend en beschrijft de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de zorgprofessionals, zowel zelfstandig als in de context van interdisciplinaire samenwerking. Het professioneel statuut omvat tevens een weergave van de verhouding tussen de verplichtingen van de zorgprofessional en de verplichtingen van de organisatie.

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut (LKS) GGZ beschrijft de kwaliteitsnormen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen om de zorg voor individuele cliënten te organiseren. De nadruk ligt daarbij op de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de (indicerend en coördinerend) regiebehandelaar en van andere zorgprofessionals in de verschillende onderdelen van het zorgproces. Ook formuleert het LKS GGZ kwaliteitseisen op het gebied van leren en verbeteren.

Het opstellen van een eigen kwaliteitsstatuut op basis van dit LKS GGZ is voor een zorgaanbieder verplicht. Het door de zorgaanbieder opgestelde kwaliteitsstatuut borgt dat de zorgaanbieder bewerkstelligt dat de juiste hulp, op de juiste plaats en door de juiste zorgprofessional, binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk wordt geleverd.

Het kwaliteitsstatuut en het professioneel statuut van Phitaal zijn gelijkwaardig en hebben hetzelfde doel. Beide documenten kunnen geen informatie bevatten die strijdig is met het andere document. Daarnaast vormt het kwaliteitsbeleid van Phitaal een overkoepelende en meer inhoudelijke beschrijving van de inhoud van kwaliteit en daaraan gerelateerde processen.

### 3.2. Juridische kaders

Binnen het professioneel statuut zijn de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden een afgeleide van wettelijke kaders, te weten:

- De Wkkgz (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg) ;
- De WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst);
- De Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, waaronder tuchtrecht);
- De AVG (Algemene Verordening Gegevensbescherming);
- De Wettelijke aansprakelijkheid Beroepsuitoefening;

- De Wtza (Wet toezicht zorgaanbieders)

Bovenstaande wettelijke kaders worden verder toegelicht in bijlage 1 van dit statuut.

### 3.3. Definities

<b>Cliënt:</b>	Eenieder die een behandelovereenkomst zoals bedoeld in de WGBO heeft met Phitaal.
<b>Zorgprofessional:</b>	De medewerker die beroepsmatig diagnostiek en /of behandeling aan een cliënt van de instelling verleent. De professional moet hiervoor voldoen aan basis-kwaliteitseisen.
<b>Professionele autonomie:</b>	De vrijheid van de zorgprofessional om, binnen de geldende wet- en regelgeving, zorginhoudelijke beslissingen te nemen en de vrijheid om te handelen in overeenstemming met zijn professionele kennis.
<b>Zorgaanbieder</b>	De rechtspersoon bij wie de professional in dienst is en die partij is bij de arbeidsovereenkomst of de overeenkomst van opdracht en de behandelingsovereenkomst: Phitaal.
<b>Zorg:</b>	Het geheel van activiteiten in het kader van diagnostiek, indicatiestelling, behandeling en/of nazorg.
<b>Behandelovereenkomst:</b>	Overeenkomst tussen de cliënt en Phitaal op grond van de WGBO. Binnen Phitaal wordt er een behandelovereenkomst gesloten voor de intakefase en vervolgens, indien de zorg geïndiceerd is, voor de behandelingsfase.
<b>Zorgplan:</b>	Het met de cliënt afgesproken en schriftelijk vastgelegde individuele zorgplan dat conform de wettelijke eisen (WGBO) beschrijft welk aanbod de cliënt ontvangt naar aanleiding van zijn hulpvraag.
<b>Settings:</b>	Het onderscheid tussen vormen van zorg op basis van benodigde infrastructuur en inzet van verschillende disciplines; ook te definiëren als de zorgzwaarte en de complexiteit van zorg.
<b>Multidisciplinaire zorg:</b>	Buiten de regiebehandelaar hebben meerdere verschillende beroepen tijdens de behandelingsfase contact met de cliënt, en deze disciplines werken binnen de behandeling met elkaar samen aan dezelfde behandelingsdoelen, en de noodzaak van de inzet van de verschillende disciplines blijkt uit de doelen van het individuele zorgplan.
<b>Monodisciplinaire zorg:</b>	Zorg die (hoofdzakelijk) vanuit één discipline geleverd wordt. Dat betekent niet dat de cliënt maar door één discipline wordt gezien (buiten de betrokkenheid regiebehandelaar). Deze setting geldt ook als bijvoorbeeld andere disciplines ondersteunen in de diagnostiek of als de regiebehandelaar een andere discipline vertegenwoordigt.

### 3.4. Bestuurlijke verantwoordelijkheid bij inrichting van zorg

#### 3.4.1. Bestuurlijke verantwoordelijkheden kwaliteit van zorg

De formele bestuurlijke verantwoordelijkheden zijn vastgelegd in de statuten en in verschillende wetten. Samengevat kan op basis van deze statuten en wetten gesteld worden dat het bestuur van de zorgbedrijven verantwoordelijk is voor de uitvoering van de zorg. De Raad van Bestuur is extern en intern aanspreekbaar op de kwaliteit van zorg aan alle cliënten. Dat maakt dat de Raad van Bestuur gehouden is om te allen tijde een actueel en sluitend beeld te hebben van de stand van de kwaliteit van zorg.

#### 3.4.2. Beleidsverantwoordelijkheid kwaliteit van zorg

De overkoepelende verantwoordelijkheid voor het opstellen, evalueren en bijstellen van alle geldende 'spelregels' op het gebied van kwaliteit van zorg ligt bij de manager behandelingen in samenwerking met de raad van bestuur. Dit zal geschieden op basis van externe ontwikkelingen en input van de zorgprofessionals binnen Phitaal. Nieuw beleid zal daarbij altijd getoetst worden binnen overlegstructuren en medezeggenschap alvorens het geïmplementeerd wordt.

### 3.4.3. Medezeggenschap

Medezeggenschap van collega's en cliënten is ingericht op alle niveaus van Phitaal. Hierbij ziet Phitaal medezeggenschap als een waardevolle en zeer noodzakelijke toevoeging op beleidsvorming en besluitvorming, los van wettelijke vereisten.

### 3.5. Van en voor zorgprofessionals

Het professioneel statuut geeft weer hoe Phitaal invulling geeft aan de verantwoordelijkheid van de zorgprofessionals:

- Zorgprofessionals hebben een eigen professionele verantwoordelijkheid en hebben binnen de kaders van Phitaal de ruimte hun werk zelf vorm te geven;
- Zorgprofessionals laten zich op hun professionele verantwoordelijkheid aanspreken door cliënten, naasten en andere zorgprofessionals;
- Zorgprofessionals werken multidisciplinair en met leidinggevendenden samen.

Dit professioneel statuut beschrijft de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van zorgprofessionals. Leidend principe is de positie van zorgprofessionals, die bevoegdheden en verantwoordelijkheden hebben die onder andere in de wet BIG verankerd zijn.

Het belangrijkste doel van dit professioneel statuut is om kaders te beschrijven die nodig zijn om de zorg uit te voeren volgens de professionele eisen, in een klimaat van continue reflectie en structureel leren en verbeteren.

### 3.6. Complexiteit van zorg

In het LKS GGZ wordt langs twee assen de complexiteit van de zorg bepaald:

- **Complexiteit van problematiek:**
  - *Laagcomplex:* Enkelvoudige problematiek waarbij de behandeling duidelijk en beschikbaar is. Er kunnen meerdere problemen zijn, de interactie hiertussen staat echter niet op de voorgrond.
  - *Hoogcomplex:* Ernstige problematiek met een hoge mate van co- en/of multi-morbiditeit op diverse gebieden.
- **Complexiteit van zorgaanbod:**
  - *Laagcomplex:* Voorspelbaar aanbod. Vaak kortdurend en monodisciplinair.
  - *Hoogcomplex:* Dynamische interventies met een weinig voorspelbaar beloop. Over het algemeen multidisciplinair en van lange duur waarbij voortdurende reflectie en structureel verbeteren aangewezen is.

Op basis van de assen zijn denkbeeldige categorieën te maken waarmee inzichtelijk wordt dat eisen aan de zorg veranderen door complexiteit.

	Laagcomplex aanbod	Hoogcomplex aanbod
Laagcomplex problematiek	Categorie A	Inefficiënte zorg
Hoogcomplex problematiek	Categorie B	Categorie C

## 4. De verantwoordelijkheidsverdeling binnen het zorgproces

### 4.1. De cliënt

De cliënt is deskundig over zichzelf en diens problematiek. De cliënt is volgens de WGBO verantwoordelijk om de zorgprofessional juist en volledig te informeren over alle zaken die relevant zijn voor een goede behandeling. De zorgprofessional zal de cliënt ondersteunen om de regie te nemen zodat de cliënt zelf kan bepalen hoe en wanneer de informatie gedeeld wordt. Hiertoe dient de cliënt goed geïnformeerd te zijn en is onder andere geregeld dat de cliënt toegang heeft tot het dossier, bijvoorbeeld via het cliëntenportaal.

### 4.2. De zorgprofessional

De zorgprofessional is een collega die direct of indirect beroepsmatig betrokken is bij de directe zorg voor cliënten:

- Het werkgebied van de zorgprofessional wordt zowel bepaald door de competenties die door professionele opleiding en ervaring zijn verworven als door de functie die binnen die competenties vervuld wordt.
- De zorgprofessional is voor de cliënt aanspreekbaar op diens handelen.
- De zorgprofessional is verantwoordelijk voor zorg die voldoet aan de professionele standaard (beroepsprofiel, beroepscode) van de eigen beroepsgroep.
- De zorgprofessional is zelf verantwoordelijk voor het op peil houden van de kwaliteit van de beroepsuitoefening, de werkgever biedt de collega's die in loondienst zijn hiertoe de randvoorwaarden.
- Wanneer de zorgprofessional goede zorg verleent en zich houdt aan de wettelijke en organisatieregels, wordt de zorgprofessional beschermd en gesteund bij interne of externe toetsing.
- De zorgprofessional houdt zich aan regels die bij Phitaal zijn vastgelegd over organisatie, inhoud en registratie van zorg.
- De zorgprofessional kent de professionele grenzen, weet wanneer andere zorgprofessionals ingeschakeld moeten worden, behandelt en begeleidt vanuit een zorgplan (dat samen met de cliënt is opgesteld) en houdt het dossier goed bij. Hierbij kent eenieder zijn verantwoordelijkheid voor het eigen deel van het zorgplan en het tijdig evalueren hiervan.
- De onderlinge taakverdeling moet helder zijn. Als meerdere zorgteams betrokken zijn bij de hulpverlening aan een cliënt, ongeacht of deze van binnen of buiten instelling zijn, dient in elk zorgplan vastgelegd te worden bij wie op welk moment voor welk onderdeel de verantwoordelijkheid ligt. Hierover dient zo vaak als nodig afstemming te zijn tussen de betrokken zorgprofessionals.
- Elke zorgprofessional wordt geacht deel te nemen aan intervisie. In de intervisie stelt de zorgprofessional zich open en toetsbaar op ten aanzien van de eigen kwaliteiten, deskundigheid, het functioneren in het team en problemen bij de behandeling van een cliënt. Phitaal faciliteert intervisie voor collega's die in loondienst zijn, dat wil zeggen dat hier tijd voor geboden wordt en ondersteuning als dit nodig is.
- De regiebehandelaar dient minimaal tweemaal per jaar te reflecteren op het werk als indicierend of coördinerend regiebehandelaar in een Lerend Netwerk Bijeenkomst.
- De zorgprofessional kan deelnemen aan de Professionele Adviesraad (PAR). De raad van bestuur ziet de PAR als een belangrijke partner bij het continu verbeteren van de kwaliteit van zorg.
- In overeenstemming met de eisen van de beroepsgroep en de eisen van het LKS, is iedere zorgprofessional verantwoordelijk voor zijn eigen (tijdige) na- en bijscholing en herregistratie daar waar dit aan de orde is. Voor collega's in loondienst wordt dit door de organisatie ondersteund, zoals beschreven in het opleidingsbeleid.
- De organisatie respecteert de professionele autonomie en verantwoordelijkheid van de zorgprofessional bij de zorg voor individuele cliënten.



De professionals hebben verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden voortvloeiend uit het deskundigheidsgebied waarvoor zij zijn opgeleid. Zij horen binnen de grenzen van het eigen 'kennen en kunnen' te blijven. Het deskundigheidsgebied van geregistreeerde hulpverleners is in de wet BIG nader omschreven. Er kunnen zich bepaalde noodsituaties voordoen waarbij noodzakelijk professioneel handelen buiten deze grenzen te rechtvaardigen is, maar ook hier geldt 'transparant tijdens' en 'toetsbaar achteraf'.

- Als een BIG-geregistreeerde professional tekortschiet kan hij in juridische zin ter verantwoording geroepen worden door het tuchtcollege, de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en/of de civiele- of strafrechter.
- Als een niet-BIG geregistreeerde hulpverlener tekortschiet kan hij worden aangesproken door de IGJ en/of de civiele- of strafrechter.

De werkgever kan de zorgprofessional als werknemer binnen het arbeidsrecht aanspreken op zijn handelen. De professional houdt zich aan de taken zoals overeengekomen met Phitaal. Hij voert taken uit in relatie tot de cliënt zoals vastgelegd in het individuele zorgplan, in overeenstemming met de geldende professionele standaard en de binnen Phitaal vastgestelde beleidskaders en/of protocollen.

Zodra de grens van het eigen 'kennen en kunnen' in zicht komt, heeft de zorgprofessional de verantwoordelijkheid om tijdig een ter zake meer deskundige collega-professional in te schakelen. Dit wordt verder toegelicht in paragraaf 4.11 rondom 'consultatie'.

#### 4.4. De indicerend en coördinerend regiebehandelaar

Het LKS GGZ beschrijft twee verschillende rollen in het regiebehandelaarschap. Ten aanzien van de uitvoering geldt een overgangsregeling ten aanzien van de beroepsgroepen die deze rollen van het regiebehandelaarschap kunnen uitvoeren. Desondanks worden deze verschillende rollen in onderstaande passages verder geduid.

Binnen het zorgproces kunnen twee centrale onderdelen worden onderscheiden, de diagnostiekfase en de behandel fase, met daarnaast de reflectie of evaluatie die op gezette tijden of zo nodig tussendoor plaatsvindt (en indien geïndiceerd gevolgd door afsluiten van het zorgproces).

- **Diagnostiekfase:** De probleemanalyse, indicatiestelling met het vaststellen van een diagnose, de best passende behandeling en reflectie daarop;
- **Behandel fase:** De behandeling zelf, waarbij goede coördinatie, reflectie, evaluatie en laagdrempelige bereikbaarheid van belang zijn.

Deze twee onderdelen van het zorgproces hangen nauw met elkaar samen, maar kennen eigen kwaliteitsaspecten die voor de regievoering verschillende competenties vereisen.

Hieruit volgt dat er twee rollen te onderscheiden zijn, de indicerende rol en de coördinerende rol, zoals ook beschreven in het LKS GGZ.

- **De indicerende regiebehandelaar:** De regiebehandelaar in deze rol analyseert op basis van professionele kennis en ervaring samen met de cliënt en naasten het probleem, zo nodig met anderen en andere deskundigen. De regiebehandelaar draagt zorg voor een probleemanalyse, een diagnose en stelt een zorgplan op hoofdlijnen voor behandeling op. Uitgangspunt is een herstelgerichte insteek en persoonsgerichte benadering waarbij de uiteindelijke gezamenlijke keuze gebaseerd op actuele wetenschappelijke kennis (evidence based), klinische praktijk (practice based), de expertise van de zorgprofessional (expert based) en de ervaring van de cliënt en diens sociale omgeving (experience based) en waarbij kennis over doelmatigheid van zorg wordt meegewogen.
- **De coördinerende regiebehandelaar:** De regiebehandelaar zorgt in deze rol voor goede afstemming en coördinatie van het zorgaanbod en waar nodig de samenwerking tussen de betrokken

zorgprofessionals uit verschillende disciplines. Waar nodig werkt de coördinerend regiebehandelaar het zorgplan op meer gedetailleerd niveau uit. Daarnaast reflecteert de coördinerende regiebehandelaar regelmatig samen met de cliënt en zo mogelijk zijn naasten op de behandeling, stelt waar nodig het zorgplan bij en beëindigt de behandeling als deze verloopt zoals verwacht en vastgelegd in het zorgplan. De coördinerende regiebehandelaar is het centrale aanspreekpunt voor de cliënt en zijn naasten.

De indicierend regiebehandelaar is primair verantwoordelijk en de coördinerend regiebehandelaar subsidiair verantwoordelijk dat een overdracht van de cliënt van indicierend naar coördinerend regiebehandelaar adequaat en bij voorkeur warm geschiedt.

Wanneer beide rollen door dezelfde zorgprofessional worden ingevuld, worden er afspraken gemaakt om te zorgen dat reflectie, evaluatie en escalatie in voldoende mate kunnen plaatsvinden in het Lerende Netwerk. Het participeren in een Lerend Netwerk is in dit geval de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar, management is gehouden om dit mogelijk te maken en te ondersteunen.

De indicierend regiebehandelaar blijft bij voorkeur de gehele behandeling beschikbaar bij vragen van de coördinerend behandelaar of bij onverwachte wijzigingen in de behandeling (zoals crisis of nieuwe zorgvragen).

#### **4.5. Verantwoordelijkheden van de regiebehandelaars in het zorgproces**

In dit statuut wordt er een onderscheid gemaakt in de verschillende fasen van zorg, te weten de diagnostiek- en de behandelfase. De verantwoordelijkheden van de regiebehandelaars zijn gekoppeld aan deze verschillende fasen.

##### **4.5.1. De diagnostiekfase**

In deze fase vinden de intakes plaats met als uitkomst een probleemanalyse en indicatiestelling en, als aan de voorwaarden wordt voldaan, een zorgplan. De indicierend regiebehandelaar is verantwoordelijk voor deze fase. Voor de indicerende regiebehandelaar gelden in het kader van de probleemanalyse en indicatiestelling de volgende taken:

##### **1. Probleemanalyse:**

- Het samen met de cliënt, naasten en eventueel met andere medebehandelaren (waar nodig ook de verwijzer) in kaart brengen van de problematiek;
- Zorgdragen dat indien geïndiceerd, diagnostische instrumenten afgenomen en gebruikt worden;
- Het samen met de cliënt en eventueel met andere behandelaars vaststellen van de zorgbehoefte en het doel van de behandeling;
- Het zorgdragen voor een door alle betrokkenen gedeelde conclusie, die het vertrekpunt is voor de diagnose en voor passende behandeling.

##### **2. Indicatiestelling:**

- De afweging maken of de zorgvraag van de cliënt en de complexiteit van de situatie aansluiten bij het beschikbare zorgaanbod. Als bij de betreffende zorgaanbieder geen passend aanbod is, verwijst de indicierend regiebehandelaar terug naar de huisarts of adviseert een andere zorgaanbieder met een beter passend zorgaanbod (bijvoorbeeld een andere specifieke deskundigheid) of een aanbod of hulpbron buiten de zorg;
- In dialoog met de cliënt bespreken, vaststellen en organiseren van interventies en activiteiten, indien geïndiceerd ook ten behoeve van de diagnostiek;
- Het vaststellen van de diagnose, vastgelegd met behulp van een of meer DSM-5 classificatie(s);
- Het in samenspraak met de cliënt en zo mogelijk diens naasten en eventuele medebehandelaar en geconsulteerde collega's opstellen en vaststellen van de richting en de contouren van het zorgplan;

- De cliënt dient toestemming voor het zorgplan te geven en dit wordt geregistreerd in diens dossier;
- Mocht de cliënt niet direct na diagnostiek in behandeling kunnen worden genomen, dan is de indicierend regiebehandelaar de eerstverantwoordelijke zorgprofessional voor de zorg van de cliënt in de tussentijdse periode. De indicierend regiebehandelaar gaat hierbij na welke tussentijdse zorg nodig en mogelijk is voor de cliënt;
- Wanneer er wachttijd voor de behandeling is, wordt afgesproken hoe de cliënt zo nodig om hulp kan vragen;
- Uitkomst kan ook zijn dat cliënt wordt terugverwezen naar de huisarts of wordt doorverwezen naar elders;
- Schriftelijk terugkoppelen aan de verwijzer als het zorgplan is vastgesteld. Hiervoor dient expliciete toestemming gegeven te worden door de cliënt;
- In het zorgplan worden ook de afspraken opgenomen wanneer er meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd betrokken zijn bij de behandeling van de cliënt. Ook worden eventuele crisisafspraken opgenomen;
- De behandelverantwoordelijkheid en de verdeling van taken wordt vastgelegd in het Zorgplan. Met de cliënt en zo mogelijk diens naasten wordt besproken hoe te handelen wanneer de toestand wijzigt;
- Bij verschillende meningen of inzichten over de in te stellen behandeling heeft de indicierend regiebehandelaar de doorslaggevende stem. Dit gebeurt altijd in samenspraak en met instemming met de cliënt).

### **3. Evaluatie:**

- De uitkomst van de diagnostiekfase wordt besproken met cliënt (en naasten) en is onderwerp van reflectie en evaluatie.

#### **4.5.2. Behandelfase en evaluatiemomenten**

Na het samen met de cliënt vaststellen van het zorgplan volgt de behandelfase. Afhankelijk van de problematiek zijn vaak meerdere zorgprofessionals betrokken, die allemaal hun eigen verantwoordelijkheid hebben voor het deel van de zorg dat zij verrichten. Een centraal aanspreekpunt voor de cliënt en diens naasten is cruciaal, evenals onderlinge afstemming tussen zorgprofessionals, coördinatie van de activiteiten rond de behandeling en reflectie hierop. Deze centrale coördinatie wordt ingevuld door de coördinerende regiebehandelaar.

Onderstaand worden de taken van de coördinerend regiebehandelaar uiteengezet:

#### **1. Centraal aanspreekpunt:**

- Centraal aanspreekpunt voor de cliënt en diens naasten bij vragen of verzoeken.
- Eerste aanspreekpunt voor andere zorgprofessionals binnen en buiten het directe behandelteam.
- Zo vaak als nodig met de cliënt en diens naasten het beloop van de behandeling evalueren.
- Fungeren als contactpersoon voor de cliënt en diens naasten, als er veranderingen zijn in de behandeling of als er een wisseling van zorgprofessionals plaatsvindt.
- Zorgen dat vervanging of opvolging geregeld is bij (ongeplande) afwezigheid van de coördinerend regiebehandelaar.

#### **2. Coördinatie:**

- Toezien op de uitvoering van het opgestelde zorgplan.
- Waar nodig op meer gedetailleerder niveau uitwerken van het zorgplan.
- Monitoren van de voortgang van behandeling en begeleiding.
- Coördineren van zorg, met name op dynamische momenten, zoals na bijstelling van het zorgplan of bij het afronden van de behandeling.

- Zich regelmatig laten informeren door de betrokken zorgprofessionals over de voortgang van de behandeling of over belangrijke ontwikkelingen. De coördinerend regiebehandelaar maakt hierover met de betreffende zorgprofessionals afspraken die indien nodig worden vastgelegd in het dossier.
  - Voorbereiden en vormgeven van het Multidisciplinair overleg (MDO)
  - Zorgen voor een goede overdracht van gemaakte afspraken, als er een wisseling tussen zorgprofessionals plaatsvindt en deze afspraken vastleggen in het zorgplan en dossier.
3. Evaluatie en geïndiceerd afsluiten:
- Zorg dragen voor de in het zorgplan vastgestelde reflectiemomenten met cliënt, naasten en eventueel anderen en eventuele extra evaluatiemomenten als dit nodig is.
  - Is bevoegd om samen met de cliënt:
    - Het zorgplan bij te stellen bij kleinere wijzigingen in de behandeling;
    - De behandeling af te sluiten als deze volgens plan verloopt.
  - Als ingrijpende wijzigingen nodig zijn in de uitvoering van het zorgplan, de situatie van de cliënt substantieel wijzigt of de behandeling vastloopt, betreft de coördinerend regiebehandelaar de indicierend regiebehandelaar.
  - Schriftelijk terugkoppelen aan de huisarts en eventueel andere verwijzer als de behandeling is beëindigd, met expliciete toestemming van de cliënt.

#### 4.6. Multidisciplinair overleg

Een structureel overleg waaraan verschillende disciplines deelnemen en waarin cliënten worden besproken, wordt het Multidisciplinair Overleg (MDO) genoemd. Binnen Phitaal onderscheiden wij een plenair en individuele MDO's.

Let wel: ook een ongepland overlegmoment tussen verschillende disciplines met als doel de multidisciplinaire bespreking en toetsing valt onder de definitie.

##### 4.6.1. Multidisciplinaire besprekingen in de praktijk

In de praktijk zijn er verschillende vormen van multidisciplinaire besprekingen, te weten:

- Het wekelijkse plenaire MDO waaraan alle zorgprofessionals van de betreffende vestiging deelnemen. Dit MDO kent een duur van twee uur waarbinnen de gedane intakes (indicatiestelling) en belangrijke signalen naar aanleiding van wijzigingen in het zorgplan worden besproken. Voorafgaand aan dit wekelijkse MDO wordt een agenda opgesteld.
- Elke week worden er twee uur beschikbaar gesteld voor het individuele MDO. In deze uren wordt de zorgprofessionals de gelegenheid geboden om de ingezette behandellijn te evalueren, vraagstellingen van het behandelteam met de regiebehandelaar te bespreken of kleine wijzigingen in de gekozen behandelplan vast te stellen.

Phitaal vindt het van groot belang dat er sprake is van 'shared decision making' (gezamenlijke besluitvorming) met de cliënt gedurende het traject. In dit kader vinden er gemeenschappelijke evaluatiemomenten plaats waarbij de regiebehandelaar, tenminste één andere zorgprofessional van het behandelteam, de cliënt en eventueel diens naaste deelnemen.

##### 4.6.2. Eisen gesteld aan het multidisciplinaire bespreking

- De onderlegger voor de multidisciplinaire bespreking en toetsing van de behandeling is altijd het actuele zorgplan.
- Binnen het wekelijkse plenaire MDO zijn alle zorgprofessionals betrokken. Ten aanzien van het individuele MDO kan de regiebehandelaar bepalen welke disciplines op basis van kwaliteit en veiligheid van zorg redelijkerwijs moeten deelnemen aan de bespreking en draagt zorg dat dit gebeurt.

- Als de regiebehandelaar geen psychiater of klinisch (neuro)psycholoog is, dient de regiebehandelaar rekening te houden met tijdig en in voldoende mate kunnen betrekken van een psychiater of klinisch psycholoog. Dit betekent dat aantoonbaar geregeld dient te zijn dat de beschikbaarheid is geborgd.
- De deelnemers aan en uitkomsten van de multidisciplinaire overleggen dienen eenduidig vastgelegd te worden in het dossier. Wijzigingen in het behandelbeleid worden doorgevoerd in het zorgplan en waar nodig toegelicht.
- Het plenaire MDO vindt wekelijks plaats en kent een duur van twee uur. Daarnaast zijn er twee individuele MDO's met een duur van een uur.

#### 4.7. Monodisciplinair werken

Onder monodisciplinaire hulpverlening verstaan we zorg die hoofdzakelijk vanuit één discipline geleverd wordt. Dat betekent niet dat de cliënt maar door één discipline wordt gezien (buiten de betrokkenheid regiebehandelaar). Deze setting geldt ook als bijvoorbeeld andere disciplines ondersteunen in de diagnostiek of als de regiebehandelaar een andere discipline vertegenwoordigt.

- De doelgroep van monodisciplinair werken zijn cliënten met een relatief lichte tot matige, eventueel licht ernstige problemen. Bij matige problemen is er sprake van waarneembare beperkingen, bij ernstige problemen is er sprake van veel symptomen van het ziektebeeld en uitval en/of substantiële beperkingen in functioneren.
- Deze cliënten hebben een laag tot hooguit matig risico. Dat wil zeggen: er kunnen latente risicofactoren zijn maar in dat geval zijn er beschermende factoren zoals een steunsysteem en/of werk aanwezig.
- Cliënten die monodisciplinair behandeld kunnen worden, hebben een enkelvoudige zorgvraag (geen comorbiditeit die interfereert met de behandeling).

#### 4.8. Medebehandelaar

Een medebehandelaar is een zorgprofessional die betrokken is bij de behandeling anders dan de regiebehandelaar. De medebehandelaar:

- Volgt het behandelbeleid zoals dit is vastgelegd in het zorgplan;
- Draagt zorg voor een adequate en professionele uitvoering van het eigen deel van het behandeltraject, inclusief registratie en administratie;
- De zorgprofessional, ongeacht rol of positie, is gehouden om eigenstandig te handelen als de kwaliteit en/of veiligheid van zorg aan de cliënt gecompromitteerd zijn of bedreigd worden. Hierbij hoort een tijdige escalatie naar de regiebehandelaar en indien nodig naar het management. Ook in geval van twijfel dient altijd hulp ingeroepen te worden van regiebehandelaar en/of management.

#### 4.9. Cliëntendossier

Het vastleggen van cliëntgegevens geschied binnen Phitaal in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Voor dit cliëntendossier geldt

- De cliënt heeft het recht op inzage in het eigen dossier.
- Elke betrokken behandelaar is zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit, actualiteit en volledigheid van de eigen dossiervoering en administratie.
- De zorgprofessional rapporteert en verantwoordt zijn handelen ten aanzien van de cliënt in het betreffende EPD. Het is aan het gezamenlijke multidisciplinaire team om de relevante bevindingen van deze medewerker in het dossier op te nemen. Het EPD is getoetst aan de wettelijke bepalingen inzake de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).
- Phitaal zorgt voor vastgestelde regels ten aanzien van registratie van persoonsgegevens, dossiervorming, inzagerecht en reglementen ter bescherming van persoonsgegevens.
- De zorgprofessional is gehouden aan zijn wettelijke geheimhoudingsplicht ten aanzien van de informatie uit de cliënt – zorgprofessional relatie.

- Het gebruik maken van niet tot de cliënt herleidbare gegevens uit dossiers ten behoeve van wetenschappelijke publicaties dan wel onderzoeken, geschiedt conform de wettelijke bepalingen en het hierop van toepassing zijnde protocol van Phitaal. Voor gebruik van tot de cliënt herleidbare gegevens is schriftelijke toestemming van de cliënt nodig.
- Het verrichten van wetenschappelijk onderzoek in de instelling wordt uitgevoerd namens Phitaal. Voordat Phitaal hiervoor toestemming verleent, worden eerst de geldende procedures doorlopen. Uitvoering van wetenschappelijk onderzoek vindt voor zover van toepassing plaats met inachtneming van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO).

#### 4.10. (Regie)behandelaar; keuzevrijheid en overdracht

Zoals reeds beschreven wordt er voor elke cliënt binnen Phitaal een behandelteam samengesteld. Dit team bestaat uit de regiebehandelaar(s) en een of meerdere medebehandelaars. Ten aanzien van dit behandelteam geldt:

- De cliënt heeft het recht om een andere (regie)behandelaar te kiezen. Bovendien hechten we veel waarde aan de kwaliteit van de therapeutische relatie en daarom zullen we bij voorkeur de cliënt een stem willen geven in de keuze van de regiebehandelaar.
- Vanwege het belang van continuïteit van zorg is een wisseling van (regie)behandelaar in beginsel ongewenst. Dit geldt logischerwijs vooral voor de coördinerend regiebehandelaar, aangezien de indicierend regiebehandelaar korter bij het behandeltraject betrokken is. Een wisseling van zorgprofessional als de indicierend en coördinerend regiebehandelaar niet dezelfde persoon zijn, zien we niet als onwenselijk. Een wisseling van regiebehandelaar geschiedt na het informeren van de cliënt en eventueel naasten.
- Het wisselen van (regie)behandelaar kan aangewezen zijn bij:
  - Een nieuwe fase van de behandeling;
  - Een wijziging in het zorgplan, met als gevolg wijziging van de zorgprofessional(s) of van het zwaartepunt in de behandeling;
  - Een verzoek van de cliënt en/of (regie)behandelaar;
  - Het gedurende langere tijd niet, of niet meer beschikbaar zijn van de (regie)behandelaar (bijvoorbeeld in geval van ziekte, overplaatsing of ontslag).
- Bij wisseling van (regie)behandelaarschap is de overdragende (regie)behandelaar verantwoordelijk voor een goede overdracht van alle gemaakte afspraken en legt deze vast in het dossier.
- Wanneer in de fase van de behandeling – waarbij de indicerende regiebehandelaar niet (meer) actief betrokken is bij de behandeling – de indicerende regiebehandelaar vertrekt, dient er altijd een nieuwe indicierend regiebehandelaar aangewezen te worden. Hierdoor is duidelijk wie de coördinerend regiebehandelaar kan consulteren als hier een reden voor is. Het staat de nieuwe indicierend regiebehandelaar vrij om alvast kennis te maken met de cliënt. Hier is geen strikte noodzaak toe aangezien er nog geen verantwoordelijkheid op deze nieuwe indicierend regiebehandelaar rust.
- Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling tussen behandelaren heeft de indicierend regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem, echter niet eerder dan nadat alle betrokken deskundigen gehoord zijn. Zie de latere passage in dit statuut voor die situatie waarbij een verschil van mening of inzicht niet op deze manier kan worden opgelost.
- De regiebehandelaar draagt niet de verantwoordelijkheid voor de door andere zorgprofessionals tijdens het behandeltraject uitgevoerde afzonderlijke verrichtingen en interventies. Daarvoor zijn en blijven die andere zorgprofessionals zelf ten volle verantwoordelijk, maar ook hier heeft eenieder de verantwoordelijkheid om te signaleren.

#### 4.11. Consultatie

In deze paragraaf staan situaties beschreven waarin een zorgprofessional een andere zorgprofessional moet consulteren. De tekst is bedoeld als richtlijn, zoals eerder vermeld geldt de verplichting voor elke

zorgprofessional om hulp in te schakelen als dat nodig is en zo vaak als dat nodig is in het belang van de kwaliteit en veiligheid van zorg.

Algemene regels bij het invoeren van consultatie:

- De vragende zorgprofessional is verantwoordelijk voor het actief informeren van de te consulteren collega.
- De consulterende en geconsulteerde zorgprofessional bepalen in gezamenlijkheid of de cliënt ook gezien moet worden. De verantwoordelijkheid voor het besluit hierover ligt bij de geconsulteerde zorgprofessional mits en voor zover die hoger in rang is.
- De geconsulteerde zorgprofessional kan op basis van bevoegdheden voortvloeiend uit wet- en regelgeving casu quo dit statuut besluiten om de cliënt te zien zonder dat dit gevraagd is of (een specifiek deel van) de behandeling waarop de consultvraag betrekking heeft, over te nemen. Dit is alleen mogelijk na overleg met de regiebehandelaar.
- Bij twijfel wordt altijd voor de zekerheid consultatie gevraagd.

#### **4.11.1. Raadplegen van de coördinerend of indicierend regiebehandelaar**

Een zorgprofessional raadpleegt in ieder geval de coördinerend regiebehandelaar:

- Wanneer de cliënt om een gesprek met de coördinerend regiebehandelaar vraagt.
- Bij andere ontwikkelingen die niet in het zorgplan zijn voorzien.

De coördinerend regiebehandelaar raadpleegt in ieder geval de indicierend regiebehandelaar:

- Wanneer de behandeling stagneert of er een andere niet voorziene ontwikkeling is in de behandeling, bijvoorbeeld bij een verslechtering van de problematiek.
- Wanneer er sprake is van verbetering van de symptomen zodanig dat de behandeling waarschijnlijk eerder afgesloten kan worden.

#### **4.11.2. Raadplegen van een specifieke rol of discipline**

De regiebehandelaar betreft de manager behandelingen:

- Wanneer er sprake is van een risicovolle ontwikkeling waarbij overwogen wordt het beroepsgeheim te doorbreken.
- Bij een suïcide of een tentamensuïcide met ernstige gevolgen, zie het crisis- en opvangprotocol.

Als de regiebehandelaar geen psychiater, klinisch psycholoog of verpleegkundig specialist GGZ is, is consultatie van een van deze disciplines aan de orde wanneer:

- Wanneer er gevaar dreigt voor anderen of voor de cliënt (waaronder suïcidegevaar, in ieder geval vanaf ambivalent).

De regiebehandelaar betreft een psychiater:

- Wanneer de cliënt acuut psychotische, manische of ernstig depressieve symptomen heeft, waarin niet voorzien is in het zorgplan.
- Wanneer bij een psychiatrisch ziektebeeld sprake is van acute verergering van de symptomen.

Een regiebehandelaar raadpleegt in ieder geval een andere regiebehandelaar in de volgende gevallen:

- Een psychiatrisch ziektebeeld waar sprake is van verergering, wijziging van de symptomen of onverwacht uitblijven van verbetering en er een vermoeden bestaat op somatische comorbiditeit, als een lichamelijke ziekte of klacht de diagnostiek compliceert.

- Alle gevallen waarin twijfel is gerezen en de regiebehandelaar consultatie en collegiale steun nodig heeft.

#### 4.12. Crisisbeoordelingen

Bovengenoemde consultaties kunnen het karakter van een crisisbeoordeling hebben. Binnen kantoorlijden wordt dit in principe binnen het team opgelost volgens, in overeenstemming met de onderlinge afspraken en volgens dit statuut.

Ten aanzien van crises buiten kantooruren dienen er goede afspraken te worden gemaakt met de cliënt indien van toepassing (bij het vaststellen van het zorgplan of in een signaleringsplan) en met netwerkpartners gericht op deze zorg.

#### 4.13. Meerdere voorschrijvers van medicatie

In geval er meerdere voorschrijvers betrokken zijn die medicatie voorschrijven aan een cliënt dan geldt de volgende procedure:

1. Als een van de voorschrijvers ook regiebehandelaar is, dan is deze de eerst aanspreekbare behandelaar met betrekking tot het medicatiebeleid.
2. Als 1 niet geldt dan is de betrokken psychiater de eerst aanspreekbare behandelaar.
3. Indien het gaat om medicatie buiten het eigen kennisgebied is overleg met een andere voorschrijver aangewezen, eventueel een interne arts of extern betrokken medici.

#### 4.15. Meningsverschillen – Escalatieprocedure

Wanneer er sprake is van een meningsverschil ten aanzien van de inhoud van zorg is er een escalatieprocedure voorzien. Onderstaand wordt deze procedure toegelicht.

- De indicierend regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de diagnostiek en het vaststellen van het zorgplan, de coördinerend regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het coördineren en uitvoeren van individuele behandelbeleid. In situaties waarin de (coördinerend of indicierend) regiebehandelaar, klinisch psycholoog of de psychiater geraadpleegd dient te worden of in situaties met een spoedeisend karakter beslist degene die geraadpleegd wordt. De psychiater bepaalt ook of de situatie als spoedeisend wordt aangemerkt.
- Iedere hulpverlener is verantwoordelijk voor adequate multidisciplinaire samenwerking in het kader van de behandeling. In overlegsituaties over diagnostiek en behandeling spant eenieder zich in om de hulpverleners zoveel mogelijk op één lijn te krijgen, waarbij afhankelijk van de fase in het zorgproces de indicierend- of coördinerend regiebehandelaar de voorzittersrol op zich neemt.
- Wanneer een hulpverlener desondanks van mening is, dat het vastgestelde beleid niet in overeenstemming is met de wet- en regelgeving, de richtlijnen en/of het eigen geweten, dan heeft de hulpverlener de mogelijkheid de regiebehandelaar te laten weten, dat de medewerking aan de behandeling gestaakt wordt. De regiebehandelaar is dan verantwoordelijk voor het garanderen van een adequate behandeling van de cliënt door een andere hulpverlener en zo nodig ziet de regiebehandelaar de cliënt op dat moment zelf.
- Een hulpverlener kan zich wenden tot de regiomanager, wanneer de hulpverlener zich niet kan neerleggen bij het besluit van de regiebehandelaar of wanneer de hulpverlener meent, dat bepaalde regels of gewoonten in strijd zijn met de eisen van een zorgvuldige hulpverlening volgens, in overeenstemming met zijn professionele standaard of beroepscode.
- Als dit voor een van de betrokkenen niet tot een bevredigende oplossing leidt, kan deze zich wenden tot de manager behandelzaken en in het uiterste geval tot de raad van bestuur.



#### 4.16. Digitalisering

- Phitaal ziet de inzet van digitale middelen als een mogelijkheid om de zorg efficiënter, beter en/of toegankelijker te maken. Hierbij zal Phitaal altijd een bewuste afweging maken om al dan niet digitale middelen in te zetten; er moet sprake zijn van een aantoonbaar positief effect op de zorg en niet ‘digitaliseren om het digitaliseren’.
- De zorgprofessional is zich bewust van de aanvullende eisen die werken met digitale middelen aan de hulpverlening kan stellen. Zoals extra zorgvuldigheid ten aanzien van (informatie) veiligheid of aanvullende kennis die nodig is bij de hulpverlener zelf of bij de cliënt om de digitale middelen te gebruiken.
- De zorgprofessional gebruikt alleen de door Phitaal ter beschikking gestelde en/of goedgekeurde middelen volgens de Phitaal voorschriften.

## 5. Specifieke bepalingen professioneel statuut

### 5.1 Voorwaardenscheppend

- De raad van bestuur en het management zullen de professionele autonomie zoals gedefinieerd in dit professioneel statuut respecteren;
- De raad van bestuur en het management verschaffen de zorgprofessionals, binnen de mogelijkheden van de instelling, de noodzakelijke materiële en personele voorzieningen en scheppen de organisatorische kaders en systemen, nodig voor een passende professionele beroepsuitoefening. Deze voorzieningen en kaders worden op een zodanig peil gehouden, dat de veilige, doeltreffende, doelmatige en cliëntgerichte zorg gewaarborgd blijft.
- De raad van bestuur en het management en de zorgprofessionals zullen zich tot het uiterste inspannen om zowel de continuïteit van zorg, als het effectueren van vakantie- en verlofrechten te realiseren.

### 5.1. De zorgverlening

- De zorgprofessional respecteert in de relatie tot de cliënt de wensen en eigen inbreng van de cliënt op grond van diens ervaringsdeskundigheid.
- De zorgprofessional betreft voor zover van toepassing actief de naasten van de cliënt bij de hulpverlening, dit uiteraard na toestemming van de cliënt.
- De zorgprofessional draagt zorg voor voldoende uitleg op begrijpelijk niveau aan de cliënt en eventuele naasten over de voorgenomen behandeling.
- De zorgprofessional behandelt alleen na verkregen toestemming van de cliënt. Indien nodig overlegt de professional met de huisarts of de verwijzer.
- De zorgprofessional draagt zorg voor een met de cliënt besproken zorgplan dat voldoet aan de wettelijke eisen. Tevens draagt hij zorg voor een methodische evaluatie van dit zorgplan waarbij de cliënt betrokken wordt.
- De zorgprofessional geeft geen informatie aan derden, dan met toestemming van de cliënt nadat die gerichte informatie eerst besproken is met de cliënt, tenzij wettelijke bepalingen een uitzondering nodig maken, dit conform de bepalingen in de WGBO, de AVG en het privacyreglement van Phitaal. In het kennismakingsgesprek met de cliënt wordt deze geïnformeerd over de mogelijkheid dat informatie aan huisarts en/of verwijzer wordt verstrekt.
- De zorgprofessional zal zijn cliënten behandelen, waar nodig in multidisciplinair verband. De regiomanager draagt er zorg voor dat er per cliënt een regiebehandelaar is, die ervoor zorg draagt dat in overleg met de cliënt een zorgplan wordt opgesteld en uitgevoerd.

- De zorgprofessional behandelt cliënten onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid, binnen de grenzen van het eigen ‘kennen en kunnen’, in overeenstemming met de geldende professionele standaarden.
- De zorgprofessional schakelt indien de grenzen van het eigen ‘kennen en kunnen’ overschreden dreigen te worden een deskundige collega in.
- De zorgprofessional die door een collega wordt ingeschakeld wordt geacht zijn specifieke deskundigheid in te zetten.
- De zorgprofessional handelt conform de wettelijke bepalingen die gelden voor de hulpverlener – cliënt relatie.
- De zorgprofessional draagt binnen zijn verantwoordelijkheidsgebied bij aan de totstandkoming en het onderhouden van externe relaties zodat, indien van toepassing, een goede overdracht van cliënten naar collega-instellingen, dan wel collega-hulpverleners gewaarborgd is.
- De zorgprofessional werkt desgevraagd mee aan het tot stand komen en implementeren van (zorginhoudelijke) richtlijnen en protocollen die instelling breed geldig kunnen zijn.

### 5.3. De professionele standaard

- De zorgprofessional is verantwoordelijk voor het op peil houden van zijn bekwaamheid en het eigen ‘kennen en kunnen’. Hij zorgt er in dit kader voor dat hij, voor zover van toepassing, geregistreerd blijft. De regiomanager stelt de professional in de gelegenheid zijn bekwaamheid op peil te houden middels het geldende opleidingsbeleid van Phitaal, dit conform de criteria die hiervoor bepaald zijn in de wet BIG, de eisen van de beroepsgroep. Monitoring hiervan vindt plaats in de systematiek van ontwikkelgesprekken.
- De zorgprofessional toetst zijn hulpverlenend handelen regelmatig aan bewezen effectieve behandelmethoden en consensus hierover binnen zijn beroepsgroep.
- De regiomanager stelt de zorgprofessionals in de gelegenheid regelmatig met elkaar te overleggen over vakinhoudelijke ontwikkeling, dit om vakinhoudelijke- en praktijkkennis op peil te houden en te gebruiken.

### 5.4. Procesverantwoordelijkheden

- De zorgprofessionals functioneren als onderdeel van hun omschreven taken, conform de daarvoor geldende reglementen.
- De zorgprofessional draagt zorg voor een goede dossiervorming en informatieoverdracht (met toestemming van de cliënt) indien andere professionele medewerkers in de gezondheidszorg bij de behandeling betrokken zijn.
- De zorgprofessional zal bij doorverwijzing van de cliënt overleg plegen met de in te schakelen collega hulpverlener over deze verwijzing.
- Bij te voorziene afwezigheid draagt de zorgprofessional zorg voor een adequate overdracht en voor toegankelijke informatie ten behoeve van degenen die hem waarnemen of vervangen.
- De waarnemende zorgprofessional heeft voor wat betreft de zorg aan de cliënt gedurende de tijd die wordt waargenomen, dezelfde verantwoordelijkheid als de oorspronkelijke zorgprofessional.

### 5.5. Organisatie

- De zorgprofessional werkt actief mee aan de kwantitatieve rapportage en registratie van zijn verrichtingen volgens de daarvoor binnen Phitaal geldende afspraken.
- De zorgprofessional werkt binnen de beleidskaders van Phitaal. Professionals in opleiding dienen zich bovendien te houden aan de vigerende regelingen op het gebied van bevoegdheden en verantwoordelijkheden.
- De zorgprofessional houdt zich aan de afspraken zoals vastgelegd in vastgestelde protocollen en richtlijnen met inachtneming van de noodzaak daar in voorkomende gevallen in het belang van de

cliënt van af te wijken. Zowel handelen volgens protocol of richtlijn, als het daarvan afwijken, moet door de professional worden verantwoord in de verslaglegging in het EPD.

- De zorgprofessional levert een bijdrage aan de ontwikkeling, vormgeving en uitvoering van het instellingsbeleid ten aanzien van behandeling, zowel vanuit zijn beroepsgroep als in meer algemene zin.
- De zorgprofessional is verplicht zich bij de uitvoering van zijn werkzaamheden te houden aan de aanwijzingen welke door of namens de raad van bestuur worden gegeven. Mochten bedoelde aanwijzingen door de professional als onredelijk worden ervaren, dan kan hij zich, in overleg met zijn leidinggevende, wenden tot degene die de aanwijzingen namens raad van bestuur heeft gegeven of tot de raad van bestuur zelf.
- De zorgprofessional is gehouden op kosteneffectieve wijze gebruik te maken van de hem beschikbare middelen en bij te dragen aan een efficiënte bedrijfsvoering. Hij draagt er mede zorg voor dat vastgestelde budgetten niet worden overschreden.
- De zorgprofessional verschaft al die gegevens die nodig zijn voor een goede bedrijfsvoering volgens de daarvoor geldende richtlijnen en regels.
- De zorgprofessional houdt zich bij extern optreden aan de afspraken en regels die gelden betreffende contacten met pers, media of andere instanties, vastgelegd in het persprotocol.
- De zorgprofessionals werken mee aan de totstandkoming en uitvoering van het kwaliteitsstatuut en kwaliteitsbeleid van Phitaal.
- Door of namens raad van bestuur wordt toegezien op naleving van vastgestelde regelgeving.
- Het professioneel statuut is onverbreekelijk verbonden met de arbeidsovereenkomst tussen Phitaal en de zorgprofessional.

## 6. Evaluatie

Het professioneel statuut is een levend document dat voortdurend aangepast dient te worden aan de actuele inzichten in beroepsstandaarden, wetten en de organisatie van Phitaal. Om die reden is het essentieel dat het statuut jaarlijks wordt geëvalueerd en geactualiseerd.

Bij de evaluatie is naast de inhoud ook aandacht voor de leesbaarheid en bruikbaarheid van het professioneel statuut als naslagwerk voor collega's. De raad van bestuur en de manager behandelzaken nemen hierbij het voortouw.

# Bijlage 1: Verantwoordelijkheid vanuit wet- en regelgeving

## 1. Algemene principes

### 1.1. Goed hulpverlenerschap

Het wettelijke fundament van goede zorg is gelegd in het Burgerlijk Wetboek, zie de volgende passage uit het Burgerlijk Wetboek:

*BW Boek 7- artikel 453-1 – 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 en kwaliteitsstandaarden als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.*

Hiermee is vastgelegd dat elke zorgprofessional, ongeacht functie, positie of opleiding, gehouden is om zo goed mogelijk de zorg uit te voeren. Deze verplichting geldt de zorgprofessional persoonlijk en gaat boven alle andere verplichtingen die bij de uitvoering van het hulpverlenerschap kunnen optreden. Hiermee wordt ook de eigen verantwoordelijkheid bevestigd: een zorgprofessional mag niets doen waarvan de zorgprofessional zelf niet overtuigd is dat het recht doet aan goede zorg.

Dit geeft de eerste stap weer in de hiërarchie van wetten en regels waaraan hulpverleners zich moeten houden. Er zal nagenoeg altijd sprake zijn van verschillende wetten en regels waaraan voldaan moet worden en soms kan dat niet tegelijk of zijn wetten en/of regels zelfs strijdig. De zorgprofessional dient zich te realiseren dat niet alle wetten en regels even zwaar wegen. In de zorg wegen bijvoorbeeld de Wkkgz, WGBO en wet BIG heel zwaar. Regelgeving als de AVG staat daarentegen lager op de ladder. Echter, het zwaarst weegt het eigen oordeel van de zorgprofessional onder de noemer goed hulpverlenerschap.

### 1.2. Bevoegdheden en de bekwaamheidstoetsing

Een bevoegdheid is de formele toestemming dat een handeling of functie uitgevoerd mag worden. In de gezondheidszorg is dit geregeld in de wet BIG (zie volgende paragraaf). Het gaat dus om een toestemming die door een ander aan de zorgprofessional wordt gegeven. Het is de verantwoordelijkheid van de instelling om te controleren of zorgprofessionals bevoegd zijn door het controleren van de aanwezigheid van een geldig diploma. Bij Phitaal wordt deze controle bij indiensttreding gedaan, maar is ook onderdeel van de beoordelingscyclus. Bij zorgprofessionals die niet in loondienst zijn, is de organisatie onverminderd verantwoordelijk en voert controles uit op geldigheid van diploma's en zorgt voor periodieke evaluatie.

Bij bekwaamheid gaat het om de plicht van elke zorgprofessional om te bepalen of de zorgprofessional een handeling kan gaan uitvoeren. Een andere persoon of een instantie kan een zorgprofessional dus nooit bekwaam verklaren; dat kan alleen de zorgprofessional zelf. De instelling kan (en moet) daarentegen wel aanvullende voorwaarden stellen aan de uitvoering van een handeling. Zo geldt er binnen Phitaal een opleidingsbeleid. De instelling is eraan gehouden om het in stand houden van relevante bevoegd- en bekwaamheden te ondersteunen. De manier waarop dit gebeurt, kan verschillen per onderwerp en/of persoon.

## 2. Verantwoordelijkheid van zorgprofessionals op grond van de wet BIG

Het doel van de wet BIG is het bevorderen en bewaken van de kwaliteit in de gezondheidszorg. De wet BIG is een kaderwet en beoogt gezondheidszorg kwalitatief op een hoog niveau te brengen en te houden. Zo beschermt deze wet de cliënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van een hulpverlener. Een van de

instrumenten 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: artikel 3-, 34- en artikel 36a-beroepen. Wettelijk erkende specialismen vallen onder artikel 14. Naast de artikel 14 beroepen staan alleen artikel 3-beroepen geregistreerd in het BIG-register en vallen onder het complete tuchtrecht. Daarnaast geldt het civiel recht voor alle beroepen.

Uit de naamvoering dient te blijken welke opleiding is afgerond. De beroepen arts, GZ-psycholoog en psychotherapeut vallen onder artikel 3 waardoor er sprake is van beroepstitelbescherming. De wet bevat voor deze beroepen regels ten aanzien van registratie en titelbescherming, mogelijkheid tot specialismenregeling, wettelijk tuchtrecht, mogelijkheid maatregelen te treffen wegens ongeschiktheid, opleidingsvereisten en het deskundigheidsgebied.

De beroepen psychiater, klinisch psycholoog en verpleegkundig specialist GGZ vallen onder artikel 14, die de specialistentitel beschermt. De verantwoordelijkheid voor het aanwijzen en regelen van specialismen legt de wet BIG bij de beroepsgroepen zelf.

Met de wet BIG kan iedere, volgens art. 3 geregistreerde, hulpverlener persoonlijk worden aangesproken op het eigen beroepsmatig handelen. In voorkomende gevallen toetst de tuchtrechter of een hulpverlener gehandeld heeft in overeenstemming met de voor hem geldende professionele standaard en toetst in het bijzonder of de hulpverlener de grenzen van de eigen deskundigheid en bekwaamheid voldoende in acht heeft genomen. Handelen omvat hierbij ook nalaten en het geven van adviezen. Voor het tuchtrecht is het deskundigheidsgebied van deze beroepsgroepen, zoals dit in de wet BIG (en in de beschrijvingen van de domeinen) wordt beschreven, van belang.

In de wet BIG is ook geregeld wie een klacht kan indienen tegen een geregistreerde beroepsbeoefenaar: de cliënt, haar/zijn direct naasten, een collega (die vindt dat het optreden van haar/zijn collega hem belemmert bij een adequate beroepsuitoefening), de IGJ en de raad van bestuur van de instelling waar de beroepsbeoefenaar werkzaam is. De wet BIG maakt niet alleen tuchtrechtelijke maar in bepaalde gevallen ook strafrechtelijke toetsing mogelijk. De wet BIG maakt onderscheid tussen bevoegd en bekwaam. Zo kan iemand vanuit haar/zijn BIG registratie weliswaar bevoegd zijn, maar niet bekwaam. De zorgprofessionals is zelf verantwoordelijk voor bevoegd- en bekwaamheid. Als de zorgprofessional denkt dat de bekwaamheid gecompromitteerd is, geldt de wettelijk verplichting om dit aan te geven bij regiebehandelaar en/of leidinggevende.

### 3. Verantwoordelijkheid instelling op grond van de Wkkgz

De raad van bestuur is verantwoordelijk en aansprakelijk voor goede zorg. Dit doet de raad van bestuur door het mogelijk maken van monitoring en borging van kwaliteit van zorg en toezicht te houden op het functioneren ervan. Dit betekent dat de raad van bestuur vanuit de Wkkgz tot taak heeft toezicht uit te oefenen op de uitvoering van taken in de instelling en steeds het recht behoudt om aanwijzingen te geven en actief in te grijpen.

### 4. Verantwoordelijkheid op grond van de WGBO

De instelling wordt in de WGBO als hulpverlener aangemerkt. De behandelovereenkomst met een cliënt wordt formeel aangegaan door de instelling en niet door de individuele hulpverlener, omdat alle hulpverleners die de hulp feitelijk verlenen in dienst zijn bij de instelling of werken onder directe verantwoordelijkheid van de instelling. Het is de verantwoordelijkheid van de instelling, dat bij de uitvoering van de behandelovereenkomst

de wettelijke normen worden nageleefd in overeenstemming met goed hulpverlenerschap. Ze is gehouden alle verplichtingen die uit deze wet voortvloeien na te komen.

Wanneer de instelling niet aan de verplichtingen voldoet, kan zij aansprakelijk worden gesteld. De behandelovereenkomst wordt formeel aangegaan op het moment dat de cliënt zich aanmeldt en wordt ingeschreven bij Phitaal.

In de behandelovereenkomst worden de volgende zaken geregeld:

- De totstandkoming en beëindiging van de overeenkomst.
- De toestemming voor en de informatie over de uitvoering van onderzoek en behandeling (informed consent: zonder informatie en toestemming geen behandeling).
- De informatieplicht van de zorgprofessional wordt aangevuld met de verplichting tijdig overleg te voeren met de cliënt waarbij de cliënt ook wordt uitgenodigd tot het stellen van vragen.
- Daarnaast dient de cliënt geïnformeerd te worden over:
  - De mogelijkheid af te zien van behandeling;
  - Andere onderzoeken en behandelingen door andere zorgprofessionals;
  - De uitvoeringstermijn van de behandeling en de verwachte tijdsduur daarvan;
  - Geheimhouding, inclusief inzage in het cliëntendossier.

De behandelovereenkomst wordt uitgedrukt in een zorgplan. Wanneer een zorgprofessional tekortschiet bij de uitvoering van de behandelovereenkomst, is de instelling en niet de hulpverlener aansprakelijk. Het is dan ook aan de instelling om te bepalen aan welke zorgprofessionals welke verantwoordelijkheden worden toegewezen voor de uitvoering van en het toezicht op de behandelovereenkomst. De raad van bestuur kan nadere inhoudelijke regels stellen ten aanzien van het aangaan van een behandelovereenkomst, bijvoorbeeld voor de dossiervorming, de informatieverstrekking aan de cliënt, de rechten en plichten van de cliënten en van de hulpverlener, de toepassing van het inzagerecht en het klachtrecht en het opstellen van een zorgplan.

## 5. Verantwoordelijkheid op grond van het Wetboek van Strafrecht

Het Wetboek van Strafrecht is niet alleen van toepassing op individuen, maar ook op onze organisatie (eindverantwoordelijkheid van de raad van bestuur). Naast de misdrijven en overtredingen uit het Wetboek van Strafrecht en andere wetten die in elke organisatie voor kunnen komen, bevat het Wetboek van Strafrecht ook enkele bepalingen die van toepassing zijn binnen de gezondheidszorg, zoals dood door schuld, hulp bij zelfdoding, euthanasie, schending van het beroepsgeheim en (seksueel) misbruik van cliënt.

## 5. Verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg

De wet BIG regelt de bevoegdheden van de hulpverlener, de Wkkgz de verantwoordelijkheden voor de organisatie van kwaliteit binnen instelling en de WGBO de behandelovereenkomst tussen cliënt en instelling. Hierdoor hebben de hulpverlener en de raad van bestuur een eigenstandige verantwoordelijkheid voor doelmatige zorg. Zowel voor de organisatie als voor de individuele hulpverlener is het criterium van goed hulpverlenerschap het meest zwaarwegend. Sturing met betrokkenheid van professionele zeggenschap borgt de afstemming tussen de raad van bestuur en hulpverlenende professies.

De raad van bestuur delegeert de uitvoering van zorg en een deel van de besluitvorming aan de besturen van de verschillende vestigingen. De manager behandelzaken heeft een ondersteunende, signalerende en toezichthoudende rol en kan gevraagd en ongevraagd advies geven aan de zorgprofessionals en raad van bestuur alsook aanwijzingen aan zorgprofessionals/regiebehandelaars.