

Naam document	Professioneel Statuut
Doel	<i>Het professioneel statuut geeft de kaders aan waarbinnen de zorg binnen de GGZ wordt verleend en beschrijft de te onderscheiden verantwoordelijkheden met de daarbij behorende rechten en plichten van de professional en de instelling.</i>
Eigenaar	<i>Arno van Dongen</i>
Versie (datum)	<i>06-07-2023</i>
Mutaties t.o.v. vorige versie	<i>Juridische kaders, onderscheid indicerend en coördinerend regiebehandelaar, multidisciplinaire samenwerking en clienttevredenheid en betrokkenheid</i>
Evaluatiefrequentie	<i>Eens per jaar</i>

Procedure Aanpassingen maken

Aanpassingen worden gemaakt door de eigenaar van het document.

Wanneer de aanpassing is gedaan worden de volgende onderdelen in het document zelf ook aangepast:

- Versie
- Mutaties t.o.v. vorige versie
- Voettekst met juiste versie

Daarnaast past de eigenaar van het document de versie van het document aan in het kwaliteitshandboek.

Ieder jaar zullen de documenten vanuit het kwaliteitshandboek worden geëvalueerd door de eigenaar. Eigenaar doet op basis hiervan eventueel een verandervoorstel en legt dit voor aan het MT.

Procedure Feedback

Wanneer netwerkleden feedback hebben op een document en suggesties hebben voor veranderingen dan kunnen zij dit kenbaar maken aan de eigenaar van het document. Dit zal via mail verlopen. De eigenaar bespreekt de feedback/ verandering met het MT. Het MT doet hier een uitspraak over. De uitslag wordt altijd teruggekoppeld aan het netwerklid. Wanneer de feedback/ veranderingen wordt doorgevoerd, dan past de eigenaar dit aan in het document, zie bovenstaande.

Inhoud

Voorwoord	3
1. Uitgangspunten	4
2. Definities	4
2.1. De cliënt.....	4
2.2. De professional	4
2.3. De indicerend regiebehandelaar	5
2.4. De coördinerend regiebehandelaar.....	5
2.5. Professionele autonomie	5
2.6. De instelling	5
2.7. Zorg	5
2.8. Behandeling.....	5
2.9. Behandelingsovereenkomst.....	5
2.10. Behandelplan.....	6
3. Juridische kaders.....	6
4. Verantwoordelijkheden en verhoudingen tussen partijen	6
4.1. De instelling	6
4.2. De professionals.....	6
4.3. Multidisciplinaire samenwerking.....	7
4.4. Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid.....	7
4.4.1. Regiebehandelaar	9
4.4.2. Medebehandelaar.....	9
4.5. Escalatie procedure.....	9
5. Specifieke bepalingen van het Professioneel Statuut.....	9
5.1. Voorwaarden scheppend	9
5.2. De zorgverlening	10
5.3. De professionele standaard.....	11
5.4. Procesverantwoordelijkheden.....	11
5.5. Verwerking Persoonsgegevens.....	11
5.6. Organisatie	12
5.7. Cliënt tevredenheid en betrokkenheid	13
5.8. Slotbepaling.....	13
Bijlage 1 Bestuursorganen van GGZ Heuvelrug	14
Bijlage 2 Wetgeving.....	15

Voorwoord

GGZ Heuvelrug biedt geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen vanaf 18 jaar.

GGZ Heuvelrug is een kleinschalige ggz-instelling, die op lokaal- en wijkniveau deskundige en betrokken geestelijke gezondheidszorg met een persoonlijke benadering biedt. GGZ Heuvelrug hecht veel waarde aan samenwerking. Samenwerking met de verwijzers, met de patiënt en met de collega's onderling.

Omdat het gebruik maken van elkaars expertise een belangrijke meerwaarde biedt in de behandeling, zoeken wij steeds samenwerking en afstemming met de verwijzers. In veel gevallen bevindt onze huisvesting zich daarom ook in het zelfde pand als - of direct nabij - huisartsenpraktijken en/of gezondheidscentra.

Alles staat of valt ons inziens met een goede behandelrelatie en commitment over behandeling en diagnostiek. Het is voor ons een uitdaging om samen met de patiënt op zoek te gaan naar zijn of haar kracht en mogelijkheden. Kracht en mogelijkheden om de aanwezige psychische problemen aan te pakken. Soms ook naar kracht en mogelijkheden om te leren omgaan met de aanwezige psychische beperkingen. Daarbij hebben we in de praktijk ondervonden dat klachten en beperkingen ook van grote invloed zijn op de naasten van de patiënt. In geïndiceerde gevallen betrekken wij daarom ook de directe omgeving van de patiënt in de behandeling.

GGZ Heuvelrug is ontstaan uit een samenwerking van drie individuele vrijgevestigde praktijken die gezamenlijk een meer geïntegreerde zorg wilden bieden. Daarbij hebben zich de afgelopen jaren een groot aantal behandelaars met ieder zijn of haar eigen expertise gevoegd. In het streven naar een zo goed en compleet mogelijke behandeling zijn we in de loop van de tijd intensiever en nog meer in verbinding gaan samenwerken. Ook merken we dat er binnen onze organisatie steeds meer behoefte ontstaat aan verbinding en aan een gezamenlijke richting, hier willen we in 2014 dan ook verder inhoud aan geven.

Uitgangspunten voor het professioneel statuut zijn de wettelijke voorschriften die in de GGZ van kracht zijn, de wijze waarop de cliëntenzorg in onze instelling georganiseerd is en protocollen en multidisciplinaire richtlijnen. Hierin zijn onder andere de taken en bevoegdheden beschreven van professionals en de uitvoering van de behandeling.

Tevens beschrijft het professioneel statuut de onderlinge verhoudingen tussen inhoudelijke professionals tot elkaar en andere partijen. Deze partijen zijn de cliënt en de instelling waar de professional werkzaam is.

Driebergen-Rijsenburg, 6 juli 2023

Directie GGZ Heuvelrug

W. Barents

A.M.B. van Dongen

1. Uitgangspunten

GGZ Heuvelrug vervult de rol van zorgaanbieder en verreweg de meeste wetgeving is van toepassing op GGZ Heuvelrug als rechtspersoon. Binnen de wettelijke kaders speelt de individuele beroepsbeoefenaar een ondergeschikte rol. Immers, in formele en financiële zin gaan de cliënten een relatie aan met GGZ Heuvelrug en inhoudelijk met de professional. De relatie van de cliënt met de professional is een afgeleide relatie en wordt gelegitimeerd door de arbeidsovereenkomst tussen de GGZ Heuvelrug en de professional.

De relatie tussen GGZ Heuvelrug en de professional wordt primair getypeerd als een werkgever-werknemer of werkgever–zzp verhouding. De directie bepaalt de kaders waarbinnen de professional zijn beroep uitoefent ten behoeve van de cliënten van GGZ Heuvelrug. In het kader van de wet BIG en de WGBO heeft de individuele professional een eigen beroepsverantwoordelijkheid. Deze speelt zich af binnen de dynamiek van het primaire proces van GGZ Heuvelrug, de eigen beroepscode, het professioneel statuut en de vigerende protocollen en richtlijnen in GGZ Heuvelrug.

GGZ Heuvelrug bestaat uit een klein enthousiast team dat werkt in allemaal werken vanuit de gedachte dat mensen streven naar een zinvol en gelukkig leven en dat dit te bereiken is. Zo gaan de professionals ook met elkaar om; met plezier, kritisch en elkaar positief stimulerend. Binnen GGZ Heuvelrug zijn wij ervan overtuigd dat humor en plezier hebben uitstekend te combineren zijn met professionaliteit en leren.

Alles staat of valt ons inziens met een goede behandelrelatie en commitment over behandeling en diagnostiek. Het is voor ons een uitdaging om samen met de patiënt op zoek te gaan naar zijn of haar kracht en mogelijkheden. Kracht en mogelijkheden om de aanwezige psychische problemen aan te pakken. Soms ook naar kracht en mogelijkheden om te leren omgaan met de aanwezige psychische beperkingen.

2. Definities

2.1. De cliënt

De cliënt is eenieder die een behandelingsovereenkomst heeft met GGZ Heuvelrug of eenieder die aan de zorg van GGZ Heuvelrug is toevertrouwd en op grond van een hulpvraag door de professional wordt begeleid en/of wordt behandeld.

2.2. De professional

De zorgverlener die beroepsmatig diagnostiek, behandeling, zorg of begeleiding aan een cliënt van de instelling verleent. De zorgverleners ontlenen hun verantwoordelijkheid aan het deskundigheidsgebied waarvoor zij zijn opgeleid en dienen professioneel autonoom te kunnen handelen binnen de voor hen geldende professionele (wetenschappelijke) standaard en met inachtneming van de met de instelling overeengekomen taken. Indien handelingen voorbehouden zijn aan een bepaalde professional mogen deze alleen worden verricht door de professional die daartoe zelfstandig bevoegd is, dan wel in opdracht van de zelfstandig bevoegde. Zij voeren de taken uit in relatie tot de cliënt, zoals vastgelegd in het individuele behandelplan of zoals deze voortvloeit uit de wet en regelgeving.

2.3. De indicierend regiebehandelaar

De indicierend regiebehandelaar analyseert het probleem, op basis van professionele kennis en ervaring, samen met de patiënt/cliënt en eventueel met gebruik van deskundigheid van andere zorgverleners. Hij maakt een probleemanalyse, stelt een diagnose en maakt een behandelplan op hoofdlijnen voor behandeling en begeleiding. Tijdens de latere behandelfase wordt hij betrokken bij vastgelegde reflectiemomenten. Ook wordt hij betrokken bij ingrijpende wijzigingen in complexiteit van de situatie of vastlopen van de behandeling en begeleiding en stelt hij waar nodig een nieuw behandelplan op.

2.4. De coördinerend regiebehandelaar

De coördinerend regiebehandelaar zorgt voor goede afstemming en coördinatie van het zorgaanbod en samenwerking tussen de betrokken zorgverleners uit verschillende disciplines. Waar nodig werkt de coördinerend regiebehandelaar het behandelplan op meer gedetailleerd niveau uit. Daarnaast reflecteert hij regelmatig samen met de patiënt/cliënt (en bij ingrijpende veranderingen ook met de indicierend regiebehandelaar) op de behandeling en begeleiding, stelt hij waar nodig het behandelplan bij of beëindigt hij het behandelplan. De coördinerend regiebehandelaar is ook het centrale aanspreekpunt voor de patiënt/cliënt.

2.5. Professionele autonomie

Het - gegeven de wettelijke kaders, de professionele standaard en de instellingskaders voor zover deze niet in strijd zijn met de professionele standaard - zonder inmenging van derden en zonder preventief toezicht van de werkgever, in de individuele hulpverlener/patiëntrelatie als professional geven van begeleiding en/of behandeling aan de patiënt. Daaraan is de verplichting gekoppeld desgevraagd rekenschap af te leggen over het eigen handelen op de daarvoor relevante niveaus. Professionele autonomie is vrijheid in gebondenheid en betekent: voorspelbaar, transparant tijdens en toetsbaar achteraf. Professionele verantwoordelijkheden zijn geen 'compartimenten' die los van elkaar staan of strikt van elkaar zijn te onderscheiden. Er is sprake van deels elkaar overlappende verantwoordelijkheden gezien de vaak voorkomende multidisciplinaire samenwerking, die vragen om een onderling zorgvuldige afstemming.

2.6. De instelling

De organisatie waarbij de professional in dienst is of waarmee een zzp-er een werkrelatie mee heeft en die partij is bij de arbeids-/samenwerkingsovereenkomst en de behandelingsovereenkomst: GGZ Heuvelrug.

2.7. Zorg

Het geheel van activiteiten in het kader van preventie, diagnostiek, crisisinterventie, behandeling, verpleging, verzorging, begeleiding en nazorg.

2.8. Behandeling

Het geheel van activiteiten in het kader van de individuele diagnostiek, therapie en begeleiding.

2.9. Behandelingsovereenkomst

Overeenkomst tussen de instelling en de cliënt op grond van de WGBO. In GGZ Heuvelrug wordt de behandelingsovereenkomst gesloten door middel van het door de cliënt of (wettelijk) vertegenwoordiger geaccordeerde behandelplan tussen GGZ Heuvelrug en cliënt of (wettelijk) vertegenwoordiger.

2.10. Behandelplan

Het met de cliënt afgesproken en schriftelijk vastgelegde individuele behandelplan dat conform de wettelijke eisen (WGBO) beschrijft welk aanbod de cliënt ontvangt naar aanleiding van de of zijn hulpvraag.

3. Juridische kaders

Binnen het professioneel statuut zijn de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden een afgeleide van wettelijke kaders (zie ook bijlage 2), te weten:

- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)
- De Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)
- Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)

4. Verantwoordelijkheden en verhoudingen tussen partijen

4.1. De instelling

De instelling wordt bestuurd door de directie die uit dien hoofde verantwoordelijk is voor de totale zorg die wordt verleend. Deze zorg dient doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht te zijn. Middels delegatie dan wel mandatering vanuit de directie zijn de behandelaren direct verantwoordelijk en aanspreekbaar voor de organisatie en realisatie van het behandelaanbod. De directie wordt bijgestaan door de Raad van Toezicht die de directie gevraagd en ongevraagd kan adviseren.

De verantwoordelijkheidstoedeling, zoals geformuleerd in het professioneel statuut, geldt gedurende kantooruren. Buiten kantooruren kan de client terugvallen op de huisartsenpost en indien afgesproken op de crisisdienst van Altrecht.

4.2. De professionals

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 geregistreerde 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 geregistreerde professional tekortschiet kan hij/zij in juridische zin ter verantwoording geroepen worden door het tuchtcollege, de inspectie en/of de civiele- en de strafrechter.
- Als een niet-BIG geregistreerde hulpverlener tekortschiet kan hij/zij worden aangesproken door de inspectie of de civiele- en/of strafrechter.

De werkgever kan de professional als medewerker binnen het arbeidsrecht aanspreken op zijn handelen. In context van zelfregulering kan ook professionele toetsing en correctie plaatsvinden. De professional houdt zich aan de taken zoals overeengekomen met de instelling en zoals beschreven in de functieprofielen. Hij voert taken uit in relatie tot de cliënt zoals vastgelegd in het individuele

behandel- of begeleidingsplan, in overeenstemming met de geldende professionele standaard en de vastgestelde instellingsprotocollen.

Zodra de grens van het eigen 'kennen en kunnen' in zicht komt, heeft de professional de verantwoordelijkheid om tijdig een ter zake meer deskundige collega-professional in te schakelen. Dit kan variëren van het vragen om een consult tot en met het overdragen van de behandelverantwoordelijkheid aan een andere professional.

De professionals zijn zelfstandig verantwoordelijk voor het op peil houden van hun deskundigheid en registratie conform de richtlijnen van de betreffende beroepsgroep. Binnen de instelling worden mogelijkheden geboden voor deskundigheidsbevordering en vakinhoudelijke verdieping. Monitoring vindt plaats binnen de systematiek van jaargesprekken.

4.3. Multidisciplinaire samenwerking

Verantwoorde zorg bieden betekent in GGZ Heuvelrug veelal werken vanuit een team van zorgverleners met een verschillende (beroeps)achtergrond: multidisciplinaire behandeling. Dit wordt wenselijker naarmate de problematiek meervoudig en gecompliceerd is. Multidisciplinariteit staat borg voor een zo deskundig en breed mogelijke benadering, die zeer belangrijk is voor de besluitvorming in het zorgverlening proces. Het multidisciplinaire overleg (MDO) is een wezenlijk onderdeel van het professioneel handelen. Daarnaast is evenwel ook een monodisciplinaire behandeling mogelijk als dat wenselijk, aangewezen of verantwoord is.

Een MDO vindt plaats op het moment dat er voor de behandeling bepalende beslissingen zijn/worden genomen, waaronder tenminste de diagnose, de bepaling of de wijziging van het behandelplan en de bepaling van het einde van de behandeling. De indicerend regiebehandelaar is hierbij aanwezig. Overleg en informatie-uitwisseling en -overdracht vindt tussen de MDO's door plaats via mail, telefoon of face-to-face.

De verschillende disciplines dienen hun deskundigheid en activiteiten doelmatig in te zetten. Uitgangspunt is dat zij elkaar aanvullen en overlapping zo veel mogelijk wordt vermeden. Somatische, psychologische en sociale probleemaspecten –afzonderlijk en in hun onderlinge samenhang- zullen altijd recht moeten worden gedaan.

4.4. Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid

Onder verantwoordelijkheid verstaan we de plicht verantwoording of rekenschap af te leggen.

Het begrip verantwoordelijkheid is nauw verbonden met het begrip aansprakelijkheid. Degene die verantwoordelijkheid draagt, dient ook voor de gevolgen van zijn handelen aansprakelijk te zijn, respectievelijk aansprakelijk te kunnen worden gesteld.

Behandelverantwoordelijkheid betekent dat de behandelaar op grond van diens specifieke deskundigheid en beroepscode een eigen beslissingsbevoegdheid heeft t.o.v. de cliënt: de eigenstandige verantwoordelijkheid van de professional. Dit betreft (het nalaten van) handelingen of gedragingen die direct samenhangen met de beroepsuitoefening. Het handelen van de professional wordt intern getoetst door de organisatie en extern door wet- en regelgeving, waar behandeltaken en behandelverantwoordelijkheden niet los van elkaar kunnen worden gezien.

Nadrukkelijk geldt de grondregel dat de verantwoordelijkheid van de ene beroepsuitoefenaar die van de andere niet zonder meer wegneemt. Verantwoordelijkheid van de ene zorgverlener houdt niet

zonder meer op waar die van de andere begint. Elke individuele behandelaar, mits bevoegd en bekwaam, heeft aldus een eigen behandelverantwoordelijkheid ten aanzien van de cliënt respectievelijk het cliëntsysteem, maar elke individuele behandelaar heeft tevens de plicht binnen de genoemde kaders te handelen. De eigen verantwoordelijkheid - inherent aan de eigen professie - is niet overdraagbaar. De individuele behandelaar is aanspreekbaar op zijn doen en laten (respectievelijk nalaten) door de cliënt, de organisatie en externe (toetsende) instanties.

De psychiater beschikt over inzichten en kan methoden toepassen op medisch/somatisch, psychologisch/psychotherapeutisch en sociaal psychiatrisch gebied, is daarmee in staat het diagnostische en behandelbeleid te bewaken en zo nodig te interveniëren.

De psychiater wordt tenminste ingeschakeld en bij evaluaties betrokken indien:

- a. er psychiatrische aanvullende diagnostiek nodig is;
- b. farmacotherapeutische behandeling overwogen, ingesteld of aangepast wordt;
- c. middelen- of maatregelentoepassing dan wel dwangbehandeling in het kader van de BOPZ overwogen wordt;
- d. medisch coördinerende zorg nodig is bij somatische problematiek of als een lichamelijke ziekte of klacht de diagnostiek compliceert;

De psychiater of klinisch psycholoog wordt ten minste ingeschakeld en bij evaluaties betrokken indien:

- a. er gevaar dreigt voor anderen of voor de cliënt bij vragen over (mogelijke) suïcidaliteit en (mogelijke) automutilatie en/of agressief gedrag naar derden
- b. ontslag uit behandeling, anders dan in het behandelplan voorzien, overwogen wordt
- c. informatie over ziekte en gezondheid naar derden wordt gestuurd (b.v. UWV).
- d. opname
- e. hij in de rol van consultatiegever door een regiebehandelaar uit een andere discipline geconsulteerd wordt.

De Psycholoog in opleiding (i.o.) tot GZ-psycholoog heeft een beperkte juridische positie. Dit houdt in dat er altijd een werkbegeleider is die toezicht houdt op het handelen van de GZ-psycholoog i.o. De GZ-psycholoog i.o. kan niet via het tuchtrecht worden aangesproken, de werkbegeleider wel. De verantwoordelijkheden van de Psycholoog i.o. tot GZ-psycholoog, werkbegeleider en supervisor zijn nader omschreven in de "Taken en verantwoordelijkheden in de praktijkopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut en gezondheidszorgpsycholoog-specialist (2019)" vastgesteld door FGzPt Federatie van Gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten en het College Specialismen Gezondheidszorgpsycholoog en Psychotherapeut

Als een Psycholoog i.o. tot GZ-psycholoog werkzaamheden verricht behorende bij de functie van GZ-psycholoog wordt uitvoering gegeven aan de volgende maatregelen:

- Een werkbegeleider of de door de werkbegeleider daartoe aangewezen persoon met minimaal een GZ- registratie moet daadwerkelijk worden betrokken bij de behandeling aan de cliënt. Dit betekent niet alleen dat de GZ-psycholoog i.o. de werkbegeleider of de gedelegeerde persoon met GZ-registratie goed op de hoogte moet houden maar ook dat de werkbegeleider / gedelegeerd persoon zich hierin actief moet opstellen.

- Wijzigingen in de psychologische behandeling en schriftelijke communicatie over de behandeling naar externen door de professional i.o. moeten door de werkbegeleider worden geaccordeerd of door een ander door de werkbegeleider daartoe aangewezen persoon met een GZ-registratie.
-

4.4.1. Regiebehandelaar

Binnen GGZ Heuvelrug wordt conform het Landelijk Kwaliteitsstatuut onderscheid gemaakt tussen de indicierend en de coördinerend regiebehandelaar. De indicierend regiebehandelaar ziet toe op het juist in kaart brengen en diagnosticeren van de problematiek, de zorgbehoefte en de behandeldoelen. De coördinerend behandelaar zorgt voor een goede afstemming en coördinatie van het zorgaanbod en is centraal aanspreekpunt voor de client. De indicierend en coördinerend behandelaar kan ook dezelfde persoon zijn.

Binnen GGZ Heuvelrug kunnen, afhankelijk van de zorgzwaarte en het gedane zorgaanbod de psychiater, de klinisch psycholoog en de psychotherapeut aangewezen worden als zowel indicierend als coördinerend regiebehandelaar. In voorkomende gevallen, bij minder complexe problematiek en zorgaanbod, kan de GZ psycholoog eveneens de rol van coördinerend regiebehandelaar vervullen.

4.4.2. Medebehandelaar

De medebehandelaar is in uitvoerende zin bij de behandeling betrokken, draagt verantwoordelijkheid voor zijn eigen handelen, maar werkt binnen de kaders van de behandeling als door de betrokken regiebehandelaar aangegeven.

Zowel de indicierend als de coördinerend regiebehandelaar blijft altijd verantwoordelijk voor de keuze van de juiste hulpverlener en voor het vaststellen van de kaders waarbinnen deze werkt. Hij kan daarbij aangeven in hoeverre de andere zorgverleners zelf nader invulling kunnen geven aan en verantwoordelijkheid kunnen dragen voor de uitvoering van het behandelplan voor het eigen deskundigheidsgebied. Binnen dit kader kunnen de verschillende hulpverleners met een grote mate van zelfstandigheid uitvoering geven aan het behandelplan. Voor de wijze waarop zij hieraan uitvoering geven zijn zij primair zelf verantwoordelijk.

4.5. Escalatie procedure

Indien er een geschil is of dreigt te ontstaan tussen meerdere bij de cliënt betrokken zorgverleners, wordt de kwestie ingebracht in het MDO. Hierbij worden de verschillende visies in het team geëvalueerd en de verschillende opties afgewogen. Er zal worden gepoogd de betrokken behandelaren tot een gedeelde visie/aanpak te laten komen. Mocht dit desondanks niet lukken, dan bepaalt de verantwoordelijke regiebehandelaar voor welke visie uiteindelijk wordt gekozen.

5. Specifieke bepalingen van het Professioneel Statuut

5.1. Voorwaarden scheppend

- 5.1.1. De directie zal de professionele autonomie zoals gedefinieerd in dit professioneel statuut respecteren.
- 5.1.2. De directie verschaft de professionals, binnen de mogelijkheden van de instelling, de noodzakelijke materiële en personele voorzieningen en scheidt de organisatorische kaders en systemen, nodig voor een passende professionele beroepsuitoefening.

Deze voorzieningen en kaders worden op een zodanig peil gehouden, dat de doeltreffende, doelmatige en cliëntgerichte zorg gewaarborgd blijft.

- 5.1.3. De directie en de professionals zullen zich tot het uiterste inspannen om zowel de continuïteit van zorg, als het effectueren van vakantie- en verlofrechten te realiseren.

5.2. De zorgverlening

- 5.2.1. De professional respecteert in de relatie tot de cliënt de wensen en eigen inbreng van de cliënt op grond van diens ervaringsdeskundigheid.
- 5.2.2. De professional betreft voor zover van toepassing actief de familie van de cliënt bij de hulpverlening. Dit uiteraard na toestemming van de cliënt.
- 5.2.3. De professional draagt zorg voor voldoende uitleg op begrijpelijk niveau aan de cliënt / wettelijk vertegenwoordiger over de voorgenomen behandeling.
- 5.2.4. De professional behandelt alleen na verkregen toestemming van de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordigers, tenzij getoetst aan wettelijke regels behandeling zonder toestemming noodzakelijk is. Indien nodig overlegt de professional met de huisarts of de verwijzer.
- 5.2.5. De professional draagt zorg voor een met de cliënt besproken behandelplan dat voldoet aan de wettelijke eisen. Tevens draagt hij zorg voor een methodische evaluatie van dit behandelplan waarbij de cliënt betrokken wordt.
- 5.2.6. De professional 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 GGZ Heuvelrug.
De cliënt wordt op verschillende momenten geïnformeerd over de mogelijkheid dat informatie aan huisarts en/of verwijzer wordt verstrekt.
- 5.2.7. De professional zal zijn cliënten behandelen of begeleiden, waar nodig in multidisciplinair verband. De directie draagt er zorg voor dat per cliënt één indicierend en één coördinerend regiebehandelaar verantwoordelijk is voor het doen opstellen en uitvoeren van het behandelplan. Deze twee rollen kunnen desgewenst door één persoon worden uitgevoerd.
- 5.2.8. De professional behandelt cliënten onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid, binnen de grenzen van het eigen 'kennen en kunnen', in overeenstemming met de geldende professionele standaard zoals vastgelegd in de instellingsprotocollen en richtlijnen vanuit de beroepsgroep.
- 5.2.9. De professional schakelt indien de grenzen van het eigen 'kennen en kunnen' overschreden worden een deskundige collega in.
- 5.2.10. De professional die door een collega wordt ingeschakeld in geval van punt 5.2.9, wordt geacht zijn specifieke deskundigheid in te zetten.
- 5.2.11. De professional handelt conform de wettelijke bepalingen die gelden voor de hulpverlener – cliënt relatie.
- 5.2.12. De professional 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.

5.2.13. De professional werkt desgevraagd mee aan het tot stand komen en implementeren van (zorg inhoudelijke) richtlijnen en protocollen die instellingsbreed geldig kunnen zijn.

5.3. De professionele standaard

5.3.1. De professional 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 directie stelt de professional in de gelegenheid zijn bekwaamheid op peil te houden. Dit conform de criteria die hiervoor bepaald zijn in de wet BIG en de eisen van de beroepsgroep. Monitoring hiervan vindt plaats in de systematiek van jaargesprekken.

5.3.2. De professional toetst zijn hulpverlenend handelen regelmatig aan bewezen effectieve behandelmethoden en consensus hierover binnen zijn beroepsgroep.

5.3.3. De directie stelt de professionals 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

5.4.1. De professionals functioneren als onderdeel van hun omschreven taken, voor zover van toepassing, als lid van specifieke door de directie ingestelde commissies, conform de daarvoor geldende reglementen.

5.4.2. De professional 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.

5.4.3. De professional zal bij doorverwijzing van de cliënt overleg plegen met de in te schakelen collega hulpverlener over deze verwijzing.

5.4.4. Bij te voorziene afwezigheid draagt de professional zorg voor een adequate overdracht en voor toegankelijke informatie ten behoeve van degenen die hem waarnemen of vervangen.

5.4.5. De waarnemend professional heeft voor wat betreft de zorg aan de cliënt gedurende de tijd dat wordt waargenomen, dezelfde verantwoordelijkheid als de oorspronkelijke professional.

5.5. Verwerking Persoonsgegevens

5.5.1. De professional rapporteert en verantwoordt zijn handelen ten aanzien van de cliënt in het betreffende Elektronisch dossier. Het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) is getoetst aan de wettelijke bepalingen inzake de AVG. Het gebruik van het EPD is vastgelegd in een procedure van GGZ Heuvelrug.

5.5.2. De directie zorgt voor vastgestelde regels ten aanzien van registratie van persoonsgegevens, dossiervorming, inzagerecht en reglementen bescherming persoonsgegevens.

5.5.3. De professional is gehouden aan zijn wettelijke geheimhoudingsplicht ten aanzien van de informatie uit de cliënt – hulpverlener relatie.

5.5.4. 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 alleen met toestemming van de indicierend en/of coördinerend regiebehandelaar. Bij cliënten die niet meer in zorg zijn, is

toestemming van de directie noodzakelijk. Voor gebruik van tot de cliënt herleidbare gegevens is schriftelijke toestemming van de cliënt dan wel de wettelijke vertegenwoordiger nodig.

- 5.5.5. Het verrichten van wetenschappelijk onderzoek in de instelling wordt uitgevoerd namens de directie. Voordat de directie hiervoor toestemming verleent worden eerst de geldende procedures van de instelling doorlopen. Uitvoering van wetenschappelijk onderzoek vindt voor zover van toepassing plaats met inachtneming van de Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek met mensen.

5.6. Organisatie

- 5.6.1. De professional werkt actief mee aan de kwantitatieve rapportage en registratie van zijn verrichtingen volgens de daarvoor in de instelling geldende afspraken.
- 5.6.2. De professional werkt binnen de kaders van het in de instelling vastgestelde beleid. Professionals in opleiding dienen zich bovendien te houden aan de vigerende regelingen op het gebied van bevoegdheden en verantwoordelijkheden.
- 5.6.3. De professional houdt zich aan de afspraken zoals vastgelegd in vastgestelde protocollen en richtlijnen, met inachtneming van de noodzaak daar in het belang van de cliënt van af te wijken. Zowel handelen volgens protocol en richtlijn, als het daarvan afwijken, moet door de professional verantwoord worden.
- 5.6.4. De professional 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.
- 5.6.5. De professional is verplicht zich bij de uitvoering van zijn werkzaamheden te houden aan de aanwijzingen welke door of namens de directie worden gegeven. Mochten bedoelde aanwijzingen door de professional als onredelijk worden ervaren, dan treedt hij in overleg met de directie.
- 5.6.6. De professional 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.
- 5.6.7. De professional verschaft al die gegevens die nodig zijn voor een goede bedrijfsvoering volgens de daarvoor geldende richtlijnen en regels.
- 5.6.8. De professional houdt zich bij extern optreden aan de afspraken en regels die gelden betreffende contacten met pers, media of andere instanties, vastgelegd in het persprotocol.
- 5.6.9. De professionals werken mee aan de totstandkoming en uitvoering van het kwaliteitsbeleid van de instelling.
- 5.6.10. De professional levert een bijdrage aan instructie- en opleidingsactiviteiten en aan het leveren van cliëntenvoorlichting.
- 5.6.11. Door of namens de directie wordt toegezien op naleving van vastgestelde regelgeving.
- 5.6.12. Het Professioneel Statuut is onverbreekelijk verbonden met de arbeidsovereenkomst dan wel samenwerkingsovereenkomst in geval van zzp constructie, tussen GGZ Heuvelrug en de professional.

5.7. Cliënt tevredenheid en betrokkenheid

Zowel tijdens als bij afsluiting van een behandeltraject wordt de tevredenheid van de cliënt en de effectiviteit van de behandeling gemeten. Hiervoor worden genormeerde vragenlijsten gebruikt. De OQ-45, een lijst waarmee het klachtenniveau wordt gemeten, wordt aan het begin van het behandeltraject afgenomen. De resultaten worden met de cliënt besproken. Wanneer nodig vindt in overleg bijstelling van de behandeling plaats.

Bij afsluiting wordt de OQ-45 opnieuw afgenomen en vindt een evaluatie plaats waarin de tevredenheid, het resultaat en eventuele verbeterpunten worden besproken. Daarnaast krijgt de cliënt een anoniem gemeten tevredenheidsonderzoek middels de CQI.

De verbeterpunten gericht op het eigen functioneren neemt de behandelaar mee in zijn ontwikkelingsplan. Verbeterpunten gericht op praktijk en het overkoepelende proces brengt de behandelaar in via het indienen van een 'Melding ter verbetering'. Zo nodig wordt het verbeterpunt opgenomen in de kwaliteitsverbetercyclus.

5.8. Slotbepaling

Indien het Professioneel Statuut niet voorziet, beslist de directie.

Bijlage 1 Bestuursorganen van GGZ Heuvelrug

Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht ziet toe op het functioneren van de instelling volgens de principes van 'Governancecode Zorg 2022' en heeft daarbij onder meer oog voor het organisatiebelang in relatie tot het maatschappelijk belang. De Raad van Toezicht kan de directie gevraagd en ongevraagd adviseren.

Directie

De directie kan met inachtneming van dit professioneel statuut regels vaststellen aangaande het doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht verlenen van zorg.

De directie zal de professionele autonomie van de professionals zoals in dit professioneel statuut gedefinieerd respecteren en waarborgen.

De directie verschaft de professionals, binnen de mogelijkheden van de instelling, de noodzakelijke materiële en personele voorzieningen en schept organisatorische kaders en systemen, nodig voor een passende professionele beroepsuitoefening. Deze voorzieningen zullen op een zodanig peil worden gehouden dat een doeltreffende, doelmatige en patiëntgerichte zorg gewaarborgd blijft.

De directie en professionals zullen zich tot het uiterste inspannen om zowel de continuïteit van de zorg als het effectueren van vakantie- en verlofrechten te realiseren.

De directie blijft bij afwezigheid van de professional(s) door ziekte, verlof of vakantie verantwoordelijk voor de continuïteit van de zorg voor de cliënt patiënt die een behandelovereenkomst heeft met de instelling. De professionals dragen zorg voor een zodanige regeling van vakantie en verlofdagen dat de kwaliteit van de zorg voor patiënten zoveel mogelijk gewaarborgd is.

De directie kan in uitzonderlijke omstandigheden, overeenkomstig de bepalingen in de CAO, het verlof intrekken.

De besturing door de directie wordt gekenmerkt door een heldere visie, bezieling, sturen op resultaten, borgen van samenhang, afstemming en consistentie. De directie stelt de strategie vast en spreekt de verantwoordelijke professionals aan op de mate waarin zij bijdragen aan de realisatie van deze strategie. De directie stuurt vooral door algemene beleidskaders, resultaatdefiniëring, benoemingen van sleutelfiguren, toekenning van middelen en investeringen en door duidelijk contractmanagement. Een andere hoofdtaak van de directie is het onderhouden van relevante externe netwerken en relatiebeheer.

Bijlage 2 Wetgeving

- WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst)
De instelling is op grond van de WGBO, als instelling die de overeenkomst met de cliënt aangaat, aansprakelijk voor fouten in de zorgverlening, ongeacht waar en door wie de fout in de instelling is gemaakt. De professional is degene die namens de instelling optreedt en voldoet aan de kwalitatieve eisen als in de wet gesteld.
- Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg)
De Wet BIG heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen en beoogt cliënten te beschermen tegen ondeskundigheid en onzorgvuldig handelen van beroepsbeoefenaren. De wet geeft om die reden een aantal beroepen titelbescherming en regelt deskundigheidsgebieden en beschrijft de aan bepaalde beroepsgroepen voorbehouden handelingen. Voor de GGZ geldt deze wet voor psychiaters, klinisch psychologen, verpleegkundig specialisten, artsen, verpleegkundigen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, tandartsen, apothekers en verloskundigen. Onderdeel van de Wet BIG is het Tuchtrecht.

De beroepsbeoefenaren als genoemd in artikel 3 van de wet BIG kunnen individueel tuchtrechtelijk worden aangesproken op hun professioneel handelen en/of nalaten, welke aansprakelijkheid/ verantwoordelijkheid niet kan worden overgedragen

- De Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)
Het uitgangspunt van de Wkkgz is de verplichting voor de zorgaanbieder om goede zorg (diagnostiek, begeleiding, behandeling en therapie) aan te bieden, waaronder wordt verstaan zorg van goede kwaliteit en van goed niveau.
Onder goede zorg wordt verstaan zorg van goede kwaliteit en van goed niveau:
 - a. die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt,
 - b. waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard, waaronder de overeenkomstig artikel 66b van de Zorgverzekeringswet in het openbaar register opgenomen voor hen geldende professionele standaard, protocollen en richtlijnen, naast de binnen de instelling geldende (organisatorische) protocollen en richtlijnen en
 - c. waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.De Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de naleving van de Wkkgz.
- Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)
Per 25 mei 2018 is de AVG van toepassing. Dat betekent dat er vanaf die datum dezelfde privacywetgeving geldt in de hele Europese Unie (EU).
In deze wet staat duidelijk omschreven wat u van ons mag verwachten bij de opslag en verwerking van uw gegevens. Ook vertelt de wet hoe en voor welke doelen wij uw gegevens mogen opslaan. Aan uw rechten worden in de wet soms grenzen gesteld. Wilt u weten hoe dat precies zit? Kijkt u dan op de website van de Autoriteit Persoonsgegevens.