



Professioneel statuut

Professionals, in het bijzonder de medische, hebben op grond van wet – en regelgeving in Nederland een autonome professionele verantwoordelijkheid. In dit statuut is de persoonlijke niet overdraagbare verantwoordelijkheid naar de GGZ-patiënten van de Hezenberg van autonome (medische) professionals geregeld en het regiebehandelaarschap geïntegreerd (Hattem, november 2025).

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Inleiding en leeswijzer van het professioneel statuut	3
2. Bestuurlijke verantwoordelijkheid	4
3. Organisatorische en professionele verantwoordelijkheid	5
3.1 Managementstructuur	5
3.2 Behandel-/zorgbeleid in relatie tot professionele verantwoordelijkheid	5
3.3 Juridisch kader en aansprakelijkheid	6
3.4 Begrippenkader	7
4. Bevoegdheden en bekwaamheden	9
4.1 Titelbescherming of niet?	9
4.2 Voorbehouden en risicovolle handelingen	9
4.3 Bevoegd en bekwaam	10
5. Nadere uitwerking van de behandelverantwoordelijkheid en samenwerking	12
5.1 Organisatorische kaders	12
5.2 Behandelverantwoordelijkheid en multidisciplinair werken.	12
5.3 De samenwerkende behandelaars	13
5.4 De medebehandelaar	13
5.5 De deelbehandelaar	14
5.6 De psychiater	14
5.7 De regiebehandelaar	15
5.8 De eerste geneeskundige (EGK)	16
5.9 De groepsbegeleiders	17
6. Digitale zorg en blended care	17
7. Evaluatie	17

1. Inleiding en leeswijzer van het professioneel statuut

Begin 2010 werd de Hezenberg een erkende GGZ-behandelorganisatie met klinische capaciteit voor 25 A-, B- en C-bedden. De Hezenberg transformeerde vanaf dat moment naar een professionele klinische setting met een bijpassende disciplinemix van behandelaren.

De behandelprofessionals hebben een bijzondere positie. Zij hebben een persoonlijke (autonome) niet overdraagbare verantwoordelijkheid jegens patiënten. Vanuit verschillende rollen met bijbehorende verantwoordelijkheden en wettelijke kaders oefenen zij invloed uit op de behandelomgeving en de wijze waarop zorg wordt verleend. Ook ontvangen behandelprofessionals leiding en aanwijzingen. Verder hebben ze te maken met de omstandigheden binnen de Hezenberg, met name die onder verantwoordelijkheid van de bestuurder als adequaat voor verblijf en de behandeling worden aangemerkt, zoals de toegestane formatie.

Binnen de specialistische GGZ van de Hezenberg wordt in de meeste gevallen in het multidisciplinaire behandelteam door meer dan één behandelaar zorg en behandeling verleend. Zorg – en behandelbeleid wordt georganiseerd in het multidisciplinair team en in afstemming met en mede door andere zorgverleners uitgevoerd. Echter als het om (behandel)verantwoordelijkheid gaat, dan kan niet ‘het team’ aangesproken worden. Professionals zijn te allen tijde conform relevante voorschriften individueel verantwoordelijk te houden.

In toenemende mate worden professionals ook daadwerkelijk individueel aangesproken. Deze autonomie in combinatie met afhankelijkheid vraagt om een nadere uitwerking voor de (medische) professionals, bestuurder en in – en externe collegae, zodat ieder vanuit het eigen verantwoordelijkheidskader de juiste wegen kan bewandelen en het duidelijk is dat professionals legitiem handelen en daar ook op aangesproken zullen worden, wanneer zij dat niet doen.

Dit statuut legt uit binnen welke kaders het handelen van professionals zich beweegt. De teksten zijn geschreven binnen de kaders van wet – en regelgeving, de bekwaamheidsprofielen van professionals en het beleid binnen de Stichting De Hezenberg. Bij de Hezenberg is uitgangspunt dat zorgverleners zich ten dienste stellen van de patiënten en naar beste weten en met hun beste kunnen niet rusten voordat de zorg in orde is.

Een professioneel statuut is een dynamisch document, dat meebeweegt met wet – en regelgeving, de wijze waarop binnen de organisatie verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn belegd en de vragen die patiënten en/of hun eerstelijnsprofessionals en/of verwijzers voorleggen. Dit is de vierde versie van het Professioneel Statuut voor de professionals van de Hezenberg waarin ook de invoering van de indicierend en coördinerend regiebehandelaar verwerkt is.

Achtereenvolgens worden beschreven de bestuurlijke verantwoordelijkheid (2), de organisatorische en professionele verantwoordelijkheid (3), het begrippenkader (4), bevoegdheden en bekwaamheden (5) en behandelverantwoordelijkheid van de regiebehandelaar en de andere in het team werkzame behandelaren, ook in relatie tot elkaar (6).

2. Bestuurlijke verantwoordelijkheid

De bestuurder van de Hezenberg bestuurt de Hezenberg en is daarmee verantwoordelijk voor het totale beleid en de gang van zaken binnen de organisatie. Dit betreft de bedrijfsvoering, de patiëntenzorg en het scheppen van de condities hiervoor. De bestuurder handelt binnen de Zorgbrede Governance Code.

Dit betekent dat de bestuurder:

Zorgdraagt voor:

- Waarborgen van de rechten van de patiënt.
- Inzet van bevoegde en bekwame medewerkers.

De organisatie zodanig inricht dat:

- Verantwoorde zorg kan worden geboden en dat professionals hun verantwoordelijkheid kunnen nemen.

Toezicht houdt op:

- Goed zorgverlenerschap van medewerkers.
- Naleving van richtlijnen, procedures en protocollen.

De bestuurder draagt geen behandelverantwoordelijkheid voor een individuele patiënt, maar is wel verantwoordelijk voor de randvoorwaarden waarbinnen de zorg wordt uitgevoerd. De bestuurder blijft dus in alle gevallen eindverantwoordelijk voor de organisatie van de zorg als geheel, de bedrijfsmatige aspecten in het bijzonder en de voorwaarden waaronder patiëntenzorg wordt uitgevoerd. De Eerste Geneeskundige (EGK) draagt in essentie verantwoordelijkheid voor de patiëntveiligheid in het primaire proces. Het toezicht houden op goed zorgverlenerschap van medewerkers en op de naleving van richtlijnen en protocollen vindt in dit licht plaats. Daarbij dragen Bestuurder en EGK dus een gezamenlijke verantwoordelijkheid. De EGK wordt door de bestuurder benoemd.

3. Organisatorische en professionele verantwoordelijkheid

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de relatie tussen de bestuurder en de autonome professionele verantwoordelijkheid. De bestuurder is eindverantwoordelijk, maar behoort zich niet te mengen in behandelrelaties. Naast allerlei formele en organisatorische redenen is ook de praktische reden hiervoor dat de meeste bestuurders onvoldoende kennis hebben van al deze disciplines en expertises. Toch kunnen ze aansprakelijk worden gesteld en moeten ze zorgen dat aan de wettelijke verplichtingen wordt voldaan.

3.1 Managementstructuur

Bij de Hezenberg is er sprake van een managementstructuur met een bestuurlijke en een behandelinhoudelijke component. De bestuurlijke component wordt gevormd door de bestuurder, die verantwoordelijk is voor alle organisatie- en beheer aspecten. De EGK is gepositioneerd in de behandelinhoudelijke lijn en heeft als aandachtsgebied het behandelbeleid. Bestuurder en EGK hebben een gedeelde verantwoordelijkheid met betrekking tot het zorgbeleid. Het gaat hierbij om collegiale verantwoordelijkheden. De professionals zijn in de Hezenberg georganiseerd in het behandelteam. In de behandelinhoudelijke lijn is sprake van een Hoofd Behandel Zaken (HBZ) met daaronder teamleiders. In de bestuurlijke lijn staffuncties ondergebracht en de functie van Hoofd Algemene Zaken (HAZ) met teamleiders.

3.2 Behandel-/zorgbeleid in relatie tot professionele verantwoordelijkheid

Zowel BIG- als niet-BIG-geregistreerde zorgverleners hebben een eigen professionele verantwoordelijkheid. Zij werken met specifieke deskundigheid en beroepscode vanuit hun professionele standaard en zijn in die zin dan ook autonoom. Dit impliceert dat de individuele professional ervoor heeft gezorgd dat de kennis en bekwaamheden actueel en volgens vereisten in orde bevonden zijn¹. Voor niet-BIG-geregistreerde zorgverleners geldt bovendien dat zij geregistreerd zijn bij de eigen beroepsvereniging of registratie-stichting. Professionals in dienstverband zijn aangesteld onder deze voorwaarde. Het verliezen van de registratie leidt, als dit niet kan worden hersteld, onvermijdelijk tot het verbreken van het dienstverband of het terugplaatsen naar een assisterende functie zonder professionele autonomie.

De GGZ is een werksoort, waar in multidisciplinair verband wordt gewerkt door zeer verschillend opgeleide (MBO-HBO-WO) professionals. Sommige beroepsgroepen hebben (nog) geen eenduidige beroepsorganisatie. Voor deze professionals stelt de Hezenberg de eisen vast waaraan voldaan moet worden om binnen de Hezenberg als autonome beroepsbeoefenaar aangemerkt te kunnen worden. Dit zal worden vastgelegd in een aanhangsel van de arbeidsovereenkomst. Nieuwe medewerkers worden in hun inwerkprogramma op deze afspraken en op het professioneel statuut ingewerkt.

Beroepsbeoefenaren krijgen de ruimte om vanuit hun eigen deskundigheid invulling te geven aan de professionele verantwoordelijkheid. Er wordt niet van hen geëist om in strijd met de professionele standaard te handelen. Hier staat tegenover dat de beroepsbeoefenaar hierover verantwoording dient af te leggen. Ook wordt van de beroepsbeoefenaar een proactieve en constructieve bijdrage aan het ontwikkelen van een verantwoord behandelbeleid gevraagd. Bij alle behandelingen ontstaan

¹ HR ziet hierop toe via jaargesprekken en portfolio-registratie

dilemma's en moeten afwegingen worden gemaakt. De beroepsbeoefenaar is persoonlijk verantwoordelijk voor de individuele behandeling.

Tegelijkertijd worden binnen de GGZ-regels en richtlijnen gesteld (b.v. betreffende voorschrijven van psychofarmaca) en ook wordt er behandelbeleid afgesproken. Iedereen dient zich hieraan te conformeren. Indien er een conflict ontstaat met de autonome beroepsuitoefening ten opzichte van een patiënt, dan moet er gemotiveerd melding worden gedaan in het dossier van deze patiënt. Bij de beroepsbeoefenaar die zich niet kan conformeren aan geldende regels en richtlijnen² berust de verantwoordelijkheid om in overleg met de EGK te zorgen voor congruentie in het behandelbeleid.

De Hezenberg beschouwt de onvermijdelijke verschillen van inzicht die door het multidisciplinair werken en het gunnen van professionele autonomie ontstaan als gouden kansen om verbetering van behandelmethodieken en de best mogelijke zorg te ontwikkelen. Van beroepsbeoefenaren wordt gevraagd om in een open dialoog met patiënt en collegae dienend voor de zaak van de patiënt te werken.

3.3 Juridisch kader en aansprakelijkheid

Zorgorganisaties en zorgverleners hebben de wettelijke verplichting om 'goede zorg' te leveren. Deze verplichting is opgenomen in de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz, art. 2) en de wet BIG (art. 40) en krijgt zijn weerslag in het Kwaliteitsstatuut. Door de kwaliteitswet ligt de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg bij de bestuurder. De kwaliteitswet eist dat de zorgorganisatie voorziet in adequate kwaliteitssystemen, procedures en statuten. Een professioneel statuut is een van de instrumenten om kwaliteit te organiseren.

De individuele verantwoordelijkheid voor het leveren van goede zorg ligt bij de beroepsbeoefenaren. Bepalingen zijn terug te vinden in de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) (art. 7.453, de zorg van een goed zorgverlener, in relatie tot de professionele standaard) en de wet BIG (art 3 en het tuchtrecht).

Behandelaren en begeleiders werken dus primair onder de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) en moeten betrouwbaar (doen wat je zegt) en transparant (zeggen wat je doet) zijn in de relatie met patiënten. Er moet zorgvuldig worden gehandeld. Elke behandelaar en begeleider is verantwoordelijk voor het eigen aandeel in de behandeling en is hierop aanspreekbaar door de patiënt. Bij een eventuele procedure is het toetsingscriterium 'de zorgvuldigheid die onder de omstandigheden van het concrete geval redelijkerwijs van een bekwaam handelend beroepsgenoot mag worden verwacht'. Het zogenaamde 'goed zorgverlenerschap' volgens de WGBO. Alle behandelaren en begeleiders kunnen individueel worden aangesproken met het klachtrecht en het burgerlijk recht. In geval van een zeer ernstige calamiteit kan een strafrechtelijk onderzoek worden opgelegd door justitie met mogelijk individuele rechtsgevolgen voor de

² Bij patiënten met zeer complexe problematiek kan het voor komen dat een algemeen protocol niet dienstbaar is bij de behandeling, het gaat hier primair niet om verschil van inzicht, maar om grenzen van behandelbaarheid

behandelaar of begeleider.³ De BIG-geregistreerde disciplines vallen onder het tuchtrecht. Ook kan verenigingsrecht van toepassing zijn (bijvoorbeeld NIP).

Waar onzorgvuldig handelen is vastgesteld en leidt tot aansprakelijkheid is de organisatie (bestuurder) aansprakelijk, tenzij werd aangetoond dat er bewuste roekeloosheid of opzet in het spel is.

3.4 Begrippenkader

Het is goed om in duidelijke taal met elkaar te spreken. Daarom volgt hierna een aantal in dit statuut veelgebruikte begrippen.

Beroepsbeoefenaar

Ook wel professional, de zorg(hulp)verlener die beroepsmatig diagnostiek, begeleiding of behandeling verleent aan een patiënt en een (arbeids)overeenkomst heeft met de Hezenberg.

Eerste Geneeskundige (EGK)

Een psychiater die een vastgesteld aantal uren per week vrijgesteld is om over het algemene en specifieke behandelbeleid te adviseren, te toetsen en toe te zien op de inhoudelijke kwaliteit.

Regiebehandelaar

Lid van het behandelteam van de Hezenberg, belast met de indicerende en/of coördinerende regie over het individuele zorgproces van de patiënt, te weten psychiater, klinisch psycholoog, of GZ-psycholoog-psychotherapeut.

Medebehandelaar

Lid van het behandelteam van de Hezenberg belast met het uitvoeren van behandelingen, binnen vooraf vastgestelde behandelkaders: Klinisch psycholoog, psychotherapeut, (GZ-)psycholoog, SPV, GGZ-agoog en Maatschappelijk werkende met GGZ-differentiatie.

Deelbehandelaar

Lid van het behandelteam van de Hezenberg belast met het uitvoeren van deelbehandelingen, te weten: vaktherapeuten beeldend & muziek, Psychomotore Therapeut en Psychodramatherapeut (officieel geen behandelaar maar begeleider, zie § 4.1 Titelbescherming) en Geestelijk Verzorger/Pastoraal werker (ook geen officiële behandelaar, zie § 4.1 Titelbescherming, laatste alinea).

Groepsbegeleider

Lid van het multidisciplinair team en verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken en het leefklimaat in de groep patiënten, het begeleiden van de patiënten en het ondersteunen van de behandelaars. Een deel van de groepsbegeleiders leidt de sociotherapiegroepen, dit zijn de groepsbegeleiders die hiervoor een relevante HBO-opleiding hebben gevolgd.

Behandelverantwoordelijkheid

Primaire zeggenschap over en aanspreekbaarheid op de inhoud en uitvoering van het gehele

³ De Hezenberg laat haar medewerkers in een dergelijk geval bijstaan door een medisch jurist

zorgproces van een individuele patiënt. Er is sprake van behandelverantwoordelijkheid in alle fasen van het zorgproces van de allereerste start in de diagnostiek en/of overdragen van het dossier bij opname tot aan het einde van de zorg bij patiënten met zorg plus behandeling.

Behandelplan

Door middel van dossierbeheer en verslaglegging wordt de overdracht van zorg en behandeling gefaciliteerd, met als doel de consistentie en continuïteit van zorg en behandeling te waarborgen. Dit in *multidisciplinaire samenwerking* opgestelde plan bevat een samenhangend geheel aan bijdragen in één zorgprogramma.

Bevoegd

Een handeling op eigen gezag mogen uitvoeren, omdat die behoort tot de deskundigheid van de professional.

Bekwaam

Kennis gecombineerd met daadwerkelijke vaardigheid, verkregen uit opleiding en/of onder erkende supervisie verworven praktijkervaring om een handeling uit te voeren.

Patiënt

Hiermee wordt een persoon in de behandeling binnen het GGZ-domein aangeduid.

Deelverantwoordelijkheid

Aanspreekbaarheid van een behandelaar op inhoud en uitvoering van het betreffende onderdeel in het behandelplan van een individuele patiënt.

4. Bevoegdheden en bekwaamheden

In de Wet BIG (Beroepen Individuele Gezondheidszorg) is voor een aantal beroepen de bevoegdheid geregeld. Om bevoegd te zijn in het kader van de wet BIG moet een beroepsbeoefenaar aan de in de wet voor het vak gestelde eisen voldoen. De bevoegdheid die de wet stelt is een optelsom van opleiding, beroep, bekwaamheid en de benoeming om het beroep uit te oefenen door een toegelaten behandelorganisatie en/of een toelating om als zelfstandige te werken. Bij de Hezenberg behoort een groot deel van de beroepsbeoefenaren tot de BIG-geregistreerde behandelaren.

Niet-BIG-geregistreerde zorgverleners zijn bevoegd als ze voldoen aan de registratie-eisen van hun beroepsvereniging of registratiestichting. Bekwaamheid dienen zij zelf te regelen bijvoorbeeld door lidmaatschap van beroepsvereniging, voldoende bij- en nascholing, intervisie, etc.

Beroepsbeoefenaren die patiënten van de Hezenberg behandelen hebben een dienstverband of een overeenkomst met de Hezenberg. Zonder dienstverband of overeenkomst wordt er niet behandeld.

In het hiernavolgende hoofdstuk wordt over de verantwoordelijkheidstoedeling bij de Hezenberg met en zonder de BIG – registratie een en ander toegelicht.

4.1 Titelbescherming of niet?

In artikel 3 van de wet BIG is de titelbescherming en tuchtrecht van een aantal basisberoepen geregeld. Voor Hezenberg gaat het om arts, verpleegkundige (mbo en hbo), de GZ-psycholoog, de psychotherapeut. Voorts zijn er via artikel 14 wet BIG wettelijk erkende specialismen van artikel 3 beroepen, beschreven in het specialistenregister, hier is de psychiater en de klinisch psycholoog in opgenomen. Voor de overige behandelaren bestaat er geen wettelijke beschermde status. Wel zijn er de eerdergenoemde beroepsverenigingen, waarop de Hezenberg nadere aanwijzingen baseert. De behandelaren zonder beschermde status zijn: basis-psycholoog, maatschappelijk werkende, GGZ-agoog, vaktherapeut beeldend, vaktherapeut muziek, en psychomotore therapeut.

Voorts is er een bijzondere positie voor de geestelijk verzorger/ pastoraal werker, die niet tot de behandel disciplines worden gerekend, geen titelbescherming genieten in het kader van de wet BIG, maar wel eigen professionele verantwoordelijkheid dragen voor hun zorgverlenerschap en de begeleiding die zij aan de patiënten geven.

4.2 Voorbehouden en risicovolle handelingen

In Nederland is iedereen vrij om handelingen te verrichten op het gebied van de individuele gezondheidszorg, inclusief geneeskundige handelingen, met dien verstande dat:

- 1) Het buiten noodzaak of eigen deskundigheid veroorzaken van schade of aanmerkelijke kans op schade (handeling met een hoog risicogehalte op schade) strafbaar is. Achteraf wordt dus via het strafrecht bepaald of er ondeskundig of wel onzorgvuldig is gehandeld.
- 2) De voorbehouden handelingen, die alleen door de in de wet genoemde beroepsbeoefenaren mogen worden uitgevoerd.

Het voorschrijven van medicatie, de meestal enige voorbehouden handeling in de Hezenberg is niet in de wet BIG, maar in de Wet Geneesmiddelenvoorziening geregeld. Alleen het voorschrijven is in de wet geregeld. De werkvoorraad Geneesmiddelen staan beschreven in een intern protocol dat

voldoet aan de eisen van de Geneesmiddelenwet (2007) en is gebaseerd op de Handreiking Werkvoorraad Geneesmiddelen van Actiz, GGZ Nederland en VGM (2011).

Zelfstandig indiceren van voorbehouden handelingen gebeurt altijd door een in het BIG-register opgenomen bevoegde behandelaar. Het uitvoeren van de handeling kan onder strikte voorwaarden, onder supervisie van de bevoegde behandelaar, gedelegeerd worden aan een bekwame zorgverlener. Bijvoorbeeld het verstrekken van medicatie door de SPV of groepsbegeleider op aanwijzing van de arts en apotheker.

Als een patiënt bij de Hezenberg verpleegkundige zorg voorbehouden of risicovolle handelingen nodig heeft, wordt tijdens het verblijf een verpleegkundige ingeschakeld, bijvoorbeeld via thuiszorg. Alleen medicatiedistributie wordt door Hezenberg-medewerkers gedaan.

4.3 Bevoegd en bekwaam

Voor de geregistreerde professionals is in de wet BIG en de wet Geneesmiddelenvoorziening vastgelegd waartoe zij bevoegd zijn.

De deskundigheidsgebieden van de professionals wiens beroepen niet in de wet BIG zijn opgenomen zijn bij de Hezenberg vastgesteld met een aanwijzing voor een beroepsvereniging, waar het profiel is beschreven, dan wel een beschrijving die op de werkzaamheden bij de Hezenberg van toepassing is, de zogenaamde bekwaamheidsprofielen.

De verwijzing naar de BIG-registratie en/of beroepsvereniging of beschrijving van werkzaamheden is onderdeel van de (arbeids)overeenkomst met de Hezenberg. Verlies van de registratie (b.v. door het niet behalen van nascholingsvereisten) maakt onbevoegd, dit betekent dat het beroep onmiddellijk niet langer zelfstandig binnen de Hezenberg mag worden uitgeoefend.

Naast bevoegdheid, die voor een groot deel theoretisch kan zijn (b.v. omdat het diploma decennia geleden werd behaald en slechts één specialisme van de beroepsuitoefening wordt gepraktiseerd) geeft bij daadwerkelijk uitoefenen van behandelingen de bekwaamheid de doorslag.

Niet bekwaam is niet bevoegd!

Bekwaam is geen exact begrip. Veel omgevingsfactoren zijn van toepassing op dit begrip. Bij het begrip bekwaamheid komen een veelheid van factoren bij elkaar. Opleiding, ervaring, actueel geïnformeerd blijven over de ontwikkelingen in het eigen vak, vaardigheid behouden door frequente uitoefening, handigheid met (nieuwe) technieken, aanspreekbaar zijn, zich laten controleren, foutvriendelijke instelling, tolerantie van de omgeving, persoonlijke lichamelijke conditie en vele andere invloeden die de bekwaamheid van de individuele zorgverlener beïnvloeden.

Bij het begrip bekwaamheid dient zowel de individuele zorgverlener als diens omgeving zich verantwoordelijk te tonen. De patiënt is door zijn rol geneigd zich te onderwerpen aan de behandeling, ook als er nadelen zijn. Dat geldt ook voor de afwegingen, met name bij belastend onderzoek en/of behandeling. Patiënten zijn geneigd alle behandeling in beginsel toe te laten. Zij vertrouwen hun behandelaar.

De complexiteit van de behandeling in combinatie met de kwetsbaarheid van GGZ-patiënten bij de Hezenberg vragen bij inwerken van nieuw toetredende behandelaars extra aandacht. Daarnaast is de bijzondere behandelinhoud door de combinatie van psyche en geloof nog een extra aandachtspunt bij het inwerken. Nieuwe toetredende behandelaars zullen dan ook afhankelijk van ervaring een periode een collega, werkbegeleider of supervisor toegewezen krijgen waar vragen kunnen worden gesteld of begeleiding kan worden ontvangen voor de uitoefening van het werk.

Van alle medewerkers van de Hezenberg, maar in het bijzonder van de behandelaren, omdat zij hiervoor het voorbeeld dienen te geven, wordt dan ook gevraagd om actief en professioneel de eigen bekwaamheid in de brede zin van het woord collegiaal te laten toetsen. Dat betekent dan ook dat professionals ontvankelijk en uitnodigend dienen te zijn om feedback te ontvangen van alle betrokkenen, inbegrip van de leden van het team patiëntvrijheid en de patiëntvrouwen die de patiënten (patiënten) buiten de behandelperioden zorg en patiëntvrijheid verlenen.

De behandelaar kan in een Multidisciplinair Overleg aangeven zich niet (langer) bekwaam te achten om een behandeling uit te voeren, omdat de eigen grens werd bereikt. De betreffende behandelaar kan eventueel in overleg met de EGK of regiebehandelaar de patiënt overdragen aan een collega.

De beslissing over te verbeteren bekwaamheid en vereiste maatregelen (b.v. scholing) wordt in onderling overleg door de bestuurder en de EGK genomen. Daarbij wordt zoveel mogelijk de visie van het behandelteam betrokken.

5. Nadere uitwerking van de behandelverantwoordelijkheid en samenwerking

5.1 Organisatorische kaders

Een professioneel statuut binnen een GGZ-instelling dient de kaders aan te geven, waarbinnen de zorg rondom de patiënt georganiseerd is en waarbinnen het professioneel handelen plaatsvindt. Binnen de Hezenberg zijn er twee verantwoordelijkheidslijnen die in onderlinge beïnvloeding en samenwerking garant dienen te staan voor een zo gunstig mogelijk behandelresultaat. Er is enerzijds de organisatorisch- bestuurlijke verantwoordelijkheid en anderzijds de behandelinhoudelijke verantwoordelijkheid. Deze verantwoordelijkheden zijn misschien niet altijd strikt te scheiden, maar wel in essentie te onderscheiden.

5.2 Behandelverantwoordelijkheid en multidisciplinair werken.

De Hezenberg is een multidisciplinaire GGZ- instelling. Dit multidisciplinaire karakter komt bij uitstek tot uitdrukking in het multidisciplinaire behandeloverleg, waar de vaststelling, uitvoering, bijstelling en evaluatie van het behandelplan centraal staat. Hier worden de meeste besluiten, voor zover niet acuut, genomen. Alle medewerkers werken vanuit de kaders van de Guideline Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD)

Bij de uitvoering van het behandelplan zijn vrijwel altijd meerdere professionals betrokken. Uitgangspunt daarbij is dat elke professional de patiënt behandelt onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid binnen de grenzen van zijn bekwaamheid en in overeenstemming met de geldende professionele standaard, instellingsprotocollen en richtlijnen van de beroepsgroep. Ook de vastlegging van de behandelgegevens in het dossier behoort tot de verantwoordelijkheid van de professional.

Binnen de genoemde multidisciplinariteit heeft de professional een persoonlijke, niet overdraagbare individuele verantwoordelijkheid voor zijn/haar aandeel in de realisatie van de behandeling. Als het om verantwoordelijkheden gaat kan niet het team aangesproken worden. Professionals moeten zelf de grenzen van hun kennen en kunnen bewaken en zaken die hier niet toe behoren aan anderen overlaten. Dit betekent dat de professional, als hij de grenzen van zijn bekwaamheid bij voortzetting van de behandeling zou overschrijden, een collega inschakelt die wel die bekwaamheid bezit, die dan gehouden is om die specifieke bekwaamheid/deskundigheid in te zetten. Ook kunnen er andere redenen zijn om de behandelverantwoordelijkheid aan een andere collega/discipline over te dragen, bijvoorbeeld bij ziekte of herschikking van taken.

Bij de multidisciplinaire behandeling is consensus een belangrijke randvoorwaarde. Deze consensus kan zowel betrekking hebben op de behandelvisie in het algemeen als op de samenstelling van het behandelplan bij de individuele patiënt. In de samenwerking tussen professionals kunnen, zowel binnen dezelfde discipline als multidisciplinair, inhoudelijke meningsverschillen optreden. Als deze niet binnen het behandelteam kunnen worden opgelost, wordt in eerste instantie gezocht naar een oplossing in de behandellijn. De regiebehandelaar en de EGK hebben daarin een gezamenlijke taak. In geval het conflict uitrijst boven het niveau van de behandelinhoud is actie van de bestuurder aan de orde.

5.3 De samenwerkende behandelaars

In het multidisciplinaire behandelteam zijn diverse disciplines vertegenwoordigd, met relevante beroepsopleidingen die passen bij de GGZ-behandeling en begeleiding die Hezenberg biedt zoals, groepsbegeleider, (GZ-)psycholoog, klinisch psycholoog, geestelijk verzorger, pastoraal werker, persoonlijk begeleider, PMT'er, dramatherapeut, psychiater, psychotherapeut, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, sociotherapeut, systeemtherapeut en vaktherapeut beeldend. Er kan met betrekking tot samenwerking en verantwoordelijkheid een onderscheid gemaakt worden tussen de regiebehandelaar, de medebehandelaar, de deelbehandelaar, de psychiater en de EGK.

Al deze medewerkers zijn professionals. Daarom geldt voor allen in dezelfde mate dat zij de plicht van iedere zorgverlener delen om als bevoegde en gekwalificeerde beroepsbeoefenaar de taak naar beste vermogen en in overeenstemming met daarvoor gestelde normen, zoals aangegeven in 6.2, uit te voeren. Evenwel in het kader van taak-gerelateerde verantwoordelijkheden zijn er ook, voor een deel Hezenberg-specifieke, nuances en verschillen aan te geven.

5.4 De medebehandelaar

Deze medewerker heeft een specifieke verantwoordelijkheid in het kader van toebedeeld behandelarschap. Onze werkwijze bestaat eruit dat aan elke patiënt een uitvoerende medebehandelaar wordt toegewezen. Bij deze toewijzing wordt geprobeerd om de indicatie en de hulpvraag van de patiënt zo goed mogelijk te laten combineren met de discipline en specifieke deskundigheid van de zorgverlener (matching). Deze professional is in uitvoerende zin en in nauwe samenwerking met de regiebehandelaar medeverantwoordelijk voor het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijstellen van het behandelplan en de behandelstrategie.

De als medebehandelaar optredende disciplines kunnen zijn: (gz-)psycholoog, Klinisch Psycholoog, psychotherapeut en sociaalpsychiatrisch verpleegkundige. De verantwoordelijkheid van de medebehandelaar is tweeledig. Enerzijds is hij/zij zelf behandelaar en brengt de uit de discipline en opleiding voortkomende eigen modules in de behandeling in, passend bij de afgesproken doelen en strategie, maar ook en tegelijkertijd heeft de medebehandelaar een afstemmende en coördinerende verantwoordelijkheid ten aanzien van de overige medewerkers, die bij de behandeling betrokken zijn.

De medebehandelaar geeft betekenis aan de begrippen 'zorg op maat' en 'continuïteit van zorg'. De continuïteit van zorg manifesteert zich ook in het bieden van nazorgcontacten, het in overleg met de patiënt zoeken naar een passende vervolgbehandeling en het verzorgen van de overdracht van gegevens. Bij acute psychiatrische problematiek is deze medewerker de eerst aangewezen om te voorzien in acute opvang, inventarisatie van het probleem en in nauwe samenwerking met de psychiater het plannen van vervolgacties.

5.5 De deelbehandelaar

Naast de medebehandelaar zijn er vrijwel altijd meerdere deelbehandelaars bij de behandeling betrokken die een of meer modules, individueel of in groepsverband voor hun rekening nemen. De disciplines in kwestie kunnen zijn: de geestelijk verzorger/pastoraal werker, PMT'er, vaktherapeut beeldend en vaktherapeut muziek. Voor deze medewerkers geldt de verantwoordelijkheidsomschrijving zoals weergegeven in alinea 3.2 met dien verstande dat een en ander betrekking heeft op het deelaspect c.q. de module(s), zoals door de deelbehandelaar bijgedragen wordt aan de uitvoering van het behandelplan. Tussen de medebehandelaar en de deelbehandelaar en tussen de deelbehandelaars onderling kan afbakening van de eigen bijdrage en afstemming ten aanzien van andere zorgverleners een rol spelen. Doelstelling is dat de deelt therapieën op elkaar aansluiten en dat er congruentie is in de manier van benaderen. Overleg en uitwisseling in het behandelteam is het medium om dit te bevorderen. Ook kan het voorkomen dat een zorgverlener meent buiten het eigen deskundigheidsgebied te moeten treden. In dat kader kan het in consult roepen van een collega intaker/ behandelaar aan de orde zijn. De geconsulteerde heeft de plicht om in zo'n geval de cliënt zelf te zien en de indrukken in het dossier vast te leggen. De medebehandelaar heeft de taak om de uit het consult voortvloeiende visie te integreren binnen de behandeling.

5.6 De psychiater

Een belangrijke taak/verantwoordelijkheid van de psychiater is het verzorgen van psychiatrische diagnostiek en crisisinterventie. De psychiater vervult daarbij een ondersteunende en consultatieve rol. Vanwege deze positie is het van groot belang dat er op basis van een goede indicatie tijdig een beroep op de psychiater gedaan wordt. Er moet duidelijkheid zijn over de gevallen waarin de psychiater moet worden geconsulteerd. Iedere individuele professional, die betrokken is bij de behandeling van een individuele patiënt, heeft de verantwoordelijkheid in dergelijke gevallen de psychiater te informeren en dient dit ook te doen bij twijfel. De psychiater wordt geconsulteerd in de volgende gevallen:

- Bij twijfel over de diagnose/DSM-classificatie. Bij verschillende zienswijzen over de diagnose/DSM-classificatie heeft de psychiater de doorslaggevende stem.
- Bij situaties van escalatie*:
 - o Het zich aandienen van acute psychiatrische symptomatologie, bijvoorbeeld psychotische verschijnselen of ernstige depressie.
 - o Bij risicovol suïcidaal gedrag.
 - o Bij andere gevaar indicaties of risicovolle situaties.
 - o Bij agressieve ontregeling.
- Bij veranderingen in/ verergering van het psychiatrisch ziektebeeld.
- Bij twijfel over de effecten van ingezette behandeling.
- Ter beoordeling van somatische klachten.
- Bij (vermoeden van) somatische ziektebeelden, die de diagnose of behandeling compliceren.
- Bij medicatievragen.

** In deze gevallen kan ook een Klinisch Psycholoog hierbij geconsulteerd worden*

Bovenstaande indicaties voor een psychiatrisch consult gelden in alle fasen van de behandeling, dus zowel in de intakefase als de behandel fase. Aan alle patiënten met een behandelindicatie die in zorg zijn bij de Hezenberg wordt een psychiater toegewezen. Bij alle in de Hezenberg opgenomen patiënten vindt een psychiatrisch consult plaats. Zo nodig vinden vervolgsconsulten plaats. De Hezenberg kiest uitdrukkelijk niet voor het model waarbij een psychiater door delegatie van taken een groot aantal patiënten indirect met specialistische zorg bereikt.

5.7 De regiebehandelaar

Volgens het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ 4.0 (LKS 4.0) en het Zorgprestatie model (ZPM) worden de rollen en bevoegdheden van de regiebehandelaar per setting benoemd. De indeling in settings is leidend voor de toewijzing van de indicerende en/of coördinerende rol van de regiebehandelaar. Voor de Hezenberg zijn de relevante settings:

- **Setting 2 (ambulante – monodisciplinaire, basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ):**
De GZ-psycholoog is regiebehandelaar. Klinisch psycholoog, psychiater of psychotherapeut is beschikbaar voor consultatie over diagnose en indicatie.
- **Setting 3 (ambulante – multidisciplinaire):**
Een GZ Psycholoog of psychotherapeut is regiebehandelaar.
Klinisch psycholoog, psychiater of psychotherapeut is betrokken bij de indicatiestelling en is lid van het MDO. In het multidisciplinaire team wordt bepaald of hij/ zij gezien de zorgvraag zelf direct contact heeft met de patiënt.
- **Setting 5 (klinisch, exclusief forensische en beveiligde zorg):**
Klinisch psycholoog, psychiater of psychotherapeut voert de diagnostiek en indicatiestelling uit en heeft zelf direct contact gehad met de patiënt. GZ-psycholoog, Klinisch Psycholoog, psychiater of Psychotherapeut kan regiebehandelaar zijn.

De regiebehandelaar met de indicerende rol is verantwoordelijk voor de probleemanalyse, indicatiestelling en diagnose. De regiebehandelaar met de coördinerende rol is verantwoordelijk voor de afstemming en voortgang van de behandeling. De toewijzing van deze rollen gebeurt volgens de actuele profiel tabel uit LKS 4.0.

Bij elke klinische opname wordt de indicatiestelling uitgevoerd door een klinisch psycholoog, psychiater of psychotherapeut, volgens de eisen van setting 5. De regiebehandelaar is altijd één persoon, met naam en contactgegevens bij de patiënt bekend. Als de regiebehandelaar niet bevoegd is voor medisch-psychiatrische problematiek, wordt de psychiater geconsulteerd.

In de klinische specialistische-GGZ bij Hezenberg vallen die rollen grotendeels samen. In de coördinerende rol kan de regiebehandelaar ondersteund worden door de medebehandelaar.

De regiebehandelaar is nauw bij de behandeling van de patiënt betrokken en heeft bij het begin, bij het vaststellen van het behandelplan, de periodieke evaluatie en bij de afsluiting van het behandelproces *face-to-face* contact met de patiënt. De regiebehandelaar is altijd één persoon, die met naam en contactgegevens bij de patiënt bekend is. De regiebehandelaar ziet erop toe dat alle

voor een goede behandeling noodzakelijke besluiten genomen worden, onder meer de besluiten die nodig zijn bij een multidisciplinaire aanpak waarbij meerdere disciplines een bijdrage leveren aan de behandeling. Ook de regiebehandelaar is zich bewust van de grenzen aan haar/zijn deskundigheid. Dit kan bijvoorbeeld aan de orde zijn bij een regiebehandelaar, niet zijnde een psychiater, bij medisch-psychiatrisch casuïstiek. De regiebehandelaar opereert in nauwe samenwerking met de medebehandelaar, de psychiater en de deelbehandelaar. De regiebehandelaar opereert vanuit een kaderstellende verantwoordelijkheid. Wel dient de regiebehandelaar in geval knelpunten gesignaleerd worden die de effecten van zorg negatief beïnvloeden passende actie te ondernemen door het geven van functionele en operationele aanwijzingen. In geval van medisch psychiatrische problematiek wordt eerst overlegd met de psychiater en zo nodig de EGK. In gevallen waar nodig in het kader van wetgeving, zorgvuldigheid en veiligheid van behandelen heeft de regiebehandelaar de mogelijkheid om in overleg te gaan voor het vragen van een second opinion. Daar EGK in deze ook een verantwoordelijkheid heeft is afstemming noodzakelijk.

De medebehandelaar is op uitvoerend niveau verantwoordelijk voor de continuïteit, het overzicht, de afstemming en communicatie met deelbehandelaars rondom het behandelproces van de individuele patiënt. De coördinerend regiebehandelaar ziet erop toe dat dit aspect van de behandeling plaatsvindt, ook met betrekking tot congruente afspraken met alle behandelaren. De regiebehandelaar ziet met de EGK toe op een adequate weergave van het behandelproces in het dossier. Het toezicht op het patiëntdossier en de fasen van het behandelproces (intake, diagnostiek, indicatiestelling, zorgtoewijzing, behandeling, evaluatie, afsluiting en nazorg) bij de individuele patiënt is de taak van de regiebehandelaar.

5.8 De eerste geneeskundige (EGK)

De EGK heeft toezien, toetsende en beleidsmatige taken. Er is ook sprake van een directe uitvoerende verantwoordelijkheid met betrekking tot behandeling van individuele patiënten. De EGK heeft een medisch- psychiatrische verantwoordelijkheid op instellingsniveau. Daaruit komen verantwoordelijkheden voor lopende behandelingen voort.

De EGK heeft een:

- Algemene adviserende taak bij medisch psychiatrische casuïstiek;
- Advisering aan bestuur en instelling in het kader van de klachtenprocedure;
- Specifiek toezicht bij dreigende calamiteiten en risicovolle situaties, met name in geval de veiligheid voor cliënt en omgeving in het geding is;
- Advies en bemiddeling bij inhoudelijke meningsverschillen (escalatie), die in het team niet oplosbaar blijken.

De toetsende verantwoordelijkheid is een activiteit achteraf, zoals bij suicidaliteit (met letsel), suicide, letsel bij cliënten onderling, somatische calamiteiten, vermissing, terreinontzegging, ontsporingen tijdens de therapie, ongelukken met medicatie en overige inspectiezaken. De EGK inventariseert en voert in afstemming met de bestuurder de regie bij de afhandeling, inclusief het overleg met en de rapportage aan de Inspectie.

De beleidsmatige taak heeft betrekking op het gevraagd en ongevraagd adviseren op het gebied van het medisch psychiatrische zorgbeleid.

5.9 De groepsbegeleiders

De groepsbegeleiders dragen als team in wisseldiensten 24/7 verantwoordelijkheid voor de begeleiding van de patiënten door ondersteunen, motiveren, stimuleren en evalueren. Zij geven vorm aan de dagelijkse gang van zaken binnen het therapeutisch leefklimaat. Daarnaast hebben zij een taak in de ondersteuning bij de uitvoering van het behandelplan. Binnen het team van groepsbegeleiders zijn er enkele groepsbegeleiders gekwalificeerd om sociotherapie te bieden.

6. Digitale zorg en blended care

Volgens LKS 4.0 hanteert De Hezenberg kwaliteitscriteria voor digitale behandelvormen en blended care. Digitale zorg wordt ingezet als integraal onderdeel van diagnostiek, behandeling, evaluatie en nazorg. Hierbij gelden de volgende uitgangspunten:

- Digitale behandelvormen (zoals e-health modules, online vragenlijsten, beeldbellen en digitale verslaglegging) worden alleen toegepast indien ze voldoen aan de actuele kwaliteitscriteria uit het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.
- Blended care (combinatie van digitale en face-to-face zorg) wordt afgestemd op de individuele behoeften en mogelijkheden van de patiënt. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het beoordelen of digitale zorg passend en veilig is.
- Digitale zorg wordt altijd aangeboden binnen een beveiligde digitale omgeving, volgens AVG en NEN7510. Patiënten worden vooraf geïnformeerd over de mogelijkheden, beperkingen en privacyaspecten van digitale zorg.
- De effectiviteit en tevredenheid over digitale behandelvormen worden periodiek geëvalueerd via ROM-vragenlijsten en patiëntfeedback.
- Medewerkers volgen scholing en bijscholing op het gebied van digitale zorg en blended care, zodat deskundigheid en kwaliteit geborgd zijn.

Als digitale zorg niet passend is voor een patiënt, wordt dit gemotiveerd vastgelegd in het dossier en wordt gekozen voor alternatieve behandelvormen.

7. Evaluatie

Dit professioneel statuut wordt minimaal eens per twee jaar geëvalueerd en waar nodig geactualiseerd, op basis van wijzigingen in wet- en regelgeving, het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ en interne ontwikkelingen. De evaluatie en eventuele herziening worden vastgelegd door de documenthouder en ter goedkeuring voorgelegd aan het bestuur.