

## 1. Inleiding

### 1.1. Doel

Conform wet en regelgeving heeft elke zorginstelling een professioneel statuut, dit is vormgegeven conform de eisen die voortvloeien uit het landelijke model Kwaliteitsstatuut GGZ. Het Professioneel Statuut is geldend ongeacht discipline en/of positie, op een ieder werkzaam binnen Centrum Buitengewoon GGZ.

Dit professioneel statuut beschrijft de afspraken binnen Centrum Buitengewoon omtrent het werk van behandelaren in de eigen organisatie. Het statuut geeft uitdrukking aan het vertrouwen dat de instelling in haar werknemers heeft en toont respect voor de eigen bevoegdheid van de behandelaar over de inhoud van zijn werk. De behandelaar wordt verondersteld de kaders van zijn werk te kennen en de mogelijkheden én grenzen van het eigen handelen te onderkennen.

### 1.2. Uitgangssituatie

Centrum Buitengewoon is een GGZ instelling die voornamelijk zorg biedt in de specialistische ggz aan mensen met complexe psychische problemen waar trauma aan te grondslag ligt. Tevens bieden wij zorg in de Basis GGZ en aan mensen met angst- en stemmingsproblematiek. Wij zijn gespecialiseerd in het behandelen van psychotrauma met vaak co-morbide persoonlijkheidsproblematiek dan wel ontwikkelingsproblematiek. Wij leveren met een multidisciplinair team hoog specialistische GGZ zorg met een doelgerichte intensieve aanpak volgens de geldende richtlijnen en wetenschappelijke kennis, waarbij we ook streven naar vernieuwing en verbetering. We bieden zowel een dagbehandeling als individuele ambulante behandeling.

De zorg is zodanig ingericht dat de cliënt in staat wordt gesteld om zelf maximale sturing te geven aan de behandeling. Hierbij is de hulpvraag van de cliënt het uitgangspunt voor het traject binnen de zorg. De hulpvraag is (mede) bepalend voor de diepgang van de diagnostiek en geeft richting aan het behandel aanbod.

De professional geeft zijn professionele antwoord op deze hulpvraag, er is sprake van gezamenlijke besluitvorming. Dit wordt uitgewerkt in het behandelplan. Hierbij is Centrum Buitengewoon transparant over de mogelijkheden en onmogelijkheden van haar aanbod, over hoe de zorg is georganiseerd, over welke professional welke verantwoordelijkheden heeft, over de wachtlijsten, over de kaders waarbinnen gewerkt wordt, over de financiën en de grenzen van de zorg die geboden kan worden.

Wij zetten ons in om de cliënt niet (onnodig) te laten wachten op zorg en om te voorkomen dat de cliënt van hulpverlener naar hulpverlener gaat. Er wordt zorggedragen voor continuïteit van behandeling en van behandelaren. Wanneer de zorg wel overgedragen moet worden, gebeurt dit op een zorgvuldige manier waarbij steeds voor de cliënt en diens naastbetrokkenen helder is wie waarvoor verantwoordelijk is en waarbij zoveel mogelijk via het principe van zogenaamde warme overdracht wordt gewerkt. Wij streven naar gastvrijheid en een warme open sfeer, zodat mensen zich welkom voelen bij ons.

Bij dit alles wordt de autonomie van de cliënt zoveel mogelijk gerespecteerd en worden naastbetrokkenen en ketenpartners zoveel mogelijk betrokken. Uiteraard binnen de daarvoor geldende wet- en regelgeving over privacy, waarbij informatie aan derden alleen wordt gegeven met toestemming van de cliënt. We streven er naar dat de cliënt zo snel mogelijk, al dan niet met hulp van diens netwerk, weer op eigen benen kan staan. Naast de naastbetrokkenen en mantelzorgers van de cliënt valt bij het netwerk te denken aan andere zorgaanbieders, zoals de huisarts, andere ggz zorgaanbieder, zorgboerderijen, verslavingszorg, vluchtelingenwerk, ziekenhuizen, daklozenopvang, beschermde woonvormen, maatschappelijk werk, jeugdzorg, voorzieningen voor verstandelijke beperkten,



sociale wijkteams, enzovoorts.

Dit vraagt het nodige aan competenties van professionals. De professional moet vaardig zijn in samenwerken, kennis hebben van de rol van de verschillende partijen en hierover actueel geïnformeerd zijn, de professional moet kennis hebben van de geldende wet- en regelgeving. Het is belangrijk om een betrouwbare partner te zijn: zeggen wat je doet en doen wat je zegt. De professional neemt verantwoordelijkheid als vertegenwoordiger van Buitengewoon door een proactieve houding aan te nemen en door helder de regie te bepalen en verantwoordelijkheden te verdelen. De professional is op zoek naar hoe het wel kan, op zoek naar mogelijkheden en kansen en werkt hierin collegiaal samen.

Dit professioneel statuut geeft vanuit de professional richting aan welke verantwoordelijkheden hij draagt en hoe deze zich verhouden tot de verantwoordelijkheden van collega professionals. Het bevat ook regels over hoe het management zich verhoudt tot de professionals en professionele vrijheid. Het allereerste uitgangspunt in het bieden van een kader voor verantwoordelijkheden en taken is de functiebeschrijving. Deze wordt bij het aangaan van een dienstverband aan de nieuwe collega overhandigd en maakt onlosmakelijk deel uit van de overeenkomst die gesloten wordt tussen professional en Centrum Buitengewoon. Dit professioneel statuut is een aanvulling op bestaande beroepsstructuren, beroepscodes, gedragscodes. Het vormt waar nodig een uitgeschreven specificering van algemeen geldende (zorg)wet- en regelgeving zoals de de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz), de Wet verplichte GGZ (Wvvgz), de Wet kwaliteit, klachten, geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

Het professioneel statuut heeft tot doel duidelijk te zijn over ieders bevoegdheden in de interdisciplinaire samenwerking; een beschrijving van het deskundigheidsgebied van de beroepsgroepen vormt daarvoor de basis. (Samen)werken wordt in het professioneel statuut vanuit de invalshoek van de formele verantwoordelijkheidsdeling in de ketenzorg besproken. Geregeld wordt wie verantwoordelijk is voor de toewijzing, de diagnostiek, de indicatiestelling en de zorg (de behandeling en de begeleiding). Het statuut vormt het kader van de samenwerking. Met dit professioneel statuut als leidraad worden in de zorgonderdelen en zorgprogramma's met het team concrete afspraken gemaakt over de praktische samenwerking tussen de disciplines. Binnen de kaders van dit professioneel statuut is voldoende ruimte om aan deze afspraken een eigen kleur te geven.



## 2. Uitgangspunten en definities

### 2.1. De instelling

Centrum Buitengewoon is een WTZI erkende zorginstelling voor geestelijke gezondheidszorg waarbij de professional in dienst is of als ZZP'er betrokken is

### 2.2. Directie

De door de Raad van Commissarissen aangestelde personen belast met algehele leiding en inrichting van Centrum Buitengewoon

### 2.3. Professional

De hulpverlener die beroepsmatig diagnostiek, begeleiding of behandeling verleent aan een cliënt en die een geldende (arbeid)overeenkomst heeft met Centrum Buitengewoon

### 2.4. Patiënt / cliënt

De begrippen cliënt en patiënt worden door elkaar gebruikt en bedoelen hetzelfde. Voor beiden geldt: Een ieder die een behandelingsovereenkomst heeft met Centrum Buitengewoon of ieder die aan de zorg van Centrum Buitengewoon is toevertrouwd en op grond van de hulpvraag door de professional wordt begeleid en/of wordt behandeld.

### 2.5. Cliëntenraad

Een formeel inspraak en medezeggenschapsorgaan dat toeziet, adviseert en meedenkt in het zo zorgvuldig, efficiënt en adequaat mogelijk organiseren van de zorg die Centrum Buitengewoon verleent aan haar patiënten.

### 2.6. Zorgadministratie en office manager

Is een speciaal ter ondersteuning van de professional opgericht administratief organisatieonderdeel om te komen tot een zorgvuldig zorgproces en kwalitatief hoogwaardig zorgdossier. Zij ondersteunt bij dossiervorming, planning en ondersteunt bij facilitaire logistiek. De office manager geeft leiding aan dit organisatie onderdeel.

### 2.7. Professionele autonomie

De hulpverlener handelt autonoom binnen de wettelijke kaders, visie en kaders van de organisatie en het professionele standaard. De kaders zijn onder andere vastgelegd in richtlijnen, gedragscodes, protocollen en jurisprudentie. Dat betekent dat de hulpverlener op inzicht, ervaring en tegen het licht van deze achtergrond zonder inmenging van derden of preventief toezicht zorg verleent aan de cliënt.

### 2.8. Dossier

Dit is de algehele vastlegging van alle zaken die betrekking hebben op het individuele zorgproces van een cliënt. Dat houdt in het geheel van: documenten, correspondentie, verslaglegging, rapportages die worden vastgelegd in het EPD (elektronisch patiënten dossier) als ook alle papieren collecties die als geheel nog niet zijn opgenomen in het EPD. Het dossier is eigendom van de instelling. Het dossier is onderhavig aan wetgeving en kan op verzoek van de patiënt en indien is voldaan aan de daarvoor geldende vormvereisten worden ingezien, gekopieerd of worden vernietigd.

### 2.9. Verlenen van zorg

Het geheel van activiteiten in het kader van preventie, diagnostiek, behandeling en



begeleiding, waaronder het inzetten van methodische (multidisciplinaire) deskundigheid met als doel geestelijke gezondheidsproblemen te voorkomen, dan wel streven naar herstel dan wel binnen de gegeven beperkingen zo goed mogelijk autonoom te functioneren.

#### 2.10. Zorgproduct

Is een geheel van samenhangende en geïntegreerde zorgactiviteiten vanuit een wel omschreven behandelmethodiek, dan wel een duidelijk omschreven behandeldoel. Verder is duidelijk welke professionals verbonden zijn aan het zorgproduct en is er een behandelinhoudelijk (eind)verantwoordelijk professional aangewezen.

#### 2.11. Zorgpad

Een zorgpad is een verzameling van samenhangende zorgproducten die is afgestemd op een specifieke en helder omschreven doelgroep (patiënten met eenzelfde diagnose). Dit wordt samengesteld aan de hand van de geldende ggz richtlijn voor deze doelgroep.

#### 2.12. Behandelpunten

Het met de patiënt afgesproken individueel plan dat conform de wettelijke eisen beschrijft welk aanbod de patiënt ontvangt naar aanleiding van zijn of haar hulpvraag. Daarnaast vermeldt het wie zijn of haar aanspreekpunt is gedurende zijn of haar behandeling.

#### 2.13. Behandelingsovereenkomst

De overeenkomst tussen organisatie en patiënt op grond van de WGBO. Het accepteren van een behandelplan is impliciet een uitkomst van die wettelijke relatie en wordt als zodanig middels een behandelplan vastgelegd. De eisen die de wet stelt aan de behandelovereenkomst zijn derhalve van kracht op de relatie nadat de patiënt zijn behandelplan heeft geaccepteerd. Daartoe is een handtekening van de patiënt niet expliciet vereist en wordt het deelnemen aan behandelactiviteiten benoemd in het behandelplan gezien als een directe vorm van consent en instemming.



### 3. Juridische kaders

#### 3.1. 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. De Stichting Kwaliteitsregister Jeugd is de toezichthouder die als doel heeft om de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de jeugdhulp, alsmede de handhaving van die kwaliteit, te waarborgen.

De directie is verantwoordelijk en aansprakelijk voor goede zorg. Daarnaast is in de wet beschreven dat zorg gedragen moet worden voor een systeem voor veilig melden van incidenten, het controleren van het functioneren van een zorgverlener voor indiensttreding, is er meldplicht bij Inspectie voor de Gezondheidszorg als een zorgverlener wegens ernstig disfunctioneren wordt ontslagen en is er extra informatieplicht als iets niet goed is gegaan in de verleende zorg.

Het instellen van een klachtenfunctionaris en een geschilleninstantie is verplicht, net als een (arbeid)overeenkomst voor elke werknemer. Vanuit de plicht tot het geven van goede zorg vloeit voort dat de directie verantwoordelijk en aansprakelijk is voor het totale reilen en zeilen binnen de instelling, waaronder de feitelijke organisatie van de uitvoering van de zorg. De directie ontwikkelt het strategisch beleid van de instelling en is verantwoordelijk voor aansturing en toezicht op de uitvoering van dat beleid.

De directie is direct verantwoordelijk voor de organisatie van de zorg en heeft de taak te komen tot een adequate en transparante regeling van de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, die redelijkerwijs leidt tot verantwoorde zorg. Aangezien de verantwoordelijkheid van directie door delegering niet wordt aangetast, doet de directie ook geen afstand van zijn eigen bevoegdheden. Want beiden moeten in evenwicht zijn. In alle situaties ligt de eindverantwoordelijkheid uitsluitend bij de directie. De verantwoordelijkheid voor de behandeling en de behandelovereenkomst wordt door de directie gedelegeerd aan de regiebehandelaar. De regiebehandelaar vertaalt deze verantwoordelijkheid door in overleg met de cliënt een behandelplan vast te stellen. Dit behandelplan wordt voorbereid, uitgevoerd en geëvalueerd door de regiebehandelaar zelf of een (door hem) aangewezen behandelaar. De (regie)behandelaar leeft alle wettelijke regels (dossievoering, informatieplicht, inzagerecht, rechten en plichten) na.

#### 3.2. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

De instelling is op grond van de WGBO, als instelling die de overeenkomst met de patiënt 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.

### 3.3. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)

De Wet BIG heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen en beoogt patiënten 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 artsen, klinisch psychologen, GZ-psychologen, fysiotherapeuten, tandartsen, apothekers, psychotherapeuten, verpleegkundigen, orthopedagogen, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten. De beroepen agoog en vaktherapeut vallen mogelijk in de toekomst onder de regeling van artikel 34 (opleidingstitelbescherming: de opleiding en het deskundigheidsgebied worden geregeld, de titel die volgt uit de opleiding is beschermd). Daarmee hebben beide beroepsgroepen nu niet een formele BIG-registratie. Om die reden wordt in dit statuut geregeld, dat beide beroepsgroepen erkende opleidingen gevolgd dienen te hebben.

### 3.4. Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz) en Wet verplichte ggz (Wvggz)

De Wet Bopz beschermt de rechten van cliënten die te maken krijgen met dwang in de zorg. In de Wet Bopz staat wat de rechten zijn van cliënten tijdens een onvrijwillige opname in een psychiatrische instelling. De minister van VWS is primair verantwoordelijk voor de Wet Bopz en het beleid rondom de wet.

Vanaf 1 januari 2020 is de Wet verplichte ggz (Wvggz) van kracht en vervalt de Wet BOPZ. De nieuwe wet beoogt de rechtspositie van cliënten te versterken aan wie tegen hun wil in zorg wordt verleend. De nieuwe wet is meer gericht op het voorkomen van verplichte zorg en het kiezen voor minder dwang.

### 3.5 Wettelijke aansprakelijkheid Beroepsuitoefening

In de CAO GGZ is in hoofdstuk 3 geregeld dat de persoonlijke burgerrechtelijke aansprakelijkheid van de werknemer in de uitoefening van zijn functie door de werkgever (verplicht) verzekerd wordt; de werkgever vrijwaart de werknemer voor aansprakelijkheid ter zake en ziet af van de eventuele mogelijkheid van regres op de werknemer. Een en ander is niet van toepassing indien de schade het gevolg is van opzet of bewuste roekeloosheid van de werknemer. De werkgever voorziet in adequate rechtsbijstand als de werknemer wordt betrokken in een in- of externe klachtprocedure, inclusief tuchtrechtprocedure, tenzij er sprake is van nalatigheid of bewuste roekeloosheid. Dit artikel heeft geen betrekking op strafrechtelijke procedures.

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.

### 3.6. De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)

Op 25 mei 2018 is de Europese privacywet, de Algemene verordening gegevensbescherming, in werking getreden. De AVG regelt de bescherming van de privacy van een ieder. Deze bescherming bestaat aanvullend op het medisch beroepsgeheim.

### 3.7 Relatie wet BIG tot de DBC Beroepentabel

In de NZA/ DBC -beroepentabel (voorheen CONO beroepenstructuur) zijn de beroepen opgenomen, die bevoegd en bekwaam zijn om een rol te vervullen in de (individuele diagnosegerichte) behandeling van cliënten in de ggz. De tabel sluit daarmee aan bij de in de



Wet BIG geregistreerde beroepen. Hier zijn de beroepen aan toegevoegd die (nog) niet geregistreerd zijn in de Wet BIG, maar binnen de GGZ wel eenzelfde landelijk erkende status hebben.

De DBC-beroepentabel onderscheidt zeven beroepenclusters: de clusters medische, psychotherapeutische, agogische, psychologische, vaktherapeutische, verpleegkundige beroepen en de 'somatische beroepen werkzaam in de GGZ'. Hierbinnen vallen die beroepen, die vanuit hun somatische beroep activiteiten in de GGZ uitvoeren, maar niet primair (breder) opgeleid zijn voor een rol in de GGZ. Denk hierbij aan de huisarts, neuroloog, klinisch geriater, fysiotherapeut en dergelijke. In elk beroepencluster worden vier niveaus onderscheiden. In de Wet BIG wordt bepaald wanneer sprake is van een basisberoep en van een specialisme. Hieraan zijn met instemming van de minister van VWS en van de Tweede Kamer, het initiële niveau en het niveau specialisatie/ functiedifferentiatie toegevoegd. Daarnaast worden er ondersteunende beroepen benoemd, denk aan ervaringsdeskundige, activiteitenbegeleider of psychodiagnostisch medewerker.



#### **4. Verantwoordelijkheden, bevoegdheden en onderlinge verhoudingen**

##### 4.1. Algemeen

Om als professional te kunnen werken is het noodzakelijk dat de verantwoordelijkheden, bevoegdheden en onderlinge verhoudingen adequaat zijn geregeld. Voor hen met een BIG registratie geldt dat de bevoegdheid tot handelen wel omschreven is binnen de kaders van de wet BIG. Indien dat niet zo is worden de gespecificeerde gedragscodes en omschrijvingen van beroepsverenigingen overgenomen. Voor allen geldt dat zij verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van hun werk en zij hun kennis binnen hun deskundigheidsgebied zelfstandig op peil houden. Centrum Buitengewoon zal dat waar mogelijk actief faciliteren. Zij wil investeren in de kwaliteit van haar medewerkers door registraties tot bijvoorbeeld EMDR Practitioner, Cognitief Gedragstherapeut en Schematherapeut aan te moedigen en waar mogelijk te faciliteren.

##### 4.2. De instelling

Centrum Buitengewoon wordt bestuurd door een directie die integraal verantwoordelijk is voor de totale zorg en als zodanig aansprakelijk voor die zorg. Deze zorg dient doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht te zijn georganiseerd. Daarnaast heeft Centrum Buitengewoon een financieel kader dat de grenzen aan de zorgverlening aangeeft en dat kan nopen tot prioritering in het organiseren van die zorg en keuzes ingeven welke zorg verleend kan worden met dien verstande dat de aanwending van de middelen zodanig dient plaats te vinden dat het leveren van verantwoorde zorg voor de hulpverlener geoptimaliseerd wordt. Om die verantwoordelijkheid te kunnen dragen is de directie bevoegd (organisatorische) richtlijnen, protocollen vast te stellen en aanwijzingen te geven die gelden bij de uitvoering van zorgverlening. De directie zal zich laten adviseren en ondersteunen door de cliëntenraad en raad van commissarissen. Indien het zorgorganisatie betreft zal de directie zich actief laten adviseren door professionals binnen Centrum Buitengewoon, waarbij ook verschillende lijnfunctionarissen kunnen worden aangewezen om een deel van de organisatie in te richten.

##### 4.3 De professional

De professional is een medewerker die betrokken is bij de directe zorg voor cliënten en die een wettelijk erkende beroepsopleiding heeft gevolgd. Het werkgebied van de professional wordt zowel bepaald door zijn competentie die hij door zijn professionele opleiding en ervaring heeft verworven als door de functie die hij binnen die competenties vervult.

\*De professional is voor de cliënt die hij in zorg heeft aanspreekbaar op zijn handelen.

\*De professional is verantwoordelijk voor zorg die voldoet aan de professionele standaard (beroepsprofiel, beroepscode) van zijn eigen beroepsgroep.

- De professional is zelf verantwoordelijk voor het op peil houden van de kwaliteit van zijn beroepsuitoefening, de organisatie biedt hiertoe de randvoorwaarden.

\*De professional is op de hoogte van de kernpunten van de (wettelijke) richtlijnen en de verhouding tussen zijn verantwoordelijkheid en die van de leidinggevende. Wanneer de professional binnen deze kaders blijft en zich aan de (wettelijke) richtlijnen houdt, kan hij zich beschermd en gesteund weten bij interne of externe toetsing.

\*De professional houdt zich aan regels die bij Centrum Buitengewoon zijn vastgelegd over organisatie, inhoud en registratie van zorg. Het jaarplan is hierin leidend.

\*De professional kent zijn professionele grenzen, weet wanneer hij andere professionals inschakelt, behandelt en begeleidt vanuit een behandelplan (dat in samenwerking met de cliënt is opgesteld) en houdt het dossier goed bij.

\* Aangezien de instelling en de professionals gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het tot stand brengen van verantwoorde zorg vindt afstemming plaats met de





professionals wanneer besluitvorming door het management raakt aan zorginhoudelijke zaken. Dit gebeurt in de vorm van werkoverleg in elk niveau van de organisatie.

- Elke professional wordt geacht deel te nemen aan intervisie. In de intervisie stelt de professional zich open en toetsbaar op ten aanzien van zijn kwaliteit, deskundigheid, team functioneren en problemen in de individuele behandeling van een cliënt.
- De organisatie respecteert de professionele autonomie en verantwoordelijkheid van de professional bij de zorg voor individuele cliënten.

#### 4.3.1 Geneesheer directeur

Deze professional dient een klinisch psycholoog of psychiater te zijn die taken kan mandateren/delegeren naar een regiebehandelaar.

#### 4.3.2 Regiebehandelaar

De regiebehandelaar is diegene die het zorgproces coördineert en het centrale aanspreekpunt is voor de cliënt en zijn naastbetrokkenen en/of wettelijk vertegenwoordiger. De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces en bepaalt welke vorm van behandeling en begeleiding geboden wordt en welke professional voor welk stuk van de behandeling wordt ingezet. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de cliënt en diens naastbetrokkenen, het centrale aanspreekpunt. De regiebehandelaar moet passend zijn bij het type behandeling en de doelgroep. Ten behoeve van de diagnostiek en (de evaluatie van) het behandelplan ziet hij ook daadwerkelijk de cliënt.

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het (doen) vaststellen van de diagnose. Hij zorgt ervoor dat in samenspraak met de cliënt een behandelplan wordt opgesteld en stelt deze vast; hij draagt er zorg voor dat dit wordt uitgevoerd en indien nodig wordt bijgesteld. Wanneer meerdere zorgverleners tegelijkertijd bij de behandeling van de cliënt zijn betrokken, spant de regiebehandelaar zich in voor een goede samenwerking en afstemming, met toestemming van de cliënt. In het behandelplan worden de afspraken opgenomen wanneer er meerdere behandelaren en/of zorgaanbieders tegelijkertijd betrokken zijn bij de behandeling van de cliënt. Ook worden er eventuele crisisafspraken in opgenomen. Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling heeft de regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem, echter niet eerder dan nadat alle betrokken deskundigen gehoord zijn. De regiebehandelaar draagt niet de verantwoordelijkheid voor de door andere zorgverleners tijdens het behandelingstraject uitgevoerde afzonderlijke verrichtingen en interventies. De regiebehandelaar kan een coördinerend behandelaar aanwijzen als eerste aanspreekpunt. Alle behandelaren kunnen coördinerend behandelaar zijn na toewijzing door de regiebehandelaar. Hierbij weet deze behandelaar wanneer hij de regiebehandelaar in dient te schakelen. Het apart benamen van de coördinerend behandelaar dient de helderheid voor interne (waaronder ook secretariaten) en externe betrokkenen.

Binnen de specialistische GGZ (SGGZ) kunnen binnen een instelling als regiebehandelaar optreden de psychiater, de klinisch psycholoog, de gezondheidszorg psycholoog, de psychotherapeut, de verpleegkundig specialist GGZ, de verslavingsarts, de klinisch neuropsycholoog, de specialist ouderen geneeskunde en de klinisch geriater.

Binnen de generalistische basis GGZ (BGGZ) kunnen binnen een instelling als regiebehandelaar werken de gezondheidszorg psycholoog, de klinisch psycholoog, de psychotherapeut en de klinisch neuropsycholoog en de verpleegkundig specialist. Daarnaast kunnen de specialist ouderen geneeskunde of de klinisch geriater als regiebehandelaar werken als dementie de hoofdiagnose is en kan de verslavingsarts als regiebehandelaar werken als verslavingsproblematiek de hoofdiagnose is.



Er is altijd een psychiater of klinisch psycholoog beschikbaar voor advies of consultatie. Binnen de SGGZ wordt complexe, ernstige en risicovolle problematiek behandeld en binnen de BGGZ lichte tot matig ernstige enkelvoudige problematiek en stabiele chronische problematiek.

Daarnaast kunnen bij de Kinder- en Jeugd (KJ) psychiatrie (<18 jaar) binnen de BGGZ de kinder- en jeugdpsycholoog (geregistreerd bij het NIP) en binnen de BGGZ en de SGGZ de orthopedagoog-generalist (geregistreerd bij de NVO) regiebehandelaar zijn.

Binnen Centrum Buitengewoon bieden wij zowel dagbehandeling als ambulante behandeling. Er zijn drie dagen in de week waarop de dagbehandeling plaats vindt. Hierbij is er een ervaren gezondheidszorg psycholoog die voor alle cliënten regiebehandelaar is zodat de kwaliteit en doelmatigheid van de behandeling gewaarborgd wordt. Deze regiebehandelaar is aanwezig bij intakes en evaluatie gesprekken en bij de mdo's op de dagen van de dagbehandeling. Tevens is deze regiebehandelaar op de dagbehandelingsdagen fysiek op locatie aanwezig om ten alle tijden vragen van behandelaren en cliënten op te pakken en indien nodig aan te schuiven bij een behandelsessie om de behandeling weer vlot te trekken. Tevens kan deze regiebehandelaar invallen als behandelaar wanneer dit nodig of gewenst is. Deze regiebehandelaar heeft een kort lijntje met de psychiater en psychotherapeut en neemt deel aan het overkoepelende regiebehandelaren overleg.

Wanneer een cliënt vanuit de dagbehandeling afschaalt naar individuele ambulante behandeling wordt zorgvuldig bekeken of het regiebehandelaarschap naar een andere behandelaar overgedragen wordt. Wanneer het gaat om enkele follow up sessies is dat niet wenselijk en wanneer het gaat om een langere individuele behandeling is het juist wenselijk. De regiebehandelaar van de dagbehandeling moet namelijk de focus op de dagbehandeling kunnen houden.

Wanneer een cliënt opschaalt van ambulante behandeling naar dagbehandeling wordt het regiebehandelaarschap gewisseld naar de regiebehandelaar die leiding geeft aan de dagbehandeling.

#### 4.3.3 Behandelaren en onderlinge verhoudingen

De volgende professionals kunnen behandelaar zijn: de psychiater, specialist ouderen geneeskunde, de klinisch geriater, arts, klinisch psycholoog, psychotherapeut, gezondheidszorg psycholoog, verpleegkundig specialist, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, de klinisch neuropsycholoog en de psycholoog. De professional in opleiding tot een van deze beroepen kan ook behandelaar zijn. Binnen de K&J kan ook de orthopedagoog behandelaar zijn. Ook een verpleegkundige (art.3 BIG), vaktherapeut, agoog (beiden beoogd art. 34 BIG) of een niet BIG-geregistreeerde professional (onder werkbegeleiding en supervisie van een BIG geregistreeerde professional) kunnen worden ingezet. Binnen Centrum Buitengewoon werken we voornamelijk met de volgende Wet BIG beroepen:

#### *Psychiater en klinisch psycholoog*

Binnen de gespecialiseerde ggz is altijd een psychiater en/of klinisch psycholoog beschikbaar voor cliënten en/of andere zorgverleners, zo nodig ter plaatse. Zij mogen als regiebehandelaar optreden, echter binnen Centrum Buitengewoon kiezen wij er voor om dit zo min mogelijk te doen zodat zij meer beschikbaar zijn voor consultatie. Onder het kopje consultatie is nader uitgewerkt wanneer een psychiater of klinisch psycholoog geraadpleegd moet worden.



In het geval er meerdere artsen/ voorschrijvers betrokken zijn die medicatie voorschrijven aan een patiënt dan geldt de volgende procedure. Als één van de voorschrijvers tevens regiebehandelaar is, dan is deze de eerst aanspreekbare behandelaar met betrekking tot het medicatiebeleid. Als dat niet geldt dan is de betrokken psychiater de eerst aanspreekbare behandelaar bij vragen over medicatie.

In geval van psychofarmacologie overleggen de arts-assistent en de verpleegkundig specialist (zo nodig) met een psychiater; als het somatische medicatie betreft overleggen zij primair met de betrokken somatisch specialist en secundair met de huisarts.

#### *Verpleegkundig specialist*

De verpleegkundig specialist GGZ is voornamelijk gericht op cliënten waar de primaire focus van de behandeling niet (meer) gericht is op biologische en psychologische factoren, maar meer op de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft in het (inter)persoonlijk functioneren. Het gaat hierbij om cliënten met een langer bestaande stoornis of cliënten met een hoog complexe rehabilitatievraag. Daarnaast gaat het ook om laagcomplexere, protocollair behandelbare medische zorg die niet past binnen de generalistische basis-ggz.

#### *Psychotherapeut*

De psychotherapeut kan als regiebehandelaar en behandelaar optreden bij vormen van psychotherapie binnen verschillende therapeutische referentiekaders. Dit is afhankelijk van de specialisatie van de betreffende psychotherapeut.

#### *Gz-psycholoog*

De GZ psycholoog kan als behandelaar en regiebehandelaar fungeren bij cliënten waar de primaire focus van de behandeling gericht is op psychologische factoren. Het gaat om cliënten met een stoornis die behandeld kan worden met grotendeels psychologische behandelmethoden waarbij geen sprake is van grote complexiteit, een spoedeisend karakter of de noodzaak tot opname.

#### *Overige behandelaren*

De overige behandelaren dienen een beroep uit de GGZ beroepenlijst te hebben. Een professional, die een beroep heeft dat niet in de Wet BIG is vastgelegd, oefent zijn beroep uit onder verantwoordelijkheid van een professional uit de meest naburige beroepsgroep/ passend bij de individuele behandeling, die wel BIG-geregistreerd is. Hij blijft natuurlijk ook zelf verantwoordelijk voor zijn handelen. Dit geldt ook voor de ervaringsdeskundige.

#### 4.3.4 Ervaringsdeskundige

Binnen Centrum Buitengewoon willen wij in de toekomst gaan werken met ervaringsdeskundigen. Wij kiezen dan voor een HBO geschoolde ervaringsdeskundige. De ervaringsdeskundige draagt bij aan het herstelproces van cliënten vanuit cliëntenperspectief. Het zwaartepunt ligt in het vervullen van een brugfunctie tussen de hulpverlening en cliënten of familie, ook als die zich van de hulpverlening hebben afgekeerd, teneinde te bevorderen dat zij verantwoording nemen voor hun rehabilitatieproces. Daarbij geven ze voorlichting en training aan andere medewerkers en/of **hul+** op een wederkerige manier.

De ervaringsdeskundige maakt integraal onderdeel uit van het behandelteam. Er zijn vier rollen te onderscheiden:

\*\*ondersteunen van cliënten in hun herstel,

- \*\*ondersteunen van teams in meer herstelgericht werken en
- \*\*ondersteunen van de organisatie om herstelvisie verder vorm te geven.
- \*\* ondersteunen van familie/ naasten in het omgaan met de cliënt door het geven van psycho-educatie en het normaliseren van het onderlinge contact.

De ervaringsdeskundige werkt aanvullend aan de andere leden van het behandelteam, nooit in plaats van.

#### 4.4 Consultatie

In de hieronder genoemde gevallen dient de regiebehandelaar of specifiek de psychiater of de klinisch psycholoog geraadpleegd te worden. De behandelaar is verantwoordelijk voor actief informeren en dient dit ook bij twijfel te doen, opdat de regiebehandelaar, de klinisch psycholoog of de psychiater zijn verantwoordelijkheid kan nemen. In geval van raadpleging wordt tevens in gezamenlijkheid beoordeeld of de cliënt ook gezien moet worden door de regiebehandelaar, klinisch psycholoog of psychiater. De verantwoordelijkheid voor het besluit hierover ligt bij de geconsulteerde. Verder geldt dat wanneer gevraagd wordt om de cliënt ook daadwerkelijk te zien, dit gedaan wordt. Wanneer de geconsulteerde besluit om toch de cliënt niet te zien ondanks het verzoek daartoe, zal hij dit moeten motiveren en documenteren. Tevens kan de geconsulteerde ook altijd besluiten de cliënt te gaan zien, terwijl dit niet wordt gevraagd.

De regiebehandelaar, de psychiater of de klinisch psycholoog kan daarnaast besluiten om de behandeling of specifiek een deel van de behandeling waarop de consultvraag betrekking heeft, over te nemen, indien hij dat noodzakelijk vindt of indien dit voortvloeit uit de uitgangspunten van dit professioneel statuut.

Een behandelaar raadpleegt in ieder geval de regiebehandelaar:

- \*\*wanneer de cliënt om een gesprek met de regiebehandelaar vraagt,
- \*\*wanneer er sprake is van een nog niet verwachte verbetering van de symptomen zodanig dat de behandeling waarschijnlijk afgesloten kan worden,
- \*\*bij andere ontwikkelingen die niet in het behandelplan zijn voorzien,

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

- \*\*wanneer bij een evaluatie of tussendoor bij een psychiatrisch ziektebeeld sprake is van verergering, wijziging van de symptomen of onverwacht uitblijven van verbetering of herstel,
- \*\*wanneer er sprake is van een risicovolle ontwikkeling waarbij overwogen wordt het beroepsgeheim te doorbreken,
- \*\*wanneer er gevaar dreigt voor anderen of voor de cliënt/cliënt (waaronder suïcidegevaar, in ieder geval vanaf ambivalent) bij een suïcide.

Een (regie) behandelaar raadpleegt in ieder geval een psychiater of verpleegkundig specialist bij vragen over (de eventuele noodzaak tot) medicatie en bij nieuwe cliënten, die al psychofarmaca gebruiken, waarbij geldt dat de verpleegkundig specialist bevoegd is tot het voorschrijven van medicatie, voor zover die handelingen plaatsvinden binnen de uitoefening van het deelgebied waarvan zij zelfstandig bevoegd zijn, wanneer:

- a. het handelingen betreft van een beperkte complexiteit;
  - b. het routinematige handelingen betreft;
  - c. het handelingen betreft waarvan de risico's te overzien zijn;
  - d. die handelingen worden uitgeoefend volgens landelijke geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen;
- Uiteraard geldt hierbij dat de VS zich daarbij vergewist van zijn bekwaamheid terzake.



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

- \*\*bij vragen over medische of psychiatrische indicaties voor een klinische opname of ontslag,
- \*\*wanneer de cliënt psychotische, manische of ernstig depressieve symptomen heeft, waarin niet voorzien is in het behandelplan,
- \*\*wanneer ECT overwogen/ingesteld wordt,
- \*\*\*wanneer bij een psychiatrisch ziektebeeld 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,
- \*\*bij vragen over lichamelijke klachten en bij vermoeden van lichamelijke ziektebeelden,
- \*\*voor alle situaties waarin een BOPZ kader overwogen wordt.
- \*\*indien er sprake is van een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding.

Bovengenoemde consultaties kunnen het karakter van een crisisbeoordeling hebben. Binnen kantoortijden wordt dit in principe binnen het team opgelost conform de onderlinge afspraken. Indien nodig wordt de crisisdienst geconsulteerd of gevraagd om de cliënt te zien voor een inschatting. Buiten kantoortijd geldt dat Centrum Buitengewoon niet bereikbaar is. Cliënten worden hierover geïnformeerd bij de intake en krijgen daarbij ook de informatie dat zij buiten kantoortijden de huisartsenpost dan wel de lokale crisisdienst kunnen bellen.

#### 4.5 Opleiding

Op dit moment kan Centrum Buitengewoon alleen opleidingsplaatsen bieden voor vaktherapeuten en psychologen in opleiding. In de toekomst wil Centrum Buitengewoon ook opleiding gaan bieden voor de gezondheidszorgpsycholoog.

De professional in opleiding heeft zijn eigen verantwoordelijkheid en is verder werkzaam onder de verantwoordelijkheid en supervisie van de professional van het specialisme waarvoor hij in opleiding is, die daarmee optreedt als werkbegeleider. De opleiding wordt geregeld in overeenstemming met de wettelijk vastgestelde opleidingseisen. De opleiders in de betreffende beroepsgroepen leggen in een opleidingsreglement de verhouding tussen en de verantwoordelijkheden van de professional en de professional in opleiding vast. Krachtens de Wet BIG en de regelgeving van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is de professional verplicht zijn beroep uit te drukken in het beroep waarvoor hij reeds is opgeleid én het beroep waartoe hij in opleiding is. Voorbeeld: arts in opleiding tot psychiater, psycholoog in opleiding tot gezondheidszorg psycholoog.



## 5. Toezicht en meningsverschillen

5.1 Toezicht op de kwaliteit en deskundigheid van de professional en het geleverde werk  
Het algemene uitgangspunt is, dat verantwoordelijkheden en bevoegdheden met elkaar in evenwicht zijn. De behandelverantwoordelijkheden zijn eerder beschreven. Professionals die medeverantwoordelijk zijn voor het functioneren van andere professionals, hebben de bevoegdheid toezicht te houden op professionals en maatregelen te nemen, die nodig zijn ter bewaking van de kwaliteit en de deskundigheid van deze professionals. Hiertoe is een professionele lijn opgezet: De office manager houdt toezicht op medewerkers van de backoffice en facilitaire diensten, de directie houdt toezicht op de office manager en de professionals. Hierbij legt de directie op zijn beurt verantwoording af aan de Raad van Commissarissen.

De vereiste mate van toezicht is afhankelijk van het concrete geval. Soms is direct toezicht bij de uitvoering gewenst, soms volstaat controle, overleg, evaluatie, supervisie of consultatie.

De regiebehandelaar en behandelaar bouwen een mechanisme in, waarmee toezicht is gewaarborgd. Dit heeft gevolgen voor de jaargesprekken. De regiebehandelaar voert jaargesprekken met de behandelaren. De office manager voert jaargesprekken met de backoffice en facilitaire medewerkers. De directie kan hier indien nodig bij betrokken worden. De directie houdt jaargesprekken met de regiebehandelaren.

Los van de lijnverantwoordelijkheid heeft ook elke professional de verantwoordelijkheid om een collega professional aan te spreken wanneer er sprake is van mogelijk disfunctioneel gedrag of wanneer er in de behandeling van een cliënt niet conform het behandelplan gewerkt wordt. De regiebehandelaar heeft in het bijzonder deze verantwoordelijkheid.

### 5.2 Toezicht op de verantwoordelijkheid van professionals ten aanzien van kwaliteit en veiligheid

De IGZ (inspectie gezondheidszorg) kent wisselende thema's waarop toezicht gehouden wordt. Deze variëren in de loop van de tijd afhankelijk van wat voor de inspectie op dat moment de meest belangrijke aspecten omvatten als het gaat om de invulling van de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid. De aandachtspunten zijn gebaseerd op wetgeving, expert opinion, door het veld zelf geformuleerde normen en ervaringen van de inspectie zelf.

De aandachtspunten beschrijven de aspecten die de inspectie van belang acht voor het goed functioneren van de verantwoordelijkheidsverdeling voor kwaliteit en veiligheid. Leidend is steeds of en in hoeverre de kwaliteit van zorg is geborgd en het risico op potentieel onveilige zorg wordt onderkend en aangepakt.

Naast de verantwoordelijkheden van de directie en de Raad van Commissarissen wordt een aantal aandachtspunten voor de verantwoordelijkheid van professionals geformuleerd. Deze aandachtspunten geven een helder overzicht van het professioneel handelen van de professional ten aanzien van kwaliteit en veiligheid.

Professionals:

\*\*stellen de cliënt centraal in hun handelen. Dit betekent handelen vanuit het belang van de cliënt in afstemming met de cliënt en zijn naastbetrokkenen, waarbij de autonomie en eigen regie centraal staat zonder daarbij wet-en regelgeving en goed hulpverlenerschap uit het oog te verliezen

\*\*handelen volgens beroepsnormen, richtlijnen of protocollen waarbij afwijking hiervan plaats heeft volgens het 'pas toe of leg uit' principe;



- \*\*handelen zodanig dat kwaliteit en veiligheid zijn af te lezen uit een cliëntendossier dat voldoet aan de eisen;
- \*\*leggen verantwoording af over de cliëntenzorg aan de directie op basis van nadere afspraken per instelling;
- \*\*hebben en nemen de operationele verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid volgens interne afspraken per instelling;
- \*\*leggen verantwoording af over de aanpak en resultaten van het professionele kwaliteits- en veiligheidssysteem en over de beoordeling van het onderling functioneren; werken met elkaar samen;
- \*\*werken in de keten goed samen en stemmen af, met in achtneming van de grenzen die het beroepsgeheim hier aan stelt;
- \*\*zien op elkaar toe en geven elkaar feedback;
- \*\*houden zich aan instellingsbesluiten die na goed overleg met de professionals door de directie zijn vastgesteld;
- \*\*hebben een (daadwerkelijk toegepaste) interne procedure voor het vroegtijdig signaleren van potentieel disfunctioneren van de professional;
- \*\*melden calamiteiten direct bij de hun leidinggevenden en hun directie en de geneesheer-directeur.

### 5.3 Verantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur en de opleiders

De geneesheer-directeur en de opleiders hebben een wettelijk beschreven onafhankelijke verantwoordelijkheid, waarvoor zij rechtstreeks verantwoording afleggen aan de Raad van Bestuur.

#### *Verantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur*

De geneesheer-directeur kent zijn functie en heeft zijn bevoegdheid vanuit de Wet Wvvgz. De geneesheer-directeur wordt bij afwezigheid waargenomen door een daartoe aangestelde waarnemend geneesheer-directeur. De waarnemend geneesheer-directeur kent vanuit de Wet Wvvgz dezelfde taken en bevoegdheden als de geneesheer-directeur. De directie en het college van geneesheer-directeuren zijn op grond van de wet belast met het voorbereiden en ten uitvoerleggen van verplichte zorg. De directie en de geneesheer-directeur hebben beiden eigen te onderscheiden verantwoordelijkheden binnen één organisatie, waarbij de directie de bestuurlijke (privaatrechtelijke) verantwoordelijkheid voor de rechtspersoon draagt en de geneesheer-directeur als zelfstandig bestuursorgaan met openbaar gezag bekleed is en bevoegdheid toegekend heeft gekregen om de vrijheden van patiënten in te perken. De geneesheer-directeur is verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken op het terrein van zorg en de verlening van verplichte zorg. Van belang is dat de raad van bestuur de onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur bij de uitvoering van zijn taken waarborgt. Voor wat betreft de wet richten de behandelaren zich mede naar de oordelen en aanwijzingen van de geneesheer-directeur.

De signalerende rol van de geneesheer directeur betreft de vraag of de hulpverlening in overeenstemming is met wettelijke vereisten. Ook heeft hij adviesbevoegdheid ten aanzien van het beleid, dat verbonden is aan de kwaliteit van de zorg en de juridische en ethische aspecten van het zorgbeleid.

Bij conflicten die raken aan het psychiatrische beleid in bredere zin vindt overleg plaats tussen geneesheer-directeur en de directie. De geneesheer-directeur is het eerste aanspreekpunt voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het algemeen en bij de toepassing van de Wvvgz in het bijzonder en is verantwoordelijk voor de wettelijke meldingen aan de inspectie rondom suicides en pogingen met ernstig letsel.



#### *Verantwoordelijkheid van de opleiders*

Centrum Buitengewoon wil in de toekomst een opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog aanbieden en zal hiervoor een opleider aanstellen conform de regels van deze opleiding. Voor de niet BIG beroepen stelt Centrum Buitengewoon dat elke behandelaar uit hetzelfde vakgebied opleider kan zijn, mits deze minimaal 3 jaar werkervaring heeft. Het aanbieden van een opleiding gaat in overleg met de regiebehandelaren en de directie.

De opleiders dragen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de opleiding. De opleiders zijn medeverantwoordelijk voor het vormgeven van een goed opleidingsklimaat op de afdeling. Zij geven vorm aan deze verantwoordelijkheid door het signaleren van knelpunten en kunnen zich hiertoe zo nodig rechtstreeks tot de directie wenden. Zij zijn ook verantwoordelijk voor de selectie en beoordeling van de professional in opleiding. De opleiders hebben de bevoegdheid om eisen te stellen aan een opleidingsplaats en bij gebleken tekortkomingen opleidingen van disfunctionele opleidingsplekken terug te trekken.

De P-opleiding (GZ psycholoog) kent de constructie van de praktijkopleider die het primaire toezicht op de opleiding en de opleideling heeft en daarnaast de werkbegeleider die toezicht op de casuïstiek heeft.

#### 5.4 Meningsverschillen

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de diagnostiek en het (doen) vaststellen van het behandelplan, de behandelaar is verantwoordelijk voor het uitvoeren van het individuele behandelbeleid. In situaties waarin de regiebehandelaar, klinisch psycholoog of de psychiater geraadpleegd dient te worden of in situaties met een spoedeisend karakter beslist degene die geraadpleegd wordt.

Deze laatste bepaalt ook of de situatie als spoedeisend wordt aangemerkt. Iedere betrokkene is verantwoordelijk voor adequate interdisciplinaire samenwerking in het kader van de behandeling. In overlegsituaties met betrekking tot diagnostiek en behandeling span een ieder zich in om de betrokkenen zoveel mogelijk op één lijn te krijgen, waarbij de regiebehandelaar de voorzittersrol op zich neemt.

Wanneer een professional desondanks van mening is, dat het vastgestelde beleid niet in overeenstemming is met zijn geweten, dan heeft hij de mogelijkheid de regiebehandelaar te laten weten, dat hij zijn medewerking aan de behandeling staakt. De regiebehandelaar is dan verantwoordelijk voor het garanderen van een adequate behandeling van de cliënt door een andere professional, zo nodig ziet hij de cliënt op dat moment zelf.

Een professional kan zich wenden tot de inhoudelijk manager, wanneer hij zich niet kan neerleggen bij het besluit van de regiebehandelaar of wanneer hij meent, dat bepaalde regels of gewoonten in strijd zijn met de eisen van een zorgvuldige hulpverlening conform zijn professionele standaard of beroepscode. Indien dit voor één van de betrokkenen niet tot een bevredigende oplossing leidt, kan deze zich wenden tot de geneesheer directeur of in het uiterste geval tot de directie.

