

Professioneel Statuut Parnassia Groep

Versie	Status	Datum
1.0	Definitief	16 december 2025

Inhoud

Inhoud	2
1. Doel	4
2. Leeswijzer	4
2.1. Totstandkoming en beheer	4
2.2. Tekstuele keuzes	5
2.3. Levend document	5
3. Inleiding	6
3.1. Het professioneel statuut is van en voor hulpverleners	6
3.2. Formeel kader, definitie en relatie van het professioneel statuut tot kwaliteitsstatuut	6
3.3. Gehanteerde termen en hun definities	7
3.4. Bestuurlijke verantwoordelijkheden bij de inrichting van zorg (governance)	9
3.5. Elementen van goede zorg	10
3.6. Het professioneel netwerk	12
3.7. Complexiteit van problematiek en zorgaanbod	12
4. De verantwoordelijkheidsverdeling binnen het zorgproces	13
4.1. Inleiding	13
4.2. De cliënt	13
4.3. De hulpverlener	13
4.4. De regiebehandelaar	14
4.5. Verantwoordelijkheden regiebehandelaar in het zorgproces	15
4.6. Regiebehandelaar; keuzevrijheid en overdracht	18
4.7. De medebehandelaar	19
4.8. De zorgverantwoordelijke onder de Wvggz	19
4.9. Multidisciplinaire zorg	21
4.10. Monodisciplinaire zorg	22
4.11. Professionele autonomie: verantwoordelijkheid in een multidisciplinaire omgeving	22
4.12. Verantwoordelijkheden t.a.v. het cliëntendossier	24
4.13. Verantwoordelijkheden t.a.v. inzet digitale middelen	24
4.14. Hoe te handelen bij meningsverschillen	25
5. Nadere invulling diverse rollen	27
5.1. Invulling regiebehandelaarschap	27
5.2. Advisering en consultatie door de regiebehandelaar in specifieke situaties	33
5.3. Advisering en consultatie door de medebehandelaar in specifieke situaties	34
5.4. Crisisbeoordelingen	34



5.5.	Meerdere voorschrijvers van medicatie.....	34
6.	Kennis.....	35
6.1.	Inleiding.....	35
6.2.	Opleidingen	35
6.3.	Onderzoek.....	37
6.4.	Lerende netwerken	40
7.	Kwaliteitsmanagement.....	42
7.1.	Principes, sturen op inhoud en bedrijfsvoering	42
7.2.	Beleid en spelregels; kwaliteitssysteem en teamhandboek.....	43
8.	Evaluatie	45
Bijlage 1. Verantwoordelijkheid vanuit wet- en regelgeving.....		46
1.	Algemene principes.....	46
1.1.	Goed hulpverlenerschap en de rangorde der dingen	46
1.2.	Bevoegdheden en de bekwaamheidstoetsing.....	46
2.	Verantwoordelijkheid hulpverleners op grond van de wet BIG	46
3.	Verantwoordelijkheid instelling op grond van de Wkkgz.....	47
4.	Verantwoordelijkheid op grond van de WGBO.....	48
5.	Verantwoordelijkheid op grond van de Wvvgz	48
6.	Verantwoordelijkheid op grond van de Wet zorg en dwang	49
7.	Verantwoordelijkheid op grond van het Wetboek van Strafrecht.....	50
8.	Verantwoordelijkheid op grond van de Jeugdwet.....	50
9.	Verantwoordelijkheid op grond van de Wmo	50
10.	Verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg.....	50

1. Doel

Met het professioneel statuut wil Parnassia Groep op een transparante wijze invulling geven aan de verantwoordelijkheidsverdeling van de hulpverlening volgens de kaders van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen gezondheidszorg en subsidiaire, relevante wetgeving.

Het professioneel statuut heeft tot doel duidelijk te zijn over ieders taken en bevoegdheden in de multidisciplinaire samenwerking van de zorgketen als geheel; 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.

In dit statuut wordt geregeld 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. Kern voor vruchtbare samenwerking is professionele verantwoordelijkheid en collegialiteit. Daadwerkelijke samenwerking komt op natuurlijke wijze tot stand en wordt niet geregeld in een statuut. De verdeling van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden is mede bepaald door de kaders die het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ geeft.

Met dit professioneel statuut worden in de zorgbedrijven en de teams van Parnassia Groep 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. Leeswijzer

2.1. Totstandkoming en beheer

De raad van bestuur en besturen van Parnassia Groep zijn verantwoordelijk voor de gehele inhoud van het professioneel statuut. De bestuurder zorg van de raad van bestuur en het college geneesheer-directeuren Parnassia Groep hebben de verantwoordelijkheid op zich genomen om namens de raad van bestuur en besturen zorg te dragen voor adequaat beheer van dit document. Zie ook hoofdstuk Evaluatie.

Bij het tot stand komen van deze versie van het professioneel statuut wilden we alle collega's de mogelijkheid bieden om bij te dragen. Om dit te ondersteunen is participatie gevraagd en verkregen van specifieke groepen¹:

- Zorgbedrijf Antes
- Zorgbedrijf Indigo i-psy PsyQ Brijder Triora
- Zorgbedrijf Parnassia en Reakt
- Zorgbedrijf Youz
- Stichting 1nP
- College geneesheer-directeuren
- Parnassia Groep Academie
- Verpleegkundige en agogische staf
- Medische staf

¹ Dit is geen uitputtende lijst, maar simpelweg de bekende groeperingen. Ook los van deze geadresseerden hebben personen input kunnen leveren.

- Ervaringsdeskundige staf
- Psychologische staf
- Centrale Cliëntenraad
- Centrale Ondernemingsraad
- Familieraden

Betrokken experts:

- Juridisch adviseur bureau geneesheer-directeur
- Adviseur kenniscentrum zorgadministratie, professionele diensten
- Bestuurssecretaris 1nP
- Communicatieadviseur professionele diensten
- Adviseur HR professionele diensten
- Bestuurssecretaris raad van bestuur

2.2. Tekstuele keuzes

Met het oog op de leesbaarheid en consistentie in taalgebruik, hebben we een aantal keuzes gemaakt ten aanzien van taalgebruik:

- Er wordt een eenduidige terminologie gehanteerd zoals verklaard in de lijst met definities;
- Voor de spelling volgen we het groene boekje. Als er keuzes nodig zijn, proberen we deze zo consistent mogelijk te maken. Zo gebruiken we bijvoorbeeld hoofdletters alleen bij eigennamen;
- Ten aanzien van het geslacht van de persoonsvorm kiezen we voor neutrale beschrijvingen;
- De zorgorganisatie Parnassia Groep wordt aangeduid als de (zorg)instelling.

2.3. Levend document

- We streven naar een voortdurend actueel en relevant document dat door collega's als makkelijk leesbaar naslagwerk gebruikt kan worden. Zie hiervoor ook het hoofdstuk Evaluatie;
- We verwachten doorlopend aanpassingen te doen, waarbij het aan de beheerders is om te bepalen wanneer wijzigingen dermate vergaand zijn dat ze besproken moeten worden in het overleg zorg.
- Waar nodig verwijzen we naar achtergronden, documenten, instructies, ed. binnen en buiten Parnassia Groep.

3. Inleiding

3.1. Het professioneel statuut is van en voor hulpverleners

Het professioneel statuut geeft weer hoe Parnassia Groep invulling geeft aan de verantwoordelijkheid van de hulpverleners:

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

Dit professioneel statuut beschrijft de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van hulpverleners. Leidend principe is de positie van hulpverleners, die bevoegdheden en verantwoordelijkheden hebben, die onder andere in de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) verankerd zijn. Het belangrijkste doel van dit professioneel statuut is om kaders te beschrijven die nodig zijn om de zorg uit te voeren volgens de professionele eisen, in een klimaat van continue reflectie en structureel leren en verbeteren. Hierbij beschouwen we aan de ene kant van het spectrum de individuele verantwoordelijkheid voor goede zorg van de hulpverlener (goed hulpverlenerschap) en aan de andere kant de beleidsuitgangspunten zoals beschreven in Ons plan.²

3.2. Formeel kader, definitie en relatie van het professioneel statuut tot kwaliteitsstatuut

Professioneel statuut van Parnassia Groep

Het professioneel statuut geeft het kader aan waarbinnen de zorg wordt verleend en beschrijft de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de hulpverlener werkzaam voor Parnassia Groep, zowel zelfstandig als in de context van de interdisciplinaire samenwerking. Het professioneel statuut is een weergave van de verhouding tussen de verplichtingen van de hulpverlener en de verplichtingen van de organisatie.³

Landelijk Kwaliteitsstatuut geestelijke gezondheidszorg, definitie en opdracht

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ beschrijft de kwaliteitsnormen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen om de zorg voor de individuele cliënt in de curatieve ggz te organiseren. De nadruk ligt daarbij op de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar en van andere hulpverleners in de verschillende onderdelen van het zorgproces. Ook formuleert het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ kwaliteitseisen op het gebied van leren en verbeteren.

Het opstellen van een eigen kwaliteitsstatuut op basis van dit Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is voor een zorgaanbieder verplicht. Het door de zorgaanbieder opgestelde kwaliteitsstatuut borgt dat de zorgaanbieder bewerkstelligt dat de juiste hulp, op de juiste plaats en door de juiste hulpverlener, binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk wordt geleverd.⁴

Verhouding professioneel statuut Parnassia Groep en kwaliteitsstatuut Parnassia Groep

² Zie intranet Parnassia Groep Ons plan

³ Stuurgroep professioneel statuut, december 2022

⁴ Zorginstituut Nederland, december 2020, <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut>

Het kwaliteitsstatuut en het professioneel statuut zijn nevenschikkend en kennen hetzelfde doel zoals beschreven in de definitie van het professioneel statuut. Beide documenten kunnen geen informatie bevatten die strijdig is met het andere document. Beide documenten kunnen van elkaar worden afgeleid en hoeven niet los van elkaar te worden vastgesteld.⁵

Verschillen kunnen optreden in formuleringen door de verschillende primaire doelgroep: het kwaliteitsstatuut is geschreven voor cliënten, het professioneel statuut kent onze collega's⁶ als doelgroep. Ook zijn de documenten verschillend omdat voor het kwaliteitsstatuut gebruik gemaakt moet worden van een standaard-format. Naast dit standaard format beschikt Parnassia Groep over een publieksversie van het kwaliteitsstatuut voor cliënten en naasten.

3.3. Gehanteerde termen en hun definities

Begrip	Omschrijving
Parnassia Groep	Zorginstelling, inclusief alle bijbehorende organisatieonderdelen.
Cliënt van Parnassia Groep	Persoon die hulp ontvangt van een hulpverlener van Parnassia Groep. Voor cliënt mag ook gelezen worden: patiënt, bewoner, klant en elke andere benaming voor iemand die hulp ontvangt.
Collega	Persoon die werkzaamheden verricht voor Parnassia Groep. Hieronder vallen vaste en tijdelijke krachten, flexwerkers, opleidingen, stagiaires en alle andere personen die onder verantwoordelijkheid van Parnassia Groep werkzaamheden verrichten.
Hulpverlener van Parnassia Groep	Collega die direct of indirect, beroepsmatig betrokken is bij de directe zorg voor cliënten van Parnassia Groep. Voor hulpverlener mag ook gelezen worden professional, behandelmedewerker, zorgverlener of elke andere algemene benaming voor iemand die hulpverleent.
Instelling	Organisatie zoals bedoeld in sectie III van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ ⁷ .
Zorgbedrijf	In hoge mate zelfstandig onderdeel van Parnassia Groep.
Management	Collega's verantwoordelijk voor de aansturing binnen Parnassia Groep in de lijn van collega, via managers en directie naar bestuur en raad van bestuur.
Behandelplan	Het (digitale) document waarin de afspraken en doelen van cliënt en hulpverlener(s) over de behandeling zijn vastgelegd. Over het algemeen wordt dit document behandelplan genoemd, al kunnen andere termen voorkomen zoals hulpverleningsplan bij kinder- en jeugd.

⁵ Stuurgroep professioneel statuut, december 2022

⁶ Al dan niet hulpverlenend.

⁷ Zie [GGZ Landelijk Kwaliteitsstatuut | Zorginzicht](#)

Evaluëren	Navolgbaar proces waarbij gepresenteerde feiten logischerwijs tot een eenduidige conclusie leiden.
Reflectie	Subjectief proces waarbij een onderwerp wordt overdacht vanuit het eigen professionele denkraam. Reflectie kan een onderdeel zijn in een evaluatieproces en andersom.
Wijze van overleggen	Waar in dit document gesproken wordt over overleg, bespreking, consultatie, raadpleging en dergelijke, is de wijze van communicatie (lijfelijk, via beeld, via tekstberichten, telefonisch, etc.) vrij te kiezen, tenzij expliciet anders vermeld.
Settingen	Het onderscheid tussen vormen van zorg op basis van benodigde infrastructuur en inzet van verschillende disciplines.
Soorten settingen volgens het zorgprestatiemodel	1. Ambulant kwaliteitsstatuut sectie II 2. Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair 3. Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – multidisciplinair 4. Outreachend 5. Klinisch (exclusief forensische en beveiligde zorg) 6. Forensische en beveiligde zorg – klinische zorg 7. Forensische en beveiligde zorg – niet-klinische of ambulante zorg 8. Hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde) De verschillende settingen worden beschreven in de NZa beleidsregel 'Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg', te vinden op de website van de NZa.
Acute psychiatrische hulpverlening	Bij acute psychiatrische hulpverlening is direct ingrijpen nodig om gevaar voor de persoon of de omgeving voor te zijn of om ernstige overlast te voorkomen of te stoppen. De zorg moet plaatsvinden volgens de zorgstandaard acute psychiatrie (ZAP).
Zorgstandaard acute psychiatrie (ZAP)	De zorgstandaard acute psychiatrie (ZAP) is een kwaliteitstandaard die de inhoud en organisatie van hulpverlening beschrijft voor mensen in een crisissituatie, die vermoedelijk een acute psychische stoornis hebben. ⁸
High & Intensive Care (HIC)	High & Intensive Care (HIC) is een intensieve, klinische behandeling die ervoor zorgt dat mensen in een psychiatrische crisis zo snel mogelijk stabiliseren.

⁸ [GGZ Acute psychiatrie | Zorginzicht](#)

3.4. Bestuurlijke verantwoordelijkheden bij de inrichting van zorg (governance)

3.4.1. Bestuurlijke verantwoordelijkheden kwaliteit van zorg

De formele bestuurlijke verantwoordelijkheden zijn vastgelegd in de statuten en in verschillende wetten. Kortgezegd komt het erop neer dat het bestuur van de zorgbedrijven verantwoordelijk is voor de uitvoering van de zorg. De raad van bestuur is extern en intern aanspreekbaar op de kwaliteit van zorg aan alle cliënten. Dat maakt dat de raad van bestuur gehouden is om te allen tijde een actueel en sluitend beeld te hebben van de stand van de kwaliteit van zorg. Een nadere uitleg is te vinden in het kwaliteitssysteem.

3.4.2. Beleidsverantwoordelijkheid bij kwaliteit van zorg

Overkoepelend ligt de verantwoordelijkheid voor het opstellen, evalueren en bijstellen van alle spelregels op het gebied van kwaliteit van zorg bij het overleg zorg. Dat betekent dat alle Parnassia Groep brede spelregels voor kwaliteit van zorg in dit overleg vastgesteld worden door de raad van bestuur.

Het gaat hierbij om Parnassia Groep specifiek beleid en spelregels en niet om de vertaling van externe eisen. Bijvoorbeeld: de vertaling van de eisen op basis van medicatieveiligheid of de Wvvgz naar interne spelregels, zal in de regel worden gedaan door apotheker en geneesheer-directeur, hier is geen nadere besluitvorming voor nodig. Dat is wat anders dan een besluit hoe vaak geaudit moet worden of welke normen we stellen bij crisissignaleringsplannen.

3.4.3. Duaal management

Parnassia Groep kiest voor managementteams bestaande uit zorginhoudelijke leidinggevend en leidinggevend op het gebied van bedrijfsvoering op alle niveaus in de organisatie die samen, integraal verantwoordelijk zijn voor de aansturing van het betreffende organisatieonderdeel (zie ook [hoofdstuk 7 Kwaliteitsmanagement](#)). Op deze manier willen we de inbreng van beide elementen in samenhang borgen.

3.4.4. Medezeggenschap

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

3.4.5. Professionele zeggenschap

Om te komen tot adequaat en passend beleid dat gedragen wordt door diegenen die het moeten uitvoeren, zijn duaal management en medezeggenschap essentiële ingrediënten, maar niet voldoende. Parnassia Groep gelooft dat tot stand brengen van beleid alleen mogelijk is als er sprake is van een structureel en robuust gestructureerd overleg van het bestuur met de hulpverleners voor wie het beleid van belang is. Hierbij streven we naar de open dialoog op basis van gelijkwaardigheid met respect voor elkaars positie, verantwoordelijkheden en standpunten.

Om deze dialoog te bevorderen, zijn er binnen Parnassia Groep vier professionele staven:

1. Verpleegkundige en agogische staf;
2. Medische staf;
3. Ervaringsdeskundige staf;
4. Psychologische staf.

Deze staven zijn instellingsbreed georganiseerd en kunnen daardoor dienen als gesprekspartner van bestuur en raad van bestuur. De besturen van de staven zijn volwaardig deelnemer van het overleg zorg om deze rol te borgen.

3.5. Elementen van goede zorg

3.5.1. De unieke mens

Ieder mensenleven is een uniek en complex samenspel van persoonlijke, sociale, biologische, psychologische en maatschappelijke factoren. Ook factoren die inbreuk maken op het persoonlijke leven, worden door ieder mens op een unieke manier beleefd. Dit is niet anders bij mensen met psychische problematiek. De context waarin klachten zich voordoen, heeft invloed op de persoonlijke (be)leefwereld en bepaalt welke ondersteuning een cliënt nodig heeft om zo goed mogelijk verder te kunnen.

3.5.2. De vraag staat centraal

Uitgangspunt voor de zorg die Parnassia Groep biedt, is dat de herstellvraag en de behoefte van de cliënt centraal staan. Dit houdt in dat de zorg zodanig is ingericht dat de cliënt in staat wordt gesteld om zelf maximale sturing te geven aan en eigen regie te behouden tijdens de behandeling, ook als dit bijvoorbeeld binnen de kaders van gedwongen zorg plaats vindt. Hierbij is de hulpvraag van de cliënt en diens behoefte het uitgangspunt voor het traject binnen de zorg. De cliënt kent zichzelf, de eigen klachten en krachten en is zelf ervaringsdeskundige op zijn eigen leven. Niet altijd is een cliënt in staat zelf een herstellvraag te formuleren terwijl naasten, hulpverleners of maatschappelijke partners wel een vraag hebben. Daarom kan soms, zoveel mogelijk in overleg met de cliënt, tijdelijk de vraag van anderen centraal staan. De hulpvraag is (mede) bepalend voor de diepgang van de diagnostiek en geeft richting aan het behandelaanbod.

Goede zorg betekent: op een wederkerige manier hulp bieden aan de cliënt, gericht op een waardevol en betekenisvol leven, het in verbinding staan met anderen en het ervaren van zelfredzaamheid. Het is belangrijk dat het zorgaanbod, naast de behoefte van de cliënt, aansluit bij de (brede) problematiek van de cliënt, de mate van complexiteit en op de (on)mogelijkheden van het sociale netwerk waarvan de cliënt deel uitmaakt.

3.5.3. De omgeving van de cliënt

De cliënt centraal stellen, betekent ook dat diens omgeving een belangrijke rol speelt in het herstel van de cliënt en de te verlenen zorg. Parnassia Groep doet er alles aan om met naasten samen te werken. In het document 'Uw naaste, onze zorg. Visie, richtlijnen en beleid voor familie' hebben wij onze visie op en richtlijnen voor het samenwerken met familie en naasten vastgelegd. De naasten zijn een van de belangrijkste hulpbronnen van de cliënt en hebben een belangrijke bijdrage aan het behandelresultaat⁹. Daarom willen we steeds inzetten op het tot stand brengen en bestendigen van een duurzaam en betekenisvol contact met de familie, gezin en naasten. Belangrijk hierbij is dat de naasten zelf ook een herstelproces doormaken. Het is dan ook het uitgangspunt dat er altijd gereflecteerd wordt op een rol van familie of naasten die passend is bij en een bijdrage levert aan het herstel van de cliënt. Ook de afweging dat er (bijvoorbeeld bij kortdurende trajecten) geen rol voor naasten is, kan een uitkomst zijn.

Het betrekken van naasten zal moeilijk zijn als de cliënt hiervoor geen toestemming geeft. Binnen de wettelijke kaders van goed hulpverlenerschap moet ook in deze situatie beoordeeld worden wat wel mogelijk is. Het is hierbij belangrijk onderscheid te maken tussen onderwerpen die de cliënt mogelijk wel met naasten wil bespreken en welke informatie niet. Bij volledige weigering kan met naasten alleen cliëntgebonden informatie gedeeld worden als daardoor ernstig nadeel wordt afgewend.

⁹ 40-60% verbeterd effect, zie *Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review* - McFarlane - 2016 - *Family Process* - Wiley Online Library

Wettelijk gezien mag de hulpverlener het verhaal van naasten aanhoren en hoeft hier geen expliciete toestemming voor gegeven worden, zolang geen informatie over de cliënt gedeeld wordt. Dit zal altijd zorgvuldige afstemming en communicatie met de cliënt vragen omdat het ongewenst betrekken van naasten impact kan hebben op de behandelrelatie. De hulpverlener heeft aandacht voor het sociale systeem van de cliënt en heeft aandacht voor wie afhankelijk is van de cliënt. Hierbij gaat het onder andere om diens kinderen en/of ouders (Kindcheck en Mantelzorgcheck). Wanneer door de problematiek van de cliënt hier problemen ontstaan, wordt in samenspraak met de cliënt onderzocht hoe dit opgevangen kan worden.

3.5.4. Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld

De Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling schrijft voor dat Parnassia Groep een procedure heeft voor het signaleren en melden van huiselijk geweld en kindermishandeling. Deze meldcode behelst een stappenplan voor hulpverleners, waarin staat dat (vermoedens van) kindermishandeling en huiselijk geweld gewogen, en eventueel gemeld, kunnen worden. Er vallen verschillende vormen van geweld onder de noemer huiselijk geweld, namelijk kindermishandeling, oudergeweld, ouderenmishandeling, huwelijksdwang, vrouwenbesnijdenis, seksueel geweld, (ex)-partner geweld en eer gerelateerd geweld. Ook is het afnemen van de kindcheck verplicht wanneer er zorg verleend wordt aan volwassen cliënten met kinderen en als jeugdigen cliënten zelf kinderen hebben of wanneer er broertjes en zusjes aanwezig zijn. Ook zonder vermoedens van kindermishandeling is aandacht voor kinderen en ouderschap nodig.

Vanaf stap 1 in het hulpverleningsproces is het praten over ouderschap en kinderen essentieel. De kindcheck is de gestandaardiseerde controle of een cliënt verantwoordelijk is voor de verzorging en opvoeding van een of meer minderjarigen, met het oog op de veiligheid van hen. Naast de kindcheck, dient ook de mantelzorgcheck afgenomen te worden. Bij de mantelzorgcheck wordt met name aandacht gevraagd voor de ontspoorde mantelzorg, waarbij de mantelzorger de grens van goede zorg overschrijdt door overbelasting, onmacht, onkunde en/of onwetendheid. Maar ook dient hierbij aandacht te zijn voor kinderen en jongeren die voor hun zieke ouder zorgen. Met signalering van ontspoorde mantelzorg en jonge mantelzorgers kan actie ondernomen worden om deze mantelzorgers te ondersteunen.

3.5.5. Kennisbronnen

De hulpverlener brengt zijn deskundigheid op een passende manier in. Het vaststellen van het best passende zorgaanbod is gebaseerd op actuele wetenschappelijke kennis (*evidence based*), de expertise van de hulpverlener (*expert based*) en de ervaring van de cliënt en naasten (*experience based*). Daarnaast wordt kennis over doelmatigheid van zorg meegewogen. Uitgangspunt is dat de cliënt en de hulpverlener(s) overeenstemming bereiken over de in te zetten behandeling.

3.5.6. Samen beslissen

Samen met de cliënt beslissen is de norm en dit uitgangspunt wordt samen met de cliënt concreet gemaakt in het behandelplan. In het behandelplan dient rekening gehouden te worden met de sociaal-maatschappelijke context, in ieder geval bij het opstellen en bespreken van behandelplannen en crisis-signaleringsplannen. Ook wordt rekening gehouden met de (on)mogelijkheden bij het betrekken van naasten. Hierbij zijn Parnassia Groep en haar hulpverleners transparant over de mogelijkheden en onmogelijkheden van haar aanbod, over de wachttijden, over hoe de zorg is georganiseerd en welke hulpverlener welke verantwoordelijkheden heeft, over de kaders waarbinnen gewerkt wordt en over de financiën.

3.5.7. Continuïteit van zorg

Continuïteit van zorg is regel. Wanneer de zorg overgedragen moet worden, gebeurt dit op een zorgvuldige en transparante manier. Hierbij is steeds voor de cliënten en diens naasten helder wie

waarvoor verantwoordelijk is en waarbij zoveel mogelijk via het principe van zogenaamde warme overdracht wordt gewerkt.

3.5.8. Autonomie

De autonomie van de cliënt wordt zoveel mogelijk gerespecteerd en versterkt. Autonomie wordt gedefinieerd door onze relaties met anderen en de verplichtingen die daarmee gepaard gaan. Ons verleden en onze identiteit zijn bepalend voor de keuzes die wij maken. We maken keuzes binnen sociale contexten, waar we ons niet makkelijk los van kunnen maken. Als de autonomie om welke reden dan ook ingeperkt moet worden, is het doel altijd om dit zo snel mogelijk weer te herstellen.

3.6. Het professioneel netwerk

Parnassia Groep onderkent dat het samenwerken in netwerken onontbeerlijk is voor een goede organisatie van de zorg. De aard en intensiteit van de samenwerking is afgestemd op de mate waarin samenwerking noodzakelijk is en dat verschilt per type zorg.

Door de omvang en veelzijdigheid van Parnassia Groep zijn netwerkpartners vaak binnen de organisatie te vinden. Dit biedt veel mogelijkheden voor samenwerking zoals consultatie en medebehandeling. Parnassia Groep stimuleert dat geïnvesteerd wordt in duurzame en betekenisvolle netwerken, ook (of misschien zelfs juist) binnen Parnassia Groep zelf. Dit is een opdracht die geldt naar alle collega's omdat het niet alleen gaat om de wil van de hulpverleners maar ook om de (flexibiliteit) van organisatorische, administratieve en financiële afspraken binnen Parnassia Groep.

Parnassia Groep kent veel regionale netwerkpartners (huisartsen, gemeentes, andere ggz-organisaties, ziekenhuizen, ouderenzorg, gehandicaptenzorg, politie, jeugdzorg en andere instellingen en organisaties). De eisen die we aan ons eigen aandeel in de samenwerking in deze netwerken stellen, zijn gelijk als bij interne netwerken. Bijvoorbeeld bij overdrachten streven we naar de 'warme overdracht' en wordt geborgd dat alle relevante informatie wordt overgedragen.

Dit vraagt het nodige aan competenties bij onze hulpverleners. Zij moeten vaardig zijn in samenwerken, kennis hebben van de rol van de verschillende partijen en hierover actueel geïnformeerd zijn. Daarnaast vraagt het passend beleid vanuit de organisatie. Met de belangrijkste ketenpartners worden afspraken gemaakt en deze worden adequaat geëvalueerd. Het is belangrijk om met anderen samen te werken vanuit de filosofie en kernwaarden van Parnassia Groep; de basis is het goede gesprek op basis van gelijkwaardigheid en vertrouwen waarbij het belang van de gezamenlijke cliënt altijd centraal staat. We vragen van de hulpverlener van Parnassia Groep om reflectie en evaluatie binnen het netwerk te stimuleren, ook als we niet de belangrijkste partij in het netwerk zijn. Met elkaar reflecteren is een cruciale voorwaarde voor het duurzaam mogelijk maken van goede zorg.

3.7. Complexiteit van problematiek en zorgaanbod

De complexiteit van een hulpvraag in de ggz hangt af van hoe complex de problematiek van de client is, maar ook van hoe complex de inhoud of organisatie is van het zorgaanbod.

Voor de bepaling van de complexiteit van het zorgaanbod wordt in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ gebruikgemaakt van bekende termen uit de praktijk en het Zorgprestatiemodel GGZ: de 8 settingen. Deze settingen beschrijven de context waarin professionals werken (zoals ambulant, klinisch, beveiligd). Deze indeling wordt ook in dit statuut gebruikt, vooral om de verschillende rollen in het zorgproces te verduidelijken (hoofdstuk 5).

4. De verantwoordelijkheidsverdeling binnen het zorgproces

4.1. Inleiding

In het vorige hoofdstuk is beschreven op basis waarvan wie welke verantwoordelijkheid heeft. Samenwerken binnen Parnassia Groep en met ketenpartners aan de zorg voor onze cliënten maakt het noodzakelijk om tot een nadere verantwoordelijkheidsverdeling te komen tussen cliënt en hulpverlener, tussen hulpverleners onderling en tussen hulpverleners en management.

4.2. De cliënt

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

4.3. De hulpverlener

- De hulpverlener is een collega die direct of indirect beroepsmatig betrokken is bij de directe zorg voor cliënten.
- De inzet van de hulpverlener wordt bepaald door de competenties die door professionele opleiding (bevoegdheid) en ervaring (bekwaamheid) zijn verworven.
- De hulpverlener is voor de cliënt aanspreekbaar op het handelen.
- De hulpverlener is verantwoordelijk dat de zorg die de hulpverlener biedt voldoet aan de professionele standaard (beroepsprofiel, beroepscode) van de eigen beroepsgroep.
- De hulpverlener is zelf verantwoordelijk voor het op peil houden van de kwaliteit van de beroepsuitoefening, de werkgever biedt de collega's die in loondienst zijn hiertoe de randvoorwaarden.
- Wanneer de hulpverlener goede zorg verleent en zich houdt aan de wettelijke en organisatieregels, wordt de hulpverlener beschermd en gesteund bij interne of externe toetsing.
- De hulpverlener houdt zich aan regels die bij Parnassia Groep zijn vastgelegd over organisatie, inhoud en registratie van zorg. 'Ons plan' en de daarvan afgeleide beleidsplannen zijn daarbij leidend.
- De hulpverlener kent de professionele grenzen, weet wanneer andere hulpverleners ingeschakeld moeten worden, behandelt en begeleidt vanuit een behandelplan (dat samen met de cliënt is opgesteld) en houdt het dossier goed bij. Hierbij kent eenieder verantwoordelijkheid voor het eigen deel van het behandelplan en het tijdig evalueren hiervan. De onderlinge taakverdeling moet duidelijk zijn en vastgelegd in het behandelplan.
- Als meerdere zorgteams betrokken zijn bij de hulpverlening aan een cliënt, ongeacht of deze van binnen of buiten instelling zijn, wordt in elk behandelplan vastgelegd bij wie op welk moment voor welk onderdeel de verantwoordelijkheid ligt. Hierover dient zo vaak als nodig afstemming te zijn tussen de betrokken hulpverleners.

- Aangezien de instelling en de hulpverleners gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het tot stand brengen van verantwoorde zorg, vindt afstemming plaats met de hulpverleners wanneer besluitvorming door de lijnorganisatie raakt aan zorginhoudelijke zaken. Dit gebeurt in de vorm van overleg op elk niveau van de organisatie.
- Elke hulpverlener wordt geacht deel te nemen aan intervisie. In de intervisie stelt de hulpverlener zich open en toetsbaar op ten aanzien van de eigen kwaliteiten, deskundigheid, het functioneren in het team en problemen bij de behandeling van een cliënt. Parnassia Groep faciliteert intervisie voor collega's die in loondienst zijn, dat wil zeggen dat hier tijd voor geboden wordt en ondersteuning als dit nodig is.
- De regiebehandelaar dient minimaal tweemaal per jaar in een lerend netwerk te reflecteren op het werk als regiebehandelaar. Binnen Parnassia Groep is of wordt dit binnen de zorgbedrijven vormgegeven. Het lerende netwerk is niet voorbehouden aan regiebehandelaren. Voor andere hulpverleners geldt er geen verplichting vanuit het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, desondanks wil Parnassia Groep aandrigen op lerende netwerken waarin alle relevante hulpverleners deelnemen, niet alleen de regiebehandelaren. Zie verder [paragraaf Lerende netwerken](#).
- De hulpverlener wordt vertegenwoordigd door en kan deelnemen aan een professionele staf. Parnassia Groep kent de Verpleegkundige en agogische staf (VAS), Medische staf (MS), Ervaringsdeskundige staf (ES) en de Psychologische staf (PS). Parnassia Groep ondersteunt en faciliteert de staven en ziet deze als belangrijke partners bij het continu verbeteren van de kwaliteit van zorg.
- Iedere hulpverlener is verantwoordelijk voor zijn eigen (tijdige) na- en bijscholing en herregistratie daar waar dit aan de orde is, waarbij dit voor collega's die in loondienst zijn ondersteund wordt door Parnassia Groep.
- De organisatie respecteert de professionele autonomie en verantwoordelijkheid van de hulpverlener bij de zorg voor individuele cliënten.

4.4. De regiebehandelaar

Binnen het zorgproces kunnen twee centrale onderdelen worden onderscheiden, de indicatiefase en de behandelfase, met daaraan voorafgaand het voortraject bij de verwijzer, en de reflectie of evaluatie die op gezette tijden of zo nodig tussendoor plaatsvindt (en indien geïndiceerd gevolgd door afsluiten).

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

Deze twee onderdelen van het zorgproces hangen nauw met elkaar samen en kunnen chronologisch overlappen, maar kennen eigen kwaliteitsaspecten die voor de regievoering verschillende competenties vereisen. Bij deze twee centrale onderdelen van het zorgproces horen twee regierollen:

- De indicerende rol.* De (regie)behandelaar analyseert in deze rol het probleem, op basis van professionele kennis en ervaring, samen met de cliënt en eventueel met gebruik van deskundigheid van andere zorgverleners. Hij draagt verantwoordelijkheid voor een probleemanalyse, het stellen van een diagnose en het opstellen van een behandelplan op

hoofdpijnen voor behandeling en begeleiding. Tijdens de latere behandelfase kan deze (regie)behandelaar worden betrokken bij vastgelegde evaluatiemomenten en/of bij ingrijpende wijzigingen in complexiteit van de situatie of vastlopen van de behandeling en begeleiding.

- II. *De coördinerende rol.* De regiebehandelaar zorgt voor goede afstemming en coördinatie van het zorgaanbod en eventuele samenwerking tussen de betrokken zorgverleners uit verschillende disciplines. Waar nodig werkt de regiebehandelaar het behandelplan op meer gedetailleerd niveau uit. Daarnaast reflecteert hij regelmatig samen met de cliënt (en bij ingrijpende veranderingen ook met een andere regiebehandelaar in de indicerende rol) op de behandeling en begeleiding, stelt hij waar nodig het behandelplan bij of beëindigt hij het behandelplan. De regiebehandelaar is ook het centrale aanspreekpunt voor de cliënt.

Deze rollen gaan gepaard met verschillende taken en verantwoordelijkheden die elkaar aanvullen en versterken.

In de praktijk zullen de twee genoemde rollen veelal door dezelfde persoon worden vervuld. Als beide rollen door dezelfde persoon worden uitgevoerd, vraagt de reflectie met de cliënt op de geleverde behandeling en begeleiding specifieke aandacht en speelt het lerend netwerk van de zorgverlener een belangrijke rol. Het participeren in een lerend netwerk is in dit geval de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar, het management is gehouden om dit mogelijk te maken en te ondersteunen.

Voor enkele beroepsgroepen geldt dat zij niet de indicerende rol mogen vervullen. Zij moeten bij diagnostiek en indicatiestelling (de indicerende rol) een andere discipline betrekken. Dit wordt verder toegelicht en uitgewerkt in [hoofdstuk 5](#) van dit statuut. Tijdens de latere behandelfase kan de collega of discipline die de indicerende rol vervult worden betrokken bij vastgelegde evaluatiemomenten en/of bij ingrijpende wijzigingen in complexiteit van de situatie of vastlopen van de behandeling en begeleiding.

Het is belangrijk om te vermelden dat naast de regiebehandelaar ook andere zorgverleners een cruciale rol kunnen spelen bij het indiceren en coördineren en bij de behandeling en begeleiding zelf. Elke zorgverlener, al dan niet regiebehandelaar, heeft een waardevol aandeel in het zorgproces. De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het proces en voert dus niet per definitie alle onderdelen van het proces zelf uit. De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in het zorgproces en reflecteert regelmatig met de cliënt over het beloop van de behandeling. De verschillende zorgverleners kennen hun eigen, bij hun professie horende, verantwoordelijkheden voor de uitoefening van hun beroep.

4.5. Verantwoordelijkheden regiebehandelaar in het zorgproces

In dit statuut wordt onderscheid gemaakt tussen

1. Voortraject bij de verwijzer;
2. Indicatiefase, met probleemanalyse en vaststelling van het behandelplan;
3. Behandelfase met daarbij ook de evaluatie van het behandelplan en de geboden zorg (en afsluiten).

4.5.1. Voortraject bij de verwijzer

Tot het moment dat de intake heeft plaatsgevonden is de verwijzer de eerstverantwoordelijke voor de cliënt. De zorgaanbieder neemt de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de cliënt over na het

eerste intake of behandelcontact.¹⁰ De cliënt en de naasten kunnen informatie inwinnen of worden geïnformeerd over het zorgproces (website, folders, mondeling, cliëntportaal, etc.).

4.5.2. Indicatiefase

In deze fase vindt de intake of de beoordeling (in geval van crisis) plaats met als uitkomst een probleemanalyse en indicatiestelling met, als aan de voorwaarden wordt voldaan, een behandelplan. De regiebehandelaar is vanuit diens indicerende rol verantwoordelijk voor deze fase.

Voor de regiebehandelaar gelden in het kader van de probleemanalyse en indicatiestelling de volgende taken:

1. Probleemanalyse

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

2. Indicatiestelling

- De afweging maken of de zorgvraag van de cliënt en de complexiteit van de situatie aansluiten bij het beschikbare zorgaanbod. Als bij de betreffende zorgaanbieder geen passend aanbod is, is er eerst een inspanningsverplichting om door te verwijzen naar een andere zorgaanbieder met beter passend aanbod of een aanbod of hulpbron buiten de zorg. Indien dit tot niets leidt verwijst de regiebehandelaar terug naar de huisarts.
- In dialoog met de cliënt bespreken, vaststellen en organiseren van interventies en activiteiten ten behoeve van de diagnostiek;
- Het vaststellen van de diagnose;
- Het in samenspraak met de cliënt en zo mogelijk diens naasten en eventuele medebehandelaren en geconsulteerde collega's opstellen en vaststellen van de richting en de contouren van het behandelplan;¹¹

De cliënt dient toestemming voor het behandelplan te geven en dit wordt geregistreerd in diens dossier. Het behandelplan blijft gedurende de behandeling en begeleiding ter beschikking van de cliënt. In het behandelplan worden ook de afspraken opgenomen wanneer er meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd betrokken zijn bij de behandeling van de cliënt.

- Mocht de cliënt niet direct na de indicatiefase in behandeling kunnen worden genomen, dan is de regiebehandelaar de eerstverantwoordelijke hulpverlener voor de zorg van de cliënt in de tussenliggende periode. De regiebehandelaar gaat hierbij na welke tussentijdse

¹⁰ De zorgaanbieder neemt de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de cliënt over na het eerste intake- of behandelcontact, tenzij in dit contact besloten wordt dat de cliënt niet in zorg komt bij Parnassia Groep.

¹¹ Het op schrift stellen van het behandelplan of andere dossierstukken kan worden gedelegeerd, de verantwoordelijkheid hierover blijft bij de regiebehandelaar.

zorg nodig en mogelijk is voor de cliënt. Ook spreken de regiebehandelaar en de client af hoe de client zo nodig om hulp kan vragen;

- De cliënt kan altijd om een second opinion vragen;
- Schriftelijk terugkoppelen aan de verwijzer als het behandelplan is vastgesteld. Hiervoor dient expliciete toestemming gegeven te worden door de cliënt;
- De behandelverantwoordelijkheid en de verdeling van taken wordt vastgelegd in het behandelplan. Ook als er meerdere disciplines betrokken zijn, wordt de behandelverantwoordelijkheid eenduidig belegd; er is op ieder moment in het zorgproces van de individuele client één regiebehandelaar. Met de cliënt en zo mogelijk diens naasten wordt besproken hoe te handelen wanneer de toestand wijzigt;

3. Evaluatie

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

4.5.3. Behandelfase (inclusief evaluatie)

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

Op een rij gezet is de regiebehandelaar verantwoordelijk voor de volgende taken:

1. Centraal aanspreekpunt

- Centraal aanspreekpunt voor de cliënt en diens naasten bij vragen of verzoeken;
- Eerste aanspreekpunt voor andere hulpverleners binnen en buiten het directe behandelteam;
- Fungeren als contactpersoon voor de cliënt en diens naasten, als er veranderingen zijn in de behandeling of als er een wisseling van hulpverleners plaatsvindt.

2. Coördinatie

- Toezien op de uitvoering van het opgestelde behandelplan;
- Waar nodig op meer gedetailleerd niveau uitwerken van het behandelplan;
- Monitoren van de voortgang van behandeling en begeleiding;
- Coördineren van zorg, met name op dynamische momenten, zoals na bijstelling van het behandelplan, bij voorgenomen ontslag of bij het afronden van de behandeling;
- Zich regelmatig laten informeren door de betrokken hulpverleners over de voortgang van de behandeling of over belangrijke ontwikkelingen. De regiebehandelaar maakt hierover met de betreffende hulpverleners afspraken die indien nodig worden vastgelegd in het dossier;
- Organiseren van voldoende afstemming en (multidisciplinair) overleg tussen de betrokken hulpverleners (ook van andere zorgaanbieders) en het vaststellen van de frequentie van overlegmomenten. Dit zoveel mogelijk samen met de cliënt en diens naasten;
- Zo vaak als nodig en tenminste eens per jaar met de cliënt en diens naasten het beloop van de behandeling evalueren;

- Zorgen dat vervanging of opvolging geregeld is bij (ongeplande) afwezigheid van de regiebehandelaar;
 - Zorgen voor een goede overdracht van gemaakte afspraken, als er een wisseling tussen hulpverleners plaatsvindt en deze afspraken vastleggen in het behandelplan en dossier.
3. Evaluatie en geïndiceerd afsluiten
- Zorg dragen voor de in het behandelplan vastgestelde reflectiemomenten met cliënt, naasten en eventueel anderen en eventuele extra evaluatiemomenten als dit nodig is. Waar van toepassing betreft de regiebehandelaar hierbij de collega of discipline die in de indicatiefase de indicerende rol had.
 - Is bevoegd om samen met de cliënt:
 - Het behandelplan bij te stellen bij kleinere wijzigingen in de behandeling;
 - De behandeling af te sluiten als deze volgens plan verloopt
 - Als ingrijpende wijzigingen nodig zijn in de uitvoering van het behandelplan, de situatie van de cliënt substantieel wijzigt of de behandeling vastloopt, bespreekt de regiebehandelaar dit in het multidisciplinair team. Waar van toepassing betreft de regiebehandelaar hierbij een collega of discipline die de indicerende rol kan vervullen. Bij voorkeur is dit de collega die in de indicatiefase de indicerende rol had.
 - Schriftelijk terugkoppelen aan de huisarts en eventueel andere verwijzer als de behandeling is beëindigd en tussentijds tenminste eens per jaar. (Hiervoor dient expliciete toestemming te worden gegeven door de cliënt).

4.6. Regiebehandelaar; keuzevrijheid en overdracht

- De cliënt heeft het recht om een andere regiebehandelaar te kiezen. Bovendien hechten we veel waarde aan de kwaliteit van de therapeutische relatie en daarom zullen we bij voorkeur de cliënt een stem willen geven in de keuze van de regiebehandelaar.
- Vanwege het belang van continuïteit van zorg is een wisseling van regiebehandelaar in beginsel ongewenst. In de praktijk zijn er echter situaties waarin dit toch noodzakelijk is. Een wisseling van regiebehandelaar geschiedt na informeren van de cliënt en eventueel naasten.
- Het wisselen van regiebehandelaar kan aangewezen zijn bij:
 - Een nieuwe fase van de behandeling;
 - Een wijziging in het behandelplan, met als gevolg wijziging van de hulpverlener(s) of van het zwaartepunt in de behandeling;
 - Een verzoek van de cliënt en/of regiebehandelaar;
 - Het gedurende langere tijd niet, of niet meer beschikbaar zijn van de regiebehandelaar (bijvoorbeeld in geval van ziekte, overplaatsing of ontslag).
- Bij wisseling van regiebehandelaarschap is de overdragende regiebehandelaar verantwoordelijk voor een goede overdracht van alle gemaakte afspraken en legt deze vast in het dossier.
- De regiebehandelaar draagt niet de verantwoordelijkheid voor de door andere hulpverleners tijdens het behandelingstraject uitgevoerde afzonderlijke verrichtingen en interventies. Daarvoor zijn en blijven die andere hulpverleners zelf ten volle verantwoordelijk, maar ook hier heeft eenieder de verantwoordelijkheid om te signaleren.
- Wanneer meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd bij de behandeling van de cliënt zijn betrokken, spant de regiebehandelaar zich in voor een goede samenwerking en afstemming,

met toestemming van de cliënt. In het behandelplan worden de afspraken opgenomen wanneer er meerdere hulpverleners en/of zorgaanbieders tegelijkertijd betrokken zijn bij de behandeling van de cliënt. Ook worden er eventuele crisisafspraken in opgenomen.

4.7. De medebehandelaar

Met de medebehandelaar wordt bedoeld de zorgverlener die uitvoering geeft aan (een deel van) de behandeling en begeleiding van een cliënt. Hij vervult daarbij niet de rol van indicierend of coördinerend regiebehandelaar, maar kan wel een cruciale rol spelen bij het indiceren, coördineren en uitvoeren van de behandeling en begeleiding.

De medebehandelaar in de ggz handelt in overeenstemming met de voor hem geldende professionele (wetenschappelijke) standaard. Hij voert zijn aandeel in de behandeling en begeleiding uit zoals vooraf vastgelegd in het individuele behandelplan, het zorgprogramma of zoals deze voortvloeien uit de wet- en regelgeving. Hij ontleent zijn verantwoordelijkheid aan het deskundigheidsgebied waarvoor hij is opgeleid. Hij is gehouden zijn deskundigheid en bekwaamheid op peil te houden dan wel uit te breiden, zodanig dat hij voldoet aan de eisen die in redelijkheid aan hem als hulpverlener mogen worden gesteld. Intervisie en supervisie zijn hierbij essentiële instrumenten.

De medebehandelaar in de ggz heeft de volgende specifieke taken en verantwoordelijkheden:

- Geeft binnen het kader van het behandelplan zelfstandig uitvoering aan delen van het behandelplan;
- Is verantwoordelijk voor het eigen handelen op het betreffende deel van het behandelplan;
- Voorziet de regiebehandelaar regelmatig en op tijd van relevante informatie, zodat deze zijn verantwoordelijkheden kan waarmaken;
- Volgt aanwijzingen van de regiebehandelaar op voor zover deze verenigbaar zijn met zijn eigen deskundige oordeel en meldt expliciet bij de regiebehandelaar als hij geen gevolg geeft aan diens aanwijzingen;
- Sluit zijn deel van de behandeling en begeleiding af en maakt hiervan een aantekening in het dossier en stelt ook de regiebehandelaar in kennis van de inhoud en resultaten daarvan.

4.8. De zorgverantwoordelijke onder de Wvggz

De Wvggz heeft het begrip zorgverantwoordelijke geïntroduceerd. Als zorgverantwoordelijke in de zin van de Wvggz kunnen binnen Parnassia Groep optreden de BIG-geregistreerde medewerkers van de door de minister aangewezen disciplines, namelijk de psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts KNMG, gezondheidszorgpsycholoog, klinisch geriater, verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg.

De zorgverantwoordelijke hoeft dus geen psychiater te zijn, maar dan dient er altijd overleg te zijn met de geneesheer-directeur over beslissingen aangaande de uitvoering van de verplichte zorg. Daar waar de psychiater achteraf de beslissing over de uitvoering bij de geneesheer-directeur toetst, dienen de andere disciplines dit vooraf aan de uitvoering te doen.

De zorgverantwoordelijke heeft vanuit de Wvggz grofweg (er wordt hier geen volledigheid betracht) de taak om het zorgplan in samenspraak met de betrokkene en zo mogelijk diens naasten op te stellen, en ook een zorgkaart waarin de betrokkene zijn of haar voorkeuren voor

verplichte zorg kan weergeven. De zorgverantwoordelijke is degene die, mits gelegitimeerd door een (voortgezette) crisismaatregel of zorgmachtiging, kan beslissen tot verplichte zorg, die deze zorg moet evalueren en wanneer aan de termen daarvoor is voldaan deze kan stoppen. Het beëindigen van de juridische maatregel in zijn geheel is aan de geneesheer-directeur, de zorgverantwoordelijke kan daartoe verzoeken. De zorgverantwoordelijke kan niet altijd beschikbaar zijn. Daarom geldt dat de zorgverantwoordelijke bij afwezigheid of ingeval van overgang van afdeling (zie verderop) wordt waargenomen door een andere zorgverantwoordelijke en buiten kantoortijden door de dienstdoende psychiater. De waarnemend zorgverantwoordelijke kent dezelfde verantwoordelijkheden en bevoegdheden als de zorgverantwoordelijke. Ook geldt dat de zorgverantwoordelijke delen van zijn taken kan mandateren aan een andere betrokken behandelaar, waarbij geldt dat nooit de verantwoordelijkheid voor de taken zoals weergegeven in de wet gedelegeerd worden.

Parnassia Groep heeft een Beleidsplan Wvggz vastgesteld over de toepassing van verplichte zorg, het terugdringen en voorkomen van verplichte zorg en het zoeken naar alternatieven op basis van vrijwilligheid. In lijn met dit Beleidsplan Wvggz zijn protocollen en instructies opgesteld over de toepassing van verplichte zorg conform de daarvoor geldende wettelijke kaders.

4.8.1. Urgente situaties onder de Wvggz

In het bijzonder kan de zorgverantwoordelijke het volgende mandateren (nood breekt wet): artikel 8:9 en artikel 8:12 van de Wvggz regelt de beslissing van de zorgverantwoordelijke tot verplichte zorg. Hiertoe moet de zorgverantwoordelijke onder andere, na zich op de hoogte gesteld te hebben van de actuele gezondheidstoestand, overleg hebben gevoerd met de betrokkene over de voorgenomen beslissing. Het zal duidelijk zijn dat in geval van een acuut onveilige situatie hier niet altijd tijd voor is. Dat betekent dat in dat geval gehandeld moet kunnen worden door de dan aanwezige hulpverleners.

Dit betekent voor de praktijk het volgende in geval van hoge urgentie:

- Op de afdeling kan overgegaan worden tot insluiting van de cliënt door de aanwezige verpleegkundigen als dit noodzakelijk is voor de veiligheid. Als er geen tijd is om de komst van de psychiater af te wachten en ook niet om de komst van de arts af te wachten vanwege de acute noodsituatie, dan is deze bevoegdheid gemandateerd aan de verpleging.
- De verpleging en/of arts stelt de psychiater zo snel mogelijk op de hoogte van de actuele gezondheidstoestand.
- Zo mogelijk komt of (beeld)belt de psychiater zo snel mogelijk om zijn verantwoordelijkheid als (waarnemend) zorgverantwoordelijke te nemen en met de cliënt overleg te voeren over de beslissing (art 8.9 lid 1 sub b of art 8:12). Het is de verantwoordelijkheid van de psychiater om te bepalen of een (digitaal) bezoek aangewezen is en binnen welke termijn.
- Voor overige vormen van verplichte zorg geldt dat het overleg voeren met de betrokkene over de voorgenomen beslissing ook door de arts i.p.v. de (waarnemend) psychiater gedaan kan worden als dit anders tot een onverantwoorde vertraging van de beslissing leidt. Ook hierbij geldt de afspraak dat dit in overleg met de (waarnemend) psychiater dient plaats te vinden.
- Bovenstaande omstandigheden dienen in het dossier verantwoord beschreven te worden, waarbij de betreffende documenten moeten worden uitgereikt aan cliënt.

4.9. Multidisciplinaire zorg

Bij multidisciplinaire hulpverlening wordt de zorg veelal georganiseerd vanuit een multidisciplinair team (mdt) waarvan de verschillende disciplines lid zijn. Het structureel overleg waaraan verschillende disciplines deelnemen en waarin de voortgang van behandeling en begeleiding van cliënten wordt besproken, wordt het multidisciplinair overleg (mdo) genoemd. Let wel: ook een ongepland overlegmoment tussen verschillende disciplines met als doel de multidisciplinaire bespreking en/of toetsing valt onder die definitie.

4.9.1. Meervoudige zorgvragen

- Als de regiebehandelaar geen psychiater of klinisch (neuro)psycholoog is, dan is er *op indicatie van de regiebehandelaar* een overlegmoment van de regiebehandelaar met een psychiater of klinisch (neuro)psycholoog. Parnassia Groep faciliteert de beschikbaarheid van deze disciplines.
- Bij cliënten met meervoudige zorgvragen worden de bevindingen over inhoud, verloop en uitkomsten van behandelproces altijd multidisciplinair getoetst.
- Het is gedurende het behandeltraject de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar om andere disciplines te betrekken indien dat nodig is en zo vaak als dat nodig is. Minimaal gaat het om een multidisciplinaire bespreking van de cliënt na afronding van de intakefase en in het verdere verloop van de behandeling tenminste jaarlijks.

4.9.2. Enkelvoudige zorgvragen

- Bij cliënten met enkelvoudige zorgvragen worden de bevindingen over inhoud, verloop en uitkomsten van behandelproces tenminste eens per jaar multidisciplinair besproken en getoetst.

4.9.3. Eisen aan de multidisciplinaire bespreking

- De onderlegger voor de multidisciplinaire bespreking en toetsing van de behandeling is altijd het actuele behandelplan.
- De regiebehandelaar bepaalt welke disciplines op basis van kwaliteit en veiligheid van zorg redelijkerwijs moeten deelnemen aan de bespreking en draagt zorg dat dit gebeurt. Hierbij worden tenminste de kaders aangehouden zoals beschreven in [paragraaf 5.2 Advisering en consultatie door de regiebehandelaar in specifieke situaties](#).
- Parnassia Groep ziet het als lege artis dat de cliënt (en indien mogelijk/van toepassing diens naasten) deelneemt aan de bespreking. Als dit niet mogelijk is, bespreekt de regiebehandelaar vooraf de bevindingen en achteraf de conclusies met de cliënt en diens naasten ('shared decision making').
- De deelnemers aan en uitkomsten van de multidisciplinaire overleggen dienen eenduidig vastgelegd te worden in het dossier. Wijzigingen in het behandelbeleid worden doorgevoerd in het behandelplan en waar nodig toegelicht.
- De vorm en de frequentie (zoals gesteld is deze tenminste jaarlijks) van de multidisciplinaire bespreking van de cliënt zijn niet aan regels gebonden en kunnen afhankelijk zijn van de specifieke factoren en omstandigheden van de behandelsetting zoals het aantal betrokken hulpverleners, complexiteit van de zorg en de duur van het behandeltraject.

4.9.4. Multidisciplinaire bespreking in de praktijk

- In de praktijk zijn er verschillende vormen van multidisciplinaire besprekingen. Twee vormen worden ook aanbevolen naast elkaar te gebruiken:

- De evaluatie van het behandelbeleid, vastgelegd in het behandelplan, van de individuele cliënt door de regiebehandelaar met andere direct betrokken hulpverleners, de cliënt en diens naasten; het behandelplan-mdo.
- Bespreking van bijzonderheden en complicaties met het hele team en zonder cliënten en naasten. Bij dit overleg is een psychiater, klinisch (neuro)psycholoog en/of in geval van verslavingsproblematiek de verslavingsarts KNMG aanwezig voor bespreking van complexe problematiek; het casuïstiek-mdo.

4.10. Monodisciplinaire zorg

Onder monodisciplinaire hulpverlening verstaan we zorg *die hoofdzakelijk vanuit één discipline geleverd wordt*. Dat betekent niet dat de cliënt maar door één discipline wordt gezien (buiten de betrokkenheid regiebehandelaar). Ook als bijvoorbeeld andere disciplines ondersteunen in de diagnostiek of als de regiebehandelaar een andere discipline vertegenwoordigt kan sprake zijn van monodisciplinaire hulpverlening. Ook de monodisciplinair werkende collega's werken binnen Parnassia Groep in teams¹², waarvan meerdere disciplines deel uitmaken en een samenwerking kan worden ingezet als dit geïndiceerd is.

- De doelgroep van monodisciplinair werken zijn cliënten met een relatief lichte tot matige, eventueel licht ernstige problemen.
- Deze cliënten hebben een laag tot hooguit matig risico. Dat wil zeggen: er kunnen latente risicofactoren zijn maar in dat geval zijn er beschermende factoren zoals een steunsysteem en/of werk aanwezig.
- Cliënten die monodisciplinair behandeld kunnen worden, hebben een eenvoudige zorgvraag (geen multimorbiditeit die interfereert met de behandeling).
- Omdat de zorg met minder betrokkenen en vaak prettiger voor de cliënt is en voor Parnassia Groep veelal efficiënter en goedkoper, zullen we bij voorkeur kiezen voor een monodisciplinair traject.
- De zorg voor cliënten met een eenvoudige hulpvraag is in de regel korter dan een jaar. Deze cliënten zullen daarom in de regel niet multidisciplinair besproken worden als daar geen aanleiding voor is.
- Een aparte doelgroep die behandeld kan worden binnen monodisciplinaire hulpverlening is de stabiele chronische doelgroep die indien nodig langer dan een jaar in behandeling kan zijn. Bij deze groep is multidisciplinaire toetsing van het beleid dus wel aan de orde.

4.11. Professionele autonomie: verantwoordelijkheid in een multidisciplinaire omgeving

Parnassia Groep onderschrijft de professionele autonomie van de hulpverlener: iedere hulpverlener is individueel verantwoordelijk voor het eigen aandeel in het bieden van zorg die voldoet aan de professionele standaard (beroepsprofiel, beroepscode) van de eigen beroepsgroep. Hulpverleners werken binnen Parnassia Groep in (multidisciplinaire) teams. Dat betekent dat de professionele

¹² Binnen Parnassia Groep vinden monodisciplinair behandelingen vooral plaats binnen de zorgbedrijven Indigo i-psy PsyQ Brijder Triora en InP.

autonomie van hulpverleners veelal in de context van het samenwerken met anderen in deze (multidisciplinaire) omgeving vorm krijgt.

Deze paragraaf beschrijft de algemene afspraken die binnen Parnassia Groep gelden ten aanzien van de verantwoordelijkheden van zorgprofessionals – gegeven de professionele autonomie – in de samenwerking met anderen. Parnassia Groep hanteert hierbij als uitgangspunt dat de bij de behandeling van de cliënt betrokken hulpverleners *in consensus* en *in samenspraak met de cliënt* het behandelbeleid van een cliënt bepalen en daar uitvoering aan geven. In een omgeving waarin meerdere disciplines samen werken aan de behandeling van een cliënt kunnen echter meningsverschillen ontstaan tussen hulpverleners over het te hanteren behandelbeleid. Dit hoofdstuk eindigt daarom met een paragraaf waarin wordt beschreven hoe we handelen bij dergelijke meningsverschillen.

4.11.1. Verantwoordelijkheid van de individuele zorgprofessional

- Alle zorgprofessionals zijn in hun werk verantwoordelijk voor hun eigen handelen en moeten daarom zowel bevoegd als bekwaam zijn. Bevoegdheid wordt verkregen door opleiding(en) en betekent dat een handeling op eigen gezag mag worden verricht. Bekwaamheid is het beschikken over de kennis en vaardigheden om een (be)handeling daadwerkelijk uit te voeren én de inschatting te maken of dit handelen verantwoord is.
- Van alle professionals wordt verwacht dat zij goed weten waartoe ze bevoegd en bekwaam zijn en dat zij zorgdragen voor de eventueel bij het beroep behorende registraties.
- Zorgprofessionals dienen te werken conform de voor hen geldende professionele standaard. Deze professionele standaard is ofwel een interne standaard van de organisatie, ofwel een externe standaard.
- Elke zorgprofessional heeft een individuele verantwoordelijkheid voor het eigen aandeel in de zorg aan cliënten en daarmee voor de kwaliteit van dit eigen aandeel gezien zijn/haar rol richting de cliënt.
- Professioneel handelen betekent ook: verantwoording afleggen over het eigen handelen in woord en daad. Dit gebeurt door verslaglegging (dossier en rapportage) maar ook door te conformeren en committeren aan afspraken vanuit de organisatie en/of de beroepsgroep met betrekking tot intervisie, intercollegiale consultatie en bij- en nascholing.
- Niemand kan een zorgprofessional de opdracht geven om af te wijken van de voor hem of haar geldende professionele standaard. Het kan echter gebeuren dat een andere zorgprofessional of een leidinggevende een besluit over de zorg/behandeling neemt, waardoor een zorgprofessional meent zich niet meer te kunnen houden aan de voor hem of haar geldende professionele standaard. De zorgprofessional heeft dan de verantwoordelijkheid om het gesprek aan te gaan – al dan niet in het multidisciplinair team – om consensus te bereiken. In het uiterste geval, als het verschil van inzicht blijft bestaan, moet de zorgprofessional overwegen om taken ten behoeve van de cliënt te beëindigen.
- Een zorgprofessional heeft de bevoegdheid om af te wijken van de professionele standaard, maar dat kan alleen als de goede zorg of behandeling dit vereist. Het betreft daarmee altijd een beargumenteerd afwijken. De zorgprofessional bespreekt dit in het multidisciplinair team en legt de afwijking en de motivatie daarvoor vast in het cliëntdossier. Bij de onderbouwing maakt de professional gebruik van de voor hem of haar geldende professionele standaard.

4.11.2. Verantwoordelijkheid bij advisering en consultatie

- Zorgprofessionals geven elkaar in allerlei situaties adviezen. Dat kan informeel zijn, of verplicht volgens een interne procedure. In deze situaties zijn degenen die advies geven alleen verantwoordelijk voor de kwaliteit van hun advies. Zij nemen met het geven van een advies niet (een deel van) de professionele verantwoordelijkheid voor zorg of behandeling over.
- Voor degene die advies vraagt, geldt de verantwoordelijkheid om dit tijdig te doen en om vast te stellen of de analyse waarop het advies is gebaseerd voldoende kwaliteit heeft. Het is aan degene die het advies heeft ingeroepen om het besluit te nemen of het advies wordt opgevolgd.

In uitzondering hierop geldt dat in enkele specifieke situaties het ingewonnen advies door de regiebehandelaar moet worden overgenomen. Deze situaties worden in [paragraaf 5.2](#) van dit statuut beschreven

- Voor degene die advies geeft, geldt de verantwoordelijkheid om te doen wat nodig is om advies van goede kwaliteit te kunnen geven. Het gaat dan onder meer om de vraag of er voldoende informatie beschikbaar is om advies te kunnen geven – bijvoorbeeld in het geval waarin een casus op basis van anonimiteit wordt voorgelegd – en of het nodig is om de betrokken client face-to-face te beoordelen.
- In situaties waarin een gegeven advies in de praktijk niet uitvoerbaar blijkt, bespreekt degene die het advies heeft gevraagd dit met degene die advies geeft om tot een adequate en werkbare oplossing te komen.

4.11.3. Verantwoordelijkheid bij collega's in opleiding

De verantwoordelijkheden bij collega's in opleiding worden in [paragraaf 6.2.2](#) van dit statuut beschreven.

4.11.4. Verantwoordelijkheid binnen het multidisciplinair team

De leden van een multidisciplinair team hebben samen de verantwoordelijkheid om elkaar feedback te geven, te consulteren, te informeren en aan te spreken op het nakomen van de afspraken in het behandelplan.

4.12. Verantwoordelijkheden t.a.v. het cliëntendossier

- De cliënt heeft rechten zoals beschreven in het 'Protocol Patiëntendossier', bijvoorbeeld het recht op inzage in het eigen dossier.
- Elke betrokken behandelaar is zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit, actualiteit en volledigheid van de eigen dossiervoering en administratie.
- Voor overige zaken rondom het dossier wordt verwezen naar het dossierreglement Parnassia Groep.

4.13. Verantwoordelijkheden t.a.v. inzet digitale middelen

- Parnassia Groep ziet de inzet van digitale middelen als een mogelijkheid om de zorg efficiënter, beter en/of toegankelijker te maken. Hierbij zal Parnassia Groep altijd een bewuste afweging maken om al dan niet digitale middelen in te zetten; er moet sprake zijn van een aantoonbaar positief effect op de zorg en niet digitaliseren om het digitaliseren.
- De hulpverlener is zich bewust van de aanvullende eisen die werken met digitale middelen aan de hulpverlening kan stellen. Zoals extra zorgvuldigheid ten aanzien van (informatie) veiligheid

of aanvullende kennis die nodig is bij de hulpverlener zelf of bij de cliënt om de digitale middelen te gebruiken.

- De hulpverlener gebruikt voor het verwerken van cliëntgegevens alleen de door Parnassia Groep ter beschikking gestelde en/of goedgekeurde middelen volgens de Parnassia Groep voorschriften.

4.14. Hoe te handelen bij meningsverschillen

Professionals werken veelal met elkaar samen om goede zorg aan individuele cliënten te kunnen bieden. Tijdens de samenwerking kunnen inhoudelijke verschillen van mening ontstaan over de manier waarop de zorg en/of behandeling moet worden uitgevoerd. Het hoort bij het nemen van professionele verantwoordelijkheid dat zorgprofessionals inspanningen leveren om inhoudelijke meningsverschillen op te lossen, eventueel met behulp van een derde. Daarbij is het belangrijk dat elke professional de plicht heeft om bij de beroepsuitoefening binnen het eigen deskundigheidsgebied te blijven, de eigen professionele standaard als norm te hanteren en te escaleren als dit niet/onvoldoende mogelijk is, de deskundigheid van de ander te respecteren en zich te houden aan de geldende multidisciplinaire richtlijnen.

Parnassia Groep hanteert als uitgangspunt dat hulpverleners bij een inhoudelijk verschil van mening, dat niet onderling opgelost kan worden, het verschil van mening breder bespreken en advies inwinnen bij anderen. Hierbij gelden de volgende richtlijnen:

- Indien verschil van mening of inzicht bestaat tussen hulpverleners over de diagnostiek en het vaststellen van het behandelplan en/of het coördineren en uitvoeren van het individuele behandelbeleid, dan wordt dit in het multidisciplinair team besproken. Dit is immers de context waarbinnen de professionele autonomie van hulpverleners vorm krijgt.
- Als het bespreken van het verschil van mening in het multidisciplinair team niet leidt tot een oplossing, dan wordt het verschil van mening met andere (relevante) hulpverleners besproken. Afhankelijk van de aard van het verschil van mening kan dit bijvoorbeeld zijn een collega uit een ander team, een inhoudelijk expert, de leidinggevende zorg of de geneesheer-directeur.
- De regiebehandelaar informeert de client over een verschil van mening dat niet kan worden opgelost, zodat de client in staat wordt gesteld om, indien de client dit wenst, bijvoorbeeld om een second opinion te vragen.
- Wanneer een hulpverlener van mening is, dat het vastgestelde beleid niet in overeenstemming is met de wet- en regelgeving, de richtlijnen en/of het eigen geweten, dan heeft de hulpverlener in het uiterste geval de mogelijkheid de regiebehandelaar te laten weten, dat de medewerking aan de behandeling gestaakt wordt. De regiebehandelaar is dan verantwoordelijk voor het garanderen van een adequate behandeling van de cliënt door een andere hulpverlener, zo nodig ziet de regiebehandelaar de cliënt op dat moment zelf.
- Indien de regiebehandelaar in het uiterste geval zelf de medewerking aan de behandeling wenst te staken, dan is de regiebehandelaar verantwoordelijk om de regie aan een andere hulpverlener over te dragen alvorens de regiebehandelaar de medewerking aan de behandeling staakt.
- Een hulpverlener kan zich wenden tot de inhoudelijk leidinggevende, wanneer de hulpverlener zich niet kan neerleggen bij het besluit van de regiebehandelaar of wanneer



de hulpverlener meent dat bepaalde regels of gewoonten in strijd zijn met de eisen van een zorgvuldige hulpverlening volgens zijn professionele standaard of beroepscode.¹³

- Als dit voor een van de betrokkenen niet tot een bevredigende oplossing leidt, kan deze zich wenden tot de directeur zorg of bestuurder zorg en in het uiterste geval tot de raad van bestuur. De geneesheer-directeur kan voor gevallen rondom een individuele cliënt, zeker in geval van gedwongen zorg, geraadpleegd worden.

¹³ Bij 1nP geldt een escalatieprocedure (zie kwaliteitshandboek bij 1nP).

5. Nadere invulling diverse rollen

5.1. Invulling regiebehandelaarschap

De deskundigheid van de regiebehandelaar moet passend zijn bij het type behandeling en de doelgroep. Vanzelfsprekend moet de regiebehandelaar bevoegd en bekwaam zijn en ook de specifieke inhoudelijke competenties hebben die nodig zijn voor de betreffende problematiek. Om invulling te geven aan het begrip regiebehandelaar zijn meerdere bouwstenen relevant:

- Een specificatie van de inzet van beroepsgroepen die als regiebehandelaar in de ggz kunnen optreden. Deze staat in de tabel in paragraaf 5.1.1.
- Afspraken per setting. Deze staan in de tabel in paragraaf 5.1.2.

De genoemde tabellen worden hieronder weergegeven en toegelicht. Ze kunnen niet los van elkaar worden beschouwd.

5.1.1. Specificatie inzet beroepsgroep als regiebehandelaar

Beroepsgroep	Specificatie inzet
Psychiater	Diagnostiek, indicatiestelling en (psychotherapeutische en farmacotherapeutische) behandeling van cliënten met complexe, meervoudige psychische aandoeningen die meerdere domeinen van het functioneren kunnen betreffen en waar geneeskundige competenties zijn geïndiceerd. De psychiater is geen regiebehandelaar bij de laagcomplexiteit zorg. Psychiater wordt ongeacht de behandelsetting tenminste geconsulteerd en bij indicatie/evaluatie betrokken bij: a. ECT, b. verplichte zorg Wvggz/dwang Wgbo, c. Wvggz opname/verklaring, d. vermoeden van noodzaak somatisch medisch specialistische zorg, e. verzoek euthanasie/hulp bij zelfdoding.
Klinisch psycholoog	Diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van cliënten met ernstige en complexe meervoudige psychopathologie met behulp van een breed spectrum aan psychologische diagnostiekmethoden en psychotherapeutische behandelmethoden. De klinisch psycholoog wordt ingezet bij complexe psychologische problematiek waar geen tot weinig richtlijnen voorhanden zijn of als behandelresultaat uitblijft, zowel ambulant als (semi)klinisch.
Klinisch neuropsycholoog	Diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van cliënten met ernstige en complexe meervoudige psychopathologie met behulp van een breed spectrum aan neuropsychologische diagnostiekmethoden en psychologische behandelmethoden. De klinisch neuropsycholoog is gespecialiseerd in cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van hersenletsel en hersendisfuncties (bijvoorbeeld door hersenaandoeningen/ hersenschade).
Psychotherapeut	Diagnostiek, indicatiestelling en (psychotherapeutische) behandeling bij cliënten met complexe, meervoudige psychische aandoeningen die meerdere domeinen van het functioneren kunnen betreffen.
Verpleegkundig specialist ggz	Diagnostiek, indicatiestelling en (verpleegkundig specialistische en farmacotherapeutische) behandeling volgens zorgstandaarden, richtlijnen of protocollen en begeleiding bij cliënten met uiteenlopende psychische aandoeningen waarbij de primaire focus van behandeling gericht is op de gevolgen van de psychische aandoening en de beperkingen in het interpersoonlijk functioneren. Vaak gaat het om cliënten met een langer bestaande stoornis en/of een hoog complexe rehabilitatievraag. Een verpleegkundig specialist ggz kan ongeacht de behandelsetting tenminste worden geconsulteerd bij non-respons op (farmacotherapeutische) behandeling en vastgelopen behandelrelaties.
GZ-psycholoog	Diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van cliënten met uiteenlopende psychische aandoeningen, variërend in complexiteit. Diagnose en behandeling grotendeels op basis van psychologische methoden.
Verslavingsarts*	Diagnostiek, indicatiestelling en verslavingsgeneeskundige behandeling van cliënten met complexe, meervoudige psychische aandoeningen die meerdere domeinen van het functioneren kunnen betreffen en waar geneeskundige competenties zijn geïndiceerd. Daarbij gaat het specifiek om cliënten met een stoornis in het gebruik van middelen en/of een gokstoornis en/of een gameverslaving, als hoofddiagnose. Een

	verslavingsarts kan, bij deze doelgroep, in plaats van een psychiater ook worden ingeschakeld bij vermoeden van noodzaak somatisch medisch specialistische zorg.
Physician assistant	Diagnostiek, indicatiestelling, behandeling en begeleiding van cliënten met veel voorkomende psychische aandoeningen, veelal in relatie tot somatische problematiek. Regiebehandelaarschap ervan uitgaande dat de Physician assistant is opgeleid dan wel ervaring heeft opgedaan in het deelgebied van de ggz.
Sociaal-psychiatrisch Verpleegkundige*	Gespecialiseerde verpleegkundige behandeling en begeleiding bij gevolgen van complexe psychiatrische stoornissen en beperkingen met als doel persoonlijk en maatschappelijk herstel. Doelgroep: mensen met korte en langduriger rehabilitatie vraag. Coördinerend en uitwerken behandelplan; stelt niet de psychiatrische diagnose noch de medische indicatie.
Orthopedagoog generalist* ¹⁴	Voor diagnostiek, behandeling en geneeskundige begeleiding van cliënten in een (complexe) persoonlijke afhankelijkheidsrelatie met (complexe) leer-, gedrags- of ontwikkelingsproblemen, als deze ten laste van de ZVw-gefinancierde geneeskundige ggz of Wfz-gefinancierde forensische zorg komen. Het merendeel van de cliënten voor wie de zorg bekostigd wordt vanuit de ZVw of Wfz, is jongvolwassen of heeft een bijkomende verstandelijke beperking.
Specialist ouderengeneeskunde*	Diagnostiek, indicatiestelling en (medische en farmacotherapeutische) behandeling van cliënten met complexe, meervoudige psychische, cognitieve en somatische aandoeningen die meerdere domeinen van het functioneren kunnen betreffen en waar geneeskundige competenties zijn geïndiceerd. Daarbij gaat het specifiek om cliënten van (biologisch) oudere leeftijd met een ggz hoofddiagnose waarbij sprake is van multimorbiditeit. Een specialist ouderengeneeskunde kan, bij deze doelgroep in plaats van een psychiater ook worden ingeschakeld bij vermoeden noodzaak somatisch medisch specialistische zorg.
Klinisch geriater*	Diagnostiek, indicatiestelling en (medische/farmacotherapeutische) behandeling van cliënten met complexe, meervoudige psychische, cognitieve en somatische aandoeningen die meerdere domeinen van het functioneren kunnen betreffen en waar geneeskundige competenties zijn geïndiceerd. Daarbij gaat het specifiek om cliënten van (biologisch) oudere leeftijd met een ggz hoofddiagnose. Een Klinisch geriater kan, bij deze doelgroep, in plaats van een psychiater ook worden ingeschakeld bij vermoeden van noodzaak somatisch medisch specialistische zorg.

Tabel 1

Beroepsgroepen die in hun profiel specifieke doelgroepen concreet definiëren, zijn in de tabel voorzien van een *. Voor deze beroepsgroepen geldt als aanvullende randvoorwaarde dat zij zich beperken tot de doelgroepen die in hun beroepsprofiel omschreven zijn.

5.1.2. Regiebehandelaar per setting

De definitie regiebehandelaar "De zorgverlener die de regie voert over het zorgproces van een cliënt en de samenhang in de behandeling bewaakt" geeft uitwerking aan de coördinerende rol. De indicerende rol kan door de regiebehandelaar worden ingevuld, maar ook door een andere discipline (waarbij het moet gaan om één van de disciplines opgenomen in tabel 1 hierboven). Soms is inzet van een andere discipline uit tabel 1 voorwaardelijk om de indicerende rol in te kunnen vullen. Deze voorwaarden worden hieronder in tabel 2 per setting uitgewerkt en gaan vooral over de indicerende rol. Vanzelfsprekend moet ook de regiebehandelaar in de coördinerende rol beschikken over voldoende kennis en kunde.

Voor de *monodisciplinaire hulpverlening* (setting 2) binnen Parnassia Groep geldt dat monodisciplinair werkende collega's in multidisciplinaire teams werken en een samenwerking kan worden ingezet als dit geïndiceerd is (zie ook in paragraaf 4.7 van dit statuut).

Voor de monodisciplinaire hulpverlening binnen Parnassia Groep geldt dat:

¹⁴ De orthopedagoog-generalist wordt conform de in dit document beschreven voorwaarden binnen Parnassia Groep ingezet voor zorg die wordt geleverd in het kader van zowel de Zorgverzekeringswet als de Jeugdwet.

- Een psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog of psychotherapeut beschikbaar is voor advies en consultatie binnen het (multidisciplinair) team waarin de regiebehandelaar participeert.
- De regiebehandelaar betreft waar nodig een andere discipline. Die betrokkenheid van een andere discipline in de monodisciplinaire hulpverlening kan via direct contact, of indirect bijvoorbeeld via een multidisciplinair overleg of bilaterale afstemming.
- De bij diagnostiek en indicatiestelling betrokken discipline bepaalt welke inzet gezien de zorgvraag van de cliënt nodig is, bijvoorbeeld of direct contact met de cliënt plaats moet vinden.
- De regiebehandelaar bespreekt de uitkomsten van diagnostiek, indicatiestelling en evaluatie in bijvoorbeeld het multidisciplinair overleg of bilaterale afstemming met de betrokken discipline en met de cliënt.
- De bij de diagnostiek en indicatiestelling betrokken discipline wordt in het dossier van de cliënt vastgelegd.

Bij *multidisciplinaire hulpverlening* (setting 3 t/m 8) binnen Parnassia Groep wordt de zorg veelal georganiseerd vanuit een multidisciplinair team waarvan de verschillende disciplines lid zijn. Het structureel overleg waaraan verschillende disciplines deelnemen en waarin de voortgang van behandeling en begeleiding van cliënten wordt besproken, wordt doorgaans het multidisciplinair overleg genoemd. Maar ook een ongepland overlegmoment tussen verschillende disciplines met als doel de multidisciplinaire bespreking en toetsing valt onder die definitie. Zie hiervoor verder in paragraaf 4.6 van dit statuut.

Bij diagnostiek en indicatiestelling in de multidisciplinaire hulpverlening binnen Parnassia Groep geldt:

- Dat een art.14 BIG beroep is betrokken, of het artikel 3 BIG beroep 'psychotherapeut', of de beroepen 'verslavingsarts' of 'specialist ouderengeneeskunde' voor specifieke teams in respectievelijk verslavingszorg of ouderenpsychiatrie.
 - De betrokkenheid van een andere discipline in de multidisciplinaire hulpverlening kan binnen de *ambulante settingen* via direct contact, of indirect bijvoorbeeld via een multidisciplinair overleg of bilaterale afstemming.
 - Binnen de *klinische settingen* is direct contact van de één van de hiervoor genoemde disciplines met de cliënt altijd geïndiceerd. Dit contact kan al voorafgaand aan opname hebben plaatsgevonden.
 - Voor de *klinische settingen* geldt daarnaast dat een psychiater, klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog (of klinisch geriater binnen de ouderen psychiatrie) lid is van het multidisciplinair team.
- De bij diagnostiek en indicatiestelling betrokken discipline bepaalt welke inzet gezien de zorgvraag van de cliënt nodig is, bijvoorbeeld of direct contact met de cliënt plaats moet vinden.
- De regiebehandelaar bespreekt de uitkomsten van diagnostiek, indicatiestelling en evaluatie in bijvoorbeeld het multidisciplinair overleg of bilaterale afstemming met de betrokken discipline en met de cliënt.
- De bij de diagnostiek en indicatiestelling betrokken discipline wordt in het dossier van de cliënt vastgelegd.

Overigens kan advies en consultatie van andere disciplines door de regiebehandelaar, op indicatie, ook buiten het eigen multidisciplinaire team plaatsvinden. De professional die betrokken is bij de diagnostiek en indicatiestelling heeft altijd een eigen caseload binnen Parnassia Groep. Hierdoor is

opscaling naar direct contact met de cliënt en eventueel een aanvullende rol in diagnostiek en behandeling mogelijk.

In de tabel hieronder wordt per setting weergegeven welke beroepsgroepen in die setting regiebehandelaar mogen zijn. Voor enkele beroepsgroepen geldt dat zij als regiebehandelaar bij diagnostiek en indicatiestelling andere disciplines moeten betrekken. Deze beroepsgroepen zijn in de tabel voorzien van het teken '^'. De taken van de regiebehandelaar die horen bij de diagnostiek en indicatiestelling zijn beschreven in [paragraaf 4.2.2](#) van dit statuut en omvatten probleemanalyse, indicatiestelling en evaluatie. In de kolom '^ Voorwaarden m.b.t. diagnostiek en indicatiestelling op clientniveau' wordt voor de betreffende beroepsgroepen beschreven welke andere discipline zij dienen te betrekken. In de laatste kolom worden de eis ten aanzien van de frequentie van het multidisciplinair overleg en eventuele bijzonderheden gegeven.

Setting		Regiebehandelaar mogen zijn	^ Voorwaarden m.b.t. diagnostiek en indicatiestelling op clientniveau	Multidisciplinair overleg
Ambulante, monodisciplinaire zorg	Setting 2 B-GGZ	- Klinisch psycholoog - Klinisch neuropsycholoog - Verpleegkundig specialist ggz - Psychotherapeut - GZ-psycholoog Bij specifieke doelgroepen - Verslavingsarts KNMG - Orthopedagoog-generalist^	Voor regiebehandelaren met een beroep waarbij een ^ is opgenomen, geldt dat zij bij diagnostiek en indicatiestelling één van de volgende disciplines betrekken: - Klinisch psycholoog - Klinisch neuropsycholoog - Verpleegkundig specialist ggz - Psychotherapeut - GZ-psycholoog - Verslavingsarts KNMG (bij specifieke doelgroep).	Minimaal 1x per jaar Een psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog of psychotherapeut is beschikbaar voor advies en consultatie binnen het (multidisciplinair) team waarin de regiebehandelaar participeert.
	Setting 2 S-GGZ	- Psychiater - Klinisch psycholoog - Klinisch neuropsycholoog - Verpleegkundig specialist ggz - Psychotherapeut - GZ-psycholoog^ - Physician-assistent^ Bij specifieke doelgroepen - Verslavingsarts KNMG - Specialist ouderengeneeskunde - Klinisch geriater - Orthopedagoog-generalist^	Voor regiebehandelaren met een beroep waarbij een ^ is opgenomen, geldt dat zij bij diagnostiek en indicatiestelling één van de volgende disciplines betrekken: - Psychiater - Klinisch psycholoog - Klinisch neuropsycholoog - Verpleegkundig specialist ggz - Psychotherapeut - Verslavingsarts KNMG (bij specifieke doelgroep) - Specialist Ouderengeneeskunde (bij specifieke doelgroep)	Minimaal 1x per jaar Een psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog of psychotherapeut is beschikbaar voor advies en consultatie binnen het (multidisciplinair) team waarin de regiebehandelaar participeert.
Setting		Regiebehandelaar mogen zijn	^ Voorwaarden m.b.t. diagnostiek en indicatiestelling op clientniveau	Multidisciplinair overleg
Ambulante, multidisciplinaire zorg	Setting 3	- Psychiater - Klinisch psycholoog - Klinisch neuropsycholoog - Verpleegkundig specialist ggz - Psychotherapeut - GZ-psycholoog^ - Physician-assistent^ - Sociaal psychiatrisch verpleegkundige^ Bij specifieke doelgroepen - Verslavingsarts KNMG - Specialist ouderengeneeskunde	Voor regiebehandelaren met een beroep waarbij een ^ is opgenomen, geldt dat zij bij diagnostiek en indicatiestelling één van de volgende disciplines betrekken: - Psychiater - Klinisch psycholoog - Klinisch neuropsycholoog - Verpleegkundig specialist ggz - Psychotherapeut - Verslavingsarts KNMG (bij specifieke doelgroep)	Na intake en vervolgens minimaal 1x per jaar

		- Klinisch geriater - Orthopedagoog-generalist^	- Specialist Ouderengeneeskunde (bij specifieke doelgroep) - Klinisch geriater (bij specifieke doelgroep)	
Outreachinge zorg	Setting 4	- Psychiater - Klinisch psycholoog - Klinisch neuropsycholoog - Verpleegkundig specialist ggz - Psychotherapeut - GZ-psycholoog^ - Physician-assistent^ - Sociaal psychiatrisch verpleegkundige^ Bij specifieke doelgroepen - Verslavingsarts KNMG - Specialist ouderengeneeskunde - Klinisch geriater - Orthopedagoog-generalist^	Voor regiebehandelaren met een beroep waarbij een ^ is opgenomen, geldt dat zij bij diagnostiek en indicatiestelling één van de volgende disciplines betrekken: - Psychiater - Klinisch psycholoog - Klinisch neuropsycholoog - Verpleegkundig specialist ggz - Psychotherapeut - Verslavingsarts KNMG (bij specifieke doelgroep) - Specialist Ouderengeneeskunde (bij specifieke doelgroep) - Klinisch geriater (bij specifieke doelgroep)	Na intake en vervolgens minimaal 1x per jaar
Klinische zorg (niet forensisch)	Setting 5	- Psychiater - Klinisch psycholoog - Klinisch neuropsycholoog - Verpleegkundig specialist ggz - Psychotherapeut - GZ-psycholoog^ - Physician-assistent^ - Sociaal psychiatrisch verpleegkundige^ Bij specifieke doelgroepen - Verslavingsarts KNMG - Specialist ouderengeneeskunde - Klinisch geriater - Orthopedagoog-generalist^	Voor regiebehandelaren met een beroep waarbij een ^ is opgenomen, geldt dat zij bij diagnostiek en indicatiestelling één van de volgende disciplines betrekken: - Psychiater - Klinisch psycholoog - Klinisch neuropsycholoog - Verpleegkundig specialist ggz - Psychotherapeut - Verslavingsarts KNMG (bij specifieke doelgroep) - Specialist Ouderengeneeskunde (bij specifieke doelgroep) - Klinisch geriater (bij specifieke doelgroep)	Na intake en vervolgens minimaal 1x per jaar Direct contact met één van de volgende disciplines is altijd geïndiceerd: - Psychiater - Klinisch psycholoog - Klinisch neuropsycholoog - Verpleegkundig specialist ggz - Psychotherapeut - Verslavingsarts KNMG (bij specifieke doelgroep) - Specialist Ouderengeneeskunde (bij specifieke doelgroep) - Klinisch geriater (bij specifieke doelgroep)
Forensische en beveiligde klinische zorg	Setting 6	- Psychiater - Klinisch psycholoog - Klinisch neuropsycholoog - Verpleegkundig specialist ggz - Psychotherapeut - GZ-psycholoog^ - Physician-assistent^ - Sociaal psychiatrisch verpleegkundige^ Bij specifieke doelgroepen - Verslavingsarts KNMG - Orthopedagoog-generalist^	Voor regiebehandelaren met een beroep waarbij een ^ is opgenomen, geldt dat zij bij diagnostiek en indicatiestelling één van de volgende disciplines betrekken: - Psychiater - Klinisch psycholoog - Klinisch neuropsycholoog - Verpleegkundig specialist ggz - Psychotherapeut - Verslavingsarts KNMG (bij specifieke doelgroep) - Specialist Ouderengeneeskunde (bij specifieke doelgroep) - Klinisch geriater (bij specifieke doelgroep)	Na intake en vervolgens minimaal 1x per jaar Direct contact met één van de volgende disciplines is altijd geïndiceerd: - Psychiater - Klinisch psycholoog - Klinisch neuropsycholoog - Verpleegkundig specialist ggz - Psychotherapeut - Verslavingsarts KNMG (bij specifieke doelgroep) - Specialist Ouderengeneeskunde (bij specifieke doelgroep) - Klinisch geriater (bij specifieke doelgroep)
Forensische en beveiligde, niet-klinische en	Setting 7	- Psychiater - Klinisch psycholoog - Klinisch neuropsycholoog - Verpleegkundig specialist ggz - Psychotherapeut	Voor regiebehandelaren met een beroep waarbij een ^ is opgenomen, geldt dat zij bij diagnostiek en indicatiestelling één van de volgende disciplines betrekken:	Na intake en vervolgens minimaal 1x per jaar

ambulante zorg		- GZ-psycholoog^ - Physician-assistant^ - Sociaal psychiatrisch verpleegkundige^ Bij specifieke doelgroepen - Verslavingsarts KNMG - Orthopedagoog-generalist^	- Psychiater - Klinisch psycholoog - Klinisch neuropsycholoog - Verpleegkundig specialist ggz - Psychotherapeut - Verslavingsarts KNMG (bij specifieke doelgroep) - Specialist Ouderengeneeskunde (bij specifieke doelgroep) - Klinisch geriater (bij specifieke doelgroep)	
Hoogspeci- stische zorg (ambulant en klinisch) met voorwaarde n voor financiering	Setting 8	- Voor ambulant, zie setting 3 - Voor klinisch, zie setting 5		
Acute psychiatrisch e hulpverlenin- g (ZAP) en HIC	(-)	- Psychiater		De psychiater is verantwoordelijk voor de besluiten die volgen uit de acute beoordeling: het stellen van de psychiatrische diagnose en het in gezamenlijkheid vaststellen van het eerste behandelbeleid. Indien de regiebehandelaar aanwezig is, draagt de psychiater de regie, na de beoordeling, weer over en is de regiebehandelaar verantwoordelijk voor het in gang (laten) zetten van de behandeling. Indien de persoon nog geen regiebehandelaar heeft of de regiebehandelaar niet aanwezig is (buiten kantooruren), fungeert de psychiater als regiebehandelaar en zet hij de behandeling in gang.

Tabel 2

5.1.3. Ambulante regie

Belangrijk is de visie van Parnassia Groep dat de regie over het gehele behandeltraject ambulant hoort te liggen. Daarbinnen kan de zorg tijdelijk opgeschaald worden. De ambulante regiebehandelaar blijft ook bij (tijdelijke) opschaling de hoofdlijn van de behandeling bepalen. Het is aan de ambulante regiebehandelaar om eventueel op inhoudelijke gronden en altijd in overleg tijdelijk het regiebehandelaarschap over te dragen aan de regiebehandelaar die betrokken is bij de setting alwaar de opschaling plaatsvindt.

In beginsel wordt bij klinische opname altijd aldaar een regiebehandelaar toegewezen, omdat zeggenschap over de intensieve klinische behandeling op afdelingsniveau aanwezig moet zijn. Het is belangrijk om ervoor zorg te dragen dat de ambulante regiebehandelaren betrokken blijven bij evaluatie en belangrijke beslissingen in het behandeltraject.

Bij opschaling van zorg met Intensieve behandeling thuis (IBT)¹⁵, of vormen van dagbehandeling zal, zoals hierboven beschreven, zorgvuldig overwogen moeten worden of het verantwoord is om de ambulante regiebehandelaar ook de regie hierover te laten houden. Uiteraard zal er bij overname van het regiebehandelaarschap steeds afstemming plaats moeten vinden met de ambulante regiebehandelaar.

In geval van zorg binnen de kaders van de Wet verplichte ggz (Wvvggz) zie [paragraaf 4.8](#).

5.2. Advisering en consultatie door de regiebehandelaar in specifieke situaties

In deze paragraaf worden situaties beschreven waarin de regiebehandelaar een andere hulpverlener moet consulteren. In deze situaties heeft de geraadpleegde discipline een doorslaggevende stem ten aanzien van het in te zetten beleid. De tekst is bedoeld als richtlijn, zoals eerder vermeld geldt de verplichting voor elke hulpverlener om hulp in te schakelen als dat nodig is en zo vaak als dat nodig is in het belang van de kwaliteit en veiligheid van zorg.

5.2.1. Raadplegen van de psychiater

De regiebehandelaar betreft een psychiater:

- Wanneer de cliënt acuut psychotische, manische of ernstig depressieve symptomen heeft, (waarin niet voorzien is in het behandelplan).
- Wanneer bij een psychiatrisch ziektebeeld sprake is van acute verergering van de symptomen.
- Wanneer ECT overwogen wordt.
- Wanneer dwangbehandeling vanuit de Wgbo overwogen wordt.
- Wanneer dit voor de uitvoering van de Wvvggz noodzakelijk is en voor alle situaties waarin een Wvvggz kader of een Wvvggz beslissing overwogen wordt.
- Als er sprake is van een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding.

5.2.2. Raadplegen van de geneesheer-directeur

De regiebehandelaar betreft de geneesheer-directeur:

- Wanneer er sprake is van een risicovolle ontwikkeling waarbij overwogen wordt het beroepsgeheim te doorbreken.
- Bij een suicide of een tentamensuicide met ernstige gevolgen, zie Melding interne calamiteiten in het kwaliteitssysteem.

5.2.3. Raadplegen van andere disciplines bij diagnostiek en indicatiestelling

De regiebehandelaar is "de zorgverlener die de regie voert over het zorgproces van een cliënt en de samenhang in de behandeling bewaakt". De regiebehandelaar kan twee rollen hebben binnen het zorgproces: de indicerende en de coördinerende rol (zie voor verdere toelichting hierop in hoofdstuk 4. De indicerende rol kan door de regiebehandelaar worden ingevuld, maar ook door een andere discipline. Voor sommige beroepsgroepen geldt dat de inzet van een andere discipline voor de regiebehandelaar voorwaardelijk is om de indicerende rol in te kunnen vullen. Deze beroepsgroepen moeten bij diagnostiek en indicatiestelling een andere discipline betrekken. De beroepsgroepen die het betreft en de disciplines die zij bij diagnostiek en indicatiestelling moeten betrekken worden beschreven in [paragraaf 2](#) van dit hoofdstuk.

5.2.4. Raadplegen van een andere regiebehandelaar

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

¹⁵ Een methodische aanpak is de Intensive Home Treatment die meer en meer toegepast wordt: www.i-ht.nl

- Een psychiatrisch ziektebeeld waar sprake is van ingrijpende wijzigingen in de complexiteit van de situatie, 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.
- Indien ontslag uit opname, anders dan in het behandelplan voorzien, overwogen wordt. Waar van toepassing betreft de regiebehandelaar hierbij de collega of discipline die in de indicatiefase de indicerende rol had.
- Alle gevallen waarin twijfel is gerezen en de regiebehandelaar consultatie en collegiale steun nodig heeft.

5.3. Advisering en consultatie door de medebehandelaar in specifieke situaties

5.3.1. Raadplegen van de regiebehandelaar

Een hulpverlener raadpleegt in ieder geval de regiebehandelaar:

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

5.4. Crisisbeoordelingen

Bovengenoemde consultaties kunnen het karakter van een crisisbeoordeling hebben. Binnen kantoor tijden wordt dit in principe binnen het team opgelost volgens, in overeenstemming met de onderlinge afspraken en volgens dit statuut. Buiten kantoor tijd geldt dat de acute dienst bij alle crises geconsulteerd wordt door alle werkzame disciplines.

5.5. Meerdere voorschrijvers van medicatie

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

1. Als een van de voorschrijvers ook de regiebehandelaar is, dan is deze de eerst aanspreekbare behandelaar met betrekking tot het medicatiebeleid.
2. Als 1 niet geldt dan is de betrokken psychiater de eerst aanspreekbare behandelaar.
3. Indien het gaat om medicatie buiten het eigen kennisgebied is overleg met een andere voorschrijver aangewezen.¹⁶

¹⁶ Voor verpleegkundig specialisten ggz gelden aanvullende wettelijke voorwaarden wanneer consultatie ingeroepen moet worden, zie [Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten artikel 6](#) en [wet BIG artikel 36 lid 14.e](#)

6. Kennis

6.1. Inleiding

Binnen Parnassia Groep zijn we continu bezig met kennisontwikkeling en opleiding, om ervoor te zorgen dat we nu én in de toekomst kwalitatief hoogwaardige zorg kunnen leveren aan onze cliënten. De centrale gedachte hierbij is dat onze kennisontwikkeling direct bijdraagt aan de zorg voor onze cliënten en dat onze kennis zoveel mogelijk beschikbaar moet zijn voor al onze professionals.

Parnassia Groep investeert in kennis om onze zorg beter te maken en om onze collega's te inspireren.

Door te investeren in nieuwe kennis leveren we langs verschillende wegen een bijdrage aan het inspireren en daardoor behouden en werven van collega's. Zowel de collega's die zelf een actieve rol hebben bij kennisontwikkeling of -verspreiding als de collega's die hier direct of indirect van kunnen profiteren.

Investeren in nieuwe kennis is noodzakelijk om onze zorg steeds beter, efficiënter en effectiever te maken. Dit realiseren we door te versterken waar we goed in zijn en de andere kennis van buiten te halen. Veel kennis is buiten Parnassia Groep te vinden, bijvoorbeeld de zorgstandaarden die voor elke hulpverlener toegankelijk zijn. Dat betekent dat kennisontwikkeling zich richt op kennis en vaardigheden die niet buiten organisatie te vinden is.

We hebben een actief netwerk op het gebied van wetenschappelijk onderzoek, innovatie en opleiding. Binnen elk zorgbedrijf zijn er onderzoekslijnen, waarbij de kennis over onze cliënten verder wordt ontwikkeld door wetenschappelijk onderzoek. We hebben Top GGZ afdelingen, die zich bezighouden met hoog specialistische cliëntenzorg, onderzoek en innovatie. Binnen PG werken hoogleraren die samen met een universiteit een onderzoeksgroep aansturen, innovatief onderzoek verrichten en onderzoekers en promovendi begeleiden.

Zorgprofessionals hebben een eigen verantwoordelijkheid voor het op peil houden van hun professionele kennis en vaardigheden. Parnassia Groep draagt bij aan het op peil houden van de kennis en kunde met een eigen aanbod van bij- en nascholing en het beschikbaar stellen van budget. Voor al onze collega's bieden we de mogelijkheid om zich verder te ontwikkelen, we hebben een breed aanbod aan inhoudelijke en meer algemene scholing. Daarnaast zijn we actief in het opleiden van nieuwe collega's, we hebben mogelijkheden voor stagiaires, we leiden samen met diverse opleidingsinstellingen verpleegkundigen en agogen op en we bieden specialistische vervolgopleidingen voor verpleegkundigen, artsen en psychologen.

6.2. Opleidingen

6.2.1. Soorten opleidingen

Binnen Parnassia Groep leiden we een grote verscheidenheid aan zorgprofessionals op. De voornaamste focus ligt op het opleiden van zorgverleners voor de ggz, maar we participeren ook in andere opleidingen door het bieden van stages en opleidingsplekken.

Parnassia Groep verzorgt i.s.m. de opleidingsinstellingen in de diverse regio's de mbo- en hbo-beroepsopleidingen Verpleegkunde, Ervaringswerker, MMZ en Social Work en de post hbo-opleiding tot sociaalpsychiatrisch verpleegkundige. Ook bieden we stages aan, onder andere voor verpleegkundigen, psychologiestudenten en coassistenten.

Binnen Parnassia Groep kunnen verpleegkundigen, artsen en psychologen een specialistische vervolgopleiding doen. Hierin werken we nauw samen met regionale en landelijke opleidingsinstellingen en andere zorginstellingen in de regio. Parnassia Groep biedt de volledige opleiding tot verpleegkundig specialist, psychiater, verslavingsarts, gz-psycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en klinisch neuropsycholoog. Daarnaast hebben we opleidingsplekken voor geriater, huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten. Ook andere artsen en verpleegkundigen kunnen desgewenst een deel van hun opleiding binnen Parnassia Groep vervolgen.

6.2.2. Verantwoordelijkheid van collega's in opleiding en de opleidingsgroep

Voor alle zorgprofessionals die in opleiding zijn, geldt dat ze een eigen professionele verantwoordelijkheid hebben. Ze volgen hierbij geldend recht, vigerende richtlijnen en protocollen (landelijk en vanuit Parnassia Groep), aanwijzingen van opleider, supervisor, opleidingsfunctionaris of werkbegeleider en gedragsregels voor zorgprofessionals¹⁷. De professionals die betrokken zijn bij de opleiding van zorgprofessionals zijn verantwoordelijk voor supervisie en werkbegeleiding bij de zorgverlening. De eigen verantwoordelijkheid van de opleiding neemt toe naarmate de opleiding vordert. Wanneer de opleiders overtuigd zijn van de bekwaamheden van de opleiding, kan de supervisie geleidelijk meer op afstand plaatsvinden. Hiertoe zijn binnen de diverse opleidingen spelregels afgesproken, binnen de medisch en verpleegkundig specialistische vervolgopleidingen is dit gestructureerd via het behalen van Entrusted Professional Activities (EPA's), bij de P-opleiding middels kenmerkende beroepssituaties (KBS).

De werkbegeleider of supervisor geeft de opleiding alleen die opdrachten waarvan redelijkerwijs aangenomen mag worden dat de opleiding daartoe bekwaam is, de opleiding aanvaardt alleen opdrachten als deze zich daartoe redelijkerwijs bekwaam acht. Bij twijfel over de eigen bekwaamheid overlegt de opleiding met de werkbegeleider of supervisor. Deze dient bereikbaar te zijn voor overleg, adequaat te reageren op een dergelijk verzoek en beschikbaar te zijn om op verzoek van de opleiding de cliënt samen te beoordelen. De werkbegeleider of supervisor draagt zorg voor het (laten) uitvoeren van de zorgverlening waartoe de opleiding nog niet bekwaam is en draagt de verantwoordelijkheid voor de verrichtingen waarvoor de opleiding in opleiding is. De werkbegeleider of supervisor blijft op de hoogte van de toestand van de door de opleiding behandelde of verzorgde cliënten. Wanneer de opleiding inhoudelijke bezwaren heeft ten opzichte van het voorgestelde beleid en hierover geen consensus kan bereiken met de supervisor of werkbegeleider, neemt de supervisor of werkbegeleider dit deel van de behandeling over en wordt het met de opleider besproken. De opleiding pleegt in ieder geval overleg met de werkbegeleider, supervisor of specialist bij (dreigende) complicaties, abnormaal verloop van het herstelproces en bijzondere uitslagen.

De opleiding heeft het recht op grond van ernstige gewetensbezwaren te weigeren een bepaalde handeling te verrichten, voor zover niet onverenigbaar met de uitoefening van de essentiële functie-eisen en voor zover de gezondheid of het leven van de cliënt daardoor niet onmiddellijk in gevaar komen. De supervisor of werkbegeleider beslist vervolgens over de verdere hulpverlening van de cliënt en inzetbaarheid van de opleiding.

De opleiding brengt direct de supervisor of werkbegeleider op de hoogte van iedere gebeurtenis – al dan niet veroorzaakt door menselijk handelen of nalaten – bij onderzoek, behandeling, verpleging of verzorging van de cliënt(en), welke tot een schadelijk gevolg voor de cliënt(en) heeft

¹⁷ Wanneer er onenigheid is over het oordeel van de opleider, supervisor, werkbegeleider en opleidingsfunctionaris, voorziet het reglement van de opleiding in de dan geldende procedure.

geleid. Melding is eveneens verplicht als het schadelijke gevolg is voorkomen door een toevallige gebeurtenis of door een tevoren niet gepland ingrijpen. De supervisor of werkbegeleider ziet toe op melding bij de Commissie Veilig Incidenten Melden (VIM).

6.3. Onderzoek

Eén van de drie bronnen voor het vaststellen van het best passende zorgaanbod is actuele wetenschappelijke kennis (*evidence based*). Om een bijdrage te leveren aan deze kennis, wordt binnen Parnassia Groep wetenschappelijk onderzoek bij/met/over cliënten, hun naasten en Parnassia Groep collega's verricht. Taken en verantwoordelijkheden van onze professionals zijn daarmee niet beperkt tot zorg gerelateerde activiteiten.

Uitvoering van wetenschappelijk onderzoek vindt plaats met inachtneming van de geldende wet- en regelgeving, zoals de AVG en - indien van toepassing - de WGBO en de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO). Dit betreft ook het gebruik maken van gegevens uit cliëntendossiers.

Voor de taken en verantwoordelijkheden van onze professionals rondom onderzoek is het volgende belangrijk:

1. Of er bij het onderzoek wel of niet gebruik gemaakt wordt van persoonsgegevens. Gegevens over gezondheid gelden als bijzondere persoonsgegevens, waaraan extra eisen ten aanzien van het gebruik gelden. Bij cliëntgebonden onderzoek is er vrijwel altijd sprake van het verzamelen en gebruiken van (bijzondere) persoonsgegevens.
 - Wanneer hiervoor anonieme gegevens gebruikt kunnen worden, is toestemming van de cliënt (of zijn wettelijk vertegenwoordiger) niet nodig. Anonimiteit betekent dat de gegevens op geen enkele manier herleidbaar zijn, ook niet via een codesleutel of een combinatie van gegevens.
 - Meestal is er sprake van het gebruik van (gepseudonimiseerde) herleidbare persoonsgegevens. Uitgangspunt bij het verzamelen en gebruiken daarvan voor onderzoek is dat cliënten daarvoor in principe hun toestemming moeten geven.
 - Slechts onder specifieke voorwaarden mogen tot een cliënt herleidbare gegevens zonder dat toestemming is gegeven toch voor onderzoek worden gebruikt.
2. Het onderscheid tussen medisch-wetenschappelijk en overig onderzoek:
 - Medisch-wetenschappelijk onderzoek is onderzoek dat als doel heeft het beantwoorden van een vraag op het gebied van (fysieke of psychische) ziekte en gezondheid (etiologie, pathogenese, verschijnselen/symptomen, diagnose, preventie, uitkomst of behandeling van ziekte), door het op systematische wijze vergaren en bestuderen van gegevens. Ook onderzoek naar gedrag of gevoelens kan onder de noemer medisch-wetenschappelijk onderzoek vallen. Het onderzoek levert informatie op die algemeen geldig is; ook buiten de eigen instelling. Hiervoor geldt specifieke wet- en regelgeving.
Voor onderzoek in het kader van een MBO/HBO opleiding is afgesproken dat dit geen medisch-wetenschappelijk onderzoek mag zijn.
 - Overig onderzoek betreft bijvoorbeeld onderzoek ten behoeve van beleidsevaluatie of vraagstukken uit/over de eigen beroepspraktijk die zich richten op zorgprocessen, en niet op ziekte en gezondheid, diagnose, preventie, uitkomst of behandeling van ziekte.

De hiernavolgende paragrafen hebben betrekking op medisch-wetenschappelijk onderzoek. De collega die overig onderzoek uitvoert, wordt aangeraden deze paragrafen ook te lezen aangezien de informatie daar deels ook op van toepassing is.

Op het Parnassia Groep Medewerkersportaal staat meer informatie en uitleg. Collega's worden hier uitdrukkelijk naar verwezen.

6.3.1. Goedkeuring

Voor de goedkeuring voor het verrichten van medisch-wetenschappelijk onderzoek met Parnassia Groep cliënten is een interne procedure opgesteld. Deze wordt vastgelegd in, en loopt via, de module CTMS van het programma Research Manager.

Stap 1: het onderzoeksvoorstel wordt geschreven in het format voor WMO-plichtig onderzoek, dan wel in het format voor niet-WMO-plichtig onderzoek, en wordt met bijbehorende documenten, zoals de informatiebrief voor deelnemers, voorgelegd aan een interne Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO). Parnassia Groep kent vier zorgbedrijf-gebonden CWO's. De CWO's zijn samengesteld uit (senior) Parnassia Groep-collega's die vanuit hun kennis van medisch-wetenschappelijk onderzoek betrokken zijn bij het onderzoek binnen het betreffende zorgbedrijf. De CWO beoordeelt het voorstel, geeft indien nodig suggesties voor verbetering en brengt een advies uit aan de bestuurder "Akkoord" of "Niet akkoord").

Stap 2: na akkoord CWO wordt het onderzoeksvoorstel voor bestuurlijk akkoord voorgelegd aan de betrokken bestuurder(s), en voor een privacy-check (om te beoordelen of AVG-risico's van het onderzoek voldoende afgedekt zijn) aan de Functionaris Gegevensbescherming (FG).

Stap 3 (indien van toepassing): na deze interne procedure kan een externe procedure nodig zijn voordat het onderzoek definitief van start kan gaan. Als de CWO hiertoe adviseert, wordt het onderzoek na het bestuurlijk akkoord voorgelegd aan een externe medisch-ethische toetsingscommissie voor toetsing aan de WMO, tenzij het onderzoek niet WMO-plichtig is, en/of het onderzoek deel uitmaakt van een extern geïnitieerd multicenter onderzoek. In het laatste geval is de externe partij verantwoordelijk voor medisch-ethische toetsing.

Bij WMO-plichtig onderzoek kunnen vanuit wet- en regelgeving ook andere vereisten gelden waaraan vóór de start van, tijdens, en/of na afloop van, de dataverzameling voldaan moet worden.

6.3.2. Taken en verantwoordelijkheden

- Management (bestuurder): Het verrichten van wetenschappelijk onderzoek in de instelling wordt uitgevoerd namens de directie(s) van het/de betrokken Parnassia Groep zorgbedrijf/zorgbedrijven, en/of de raad van bestuur. De betrokken bestuurder(s) is/zijn als eindverantwoordelijke voor de cliënt verantwoordelijk voor het afgeven van het bestuurlijk besluit over het uitvoeren van een ingediend onderzoeksvoorstel. Het bestuur baseert zijn besluit over het ingediende onderzoeksvoorstel onder andere op:
 - o Het advies van de CWO;
 - o Haalbaarheid van het voltooiën van de dataverzameling binnen de beschikbare inzet van mensen en middelen;
 - o De goede zorg voor de cliënt. Deze staat voorop; onderzoek is secundair.
- Hulpverlener:
 - o Stelt bij onderzoeksactiviteiten de goede zorg voor de cliënt voorop;
 - o Heeft in zijn rol als behandelaar een belangrijke rol in het informeren van cliënten over onderzoek en het verkrijgen van toestemming voor het benaderen van de cliënt door

de onderzoeker; alleen de behandelaar met een actieve behandelrelatie mag een cliënt rechtstreeks benaderen.

- Wanneer de hulpverlener ook onderzoeker is kan de behandelaar ook rechtstreeks *informed consent* (geïnformeerde toestemming) voor deelname aan het onderzoek vragen aan de cliënt.
- Onderzoeker: in algemene zin is een onderzoeker een collega die een onderzoek opzet, superviseert en/of uitvoert.
- Hoofdonderzoeker: Elk medisch-wetenschappelijk onderzoek met gegevens van cliënten van Parnassia Groep vindt plaats onder supervisie/leiding van een Parnassia Groep hoofdonderzoeker, ook als het een extern geïnitieerd onderzoek betreft waarin Parnassia Groep meewerkend centrum is. De Parnassia Groep hoofdonderzoeker is altijd een senior onderzoeker, deze is verantwoordelijk voor het:
 - Verkrijgen van interne en -indien van toepassing- externe (medisch-ethische) goedkeuring voor het uitvoeren van het onderzoek. Hiervoor wordt het onderzoek aangemeld in de module CTMS van Research Manager. Verifiëren van de medewerking vanuit het afdelingsmanagement voor het betrekken van hun cliënten in onderzoek en voor de eventuele inzet van afdelingsmedewerkers;
 - Uitvoeren van het onderzoek conform het onderzoeksprotocol inclusief waarborgen van het veilig verwerken van gegevens
 - Verifiëren dat alle leden van het onderzoeksteam de gewenste kennis en certificeringen hebben voor het uitvoeren van hun taken;
 - Desgevraagd afleggen van verantwoording over de voortgang van het onderzoek aan het management;
 - Tijdig voldoen aan verplichtingen (zoals het doen van meldingen en aanleveren van rapportages), bijvoorbeeld vanuit de centrale commissie mensgebonden onderzoek (CCMO), medisch-ethische toetsingscommissie (METC) of subsidiegever;
 - Verspreiden van de resultaten van het onderzoek, zoals door publicaties in vakbladen en het geven van presentaties. Deze verantwoordelijkheden mag de hoofdonderzoeker ook onder supervisie delegeren.
- Senior onderzoeker (inclusief houder van een leerstoel of lectoraat vanuit Parnassia Groep):
 - Is gepromoveerd of heeft gelijkwaardige onderzoekskennis;
 - Is in het bezit van een geldig WMO-GCP of BROK- certificaat;
 - Legt -indien niet zelf de hoofdonderzoeker - desgevraagd verantwoording af over de onderzoeksactiviteiten aan de hoofdonderzoeker.
- Overige onderzoeker (opleiding, onderzoeksassistent, stagiair en overige):
 - Legt desgevraagd verantwoording af over de onderzoeksactiviteiten aan de hoofdonderzoeker;
 - Zorgt voor een geldig WMO-GCP of BROK- certificaat wanneer dat volgens interne en/ of externe regelgeving gevraagd wordt;
 - Als de onderzoeker een opleiding is die in het kader van een opleiding een onderzoeksproduct moet opleveren:
 - Zoekt een senior onderzoeker die als hoofdonderzoeker wil optreden;

- Stelt een onderzoeksvoorstel op in overeenstemming met de eisen vanuit de opleiding én vanuit Parnassia Groep.
- CWO: De CWO is verantwoordelijk voor het afgeven van advies over ingediende onderzoeksvoorstellen aan de bestuurlijk verantwoordelijke voor de cliëntengroep waar het onderzoek betrekking op heeft. Het heeft de voorkeur dat een ingediend voorstel door tenminste twee CWO-leden wordt beoordeeld, die daarover gezamenlijk een advies afgeven ten aanzien van:
 - Wetenschappelijke kwaliteit;
 - Relevantie voor de cliënten-doelgroep;
 - Haalbaarheid van het voltooiën van de dataverzameling, dataverwerking en rapportage binnen de geplande tijd;
 - Externe medisch-ethische toetsing;
 - Vereisten wat betreft privacy, dataopslag en andere kwaliteitseisen, waaronder – indien van toepassing – de beoordeling of toestemming van de cliënt nodig is voor gebruik van gegevens uit zijn medisch dossier.

De CWO controleert daarbij dat er geen gelijktijdige dataverzameling plaatsvindt met ander onderzoek bij de betrokken cliënten.

Bij een negatief advies geeft de CWO-aanwijzingen op welke punten de ingediende stukken verbeterd dienen te worden. Op basis daarvan kan de indiener het onderzoeksvoorstel herzien en opnieuw bij de CWO indienen, dan wel intrekken.
- Functionaris Gegevensbescherming: ziet bij gebruik van persoonsgegevens toe op de borging van de privacy van de onderzoeksdeelnemer.
 - De FG voert pas een privacy-check uit nadat de CWO akkoord heeft gegeven voor een wetenschappelijk onderzoek.
- Jurist: adviseert over vraagstukken op het gebied van contracten en overeenkomsten en wet- en regelgeving voor wetenschappelijk onderzoek, zoals samenwerkingscontracten en data uitwisselingsovereenkomsten (DUO) tussen Parnassia Groep en externe onderzoekspartijen.
- Team Bedrijfsinformatie & Datascience:
 - Levert anonieme of gepseudonimiseerde datasets met gegevens uit het medisch dossier aan voor medisch-wetenschappelijk onderzoek dat intern is goedgekeurd;
 - Controleert hierbij dat de informatie in de dataset niet herleidbaar is naar een individu;
 - Geeft zo nodig advies voor het aggregeren van informatie om tot een niet herleidbare dataset te komen;
 - Adviseert onderzoekers over de mogelijkheden en beperkingen van beschikbare data, inclusief datadefinities, datakwaliteit en technische haalbaarheid van analyses.

6.4. Lerende netwerken

Samen leren en verbeteren is cruciaal voor het leveren van goede zorg. De probleemanalyse, indicatiestelling en het verloop van de behandeling en begeleiding en evaluatie zijn momenten in het zorgproces waarbij belangrijke beslissingen worden gemaakt. Reflecteren inclusief de perspectieven van anderen is daarbij cruciaal. Verschillende invalshoeken en ideeën kunnen leiden tot nieuwe inzichten die de behandeling en begeleiding voor de cliënt ten goede komen.

Het uitgangspunt is dat de regiebehandelaren in de indicerende en coördinerende rol op cruciale momenten zoals eerder beschreven in het zorgproces gezamenlijk evalueren. Wanneer beide rollen door één regiebehandelaar worden ingevuld, is het van belang dat deze regiebehandelaar op indicatie een andere zorgverlener raadpleegt, als de zorg niet verloopt zoals in het behandelplan is vastgelegd. Om in dat geval de reflectie op het zorgproces te garanderen, is deel uitmaken van een lerend netwerk nodig. Wederzijds vertrouwen is daarbij cruciaal.

Niet alleen de evaluatie van het zorgproces en de behandeling en begeleiding is noodzakelijk, maar ook reflectie op het eigen handelen als regiebehandelaar. Alle regiebehandelaren zullen zich daarom moeten verbinden aan een lerend netwerk waarbij zij op systematische wijze op hun handelen reflecteren.

Parnassia Groep ziet Lerende netwerken als een instrument dat van grote meerwaarde kan zijn voor de kwaliteit van zorg en voor onze zorgprofessionals en nodigt daarom ook medebehandelaren uit deel te nemen aan de Lerende netwerken.

Lerende netwerken – moeten voldoen aan de volgende regels:

1. Een lerend netwerk is verplicht voor iedere regiebehandelaar;
2. De regiebehandelaar neemt tenminste tweemaal per jaar deel;
3. Het netwerk bestaat uit ten minste vier andere regiebehandelaren;
4. Deelname is aantoonbaar;
5. Indien de professional bij de cliënt zowel de rol van indicierend als coördinerend regiebehandelaar vervult, maakt hij/zij afspraken over consultatiemogelijkheden op casusniveau binnen het eigen lerende netwerk;
6. Bij de onderlinge uitwisseling gaat het om de reflectie op de kwaliteit van indiceren en coördineren van zorg en niet over bedrijfsmatige aspecten.

7. Kwaliteitsmanagement

7.1. Principes, sturen op inhoud en bedrijfsvoering

Volgens het Parnassia Groep besturingsmodel is bij alle onderwerpen waar sturing aangewezen is, sprake van inhoud en van bedrijfsvoering. Het zijn twee zijden van dezelfde munt en je dient dus altijd beide te adresseren.¹⁸ Dit geldt daarmee ook voor kwaliteit van zorg.

Als definitie van kwaliteit van zorg hanteren we *herstelgericht en op maat, professioneel en veilig*. Veiligheid zien we als een onderdeel van kwaliteit en meer specifiek; de ondergrens van kwaliteit van zorg. En dan gaat het niet alleen om zorg in engere zin, het gaat ook om de randvoorwaarden. Zo valt sociale veiligheid bij teams nadrukkelijk binnen het domein kwaliteit en veiligheid van zorg (oftewel, inhoud én bedrijfsvoering).

7.1.1. Visie op veiligheid

Aangezien we veiligheid zien als de ondergrens van kwaliteit, is veiligheidsbeleid erop gericht om de minimale kwaliteit van zorg te borgen.

De basis voor al het veiligheidsbeleid is de visie op veiligheid.

Visie op veiligheid Parnassia Groep

1. Elke collega is zich bewust van zijn of haar rol in het veiligheidsbeleid. Collega's weten wat van ze verwacht wordt in situaties waarin de veiligheid (mogelijk) in gevaar is.
2. Veiligheid heeft onze aandacht bij al onze werkzaamheden. We spreken elkaar erop aan en laten ons erop aanspreken. Veiligheid is een structureel terugkerend onderwerp van overleg op alle niveaus.
3. Collega's weten de voorschriften die voor hen van toepassing zijn te vinden in het kwaliteitssysteem van Parnassia Groep.
4. Elke collega die getuige is van/betrokken is bij een (mogelijk) incident moet actie ondernemen om (verdere) schade te voorkomen. Betrokken cliënten en collega's worden adequaat opgevangen.
5. Elk incident wordt gerapporteerd volgens de voorschriften. Het team en leidinggevende trekt systematisch lering uit incidenten en neemt maatregelen om de kans daarop verder te beperken.
6. Een calamiteit wordt met de grootst mogelijke spoed gemeld volgens voorschriften. Speciaal aangewezen verantwoordelijken en deskundigen ondernemen dan de noodzakelijke acties.
7. Teams en leidinggevendenden zijn steeds op zoek naar manieren om de veiligheid te verbeteren. De leidinggevende stelt met het team periodiek vast of het (nog) voldoet aan de veiligheidsvoorschriften. Zij zetten waar nodig verbeteracties in gang.

De visie op veiligheid moet als volgt geïnterpreteerd worden:

Elke collega heeft recht op een veilige werkplek. Dit recht gaat gepaard met de volgende plichten:

1. Elke collega doet alles wat mogelijk is om de veiligheid te garanderen;
2. Bij (dreigende) onveilige situaties spreekt de collega andere collega's aan, ongeacht functie of rol;
3. Als het niet lukt om voor veiligheid te zorgen, dan moet de collega de leidinggevende inschakelen;

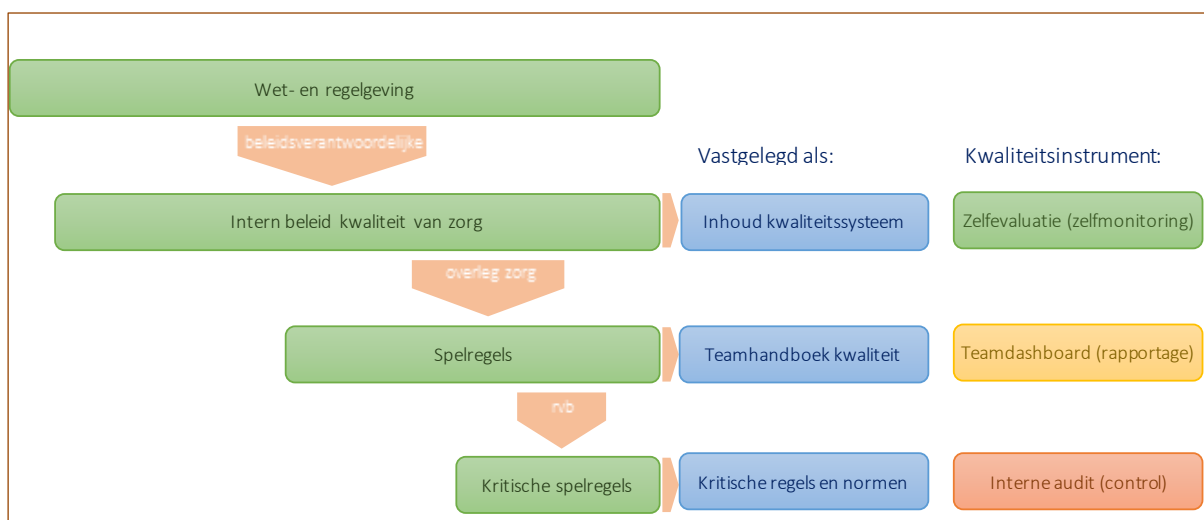
¹⁸ Sturen op inhoud en bedrijfsvoering (SOIB) betekent dus uitdrukkelijk niet dat je moet sturen op inhoud én dat je moet sturen op bedrijfsvoering. Je dient beide onderwerpen integraal en gelijktijdig te behandelen.

4. De leidinggevende zal alles doen om voor veiligheid te zorgen. Als het niet lukt, moet de leidinggevende zijn of haar eigen leidinggevende inschakelen. Zie het 'Protocol calamiteiten'.

7.2. Beleid en spelregels; kwaliteitssysteem en teamhandboek

Het is de verantwoordelijkheid van de raad bestuur om het kwaliteitssysteem op Parnassia Groepsniveau op te zetten en te onderhouden. Meer specifiek gaat het hier om alle afspraken en instrumenten op organisatieniveau die nodig zijn om de kwaliteit van zorg te borgen, toetsen en verbeteren.

Externe eisen worden vertaald in intern beleid zoals in volgende figuur schematisch is weergegeven.



7.2.1. Kwaliteitssysteem

In het kwaliteitssysteem zijn kwaliteitsdocumenten opgeslagen met informatie over kwaliteitsbeleid Parnassia Groepsbreed. Daarnaast zijn documenten op zorgbedrijfniveau opgenomen.¹⁹

Kwaliteitssysteem – informatiesysteem op intranet waarmee kwaliteitsdocumenten beheerd en gepresenteerd worden.

Kwaliteitsdocumenten moeten beschikken over vaste kenmerken die in het kwaliteitssysteem worden geregistreerd. Zie ook Eisen aan kwaliteitsdocumenten.

¹⁹ De kwaliteitsvoorschriften van 1nP zijn te vinden in een eigen kwaliteitshandboek.

Beheerkenmerken kwaliteitsdocumenten – verplichte kenmerken bij een Parnassia Groep kwaliteitsdocument:

1. *Titel* – een bondige titel die duidelijk maakt waar het document voor is;
2. *Documentbeheerder(s)* – persoon die in het systeem wijzigingen kan aanbrengen;
3. *Auteur(s)* – inhoudsdeskundige(n), meestal ook opsteller(s) van het document;
4. *Autorisator* – persoon die het document heeft vastgesteld of laten vaststellen, meestal de beleidsverantwoordelijke;
5. *Documentsoort* – zie document Eisen aan kwaliteitsdocumenten
6. *Versienummer; datum laatste wijziging; evaluatiedatum; unieke documentcode*, deze kenmerken zijn verplicht en worden automatisch door het systeem aangemaakt en beheerd.

Een van de documenten in het kwaliteitssysteem is het Teamhandboek Kwaliteit van zorg Parnassia Groep. Dit document bevat alle spelregels die Parnassia Groepsbreed zijn vastgesteld op het gebied van kwaliteit van zorg. Het document bevat links naar de bij de regel behorende documenten in het kwaliteitssysteem. Het teamhandboek wordt beheerd door bureau kwaliteit en veiligheid.

Het (team)dashboard bevat zowel zorginhoudelijke als bedrijfsvoeringsgegevens van het team. Het team gebruikt deze gegevens om samen met de leidinggevenden te sturen op inhoud en bedrijfsvoering.

7.2.2. Melden van incidenten

Incidenten zijn afwijkingen in de zorgverlening die schade hebben opgeleverd of schade hadden kunnen opleveren. Incidenten kunnen worden gemeld in het kwaliteitssysteem; dit systeem is ingericht volgens de uitgangspunten van Veilig incidentenmelden (VIM). Het doel van het melden van incidenten is dat de hulpverlener/het team inzicht krijgt in zaken die in de zorgverlening niet zijn gelopen zoals bedoeld, om daarvan te kunnen leren.

7.2.3. Zelfevaluatie (voorheen Veiligheidsscan)

Om het proces van zelfmonitoring te ondersteunen, wordt de zelfevaluatie beschikbaar gesteld aan teams. De zelfevaluatie is een formulier dat items bevat die belangrijk zijn voor de kwaliteit van zorg. De zelfevaluatie heeft als doel om de structurele evaluatie en reflectie van team en leidinggevenden te ondersteunen. Het is geen rapportage-instrument en dient ook niet als zodanig ingezet te worden. Bestuur en directie van het zorgbedrijf zijn opdrachtgever voor de zelfevaluatie. De raad van bestuur geeft het kader waarbinnen de zelfevaluatie moeten plaatsvinden.

7.2.4. Interne audits

Parnassia Groep interne audits hebben twee doelen:

1. Control van spelregels met kritische normen ten behoeve van de toezichtstaak van de raad van bestuur;
2. Teams en het lijnmanagement binnen het zorgbedrijf ondersteunen bij het signaleren van verbetermogelijkheden op het gebied van kwaliteit van zorg.

7.2.5. Calamiteitenonderzoek

Calamiteiten in de zorg waarbij een tekortkoming in de zorg wordt vermoed, moeten door de instelling worden gemeld aan de Inspectie voor gezondheidszorg en jeugd (IGJ). Na de melding verzoekt de IGJ veelal dat de instelling een intern, onafhankelijk onderzoek uitvoert. De opdracht voor dit onderzoek wordt door de raad van bestuur impliciet verstrekt aan de geneesheren-directeur. De betreffende geneesheer-directeur laat vervolgens het onderzoek uitvoeren door een onderzoekscommissie bestaande uit onderzoekers aangevuld met materiedeskundigen. Het



onderzoek is altijd gericht op kwaliteitsaspecten: hoe kunnen we leren van het incident en verbeteren.

8. Evaluatie

Het professioneel statuut is een levend document dat voortdurend aangepast dient te worden aan de actuele inzichten in beroepsstandaarden, wetten en de organisatie van Parnassia Groep. Om die reden is het essentieel dat het statuut jaarlijks wordt geëvalueerd en geactualiseerd. Bij de evaluatie is naast de inhoud ook aandacht voor de leesbaarheid en bruikbaarheid van het professioneel statuut als naslagwerk voor collega's. Raad van bestuur en geneesheren-directeur nemen hierbij het voortouw.

Bijlage 1. Verantwoordelijkheid vanuit wet- en regelgeving

1. Algemene principes

1.1. Goed hulpverlenerschap en de rangorde der dingen

Het wettelijke fundament van goede zorg wordt gelegd in het Burgerlijk Wetboek.

BW Boek 7- artikel 453-1 – De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard en kwaliteitsstandaarden als bedoeld in [artikel 1, eerste lid, van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg](#).

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

Dit geeft de eerste stap weer in de hiërarchie van wetten en regels waaraan hulpverlener moeten houden. Er zal nagenoeg altijd sprake zijn van verschillende wetten waaraan voldaan moet worden en soms kan dat niet tegelijk of zijn wetten zelfs strijdig. Als er sprake is van strijdigheid van regels dient er een afweging gemaakt te worden waarbij het oordeel van de hulpverlener, op grond van goed hulpverlenerschap een belangrijke factor is.

1.2. Bevoegdheden en de bekwaamheidstoetsing

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

Bij bekwaamheid gaat het om de plicht van elke hulpverlener om te bepalen of de hulpverlener een handeling kan gaan uitvoeren. Een andere persoon of een instantie kan een hulpverlener dus nooit bekwaam verklaren, dat kan alleen de hulpverlener zelf. De instelling kan (en moet) daarentegen wel aanvullende voorwaarden stellen aan de uitvoering van een handeling. Zo is binnen Parnassia Groep (bij) scholing verplicht voor voorbehouden handelingen. Daarmee is dat een voorportaal voor de bekwaamheidstoetsing: een hulpverlener mag pas beoordelen of sprake is van bekwaamheid, als eerst scholing is afgerond.

De instelling is gehouden om het in standhouden van relevante bevoegd- en bekwaamheden te ondersteunen. De manier waarop dit gebeurt, kan verschillen per onderwerp en/of persoon.

2. Verantwoordelijkheid hulpverleners op grond van de wet BIG

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

instrumenten van de wet BIG is het BIG-register. De wet BIG verdeelt beroepen die onder deze wet vallen in drie groepen. Deze groepen staan bekend onder het artikelnummer uit de wet: artikel 3-, 34- en artikel 36a-beroepen. Wettelijk erkende specialismen vallen onder artikel 14. Naast de artikel 14 beroepen staan alleen artikel 3-beroepen geregistreerd in het BIG-register en vallen onder het complete tuchtrecht. Daarnaast geldt het civiel recht voor alle beroepen.

Uit de naamvoering dient te blijken welke opleiding is afgerond. De beroepen arts (waaronder a(n)los, GGZ-arts, verslavingsarts KNMG, gezondheidszorgpsycholoog (gz-psycholoog), verpleegkundige (waaronder SPV), psychotherapeut en orthopedagoog generalist vallen onder de regeling van artikel 3 (beroepstitelbescherming). De wet bevat voor deze beroepen regels ten aanzien van registratie en titelbescherming, mogelijkheid tot specialismenregeling, wettelijk tuchtrecht, mogelijkheid maatregelen te treffen wegens ongeschiktheid, opleidingsvereisten en het deskundigheidsgebied. De beroepen 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, willen zij de beroepstitel in Parnassia Groep kunnen dragen. De beroepen psychiater, klinisch (neuro)psycholoog en verpleegkundig specialist ggz vallen ook onder artikel 14, die de specialistentitel beschermt. De verantwoordelijkheid voor het aanwijzen en regelen van specialismen legt de wet BIG bij de beroepsgroepen zelf. Er zijn in de ggz meer specialisten werkzaam, onder anderen maatschappelijk werkende, specialist ouderengeneeskunde en klinisch neuropsycholoog en op consultbasis andere specialismen. Met de wet BIG kan iedere, volgens art. 3 geregistreerde hulpverlener persoonlijk worden aangesproken op het eigen beroepsmatig handelen. De tuchtrechter toetst of een hulpverlener gehandeld heeft in overeenstemming met de voor hem geldende professionele standaard en toetst in het bijzonder of de hulpverlener de grenzen van de eigen deskundigheid en bekwaamheid voldoende in acht heeft genomen. Handelen omvat hierbij ook nalaten en het geven van adviezen. Voor het tuchtrecht is het deskundigheidsgebied van deze beroepsgroepen, zoals dit in de wet BIG (en in de beschrijvingen van de domeinen) wordt beschreven, van belang.

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

3. Verantwoordelijkheid instelling op grond van de Wkkgz

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

Meer informatie over verantwoordelijkheden: zie kwaliteitssysteem Parnassia Groep

4. Verantwoordelijkheid op grond van de WGBO

De instelling wordt in de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) als hulpverlener aangemerkt. De behandelovereenkomst met een cliënt wordt formeel aangegaan door de instelling en niet door de individuele hulpverlener, omdat alle hulpverleners die de hulp feitelijk verlenen in dienst zijn bij de instelling of werken onder directe verantwoordelijkheid van de instelling. Het is de verantwoordelijkheid van de instelling, dat bij de uitvoering van de behandelovereenkomst de wettelijke normen worden nageleefd in overeenstemming met goed hulpverlenerschap. Ze is gehouden alle verplichtingen die uit deze wet voortvloeien na te komen. Wanneer de instelling niet aan de verplichtingen voldoet, kan zij aansprakelijk worden gesteld. De behandelovereenkomst wordt formeel aangegaan op het moment dat de cliënt zich aanmeldt en wordt ingeschreven bij Parnassia Groep.

In de behandelovereenkomst worden de volgende zaken geregeld:

- De totstandkoming en beëindiging van de overeenkomst,
- De toestemming voor-, en de informatie over de uitvoering van onderzoek en behandeling (informed consent: zonder informatie en toestemming geen behandeling).
- De informatieplicht van de hulpverlener wordt aangevuld met de verplichting tijdig overleg te voeren met de cliënt waarbij de cliënt ook wordt uitgenodigd tot het stellen van vragen.

Daarnaast dient de cliënt geïnformeerd te worden over:

- De mogelijkheid af te zien van behandeling,
- Andere onderzoeken en behandelingen door andere hulpverleners,
- De uitvoeringstermijn van de behandeling en de verwachte tijdsduur daarvan.
- Geheimhouding, inclusief inzage in het cliëntendossier,
- De rechten van minderjarigen en meerderjarige wilsonbekwame cliënten.

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

5. Verantwoordelijkheid op grond van de Wvggz

Met ingang van 1 januari 2020 is de Wet Bopz vervallen en gelden de Wvggz en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd). De Wvggz geldt voor mensen bij wie een psychische stoornis leidt tot gedrag dat ernstig nadeel veroorzaakt voor henzelf of voor anderen. Als er geen vrijwillige zorg mogelijk is om dat ernstig nadeel weg te nemen, kan de rechter verplichte zorg opleggen. Deze verplichte zorg kan ook in een ambulante setting van toepassing zijn.

Daarnaast is vereist dat verplichte zorg de enige manier is om het ernstige nadeel weg te nemen, dat het proportioneel is (in verhouding staat tot het op te lossen ernstig nadeel) en dat het effectief is (resultaat oplevert). De Wvggz kent de verschillende actoren in de wet diverse

verplichtingen en rechten toe en introduceert nieuwe termen. In het professioneel statuut wordt hier een vertaling van gegeven daar waar nodig. Echter ook verwezen wordt naar de specifieke documenten over de Wvggz. De Wvggz kent in het bijzonder de volgende actoren binnen de ggz: de zorgverantwoordelijke, de onafhankelijke psychiater en de geneesheer-directeur. De zorgverantwoordelijke is te vergelijken met de regiebehandelaar.

De onafhankelijk psychiater die de beoordeling voor de aanvraag van verplichte zorg doet mag in elk geval in het jaar daaraan voorafgaand geen behandelrelatie gehad hebben met de cliënt. De geneesheer-directeur is op grond van de wet verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken op het terrein van zorg en de verlening van verplichte zorg. Daarnaast borgt de zorgaanbieder de onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur, waarbij ook geen aanwijzingen met betrekking tot diens taakuitvoering op grond van deze wet gegeven worden door de zorgaanbieder. De consequentie hiervan is dat de geneesheer-directeur zo nodig op casus en algemeen niveau verantwoording aflegt aan de Inspectie voor gezondheidszorg en jeugd (IGJ) en zo nodig op casus niveau verantwoording aan de rechter.

De verhouding tussen de geneesheer-directeur en de raad van bestuur is in een afzonderlijke samenwerkingsovereenkomst uitgewerkt²⁰. Van belang hier is dat de raad van bestuur en de geneesheer-directeur gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorgverlening op basis van vrijwilligheid om daarmee verplichte zorg zoveel mogelijk te voorkomen. Zij zijn gezamenlijk belast met het bewaken van de kwaliteit van de verplichte zorg en zien toe op de uitvoering daarvan. Het gaat hier zowel om het bestuurlijk, organisatorisch en beleidsmatig perspectief als om het perspectief van de uitvoering van dit beleid in de individuele casuïstiek. De raad van bestuur is hierbij beleidsbepalend en de geneesheer-directeur houdt toezicht, signaleert en adviseert.

6. Verantwoordelijkheid op grond van de Wet zorg en dwang

De wet zorg en dwang (Wzd) regelt de normen voor vrijwillige zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische dan wel gelijkgestelde aandoening. Ook regelt de Wzd de onvrijwillige zorg voor deze doelgroep. De primaire stoornis bepaalt of iemand onder de Wvggz of onder de Wzd valt.

Parnassia Groep voert de Wvggz uit en heeft slechts een zijdelingse rol in de Wzd. Dit omdat dat mensen met primair een verstandelijke beperking en mensen met primair een psychogeriatrische aandoening niet tot de corebusiness behoren. Parnassia Groep heeft geen Wzd erkenning voor de accommodaties. De consequentie hiervan is dat Parnassia Groep geen gedwongen opnames in het kader van de Wzd kan uitvoeren. Wanneer er bij genoemde doelgroep een voorliggende psychische stoornis is waar (dreigend) ernstig nadeel uit voortvloeit, kan de Wvggz wel van toepassing zijn. In dat geval wordt de Wzd geschorst en wordt een Wvggz maatregel aangevraagd waarmee de cliënt kan opgenomen worden binnen een kliniek van Parnassia Groep.

Bij ambulante zorg, bijvoorbeeld vanuit een FACT-team, maar ook vanuit de crisisdienst zullen de hulpverleners van Parnassia Groep rekening moeten houden met de kaders die vanuit de Wzd volgen. Het is dan ook belangrijk dat zij kennisnemen van deze kaders, ook al gelden deze kaders niet voor de ggz. Randvoorwaarde voor/ vanuit Parnassia Groep is dat er dan wel altijd ook een zorgverantwoordelijke vanuit de Wzd sector aan de cliënt gekoppeld moeten zijn.

²⁰ Zie kwaliteitssysteem: Positionering Geneesheer-directeur PG Wvggz

Over crisisbeoordelingen kan bij door de Wzd sector of door de huisarts of politie een beroep gedaan worden de crisisdienst van Parnassia Groep. Parnassia Groep kan deze beoordelingen doen en zo nodig ook Inbewaringstellingen Wzd uitschrijven. Hierbij is de afspraak dat de crisisdienst alleen waarneemt in ANW-uren; binnen kantoor tijden is AVG-arts (arts verstandelijke gehandicapten) en of SOG (specialist ouderen geneeskunde) verantwoordelijk voor IBS/RM uitvoering. Ook wanneer dit in het algemeen ziekenhuis aan de orde komt.

In geval van twijfel, of er een Wvggz of Wzd kader aan de orde is, kan een beoordeling door de psychiater wel nodig zijn. Dit zal wat eerder aan de orde zijn bij de zogenaamde gelijkgestelde aandoeningen. De beoordelingen die Parnassia Groep doet kunnen enkel onder de voorwaarde dat er een crisisbed beschikbaar is voor opname binnen Wzd-instellingen en de AVG of SOG beschikbaar is voor consultatie. Parnassia Groep kan niet een gedwongen opname in het kader van de Wzd uitvoeren.

7. Verantwoordelijkheid op grond van het Wetboek van Strafrecht

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

8. Verantwoordelijkheid op grond van de Jeugdwet

De gemeenten zijn sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de inhoud, financiering en uitvoering van de jeugdhulp van kinderen tot 18 jaar. Dit volgt uit de Jeugdwet. De zorg voor jongeren van 18 jaar en ouder valt niet meer onder de Jeugdwet. Parnassia Groep verleent in opdracht van meerdere gemeenten jeugdzorg in de vorm van consultatie en behandeling in wijkteams, ambulante behandeling, klinische behandeling, Digi Poli Jeugd en FACT-jeugdbehandeling.

9. Verantwoordelijkheid op grond van de Wmo

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is een wet in het kader van hulp en ondersteuning. Het doel van de wet is om burgers te helpen, zodat zij zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen en deel kunnen nemen aan de maatschappij (te participeren). Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo voor burgers die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. Gemeente zijn vrij om te bepalen hoe de toegang tot hulp en ondersteuning die de WMO biedt te organiseren. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een Wmo loket of door deze taak te beleggen bij wijkteams, waar burgers terecht kunnen met hun hulpvraag.

Parnassia Groep verleent hulp bij aanvraag van Wmo voorzieningen en is als hoofd- of onderaannemer betrokken bij de uitvoering van Wmo ondersteuning. De Wmo ondersteuning die Parnassia Groep biedt, ligt onder meer op het gebied van dagbesteding, ondersteuning bij beheer financiën en woonbegeleiding.

10. Verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg

De wet BIG regelt de bevoegdheden van de hulpverlener, de Wkkgz de verantwoordelijkheden voor de organisatie van kwaliteit binnen instelling en de Wgbo de behandelovereenkomst tussen



cliënt en instelling. Hierdoor hebben de hulpverlener en de raad van bestuur een eigenstandige verantwoordelijkheid voor doelmatige zorg. Zowel voor de organisatie als voor de individuele hulpverlener is het criterium van goed hulpverlenerschap het meest zwaarwegend. Sturing met betrokkenheid van professionele zeggenschap borgt de afstemming tussen de raad van bestuur en hulpverlenende professies.

De raad van bestuur delegeert²¹ de uitvoering van zorg en een deel van de besluitvorming aan de besturen van de zorgbedrijven.

De geneesheer-directeuren hebben een ondersteunende, signalerende en toezichhoudende rol en kunnen gevraagd en ongevraagd advies geven. Zie ook paragraaf geneesheer-directeur.

Het is de verantwoordelijkheid van de organisatie en elke collega dat er in ieder geval getoetst wordt op de vraag of het werk zo is georganiseerd, dat verwacht mag worden, dat dit tot een verantwoord resultaat zal leiden.

²¹ Delegeren is het overdragen van bevoegdheden, inclusief de verantwoordelijkheid. Dit in tegenstelling tot mandateren, wat ook het overdragen van bevoegdheden betekent, maar dan zonder die verantwoordelijkheid.