

# **Professioneel Statuut 's Heeren loo**

**m.b.t.**

## **de Volwassen-GGZ op de Poliklinieken LVB-GGZ**

**Versie 13-1-2022**

Werkgroep Kwaliteitsstatuut en Professioneel statuut:

Addy Pruijssers

Anke Verlaan

Nienke van Hees

Cor Knoop

## Inhoud

1. Inleiding .....	3
2. Uitgangspunten .....	4
3. Plaats in de organisatie.....	5
4. Definities.....	6
4.1. Behandelaar.....	6
4.2. Cliënt.....	6
4.3. Instelling.....	6
4.4. RvB.....	6
4.5. Professionele standaard.....	6
4.6. Professionele autonomie .....	6
4.7. Verlenen van zorg.....	6
4.8. Behandeling.....	6
4.9. Behandelingsovereenkomst.....	7
4.10. Behandelplan.....	7
5. Juridisch kader.....	8
5.1. De Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).....	8
5.2. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) .....	8
5.3. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) .....	9
5.4. De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) .....	9
5.5. Wet Zorg en Dwang (WZD) en Wet verplichte ggz (Wvvggz).....	9
6. Verantwoordelijkheden, bevoegdheden en onderlinge verhoudingen.....	10
6.1. De Raad van Bestuur, de Directeur Advisium, managers Advisium en managers Polikliniek...	10
6.2. De behandelaren.....	11
6.3. Twee type regiebehandelaren.....	11
6.4. Medebehandelaren .....	12
6.5. Ervaringsdeskundigen.....	12
6.6. Vier categorieën complexiteit .....	13
6.7. Categorieën complexiteit en regiebehandelaarschap.....	14
6.8. Escalatieprocedure.....	15
6.9. Aansprakelijkheidsverzekering .....	15
6.10. Rechtsbijstand bij interne/externe klachtenprocedure.....	15

## 1. Inleiding

's Heeren Loo (sHL) is een professionele organisatie die zorg biedt aan mensen met een verstandelijke beperking. Sinds 2018 zijn er, als aanvulling op het bestaande zorgaanbod, LVB-GGZ poliklinieken ontwikkeld die zich voornamelijk richten op mensen met de combi LVB/GGZ problematiek.

Dit Professioneel Statuut betreft primair de Volwassen-GGZ geleverd op die LVB-GGZ poliklinieken.<sup>1</sup> Dit statuut geeft de wettelijke de kaders aan waarbinnen de volwassen geestelijke gezondheidszorg (GGZ) op de LVB-GGZ poliklinieken van sHL wordt verleend. Ook beschrijft het de verantwoordelijkheden, rechten en plichten van de behandelaren en sHL als GGZ-aanbieder. Het geeft uitdrukking aan het vertrouwen dat sHL in haar behandelaren heeft en toont respect voor de eigen bevoegdheid van de behandelaar over de inhoud van zijn werk. De behandelaar wordt verondersteld de kaders van zijn werk te kennen en de mogelijkheden én grenzen van het eigen handelen te onderkennen.

Dit Professioneel Statuut wordt gedeponereerd bij [ggzkwaliteitsstatuut.nl](http://ggzkwaliteitsstatuut.nl) als bijlage bij het GGZ-Kwaliteitsstatuut.<sup>2</sup> En dient ook in samenhang met het Kwaliteitsstatuut te worden gezien. In het GGZ-Kwaliteitsstatuut staat beschreven hoe sHL de GGZ-activiteiten van de LVB-GGZ poliklinieken heeft georganiseerd en hoe we de kwaliteit van deze zorg garanderen.

---

<sup>1</sup> Waar mogelijk/passend is ook de Jeugd-GGZ genoemd, maar primair betreft dit document de Volwassen-GGZ.

<sup>2</sup> Versie 15-12-2020.

## 2. Uitgangspunten

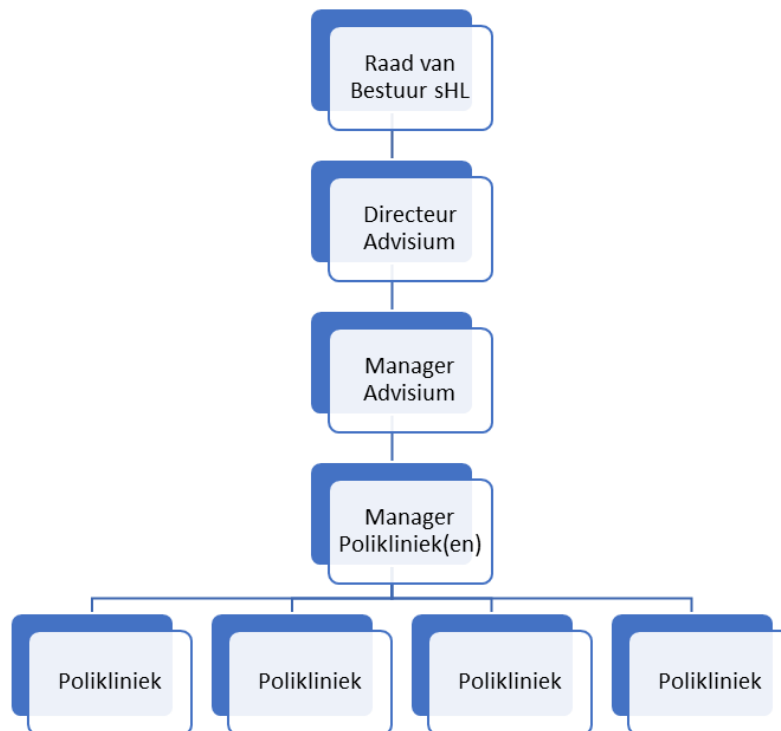
De missie van 's Heeren Loo luidt:

*'Met alles dat wij weten en kunnen, zetten wij ons in voor de ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking en/of andere beperking en hun verwanten, zodat zij een zo goed mogelijk leven leiden.*

De GGZ-activiteiten die plaatsvinden op de LVB-GGZ poliklinieken vloeien rechtstreeks voort uit deze missie.

'sHL is een professionele organisatie waar vanuit verschillende disciplines op de LVB-GGZ poliklinieken geestelijke gezondheidszorg wordt verleend. Cliënten en verwijzers kunnen rekenen op zorg van goede kwaliteit, die gebaseerd is op actuele wetenschappelijke inzichten en professioneel vakmanschap. De zorg wordt verleend door betrokken behandelaren, die handelen binnen de grenzen van de eigen bekwaamheid in overeenstemming met de voor hen geldende professionele standaarden en in- en externe richtlijnen. De zorgverlening in de GGZ wordt daarnaast bepaald door wettelijke voorschriften, onder andere vastgelegd in de Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Jeugdwet en de van toepassing zijnde regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

### 3. Plaats in de organisatie



Net als de VG-poliklinieken vallen de (al dan niet met de VG-poli geïntegreerde) LVB-GGZ poliklinieken onder een manager polikliniek.

## 4. Definities

### 4.1. Behandelaar

De hulpverlener die beroepsmatig diagnostiek en behandeling<sup>3</sup> aan een cliënt verleent en die een arbeidsovereenkomst met sHL heeft of in opdracht van sHL cliëntenzorg verleent.<sup>4</sup> De werkzaamheden van de behandelaar worden uitgeoefend in de functie van regiebehandelaar of medebehandelaar.

In het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ dat per 1-1-2022 in werking treedt, wordt onderscheid gemaakt tussen twee type regiebehandelaren: de Indicerende regiebehandelaar en Coördinerende regiebehandelaar. (Zie ook paragraaf 5.3)

Deze regiebehandelaren zijn verantwoordelijk voor de regie en coördinatie van het zorgproces. De medebehandelaar is de collega-hulpverlener die zelfstandig -ondanks de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid van de regiebehandelaar- uitvoering kan geven aan (delen van) het behandelplan.

### 4.2. Cliënt

Iedereen die een behandelingsovereenkomst heeft met een van de LVB-GGZ poliklinieken van sHL.

### 4.3. Instelling

sHL

### 4.4. RvB

De door de Raad van Toezicht aangestelde personen belast met het besturen van Stichting sHL.

### 4.5. Professionele standaard

De professionele standaard is het geheel van regels en normen waarmee een hulpverlener bij het uitoefenen van zijn werk rekening moet houden, dat zowel technische aspecten van de beroepsuitoefening als normen betreffende de relatie met de cliënt en maatschappelijke zorgvuldigheidseisen omvat.

### 4.6. Professionele autonomie

Behandelaren hebben de vrijheid om, met inachtneming van de professionele standaard, zonder inmenging van derden te komen tot diagnosestelling, advisering over behandeling en/of het verrichten van diagnostische en behandelactiviteiten.

### 4.7. Verlenen van zorg

Het geheel van activiteiten aan onze cliënten gericht op preventie, diagnostiek en behandeling met als doel verdere geestelijke gezondheidsproblemen voorkomen, streven naar herstel of, indien dat niet mogelijk is, de cliënt binnen de gegeven beperkingen zo veel mogelijk autonoom laten functioneren.

### 4.8. Behandeling

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

---

<sup>3</sup> In dit document gebruiken we niet de term 'begeleiding'. Binnen het behandelproces kunnen ook begeleidingsactiviteiten voorkomen, maar deze dienen altijd een behandeldoel en daarom vinden we die activiteiten vallen onder de term 'behandeling'.

<sup>4</sup> Dit betreft dus ook de PNIL-ers.

#### 4.9. Behandelingsovereenkomst

De (mondelinge) overeenkomst tussen de instelling en cliënt op grond van de WGBO.

#### 4.10. Behandelpplan

Het met de cliënt afgesproken individuele plan dat conform de wettelijke eisen beschrijft welk aanbod/methode van behandeling de cliënt ontvangt naar aanleiding van de hulpvraag.

## 5. Juridisch kader

De rechten van de cliënt en plichten voor de zorgaanbieder en/of individuele behandelaar liggen verankerd in diverse wetten, zoals de Wet kwaliteit, klachten, geschillen zorg (Wkkgz) de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).<sup>5</sup> Daarnaast kunnen de behandelaren op de LVB-GGZ poliklinieken soms ook (zijdelings) te maken krijgen met de wetten Wet Zorg en Dwang (WZD) en de Wet verplichte GGZ (Wvggz).

### 5.1. De Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

Het uitgangspunt van de Wkkgz is de verplichting voor de zorgaanbieder om goede zorg (diagnostiek, behandeling en therapie) aan te bieden. Onder goede zorg wordt verstaan zorg van goede kwaliteit en van goed niveau:

- a. die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt;
- b. waarbij zorgaanbieders en zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard en de kwaliteitsstandaarden; en
- c. waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.

De Wkkgz verplicht zorgaanbieders om de zorgverlening op zodanige wijze te organiseren dat dit redelijkerwijs leidt tot het verlenen van goede zorg. Dat betekent dat hij zowel kwalitatief als kwantitatief over voldoende personele en materiële middelen dient te beschikken. Dat bouwkundige voorzieningen op orde zijn. En dat er een goede toedeling moet zijn van verantwoordelijkheden, bevoegdheden en afstemmings- en verantwoordingsplichten.

De Jeugdwet kent vergelijkbare verplichtingen, die moeten waarborgen dat sprake is van verantwoorde jeugdhulp.

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

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) beschrijft de rechten en plichten van cliënten in de zorg. De WGBO is van belang voor iedereen die met medische zorg te maken krijgt. Wanneer een zorgverlener een cliënt gaat onderzoeken of behandelen, is sprake van een geneeskundige behandelingsovereenkomst. De wet is bedoeld om de positie te versterken van cliënten die medische zorg nodig hebben. De instelling is op grond van de WGBO, als instelling die de overeenkomst met de cliënt aangaat, aansprakelijk voor fouten in de zorgverlening, ongeacht waar en door wie de fout in de instelling is gemaakt. De behandelaar is degene die namens de instelling optreedt en voldoet aan de kwalitatieve eisen als in de wet gesteld.

De WGBO regelt onder andere:

- recht op informatie over de medische situatie
- toestemming voor een medische behandeling
- inzage in het medisch dossier

---

<sup>5</sup> Dit is geen limitatieve opsomming van wetten waarin cliëntrechten besloten liggen. Het voert voor dit document te ver om alle wetten te benoemen. Gekozen is voor de wetten met daarin de cliëntrechten die voor dit Professioneel Statuut het meest relevant zijn.



- recht op privacy en geheimhouding van medische gegevens(beroepsgeheim)
- recht op vrije artsenkeuze
- vertegenwoordiging van cliënten die niet zelf kunnen beslissen.

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

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) moet de kwaliteit bevorderen van de zorg die beroepsbeoefenaren leveren. De wet BIG regelt dat middels titelbescherming, (her)registratie eisen en tuchtrecht. De wet is ook bedoeld om cliënten te beschermen tegen ondeskundig of onzorgvuldig handelen van individuele zorgverleners. Alleen zorgverleners die in het register staan mogen een beschermde titel voeren zoals die in de wet staat genoemd. De IGJ houdt toezicht op de opleidingsverplichting die medische beroepsbeoefenaren hebben om hun vakkennis op peil te houden. Daarnaast controleert de IGJ de naleving van artikel 40 uit de Wet BIG. Daarin staat onder andere dat een individuele medische beroepsbeoefenaar verantwoorde zorg moet leveren en aan kwaliteitsbewaking moet doen. In artikel 47 lid 2 Wet BIG wordt opgesomd welke beroepsgroepen onder het tuchtrecht vallen. In het medisch tuchtrecht staat de kwaliteit van het handelen van een individuele beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg centraal. Het doel van het tuchtrecht is dan ook de kwaliteit van het handelen van de individuele beroepsbeoefenaar te bewaken.

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

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

### 5.5. Wet Zorg en Dwang (WZD) en Wet verplichte ggz (Wvggz)

Vanaf 1 januari 2020 is de Wet verplichte ggz (Wvggz) en de WZD van kracht en is de Wet BOPZ vervallen. Deze wetten beogen de rechtspositie van cliënten te versterken aan wie tegen hun wil in zorg wordt verleend. Deze wetten zijn meer gericht op het voorkomen van verplichte zorg en het kiezen voor minder dwang.

## 6. Verantwoordelijkheden, bevoegdheden en onderlinge verhoudingen

De wetten in de gezondheidszorg leggen verantwoordelijkheden neer bij verschillende organen en personen binnen de instelling. De verantwoordelijkheid is tweeledig: de verplichting om taken naar beste vermogen uit te voeren én de verplichting om over de uitvoering van de taken verantwoording af te leggen. Om te zorgen dat iemand taken naar behoren kan uitvoeren en verantwoordelijkheid kan dragen, dienen taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden steeds met elkaar in evenwicht te zijn. In navolgend overzicht is terug te vinden hoe een en ander is geregeld bij sHL.

### 6.1. De Raad van Bestuur, de Directeur Advisium, managers Advisium en managers Polikliniek.

6.1.1. De instelling wordt bestuurd door de Raad van Bestuur (RvB) die uitdien hoofde verantwoordelijk is voor de totale zorg die wordt verleend.

6.1.2. De RvB heeft directeuren aangesteld aan wie de verantwoordelijkheid is gedelegeerd voor de aan hen toevertrouwde organisatorische eenheden. De LVB-GGZ-activiteiten van sHL vallen onder de organisatorische eenheid Advisium.

De Directeur Advisium (D.A.) is primair verantwoordelijk voor deze GGZ-activiteiten.

De D.A. heeft Managers Advisium (M.A.) aangesteld aan wie de verantwoordelijkheid is gedelegeerd voor de aan hen toevertrouwde organisatorische eenheden. De M.A hebben Managers Polikliniek (M.P) aangesteld aan wie de verantwoordelijkheid is gedelegeerd voor de aan hun toevertrouwde organisatorische eenheden.

De M.P legt verantwoording af aan de M.A. De M.A legt verantwoording af aan de D.A. De D.A legt verantwoording af aan de RvB. De RvB is eindverantwoordelijk.

Omwille van de leesbaarheid spreken we in de paragrafen 6.1.3. t/m 6.1.6 en 6.2.1. t/m 6.2.5 alleen van RvB, we bedoelen daarmee de in 6.1.2 opgetekende verantwoordelijkheidsstructuur.

6.1.3. De zorg dient doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht te zijn, aangepast naar de stand van de wetenschap en praktijk. En afgestemd op de behoeften van de cliënt. Dat wil zeggen een optimale inzet van beschikbare (financiële) middelen om de best mogelijke kwaliteit te bereiken. Om de verantwoordelijkheid te kunnen dragen, is de RvB bevoegd (organisatorische) richtlijnen en protocollen vast te stellen en aanwijzingen te geven die gelden voor de uitvoering van de zorg.

6.1.4. De RvB borgt en respecteert de professionele autonomie van de behandelaren zoals in dit professioneel statuut gedefinieerd.

6.1.5. De RvB verschaft de behandelaren, binnen de mogelijkheden van sHL, de noodzakelijke materiële en personele voorzieningen en scheidt organisatorische kaders en systemen, nodig voor een passende professionele beroepsuitoefening. Deze voorzieningen zullen op een zodanig peil worden gehouden dat een doeltreffende, doelmatige en cliëntgerichte zorg gewaarborgd blijft.

6.1.6. De RvB blijft bij afwezigheid van de behandelaren door ziekte, verlof of vakantie aansprakelijk voor de continuïteit van de zorg voor de cliënt die een behandelingsovereenkomst heeft met de instelling.

## 6.2. De behandelaren

De in paragraaf 6.1.2 opgetekende verantwoordelijkheidsstructuur is ook hier van toepassing.

6.2.1. De behandelaren ontlenen hun verantwoordelijkheid aan het deskundigheidsgebied waarvoor zij zijn opgeleid en dienen professioneel autonoom te kunnen handelen binnen de voor hen geldende professionele (en/of wetenschappelijke) standaard, met inachtneming van de met de instelling overeengekomen taken en hiërarchische en functionele indeling. Behandelaren voeren de taken uit in relatie tot de cliënt, zoals vastgelegd in het individuele behandelplan of zoals deze voortvloeit uit wet- en regelgeving.

Indien handelingen voorbehouden zijn aan een bepaalde behandelaar mogen deze alleen worden verricht door de behandelaar die daartoe zelfstandig bevoegd is.

6.2.2. De behandelaar is gehouden, en de RvB, ziet hierop toe, 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. Hij dient in dat kader zorg te dragen dat hij geregistreerd blijft in het voor hem geldende register als bedoeld in de Wet BIG of een vergelijkbaar erkend register. De RvB stelt de behandelaar in staat zijn bekwaamheid op peil te houden en daarvoor bij -en nascholing te volgen, ook in het kader van de (her-)registratie.

6.2.3. De behandelaar toetst zijn hulpverlenend handelen regelmatig aan de wetenschappelijke standaarden consensus binnen zijn beroepsgroep. De RvB ziet erop toe dat de behandelaren in de gelegenheid zijn regelmatig met elkaar te overleggen betreffende de vakinhoudelijke ontwikkeling, teneinde de kennis en kunde op peil te houden.

6.2.4. Een behandelaar schakelt, indien hij de grenzen van zijn bekwaamheid bij voortzetting van de behandeling zou overschrijden, in overleg met de regiebehandelaar een collega in die wel de bekwaamheid bezit, die dan gehouden is deze (specifieke) bekwaamheid/deskundigheid in te zetten.

6.2.5. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de behandelaar zijn vastgelegd in de functiebeschrijving, in het Kwaliteitsstatuut GGZ, in dit professioneel statuut, binnen vigerende wet- en regelgeving.

sHL biedt GGZ-behandeling conform de GGZ-kwaliteitstandaarden. Daarnaast conformeren ze zich aan de richtlijnen en standaarden die gelden binnen de beroepsvereniging waarbij zij zijn aangesloten. Omdat de meeste standaarden en richtlijnen in de GGZ niet specifiek ontwikkeld zijn voor de doelgroep die wij bedienen (LVB-GGZ) kan het voorkomen dat we er waar nodig beargumenteerd van af wijken.

## 6.3. Twee type regiebehandelaren

In het Landelijk kwaliteitsstatuut worden binnen het zorgproces twee centrale onderdelen onderscheiden:

1. de probleemanalyse, indicatiestelling met het vaststellen van een beschrijvende diagnose met classificatie, de best passende behandeling en reflectie daarop.
2. de behandeling zelf, waarbij goede coördinatie, reflectie en laagdrempelige bereikbaarheid van belang zijn.

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

### 1. De indicerende rol.

De indicerend regiebehandelaar analyseert het probleem, op basis van professionele kennis en ervaring, samen met de cliënt en eventueel met gebruik van deskundigheid van andere zorgverleners. Hij maakt een probleemanalyse, stelt een beschrijvende diagnose op met classificatie en maakt een behandelplan op hoofdlijnen voor behandeling. Tijdens de latere behandelfase wordt hij betrokken bij vastgelegde reflectiemomenten. Ook wordt hij betrokken bij ingrijpende wijzigingen in complexiteit van de situatie of vastlopen van de behandeling en stelt hij waar nodig een nieuw behandelplan op.<sup>6</sup>

### 2. De coördinerende rol.

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

Deze twee rollen gaan gepaard met verschillende taken en verantwoordelijkheden die elkaar aanvullen en versterken. Daarom zullen deze twee rollen vaak door twee verschillende zorgverleners worden ingevuld (de indicerend regiebehandelaar en de coördinerend regiebehandelaar).

In bepaalde gevallen kunnen beide rollen door één persoon worden ingevuld, bijvoorbeeld op verzoek van de cliënt of als deze zorgverlener over competenties voor beide rollen beschikt. Als beide rollen door dezelfde persoon worden uitgevoerd, vraagt de reflectie met de cliënt op de geleverde behandeling specifieke aandacht en speelt het lerend netwerk van de zorgverlener een belangrijke rol. Het is voor het uitvoeren van beide rollen essentieel dat de indicerend regiebehandelaar en coördinerend regiebehandelaar in direct contact een vertrouwensrelatie opbouwen met de cliënt.

Naast de indicerend of coördinerend regiebehandelaar spelen ook andere zorgverleners een cruciale rol bij het indiceren, coördineren, behandelen. Elke zorgverlener, al dan niet regiebehandelaar, heeft een waardevol aandeel in het zorgproces.<sup>7</sup>

## 6.4. Medebehandelaars

De medebehandelaar is de zorgverlener die uitvoering geeft aan (een deel van) de behandeling van de cliënt. Hij vervult daarbij niet de rol van indicerend of coördinerend regiebehandelaar, maar levert wel een bijdrage in het indiceren, coördineren en uitvoeren van de behandeling en begeleiding.

## 6.5. Ervaringsdeskundigen

Ook ervaringsdeskundigen spelen in de GGZ een belangrijke rol. De kracht van een ervaringsdeskundige ligt onder andere op de nadruk die zij leggen op herstel. Zij nemen daarbij het leven en de sociale context van de cliënt als vertrekpunt. Cliënten zien in de ervaringsdeskundige vaak een rolmodel. De medebehandelaar in de GGZ handelt in overeenstemming met de voor hem

---

<sup>6</sup> Bij 's Heeren Loo worden belangrijke beslissingen in het zorgproces altijd in het MDO (Multi Disciplinair team) gemaakt of bevestigd.

<sup>7</sup> Deze paragraaf is gebaseerd op Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, versie 15-12-20 pag 11.

geldende professionele (wetenschappelijke) standaard. Hij voert zijn aandeel in de behandeling 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.

## 6.6. Vier categorieën complexiteit

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ onderscheidt vier categorieën complexiteit van situaties (A, B, C en D) waartoe een zorgproces kan behoren. De complexiteit hangt af van zowel de complexiteit van de problematiek als van de complexiteit van het zorgaanbod.

De GGZ die sHL aanbiedt op haar LVB-GGZ poliklinieken valt in categorieën A en B.

Hieronder worden beide categorieën toegelicht.

### Categorie A

In deze categorie gaat het om situaties met een *laagcomplexe problematiek en een laagcomplex zorgaanbod*.

#### *Laagcomplexe problematiek*

*Bij laagcomplexe problematiek gaat het over psychische problemen waarbij na zorgvuldig ontrafelen goed is te voorzien welke behandeling nodig is. Er kunnen meerdere problemen spelen, maar de interactie tussen die problemen staat niet op de voorgrond. Standaarden helpen voldoende om na een grondige probleemanalyse te bepalen wat het best passende zorgaanbod is.*

#### *Laagcomplex zorgaanbod*

*Bij laagcomplex zorgaanbod gaat het over eenduidige vormen van behandeling, waarbij het beloop redelijk voorspelbaar is. Vaak gaat het over monodisciplinaire interventies van beperkte duur, maar dat hoeft niet altijd. Een laagcomplex zorgaanbod kan ook multidisciplinair en van lange duur zijn, als het beloop redelijk voorspelbaar is. Denk bijvoorbeeld aan een aanvankelijk hoogcomplex zorgaanbod, dat in een stabiele fase komt.*

### Categorie B

In deze categorie gaat het om situaties met een *hoogcomplexe problematiek en een laagcomplex zorgaanbod*:

#### *Hoogcomplexe problematiek*

*Bij hoogcomplexe problematiek gaat het over vaak ernstige psychische problemen waarbij het niet direct duidelijk is welke behandeling nodig is. Vaak spelen er meerdere psychische problemen, al dan niet met somatische of psychosociale multimorbiditeit, waarbij de interactie tussen die problemen of de ontwrichtende impact van de problemen op andere levensgebieden op de voorgrond staat. Standaarden helpen onvoldoende om na de probleemanalyse te bepalen wat het best passende zorgaanbod is.*

Zie categorie A voor beschrijving laagcomplexe zorgaanbod.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Deze paragraaf is gebaseerd op Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, versie 15-12-20 pag 9 en 10.

## 6.7. Categorieën complexiteit en regiebehandelaarschap

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ geeft per categorie aan welke regiebehandelaar (functionaris) passend is.

Maar veldpartijen constateren dat voor enkele onderdelen van het LKS een nadere duiding en doorontwikkeling nodig is om tot zorgvuldige implementatie in de praktijk van zowel ggz-aanbieders als zorgverzekeraars over te kunnen gaan. Hier gaan veldpartijen de komende periode mee aan de slag. Binnen het kader van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ geven de veldpartijen binnen het zorgprestatie-model daarom een tijdelijke invulling aan het regiebehandelaarschap in 2022. Deze tijdelijke invulling voorkomt interpretatieverschillen en biedt als het gaat om de bekostiging duidelijkheid aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De tijdelijke invulling geeft aan de nieuwe beroepen die in het LKS worden genoemd ruimte om als regiebehandelaar op te treden. De veldpartijen maken veldafspraken om het zorgprestatie-model zo goed mogelijk te laten werken. Dit geldt ook voor de onderstaande tijdelijke invulling van het regiebehandelaarschap in 2022.

Voor ggz-instellingen (sectie III, zorgprestatie-model setting 2 en hoger) geldt de volgende mogelijke inzet van regiebehandelaren in de generalistische basis ggz:

- GZ-psycholoog
- Klinisch psycholoog /klinisch neuropsycholoog
- Psychotherapeut
- Verpleegkundig specialist ggz
- Specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater: voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd met een GGZ hoofddiagnose
- Verslavingsarts KNMG: indien de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek betreft • Orthopedagoog-generalist: voor diagnostiek, behandeling en geneeskundige begeleiding van patiënten in een (complexe) persoonlijke afhankelijkheidsrelatie met (complexe) leer-, gedrags- of ontwikkelingsproblemen, als deze ten laste van de Zvw-gefinancierde geneeskundige ggz of forensische zorg komen. Het merendeel van de patiënten die ten laste van de Zvw of Wfz komen zijn jongvolwassenen en patiënten met bijkomende verstandelijke beperkingen.
- Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige: in de coördinerende rol in de chronische basis-ggz (zorgprestatie-model setting ambulantly sectie III – monodisciplinair); stelt niet de psychiatrische diagnose, noch de medische indicatie. Stelt niet het initiële behandelplan op, maar kan deze wel op meer gedetailleerd niveau uitwerken vanuit de sociaal psychiatrisch verpleegkundige diagnostiek en behandeling

Voor ggz-instellingen (sectie III, zorgprestatie-model setting 2 en hoger) geldt de volgende mogelijke inzet van regiebehandelaren in de gespecialiseerde ggz:

- Psychiater
- Klinisch psycholoog
- Verslavingsarts KNMG: indien de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek betreft • Specialist ouderengeneeskunde of Klinisch geriater: voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd met een GGZ hoofddiagnose
- Psychotherapeut
- Klinisch neuropsycholoog
- GZ-psycholoog
- Verpleegkundig specialist ggz
- Physician Assistant: Indien dit behoort tot het deskundigheidsgebied GGZ van de Physician

Assistent. Er is sprake van somatische problematiek, die in relatie staat tot de psychiatrische problematiek binnen een multidisciplinaire setting. Gezien het deskundigheidsgebied van de Physician Assistant is hij/zij werkzaam binnen een samenwerkingsverband waar tenminste één psychiater deel van uitmaakt.

- Orthopedagoog-generalist: voor diagnostiek, behandeling en geneeskundige begeleiding van patiënten in een (complexe) persoonlijke afhankelijkheidsrelatie met (complexe) leer-, gedrags- of ontwikkelingsproblemen, als deze ten laste van de Zvw-gefinancierde geneeskundige ggz of forensische zorg komen. Het merendeel van de patiënten die ten laste van de Zvw of Wfz komen zijn jongvolwassenen en patiënten met bijkomende verstandelijke beperkingen.
- Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige: in de coördinerende rol in de zorgprestatie model setting outreachend; stelt niet de psychiatrische diagnose, noch de medische indicatie. Stelt niet het initiële behandelplan op, maar kan deze wel op meer gedetailleerd niveau uitwerken vanuit de sociaal psychiatrisch verpleegkundige diagnostiek en behandeling.

### 6.8. Escalatieprocedure

In het geval dat de (regie)behandelaren niet tot overeenstemming kunnen komen over de inhoud en uitvoering van het behandelplan, wordt gehandeld conform de escalatie procedure:

1. Bij verschil van mening of inzicht over de behandeling wordt de casus ingebracht in het MDO.
2. Mocht er geen overeenstemming bereikt worden in het MDO, dan wordt de casus voorgelegd aan de hoogste behandelfunctionaris, doorgaans is dit een psychiater/klinisch psycholoog.
3. Deze hoogste behandelfunctionaris hoort alle partijen en doet, na overleg met de betreffende M.P, M.A. en D.A., een bindende uitspraak.

Bovenstaande stappen (van begin verschil van mening tot aan uitspraak) worden schriftelijk vastgelegd.

### 6.9. Aansprakelijkheidsverzekering

sHL heeft conform artikel 3.4 van de CAO Gehandicaptenzorg (2019-2021) een verzekeringsovereenkomst voor schade afgesloten, die de civiele aansprakelijkheid van de werknemer dekt wegens dood, lichamelijk letsel en/of zaakschade, aan derden toegebracht in de uitoefening van zijn functie, met inbegrip van schade toegebracht aan derden door degene die door de werknemer in opdracht van de werkgever in de werksituatie wordt begeleid. De werkgever vrijwaart de werknemer voor aansprakelijkheid ter zake en ziet af van de eventuele mogelijkheid van regres op de werknemer. Eén en ander behoudens voor de gevallen dat de schade het gevolg is van opzet of bewuste roekeloosheid van de werknemer.

### 6.10. Rechtsbijstand bij interne/externe klachtenprocedure

sHL voorziet conform artikel 3.6 van de CAO Gehandicaptenzorg (2019-2021) in adequate rechtsbijstand indien de werknemer wordt betrokken in een in- of externe klachtenprocedure, inclusief tuchtrechtprocedure, tenzij er sprake is van nalatigheid of bewuste roekeloosheid.

Indien de nalatigheid of bewuste roekeloosheid niet vaststaat, voorziet de werkgever in adequate rechtsbijstand. Blijkt na de (klachten-/tuchtrecht-)procedure dat er sprake is geweest van nalatigheid dan wel bewuste roekeloosheid, dan kan de werkgever besluiten de kosten verbonden aan de verleende rechtsbijstand te verhalen op de werknemer.

Artikel 3.6 heeft geen betrekking op strafrechtelijke procedures.