

Professioneel Statuut Parnassia Groep

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 Landelijke Kwaliteitsstatuut geeft.

Met dit professioneel statuut worden in de zorgbedrijven en de teams 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.

Inhoud

1. Doel	1
Inhoud.....	1
2. Leeswijzer	4
2.1. Totstandkoming en beheer.....	4
2.2. Tekstuele keuzes.....	4
2.3. Levend document	5
3. Inleiding	6
3.1. Formeel kader, definitie en relatie van het professioneel statuut tot kwaliteitsstatuut	6
3.2. Gehanteerde termen en hun definities.....	6
3.3. Bestuurlijke verantwoordelijkheden bij de inrichting van zorg (governance).....	9
3.4. Het professioneel statuut is van en voor hulpverleners.....	10
3.5. Elementen van goede zorg.....	11
3.6. Het netwerk.....	13
3.7. De complexiteitsassen	13
3.8. Vier categorieën van complexiteit van situaties	14

4.	De verantwoordelijkheidsverdeling binnen het zorgproces.....	15
4.1.	Inleiding.....	15
4.2.	De cliënt	15
4.3.	De hulpverlener.....	15
4.4.	Indicerend en coördinerend regiebehandelaar	16
4.5.	Verantwoordelijkheden regiebehandelaren in het zorgproces.....	17
4.6.	Multidisciplinair overleg.....	20
4.7.	Monodisciplinair werken.....	21
4.8.	Medebehandelaar	22
4.9.	Cliëntendossier	22
4.10.	Regiebehandelaar; keuzevrijheid en overdracht	23
4.11.	Consultatie	24
4.12.	Crisisbeoordelingen.....	25
4.13.	Meerdere voorschrijvers van medicatie	25
4.14.	De zorgverantwoordelijke onder de Wvggz.....	26
4.15.	Meningsverschillen	28
4.16.	Digitalisering.....	29
5.	Nadere invulling diverse rollen	30
5.1.	Invulling regiebehandelaarschap	30
5.2.	Afspraken rondom medebehandelaarschap.....	33
5.3.	Geneesheer-directeur	33
5.4.	Ervaringsdeskundigheid.....	33
6.	Kennis.....	36
6.1.	Inleiding.....	36
6.2.	Opleidingen	36
6.3.	Onderzoek.....	38
6.4.	Lerende netwerken	42
7.	Kwaliteitsmanagement.....	43
7.1.	Principes, sturen op inhoud en bedrijfsvoering.....	43
7.2.	Beleid en spelregels; kwaliteitssysteem en teamhandboek	44
8.	Evaluatie	46
	Bijlage 1. Verantwoordelijkheid vanuit wet- en regelgeving.....	47
1.	Algemene principes.....	47
1.1.	Goed hulpverlenerschap en de rangorde der dingen.....	47
1.2.	Bevoegdheden en de bekwaamheidstoetsing	47
2.	Verantwoordelijkheid hulpverleners op grond van de wet BIG	47



3.	Verantwoordelijkheid instelling op grond van de Wkkgz	48
4.	Verantwoordelijkheid op grond van de WGBO	49
5.	Verantwoordelijkheid op grond van de Wvggz.....	49
6.	Verantwoordelijkheid op grond van de Wet zorg en dwang.....	50
7.	Verantwoordelijkheid op grond van het Wetboek van Strafrecht	51
8.	Verantwoordelijkheid op grond van de Jeugdwet	51
9.	Verantwoordelijkheid op grond van de Wmo.....	51
10.	Verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg	51

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 de voorzitter van het college geneesheren-directeur 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 de versie 2023 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 Brijder, i-psy, PsyQ, Triora
- Zorgbedrijf Indigo
- Zorgbedrijf Parnassia en Reakt
- Zorgbedrijf Youz
- Stichting 1nP
- College geneesheren-directeur
- Parnassia Groep Academie
- Verpleegkundige en agogische staf
- Medische staf
- Ervaringswerkers adviesraad
- Psychologische staf
- Verslavingsartsenraad
- Centrale Cliëntenraad
- Centrale Ondernemingsraad
- Familieraden

Betrokken experts:

- Juridisch adviseur bureau geneesheer-directeur
- Adviseur kenniscentrum zorgadministratie, professionele diensten
- Directeur Youz
- 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;

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



- 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.
- We willen zo veel mogelijk linken invoegen naar achtergronden, documenten, instructies, ed. binnen en buiten Parnassia Groep.

3. Inleiding

3.1. 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.²

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 indicierend en coördinerend 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.³

Verhouding professioneel statuut Parnassia Groep en kwaliteitsstatuut Parnassia Groep

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.⁴

Verschillen kunnen optreden in formuleringen door de verschillende primaire doelgroep: het kwaliteitsstatuut is geschreven voor cliënten, het professioneel statuut kent onze collega's⁵ als doelgroep. Ook zijn de documenten verschillend omdat voor het kwaliteitsstatuut gebruik gemaakt moet worden van een standaard-format.

3.2. 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:

² Stuurgroep professioneel statuut, december 2022

³ Zorginstituut Nederland, december 2020, <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut>

⁴ Stuurgroep professioneel statuut, december 2022

⁵ Al dan niet hulpverlenend.

	patiënt, bewoner, klant en elke andere benaming voor iemand die hulp ontvangt.
Collega	Persoon die werkzaamheden verricht voor Parnassia Groep. Hieronder vallen 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 ⁶
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.
Evalueren	Falsificeerbaar 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; ook te definiëren als de zorgzwaarte en de complexiteit van zorg. In tabel 5.1.1 onderscheiden we settingen volgens ZPM en settingen volgens het professioneel statuut, welke met elkaar in verband worden gebracht.

⁶ Zie [GGZ Landelijk Kwaliteitsstatuut | Zorginzicht](#)

Soorten settingen volgens het zorgprestatie­model	Een consult wordt volgens ZPM ingedeeld in een van de volgende settingen: 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)
Multidisciplinaire zorg	Buiten de regiebehandelaar hebben meerdere verschillende beroepen tijdens de behandelfase contact met de cliënt, en deze disciplines werken binnen de behandeling met elkaar aan de behandeldoelen, en de noodzaak van de inzet van de verschillende disciplines blijkt uit de doelen van het individueel behandelplan. Zie ook paragraaf 4.6.
Monodisciplinaire zorg	Zorg die hoofdzakelijk vanuit één discipline geleverd wordt. Dat betekent niet dat de cliënt maar door één discipline wordt gezien (buiten de betrokkenheid regiebehandelaar). Deze setting geldt ook als bijvoorbeeld andere disciplines ondersteunen in de diagnostiek of als de regiebehandelaar een andere discipline vertegenwoordigt. Zie ook paragraaf 4.7.
Outreachende zorg	Multidisciplinaire zorg die in samenspraak met de betrokkene en/of diens netwerk wordt geleverd. Het team kan op flexibele wijze de zorg op- en afschalen indien noodzakelijk. Indien nodig wordt de zorg op proactieve wijze geleverd als de cliënt (tijdelijk) zorgmijndend is en diens psychische toestand dat rechtvaardigt. Hoofddoel is stabilisering door middel van behandeling en begeleiding, en herstel door rehabilitatie in de maatschappij.
Klinische zorg	Zorg waarbij de cliënt is opgenomen in een behandelvoorziening
Forensische zorg	Geestelijke gezondheidszorg en/of verslavingszorg welke onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel. Forensische zorg wordt meestal door de rechter opgelegd als onderdeel van een straf en/of maatregel aan iemand met een psychiatrische stoornis die een strafbaar feit heeft gepleegd.
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 generieke module acute psychiatrische hulpverlening (GMAP).
GMAP	De module acute psychiatrie (GMAP) is een kwaliteitstandaard die de inhoud en organisatie van hulpverlening beschrijft voor mensen in een crisissituatie, die vermoedelijk een acute psychische stoornis hebben. ⁷
HIC	High & Intensive Care (HIC) is een intensieve, klinische behandeling die ervoor zorgt dat mensen in een psychiatrische crisis zo snel mogelijk stabiliseren
Hoogspecialistische zorg	Zorg die is bestemd voor cliënten met complexe ernstige, en/of zeldzame psychische aandoeningen voor wie basis of specialistische diagnostiek en/of behandeling in de ggz onvoldoende resultaat heeft geboden of naar verwachting zal bieden.

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

3.3.1. 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 kwaliteitssysteem⁸.

3.3.2. 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 Groepbrede 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 Wvggz 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.

De raad van bestuur is als voorzitter van het overleg zorg aanspreekpunt voor deze taak van het overleg zorg, samen met de geneesheer-directeur Parnassia Groep als voorzitter van het college geneesheren-directeur. Als derde persoon is een portefeuillehouder binnen het overleg zorg aangewezen onder de directeurs zorg.

3.3.3. 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

⁷ [GGZ Acute psychiatrie | Zorginzicht](#)

⁸ Zie [Bestuurlijke verantwoordelijkheden kwaliteit en veiligheid](#)

ook hoofdstuk 7 Kwaliteitsmanagement). Op deze manier willen we de inbreng van beide elementen in samenhang borgen.

3.3.4. 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.

3.3.5. 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. Ervaringswerkersadviesraad
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.

Professionele zeggenschap is binnen de instelling nog niet op het niveau dat we zouden willen: als onmisbare en niet-te-missen schakel in het besturingsproces. Staven en lijnorganisatie maken samen in hoog tempo grote stappen, maar dit onderwerp zal de komende jaren positieve aandacht behoeven.

3.4. 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 leidinggevend 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 BIG (Beroepen Individuele Gezondheidszorg) 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.⁹

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 behandelresultaat¹⁰. 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

⁹ Zie intranet Parnassia Groep [Ons plan](#)

¹⁰ 40-60% verbeterd effect, zie *Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review* - McFarlane - 2016 - *Family Process* - Wiley Online Library

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.

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 meldcode¹¹ 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, eengerelateerd geweld. Ook is het afnemen van de kind check 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. Het is onderdeel van de meldcode, echter 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 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. Drie 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. De cliënt en de hulpverlener(s) moeten overeenstemming bereiken over de uiteindelijke keuze.

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, zoals de (on)mogelijkheden bij het betrekken van familie en bij in ieder geval het opstellen en bespreken van behandelplannen en crisis-signaleringsplannen.

¹¹ Zie kwaliteitssysteem: [Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld](#)

Hierbij zijn Parnassia Groep en haar hulpverleners transparant over de mogelijkheden en onmogelijkheden van haar aanbod, over hoe de zorg is georganiseerd en welke hulpverlener welke verantwoordelijkheden heeft, over de wachtlijsten, 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 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 wil stimuleren dat geïnvesteerd wordt in duurzame en betekenisvolle netwerken, ook (of misschien zelfs juist) binnen Parnassia Groep zelf. Dit is een opdracht die geldt maar 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.

Veel netwerken kennen netwerkpartners van buiten Parnassia Groep (huisartsen, gemeentes, andere ggz-organisaties, ziekenhuizen, politie, jeugdzorg en vele, vele 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 hanteren we in alle gevallen 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 moeten afspraken worden gemaakt en deze moeten adequaat worden 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 staan. 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. De complexiteitsassen

In het Landelijk Kwaliteitsstatuut wordt langs twee assen de complexiteit van de zorg bepaald:

3.7.1. Complexiteit van de problematiek

- Laagcomplex: enkelvoudige problematiek waarbij de behandeling duidelijk en beschikbaar is. Er kunnen meerdere problemen zijn, de interactie hiertussen staat echter niet op de voorgrond.
- Hoogcomplex: ernstige problematiek met een hoge mate van co- en/of multi-morbiditeit op diverse gebieden.

3.7.2. Complexiteit van het zorgaanbod

- Laagcomplex: voorspelbaar aanbod. Vaak kortdurend en monodisciplinair.
- Hoogcomplex: dynamische interventies met een weinig voorspelbaar beloop. Over het algemeen multidisciplinair en van lange duur waarbij voortdurende reflectie en structureel verbeteren aangewezen is.

3.8. Vier categorieën van complexiteit van situaties

Op basis van de assen zijn denkbeeldige categorieën te maken waarmee inzichtelijk wordt dat eisen aan de zorg veranderen door complexiteit.

LKS complexiteits-assen	Laagcomplex aanbod	Hoogcomplex aanbod
Laagcomplex problematiek	Categorie A	<i>Inefficiënte zorg</i>
Hoogcomplex problematiek	Categorie B	Categorie C
Categorie D <i>(Crisissituaties waarbij direct situatief-reactief handelen vereist is, vaak op meerdere gebieden en door meerdere personen)</i>		

3.8.1. Toepasbaarheid in de praktijk

Omdat er op landelijk niveau nog erg veel onduidelijkheid is over de toepasbaarheid van de complexiteitsassen en -categorieën, kiest Parnassia Groep om voorlopig geen invulling te geven aan dit onderdeel van het landelijk kwaliteitsstatuut.

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.
- Het werkgebied van de hulpverlener wordt zowel bepaald door de competentie die door professionele opleiding en ervaring zijn verworven als door de functie die binnen die competenties vervuld zijn.
- De hulpverlener is voor de cliënt aanspreekbaar op het handelen.
- De hulpverlener is verantwoordelijk voor zorg die 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 helder zijn.
- Als meerdere zorgteams betrokken zijn bij de hulpverlening aan een cliënt, ongeacht of deze van binnen of buiten instelling zijn, dient in elk behandelplan vastgelegd te worden 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 te reflecteren op het werk als indicierend of coördinerend regiebehandelaar in een lerend netwerk. 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, desondanks wil Parnassia Groep aandrigen op lerende netwerken waarin alle relevante hulpverleners deelnemen, niet alleen de regiebehandelaren. Zie verder paragraaf Lerende netwerken.
- De hulpverlener kan deelnemen aan een professionele staf. Parnassia Groep kent de [Verpleegkundige en agogische staf](#) (VAS), [Medische staf](#) (MS), [Ervaringswerkers adviesraad](#) (EAR) 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.
- In overeenstemming met de eisen van de beroepsgroep en de eisen van het LKS, is iedere hulpverlener verantwoordelijk voor zijn eigen (tijds) 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. Indicerend en coördinerend regiebehandelaar

Binnen het zorgproces kunnen twee centrale onderdelen worden onderscheiden, de indicatiefase en de behandelfase, met daarnaast de zorgtoewijzing die aan de indicatiefase voorafgaat en de reflectie of evaluatie die op gezette tijden of zo nodig tussendoor plaatsvindt (en indien geïndiceerd gevolgd door afsluiten).

- I. **Indicatiefase:** de probleemanalyse, indicatiestelling met het vaststellen van een diagnose, de best passende behandeling en reflectie daarop;
- II. **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 volgorde-lijk overlappen, maar kennen eigen kwaliteitsaspecten die voor de regievoering verschillende competenties vereisen.

Hieruit volgt dat er twee rollen te onderscheiden zijn, de indicerende rol en de coördinerende rol.

- I. *De indicerende regiebehandelaar.* De regiebehandelaar in deze rol analyseert op basis van professionele kennis en ervaring samen met de cliënt en naasten het probleem, zo nodig

met anderen en andere deskundigen. De regiebehandelaar draagt zorg voor een probleemanalyse, een diagnose en stelt een behandelplan op hoofdlijnen voor behandeling op. Uitgangspunt is een herstelgerichte insteek en persoonsgerichte benadering waarbij de uiteindelijke gezamenlijke keuze gebaseerd op actuele wetenschappelijke kennis (evidence based), de expertise van de hulpverlener (expert based) en de ervaring van de cliënt en diens sociale omgeving (experience based) en waarbij kennis over doelmatigheid van zorg wordt meegewogen.

- II. *De coördinerende regiebehandelaar.* De regiebehandelaar zorgt in deze rol voor goede afstemming en coördinatie van het zorgaanbod en samenwerking tussen de betrokken hulpverleners uit verschillende disciplines. Waar nodig werkt de coördinerend regiebehandelaar het behandelplan op meer gedetailleerd niveau uit. Daarnaast reflecteert de coördinerende regiebehandelaar regelmatig samen met de cliënt en zo mogelijk zijn naasten op de behandeling en begeleiding, stelt waar nodig het behandelplan bij en beëindigt de behandeling als deze verloopt zoals verwacht en vastgelegd in het behandelplan. De coördinerende regiebehandelaar is het centrale aanspreekpunt voor de cliënt en zijn naasten.

De indicierend regiebehandelaar is primair verantwoordelijk en de coördinerend regiebehandelaar subsidiair verantwoordelijk dat een overdracht van de cliënt van indicierend naar coördinerend regiebehandelaar adequaat en bij voorkeur warm geschiedt.

Als beide rollen door dezelfde hulpverlener worden ingevuld, zoals gebruikelijk kan zijn bij kortere trajecten, worden er afspraken gemaakt om te zorgen dat reflectie, evaluatie en escalatie in voldoende mate kunnen plaatsvinden in het lerende netwerk. Het participeren in een lerend netwerk is in dit geval de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar, management is gehouden om dit mogelijk te maken en te ondersteunen.

De indicierend regiebehandelaar blijft bij voorkeur de gehele behandeling beschikbaar bij vragen van de coördinerend behandelaar of bij onverwachte wijzigingen inde behandeling (crisis, nieuwe zorgvragen). Zie verder *paragraaf 4.11. Consultatie*.

4.5. Verantwoordelijkheden regiebehandelaren in het zorgproces

In dit statuut wordt onderscheid gemaakt tussen

1. Zorgtoewijzing;
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. Zorgtoewijzing

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 behandelcontact¹². De cliënt en de naasten worden geïnformeerd over het zorgproces (website, folders, mondeling, cliëntportaal, etc.).

¹² 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.

4.5.2. Indicatiefase

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

Voor de indicerende 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, verwijst de indicierend regiebehandelaar terug naar de huisarts of adviseert een andere zorgaanbieder met een beter passend zorgaanbod (bijvoorbeeld een andere specifieke deskundigheid) of een aanbod of hulpbron buiten de zorg;
- 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 behandelplan¹³;
- De cliënt dient toestemming voor het behandelplan te geven en dit wordt geregistreerd in diens dossier;
- Mocht de cliënt niet direct na diagnostiek in behandeling kunnen worden genomen, dan is de indicierend regiebehandelaar de eerstverantwoordelijke hulpverlener voor de zorg van de cliënt in de tussenliggende periode. De indicierend regiebehandelaar gaat hierbij na welke tussentijdse zorg nodig en mogelijk is voor de cliënt;
- Wanneer er wachttijd voor de behandeling is, wordt afgesproken hoe de cliënt zo nodig om hulp kan vragen;
- De cliënt kan altijd om een second opinion vragen;
- Uitkomst kan ook zijn dat cliënt wordt terugverwezen naar de huisarts of wordt doorverwezen naar elders;

¹³ Het op schrift stellen van het behandelplan of andere dossierstukken kan worden gedelegeerd, de verantwoordelijkheid hierover blijft bij de regiebehandelaar.

- Schriftelijk terugkoppelen aan de verwijzer als het behandelplan is vastgesteld. Hiervoor dient expliciete toestemming gegeven te worden door de cliënt;
- In het behandelplan worden ook de afspraken opgenomen wanneer er meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd betrokken zijn bij de behandeling van de cliënt. Ook worden eventuele crisisafspraken opgenomen;
- De behandelverantwoordelijkheid en de verdeling van taken wordt vastgelegd in het behandelplan. Ook als er meerdere afdelingen betrokken zijn, wordt de behandelverantwoordelijkheid eenduidig belegd; er is altijd maar een coördinerend regiebehandelaar voor het gehele traject. Met de cliënt en zo mogelijk diens naasten wordt besproken hoe te handelen wanneer de toestand wijzigt;
- Bij verschillende meningen of inzichten over de in te stellen behandeling heeft de indicerende regiebehandelaar de doorslaggevende stem. Dit gebeurt altijd in samenspraak en met instemming met de cliënt, tenzij dit niet mogelijk is. In dat geval dient te worden overwogen of er grond is voor verplichte zorg op basis van de Wgbo of Wvvgz (of Wzd).

3. Evaluatie

- De uitkomst van de indicatiefase wordt besproken met cliënt (en naasten) en is onderwerp van reflectie en evaluatie. Zie ook *paragraaf 4.6 Multidisciplinair overleg*.

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 coördinerende regiebehandelaar.

Op een rijtje gezet is de coördinerende 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.
 - Zo vaak als nodig en tenminste eens per jaar met de cliënt en diens naasten het beloop van de behandeling evalueren.
 - Fungeren als contactpersoon voor de cliënt en diens naasten, als er veranderingen zijn in de behandeling of als er een wisseling van hulpverleners plaatsvindt.
 - Zorgen dat vervanging of opvolging geregeld is bij (ongeplande) afwezigheid van de coördinerende regiebehandelaar.
2. Coördinatie
 - Toezien op de uitvoering van het opgestelde behandelplan.
 - Waar nodig op meer gedetailleerder 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 coördinerend 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.
 - 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.
 - 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, betreft de coördinerend regiebehandelaar de indicierend regiebehandelaar, zie verder bij *paragraaf 4.11. Consultatie*.
 - 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. Multidisciplinair overleg

Onder multidisciplinaire hulpverlening verstaan we: *Buiten de regiebehandelaar hebben meerdere verschillende beroepen tijdens de behandelfase contact met de cliënt, en deze disciplines werken binnen de behandeling met elkaar aan de behandeldoelen, en de noodzaak van de inzet van de verschillende disciplines blijkt uit de doelen van het individueel behandelplan.* Veelal wordt een structureel overleg waaraan verschillende disciplines deelnemen en waarin cliënten worden besproken, het multidisciplinair overleg (mdo) genoemd. Let wel: ook een ongepland overlegmoment tussen verschillende disciplines met als doel de multidisciplinaire bespreking en toetsing valt onder de definitie.

4.6.1. Meervoudige zorgvragen

- Als de coördinerend regiebehandelaar geen psychiater of klinisch (neuro)psycholoog is, dan is er *op indicatie* een overlegmoment van de regiebehandelaar met een psychiater of klinisch (neuro)psycholoog. Dit is indien mogelijk de indicierend regiebehandelaar.
- 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.

4.6.2. 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.

4.6.3. 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 4.11. Consultatie*.
- Als de regiebehandelaar geen psychiater of klinisch (neuro)psycholoog is, dient de regiebehandelaar rekening te houden met tijdig en in voldoende mate kunnen betrekken van een psychiater of klinisch (neuro)psycholoog. Dit betekent dat aantoonbaar geregeld dient te zijn dat de beschikbaarheid is geborgd.
- 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.

4.6.4. 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 coördinerend 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.

4.7. Monodisciplinair werken

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). Deze setting geldt ook als bijvoorbeeld andere disciplines ondersteunen in de diagnostiek of als de regiebehandelaar een andere discipline

vertegenwoordigt. Ook de monodisciplinair werkende collega's werken in teams¹⁴, 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. Bij matige problemen is er sprake van waarneembare beperkingen, bij ernstige problemen is er sprake van veel symptomen van het ziektebeeld en uitval en/of substantiële beperkingen in functioneren.
- 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 enkelvoudige zorgvraag (geen comorbiditeit 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 enkelvoudige hulpvraag is in de regel meestal korter dan een jaar. Deze cliënten zullen daarom in de regel niet multidisciplinair besproken worden als daar geen aanleiding voor is. Zie ook *paragraaf 4.11. Consultatie*.
- Een aparte doelgroep die behandeld kan worden binnen monodisciplinair 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.

4.8. Medebehandelaar

- Een medebehandelaar is een hulpverlener die betrokken is bij de behandeling anders dan als regiebehandelaar. De medebehandelaar:
 - Volgt het behandelbeleid zoals dit is vastgelegd in het behandelplan;
 - Draagt zorg voor een adequate en professionele uitvoering van het eigen deel van het behandeltraject, inclusief registratie en administratie;
- De hulpverlener, ongeacht rol of positie, is gehouden om te eigenstandig handelen als kwaliteit en veiligheid van zorg aan de cliënt gecompromitteerd zijn of bedreigd worden. Hierbij hoort een tijdige escalatie naar de regiebehandelaar en indien nodig naar het management en/of geneesheer-directeur. Zie ook [bijlage 1, goed hulpverlenerschap](#). Ook in geval van twijfel dient altijd hulp ingeroepen te worden van regiebehandelaar, management en/of geneesheer-directeur.

4.9. Cliëntendossier

- De cliënt heeft rechten zoals beschreven in het [Protocol Patiëntendossier Parnassia Groep](#), 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.

¹⁴ Binnen Parnassia Groep wordt vinden monodisciplinair behandelingen vooral plaats binnen de zorgbedrijven Indigo, PsyQ, Brijder, i-psy en 1nP

- Voor overige zaken rondom het dossier wordt verwezen naar het dossierreglement Parnassia Groep.

4.10. 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. Dit geldt logischerwijs vooral de coördinerend regiebehandelaar, aangezien de indicerend regiebehandelaar korter bij het behandeltraject betrokken is. Een wisseling van hulpverlener als de indicerend en coördinerend regiebehandelaar niet dezelfde persoon zijn, zien we niet als onwenselijk. 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.
- Wanneer in de fase van de behandeling – waarbij de indicerende regiebehandelaar niet (meer) actief betrokken is bij de behandeling – de indicerende regiebehandelaar vertrekt, dient er altijd een nieuwe indicerend regiebehandelaar aangewezen te worden. Hierdoor is duidelijk wie de coördinerend regiebehandelaar kan consulteren als hier een reden voor is. Het staat de nieuwe indicerend regiebehandelaar vrij om alvast kennis te maken met de cliënt. Hier is geen strikte noodzaak toe aangezien er nog geen verantwoordelijkheid op deze nieuwe indicerend regiebehandelaar rust.
- Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling tussen behandelaren heeft de indicerend regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem, echter niet eerder dan nadat alle betrokken deskundigen gehoord zijn. Zie verderop in het statuut voor die situatie waarbij een verschil van mening of inzicht niet op deze manier kan worden opgelost.
- De regiebehandelaar draagt niet de verantwoordelijkheid voor de door andere hulpverleners tijdens het behandeltraject 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 coördinerend 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.

4.11. Consultatie

In deze paragraaf staan situaties beschreven waarin een hulpverlener een andere hulpverlener moet consulteren. 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.

Algemene regels bij het invoeren van consultatie:

- De *vragende* hulpverlener is verantwoordelijk voor het actief informeren van de te consulteren collega.
- De consulterende en geconsulteerde hulpverlener bepalen in gezamenlijkheid beoordeeld of de cliënt ook gezien moet worden. De verantwoordelijkheid voor het besluit hierover ligt bij de geconsulteerde.¹⁵
- De geconsulteerde hulpverlener kan op basis van bevoegdheden voortvloeiend uit wet- en regelgeving casu quo dit statuut besluiten om de cliënt te zien zonder dat dit gevraagd is of (een specifiek deel van) de behandeling waarop de consultvraag betrekking heeft, over te nemen. Dit is alleen mogelijk na overleg met de regiebehandelaar.
- Bij twijfel wordt altijd voor de zekerheid consultatie gevraagd.

4.11.1. Raadplegen van de coördinerend of indicierend regiebehandelaar

- i) Een hulpverlener raadpleegt in ieder geval de coördinerend regiebehandelaar:
 - Wanneer de cliënt om een gesprek met de coördinerend regiebehandelaar vraagt.
 - Bij andere ontwikkelingen die niet in het behandelplan zijn voorzien.
- ii) De coördinerend regiebehandelaar raadpleegt in ieder geval de indicierend regiebehandelaar:
 - Wanneer de behandeling stagneert of er een andere niet voorziene ontwikkeling is in de behandeling, bijvoorbeeld bij een verslechtering van de problematiek.^{16,17}
 - Wanneer er sprake is van verbetering van de symptomen zodanig dat de behandeling waarschijnlijk eerder afgesloten kan worden.

4.11.2. Raadplegen van een specifieke rol of discipline

- i) De regiebehandelaar betreft de geneesheer-directeur¹⁸:
 - Wanneer er sprake is van een risicovolle ontwikkeling waarbij overwogen wordt het beroepsgeheim te doorbreken.
 - Bij een suïcide of een tentamensuïcide met ernstige gevolgen, zie Melding interne calamiteiten in het kwaliteitssysteem.
- ii) Als de regiebehandelaar geen psychiater, klinisch (neuro)psycholoog of in specifieke gevallen verpleegkundig specialist ggz of verslavingsarts KNMG is, is consultatie van een van deze disciplines aan de orde:

¹⁵ Als de geconsulteerde hulpverlener besluit de cliënt niet zien, ondanks een verzoek daartoe van de regiebehandelaar, dient dit besluit gemotiveerd en gedocumenteerd te worden.

¹⁶ Als de indicierend regiebehandelaar niet meer beschikbaar is, ligt de verantwoordelijkheid bij het management om zorg te dragen dat een andere hulpverlener met de benodigde kwalificaties beschikbaar is voor de vragen van de coördinerend regiebehandelaar.

¹⁷ Als indicierend regiebehandelaar en coördinerend regiebehandelaar dezelfde persoon zijn, overlegt de regiebehandelaar met een collega die over de kwalificaties voor indicierend regiebehandelaar beschikt.

¹⁸ Over het algemeen zal ook de manager zorg betrokken worden

- Wanneer er gevaar dreigt voor anderen of voor de cliënt (waaronder suïcidegevaar, in ieder geval vanaf ambivalent).
 - In geval van indicatiestelling voor een klinische opname of ontslag.
- iii) 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 Wvggz noodzakelijk is en voor alle situaties waarin een Wvggz kader of een Wvggz beslissing overwogen wordt.¹⁹
 - Als er sprake is van een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding.
- iv) Een regiebehandelaar raadpleegt in ieder geval een andere regiebehandelaar²⁰ in de volgende gevallen:
- Een psychiatrisch ziektebeeld waar sprake is van verergering, wijziging van de symptomen of onverwacht uitblijven van verbetering en er een vermoeden bestaat op somatische comorbiditeit, als een lichamelijke ziekte of klacht de diagnostiek compliceert
 - Indien ontslag uit opname, anders dan in het behandelplan voorzien, overwogen wordt. In dit geval is sowieso (ook) consultatie van de indicierend regiebehandelaar aangewezen.
 - Alle gevallen waarin twijfel is gerezen en de regiebehandelaar consultatie en collegiale steun nodig heeft.

4.12. Crisisbeoordelingen

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

4.13. 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 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.

¹⁹ Hierbij geldt dat beslissingen i.h.k.v. Wvggz aan de psychiater zijn en een deel daarvan aan de geneesheer-directeur

²⁰ De te consulteren regiebehandelaar beschikt over de juiste kwalificaties binnen het betreffende deskundigheidsgebied.

3. Indien het gaat om medicatie buiten het eigen kennisgebied is overleg met een andere voorschrijver aangewezen.²¹

4.14. 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 er dient 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 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 zorgmachtiging in zijn geheel is aan de geneesheer-directeur, de zorgverantwoordelijke kan daartoe verzoeken. De zorgverantwoordelijke kan nooit 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.

4.14.1. 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

²¹ 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](#)

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 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.

4.14.2. Relatie tussen zorgverantwoordelijke en regiebehandelaar

Bij een crisismaatregel of als vanuit een vrijwillige behandeling er een verplicht kader Wvggz overwogen wordt is de indicierend regiebehandelaar altijd een psychiater en altijd de zorgverantwoordelijke. De coördinerend regiebehandelaar kan een andere discipline zijn, mits deze de indicierend regiebehandelaar = zorgverantwoordelijke inschakelt op de wettelijk verplichte momenten²². In een behandeltraject waar een verlenging van een zorgmachtiging noodzakelijk is, kunnen andere disciplines indicierend regiebehandelaar zijn.

Vanuit jurisprudentie wordt gesteld dat daar waar in de wet zorgverantwoordelijke staat ook nieuwe zorgverantwoordelijke gelezen kan worden en dat bij overgang van zorgverantwoordelijke ook (indien geïndiceerd) een nieuwe beslissing verplichte zorg genomen dient te worden. Om onnodige belasting voor de cliënt en de hulpverleners te voorkomen geldt het volgende:

- De zorgverantwoordelijke is de indicierend regiebehandelaar.
- De zorgverantwoordelijke hoeft niet ook de coördinerend regiebehandelaar te zijn, mits de zorgverantwoordelijke wel ingeschakeld wordt op de wettelijk verplichte momenten.
- De ambulante psychiater is in principe altijd de zorgverantwoordelijke bij de start van een traject tot het verkrijgen van een Zorgmachtiging. In het vervolg van de behandeling in het kader van de Wvggz kunnen andere aangewezen disciplines als klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts KNMG, gezondheidszorgpsycholoog, klinisch geriater, verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg de rol van zorgverantwoordelijke uitvoeren.
- Een klinische opname wordt beschouwd als een onderbreking/opschaling van een ambulante behandeling. Het ambulante team blijft betrokken bij de behandeling.

²² Indien de coördinerend regiebehandelaar een verpleegkundig specialist ggz is, schakelt deze op de bedoelde momenten met een geneesheer-directeur

- Bij de overgang van ambulant naar klinisch treedt de klinische psychiater als waarnemend zorgverantwoordelijke op. De klinisch psychiater is dan ook de indicierend regiebehandelaar.
- Als de (verplichte) zorg klinisch begint en er is nog geen ambulante psychiater zorgverantwoordelijke, dan is de klinisch psychiater de zorgverantwoordelijke totdat (indien geïndiceerd) een ambulante psychiater dit over kan nemen. Vanaf dat moment treedt de klinisch psychiater op als waarnemend zorgverantwoordelijke, totdat de zorg ambulant verder gaat.
- Bij overgang van de ene kliniek naar de andere wordt de klinisch psychiater van de volgende kliniek de waarnemend zorgverantwoordelijke. De ambulante zorgverantwoordelijke blijft dezelfde ambulante psychiater.
- Als er een beslissing verlenen verplichte zorg genomen wordt hoeft er vanuit deze redenering niet een nieuwe beslissing genomen te worden bij overgang tussen afdelingen. Dit uiteraard tenzij dit vanuit inhoudelijke gronden noodzakelijk is.
- In geval van langdurige klinische behandeling (denk bv aan klinisch wonen) kan ervoor gekozen worden om nog geen of niet meer een ambulante zorgverantwoordelijke aan te wijzen.

4.15. Meningsverschillen

- De indicierend regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de diagnostiek en het vaststellen van het behandelplan, de coördinerend regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het coördineren en uitvoeren van individuele behandelbeleid. In situaties waarin de (coördinerend of indicierend) regiebehandelaar, klinisch (neuro)psycholoog of de psychiater geraadpleegd dient te worden of in situaties met een spoedeisend karakter beslist degene die geraadpleegd wordt. De psychiater bepaalt ook of de situatie als spoedeisend wordt aangemerkt.
- Iedere hulpverlener is verantwoordelijk voor adequate multidisciplinaire samenwerking in het kader van de behandeling. In overlegsituaties over diagnostiek en behandeling spant eenieder zich in om de hulpverleners zoveel mogelijk op één lijn te krijgen, waarbij de afhankelijk van de fase in het zorgproces de indicierend- of coördinerend regiebehandelaar de voorzittersrol op zich neemt.
- Wanneer een hulpverlener desondanks 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 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.
- 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, in overeenstemming met zijn professionele standaard of beroepscode.
- Als dit voor een van de betrokkenen niet tot een bevredigende oplossing leidt, kan deze zich wenden tot de bestuurder of directeur zorg en in het uiterste geval tot de raad van

bestuur voor beleidsmatige zaken. De geneesheer-directeur kan voor gevallen rondom een individuele cliënt, zeker in geval van gedwongen zorg, geraadpleegd worden.

4.16. Digitalisering

- 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 alleen de door Parnassia Groep ter beschikking gestelde en/of goedgekeurde middelen volgens de Parnassia Groep voorschriften.

5. Nadere invulling diverse rollen

5.1. Invulling regiebehandelaarschap

5.1.1. Tabel regiebehandelaar in verschillende situaties

Setting professioneel statuut en zorgprestatie-model		Indicerend en coördinerend regiebehandelaar mogen zijn	MDO minimaal 1x per jaar	Bijzonderheden
Ambulante, monodisciplinaire zorg	Setting 2 B-GGZ	- Verpleegkundig specialist GGZ - GZ-psycholoog - Psychotherapeut - Klinisch (neuro)psycholoog - <Psychiater als regiebehandelaar wordt niet vergoed> Bij specifieke doelgroepen - Specialist ouderengeneeskunde/ klinisch geriater - Verslavingsarts KNMG - Orthopedagoog-generalist - <Arts VG als regiebehandelaar wordt vooralsnog niet vergoed> Zie 5.1.2 Toelichting	Indien de RB geen psychiater of klinisch (neuro)psycholoog is, dan is een psychiater of klinisch (neuro)psycholoog beschikbaar voor advies en consultatie . Of, indien de focus van de behandeling verslavingsproblematiek is, een verslavingsarts.	SPV kan coördinerend regiebehandelaar zijn voor een eigen caseload (maar geen indicierend regiebehandelaar). De caseload van de SPV kent dus een andere indicierend RB.
	Setting 2 S-GGZ	- Verpleegkundig specialist GGZ - GZ-psycholoog - Psychotherapeut - Klinisch (neuro)psycholoog - Psychiater Bij specifieke doelgroepen - Specialist ouderengeneeskunde/ klinisch geriater - Verslavingsarts KNMG - Orthopedagoog-generalist - Physician-assistent - <Arts VG als regiebehandelaar wordt vooralsnog niet vergoed> Zie 5.1.2 Toelichting	Indien de RB geen psychiater of klinisch (neuro)psycholoog is, dan is een psychiater of klinisch (neuro)psycholoog beschikbaar voor advies en consultatie . Of, indien de focus van de behandeling verslavingsproblematiek is, een verslavingsarts.	SPV kan coördinerend regiebehandelaar zijn voor een eigen caseload (maar geen indicierend regiebehandelaar). De caseload van de SPV kent dus een andere indicierend RB.
Setting professioneel statuut en zorgprestatie-model		Indicerend en coördinerend regiebehandelaar mogen zijn	MDO na intake en vervolgens minimaal 1x per jaar	Bijzonderheden
Ambulante, multidisciplinaire zorg	Setting 3	- Verpleegkundig specialist GGZ - GZ-psycholoog - Psychotherapeut - Klinisch (neuro)psycholoog - Psychiater Bij specifieke doelgroepen - Specialist ouderengeneeskunde/ klinisch geriater - Verslavingsarts KNMG - Orthopedagoog-generalist - Physician-assistent - <Arts VG als regiebehandelaar wordt vooralsnog niet vergoed> Zie 5.1.2 Toelichting	Indien de RB geen psychiater of klinisch (neuro)psycholoog is, dan is er op indicatie een psychiater of K(N)P bij aanwezig. Of, indien de focus van de behandeling verslavingsproblematiek is, een verslavingsarts.	SPV kan coördinerend regiebehandelaar zijn, maar dus geen indicierend regiebehandelaar. De caseload van de SPV kent dus een andere indicierend RB.
Outreachinge zorg	Setting 4	- Verpleegkundig specialist GGZ - GZ-psycholoog - Psychotherapeut	Indien de RB geen psychiater of klinisch (neuro)psycholoog is, dan is er op indicatie een	SPV kan coördinerend regiebehandelaar zijn, maar dus geen indicierend

		- Klinisch (neuro)psycholoog - Psychiater Bij specifieke doelgroepen - Specialist ouderengeneeskunde/ klinisch geriater - Verslavingsarts KNMG - Orthopedagoog-generalist - Physician-assistent - <Arts VG als regiebehandelaar wordt vooralsnog niet vergoed> Zie 5.1.2 Toelichting	psychiater of K(N)P bij aanwezig. Of, indien de focus van de behandeling verslavingsproblematiek is, een verslavingsarts.	regiebehandelaar. De caseload van de SPV kent dus een andere indicierend RB.
Klinisch zorg (niet forensisch)	Setting 5	- Klinisch (neuro)psycholoog - Psychiater - Verpleegkundig specialist GGZ Bij specifieke doelgroepen - Specialist ouderengeneeskunde/ klinisch geriater - Verslavingsarts KNMG - <Arts VG als regiebehandelaar wordt vooralsnog niet vergoed> Zie 5.1.2 Toelichting	Indien de RB een verpleegkundig specialist GGZ is, dan is er altijd een psychiater of K(N)P bij aanwezig. En, indien de focus van de behandeling verslavingsproblematiek is, een verslavingsarts. Indien de RB een specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater of verslavingsarts KNMG is, dan is er op indicatie een psychiater of K(N)P bij aanwezig.	Een GZ-psycholoog, psychotherapeut, orthopedagoog-generalist, physician-assistent kan coördinerend regiebehandelaar zijn, maar geen indicierend regiebehandelaar. Hun caseload kent dus een andere indicierend RB.
Forensische en beveiligde klinische zorg	Setting 6	- Klinisch (neuro)psycholoog - Psychiater - Verpleegkundig specialist GGZ Bij specifieke doelgroepen - Specialist ouderengeneeskunde/ klinisch geriater - Verslavingsarts KNMG - <Arts VG als regiebehandelaar wordt vooralsnog niet vergoed> Zie 5.1.2 Toelichting	Indien de RB een verpleegkundig specialist GGZ is, dan is er altijd een psychiater of K(N)P bij aanwezig. En, indien de focus van de behandeling verslavingsproblematiek is, een verslavingsarts. Indien de RB een specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater of verslavingsarts is, dan is er op indicatie een psychiater of K(N)P bij aanwezig.	Een GZ-psycholoog, psychotherapeut, orthopedagoog-generalist, physician-assistent kan coördinerend regiebehandelaar zijn, maar geen indicierend regiebehandelaar. Hun caseload kent dus een andere indicierend RB.
Forensische en beveiligde, niet-klinische en ambulante zorg	Setting 7	2023: geen aanbod binnen de Parnassia Groep		
Hoogspecialistische zorg (ambulant en klinisch) met voorwaarden voor financiering	Setting 8	- Voor ambulant, zie setting 3 - Voor klinisch, zie setting 5		
Acute psychiatrische hulpverlening (GMAP) 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.	
--	--	--	---	--

5.1.2. Toelichting op de specifieke doelgroepen

- Orthopedagoog-generalist
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 forensische zorg komen. Het merendeel van de cliënten die ten laste van de ZVW of Wfz komen zijn jongvolwassenen en cliënten met bijkomende verstandelijke beperkingen.
- Physician Assistant
Indien dit behoort tot het deskundigheidsgebied ggz van de Physician Assistant. 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.
- Specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater
Voor cliënten van (biologisch) oudere leeftijd met een ggz hoofddiagnose (Parnassia Groep stelt 55+).
- Verslavingsarts KNMG
Indien de focus van de behandeling verslavingsproblematiek betreft.
- Arts VG
Voor cliënten met een verstandelijke beperking die ook een psychiatrische stoornis hebben, en die een geïntegreerde behandeling krijgen op een ambulante of klinische afdeling voor verstandelijke beperking en psychiatrie. NB. de arts VG is niet opgenomen in de tijdelijke veldafpraak en kan alleen ingezet worden als er afspraken gemaakt kunnen worden over bekostiging met de zorgverzekeraars.

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 coördinerend regiebehandelaar blijft ook bij 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. Er wordt zowel een coördinerend als een indicierend regiebehandelaar aangewezen. 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)²³, 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 (Wvggz) [zie paragraaf 4.14](#).

5.2. Afspraken rondom medebehandelaarschap

Alle hulpverleners kunnen medebehandelaar zijn. Ongeacht of het een beroep betreft dat al dan niet in de wet BIG is vastgelegd, gelden dezelfde normen als voor BIG beroepen. De hulpverlener is en blijft altijd verantwoordelijk voor het eigen handelen. De hulpverlener houdt zich aan alle regels en voorschriften die gelden bij de uitvoering van de zorg. Als de hulpverlener zichzelf niet bekwaam acht of daarover twijfels heeft, mag de taak niet uitgevoerd worden.

5.3. Geneesheer-directeur

De verantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur is wettelijk vastgelegd maar niet in alle detail uitgewerkt. Parnassia Groep heeft hier nadere invulling aan gegeven in het document 'Positionering geneesheer-directeur' en het 'beleidsplan van de geneesheren-directeur'. De geneesheer-directeuren hebben zich regionaal georganiseerd en komen samen in het College GD onder leiding van de concern geneesheer-directeur.

Voor de zorg is relevant dat voor de individuele casuïstiek inzake de Wvggz de taken zijn beschreven in de Wvggz. De geneesheer-directeur vervult ook de rol van eerste geneeskundige in de eigen regio, die in geval van casuïstiek geraadpleegd kan worden. Dit betreft vaak ook zaken die risicovol zijn en/of wet- of regelgeving raken, maar ook overleg over vastgelopen casus. De consultatie heeft verschillende vormen als individueel casusoverleg, maar ook breder tezamen met een team of zorgbedrijf overstijgend. Tenzij wettelijk is vastgelegd dat de geneesheer-directeur moet beslissen, geldt dat de geneesheer-directeur adviezen geeft en verantwoordelijk is voor deze adviezen en geldt dat de hulpverlener de eigen verantwoordelijkheid houdt over, van, voor wat de hulpverlener met deze adviezen doet.

5.4. Ervaringsdeskundigheid

5.4.1. Ervaringswerkers en zorgprofessionals met ervaringsdeskundigheid

Ervaringswerkers en zorgprofessionals met ervaringskennis en/of -deskundigheid worden steeds vaker ingezet in het primaire zorgproces of op beleidsniveau.

²³ Een methodische aanpak is de Intensive Home Treatment die meer en meer toegepast wordt: www.i-ht.nl

- Ervaringswerkers zijn mensen met ontwrichtende levenservaringen die middels een beroepsopleiding hebben geleerd hun eigen ervaringen te overstijgen en de leermomenten daaruit te benutten. Zij zijn hierdoor in staat om het persoonlijke herstelproces van onze cliënten te ondersteunen.
- Zorgprofessionals met ervaringskennis zijn zorgprofessionals (bijvoorbeeld verpleegkundigen, psychologen of woonbegeleiders) die eigen ervaring hebben met herstel van psychische problemen en/of verslaving. Ook zijn zij bereid hun ervaringen bewust in te zetten voor cliënten en/of collega's waar dit nuttig is.
- Zorgprofessionals met ervaringsdeskundigheid zijn zorgprofessionals die eigen ervaring hebben met herstel van psychische problemen en/of verslaving en die een opleiding hebben gevolgd om te leren hoe hun ervaringen in te zetten voor anderen.

Ervaringsdeskundigheid heeft alles te maken met het inbrengen, benutten en ontwikkelen van ervaringskennis als bron van kennis, naast wetenschappelijke en professionele kennis, ten behoeve van herstel en persoonlijke ontwikkeling. Het is het vermogen om op grond van eigen en collectieve ervaringskennis voor anderen ruimte te maken hun ervaringskennis te ontdekken en ontwikkelen. De ervaringswerker heeft het vermogen ontwikkeld om:

1. De eigen ervaringen met ontwrichting en het te boven komen ervan (herstel) in wederkerigheid in te zetten om anderen te ondersteunen bij het vinden of maken van ruimte voor hun eigen herstel- of ontwikkelingsproces.
2. De eigen ervaringen van stigmatisering en empowerment in te zetten bij de inrichting van humane en toegankelijke zorg en dienstverlening en bij het realiseren van een inclusieve samenleving.
3. Eigen ervaringen en cliëntperspectief in te brengen om inzichtelijk te maken welke impact beleid kan hebben op het leven van mensen en bij te dragen aan een inclusieve samenleving.

Het werkveld van ervaringswerkers is zeer breed en zij kunnen zowel ingezet worden in het uitvoerend proces als op beleidsniveau. De essentie van hun werk is dat op alle lagen ruimte wordt gemaakt voor ervaringskennis, zowel op uitvoerend als op organisatorisch en maatschappelijk niveau.

Binnen Parnassia Groep bestaan er vier functieprofielen voor ervaringswerkers:

- Ervaringswerker 1: Ondersteunend en assisterend ervaringswerker
- Ervaringswerker 2: Uitvoerend ervaringswerker
- Ervaringswerker 3: Uitvoerend en coördinerend ervaringswerker
- Ervaringswerker 4: Beleidsmatig en coördinerend ervaringswerker

Meer info over ervaringsdeskundigheid is te vinden [op intranet](#).

5.4.2. Familie-ervaringsdeskundigen

Binnen Parnassia Groep werken ook familie-ervaringsdeskundigen. Het streven is om het aantal familie-ervaringsdeskundigen uit te breiden.

Een familie-ervaringsdeskundige heeft ervaringskennis opgebouwd op grond van eigen levenservaringen met een familielid met psychische en/of verslavingsproblematiek. Na het doorlopen van een proces met verdriet, pijn, verwerking en acceptatie is inmiddels sprake van een hervonden balans. Een familie-ervaringsdeskundige is zich, mede door scholing, ervan bewust hoe dit proces is verlopen en welke gevoelens en behoeften hierin een rol hebben gespeeld. Hierdoor is hij/zij in staat om de opgedane kennis en ervaring constructief in te zetten om:



1. Het proces van naasten te ondersteunen,
2. Zorgprofessionals te coachen in het werken met naasten en
3. Het familiebeleid met collega's vorm te geven.

Meer info over familiebeleid en familie-ervaringsdeskundigheid is te vinden [op intranet](#).

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, 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 zorgprofessionals²⁴. 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 specialiste vervolgoopleidingen 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

²⁴ 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 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. Dit is echter slechts bij uitzondering het geval.
 - Meestal is er sprake van het gebruik van (via een code) 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.
 - Voor gebruik van tot de cliënt herleidbare gegevens ten behoeve van externe verantwoording is altijd toestemming van de cliënt nodig.
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 Study Management van software de Researchmanager.

Stap 1: het onderzoeksvoorstel wordt voor advies voorgelegd aan een interne commissie wetenschappelijk onderzoek (CWO). Parnassia Groep kent vier zorgbedrijf-gebonden CWO's (peildatum 2023) en een overkoepelende centrale commissie onderzoek en innovatie (CCOI). De CWO's zijn samengesteld uit Parnassia Groep collega's die vanuit hun kennis van medisch-wetenschappelijk onderzoek betrokken zijn bij het onderzoek binnen het betreffende zorgbedrijf. De CCOI is samengesteld uit collega's met specifieke taken over medisch-wetenschappelijk onderzoek.

Stap 2: het onderzoeksvoorstel wordt voor bestuurlijk akkoord voorgelegd aan de betrokken bestuurder(s).

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 Heeft in zijn rol als behandelaar een belangrijke rol in het informeren van cliënten over onderzoek en het verkrijgen van geïnformeerde toestemming (informed consent): alleen de behandelaar met een actieve behandelrelatie mag een cliënt rechtstreeks benaderen voor deelname aan onderzoek;
 - o Wanneer de hulpverlener ook onderzoeker is:

- Vraagt aan cliënten waar de hulpverlener behandelcontact mee heeft om toestemming om hun zorggegevens te mogen hergebruiken voor eigen wetenschappelijk onderzoek. Vanuit de rol als behandelaar is hergebruik voor eigen wetenschappelijk onderzoek ook mogelijk zonder de uitdrukkelijke toestemming van de cliënt, maar uiteraard heeft het vragen om toestemming wel de voorkeur;
 - Stelt bij onderzoeksactiviteiten de goede zorg voor de cliënt voorop;
 - Neemt verder alles in acht wat hieronder is beschreven voor onderzoekers.
- 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 meldt de senior onderzoeker het onderzoek aan in de module Study Management van software de Researchmanager;
 - 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;
 - 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.
- Lid 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 gegevens uit het medisch dossier toe op de borging van de privacy van de cliënt.
 - Wanneer er sprake is van gebruik voor medisch-wetenschappelijk onderzoek laat de FG zich adviseren door de CWO.
- 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;
 - Treedt op als vertrouwde tussenpersoon voor het toevoegen van een sleutelcode aan een (in dat geval gepseudonimiseerde) dataset met informatie uit het medisch dossier;
 - Kan voor vervolgonderzoek een koppelbestand met de sleutelcode en identificerende persoonsgegevens bewaren; in dit bestand staan geen bijzondere persoonsgegevens.

6.4. Lerende netwerken

Het landelijk kwaliteitsstatuut stelt dat elke regiebehandelaar deel uitmaakt van een lerend netwerk. Een lerend netwerk is een vorm van collegiaal leren, waar gewerkt wordt in een groep, tijdens meerdere bijeenkomsten rond een gezamenlijk thema of casuïstiek. De probleemanalyse, indicatiestelling en het verloop van de behandeling en begeleiding en de reflectie hierop zijn momenten in het zorgproces waarbij belangrijke beslissingen worden gemaakt. Reflecteren inclusief de perspectieven van anderen is daarbij cruciaal. Het uitgangspunt is dat de indicierend en coördinerend regiebehandelaar op deze cruciale momenten in het zorgproces gezamenlijk 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 (indicerend of coördinerend) regiebehandelaar;
2. De regiebehandelaar neemt tenminste tweemaal per jaar deel;
3. Het netwerk bestaat uit ten minste vier andere indicierend of coördinerend regiebehandelaren uit twee of meer disciplines;
4. Deelname is aantoonbaar;
5. Indien de professional bij de cliënt zowel indicierend als coördinerend regiebehandelaar is, maakt hij/zij afspraken over consultatiemogelijkheden op casusniveau binnen het eigen lerende netwerk;
6. Het gaat om zorginhoudelijke onderwerpen en reflectie op het eigen handelen als indicierend of coördinerend regiebehandelaar. Het mag niet gaan over bedrijfsmatige aspecten. Voorbeelden van onderwerpen: casuïstiek, complicaties, benchmarks en inhoudelijke thema's.

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.²⁵ 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;

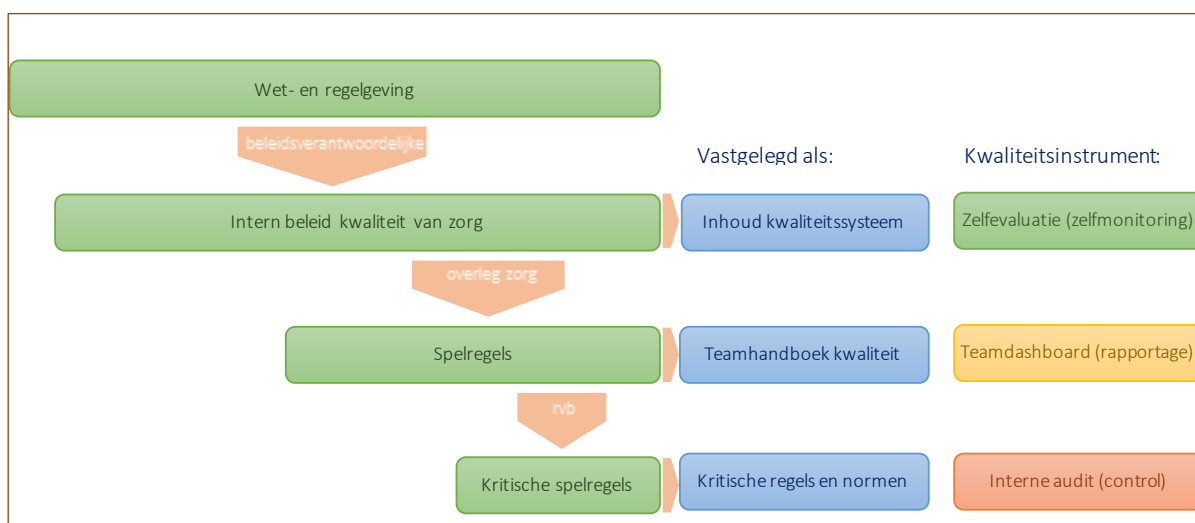
²⁵ [Sturen op inhoud en bedrijfsvoering \(SOIB\)](#) betekent dus uitdrukkelijk niet dat je moet sturen op inhoud én dat je moet sturen op bedrijfsvoering. Je dient beide onderwerpen integraal en gelijktijdig te behandelen.

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 [protocol calamiteiten](#).

7.2. Beleid en spelregels; kwaliteitssysteem en teamhandboek

Het is de verantwoordelijkheid van de raad bestuur om het kwaliteitsmanagementsysteem op Parnassia Groepniveau 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 Groepbreed. Daarnaast zijn documenten op zorgbedrijfniveau opgenomen.²⁶

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](#).

²⁶ 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 Groepbreed 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. De hulpverlener dient zich te realiseren dat niet alle wetten en regels even zwaar wegen. In de zorg wegen bijvoorbeeld de Wkkgz, Wgbo, wet BIG heel zwaar. Regelgeving als de AVG staat veel lager op de ladder. Echter het aller zwaarst weegt het eigen oordeel van de hulpverlener onder de noemer *goed hulpverlenerschap*.

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 arts 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 Wvvggz. De Wvvggz 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 uitgewerkt²⁷. 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 Wvvggz of onder de Wzd valt.

Parnassia Groep voert de Wvvggz 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 Wvvggz wel van toepassing zijn. In dat geval wordt de Wzd geschorst en wordt een Wvvggz 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.

²⁷ Zie kwaliteitssysteem: [Positionering Geneesheer-directeur PG Wvvggz](#)

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 delegeert²⁸ de uitvoering van zorg en een deel van de besluitvorming aan de besturen van de zorgbedrijven.

De geneesheren-directeur 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.

²⁸ 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.