

Titel:	Professioneel Statuut VNN
Versie:	3
Publicatiedatum:	10-12-2025
Datum laatste goedkeuring:	10-12-2025

Doel

Dit Professioneel Statuut (hierna: PS) geeft de kaders aan waarbinnen de zorg binnen Verslavingszorg Noord Nederland (hierna: VNN) wordt verleend; het beschrijft de te onderscheiden rollen, verantwoordelijkheden, bevoegdheden van en de onderlinge samenwerking tussen professionals binnen VNN.

Inleiding

Professionaliteit en kwaliteit van verslavingszorg staan voorop bij VNN. Het PS is onderdeel van het [Kwaliteitsstatuut VNN](#) (hierna: KS). Deze twee statuten zijn onmisbare onderdelen van de kwaliteit van zorg binnen VNN. Dit, voor zover de zorg geleverd wordt binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) en daarbij behorende bekostiging, het Zorgprestatiemodel (hierna: ZPM). Het KS geeft daarbij een algemene beschrijving van VNN als zorgorganisatie en van hoe de kwaliteit van zorg wordt gegarandeerd. Het PS beschrijft de rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van en de samenwerking tussen de individuele zorgverleners binnen VNN. Geregeld wordt wie verantwoordelijk is voor de toewijzing, de diagnostiek, de indicatiestelling en de behandeling en begeleiding. Het PS vormt het kader van de samenwerking. Kern voor deze samenwerking is professionele verantwoordelijkheid, autonomie en collegialiteit. Ook beschrijft dit PS de verhouding tussen de verantwoordelijkheden van de professional en de leidinggevende.

Definities

Professionals

Professionals in dit PS zijn medewerkers die een erkend beroep uitoefenen en direct bij de zorg van cliënten betrokken zijn. Zij:

- hebben een eigen professionele beroepsverantwoordelijkheid en hebben binnen de kaders van VNN de ruimte hun werk zelf vorm te geven;
- hebben bevoegdheden en verantwoordelijkheden, die in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (hierna: Wet BIG) of door opname in een kwaliteitsregister verankerd zijn;
- zijn verantwoordelijk voor zorg die voldoet aan de professionele standaard (beroepsprofiel, beroepscode) van de eigen beroepsgroep;
- zijn zelf verantwoordelijk voor het op peil houden van de kwaliteit van de beroepsuitoefening; VNN biedt hiertoe de randvoorwaarden;
- bepalen het werkgebied op grond van de eigen competenties, die hij/zij door zijn/haar professionele opleiding en ervaring heeft verworven en op grond van de functie die hij/zij binnen die competenties vervult;
- kennen de eigen professionele grenzen en weten wanneer zij anderen inschakelen. Professionals behandelen en begeleiden vanuit een zorgplan (dat in samenwerking met de cliënt is opgesteld) en houden het dossier goed bij. VNN respecteert de professionele autonomie en verantwoordelijkheid van de professionals bij de zorg voor individuele cliënten;
- laten zich op hun professionele verantwoordelijkheid aanspreken door cliënten en andere (collega-)professionals;
- werken interdisciplinair en multidisciplinair met elkaar samen;
- werken samen met hun leidinggevendenden, niet zozeer in de behandeling van de individuele cliënt als wel in het (bredere) kader van de kwaliteit van zorg;

- zijn op de hoogte van de kernpunten van de (wettelijke) richtlijnen en de verhouding tussen zijn/haar verantwoordelijkheid en die van de leidinggevende;
- kunnen zich, wanneer zij binnen de kaders blijven en zich aan de (wettelijke) richtlijnen houden, beschermd en gesteund weten bij interne of externe toetsing;
- houden zich aan regels die binnen VNN zijn vastgelegd over organisatie, inhoud en registratie van zorg. Het meerjarenplan en de daaruit afgeleide jaarplannen zijn daarbij leidend;
- nemen deel aan werkoverleg en intervisie;
- zijn lid van een vakgroep en actieve deelname wordt gefaciliteerd door VNN.

Beroepen

In dit PS wordt uitgegaan van beroepen en de landelijke beroepenstructuur. Aan een beroep is een beroepsopleiding, beroepsprofiel, beroepscode en beroepsverantwoordelijkheid verbonden. Over functies gaat het in dit statuut niet. Vanuit een beroep wordt een bepaalde functie uitgeoefend en dat is de relatie tussen een beroep en een functie.

Professionele autonomie

Professionals bij VNN zijn autonoom; zij zijn in staat om naar eigen inzicht te bepalen en zelfstandig te beslissen over welke hulp nodig of het beste is voor de cliënt. Professionals bij VNN zijn zich daarbij er ook van bewust dat deze autonomie begrensd wordt door:

- de cliënt - handelen wordt afgestemd op de wensen en behoeften van de cliënt,
- de beroepscode, richtlijnen, standaarden en protocollen waar de professional zich aan heeft te houden,
- samenwerking binnen een team en in de zorgketen, onderlinge afstemming is noodzakelijk.

Professionals wegen doorlopend af wanneer zij autonoom kunnen handelen en wanneer zij begrensd daarin worden.

Samenwerking tussen zorgprofessional en cliënt

Herstel wordt binnen VNN beschouwd als een individueel en persoonlijk proces, waarbij de mogelijkheden, motivatie en eigen regie van de cliënt centraal staan. Het opnieuw functioneren binnen sociale rollen — zoals die van werknemer, ouder of partner — wordt gezien als een essentieel doel binnen dit proces. Herstel is overigens ook mogelijk wanneer een aandoening niet volledig verdwijnt.

Binnen herstelondersteunende zorg staat de gelijkwaardige relatie tussen professional en cliënt centraal. Naast professionele expertise wordt nadrukkelijk waarde gehecht aan de ervaringskennis, inzichten en vaardigheden van de cliënt zelf. Deze wederzijdse erkenning vormt de basis voor samenwerking en gezamenlijke besluitvorming. Daarnaast wordt, binnen de geldende professionele kaders en standaarden, aandacht besteed aan de betrokkenheid van naasten. Hun rol en ondersteuning worden erkend als belangrijke factoren in het herstelproces van de cliënt.

Achtergrondinformatie

Wetgeving

Op de zorg van VNN is verschillende wetgeving van toepassing, waarbij de Wet op de Geneeskundige behandelovereenkomst (hierna: WGBO) één van de belangrijkste is. Deze wet regelt de relatie tussen cliënt en zorgverlener en de rechten en plichten die uit die relatie voortvloeien. Een belangrijk begrip in de WGBO is 'informed consent'. Dit betekent dat de cliënt toestemming moet geven voor het uitvoeren van de behandeling bij VNN en dat hij/zij akkoord gaat met het behandelplan/zorgplan. Dit kan de cliënt alleen doen als hij/zij goed geïnformeerd is hierover. De informatieplicht van de behandelaar en de toestemming van de cliënt vormen samen het 'informed consent'. De behandelovereenkomst tussen cliënt en VNN wordt verwoord in het zorgplan. Dit zorgplan kan naarmate de behandeling vordert, steeds specifiekere beschreven worden.

Samenhang met Landelijk Kwaliteitsstatuut (hierna: LKS)

Zoals hiervoor beschreven is het PS onlosmakelijk verbonden met het KS van VNN. Beide documenten zijn gebaseerd op een landelijk vastgesteld model, het LKS (versie 4.0).

Samenhang met het ZPM

Per 1 januari 2022 is het ZPM ingevoerd, de bekostiging voor zorg verleend op grond van de Zvw en van de forensische zorg. Het (ZPM-)model stelt geen eisen aan het PS als zodanig maar geeft aan dat de zorg en de verantwoordelijkheidsverdeling van het statuut aan moet sluiten bij het LKS.

Verhouding tot zorg op grond van de Jeugdwet (hierna: Jw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: WMO)

VNN levert ook zorg dat gestoeld is op, onder andere, de Jw en de WMO. De Jw ziet op zorg voor kinderen en jongeren onder de 18 jaar. De WMO ziet op het bieden van ondersteuning aan burgers om zo lang mogelijk thuis zelfstandig te wonen en deel te nemen aan de maatschappij, met specifieke aandacht voor ouderen, chronisch zieken en mensen met een lichamelijke of psychische beperking. VNN draagt bij aan de doelen van de WMO door onder meer de inzet op preventie en bemoeizorg. De Jw en WMO worden door gemeenten uitgevoerd en kennen eigen kwaliteitskaders. Het LKS (en KS en PS) is geen veldnorm voor deze vormen van zorg.

Forensische zorg

VNN biedt ook forensische zorg, waarop ook het ZPM en het KS en PS ziet. Deze zorgsoort kent ook een eigen kwaliteitskader: het Kwaliteitskader Forensische Zorg (hierna: KKFZ), zie: [Kwaliteitskader FZ](#). Dit KKFZ is per 2 oktober 2022 in werking getreden. Binnen VNN wordt jaarlijks een kwaliteitsverslag opgesteld waarbij getoetst wordt aan de kwaliteitseisen van het KKFZ.

Betrokkenheid Directieteam, cliëntenraad en ondernemingsraad bij het PS

Het PS is en wordt ter vaststelling voorgelegd aan het Directieteam van VNN en ter advisering voorgelegd aan de cliëntenraad en ondernemingsraad van VNN. In 2018 en 2025 is aanvullende input door de cliëntenraad in de inleiding van het PS verwerkt.

Beleid

Hoofdstuk 1. Verantwoordelijkheidsverdeling binnen VNN

1.1. Zorgaanbod VNN

VNN biedt zowel generalistische basis-ggz (hierna: gb-ggz) als gespecialiseerde ggz (g-ggz), waaronder bij laatstgenoemde ook de forensische zorg valt.

De gb-ggz heeft betrekking op cliënten met lichte tot matige verslavingsproblematiek of cliënten met stabiele chronische problematiek. In de gb-ggz wordt de behandeling veelal monodisciplinair aangeboden.

De g-ggz heeft betrekking op cliënten met ernstigere problematiek, waarbij VNN de behandeling meestal multidisciplinair aanbiedt en deze naar intensiteit van de zorgvraag uitvoert. Meerdere professionals werken binnen de behandeling met elkaar samen. De professionals dragen daarbij ieder een eigen verantwoordelijkheid vanuit het eigen beroepsprofiel. In de g-ggz wordt onderscheid gemaakt tussen een klinische en ambulante setting. De psychiater of klinisch psycholoog zijn in de klinische setting onderdeel van het multidisciplinaire team (hierna: MDT). Uitzondering hierop is een klinische detox opname afdeling, waar de verslavingsarts vast lid is van het MDT en de psychiater en klinisch psycholoog consultatief betrokken zijn. In de ambulante setting zijn bijvoorbeeld de psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, verslavingsarts en/of verpleegkundig specialist onderdeel van het MDT. Binnen VNN wordt per zorgsoort

telkens afgewogen welke van deze disciplines noodzakelijk onderdeel moeten zijn van de disciplinemix ter garandering van een goede kwaliteit van zorg.

Binnen VNN wordt de cliënt respectvol bejegend en wordt zorg doelmatig en naar de professionele standaard verleend. Samenwerking met collega's van de eigen en andere beroepsgroepen wordt optimaal benut en professionals laten zich door collega's op het eigen functioneren aanspreken. Ten aanzien van de verantwoordelijkheid van de individuele cliëntenzorg wordt onderscheiden: de regiebehandelaar (of: in het kader van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (hierna: Wvggz): de zorgverantwoordelijke) (par. 1.2.), de behandelaar (par. 1.3.) en de zorghouder (par. 1.4.).

1.2. Regiebehandelaren

Elke cliënt in de gb-ggz of g-ggz (of: de Zvw) heeft een regiebehandelaar. Naast de regiebehandelaar wordt er een intaker aangesteld die als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en de daadwerkelijke start van de behandeling.

1.2.1. Regiebehandelaren binnen VNN

De bevoegdheden en de competenties van individuele beroepen bepalen of deze de aangewezen regiebehandelaar van een cliënt kunnen zijn. Ten aanzien van de vraag welke beroepsgroep binnen VNN regiebehandelaar kan zijn wordt aangesloten bij de Wet BIG, bij het LKS (versie 4.0) en (in het verlengde daarvan) het ZPM.

Hieruit volgt onder meer het volgende:

- De zorgverlener moet zowel bevoegd als bekwaam zijn om (bepaalde onderdelen van) de zorg uit te mogen voeren.
- In het zorgproces van een cliënt wordt onderscheid gemaakt tussen twee centrale onderdelen:
 - De probleemanalyse, indicatiestelling met het vaststellen van een diagnose, behandeling en begeleiding en reflectie hierop.
 - De uitvoering, coördinatie en evaluatie van behandeling en begeleiding.
- Binnen deze twee centrale onderdelen kan een regiebehandelaar de volgende rollen hebben:

Indicerende rol

De regiebehandelaar analyseert in deze rol samen met de cliënt en eventueel met gebruik van deskundigheid van andere zorgverleners het probleem op basis van professionele kennis en ervaring. Hij/zij draagt verantwoordelijkheid voor een probleemanalyse, het stellen van een diagnose en het opstellen van een behandelplan op hoofdlijnen voor behandeling en begeleiding. Tijdens de latere behandelfase kan de regiebehandelaar worden betrokken bij vastgelegde evaluatiemomenten en/of bij ingrijpende wijzigingen in complexiteit van de situatie of vastlopen van de behandeling en begeleiding

Coördinerende rol

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

- Beroepsgroepen komen (onder meer) in aanmerking om de functie van regiebehandelaar te vervullen als deze een - gegeven de aard van de zorgvraag en de setting waarin de zorg verleend wordt - relevante inhoudelijke deskundigheid bezit.

Voor de genoemde relevante inhoudelijke deskundigheid heeft VNN, in aansluiting bij het LKS (versie 4.0), een tabel opgesteld waarin beroepsgroepen binnen VNN hun eigen profiel kort hebben weergegeven. Deze tabel vormt een belangrijke bouwsteen om invulling te

geven aan het begrip regiebehandelaar binnen VNN en geeft een specificatie van de inzet van de beroepsgroepen als regiebehandelaar. Deze tabel (tabel 1) wordt gebruikt in samenhang met onder andere beroepsprofielen en de Wet BIG, om de tabel waarin de afspraken rond regiebehandelaarschap per setting staan (tabel 3), samen te stellen.

Tabel 1 Specificatie inzet beroepsgroepen binnen VNN

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

	functioneren kunnen betreffen en waar geneeskundige competenties zijn geïndiceerd. Idealiter wordt de verslavingsarts als regiebehandelaar benaderd bij somatisch medische vraagstukken. De verslavingsarts wordt ongeacht de behandelsetting tenminste geconsulteerd en bij indicatie/evaluatie betrokken bij; crisisopname binnen VNN, opioïde onderhoudsbehandeling/ heroïnebehandeling, dwang WGBO.
Sociaal- psychiatrisch verpleegkundige	Gespecialiseerde verpleegkundige behandeling en begeleiding bij gevolgen van complexe psychiatrische stoornissen en beperkingen met als doel persoonlijk en maatschappelijk herstel. Doelgroep: mensen met korte en langduriger rehabilitatie vraag. Coördinerend en uitwerken behandelplan; stelt niet de psychiatrische diagnose noch de medische indicatie.
Orthopedagoog- generalist	Voor diagnostiek, behandeling en geneeskundige begeleiding van cliënten in een (complexe) persoonlijke afhankelijkheidsrelatie met (complexe) leer-, gedrags- of ontwikkelingsproblemen, als deze ten laste van de Zvw-gefinancierde geneeskundige ggz of Wfz-gefinancierde forensische zorg komen. Het merendeel van de cliënten voor wie de zorg bekostigd wordt vanuit de Zvw of Wfz, is jongvolwassen of heeft een bijkomende verstandelijke beperking.

Vervolgens heeft VNN een vertaalslag gemaakt van de settings genoemd in het ZPM waarbinnen zorg verleend wordt naar de zorgsoorten en terminologie van VNN. Dit resulteert in het volgende overzicht:

Tabel 2 Specificatie ZPM-settings binnen VNN

ZPM-term	VNN-term
Setting 2, ambulant, sectie III (GGZ-instelling), monodisciplinair	Poliklinische verslavingszorg, monodisciplinair
Setting 3, ambulant, sectie III (GGZ-instelling), multidisciplinair	Poliklinische verslavingszorg, multidisciplinair
Setting 4, outreachend	Outreachende verslavingszorg
Setting 5, klinisch	Klinische verslavingszorg
Setting 6, forensisch en beveiligd, klinisch	Forensisch en beveiligd, klinische verslavingszorg
Setting 7, forensisch en beveiligd, niet klinisch	Forensisch en beveiligd, niet klinische verslavingszorg

Tot slot is in tabel 3 uitgewerkt welke beroepsgroep in welke setting regiebehandelaar kan zijn. Deze tabel ziet op de coördinerende rol van de regiebehandelaar. Onder de tabel, corresponderend met de kleuren in de tabel, staan voorwaarden genoemd waaronder de betreffende beroepsgroep de indicerende rol van regiebehandelaar kan vervullen. Tabel 3 kan dan ook niet los gezien worden van deze gestelde voorwaarden, noch van tabel 1 en 2. Hieronder volgt eerst een leeswijzer en daarna tabel 3.

Leeswijzer tabel 3 Regiebehandelaarschap per setting binnen VNN
Tabel 3 geeft in eerste instantie informatie over welke beroepsgroep regiebehandelaar kan zijn in welke tabel gekleurd is, dan betekent dit dat die betreffende beroepsgroep regiebehandelaar kan zijn voor die setting gekleurd is, kan die beroepsgroep in dat geval geen regiebehandelaar zijn in die setting.
Voorbeeld: T.a.v. de psychiater geldt dat deze in de setting Poliklinische verslavingszorg, monodisciplinair, gb-ggz g kan zijn, want dit vakje is niet gekleurd. T.a.v. de g-ggz kan de psychiater wel regiebehandelaar zijn, want dit vakje is gekleurd.

Vervolgens geeft tabel 3 ook informatie over de coördinerende en de indicerende rol van de regiebehandelaar. De kleur van het vakje geeft weer onder welke regiebehandelaar ook de indicerende rol mag vervullen.

Voorbeeld:

T.a.v. de GZ-psycholoog geldt dat deze in alle settings regiebehandelaar kan zijn in de coördinerende rol gekleurd. T.a.v. de indicerende rol gelden voorwaarden. Voor de setting Poliklinische verslavingszorg, monodisciplinair, bijvoorbeeld dat de GZ-psycholoog de indicerende rol kan vervullen, onder de voorwaarde dat een psycholoog/klinisch neuropsycholoog/psychotherapeut beschikbaar is voor advies en consultatie binnen het MDT, waarin de GZ-psycholoog als regiebehandelaar participeert. Voor de setting Poliklinische verslavingszorg, multidisciplinair, g-ggz geldt dat de GZ-psycholoog de indicerende rol kan vervullen, onder de voorwaarde dat bij diagnose een professional met een art. 14 Wet BIG beroep in de g-ggz en/of het artikel 3 beroep psychotherapeut en/of beroep verslavingsarts in de verslavingszorg wordt betrokken.

Tabel 3 Regiebehandelaarschap per setting binnen VNN

Indeling conform ZPM-setting	Poliklinische verslavingszorg monodisciplinair		Poliklinische verslavingszorg multidisciplinair	Outreachende verslavingszorg	Klinische verslavingszorg
	gb-ggz	g-ggz	g-ggz	g-ggz	g-ggz
Psychiater					
Klinisch psycholoog					
Klinisch neuropsycholoog					
Psychotherapeut					
Verpleegkundig Specialist GGZ					
GZ-psycholoog					
Verslavingsarts					
Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige					
Orthopedagoog-generalist					

Voorwaarden met betrekking tot diagnostiek en indicatiestelling op cliëntniveau:

	Psychiater/klinisch psycholoog/klinisch neuropsycholoog/psychotherapeut beschikbaar voor netwerk of het MDT waarin regiebehandelaar participeert.
	De orthopedagoog-generalist betreft in de rol van regiebehandelaar in de setting Poliklinische verslavingszorg, g-ggz bij diagnostiek en indicatiestelling een GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, verpleegkundig specialist of verslavingsarts.
	De GZ-psycholoog en de orthopedagoog-generalist betrekken in de rol van regiebehandelaar in de setting Poliklinische verslavingszorg, monodisciplinair, in de g-ggz bij diagnostiek en indicatiestelling een professional met een art. 14 Wet BIG beroep in de g-ggz en/of het artikel 3 beroep verslavingsarts.
	Bij diagnostiek en indicatiestelling is een art. 14 beroep betrokken (of het artikel 3 beroep 'verslavingsarts' voor specifieke teams in verslavingszorg). Bespreking vindt plaats in het MDT.

Ten aanzien van al het bovengenoemde geldt dat bij hulpvragen die buiten de deskundigheid van de (regie)behandelaar liggen een andere beroepsbeoefenaar wordt geconsulteerd of betrokken.

Ten aanzien van de setting Poliklinische verslavingszorg, monodisciplinair g-ggz, geldt nog:

- Betrokkenheid van een andere discipline kan via direct contact of via indirect contact bijvoorbeeld via een MDT of bilaterale afstemming. Wanneer de betrokken discipline het geïndiceerd vindt dat deze direct contact heeft met de cliënt, dan wordt dit gefaciliteerd. De regiebehandelaar bespreekt de uitkomsten van diagnostiek, indicatiestelling en evaluatie in bijvoorbeeld het MDT of de bilaterale afstemming met

de betrokken discipline. De bij de diagnostiek en indicatiestelling betrokken discipline wordt in het dossier van de cliënt vastgelegd.

- De professional die betrokken is bij de diagnostiek en indicatiestelling behandelt daadwerkelijk cliënten binnen VNN (heeft een eigen caseload met directe tijd). Hierdoor is opschaling naar direct contact met de client en eventueel een aanvullende rol in diagnostiek en behandeling mogelijk.

Ten aanzien van de overige settings geldt nog:

- Binnen de Klinische verslavingszorg biedt VNN onder meer klinische detox-behandelingen aan. Voor deze specifieke behandeling ziet VNN aanleiding om het LKS (versie 4.0) aan te vullen. Dit, om de juiste hulp, op de juiste plaats en door de juiste zorgverlener, binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk afdoende te kunnen borgen naar de specifieke situatie van VNN. Hierbij wordt ook aansluiting gezocht bij geldende richtlijnen. Binnen de klinische settings waar detoxificatie plaatsvindt, is een verslavingsarts onderdeel van het MDT. Een psychiater of klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog is gedurende het behandeltraject betrokken bij de behandeling en/of het multidisciplinair overleg.
- Het MDT bepaalt of het gezien de zorgvraag van de cliënt nodig is dat een art. 14 Wet BIG beroep (of het artikel 3 beroep 'psychotherapeut' of het beroep 'verslavingsarts') direct contact heeft met de cliënt. Dit wordt dan gefaciliteerd. Binnen de klinische settings is direct contact van de één van de hiervoor genoemde disciplines met de cliënt altijd geïndiceerd. Dit contact kan al voorafgaand aan opname hebben plaatsgevonden.
- De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat evaluatie minimaal éénmaal per jaar, en indien noodzakelijk of bij ernstige stagnatie in de behandeling, plaatsvindt en in het MDT wordt afgestemd en getoetst. Tijdens deze evaluatie wordt tevens beoordeeld of de rol van regiebehandelaar door de passende discipline wordt uitgevoerd.
- De professional die betrokken is bij de diagnostiek en indicatiestelling behandelt daadwerkelijk cliënten binnen VNN (heeft een eigen caseload met directe tijd). Hierdoor is opschaling naar direct contact met de client en eventueel een aanvullende rol in diagnostiek en behandeling mogelijk.

Ten aanzien van Jeugd (<18 jaar) geldt nog dat naast eerdergenoemde regiebehandelaren ook de (kinder- en jeugd-)GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsychiater en de orthopedagoog-generalist regiebehandelaar kunnen zijn.

Ten aanzien van de Forensische zorg gaat het om cliënten bij wie het zwaartepunt van de (verslavings)behandeling gelegen is in het voorkomen van recidive, het bieden van de benodigde beveiliging (klinisch) en het kunnen sturen tussen het wetgevend kader (Wet forensische zorg) en de actuele hulpverleningsprocessen.

Ten aanzien van zorg in het kader van de Wvvggz ligt het zwaartepunt van de (verslavings)behandeling in het toepassen van verplichte zorgvormen. Hierbij is kennis van dwang- en drangmogelijkheden, het kunnen inschatten van gevaar en doen van interventies teneinde verdere schade te voorkomen noodzakelijk evenals het kunnen communiceren met relevante ketenpartners. VNN heeft een [Beleidsplan Wvvggz](#) opgesteld waarin meer beschreven staat over deze zorgverlening. Binnen de Wvvggz wordt er gesproken over een 'zorgverantwoordelijke'. De zorgverantwoordelijke is binnen de Wvvggz de professional die de coördinatie en samenhang van de zorg bewaakt en die verantwoordelijk is voor de uitvoering van het zorgplan. Deze persoon houdt toezicht op de kwaliteit en voortgang van de verplichte zorg. De zorgverantwoordelijke kan tevens de regiebehandelaar zijn, maar dat hoeft niet — de rollen overlappen deels, maar de zorgverantwoordelijke heeft een specifiekere taak binnen het kader van de Wvvggz. Conform genoemd beleid kunnen binnen VNN de volgende disciplines als zorgverantwoordelijke worden aangewezen:

- Psychiaters
- Verslavingsartsen
- Klinisch (neuro)psycholoog
- GZ-psycholoog

- Verpleegkundig specialist GGZ

Daarbij geldt dat bij een eerste zorgmachtiging er een psychiater moet worden aangewezen als zorgverantwoordelijke. Bij daaropvolgende zorgmachtigingen kan een andere discipline als zorgverantwoordelijke worden toegewezen. De zorgverantwoordelijke besluit pas tot het verlenen van verplichte zorg nadat hij/zij zich op de hoogte heeft gesteld van de actuele situatie van de cliënt en met de cliënt heeft gesproken over de noodzaak hiervan.

Psychiaters kunnen, na de cliënt zelf beoordeeld te hebben, zelfstandig besluiten tot het inzetten van verplichte zorg mits daarvoor een noodzaak is en aan de wettelijke vereisten is voldaan. Voor de genoemde andere disciplines die de rol als zorgverantwoordelijke vervullen geldt dat naast de eigen beoordeling, ook afstemming met de geneesheer-directeur noodzakelijk is. De onafhankelijke beoordeling en het opstellen van een medische verklaring in het kader van de Wvvgg gebeurt alleen door een psychiater (die zelf niet betrokken mag zijn bij de behandeling) en niet door andere disciplines (Jurisprudentie m.b.t. de term "medical expert" in het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM), o.a. Varbanov arrest).

1.2.2. Competenties regiebehandelaren

De regiebehandelaar heeft de juiste competenties nodig voor het uitvoeren van de indicerende en coördinerende taken en verantwoordelijkheden bij de behandeling en de begeleiding. Deze competenties zijn ingedeeld in 3 thema's. De regiebehandelaar van VNN voldoet aan de competenties op deze 3 thema's. Deze competenties en thema's worden in de paragrafen 1.2.2.1 en 1.2.2.2. nader uitgewerkt.

Daarnaast worden aanvullende competenties verkregen door verdere scholing en het opdoen van praktijkervaring. De regiebehandelaar neemt aantoonbaar deel aan nascholing, spiegelinformatiesessies of intervisie. De regiebehandelaar maakt zo mogelijk zijn BIG-registratie(s) en aanvullende opleidingen met betrekking tot methoden of doelgroepen kenbaar voor cliënten, bijvoorbeeld via de website van VNN.

1.2.2.1. Competenties regiebehandelaar in de indicerende rol

1. Wettelijk en opleidingskader rondom competenties:

- De regiebehandelaar valt in de indicerende rol onder artikel 3 of 14 van de Wet BIG.
- De regiebehandelaar in de indicerende rol heeft competenties verkregen in:
 - een opleiding leidend tot een BIG-beroep in het domein van de geestelijke gezondheidszorg, met voldoende aandacht voor diagnostiek, probleemanalyse, indicatiestelling en evaluatie. OF:
 - een opleiding leidend tot een BIG-beroep met een substantieel opleidingsonderdeel GGZ, met voldoende aandacht voor diagnostiek, probleemanalyse, indicatiestelling en evaluatie.
- Bij alle omstandigheden van complexiteit geldt dat de regiebehandelaar moet beschikken over competenties op het vlak van de (dominante) problematiek die in de behandeling van de betreffende cliënt speelt.
- Uit de naamvoering blijkt welke opleiding de regiebehandelaar heeft afgerond.

2. Competenties op het gebied van professioneel inhoudelijk handelen:

- De regiebehandelaar is in staat om verschillende onderdelen van het diagnostisch proces samen te brengen en een conclusie of diagnose te vormen.
- De regiebehandelaar heeft kennis over het voorkomen van multiple psychische problematiek en over hoe verschillende soorten problematiek op elkaar kunnen inwerken.
- Bij problematiek op meerdere leefgebieden heeft de regiebehandelaar de expertise en werkervaring om een juiste inschatting te maken van het best passende zorgaanbod en de best passende behandeling en begeleiding voor de cliënt op elk van die dimensies.
- De regiebehandelaar kan inschatten of tijdens de probleemanalyse dominante problematiek bij de cliënt aanwezig is die niet past bij zijn deskundigheidsgebied. De

regiebehandelaar verwijst de cliënt in dat geval door naar een andere regiebehandelaar.

- De regiebehandelaar kan inschatten bij welke zorgvraag en op welk moment een andere zorgverlener moet worden geraadpleegd.

3. Competenties op het gebied van communicatie en samenwerken:

- De regiebehandelaar beschikt over goede communicatievaardigheden inzake het contact met de individuele cliënt.
- De regiebehandelaar heeft kennis van het werk van aangrenzende specialismen en netwerken in de regio. Hij onderkent daarbij de grenzen van de professionele rollen en deskundigheid van zichzelf en andere zorgverleners.
- De regiebehandelaar beschikt over voldoende vaardigheden en kennis om afspraken te maken met de andere betrokken zorgverleners, zowel intern als extern, over regievoering, toegankelijkheid, zinnigheid, zorginhoud, dossiervoering, samenwerking, communicatie en evaluatie.
- De regiebehandelaar beschikt over voldoende communicatieve vaardigheden om op een adequate manier de naasten te betrekken in de behandeling van de cliënt en past hierbij het samen beslissen toe. De regiebehandelaar integreert hun mening en ervaring in het individuele behandelplan.

1.2.2.2. Competenties regiebehandelaar in de coördinerende rol

1. Wettelijk en opleidingskader rondom competenties:

- De regiebehandelaar valt in de coördinerende rol onder artikel 3 of 14 van de Wet BIG.
- De regiebehandelaar in coördinerende rol heeft competenties verkregen in:
 - een opleiding leidend tot een BIG-beroep in het domein van de geestelijke gezondheidszorg.
 - een opleiding leidend tot een BIG-beroep met een substantieel opleidingsonderdeel GGZ.
- Uit de naamvoering blijkt welke opleiding de regiebehandelaar heeft afgerond.

2. Competenties op het gebied van professioneel inhoudelijk handelen:

- De regiebehandelaar beschikt over voldoende kennis en kunde om de zorgbehoefte van de cliënt op complexiteit en urgentie in te schatten en kan de aard en omvang van de behandeling en begeleiding van de cliënt organiseren en uitvoeren.
- De regiebehandelaar beschikt over voldoende kennis en kunde om behandeling en begeleiding te bieden bij de gevolgen van psychische problematiek en bij de beperkingen en mogelijkheden die daarvan het gevolg zijn.
- De regiebehandelaar heeft voldoende ervaring met preventie, kortdurende of acute zorgvragen, crisissituaties of met langer durende behandeling van zorgvragen.

3. Competenties op het gebied van communicatie en samenwerken:

- De regiebehandelaar beschikt over goede communicatievaardigheden inzake het contact met de individuele cliënt.
- De regiebehandelaar beschikt over voldoende communicatieve vaardigheden om op een adequate manier de naasten te betrekken in de behandeling van de cliënt.
- Bij meervoudige problematiek heeft de regiebehandelaar de expertise en werkervaring om de cliënt te ondersteunen en begeleiden.
- De regiebehandelaar beschikt over ruime ervaring in (multidisciplinaire) samenwerking met diverse zorgverleners.
- De regiebehandelaar heeft oog voor de mogelijkheid dat de klachten van de cliënt (mede) samen kunnen hangen met somatische dysfuncties, in welk geval hij deskundigen van de medische professie consulteert of naar hen doorverwijst, of zich verzekert van adequate begeleiding en/of supervisie.

1.2.3. Taken regiebehandelaren

De regiebehandelaar heeft specifieke taken en verantwoordelijkheden behorend bij de indicerende en coördinerende rollen. Deze worden in de paragrafen 1.2.3.1. en 1.2.3.2. nader uitgewerkt.

1.2.3.1. Taken regiebehandelaar in de indicerende rol

In de indicerende rol draagt de regiebehandelaar verantwoordelijkheid voor het maken van een probleemanalyse (A.) en het indiceren van de benodigde zorg (B.), waarbij een diagnose, behandeling en begeleiding wordt vastgesteld die vervolgens door de regiebehandelaar geëvalueerd kan worden (C.). Binnen deze verantwoordelijkheden heeft de regiebehandelaar de volgende taken:

A. Probleemanalyse:

- Het samen met de cliënt en eventueel met andere medebehandelaren (waar nodig ook de verwijzer) in kaart brengen van de problematiek.
- Het samen met de cliënt en eventueel met andere medebehandelaren vaststellen van de zorgbehoefte en het doel van de behandeling en begeleiding.
- Het zorgdragen voor een met de cliënt gedeelde conclusie, in de vorm van een door de cliënt geaccordeerd behandelplan dat het vertrekpunt is voor de diagnose en voor passende behandeling en/of begeleiding.

B. Indicatiestelling:

- De afweging maken of de zorgvraag van de cliënt en de complexiteit van de situatie aansluiten bij het beschikbare zorgaanbod. Als er geen passend aanbod is, is er eerst een inspanningsverplichting door te verwijzen naar een andere zorgaanbieder met beter passend aanbod. Als dit tot niets leidt, verwijst de regiebehandelaar terug naar de huisarts. Zie hiervoor ook de veldnorm Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts en GGZ.
- Het vaststellen van de diagnose.
- In dialoog met de cliënt bespreken, vaststellen en organiseren van interventies en activiteiten.
- Het in samenspraak met de cliënt en eventuele medebehandelaren en geconsulteerde collega's opstellen en vaststellen van de richting en de contouren van het behandelplan. Het behandelplan bevat in ieder geval:
 - De doelen van de behandeling en begeleiding voor een bepaalde periode, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.
 - De wijze waarop de gestelde doelen bereikt gaan worden, wat haalbaar is in de betreffende situatie en wat bijdraagt aan de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren van de cliënt.
 - Wie de interventie(s) gaat uitvoeren en wie verantwoordelijk is voor de verschillende onderdelen van de behandeling en begeleiding.
 - Afspraken over hoe te handelen bij een crisis en op welke manier voor waarneming tijdens afwezigheid van de regiebehandelaar wordt zorggedragen.
 - Wie de rol van regiebehandelaar vervult in de behandelfase.
 - Na hoeveel tijd er op de behandeling en begeleiding gereflecteerd wordt en wanneer de behandeling en begeleiding waar nodig moet worden bijgesteld.
- De cliënt geeft toestemming voor het behandelplan en het behandelplan blijft gedurende de behandeling en begeleiding ter beschikking van de cliënt. De cliënt heeft zowel tijdens als na de behandeling en begeleiding recht op inzage, verstrekking van een kopie en vernietiging van het behandelplan (behoudens de wettelijke uitzonderingen hierop).
- Mocht de cliënt na de intakeprocedure in behandeling worden genomen, dan is de regiebehandelaar de eerstverantwoordelijke zorgverlener voor de zorg van de cliënt in de tussenliggende periode. De regiebehandelaar gaat hierbij na welke tussentijdse zorg nodig en mogelijk is voor de cliënt.
- Zorgdragen voor schriftelijke terugkoppeling aan de verwijzer als het behandelplan is vastgesteld. Hiervoor moet expliciete toestemming worden gegeven door de cliënt.

- Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling en begeleiding geldt de in dit PS beschreven escalatieprocedure, waarin beschreven staat wie de doorslaggevende stem heeft. Dit gaat altijd in samenspraak met en met instemming van de cliënt, tenzij dit niet mogelijk is op basis van de vigerende wet- en regelgeving voor onvrijwillige of verplichte zorg.

C. Evaluatie:

- Tussentijdse evaluaties kunnen nodig zijn. Dit zijn geplande momenten opgenomen in het behandelplan, maar ook ingelaste evaluaties naar aanleiding van veranderingen in de problematiek van de cliënt. Op basis van tussentijdse bevindingen en monitoring evalueren de cliënt en de regiebehandelaar samen de behandeling en begeleiding en bespreken zij of met de behandeling en begeleiding de gestelde doelen nog steeds bereikt kunnen worden.
- Deze evaluatiemomenten kunnen leiden tot voortzetting, aanpassing of beëindiging van de behandeling en begeleiding. Aanpassingen worden door de regiebehandelaar opgenomen in het behandelplan, tenzij de aanpassingen zo groot zijn dat er een nieuw behandelplan nodig is.

1.2.3.2. Taken regiebehandelaar in de coördinerende rol

In de coördinerende rol draagt de regiebehandelaar verantwoordelijkheid voor het zijn van een centraal aanspreekpunt voor de cliënt en zijn/haar naasten (A.), voor de onderlinge afstemming tussen zorgverleners, de coördinatie van de activiteiten rond behandeling en begeleiding (B.) en voor evaluatie (C.). Binnen deze verantwoordelijkheden heeft de regiebehandelaar de volgende taken:

A. Centraal aanspreekpunt voor cliënt en de naasten:

- Fungeren als eerste aanspreekpunt voor de cliënt bij vragen of verzoeken.
- Fungeren als eerste aanspreekpunt voor andere zorgverleners buiten het directe behandelteam.
- Fungeren als contactpersoon voor de cliënt, als er veranderingen zijn in de behandeling of als er een wisseling van zorgverleners plaatsvindt.

B. Coördinator voor zorgverleners en het zorgproces:

- 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 en begeleiding.
- Zich regelmatig laten informeren door de betrokken zorgverleners over de voortgang van de behandeling en begeleiding of voor belangrijke ontwikkelingen.
- Organiseren van voldoende afstemming en (multidisciplinair) overleg tussen de betrokken zorgverleners en het vaststellen van de frequentie van overlegmomenten.
- Zorgen voor een goede overdracht van gemaakte afspraken als er een wisseling tussen zorgverleners plaatsvindt en deze afspraken vastleggen in het behandelplan en dossier.

C. Evaluatie:

- Zorgdragen voor de in het behandelplan vastgestelde evaluatiemomenten en het hierbij (waar nodig) betrekken van de indicierend regiebehandelaar.
- Monitoren en organiseren van extra evaluatiemomenten (bijvoorbeeld bij ingrijpende veranderingen of complicaties).
- Bijstellen, overdragen of beëindigen van de behandeling en begeleiding en aanpassen van het behandelplan als blijkt dat de behandeling en begeleiding niet meer helemaal passend is. In afstemming met de cliënt en (waar nodig) de eerdere regiebehandelaar.

- Schriftelijk terugkoppelen aan de verwijzer als de behandeling en begeleiding zijn beëindigd. Hiervoor moet expliciete toestemming worden gegeven door de cliënt.

1.2.4. Consultatie regiebehandelaar of specialist door behandelaar

De regiebehandelaar is in bepaalde situaties/onder bepaalde voorwaarden (zie daarvoor tabel 3) verantwoordelijk voor de diagnostiek en het vaststellen van het zorgplan. De behandelaar is verantwoordelijk voor het uitvoeren van het individuele behandelbeleid. In een aantal gevallen moet de regiebehandelaar of specifiek een specialist (zoals verslavingsarts KNMG, psychiater, klinisch psycholoog, verpleegkundig specialist) geraadpleegd worden.

De beslissing om de regiebehandelaar of een specialist in te schakelen ligt bij de behandelaar, omdat de behandelaar weet heeft van het actuele verloop van het zorgproces. De behandelaar is verantwoordelijk voor het informeren van de regiebehandelaar en moet dit ook bij twijfel doen, zodat de regiebehandelaar zijn/haar verantwoordelijkheid kan nemen. In principe neemt een behandelaar in eerste instantie contact op met de zorghouder (indien aanwezig). In acute situaties kan de behandelaar direct een regiebehandelaar consulteren. De regiebehandelaar of specifiek de specialist, die verbonden is aan de afdeling, kan besluiten om de behandeling of een deel van de behandeling waarop de vraag betrekking heeft over te nemen als hij/zij dat noodzakelijk vindt. Dit vindt plaats op basis van consensus en/of overleg. Indien nodig, kan bij verschil van inzicht de escalatieprocedure (zie par. 1.8.) worden doorlopen. In alle gevallen waarin een regiebehandelaar geraadpleegd wordt, beoordelen de behandelaar en de regiebehandelaar samen of zij het nodig vinden dat de regiebehandelaar de cliënt zelf ziet en of er een andere specialist geraadpleegd moet worden. Een algemene regel is dat wanneer de behandelaar om een consult vraagt, de regiebehandelaar de cliënt spreekt. In situaties waarin de regiebehandelaar moet worden geraadpleegd of een specialist geraadpleegd wordt of in situaties met een spoedeisend karakter beslissen de regiebehandelaar en/of de specialist.

Een behandelaar raadpleegt de regiebehandelaar in ieder geval:

- wanneer de cliënt om een gesprek met de regiebehandelaar vraagt;
- wanneer bij een psychiatrisch ziektebeeld sprake is van verergering, wijziging van de symptomen of onverwacht uitblijven van verbetering of herstel;
- wanneer er sprake is van een nog niet verwachte verbetering van de symptomen zodanig dat de behandeling waarschijnlijk afgesloten kan worden;
- bij andere ontwikkelingen die niet in het zorgplan zijn voorzien;
- wanneer er sprake is van een risicovolle ontwikkeling waarbij overwogen wordt het beroepsgeheim te doorbreken;
- bij suïcidaal (in elk geval vanaf 'ambivalent') en agressief gedrag van de cliënt naar zichzelf of anderen (in dit geval een klinisch psycholoog of psychiater raadplegen);
- bij een suïcide.

1.3. Behandelaren

Op geleide van de zorgtoewijzing en vaststelling van het zorgplan door de regiebehandelaar biedt de behandelaar binnen zijn deskundigheidsgebied zelfstandig zorg. De behandelaar legt hierbij voor zijn aandeel in de zorg en voor de uitvoering van het zorgplan verantwoording af aan de regiebehandelaar.

De volgende professionals kunnen binnen VNN behandelaar zijn:

- ggz-agoog
- maatschappelijk werker
- social worker
- verpleegkundige
- sociaal psychiatrisch verpleegkundige
- psychiater
- verslavingsarts KNMG

- basisarts
- klinisch psycholoog
- psychotherapeut
- gezondheidszorg psycholoog
- verpleegkundig specialist ggz
- verpleegkundig specialist agz
- basispsycholoog,
- orthopedagoog (jeugd < 18 jaar)
- orthopedagoog generalist
- systeemtherapeut
- vaktherapeut (zie hieronder)
- ervaringsdeskundige (zie hieronder)

Een vaktherapeut (beoogd art. 34 Wet BIG) of een niet BIG-geregistreerde professional (waaronder de ervaringsdeskundige) kan onder begeleiding en supervisie van een BIG-geregistreerde professional ingezet worden als behandelaar. De inzet van ervaringsdeskundigen is belangrijk vanwege hun eigen herstelervaringen en hun input als derde kennisbron.

De professional in opleiding tot één van de genoemde beroepen kan onder supervisie ook behandelaar zijn. De professional in opleiding heeft zijn eigen verantwoordelijkheid en werkt verder onder de verantwoordelijkheid van de werkbegeleider. Hij heeft de taken en bevoegdheden passend bij het beroep waarin hij reeds is opgeleid. De werkafspraken worden in opleidingsreglementen vastgelegd. Algemeen geldend is dat een professional in opleiding niet eigenstandig (regie)behandelaar is.

1.4. Zorghouders

De zorghouder is een behandelaar en fungeert namens de regiebehandelaar als contactpersoon voor de cliënt bij wie hij/zij terecht kan met vragen. De zorghouder is op de hoogte van alle zorg rondom de cliënt. Hij/zij is verantwoordelijk voor de gedelegeerde coördinatie van de zorg en werkt nauw samen met de regiebehandelaar. Naast het zijn van contactpersoon en het coördineren van de zorg is de zorghouder verantwoordelijk voor de evaluaties van het zorgplan. Voor de evaluaties regelt de zorghouder de benodigde metingen (bijvoorbeeld MATE-outcome en Mansa) en in elk geval bij afsluiten van de behandeling ook de invulling van de CQi (cliënttevredenheid). In de forensische zorg gaat het bijvoorbeeld om de MATE-outcome, de FARE of HKTR (risicotaxatie) en de CQi. De zorghouder is bij voorkeur de behandelaar die de cliënt het meest ziet. Elke cliënt houdt dezelfde zorghouder gedurende de migraties in de behandeling (en soms in regiebehandelaar). Stopt het zorgtraject onvoorzien voor de termijn van drie à vier maanden dan wordt het vorige zorghouderschap weer geactualiseerd. Het zorghouderschap stopt uiteraard ook indien de cliënt gaat verhuizen of de behandelrelatie beëindigt. Hiervoor geldt echter ook dat indien het zorgtraject binnen vier maanden opnieuw start, het vorige zorghouderschap weer wordt geactualiseerd. Indien er professionele argumenten zijn om een andere zorghouder te willen toewijzen gebeurt dat door middel van bespreking in multidisciplinair verband.

1.5. De geneesheer-directeur

De geneesheer-directeur kent zijn functie en heeft zijn bevoegdheid vanuit de Wvggz. De geneesheer-directeur is een psychiater. De geneesheer-directeur wordt bij afwezigheid waargenomen door een waarnemend geneesheer-directeur. De waarnemend geneesheer-directeur kent dezelfde taken en bevoegdheden als de geneesheer-directeur. Als richtlijn is gekozen dat de beslissingsbevoegdheid van de geneesheer-directeur gericht is op Wvggz-taken en behandelbeleid betreffende individuele cliënten, terwijl de Raad van Bestuur en de Directeur Zorg verantwoordelijk zijn voor het bredere behandelbeleid. De geneesheer-directeur kan voor Wvggz-taken dwingende aanwijzingen geven aan professionals. De geneesheer-directeur heeft daarnaast een signalerende functie voor de

kwaliteit van de zorg in bredere zin. De signalerende rol betreft de vraag of de hulpverlening in overeenstemming is met wettelijke vereisten. Ook heeft hij adviesbevoegdheid ten aanzien van het beleid dat verbonden is aan de kwaliteit van de zorg en de juridische en ethische aspecten van het zorgbeleid. Bij conflicten die raken aan het psychiatrische beleid in bredere zin vindt overleg plaats tussen geneesheer-directeur, de Directeur Zorg en de Raad van Bestuur. Een eventuele opschaling vindt plaats naar de Raad van Toezicht. De geneesheer-directeur is het eerste aanspreekpunt voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: IGJ) bij de toepassing van de Wvvgg. De geneesheer-directeur heeft ook een rol bij een aantal bij VNN beschreven procedures rondom bijvoorbeeld acute wijziging van de uitvoering van het behandelplan zoals bij ontslag uit de kliniek op initiatief van de behandelaar. De geneesheer-directeur heeft een wettelijk beschreven onafhankelijke verantwoordelijkheid. De Raad van Toezicht ziet toe op de samenwerking tussen de geneesheer-directeur en de Raad van Bestuur.

1.6. De opleiders

In het kader van de verschillende opleidingen zijn opleiders binnen VNN aangesteld, te weten de opleider Psychiatrie (voor de opleiding tot psychiater), de opleider Psychologie (voor de opleiding tot GZ-psycholoog, psychotherapeut en klinisch psycholoog), de opleider Verslavingsarts KNMG, de opleider Verpleegkundig Specialist (voor de opleiding tot verpleegkundig specialist), de opleider Verpleegkundige (voor de opleiding tot verpleegkundige) en de opleider Huisarts (in verband met aios-huisartsgeneeskunde). De opleider draagt medeverantwoordelijkheid voor de algemene kwaliteit van de hulpverlening op het eigen vakgebied op de afdelingen waar zijn/haar professionals in opleiding werken. Hij/zij geeft vorm aan deze verantwoordelijkheid door het signaleren van knelpunten en kan zich hiertoe rechtstreeks tot de Directeur Zorg en/of de Raad van Bestuur wenden. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de opleiders zijn vastgelegd in een apart document. Dit document is een uitwerking van eisen voor een opleider, zoals vastgelegd in de landelijke opleidingseisen ten behoeve van de bovenbeschreven beroepen. Bepaalde opleiders hebben een eigen wettelijk beschreven onafhankelijke verantwoordelijkheid, waarbij overleg plaatsvindt met de Raad van Bestuur. Dit is het geval bij de opleiding van de psychologen, de verslavingsartsen en de verpleegkundig specialist GGZ. De psychiaters en huisartsen worden opgeleid onder erkenning van andere organisaties, waardoor deze wettelijke verantwoordelijkheid daar belegd is.

1.7. Multidisciplinaire behandeling en samenwerking met andere zorgverleners

In geval van interdisciplinaire dan wel multidisciplinaire behandeling is multidisciplinair overleg een voorwaarde. De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling. Hij/zij zorgt ervoor dat in samenspraak met de cliënt en zijn/haar naasten een behandelplan wordt opgesteld en hij/zij draagt er zorg voor dat dit behandelplan wordt uitgevoerd en geëvalueerd en – wanneer omstandigheden daartoe aanleiding geven – wordt bijgesteld. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat de verrichtingen of activiteiten van alle zorgverleners die beroepshalve bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn – en dus ook zijn eigen verrichtingen of activiteiten – op elkaar zijn afgestemd. Wanneer meerdere zorgverleners tegelijkertijd bij de behandeling van de cliënt zijn betrokken, spant de regiebehandelaar zich in voor een goede samenwerking en afstemming, met toestemming van cliënt, en legt samenwerkingsafspraken en onderscheiden verantwoordelijkheden in de behandeling van de samenwerkende zorgverleners vast in het dossier van de cliënt (Elektronisch Patiëntendossier (hierna: EPD)).

1.8. Escalatieprocedure

Bij eventuele verschillen van inzicht tussen zorgmedewerkers wordt hierover in overleg getreden en wordt een en ander met elkaar besproken. In overlegsituaties met betrekking tot diagnostiek en behandeling spant ieder zich in om de betrokkenen zoveel mogelijk op één lijn te krijgen, waarbij de regiebehandelaar veelal de voorzittersrol heeft. Wanneer een professional, ondanks pogingen om overeenstemming te bereiken en alle opties daartoe zijn

uitgeput, van mening is en blijft dat het vastgestelde beleid niet in overeenstemming is met zijn/haar geweten, is er de mogelijkheid om de regiebehandelaar te laten weten dat hij/zij de medewerking aan de behandeling staakt. De regiebehandelaar is dan verantwoordelijk voor het garanderen van een adequate behandeling van de cliënt door een andere professional; zo nodig ziet hij/zij de cliënt op dat moment zelf. Wanneer een professional zich niet kan neerleggen bij een besluit van de regiebehandelaar of wanneer hij/zij meent dat bepaalde regels of gewoonten in strijd zijn met de eisen van een zorgvuldige hulpverlening conform zijn professionele standaard of beroepscode, dan kan hij/zij ook wenden tot de volgende personen binnen VNN:

- Manager
- Divisiel directeur
- Directeur Zorg in afstemming met de Raad van Bestuur
- Geneesheer-directeur

In ieder geval wendt hij/zij zich tot de Directeur Zorg, in afstemming met de Raad van Bestuur voor beleidsmatige zaken. In ieder geval wendt hij/zij zich tot de geneesheer-directeur in gevallen rondom een individuele cliënt of bij meningsverschillen binnen een individuele behandeling en/of gedwongen zorg (in het kader van de Wvvgz).

Hoofdstuk 2. Overdracht regiebehandelaarschap

Daar waar het regiebehandelaarschap moet worden overgedragen, gebeurt dit zorgvuldig en in overleg met de cliënt en eventueel zijn/haar naasten. Wisseling van regiebehandelaar zal in de praktijk voorkomen in geval van:

- een nieuwe fase van de behandeling,
- een wijziging in het zorgplan, met als gevolg wijziging van de zorgverlener(s),
- op verzoek van de cliënt (met redenen omkleed),
- op verzoek van de regiebehandelaar (met redenen omkleed),
- de regiebehandelaar gedurende langere tijd niet, of niet meer beschikbaar is.

2.1. Overdracht regiebehandelaarschap

Bij wisseling van regiebehandelaarschap is de overdragende regiebehandelaar verantwoordelijk voor een goede overdracht van alle afspraken en hij/zij legt deze vast in het EPD.

A. Klinische opnames:

- De klinieken bieden een specialistische verslavingsbehandeling in het totale behandeltraject van de cliënt. Het regiebehandelaarschap wordt bij opname overgedragen aan de klinische regiebehandelaar. Na beëindiging van het klinische traject wordt het regiebehandelaarschap in beginsel weer overgedragen aan de betrokken ambulante regiebehandelaar. Concreet betekent dit dat bij opnames de regiebehandelaar van de kliniek verantwoordelijk is voor de uitvoering van de behandeling in de kliniek en dat de regiebehandelaar ambulant verantwoordelijk blijft voor het gehele traject. Hierbij is een goede samenwerking en wederzijds vertrouwen tussen de regiebehandelaren ambulant en klinisch noodzakelijk. De ambulante en klinische regiebehandelaar behouden beiden hun verantwoordelijkheden en houden elkaar op de hoogte van de (voortgang van) de behandeling. De ambulante zorghouder wordt betrokken bij de voortgang en de evaluaties in de kliniek. Bij wijzigingen van het zorgplan tijdens opname wordt er afstemming gezocht tussen de klinische en ambulante regiebehandelaar van de cliënt. De taken en verwachtingen van de ambulante regiebehandelaar en de behandelaren van de kliniek worden bij opname afgestemd en waar mogelijk op een vaste en structurele manier verdeeld. Het zorghouderschap blijft ten behoeve van continuïteit van contact bij de ambulante afdeling.
- Behandelverantwoordelijkheid bij externe verwijzingen (zij-instromers): Cliënten die extern verwezen zijn, krijgen als eerste een klinische regiebehandelaar. Als er eerst gedetoxt moet worden, zal dit de regiebehandelaar van de opnamekliniek zijn. In

andere gevallen is dit de regiebehandelaar van de overige afdelingen van de kliniek. Zodra de cliënt naar die afdelingen gaat neemt de regiebehandelaar het regiebehandelaarschap over. Bij vertrek uit de kliniek is de regiebehandelaar van de kliniek verantwoordelijk voor de overdracht naar de (externe) ambulante (regie)behandelaar.

- Wanneer de klinische behandeling afgelopen is, wordt het regiebehandelaarschap overgedragen. Bij voortijdige beëindiging van de opname wordt het regiebehandelaarschap zo snel mogelijk overgedragen aan de ambulante regiebehandelaar waar de cliënt in zorg was/komt. Bij reguliere afronding van opname draagt de (klinische) regiebehandelaar zorg voor een tijdige overdracht. Ter wille van de continuïteit wordt ruim voor de geplande ontslagdatum in het MDO het vervolgtraject vastgesteld en wordt het traject afgestemd met de aanstaande regiebehandelaar en eventuele zorghouder.

B. Deeltijd:

- Deeltijdbehandeling is als het ware een intensieve vorm van poliklinisch behandelen. Het regiebehandelaarschap ligt daarom bij de polikliniek of bij het outreachende team waar de cliënt in zorg is. De coördinerend behandelaar van de deeltijd is verantwoordelijk voor de behandeling op de deeltijd maar heeft geen trajectverantwoordelijkheid. Ruim voor het einde van het deeltijdprogramma stemt de coördinerend behandelaar van de deeltijd af met de regiebehandelaar over het vervolgtraject. Wanneer een cliënt in vervolg op een lang klinisch traject wordt verwezen naar een deeltijdbehandeling, dan wordt het regiebehandelaarschap overgedragen naar de polikliniek of het outreachende team waar de cliënt in zorg komt.

C. Overdracht binnen de forensische zorg van VNN:

- Bij forensische zorg ligt in eerste instantie het regiebehandelaarschap bij de forensische polikliniek en klinisch bij de Ekenwaard. Na verblijf in een kliniek ligt het regiebehandelaarschap bij de forensische polikliniek als er sprake is van een primair forensische zorgvraag:
 - er is een matig of hoog risico op delictgedrag,
 - er wordt een specifiek forensisch zorgaanbod geboden aan de cliënt,
 - de cliënt wordt bijvoorbeeld geplaatst vanuit een tbs-titel of vanuit de maatregel ISD.
- Als deze primaire forensische zorgvraag niet meer op de voorgrond staat kan het regiebehandelaarschap overgedragen worden aan een reguliere poliklinische of outreachende zorg regiebehandelaar. Het kan nuttig zijn om de forensisch regiebehandelaar indien nodig en met informed consent van de cliënt nog consultatief betrokken te laten zijn na een afsluiting.

Hoofdstuk 3. Kwaliteit, verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid, toezicht

3.1. Kwaliteit van zorg

Uit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (hierna: Wkkgz) vloeit voort dat een zorgaanbieder goede zorg aanbiedt. Daaronder wordt conform die wet verstaan: zorg van goede kwaliteit en goed niveau:

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

VNN maakt gebruik van verschillende kwaliteitsinstrumenten om de kwaliteit van zorg te meten en de geleverde kwaliteit inzichtelijk te maken. VNN gebruikt daarvoor bijvoorbeeld CQ-i vragenlijsten, spiegelgesprekken, het melden en verwerken/oplossen van incidenten of klachten, moreel beraad en het uitvoeren van (interne/externe) audits. Er zijn drie pijlers waar de kwaliteit van zorg in onderverdeeld wordt:

1. Cliëntkwaliteit; dit gaat over dat VNN aan de verwachtingen van de cliënt voldoet bij het verlenen van zorg, maar ook over of de zorgverlener de cliënt goed kent, weet wat de cliënt belangrijk vindt, bijvoorbeeld ten aanzien van herstel, en deze uitgangspunten meeneemt in de zorgverlening, en of de cliënt regie (samen) heeft/kan hebben en ondersteuning al dan niet met zijn/haar naasten. Meten van de cliëntkwaliteit helpt om de zorg te leveren zoals deze is afgesproken, deze inzichtelijk te maken en om te verbeteren waar nodig.
2. Professionele kwaliteit; dit gaat over het inzetten van de juiste medewerkers op de juiste plek, ook wel passende zorg. Zorg waarover de cliënt en zorgverlener samen beslissen, met de focus op gezondheid in plaats van ziekte. Passende zorg is aantoonbaar effectief en heeft meerwaarde voor cliënten. Daarnaast gaat dit over kennis, vaardigheden, eigenschappen en gedragingen die professionals in staat stellen om het werk competent, betrouwbaar en verantwoord uit te voeren. Het omvat zowel harde vaardigheden (vakinhoudelijke kennis) als zachte vaardigheden (zoals communicatie en samenwerking) en wordt gekenmerkt door een professionele houding, ethisch gedrag en een continu proces van leren en ontwikkelen om de kwaliteit te waarborgen en te verbeteren.
3. Organisatiekwaliteit; dit gaat over duurzaamheid en houdbare zorg. Ook gaat het over de opgaven van VNN om het systematisch waarborgen en verhogen van kwaliteit door middel van kwaliteitsmanagementsystemen, kwaliteitsborging, audits en een cultuur waarin professionals verantwoordelijkheid kunnen nemen voor zorg. Over voldoende mensen en middelen zodat de zorg beschikbaar en toegankelijk is, nu en in de toekomst.

De leidinggevende en de professionals binnen VNN hebben een belangrijke rol in het waarborgen van de kwaliteit van zorg. Om dit te kunnen is het belangrijk wederzijds respect te hebben voor elkaar, vertrouwen op te bouwen, naar elkaar te luisteren en elkaar te horen. Daarnaast is er van de professional en de leidinggevende leiderschap nodig om de beste zorg te leveren.

3.2. Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid

De professional binnen VNN neemt verantwoordelijkheid voor de uitoefening van zijn beroep door zijn taken naar beste vermogen uit te voeren en verantwoording af te leggen over de uitvoering van de taken. De verantwoordelijkheid is terug te vinden in de professionele standaard van beroepsgroepen en multidisciplinaire richtlijnen. Daarnaast biedt een aantal wetten de professional belangrijke kaders. Door de grenzen goed te kennen weet de professional de professionele ruimte optimaal te benutten. Elke professional heeft de verantwoordelijkheid om een collega aan te spreken wanneer er sprake is van mogelijk disfunctioneel gedrag of wanneer niet conform het zorgplan gewerkt wordt.

De leidinggevende handelt vanuit de organisatiekaders van VNN en geeft leiding door te steunen, coachen, erkennen en door te sturen op resultaat.

Eenzijds is iedere professional verantwoordelijk voor het eigen handelen en kan hij/zij hier intern en door de cliënt op worden aangesproken. Een professional, die geregistreerd is krachtens artikel 3 van de Wet BIG kan daarnaast door de tuchtrechter worden aangesproken. Anderzijds is ook de organisatie zelf wettelijk verantwoordelijk en aansprakelijk voor het voldoen aan de professionele standaarden van de zorg die door VNN geleverd wordt. VNN ziet erop toe dat de professionals verantwoorde zorg bieden in overeenstemming met wet- en regelgeving. Afwijken van de richtlijnen kan slechts beargumenteerd en gedocumenteerd gebeuren.

Op basis van dit PS, de beroepsprofielbeschrijvingen en de zorgsoortindeling maken professionals afspraken over de werk- en verantwoordelijkheidsverdeling. Deze afspraken komen niet alleen tot stand door de standaarden zelf, maar vooral door de interpretatie ervan door de professionals. Binnen de vakgroepen komen de professionals van VNN bij elkaar om tot een interpretatie van protocollen en werkwijzen van en voor VNN te komen. De vakgroepen hebben via vertegenwoordiging in de MuSt (Multidisciplinaire Staf) overleg met het Directieteam en de Raad van Bestuur. VNN ondersteunt de professional in de uitvoering van zijn werkzaamheden en is voorwaardenscheppend. De organisatie ondersteunt de professional in het op peil houden en verbeteren van zijn/haar bekwaamheden onder andere door intervisie met vakgenoten. De precieze grenzen van het deskundigheidsgebied van de professional zijn dynamisch en afhankelijk van standpunten van de beroepsorganisaties, maar ook van de inspectie en de (tucht)rechter. Omdat er binnen VNN sprake is van samenwerking binnen en tussen beroepsgroepen, is het noodzakelijk dat men weet wat er tot het eigen deskundigheidsgebied wordt gerekend en dat iedere professional ook goed op de hoogte is van het deskundigheidsgebied van de andere beroepsgroepen. Deze deskundigheid komt samen in de MuSt.

3.3. Toezicht

De Raad van Bestuur houdt toezicht op de Directeur Zorg, de Divisiedirecteuren op de managers en deze op de professionals in zijn/haar team of afdeling. Hierbij legt de Raad van Bestuur op zijn beurt verantwoording af aan de Raad van Toezicht. De vereiste mate van toezicht is afhankelijk van het concrete geval.

De Raad van Toezicht ziet toe op de samenwerking tussen de geneesheer-directeur en de Raad van Bestuur. De opleiders leggen verantwoording af aan de Raad van Bestuur.

Verantwoordelijkheden

Zie hiervoor onder Beleid.

Bijbehorende documenten

- [Kwaliteitsstatuut VNN](#)
- [Kwaliteitsstatuut en Professioneel Statuut VNN; FAQ](#)