

# Professioneel Statuut

Tussen Ons

## 1. Inleiding en doelstelling

Dit professioneel statuut beschrijft de verantwoordelijkheden van zorgverleners bij Tussen Ons BV en de afspraken die gelden voor samenwerking tussen de regiebehandelaar en medebehandelaren. Het statuut vormt een verplichte bijlage bij het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (versie 4.0, Sectie III) en geldt voor alle medewerkers die direct betrokken zijn bij diagnostiek, behandeling en begeleiding van cliënten.

Het statuut heeft tot doel:

- duidelijkheid te bieden over taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van alle betrokken zorgverleners;
- de samenwerking tussen regiebehandelaar en medebehandelaren te structureren;
- de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening te borgen;
- een werkbare procedure te bieden bij meningsverschillen (escalatieprocedure).

## 2. Toepassingsgebied

Dit statuut is van toepassing op alle zorgverleners werkzaam bij Tussen Ons BV, te weten:

### **Regiebehandelaren**

- Psychiaters (BIG-geregistreerd, arts art. 3 Wet BIG + specialisme art. 14 Wet BIG)
- GZ-psychologen (BIG-geregistreerd, art. 3 Wet BIG)
- Psychotherapeuten (BIG-geregistreerd, art. 3 Wet BIG)
- Orthopedagoog Generalisten (BIG-geregistreerd, art. 3 Wet BIG)
- Klinisch psychologen (BIG-geregistreerd, art. 14 Wet BIG)
- Verpleegkundig specialisten( BIG-geregistreerd, art. 14 Wet BIG)

### **Medebehandelaren**

- Basispsychologen en orthopedagogen (geregistreerd NIP/SKJ, niet BIG-geregistreerd)
- Agogen/ sociaal werkers (HBO-opgeleide hulpverleners)
- Verpleegkundigen (BIG-geregistreerd, art. 3 Wet BIG)
- Vaktherapeuten

Het statuut geldt zowel voor medewerkers in loondienst als voor zorgverleners die op basis van een opdracht- of detacheringsovereenkomst werkzaam zijn bij Tussen Ons BV.

### 3. Regiebehandelaarschap

#### 3.1 Definitie en aanwijzing

Elke cliënt heeft gedurende het gehele zorgproces één regiebehandelaar. De regiebehandelaar is de zorgverlener die de eindverantwoordelijkheid draagt voor de totale behandeling en begeleiding van de cliënt. De regiebehandelaar wordt bij aanvang van de behandeling aangewezen. In onderling overleg tussen betrokken zorgverleners wordt op basis van de aard en de complexiteit van de zorg die nodig is bepaald wie de regiebehandelaar is. De aanwijzing van de regiebehandelaar wordt kenbaar gemaakt voor de cliënt en wordt vastgelegd in het dossier en het behandelplan.

Als regiebehandelaar kan worden aangewezen voor de Basis GGZ:

- GZ-psycholoog
- Klinisch (neuro)psycholoog
- Psychotherapeut
- Verpleegkundig Specialist GGZ
- Orthopedagoog Generalist

En voor de Specialistische GGZ:

- Klinisch (neuro)psycholoog
- Psychiater
- Psychotherapeut
- GZ-psycholoog \*
- Orthopedagoog Generalist \*
- Verpleegkundig Specialist GGZ \*

\*betreft een artikel 14 regiebehandelaar bij diagnostiek en indicatiestelling

#### 3.2 Taken en verantwoordelijkheden regiebehandelaar

De regiebehandelaar heeft een indicerende rol en een coördinerende rol in de behandeling van cliënten.

##### A. Indicerende rol

- Verantwoordelijkheid dragen voor de probleemanalyse: samen met de cliënt en eventuele medebehandelaren de aard, ernst en zorgbehoefte in kaart brengen
- Vaststellen van de diagnose, op basis van evidence based, expert based en experience based werkwijze
- Beoordelen of de zorgvraag aansluit bij het beschikbare zorgaanbod; bij geen passend aanbod bestaat een inspanningsverplichting tot verwijzing naar een andere zorgaanbieder, en zo nodig terugverwijzing naar de huisarts
- In dialoog met de cliënt het behandelplan opstellen op hoofdlijnen, met daarin minimaal: behandeldoelen, wijze van uitvoering, taakverdeling, crisisafspraken, waarnemregeling, naam van de regiebehandelaar in de behandelfase en evaluatiemomenten
- Toestemming van de cliënt verkrijgen voor het behandelplan (WGBO, informed consent)
- Tussentijdse evaluatie uitvoeren: op geplande momenten én bij ingrijpende veranderingen; aanpassingen vastleggen in het behandelplan
- Eerstverantwoordelijke zijn voor de cliënt in de periode tussen intake en start behandeling
- Schriftelijke terugkoppeling aan de verwijzer na vaststelling van het behandelplan, met expliciete toestemming van de cliënt

##### B. Coördinerende rol

- Fungeren als centraal aanspreekpunt voor de cliënt, diens naasten en andere zorgverleners buiten het directe behandelteam
- Toezien op uitvoering van het behandelplan
- Waar nodig het behandelplan op meer gedetailleerd niveau uitwerken
- Monitoren van de voortgang van behandeling en begeleiding
- Coördineren van zorg op dynamische momenten: na bijstelling van het behandelplan, bij voorgenomen ontslag of bij afronden van de behandeling
- Zich regelmatig laten informeren door betrokken zorgverleners en multidisciplinair overleg organiseren
- Zorgen voor een goede overdracht bij wisseling van zorgverleners, vastgelegd in behandelplan en dossier
- Op eigen professioneel oordeel de escalatieprocedure initiëren wanneer de zorgcontinuïteit of veiligheid van de cliënt dit vereist, ook zonder voorafgaande toestemming van de directie.
- Evaluatiemomenten bewaken en zo nodig behandeling bijstellen, overdragen of beëindigen, in afstemming met de cliënt.
- Bij beëindigen: schriftelijk terugkoppelen aan de verwijzer, met expliciete toestemming van de cliënt

### 3.3 Vervanging regiebehandelaar

Bij geplande of ongeplande afwezigheid van de regiebehandelaar borgt Tussen Ons de continuïteit van zorg conform art. 8.2 van de Algemene Leveringsvoorwaarden. Bij geplande afwezigheid draagt de regiebehandelaar zelf zorg voor een schriftelijke overdracht in het EPD en voor tijdige informatie aan de betrokken cliënten over de waarnemer. Bij ongeplande afwezigheid wijst de directie zo spoedig mogelijk een waarnemer aan met een passende BIG-kwalificatie. De waarnemend regiebehandelaar draagt gedurende de waarnemingsperiode dezelfde verantwoordelijkheden ten aanzien van de cliënt, waaronder coördinatie, crisisinterventie en dossiervoering. Het medicatiebeleid blijft onder regie van de psychiater; bij diens afwezigheid wordt de waarneming voor medicatie uitsluitend belegd bij een andere psychiater.

### 3.4 Bescherming professionele autonomie

Tussen Ons waarborgt de autonomie van zijn zorgverleners, als volgt:

Het bestuur en de directie onthouden zich van instructies — direct of indirect — die een zorgverlener ertoe zouden brengen af te wijken van wat professioneel verantwoord is. Bedrijfsmatige overwegingen, waaronder bezetting, capaciteit, financiering of productiedoelstellingen, vormen geen grond om een zorgverlener te verplichten een behandelbeslissing te nemen die strijdig is met de professionele standaard of de geldende beroepscode.

Een zorgverlener die van mening is dat een opdracht of instructie van een leidinggevende in strijd is met zijn of haar professionele verantwoordelijkheid, heeft het recht die opdracht te weigeren zonder arbeidsrechtelijke benadeling. De zorgverlener meldt de weigering tijdig en schriftelijk en activeert zo nodig de escalatieprocedure (§7). De zorgverlener blijft in dat geval verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg voor de cliënt.

## 4. Medebehandelaren

### 4.1 Taken en verantwoordelijkheden medebehandelaar

Een medebehandelaar is een zorgverlener die op verzoek van, of in afstemming met, de regiebehandelaar (een deel van) de behandeling en begeleiding uitvoert. De medebehandelaar:

- handelt binnen de grenzen van zijn of haar bevoegdheid en bekwaamheid (Wet BIG);
- voert behandelactiviteiten uit conform het behandelplan;
- informeert de regiebehandelaar tijdig over relevante ontwikkelingen in het zorgproces;
- draagt bij aan het multidisciplinair overleg en de dossiervoering;
- signaleert risico's of meningsverschillen en brengt dit tijdig onder de aandacht van de regiebehandelaar.

### 4.2 Opdrachtregeling en voorbehouden handelingen

Bij Tussen Ons BV voert de psychiater voorbehouden handelingen zelfstandig uit en delegeert deze niet aan anderen. Er is binnen Tussen Ons BV geen sprake van een opdrachtrelatie in de zin van art. 35–39 Wet BIG (zie paragraaf 3). De afspraken over voorbehouden handelingen zijn vastgelegd in het protocol voorbehoudenhandelingen van Tussen Ons BV.

### 4.3 Supervisiestructuur basispsycholoog en orthopedagoog

Basispsychologen en orthopedagogen zijn bij Tussen Ons BV uitsluitend werkzaam als medebehandelaar. Zij voeren geen volledig zelfstandige diagnostiek uit en zijn niet bevoegd als regiebehandelaar. De supervisie van de basispsycholoog is als volgt georganiseerd:

1. Individuele supervisie minimaal eenmaal per vier weken met de aangewezen regiebehandelaar (gz-psycholoog, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut);
2. Deelname aan de tweewekelijkse MDO voor casusbesprekingen en afstemming met de regiebehandelaar; verslaglegging van supervisiemomenten in het personeelsdossier van de basispsycholoog of orthopedagoog
3. De aangewezen regiebehandelaar blijft te allen tijde eindverantwoordelijk voor alle diagnostische beslissingen behandelplannen waarbij de basispsycholoog of orthopedagoog betrokken is. De naam van de superviserend regiebehandelaar wordt bij aanvang vastgelegd in het personeelsdossier en gecommuniceerd aan de betrokken cliënten.

#### 4.4 Samenwerking en overleg

De samenwerking tussen de regiebehandelaar en medebehandelaren is als volgt georganiseerd:

Overlegvorm	Doel / inhoud	Frequentie	Voorzitter
Multidisciplinair overleg (MDO)	Bespreking van behandelplan, voortgang en afstemming zorgverleners	Tweeweke-lijks	Regiebehandelaar
Teamoverleg	Organisatorische afstemming, werkprocessen, caseload	Maandelijks	Directie
Intervisie / lerend netwerk	Professionele reflectie, deskundigheidsbevordering (regie)behandelaren	Zeswekelijks	Wisselend

Verslaglegging van het MDO vindt plaats in het elektronisch patiëntendossier (EPD) van de cliënt. Alle bij de behandeling betrokken zorgverleners hebben inzage in de voor hen relevante dossierinformatie.

## 5. Bevoegdheid, bekwaamheid en systematische kwaliteitstoetsing

### 5.1 Bevoegdheid en bekwaamheid

Tussen Ons BV draagt er zorg voor dat zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn voor de taken die zij uitvoeren. Dit wordt geborgd door:

- verificatie van BIG-registratie bij indiensttreding en jaarlijkse controle via het BIG-register;
- functieprofiel en competentiepaspoort per functiecategorie (NVP, NIP, NVvP, FGzPt, NVO, FVB);
- een systematisch opleidings- en scholingsbeleid (jaarlijkse PE-verplichting conform beroepsvereniging) en CAO;
- functionerings- en beoordelingsgesprekken (minimaal jaarlijks);

Zorgverleners zijn zelf verantwoordelijk voor het bijhouden van hun BIG-registratie en het tijdig melden van relevante wijzigingen (schorsing, beperking bevoegdheid) aan de leidinggevende.

### 5.2 Systematische toetsing van het professioneel handelen

Tussen Ons BV toetst systematisch de kwaliteit van het professioneel handelen van zorgverleners, inclusief gedrag en bejegening. De gehanteerde methoden en criteria zijn als volgt geëxpliciteerd:

Methode	Inhoud / criteria	Frequentie / verantwoordelijke
Functionerings- en beoordelingsgesprek	Professioneel functioneren, gedrag, bejegening cliënten, naleving protocollen	Jaarlijks / directie
Dossieraudit / kwaliteitstoets dossiervoering	Volledigheid, tijdigheid en kwaliteit van dossierregistratie conform Wkkgz/WGBO	Half jaarlijks / directie
Intervisie / lerend netwerk	Reflectie op professioneel handelen, casuïstiek, incidenten; halfjaarlijkse reflectie conform LKS voor regiebehandelaren	Maandelijks / regiebehandelaar
Analyse klachten en incidenten (MIP/VIMS)	Trends in klachten en meldingen worden teruggekoppeld aan zorgverleners als input voor verbetering van professioneel handelen	Kwartaalrapportage / Directie

De uitkomsten van bovenstaande toetsingsmethoden worden jaarlijks geaggregeerd in de kwaliteitsrapportage en besproken in het directieoverleg. Bevindingen leiden waar nodig tot aanpassing van werkafspraken, protocollen of richtlijnen. Medewerkers worden hierover geïnformeerd via teamoverleg.

### 5.3 Veiligheidsaspecten

Zorgverleners zijn bekend met de voor hun werkzaamheden relevante veiligheidsaspecten en hun eigen verantwoordelijkheid daarin. Dit omvat:

- medicatieveiligheid en het voorkomen van verwisseling of onjuiste toediening;
- suïcidepreventie en risicotaxatie, conform de geldende richtlijn van de beroepsgroep;
- agressie- en incidentpreventie, inclusief kennis van de meldprocedure (MIP/VIMS);
- privacy en informatiebeveiliging (AVG), inclusief omgang met het EPD;
- brandveiligheid en BHV-procedures van de locatie.

Zorgverleners worden bij indiensttreding geïnformeerd over bovenstaande veiligheidsaspecten en ontvangen periodiek bijscholing. Kennis van en naleving van veiligheidsprotocollen maakt onderdeel uit van het functioneringsgesprek.

## 6. Escalatieprocedure bij verschil van inzicht

Wettelijke grondslag: Het LKS GGZ v4.0 (Sectie III, par. 5.2) verplicht elke GGZ-instelling tot het beschrijven van een escalatieprocedure voor situaties waarin bij een zorgproces betrokken zorgverleners het onderling oneens zijn. Deze procedure is onderdeel van het professioneel statuut als verplichte bijlage bij het kwaliteitsstatuut.

### 6.1 Doel van de escalatieprocedure

De escalatieprocedure is bedoeld voor situaties waarbij zorgverleners die betrokken zijn bij het zorgproces van een cliënt, van mening verschillen over de (on)wenselijkheid, inhoud, aanpak of continuering van de behandeling en begeleiding. Het doel is om:

- inhoudelijke meningsverschillen op een gestructureerde en transparante manier te adresseren;
- de zorgcontinuïteit en veiligheid van de cliënt te bewaken;
- een beslissing te faciliteren wanneer directe afstemming onvoldoende uitkomst biedt;
- de professionele autonomie van zorgverleners te respecteren binnen de kaders van de instelling.

### 6.2 Wanneer is de procedure van toepassing?

De escalatieprocedure is van toepassing bij meningsverschillen over, maar niet uitsluitend beperkt tot: de diagnose of de keuze voor een behandelmodaliteit;

- het voortzetten, opschalen of afschalen van de behandeling;
- de risicotaxatie van de cliënt (bijv. suïcidaliteit, gevaar voor anderen);
- de inzet, bevoegdheid of bekwaamheid van een medebehandelaar;
- ethische vraagstukken in de behandeling (bijv. dwang, wilsbekwaamheid).

### 6.3 Stappenplan escalatieprocedure

De escalatieprocedure verloopt volgens onderstaande stappen. De betrokken zorgverleners doorlopen de stappen zoveel mogelijk in volgorde; bij een acute bedreiging van de veiligheid van de cliënt kan direct naar een hogere stap worden gesprongen.

Positie van de cliënt: Alle stappen worden waar mogelijk uitgevoerd in samenspraak met de cliënt. De cliënt wordt tijdig geïnformeerd over een lopend escalatieproces dat zijn of haar behandeling raakt. De cliënt behoudt te allen tijde het recht een klacht in te dienen of een second opinion te vragen, ongeacht de fase van de procedure.

#	Betrokkene(n)	Actie	Tijdpad
1	<b>Betrokken zorgverleners onderling</b>	De zorgverleners treden rechtstreeks in gesprek. De medebehandelaar bespreekt het meningsverschil met de regiebehandelaar. Beiden streven naar een gezamenlijk gedragen beslissing op basis van professioneel inhoudelijke argumenten. De uitkomst wordt gedocumenteerd in het EPD.	<i>Zo spoedig mogelijk, max. 2 werkdagen</i>
2	<b>Regiebehandelaar + Directie</b>	Indien stap 1 niet tot overeenstemming leidt, schakelt de medebehandelaar of regiebehandelaar de directie in. Diens rol is te faciliteren, te bemiddelen en zo nodig een beslissing te nemen. De regiebehandelaar is bevoegd escalatie te initiëren op eigen gezag, ook zonder voorafgaande toestemming van de directie. De cliënt wordt geïnformeerd. Verslaglegging in EPD.	<i>Binnen 3 werkdagen na stap 1</i>

3	<b>Medisch/zorginhoudelijk consult (second opinion)</b>	Indien ook na stap 2 het verschil van inzicht persisteert — of indien sprake is van een acuut veiligheidsrisico — vraagt de regiebehandelaar een onafhankelijke second opinion aan bij een externe deskundige (bijv. een niet bij het zorgproces betrokken psychiater of gz-psycholoog). De second opinion wordt schriftelijk vastgelegd en gedeeld met alle betrokkenen.	<i>Binnen 5 werkdagen na stap 2</i>
4	<b>Leidinggevende / Management</b>	Indien het meningsverschil na het doorlopen van stap 1-3 niet is opgelost, of indien er sprake is van een organisatorisch of institutioneel component (bevoegdheden, arbeidsrechtelijk), wordt de direct leidinggevende of het management ingeschakeld. De leidinggevende neemt een bindende beslissing. Verslaglegging vindt plaats in het personeelsdossier en/of EPD. Als de leidinggevende zelf betrokken is in het meningsverschil kan direct een externe instantie worden ingeschakeld.	<i>Binnen 5 werkdagen na stap 3</i>
5	<b>Externe instantie</b>	In uitzonderlijke gevallen waarbij ook stap 4 geen uitkomst biedt, of waarbij sprake is van een principiële professioneel-ethische dilemma, kan de kwestie worden voorgelegd aan de vertrouwenspersoon of — bij een tuchtrechtelijk aspect — aan de beroepsvereniging of het tuchtcollege. De cliënt behoudt altijd het recht een klacht in te dienen conform de klachtenregeling.	<i>Binnen 5 werkdagen na stap 4</i>

#### 6.4 Rechten en bescherming van de zorgverlener

Een zorgverlener die in het kader van de escalatieprocedure een meningsverschil kenbaar maakt, wordt hiervoor niet benadeeld. Het kenbaar maken van professionele bezwaren wordt beschouwd als een uiting van professionele verantwoordelijkheid, conform de Wet BIG en de beroepscode van de betrokken beroepsgroep.

Indien een zorgverlener van mening is dat een opdracht of beslissing strijdig is met zijn of haar professionele normen, heeft hij of zij het recht de uitvoering te weigeren, mits:

- het weigeren tijdig en expliciet wordt gemeld aan de regiebehandelaar en/of leidinggevende;
- de continuïteit van zorg voor de cliënt zo veel als mogelijk wordt gewaarborgd;
- de weigering wordt gedocumenteerd in het dossier.

#### 6.5 Documentatie en evaluatie

Elk doorlopen escalatieproces wordt gedocumenteerd in het EPD en/of het calamiteitenregister, afhankelijk van de aard van de kwestie. Jaarlijks evalueert Tussen Ons BV de escalatieprocessen die hebben plaatsgevonden als onderdeel van de kwaliteitscyclus (PDCA). Bevindingen worden besproken in het MT en kunnen leiden tot aanpassing van dit statuut.

## 7. Inwerkingtreding en evaluatie

Dit professioneel statuut treedt in werking per 01-07-2026 en vervangt alle eerder vastgestelde versies. Het statuut wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd, of eerder bij relevante wetswijzigingen, wijzigingen in het LKS GGZ of organisatorische veranderingen. De meest actuele versie is beschikbaar via [www.tussenons.nl](http://www.tussenons.nl).