

Coöperatie Huis van Raad UA	Versie I-2022
Professioneel statuut	Datum april 2022 Revisiedatum: mei 2025
Goedgekeurd door: Dagelijks bestuur	Auteur: Dagelijks bestuur

Coöperatie Huis van Raad UA

In december 2021 is de Coöperatie Huis van Raad opgericht. Huis van Raad is een kleine onafhankelijke aanbieder van Generalistische Basis en Gespecialiseerde Geestelijke Gezondheidszorg. Huis van Raad werkt met kleine multidisciplinair teams bestaande uit zelfstandig werkende GGZ-professionals in de directie omgeving van de huisartsen. Wij bieden ongecontracteerde zorg om lange toegangstijden te voorkomen door de budgetbeperkingen van de zorgverzekeraars.

Visie

Huis van Raad biedt ambulante geestelijke gezondheidszorg. Laagdrempelig en toegankelijk binnen de directe en vertrouwde omgeving van de huisarts en onze patiënt, waarbij de patiënt centraal staat in de behandeling. Ons vak is het gesprek binnen een kleinschalige omgeving met en bij de huisartsen en bedrijfsartsen voor een optimale samenwerking. De psychiater en het multidisciplinaire teams nemen gezamenlijk deel in de behandeling, wat grote voordelen heeft op de duur van de behandeling door de gedeelde kennis en ervaring.

Missie

Huis van Raad biedt in nauwe samenwerking met de huisarts toegankelijke, kortdurende, ambulante geestelijke gezondheidszorg aan patiënten vanaf 18 jaar en kan op verzoek van de patiënt naasten betrekken bij de behandeling. Door de psychiatrische zorg direct binnen het bereik van de huisarts en/of bedrijfsarts te brengen, levert Huis van Raad een unieke bijdrage aan een efficiënte geestelijke gezondheidszorg met behoud van maximale kwaliteit.

Medewerkers zijn het kapitaal van een organisatie. Huis van Raad is dan ook een coöperatie, een vorm van gedeelde eigenaarschap van al zijn medewerkers. Wij zijn een flexibele organisatie met tussen de maximaal 20-30 medewerkers. Door de diversiteit in de multidisciplinaire teams, een kenniscentrum van mentale gezondheidszorg, werkend conform de gemaakte afspraken passend binnen de wet- en regelgeving van de GGZ. Samen zijn we verantwoordelijk voor en streven naar een gezonde, veilige omgeving door de afgesproken kernwaarden van het houden van de dialoog en gelijkwaardigheid binnen de organisatie na te leven.

Kernwaarden van Huis van Raad;

- Wij zijn respectvol en toegankelijk
- Wij zoeken de dialoog
- Wij zijn vriendelijk en wellevend
- Wij kennen gelijkwaardigheid zonder gelijkheid
- Wij zijn integer
- Wij geven elkaar feedback expliciet op de toekomst gericht en met respect voor de persoon
- De toekomst kun je maken, het verleden niet
- Reflecteren op eigen handelen is de basis van leren
- Fouten maken leidt tot begrip en afspraken
- Het willen blijven bewegen is basis voor pro-activiteit

Definities

Behandelaar:

De hulpverlener die beroepsmatig diagnostiek en behandeling³ aan een patient verleent en in opdracht Huis van Raad patiëntenzorg verleent. De werkzaamheden van de behandelaar worden uitgeoefend in de functie van regiebehandelaar of medebehandelaar.

In het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ dat per 1-1-2022 in werking treedt, wordt onderscheid gemaakt tussen twee type regiebehandelaren, de Indicerende regiebehandelaar en Coördinerende regiebehandelaar. Deze regiebehandelaren zijn verantwoordelijk voor de regie en coördinatie van het zorgproces.

De medebehandelaar is de collega-hulpverlener die zelfstandig -ondanks de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid van de regiebehandelaar- uitvoering kan geven aan (delen van) het behandelplan.

Patiënt:

Iedereen die een behandelingsovereenkomst heeft met Huis van Raad

Professionele standaard:

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

Professionele autonomie

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

Verlenen van zorg

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

Behandeling

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

Behandelingsovereenkomst

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

Behandelplan

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

Juridisch kader

De rechten van de patiënt en plichten voor de zorgaanbieder en/of individuele behandelaar liggen verankerd in diverse wetten, zoals de Wet kwaliteit, klachten, geschillen zorg (Wkkgz) de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

De Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

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

- a. die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt;
- b. waarbij zorgaanbieders en zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard en de kwaliteitsstandaarden;
- c. waarbij de rechten van de patiënt zorgvuldig in acht worden genomen en de patiënt ook overigens met respect wordt behandeld. De Wkkgz verplicht zorgaanbieders om de zorgverlening op zodanige wijze te organiseren dat dit redelijkerwijs leidt tot het verlenen van goede zorg.

Dat betekent dat hij zowel kwalitatief als kwantitatief over voldoende personele en materiële middelen dient te beschikken. Dat bouwkundige voorzieningen op orde zijn. En dat er een goede toedeling moet zijn van verantwoordelijkheden, bevoegdheden en afstemmings- en verantwoordingsplichten.

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

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

- recht op informatie over de medische situatie
- toestemming voor een medische behandeling
- inzage in het medisch dossier.
- recht op privacy en geheimhouding van medische gegevens(beroepsgeheim)
- recht op vrije artskeuze
- vertegenwoordiging van patiënten die niet zelf kunnen beslissen.

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)

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

Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)

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

Wet Zorg en Dwang (WZD) en Wet verplichte ggz (Wvvggz)

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

Verantwoordelijkheden, bevoegdheden en onderlinge verhoudingen

De wetten in de gezondheidszorg leggen verantwoordelijkheden neer bij verschillende organen en personen binnen de instelling. De verantwoordelijkheid is tweeledig: de verplichting om taken naar beste vermogen uit te voeren én de verplichting om over de uitvoering van de taken verantwoording af

te leggen. Om te zorgen dat iemand taken naar behoren kan uitvoeren en verantwoordelijkheid kan dragen, dienen taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden steeds met elkaar in evenwicht te zijn. In navolgend overzicht is terug te vinden hoe een en ander is geregeld Huis van Raad.

Coöperatie Huis van Raad is een coöperatie met het doel het behartigen van de stoffelijke behoeften van haar leden door met hen overeenkomsten te sluiten in het kader van het uitoefenen of doen uitoefenen van het bedrijf te hunnen behoeve.

De coöperatie heeft mede ten doel om, met behoud van de zelfstandigheid van elk lid, zodanig samen te werken dat de toegang tot zorg op het gebied van geestelijke gezondheid wordt geoptimaliseerd door het aanbieden van zorg en diensten ter bevordering van de geestelijke gezondheid en de kosten van de organisatie van die zorg en de ondersteuning daarvan te reduceren door schaaloptimalisatie en concentratie.

De coöperatie tracht dit doel te bereiken onder meer door:

- a. het bevorderen van deelname van zorgverleners en huisartsen, door het samenbrengen van bestaande zorg- en ondersteunende voorzieningen ter realisatie van synergievoordelen en kwaliteitsimpulsen;
- b. het realiseren van nieuwe integrale zorgvoorzieningen op het gebied van geestelijke gezondheid.

De coöperatie kent de volgende organen:

- a. Bestuur
- b. Algemene leden, behandelaren
- c. Raad van Toezicht

Verantwoordelijkheden, bevoegdheden en onderlinge verhoudingen zijn vastgelegd en gedeponeed in de “Akte van Oprichting Coöperatie Huis van Raad UA”.

Bestuur:

- borgt en respecteert de professionele autonomie van de behandelaren zoals in dit professioneel statuut gedefinieerd.
- verschafft de behandelaren, binnen de mogelijkheden van Huis van Raad, de noodzakelijke materiële en personele voorzieningen en schept organisatorische kaders en systemen, nodig voor een passende professionele beroepsuitoefening. Deze voorzieningen zullen op een zodanig peil worden gehouden dat een doeltreffende, doelmatige en patiëntgerichte zorg gewaarborgd blijft.
- blijft bij afwezigheid van de behandelaren door ziekte, verlof of vakantie aansprakelijk voor de continuïteit van de zorg voor de patiënt die een behandelingsovereenkomst heeft met de instelling.

De behandelaren

- ontlenen hun verantwoordelijkheid aan het deskundigheidsgebied waarvoor zij zijn opgeleid en dienen professioneel autonoom te kunnen handelen binnen de voor hen geldende professionele (en/of wetenschappelijke) standaard, met inachtneming van de met de instelling overeengekomen taken en hiërarchische en functionele indeling. Behandelaren voeren de taken uit in relatie tot de patiënt, zoals vastgelegd in het individuele behandelplan of zoals deze voortvloeit uit wet- en regelgeving. Indien handelingen voorbehouden zijn aan een bepaalde behandelaar mogen deze alleen worden verricht door de behandelaar die daartoe zelfstandig bevoegd is.
- Zijn gehouden, en het bestuur ziet hierop toe, zijn deskundigheid en bekwaamheid op peil te houden dan wel uit te breiden, zodanig dat hij voldoet aan de eisen die in redelijkheid aan hem als hulpverlener mogen worden gesteld. Hij dient in dat kader zorg te dragen dat hij geregistreerd blijft in het voor hem geldende register als bedoeld in de Wet BIG of een vergelijkbaar erkend register. Het bestuur stelt de behandelaar in staat zijn bekwaamheid op

peil te houden en daarvoor bij -en nascholing te volgen, ook in het kader van de (her-)registratie.

- Toetsten zijn/haar hulpverlenend handelen regelmatig aan de wetenschappelijke standaarden consensus binnen zijn beroepsgroep. Het bestuur ziet erop toe dat de behandelaren in de gelegenheid zijn regelmatig met elkaar te overleggen betreffende de vakinhoudelijke ontwikkeling, teneinde de kennis en kunde op peil te houden.
- Schakelen, indien hij de grenzen van zijn bekwaamheid bij voortzetting van de behandeling zou overschrijden, in overleg met de regiebehandelaar een collega in die wel de bekwaamheid bezit, die dan gehouden is deze (specifieke) bekwaamheid/deskundigheid in te zetten.

Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de behandelaar zijn vastgelegd in de functiebeschrijving, in het Kwaliteitsstatuut GGZ, in dit professioneel statuut, binnen vigerende wetten en regelgeving. Huis van Raad biedt GGZ-behandeling conform de GGZ-kwaliteitsstandaarden. Daarnaast conformeren ze zich aan de richtlijnen en standaarden die gelden binnen de beroepsvereniging waarbij zij zijn aangesloten.

Twee type regiebehandelaren

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

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

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

A. De indicerende rol.

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

B. De coördinerende rol.

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

Deze twee rollen gaan gepaard met verschillende taken en verantwoordelijkheden die elkaar aanvullen en versterken. Daarom zullen deze twee rollen vaak door twee verschillende zorgverleners worden ingevuld (de indicerende regiebehandelaar en de coördinerende regiebehandelaar). In bepaalde gevallen kunnen beide rollen door één persoon worden ingevuld, bijvoorbeeld op verzoek van de patiënt of als deze zorgverlener over competenties voor beide rollen beschikt. Als beide rollen door dezelfde persoon worden uitgevoerd, vraagt de reflectie met de patiënt op de geleverde behandeling specifieke aandacht en speelt het lerend netwerk van de zorgverlener een belangrijke rol. Het is voor het uitvoeren van beide rollen essentieel dat de indicerende regiebehandelaar en coördinerende regiebehandelaar in direct contact een vertrouwensrelatie opbouwen met de patiënt. Naast de indicerende of coördinerende regiebehandelaar spelen ook andere zorgverleners een cruciale rol bij het indiceren, coördineren, behandelen. Elke zorgverlener, al dan niet regiebehandelaar, heeft een waardevol aandeel in het zorgproces.

Medebehandelaren

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

Vier categorieën complexiteit

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ onderscheidt vier categorieën complexiteit van situaties (A, B, C en D) waartoe een zorgproces kan behoren. De complexiteit hangt af van zowel de complexiteit van de problematiek als van de complexiteit van het zorgaanbod. De GGZ die Huis van Raad aanbiedt, valt in categorieën A-B-C. Hieronder worden de categorieën toegelicht.

1. Categorie A

Problematiek als zorgaanbod laagcomplex

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

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

Indicerende RB > vallend onder art.3 Wet BIG + minimaal HBO-master GGZ (NLQF7)

- Psychiater
- Verpleegkundig specialist GGZ
- Klinisch Psycholoog
- GZ psycholoog
- Psychotherapeut

Coördinerende RB > vallend onder art.3 Wet BIG + minimaal post-HBO (NLQF6) of sub. opl. onderdeel GGZ

- SPV
- Arts

2. Categorie B

Hoogcomplexe problematiek en een laagcomplex zorgaanbod.

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

Zie categorie A voor beschrijving laagcomplexe zorgaanbod.

Indicerende RB > vallend onder art.14 Wet BIG + minimaal HBO-master (NLQF7) art 3 + minimaal post doctorale opleiding GGZ:

- Psychiater
- Verpleegkundig specialist GGZ
- Klinisch Psycholoog
- GZ psycholoog
- Psychotherapeut

Coördinerende RB vallend onder art.3 Wet BIG + minimaal post-HBO (NLQF6) of sub. opl. onderdeel GGZ

- SPV
- Arts

3. Categorie C

Hoogcomplexe problematiek met een hoogcomplex zorgaanbod (zie B), ernstig ontregelde patiënten/patiënten waarbij opname noodzakelijk kan zijn, waarbij gezamenlijk in een multidisciplinair team iteratief gezocht moet worden naar de best passende interventies en waarbij regelmatig bijgestuurd moet worden. Ook langer durende onvrijwillige of verplichte zorg kan hier onder vallen. (zie hierboven).

Indicerende RB > vallend onder art.14 Wet BIG + postdoctoraal GGZ

- Psychiater
- Klinisch psycholoog

Coördinerende RB > vallend onder art.14 Wet BIG + minimaal HBO-master (NLQF7) > vallend onder art 3 + minimaal postdoctorale opleiding GGZ:

- Verpleegkundig specialist
- GZ psycholoog
- Psychotherapeut
- Verpleegkundig specialist
- GZ psycholoog
- Psychotherapeut

Escalatieprocedure

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

1. Bij verschil van mening of inzicht over de behandeling wordt de casus ingebracht in het MDO.
2. Mocht er geen overeenstemming bereikt worden in het MDO, dan wordt de casus voorgelegd aan de hoogste behandelfunctionaris, doorgaans is dit een psychiater/klinisch psycholoog.
3. Deze hoogste behandelfunctionaris hoort alle partijen en doet, na overleg met de betreffende behandelaren, een bindende uitspraak. Bovenstaande stappen (van begin verschil van mening tot aan uitspraak) worden schriftelijk vastgelegd.

Mei 2022.