# Professioneel Statuut IVMV

## IVMV

Datum: 5 juni 2022



Instituut voor Mentale Vitaliteit is een GGZ instelling voor SGGZ en Basis GGZ zorg
Adres: Deurningerstraat 320 – 7522 CN Enschede. IBAN: NL33 INGB 0005 7293 13
E-mail: info@ivmv.org KvK nr: 55142567; AGB-code Instelling: 22-220520

# Professioneel Statuut IVMV

1. VOORWOORD 3
2. INLEIDING 4
3. UITGANGSPUNTEN EN DEFINITIES 5

4. JURIDISCHE KADERS 7
4.1. KWALITEITSWET ZORGINSTELLINGEN (KZI)
4.2. WET OP DE GENEESKUNDIGE BEHANDELINGSOVEREENKOMST (WGBO)
4.3. WET OP DE BEROEPEN IN DE INDIVIDUELE GEZONDHEIDSZORG (WET BIG)
4.4. TUCHTRECHT
4.5. WETTELIJKE AANSPRAKELIJKHEID BEROEPSUITOEFENING
4.6. WET WkkGZ
4.7. KWALITEITSSTATUUT

5. VERANTWOORDELIJKHEDEN 8
5.1. BESTUURLIJKE VERANTWOORDELIJKHEID
5.2. DE PROFESSIONALS
5.3. BEHANDELVERANTWOORDELIJKHEID
5.4. PROFESSIONELE AUTONOMIE
5.5. REGIEBEHANDELAAR

6. SPECIFIEKE BEPALINGEN 10
6.1. VOORWAARDE SCHEPPEND 7
6.2. ZORGVERLENING 7
6.3. DE PROFESSIONELE STANDAARD 8
6.4. PROCESVERANTWOORDELIJKEN
6.5. DOSSIERVORMING, INFORMATIEVERSTREKKING AAN DERDEN
6.6. BEDRIJFSVOERING
6.7. KWALITEITSSTATUUT
6.8. SAMENWERKING TUSSEN PROFESSIONALS
6.9. ESCALATIEPROCEDURE
6.10. AFSTEMMING MET DE PATIENT

7. KLACHTEN EN GESCHILLEN 15

8. RELATIE PROFESSIONEEL STATUUT EN RECHTSPOSITIE 17

# 1. Voorwoord

St. Instituut voor Mentale Vitaliteit is een instelling voor specialistische- en basis GGZ-zorg. Instituut voor Mentale Vitaliteit ondersteunt de GG/ZZ visie van de Raad voor de Volksgezondheid (RvZ) dat de inspanningen in de zorgsector gericht dienen te zijn op *'gedrag en gezondheid'* (GG) in plaats van op *'zorg en ziekte'* (ZZ). De focus van behandeling ligt op de bevordering van mentale groei, veerkracht en gezond gedrag. Dit impliceert onder meer dat cliënten zelf de regie en verantwoordelijkheid (leren durven) nemen voor hun eigen psychische gezondheid. Intensief gebruik van E-mental health technieken sluit aan bij dit doel én maakt het behandelaanbod transparant en efficiënt.
De behandeling is altijd een samenwerking tussen de verschillende professionals en de patiënt. Deze multidisciplinaire aanpak vereist duidelijke kaders van wettelijke en juridische aard. Maar de visie en het beleid stellen ook specifieke kwaliteitseisen aan het functioneren en samenwerken van de professionals.
Dit professioneel statuut is een eerste vastlegging van die kaders ter ondersteuning van de diverse zorgprocessen die binnen IVMV worden uitgevoerd.

Voorzitter Raad van Bestuur IVMV:
Dr. Marjet Blokhorst
*5 juni 2022*

## 2. Inleiding

In dit professioneel statuut wordt beschreven hoe de verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen de verschillende disciplines zijn verdeeld en hoe de verantwoordelijkheden van behandelaars zich zowel ten opzichte van elkaar als ten opzichte van het centrale management verhouden. De kaders van dit document worden gevormd door het model Kwaliteitsstatuut 3.0 dat per 1 januari 2022 is getreden.
De beschrijving van de juridische en organisatorische kaders waarbinnen wordt gewerkt is in de eerste plaats ingegeven door de behoefte aan duidelijkheid van medewerkers. De invulling van de eis in de Kwaliteitswet Zorginstellingen dat er sprake moet zijn van transparante verantwoordelijkheden is een tweede reden om een professioneel statuut te maken. Het vastleggen van een heldere verantwoordelijkheidsverdeling is daarnaast ook een ISO zorg-norm waaraan het professioneel statuut tegemoet komt.

De kaders worden gesteld door:
- Wet- en regelgeving en jurisprudentie (inclusief gedragscodes)
- Opleidingseisen
- Intern beleid IVMV

In dit statuut zijn geen functieomschrijvingen opgenomen. Daar waar taken en verantwoordelijkheden van verschillende disciplines elkaar raken wordt duidelijkheid gegeven hoe de verhoudingen behoren te liggen.

Bij het opstellen van het professioneel statuut is het zinvol om naast een verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden ook iets te zeggen over beroepshouding. Dit vergemakkelijkt de toepassing van het statuut in de dagelijkse praktijk. Het professioneel statuut maakt integraal deel uit van de overeenkomst met de instelling.

IVMV hanteert de volgende uitgangspunten met betrekking tot de beroepshouding van de bij haar werkzame professionals. Deze geven kort en krachtig weer wat patiënten van IVMV en professionals van elkaar mogen verwachten. Professionals van IVMV:
- stellen zich ten dienste van de patiënt en zijn of haar systeem;
- geven de patiënt de ruimte om de eigen invloed op de gezondheid te vergroten;
- laten geen patiënt tussen wal en schip vallen, maar dragen er zorg voor dat indien de situatie daarom vraagt er binnen afgesproken en acceptabele termijnen passende hulp wordt geboden;

- nemen verantwoordelijkheid voor hun eigen taak en waar nodig, meer;
- geven de organisatie aan waar het zorgproces verbeterd kan worden;
- werken volgens de principes van *evidence based practice en volgens de beschreven multidisicplinaire GGZ richtlijnen;*

Het professioneel statuut beschrijft, zoals gezegd, vanuit het multidisciplinaire karakter van de zorg, de verhouding tussen IVMV en de professionals als ook tussen de professionals onderling. Hierbij wordt rekening gehouden met de wettelijk vastgelegde verantwoordelijkheden, beroepscodes, opleidingseisen evenals met de binnen IVMV geldende richtlijnen en voorschriften. Dit professioneel statuut geeft weer hoe IVMV invulling geeft aan de eis dat er sprake moet zijn van een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling dat dit redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg en goed hulpverlenerschap.

Afgezien van de wettelijk vastgelegde verantwoordelijkheden is dit professioneel statuut geen wet maar een leidraad voor het werken binnen IVMV. Professionals moeten echter steeds hun handelen blijven afwegen en het belang van de patiënt daarbij voorop stellen. Het professioneel statuut biedt daarbij een handvat maar als feiten en omstandigheden daartoe aanleiding geven kan van dit professioneel statuut gemotiveerd en beargumenteerd worden afgeweken in het belang van de patiënt. Dit professioneel statuut is blijvend in ontwikkeling.

## 3. Uitgangspunten en definities

### Patiënt

Een ieder die een behandelovereenkomst heeft met de instelling of ieder die aan de zorg van de instelling is toevertrouwd en op grond van de hulpvraag door de professional wordt begeleid en/of wordt behandeld.

### Behandeling

Het geheel van activiteiten in het kader van de individuele diagnostiek, therapie en behandeling.

### Behandelingsovereenkomst

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

### Behandelplan

Het met de patiënt afgesproken individuele plan, vastgelegd in het patiëntendossier, dat conform de wettelijke eisen beschrijft welk aanbod de patiënt ontvangt naar aanleiding van de hulpvraag. Aangezien er meerdere behandelaren betrokken zijn bij de behandeling van

een patiënt is het behandelplan samengesteld uit verschillende deelplannen die zijn opgesteld voor de verschillende onderdelen van de behandeling.

**Professional**

De hulpverlener die beroepsmatig diagnostiek, begeleiding of behandeling aan een patiënt verleent en die een overeenkomst met de instelling heeft.

**Behandelaar**

De professional die rechtstreeks betrokken is bij de zorg voor een individuele patiënt.

**Regiebehandelaar**

De regiebehandelaar is iemand die het zorgproces coördineert en zorgt voor een goede afstemming tussen de diverse zorgverleners, met als uitgangspunt een doelmatige en effectieve behandeling. De regiebehandelaar is het centrale aanspreekpunt voor de patiënt.

**Bevoegd**

Een handeling mogen uitvoeren op eigen gezag. Iemand is bevoegd als de behandeling behoort tot het deskundigheidsgebied van de professional én de professional bekwaam is om de handeling uit te voeren en iemand hiertoe is aangewezen.

**Bekwaam**

Beschikken over de benodigde kennis en vaardigheden, verkregen uit opleiding en/of ervaring, om een handeling uit te voeren.

**Verantwoordelijkheid**

De aanspreekbaarheid van een behandelaar op de inhoud en uitvoering van een onderdeel van het behandelplan (deelplan) van een individuele patiënt.

# 4. Juridische kaders

## 4.1. Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI)

De Kwaliteitswet is een kaderwet die instellingen verplicht tot het verstrekken van zorg (diagnostiek, begeleiding, behandeling en therapie) op een kwalitatief goed niveau. Het toezicht daarop wordt uitgeoefend door de Inspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg. De zorg dient doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht te zijn. Voor de beoordeling van de kwaliteit van zorg gelden onder andere de door de professionals binnen hun beroepsdomein gestelde normen op grond van de professionele standaard, protocollen, richtlijnen en standaarden, naast de binnen de instelling geldende (organisatorische) protocollen en richtlijnen.

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

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 professional is degene die namens de instelling optreedt en voldoet aan de kwalitatieve eisen als in de wet gesteld.

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

De Wet BIG heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen en beoogt patiënten te beschermen tegen ondeskundigheid en onzorgvuldig handelen van beroepsbeoefenaren. De wet geeft om die reden een aantal beroepen titelbescherming en regelt deskundigheidsgebieden en beschrijft de aan bepaalde beroepsgroepen voorbehouden handelingen. Voor de GGZ geldt deze wet voor artsen, klinisch psychologen, GZ-psychologen, fysiotherapeuten, tandartsen, apothekers, psychotherapeuten en verpleegkundigen, orthopedagogen, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten.

## 4.4. Tuchtrecht

De beroepsbeoefenaren als genoemd in artikel 3 van de wet BIG kunnen individueel tuchtrechtelijk worden aangesproken op hun professioneel handelen en/of nalaten, welke aansprakelijkheid/ verantwoordelijkheid niet kan worden overgedragen.

## 4.5. Wettelijke aansprakelijkheid Beroepsuitoefening

In de CAO GGZ is in hoofdstuk 3 geregeld dat de persoonlijke burgerrechtelijke aansprakelijkheid van de werknemer in de uitoefening van zijn functie door de werkgever (verplicht) verzekerd wordt; de werkgever vrijwaart de werknemer voor aansprakelijkheid ter

zake en ziet af van de eventuele mogelijkheid van regres op de werknemer. Een en ander is niet van toepassing indien de schade het gevolg is van opzet of bewuste roekeloosheid van de werknemer. De werkgever voorziet in adequate rechtsbijstand als de werknemer wordt betrokken in een in- of externe klachtprocedure, inclusief tuchtrechtprocedure, tenzij er sprake is van nalatigheid of bewuste roekeloosheid. Dit artikel heeft geen betrekking op strafrechtelijke procedures.
Indien een professional vanuit een ZZP constructie met IVMV samenwerkt, zorgt de professional zelf voor een adequate beroepsaansprakelijkheidsverzekering en rechtsbijstandsverzekering.

### 4.5. Wet WkkGZ

De overheid wil dat iedereen goede zorg krijgt. Daarom heeft de overheid wettelijk vastgelegd wat goede zorg precies inhoudt. En wat er moet gebeuren als mensen een klacht hebben over de zorg. Dit staat in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

### 4.6. Kwaliteitsstatuut

Per 1 januari 2017 zijn alle aanbieders van ‘geneeskundige GGZ’, dat wil zeggen generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz binnen de Zorgverzekeringswet, verplicht een kwaliteitsstatuut openbaar te maken. Per 1 januari 2022 is een nieuwe versie 3.0 van kracht. Dit professioneel statuut baseert zich op dit model kwaliteitsstatuut.

## 5. Verantwoordelijkheden

### 5.1. Bestuurlijke verantwoordelijkheid

De Raad van Bestuur bestuurt IVMV en is daarmee verantwoordelijk voor het totale beleid en de gang van zaken binnen de instelling. Dit betreft zowel de bedrijfsvoering, de patiëntenzorg, als het scheppen van adequate randvoorwaarden hiervoor. De Raad van Bestuur handelt binnen de Zorgbrede Governance Code.
Concreet betekent dit het volgende:

- De Raad van Bestuur draagt zorg voor het waarborgen van de rechten van de patiënt
- De Raad van Bestuur draagt zorg voor de inzet van bevoegde en bekwame medewerkers
- De Raad van Bestuur richt de organisatie zodanig in dat de verantwoorde zorg kan worden geboden aan patiënten en dat professionals hun verantwoordelijkheid kunnen nemen
- De Raad van Bestuur houdt toezicht op goed hulpverlenerschap van medewerkers
- De Raad van Bestuur houdt toezicht op de naleving van richtlijnen, procedures en Protocollen.

De Raad van Bestuur kan taken eventueel delegeren aan locatiemanagers, maar blijft eindverantwoordelijk voor de kaders. De locatiemanagers zijn bij delegatie verantwoordelijk voor de organisatie van de zorg binnen hun eigen locatie en de bedrijfsmatige aspecten hiervan. De leden van de Raad van Bestuur dragen, in die hoedanigheid, geen behandel-verantwoordelijkheid voor de behandeling van een individuele patiënt maar zijn wel verantwoordelijk voor de randvoorwaarden voor de uitvoering van de patiëntenzorg.

### 5.2. De professionals

De professionals ontlenen hun verantwoordelijkheid aan het deskundigheidsgebied waarvoor zij zijn opgeleid en dienen professioneel autonoom te kunnen handelen binnen de voor hen geldende professionele (wetenschappelijke) standaard en met inachtneming van de met de instelling overeengekomen taken. Indien handelingen voorbehouden zijn aan een bepaalde professional mogen deze alleen worden verricht door de professional die daartoe zelfstandig bevoegd is, dan wel in opdracht van de zelfstandig bevoegde. Zij voeren de taken uit in relatie tot de patiënt, zoals vastgelegd in het individuele behandelplan of zoals deze voortvloeit uit de wet en regelgeving.

### 5.3. Behandelverantwoordelijkheid

De primaire zeggenschap over en aanspreekbaarheid op de inhoud en uitvoering van het gehele zorgproces van een individuele patiënt. Er is sprake van behandelverantwoordelijkheid in alle fasen van het zorgproces: van de allereerste start in de diagnostiekfase tot het sluiten van een zorgtraject.

### 5.4. Professionele autonomie

Gegeven de wettelijke kaders, de professionele standaard en de instellingskaders voor zover deze niet in strijd zijn met de professionele standaard, zonder inmenging van derden en zonder preventief toezicht van de werkgever, in de individuele hulpverlener/patiëntrelatie als professional geven van begeleiding en/of behandeling aan de patiënt.

### 5.5. Regiebehandelaar

De regiebehandelaar coördineert het zorgproces rondom een patient. Hij is het centrale aanspreekpunt voor de patient en zijn naasten en/f wettelijk vertegenwoordiger.
De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces.
De regiebehandelaar moet passend zijn bij het type behandeling en de doelgroep.

Voor een nadere omschrijving van de taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar, wordt verwezen naar de samenvatting van het Model Kwaliteitsstatuut 3.0.

## 6. Specifieke bepalingen

### 6.1. Voorwaarde scheppend

De directie dan wel Raad van Bestuur kan met inachtneming van dit professioneel statuut regels vaststellen aangaande het doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht verlenen van zorg. De directie dan wel Raad van Bestuur zal de professionele autonomie van de professionals zoals in dit professioneel statuut gedefinieerd respecteren en waarborgen.
De directie dan wel Raad van Bestuur verschaft de professionals, binnen de mogelijkheden van de instelling, 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.
De directie dan wel Raad van Bestuur en professionals zullen zich tot het uiterste inspannen om zowel de continuïteit van de zorg te realiseren. De directie dan wel Raad van Bestuur blijft bij afwezigheid van de professional(s) door ziekte, verlof of vakantie verantwoordelijk voor de continuïteit van de zorg voor de patiënt die een behandelovereenkomst heeft met de instelling.
De professionals dragen in overleg met de directie zorg voor een zodanige regeling van vakantie en verlofdagen dat de kwaliteit van de zorg voor patiënten zoveel mogelijk gewaarborgd is.

### 6.2. Zorgverlening

De professional zal patiënten behandelen, waar nodig in multidisciplinair verband, en betrekt hierbij de patiënt. De directie dan wel Raad van Bestuur draagt er zorg voor dat per patiënt één professional verantwoordelijk is voor het (doen) opstellen en uitvoeren van het behandelingsplan. De professional draagt zorg voor een met de patiënt besproken behandelplan, dat voldoet aan de wettelijke eisen, alsook voor een methodische evaluatie van dit behandelplan, waarbij de patiënt betrokken wordt.
De professional zal de patiënt in zo begrijpelijk mogelijke taal informatie verstrekken over de behandeling/ begeleiding van de patiënt, waaronder voorgestelde behandeling en/of onderzoek.

De professional vangt eerst aan met de behandeling na toestemming van de patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger(s).
De professional geeft niet zonder toestemming van de patiënt informatie aan derden en niet dan nadat de gerichte informatie besproken is met de patiënt, tenzij wettelijke bepalingen hiervoor een specifieke uitzondering geven. De instelling draagt zorg voor een privacyreglement terzake. Indien de professional gegronde redenen meent te hebben de behandeling/begeleiding van een patiënt niet op zich te nemen, dan wel af te breken, dan overlegt hij dit met de daarvoor aangewezen leidinggevende en draagt, indien de professional besluit de behandeling/begeleiding niet op zich te nemen dan wel af te breken, zorg voor voldoende continuïteit van de behandeling/begeleiding.
De professional behandelt/begeleidt de patiënt onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid, binnen de grenzen van zijn bekwaamheid en in overeenstemming met de voor hem geldende professionele standaard, binnen de door de instelling vastgestelde protocollen en richtlijnen vanuit de beroepsgroep.
De professional schakelt, indien hij de grenzen van zijn bevoegdheid en/of bekwaamheid bijvoortzetting van de behandeling/begeleiding zou overschrijden, een collega in die wel deze bevoegdheid en/of bekwaamheid bezit, die dan gehouden is deze (specifieke)deskundigheid in te zetten. Afhankelijk van de aard van de hulpvraag van de patiënt en van het deskundigheidsgebied van waaruit het aanbod geleverd wordt, wordt bepaald welke professional uit welke discipline wordt ingezet.

De psychiater wordt tenminste ingeschakeld en bij evaluaties betrokken indien:
• er psychiatrische diagnostiek nodig is;
• er zich veranderingen voordoen in het psychiatrisch beeld;
• wanneer er gevaar dreigt voor anderen of voor de patiënt;
• wanneer farmacotherapeutische behandeling overwogen, ingesteld of aangepast wordt;
• indien ontslag uit behandeling, anders dan in het behandelingsplan voorzien, overwogen wordt;
• indien medisch coördinerende zorg nodig is bij somatische problematiek.

De professional draagt binnen zijn verantwoordelijkheidsgebied bij aan de totstandkoming van en het onderhouden van externe relaties, zodat indien nodig een goede overdracht van patiënten naar andere instellingen dan wel collega-hulpverleners gewaarborgd is.
De professional is gehouden medewerking te verlenen aan het tot stand komen en implementeren van (zorginhoudelijke) richtlijnen, protocollen die ook instellingsgebonden kunnen zijn.

De Klinisch psycholoog. Psychotherapeut en GZ-psvcholoog hebben inzicht en bekwaamheden op het gebied van psychologische diagnostiek en behandeling. Daar waar psychologische diagnostiek en psychotherapeutische behandeling voorop staat en de medisch-psychiatrische behandeling verantwoord geborgd is in een MDO structuur kunnen zij de primaire behandelverantwoordelijkheid nemen.

De Psycholoog in opleiding tot GZ-psvcholoog heeft een beperkte juridische positie. Dit houdt in dat er altijd een werkbegeleider is die toezicht houdt op het handelen van de GZ-psycholoog. De GZ-psycholoog in opleiding kan niet via het tuchtrecht worden aangesproken, de werkbegeleider wel (zie opleidingsplan IVMV). De verantwoordelijkheden van de Psycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog, werkbegeleider en supervisor zijn nader omschreven in de "Taken en verantwoordelijkheden in de praktijkopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog en gezondheidszorgpsycholoogspecialist (2008)" vastgesteld door de Kamer Gezondheidszorgpsycholoog en het College specialismen Gezondheidszorgpsycholoog. Als een Psycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog werkzaamheden verricht behorende bij de functie van GZ-psycholoog:

- Een werkbegeleider of de door de werkbegeleider daartoe aangewezen persoon met een GZ-registratie moet daadwerkelijk worden betrokken bij de behandeling aan de cliënt. Dit betekent niet alleen dat de GZ-psycholoog in opleiding de werkbegeleider of de gedelegeerde persoon met GZ-registratie goed op de hoogte moet houden maar ook dat de werkbegeleider / gedelegeerd persoon zich hierin actief moet opstellen.
- Wijzigingen in de psychologische behandeling en schriftelijke communicatie over de behandeling naar externen door de professional in opleiding moeten door de werkbegeleider worden geaccordeerd of door een ander door de werkbegeleider daartoe aangewezen persoon met een GZ-registratie.

### 6.3. De professionele standaard

De professional is gehouden om zijn deskundigheid en bekwaamheid op peil te houden dan wel uit te breiden, zodanig dat hij voldoet aan de eisen die in redelijkheid aan hem als hulpverlener mogen worden gesteld. Hij dient in dat kader zorg te dragen dat hij geregistreerd blijft in het voor hem geldende register als bedoeld in de Wet BIG of een vergelijkbaar erkend register. De Raad van Bestuur stimuleert de professional zijn bekwaamheid op peil te houden en daarvoor bij- en nascholing te volgen, ook in het kader van de (her-) registratie. De professional toetst zijn hulpverlenend handelen regelmatig aan de evidence en consensus hiervoor binnen zijn beroepsgroep.

Ten einde de deskundigheid en bekwaamheid van de professionals verder te vergroten, zal de Raad van Bestuur haar medewerking verlenen aan het creëeren van een opleidingsplek t.b.v. de postmaster opleiding GZ-psycholoog.

### 6.4. Procesverantwoordelijken

De professionals zijn gehouden, als dit als onderdeel van hun taken is beschreven, als lid aan specifieke door de directie dan wel Raad van Bestuur ingestelde commissies deel te nemen. De professional draagt zorg voor een goede dossiervorming en informatieoverdracht (met toestemming van de patiënt) en geeft alle relevante informatie aan andere professionals die bij de zorgverlening aan deze patiënt betrokken zijn.
Bij (on)voorziene afwezigheid draagt de professional zorg voor een adequate overdracht en voor toegankelijke informatie ten behoeve van degene(n) die hem waarneemt (waarnemen) of vervangt (vervangen). De waarnemend professional heeft voor wat betreft de zorg aan de patient gedurende de tijd dat wordt waargenomen dezelfde verantwoordelijkheden als de oorspronkelijke professional.

### 6.5. Dossiervorming, informatieverstrekking aan derden

De professional is gehouden van iedere door hem te behandelen/begeleiden patiënt, met inachtneming van de wettelijke bepalingen en de binnen de instelling voorgeschreven regels, een patiëntendossier bij te houden.
De Raad van Bestuur zorgt voor een protocol ten aanzien van registratie van persoonsgegevens, dossiervorming, inzagerecht en reglementen bescherming persoonsgegevens, overeenkomstig de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP).
De professional is gebonden aan zijn wettelijke geheimhoudingsplicht ten aanzien van de patiënten en het dossier.
Het gebruik maken van niet tot de patiënt herleidbare gegevens uit dossiers ten behoeve van wetenschappelijke publicaties dan wel onderzoeken, geschiedt overeenkomstig de wettelijke bepalingen en alleen met toestemming van de behandelverantwoordelijke professional. Van patiënten die niet meer in zorg zijn, is toestemming van de inhoudelijk-directeur noodzakelijk. Voor gebruik van tot de patiënt herleidbare gegevens ten behoeve van de externe verantwoording is toestemming van de patiënt dan wel de wettelijke vertegenwoordiger nodig. Het verrichten van wetenschappelijk onderzoek in de instelling is onderworpen aan de toestemming van of namens de Raad van Bestuur. Voordat deze toestemming verleend kan worden zullen eerst de ter zake binnen de instelling geldende procedures doorlopen worden. Uitvoering van wetenschappelijk onderzoek vindt voor zover van toepassing plaats met inachtneming van de Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO).

De Raad van Bestuur draagt er zorg voor dat de patiëntendossiers worden bewaard overeenkomstig de daarvoor geldende wettelijke bepalingen en dat de bewaring zodanig is dat onbevoegden daarvan geen kennis kunnen nemen.

### 6.6. Bedrijfsvoering

De professional dient een actieve bijdrage te leveren aan de kwalitatieve rapportage en registratie van zijn verrichtingen volgens de daarvoor binnen de instelling geldende regels. De professional houdt zich aan de afspraken, zoals vastgelegd in protocollen en richtlijnen, met in achtneming van de mogelijkheid daarvan in het belang van de patiënt gemotiveerd af te wijken. De professional verplicht zich bij de uitvoering van de werkzaamheden te houden aan de aanwijzingen welke door of namens de directie dan wel Raad van Bestuur worden gegeven. De professional houdt zich bij extern optreden aan de afspraken en regels die binnen de instelling gelden betreffende de contacten met de pers, media en andere instanties. De professional is gehouden medewerking te verlenen aan de totstandkoming en uitvoering van het kwaliteitsbeleid van de instelling.
De professional levert binnen redelijke grenzen een bijdrage aan instructie en opleidingsactiviteiten en het leveren van patiënten informatie.

### 6.7. Kwaliteitsstatuut 3.0

Per 1 januari 2022 treedt een nieuwe versie van het kwaliteitsstatuut in werking. Hierin wordt beschreven wat de taken en verantwoordelijkheden zijn van de regiebehandelaar t.a.v. zijn rol naar de patient, alsmede t.a.v. zijn rol, taken en verantwoordelijkheden naar de overige zorgverleners.
Dit professioneel statuut vormt samen met het kwaliteitsstatuut de basis waarop het zorgverleningsproces binnen IVMV vorm krijgt.

### 6.8. Samenwerking tussen professionals

Indien er Multi-disciplinair wordt samengewerkt, draagt de regiebehandelaar zorg voor de coördinatie van het zorgproces. Tot het MDO overleg is de behandelcoordinator de regiebehandelaar. In het MDO wordt bepaald, mede in afstemming met de patient, wie de regiebehandelaar wordt. Van belang is dat in het MDO de afstemming plaatsvindt tussen de verschillende zorgverleners t.a.v. de ingezette behandelmodules/interventies gerelateerd aan de vastgestelde behandeldoelen. Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling heeft de regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem, echter niet eerder dan nadat alle betrokken deskundigen gehoord zijn. Indien een verschil van mening of inzicht niet op deze manier kan worden opgelost, treedt de escalatieprocedure in werking

waarvan zowel de regiebehandelaar als de overige bij de behandeling betrokken professionals gebruik van kunnen maken.

### 6.9. Escalatieprocedure

*Procedure bij verschil van inzicht (escalatieprocedure)*
Indien er een geschil is of dreigt te ontstaan tussen meerdere bij de cliënt betrokken hulpverleners, dient de kwestie te worden ingebracht in het MDO. Hierbij dienen beide visies in het team te worden geëvalueerd en de verschillende opties te worden afgewogen. Er zal worden gepoogd de betrokken behandelaren tot een gedeelde visie/aanpak te laten komen. Mocht dit desondanks niet lukken, dan zal het advies van de meerderheid van de bij het MDO aanwezige behandelaren bindend zijn. Hierbij dient tevens te worden geëvalueerd of het wenselijk is dat de betreffende behandelaren de samenwerking met betrekking tot die specifieke behandeling voortzetten of dat het wenselijker is dat er andere samenwerkingen dienen te worden gevormd, dan wel doorverwijzing geïndiceerd is.
Dit zal in overleg met de betreffende behandelaren worden bepaald, waarbij tevens de meerderheid van de aanwezige teamleden bepalend is, indien er geen consensus bestaat tussen de direct betrokken behandelaren.

### 6.10. Afstemming met de patient

Indien de patient geen ‘klik’ heeft met de voorgestelde behandela(ren), gaat de regiebehandelaar in gesprek met de patient om tot een alternatief te komen. Dit kan inhouden dat de regiebehandelaar een andere behandelaar bij de uitvoering van de behandeling gaat betrekken. De patient heeft te allen tijde het recht om met de behandeling te stoppen, indien hij dit wenst.

## 7 Klachten- en geschillen

IVMV heeft een klachtenfunctionaris en een klachtenregeling. De klachten regeling beschrijft hoe te handelen indien een patient ontevreden is en/of een klacht wil indienen.
Hieronder volgt een beschrijving van dit klachten reglement.
Wanneer de klachtenfunctionaris geen overeenstemming of consensus kan vinden met de betreffende patient, kan de patient zich melden bij een geschillen commissie waar IVMV zich bij heeft aangesloten.

## Letterlijke tekst Klachtenregeling IVMV:

**Bent u niet tevreden? Hoe dient u een klacht in? Welke opties zijn er?**
- U maakt uw onvrede direct kenbaar bij uw behandelaar of behandelcoördinator;
- U neemt rechtstreeks contact op met de onafhankelijke klachtenfunctionaris. Zij adviseert en bespreekt met u welke mogelijkheden er zijn en zoekt samen met u naar oplossingen.

**Wat wordt verstaan onder een klacht?**
- Een klacht is het kenbaar maken van onvrede over een behandeling, bejegening of een organisatorische aangelegenheid die betrekking heeft op de dienstverlening via IVMV.
- Wij nodigen u uit om feedback te geven op een voor u onbevredigende situatie.

**Wie kan een klacht indienen?**
- De cliënt;
- Een door de cliënt schriftelijk gemachtigde persoon.

**Doel van de klachtbehandeling**
- Onafhankelijke begeleiding/ondersteuning in het klachtproces door de klachtenfunctionaris;
- Zoeken naar passende oplossingen;
- Herstel van wederzijds vertrouwen tussen cliënt en de medewerker(s) van IVMV;
- Het leggen van een basis voor afronden / continuering van de behandeling;
- Duidelijkheid scheppen in de wederzijdse de verwachtingen;
- Een bijdrage leveren aan de kwaliteit van dienstverlening van IVMV in het algemeen.

**Uitgangspunten bij de behandeling van klachten**
- Respecteren van vertrouwelijk- en zorgvuldigheid;
- De belangen van betrokkenen staan centraal.

**Wie is de aangeklaagde?**
- IVMV of een medewerker van IVMV.

**Procedure en termijnen**
- De klachtenfunctionaris neemt zo spoedig mogelijk, uiterlijk binnen één week na ontvangst van de klacht, contact op met de klager;
- Er worden afspraken gemaakt over de te volgen procedure;
- Vervolgtermijnen worden in gezamenlijk overleg afgesproken en vastgelegd;
- Betrokkenen streven ernaar binnen 4 weken de klacht af te ronden.

**Bevoegdheden van de klachtenfunctionaris**
- De onafhankelijke klachtenfunctionaris is bevoegd om binnen IVMV met relevante personen te overleggen en informatie te verzamelen. Zij zijn verplicht om gevraagde informatie te verstrekken, tenzij het privacygevoelige informatie betreft;
- De onafhankelijke klachtenfunctionaris is bevoegd indien nodig, na schriftelijke toestemming en machtiging van de cliënt, het cliëntendossier in te zien.

**Verslaglegging van de procedure**
- De hoofdpunten uit de klachtprocedure worden schriftelijk vastgelegd.

**Rapportage/Adviezen**
- De onafhankelijke klachtenfunctionaris rapporteert aan de Raad van Bestuur van IMVM;
- De onafhankelijke klachtenfunctionaris geeft naar aanleiding van de klacht adviezen aan de Raad van Bestuur van IVMV;

- De adviezen hebben geen bindend karakter;
- De verslaglegging en /of overige schriftelijke rapportages worden aan de klager ter beschikking gesteld;
- Na afronding van de procedure zal de raad van bestuur van IVMV een schriftelijke reactie geven aan de klager;
- De gegevens worden 5 jaar na afronding van de procedure vernietigd.

**Jaarverslag en evaluatie**
- De onafhankelijke klachtenfunctionaris maakt jaarlijks een geanonimiseerd verslag van de behandelde klachten;
- Jaarlijks wordt in een overleg tussen de Raad van Bestuur van IVMV en de onafhankelijke klachtenfunctionaris gereflecteerd op de ingediende klachten.

**Geldigheid van de regeling**
- Deze regeling is opgesteld volgens de richtlijnen van de Wkkgz (Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen in de Zorg) en is geldig met ingang van 1 januari 2016

## 8. Relatie professioneel statuut en rechtspositie

Het professioneel statuut is samen met het kwaliteitsstatuut onverbrekelijk verbonden met de overeenkomst tussen de instelling en de professional.