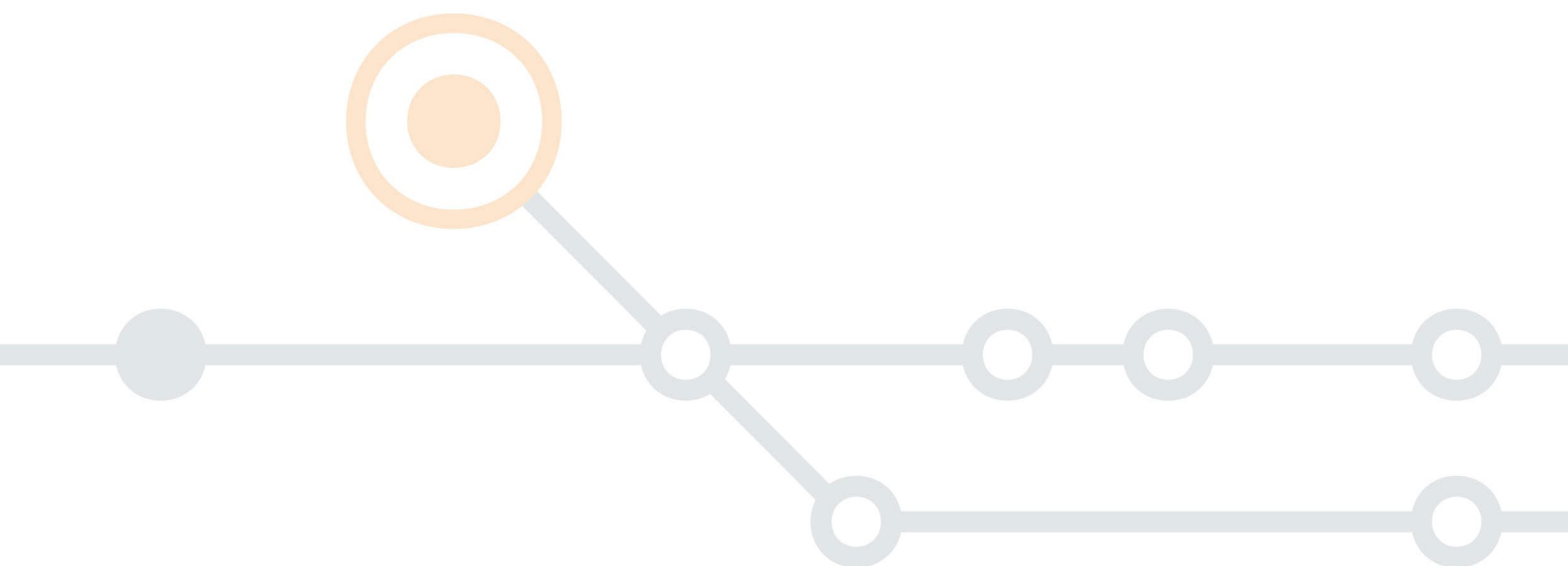


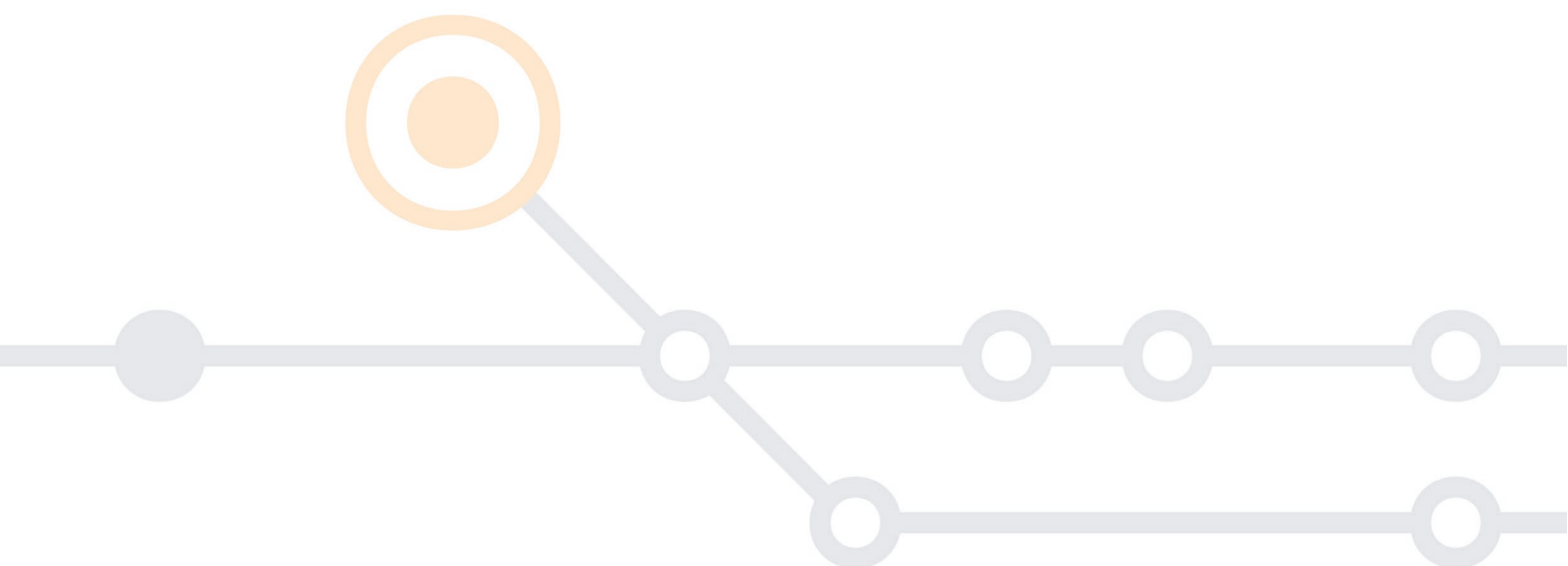
Professioneel Statuut Point O GGZ B.V.

*Kaders voor professioneel handelen en samenwerking
versie 2025*



1. Inleiding en doel	4
Visie en waarden	4
Doel en reikwijdte	4
2. Juridische en professionele kaders	5
Professionele standaard en richtlijnen	6
Kwaliteitsstatuut en landelijke normen	6
3. Organisatie van de zorg	7
3.1 Zorgketen en zorgaanbod	7
3.2 Multidisciplinair teamoverleg.....	7
3.3 Samenwerking met ketenpartners.....	7
3.4 Continuïteit van zorg en bereikbaarheid.....	8
3.5 Integratie van nieuwe zorgvormen	8
4. Verantwoordelijkheden, bevoegdheden en onderlinge verhoudingen	9
4.1 De Instelling: Directie en toezicht.....	9
4.2 De zorgprofessionals.....	10
4.2.1 De regiebehandelaar	10
4.2.2 De medebehandelaar.....	12
4.2.3 De psychiater	13
4.2.4 Overige zorgverleners (ervaringsdeskundigen, persoonlijk begeleiders, etc.) ...	14
4.3 Professionele autonomie en samenwerking.....	15
4.4 Vervanging en waarneming	16
5. Het zorgproces van aanmelding tot nazorg.....	17
5.1 Toegang en wachttijden	17
5.2 Aanmelding en intake.....	17
5.3 Diagnose en behandelplan	18
5.4 Uitvoering van de behandeling	18
5.5 Evaluatie en bijstelling.....	19
5.6 Afronding en nazorg	20
6. Kwaliteitsborging en professionele ontwikkeling.....	21
6.1 Kwaliteitsmanagementsysteem	21
6.2 Deskundigheid en bevoegdheid	21
6.3 Zorginhoudelijke richtlijnen en innovatie.....	22
6.4 Veiligheid en verbetercultuur	22
6.5 Externe verantwoording en kwaliteitstransparantie.....	23
7. Escalatie en geschillenregeling	24

7.1 Escalatie bij meningsverschillen tussen medewerkers.....	24
7.2 Klachten van cliënten en geschillenregeling.....	24
8. Medewerkers en organisatiecultuur	26
8.1 Cultuur van gelijkwaardigheid en inclusie	26
8.2 Professionele ontwikkeling en waardering	26
8.3 Werkdruk en duurzame inzetbaarheid	26
8.4 Betrokkenheid en teamgevoel.....	27
9. Relatie met andere documenten en slotbepalingen.....	28
Vaststelling en geldigheid.....	29
Slotopmerking	29



1. Inleiding en doel

Point O GGZ B.V. is een organisatie in de geestelijke gezondheidszorg die zich richt op duurzaam herstel van verslavingsproblematiek, vaak in combinatie met andere co-morbiditeit. Wij bieden hoogwaardige, cliëntgerichte zorg via een volledige keten van diensten – van preventie en begeleiding tot behandeling, klinische zorg en nazorg.

Onze missie is helder: *“het bieden van een solide herstel van verslaving door kwalitatieve zorg te leveren in nauwe samenwerking met de cliënt, diens naasten, andere zorgverleners en de maatschappij.”*

Samen een solide herstel is daarbij ons motto: herstel is geen individueel traject maar een gezamenlijk proces waarin verbondenheid centraal staat.

In dit professioneel statuut leggen we vast hoe onze zorgprofessionals samenwerken binnen Point O en op welke wijze professionele autonomie en verantwoordelijkheid zijn geborgd. Het statuut geeft uitdrukking aan het vertrouwen dat de organisatie in haar medewerkers heeft en toont respect voor ieders deskundigheid en bevoegdheden. Tegelijkertijd maakt het duidelijk binnen welke kaders – wettelijk, kwalitatief en organisatorisch – men werkt.

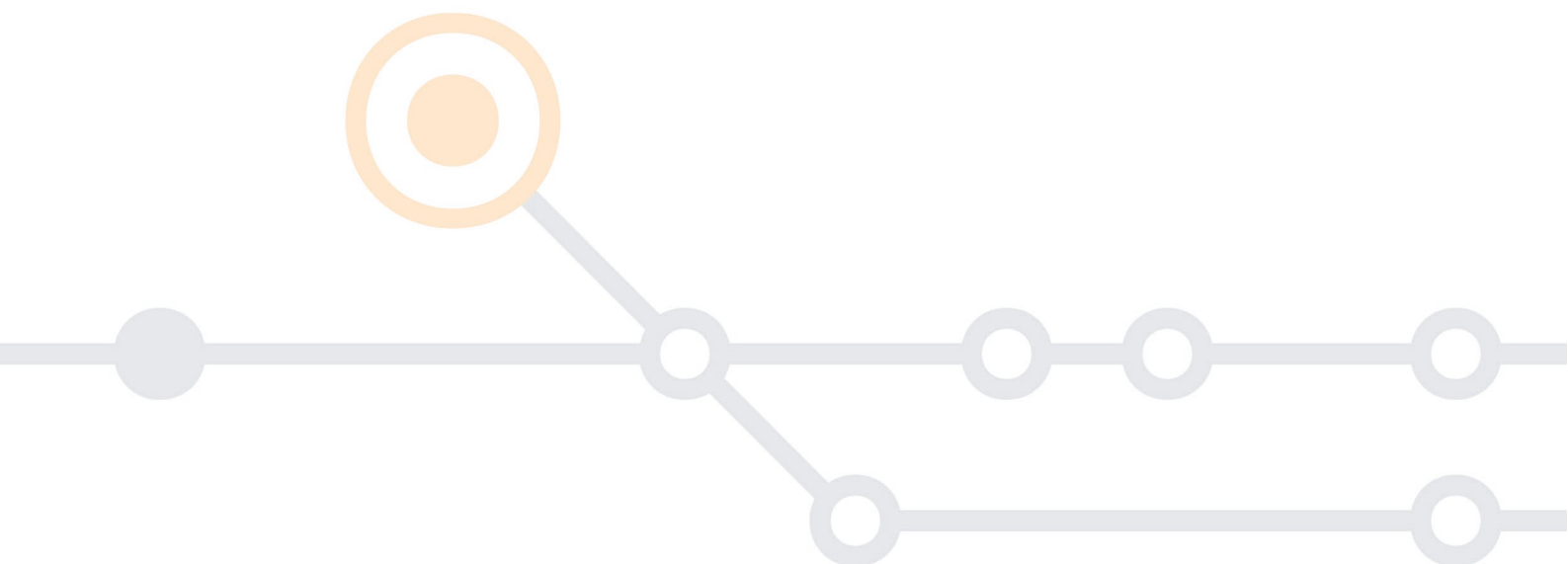
Visie en waarden

Point O onderscheidt zich door een no-nonsense mentaliteit en respectvolle aandacht voor cliënten. Compassie en integriteit staan centraal in onze aanpak, evenals gelijkwaardigheid en inclusiviteit. We zijn ontstaan vanuit sociaal ondernemerschap en voelen ons sterk verbonden met de gemeenschap. Iedereen krijgt bij ons de kans om bij te dragen en te herstellen. Deze waarden vormen de leidraad voor het handelen van al onze professionals en komen in de verdere bepalingen van dit statuut tot uiting.

Doel en reikwijdte

Het professioneel statuut dient als algemeen kader voor alle bij Point O betrokken hulpverleners bij de uitvoering van de feitelijke zorgverlening (het primaire proces). Het statuut beschrijft de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken zorgverleners en hun onderlinge verhoudingen, zodanig dat de professionele autonomie is gewaarborgd binnen de grenzen van wet- en regelgeving, kwaliteitsstandaarden en het beleid van Point O. Dit document is van toepassing op alle professionals die zorg leveren binnen Point O GGZ B.V., Point O Zorg B.V. Point O Portugal B.V. en Point O Gelderland B.V. ongeacht hun functietitel of contractvorm (in loondienst of freelance, inclusief eventuele stagiairs en professionals in opleiding tot specialist). Waar in dit statuut gesproken wordt van “medewerkers” of “professionals” bedoelen we alle mensen die onder de verantwoordelijkheid van Point O zorg verlenen aan cliënten.

Tot slot is dit statuut onderdeel van ons bredere kwaliteitsmanagementsysteem. Het is onlosmakelijk verbonden met het Kwaliteitsstatuut Point O (versie 2025) en vormt een bijlage daarbij. Waar het kwaliteitsstatuut beschrijft *wat* we organiseren om goede zorg te leveren, beschrijft dit professioneel statuut *hoe* de zorgprofessionals binnen die organisatievorm samenwerken en hun verantwoordelijkheid nemen. Dit statuut vervangt het vorige professioneel statuut uit 2020 en is geactualiseerd naar aanleiding van nieuwe inzichten, wetgeving en beleidsontwikkelingen. Het is bedoeld voor intern gebruik en ter verantwoording aan externe toezichthouders (zoals de IGJ, NZa) en samenwerkingspartners.



2. Juridische en professionele kaders

Point O en haar medewerkers opereren binnen de geldende Nederlandse wet- en regelgeving in de gezondheidszorg. De volgende kaders zijn onverkort van toepassing:

- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) – Point O handelt conform de Wkkgz om de kwaliteit en veiligheid van zorg te borgen. Dit betekent onder meer dat er een effectieve klachtenprocedure is met een onafhankelijke klachtenfunctionaris, dat incidenten en calamiteiten worden gemeld en geanalyseerd (leren van fouten), en dat wij zijn aangesloten bij een erkende geschilleninstantie. Ook bevorderen we een open aanspreekcultuur waarin medewerkers zonder vrees kunnen melden als er iets misgaat, geheel in de geest van de Wkkgz.
- Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) – Hoewel Point O primair vrijwillige geestelijke gezondheidszorg biedt, houden wij ons aan de Wvggz voor situaties waarin verplichte zorg toch aan de orde komt. Bij iedere vorm van (voorgenomen) dwang(maatregelen) zorgen we dat de wettelijke procedures worden gevolgd: van het opstellen van een zorgplan bij een zorgmachtiging tot het inschakelen van een onafhankelijke psychiater of geneesheer-directeur voor beoordeling. Rechten van cliënten onder de Wvggz, zoals recht op bijstand van een Patiëntenvertrouwenspersoon (PVP), worden gerespecteerd. Point O heeft hiervoor samenwerkingsafspraken met de regionale crisisdiensten en waar nodig toetst een van onze psychiaters beslissingen conform de Wvggz.
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) – De relatie tussen Point O (en haar zorgverleners) en de cliënt is formeel vastgelegd als een behandelingsovereenkomst conform de WGBO. Dit houdt in dat we cliënten volledig en begrijpelijk informeren over diagnoses en behandelingen, expliciete toestemming vragen voor behandelingen (informed consent), en hun rechten op inzage, afschrift en correctie van het dossier respecteren. Ook het recht op vrije artskeuze en het recht om behandelingen te weigeren vallen hieronder. Alle professionals kennen hun plichten voortvloeiend uit de WGBO, bijvoorbeeld om een deugdelijk dossier bij te houden en medische gegevens geheim te houden (beroepsgeheim).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) – Onze gezondheidszorgprofessionals verrichten uitsluitend handelingen waarvoor zij bevoegd en bekwaam zijn volgens de Wet BIG. Point O stelt zeker dat medewerkers de juiste BIG-registraties hebben en hun opleidingstitels voeren zoals wettelijk vereist. Voor zogenaamde “voorbehouden handelingen” (zoals medicatie voorschrijven, indien van toepassing) gelden de wettelijke bevoegdheidsregels en binnen Point O scherp toegezien op supervisie indien een handeling door een niet-volledig zelfstandige bevoegd persoon wordt uitgevoerd. De Wet BIG waarborgt tevens tuchtrechtelijke toetsing: wij verwachten van onze medewerkers dat zij handelen in lijn met de professionele standaard om tuchtrechtelijke kwesties te voorkomen.
- Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) – Point O gaat zorgvuldig en vertrouwelijk om met persoonsgegevens van cliënten, medewerkers en andere betrokkenen. Wij hebben technische en organisatorische maatregelen getroffen om gegevens te beveiligen. Het elektronisch patiëntendossier (EPD) voldoet aan alle beveiligingseisen en slechts geautoriseerde medewerkers hebben toegang tot dossierinformatie die zij strikt op “need to know”-basis gebruiken. Delen van gegevens met derden gebeurt alleen met toestemming van de cliënt of op basis van een wettelijke grondslag. Datalekken worden conform de AVG-protocol gemeld en afgehandeld. Daarnaast hanteren we een privacyreglement dat inzichtelijk maakt hoe wij met vertrouwelijke informatie omgaan, en we werken volgens het principe van privacy-by-design bij de inzet van **nieuwe digitale toepassingen**.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 (Wmcz 2018) – Point O onderschrijft het recht op medezeggenschap van cliënten. We hebben een Cliëntenraad (georganiseerd in periodieke cliënten participatie) die advies uitbrengt over belangrijke beleidsbeslissingen die cliënten aangaan. Dit professioneel statuut, evenals andere kernstukken, worden ter informatie en waar vereist ter advisering voorgelegd aan de Cliëntenraad. De in de Wmcz 2018 neergelegde rechten van de Cliëntenraad, zoals instemmingsrecht op bepaalde onderwerpen en adviesrecht op vele organisatorische besluiten, worden door de directie gerespecteerd. Hiermee borgen we dat de stem van de cliënt doorklinkt in het organisatiebeleid.
- Overige relevante wetgeving – Naast bovenstaande kernwetten houden we ons aan alle overige wetten en regels die van toepassing zijn op onze zorgverlening. Te denken valt aan de Zorgverzekeringswet (ZvW) en de daarbij behorende regels van de Nederlandse Zorgautoriteit

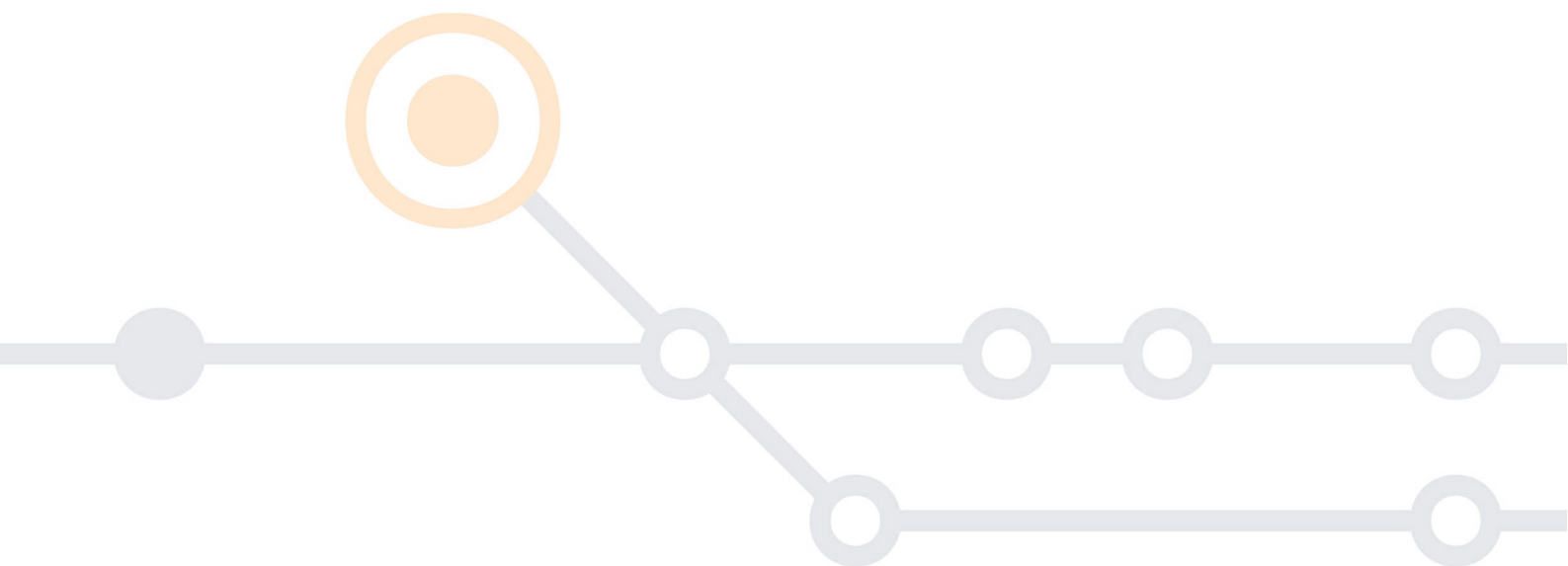
(NZa) voor de bekostiging van GGZ-zorg (het Zorgprestatie­model), de Wet langdurige zorg (Wlz) voor eventuele aansluitende zorgvormen, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) gezien onze nauwe samenwerking tussen behandeling (Zvw) en begeleiding/beschermd wonen (Wmo) binnen Point O, de Arbeidsomstandighedenwet (voor een veilige werkomgeving van medewerkers) en de Wet op de ondernemingsraden (WOR) voor personele medezeggenschap. Waar relevant volgen we ook de Jeugdwet – momenteel heeft Point O geen jeugdzorgproductie, maar in het kader van preventie richten we ons wel op jongeren in de omgeving. In alle gevallen geldt dat wettelijke voorschriften te allen tijde voorgaan; indien nieuwe wetgeving verschijnt die impact heeft op onze zorg (bv. toekomstige aanpassingen in privacy- of kwaliteitswetgeving), zal Point O haar beleid en dit statuut daarop aanpassen.

Professionele standaard en richtlijnen

Onze professionals werken conform de professionele standaard van hun beroep en de actuele veldnormen in de GGZ. Dit betekent dat diagnostiek en behandeling gebaseerd zijn op evidence-based richtlijnen en zorgstandaarden zoals vastgesteld door beroepsgroepen en Akwa GGZ. Voor de verslavingszorg en comorbide problematiek hanteert Point O de relevante zorgstandaarden (bijv. de Zorgstandaard Verslaving, Angst, Depressie, EPA, e.d.) en generieke modules (bijv. Herstelondersteuning, Familiebeleid, eHealth) als basis. Daarnaast respecteert elke beroepsgroep haar eigen beroepscode (bijvoorbeeld de Beroepscode voor psychologen NIP, de Beroepscode voor verpleegkundigen & verzorgenden, de code voor maatschappelijk werkers, etc.). Door ons te conformeren aan deze professionele standaard, garanderen we dat de geleverde zorg passend is: doeltreffend, doelmatig en niet zwaarder dan nodig. We streven naar *gepaste zorg*: de juiste hulp voor de cliënt op het juiste moment, om onnodige of te intensieve interventies te voorkomen, maar ook opschaling te bieden als lichte zorg onvoldoende blijkt.

Kwaliteitsstatuut en landelijke normen

Point O heeft per 2025 een goedgekeurd kwaliteitsstatuut volgens het model van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, versie 4.0. Dit professioneel statuut is conform de eisen van dat landelijk model ingericht en fungeert als lokaal uitgewerkte invulling van de daarin gestelde normen voor samenwerking en bevoegdheden. Waar het Landelijk Kwaliteitsstatuut nadruk legt op de rol van regiebehandelaar en organisatorische randvoorwaarden, concretiseert dit document hoe dat bij Point O geregeld is. Ook andere kwaliteitsmodellen sturen onze werkwijze: zo is Point O ISO 9001-gecertificeerd (kwaliteitsmanagement) en werken we aan verdere verbetering richting nieuwe normeringen voor zorgkwaliteit. Interne procedures op het gebied van dossiervoering, multidisciplinair overleg, toetsing van bevoegdheid/bekwaamheid en verwerking van klachten zijn allemaal afgestemd op zowel de wettelijke eisen als de kwaliteitsstandaarden uit ons eigen kwaliteitssysteem.



3. Organisatie van de zorg

Point O levert een geïntegreerd zorgaanbod op het gebied van verslavingszorg. Hieronder beschrijven we in hoofdlijnen hoe onze zorg georganiseerd is, inclusief de samenwerking met andere partijen en de interne overlegstructuur.

3.1 Zorgketen en zorgaanbod

Point O biedt een volledige keten van zorg voor volwassenen met verslavingsproblematiek in Noordoost-Brabant en Zuid-Gelderland. Tot ons zorgaanbod behoren: ambulante behandelingen (generalistische basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ), intensievere klinische behandeling, ambulante begeleiding en beschermd wonen (in samenwerking met Point O Zorg B.V. onder de Wmo) en nazorg/terugvalpreventie. Deze brede mix van diensten stelt ons in staat een cliënt gedurende het hele traject van herstel te ondersteunen met op elkaar aansluitende zorgvormen. Tijdens de intake bepalen we samen met de cliënt welke afdeling of combinatie van diensten het best aansluit bij diens hulpvraag. Doordat Point O zowel behandeldiensten (ZVW) als begeleidingsdiensten (Wmo/WLZ) onder één paraplu aanbiedt, kunnen we flexibel opschalen of afschalen: indien een cliënt na behandeling nog begeleiding nodig heeft of andersom, verloopt de overgang naadloos binnen onze organisatie. Onze multidisciplinaire teams zijn zo samengesteld dat zij alle aspecten van herstel kunnen adresseren – van psychotherapie en medische behandeling tot maatschappelijk herstel, werk en welzijn.

3.2 Multidisciplinair teamoverleg

De zorg binnen Point O wordt in teamverband geleverd. We werken met vaste multidisciplinaire teams waarin verschillende deskundigen samenwerken rond de cliënt. Een team kan bijvoorbeeld bestaan uit een regiebehandelaar (bv. GZ-psycholoog, verpleegkundig specialist GGZ, verslavingsarts of psychiater), psychologen, orthopedagogen, GZ-agogen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, gediplomeerde ervaringsdeskundigen, persoonlijk begeleiders en waar nodig vaktherapeuten of andere specialisten. Wekelijks vindt er minimaal één multidisciplinair overleg plaats per team, waarin lopende casuïstiek wordt besproken. Tijdens zo'n MDO worden behandelplannen opgesteld of bijgesteld, knelpunten besproken en adviezen van verschillende disciplines geïntegreerd. Naast de reguliere (wekelijkse) MDO's kennen we ook MDO-momenten op specifieke overgangspunten in de behandeling: bij intake (adviesbespreking), tussentijdse evaluaties en bij uitstroom/nazorgplanning. De regiebehandelaar of senior persoonlijk begeleider leidt doorgaans het MDO en zorgt dat besluiten worden vastgelegd in het dossier. Van elk MDO wordt relevant verslag gedaan, zodat ook niet aanwezige betrokkenen op de hoogte zijn. Onze MDO-cultuur stimuleert gedeelde besluitvorming: iedere discipline brengt zijn expertise in en gezamenlijk dragen we verantwoordelijkheid voor de behandelstrategie. Dit bevordert consistentie in de zorg en voorkomt dat een professional geïsoleerd beslissingen hoeft te nemen.

3.3 Samenwerking met ketenpartners

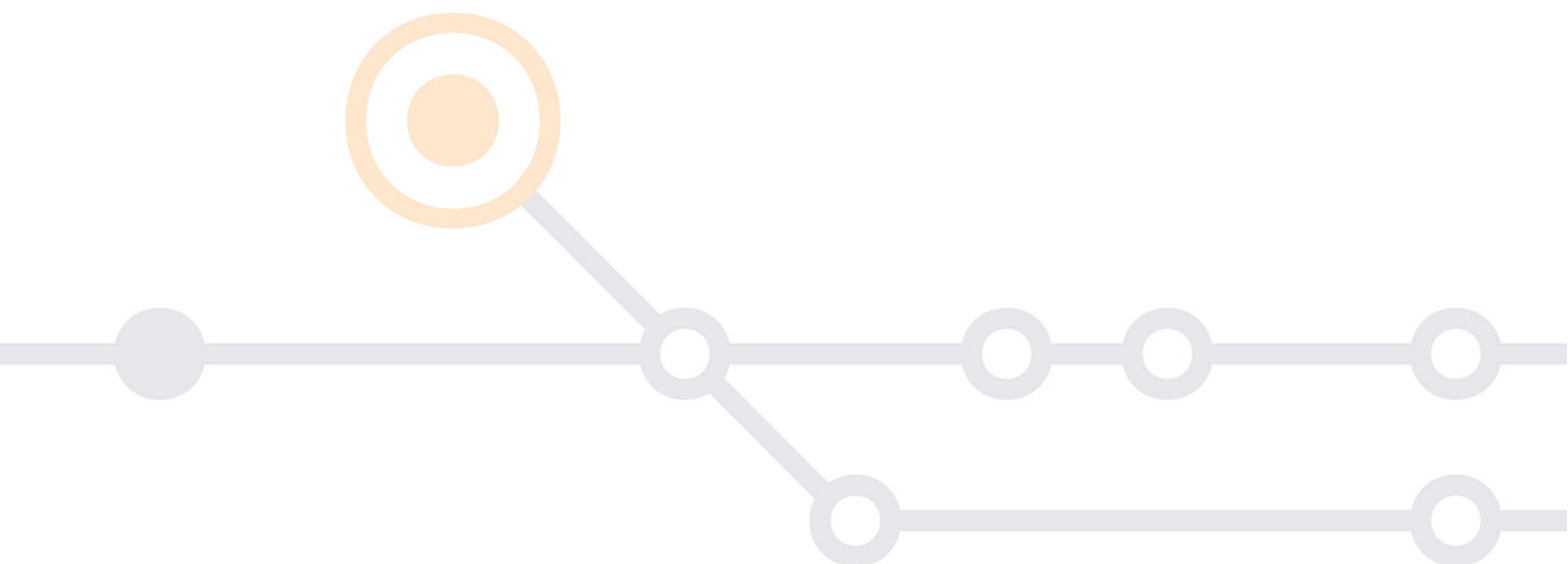
Point O opereert niet op een eiland; verslavingszorg vereist een netwerkgerichte aanpak. Onze professionals werken actief samen met verschillende externe partners in de zorgketen. Dit omvat huisartsen en praktijkondersteuners (POH-GGZ) die vaak de verwijzing initiëren en met wie we terugkoppelen over de voortgang (uiteeraard met toestemming van de cliënt), evenals gespecialiseerde instellingen (bijvoorbeeld detoxificatiecentra, klinieken voor dubbeldiagnose) voor zover nodig. Ook onderhouden we nauwe banden met gemeentelijke instanties en sociale wijkteams vanwege het sociale karakter van herstel (denk aan financiën, wonen, werk). Zo nodig wordt in overleg met de gemeente ondersteuning geregeld naast de behandeling. Met sommige partners zijn structurele samenwerkingsafspraken of convenanten gemaakt. Bijvoorbeeld is Point O onderdeel van regionale overlegplatforms waarin wachttijden worden besproken en cliënten indien nodig over en weer kunnen worden doorverwezen om sneller hulp te krijgen. Wanneer meerdere zorgaanbieders *tegelijkertijd* bij de zorg van een cliënt betrokken zijn (zoals een verslavingsarts of een somatische arts elders), zorgen wij voor goede onderlinge afstemming. De regiebehandelaar neemt hierin het voortouw door regelmatig contact op te nemen met collega-behandelaars buiten Point O om behandelplannen op elkaar af te stemmen. Informatie-uitwisseling vindt daarbij plaats in lijn met de privacyregels (alleen noodzakelijke gegevens en met expliciet toestemming van cliënt). Deze netwerkzorg-benadering garandeert dat cliënten zo integraal mogelijk geholpen worden: zorg verloopt “zonder schotten”, ook als meerdere organisaties erbij betrokken zijn.

3.4 Continuïteit van zorg en bereikbaarheid

Point O spant zich in om de continuïteit van zorg te waarborgen, ook buiten kantoortijden en in crisissituaties. Tijdens het opstellen van ieder behandelplan wordt rekening gehouden met risico's en wordt een crisisplan gemaakt voor wat te doen bij terugval of nood. Cliënten krijgen instructies hoe zij buiten kantooruren hulp kunnen verkrijgen. In acute situaties kunnen zij contact opnemen met de regionale crisisdienst of in levensbedreigende situaties direct met 112. Point O heeft afspraken met de crisisdienst in onze werkgebied regio's, zodat relevante informatie (zoals een recent behandelplan) beschikbaar is voor hulpverleners die 's avonds of in het weekend hulp bieden aan onze cliënten. Overdag is het behandelteam van Point O uiteraard bereikbaar voor dringende vragen of crisisinterventies; indien de eigen behandelaar niet beschikbaar is, is er altijd een achterwacht (dienstdoende professional) die kan inspringen. Ook bij geplande afwezigheid van behandelaars (bijv. tijdens vakanties) zorgen we proactief voor overdracht aan collega's of vervangers, zodat cliënten niet zonder aanspreekpunt komen te zitten. Onze focus op continuïteit blijkt tevens uit de aandacht voor nazorg: na afronding van een traject kunnen cliënten laagdrempelig contact opnemen als er onverwacht toch hulp nodig is, en we zullen dan bezien hoe we hernieuwd ondersteuning kunnen bieden of toeleiden naar het juiste aanbod.

3.5 Integratie van nieuwe zorgvormen

In lijn met ontwikkelingen in de GGZ zet Point O in op innovatie zoals digitale zorg. E-health toepassingen (online modules, behandelapps, begeleide zelfhulp) worden waar passend ingezet als onderdeel van een behandeltraject (*blended care*). Onze professionals maken, na intake en overleg met de cliënt, een inschatting of digitale interventies ondersteuning kunnen bieden. Zo ja, dan krijgt de cliënt toegang tot beveiligde online middelen, bijvoorbeeld voor het doen van huiswerkopdrachten, het krijgen van psycho-educatie of het bijhouden van voortgang. Daarnaast bieden we beeldbel-consulten aan als dat beter aansluit bij de situatie van de cliënt (bijvoorbeeld voor cliënten die verder weg wonen of om een hogere frequentie van contactmomenten te faciliteren). Deze digitaliseringsslag maakt onze zorg flexibeler en vaak toegankelijker, zonder de kwaliteit te verliezen. Bij elke inzet van e-health geldt dat de regiebehandelaar verantwoordelijk blijft voor de integratie van online interventies in het totale behandelplan en de evaluatie van het effect ervan. Alle digitale communicatie voldoet aan de veiligheidseisen (beeldbellen gebeurt via goedgekeurde zorgplatforms, berichtenuitwisseling via het cliëntportaal van ons EPD). Zo combineren we het beste van twee werelden: de menselijke maat en persoonlijk contact, ondersteund door moderne technieken om wachttijden te verkorten en de behandeldoelen te bereiken.



4. Verantwoordelijkheden, bevoegdheden en onderlinge verhoudingen

In dit hoofdstuk beschrijven we de rollen van verschillende geledingen binnen Point O en hoe de verantwoordelijkheden en bevoegdheden verdeeld zijn. Uitgangspunt is dat iedere professional vanuit de eigen expertise bijdraagt en daarbinnen een grote mate van autonomie heeft, maar dat samenwerking en afstemming ervoor zorgen dat al die bijdragen samenkomen tot een coherent en effectief zorgproces voor de cliënt. Voorop staat dat de cliënt centraal staat: alle hier genoemde professionals werken in dienst van het welzijn en herstel van de cliënt, die zelf een volwaardige samenwerkingspartner is in het zorgproces (shared decision making). Dit alles volgens de principes van bevoegdheid en bekwaamheid.

4.1 De Instelling: Directie en toezicht

De eindverantwoordelijkheid voor de geleverde zorg bij Point O ligt bij de directie (bestuurder) van Point O GGZ B.V., onder toezicht van de Raad van Commissarissen (RvC). De directie schept de kaders en voorwaarden waarbinnen de zorgprofessionals hun werk veilig en optimaal kunnen uitvoeren. Concreet houdt dit in: de directie zorgt voor voldoende en bekwame bezetting van teams, voor scholing en trainingsmogelijkheden, voor een goede infrastructuur (bijv. een functionerend EPD, geschikte behandelruimtes, digitale middelen) en voor een cultuur waarin kwaliteit en verbetering worden gestimuleerd. De directie bewaakt dat Point O voldoet aan alle hierboven genoemde wet- en regelgeving en implementeert beleid om deze naleving te borgen (denk aan het instellen van een klachtenfunctionaris, het afsluiten van contracten met geschilleninstanties, het hebben van actuele protocollen voor bijv. dwangtoepassing of privacy).

Tegelijk respecteert de directie de professionele autonomie van zorgverleners in de behandelinhoud. Het professioneel statuut is juist de uiting dat de bestuurders vertrouwen in de professionals leggen als het gaat om individuele behandelbeslissingen. De directie zal niet treden in de specialistische afwegingen in individuele cases, die zijn voorbehouden aan de regiebehandelaren en hun team tenzij er duidelijke aanwijzingen zijn dat kwaliteit of veiligheid in het geding is. Wel houdt de directie zicht op de algemene kwaliteit van de zorg (bijvoorbeeld via rapportages, audits en gesprekken met medewerkers en cliënten) en grijpt in op systeemniveau als verbeteringen nodig zijn. Ook faciliteert de directie een open aanspreekcultuur: medewerkers moeten management kunnen aanspreken op knelpunten die de zorg raken, en andersom moet het management tijdig corrigerend optreden als professionals buiten de kaders dreigen te handelen.

De Raad van Commissarissen (RvC) ziet erop toe dat de directie haar verantwoordelijkheden neemt in het sturen op kwaliteit en veiligheid van zorg. De RvC keurt dit professioneel statuut goed en monitort periodiek of de hierin beschreven organisatie van zorg en verantwoordelijkheidsverdeling in de praktijk naar behoren functioneert. Zo nodig geeft de RvC de directie advies of opdrachten om verbeteringen door te voeren.

In het kort zijn de kernverantwoordelijkheden van de directie:

- Strategisch en kwalitatief beleid: formuleren van missie, visie, meerjarenbeleid en zorgaanbod (in samenspraak met medewerkers en cliëntenraad) en dit vertalen in randvoorwaarden voor het primaire proces. De directie zorgt voor up-to-date behandelmethoden, stimuleert innovatie (bv. inzet e-health) en initieert samenwerkingen met ketenpartners.
- Personeel en middelen: aantrekken van gekwalificeerd personeel, bevorderen van deskundigheidsbevordering en ervoor zorgen dat materiële voorzieningen op orde zijn. Ook naleving van de cao GGZ en investering in goede arbeidsomstandigheden vallen hieronder.
- Kwaliteit en veiligheid: onderhouden van het kwaliteitssysteem (HKZ/ISO-certificering), accorderen van protocollen en richtlijnen, organiseren van (externe) audits en interne toetsmomenten, en zorgen dat er een cultuur van continu verbeteren is (PDCA-cyclus). Tevens het (laten) organiseren van VIM-bijeenkomsten en het borgen dat klachten serieus behandeld worden.
- Financiën en bedrijfsvoering: zodanig managen dat er voldoende middelen zijn om goede zorg te leveren. Dit houdt kostenbeheersing in, maar ook het aanboren van financiering (zorgcontracten met verzekeraars/gemeenten) om innovaties of extra zorg mogelijk te maken. Onder bedrijfsvoering valt ook het letten op passende dossiervoering en administratieve processen conform NZa/verzekeraar eisen, zonder professionals onnodig te belasten.

- Verantwoording en communicatie: de directie legt zowel intern (naar medewerkers en cliëntenraad) als extern (aan toezichthouders, financiers, RvC) verantwoording af over hoe Point O haar zorgkwaliteit op peil houdt. Dat gebeurt via rapportages, jaarverslagen, indicatoren, etc. Ook bevordert de directie transparantie, bijvoorbeeld door het openbaar maken van het kwaliteitsstatuut en het professioneel statuut, het publiceren van uitkomsten (zoals wachttijden, cliëntervaringen), en het onderhouden van een constructieve relatie met Inspectie en andere externe toezichthouders.

4.2 De zorgprofessionals

Onder de zorgprofessionals verstaan we alle medewerkers die betrokken zijn bij de behandeling en begeleiding van cliënten binnen Point O. Hieronder vallen behandelaren met verschillende functies en kwalificaties. Voor de duidelijkheid maken we onderscheid tussen de regiebehandelaar en andere behandelaren (medebehandelaren en overige zorgverleners). Ook de positie van de psychiater lichten we expliciet toe, gegeven het belang van somatische en medische integratie in onze doelgroep.

In algemene zin geldt voor iedere professional:

- Men werkt methodisch en binnen de professionele standaard van het eigen vakgebied (zoals ook beschreven onder 2).
- Men kent de grenzen van de eigen bevoegdheid en schakelt tijdig collega's in bij overschrijding daarvan.
- Men legt verantwoordelijkheid af over zijn of haar werkzaamheden, zowel richting de cliënt (door uitleg te geven en samen te beslissen) als richting de werkgever en collega's (door deel te nemen aan overleg, rapportage bij te houden en open te staan voor feedback).
- Men respecteert de cliëntenrechten en menselijke waardigheid van iedere cliënt. De zorgverlener neemt de wensen, behoeften en ervaringen van de cliënt serieus en handelt bij voorkeur in overeenstemming daarmee, tenzij dit strijdig is met het behandeladvies en/of de veiligheid.
- Men draagt bij aan een samenwerkingsgerichte cultuur: dit betekent onder meer trouw verschijnen en voorbereiden op MDO's, collega's aanspreken of hulp vragen als er zorgen zijn, kennis delen en elkaar ondersteunen waar nodig.

Onderstaande paragrafen beschrijven specifiekere rollen.

4.2.1 De regiebehandelaar

Elke cliënt die bij Point O in behandeling is, heeft een aangewezen regiebehandelaar. De regiebehandelaar is de inhoudelijk eindverantwoordelijke voor het gehele behandelproces van die cliënt. In overeenstemming met het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ 4.0 is de regiebehandelaar een geregistreerde zorgprofessional met de juiste kwalificaties om integrale behandel aanpak te overzien. Bij Point O kan de rol van regiebehandelaar vervuld worden door de volgende beroepen:

- Psychiater (medisch specialist, BIG-geregistreerd als psychiater);
- Klinisch psycholoog (psycholoog-specialist BIG, bevoegd tot specialistische GGZ);
- GZ-psycholoog (gezondheidszorgpsycholoog, BIG);
- Verpleegkundig Specialist GGZ (VS GGZ, BIG-geregistreerd verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg).
- Verslavingsarts KNMG

Afhankelijk van de aard van de behandeling en wettelijke vereisten, kan eventueel een andere specialist (bijvoorbeeld Klinisch psycholoog (psycholoog-specialist BIG, bevoegd tot specialistische GGZ)) als regiebehandelaar optreden, maar in de praktijk zijn het bovengenoemde beroepen die bij Point O als zodanig functioneren. Indien de regiebehandelaar geen psychiater is, dan is er altijd een psychiater beschikbaar binnen het team of achterwacht om medisch-psychiatrische vraagstukken op te pakken (zoals medicatiestelling of beoordeling van crisisindicaties). De regiebehandelaar en psychiater werken in zulke gevallen nauw samen, ieder binnen de eigen bevoegdheid, om de cliënt optimaal te behandelen.

Taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar: De regiebehandelaar heeft als kerntaak het coördineren van het behandelproces van de cliënt van begin tot eind. In de praktijk omvat dit o.a.:

- Indicatiestelling en behandelplanning: De regiebehandelaar voert (of superviseert) de intake en diagnostiek, stelt de hoofddiagnose vast en bepaalt in samenspraak met de cliënt de behandelindicatie. Vervolgens formuleert hij/zij/hen, samen met de medebehandelaars, het behandelplan met concrete doelen en interventies. Hierbij wordt ook expliciet gekeken welke

discipline of interventie nodig is: de regiebehandelaar zet zo nodig andere specialisten in (bijv. traumatherapie, systeemtherapie) en stemt af welke onderdelen van het plan door wie uitgevoerd worden. Hij/zij/ hen ziet erop toe dat dit behandelplan schriftelijk wordt vastgelegd en door de cliënt wordt ondertekend (WGBO).

- Centrale aanspreekpunt: De regiebehandelaar is het vaste aanspreekpunt voor de cliënt als het gaat om de inhoud en voortgang van de behandeling. Ook voor familie of naasten en voor verwijzers/ketenpartners fungeert de regiebehandelaar – uiteraard binnen de grenzen van privacyregels – als contactpersoon die overzicht heeft over het traject. Bijvoorbeeld: huisartsen ontvangen brieven die door (of namens) de regiebehandelaar zijn opgesteld; belangrijke wijzigingen in behandeling of risico worden vanuit de regiebehandelaar met betrokken externe partijen besproken.
- Coördinatie van het team: Binnen het interne behandelteam (medebehandelaars, ervaringsdeskundigen, etc. die bij die cliënt betrokken zijn) stuurt de regiebehandelaar de onderlinge afstemming aan. Hij/zij/hen leidt de bespreking van de cliënt in MDO's, zorgt dat er periodiek evaluaties plaatsvinden (en documenteert die), en dat alle betrokken professionals weten wat hun bijdrage is. Bij verschillen van inzicht binnen het team over de behandeling geeft de regiebehandelaar, na ruimte voor ieders input, de doorslag in de besluitvorming (waarbij altijd het belang van de cliënt en professionele richtlijnen leidend zijn). De regiebehandelaar heeft dus een sturende rol, maar ook een bindende: hij/zij/hen bevordert dat iedereen op één lijn zit en dezelfde doelen nastreeft, om versnippering of conflicterende aanpak te voorkomen.
- Bewaking van kwaliteit en voortgang: De regiebehandelaar monitort de voortgang van de behandeling ten opzichte van de gestelde doelen. Dit houdt in: regelmatig (laten) meten van de resultaten, bijvoorbeeld via ROM-vragenlijsten of voortgangsverslagen, en deze bespreken met de cliënt. Als doelen niet gehaald worden of stagnatie optreedt, is het de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar om het plan bij te stellen of, indien nodig, tijdig door te verwijzen of op te schalen/af te schalen. Hij/zij/hen ziet er ook op toe dat de behandeling binnen de organisatorische kaders blijft: bijvoorbeeld dat de duur van de behandeling gerechtvaardigd is gezien de hulpvraag (gepast gebruik), dat uitgevoerde zorg legaal declareerbaar is volgens het Zorgprestatieproces, en dat eventuele wachttijdoverbrugging of nazorg goed geregeld is. Documentatieplicht valt hier ook onder: de regiebehandelaar zorgt dat alle belangrijke gebeurtenissen, besluiten en evaluaties rondom de cliënt in het dossier komen.
- Eindverantwoordelijkheid behandelinhoud: De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de regie en coördinatie van het zorgproces en kan aangeven in hoeverre medebehandelaars zelfstandig invulling kunnen geven aan onderdelen van het behandelplan. Dit betekent dat de regiebehandelaar niet alleen verantwoordelijk is voor zijn eigen handelen, maar ook voor de keuze van de juiste medebehandelaren en voor het vaststellen van de kaders waarbinnen deze werken. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de inhoudelijke juistheid en samenhang. Hij/zij/hen houdt intercollegiaal toezicht (supervisie) op wat medebehandelaars doen, bijvoorbeeld door hun rapportages te lezen, hun bevindingen te bespreken of aanwezig te zijn bij belangrijke sessies (indien van toepassing, bijvoorbeeld bij diagnostiek). Ook geeft de regiebehandelaar binnen het team feedback of aanwijzingen als dat nodig is om de kwaliteit van deelbehandelingen te waarborgen.
- Autorisatie en afronding: Bij het afsluiten van de behandeling (of bij uitstroom om andere reden) is de regiebehandelaar degene die beoordeelt of de behandeling als afgerond kan worden beschouwd en of de gestelde doelen behaald of voldoende benaderd zijn. Hij/zij/hen verzorgt de eindrapportage (eindverslag aan de huisarts/verwijzer/indicerende partij) en draagt er zorg voor dat er een goed overdrachtsplan ligt voor de periode na de behandeling (bijvoorbeeld een terugvalpreventieplan of verwijsbrief naar vervolgzorg). De regiebehandelaar autoriseert de afsluiting in het dossier en is verantwoordelijk voor de correcte administratieve afsluiting (registratie van geleverde zorg conform de NZa-richtlijnen).
- Contact bij escalatie: Mocht er ontevredenheid of een klacht van de cliënt zijn over de behandeling, dan is de regiebehandelaar doorgaans de eerste die dit met de cliënt bespreekt en probeert op te lossen (uiteraard kan een cliënt ook direct de klachtenfunctionaris inschakelen, maar intern ligt de inhoudelijke aansprakelijkheid bij de regiebehandelaar). Ook in het geval van ernstige incidenten of calamiteiten is het de regiebehandelaar die (in samenwerking met de directie) zorgt voor juiste opvolging, dossiervoering en melding aan bijvoorbeeld Inspectie, conform protocol.

De regiebehandelaar opereert dus op het snijvlak van direct cliëntcontact en coördinatie. Van de regiebehandelaar wordt verwacht dat hij/zij/hen voortdurend een helicopterview houdt: oog voor het geheel, zonder de individuele behoeften van de cliënt te negeren. Regiebehandelaren bij Point O dienen aantoonbaar bekwaam te zijn in deze rol. Ze voldoen aan de opleidingseisen en ervaring zoals per beroepsgroep vereist (BIG-registratie, eventuele erkenning als specialist), en investeren in hun eigen ontwikkeling (bijv. via bijscholing in regievoering, of door intervisie met andere regiebehandelaars). Point O faciliteert dat door bijvoorbeeld regiebehandelaren ruimte te geven voor periodiek overleg met elkaar over lastige casuïstiek en over implementatie van nieuwe standaarden.

4.2.2 De medebehandelaar

Naast de regiebehandelaar zijn medebehandelaars bij de behandeling betrokken. Een medebehandelaar is een hulpverlener die zelfstandig (delen van) de behandeling uitvoert, maar niet de eindverantwoordelijkheid voor het totale behandeltraject draagt. Medebehandelaars voeren hun werk uit onder de inhoudelijke verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar, wat betekent dat zij voor hun deel verantwoording schuldig zijn aan de regiebehandelaar en met deze moeten afstemmen.

Voorbeelden van medebehandelaars bij Point O zijn:

- Psychologen en orthopedagogen die (nog) niet als regiebehandelaar optreden, zoals basispsychologen (WO-master afgestudeerd) in dienst bij Point O. Zij voeren bijvoorbeeld intakes uit, doen diagnostisch onderzoek en geven behandelsessies (zoals CGT-gesprekken of groepsbehandelingen) binnen het kader van het behandelplan.
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) of verpleegkundigen GGZ die individuele begeleiding en behandeling bieden op bepaalde leefgebieden, medicatiebegeleiding doen, of psycho-educatie verzorgen.
- Verslavingsartsen KNMG (wanneer niet ingezet als regiebehandelaar) of basisartsen: indien ingezet voor somatische screening, medicamenteuze ondersteuning (zoals detoxificatie-begeleiding) of medische controles, opereren zij vaak als medebehandelaar naast bijvoorbeeld een psycholoog als regiebehandelaar, of andersom.
- Vaktherapeuten (beeldende therapie, dramatherapie, vaktherapie beweging e.d.) die specifieke therapievormen aanbieden ter ondersteuning van het behandelplan.
- Systeemtherapeuten of maatschappelijk werkers en GGZ-Agogen die zich richten op het betrekken van de familie/het systeem of op maatschappelijke problemen (schulden, dagbesteding). Hoewel hun werkveld soms buiten de primaire geneeskundige behandeling ligt, kunnen ze als onderdeel van het behandelteam optreden om die gebieden te behandelen.

Medebehandelaars hebben doorgaans hun eigen professionele autonomie binnen de gedelegeerde taken: zij maken gebruik van hun vakkennis om bijvoorbeeld een therapiesessie vorm te geven of een diagnostiektraject uit te voeren. Ze doen dit echter binnen de kaders die in het behandelplan zijn overeengekomen. Concreet betekent dit:

- De medebehandelaar bespreekt bij de start met de regiebehandelaar (en idealiter ook met de cliënt aanwezig) wat zijn/haar bijdrage zal zijn, welke doelen worden nagestreefd, hoeveel sessies of welke aanpak hiervoor gepland is.
- De medebehandelaar houdt de regiebehandelaar op de hoogte van de voortgang, bijvoorbeeld door tussentijds te rapporteren in het dossier en deel te nemen aan MDO's. Bij significante veranderingen of problemen (zoals uitblijven van effect, verslechtering van de toestand van de cliënt, of als de cliënt niet komt opdagen) informeert de medebehandelaar de regiebehandelaar proactief, zodat zo nodig het behandelplan bijgesteld kan worden.
- Binnen zijn eigen expertise neemt de medebehandelaar beslissingen (bijv. een psychomotorisch therapeut kiest de oefeningen, een psycholoog besluit welke technieken in de sessie het best passen), maar zaken die de algemene koers van de behandeling beïnvloeden, worden altijd in overleg met de regiebehandelaar besloten. Zo zal een medebehandelaar niet eenzijdig de behandeling beëindigen of een nieuw probleemgebied toevoegen zonder dit met de regiebehandelaar te bespreken.
- De medebehandelaar respecteert eveneens de grenzen van zijn bevoegdheid: als er tijdens zijn werkzaamheden iets boven zijn pet gaat (bijvoorbeeld een psycholoog-medebehandelaar signaleert onverwachte medische problemen of suicidale gedachten bij de cliënt), schakelt hij direct de regiebehandelaar of een andere passende collega in.

- Medebehandelaars dragen actief bij aan het behalen van de behandelresultaten en leveren input voor evaluaties. Tijdens evaluatiemomenten rapporteert de medebehandelaar over het eigen onderdeel: is er vooruitgang op het subdoel? Hoe ervaart de cliënt dat onderdeel? Deze input weegt de regiebehandelaar vervolgens mee in de besluitvorming over het vervolg.

In feite vormen regiebehandelaar en medebehandelaars een team rondom de cliënt, waarbij de regiebehandelaar de kapitein is en de medebehandelaars de officieren die hun specifieke taken uitvoeren. Medebehandelaars kunnen vaak zelfstandig werken met een cliënt (de cliënt ziet hen doorgaans zonder dat de regiebehandelaar erbij is), vandaar dat het belangrijk is dat de cliënt ook weet wie de regiebehandelaar is en wie de andere behandelaren zijn, en dat hij/zij/hen begrijpt wat ieders rol is. Point O zorgt ervoor dat dit bij de start van de behandeling duidelijk gecommuniceerd wordt aan de cliënt.

Professionals in opleiding

Point O draagt bij aan het opleiden van nieuwe zorgprofessionals. Dit betekent dat er binnen onze organisatie mogelijk behandelaren werkzaam zijn die in opleiding zijn tot een erkende beroepsbeoefenaar, bijvoorbeeld een GZ-psycholoog in opleiding tot specialist (GLOS) of arts in opleiding, een verpleegkundige in opleiding tot specialist (VLOS) opleiding tot psychiater (AIOS) of een stagiair (psychologie of Social Work). Deze professionals in opleiding verrichten bepaalde taken in de zorgverlening, maar altijd onder supervisie en binnen duidelijke grenzen en kaders die opgesteld zijn volgens de geldende opleidingscriteria. Indien van toepassing is Point O dan ook erkend door het opleidingsinstituut om deze opleiding te verzorgen / te begeleiden.:

- Een basispsycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog kan bijvoorbeeld eigen caseload hebben, maar heeft een werkbegeleider en supervisor (een erkende GZ-psycholoog of klinisch psycholoog) binnen Point O die zijn/haar werk regelmatig bespreekt en mede verantwoordt. Uiteindelijk valt het werk van de GLOS onder de verantwoordelijkheid van diens supervisor, die ervoor tekent dat de kwaliteit gewaarborgd is.
- Een AIOS psychiatrie werkt onder supervisie van een psychiater van Point O. Heikel beslissingen (zoals medicatie wijzigen, opnemen, etc.) worden altijd met de supervisor besproken voor akkoord.
- Stagiaires of basiswerkers onder supervisie: bijvoorbeeld een sociaal werk student of een psychologie-stagiair kan bepaalde begeleidende taken uitvoeren, maar deze persoon zal nooit zelfstandig behandelingen voeren en werkt altijd naast een ervaren professional die aanwijzingen geeft en eindverantwoordelijkheid draagt. In alle gevallen wordt de cliënt vooraf geïnformeerd als (een deel van) de zorg door iemand in opleiding wordt geleverd. De regiebehandelaar blijft uiteindelijk verantwoordelijk voor het integrale behandelproces, dus ook voor de gedelegeerde taken aan opleidingen. Het werken met opleidingen gebeurt alleen als dit veilig en verantwoord is; zo nodig beperkt Point O de casuïstiek van opleidingen tot laag-risico gevallen of intensificeert de frequentie van supervisie bij complexere problematiek.

4.2.3 De psychiater

Binnen Point O heeft de psychiater een bijzondere rol, deels overlappend met wat eerder is genoemd (de psychiater kan immers regiebehandelaar zijn, of medebehandelaar), maar het is zinvol diens positie apart te stipuleren vanwege specifieke bevoegdheden. Psychiatrische expertise is van groot belang in de verslavingszorg, zowel vanwege comorbide psychiatrische stoornissen als vanwege somatische aspecten en medicamenteuze behandelingen. De taken van de psychiater bij Point O zijn onder andere:

- Regiebehandelaar bij complexe problematiek: Vooral bij complexe dubbel- of tripelproblematiek (verslaving gepaard met zware psychiatrische stoornissen, risico op psychoses, of noodzaak tot ontgiftiging onder medisch toezicht) treedt de psychiater vaak op als regiebehandelaar. In die hoedanigheid gelden alle eerder beschreven taken van de regiebehandelaar. De psychiater is dan zowel behandelend arts als coördinerend behandelaar.
- Medisch eindverantwoordelijke: Ook wanneer de psychiater niet de formele regiebehandelaar is, is hij/zij/hen medisch eindverantwoordelijk voor medische handelingen binnen een behandeltraject. Dit betekent dat als een andere professional (bv een VS GGZ of GZ-psycholoog) de regiebehandelaar is, de psychiater beschikbaar is voor consultatie en tussenkomst als er iets speelt op somatisch of medicamenteus vlak. Bijvoorbeeld: het voorschrijven of wijzigen van medicatie (verslavingsmedicatie zoals methadon, antidepressiva, antipsychotica bij dubbeldiagnoses etc.) gebeurt door of in overleg met de psychiater. De psychiater bewaakt

tevens de lichamelijke gezondheid van cliënten voor zover die de geestelijke gezondheidszorg raakt, hij kan bijvoorbeeld een somatisch onderzoek initiëren of verwijzen naar algemene geneeskunde indien klachten erop wijzen dat er lichamelijke oorzaken of consequenties zijn.

- **Specialistische consultfunctie:** De psychiater levert regelmatig consultaties binnen het team: andere behandelaren kunnen de psychiater inschakelen voor diagnostisch advies (bij twijfel over bijvoorbeeld ADHD, autisme, psychose bij een cliënt), second opinion binnen het team, of voor acute inschattingen (bij crisisindicaties, suïcidaliteit, agressie). De psychiater heeft de bevoegdheid om medicatie op te starten en om bepaalde beslissingen te nemen in crisissituaties (zoals het indiceren van een tijdelijke gedwongen opname) – dit uiteraard binnen de kaders van de Wvvggz, waar eventueel een onafhankelijk psychiater of rechter bij betrokken moet worden. Binnen Point O fungeert de eigen psychiater vaak als de eerste expert die zo’n toestand beoordeelt en dan de verdere wettelijke route in gang zet.
- **Geneesheer-directeur taken:** Mocht zich een situatie voordoen die valt onder de Wet verplichte GGZ (bijvoorbeeld het uitvoeren van een zorgmachtiging in ambulante setting of het voorbereiden van een crisisopname), dan zal een psychiater die rol op zich nemen of zorgen dat een daartoe benoemde geneesheer-directeur betrokken wordt. Point O heeft intern een psychiater aangewezen die als leidinggevende op behandeling inhoud kan optreden in dergelijke situaties (dit kan de hoofdbehandelaar zelf zijn of een collega psychiater). Deze ziet erop toe dat alle Wvvggz-procedures medisch inhoudelijk kloppen, zoals het opstellen van een medische verklaring voor een zorgmachtiging.
- **Supervisie en kennisoverdracht:** Psychiatrie is een schaars specialisme; bij Point O wordt de psychiater ook geacht andere teamleden te coachen op het gebied van medisch-psychiatrische zorg. De psychiater geeft bijvoorbeeld (multi)disciplinair onderwijs over verslavingsmedicatie, over somatische screening, of over het omgaan met suïcidaal gedrag. Tevens kan de psychiater supervisie geven aan een VS GGZ of aan basisartsen.
- **Behandeling eigen aan zijn discipline:** Uiteraard voert de psychiater ook directe patiëntencontacten uit die specifiek psychiatrisch van aard zijn, zoals medicatieconsulten, psychiatrische evaluaties, psychotherapeutische gesprekken indien daartoe opgeleid, en bij ambulante detox de medische monitoring.

In de samenwerking geldt dat de psychiater zich voegt in het team op gelijkwaardige wijze, maar dat de unieke medische verantwoordelijkheid die de psychiater draagt altijd gerespecteerd moet worden. Dit betekent bijvoorbeeld dat als een niet-medicus als regiebehandelaar een bepaald medicatietraject zou willen aanpassen tegen het advies van de psychiater in, het advies van de psychiater leidend is (immers de psychiater is eindverantwoordelijk voor medisch handelen). In de praktijk zal zulke frictie zelden voorkomen, omdat besluiten in goed overleg en met wederzijds respect genomen worden.

4.2.4 Overige zorgverleners (ervaringsdeskundigen, persoonlijk begeleiders, etc.)

Point O gelooft in een integrale aanpak, wat inhoudt dat ook professionals die niet onder de “behandelaar” categorie vallen, een belangrijke rol spelen in het zorgtraject. We benoemen hier expliciet de ervaringsdeskundigen en de (bege)leidende medewerkers vanuit Point O Zorg B.V. en Point O Gelderland B.V., omdat zij deel uitmaken van het team rond de cliënt en hun verantwoordelijkheden eveneens binnen dit statuut passen.

- **Ervaringsdeskundigen:** Dit zijn medewerkers die hun eigen ervaring met herstel van verslaving en/of psychische problematiek op een professionele manier inzetten ten behoeve van onze cliënten. Ze hebben (naast MBO, HBO of WO zorg-gerelateerde opleiding) een aanvullende scholing in ervaringsdeskundigheid gevolgd en maken volwaardig deel uit van onze teams. De ervaringsdeskundige biedt bijvoorbeeld ondersteuning in de vorm van herstelgroepen, individuele steuncontacten, of het geven van voorlichting en hoop vanuit het perspectief van “iemand die het zelf heeft meegemaakt”. De ervaringsdeskundige valt, qua verantwoordelijkheidsstructuur, onder de noemer medebehandelaar/begeleider: hij/zij/hen werkt altijd in samenspraak met de regiebehandelaar en volgens een overeengekomen plan. Ervaringsdeskundigen respecteren net als andere professionals de grenzen van hun rol ook zij weten wanneer door te verwijzen naar een collega of expert. Uniek is dat zij gelijkwaardigheid en herkenning kunnen bieden op een manier die aanvullende waarde heeft naast de reguliere behandeling. Dit statuut erkent de ervaringsdeskundige als een onmisbare schakel in het zorgproces: iemand die qua status binnen het team gelijk is aan de anderen, vergaderingen bijwoont, dossiernotities maakt en gebonden is

aan dezelfde geheimhoudingsplicht. Ook houden zij hun deskundigheid op peil, bijvoorbeeld middels intervisie met andere ervaringsdeskundigen.

- Persoonlijk begeleiders/Agogen (Point O Zorg B.V.): Een deel van onze cliënten ontvangt, parallel aan de GGZ-behandeling, ondersteuning op grond van de Wmo via Point O Zorg B.V. of Point O Gelderland B.V. Dit betreft bijvoorbeeld woonbegeleiding in een Safehouse of ambulante begeleiding bij het regelen van dagstructuur. Hoewel deze begeleiding formeel buiten de geneeskundige behandeling valt, is de afstemming tussen behandelteams en begeleidingsteams zeer nauw. Begeleiders (ook wel persoonlijk begeleiders, trajectcoaches e.d.) nemen deel aan gecombineerde overleggen wanneer een cliënt zowel bij Point O GGZ/ Point O Portugal als bij Point O Zorg/ Point O Gelderland in zorg is. Hun verantwoordelijkheden worden in hun eigen kader (de Wmo-overeenkomst) beschreven, maar in de praktijk opereren ze als onderdeel van het multidisciplinaire netwerk rond de cliënt. Ze signaleren naar de behandelaren toe als er in de woonsituatie of het dagelijks functioneren ontwikkelingen zijn (positief of negatief) die relevant zijn voor de therapie. Evenzo krijgen ze van de behandelaars kaders mee, bijvoorbeeld welke benadering het beste werkt vanuit therapeutisch oogpunt. De begeleiders respecteren de professionele aanwijzingen van behandelaren voor zover die de gezondheid van de cliënt betreffen, en behandelaren respecteren op hun beurt de autonomie van de begeleider op diens terrein. Dit statuut onderstreept dat herstel van verslaving vaak een team-effort is waarin begeleiders en behandelaren complementair werken. Daarom investeren we in onderlinge communicatie en wederzijds respect tussen beide “bloedgroepen”.

4.3 Professionele autonomie en samenwerking

Point O hecht aan professionele autonomie: iedere zorgverlener is vanuit zijn expertise verantwoordelijk om naar eigen inzicht de best mogelijke zorg te verlenen. Dit betekent dat de organisatie het oordeel van de professional respecteert en faciliteert. Autonomie betekent echter niet solistisch werken. In tegendeel, bij Point O gaat autonomie hand in hand met samenwerking en overleg.

De onderlinge verhoudingen zijn als volgt vormgegeven:

Gelijkwaardigheid: In het multidisciplinair team is ieder lid gelijkwaardig als persoon, maar men erkent elkaars verschillende rollen en verantwoordelijkheden. Een verschil in bevoegdheid doet niets af aan de waarde van ieders inbreng. In MDO's en teambesprekingen wordt eenieder serieus genomen. Besluiten worden bij voorkeur in consensus genomen, maar als dat niet kan, is er een helder afgesproken hiërarchie.

Aanspreekcultuur: Professionals mogen elkaar te allen tijde aanspreken op dingen die beter kunnen of die onduidelijk zijn. We doen dit constructief en met respect. Mocht een medewerker zich aangesproken voelen op een manier die onveilig voelt, dan wordt dat ook bespreekbaar gemaakt. Door deze cultuur van open dialoog houden we elkaar scherp én steunen we elkaar. Het uitgangspunt is dat iedereen de kwaliteit van zorg voorop heeft, dus feedback of vragen worden niet persoonlijk opgevat maar gezien als gezamenlijk streven naar verbetering.

Grenzen van autonomie: De autonomie van de professional wordt begrensd door het behandelplan en de professionele standaard. Dat houdt in: je houdt je aan wat team en cliënt hebben afgesproken, en je blijft binnen de richtlijnen tenzij er goede reden is om af te wijken (en die reden maak je dan bespreekbaar). Als een professional bijvoorbeeld sterk wil afwijken van een protocollaire behandeling, wordt verwacht dat hij/zij/hen dat met collega's of de regiebehandelaar bespreekt voor akkoord, zodat er draagvlak is en risico's gezamenlijk zijn overwogen.

Verantwoordingsplicht: Autonomie betekent niet onttrokken zijn aan controle. Elke professional legt verantwoording af over zijn daden, zowel naar cliënten (in gewone mensentaal uitleggen wat en waarom) als naar collega's en leiding. Dit gebeurt informeel in de dagelijkse gang van zaken, en formeel via registraties, verslagen, evaluaties en (jaarlijkse) functioneringsgesprekken. Point O stimuleert dat professionals reflecteren op hun eigen handelen en dit delen in bijvoorbeeld intervisie.

Leiding en toezicht waar nodig: Leidinggevendenden (zoals een teamleider of zorgmanager) hebben in principe geen bemoeienis met de inhoud van individuele behandelingen, maar zij monitoren wel of processen lopen (zijn MDO's op tijd, worden behandelplannen geëvalueerd, is de administratieve vastlegging op orde). Ook bewaken zij of iedereen zich aan zijn afspraken houdt (contractueel en professioneel). Bij signalen van disfunctioneren of spanningen in het team grijpt de leiding in door het gesprek aan te gaan, eventueel maatregelen te nemen of extra ondersteuning te bieden.

Kortom, binnen Point O zorgen we voor een sfeer waarin professionaliteit, eigenaarschap en teamwork hand in hand gaan. Dit professioneel statuut zelf is daar een uiting van: het schept duidelijke verwachtingen, zodat we op basis daarvan elkaar kunnen vertrouwen én verantwoording durven vragen.

4.4 Vervanging en waarneming

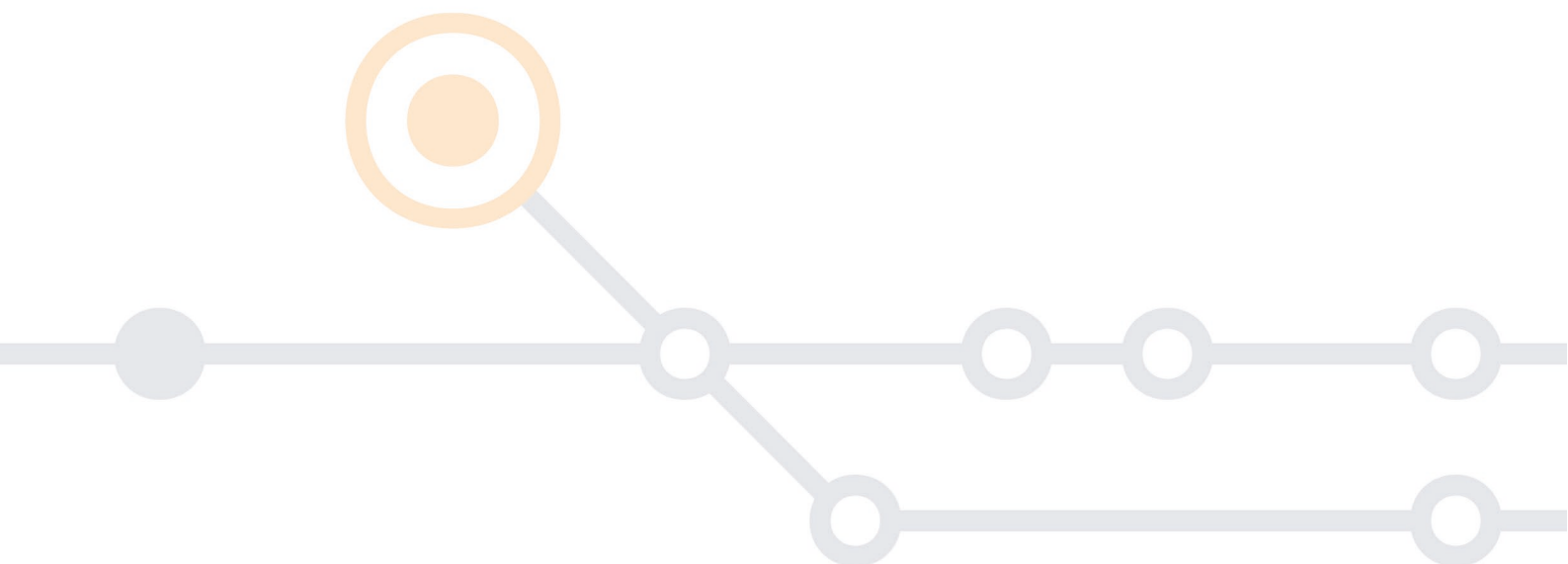
Iedere professional heeft wel eens te maken met afwezigheid (verlof, ziekte, beëindiging dienstverband, etc.). Point O vindt het cruciaal dat continuïteit van zorg zoveel mogelijk gegarandeerd is en dat verantwoordelijkheden niet zomaar “in de lucht hangen”. Daarom gelden volgende afspraken: Vervanging regiebehandelaar: Indien een regiebehandelaar langer dan kortdurend afwezig is (bijv. vakantie, langdurig ziek of uit dienst), wijst de manager of teamleider tijdig een andere bevoegde regiebehandelaar aan als vervanger voor de betreffende cliënten. Dit wordt in het dossier vastgelegd en gecommuniceerd aan de cliënten. De waarnemend regiebehandelaar neemt gedurende de afwezigheid de taken waar: is aanspreekpunt, bewaakt de voortgang en neemt waar nodig beslissingen. Na terugkeer of bij overdracht bespreekt de waarnemer met de oorspronkelijke regiebehandelaar (of een nieuwe vaste regiebehandelaar) wat er in de tussentijd is gebeurd, zodat de continuïteit ook daarna weer is gewaarborgd.

Vervanging andere behandelaren: Bij uitval of vertrek van een medebehandelaar of begeleider zorgt de teamleider dat diens lopende taken worden overgenomen door collega's of een nieuw aangetrokken medewerker. De regiebehandelaar van de cliënt behoudt in zulke situaties het overzicht en bespreekt met de cliënt hoe de opgevallende plek opgevuld wordt. Soms betekent dit dat de regiebehandelaar zelf tijdelijk meer uitvoerende taken op zich neemt rondom die cliënt, tot de nieuwe medebehandelaar is ingewerkt.

Bereikbaarheid bij spoed: Buiten kantooruren heeft Point O een systeem van telefonische bereikbaarheidsdienst waarbij een gekwalificeerde professional bereikbaar is voor noodgevallen of vragen die niet kunnen wachten. Dit is doorgaans een roulatie van enkele begeleiders/behandelaren. Hoewel deze persoon niet de lopende behandelingen van alle cliënten kent, kan hij/zij/hen wel eerste opvang bieden, advies geven of doorverwijzen. In de behandel- en zorgovereenkomst en in de informatie voor cliënten is vastgelegd hoe ze deze dienst kunnen bereiken.

Escalatielijnen intern: Indien een medebehandelaar er in zijn eentje niet uitkomt met een situatie (bijv. cliënt in crisis terwijl regiebehandelaar onbereikbaar is), weet hij dat hij direct kan opschalen naar een aanwezige collega of leidinggevende. Teamleiders of de zorgmanager staan klaar om in te springen of beslissingen te nemen als er niemand van het team beschikbaar is.

Deze maatregelen verzekeren dat elke cliënt altijd de zorg of aandacht kan krijgen die nodig is, zonder tussenpozen door afwezigheid van medewerkers. We streven ernaar dat cliënten niet geconfronteerd worden met onnodige wisselingen; vaste gezichten vinden we belangrijk. Maar als wisselingen onvermijdelijk zijn, vangen we dit zo goed mogelijk op door informatieoverdracht en warme introducties.



5. Het zorgproces van aanmelding tot nazorg

In dit hoofdstuk beschrijven we stap voor stap hoe een zorgtraject bij Point O verloopt, inclusief de verantwoordelijkheden van professionals in elke fase en de manier waarop we de cliënt betrekken. Vooropgesteld: de cliënt is mede regiehouder van zijn/haar eigen traject. We hanteren het principe van “samen beslissen” op alle belangrijke momenten. Dit betekent dat we de cliënt goed informeren, opties bespreken en de voorkeuren en doelen van de cliënt zwaar laten meewegen in elke beslissing (uiteraard binnen wat professioneel verantwoord is). Ook waar familie of naasten een rol spelen, betrekken we hen met toestemming actief bij het proces, omdat herstel binnen een sociaal systeem plaatsvindt.

5.1 Toegang en wachttijden

Zodra een cliënt contact opneemt of verwezen wordt naar Point O, willen wij zo snel mogelijk passende zorg bieden. We hanteren transparante wachttijdinformatie: op onze website en via de verwijzers communiceren we maandelijks de actuele wachttijden voor intake en start behandeling. Point O spant zich in om binnen de landelijke treeknormen te blijven (max. 4 weken tot intake, max. 10 weken tot start behandeling, voor verzekerde zorg). Als onverhoopt de wachttijd oploopt, informeren we de cliënt daarover en bieden we zo nodig een vorm van overbruggingszorg. Overbruggingszorg kan inhouden dat de cliënt periodiek een steunend contact krijgt (telefonisch of via e-health) van een hulpverlener, dat hij/zij/hen alvast een voorlichtingsgroep of zelfhulpmodule kan volgen, of dat we helpen verwijzen naar een tijdelijke ondersteuning elders. We willen voorkomen dat mensen zonder enige hulp blijven terwijl ze wachten. Medewerkers hebben de opdracht alert te zijn op mogelijke verslechtering tijdens de wachttijd: als iemand op de wachtlijst meldt dat het slechter gaat, zal onze intaker of regiebehandelaar herbeoordelen of versnelling of een andere interventie nodig is.

5.2 Aanmelding en intake

De meeste cliënten melden zich aan via een verwijzing (huisarts, reclassering, gemeente, etc.), maar in sommige gevallen is er sprake van zelfaanmelding (de cliënt benadert ons direct, waarna alsnog een formele verwijzing nodig kan zijn voor verzekerde zorg). Bij de aanmelding vindt een voorselectie/triage plaats: onze intake medewerker of regiebehandelaar kijkt op basis van de verwijsbrief en een eventueel telefonisch pre-intakegesprek of de hulpvraag binnen ons aanbod past en of er urgentie is. Indien de hulpvraag niet passend is bij Point O, zullen we de cliënt zo mogelijk gericht doorverwijzen of terugverwijzen naar de huisarts met advies voor een alternatief. In alle andere gevallen plannen we een intakegesprek in.

De intake en het adviesgesprek zijn doorgaans het formele startpunt van de behandeling en wordt uitgevoerd door een daartoe bekwame behandelaar. Idealiter is dit de beoogde regiebehandelaar of een lid van diens team. Soms wordt de intake door twee personen gedaan: samen met een ervaringsdeskundige, om direct twee perspectieven te hebben, maar altijd met een regiebehandelaar. In de intake streven we ernaar een holistisch beeld te krijgen van de cliënt: de aard en geschiedenis van de verslaving, psychische klachten, lichamelijke gezondheid, sociale omstandigheden, motivatie, eerdere pogingen tot herstel, enzovoort. We maken gebruik van gestandaardiseerde instrumenten (zoals intakevragenlijsten, meetinstrumenten voor ernst van verslaving en comorbiditeit) om de diagnostiek te ondersteunen. Ook wordt gevraagd naar specifieke risico's (suïcidaliteit, agressie, eventuele juridische maatregelen zoals reclasseringstrajecten) zodat hier direct rekening mee gehouden kan worden.

Tijdens de intakefase (meestal één tot drie gesprekken) formuleert de intaker een voorlopige diagnose en doet een voorstel voor het behandeltraject. De intaker en regiebehandelaar bespreken hun bevindingen en besluiten of de cliënt in zorg genomen wordt, welke categorie (basis-GGZ of specialistische GGZ) van toepassing is en wie de regiebehandelaar wordt. Ook stellen we vast of aanvullende diagnostiek nodig is (bijv. psychologisch onderzoek, medische screening) en of er direct acties nodig zijn (bijvoorbeeld regelen van detoxificatie, of aanmelding bij een wachttijdgroepje). De uitslag van de intake (diagnose en voorstel) wordt zo spoedig mogelijk met de cliënt besproken. De intake wordt aansluitend afgelsoten met een adviesgesprek. Dit gesprek wordt gevoerd door de regiebehandelaar. Hierin bevestigen we of we een behandeltraject starten, wat dat grofweg inhoudt, en checken we of dit aansluit bij de verwachtingen en wensen van de cliënt. Als de cliënt instemt, zullen we officieel de behandeling opstarten; als de cliënt bedenkingen heeft, bespreken we alternatieven of geven we extra uitleg. Pas als de cliënt en de behandelaar het eens zijn, gaan we verder naar de planfase. Uiteraard kan de cliënt ook besluiten van

behandeling af te zien of een second opinion te vragen, hetgeen we respecteren en faciliteren indien gewenst.

5.3 Diagnose en behandelplan

Op basis van de intake wordt een behandelplan (ook wel zorgplan) opgesteld. Dit is een schriftelijk document waarin de volgende onderdelen minimaal staan:

- De diagnose of problematiek zoals geclassificeerd (o.a. volgens DSM-5 indien van toepassing, en beschrijvend in begrijpelijke taal).
- De hulpvraag van de cliënt in zijn/haar eigen woorden, en de doelen die hij/zij/hen wil bereiken.
- De behandeldoelen geformuleerd volgens SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdgebonden) op de relevante levensgebieden. Bijvoorbeeld: abstinentie van middel X gedurende de behandelduur, verbetering van stemming tot boven depressiedrempel, herstel van contact met familie, opstart dagbesteding etc. Dit wordt cijfermatig of beschrijvend vastgelegd, zodat achteraf te evalueren is of het doel bereikt is.
- De interventies en verantwoordelijkheden: welke behandelingen of acties gaan we ondernemen om deze doelen te bereiken, en wie voert ze uit. Hier wordt dus het behandelteam benoemd (regiebehandelaar + evt. psycholoog Y voor EMDR, SPV Z voor leefstijlcoaching, ervaringsdeskundige Q voor herstelgroep, etc.). Ook de frequentie van contacten en de vorm (individueel, groep, online, klinisch verblijf etc.) worden beschreven.
- De verwachte duur van de behandeling en de momenten van evaluatie. Bijvoorbeeld: “We plannen een tussenevaluatie na 3 maanden, en de beoogde totale behandelduur is 6 maanden ambulant, gevolgd door eventuele nazorg.”
- Afspraken over de inzet van het netwerk: wordt een naaste betrokken bij gesprekken, is er contact met verwijzer en op welke momenten, zijn er externe instanties waarmee afgestemd moet worden (bv. reclassering, UWV, werkgever)? Dit zodat iedereen weet wie waarvoor toestemming heeft gegeven qua informatie-uitwisseling.
- Een crisisplan: wat te doen als het niet goed gaat? Hier leggen we vast wat de cliënt zelf wil dat er gebeurt bij terugval of crisis, welke signalen daarvoor van belang zijn, welke professionals worden ingeschakeld en contactgegevens voor spoed. Ook afspraken over medicatie in crisis (bv. gebruik van noodmedicatie) of eventueel gedragscodes (bv. geen middelen gebruiken op locatie) kunnen hierin opgenomen zijn.
- Toestemmingen en juridische aspecten: de cliënt tekent voor akkoord met het behandelplan en we noteren of de cliënt bepaalde toestemming geeft of weigert (bijvoorbeeld toestemming om huisarts te informeren, of toestemming om familie te betrekken). Ook als er wettelijke maatregelen zijn (bv. een rechterlijke maatregel waarbij behandeling vereist is) wordt dat vermeld.

Het behandelplan wordt in samenspraak met de cliënt opgesteld. Vaak zal de regiebehandelaar de eerste versie schrijven en dit dan met de cliënt doornemen en bijslijpen naar aanleiding van diens feedback. Pas als de cliënt zich erin kan vinden en het plan ondertekent, beschouwen we het behandelcontract als gesloten. Uiteraard kan een cliënt ook (ondertekend of niet) later aangeven iets te willen wijzigen; het behandelplan is een ‘levend document’ dat aangepast kan worden als de situatie verandert, altijd weer in overleg. Een kopie van het definitieve behandelplan wordt aan de cliënt verstrekt en – met toestemming – eventueel aan de verwijzer of relevante derden.

5.4 Uitvoering van de behandeling

Met een duidelijk plan in handen start de feitelijke behandeling. De cliënt doorloopt de interventies zoals gepland, begeleid door de verschillende professionals die hun aandeel leveren. Enkele belangrijke aspecten in de uitvoeringsfase bij Point O:

We streven naar regulariteit en voorspelbaarheid: afspraken worden in principe op vaste tijdstippen en plaatsen ingepland. Bij ambulante setting betekent dit bijvoorbeeld wekelijks een gesprek, of tweemaal per week een groepsessie, et cetera. In een klinische setting houdt dit in dat er een dagprogramma is waar de cliënt aan deelneemt. De professional zorgt voor continuïteit: bij uitval wordt tijdig verzet, en eventuele veranderingen in frequentie worden besproken.

De regiebehandelaar onderhoudt contact met de cliënt gedurende het traject: ook als hij/zij/hen niet wekelijks individuele sessies met die cliënt heeft. Er wordt bijvoorbeeld maandelijks even één-op-één ingepland om het overzicht te bewaren, of de regiebehandelaar sluit aan bij een groepsbijeenkomst om de

voortgang mee te krijgen. Zo voelt de cliënt ook de aanwezigheid van de regiebehandelaar en kan hij terecht met vragen over het geheel.

Dossiervoering: Tijdens de uitvoering schrijft iedere professional zijn bevindingen en uitgevoerde acties in het elektronisch dossier. Point O hanteert het principe: “niet geschreven is niet gedaan”. Verslaglegging omvat gespreksverslagen, belangrijke observaties, bijgewerkte actiepunten en eventuele tussentijdse wijzigingen van het plan (met motivatie). Alle medewerkers houden het dossier actueel. De regiebehandelaar is verantwoordelijk om periodiek te controleren of het dossier compleet is en voldoet aan interne en externe eisen (zoals JB321-standaard voor GGZ dossiers).

Gebruik van ROM en feedback: We maken gedurende de behandeling gebruik van oa Routine Outcome Monitoring (ROM), dit betekent dat de cliënt op gezette tijden vragenlijsten invult over symptomen en functioneren. Bijvoorbeeld bij aanvang, tussenevaluatie en einde. De resultaten hiervan worden besproken met de cliënt en gebruikt om de voortgang te objectiveren. Naast ROM vragen we ook actief om cliëntfeedback op de behandeling: aan het einde vult iedereen een tevredenheidsvragenlijst in (zoals de CQ-index of ervaringsmeting via ZorgkaartNederland), en indien een cliënt tussentijds kritiek of suggesties heeft, wordt dat serieus genomen en besproken in het team.

Betrokkenheid van naasten: Indien in het behandelplan afgesproken is dat naasten (familie/partner) worden betrokken, organiseren we gedurende de behandeling één of meerdere familiegesprekken of netwerkgesprekken. Deze dienen om de voortgang te bespreken, advies te geven aan de naaste hoe zij kunnen ondersteunen, of om bijvoorbeeld herstel binnen het gezin te bevorderen. Altijd geldt: alleen met instemming van de cliënt en deze mag ook aangeven bepaalde informatie niet te delen. Professionals stimuleren wel de betrokkenheid, omdat het vaak bijdraagt aan duurzaam herstel.

Aanpassen van interventies: Het behandelproces is dynamisch. Als een bepaalde interventie niet het gewenste effect heeft, wordt dit in het team en met de cliënt besproken en kan het plan bijgesteld worden. We zijn flexibel in de uitvoering: passende zorg betekent ook dat we durven te stoppen met iets dat niet werkt en iets anders proberen. Zo kunnen we bijvoorbeeld na paar weken overschakelen van groepstherapie naar individueel als de groep niet blijkt te passen, of een extra module toevoegen (zoals traumabehandeling) als een onderliggend probleem naar voren komt. Dit alles steeds in overleg en transparant vastgelegd via een addendum of herziening van het behandelplan.

Binnen de uitvoeringsfase blijft de veiligheid een voortdurend aandachtspunt. Bij signalen van verhoogd risico (suïcidaliteit, middelenmisbruik tijdens behandelphase, agressie) wordt direct gehandeld: evaluatie in team, indien nodig aanscherping van het crisisplan of tijdelijke intensivering (bijvoorbeeld extra controles of tijdelijke klinische opname elders als het ambulant niet veilig is). Alle professionals zijn getraind om dergelijke signalen te herkennen en meteen te escaleren naar de regiebehandelaar en eventueel de crisisdienst.

5.5 Evaluatie en bijstelling

Op de vooraf afgesproken evaluatiemomenten (en vaker indien nodig) evalueren we de behandeling systematisch. In zo'n evaluatiegesprek, doorgaans geleid door de regiebehandelaar (en vaak in bijzijn van de medebehandelaar(s) en de cliënt), bekijken we de voortgang ten opzichte van elk doel in het behandelplan:

- Is het doel behaald, gedeeltelijk behaald, of niet behaald?
- Wat laten de ROM-metingen zien? En komt dat overeen met het gevoel van cliënt en behandelaars?
- Zijn er nieuwe problemen of vragen bijgekomen die aandacht nodig hebben?
- Hoe ervaart de cliënt het verloop van de behandeling (wat gaat goed, wat kan beter)?

Op basis van deze evaluatie zijn er een paar mogelijke uitkomsten:

1. Doorgaan op dezelfde voet: de behandeling verloopt volgens plan, progressie is zoals verwacht maar doelen nog niet allemaal behaald. Dan bevestigen we het plan en spreken af wanneer de volgende evaluatie is.
2. Bijstellen van doelen of aanpak: als sommige interventies niet opleveren wat gehoopt was, of als er andere doelen meer prioriteit krijgen. Dan passen we het behandelplan aan. Dit kan ook inhouden dat de duur verlengd wordt, of dat er juist afbouw plaatsvindt op sommige fronten.
3. Opschalen: indien de situatie ernstiger blijkt dan aanvankelijk gedacht, of verslechterd is, kan besloten worden tot intensievere zorg. Bijvoorbeeld: ambulant blijkt niet genoeg, dus we

onderzoeken of klinische opname mogelijk/wenselijk is; of een specifieke expertise (bv. traumatherapie) moet ingeschakeld worden waarvoor we zo nodig extern verwijzen als we dat intern niet hebben.

4. Afschalen: omgekeerd, als doelen grotendeels behaald zijn en de cliënt weer veel zelf kan, kunnen we de frequentie van contacten verminderen of bepaalde onderdelen afronden. Eventueel kan de case naar een lichtere vorm (bv. van SGGZ naar basis-GGZ) worden overgedragen, als de verzekeringsvoorwaarden dat vereisen en het klinisch passend is.
5. Afsluiten: indien alle doelen behaald zijn of het maximaal haalbare is bereikt (of de cliënt wenst te stoppen), dan bereiden we de afronding voor (zie 5.6).

Belangrijk is dat evaluaties ook een moment zijn om de tevredenheid van de cliënt te polsen. We vragen expliciet: Bent u tot nu toe geholpen op een voor u prettige manier? Zijn er dingen die u anders zou willen? Dit hoort bij ons streven naar persoonsgerichte zorg. Als een cliënt ontevredenheid uit, zoeken we naar oplossingen (andere behandelaar, frequentie aanpassen, etc., zolang dat redelijkerwijs kan). Professioneel gezien leggen we de uitkomsten van elke evaluatie schriftelijk vast (evalutieverlag in dossier) en laten we de cliënt dit bij voorkeur mede ondertekenen voor gezien/akkoord. Als de behandeling de 12 maanden overschrijdt, is in elk geval jaarlijks een formele evaluatie met update van het behandelplan vereist, conform onze kwaliteitsrichtlijnen.

5.6 Afronding en nazorg

Een traject bij Point O eindigt wanneer de doelen bereikt zijn dan wel zodanig bereikt dat verdere professionele hulp in dit kader niet meer nodig of zinvol is. Afronding gebeurt in goed overleg en bestaat uit de volgende stappen:

- Voorbereiding op einde: Enkele weken voor de beoogde einddatum bespreekt de behandelaar met de cliënt dat de behandeling op zijn eind loopt. We kijken of er specifieke wensen zijn voor afronding (bijv. een laatste familiegesprek, of het opstellen van een terugvalpreventieplan). We zorgen dat de cliënt voldoende handvatten heeft om zelfstandig, met zelfhulpgroepen of met lagere ondersteuning verder te gaan. Dit houdt meestal in: een plan voor nazorg/zelfzorg (zoals deelneming aan zelfhulpgroepen, afspraken over follow-up door huisarts), en een lijst met vroege waarschuwingssignalen van terugval plus acties die de cliënt dan moet ondernemen.
- Eindgesprek en evaluatie: In het laatste gesprek (of laatste bijeenkomst) evalueren we globaal de hele behandeling: welke doelen zijn behaald, welke niet, hoe was de samenwerking? We benadrukken de successen en bespreken hoe de cliënt dat kan volhouden buiten behandeling. Ook eventuele openstaande punten worden benoemd en wat de cliënt daarmee zou kunnen. We vragen de cliënt ook om een eindbeoordeling (tevredenheidsmeting) in te vullen – dit helpt ons weer te leren.
- Nazorgafspraken: Indien nodig organiseren we nazorg. Dit kan divers zijn: soms spreken we een follow-up af, soms verwijzen we naar een andere organisatie voor een aansluitend traject (zoals maatschappelijke opvang, dagbesteding, of een zelfhulpgroep van ervaringsdeskundigen). In een aantal gevallen blijft een cliënt nog in begeleiding bij Point O Zorg B.V./ Point O Gelderland B.V., dan blijft die ondersteuning doorlopen terwijl de behandeling sluit; de behandelaar draagt in dat geval belangrijke informatie en aandachtspunten over aan de begeleider, zodat die weet waar op te letten.
- Afrondende rapportage: De regiebehandelaar stelt een eindrapportage of voortgangsbericht op voor de verwijzer (meestal de huisarts). Hierin staat in hoofdlijnen wat er is gedaan en bereikt en welke nazorg is afgesproken. Dit gebeurt uiteraard alleen met instemming van de cliënt, maar aangezien dit vaak onderdeel is van goede zorgcontinuïteit, moedigen we cliënten aan hun huisarts op de hoogte te laten brengen. Ook interne overdracht vindt plaats: als de cliënt bijvoorbeeld overgaat naar een ander onderdeel van Point O (bv. uitstroom kliniek, instroom begeleid wonen), wordt een intern overdrachtsverslag opgemaakt.
- Administratieve afsluiting: Ten slotte sluit de regiebehandelaar (of gemachtigde behandelaar) het behandel dossier op de juiste wijze af in het EPD. Daarbij wordt gecontroleerd of alle dossieronderdelen up-to-date zijn, of bijvoorbeeld nog documenten moeten worden toegevoegd (zoals laatste sessieverslagen, ROM-uitkomsten, ondertekende evaluaties). Het dossier wordt gearchiveerd conform de bewaartermijnen uit de WGBO (minimaal 20 jaar). De cliënt wordt geïnformeerd dat hij nog altijd recht heeft op inzage of kopie, ook na afsluiting.

Bij afsluiting benadrukken we aan de cliënt dat hij/zij/hen altijd in de toekomst weer welkom is indien nodig. We geven voor acute gevallen de instructie dat men via huisarts of crisisdienst natuurlijk direct hulp moet zoeken, maar voor niet-acute terugval kan rechtstreekse aanmelding bij Point O eventueel ook. Dit hangt af van het zorgcontract, maar we proberen bekende cliënten niet onnodig opnieuw op een wachtlijst te zetten als dat voorkomen kan worden. Deze warme benadering draagt bij aan een gevoel van veiligheid bij de cliënt: men staat er niet alleen voor na ontslag.

In sommige situaties wordt een behandeling niet gezamenlijk afgerond maar eenzijdig beëindigd, bijvoorbeeld:

- No-show/uitblijven contact: als een cliënt langdurig niet verschijnt en onbereikbaar is, zal de regiebehandelaar na enkele pogingen een schriftelijke oproep of waarschuwing sturen. Indien hierop geen reactie volgt, kan Point O besluiten het dossier te sluiten wegens “verdwenen uit zorg”. Dit is een laatste redmiddel; we documenteren zorgvuldig de pogingen tot contact en informeren de verwijzer over de voortijdige beëindiging.
- Verwijzing tijdens behandeling: als blijkt dat de cliënt elders beter op zijn plek is, kan in overleg met de cliënt een tussentijdse verwijzing geregeld worden. In zo’n geval dragen we warm over en sluiten wij onze betrokkenheid af zodra de andere instantie het overneemt.
- Onenigheid of verzoek cliënt: een cliënt heeft altijd het recht de behandeling te stoppen of over te stappen naar een andere aanbieder. We zullen dat betreuren, maar respecteren. Wel proberen we in een afrondend gesprek te begrijpen waarom en of we iets kunnen verbeteren. Als de cliënt wil overstappen, werken we mee door informatieoverdracht te doen (met toestemming) naar de nieuwe behandelaar.

Samenvattend, het zorgproces bij Point O is cyclisch en flexibel: van inschatting, via planning naar uitvoering, en via evaluatie eventueel weer bijstellen, totdat afronding verantwoord is. In elke stap staat samenwerking (met de cliënt en collega’s) en zorgvuldige dossiervastlegging centraal.

6. Kwaliteitsborging en professionele ontwikkeling

Point O is een lerende organisatie. We zijn trots op onze ISO-9001 certificering en realiseren ons dat kwaliteit geen statisch gegeven is maar een continu proces van verbetering. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe we de kwaliteit van professioneel handelen borgen en blijven ontwikkelen, en hoe we verantwoording afleggen over kwaliteit.

6.1 Kwaliteitsmanagementsysteem

Point O beschikt over een geïntegreerd kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) dat voldoet aan ISO 9001 normen en specifiek is ingericht voor de zorg (met inachtneming van NEN-EN 15224, de Europese normen voor zorgkwaliteit). In de praktijk houdt dit in dat we al onze belangrijke processen hebben beschreven (in protocollen, werkinstructies en een kwaliteitshandboek) en dat we hier periodiek interne audits op uitvoeren. De directie is eigenaar van het KMS en zorgt voor jaarlijkse bijstelling op basis van audits en veranderde eisen. Medewerkers worden gestimuleerd om actief met kwaliteit bezig te zijn: iedereen heeft toegang tot protocollen, kan verbeterpunten aandragen en neemt deel aan kwaliteitsbesprekingen per team. We hanteren de Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus op diverse niveaus: van individuele casusbesprekingen (doelen stellen, uitvoeren, evalueren, bijstellen) tot organisatieniveau (jaardoelen kwaliteit stellen, acties ondernemen, resultaten meten via indicatoren en cliënttevredenheid, bijsturen in beleid).

We betrekken ook externe toetsen: onze certificerende instelling voert jaarlijks een audit uit voor ISO; de resultaten worden intern gedeeld. Daarnaast vragen we periodiek een psychiater en een psycholoog van buiten onze organisatie om een visitatie te doen op onderdelen. Rapportages van deze externen helpen ons blinde vlekken te ontdekken.

6.2 Deskundigheid en bevoegdheid

Een essentieel onderdeel van kwaliteit is dat medewerkers bekwaam en bevoegd zijn voor de zorg die ze leveren en dit blijven. Point O bewaakt actief de registraties en scholing:

- Alle medewerkers hebben bij indiensttreding de vereiste diploma’s en registraties. Een kopie daarvan wordt in het personeelsdossier bewaard. BIG-registraties en eventuele herregistraties

(zoals herregistratie GZ-psycholoog of verpleegkundig specialist) worden tijdig gesignaleerd door HR; we faciliteren dat medewerkers aan de eisen voldoen (bijvoorbeeld voldoende uren direct cliëntcontact of voldoende nascholing).

- Point O hanteert de cao GGZ en functies zijn FWG-ingedeeld; functieprofielen beschrijven de verantwoordelijkheden per rol. Deze functieprofielen zijn afgestemd op dit statuut (dus bijvoorbeeld een basispsycholoog profiel benoemt dat die onder supervisie werkt van GZ-psycholoog).
- Nascholing: elk jaar stellen medewerkers samen met hun leidinggevende een persoonlijk ontwikkelplan op. Hierin staan de deskundigheidsbevorderende activiteiten voor dat jaar (cursussen, congressen, workshops). Point O heeft een leerweek geïntroduceerd waarin naast verplichte scholing (bv. BHV, agressiehantering, medicatieveiligheid) ook ruimte is voor medewerkers om eigen kennis met collega's te delen. Dit moedigen we aan, omdat we geloven dat lesgeven ook een manier is om te leren en dat we veel interne expertise hebben die gedeeld mag worden.
- Intervisie en supervisie: binnen elk team is er structureel intervisie (bijvoorbeeld eens per maand overleg zonder leiding waarbij casuïstiek of dilemma's besproken worden volgens een methode). Daarnaast worden collega's gestimuleerd externe intervisie te hebben met vakgenoten buiten Point O, om een frisse blik te houden. Voor beginnende behandelaars is er interne supervisie: zij koppelen hun werk terug aan een senior.
- Visitatie en accreditatie: beroepsgroepen zoals psychiaters en psychologen kennen visitatiecycli. Point O spant zich in om deze professionals de gelegenheid te geven aan de vereiste visitaties deel te nemen en intern op- en aanmerkingen hieruit te vertalen naar verbeteringen. Als onderdeel van accreditatie van nascholing zijn meerdere van onze specialisten ook bij opleidingsinstellingen betrokken, dit zorgt ervoor dat kennis van nieuwste ontwikkelingen up-to-date blijft.

6.3 Zorginhoudelijke richtlijnen en innovatie

Onze professionals handelen volgens evidence-based richtlijnen en waar richtlijnen ontbreken, volgens best practices en consensus. We werken met zorgprogramma's en protocollen voor de meest voorkomende diagnoses. Deze zijn in samenwerking met experts opgesteld en richtinggevend voor het behandelproces. Echter, we realiseren ons dat niet elke cliënt standaard is: indien nodig durven professionals gemotiveerd af te wijken van protocollen ten bate van maatwerk, waarbij wel steeds het team en de cliënt worden meegenomen in die beslissing.

We staan open voor innovatie. Point O volgt de ontwikkelingen in het veld: nieuwe therapievormen (bijv. trauma-sensitive yoga, virtual reality exposure, digitale verslaglegging) worden waar verantwoord uitgetoetst in pilotvorm. Hiervoor zoeken we soms samenwerking met onderzoeksinstellingen of collega-instellingen. Binnen ons team zijn een aantal professionals actief bezig met innovaties. Zulke initiatieven krijgen ruimte omdat ze bijdragen aan het verbeteren van zorg. Ook ontwikkelen we nieuwe programma's zoals groepsbehandeling voor wachtenden (een vorm van lotgenotencontact met lichte psycho-educatie om cliënten actief te houden tijdens wachttijd).

6.4 Veiligheid en verbetercultuur

We zetten sterk in op patiëntveiligheid. Concreet:

Er is een VIM-procedure (Veilig Incident Melden): medewerkers melden (anoniem, intern) incidenten of bijna-incidenten via ons meldsysteem. Een interne commissie analyseert deze meldingen periodiek en doet aanbevelingen. De nadruk ligt op leren, niet straffen.

Calamiteiten: In geval van een calamiteit (ernstig incident met schade voor de cliënt) volgt een onderzoeksprocedure conform de eisen van de Inspectie. We rapporteren eerlijk en uitvoerig, betrekken externen waar nodig en communiceren ook naar de betrokken cliënt/naasten open over wat er is gebeurd en wat we eraan doen om herhaling te voorkomen.

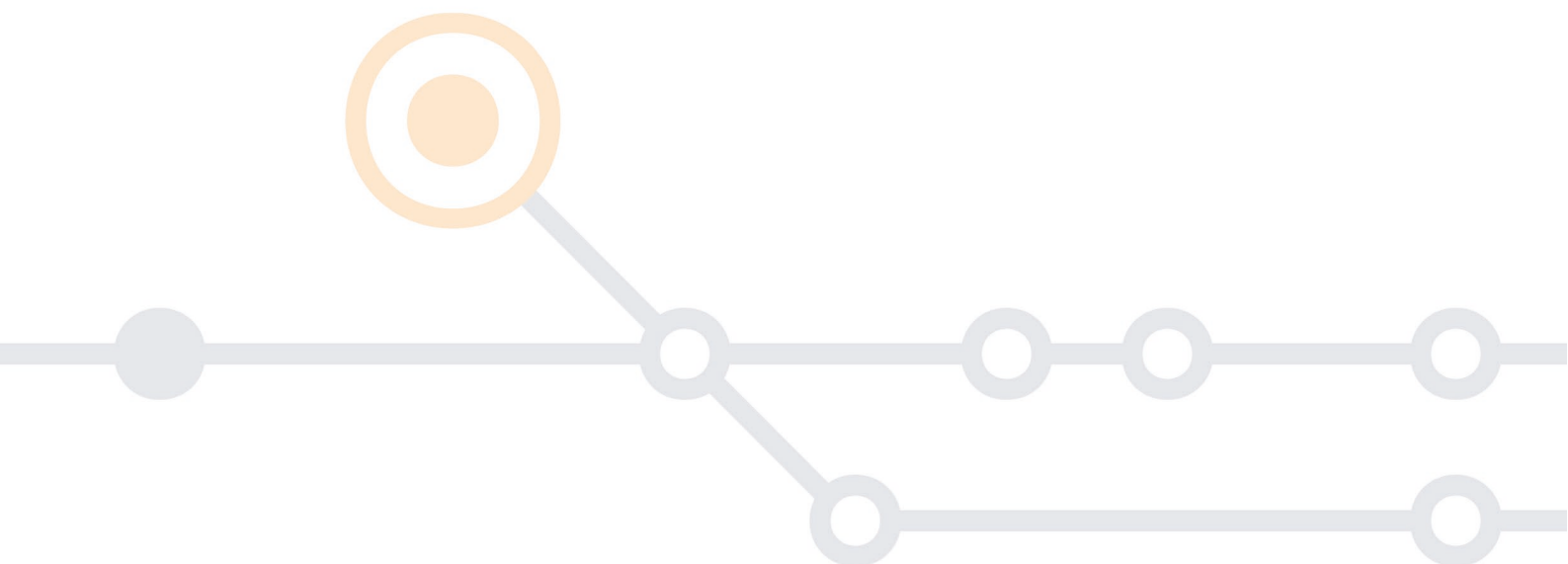
Privacy-audits: Omdat we met gevoelige gegevens werken, voeren we ook regelmatig controles uit of de AVG-regels goed gevolgd worden (privacy audits, logging-checks van het dossier, etc.). Dit valt onder veiligheid van informatie en heeft hoge prioriteit.

Medicatieveiligheid: De psychiatisch medewerkers en artsen zorgen voor up-to-date medicatiebewaking. We hebben afspraken met apotheken om medicatieoverzichten te checken. Fouten in medicatietoediening worden gemeld als incident en direct hersteld.

Risicomanagement: Jaarlijks wordt een risicoinventarisatie & -evaluatie (RI&E) opgesteld voor zorginhoudelijke risico's. Daar horen acties bij om risico's te mitigeren (bijv. draaiboeken voor agressie, periodieke training in de-escalerend werken, etc.).

6.5 Externe verantwoording en kwaliteitstransparantie

Point O neemt deel aan de initiatieven voor transparantie in de zorg. We leveren data aan voor de basis set kwaliteitsindicatoren GGZ zoals vereist door ZiN of wetenschappelijke verenigingen (denk aan benchmarking ROM-gegevens, terugvalpercentages, etc., voor zover die landelijk zijn afgesproken). Verder stimuleren we cliënten om hun ervaring te delen op ZorgkaartNederland en publiceren we die resultaten ook intern zodat teams feedback krijgen. We zijn aanspreekbaar op onze kwaliteit en blijft de druk om te verbeteren hoog, wat wij verwelkomen als noodzakelijk onderdeel van professioneel werken.



7. Escalatie en geschillenregeling

Hoe goed afspraken en samenwerking meestal ook gaan, er kunnen situaties ontstaan van verschil van inzicht of onenigheid. Dit hoofdstuk beschrijft hoe we daarmee omgaan, allereerst intern tussen professionals, en vervolgens tussen cliënt en organisatie (klachten en geschillen).

7.1 Escalatie bij meningsverschillen tussen medewerkers

In onze multidisciplinaire setting komt het wel eens voor dat professionals onderling een verschillend oordeel hebben over de aanpak. Ook kan er wrijving ontstaan over taakverdeling of werklast. Point O heeft een heldere escalatieprocedure om conflicten of meningsverschillen op te lossen, liefst in een zo vroeg mogelijk stadium:

Stap 1: Direct onderling overleg. Betrokken medewerkers gaan eerst onderling in gesprek zodra zij een verschil van inzicht opmerken. Dit gebeurt bij voorkeur open en collegiaal: men probeert elkaar te begrijpen en zoekt een compromis of consensus. Bijvoorbeeld: als een psycholoog en een verpleegkundige oneens zijn over de aanpak van een cliënt, plannen ze een kort overleg (buiten de cliënt om) om argumenten uit te wisselen. In de meeste gevallen komen professionals er op deze manier samen uit.

Stap 2: Betrek de regiebehandelaar of een senior collega. Indien het onderlinge gesprek niet tot een oplossing leidt of als de kwestie te maken heeft met inhoudelijke behandelbeslissingen, wordt de regiebehandelaar ingeschakeld (als die nog niet betrokken was). De regiebehandelaar neemt het standpunt van beide professionals mee en hakt een knoop door ten behoeve van de cliënt. Soms kan de regiebehandelaar besluiten om een onafhankelijke collegiale consultatie aan te vragen: bijvoorbeeld een tweede mening bij een andere ervaren behandelaar binnen Point O of een kort consult van een externe expert. Dit kan vooral nuttig zijn als de discussie heel specialistisch is (bv. wel of geen bepaald medicijn voorschrijven) of gevoelig ligt. In deze fase wordt tevens de cliënt zelf gehoord als het meningsverschil diens behandeling betreft; de ervaring leert dat de visie van de cliënt soms verhelderend werkt voor het team.

Stap 3: Managementinterventie. Mocht zelfs op regiebehandelaar-niveau of via consultatie geen overeenstemming of acceptatie bereikt worden, dan wordt het probleem voorgelegd aan de leidinggevende (bijvoorbeeld de zorgmanager of teamleider). Deze bekijkt de zaak vanuit een breder organisatorisch perspectief en neemt een besluit of doet een bindende uitspraak. Bijvoorbeeld: als twee disciplines blijven twisten over wie welke taak moet oppakken (en daarmee de voortgang stagneert), kan de manager knopen doorhakken in taaktoewijzing of besluiten extra capaciteit in te zetten zodat ieder deels gelijk krijgt. De leidinggevende kan hier ook HR-aspecten meewegen. Het streven is echter om vooral naar de inhoud en het belang van de cliënt te kijken.

Stap 4: Externe bemiddeling of geschilbeslechting. In het uitzonderlijke geval dat interne stappen tekortschieten, kan een externe partij ingeschakeld worden. Dit kan een onafhankelijke mediator zijn als het een teamconflict betreft, of bijvoorbeeld het advies inwinnen van een externe beroepsgenoot met gezag (zoals een externe psychiater die gevraagd wordt een beslissende aanbeveling te doen over een medicatiekwestie). Uiteindelijk, als het zou escaleren tot een formeel geschil dat niet oplosbaar lijkt, valt men terug op juridische kaders: contractuele afspraken, beroep doen op de directie (die als werkgever een standpunt inneemt) of in laatste instantie arbitrage. In de praktijk is dit nog niet voorgekomen bij Point O en we doen er alles aan om dit te voorkomen.

Gedurende zo'n escalatietraject geldt: de zorg voor de cliënt gaat door. Men mag nooit een conflict laten escaleren ten koste van de cliënt. Daarom zal de regiebehandelaar of manager zo nodig tijdelijke maatregelen treffen: bijvoorbeeld terwijl twee medewerkers het oneens zijn, zorgen we dat een van beiden (of een derde) intussen de cliënt blijft zien zodat continuïteit niet in gevaar is.

Tegen deze achtergrond is ook afgesproken dat medewerkers nooit hun meningsverschil in bijzijn van de cliënt uitvechten. Interne verdeeldheid zou de cliënt kunnen ondermijnen. Professionals presenteren een eenduidig verhaal naar de cliënt, gebaseerd op het (voorlopige) besluit van de regiebehandelaar of leidinggevende. Mochten er aanpassingen komen na verdere discussie, wordt dat later aan de cliënt uitgelegd als voortschrijdend inzicht van het team.

7.2 Klachten van cliënten en geschillenregeling

Point O streeft naar een open en laagdrempelige omgang met klachten van cliënten. In overeenstemming met de Wkkgz beschikken we over een formele klachtenregeling, die hieronder wordt samengevat:

Klachtenfunctionaris: Point O heeft een onafhankelijke klachtenfunctionaris beschikbaar. Deze functionaris is er voor cliënten (en/of hun vertegenwoordigers) die ontevreden zijn of problemen ervaren in de behandeling of bejegening. De klachtenfunctionaris luistert naar de klacht, adviseert de cliënt over de mogelijkheden en kan eventueel bemiddelen om tot een oplossing te komen. Deze persoon is laagdrempelig benaderbaar (via telefoon/email, gegevens staan in onze klachtenregeling en op de website) en gesprekken met hem/haar zijn vertrouwelijk.

Interne behandeling van klachten: Komen klachten binnen (via de klachtenfunctionaris of rechtstreeks bij ons), dan is de eerste stap altijd te proberen de klacht in onderling overleg op te lossen. Vaak zal de klachtenfunctionaris dit faciliteren door bijvoorbeeld een gesprek te plannen tussen de klager (cliënt) en de betrokken medewerker of regiebehandelaar, eventueel onder zijn/haar begeleiding. In veel gevallen leidt zo'n gesprek tot herstel van vertrouwen of een uitlegging/ excuus waarmee de cliënt tevreden is. Uitgangspunt is dat de klacht zo dicht mogelijk bij de bron wordt afgehandeld; de directie krijgt wel alle klachten gemeld ter kennisname en lering, maar hoeft niet overal direct op in te grijpen als het op lagere niveaus kan worden opgelost.

Formele klachtencommissie: Indien de cliënt niet tevreden is met de uitkomst of geen gebruik wil maken van bemiddeling, kan hij/zij/hen de klacht formeel voorleggen aan de Klachtencommissie. Point O is aangesloten bij een landelijke klachtencommissie. Deze commissie bestaat uit meerdere leden (onafhankelijke voorzitter, lid namens cliënten, lid met zorginhoudelijke expertise) en behandelt de klacht conform een reglement. Ze hoort beide partijen, weegt de feiten en brengt een oordeel en advies uit. De commissie kan aanbevelingen doen aan Point O om iets recht te zetten of te verbeteren. Hoewel dit oordeel niet juridisch bindend is, zal Point O een dergelijk advies serieus opvolgen, tenzij er zwaarwegende gronden zijn om dat niet te doen.

Geschilleninstantie: Mocht de klager daarna nog ontevreden zijn over de afhandeling van de klacht, kan hij/zij/hen een geschil indienen bij de onafhankelijke geschilleninstantie waar Point O bij is aangesloten (conform de Wkkgz, erkend door VWS). Deze instantie behandelt het geschil juridisch inhoudelijk, en zij kan een bindende uitspraak doen die tevens een schadevergoeding kan toekennen tot een bepaald maximum. Voor Point O is dit laatste echt het sluitstuk; we hopen via eerdere stappen dit te voorkomen. Natuurlijk zullen we wel meewerken aan de procedure als het zover komt en een eventuele uitspraak respecteren.

Lering trekken: Los van de formele afhandeling, is elke klacht voor Point O een leermoment. Ook als een klacht ongegrond blijkt, evalueren we intern wat we kunnen verbeteren (soms was er dan toch miscommunicatie bijvoorbeeld). De directie ontvangt periodiek een geanonimiseerd overzicht van klachten en uitkomsten, en bespreekt dit met het team kwaliteit en in het managementteam. Structurele verbeterpunten hieruit worden opgenomen in ons KMS.

Patiëntenrechten en inspraak: Naast deze klachtmogelijkheid hebben cliënten invloed op onze zorg via cliëntenparticipatie/ cliëntenraad. Eerder genoemd is de Cliëntenraad die adviseert op organisatieniveau. Daarnaast peilen we op individueel niveau regelmatig of cliënten zich gehoord voelen: dit gebeurt in evaluatiegesprekken en middels tevredenheidsonderzoeken. Als uit die evaluaties blijkt dat een cliënt ergens ontevreden over is (zonder dat direct als officiële klacht te labelen), nemen we dat net zo serieus en handelen we waar mogelijk. We proberen klachten te voorkomen door proactief te vragen naar feedback tijdens de behandeling.

Bovendien werken we samen met een patiëntenvertrouwenspersoon (PVP) voor cliënten die te maken hebben met gedwongen kader (Wvggz). Hoewel Point O zelf nauwelijks gedwongen opnames uitvoert, hebben sommige cliënten een zorgmachtiging ambulant of verplichte voorwaarden. De PVP is onafhankelijk en kan dergelijke cliënten ondersteunen bij het verwoorden van hun klachten of wensen inzake hun behandeling. Wij faciliteren zijn/haar toegang en luisteren ook naar de signalen die de PVP aan ons als organisatie teruggeeft.

Samengevat: Klachten zien we niet als last, maar als kans om het beter te doen. We behandelen klagers altijd met respect en proberen de relatie te herstellen. Mocht dat niet lukken, zijn er voldoende waarborgen voor de cliënt om elders zijn recht te halen. Voor medewerkers geldt dat in geval van een klacht over hen, de directie of leiding hen hierin ondersteunt; we geloven niet in schuldigen aanwijzen maar in samen oplossen. Natuurlijk, als een medewerker echt verwijtbaar heeft gehandeld (denk aan schending beroepsgeheim of onheuse bejegening), zullen passende maatregelen genomen worden, maar altijd in zorgvuldigheid en met het doel herhaling te voorkomen.

8. Medewerkers en organisatiecultuur

Point O is niet alleen zorgverlenend naar cliënten, maar ook zorgzaam naar medewerkers. We beseffen dat goede zorg voor cliënten hand in hand gaat met goed werkgeverschap: tevreden, gezonde en betrokken medewerkers presteren beter en dragen onze missie uit. In dit hoofdstuk zetten we uiteen hoe we als organisatie met onze professionals omgaan, welke cultuur we nastreven en hoe we investeren in onze mensen.

8.1 Cultuur van gelijkwaardigheid en inclusie

Onze organisatie is gestoeld op het principe van gelijkwaardigheid: elke medewerker, ongeacht functie, achtergrond of beperking, hoort erbij en kan bijdragen naar eigen vermogen. Point O is er trots op een sociaal ondernemer te zijn. We hebben een PSO-Trede 3 certificering, wat inhoudt dat we aantoonbaar veel mensen met een arbeidsbeperking een plek bieden binnen ons bedrijf. Bijvoorbeeld werken er bij ons mensen met eigen herstelachtergrond (ervaringsdeskundigen) en mensen vanuit re-integratietrajecten in ondersteunende functies. Dit doen we niet uit liefdadigheid maar vanuit de overtuiging dat een divers en inclusief team ons sterk maakt én maatschappelijk verantwoord is. Collega's zien elkaar als mens, niet als functie; er heerst een informele sfeer. "No-nonsense" betekent bij ons ook: weinig hiërarchische afstand in de dagelijkse omgang, korte lijnen en elkaar bij de voornaam noemen.

8.2 Professionele ontwikkeling en waardering

We verwachten veel van onze medewerkers qua inzet en zelfontwikkeling (zie 6.2 over deskundigheid).

Daartegenover staat dat Point O ook veel teruggeeft:

Opleiding en training: Er is een jaarlijks opleidingsplan met budget voor externe cursussen die medewerkers kunnen volgen. Daarnaast organiseren we intern trainingsmomenten. Nieuwe medewerkers krijgen een inwerk-schema en een buddy/mentor toegewezen. Voor doorgroeifuncties (bijv. een basispsycholoog die GZ-opleiding wil doen) creëren we waar mogelijk de randvoorwaarden: we hebben samenwerkingen met opleidingsinstellingen en proberen talentvolle medewerkers een opleidingsplek te bieden of hun sollicitatie naar elders te ondersteunen.

Functioneringsgesprekken: Minstens één keer per jaar (en idealiter elk half jaar) voert de leidinggevende een formeel gesprek met de medewerker over functioneren en ontwikkeling. Hierin wordt zowel teruggeblikt op het werk (kwaliteiten, aandachtspunten) als vooruitgekeken (wat zijn ambities, welke ondersteuning is nodig?). Deze gesprekken waren voorheen soms onregelmatig; vanaf 2026 is het HR-beleid aangescherpt zodat elke medewerker structureel zo'n gesprek krijgt en dit ook wordt vastgelegd. Zo voelt iedereen zich gehoord en kunnen problemen in het werk (werkdruk, teamverhoudingen, etc.) tijdig besproken worden.

Loopbaankansen: Omdat Point O groeit, ontstaan er kansen voor medewerkers om nieuwe rollen op te pakken (bijv. senior behandelaar, teamleider, opleider). We proberen interne kandidaten te stimuleren en te coachen richting zulke rollen indien gewenst. Niet iedereen kan promoveren in een kleine organisatie, maar we hanteren wel een beleid van "ontwikkel in de breedte": specialiseer je in een bepaald thema, word aandachtsfunctionaris, neem deel aan werkgroepen. Zo blijft het werk afwisselend en uitdagend.

Waardering: We merken onze waardering niet alleen in salaris (hoewel we conform de CAO GGZ betalen en periodiek checken of iedereen recht heeft op doorgroei in periodieken of functieschaal), maar ook in immateriële vormen. Er is een actieve personeelsvereniging die leuke uitjes en attenties organiseert. Successen worden gevierd, bijvoorbeeld afronding van een moeilijk traject of het behalen van een diploma. De directie laat regelmatig persoonlijk van zich horen door op locaties langs te gaan, bedankt medewerkers voor hun inzet bij kwartaalmeetings, en moedigt een cultuur van complimenteren aan.

8.3 Werkdruk en duurzame inzetbaarheid

De GGZ is een sector met forse werkdruk en risico op burn-out. Point O onderkent dit en neemt maatregelen voor duurzame inzetbaarheid:

Monitoring werkdruk: Via medewerkerstevredenheidsonderzoeken en via het ophalen van signalen bij teamleiders brengen we werkdruk in kaart.

Caseload management: We zorgen dat de caseload per behandelaar binnen redelijke grenzen blijft. Als een team structureel overvraagd wordt (lange wachtlijst, teveel crisissen), dan gaat dit terug naar het management om herverdeling of opschaling van capaciteit te realiseren. We zeggen soms "nee" tegen nieuwe instroom als dit ten koste zou gaan van huidige cliënten en medewerkers.

Verlof en herstel: We stimuleren medewerkers om tijdig verlof te nemen. We roosteren zo dat men na intensieve dagen rust kan nemen. Overuren worden bij voorkeur in tijd gecompenseerd. Er is aandacht voor balans werk-privé: thuiswerken is voor administratieve taken mogelijk, binnen behandelactiviteiten kijken we of sommigen (bijv. e-consulten) vanuit huis kunnen, zodat men reistijd uitspaart en wellicht flexibeler kan werken.

Gezondheid en welzijn: Naast de bedrijfsgeneeskundige zorg (PMO, periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek) organiseert Point O initiatieven voor welzijn: denk aan workshops over stressmanagement, mindfulness voor medewerkers, of deelname aan sportieve activiteiten (er is bijvoorbeeld een gezamenlijke deelname aan een lokale loopwedstrijd, we hebben een fietslease-plan uitgewerkt om fietsen te stimuleren). Ook besteden we aandacht aan mentale ondersteuning: een medewerker kan laagdrempelig vertrouwelijk in gesprek met onze preventiemedewerker of vertrouwenspersoon als er psychosociale arbeidsbelasting issues zijn (zoals conflict of beginnende burn-out klachten).

Ondernemingsraad (OR): Vanaf 2026 heeft Point O een ondernemingsraad zodat medewerkers via formele weg kunnen meepraten en instemmen op bepaalde besluiten die hun werk raken. Hoewel we al een open cultuur hebben, vinden we het belangrijk dit ook te institutionaliseren. De OR heeft bijvoorbeeld instemmingsrecht op arbeidsvoorwaardenbeleid, werkroosters, en adviesrecht op strategische besluiten. Dit geeft medewerkerscollectief meer invloed en hopelijk ook meer tevredenheid, omdat men merkt dat met hun ideeën iets gedaan wordt. De directie faciliteert de scholing van de OR-leden en zal regelmatig overleg voeren met de OR.

Veilige werkomgeving: We garanderen een werkomgeving waarin medewerkers zich veilig voelen om hun werk te doen. Agressie of grensoverschrijdend gedrag door cliënten wordt niet getolereerd; we hebben daar protocollen voor (zoals veiligheidsmeldingen, time-out-regeling voor cliënten, en in extreme gevallen verbreken van behandelrelatie als laatste redmiddel). Medewerkers worden getraind om met moeilijke situaties om te gaan, maar weten ook dat ze kunnen terugvallen op hun leiding en collega's. Intercollegiale steun na een heftige gebeurtenis (zogenoeten collegiale opvang, bijvoorbeeld na een suicide van een cliënt) is georganiseerd: we hebben een klein team getrainde opvangmedewerkers die collega's emotioneel eerste hulp bieden.

8.4 Betrokkenheid en teamgevoel

We geloven in “samen werken = samen verbinden”. Onze organisatie stimuleert teamspirit door medewerkers te betrekken bij beleid en verbeteringen. Er zijn verschillende themagroepen waarin uitvoerende medewerkers zitting hebben – bijvoorbeeld een digitaliseringswerkgroep waar zij meedenken over de implementatie van nieuwe e-health tools, of een werkgroep duurzaamheid die kijkt hoe we op vestigingen milieuvriendelijker kunnen werken. Zulke initiatieven geven medewerkers een stem buiten hun directe cliëntwerk om en verhogen de betrokkenheid.

Verder vinden we intervisie en teamuitjes niet alleen inhoudelijk nuttig, maar ook sociaal: elkaar beter kennen leidt tot betere samenwerking. Daarom investeren we daar tijd in, zelfs al is productie ook belangrijk – op de lange termijn verdienen we dat dubbel terug.

Tenslotte, we erkennen en waarderen dat veel van onze medewerkers met hart en ziel werken. We omarmen die bevologenheid, maar passen op dat het niet omslaat in overbelasting. De leidinggevenden leren om niet alleen op resultaten te sturen, maar ook op signalen van overmatige zelfopoffering. Hier hoort ook bij dat we openstaan voor feedback van medewerkers over de organisatie. Bijvoorbeeld: als een nieuw beleid op de werkvloer niet goed uitpakt, verwachten we van medewerkers dat ze dat zeggen. Deze feedback wordt gewaardeerd en meegenomen in besluitvorming.

Concluderend: bij Point O zorgen we voor onze medewerkers, zodat zij goed kunnen zorgen voor onze cliënten. We bouwen aan een organisatie waar mensen zich kunnen ontwikkelen, eerlijk beloond en gewaardeerd worden en waar werk leuk en zinnig is. Onze missie en waarden gelden immers intern net zo goed als extern: solidariteit, samen herstellen, geldt ook voor ons team.



9. Relatie met andere documenten en slotbepalingen

Dit professioneel statuut staat niet op zichzelf. Het maakt deel uit van het stelsel van documenten en afspraken die samen de kwaliteit en organisatie van zorg bij Point O beschrijven. We lichten hier de belangrijkste verbanden en slotbepalingen toe:

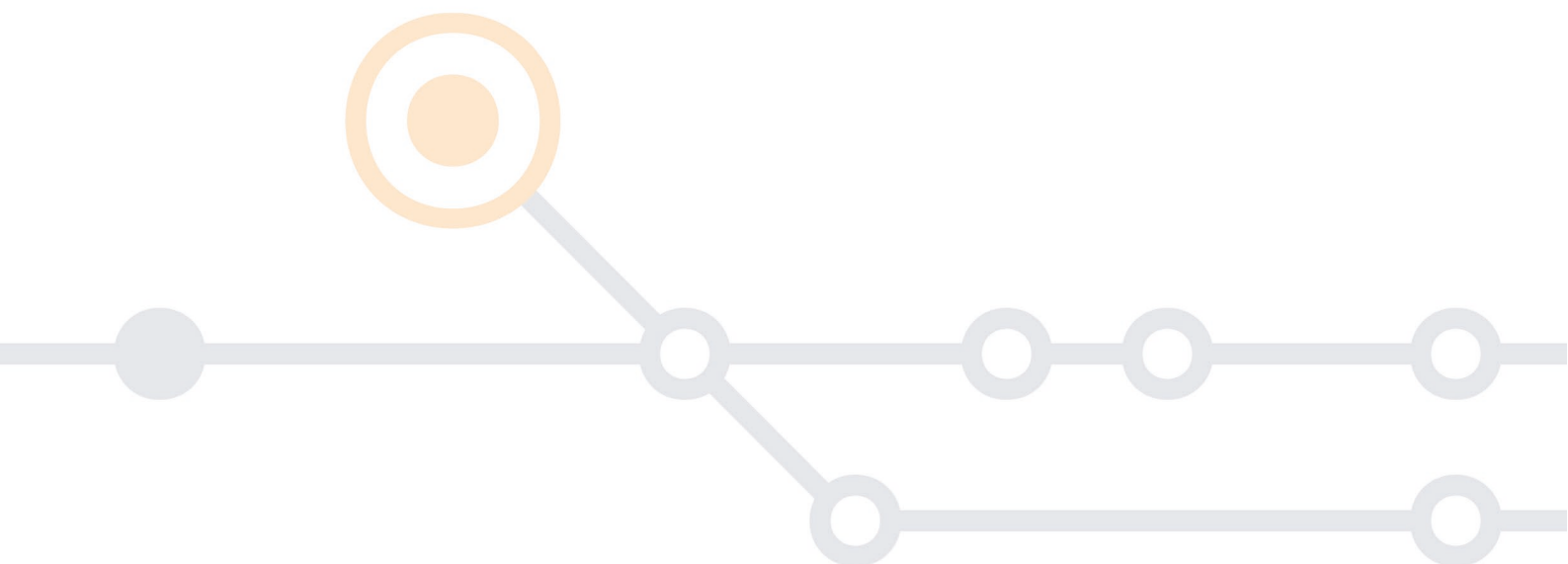
Kwaliteitsstatuut Point O: Zoals eerder vermeld is dit professioneel statuut een uitwerking behorend bij het Kwaliteitsstatuut (versie 2025). In het kwaliteitsstatuut is naar dit document verwezen waar het gaat om de verantwoordelijkheden van zorgverleners en de organisatie van zorg. Het kwaliteitsstatuut beschrijft ook aspecten als ons zorgaanbod, de samenwerkingspartners en de categorie (specialistische GGZ) waarin we vallen. Bij eventuele discrepanties tussen beide documenten geldt dat het meest recente document leidend is of dat ze in samenhang worden geïnterpreteerd ten gunste van duidelijkheid. Beide documenten zijn openbaar en te vinden op onze website, en zijn verstrekt aan Zorginstituut Nederland ter toetsing.

Beleidsplan 2026–2030: De visie en voornemens die in het beleidsplan staan, vormen de achtergrond van dit statuut. In dit statuut zijn dan ook bepalingen opgenomen die recht doen aan dat beleidsplan, zoals aandacht voor ketenzorg, digitalisering, preventie, medewerkersontwikkeling en duurzaamheid. Bij iedere herziening van het beleidsplan zal ook gekeken worden of aanpassing van het professioneel statuut nodig is om in de pas te blijven lopen met de strategische richting.

Functieprofielen en arbeidsvoorwaarden: Het professioneel statuut benoemt de rollen en verantwoordelijkheden op hoofdlijnen. De precieze uitwerking per functie staat in de functieprofielen en het personeelshandboek. Dat zijn separate documenten die met HR en de OR zijn afgestemd. In geval van detailvragen over taken die niet in dit statuut beantwoord worden (“hoort dit bij mijn functie?”) kan het functieprofiel uitsluitsel geven. Dit statuut prevaleert echter in kwesties van professionele verantwoordelijkheid: bijvoorbeeld als een functieprofiel theoretisch zou verdragen dat iemand een bepaalde handeling doet maar het statuut (en wetgeving) zeggen van niet, dan volgt daaruit dat het niet is toegestaan.

Interne protocollen: Een aantal onderwerpen raakt aan de inhoud van dit statuut, maar is zo specifiek dat aparte protocollen van kracht zijn. Bijvoorbeeld: het Medicatieprotocol, het Suïcidepreventieprotocol, het Privacyreglement, de Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling, etc. Dit statuut refereert impliciet aan deze stukken, maar herhaalt ze niet integraal. Medewerkers dienen op de hoogte te zijn van de voor hun werk relevante protocollen. Point O zorgt voor versiebeheer en toegang daartoe. Bij twijfel of overlap tussen protocol en statuut kan men het beste beide raadplegen en zo nodig een leidinggevende consulteren voor uitleg.

Externe regelgeving en toetsingskaders: Dit statuut is geschreven in overeenstemming met actuele wetgeving en veldnormen (peildatum eind 2025). Bij wijzigingen in wet- en regelgeving, of bij nieuwe landelijke richtlijnen, zal Point O dit statuut aanpassen. We plannen minimaal eens in de drie jaar een herziening, tenzij eerder nodig. Zo blijft het document levend en up-to-date. De directie is verantwoordelijk voor het initiëren van een herziening, in overleg met vertegenwoordigers van de professionals, de Cliëntenraad en de OR.



Vaststelling en geldigheid

Dit Professioneel Statuut is vastgesteld door de directie van Point O GGZ B.V. op 11-12-2025, na advies van de Cliëntenraad en overleg met de (oprichtingscommissie van de) Ondernemingsraad. De Raad van Commissarissen heeft hiermee ingestemd op 9-12-2025. Het statuut treedt in werking per 11-12-2025 en geldt tot het moment van intrekking of vervanging. Alle medewerkers van Point O verklaren zich bij indiensttreding bekend en akkoord met de inhoud van dit statuut (dit is onderdeel van het arbeidscontract). Het statuut is openbaar en op verzoek verkrijgbaar voor cliënten, verwijzers en toezichthouders; ook is het te downloaden via onze website.

Slotopmerking

Met dit professioneel statuut beoogt Point O een duidelijke en inspirerende leidraad te bieden voor de dagelijkse praktijk. “Samen een solide herstel” geldt binnen onze teams net zo goed als richting onze cliënten. We zijn ervan overtuigd dat door heldere afspraken te combineren met onderling vertrouwen en een gedeelde passie voor herstelgerichte zorg, we het beste in elkaar en in onze cliënten naar boven halen. Dit document legt de basis; de echte uitwerking gebeurt in de ontmoeting tussen mensen en daarin blijven dialoog, reflectie en menselijkheid onze belangrijkste instrumenten.

