



Het kwaliteitsbeleid van de LVVP



LANDELIJKE VERENIGING VAN
VRIJGEVESTIGDE PSYCHOLOGEN
& PSYCHOTHERAPEUTEN

2020

Colofon

© LVVP, januari 2020

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt worden in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch of door fotokopieën, opname, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de LVVP.

www.lvvp.info

Ontwerp en opmaak: Suggestie & Illusie, Utrecht

Druk: LibertasPascal, Utrecht

Disclaimer

De LVVP doet er alles aan om u zo goed en eenduidig mogelijk te informeren over de kaders die wetten en regels bieden en welke afwegingen u binnen deze kaders kunt maken. De LVVP kan niet aansprakelijk gesteld worden voor mogelijk geleden schade.

Inhoudsopgave



Leeswijzer	2
Algemeen kader & visitatie	3
De kwaliteitscriteria	13
1. Inleiding	14
2. Kwaliteit voor de behandeling	17
3. Kwaliteit van de beroepsbeoefenaar	26
4. Kwaliteit van de praktijkvoering	29
Bijlagen	41
Sturen op functioneren	47
Visitatiereglement	61
Protocol verlengde visitatie & hervisitation	73

Leeswijzer

De LVVP heeft kwaliteit van de behandeling en de praktijkvoering hoog in het vaandel staan. Doel is om alle leden van de LVVP 'fit to practice' te krijgen en te houden. De LVVP heeft haar kwaliteitsbeleid vastgelegd in deze brochure. Het kwaliteitsbeleid bestaat uit de volgende onderdelen:

Algemeen kader & visitatie (p. 3)

introductie op het kwaliteitsbeleid van de LVVP met speciale aandacht voor de visitatie, het instrument voor het transparant en toetsbaar maken en houden van de kwaliteit

De kwaliteitscriteria (p. 13)

de criteria fungeren als toetsingskader voor de vrijgevestigde praktijk in de ggz en worden gebruikt als checklist en hulpmiddel in de visitatie

Sturen op functioneren (p. 47)

leidraad met stappenplan bij twijfel over het verantwoord professioneel functioneren van het lid zelf of van een collega vrijgevestigd ggz-professional

Visitatiereglement (p. 61)

voorziet in regels, procedures, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de visitatiegroep, de gevisiteerden, de visiteurs en de visitatiecommissie

Protocol verlengde visitatie & hervisitation (p. 73)

te volgen procedures indien het lid (nog) niet voldoet aan de kwaliteitseisen van de LVVP

U vindt deze vijf onderdelen terug in deze brochure. Om de herkenbaarheid en het gebruiksgemak te vergroten is ervoor gekozen om elk onderdeel een eigen kleur te geven. Om een onderscheid tussen de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz aan te geven en/of passages extra te benadrukken, zijn enkele teksten cursief gedrukt. Verwijzingen naar wet- en regelgeving zijn eveneens gecursiveerd. Komt u een foutje tegen? Laat het ons weten!

Algemeen kader & visitatie



Algemeen kader

Het kwaliteitsbeleid van de LVVP: 'fit to practice'

De LVVP behartigt de (collectieve) belangen van de vrijgevestigde eerstelijns/gezondheidszorg-psychologen, klinisch (neuro)psychologen en psychotherapeuten op landelijk niveau bij overheid en financiers. Deze belangenbehartiging is gebaseerd op *het bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en praktijkvoering* en het bevorderen van samenwerking en overleg met andere hulpverleners.

De LVVP streeft ernaar dat alle leden *fit to practice* zijn, dat ze de vaardigheden, kennis en attitude hebben om hun beroep veilig en effectief uit te oefenen. Lid zijn van de LVVP betekent dat men beschikt over een 'kwaliteitslabel'. De LVVP heeft daarmee een transparant en toetsbaar kwaliteitsbeleid.

Het zorgstelsel en het kwaliteitsbeleid van de LVVP

Omdat de Zorgverzekeringswet (Zvw) spreekt van functionele voorzieningen, wordt kwaliteit niet meer louter gekoppeld aan de kennis en ervaring van de hulpverleners. Met deze wet is de positie van zorgaanbieders op het eerste oog verzwakt en is de positie van verzekeraars versterkt. Het eerste wat dan ook gebeurde, is dat verzekeraars ieder voor zich kwaliteitsbeleid opstelden en vervolgens ieder hun eigen voorwaarden bepaalden. Deze verschillende eisen van zorgverzekeraars zorgen voor onduidelijkheid en administratieve lasten bij zorgaanbieders. Of de positie van de (potentiële) patiënt daarmee is versterkt, is nog maar de vraag. De overzichtelijkheid in het zorgaanbod en wat verzekerde zorg is, is er voor de patiënt niet beter op geworden.

Het zorgstelsel functioneert op grond van drie pijlers: vertrouwen, samenwerking en toezicht. Anders gezegd: vertrouwen in de zorgverlener, positionering in het stelsel en toezicht vertaald in beheersbaarheid en controle. *Het kwaliteitsbeleid van de LVVP is mede gebaseerd op deze drie pijlers: de eisen (criteria), de vorm (visitatie) en hoe het wordt uitgevoerd.* Het is daarom belangrijk dat de LVVP als betrouwbare partner in de geestelijke

gezondheidszorg en als belangenbehartiger van de vrijgevestigde ggz-professional naar overheid, zorgverzekeraars, gemeenten, collegaberoeps- en brancheorganisaties en (potentiële) patiënten, garant staat voor een kwalitatief verantwoorde invulling van de zorgverlening door onze leden.

Hoe verantwoordened leden van de LVVP zich voor de kwaliteit van de door hun geleverde zorg?

Vanuit de verschillende achtergronden binnen de LVVP beschikken wij over inhoudelijke expertise over de kwaliteit. In combinatie met de vigerende wet- en regelgeving heeft de LVVP dan ook een traditie opgebouwd in de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid en het transparant maken van kwaliteit. De LVVP-leden investeren fors in het verbeteren van de kwaliteit van de door hun geleverde zorg en praktijkvoering. Ook de komende jaren zal er sprake zijn van doorontwikkeling van het LVVP-kwaliteitsbeleid. Op die manier waarborgt de LVVP voor haar leden de status van *fit to practice*.

► Kwaliteitsstatuut

Per 1-1-2017 moeten aanbieders die behandelingen verrichten binnen de geneeskundige ggz -aanbieders van generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz binnen de Zorgverzekeringswet- een kwaliteitsstatuut opgesteld hebben volgens het model kwaliteitsstatuut ggz. Zo ook de leden van de LVVP. De voor de vrijgevestigde ggz-aanbieder geldende elementen uit het kwaliteitsstatuut zijn onderdeel van het toetsingskader van de LVVP: de LVVP-kwaliteitscriteria.

► Visitatie

Er is binnen de LVVP een verplicht vijfjaarlijks visitatietraject waarin ggz-/eerstelijnspsychologen, psychotherapeuten en klinisch (neuro-) psychologen elkaars professionele handelen bespreken en toetsen aan de hand van kwaliteitscriteria. Aan dit visitatietraject is vervolgens ook een verbetertraject gekoppeld daar waar dat direct nodig blijkt.

► Sturen op functioneren

Psychologen en psychotherapeuten hebben op basis van hun beroepscode een aanzeggingsplicht ten aanzien van (vermoedelijk) disfunctionerende collega's. Ook in een vrijgevestigde setting is het belangrijk dat er aandacht is voor situaties waarin twijfel is over de kwaliteit van de zorg c.q.

de patiëntveiligheid. De LVVP helpt haar leden hierbij op basis van een stappenplan - inclusief onderzoeks- en coachingsprogramma - dat invulling geeft aan deze aanzeggingsplicht.

▶ **ROM en zorgstandaarden**

De LVVP stimuleert haar leden om te ROM'en in het kader van de behandeling. Zij informeert en helpt haar leden bij het gebruik ervan. Er is een overzicht van praktijksoftwarepakketten waarin ook alle aanbieders van ROM-pakketten staan vermeld. Met het oog op de ontwikkeling van professionele richtlijnen en zorgstandaarden, participeert de LVVP in Akwa GGZ.

▶ **BIG-registratie en aanvullende eerstelijnsregistratie**

Alle leden van de LVVP zijn BIG-geregistreerd en dienen zich periodiek te herregistreren. Daarnaast hebben veel gz-psychologen, werkzaam in de generalistische basis-ggz, als eerstelijnspsycholoog aanvullend nog een eerstelijnsregistratie.

▶ **Intervisie & indicatiestelling**

Alle leden van de LVVP hebben regelmatig intervisie met collega's. Van elke behandeling van een patiënt is een indicatiestelling uitgewerkt, waarvan er enkele per jaar intercollegiaal worden besproken.

▶ **Klachtenregelingen**

De LVVP kent een eigen (collectieve) klachtenregelingen. De huidige klachtenregelingen zijn conform de Wkkgz en Jeugdwet, inclusief klachtenfunctionarissen en geschillencommissie.

▶ **E-mental health**

De LVVP is voorstander van het toepassen van e-mental health in de ruimste zin des woords in de vrijgevestigde ggz-praktijk; mits verantwoord, aantoonbaar aangewezen en betaalbaar. Daarbij worden verschillende platforms getest op hun waarde voor de ggz-behandeling.

▶ **Professioneel netwerk**

De LVVP hecht eraan dat vrijgevestigden hun zorg aanbieden binnen een professioneel netwerk. Dit is zowel in de generalistische basis-ggz als in de gespecialiseerde ggz van belang om de kwaliteit van de zorg te borgen.

Nu al werkt de vrijgevestigde vaak binnen netwerken van huisartsen/poh's-ggz, intervisiegroepen, psychiaters, crisisdienst, ggz-instellingen, scholen, et cetera. Er vindt professionele toetsing plaats als de zorgvraag complex is, er wordt doorverwezen naar de huisarts of psychiater wanneer sprake is van medicatie en er wordt opgeschaald bij crisis. Op deze manier kunnen vrijgevestigden minder complexe zorg in de generalistische basis-ggz aanbieden en complexe zorg in de gespecialiseerde ggz.

Waar staat de LVVP voor?

Kwaliteit is volgens de LVVP geborgd door de bevoegdheid en bekwaamheid van de behandelaar en de wijze van praktijkvoering. Samen staan ze garant voor een kwalitatief goede zorg.

De kwaliteit van de vrijgevestigde zorgaanbieder staat centraal, de zorgaanbieder:

- is BIG-geregistreerd en zorgt voor de nodige bij- en nascholing;
- is bekend bij verwijzers en potentiële patiënten in de omgeving;
- is betrouwbaar naar patiënten en collega-hulpverleners;
- is bereikbaar, biedt laagdrempelige zorg in de buurt;
- is beschikbaar, toegankelijk en klantvriendelijk;
- is betaalbaar;
- zorgt voor zorgvuldige berichtgeving en registratie;
- is duidelijk over wat hij wel en niet doet en kan;
- hanteert professionele kwaliteitsstandaarden;
- meet resultaten ter ondersteuning van de behandeling;
- heeft kennis van de professionele omgeving/netwerk;
 - is transparant, schrijft op wat hij doet (registratie), om te kunnen vertellen wat hij doet (informatie);
 - biedt maatwerk op basis van matched care;
 - biedt continuïteit en voert als regiebehandelaar de behandeling grotendeels zelf uit;
 - werkt volgens vigerende wet- en regelgeving.

Doeltreffende en doelmatige zorgverlening:

- De zorg moet gegeven worden op de juiste plaats, door de juiste persoon, tegen de juiste kosten;

- De behandeling is rond de patiënt georganiseerd, zo mogelijk dicht bij huis;
- De behandeling bestaat uit een duidelijk inhoudelijk aanbod, op basis van matched care;
- De behandeling wordt gegeven vanuit een transparante en overzichtelijke praktijk, waarin de menselijke maat richtinggevend is;
- De praktijk kent geen geldverslindende en oncontroleerbare constructies met ongedefinieerde hoofdcontractanten;
- De professional participeert in een professioneel, kwalitatief verantwoord netwerk, waarbij afstemming plaatsvindt en samenwerking als dat nodig is.

De visitatie

Visitatie als centraal onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de LVVP

De LVVP vindt transparantie en toetsbaarheid van kwaliteit belangrijk en wil zich daar samen met de leden voor inspannen. Visitatie is daar een goed verantwoordings- en lerend instrument voor. Statutair is elk lid dan ook verplicht om zich eens in de vijf jaar te laten visiteren.

De uitgangspunten voor de visitatie zijn:

► De visitatie met kwaliteitscriteria als toetsingskader

Uitgaande van de specifieke kenmerken van de vrijgevestigde praktijk heeft de LVVP haar eigen kwaliteitscriteria opgesteld. De kwaliteitscriteria zijn gebaseerd op de actuele wet- en regelgeving, de beroepscode voor psychologen en psychotherapeuten, de kwaliteitscriteria van de voormalige NVVP en het kwaliteitshandboek van de LVE, alsmede enkele aanvullende regels die zijn opgesteld door de LVVP. Dit toetsingskader is een instrument om in alle hectiek stil te staan bij het eigen professionele handelen en dit waar nodig aan te passen. Het is een hulpmiddel omdat het een structuur biedt om kritisch te reflecteren op het eigen en elkaars professionele handelen en praktijkvoering, samen met collega's en medegevisiteerden. Ook is het een concrete checklist in die zin dat de criteria een praktische uitwerking van de wettelijke kaders zijn, naast wat de LVVP als kwalitatief goed professioneel handelen beschouwt. De criteria bieden alle ruimte om de eigen praktijk op eigen wijze gestalte te geven. Het geeft houvast en zekerheid dat de praktijk voldoet aan de kwaliteitseisen van de LVVP. Het is niet alleen geschikt voor toepassing door vrijgevestigde eerstelijns/gz-psychologen, psychotherapeuten en klinisch (neuro)psychologen, maar ook voor zorgverzekeraars en gemeenten. Zij kunnen hiermee inzicht krijgen in hoe zorgvuldig, doeltreffend en efficiënt leden van de LVVP werken.

► De visitatie, samen met collega's

Het visitatietraject heeft als doel van elkaar te leren en elkaar te bevragen over het professionele handelen en elkaars praktijkvoering. De LVVP-visitatie is intercollegiaal van opzet, doordat leden onderling elkaars praktijkvoering bespreken. De voorbereidende bijeenkomsten vinden plaats in een visitatiegroep met 6-8 collega's, zonder visiteurs, waarin men de praktijkvoering met elkaar bespreekt. De kwaliteitscriteria fungeren daarbij als toetsingskader voor de praktijkhouder (*fit to practice*) en fungeren als agenda voor de visitatie. De visitatiedag wordt begeleid door twee visiteurs; dit zijn LVVP-leden c.q. collega's die tot visiteur zijn opgeleid.

► De visitatie als verbetercyclus

Het visitatietraject biedt leden de mogelijkheid om hun praktijkvoering te verbeteren en zo aan de eisen te voldoen die aan een verantwoorde praktijk gesteld mogen worden.

Gedurende het visitatietraject vindt het gesprek plaats over elkaars professionele handelen en praktijkvoering, met als leidraad de kwaliteitscriteria. Gedurende het gehele visitatietraject krijgt iedereen de gelegenheid om zaken te verbeteren en aan te passen. De visitatie is naast een controlerend dus ook een *lerend middel*. Het is belangrijk dat leden de visitatie aangrijpen om te reflecteren op hun praktijkvoering en bereid zijn om waar nodig zaken aan te passen. Als de visitatiecommissie van mening is dat het LVVP-lid nog onvoldoende verbetering laat zien, kunnen leden in aanmerking komen voor een verlengde visitatie, een coachingstraject en/of een hervisiteatie.

► De visiteur als gids

Een visitateurskoppel begeleidt de visitatiegroep gedurende de visitatie en helpt gevisiteerden hun weg te vinden in de kwaliteitscriteria. De visiteur is de gespreksleider tijdens de visitatiedag, die op hoofdpunten toetst en in samenspraak met de leden vooral stimuleert om zaken te verbeteren.

▶ De visitatie als keurmerk

Nadat de visitatie met goed gevolg is afgesloten, ontvangen leden een visitatiecertificaat en visitatielogo. Leden kunnen dit gebruiken als bewijs van hun visitatie. Een groot deel van de zorgverzekeraars beschouwen de LVVP-visitatie als kwaliteitskeurmerk, dat zij honoreren met een tariefsverhoging op het basistarief van het contract.

De LVVP-visitatie is geaccrediteerd door de Federatie van Gezondheidszorgpsychologen en Psychotherapeuten (FGzPt) voor de herregistratie van klinisch psychologen, door de NVP voor (her)registratie in het Kwaliteitsregister Psychotherapie en door het NIP voor de herregistratie Eerstelijnspsychologie NIP.

De IGJ heeft dit visitatietraject positief beoordeeld en maakt hier ook gebruik van door disfunctionerende professionals - niet leden van de LVVP - bij de LVVP aan te bieden voor een verbetertraject, uitmondend in een visitatietraject.

De LVVP-visitatie is niet inwisselbaar met visitaties bij andere organisaties en verenigingen, met uitzondering van de visitatie van de NVVP.

De kwaliteitscriteria van de LVVP



Inhoudsopgave Kwaliteitscriteria

1. Inleiding	15
1.1. Introductie	15
1.2. Leeswijzer	16
2. Kwaliteit voor de behandeling	17
2.1. Aanmelding	17
2.2. Intake en indicatiestelling	18
2.3. Behandeling	20
2.4. Professioneel handelen	22
2.5. Tussentijdse evaluatie en bijstelling	23
2.6. ROM	24
2.7. Afronding behandeling & eindevaluatie	24
3. Kwaliteit van de beroepsbeoefenaar	26
3.1. Opleiding en beroepsuitoefening	26
3.2. Afstemming en samenwerking	28
4. Kwaliteit van de praktijkvoering	29
4.1. Beleid	29
4.2. Praktijkruimte	31
4.3. Dossier	32
4.4. Administratie	33
4.5. Informatie	36
4.6. Opleiden	38
4.7. Personeel	39
Bijlagen	41
I. Begrippenlijst	41
II. Wet- en regelgeving	42
III. Overzicht LVVP-richtlijnen en -formulieren	46



1 Inleiding

1.1 Introductie

Uitgaande van de specifieke kenmerken van de vrijgevestigde praktijk heeft de LVVP haar eigen toetsingskader c.q. kwaliteitscriteria ontwikkeld. Het toetsingskader is naast een instrument, een hulpmiddel en een checklist. Het is een instrument om stil te staan bij het eigen professionele handelen en dit waar nodig aan te passen. Het is een hulpmiddel omdat het een structuur biedt om kritisch te reflecteren op het eigen en elkaars professionele handelen en praktijkvoering, samen met andere en medegevisiteerden. En het is een checklist. De kwaliteitscriteria zijn grotendeels een praktische uitwerking van de wettelijke kaders, waarvan verondersteld wordt dat ze worden nageleefd, naast criteria die wij beschouwen als kwalitatief goed professioneel handelen.

De criteria zijn van toepassing op zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg en zowel op verzekerde als onverzekerde zorg.

De criteria bieden binnen gestelde kaders alle ruimte om de eigen praktijk op eigen wijze gestalte te geven. Met de kwaliteitscriteria als leidraad vindt gedurende het visitatietraject het gesprek plaats over elkaars professionele handelen en praktijkvoering.

De inhoud van deze kwaliteitscriteria is niet alleen geschikt voor toepassing door vrijgevestigde eerstelijns/gz-psychologen, psychotherapeuten en klinisch (neuro)psychologen, maar ook voor zorgverzekeraars, gemeenten en patiënten. Zij krijgen hiermee inzicht in hoe (zorgvuldig en efficiënt) leden van de LVVP werken.

1.2 Leeswijzer

De kwaliteitscriteria zijn van toepassing op alle leden van de LVVP. Het gaat om leden die volwassenen en ouderen en/of kinderen en jeugdigen behandelen, gecontracteerd of niet. Volwassenen vanaf 18 jaar en ouderen vallen onder de Zorgverzekeringswet, kinderen en jeugdigen van 0 tot 18 jaar onder de Jeugdwet. Veel zaken die voor volwassenen en ouderen in aparte wetgeving zijn opgenomen, zijn als onderdeel in de Jeugdwet opgenomen.

Als er wordt gesproken over de (regie)behandelaar, dan wordt daarmee de BIG-geregistreerde vrijgevestigde eerstelijnspsycholoog, gz-psycholoog, psychotherapeut en klinisch (neuro)psycholoog bedoeld.

Er is gekozen voor de benaming 'patiënten'.

In deze kwaliteitscriteria wordt het begrip verwijzer gebruikt. Dit zal over het algemeen de huisarts zijn, maar ook de bedrijfsarts, medisch specialist, jeugdarts et cetera kunnen verwijzen. Indien de verwijzer niet de huisarts is, dan is het raadzaam om ook altijd de huisarts over de behandeling te informeren of indien nodig met hem te overleggen (met toestemming van de patiënt).

De kwaliteitscriteria die een link hebben met het kwaliteitsstatuut zijn te herkennen doordat de letters *ks* zijn toegevoegd.

Daar waar wet- en regelgeving aan de orde is, wordt dit eveneens aangegeven.

Daar waar nodig is er onderscheid gemaakt naar volwassenen en ouderen, kinderen en jeugdigen, generalistische basis-ggz (gb-ggz) en/of gespecialiseerde ggz (g-ggz).



Kwaliteit voor de behandeling

De patiënt staat centraal in de behandeling en verdient een kwalitatief goede behandeling in een goed functionerende praktijk door een behandelaar die *fit to practice is*. De kwaliteit van de behandeling wordt - naast inhoudelijke criteria - mede bepaald door de procedures die de behandelaar hanteert in zijn praktijk voor aanmelding, intake en indicatiestelling, behandelplan en behandeling, professioneel handelen, ROM, afronding behandeling en evaluatie.

2.1 Aanmelding

▶ **Kwaliteitsnorm:**

Aanmelden en inschrijven van patiënten gebeurt volgens een vaste procedure.

▶ **Kwaliteitscriteria:**

- 2.1.1. De behandelaar hanteert een vaste, vastgelegde procedure voor het aanmelden en inschrijven, inclusief pre-intake, van patiënten. (ks)
- 2.1.2. Bij de aanmelding wordt nagegaan of zorg geïndiceerd is en of de praktijk de zorg verleent die aansluit op de zorgvraag/zorgbehoefte van de patiënt. Indien dit niet het geval is, wordt in overleg met de verwijzer passende hulp gezocht (andere hulpverlener, instelling of crisisdienst) of terugverwezen naar de verwijzer. (ks)
- 2.1.3. Bij de aanmelding wordt de patiënt geïnformeerd over de actuele wachttijd of vertraging in de doorlooptijd. (WGBO, Wkkgz, Wmg, beleidsregel NZa; zie ook 4.1 beleid)
- 2.1.4. Bij de aanmelding legt de behandelaar de benodigde registratiegegevens vast.

- 2.1.5. Bij de aanmelding informeert de behandelaar de patiënt adequaat en volledig door bijvoorbeeld te verwijzen naar de website of de praktijkfolder. Waarover de patiënt geïnformeerd dient te worden, staat vermeld in paragraaf 4.5 Informatie.
- 2.1.6. Bij de aanmelding voor *gb-ggz of g-ggz* in het kader van de Zorgverzekeringswet of de Jeugdwet dient er sprake te zijn van verwijzing (verwijsbrief). De eisen waaraan deze verwijzing dient te voldoen zijn opgenomen in de vernieuwde verwijsafspraken van het ministerie van VWS.
- 2.1.7. Bij aanmelding voor onverzekerde zorg of door zelfbetalers, is geen verwijzing nodig. De behandelaar vergewist zich ervan dat de patiënt weet dat hij deze kosten niet kan declareren bij zijn zorgverzekeraar.
- 2.1.8. Bij de aanmelding voor *g-ggz* wordt meteen een zorgtraject geopend, om de wachttijd correct te kunnen vastleggen.

2.2 Intake en indicatiestelling

► **Kwaliteitsnorm**

De behandelaar voert de intake en indicatiestelling uit en legt de inhoud ervan vast in een formulier indicatiestelling.

► **Kwaliteitscriteria**

- 2.2.1. Bij aanmelding of na het eerste intakegesprek wordt voor iedere patiënt een apart patiëntdossier aangemaakt. (*WGBO*, zie ook 4.3 dossier)
- 2.2.2. Voorafgaand aan of tijdens het eerste (intake)gesprek dient de patiënt een wettig identiteitsbewijs met een geldig burgerservicenummer (bsn) aan de behandelaar te tonen. Het bsn wordt geverifieerd bij Vecozo of de Sectorale Berichtvoorziening in de Zorg (*Wet BSN-z*).¹

¹ Er mag geen kopie van het identiteitsbewijs of de verzekeringspas worden gemaakt.

- 2.2.3. Voor zorg die valt onder de Zvw, dient de patiënt tevens de verzekeringspas te tonen.
- 2.2.4. Voor de indicatiestelling (dit is de schriftelijk vastgelegde verantwoording van diagnose, behandeldoelen en daaruit voortvloeiend behandelplan) worden onder meer gegevens verzameld over de klachten, zorgvraag, de wensen en verwachtingen van de patiënt, als ook relevante informatie over eventueel voorafgaande zorg.
- 2.2.5. De klachten en problematiek wordt aan de hand van professionele richtlijnen in kaart gebracht, resulterend in een beschrijvende diagnose en DSM-classificatie.
Voor de gb-ggz is de hoofddiagnosegroep voldoende. Voor de gb-ggz zal dit over het algemeen minder uitgebreid plaatsvinden dan voor de g-ggz.
- 2.2.6. De behandelaar legt voor elke patiënt bovengenoemde informatie op een navolgbare, consistente en overdraagbare wijze vast in een schriftelijke indicatiestelling. Dit kan in een apart formulier (zie *het LVVP-formulier indicatiestelling*), maar kan ook in de vorm van een brief aan de huisarts, waarin alle relevante onderdelen beknopter aan de orde komen (zoals in de gb-ggz het geval zal zijn). De indicatiestelling maakt deel uit van het patiëntendossier (WGBO) -of dit nu elektronisch of schriftelijk is- en is in te zien en op te vragen door de patiënt.
- 2.2.7. De gestelde indicatie wordt *bij de gb-ggz bij aanvang en bij g-ggz voorafgaand aan de behandeling* met de patiënt besproken. Indien van toepassing, wordt de patiënt hierbij geïnformeerd over:
- de eventuele, geschatte wachttijd na de indicatiestelling ofwel behandelwachttijd (zie website LVVP) (*Wkkgz, Wmg, beleidsregel NZa*);
- de wijze waarop de patiënt de praktijk tijdens de wachttijd op de hoogte kan stellen van relevante wijzigingen in zijn situatie.
- 2.2.8. Bij de indicatiestelling wordt ook gekeken naar mogelijke factoren die de behandeling belemmeren. Wanneer daarvan sprake is, wordt dit met de patiënt besproken en wordt gekeken of hiervoor een oplossing

mogelijk is zodat behandeling toch kan plaatsvinden. Als dit niet mogelijk is, wordt in overleg met de patiënt terugverwezen naar de verwijzer, dan wel doorverwezen naar een andere zorg-/hulpverlener.

- 2.2.9. Indien de behandelaar vermoedt dat een patiënt of een kind wordt mishandeld, verwaarloosd of seksueel misbruikt en waarbij het beroepsgeheim mogelijk wordt doorbroken, volgt de behandelaar het LVVP-stappenplan bij vermoeden van huiselijk geweld en kindermishandeling (*Jeugdwet, Wkkgz, Wet verplichte meldcode kindermishandeling en huiselijke geweld, ks*). De behandelaar voert een kindcheck uit bij volwassen patiënten die zorg dragen voor één of meer kinderen en herhaalt deze zo nodig.

2.3 Behandeling

► Kwaliteitsnorm

Het behandelplan wordt opgesteld volgens een vaste procedure.

► Kwaliteitscriteria

- 2.3.1. Elke patiënt wordt behandeld volgens een vastgelegd individueel behandelplan dat gebaseerd is op de indicatiestelling. Daarbij wordt aangesloten bij de specifieke situatie van de patiënt. (*WGBO*)
- 2.3.2. Het behandelplan wordt in samenspraak met de patiënt opgesteld. De behandelaar neemt samen met patiënt door welke overwegingen er zijn bij de keuze voor een bepaalde behandeling. Ook informeert de behandelaar de patiënt over de gevolgen en risico's als er niet wordt behandeld. De patiënt wordt geïnformeerd over wie zijn aanspreekpunt is tijdens de behandeling. (*ks*)
- 2.3.3. In het behandelplan zijn ten minste bepalingen opgenomen over:
- de doelstelling van de behandeling/behandeldoelen (*WGBO*);
 - de wijze waarop de doelstelling wordt gerealiseerd (behandelvorm, programma c.q. aanpak), inclusief de geschatte duur van de behandeling (*WGBO*).
 - voor de gb-ggz wordt ook de ingezette prestatie opgenomen;
 - de diagnose;

- voorwaarden waaronder de psychotherapeutische of psychologische behandeling plaatsvindt (*WGBO*);
- mogelijkheden voor bijstelling van het behandelplan gedurende de looptijd van de behandeling;
- in de gb-ggz bevat het behandelplan dezelfde onderdelen, maar veel beknopter in de uitwerking dan in de g-ggz.

2.3.4. De behandelaar informeert de verwijzer met toestemming van de patiënt na de intake met een korte brief i.c. rapportage. (*ks*)

2.3.5. Bij kortdurende behandeling - *in de regel in de gb-ggz en deels in de g-ggz* - wordt alleen een afrondingsbrief naar de huisarts verstuurd (zie 2.7 Afronding behandeling & eindevaluatie en 4.3 Dossier). (*ks*)

2.3.6. De uitvoering van het behandelplan vereist de toestemming van de patiënt. Ook voor kinderen en jeugdigen moeten door patiënt en/of ouders toestemming worden gegeven. De overeenkomst tussen een patiënt en/of ouders van een patiënt en een behandelaar voor de behandeling van de minderjarige patiënt is een geneeskundige behandelingsovereenkomst in de zin van de *WGBO*. Regel is: bij 16 jaar en ouder, is toestemming nodig van de jeugdige; bij 12 tot 16 jaar, is toestemming van de jeugdige én toestemming van de gezaghebbende ouders of de voogd nodig en bij kinderen jonger dan 12 is toestemming vereist van de gezaghebbende ouders of de voogd.

- Als de patiënt mondeling toestemming heeft verleend, dan wordt dat genoteerd/aangevinkt in het patiëntdossier (*WGBO, beroepscode*) (zie ook 4.3 dossier).
- Als de behandelaar het behandelplan door de patiënt heeft laten ondertekenen, dan wordt een kopie van het ondertekende behandelplan in het dossier bewaard.
- Indien er geen overeenstemming over het behandelplan wordt bereikt, heeft de behandelaar een inspanningsverplichting t.a.v. terugverwijzing naar de verwijzer (*WGBO*). Het vermelden van de reden van terugverwijzing vindt alleen plaats met toestemming van de patiënt; deze toestemming wordt vastgelegd in het dossier (zie ook 4.3 dossier).

2.4 Professioneel handelen

▶ **Kwaliteitsnorm**

Bij de uitvoering van het behandelplan worden professionele en/of zorgstandaarden en wettelijke vereisten in acht genomen.

▶ **Kwaliteitscriteria**

- 2.4.1. De behandelaar voert het behandelplan uit conform de daarin overeengekomen behandelmethode/vorm van psychotherapie of psychologische behandeling.
- 2.4.2. Per behandelsessie wordt er een kort behandelverslag aan het dossier toegevoegd.
- 2.4.3. De behandelaar handelt conform de stand der wetenschap c.q. binnen het kader van de door de beroepsgroep goedgekeurde (ROM-) protocollen (zie 2.6), richtlijnen, zorgstandaarden of generieke modules, voor zover deze door de behandelaar in de betreffende situatie van toepassing kunnen worden geacht (*Wkkgz*). Bij afwijking van de standaard noteert de behandelaar de redenen hiervan in het patiëntdossier.
- 2.4.4. Indien de behandelaar 'vastloopt' in de therapie of problemen ervaart, wordt feedback gevraagd van de intervisiegroep, supervisor of te consulteren collegae.
- 2.4.5. De behandelaar is regiebehandelaar, tenzij men door een andere professional die regiebehandelaar is, wordt ingeschakeld voor een onderdeel van de indicatiestelling of behandeling (bijv. psychologisch onderzoek); dan is men medebehandelaar. (*ks*)
- 2.4.6. De behandelaar draagt zorg voor een goede communicatie met de patiënt en indien van toepassing -en met toestemming van de patiënt- diens naasten over het beloop van de behandeling. (*ks*)
- 2.4.7. De behandelaar treedt de patiënt met een beroepsmatige attitude tegemoet, zoals omschreven in de beroepscode voor psychologen en de beroepscode voor psychotherapeuten.

2.5 Tussentijdse evaluatie en bijstelling

► **Kwaliteitsnorm**

De behandelaar evalueert tijdig en regelmatig. Het behandelplan wordt bijgesteld volgens een vaste procedure.

► **Kwaliteitscriteria**

- 2.5.1. De behandelaar evalueert samen met de patiënt tijdig en regelmatig de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van het behandelplan, eventueel met behulp van (ROM-)vragenlijsten. De behandelaar evalueert zo vaak als nodig of gewenst. (ks)
- 2.5.2. De evaluatie kan aanleiding geven om de behandeling af te sluiten of door te verwijzen naar de verwijzer, eventueel met een advies (zie ook 2.3.6).
- 2.5.3. In onderling overleg tussen de patiënt en de behandelaar wordt het behandelplan bijgesteld als daar aanleiding toe is. (WGBO)
- 2.5.4. Voor de bijstelling is de toestemming van de patiënt vereist en deze wordt vastgelegd in het dossier (zie ook 2.3.6. en 4.3). *Indien de behandelaar in de gb-ggz of g-ggz aan het einde van een prestatie of dbc concludeert dat vervolgbehandeling noodzakelijk is, moet de behandelaar inschatten of de patiënt in de gb-ggz of g-ggz verder behandeld kan of dient te worden.* Let wel: een vervolg op de behandeling in de gb-ggz na een traject in de gb-ggz is in principe niet mogelijk. Dit kan alleen indien sprake is van een onverwachte terugval of een nieuwe zorgvraag (*veldnorm seriële prestaties in de gb-ggz*). Zo nodig stuurt de behandelaar de verwijzer een beknopte afsluitende brief, inclusief motivatie voor een nieuwe verwijzing. De behandelaar kan zelf doorverwijzen (zie de vernieuwde verwijfsafspraken van het ministerie van VWS).
- 2.5.5. *Bij langer durende behandeling in de g-ggz stuurt de behandelaar -met toestemming van de patiënt- de verwijzer aan het einde van een behandeljaar een beknopte voortgangsrapportage.* (ks) (zie ook 2.3.6. en 4.3 dossier)

2.5.6. Het evaluatiemoment en de eventuele bijstelling van het behandelplan worden opgenomen in het dossier.

2.6 ROM

▶ **Kwaliteitsnorm**

De behandelaar maakt als mogelijk en gewenst gebruik van ROM.

▶ **Kwaliteitscriteria**

2.6.1. De behandelaar maakt bij elke patiënt de afweging of ROM een toegevoegde waarde heeft voor de behandeling en past deze vervolgens al dan niet toe.

2.6.2. De behandelaar vraagt aan de patiënt toestemming voor deelname aan ROM en - indien aan de orde - voor het aanleveren van ROM-data aan derden.

2.6.3. De behandelaar bespreekt de resultaten van de ROM-meting met de patiënt ter ondersteuning van de behandeling.

2.6.4. De behandelaar levert - als dit van kracht is - ROM-gegevens aan voor de landelijke benchmark ggz aan de daartoe aangewezen en bevoegde organisatie. (*Zvw, ks*)

2.7 Afronding behandeling & eindevaluatie

▶ **Kwaliteitsnorm**

De beslissing tot afronding van de behandeling vindt plaats in overleg met de patiënt en wordt vastgelegd in het dossier. Tevens evalueert de behandelaar met de patiënt aan de hand van het behandelplan of de doelen van de behandelaar en patiënt zijn behaald.

▶ **Kwaliteitscriteria**

2.7.1. De behandelaar bespreekt met de patiënt (en eventueel met zijn naasten) de resultaten van de behandeling en mogelijke vervolgstappen (*ks*) en noteert deze in het dossier. (*Wkkgz, ks*) Tevens overlegt

de behandelaar met de patiënt over het al dan niet afsluiten van de behandeling. De patiënt heeft altijd het recht zelf te beslissen de behandeling niet voort te zetten; in uitzonderlijke gevallen geldt dit ook voor de behandelaar. (WGBO, beroepscode)

- 2.7.2. Bij een problematische afsluiting van de behandeling handelt de behandelaar volgens de beroepscode voor psychologen en die voor psychotherapeuten.
- 2.7.3. Bij de eindevaluatie staat centraal of er sprake is van vermindering van de klachten, van verbetering van het functioneren of van de kwaliteit van leven.
- 2.7.4. De behandelaar meet de tevredenheid van de patiënt (ks) over:
- de bejegening van de patiënt door de behandelaar;
 - de tevredenheid van de patiënt over de praktijkvoering (regels, bereikbaarheid);
 - de wensen en mogelijkheden voor verwijzing en nazorg.
- 2.7.5. Zowel het besluit tot afronding, de conclusies van de evaluatie als de eventueel getroffen maatregelen en tevredenheid worden vastgelegd in het dossier. *Voor de gb-ggz zal dit over het algemeen minder uitgebreid plaatsvinden dan voor de g-ggz.*
- 2.7.6. De behandelaar informeert de verwijzer met toestemming van de patiënt met een beknopte afrondingsbrief over het verloop en resultaat van de behandeling (zie ook 4.3 dossier). Indien nodig geeft de behandelaar gericht advies wanneer er vervolgbehandeling nodig is. (ks)
- 2.7.7. De behandelaar informeert de vervolgbehandelaar - met toestemming van de patiënt- zo nodig over het verloop van de behandeling en behaalde resultaten, voorzien van het vervolgadvis. (ks)

3.1 Opleiding en beroepsuitoefening

▶ **Kwaliteitsnorm**

De kwaliteit van de beroepsuitoefening wordt gewaarborgd door de eisen die door de overheid worden gesteld aan inschrijving in het BIG-register als gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog of -indien aan de orde- het register eerstelijnspsychologie NIP. De kwaliteit van de praktijkvoering wordt gewaarborgd door het hanteren van en toetsen aan de LVVP-kwaliteitscriteria.

▶ **Kwaliteitscriteria**

- 3.1.1. De behandelaar is ingeschreven in het BIG-register en voldoet hiermee aan de voor het professionele handelen vereiste opleiding, bij- en nascholing, ervaring, bekwaam- en bevoegdheden. *(ks, wet BIG, Besluit gezondheidszorgpsycholoog/Besluit psychotherapeut/Besluit klinisch psycholoog, richtlijn bij- en nascholing)*
- 3.1.2. Indien van toepassing: de eerstelijnspsycholoog, tevens zijnde gz-psycholoog, is ingeschreven in het register eerstelijnspsychologie NIP en voldoet hiermee aan de vakbekwaamheid door middel van werkervaring, deelname na- en bijscholing, intervisie, registratiegegevens ROM en facultatieve activiteiten (facultatief voor LVVP-lidmaatschap).
- 3.1.3. De behandelaar laat zich, zijn praktijkvoering, eens in de vijf jaar in Nederland visiteren door de LVVP. *(vereiste voor LVVP-lidmaatschap, ks)*
- 3.1.4. De behandelaar houdt zijn kennis en ontwikkelingen voor zijn beroepsbeoefening op peil door bij- en nascholing. *(ks)*

- 3.1.5. Intercollegiale toetsing vindt plaats met minimaal 18 uur intervisie per jaar. Intervisie is een vorm van geregelde intercollegiale samenkomsten, waarin sprake is van een systematische aanpak van nadenken over het professionele handelen van de betrokkenen. De reflectie kan betrekking hebben op zowel de indicatiestelling, de behandeling als het persoonlijk functioneren van de behandelaar. (*zie de LVVP-richtlijn intervisie*)
- 3.1.6. De behandelaar dient tijdens de intervisie of in een aparte groep een minimumaantal indicatiestellingen te bespreken (voor de verschillende verwerkingsvormen van de indicatiestelling, zie 2.2.6) en de feedback op de besproken indicatiestellingen schriftelijk vast te leggen (zie LVVP-richtlijn intervisie):
- voor de gb-ggz zijn dit er minimaal 3 per jaar en
 - voor de g-ggz 25% van het gemiddeld aantal sessies per week, met een minimum van 3 en een maximum van 10 per jaar
- De eisen voor intervisie zijn vervat in de LVVP-richtlijn intervisie. (*vereiste voor LVVP-lidmaatschap, ks, register eerstelijnspsychologie NIP*).
- 3.1.7. De behandelaar treft maatregelen voor het geval hij niet (langer) in staat is het dossier te beheren, bijvoorbeeld vanwege ernstige ziekte, overlijden of beëindiging van de praktijk. (*ks, WGBO, beroepscodes voor psychologen en die voor psychotherapeuten, AVG*)
- 3.1.8. De behandelaar treft een waarnemingsregeling voor afwezigheid bij vakantie en ziekte. (*ks*)
- 3.1.9. De behandelaar baseert zich bij de toegankelijkheid en overdracht van patiëntgegevens op de beroepscode voor psychologen, de beroepscode voor psychotherapeuten en de wettelijke regelingen. (*WGBO, AVG*)
- 3.1.10. De behandelaar volgt met betrekking tot de bejegening van de patiënt de gedragsregels zoals omschreven in de beroepscode voor psychologen en/of de beroepscode voor psychotherapeuten.
- 3.1.11. Bij twijfels over het functioneren van een collega, spreekt de behandelaar een collega hierop aan volgens de aanzegingsplicht in de

beroepscodes. De behandelaar volgt indien nodig het LVVP-stappenplan 'sturen op functioneren'.

3.2 Afstemming en samenwerking

► **Kwaliteitsnorm**

Iedere behandelaar dient af te stemmen met huisarts, andere verwijzers, collega's et cetera en zo nodig samen te werken binnen zijn of haar professionele netwerk. Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Dit betekent dat er - zeker als er meerdere professionals betrokken zijn bij de behandeling - een duidelijke rolverdeling tussen alle bij de behandeling betrokkenen vereist is; niet alleen als zij werkzaam zijn binnen een en dezelfde zorgaanbieder, maar ook met andere zorgaanbieders. (ks)

► **Kwaliteitscriteria**

- 3.2.1. De behandelaar dient ingebed te zijn in een professioneel netwerk met verwijzers en behandelaren in een regio. In een bijlage van het ks wordt het professionele netwerk beschreven en in welke situaties de behandelaar ervan gebruik zal maken. (ks)
- 3.2.2. De behandelaar draagt zorg voor afstemming met de huisarts en/of verwijzer van de patiënt en met andere partijen die bij de behandeling zijn betrokken.
- 3.2.3. De behandelaar is eindverantwoordelijk voor het werk dat wordt uitbesteed aan medewerkers of derden die zich bezighouden met bijvoorbeeld afname van testen, boekhouding, of aan een medebehandelaar zonder BIG-registratie.
- 3.2.4. De behandelaar is verantwoordelijk voor de hem toegeschreven taken, de integraliteit van het behandelproces, is aanspreekpunt, en spant zich in voor goede samenwerking als er -met toestemming van de patiënt- meerdere behandelaren bij de behandeling zijn betrokken. (ks)
- 3.2.5. De behandelaar vraagt de patiënt om toestemming bij het delen van gegevens met collega's/medebandelaren. (ks)



4

Kwaliteit van de praktijkvoering

4.1 Beleid

► Kwaliteitsnorm

De zorgverlener zorgt voor de juiste hulp, op de juiste plaats, door de juiste zorgprofessional, binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk. De zorgaanbieder bevordert daarmee gepaste zorg. Naast dat de behandelaar een kwaliteitsstatuut heeft (*ks*), is de praktijkvoering gebaseerd op een helder omschreven kwaliteitsbeleid en voert de zorgverlener als lid van de LVVP de behandeling als verantwoordelijk (regie)behandelaar grotendeels en/of overwegend zelf uit. (*statuten LVVP*)

► Kwaliteitscriteria

4.1.1. *De behandelaar in de gb-ggz en/of g-ggz onder de Zorgverzekeringswet stelt een kwaliteitsstatuut op conform het model kwaliteitsstatuut ggz. Het kwaliteitsstatuut wordt op de website van de praktijk gepubliceerd of is beschikbaar in de praktijk en wordt jaarlijks geëvalueerd en geactualiseerd. (ks)*

NB: Dit geldt vooralsnog niet meer voor behandelaren die louter kinderen & jeugdigen tot 18 jaar behandelen.

4.1.2. De behandelaar houdt zo nodig een wachtlijst bij. Wanneer de geschatte wachttijd door de patiënt of behandelaar als ongewenst of onverantwoord wordt ervaren of wanneer de intake of behandeling niet binnen de treeknormen kan aanvangen, stelt de behandelaar de patiënt hiervan op de hoogte. De behandelaar informeert de patiënt dat deze zich kan wenden tot de eigen zorgverzekeraar/financier voor zorgbemiddeling en/of verwijst de patiënt terug naar de huisarts of andere behandelaar. (*ks, Wmg, Wkkgz, NZa*)

- 4.1.3. De behandelaar meldt calamiteiten², geweld in de zorgrelatie als ook de beëindiging/niet-voortzetting van een (arbeids)overeenkomst wegens ernstig disfunctioneren, onmiddellijk bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). (*Wkkgz, Jeugdwet*)
- 4.1.4. In geval van incidenten met merkbare gevolgen, waaronder calamiteiten/fouten, doet de behandelaar hiervan melding in het systeem voor 'veilig incidenten melden' (vim) volgens de hiervoor afgesproken procedure.
De behandelaar licht de patiënt direct in over het tijdstip, de aard en toedracht van het incident en over de genomen of te nemen maatregelen om de gevolgen hiervan weg te nemen of te beperken. Hij noteert in het dossier het tijdstip, aard en toedracht van het incident. (*Wkkgz*)
- 4.1.5. De klacht van de patiënt (18 en ouder) wordt behandeld conform de LVVP-klachten- en geschillenregeling. Dit geldt ook voor patiënten tot 18 jaar als zij zelf betalen. (*ks, Wkkgz*)
- 4.1.6. De klacht van de patiënt tot 18 jaar wordt behandeld conform de LVVP-klachtenregeling Jeugd, mits de gemeente de zorg aan de patiënt betaalt. (*Jeugdwet*)
- 4.1.7. De behandelaar houdt een klachtenregister bij. (*Wkkgz*)
- 4.1.8. De behandelaar hanteert een kwaliteitssysteem door periodiek te reflecteren op resultaten/klachten/incidenten/patiënttevredenheid et cetera en voert verbeteringen door. (*Wkkgz, Jeugdwet*)
- 4.1.9. De behandelaar geeft aan waar patiënten in geval van crisis terecht kunnen gedurende avond/nacht/weekend. (*ks*)

2 Artikel 1 Wkkgz: calamiteit: een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid; Artikel 1 Jeugdwet calamiteit: niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de jeugdhulp en die tot een ernstig schadelijk gevolg voor of de dood van een jeugdige of een ouder heeft geleid.

4.1.10. Waar nodig betreft de behandelaar, met toestemming van de patiënt, de naasten van de patiënt bij de diagnose en/of behandeling. (ks)

4.2 Praktijkruimte

► **Kwaliteitsnorm**

De praktijkruimte voldoet aan de geldende normen.

► **Kwaliteitscriteria**

4.2.1. De praktijkruimte beschikt over:

- een ruimte voor (psychodiagnostisch) onderzoek en/of behandeling;
- een wachtruimte;
- een toilet.

4.2.2. Bij de inrichting van de praktijkruimte is rekening gehouden met de toegankelijkheid voor mindervaliden. Indien de ruimte of de toegang niet geschikt zijn, dient de patiënt hier vooraf over geïnformeerd te worden.

4.2.3. De (behandel)ruimten borgen optimaal de privacy van de patiënt.

4.2.4. De ruimten zijn schoon en opgeruimd.

4.2.5. De praktijk beschikt over beveiligde opslagfaciliteiten voor (het archief van) patiëntdossiers; de behandelaar dient papieren dossiers in een af te sluiten dossierkast op te bergen en digitale dossiers in een beveiligde computer. (NEN 7510, AVG)

4.2.6. De behandelaar moet voorbereid zijn op ongevallen, brand en ontruiming en treft maatregelen door:

- een rookmelder, brandblusser, verbanddoos, vluchtplattegrond (of calamiteitenplan), et cetera;
- een veilige praktijkruimte en toegangsroute daartoe;
- het treffen van samenwerkingsafspraken over veiligheidsmaatregelen met collegabedrijven/-praktijken als de praktijk zich in hetzelfde pand bevindt.

4.3 Dossier

► **Kwaliteitsnorm**

Gegevens over en omtrent diagnostiek en behandeling worden vastgelegd en bewaard in het patiëntdossier.

► **Kwaliteitscriteria**

- 4.3.1. Het dossier dient geïdentificeerd te zijn en door de behandelaar actueel gehouden te worden. De daarin opgeslagen gegevens dienen leesbaar en overdraagbaar te zijn.
- 4.3.2. De behandelaar is gehouden aan de wetgeving inzake (elektronische) dossiervoering, o.a. voor wat betreft de bewaartermijn, de beveiliging ervan (zie 4.4 administratie), het inzagerecht, vernietigingsrecht en geheimhouding. (*WGBO, beroepscode voor psychologen en beroepscode voor psychotherapeuten, AVG*)
- 4.3.3. Het patiëntdossier bevat alle relevante informatie over diagnostiek, behandeling, correspondentie en toestemming/instemming van de patiënt.³

3 De volgende zaken kunnen zijn opgenomen:

- personalia en andere voor de behandeling relevante gegevens;
- verwijfsbrief [zie ook 1.1.2-1.1.4];
- medicijngebruik, inclusief relevante medicatiehistorie;
- relevante achtergrondinformatie;
- bij g-ggz uitkomsten van de indicatiestelling, alsmede psychodiagnostisch onderzoek t.b.v. de indicatiestelling, voor gb-ggz het patiëntenprofiel;
- behandelplan, met eventuele latere bijstellingen en tussenevaluaties;
- gegevens over het verloop van de behandeling (*WGBO*) ofwel behandelverslagen van elke sessie;
- instemming patiënt met behandelplan en bijstelling(en) behandelplan;
- uitkomsten van (ROM-) vragenlijsten;
- opgevraagde en verstuurd informatie, eventueel informeren derden over behandeling, zie hieronder gerichte toestemming (*WGBO, AVG*);
- gerichte toestemming: deelname aan ROM, informeren derden/andere behandelaar of verwijzer;
- tijdstip, aard en toedracht van incidenten die voor de patiënt merkbare gevolgen hebben of kunnen hebben en de namen van de betrokkenen bij het incident; aantekening van mededeling van aard en toedracht van incident aan patiënt (*Wkkgz*);
- informatie is gegeven aan patiënt over het verstrekken van wettelijk verplichte informatie aan de zorgverzekeraar of gemeente i.v.m. vergoeding kosten psychologisch onderzoek, psychologische behandeling of psychotherapie in het kader van de verzekerde ggz (*AVG, Zorgverzekeringswet, Jeugdwet*);
- informatie is gegeven aan patiënt over het verstrekken van wettelijk verplichte informatie aan dbc-informatiesysteem (DIS) voor volwassenen of het CBS voor kinderen en jeugdigen;
- informatie is gegeven aan patiënt over eventueel verplichte informatieverstrekking in het kader van ROM aan derden;
- instemming patiënt met informatieverstrekking in het kader van geanonimiseerde data-aanlevering aan de LVVP, ten behoeve van onderzoek;
- ondertekende toestemmingsverklaring indien gegevensverstrekking met toestemming van patiënt plaatsvindt (zonder wettelijke verplichting);

4.3.4. Een mondelinge instemming van de patiënt voor rapportage aan de verwijzer c.q. de huisarts is voldoende als de behandelaar de rapportage aan de huisarts i.c. verwijzer met de patiënt heeft afgestemd en vraagt of hij zich hierin kan vinden. Het feit dat de rapportage c.q. strekking van de brief met de patiënt is afgestemd wordt genoteerd en/of afgevinkt in het dossier.⁴

4.4 Administratie

► **Kwaliteitsnorm**

De (financiële) administratie en ict-inrichting voldoen aan de geldende normen. De behandelaar is verantwoordelijk voor professioneel financieel (rechtmatig) handelen en verslaglegging.

► **Kwaliteitscriteria**

4.4.1. De factuur dient een uniek factuurnummer te hebben en is opgesteld conform de geldende voorschriften van de Belastingdienst en de wetgever. (*Zvw, Wmg, NZa, Jeugdwet*)

4.4.2. De behandelaar declareert volgens de afgesproken tarieven. (*contract met zorgverzekeraar of gemeente, maximumtarieven NZa*)

4.4.3. De behandelaar stuurt de factuur ofwel digitaal (in de regel via Vecozo) naar de financier of (eventueel op papier) naar de patiënt.

- indien van toepassing (een kopie van) de ondertekende privacyverklaring voor de gb-ggz of g-ggz (*NZa, Jeugdwet*);
- conclusies eindevaluatie, gegevens over nazorg en verwijzing (*WGBO*), (afschriften van) alle verzonden en ontvangen correspondentie.

4 Voor wat betreft de toestemming voor informatieverstrekking aan derden (waaronder de verwijzer) verschillen de beroepscode voor psychologen en psychotherapeuten van elkaar: voor psychologen geldt dat mondelinge toestemming van de patiënt voor informatie aan de verwijzer volstaat, voor de psychotherapeut geldt dat hiervoor altijd schriftelijke toestemming nodig is.
Voor alle beroepsgroepen geldt dat deze toestemming expliciet en gericht wordt gegeven, dat de te verstrekken informatie wordt doorgenomen met de patiënt en dat de toestemming wordt opgenomen in het dossier. Tevens geldt voor alle beroepsgroepen het advies om bij informatieverstrekking voor een ander doel dan zorg te werken met schriftelijke toestemming. Bij voorkeur zijn in deze toestemmingsverklaring de vragen opgenomen waar voor de beantwoording ervan toestemming wordt gegeven.
De LVVP heeft een weloverwogen afweging gemaakt en besloten om -in het kader van de administratieve lasten en de helderheid c.q. eenduidigheid- te kiezen voor de uitwerking zoals verwoord in 4.3.4. Deze uitwerking voldoet ook aan de AVG en de WGBO.

- 4.4.4. Indien de patiënt en behandelaar een privacyverklaring hebben ondertekend, stuurt de behandelaar in geval van g-ggz deze naar de zorgverzekeraar voordat facturatie plaatsvindt (zie ook 4.3 dossier). *In de gb-ggz en de g-ggz worden ingevulde privacyverklaringen of de kopieën ervan bewaard in het dossier.*
- 4.4.5. De behandelaar levert de gegevens over de verzekerde zorg aan bij DIS (Zvw) of CBS (Jeugdwet) (Wmg, NZa, Jeugdwet), behalve als er een privacyverklaring is ondertekend.
- 4.4.6. Als de financier (zorgverzekeraar of gemeente) om informatie vraagt, maakt de behandelaar een zorgvuldige afweging of hij met het oog op zijn beroepsgeheim en zijn verplichtingen op grond van de AVG of en zo ja welke informatie uit het dossier gedeeld kan en mag worden met inachtneming van de hiervoor geldende wet- en regelgeving en contractuele verplichtingen.
- 4.4.7. Als de patiënt schriftelijk toestemming heeft gegeven voor informatieverstrekking, gaat de behandelaar na of deze toestemming gericht is. Gerichte toestemming houdt in dat de patiënt weet om welke informatie het gaat, voor welk doel deze wordt gebruikt en dat de patiënt de gevolgen van het gebruik kan overzien. De behandelaar mag hierbij geen waardeoordelen geven. Aangeraden wordt dat de behandelaar zijn patiënt(en) informeert over inzage in dossiers als een zorgverzekeraar of gemeente dit aankondigt, ook als er geen wettelijke verplichting is (zie de LVVP-handreiking materiële controle door zorgverzekeraars).
- 4.4.8. De behandelaar is niet verplicht om informatie aan derden te verstrekken. Doet hij dat wel, dan mag de behandelaar alleen met schriftelijke en gerichte toestemming van de patiënt feitelijke informatie over een (ex-)patiënt aan derden geven zoals bedrijfsarts, UWV, (letsel)advocaten, scholen, et cetera. Wel is het de behandelaar toegestaan een door hem gestelde diagnose (op zijn eigen deskundigheidsgebied) te vermelden.

4.4.9. De behandelaar draagt zorg voor informatiebeveiliging van de patiëntgegevens. (NEN 7510, 7512 en 7513, AVG)

De behandelaar:

- zorgt voor een veilige ict-omgeving, informatievoorziening en -verkeer (e-mail, digitale uitwisseling, cloudservice, e-health);
- is de verantwoordelijke voor de gegevensverwerking van zijn patiënten, administratie en dossier;
- is het aanspreekpunt voor de patiënt met betrekking tot de gegevensverwerking en het uitoefenen van de rechten van de patiënt;
- regelt de toegang tot gegevens (autorisaties) voor gerechtvaardigde gebruikers van het informatiesysteem;
- heeft verwerkingsovereenkomsten voor inschakeling van derden (ict, epd, ROM, e-health);
- doet regelmatig een plan-do-check-act-cyclus voor informatiebeveiliging;
- draagt zorg voor een veilige verwerking van persoonsgegevens en heeft hiervoor een privacystatement, privacyprotocol en/of privacybeleid opgesteld;
- houdt een verwerkings- en datalekkenregister bij.

4.4.10. De behandelaar is verplicht een melding te doen bij de Autoriteit Persoonsgegevens (AP)⁵, als er een datalek⁶ of inbreuk op de beveiliging optreedt, waarbij er kans is op verlies of onrechtmatige verwerking van persoonsgegevens. De behandelaar dient tevens de betrokkenen te informeren als de gegevens niet zijn versleuteld en hij redelijkerwijs nadelige gevolgen verwacht voor de persoonlijke levenssfeer⁷. (AVG)

5 Voorheen College Bescherming Persoonsgegevens (CBP)

6 We spreken van een datalek als persoonsgegevens in handen vallen van derden die geen toegang tot die gegevens zouden mogen hebben. Een datalek is het gevolg van een beveiligingsprobleem. In de meeste gevallen gaat het om uitgelekte computerbestanden, al kan een diefstal of verlies van een usb-stick of laptop ook een datalek vormen.

7 Als de behandelaar ten onrechte een datalek niet bij de AP meldt, dan kan de AP de behandelaar een boete geven.

4.5 Informatie

► **Kwaliteitsnorm**

Patiënten worden geïnformeerd over de indicatiestellingprocedure, behandel mogelijkheden en patiëntenrechten. De behandelaar zorgt ervoor dat de (digitale) communicatie veilig verloopt conform de standaarden m.b.t. vertrouwelijkheid.

► **Kwaliteitscriteria**

- 4.5.1. De behandelaar informeert de patiënt mondeling, schriftelijk of via de website over⁸:
- de praktijk (*WGBO*);
 - de procedure van indicatiestelling (*WGBO*);
 - de indicatie (*WGBO*);
 - de voorgestelde psychologische onderzoeken en/of methode van behandeling (*WGBO*);
 - informed consent en samen beslissen over behandelplan: in dit verband vraagt de behandelaar aan de patiënt, met inachtneming van de specifieke situatie van de patiënt, of de patiënt de betreffende informatie over het behandelplan heeft begrepen en of deze nog verdere vragen heeft (*WGBO, beroepscode*);
 - het eventuele bestaan van een wachtlijst(procedure): de behandelaar is verplicht zijn aanmeldings- en behandelingswachtlijden te publiceren op zijn website en deze gegevens te actualiseren (*ks, Wmg, Wkkgz, beleidsregel NZa*). Ook al is de Wmg niet van toepassing voor de Jeugdwet, ook behandelaren van kinderen en jeugdigen wordt dringend aanbevolen om wachtlijden te registreren en te publiceren;
 - het klachtrecht (*WGBO, Wkkgz, Jeugdwet*);
 - patiëntenrechten (*WGBO, Wkkgz, Jeugdwet*);

⁸ De belangrijkste onderwerpen waarover de patiënt geïnformeerd dient te worden, worden opgesomd. In wetgeving wordt ingegaan op tal van details onder andere over wanneer de geheimhoudingsplicht niet geldt. De behandelaar dient hiervan in ieder geval zelf op de hoogte te zijn. Afhankelijk van de situatie wordt aan de patiënt meer of minder informatie gegeven.

- met welke zorgverzekeraars of gemeenten er een contract is afgesloten, de kosten en vergoedingsmogelijkheden van de behandeling (natura/restitutiepolis, verschil in gecontracteerde/ongecontracteerde zorg, verzekerde ggz en onverzekerde zorg (ovp's/ozp's), inclusief standaardprijslijst van de praktijk/tarieven (*ks, NZa, WGBO, Zvw, Wmg, Wkkgz, Jeugdwet*);
- de verwerking en bescherming van diens persoonsgegevens (*AVG, Zvw, Jeugdwet*);
- de verplichte identificatie van de patiënt voorafgaand aan de behandeling (*Wet BSN-z*);
- regels en reglementen van de praktijk, bijvoorbeeld over het verzetten van afspraken en betalingsvoorwaarden, tarief en voorwaarden no-show, de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de behandelaar, evenals regelingen voor waarneming tijdens afwezigheid (*ks*);
- de hoofdlijnen van de beroepscode(s) en de WGBO onder andere wat betreft regels voor het aangaan, uitvoeren en beëindigen van de behandeling, geheimhoudingsplicht⁹, grensoverschrijdend gedrag, dossierbeheer, bewaartermijn dossier en recht op inzage in, aanvullen of verwijderen van het eigen dossier, de continuïteit in het behandelproces en de verwerking van tot de persoon herleidbare gegevens (*beroepscodes, WGBO, AVG*).
- op verzoek van de patiënt: informeren over de rechten die voor de patiënt voortvloeien uit de Wkkgz: onder andere de kwaliteit van de zorg (klachtrecht, wachttijden, ervaringen van patiënten met de zorg).

4.5.2. Ten aanzien van informatieverstrekking aan de omgeving van de patiënt houdt de behandelaar zich aan de vigerende wet- en regelgeving. (*WGBO, AVG, Wkkgz, beroepscode voor psychologen, beroepscode voor psychotherapeuten, Zvw, Jeugdwet*)

⁹ Gegevens van de patiënt worden behandeld volgens de wettelijke vereisten (m.n. WGBO en AVG) en de beroepscodes.

4.6 Opleiden

► **Kwaliteitsnorm**

De behandelaar die een praktijkopleidingsplaats verzorgt voor de opleiding tot eerstelijnspsycholoog, gz-psycholoog, psychotherapeut of klinisch (neuro)psycholoog, of die een stagiaire of werkervaringsplaats heeft, draagt zorg voor een veilig en kwalitatief goed opleidings- c.q. werkervaringsklimaat en voldoet aan de daarvoor geldende eisen.

► **Kwaliteitscriteria**

- 4.6.1. De praktijkopleidingsplaats vindt plaats in het kader van de opleiding tot eerstelijnspsycholoog, gz-psycholoog, psychotherapeut of klinisch (neuro)psycholoog, die wordt aangeboden door één van de erkende opleidingsinstellingen.
- 4.6.2. De praktijkopleidingsplaats en betrokken begeleiders dienen te voldoen aan de eisen volgens de daarop van toepassing zijnde, vigerende wet- en regelgeving. (*FGzPt, onder andere RINO's, stichting TOP-opleidingen, NZa*)
- 4.6.3. In het kader van wettelijk tuchtrecht dient helder te zijn wie verantwoordelijkheid draagt voor de verrichtingen van de opleiding of stagiaire. Dit is mede afhankelijk van de eventuele BIG-registratie van de opleiding of stagiaire.
- 4.6.4. De behandelaar maakt in afstemming met de opleiding afspraken over begeleiding, taken, et cetera. Deze worden vastgelegd in een overeenkomst.
- 4.6.5. De behandelaar maakt - als er sprake is van een werkervaringsplaats - met de (startende) psycholoog afspraken over de werkervaringsplaats, onder andere over begeleiding, maximale duur, aantal dagen, (stage)vergoeding, et cetera en legt deze schriftelijk vast.

4.7 Personeel

► **Kwaliteitsnorm**

De behandelaar die personeel in dienst heeft in zijn praktijk of die een waarnemer inzet, draagt zorg voor helder personeelsbeleid. Hij zorgt ervoor dat zijn personeel over voldoende opleiding en ervaring beschikt en zorgt voor een heldere toedeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

► **Kwaliteitscriteria**

- 4.7.1. De behandelaar gaat na of zorgverleners die voor hem (gaan) werken daarvoor ook geschikt zijn en hij vraagt de zorgverlener om een verklaring omtrent het gedrag (vog). De behandelaar slaat de ingewonnen informatie op in het personeelsdossier. *(Wkkgz)*
- 4.7.2. De behandelaar c.q. praktijkhouder draagt er zorg voor dat zijn personeel c.q. waarnemer over voldoende opleiding en ervaring beschikt.
- 4.7.3. De behandelaar c.q. praktijkhouder zorgt voor een duidelijke toedeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden. *(Wkkgz)*
- 4.7.4. De praktijkhouder hanteert een transparante heldere werving- en selectieprocedure.
- 4.7.5. Er dient sprake te zijn van een rechtsgeldige arbeidsovereenkomst voor het personeel in loondienst. Voor overeenkomsten van opdracht dient een schriftelijke overeenkomst gesloten te worden, die waarborgt dat de behandelaar/waarnemer zich bij zijn werkzaamheden laat leiden door de op de zorgaanbieder rustende wettelijke verplichtingen en regels van de praktijkhouder. *(Wkkgz)*
- 4.7.6. De praktijkhouder dient alle verplichte sociale lasten, belasting en dergelijke voor zijn personeel af te dragen.
- 4.7.7. Het personeel en waarnemers dienen een geheimhoudingsverklaring te ondertekenen.

- 4.7.8. De behandelaar c.q. praktijkhouder beschikt over een personeelsdossier voor elk personeelslid.
- 4.7.9. De behandelaar c.q. praktijkhouder draagt zorg voor een beoordelings- en functioneringscyclus en legt deze vast in het personeelsdossier.

Bijlage I **Begrippenlijst**

Akwa GGZ	Kwaliteitsinstituut
AP	Autoriteit Persoonsgegevens
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
BIG	Beroepen in de Gezondheidszorg
bsn	burgerservicenummer
bhv	bedrijfshulpverlening
dbc	diagnosebehandelcombinatie
DIS	Dbc-informatiesysteem (onderdeel van de NZa)
elp	Eerstelijnspsycholoog
gz (-psycholoog)	gezondheidszorg (-psycholoog)
NEN	Nederlandse norm
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
k&j	kind en jeugd
NIP	Nederlands Instituut voor Psychologen
NVP	Nederlandse Vereniging voor Psychotherapeuten
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
ovp	overig product
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
ZiNL	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage II **Wet- en regelgeving**

▶ **BIG**

De Wet BIG (inclusief Besluit gezondheidszorgpsycholoog en Besluit psychotherapeut). De beroepen gz-psycholoog, psychotherapeut en klinisch (neuro)psycholoog zijn wettelijk geregelde beroepen. Alleen zij die ingeschreven zijn in het BIG-register mogen de desbetreffende beroepstitel voeren. Er geldt een publiekrechtelijk tuchtrecht. Op deze wijze worden waarborgen geboden voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

▶ **WGBO**

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) regelt de juridische relatie tussen patiënt en hulpverlener. De WGBO regelt onder meer het recht van de patiënt op informatie, geheimhouding van zijn gegevens en inzage in het eigen dossier. Daarnaast is een aantal plichten omschreven, zoals de plicht van de hulpverlener tot een deugdelijke verslaglegging. Dit alles moet bijdragen aan een goede kwaliteit van zorg.

▶ **AVG**

De AVG spreekt over passende technische maatregelen om de gegevens veilig te houden. Wat dat is, wordt onder andere ingevuld door de NEN-normen 7510, 7512 en 7513.

De Wet schrijft voor dat patiënten recht hebben op:

- op een veilige verwerking van persoonsgegevens;
- te weten waar persoonsgegevens voor worden gebruikt en daar al dan niet mee akkoord te gaan;
- inzage van gegevens die een hulpverlener over hen heeft.

▶ **Meldplicht datalekken**

De meldplicht datalekken houdt in dat organisaties (zowel bedrijven als overheden) direct een melding moeten doen bij de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) zodra zij een ernstig datalek hebben. En soms moeten zij het datalek ook melden aan de betrokkenen (de mensen van wie de persoonsgegevens zijn gelekt). Met ingang van 25 mei 2018 is de Wet meldplicht datalekken opgenomen in de AVG.

▶ **Wkkgz**

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) heeft betrekking op de onderdelen kwaliteit, klachten en geschillen en regelt bijvoorbeeld dat iedere zorgaanbieder verplicht is een klachtenfunctionaris aan te stellen, een klachtenregeling te hebben en aangesloten te zijn bij een geschillencommissie. De Wkkgz heeft geen betrekking op aanbieders die jeugdhulp aanbieden. De Jeugdwet bevat voor deze aanbieders een specifieke klachtenregeling.

▶ **Wmg**

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) regelt de ontwikkeling en ordening van zorgmarkten en het toezicht daarop, met het oog op doelmatigheid en kostenbeheersing van de gezondheidszorg. Tevens beschermt en bevordert deze wet de positie van de consument ten aanzien van andere partijen in de zorg. De Wmg heeft geen betrekking op aanbieders die jeugdhulp aanbieden.

▶ **De Jeugdwet**

De Jeugdwet, de Invoeringswet Jeugdwet en enkele andere wetten die daarmee verband houden, alsmede het Besluit Jeugdwet. Met de invoering van de Jeugdwet is het stelsel herzien van de ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen in verband met opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen, en zijn gemeenten verantwoordelijk voor het gehele jeugdstelsel. De Jeugdwet heeft betrekking op kinderen en jeugdigen tot 18 jaar, hierna treedt de Zorgverzekeringswet (Zvw) in werking.

▶ **Zvw**

De Zorgverzekeringswet (Zvw) regelt op hoofdlijnen de aanspraken op o.a. geneeskundige zorg, mondzorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en ook de geneeskundige ggz. Geneeskundige ggz is zorg gericht op de behandeling van een psychische stoornis. Het gaat hierbij om gb-ggz en g-ggz en opname in een ggz-instelling (psychiatrisch ziekenhuis of PAAZ). Een deel van de ggz (zorg die niet geneeskundig van aard is) valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Zorg die niet onder de aanspraken van de Zvw ofwel in het verzekerde pakket valt, is onverzekerde zorg. Op onverzekerde zorg is vooralsnog de Wmg van toepassing. In de Zvw is geregeld dat iedereen die in Nederland woont en/of loonbelasting betaalt, verplicht een

basisverzekering moet afsluiten. Tot slot bepaalt de Zvw dat verzekeraars verplicht zijn iedereen te accepteren en zorgverzekeringen niet mogen beëindigen bij nadelig schadeverloop.

► **Wbsn-z en Wabb**

Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg (Wbsn-z) en de Wet algemene bepalingen bsn (Wabb), Jeugdwet, regelen het gebruik van het bsn voor zorgaanbieders. Die gebruiken het nummer in hun administratie en in de uitwisseling van persoonsgegevens met andere zorgaanbieders en de zorgverzekeraar/gemeenten.

► **Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling**

Per 1 juli 2013 zijn zorgaanbieders wettelijk verplicht een 'meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld' te hebben. Deze meldcode is een stappenplan dat de zorgaanbieder moet gebruiken bij de overweging om melding te maken bij Veilig Thuis, het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling in geval van vermoedens van geweld en mishandeling bij een patiënt. De LVVP heeft hiervoor het stappenplan voor vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten bij (de overweging tot) melding van (vermoedens van) huiselijk geweld en kindermishandeling ontwikkeld (LVVP-stappenplan bij de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling). Vanaf 2019 is de verbeterde meldcode van kracht. Deze houdt in dat melden bij Veilig Thuis aangewezen is als een vermoeden is van acute en/of structurele onveiligheid. Behandelaren zijn verplicht in dit geval het afwegingskader van hun beroepsgroep te gebruiken.

► **Informatiebeveiliging in de zorg - NEN 7510, 7512 en 7513**

Een Nederlandse norm (NEN) is geen wet, maar een norm met een groot draagvlak en autoriteit. De NEN 7510 beschrijft een set maatregelen die zorginstellingen moeten treffen om via een gecontroleerd proces op adequate wijze met (medische) gegevens om te gaan.

Aanvullend op de NEN 7510 zijn de NEN 7512 en 7513 in het leven geroepen. NEN 7512 richt zich op de zekerheid die partijen elkaar dienen te bieden als voorwaarde voor een vertrouwde gegevensuitwisseling en beschrijft de aanzet tot risicoclassificatie en de uitwerking van de eisen voor identificatie en authenticatie van een bepaalde risicoklasse.

De NEN 7513 richt zich met name op 'logging': het vastleggen van acties op het elektronisch patiëntendossier, zodat achterhaald kan worden wie toegang heeft gehad tot het dossier.

De norm is van toepassing op alle organisaties in de gezondheidszorg, ongeacht de aard en de omvang van het bedrijfsproces. Bij het leveren van verantwoorde zorg door de zorginstelling moeten de patiëntgegevens op adequate wijze worden beveiligd. Informatiebeveiliging valt onder het toezicht van de IGJ en de AP.

► **Arbowet**

De Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) bevat regels voor werkgevers en werknemers om de gezondheid, de veiligheid en het welzijn van werknemers en zelfstandig ondernemers te bevorderen. Doel is om ongevallen en ziekten, veroorzaakt door het werk, te voorkomen.

- Arbowet artikel 3: Doeltreffende maatregelen worden getroffen op het gebied van de eerste hulp bij ongevallen, de brandbestrijding en de evacuatie van werknemers en andere aanwezige personen, en doeltreffende verbindingen worden onderhouden met de desbetreffende externe hulpverleningsorganisaties.
- Algemene voorschriften waar de zelfstandige aan moet voldoen, zijn:
 - het voorkomen van gevaar voor derden (artikel 10 Arbowet);
 - het zorgen voor de eigen veiligheid en die van andere betrokken personen door zich veilig en verantwoord te gedragen (artikel 11 Arbowet);
 - het vermijden van levensgevaar of ernstige schade aan de gezondheid. Het niet naleven van deze bepaling is een misdrijf (artikel 32 Arbowet);
 - alle bepalingen uit het Arbobesluit die te maken hebben met het treffen van maatregelen om een ernstig arbeidsrisico te beperken of te vermijden;
 - alle bepalingen uit het Arbobesluit die te maken hebben met het treffen van maatregelen om andere arbeidsrisico's te beperken of te vermijden; dit geldt niet als een zelfstandige alleen werkt.

Alleen voor zelfstandigen (solisten) gelden geen systeemverplichtingen, zoals de risico-inventarisatie en -evaluatie (ri&e). Hierdoor heeft de zelfstandige minder administratieve lasten. Praktijken met werknemers (loondienst of zzp) kunnen meer informatie vinden in de arbocatalogus ggz: www.arbocatalogusggz.nl

► **Beroepscodes**

De beroepscode voor psychologen (NIP, herziene uitgave 2015) en de beroepscode voor psychotherapeuten (NVP, herziene uitgave 2018). Voor beide beroepen geldt dat de beroepscode, als samenstel van gedragsregels, de stand van zaken in de voortgaande beroepsethische discussie reflecteert, zoals die in de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen en specifiek binnen de eigen beroepsgroep wordt gevoerd.

De belangrijkste functies van de beroepscodes zijn:

- het bieden van een leidraad voor het beroepsmatig handelen;
- het bevorderen van beroepsethische reflectie;
- het dienen als informatiebron voor patiënten en professionals over de gedragsregels die gelden voor psychotherapeuten en psychologen;
- het bieden van een maatstaf voor toetsing van het beroepsmatig handelen voor allen die zijn ingeschreven in het BIG-register ggz-psycholoog, psychotherapeut of klinisch (neuro)psycholoog.

► **Beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)**

- Nadere regel - regeling publicatie wachttijden ggz;
- Beleidsregels en nadere regel generalistische basis-ggz;
- Beleidsregels en nadere regel gespecialiseerde ggz;
- Nadere regel - verplichte aanlevering minimale dataset gespecialiseerde ggz,
- Tariefbeschikking gespecialiseerde ggz,
- Tariefbeschikking generalistische basis-ggz.

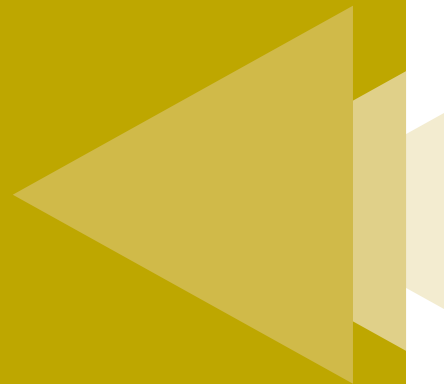
Daarnaast kan ook andere regelgeving van belang zijn: Zorginstituut Nederland (ZiNL), Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) of Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en richtlijnen van de LVVP, gepubliceerd op de website van de LVVP (www.lvvp.info).

Bijlage III Overzicht LVVP-richtlijnen, handreikingen en formulieren

Voor een volledige, actueel overzicht, zie het ledendeel op de website van de LVVP (www.lvvp.info).

Sturen op functioneren

Leidraad met stappenplan bij twijfel over het verantwoord professionele functioneren van uzelf of van een collega vrijgevestigd ggz-professional.



Elkaar sturen op verantwoord professioneel functioneren

▶ Veilig sturen op elkaars professionele functioneren

De LVVP constateert bij haar leden een behoefte aan ondersteuning en handvatten indien men twijfelt over (een onderdeel van) het beroepsmatig functioneren van een collega. Om haar leden hierin te faciliteren heeft de LVVP een handreiking opgesteld aan de hand waarvan u als vrijgevestigd ggz-professional tot een zorgvuldige afweging kunt komen en er adequaat op kunt handelen. De beroepscodes verplichten ertoe om elkaar als zorgaanbieder aan te spreken in geval van twijfel en zorgen over elkaars professionele functioneren; nergens is echter aangegeven hoe men dat vervolgens doet. De LVVP wil haar leden met deze leidraad helpen bij het veilig en met elkaar sturen op functioneren, om de kwaliteit van zorg te verbeteren en de patiëntveiligheid te vergroten en daarmee tevens bij te dragen aan het vertrouwen van patiënten en externe kwaliteitsbewakers in de zorg die leden van de LVVP leveren.

▶ Waar angst regeert, wordt niet geleerd

Elkaar sturen op functioneren kan alleen als er open over kan worden gesproken, zonder directe angst voor repercussies. Dat is de basis van elk veiligheidssysteem binnen en buiten de zorg. Vooraf moet helder zijn waar de grens van patiëntveiligheid c.q. verantwoorde zorgverlening ligt en wat men kan doen om die waar nodig te herstellen.

▶ Naar een 'just culture' en 'fit to practice'

Het streven naar een 'just culture' is in lijn met ontwikkelingen in de zorg en in de maatschappij. Van een zorgprofessional wordt verwacht dat hij/zij zich voortdurend probeert te verbeteren en zich kan verantwoorden over zijn/haar handelen. Investeren in de kwaliteit van zorgprofessionals komt de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid ten goede en is cruciaal om disfunctioneren te voorkomen. Door het 'sturen op functioneren' te faciliteren, waar ook de LVVP-kwaliteitscriteria en het visitatietraject op zijn gericht, kan er tijdig en adequaat worden gehandeld als iemand (tijdelijk) minder functioneert. Een stappenplan kan bijdragen aan het tijdig en veilig bespreekbaar maken van zorgen over het professionele functioneren van een collega-zorgaanbieder. De patiëntveiligheid is daarbij leidend.

► **De professionele standaard**

Volgens de WGBO en de Wkkgz wordt de ggz-professional geacht goede zorg te verlenen en als goed hulpverlener te functioneren, waarbij hij handelt in overeenstemming met zijn verantwoordelijkheid, die voortvloeit uit de voor hem geldende professionele standaard. Onder professionele standaard moet worden verstaan - naast algemene wet- en regelgeving in de gezondheidszorg - de voor eerstelijns/gz-psychologen, klinisch (neuro)psychologen en psychotherapeuten geldende beroepscode, richtlijnen van de beroepsorganisaties, kwaliteitscriteria van de LVVP en normen uit de tucht-rechtspraak. Voor LVVP-leden is de relevante wet- en regelgeving verankerd in de LVVP-kwaliteitscriteria.

► **Definitie van disfunctioneren**

In dit stappenplan wordt onder disfunctioneren verstaan: een (veelal) structurele situatie waarin patiënten worden geschaad of het risico lopen te worden geschaad als gevolg van tekortschietende beroepscompetenties van de zorgverlener of onverantwoorde zorgverlening door de zorgverlener, en deze niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen.

► **Kwaliteitscriteria en beroepscode: openheid en toetsbaarheid functioneren**

Op basis van de vereisten zoals verwoord in de beroepscode, vermelden de kwaliteitscriteria van de LVVP dat elke psycholoog en psychotherapeut bereid dient te zijn tot openheid en communicatie over en evaluatie van zijn handelen, met inachtneming van zijn beroepsgeheim. Elke goed functionerende psycholoog en psychotherapeut wordt verondersteld bereid en in staat te zijn om te reflecteren op het eigen professionele functioneren.

Wanneer u twijfels en zorgen heeft over het professionele functioneren van een collega, dan wordt vanuit de beroepscode verwacht dat u dit met de betrokken collega bespreekt. Indien u daarbij vaststelt dat aantoonbaar sprake is van een aanhoudend risico op gezondheidsschade van patiënten, en dat uw collega niet bereid en/of in staat is om die schade te herstellen, dan dient u dit aan uw collega voor te leggen, het verminderde functioneren gezamenlijk te onderzoeken en uw collega hierbij te steunen. Bij onvoldoende verbetering of evident grote risico's voor de patiëntveiligheid dient u melding te doen bij de daarvoor meest gereede instantie (de IGJ), na uw

collega van dit voornemen op de hoogte te hebben gesteld. Echter, alvorens het zover is, adviseren wij u onderstaande stappen te volgen.

Twijfel over uw eigen professionele functioneren: benader de vertrouwenspersoon

Als u twijfels heeft over uw eigen professionele functioneren, bijvoorbeeld nadat een collega u hierop heeft gewezen, dan kunt u zelf contact opnemen met de onafhankelijke vertrouwenspersoon van de LVVP. Deze vertrouwenspersoon kan u onder geheimhouding begeleiden en adviseren. U kunt zich tevens zelf melden bij de onderzoekscommissie van de LVVP (zie stap 3 van het onderstaande stappenplan) waarna u mogelijk kunt deelnemen aan het begeleide verbetertraject onder leiding van een daarvoor aangestelde coach. De vertrouwenspersoon kan u ook adviseren om deel te nemen aan het coachingstraject zónder tussenkomst van de onderzoekscommissie.

Stappenplan bij twijfel over het verantwoord functioneren van een collega

Als u zorgen heeft over het individuele functioneren van een collega, dan kunt u oplopend de volgende stappen toepassen:

► Stap 1: zorg voor elkaar - bespreek uw zorgen tijdig met uw collega

Een goed functionerende zorgprofessional leert continu en probeert zich te verbeteren. Indien u vanuit uw collegiale verantwoordelijkheid signaleert dat een collega verminderd functioneert en u zich zorgen maakt over zijn/haar beroepsmatige handelen en over de veiligheid van zijn/haar patiënten, leg dit dan tijdig aan uw collega voor. Daarmee bent u hem/haar tot steun en kunt u gezamenlijk verdergaande gevolgen voorkomen. Bied steun bij verbeteracties van uw collega en bedenk samen een oplossingsrichting. Met het oog op de patiëntveiligheid kan daarbij bijvoorbeeld gedacht worden aan tijdelijke waarneming of ondersteuning. U maakt van de gevoerde gesprekken en gemaakte afspraken een verslag. Als uw collega de door u aangegeven signalen erkent en transparant is over zijn/haar functioneren,

dan hoeft u voornamelijk geen vervolgstappen te zetten. Uw collega kan met uw steun weer 'fit to practice' worden.

► **Stap 2: deel uw zorgen over het functioneren met andere collega's**

Als u gaandeweg merkt dat uw collega (LVVP-lid) uw signalen niet (h)erkent en niet bereid of in staat is tot zelfreflectie en zelfcorrectie, dan laat u hem/haar weten dat u zich zorgen maakt over zijn/haar beroepsmatige functioneren en dat u dit wilt bespreken met een andere collega (bij voorkeur in een intervisiegroep). U maakt een verslag van deze intervisiebespreking en bespreekt dit met de betreffende collega. Uw collega kan verzoeken om inzage in het verslag.

Biedt ook deze stap onvoldoende soelaas, dan laat u uw collega weten dat u uw zorgen wilt voorleggen aan de onderzoekscommissie van de LVVP.

► **Stap 3: leg uw zorgen voor aan de onderzoekscommissie van de LVVP**

U meldt uw zorgen over het vermoedelijke disfunctioneren van uw collega schriftelijk en gemotiveerd aan de onderzoekscommissie, nadat u dit ten minste één maal met het betrokken LVVP-lid en zo nodig in intervisieverband met collega's hebt besproken. U overlegt daarbij tevens de verslagen van de met en over uw collega gevoerde gesprekken. De LVVP-onderzoekscommissie is ingesteld om steun te bieden bij het sturen op functioneren van LVVP-leden indien dit als collega's onderling niet lukt. Uw collega kan er ook voor kiezen om zelf hulp te vragen bij de onderzoekscommissie. Betreft het een niet-lid van de LVVP, dan overweegt u een melding bij de IGJ na uw collega van dit voornemen op de hoogte te hebben gesteld.

Het doel van de onderzoekscommissie is om bij LVVP-leden de risico's voor de patiëntveiligheid na te gaan en de betrokken ggz-professional zo nodig de mogelijkheid te bieden van een verbetertraject en de staat van 'fit to practice' te hervinden. Op basis van de kwaliteitscriteria van de LVVP wordt het betreffende LVVP-lid verondersteld medewerking te verlenen aan het onderzoek dat de LVVP-commissie instelt naar het vermeende verminderde functioneren en de risico's voor de patiëntveiligheid. Omdat deelname aan het onderzoek echter op vrijwillige basis plaatsvindt, kan uw collega weigeren aan het onderzoek mee te werken. In dat geval meldt u de ontvangen

signalen over het (vermoedelijk) verminderd functioneren en de risico's voor de patiëntveiligheid binnen een week bij de IGJ, nadat u dit heeft aangekondigd bij de betrokken collega. Indien de patiëntveiligheid acute melding vereist, doet u de melding terstond. Ook hiervan brengt u de betrokken collega op de hoogte. Voor meer uitleg over het onderzoekstraject, zie de betreffende informatie verderop in dit stappenplan.

► **Stap 4: doe een melding bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)**

In de beroepscode wordt gesproken over melding bij de 'meest gerede instantie'. Als u in het gesprek merkt dat uw collega niet bereid en/of in staat is tot zelfreflectie en zelfcorrectie én niet wil meewerken aan een onderzoek door de LVVP-onderzoekscommissie, dan meldt u uw twijfel over het functioneren van uw collega en de risico's voor de patiëntveiligheid bij de IGJ nadat u dit voornemen heeft besproken met uw collega. U kunt melding doen via het meldpunt van de IGJ.

Zorgaanbieders in Nederland zijn wettelijk verantwoordelijk voor kwalitatief goede en veilige zorg. De IGJ houdt hierop nauwlettend toezicht en grijpt in als een zorgaanbieder de veiligheid van zorg onvoldoende kan waarborgen. Meldingen van zorgaanbieders zijn hiervoor een belangrijke informatiebron. Met de implementatie van de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) heeft u een wettelijke plicht tot melding van calamiteiten en seksueel misbruik¹. Deze meldplicht heeft u ook bij beëindiging van een overeenkomst met een collega in verband met ernstig disfunctioneren. Dit kan zijn een maatschapsovereenkomst, een arbeidsovereenkomst, een overeenkomst van opdracht met een waarnemer, maar ook een onderlinge waarnemregeling voor vakanties, ziekte en nascholing. Het stappenplan 'sturen op functioneren' zet de regelgeving omtrent de wettelijke meldplicht bij beëindiging van een overeenkomst wegens ernstig disfunctioneren niet opzij. De regels en procedures voor verplichte én onverplichte meldingen door zorgaanbieders vindt u op de website van de IGJ, www.igj.nl.

¹ Onder calamiteit wordt verstaan een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid. Onder seksueel misbruik wordt verstaan grensoverschrijdend seksueel gedrag waarbij sprake is van lichamelijk, geestelijk of relationeel overwicht.

Het stappenplan in schema

Bij twijfel over uw eigen professionele functioneren: benader de vertrouwenspersoon en/of de onderzoekscommissie van de LVVP en laat u zo nodig coachen.

STAP 1

Bij twijfel over het professionele functioneren van een collega: bespreek uw zorgen met deze collega. Maak een verslag.

STAP 2

Bij gebrek aan zelfreflectie dan wel zelfcorrectie van uw collega tijdens het gesprek: leg uw zorgen voor aan uw intervisiegroep nadat u uw collega hiervan op de hoogte heeft gebracht. Maak een verslag en bespreek dit met uw collega.

STAP 3

Leg uw zorgen vervolgens voor aan de LVVP-onderzoekscommissie, nadat u dit aan uw collega heeft laten weten. Overleg alle gespreksverslagen aan de onderzoekscommissie.

STAP 4

Als uw collega wederom geen zelfreflectie/correctie toont en niet wil meewerken aan een onderzoek, dan meldt u uw zorgen bij de IGJ, nadat u dit heeft besproken met uw collega.

Het onderzoeks- en verbetertraject (stap 3 in het stappenplan)

► Het onderzoek door de LVVP-onderzoekscommissie

De onafhankelijke onderzoekscommissie, onder leiding van een externe voorzitter, doet zorgvuldig onderzoek naar het functioneren van het betrokken LVVP-lid. Het onderzoek houdt in:

1. Een of meerdere gesprekken met het betreffende LVVP-lid over zijn/haar beroepscompetenties. Het eerste gesprek vindt plaats binnen vier weken na de melding.
2. Een visitatie van de praktijk. Daarbij vindt indien nodig een dossieronderzoek plaats, waarbij de tot de persoon van de patiënt herleidbare gegevens worden afgedekt.

Het LVVP-lid kan zich tijdens de gehele procedure op eigen kosten laten bijstaan door een door hem/haar zelf gekozen raadsman of raadvrouw. De onderzoekscommissie deelt binnen vier weken nadat de gesprekken zijn afgerond haar conclusie schriftelijk en gemotiveerd mee aan het betreffende LVVP-lid.

► Uitslag van het onderzoek

De LVVP-onderzoekscommissie kan op hoofdlijnen tot drieërlei conclusies komen:

1. Er is geen sprake van structureel verminderd functioneren

Indien de onderzoekscommissie concludeert dat er geen sprake is van disfunctioneren als bedoeld in dit stappenplan (zie hiervoor), dan meldt zij dit binnen vier weken aan de betrokkene. De procedure wordt dan als afgerond beschouwd en het LVVP-lid wordt geacht te functioneren conform de beroepsstandaard, zonder nadere maatregelen.

2. Er is sprake van (op onderdelen) structureel verminderd functioneren

Indien de onderzoekscommissie concludeert dat:

- er sprake is van structureel verminderd functioneren (deelcompetenties) en/of onverantwoorde zorgverlening,
- de betrokkene blijk heeft gegeven van voldoende zelfreflectie,
- een verbetertraject mogelijk lijkt,

- en de betrokkene daaraan wil werken, dan meldt de commissie dit schriftelijk aan de betrokkene en aan de coach die vanuit de LVVP is aangesteld om het verbetertraject te begeleiden.

Indien het LVVP-lid in het begeleide verbetertraject alsnog niet in staat of bereid blijkt om de geconstateerde problemen zelf (met begeleiding) op te lossen, dan doet de coach hiervan verslag aan de onderzoekscommissie, die per ommegaande via een rapportage (geen gespreksverslagen) melding doet bij de IGJ. Het bestuur ontvangt hiervan berichtgeving zonder inhoudelijke informatie. Om een besluit te kunnen nemen over het LVVP-lidmaatschap van betrokkene, kan het bestuur naar aanleiding van de melding door de onderzoekscommissie zelf onderzoek doen. Hierbij kan het bestuur het betrokken lid vragen de relevante informatie uit de procedure bij de onderzoekscommissie te overleggen.

3. Er is sprake van (ernstig) disfunctioneren

Als de onderzoekscommissie constateert dat er sprake is van aantoonbaar disfunctioneren en /of onverantwoorde zorgverlening, dan meldt de commissie dit schriftelijk aan de betrokkene en doet per ommegaande via een rapportage (geen gespreksverslagen) melding bij de IGJ. Het bestuur ontvangt hiervan berichtgeving zonder inhoudelijke informatie. Om een besluit te kunnen nemen over het LVVP-lidmaatschap van betrokkene, kan het bestuur naar aanleiding van de melding door de onderzoekscommissie zelf onderzoek doen. Hierbij kan het bestuur het betrokken lid vragen de relevante informatie uit de procedure bij de onderzoekscommissie te overleggen.

► **Bezwaar**

Betrokkene kan tegen het bestuursbesluit aangaande opzegging van het lidmaatschap dan wel ontzetting uit het lidmaatschap schriftelijk bezwaar maken bij de Beroepscommissie van de LVVP, die in dat geval een bindende uitspraak doet (zie art. 14 van de LVVP-statuten).

► **Het begeleide verbetertraject**

Indien er sprake is van (op onderdelen) structureel verminderd disfunctioneren en het betrokken LVVP-lid voldoet aan de voorwaarden voor een vanuit de LVVP begeleid verbetertraject, dan wordt hij/zij na de onderzoeksfase door de onderzoekscommissie door de hiervoor door het bestuur

aangestelde coach opgeroepen voor een gesprek. In dat gesprek wordt het voorstel van de onderzoekscommissie besproken voor een verbetertraject naar aanleiding van de conclusies van de onderzoekscommissie.

Onder begeleiding van de coach beschrijft het LVVP-lid in het plan van aanpak SMART welke activiteiten hij/zij binnen welke termijn gaat ondernemen om de status van 'fit to practice' te hervinden. Voor een evaluatie van het verbetertraject wordt door de coach een evaluatiegesprek gepland.

Overigens kan de IGJ rechtstreeks naar het begeleide verbetertraject verwijzen zonder tussenkomst van de LVVP-onderzoekscommissie. De IGJ maakt reeds enkele jaren gebruik van begeleiding van ggz-professionals door een LVVP-coach in geval dat blijktens inspectie-onderzoek noodzakelijk is.

► **Het evaluatiegesprek**

1. Als het evaluatiegesprek een bevredigend resultaat oplevert, brengt de coach hiervan binnen twee weken schriftelijk verslag uit aan betrokkene en aan de onderzoekscommissie. De onderzoekscommissie toetst vervolgens of aan de verbeterafspraken is voldaan. De procedure wordt dan als afgerond beschouwd en de betrokkene wordt op dat moment voldoende 'fit to practice' geacht, conform de beroepsstandaard.
2. Indien er op basis van het verbetertraject en het plan van aanpak sprake is van bevredigende vorderingen, maar het verbetertraject nog niet is afgerond, dan zal het verbetertraject op advies van de onderzoekscommissie worden verlengd, waarna binnen uiterlijk zes maanden een tweede evaluatiegesprek plaatsvindt van de coach met het betrokken LVVP-lid.
3. Als de coach echter constateert dat het verbetertraject geen bevredigend resultaat oplevert, dat wil zeggen indien betrokkene:
 - niet (voldoende) meewerkt aan het verbetertraject of
 - geen verbetertraject mogelijk blijkt of het verbetertraject niet leidt tot het functioneren van de betrokkene conform de beroepsstandaard, dan kan de coach hierover zo nodig zijn/haar collega-coach consulteren. Indien ook dit geen soelaas biedt, dan stopt de coach het verbetertraject, stelt de onderzoekscommissie op de hoogte

van zijn/haar bevindingen, waarna de onderzoekscommissie via een rapportage (geen gespreksverslagen) een melding doet bij de IGJ. Het bestuur ontvangt hiervan berichtgeving zonder inhoudelijke informatie. Om een besluit te kunnen nemen over het LVVP-lidmaatschap van betrokkene, kan het bestuur naar aanleiding van de melding door de onderzoekscommissie zelf onderzoek doen. Hierbij kan het bestuur het betrokken lid vragen de relevante informatie uit de procedure bij de onderzoekscommissie te overleggen.

► **Vertrouwelijke behandeling**

In alle genoemde situaties, wordt de privacy van het (mogelijk) disfunctionerende LVVP-lid gerespecteerd en geborgd door achtereenvolgens de melder, de onderzoekscommissie en de coach. Zij hebben buiten de in dit stappenplan beschreven kaders een geheimhoudingsplicht.

Het dossier van de onderzoekscommissie wordt maximaal twee jaar op een veilige plek bewaard en aansluitend vernietigd. In geval van aangetoond professioneel disfunctioneren stuurt de onderzoekscommissie de IGJ geen gespreksverslagen maar uitsluitend een rapportage toe.

Overzicht stappen onderzoekscommissie en begeleiding coach

STAP 1 Er is geen sprake van disfunctioneren: de onderzoekscommissie meldt dit binnen vier weken aan het betrokken LVVP-lid.

STAP 2 Er is sprake van (op onderdelen) structureel verminderd professioneel functioneren: indien het betrokken LVVP-lid blijkt geeft van zelfreflectie, een verbetertraject mogelijk lijkt en betrokkene daaraan wil meewerken, dan meldt de commissie dit aan betrokkene en aan de coach die het verbetertraject gaat begeleiden. Leidt het verbetertraject niet tot verbetering, dan meldt de coach dit aan de onderzoekscommissie. De onderzoekscommissie doet vervolgens melding bij de IGJ. Het LVVP-bestuur neemt een besluit over het lidmaatschap van betrokkene. Betrokkene kan tegen het bestuursbesluit bezwaar aantekenen bij de Beroepscommissie van de LVVP.

STAP 3 Er is sprake van (ernstig) disfunctioneren: de onderzoekscommissie meldt haar bevindingen aan betrokkene en doet per ommegaande via een rapportage melding bij de IGJ. Het LVVP-bestuur neemt een besluit over het lidmaatschap van betrokkene. Betrokkene kan tegen het bestuursbesluit bezwaar aantekenen bij de Beroepscommissie van de LVVP.

STAP 4 Het begeleide verbetertraject: betrokkene wordt door de door het bestuur aangestelde coach opgeroepen voor een gesprek, waarin het voorstel voor een verbetertraject naar aanleiding van de conclusies van de onderzoekscommissie wordt besproken. Onder begeleiding van de coach beschrijft het betrokken LVVP-lid in het plan van aanpak SMART welke activiteiten hij/zij binnen welke termijn gaat ondernemen om de status van 'fit to practice' te hervinden

STAP 5 Het evaluatiegesprek: de coach brengt binnen twee weken na de evaluatie van het verbetertraject schriftelijk verslag uit aan betrokkene en aan de onderzoekscommissie. De onderzoekscommissie toetst of aan de verbeterafspraken is voldaan. Indien nodig vindt een tweede evaluatiegesprek plaats van de coach met het betrokken LVVP-lid. Als de coach constateert dat het verbetertraject geen bevredigend resultaat oplevert, stelt deze de onderzoekscommissie op de hoogte van de bevindingen, die vervolgens een melding doet bij de IGJ. Het bestuur neemt een besluit over het lidmaatschap van betrokkene.

Protocol en kosten

▶ LVVP-vertrouwenspersoon

De vertrouwenspersoon wordt aangesteld door het LVVP-bestuur. Hij/zij is bij voorkeur een ervaren senior-psychotherapeut / gz-psycholoog / klinisch (neuro)psycholoog, werkt onafhankelijk en op basis van strikte vertrouwelijkheid en geheimhouding. Er is geen enkele lijn naar collega's en LVVP-bestuur. Het eerste gesprek van een LVVP-lid met de LVVP-vertrouwenspersoon wordt door de LVVP bekostigd.

▶ LVVP-onderzoekscommissie

De onderzoekscommissie werkt op basis van een door het LVVP-bestuur vastgesteld protocol en bestaat uit een seniorjurist als voorzitter en twee LVVP-leden.

De commissieleden hebben de volgende kwalificaties:

- de commissieleden hebben een ruime ervaring opgebouwd als vrijgevestigd psycholoog/psychotherapeut;
- zij zijn van onbesproken gedrag en zijn met goed gevolg gevisiteerd bij de LVVP;
- zij hebben geen zitting in een andere commissie van de LVVP, noch in het bestuur;
- zij houden zich in deze functie aan hun beroepsgeheim en zijn in staat integer om te gaan met de ingebrachte casus;
- de voorzitter van de onderzoekscommissie is geen lid van de LVVP en voldoet aan de volgende kwalificaties:
 - hij/zij is een senior jurist met ruime ervaring in het gezondheidsrecht;
 - hij/zij is op de hoogte van *just culture*, kwaliteitssystemen en incidentonderzoeken;
 - hij/zij is onafhankelijk, integer en sociaal vaardig.

De coach van het verbetertraject

De coach van het verbetertraject werkt op basis van een door het LVVP-bestuur vastgesteld protocol en voldoet aan de volgende kwalificaties. Hij/zij:

- is LVVP-lid en heeft een ruime ervaring als vrijgevestigd eerstelijns/gz-/klinisch psycholoog/psychotherapeut;
- is van onbesproken gedrag, integer en met goed gevolg gevisiteerd bij de LVVP;

- heeft geen zitting in een LVVP-commissie of het LVVP-bestuur;
- is gekwalificeerd en bekwaam om als coach op te treden.

Afhankelijk van de kwestie en het betreffende LVVP-lid kan een keuze worden gemaakt uit een mannelijke of een vrouwelijke coach, beide door het bestuur als zodanig aangesteld.

► **Verslag**

Van alle gesprekken met betrokkene wordt een verslag opgesteld. Het hoorzittingsverslag, de bevindingen omtrent de praktijkvisitatie en de rapportage van de onderzoekscommissie worden vastgelegd door de secretaris van de onderzoekscommissie en ondertekend door de voorzitter en de secretaris van de onderzoekscommissie. De betrokkene ontvangt hiervan een afschrift. Indien de coach wordt ingeschakeld, legt deze alle afspraken en gesprekken in het kader van het verbetertraject vast in een verslag en ondertekent dit.

► **Dossier**

De onderzoekscommissie en de coach leggen de rapportage, de verslagen, eventuele briefwisselingen en documenten over het verbetertraject vast in een vertrouwelijk en beveiligd dossier. Het dossier wordt veilig en vertrouwelijk bewaard tot twee jaar na het beëindigen van het onderzoeks- dan wel verbetertraject.

Nadat het dossier is gesloten en de IGJ de benodigde informatie heeft ontvangen over een melding, heeft uitsluitend de betrokkene toegang tot het dossier.

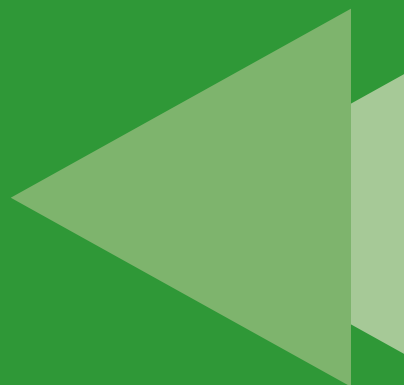
► **Kosten**

De kosten van het onderzoekstraject worden door de LVVP betaald. Alle kosten die uit het verbetertraject voortvloeien, komen voor rekening van het betrokken LVVP-lid.

► **Evaluatie regeling sturen op functioneren**

Dit reglement wordt vanaf de inwerkingtreding ten minste eens in de twee jaar geëvalueerd. In alle gevallen waarin dit reglement niet voorziet of bij verschil van mening over de uitleg van een bepaling in dit reglement beslist het bestuur.

Visitatiereglement LVVP



Inleiding

De LVVP organiseert de visitatie van vrijgevestigde gz-psychologen, psychotherapeuten en klinisch (neuro)psychologen. De LVVP is bij de opzet van de visitatie begeleid door het CBO, een landelijk kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (nu ondergebracht bij TNO).

De visitatie is gebaseerd op de brochure 'Het kwaliteitsbeleid van de LVVP', onderdeel 'Kwaliteitscriteria' van de LVVP, een afspiegeling van de wet- en regelgeving en andere kwaliteitseisen.

Het belangrijkste doel van visitatie is via het leren van elkaar een verbeterproces op gang te brengen, dit te toetsen en daarmee de kwaliteit van de praktijkvoering te borgen en/of verhogen en waar nodig aan te scherpen.

De LVVP kent een groepsgewijze vorm van visitatie met minimaal 6 en maximaal 8 personen.

Een visitatietraject voor bestaat uit twee voorbereidende bijeenkomsten en een visitatiedag.

Aan het eind van het visitatietraject ontvangen de deelnemers een visitatieverslag en - als dit positief beoordeeld wordt door de visitatiecommissie - ontvangen zij een persoonlijk visitatiecertificaat en het visitatielogo logo van de LVVP.

De LVVP-visitatie heeft een maximale geldigheid van 5 jaar en is **niet** inwisselbaar voor visitaties van andere verenigingen, met uitzondering die van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).

Dit visitatiereglement voorziet in regels, procedures, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de visitatiegroep, de gevisiteerden, de visitateurs en de visitatiecommissie.

Dit visitatiereglement is leidend voor verdere richtlijnen en protocollen die in het visitatiebeleid van de LVVP worden opgesteld en gehanteerd.

1. De visitatieprocedure

- 1.1 Leden van de LVVP zijn statutair verplicht zich te laten visiteren conform het visitatiebeleid van de LVVP (onderdeel van het kwaliteitsbeleid).
- 1.2 LVVP-leden melden zich voor visitatie aan via een inlog op de LVVP-website. Men schrijft zich in voor een visitatietraject met vastgestelde data.
- 1.3 De LVVP-visitatie heeft een maximale geldigheid van vijf jaar. Wanneer een lid tussentijds het lidmaatschap heeft beëindigd en zich binnen drie jaar opnieuw aanmeldt, dan tellen de jaren na de eerste visitatie in het voorgaande lidmaatschap mee voor de berekening van de volgende visitatie.
- 1.4 Men kan zich inschrijven met maximaal één collega uit de groepspraktijk of een intervisiegroep waaraan men deelneemt.
- 1.5 Bij het aanmelden dient men zich in te schrijven in de regio of aangrenzende regio waar men praktijk voert. De eerste persoon die zich voor een visitatietraject inschrijft, is bepalend voor de regio waarin de voorbereidende bijeenkomsten worden gehouden.
- 1.6 In de regel bestaat de visitatiegroep uit een regionaal samengestelde groep met minimaal 6 en maximaal 8 personen.
- 1.7 Een visitatiegroep komt driemaal bijeen op door het LVVP-bureau vastgestelde data:
 - op twee voorbereidende bijeenkomsten (in de regel twee avonden van elk tweeënhalf uur), zie het protocol voorbereidende bijeenkomsten en visitatiedag, en
 - op de *visitatiedag* met 's ochtends twee bezoekers. In de middag bezoekt het bezoekerskoppel vervolgens twee praktijken, waarbij de overige deelnemers uit de groep niet aanwezig zijn. *De deelnemers dienen persoonlijk aanwezig te zijn bij alle drie de bijeenkomsten. Derden zijn niet welkom.*

- 1.8 Het bureau van de LVVP benoemt een contactpersoon, die via ADAS wordt aangesteld. De contactpersoon onderhoudt contact met het bureau en met het visiteurskoppel en zit de voorbereidende bijeenkomst(en) voor.
- 1.9 De visitatiegroep draagt zelf zorg voor een locatie voor de voorbereidende bijeenkomst(en) en de ochtend van de visitatiedag. Ze worden bij voorkeur in de praktijk van één van de deelnemers gehouden.
- 1.10 Bij aanvang van het visitatietraject ontvangen de visitatiegroepsleden per mail informatie over het inloggen op ADAS, het digitale visitatiesysteem van de LVVP.
Vanaf dit moment kunnen de deelnemers zich niet meer terugtrekken uit het visitatietraject! (zie algemene voorwaarden bij 6. Financiën)

De deelnemers vinden daar:

- de visitatievragenlijst;
- de praktijkscan;
- de 360-graden-feedbackvragenlijst voor verwijzers;
- de 360-graden-feedbackvragenlijst voor collega's;
- de checklist dossieronderzoek;
- het verbeterplan.

Indien eerder gevisiteerd:

Er wordt geïnformeerd naar de verbeterplannen van de vorige visitatie. De gevisiteerde kan aangeven wat er verbeterd is. De verbeterplannen kunnen tevens als bijlage worden toegevoegd of meegenomen worden naar de visitatiedag.

- 1.11 Uiterlijk twee weken vóór de visitatiedag dienen de deelnemers alle lijsten volledig ingevuld te hebben. ADAS zorgt er via e-mailnotificatie voor dat de deelnemers het traject op tijd doorlopen. ADAS zorgt vervolgens voor verzending van de informatie naar het visiteurskoppel voor de bespreking op de ochtend van de visitatiedag.
- 1.12 Het programma van de voorbereidende bijeenkomsten, de visitatiedag en bijbehorende werkzaamheden worden weergegeven in het protocol voorbereidende bijeenkomsten en visitatiedag.

- 1.13 Vóór de eerste voorbereidende bijeenkomst worden de namen van de bezoekers via ADAS bekend gemaakt aan de leden van de visitatiegroep. U vindt deze namen onderaan de uitnodigingsmail die u ontvangt van ADAS.
- 1.14 Een gevisiteerde kan binnen een week na bekend worden van de namen van de bezoekers tegen één of meer bezoekers bezwaar maken. Indien de visitatiecommissie het bezwaar gegrond acht, kan (kunnen) de betreffende bezoeker(s) worden vervangen of er wordt een alternatieve oplossing gezocht voor de betreffende gevisiteerde. Indien geen overeenstemming wordt bereikt, beslist het LVVP-bestuur. *Dit kan mogelijk tot gevolg hebben dat de visitatie op een latere dan de oorspronkelijke datum zal plaatsvinden!*
- 1.15 De deelnemers ontvangen op de ochtend van de visitatiedag de namen van de twee praktijken die gevisiteerd worden.
- 1.16 Een lunch maakt onlosmakelijk deel uit van de visitatiedag, wordt georganiseerd door de visitatiegroep en de kosten zijn voor eigen rekening.
- 1.17 De LVVP bewaart een lijst van gevisiteerde LVVP-leden.

2 De bezoekers

- 2.1. Een bezoeker is een collega die daarvoor door de LVVP is opgeleid en voldoet aan de volgende criteria:
- is gewoon lid van de LVVP;
 - is minimaal vijf jaar werkzaam als vrijgevestigd eerstelijns-/gz-psycholoog, psychotherapeut en/of klinisch (neuro)psycholoog;
 - is minimaal 650 uur per jaar werkzaam in de eigen, vrijgevestigde ggz-praktijk;
 - onderschrijft het kwaliteitsbeleid van de LVVP en de visie en werkwijze van het visitatiebeleid zoals omschreven in de LVVP-brochure 'Het kwaliteitsbeleid van de LVVP', inclusief het onderdeel 'Kwaliteitscriteria' en het visitatiereglement;
 - is zelf gevisiteerd bij de LVVP;

- heeft geen maatregel gekregen of zaak tegen zich lopen bij tucht-recht of IGJ;
 - heeft het traject visiteur-in-opleiding (vio) gevolgd;
 - is bereid en in staat om als LVVP-ambassadeur op te treden.
- 2.2 Om ongewenste vermenging van functies te voorkomen maken visiteurs geen deel uit van het bestuur van de LVVP. Wanneer een visiteur tevens lid is van de visitatiecommissie, zal de visiteur niet deelnemen aan de beoordeling door de visitatiecommissie van een visitatie waarbij hij als visiteur betrokken is geweest.
- 2.3. Visiteurs visiteren in tweetallen (visiteurskoppels). Het streven is de samenstelling van de koppels te laten rouleren.
- 2.4 De visiteurs zijn niet werkzaam in dezelfde regio als de te visiteren praktijk en/of op enigerlei wijze daarbij betrokken, tenzij de situatie daartoe noopt. In verband met de reistijd van de visiteurs komen zij bij voorkeur uit aangrenzende regio's.
- 2.5 LVVP-leden die voldoen aan de genoemde criteria en visiteur willen worden, kunnen zich via het bureau van de LVVP aanmelden bij de visitatiecommissie.
- 2.6 De visitatiecommissie draagt zorg voor een tijdige uitbreiding van het aantal visiteurs wanneer dit noodzakelijk is. Bij de selectie wordt, naast de in 2.1. genoemde criteria, ook gekeken naar:
- gewenste grootte van de visiteurspool;
 - verdeling over de verschillende regio's;
 - verschillende soorten praktijken: solopraktijken/groepspraktijken; volwassenen/kinderen en jeugdigen; praktijk in grote/kleine stad of dorp;
 - evenwichtige verdeling tussen gz-psychologen en psychotherapeuten
 - evenwichtige verdeling tussen mannen en vrouwen; spreiding in leeftijd.
- 2.7 Nadere taken, verantwoordelijkheden en werkwijze van de visiteurs zijn nader omschreven in het protocol visiteurs.

3 De visitatiecommissie

- 3.1 De visitatiecommissie en haar leden worden door het LVVP-bestuur ingesteld en benoemd.
- 3.2 De visitatiecommissie valt onder operationele verantwoordelijkheid van de LVVP-directeur.
- 3.3 De visitatiecommissie heeft tot taak en verantwoordelijkheid uitvoering te geven aan het door de vereniging en het bestuur vastgestelde visitatiebeleid en het bestuur gevraagd en ongevraagd te adviseren in dezen.
- 3.4 De visitatiecommissie bestaat in de regel uit vier en ten minste uit drie LVVP-leden, die door het LVVP-bestuur worden benoemd. Ten minste drie respectievelijk twee van de leden zijn opgeleid tot visiteur. De voorzitter van de visitatiecommissie is tevens een BIG-geregistreerde klinisch psycholoog.
- 3.5 De visitatiecommissie legt jaarlijks verantwoording af over haar werkzaamheden aan het bestuur van de LVVP, met vermelding van problemen van algemene aard die zich bij de visitaties hebben voorgedaan.
- 3.6 Nadere taken, verantwoordelijkheden en werkwijze van de visitatiecommissie zijn nader omschreven in het protocol visitatiecommissie.

4 Het visitatieverslag

- 4.1 Het visiteurskoppel legt zijn bevindingen, aanbevelingen en adviezen voor iedere gevisiteerde apart vast in een conceptvisitatieverslag.
- 4.2 Het conceptvisitatieverslag van de visitatie wordt binnen twee weken door de visiteurs (via ADAS) voorgelegd aan de gevisiteerden.
- 4.3 De gevisiteerde kan uiterlijk **binnen twee weken** beargumenteerd bezwaar aantekenen tegen feitelijke onjuistheden. De visiteur beslist of deze wijzigingen worden overgenomen.

- 4.4 Wanneer gevisiteerde inhoudelijk commentaar heeft op het concept-visitatieverslag, wordt het commentaar door de visiteur aan het verslag toegevoegd.
- 4.5 **Na deze termijn van twee weken** wordt het conceptvisitatieverslag, met of zonder reactie, als vastgesteld beschouwd en naar de visitatiecommissie doorgestuurd voor beoordeling door een lid van de visitatiecommissie.
- 4.6 Een lid van de visitatiecommissie beoordeelt **in de regel twee weken na ontvangst** van het al dan niet geaccordeerde visitatieverslag of het gevisiteerde lid aan de gestelde kwaliteitscriteria voldoet (zie ook 4.8.).
- 4.7 Bij twijfel vindt er overleg plaats met een ander lid van de visitatiecommissie, wordt het besproken in de visitatiecommissie of wordt het door de bezoekers opgestelde en door de gevisiteerde gecontroleerde visitatieverslag ook met de visiteur(s) besproken.
- 4.8 **In de regel vier weken of zoveel eerder** (zie 4.6.) na vaststelling van het conceptvisitatieverslag (zie 4.5.), stelt de visitatiecommissie het verslag met een positief of negatief oordeel definitief vast; zo niet, dan zal de gevisiteerde worden geïnformeerd over de verdere procedure.
- Bij een positief oordeel, zie 4.9 e.v.
 - Bij een negatief oordeel, zie het vervolg bij 4.12 e.v.
- 4.9 Na goedkeuring door de visitatiecommissie wordt het definitieve visitatieverslag in ADAS opgeslagen. Na het afsluiten van de visitatie wordt het visitatiecertificaat en het visitatielogo aansluitend naar de gevisiteerde toegestuurd. Op de website wordt de visitatiedatum bij de gegevens van de gevisiteerde geplaatst.
- 4.10 Het verslag blijft bewaard in ADAS en zal, na afronding van de visitatie, uitsluitend door betreffende gevisiteerde kunnen worden ingezien.

- 4.12 De visitatiecommissie kan besluiten tot:
- a. *een verlengde visitatie*:
wanneer de visitatiecommissie van mening is dat de gevisiteerde extra tijd nodig heeft om te laten zien dat de gevisiteerde gestart is met de uitvoering van de verbeterplannen.
 - b. *verplichte coaching*:
wanneer de visitatiecommissie van mening is dat de gevisiteerde niet op eigen kracht kan gaan voldoen aan de kwaliteitscriteria.
 - c. *hervisitatie*:
wanneer een meerderheid van de visitatiecommissie op grond van het visitatieverslag van mening is dat er sprake is van ernstige tekortkomingen met betrekking tot de kwaliteitscriteria.
- In het protocol verlengde visitatie, hervisitatie en coaching worden de verschillende procedures voor een verlengde visitatie, hervisitatie met al/of niet verplichte coaching en de bijbehorende kosten toegelicht.*
- 4.13 Na afronding van de verlengde visitatie of hervisitatie beoordeelt de visitatiecommissie **in de regel binnen vier weken na ontvangst** van het door de gevisiteerde al dan niet geaccordeerde verslag of het gevisiteerde lid aan de gestelde kwaliteitseisen voldoet (zie het protocol *verlengde visitatie, hervisitatie en coaching*). Indien de gevisiteerde aan de eisen voldoet, wordt na goedkeuring het definitieve visitatieverslag in ADAS opgeslagen. Na het afsluiten van de visitatie wordt het visitatiecertificaat en het visitatielogo naar de gevisiteerde gestuurd.
- 4.14 Als een lid blijktens het verslag van de hervisitatie nog steeds niet voldoet aan de gestelde kwaliteitscriteria, dan wordt het lid in de regel voorgedragen aan het bestuur voor opzegging van het lidmaatschap door het bestuur.
- 4.15 Indien een verlengde visitatie, verplichte coaching of hervisitatie wordt aanbevolen, wordt dit geregistreerd. Nadat dit traject heeft plaatsgevonden en akkoord is bevonden, wordt deze registratie verwijderd.

5 De evaluatie van de visitatieprocedure

Vóór de afronding van het visitatietraject attendeert ADAS zowel de gevisiteerden als de bezoekers op het evaluatieformulier met het verzoek dit in te vullen. De vragen zijn gericht op verdere ontwikkeling en verbetering van de visitatieprocedure.

6 Financiën

- 6.1 Aan de LVVP-visitatie zijn voor LVVP-leden geen kosten verbonden. Deze kosten zijn opgenomen in de contributie. Ieder lid heeft eens in de vijf jaar recht op deelname aan de visitatie.
- 6.2 De kosten van een verlengde visitatie, hervisitatie en coaching zijn voor rekening van de gevisiteerde. Deze kosten staan vermeld op de LVVP-site.
- 6.3 De kostprijs van een visitatie, verlengde visitatie en hervisitatie wordt door het LVVP-bestuur vastgesteld in het voorgaande kalenderjaar en geaccordeerd door de algemene ledenvergadering (alv). Op de LVVP-website wordt de prijslijst visitatie vermeld (zie ledendeel van de LVVP-website).
- 6.4 Niet-leden kunnen tegen betaling deelnemen aan de LVVP-visitatie, mits zij een van de vier BIG-registraties hebben (conform de prijslijst visitatie op ledendeel van de LVVP-website, prijzen visitatie voor niet-leden zijn op te vragen bij het bureau).
- 6.5 De algemene voorwaarden voor de LVVP-visitatie zijn:
 - a. De LVVP behoudt zich het recht voor om een visitatietraject te annuleren bij onvoldoende belangstelling en/of andere redenen, zulks ter beoordeling aan de LVVP.
 - b. Annuleren van het visitatietraject door een lid is slechts mogelijk tot acht weken voor de eerste voorbereidende bijeenkomst.
 - c. Indien een lid verhinderd is, zijn hier annuleringskosten aan verbonden (zie prijslijst visitatie op ledendeel van de LVVP-website), tenzij uiterlijk vier weken voor aanvang een plaatsvervangend lid

schriftelijk wordt aangemeld bij het LVVP-bureau. Dit plaatsvervangende lid dient betrokkene zelf te vinden.

- 6.6 De leden van de visitatiecommissie, de visiteurs en de visiteurs in opleiding (vio) ontvangen een door het LVVP-bestuur vastgestelde onkosten- en reiskostenvergoeding.

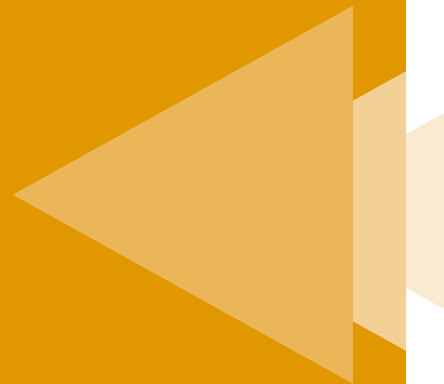
7. Uitzonderingssituaties

- 7.1. Alléén in uitzonderlijke gevallen en/of om zwaarwegende redenen kunnen, na advies van de visitatiecommissie, bestuur en/of directie van bovenstaande regeling afwijken.
- 7.2. In alle gevallen waarin dit reglement niet voorziet, besluit het bestuur van de LVVP.

8. Beroep en bezwaar

- 8.1. Indien het gevisiteerde lid het niet eens is met het besluit van de visitatiecommissie, kan binnen vier weken na gestelde in 4.4 en 4.9 schriftelijk bezwaar worden aangetekend bij de visitatiecommissie. De visitatiecommissie doet zo nodig navraag bij de visiteurs of gevisiteerde(n) en geeft binnen vier weken een reactie aan gevisiteerde.
- 8.2. Het verdient de voorkeur om klachten over het verloop van en/of bejegening tijdens de visitatie rechtstreeks met de visiteurs c.q. de visitatiecommissie te bespreken en op te lossen. Mocht dit echter niet mogelijk zijn, dan kan de gevisiteerde zich **binnen vier weken schriftelijk** wenden tot de directie van de LVVP. De directie legt de kwestie indien nodig voor aan het bestuur.

Protocol verlengde visitatie, hervisitatie en coaching



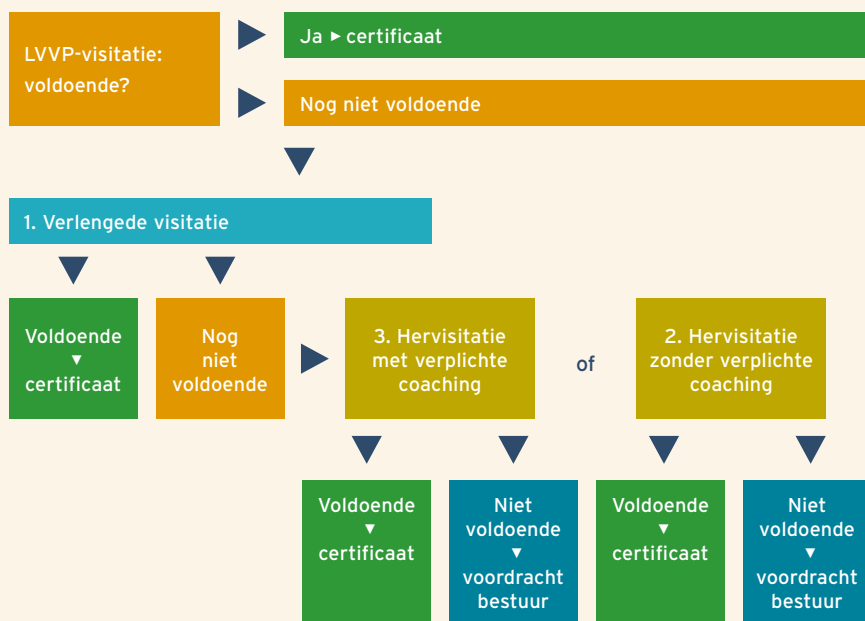
Inleiding

Elk lid van de LVVP wordt eens in de vijf jaar gevisiteerd. In de visitatie wordt bekeken of en in hoeverre het lid voldoet aan de kwaliteitscriteria van de LVVP. In het visitatiereglement is de visitatieprocedure vastgelegd. Slaagt een lid voor de visitatie, dan krijgt hij het LVVP-visitatiecertificaat toegekend.

Indien het lid (nog) niet voldoet aan de kwaliteitseisen van de LVVP kan de visitatiecommissie besluiten tot:

1. verlengde visitatie (zie paragraaf 1)
2. hervisatie (zie paragraaf 2)
3. hervisatie met verplichte coaching (zie paragraaf 3)

Schematisch ziet dit proces er zo uit:



Besluitvorming

- De visitatiecommissie neemt het besluit over een verlengde visitatie of een hervisitatie, al dan niet met verplichte coaching.
- Voor haar beslissing baseert de visitatiecommissie zich op het visitatieverslag dat door de visiteurs is opgesteld.
- Indien nodig overlegt de visitatiecommissie met een of beide visiteurs.
- Slechts in zeer uitzonderlijke situaties kan in overleg met de directie een uitzondering worden gemaakt.

Hieronder worden de procedures per onderdeel toegelicht.

1. Verlengde visitatie

- 1.1 De visitatiecommissie kan besluiten tot een verlengde visitatie als de gevisiteerde bijna voldoet aan de kwaliteitscriteria.
- 1.2 De gevisiteerde krijgt extra tijd om te laten zien dat hij aan de kwaliteitscriteria voldoet en specifieke verbeterplannen heeft geïmplementeerd.
- 1.3 Mogelijke redenen voor verlengde visitatie zijn onder meer:
 - dossiervorming niet geheel op orde, dossier wel overdraagbaar;
 - te weinig uren intervisie;
 - te weinig indicatiestellingen besproken met collega's;
 - verbeterplannen zijn onvoldoende geïmplementeerd.
- 1.4 De gevisiteerde wordt per brief geïnformeerd over de beslissing van de visitatiecommissie. In de brief wordt concreet aangegeven:
 - welke kwaliteitscriteria verbeterd dienen te worden ofwel welke verbeterplannen hij/zij moet implementeren;
 - welke zaken nagestuurd/geüpload moeten worden dan wel als een verbeterde versie aangeleverd moeten worden bij de visiteur;
 - op welke termijn dit moet gebeuren.
- 1.5 De gevisiteerde voert de zaken zoals benoemd in de brief binnen de gestelde tijd uit.

- 1.6 De visiteur beoordeelt de ingeleverde zaken, vult het visitatieverslag met de informatie aan en neemt advies op in het visitatieverslag in hoeverre gevisiteerde voldoet aan de kwaliteitscriteria. Zie verder het (actuele) visitatiereglement.
- 1.7 Aan de verlengde visitatie zijn kosten verbonden. Deze zijn voor rekening van de gevisiteerde. Zie voor het tarief de prijslijst visitatie op het ledendeel van de LVVP-website.
- 1.8 Komt de gevisiteerde niet door de verlengde visitatie, dan kan de visitatiecommissie besluiten tot een hervisitation, al dan niet met verplichte coaching (zie ook 3.2.).
- 1.9 Weigert een gevisiteerde om mee te werken aan verlengde visitatie, dan wordt het lid voorgedragen voor opzegging van het lidmaatschap door het bestuur.

2. Hervisitation zonder coaching

- 2.1 Wanneer een gevisiteerde aan meerdere kwaliteitscriteria niet voldoet, kan de visitatiecommissie besluiten tot een hervisitation.
- 2.2 De hervisitation is een individueel traject.
- 2.3 Redenen voor een hervisitation zijn in elk geval:
 - dossiervorming niet op orde, dossier niet overdraagbaar;
 - geen intervisie;
 - geen indicatiestellingen opgesteld en besproken met collega's;
 - verbeterplannen zijn niet geïmplementeerd;
 - lid weigert om aan één of meer kwaliteitscriteria te voldoen.
- 2.4 Bij de beslissing wordt meegewogen of het een eerste visitatie of volgende visitatie betreft. Bij een tweede of volgende visitatie wordt de lat hoger gelegd en moeten zaken al beter op orde zijn.
- 2.5 De gevisiteerde wordt in de brief geïnformeerd over de verplichting om zich te laten hervisiteren.

- 2.6 De kosten voor hervisitatie zijn voor de betrokkene en worden in rekening gebracht door het LVVP-bureau. Zie voor het tarief de prijslijst visitatie op het ledendeel van de LVVP-website.
- 2.7 Het bureau van de LVVP neemt binnen twee weken na dagtekening van de brief (zie 2.5) contact op met de gevisiteerde voor het plannen van een datum voor de hervisitatie. Het hervisitatietraject bestrijkt in de regel maximaal zes maanden, gerekend vanaf de dagtekening van de brief.
- 2.8 Het betreffende lid ontvangt een uitnodigingsmail van ADAS, het digitale visitatiesysteem van de LVVP. Het lid vult alle vragenlijsten (algemene vragenlijst, praktijkscan, checklist dossieronderzoek, verbeterplannen) online in, met uitzondering van de 360-feedback. Deze laatste moet alleen ingevuld worden wanneer dit in de brief is aangegeven. Zo nodig worden ook andere stukken geüpload waar in de brief om gevraagd is.
- 2.9 Uiterlijk twee weken voor de geplande visitatiedag maakt de deelnemer de volledig ingevulde vragenlijsten en verbeterplannen in ADAS definitief, zodat deze kunnen worden ingezien door de beide visitateurs ter voorbereiding op de hervisitatie.
- 2.10 De individuele visitatie duurt 1,5 uur en bestaat uit een praktijkbezoek door twee visitateurs. Per situatie wordt bekeken of er twee nieuwe visitateurs of een oude en een nieuwe visitateur worden ingezet. De gevisiteerde is verplicht om persoonlijk aanwezig te zijn tijdens de hervisitatie. Derden zijn niet welkom.
- 2.11 Het visitateurskoppel neemt vóór de hervisitatie contact op met de gevisiteerde om de werkwijze van de hervisitatie telefonisch door te spreken en eventuele vragen te beantwoorden. Zo nodig nemen zij ook contact op met de visitateurs van de voorgaande visitatie of met de visitatiecommissie.
- 2.12 De deelnemer legt de ingevulde en geprinte of digitale vragenlijsten en verbeterplannen klaar in zijn/haar praktijk.

- 2.13 Tijdens de hervisitatie wordt de volgende **agenda** gehanteerd:
- Inleiding, doel hervisitatie en voorstellen (10 min)
 - Bespreken vragenlijsten en verbeterplan, inzien dossiers (1 uur)
 - Rondleiding praktijk (10 min)
 - Afronding, toelichting op verdere procedure, de rapportage (10 min)
- 2.14 Het visiteurskoppel legt zijn bevindingen, aanbevelingen en adviezen voor de hervisitatie vast in een visitatieverslag, zie verder het visitatiereglement.
- 2.15 Als een lid blijktens het hervisitatieverslag nog steeds niet voldoet aan de gestelde kwaliteitscriteria, dan wordt het lid in de regel voorgedragen voor opzegging van het lidmaatschap door het bestuur.
- 2.16 Weigert een gevisiteerde om mee te werken aan de hervisitatie, dan wordt het lid voorgedragen voor opzegging van het lidmaatschap door het bestuur.

3. Hervisitatie met verplichte coaching

- 3.1 In een aantal gevallen kan de visitatiecommissie besluiten tot hervisitatie met verplichte coaching.
- 3.2 Naast de redenen voor hervisitatie, kunnen redenen hiervoor zijn:
- wanneer een verlengde visitatie niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
 - wanneer persoonlijke omstandigheden bij de gevisiteerde een rol spelen;
 - wanneer de realisatie van verbeterplannen onvoldoende tot uitvoering komt;
 - wanneer een lid onvoldoende blijkt geeft van het vermogen tot zelfreflectie;
 - wanneer een lid naar het oordeel van de visitatiecommissie geen grip lijkt te hebben op zijn praktijkvoering en/of niet zelfstandig in staat zal zijn het verbeterproces tot een goed einde te brengen.

- 3.3 De visitatiecommissie verwacht dat coaching implementatie van de verbeterplannen zal vergemakkelijken. Begeleiding door een coach is bedoeld om het verbeterproces te ondersteunen om aan de kwaliteitscriteria te voldoen.
- 3.4 De gevisiteerde wordt in de brief geïnformeerd over de hervisitatie en de verplichting zich hierbij te laten coachen.
- 3.5 Het LVVP-bureau wijst aan het lid een coach toe. Alleen LVVP-visiteurs kunnen optreden als coach. Leden van de visitatiecommissie en eerder betrokken visiteurs kunnen niet de rol van coach vervullen. Uitgangspunt is dat gevisiteerde en coach elkaar niet kennen.
- 3.6 Een lid krijgt één maal de gelegenheid om te verzoeken om een andere dan de voorgestelde coach.
- 3.7 Binnen vier weken geeft het LVVP-bureau naam, mailadres en telefoonnummer door aan de gevisiteerde. Deze neemt vervolgens zelf binnen twee weken contact op met de coach.
- 3.8 De visitatiecommissie verstrekt een coachingsopdracht aan de coach en gevisiteerde met daarin een omschrijving van de verbeterpunten.
- 3.9 Tevens wordt de hervisitatie gepland (zie paragraaf 2 of het visitatiereglement).
- 3.10 De coach en gevisiteerde maken afspraken over de wijze waarop de coachingsopdracht zich zal voltrekken, hoe voldaan wordt aan de kwaliteitscriteria, het aantal sessies en de kosten. De kosten voor de verplichte coaching zijn voor de betrokkene en worden rechtstreeks in rekening gebracht door de betreffende coach (zie prijslijst visitatie op het ledendeel van de LVVP-website). De gevisiteerde is verplicht om de nodige mails/briefwisseling, visitatieverslag of brief over de visitatie aan te leveren bij de coach. Ook neemt de coach contact op met de visiteur of visitatiecommissie om zich te laten inlichten over de eerdere visitatie.

- 3.11 De gevisiteerde schrijft een reflectieverslag en uploadt dit in ADAS. Dit verslag wordt gebruikt als startpunt voor de hervisitatie.
- 3.12 Komt de gevisiteerde niet door de hervisitatie, dan volgt in de regel voordracht aan het bestuur voor opzegging van het lidmaatschap.
- 3.13 Weigert het lid om mee te werken aan een coachingstraject in het kader van hervisitatie, dan wordt het lid voorgedragen voor opzegging van het lidmaatschap bij het bestuur.

4. Redenen voor opzegging lidmaatschap door bestuur

In de volgende gevallen wordt een lid voorgedragen voor opzegging van het lidmaatschap door het bestuur:

- niet voldoen aan de kwaliteitscriteria, al dan niet na verplichte coaching;
- weigering om mee te werken aan een verlengde visitatie;
- weigering om mee te werken aan een hervisitatie;
- weigering om mee te werken aan een coachingstraject in het kader van de hervisitatie.

5. Vrijwillige coaching

Leden die op eigen verzoek en op eigen kosten gebruik willen maken van een coach, kunnen contact opnemen met de LVVP.

6. Uitzonderingssituaties

- 6.1 In uitzonderlijke gevallen en/of om zwaarwegende redenen kunnen, na advies van de visitatiecommissie, bestuur en/of directie van bovenstaande regeling afwijken.
- 6.2 In alle gevallen waarin dit protocol niet voorziet, besluit het bestuur van de LVVP.



**LANDELIJKE VERENIGING VAN
VRIJGEVESTIGDE PSYCHOLOGEN
& PSYCHOTHERAPEUTEN**

Maliebaan 87, 3581 CG Utrecht
030 - 236 43 38, bureau@lvvp.info
www.lvvp.info