

# Het kwaliteitsbeleid van de LVVP

1/2017

**LVVP**

LANDELIJKE VERENIGING VAN  
VRIJGEVESTIGDE PSYCHOLOGEN  
& PSYCHOTHERAPEUTEN



# Inhoudsopgave

---

Deel 1	Algemeen kader	3
Deel 2	Visitatie	7

---

## **Bijlagen**

---

1	Kwaliteitscriteria	10
2	Sturen op functioneren	42

---

# Algemeen kader en visitatie



# Deel 1: Algemeen kader



## 1. Het kwaliteitsbeleid van de LVVP: 'fit to practise'

De LVVP behartigt de (collectieve) belangen van de vrijgevestigde eerstelijns/ ggz-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 kwaliteit van de behandeling, daar waar de patiënt uiteindelijk op moet kunnen rekenen, is gebaat bij kwaliteitsbevordering van de beroepsuitoefening en praktijkvoering. De LVVP streeft ernaar dat alle leden 'fit to practise' zijn, dat ze de vaardigheden, kennis en attitude hebben om hun beroep veilig en effectief te beoefenen. Lid zijn van de LVVP betekent dat men beschikt over een 'kwaliteitslabel'. De LVVP heeft daarmee een transparant en toetsbaar kwaliteitsbeleid.

## 2. Het zorgstelsel en het kwaliteitsbeleid van de LVVP

Sinds de Zorgverzekeringswet (Zvw) spreekt van functionele voorzieningen, wordt naar mening van de LVVP 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 bij de 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 evenwel op grond van drie pijlers: vertrouwen, samenwerking en toezicht. Anders gezegd: vertrouwen in de zorgverlener, positionering in het stelsel en toezicht in de zin van controle. Het kwaliteitsbeleid van de LVVP is gebaseerd is 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, collega beroeps- en brancheorganisaties en (potentiële) patiënten garant staat voor een kwalitatief verantwoorde invulling van de zorgverlening door onze leden.

### **3. Hoe verantwoordened leden van de LVVP zich voor de kwaliteit van de geleverde zorg?**

---

Vanuit de verschillende achtergronden binnen de LVVP beschikken wij over inhoudelijke expertise aangaande kwaliteit. In combinatie met de vigerende wet- en regelgeving heeft de LVVP inmiddels een traditie opgebouwd in de ontwikkeling en doorontwikkeling van het kwaliteitsbeleid en het transparant maken van de kwaliteit. De LVVP-leden hebben de afgelopen jaren dan ook fors geïnvesteerd in het verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg. 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'.

#### **Werken volgens professionele kwaliteitsstandaarden, waaronder het kwaliteitsstatuut**

Per 1-1-2017 moet elke aanbieder die behandelingen verricht 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 vrijevestigde 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 eerstelijns/ ggz-psychologen, psychotherapeuten en klinisch (neuro)psychologen elkaars professionele handelen bespreken aan de hand van kwaliteitscriteria. Aan dit visitatietraject is vervolgens ook een verbetertraject gekoppeld daar waar dat nodig blijkt.

#### **Sturen op functioneren**

Psychologen en psychotherapeuten hebben op basis van hun beroepscode een aanzeggingsplicht ten aanzien van (vermoedelijk) disfunctionerende collega's. Zeker in een vrijevestigde 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**

De LVVP faciliteert en stimuleert haar leden om te ROM'en in het kader van de behandeling. De LVVP organiseert cursussen en webinars om haar leden te informeren en te helpen in het gebruik ervan. Er is een overzicht van praktijksoftwarepakketten waarin ook alle aanbieders van ROM-pakketten staan vermeld. LVVP-leden kunnen via de LVVP-portal ROM'en; de LVVP financierde deze portal van 2011-2015.

## **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.

## **Klachtenregeling**

Met ingang van 1 januari 2017 is een nieuwe klachten- en geschillenregeling van kracht in het kader van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz). De LVVP heeft een nieuwe klachten- en geschillenregeling conform de Wkkgz waarop alle leden van de LVVP zijn aangesloten.

Elke zorgaanbieder moet per 1 januari 2017 beschikken over een klachtenfunctionaris die de cliënt kan benaderen als deze een klacht heeft over zijn behandelaar. De LVVP heeft een pool van klachtenfunctionarissen aangesteld, waar cliënten van LVVP-leden een beroep op kunnen doen.

De cliënt krijgt tevens de mogelijkheid om zijn klacht aan een onafhankelijke geschillencommissie voor te leggen die een bindende uitspraak doet, ook over een eventuele schadeclaim tot in ieder geval € 25.000. De cliënt krijgt hiermee een extra keuzemogelijkheid aangereikt, naast de gang naar het tuchtcollege of de burgerlijk rechter. De LVVP heeft zich aangesloten bij De Geschillencommissie Zorg in Den Haag, waar per 1-1-2017 een speciaal portaal klaarstaat voor cliënten van vrijgevestigde ggz-praktijken (gz-psychologen, psychotherapeuten, klinisch (neuro)psychologen en psychiaters).

## **E-mental health**

De LVVP doet onderzoek naar de mogelijkheden van e-mental health in de vrijgevestigde ggz-praktijk. 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, etcetera. Er vindt professionele toetsing plaats daar waar de zorgvraag complex is, er wordt doorverwezen naar de huisarts of psychiater daar waar sprake is van medicatie en er wordt opgeschaald daar waar crisis is. Op deze manier kunnen vrijgevestigden minder complexe zorg in de generalistische basis-ggz aanbieden en complexe zorg in de gespecialiseerde ggz. Dit onderwerp maakt ook onderdeel uit van het kwaliteitsstatuut.

## **4. Waar staat de LVVP voor?**

---

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

De kwaliteit van de 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 zijn resultaten en laat ze ook zien;
- 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: is regiebehandelaar en voert zelf de behandeling uit;
- werkt volgens de 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.

## **Deel 2: De visitatie**



### **Visitatie als centraal onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de LVVP**

De LVVP hecht waarde aan transparantie en toetsbaarheid van kwaliteit en wil zich daar samen met de leden voor inspannen. Visitatie is daar een goed instrument voor. Statutair is elk lid 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. Deze kunnen door de leden als toetsingskader worden gebruikt. 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 wij als LVVP als 'ondergrens' van kwalitatief goed professioneel handelen beschouwen. Gedurende het visitatietraject vindt het gesprek plaats met als leidraad de kwaliteitscriteria.

teitscriteria over elkaars professionele handelen en praktijkvoering. Het toetsingskader geeft houvast en zekerheid dat de praktijk voldoet aan de kwaliteitseisen van de LVVP. De criteria bieden alle ruimte om de eigen praktijk op eigen wijze gestalte te geven. 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 en gemeenten; zij kunnen hiermee inzicht krijgen in hoe (zorgvuldig en efficiënt) leden van de LVVP werken. 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.

### **De visitatie met collega's**

De LVVP-visitatie is intercollegiaal van opzet, doordat leden onderling elkaars praktijkvoering bespreken. Het visitatietraject heeft als doel van elkaar te leren en elkaar te bevragen over het professionele handelen en elkaars praktijkvoering. De voorbereidende bijeenkomsten vinden plaats in een visitatiegroep met 6-8 collega's, zonder visiteurs, waarin men aan de hand van een agenda de praktijkvoering met elkaar bespreekt. De kwaliteitscriteria fungeren daarbij als toetsingskader voor de praktijkhouder ('fit to practise') 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**

Gedurende het visitatietraject vindt het gesprek plaats met als leidraad de kwaliteitscriteria over elkaars professionele handelen en praktijkvoering. Gedurende het gehele visitatietraject krijgt iedereen de gelegenheid om zaken te verbeteren en aan te passen. De visitatie is geen controlerend maar 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 visiteurs van mening zijn dat het LVVP-lid nog onvoldoende verbetering laat zien, kan er door de leden gebruik worden gemaakt van hulpmiddelen als een verlengde visitatie, een coachingstraject en/of een hervisitatie. 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.

### **De visiteur als gids**

Het visiteurskoppel begeleidt de visitatiegroep gedurende de visitatie en helpt gevisiteerden om hun weg te vinden in het oerwoud van alle kwaliteitscriteria. De visiteur is de gespreksleider tijdens de visitatiedag, die op hoofdpunten toetst en 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. Sommige verzekeraars 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, en is door het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) geaccrediteerd voor de herregistratie Eerstelijnspsychologie NIP.

De IGZ heeft dit visitatietraject positief beoordeeld en maakt hier ook gebruik van door disfunctionerende professionals - die niet per se lid hoeven te zijn van de LVVP - bij de LVVP aan te bieden voor een verbetertraject, uitmondend in een visitatietraject. De opzet hiervan is therapeuten 'fit to practice' te krijgen, maar ook om te verhinderen dat zij zorg verlenen daar waar ze niet 'fit' zijn.

De LVVP-visitatie is niet inwisselbaar met visitaties bij andere organisaties en verenigingen.

**Bijlage 1**

# **Kwaliteitscriteria van de LVVP**



▶ <b>1</b>	<b>Kwaliteitscriteria</b>	
	1.1.	Introductie 12
	1.2.	Leeswijzer 12
<hr/>		
▶ <b>2</b>	<b>Kwaliteit behandeling</b>	
	2.1.	Aanmelding 13
	2.2.	Intake en indicatiestelling 14
	2.3.	Behandeling 16
	2.4.	Professioneel handelen 17
	2.5.	Tussentijdse evaluatie en bijstelling 18
	2.6.	ROM 19
	2.7.	Afronding behandeling & eindevaluatie 20
<hr/>		
▶ <b>3</b>	<b>Kwaliteit beroepsbeoefenaar</b>	
	3.1.	Opleiding en beroepsuitoefening 22
	3.2.	Afstemming en samenwerking 23
<hr/>		
▶ <b>4</b>	<b>Kwaliteit praktijkvoering</b>	
	4.1.	Beleid 24
	4.2.	Praktijkruimte 25
	4.3.	Dossier 26
	4.4.	Administratie 28
	4.5.	Informatie 30
	4.6.	Opleiden 32
	4.7.	Personeel 33
<hr/>		
	<b>Bijlagen</b>	
	1a	Begrippenlijst 34
	1b	Wet- en regelgeving 36
	1c	Overzicht LVVP-richtlijnen, handreikingen en formulieren 41

# 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 concrete checklist in die zin dat de criteria een praktische uitwerking zijn van de wettelijke kaders, naast wat wij als LVVP als ‘ondergrens’ van kwalitatief goed professioneel handelen beschouwen.

---

## 1.2 Leeswijzer

---

De kwaliteitscriteria zijn van toepassing op alle leden. Het gaat om leden die volwassenen en ouderen en/of kinderen en jeugdigen behandelen. Volwassenen vanaf 18 jaar en ouderen vallen onder de Zorgverzekeringswet, kinderen en jeugdigen van 0 tot en met 17 jaar onder de Jeugdwet. Veel zaken die voor volwassenen en ouderen in aparte wetgeving zijn opgenomen, zijn als onderdeel in de Jeugdwet opgenomen. In principe zijn dezelfde eisen zoals bijvoorbeeld voor de WGBO en Wkkgz in de Jeugdwet opgenomen.

Daar waar nodig is er onderscheid gemaakt naar volwassenen en ouderen, kinderen en jeugdigen, generalistische basis-ggz (gb-ggz) of gespecialiseerde ggz (g-ggz). Tevens zijn de criteria van toepassing op gecontracteerde zorg, niet-gecontracteerde zorg, verzekerde en onverzekerde zorg.

In deze kwaliteitscriteria is gekozen voor de benaming ‘patiënten’. Als er wordt gesproken over de behandelaar dan wordt daarmee de vrijgevestigde eerstelijnspsycholoog, gz-psycholoog, psychotherapeut en klinisch (neuro)psycholoog bedoeld.

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

Achter de criteria staan de bronnen tussen haakjes vermeld. De kwaliteitscriteria die een connectie hebben met het kwaliteitsstatuut zijn te herkennen doordat de letters ks zijn toegevoegd.

Deze gedrukte versie van de kwaliteitscriteria is gebaseerd op de wetgeving per 1-1-2017. Eventuele aanpassingen zullen worden aangebracht in de digitale versie die u op de LVVP-website kunt vinden. In de digitale versie staan bovendien linkjes naar de in de tekst genoemde bronnen.

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

## 2. Kwaliteit behandeling

---

De patiënt staat centraal in de behandeling en verdient een kwalitatief goed functionerende praktijk, behandelaar en behandeling. De kwaliteit van de behandeling wordt 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:**

---

- ▶ De behandelaar hanteert een vaste procedure voor het aanmelden en inschrijven, inclusief pre-intake, van patiënten en deze is vastgelegd (ks).
- ▶ 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).
- ▶ 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).

- ▶ Bij aanmelding legt de behandelaar de benodigde registratiegegevens vast.
- ▶ Bij aanmelding informeert de behandelaar de patiënt adequaat en volledig door onder andere te verwijzen naar de website of de praktijkfolder (zie ook 4.5 Informatie).
- ▶ Bij aanmelding voor generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz in het kader van de Zorgverzekeringswet of de Jeugdwet dient er sprake te zijn van verwijzing (verwijsbrief).
- ▶ 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 én noteert dit in het dossier.
- ▶ Bij aanmelding voor de g-ggz wordt direct 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:**

---

- ▶ Bij aanmelding of na het eerste intakegesprek wordt voor iedere patiënt een apart patiëntdossier aangemaakt (WGB0, zie ook 4.3 dossier).
- ▶ Voorafgaand aan of tijdens het eerste (intake)gesprek dient de patiënt een wettig identiteitsbewijs met een geldig burgerservicenummer aan de behandelaar te tonen. Het burgerservicenummer wordt geverifieerd bij Vecozo of de Sectorale Berichtenvoorziening in de Zorg (Wet BSN-z)<sup>1</sup>.
- ▶ Voor zorg, die valt onder de Zvw, dient de patiënt tevens de verzekeringspas te tonen.
- ▶ Voor de indicatiestelling worden onder meer gegevens verzameld over de zorgvraag, de wensen en verwachtingen van de patiënt, als ook relevante informatie over eventueel voorafgaande zorg.

---

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



- ▶ De problematiek wordt in kaart gebracht door middel van weergave van de klacht(en), luxerende factoren, symptomen, inschatting suïcidaliteit, relevante persoonlijke en ontwikkelingsgegevens waaronder het psychosociale en maatschappelijke functioneren en indien van toepassing: medicijngebruik en psychodiagnostisch onderzoek, uitmondend in een klassieke diagnose en DSM-classificatie.  
Voor de gb-ggz zal dit over het algemeen minder uitgebreid plaatsvinden. Zo is het noteren van de hoofddiagnosegroep voldoende.
- ▶ De behandelaar vult voor elke patiënt een indicatieformulier in. Het indicatieformulier heeft tot doel de indicatiestelling van patiënten beknopt en helder te beschrijven.
  - De indicatiestelling voor de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz vindt plaats door middel van het formulier voor Indiciestelling.
  - In plaats van het indicatieformulier kan een brief aan de huisarts gebruikt worden of een ander document of format, mits de onderdelen van het hierboven genoemde formulier aan bod komen.
- ▶ De indicatiegegevens worden vastgelegd in het patiëntdossier (WGBO).
- ▶ De behandelaar voert de indicatiestelling uit conform de door de beroepsgroep goedgekeurde protocollen en richtlijnen, voor zover deze door de behandelaar in de betreffende situatie van toepassing worden geacht. Bij afwijking van de richtlijn noteert de behandelaar de redenen hiervan in het patiëntdossier.
- ▶ De gestelde indicatie wordt bij aanvang (gb-ggz) of voorafgaand (g-ggz) 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 (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.
- ▶ In principe wordt elke belemmering bij de indicatiestelling onderzocht en besproken en wordt er naar een oplossing gezocht. Indien wenselijk vindt in overleg met de patiënt terugverwijzing naar de verwijzer plaats.
- ▶ De patiënt wordt desgewenst verwezen voor een second opinion (WGBO).
- ▶ De duur van de aanmeldingswachttijd voor de patiënt wordt vastgelegd in het patiëntdossier.
- ▶ 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).

## 2.3 Behandeling

### Kwaliteitsnorm:

---

Het behandelplan wordt opgesteld volgens een vaste procedure.

---

### Kwaliteitscriteria

---

- ▶ Elke patiënt wordt behandeld volgens een schriftelijk vastgelegd individueel behandelplan dat gebaseerd is op de indicatiestelling. Daarbij wordt aangesloten bij de specifieke situatie van de patiënt (WGBO).
- ▶ 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. De patiënt wordt geïnformeerd over wie zijn aanspreekpunt is tijdens de behandeling (ks).
- ▶ In het behandelplan zijn ten minste bepalingen opgenomen over:
  - de doelstelling van de behandeling/behandeldoelen (WGBO);
  - de wijze waarop de doelstelling wordt gerealiseerd: behandelvorm, frequentie van sessies, geschatte duur van de behandeling (WGBO). Voor de gb-ggz wordt ook de ingezette prestatie opgenomen;
  - de diagnose, op inzichtelijke wijze weergegeven in termen van psychologische, sociale en somatische aspecten van de klacht en/of stoornis;
  - 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 is het mogelijk beknopter in de uitwerking dan in de g-ggz.
- ▶ De behandelaar informeert de verwijzer met toestemming van de patiënt na de intake middels een brief (afschrift van het behandelplan, naargelang de afspraken in zijn geheel of samengevat). Bij kortdurende behandeling wordt alleen een afrondingsbrief verstuurd (zie 2.7 afronding behandeling & eindevaluatie) (ks) (zie ook 4.3 dossier).
- ▶ De uitvoering van het behandelplan vereist de toestemming van de patiënt. Om die reden wordt de behandelingsovereenkomst gesloten.

- 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. Betreft het een minderjarige van zestien jaar en ouder, dan gaat het dus om zijn toestemming. Is de betrokkene twaalf jaar of ouder, maar nog geen zestien, dan is daarnaast ook de toestemming nodig van de gezaghebbende ouders of de voogd. Indien de betrokkene jonger is dan twaalf jaar, is toestemming vereist van de gezaghebbende ouders of de voogd.
- Van de mondelinge instemming met het behandelplan wordt een aantekening gemaakt in het patiëntdossier (WGBO, beroepscode) (zie ook 4.3 dossier). Het behandelplan wordt opgeslagen in het dossier. Indien de behandelaar het behandelplan door de patiënt heeft laten ondertekenen, dan wordt een kopie van het 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). De inspanningsverplichting houdt in dat de behandelaar verplicht is hier enige moeite voor te doen, met of zonder resultaat. 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 standaarden en wettelijke vereisten in acht genomen.

---

### Kwaliteitscriteria:

---

- ▶ De behandelaar voert het behandelplan uit conform de daarin overeengekomen behandelmethode/vorm van psychotherapie of psychologische behandeling.
- ▶ Per behandelsessie wordt er een kort behandelverslag aan het dossier toegevoegd.

- ▶ De behandelaar handelt binnen het kader van de door de beroepsgroep goedgekeurde protocollen, 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.
- ▶ Indien de behandelaar ´vastloopt´ in de therapie of problemen ervaart, wordt feedback gevraagd van de intervisiegroep, supervisor of te consulteren collegae.
- ▶ 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.
- ▶ 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).
- ▶ De behandelaar treedt de patiënt met een beroepsmatige attitude tegemoet, zoals omschreven in de beroepscode voor psychologen en de beroepscode voor psychotherapeuten (beroepscode voor psychologen en 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:

---

- ▶ 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).
- ▶ De evaluatie kan aanleiding geven om de behandeling af te sluiten of door te verwijzen naar de verwijzer, eventueel met een advies.
- ▶ In onderling overleg tussen de patiënt en de behandelaar wordt het behandelplan bijgesteld als daar aanleiding toe bestaat (WGB0). De bijstelling vindt plaats na zorgvuldige afweging van noodzaak, betekenis en functie.

- ▶ Voor de bijstelling is de toestemming van de patiënt vereist en deze wordt vastgelegd in het dossier (zie ook 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. Zo nodig stuurt de behandelaar de verwijzer een afsluitende brief, inclusief motivatie voor het verzoek tot een nieuwe verwijzing.
- ▶ Zo nodig wordt de verwijzer over de bijstelling van het behandelplan geïnformeerd met toestemming van de patiënt.
- ▶ Bij langerdurende behandeling stuurt de behandelaar -met toestemming van de patiënt- de verwijzer aan het einde van een behandelaar een beknopte voortgangsrapportage (ks) (zie ook 4.3 dossier).
- ▶ Het evaluatiemoment en de eventuele bijstelling van het behandelplan worden opgenomen in het dossier.

## 2.6 ROM

---

### Kwaliteitsnorm:

---

De behandelaar maakt gebruik van ROM.

---

### Kwaliteitscriteria:

---

- ▶ De behandelaar maakt bij elke patiënt de afweging of ROM een toegevoegde waarde heeft voor de behandeling en past ROM zoveel mogelijk toe.
- ▶ De behandelaar vraagt aan de patiënt toestemming voor deelname aan ROM en -indien aan de orde- voor het aanleveren van ROM-data aan een benchmark.
- ▶ De behandelaar maakt in ieder geval gebruik van ten minste één van de door SBG goedgekeurde ROM-vragenlijsten. Bij volwassenen en ouderen zijn dit de OQ45, BSI of SQ-48. Voor kinderen en jeugdigen kunnen de S-PSY, CBCL, YSR of de SDQ gebruikt worden.
- ▶ Daarnaast kan de behandelaar naar eigen inzicht één of meerdere (ROM-) vragenlijsten gebruiken, zoals de ORS en SRS.
- ▶ De behandelaar houdt zich, afhankelijk van het dbc-traject of prestatie, minimaal aan de twee verplichte meetmomenten, namelijk:
  - begin- ofwel voormeting: deze wordt afgenomen om en nabij de intake;
  - eind- of nameting: deze wordt afgenomen om en nabij de voorlaatste

therapieessie. Voor de gb-ggz is dit om en nabij de voorlaatste therapieessie van een prestatie en voor de g-ggz om en nabij de voorlaatste therapieessie van een zorgtraject.

- ▶ Voor de g-ggz geldt dat de behandelaar ook ROM't om en nabij de één na laatste therapieessie van een dbc-traject van een jaar, als er een vervolgg-dbc wordt geopend.
- ▶ Zo nodig ROM't de behandelaar tijdens de behandelevaaluatie(s).
- ▶ De behandelaar bespreekt de resultaten van de ROM-meting met de patiënt ter ondersteuning van de behandeling.
- ▶ De behandelaar levert ROM-gegevens aan voor de landelijke benchmark ggz (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 zijn behaald.

---

### **Kwaliteitscriteria:**

---

- ▶ De behandelaar bespreekt met de patiënt (en eventueel met zijn naasten) de resultaten van de behandeling en mogelijke vervolgstappen (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).
- ▶ Bij een problematische afsluiting van de behandeling handelt de behandelaar volgens de beroepscode voor psychologen en de beroepscode voor psychotherapeuten.
- ▶ 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;
- ▶ De behandelaar meet de tevredenheid van de patiënt (ks). Hierbij kan ook gedacht worden aan:
  - 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.
- ▶ Naar aanleiding van de evaluevaluatie zoekt de behandelaar in overleg met de patiënt zo nodig naar oplossingen en biedt hij nazorg.
- ▶ Zowel het besluit tot afronding, de conclusies van de evaluatie als de eventueel getroffen maatregelen worden vastgelegd in het dossier.
- ▶ De behandelaar informeert de verwijzer met toestemming van de patiënt middels een 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).
- ▶ De behandelaar informeert de vervolgbehandelaar -met toestemming van de patiënt- waar nodig over het verloop van de behandeling en behaalde resultaten en voorzien van het vervolgadvis (ks).

## 3 Kwaliteit beroepsbeoefenaar

### 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 gz-psycholoog, psychotherapeut, BIG-register klinisch (neuro)psycholoog of -indien aan de orde- register eerstelijnspsychologie NIP; de kwaliteit van de praktijkvoering wordt gewaarborgd door het hanteren en toetsen aan de LVVP-kwaliteitscriteria.

#### **Kwaliteitscriteria:**

- ▶ 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).
- ▶ Indien van toepassing: de eerstelijnspsycholoog is ingeschreven in het register eerstelijnspsychologie NIP, en voldoet hiermee aan de vakbe-

kwaamheid door middel van werkervaring, deelname na- en bijscholing, intervisie, registratiegegevens ROM en facultatieve activiteiten (facultatief voor LVVP-lidmaatschap).

- ▶ De behandelaar laat zich eens in de vijf jaar visiteren door de LVVP (vereiste voor LVVP-lidmaatschap, ks).
- ▶ De behandelaar houdt zijn kennis en ontwikkelingen voor zijn beroepsbeoefening door bij- en nascholing op peil (ks).
- ▶ Intercollegiale toetsing vindt plaats met minimaal 18 uur intervisie per jaar. De behandelaar dient tijdens de intervisie of in een aparte groep een minimumaantal indicatiestellingen te bespreken. Voor de generalistische basis-ggz zijn dit er minimaal 3 per jaar en voor de gespecialiseerde ggz 25% van het gemiddeld aantal patiënten per week (3-10 per jaar) De eisen voor intervisie zijn vervat in de LVVP-richtlijn intervisie (vereiste voor LVVP-lidmaatschap, ks, register eerstelijnspsychologie NIP). [Zie de LVVP-richtlijn intervisie].
- ▶ De behandelaar treft maatregelen voor het geval hij/zij niet (langer) in staat is het dossier te beheren, bijvoorbeeld vanwege ernstige ziekte, overlijden of beëindiging van de praktijk (ks, WGBO, beroepscode voor psychologen) [zie de LVVP-richtlijn voor dossierbeheer na overlijden of beëindiging van de praktijk].
- ▶ De behandelaar treft een waarnemingsregeling voor afwezigheid bij vakantie en ziekte (ks) [zie het voorbeeldformulier praktijkwaarneming generalistische basis-ggz of praktijkwaarneming gespecialiseerde ggz].
- ▶ 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, Wbp).
- ▶ 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.
- ▶ Bij twijfels over het functioneren van een collega, spreekt de behandelaar een collega hierop aan volgens de aanzeggingsplicht in de beroepscode. 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, verwijzer, collega's etcetera en zonodig samen te werken.

---

### Kwaliteitscriteria:

---

- ▶ 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.
- ▶ 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. Zonodig wordt een samenwerkingsovereenkomst afgesloten. [zie het LVVP-format samenwerkingsovereenkomst met huisartsen].
- ▶ 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.
- ▶ De behandelaar die regiebehandelaar is, handelt volgens de taken en verantwoordelijkheden zoals opgenomen in het ks. Zo is de regiebehandelaar verantwoordelijk voor 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).
- ▶ De behandelaar vraagt de patiënt om toestemming bij het delen van gegevens met collega's/medebehandelaren (ks).

# 4 Kwaliteit praktijkvoering



---

## 4.1 Beleid

---

### Kwaliteitsnorm:

---

De praktijkvoering is gebaseerd op een helder omschreven kwaliteitsbeleid en de behandelaar heeft een kwaliteitsstatuut. De behandelaar organiseert de zorgverlening zodanig dat dit leidt tot het verlenen van goede zorg.

---

### Kwaliteitscriteria:

---

- ▶ De behandelaar in de gb-ggz of g-ggz in 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.
- ▶ De behandelaar heeft zijn/haar specifieke expertise(s), zorgvisie en werkwijzen omschreven voor patiënten, verwijzers en zorgverzekeraars.
- ▶ De behandelaar hanteert richtlijnen inzake de beheersing van de wachttijd en houdt zonodig 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).
- ▶ De behandelaar meldt onmiddellijk calamiteiten<sup>2</sup>, geweld in de zorgrelatie als ook de beëindiging/niet-voortzetting van een (arbeids)overeenkomst wegens ernstig disfunctioneren bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (Wkkgz, Jeugdwet).
- ▶ In geval van incidenten, waaronder calamiteiten/fouten, doet de behandelaar hiervan melding in het veiligmeldingsstelsel (vim) volgens de hiervoor afgesproken procedure.  
De behandelaar licht direct de patiënt in over het tijdstip, de aard en toedracht van het incident (met merkbare gevolgen) als ook over de maat-

- regelen om de gevolgen hiervan weg te nemen of te beperken. Hij noteert in het dossier het tijdstip, aard en toedracht van het incident (Wkkgz).
- ▶ De klacht van de patiënt wordt behandeld conform de LVVP-klachten-procedure en/of het tuchtrecht. Vanaf 01-01-2017 geldt de nieuwe LVVP-klachtenregeling volgens de Wkkgz. De behandelaar is tevens via de LVVP aangesloten bij een geschillencommissie, die geschillen en claims van patiënten behandelt (ks, Wkkgz).
  - ▶ De behandelaar geeft aan waar patiënten in geval van crisis terecht kunnen gedurende avond/nacht/weekend (ks).
  - ▶ Waar nodig betreft de behandelaar, met toestemming van de patiënt, de naasten van de patiënt in de diagnose en/of behandeling (ks).

## 4.2 Praktijkruimte

---

### **Kwaliteitsnorm:**

---

De praktijkruimte voldoet aan de geldende normen.

---

### **Kwaliteitscriteria:**

---

- ▶ De praktijkruimte beschikt over:
  - een ruimte voor (psychodiagnostisch) onderzoek en/of behandeling;
  - een wachtruimte;
  - een toilet.
- ▶ 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.
- ▶ De ruimten zijn zodanig gebouwd en ingericht dat zorg wordt gedragen voor de privacy van de patiënt.
- ▶ De ruimten zijn schoon en opgeruimd.
- ▶ De praktijk beschikt over beveiligde opslagfaciliteit voor (het archief van) patiëntdossiers; de behandelaar dient papieren dossiers in een af

---

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.

- te sluiten dossierkast op te bergen en digitale dossiers in een beveiligde computer (NEN 7510).
- ▶ De behandelaar moet goed voorbereid zijn op ongevallen, brand en ontruiming en treft maatregelen zoals:
    - De behandelaar zorgt voor veiligheidsmaatregelen zoals rookmelder, brandblusser, verbanddoos, vluchtplattegrond (of calamiteitenplan), et cetera.
    - De behandelaar zorgt voor een veilige praktijkruimte en de toegangsroute daartoe.
    - Indien de bedrijfsruimte zich met meerdere bedrijven in hetzelfde pand bevindt, heeft de behandelaar zonodig samenwerkingsafspraken over veiligheidsmaatregelen met die bedrijven.

## 4.3 Dossier

---

### Kwaliteitsnorm:

---

Gegevens over en omtrent diagnostiek en behandeling worden vastgelegd en bewaard in het patiëntdossier (WGBO; beroepscode voor psychologen en beroepscode voor psychotherapeuten).

---

### Kwaliteitscriteria:

---

- ▶ Het dossier dient geïdentificeerd te zijn en door de behandelaar actueel gehouden te worden. De daarin opgeslagen gegevens dienen leesbaar en overdraagbaar te zijn.
- ▶ De behandelaar is gehouden aan de wetgeving inzake (elektronische) dossiervoering, o.a. wat betreft de bewaartermijn, de beveiliging ervan (zie 4.4 administratie), het inzagerecht, vernietigingsrecht en geheimhouding (WGBO, beroepscode voor psychologen en beroepscode voor psychotherapeuten, Wbp). Zie ook de LVVP-richtlijnen over het dossier.
- ▶ In het patiëntdossier zijn de volgende zaken opgenomen:
  - personalia en andere voor de behandeling relevante gegevens;
  - verwijfsbrief [zie ook 2.1].
  - medicijngebruik, inclusief relevante medicatiehistorie;
  - relevante achtergrondinformatie;
  - 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<sup>3</sup> en bijstelling(en) behandelplan;
  - uitkomsten van (ROM-) vragenlijsten;
  - opgevraagde en verstuurde informatie, eventueel informeren derden over behandeling, zie hieronder gerichte toestemming (WGBO, Wbp);
  - 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 (Wbp, 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 informatieverstrekking in het kader van ROM aan Stichting Benchmark GGZ (SBG) via een tussenleverancier;
  - 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);
  - 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.
- ▶ Een mondelinge toezegging ofwel instemming van de patiënt voor rapportage aan de verwijzer c.q. de huisarts is voldoende als de volgende werkwijze wordt gehanteerd: De behandelaar laat de patiënt de brief aan de huisarts of verwijzer vooraf lezen en vraagt of hij zich hierin kan vinden. Het feit dat de brief met de patiënt is doorgenomen en hij daarna toestemming heeft gegeven voor verzending hiervan wordt genoteerd in het dossier.

## 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:

---

- ▶ De behandelaar laat zich leiden door doelmatig en rechtmatig gebruik van voor de zorg bestemde (financiële) middelen.
- ▶ De behandelaar factureert conform vigerende wet- en regelgeving (Zvw, Wmg, NZa, Jeugdwet) en -in geval van een contractuele relatie- volgens met de financier (patiënt, zorgverzekeraar, gemeente of werkgever) gemaakte afspraken over kosten en leveringsvoorwaarden.
- ▶ 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).
- ▶ De behandelaar declareert volgens de afgesproken tarieven (contract met zorgverzekeraar of gemeente, maximumtarieven NZa)
- ▶ De behandelaar stuurt de factuur ofwel digitaal (in de regel via Vecozo) naar de financier of (eventueel op papier) naar de patiënt.
- ▶ Indien de patiënt en behandelaar de privacyverklaring hebben ondertekend, stuurt de behandelaar deze naar de zorgverzekeraar (alleen g-ggz) voordat facturatie plaatsvindt [zie ook 4.3 dossier]. De ingevulde privacyverklaring of de kopie daarvan wordt bewaard in het dossier (zowel gb-ggz als g-ggz).
- ▶ De behandelaar kan de werkzaamheden ten behoeve van de (financiële) administratie/ict (declaratie, epd, ROM en/of e-health) uitbesteden.
- ▶ 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.
- ▶ Voor zover vereist of verplicht, zorgt de behandelaar voor aanlevering van ROM-gegevens ten behoeve van de landelijke benchmark ggz.
- ▶ 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 Wbp of en zo ja

welke informatie uit het dossier gedeeld kan en mag worden met inachtneming van de hiervoor geldende wet- en regelgeving en de contractuele verplichtingen. Als de patiënt schriftelijk toestemming heeft gegeven voor deze informatieverstrekking, gaat hij na of deze toestemming gericht is: of de patiënt heeft begrepen om welke informatie het gaat, voor welk doel deze informatie wordt gebruikt en kan overzien wat de gevolgen hiervan kunnen zijn. Aangeraden wordt dat de behandelaar zijn patiënt(en) informeert over inzage in dossiers als een zorgverzekeraar of gemeente dit aankondigt, ook als er een wettelijke verplichting is (LVVP-handreiking materiële controle door zorgverzekeraars).

- ▶ De behandelaar mag alleen met schriftelijke en gerichte toestemming van de patiënt feitelijke informatie over een (ex)patiënt aan derden geven zoals bedrijfsarts, UWV, (letsel)advocaten, scholen, etcetera. De behandelaar is echter niet verplicht om informatie te geven. Gerichte toestemming houdt in dat de patiënt weet om welke informatie het gaat, voor welk doel deze wordt gebruikt en de gevolgen van het gebruik kan overzien. Hij mag hierbij geen waardeoordelen geven. Wel is het de behandelaar toegestaan een door hem gestelde diagnose (op zijn eigen deskundigheidsgebied) te vermelden. [Zie de LVVP-gezondheidsverklaring met juridisch belang].
- ▶ De behandelaar draagt zorg voor informatiebeveiliging van de patiëntgegevens (NEN-7510, 7512 en 7513). 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 bewerkersovereenkomsten bij inschakeling van derden (ict, epd, ROM, e-health);
  - heeft een vijfjaarlijkse plan-do-check-action-cyclus voor de informatiebeveiliging.
- ▶ De behandelaar is verplicht een melding te doen bij de Autoriteit Persoonsgegevens (AP)<sup>4</sup>, als er een datalek<sup>5</sup> (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/zij redelijkerwijs nadelige gevolgen verwacht voor de persoonlijke levenssfeer<sup>6</sup> (Wbp).

## 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 (Wbp, Beroepscode, NEN 7510, etcetera).

---

### Kwaliteitscriteria:

---

- ▶ De behandelaar informeert de patiënt mondeling, schriftelijk of via de website over<sup>7</sup>:
    - de praktijk (WGB0);
    - de procedure van indicatiestelling (WGB0);
    - de indicatie (WGB0);
    - de voorgestelde psychologische onderzoeken en/of methode van behandeling (WGB0);
    - informed consent over behandelplan: in dit verband vraagt de behandelaar aan de patiënt of hij/zij de betreffende informatie over het behandelplan heeft begrepen (met inachtneming van de specifieke situatie van de patiënt) en of deze nog verdere vragen heeft (WGB0, beroepscode).
    - het eventuele bestaan van een wachtlijst(procedure); de behandelaar is verplicht zijn aanmeldings- en behandelingswachtlijden te publiceren en
- 

5. 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.

6. Vanwege de Wet Meldplicht Datalekken dient de zorgaanbieder een lek direct te melden bij de AP. Doet hij dit niet binnen 72 uur dan kan de AP de behandelaar een boete geven.

7. 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.



deze gegevens maandelijks te actualiseren voor zowel de gb-ggz als de g-ggz (ks, Wmg, Wkkgz, beleidsregel NZa, [zie de LVVP-weBSITE]). Ook al is de Wmg niet van toepassing voor de Jeugdwet, ook behandelaren van kinderen en jeugdigen wordt dringend aanbevolen om wachttijden te registreren en te publiceren;

- het klachtrecht (WGBO, Wkkgz, Jeugdwet);
  - patiëntenrechten (WGBO, Wkkgz, Jeugdwet);
  - 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 (ozp's), inclusief standaardprijzlijst van de praktijk/tarieven (ks, NZa, WGBO, Zvw, Wmg, Wkkgz, Jeugdwet);
  - de verwerking en bescherming van diens persoonsgegevens (Wbp, Zvw, Jeugdwet);
  - de verplichte identificatie van de patiënt voorafgaand aan de behandeling (Wet BSN-z);
  - regels en reglementen van de praktijk, bijvoorbeeld m.b.t. 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);
  - 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 (zie LVVP-website, richtsnoer NZa informatieverstrekking zorgaanbieders)
  - de hoofdlijnen van de beroepscode en de WGBO o.a. wat betreft regels voor het aangaan, uitvoeren en beëindigen van de behandeling, geheimhoudingsplicht<sup>8</sup>, 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 (beroepscode, WGBO, Wbp).
- ▶ Ten aanzien van informatieverstrekking aan de omgeving van de patiënt houdt de behandelaar zich aan de vigerende wet- en regelgeving (WGBO, Wbp, Wkkgz, beroepscode voor psychologen/beroepscode voor psychotherapeuten, Zvw, Jeugdwet, handreiking samenwerken KNMG).

---

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

## 4.6 Opleiden

---

### Kwaliteitsnorm:

---

De behandelaar, die een praktijkopleidingsplaats verzorgt voor de opleiding tot 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:

---

- ▶ De praktijkopleidingsplaats vindt plaats in het kader van de opleiding tot gz-psycholoog, psychotherapeut of klinisch (neuro)psycholoog, die wordt aangeboden door één van de erkende opleidingsinstellingen.
- ▶ De praktijkopleidingsplaats en betrokken begeleiders dienen te voldoen aan de eisen volgens de vigerende wet- en regelgeving (onder andere RINO's, Stichting TOP-opleidingen, NZa).
  - De praktijk of het samenwerkingsverband is erkend als officiële praktijkinstelling voor de betreffende opleiding;
  - De praktijkinstelling heeft een samenwerkingsovereenkomst met de opleidingsinstelling;
  - De praktijkopleider(s), werkbegeleider(s) en supervisors voldoen aan de daarvoor gestelde kwalificatie-eisen en taken;
  - Er is een leerarbeidsovereenkomst afgesloten met de opleideling.
- ▶ In het kader van wettelijk tuchtrecht dient helder te zijn wie verantwoordelijkheid draagt voor de verrichtingen van de opleideling of stagiaire. Dit is mede afhankelijk van de BIG-registratie van de opleideling of stagiaire. [Zie 'taken en verantwoordelijkheden in de praktijkopleiding tot gz-psycholoog en gz-psycholoog-specialist' en 'Verantwoordelijkheden in de praktijkopleiding tot psychotherapeut']
- ▶ De behandelaar maakt in afstemming met de opleiding afspraken met de stagiaire over begeleiding, taken, etcetera. Deze worden vastgelegd in een stageovereenkomst.
- ▶ De behandelaar maakt met de opleideling afspraken over de werkervaringsplaats, onder andere over begeleiding maximale duur, aantal dagen, (stage)vergoeding, etcetera en legt deze schriftelijk vast.

## 4.7 Personeel

---

### **Kwaliteitsnorm:**

---

De behandelaar, die personeel in dienst heeft in zijn praktijk of 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 (Wkkgz).

---

### **Kwaliteitscriteria:**

---

- ▶ De behandelaar gaat na of zorgverleners die voor hem (gaan) werken daarvoor ook geschikt zijn. De behandelaar kan hiervoor navraag doen bij eerdere werkgevers, bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg( IGZ), of het BIG-register raadplegen dan wel het zogenoemde waarschuwingsregister inzien. Ook kan hij de zorgverlener vragen om een verklaring omtrent het gedrag (vog). De behandelaar slaat de ingewonnen informatie op in het personeelsdossier (Wkkgz).
- ▶ De behandelaar c.q. praktijkhouder draagt er zorg voor dat zijn personeel c.q. waarnemer over voldoende opleiding en ervaring beschikt.
- ▶ De behandelaar c.q. praktijkhouder zorgt voor een heldere toedeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden (Wkkgz).
- ▶ De praktijkhouder hanteert een heldere werving- en selectieprocedure.
- ▶ Er dient sprake te zijn van een rechtsgeldige arbeidsovereenkomst voor het personeel in loondienst. Voor overeenkomsten van opdracht dient er 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).
- ▶ De praktijkhouder dient alle verplichte sociale lasten, belasting en dergelijke voor zijn personeel af te dragen.
- ▶ Het personeel en waarnemers dienen een geheimhoudingsverklaring te ondertekenen.
- ▶ De behandelaar c.q. praktijkhouder beschikt over een personeelsdossier voor elk personeelslid.
- ▶ De behandelaar c.q. praktijkhouder draagt zorg voor een beoordelings- en functioneringscyclus en legt deze vast in het personeelsdossier.

## Bijlage 1a

---

# Begrippenlijst

---

<b>Afkorting</b>	<b>Betekenis</b>
AP	Autoriteit Persoonsgegevens.
bhv	bedrijfshulpverlening
BIG	Beroepen in de Gezondheidszorg
bsn	burgerservicenummer
dbc	diagnosebehandelcombinatie
DIS	Dbc-Informatiesysteem (onderdeel van de NZa)
elp	eerstelijnspsycholoog
gz	gezondheidszorg(psycholoog)
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
k&j	kinderen en jeugd
NEN	Nederlandse Norm
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NVP	Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
ozp	overig product
Veilig thuis	Advies en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wbp	Wet bescherming persoonsgegevens
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
ZINL	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

**Bijlage 1b**

# **Wet- en regelgeving**

Hieronder worden de relevante richtlijnen voor de LVVP-kwaliteitscriteria kort beschreven. Op de website van de LVVP is de volledige wet- en regelgeving gepubliceerd ([www.lvvp.info](http://www.lvvp.info)).

▶ **BIG**

De Wet BIG (incl. Besluit gezondheidszorgpsycholoog en Besluit psychotherapeut). De beroepen gz-psycholoog, psychotherapeut en klinisch 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, op 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 een bijdrage leveren aan een goede kwaliteit van zorg.

▶ **Wbp**

De Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) regelt de bescherming van persoonsgegevens. Patiënten hebben recht:

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

▶ **De Wet Meldplicht Datalekken**

Dit 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).

▶ **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. Deze wet vervangt per 1 januari 2016 de WKCZ en de Wet kwaliteit zorginstellingen. De Wkkgz heeft geen betrekking op aanbieders die jeugdhulp aanbieden. De Jeugdwet bevat voor deze aanbieders een specifieke klachtenregeling. Per 1 januari 2016 zal deze klachtenregeling worden aangepast aan die van de Wkkgz, inclusief de verplichting van aansluiting bij een geschillencommissie.

► **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 Wet op de jeugdzorg is ingetrokken.

De Jeugdwet heft 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 AWBZ/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-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling).

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

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 er achterhaald kan worden wie er 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 IGZ 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.

Voor zelfstandigen gelden geen systeemverplichtingen, zoals de risico-inventarisatie en -evaluatie (ri&e). Hierdoor heeft de zelfstandige minder administratieve lasten. Praktijken met werknemers kunnen meer informatie vinden in de arbocatalogus ggz: <http://www.arbocatalogusggz.nl/>

### ► **Beroepscodes**

De beroepscode voor psychologen (NIP, herziene uitgave 2015) en de beroepscode voor psychotherapeuten (NVP, herziene uitgave 2007). 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 beroepscode 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 gz-psycholoog, psychotherapeut of klinisch (neuro)psycholoog.

► **Beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA):**

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](http://www.lvvp.info)).

- 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.

---

## Bijlage 1c

# Overzicht LVVP-richtlijnen, handreikingen en formulieren

---

- Privacywetgeving in de praktijk
- Indicatiestelling en behandelplan generalistische basis-ggz
- Indicatiestelling en behandelplan gespecialiseerde ggz
- Toetsingsformulier generalistische basis-ggz
- Toetsingsformulier gespecialiseerde ggz
- Richtlijn intervisie
- Richtlijn voor gezondheidsverklaringen met juridisch belang
- Beheer, overdracht en vernietiging van het patiëntdossier
- Richtlijn voor dossierbeheer na overlijden of beëindiging van de praktijk
- Praktijkwaarneming generalistische basis-ggz
- Praktijkwaarneming gespecialiseerde ggz
- Handreiking materiële controle door zorgverzekeraars
- Stappenplan bij vermoeden van huiselijk geweld en kindermishandeling
- Format melding suïcide door vrijgevestigde psychologen & psychotherapeuten

In de LVVP-richtlijnen en formulieren wordt relevante regelgeving in handzame documenten vertaald. Regelmatig worden richtlijnen aangepast of toegevoegd. U kunt de volledige lijst vinden op het ledendeel van de LVVP-website onder LVVP-richtlijnen en formulieren.

---

## Bijlage 2

---

# 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 handvaten 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 beroeps-codes 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 tuchtrechtspraak. 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 IGZ), 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 vooralsnog 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 tenminste 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 IGZ 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 IGZ, 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 voor de Gezondheidszorg (IGZ)**

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 IGZ nadat u dit voornemen heeft besproken met uw collega. U kunt melding doen via het meldpunt van de IGZ.

Zorgaanbieders in Nederland zijn wettelijk verantwoordelijk voor kwalitatief goede en veilige zorg. De IGZ 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 misbruik. 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 in de Leidraad Meldingen IGZ.

## Het voorgaande stappenplan in schema:

---

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

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

2. Bij gebrek aan zelfreflectie danwel 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.

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.

4. Als uw collega wederom geen zelfreflectie/correctie toont en niet wil meewerken aan een onderzoek, dan meldt u uw zorgen bij de IGZ, 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 omme-gaande via een rapportage (geen gespreksverslagen) melding doet bij de IGZ. 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 omme-gaande via een rapportage (geen gespreksverslagen) melding bij de IGZ. 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 roeyement 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 IGZ rechtstreeks naar het begeleide verbetertraject verwijzen zonder tussenkomst van de LVVP-onderzoekscommissie. De IGZ maakt reeds enkele jaren gebruik van begeleiding van ggz-professionals door een LVVP-coach in geval dat blijkens 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 6 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 onder-

zoekscommissie via een rapportage (geen gespreksverslagen) een melding doet bij de IGZ. 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 IGZ geen gespreksverslagen maar uitsluitend een rapportage toe.

### **Overzicht stappen onderzoekscommissie en begeleiding coach:**

---

1. Er is sprake van disfunctioneren: de onderzoekscommissie meldt dit binnen 4 weken aan het betrokken LVVP-lid.

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 IGZ. Het LVVP-bestuur neemt een besluit over het lidmaatschap van betrokkene. Betrokkene kan tegen het bestuursbesluit bezwaar aantekenen bij de Beroepscommissie van de LVVP.

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

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.

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 IGZ. 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 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;
- 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, beiden 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 IGZ 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 tenminste 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.





Maliebaan 87, 3581 CG Utrecht  
T (030) 236 43 38 [bureau@lvvp.info](mailto:bureau@lvvp.info)  
[www.lvvp.info](http://www.lvvp.info)



**LANDELIJKE VERENIGING VAN  
VRIJGEVESTIGDE PSYCHOLOGEN  
& PSYCHOTHERAPEUTEN**