Het kwaliteitsbeleid van de LVVP

LANDELIJKE VERENIGING VAN
VRIJGEVESTIGDE PSYCHOLOGEN
& PSYCHOTHERAPEUTEN

2023

Colofon

© LVVP, oktober 2022

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

www.lvvp.info

Ontwerp en opmaak: Suggestie & illusie
Druk: LibertasPascal, Utrecht

Disclaimer

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

Inhoudsopgave

Leeswijzer 2

Algemeen kader 3

Visitatie 7

Sturen op functioneren 11

Klachten- en geschillenregeling 13

De kwaliteitscriteria 17
1. Inleiding 19
2. Kwaliteit voor de behandeling 20
3. Kwaliteit van de beroepsbeoefenaar 29
4. Kwaliteit van de praktijkvoering 31

Bijlagen 43

Leeswijzer

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

Algemeen kader (p. 3)
introductie op het kwaliteitsbeleid van de LVVP

Visitatie (p. 7)
het instrument voor leren en verbeteren en het transparant en toetsbaar maken en houden van de kwaliteit van de praktijkvoering

Sturen op functioneren (p. 11)
leidraad wanneer een behandelaar twijfels en zorgen heeft over het professionele functioneren van een collega; bij twijfels over het eigen functioneren raadpleegt de behandelaar de vertrouwenspersoon

Klachten- en geschillenregeling (p. 13)
uitwerking van de verplichtingen in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg en de Jeugdwet

De kwaliteitscriteria (p. 17)
de criteria fungeren als toetsingskader voor de vrijgevestigde praktijk in de ggz en worden gebruikt als checklist bij de visitatie

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

Algemeen kader

Algemeen kader

De LVVP is trots op wat de vereniging voor de leden heeft bereikt op het gebied van kwaliteit en transparantie. De LVVP heeft de afgelopen jaren binnen en voor de vereniging een samenhangend kwaliteitsbeleid voor de vrijgevestigde praktijk ontwikkeld en uitgevoerd. Het nieuwe kwaliteits- en visitatiebeleid maakt nog meer een omslag naar een cultuur van 'leren en ontwikkelen'. De leden van de vereniging leren van elkaar en verbeteren zo hun praktijkvoering. Zo dragen zij er met elkaar zorg voor dat zij 'fit to practice' zijn en blijven.

In het kader van het kwaliteitsbeleid van de LVVP nemen de leden deel aan intervisiebijeenkomsten, lerende netwerken, bespreken zij regelmatig hun indicatiestellingen met collega's en nemen zij eens in de vijf jaar verplicht deel aan de visitatie. Zij spreken elkaar aan op gedrag dat niet passend is voor het beroep (sturen op functioneren). Zij zijn aangesloten bij de klachten- en geschillenregeling van de LVVP. Zij kunnen een beroep doen op een vertrouwenspersoon als zij vragen hebben over de manier waarop zij hun beroep uitoefenen. Uiteraard zijn alle gewone LVVP-leden BIG-geregistreerd en hebben alle leden die werken voor volwassenen een geldig kwaliteitsstatuut.

Het deelnemen aan deze activiteiten is niet vrijblijvend en ook niet gemakkelijk. De vijfjaarlijkse visitatie is een tijdsintensief proces. In het geval er sprake is van een klacht, is het afhandelen daarvan via de klachtenregeling mentaal en financieel ingrijpend voor onze leden, ongeacht of de klacht terecht is of niet. Het bespreken van het (dis)functioneren met een collega is belastend voor alle betrokkenen. Toch vinden de leden dit belangrijk voor het waarborgen van een goede behandeling van patiënten en een gezonde praktijkvoering. Daarom hebben de leden van de vereniging afgesproken dat het bestuur het lidmaatschap opzegt als leden niet willen voldoen aan de gestelde eisen. En daar waar leden nog niet voldoen aan de gestelde eisen, stelt de vereniging alles in het werk om deze leden *fit to practice* te krijgen.

Het lidmaatschap van de LVVP en het LVVP-visitatiecertificaat zijn een duidelijke uitspraak over de praktijkvoering van het lid. Elk lid met een visitatiecertificaat laat zien dat de praktijkvoering op orde is. Dat geeft de patiënten, verwijzers en financiers vertrouwen. Met de visitatie toont de LVVP aan dat haar leden aan de standaarden voldoen en dat de vereniging dit iedere vijf jaar toetst. De afgelopen jaren heeft de LVVP-visitatie zich ontwikkeld tot een visitekaartje van de leden en de vereniging, met een brede erkenning in het veld.

De toets tijdens de visitatie vindt plaats aan de hand van een omschreven set kwaliteitscriteria. Deze criteria zijn een praktische vertaling van relevante verplichtingen en eisen uit wet- en regelgeving en beroepscodes waaraan alle BIG-geregistreerde behandelaren in de ggz - en dus ook de leden van de LVVP - zich moeten houden. De LVVP stelt zelf alleen een aanvullende eis op het gebied van indicatiestellingen. In deze brochure staan alle kwaliteitscriteria op een rij.

Naast de kwaliteitscriteria staat in deze brochure een beknopte beschrijving van de andere belangrijke pijlers onder het kwaliteitsbeleid van de LVVP:

- visitatie
- klachten- en geschillenregeling
- leidraad voor sturen op functioneren.

Op de website van de LVVP staan per onderdeel de uitgebreide documenten, kortheidshalve verwijzen we naar deze uitgebreide versies.

Het lidmaatschap van de LVVP staat voor kwaliteit van zorg en praktijkvoering

De bevoegdheid en bekwaamheid van de behandelaar en de wijze van praktijkvoering bepalen samen de kwaliteit van zorg. Elke professionele zorgaanbieder werkt continu aan de verdere verbetering van beide onderdelen.

De vrijgevestigde zorgaanbieder die lid is van de LVVP:

- is BIG-geregistreerd en schoolt zich regelmatig bij en na;
- biedt laagdrempelige zorg in de buurt;
- organiseert de behandeling rond de patiënt, zo mogelijk dicht bij huis;
- is bekend bij verwijzers en potentiële patiënten in de omgeving;
- is onderdeel van de professionele omgeving/netwerk in het werkgebied waar zij/hij mee afstemt en samenwerkt als dat nodig is;
- is betrouwbaar naar patiënten en collega-hulpverleners;
- is goed bereikbaar, beschikbaar, toegankelijk en klantvriendelijk;
- is duidelijk over wat zij/hij wel en niet doet en kan en doet een duidelijk inhoudelijk aanbod;
- biedt maatwerk / passende zorg (juiste persoon op de juiste plaats tegen redelijke kosten);
- gaat bij de patiënt goed na wat de belangrijkste elementen en uitkomsten zijn van de behandeling voor de patiënt, geeft gerichte informatie over te maken keuzes in de behandeling en beslist samen met de patiënt over de invulling van de behandeling;
- hanteert professionele kwaliteitsstandaarden tijdens de diagnostiek, behandeling en nazorg;
- meet regelmatig uitkomsten/effecten van behandeling ter ondersteuning daarvan en bespreekt deze met de patiënt;
- schrijft op wat zij/hij doet (registratie) en vertelt de patiënt wat zij/hij doet en waarom (informatie);
- zorgt voor zorgvuldige berichtgeving naar verwijzers;
- biedt maatwerk op basis van matched care;
- biedt continuïteit en voert als regiebehandelaar de behandeling grotendeels zelf uit;
- heeft een transparante bedrijfsvoering;
- werkt binnen de kaders van de geldende wet- en regelgeving.

Visitatie

Visitatie

Visitatie is een centraal onderdeel van het LVVP-kwaliteitsbeleid

Na elke vijfjaarlijkse LVVP-visitatie is duidelijk voor elke deelnemer of de praktijkvoering aan de eisen voldoet en waar eventueel verbeteringen mogelijk zijn. We organiseren dit als vereniging in een veilige omgeving, in drie bijeenkomsten met collega's die gericht feedback en advies geven.

Als voorbereiding op deze bijeenkomsten houdt de gevisiteerde het portfolio bij en vult de praktijkvragenlijst in:

- Het *portfolio* is een belangrijke basis en hulpmiddel voor de praktijkvoering. In het portfolio staat onder andere hoe de gevisiteerde de patiënten informeert, hoe de behandelaar leert en ontwikkelt, hoe zij/hij de praktijk heeft ingericht en hoe zij/hij omgaat met persoonsgegevens en deze beschermt. Het portfolio is een groeidocument: het kost iedereen één keer werk om het goed op te zetten en in te richten. Daarna is het advies om het portfolio jaarlijks bij te houden. Zo kost dit op termijn veel minder tijd.
- Elke gevisiteerde toetst zijn eigen handelen aan de hand van de *praktijkvragenlijst*. Deze vragenlijst bouwt voort op de kwaliteitscriteria. De gesloten vragen geven inzicht in de sterke en zwakke kanten van de praktijkvoering. De open vragen bieden aanknopingspunten om te reflecteren op actuele ontwikkelingen in de ggz in relatie tot het eigen handelen. Beide onderdelen vormen de basis voor het gesprek met collega's tijdens de visitatie.

De LVVP-visitatie bestaat uit drie bijeenkomsten

- Tijdens de eerste bijeenkomst wisselen acht gevisiteerden kennis uit over belangrijke elementen van de praktijkvoering, met name over hun informatievoorziening aan patiënten en de opbouw en inhoud van het patiëntendossier. Zij reflecteren ook op actuele ontwikkelingen in de ggz.
- Vervolgens krijgt elke gevisiteerde een praktijkbezoek van een visiteur en een observant. Tijdens dit bezoek worden meerdere patiëntendossiers ingezien en enkele thema's uit de eerste bijeenkomst besproken.
- In de afrondende bijeenkomst presenteert elke gevisiteerde kort het definitieve verbeterplan: wat gaat goed, wat kan beter? De andere deelnemers geven feedback op de verbeterplannen.

Op basis van het voorwerk van de gevisiteerde, het praktijkbezoek en de afrondende bijeenkomst stelt de visiteur een rapport op met alle bevindingen. De onafhankelijke beoordelingscommissie bepaalt op basis van dit rapport of de gevisiteerde in aanmerking komt voor een certificaat. Is dat niet het geval, dan volgt binnen drie maanden een hervisitatie. Desgewenst kan de gevisiteerde hierbij ook gebruik maken van een ervaren coach. Slaagt de gevisiteerde niet voor de hervisitatie, dan kan de betreffende behandelaar geen lid meer zijn van de LVVP.

Nadat een deelnemer de visitatie met goed gevolg heeft afgesloten, ontvangt zij/hij een visitatiecertificaat en -logo. Een groot deel van de zorgverzekeraars ziet de LVVP-visitatie als een kwaliteitskeurmerk, dat zij honoreren met een hoger tarief.

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

De IGJ heeft dit visitatietraject positief beoordeeld en maakt hier ook gebruik van door disfunctionerende professionals (niet-leden LVVP) aan te bieden bij de LVVP een verbetertraject te volgen en een visitatietraject te doen.

Sturen op functioneren

Leidraad voor sturen op functioneren

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

Twijfels over het professionele functioneren van een collega

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 gerede instantie (de IGJ), na uw collega van dit voornemen op de hoogte te hebben gesteld.

Om haar leden in dit proces te faciliteren, heeft de LVVP het stappenplan sturen op functioneren opgesteld (zie www.lvvp.info). Aan de hand hiervan kan de vrijgevestigde ggz-professional tot een zorgvuldige afweging komen en hier adequaat naar handelen. De LVVP wil haar leden met deze leidraad helpen bij het veilig en met elkaar sturen op functioneren, om de staat van *'fit to practice'* te hervinden, de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid te verbeteren.

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 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.

Klachten- en geschillenregeling

De LVVP-klachten en geschillenregeling

De LVVP heeft twee verschillende klachtenregelingen: de klachtenregeling in het kader van de Wkkgz en de klachtenregeling in het kader van de Jeugdwet.

De Wkkgz

Op grond van de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is een vrijgevestigd eerstelijns/gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch (neuro-) psycholoog verplicht zich bij een klachtenregeling en een geschillenregeling aan te sluiten. In dat kader heeft de LVVP een klachtregeling en een geschillenregeling voor haar gewone leden opgesteld. Alle gewone leden van de LVVP zijn aan deze klachtenregeling gebonden.

In de Wkkgz zijn regels opgenomen over de klachtenopvang en het beslechten van geschillen. Deze regels hebben betrekking op behandelingen onder de Zorgverzekeringswet en betreffen dus de volwassen ggz.

Klachtenregeling voor volwassenen (Wkkgz)

De LVVP en haar leden hanteren als uitgangspunt dat een klacht niet formeler moet worden behandeld dan noodzakelijk.

Patiënten kunnen onvrede altijd rechtstreeks melden bij hun behandelend vrijgevestigd eerstelijns/gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch (neuro)-psycholoog. Biedt dit gesprek geen oplossing, dan kunnen patiënten contact opnemen met de klachtenfunctionaris, zoals beschreven in de LVVP-klachtenregeling (zie www.lvvp.info).

De klachtenfunctionaris geeft advies over het indienen van een klacht, overlegt met de klager hoe de klacht in behandeling kan worden genomen, staat klager bij het formuleren van de klacht bij, neemt klachten in ontvangst en onderzoekt de mogelijkheden om tot een oplossing voor de klacht te komen.

Aan de werkzaamheden van de klachtenfunctionaris zijn voor de klager geen kosten verbonden.

Geschillenregeling voor volwassenen (Wkkgz)

De gewone leden van de LVVP zijn tevens aangesloten bij De Geschillencommissie vrijgevestigde ggz-praktijken (zie www.lvvp.info).

In een enkel geval komt het voor dat een klager niet tevreden is met de behandeling dan wel de afhandeling van een klacht. Ook is het mogelijk dat niet in redelijkheid van een patiënt kan worden verlangd dat hij of zij een klacht onder de gegeven omstandigheden bij diens vrijgevestigd eerstelijns/gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch(neuro)psycholoog indient. In beide gevallen bestaat de mogelijkheid de klacht voor te leggen aan deze geschillencommissie.

Voor het indienen van een geschil bij de Geschillencommissie wordt aan de klager een kleine bijdrage gevraagd.

De Jeugdwet

Op grond van de Jeugdwet is een vrijgevestigd eerstelijns/gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog verplicht zich bij een klachtenregeling aan te sluiten. In dat kader heeft de LVVP een tijdelijke klachtregeling Jeugdwet opgesteld voor gewone leden die kinderen en jeugdigen tot 18 jaar behandelen én waarvan de behandeling door de gemeente wordt vergoed. Op het moment dat de klachtenregeling in de Jeugdwet aangepast wordt (aan de Wkkgz), vervalt de LVVP-klachtenregeling Jeugd.

In de Jeugdwet zijn regels opgenomen over de klachtenopvang. Ook hier geldt dat een klacht niet formeler moet worden behandeld dan noodzakelijk. Onvrede kan altijd en bij voorkeur rechtstreeks bij de behandelaar worden gemeld.

Het AKJ

Biedt dit gesprek met de behandelaar geen oplossing, dan kan de klager zich wenden tot een vertrouwenspersoon van het AKJ. Deze beantwoordt vragen, geeft advies en legt uit hoe de jeugdhulpverlening werkt. De vertrouwenspersoon ondersteunt patiënten bij het verwoorden, indienen en afhandelen van klachten over de jeugdhulp. Ook bewaakt deze de procedurele afhandeling van klachten en begeleidt het (vervolg)traject naar de klachtencommissie en in tuchtrechtzaken als de patiënt dat wenst.

Aan de werkzaamheden van de vertrouwenspersoon van het AKJ zijn voor de klager geen kosten verbonden.

De klachtencommissie Jeugd

Voor gevallen waarin een klager niet tevreden is met de behandeling, met de afhandeling van een klacht of indien in redelijkheid niet kan worden verlangd dat een klacht onder de gegeven omstandigheden bij de vrijgevestigd eerstelijns/gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch(neuro)psycholoog wordt ingediend, bestaat de mogelijkheid de klacht voor te leggen aan de klachtencommissie Jeugd. In de klachtenregeling Jeugdwet (zie www.lvvp.info) wordt geregeld hoe klachten beoordeeld worden door een klachtencommissie. De beoordeling van aansprakelijkheid valt niet onder de werking van deze klachtenregeling. Voor de Jeugdwet geldt geen verplichting om een Geschillencommissie in te stellen.

De kwaliteitscriteria van de LVVP

Inhoudsopgave kwaliteitscriteria

1. Inleiding **19**
1.1. De kwaliteitscriteria voor de vrijgevestigde praktijk 19
1.2. Leeswijzer 19

2. Kwaliteit van de behandeling **20**
2.1. Aanmelding 21
2.2. Intake en indicatiestelling 22
2.3. Behandeling 24
2.4. Professioneel handelen 25
2.5. Tussentijdse evaluatie en bijstelling 26
2.6. Effectmeting/zorgvraagtypering 27
2.7. Afronding behandeling & eindevaluatie 27

3. Kwaliteit van de beroepsbeoefenaar **29**
3.1. Opleiding en beroepsuitoefening 29
3.2. Afstemming en samenwerking 30

4. Kwaliteit van de praktijkvoering **31**
4.1. Kwaliteitsbeleid van de praktijk 31
4.2. Praktijkruimte 34
4.3. Dossier 35
4.4. Administratie 36
4.5. Informatie 38
4.6. Opleiden 40
4.7. Medewerkers 41

Bijlagen
I. Begrippenlijst 43
II. Wet- en regelgeving 44
III. Overzicht LVVP-richtlijnen en -formulieren 48

1 Inleiding

1.1 De kwaliteitscriteria voor de vrijgevestigde praktijk

De kwaliteitscriteria geven handen en voeten aan de standaarden voor kwaliteit die met alle betrokkenen in de ggz zijn afgesproken. Het gaat dan onder andere om wet- en regelgeving, het landelijk kwaliteitsstatuut, de beroepscodes, de kwaliteitsstandaarden en de bekostiging (zie bijlage II voor een overzicht). We hebben deze eisen en criteria zo goed mogelijk vertaald naar normen en criteria voor de vrijgevestigde praktijk. Waar dat zinvol is, staat bij een criterium een directe verwijzing naar de bron.

De kwaliteitscriteria zijn van toepassing op alle leden van de LVVP, ongeacht of zij:

- kinderen, adolescenten of volwassenen behandelen;
- werkzaam zijn als solist, in een groepspraktijk als maat of zzp-er of in loondienst;
- gecontracteerde of ongecontracteerde zorg leveren.

1.2 Leeswijzer

De kwaliteitscriteria zijn ingedeeld in drie hoofdstukken:

- In het hoofdstuk kwaliteit van de behandeling volgen we de verschillende fasen uit de patiëntenreis.
- In het hoofdstuk kwaliteit van de beroepsbeoefenaar staat enerzijds de bevoegdheid en bekwaamheid van de behandelaar centraal, anderzijds de samenwerking in professionele en lerende netwerken.
- In het hoofdstuk kwaliteit van de praktijkvoering komen enkele belangrijke randvoorwaarden voor goede zorg aan bod.

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

Er is gekozen voor de benaming 'patiënten'.

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

De kwaliteitscriteria die een link hebben met bepaalde wet- en regelgeving (zoals WGBO, AVG, kwaliteitsstatuut = Iks, et cetera) zijn te herkennen doordat afgekort en gecursiveerd de letters van de betreffende wet of regel is toegevoegd.

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

Kwaliteit van de behandeling

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

2.1 Aanmelding

Kwaliteitsnorm

Aanmelden en inschrijven van patiënten gebeurt volgens een vaste procedure.

Kwaliteitscriteria

2.1.1. De behandelaar hanteert een vaste, vastgelegde procedure voor het aanmelden en inschrijven, inclusief pre-intake, van patiënten. *(Iks)*

2.1.2. Bij de aanmelding wordt nagegaan of zorg geïndiceerd is en of de praktijk de zorg verleent die aansluit op de zorgvraag/zorgbehoefte van de patiënt. Indien dit niet het geval is, wordt in overleg met de verwijzer passende hulp gezocht (andere hulpverlener, instelling of -in geval van crisis of acute zorgbehoefte- crisisdienst) of terugverwezen naar de verwijzer. *(Iks)*

2.1.3. Bij de aanmelding is de behandelaar alert op signalen van crisis, nood of spoed en (be-)handelt zij/hij dienovereenkomstig.

2.1.4. Bij de aanmelding wordt de patiënt geïnformeerd over eventuele patiëntenstops, de actuele aanmeldwachttijd en, indien van toepassing, de actuele behandelwachttijd, of vertraging in de doorlooptijd. (*WGBO, Wkkgz, Wmg, beleidsregel NZa*; zie ook 4.1 kwaliteitsbeleid van de praktijk)

2.1.5. Bij de aanmelding legt de behandelaar de benodigde registratiegegevens vast.

2.1.6. Bij de aanmelding informeert de behandelaar de patiënt adequaat en volledig door te verwijzen naar de website of de praktijkfolder. Waarover de patiënt geïnformeerd dient te worden, staat vermeld in paragraaf 4.5 Informatie.

2.1.7. Bij de aanmelding voor *zorg* in het kader van de Zorgverzekeringswet of de Jeugdwet dient sprake te zijn van een verwijzing (verwijsbrief). De eisen waaraan deze verwijzing dient te voldoen, zijn opgenomen in de verwijsafspraken ggz van het ministerie van VWS.

2.1.8. Bij aanmelding voor onverzekerde zorg of door zelfbetalers is geen verwijzing nodig. De behandelaar vergewist zich ervan dat de patiënt weet dat hij deze kosten niet kan declareren bij zijn zorgverzekeraar.

2.1.9. Bij aanmelding informeert de behandelaar de patiënt dat hij terecht kan bij de verwijzer zolang de intake nog niet heeft plaatsgevonden c.q. de behandeling nog niet is gestart.

2.2 Intake en indicatiestelling

Kwaliteitsnorm

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

Kwaliteitscriteria

2.2.1. Bij het eerste intakegesprek wordt voor iedere patiënt een apart patiëntdossier aangemaakt. (*WGBO*, zie ook 4.3 Dossier)

2.2.2. Voorafgaand aan of tijdens het eerste (intake)gesprek dient de patiënt een wettig identiteitsbewijs met een geldig burgerservicenummer (bsn) aan de behandelaar te tonen. Het bsn wordt geverifieerd bij Vecozo (COV-check) of de Sectorale Berichtenvoorziening in de Zorg *(Wet BSN-z)*.[1]

2.2.3. Voor zorg die valt onder de Zvw, dient de patiënt tevens de verzekeringspas te tonen.

2.2.4. Voor de indicatiestelling (dit is de schriftelijk vastgelegde verantwoording van diagnose, behandeldoelen en daaruit voortvloeiend behandelplan) worden onder meer gegevens verzameld over de klachten, zorgvraag, de wensen en verwachtingen van de patiënt, de zorgvraagtypering alsook relevante informatie over eventueel voorafgaande zorg.

2.2.5. De klachten en problematiek worden aan de hand van professionele richtlijnen in kaart gebracht, resulterend in een beschrijvende diagnose en DSM-classificatie.

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

Voor de gb-ggz is de hoofddiagnosegroep voldoende. Voor de gb-ggz zal dit over het algemeen minder uitgebreid plaatsvinden dan voor de g-ggz.

2.2.6. De behandelaar legt voor elke patiënt bovengenoemde informatie op een navolgbare, consistente en overdraagbare wijze vast in een schriftelijke indicatiestelling. Dit kan in een apart formulier (zie het LVVP-formulier indicatiestelling), maar kan ook in de vorm van een brief aan de huisarts, waarin alle relevante onderdelen beknopter aan de orde komen (zoals in de gb-ggz het geval zal zijn). De indicatiestelling maakt deel uit van het patiëntendossier en is in te zien en op te vragen door de patiënt. *(WGBO, AVG)*

2.2.7. De gestelde indicatie wordt bij de gb-ggz bij aanvang en bij g-ggz voorafgaand aan de behandeling met de patiënt besproken. Indien van toepassing, wordt de patiënt hierbij geïnformeerd over:
- de eventuele, geschatte behandelwachttijd na de indicatiestelling;
- de wijze waarop de patiënt de praktijk tijdens de behandelwachttijd op de hoogte kan stellen van relevante wijzigingen in zijn situatie

(Wkkgz, Wmg, beleidsregel NZa)

2.2.8. Bij de indicatiestelling wordt ook gekeken naar mogelijke factoren die de behandeling belemmeren. Wanneer daarvan sprake is, wordt dit met de patiënt besproken en wordt gekeken of hiervoor een oplossing mogelijk is, zodat behandeling toch kan plaatsvinden. Als dit niet mogelijk is, wordt in overleg met de patiënt terugverwezen naar de verwijzer, dan wel doorverwezen naar een andere zorg-/hulpverlener.

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

2.3 Behandeling

Kwaliteitsnorm

Het behandelplan wordt opgesteld volgens een vaste procedure.

Kwaliteitscriteria

2.3.1. Elke patiënt wordt behandeld volgens een vastgelegd individueel behandelplan dat gebaseerd is op de indicatiestelling. Daarbij wordt aangesloten bij de specifieke situatie van de patiënt. (*WGBO*)

2.3.2. Het behandelplan wordt in samenspraak met de patiënt opgesteld (samen beslissen). De behandelaar neemt samen met patiënt door welke overwegingen er zijn bij de keuze voor een bepaalde behandeling en komt samen met de patiënt tot een behandelplan. Ook informeert de behandelaar de patiënt over de gevolgen en risico's als er niet of op andere wijze wordt behandeld. De patiënt wordt geïnformeerd over wie zijn aanspreekpunt is tijdens de behandeling. *(Iks)*

2.3.3. In het behandelplan zijn ten minste bepalingen opgenomen over:
- de doelstelling van de behandeling/behandeldoelen *(WGBO)*;
- de wijze waarop de doelstelling wordt gerealiseerd (behandelvorm, programma c.q. aanpak), inclusief de geschatte duur van de behandeling *(WGBO)*;
- de zorgvraagtypering;
- de diagnose;
- voorwaarden waaronder de psychotherapeutische of psychologische behandeling plaatsvindt *(WGBO)*;
- mogelijkheden voor bijstelling van het behandelplan gedurende de looptijd van de behandeling;
- *in de gb-ggz bevat het behandelplan dezelfde onderdelen, maar veel beknopter in de uitwerking dan in de g-ggz.*

2.3.4. De behandelaar informeert de verwijzer met toestemming van de patiënt na de intake met een korte brief. Bij kortdurende behandeling - *in de regel in de gb-ggz en deels in de g-ggz* - wordt alleen een afrondingsbrief naar de huisarts verstuurd (zie 2.7 Afronding behandeling & eindevaluatie en 4.3 Dossier). *(Iks)*

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

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

2.4 Professioneel handelen

Kwaliteitsnorm

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

Kwaliteitscriteria

2.4.1. De behandelaar 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. (Iks)

2.4.2. De behandelaar voert het behandelplan uit conform de daarin overeengekomen behandelmethode/vorm van psychotherapie of psychologische behandeling.

2.4.3. Per behandelsessie wordt er een kort verslag aan het dossier toegevoegd.

2.4.4. De behandelaar handelt conform de stand der wetenschap c.q. binnen het kader van de door de beroepsgroep goedgekeurde zorgstandaarden of generieke modules, protocollen en richtlijnen, voor zover deze door de behandelaar in de betreffende situatie van toepassing kunnen worden geacht *(Wkkgz)*. Bij afwijking van de standaard noteert de behandelaar de redenen hiervan in het patiëntdossier.

2.4.5. Indien de behandelaar 'vastloopt' in de therapie of problemen ervaart, wordt (geanonimiseerd) feedback gevraagd van de intervisiegroep, supervisor of te consulteren collegae.

2.4.6. Waar nodig betrekt de behandelaar, met toestemming van de patiënt, de naasten van de patiënt bij de diagnose en/of behandeling. *(Iks)*

2.4.7. De regiebehandelaar draagt zorg voor een goede communicatie met de patiënt en indien van toepassing -en met toestemming van de patient- diens naasten over het beloop van de behandeling. *(Iks)*

2.4.8. De behandelaar treedt de patiënt met een beroepsmatige attitude tegemoet, zoals omschreven in de beroepscode voor psychologen en de beroepscode voor psychotherapeuten.

2.5 Tussentijdse evaluatie en bijstelling

Kwaliteitsnorm

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

Kwaliteitscriteria

2.5.1. De behandelaar evalueert samen met de patiënt tijdig en regelmatig de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van het behandelplan, met behulp van vragenlijsten. De behandelaar evalueert zo vaak als nodig of gewenst. *(Iks)*

2.5.2. De evaluatie kan aanleiding geven om de behandeling op of af te schalen of af te sluiten, ofwel om -met een advies of motivatie- door te verwijzen naar een andere behandelaar of terug te verwijzen naar de verwijzer. Zo nodig stuurt de behandelaar de verwijzer een beknopte afsluitende brief (mits gerichte toestemming patiënt). De behandelaar kan zelf doorverwijzen (zie ook 2.3).

2.5.3. In samenspraak met de patiënt stelt de behandelaar het behandelplan bij als daar aanleiding toe is. Voor de bijstelling is de toestemming van de patiënt vereist en deze wordt vastgelegd in het dossier (zie ook 2.3 en 4.3 Dossier). *(WGBO)*

2.5.4. Bij langer durende behandeling stuurt de behandelaar -met toestemming van de patiënt- de verwijzer aan het einde van een behandeljaar een beknopte voortgangsrapportage (zie ook 2.3 en 4.3 Dossier). *(Iks)*

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

2.6 Effectmeting/zorgvraagtypering

Kwaliteitsnorm

De effectiviteit van de behandeling wordt regelmatig geëvalueerd. De frequentie hiervan is stoornis- en patiënt/cliëntafhankelijk en wordt beschreven in de zorgstandaarden.

Kwaliteitscriteria

2.6.1. De behandelaar meet de effectiviteit van de behandeling, gebruikt de uitkomsten van de effectmetingen in de behandeling en koppelt deze terug aan de patiënt. *(Iks, algemene bepalingen)*

2.7 Afronding behandeling & eindevaluatie

Kwaliteitsnorm

De beslissing tot afronding van de behandeling vindt plaats in overleg met de patiënt en wordt vastgelegd in het dossier. Tevens evalueert de

behandelaar met de patiënt aan de hand van het behandelplan of de doelen van de behandelaar en patiënt zijn behaald.

Kwaliteitscriteria

2.7.1. De behandelaar bespreekt met de patiënt (en eventueel met zijn naasten) de resultaten van de behandeling en mogelijke vervolgstappen (samen beslissen) en noteert deze in het dossier. *(Wkkgz, Iks)* 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, beroepscodes)*

2.7.2. Bij een problematische afsluiting van de behandeling handelt de behandelaar volgens de beroepscode voor psychologen en/of die voor psychotherapeuten.

2.7.3. Bij de eindevaluatie staat centraal of er sprake is van vermindering van de klachten, van verbetering van het functioneren en/of van de kwaliteit van leven.

2.7.4. De behandelaar meet de tevredenheid van de patiënt. *(Iks)*

2.7.5. Het besluit tot afronding, de conclusies van de evaluatie, de eventueel getroffen maatregelen en de tevredenheid worden vastgelegd in het dossier. *Voor de gb-ggz zal dit over het algemeen minder uitgebreid plaatsvinden dan voor de g-ggz.*

2.7.6. De behandelaar informeert de verwijzer met expliciete en gerichte toestemming van de patiënt met een beknopte afrondingsbrief over het verloop en resultaat van de behandeling (zie ook 4.3 Dossier). Indien nodig geeft de behandelaar gericht advies wanneer er vervolgbehandeling nodig is. *(Iks)*

2.7.7. De behandelaar informeert de vervolgbehandelaar -met toestemming van de patiënt- zo nodig over het verloop van de behandeling en behaalde resultaten, voorzien van het vervolgadvies. *(Iks)*

3 Kwaliteit van de 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 als gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog of -indien aan de orde- het register eerstelijnspsychologie NIP. De behandelaar maakt deel uit van een lerend netwerk.

Kwaliteitscriteria

3.1.1. De behandelaar is ingeschreven in het BIG-register en voldoet hiermee aan de voor het professionele handelen vereiste opleiding, bij- en nascholing, ervaring, bekwaam- en bevoegdheden. *(Iks, wet BIG)*

3.1.2. De behandelaar houdt zijn kennis en ontwikkelingen voor zijn beroepsbeoefening op peil door bij- en nascholing. *(Iks)*

3.1.3 De behandelaar maakt deel uit van een lerend netwerk met minimaal vijf deelnemers (inclusief zij/hijzelf), dat twee keer per jaar bijeenkomt en dat reflecteert op het zorgproces en de behandeling en begeleiding, en tevens ook op het eigen handelen als (indicerend of coördinerend) regiebehandelaar.

3.1.4. Intercollegiale toetsing vindt plaats met minimaal 10 uur intervisie per jaar. Intervisie is een vorm van geregelde intercollegiale samenkomsten, waarin sprake is van een systematische aanpak van nadenken over het professionele handelen van de betrokkenen. De reflectie kan betrekking hebben op zowel de indicatiestelling, de behandeling als het persoonlijk functioneren van de behandelaar. (*zie de LVVP-richtlijn intervisie*)

3.1.5. De behandelaar dient tijdens de intervisie of in een aparte groep een minimumaantal indicatiestellingen te bespreken (voor de

verschillende verwerkingsvormen van de indicatiestelling, zie 2.2.6) en de feedback op de besproken indicatiestellingen schriftelijk vast te leggen (zie LVVP-richtlijn intervisie):
- voor de gb-ggz zijn dit er minimaal 3 per jaar en
- voor de g-ggz 25% van het gemiddeld aantal sessies per week, met een minimum van 3 en een maximum van 10 per jaar)
- De eisen voor intervisie zijn vervat in de LVVP-richtlijn intervisie. *(besluit alv LVVP d.d. 22 juni 2016, lks, register eerstelijnspsychologie NIP).*

3.1.6. De behandelaar baseert zich bij de toegankelijkheid en overdracht van patiëntgegevens op de beroepscode voor psychologen, de beroepscode voor psychotherapeuten en de wettelijke regelingen. (WGBO, AVG, *Wabvpz)*

3.1.7. De behandelaar bejegent de patiënt conform de gedragsregels zoals omschreven in de beroepscode voor psychologen en/of de beroepscode voor psychotherapeuten.

3.1.8. Bij twijfels over het functioneren van een collega, spreekt de behandelaar deze collega hierop aan volgens de aanzeggingsplicht in de beroepscodes. De behandelaar volgt indien nodig het LVVP-stappenplan 'sturen op functioneren'. Bij twijfel over het eigen functioneren neemt de behandelaar contact op met de vertrouwenspersoon van de LVVP.

3.2 Afstemming en samenwerking

Kwaliteitsnorm

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

Kwaliteitscriteria

3.2.1. De behandelaar dient ingebed te zijn in een professioneel netwerk met verwijzers en behandelaren in een regio. In het eigen *ks* wordt het professionele netwerk beschreven en in welke situaties de behandelaar ervan gebruik zal maken. *(Iks)*

3.2.2. De behandelaar draagt zorg voor afstemming met de huisarts en/of verwijzer van de patiënt en met andere partijen die bij de behandeling zijn betrokken (met gerichte toestemming van de patiënt).

3.2.3. De behandelaar is eindverantwoordelijk voor het werk dat wordt uitbesteed aan medewerkers of derden die zich bezighouden met bijvoorbeeld afname van testen, boekhouding, of aan een medebehandelaar zonder BIG-registratie.

3.2.4. De behandelaar is verantwoordelijk voor de hem toegeschreven taken, de integraliteit van het behandelproces, is aanspreekpunt, en spant zich in voor goede samenwerking als er -met toestemming van de patiënt- meerdere behandelaren bij de behandeling zijn betrokken. *(Iks)*

3.2.5. De behandelaar vraagt de patiënt telkens om toestemming voordat hij gegevens deelt met collega's/verwijzers. *(WGBO, beroepscodes, Iks)*

4 Kwaliteit van de praktijkvoering

4.1 Kwaliteitsbeleid van de praktijk

Kwaliteitsnorm

De behandelaar zorgt voor de juiste zorg, op de juiste plek, door de juiste zorgprofessional, binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk. De behandelaar bevordert daarmee passende zorg. Naast dat de behandelaar een kwaliteitsstatuut heeft *(Iks)*, is de praktijkvoering

gebaseerd op een helder omschreven kwaliteitsbeleid en voert de zorgverlener als LVVP-lid de behandeling als verantwoordelijk (regie)behandelaar grotendeels zelf uit. *(statuten LVVP, Iks)* De kwaliteit van de praktijkvoering wordt gewaarborgd door het hanteren van en toetsen aan de LVVP-kwaliteitscriteria.

Kwaliteitscriteria

4.1.1. *De behandelaar onder de Zorgverzekeringswet stelt een kwaliteitsstatuut op conform het landelijk kwaliteitsstatuut ggz (Iks).* Het kwaliteitsstatuut wordt op de website van de praktijk gepubliceerd of is beschikbaar in de praktijk en wordt jaarlijks geëvalueerd en geactualiseerd. *(Iks)*
Aangezien dit in de Jeugdwet geen verplichting is, geldt dit niet voor behandelaren die louter kinderen en jeugdigen tot 18 jaar behandelen.

4.1.2. De behandelaar houdt de wachttijden bij. Wanneer de geschatte aanmeld- en/of behandelwachttijd 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. In geval van crisis of acute zorgbehoefte verleent de behandelaar noodhulp en/of verwijst hij door naar de huisarts of crisisdienst. 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. *(Iks, Wmg, Wkkgz, NZa)*

4.1.3. Onvrede c.q. klachten van patiënten (18 en ouder) worden behandeld conform de LVVP-klachten- en geschillenregeling. Dit geldt ook voor patiënten tot 18 jaar als zij zelf betalen. *(Iks, Wkkgz)*

4.1.4. Onvrede c.q. klachten van patiënten tot 18 jaar worden behandeld conform de LVVP-klachtenregeling Jeugd, mits de gemeente de zorg aan de patiënt betaalt. *(Jeugdwet)*

4.1.5. De behandelaar houdt een klachtenregister bij. *(Wkkgz)*

4.1.6. In geval van incidenten[2] doet de behandelaar hiervan melding in het systeem voor 'veilig incidenten melden' (vim) volgens de hiervoor intern afgesproken procedure.
De behandelaar licht de patiënt direct in over het tijdstip, de aard en toedracht van het incident en over de genomen of te nemen maatregelen om de gevolgen hiervan weg te nemen of te beperken. Hij noteert in het dossier het tijdstip, aard en toedracht van het incident. *(Wkkgz)*

4.1.7. De behandelaar meldt calamiteiten[3], geweld in de zorgrelatie als ook de beëindiging/niet-voortzetting van een (arbeids)overeenkomst wegens ernstig disfunctioneren, onmiddellijk bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). *(Wkkgz, Jeugdwet)*

4.1.8. De behandelaar hanteert een kwaliteitssysteem door periodiek te reflecteren op resultaten, klachten, incidenten, patiënttevredenheid et cetera en voert verbeteringen door. *(Wkkgz, Jeugdwet)*

4.1.9 De behandelaar laat zich, zijn praktijkvoering, eens in de vijf jaar in Nederland visiteren door de LVVP. *(statuten LVVP, Iks)*

4.1.10. De behandelaar geeft aan waar patiënten in geval van crisis terecht kunnen gedurende avond/nacht/weekend. *(Iks)*

4.1.11 Biedt een behandelaar online therapie (volledig of deels), dan is de behandelaar hierover transparant in zijn informatie aan patiënten. Hij houdt zich aan alle geldende wet- en regelgeving zoals die ook voor fysieke behandeling c.q. praktijken geldt. Denk bijvoorbeeld aan eisen rond bereikbaarheid en toegankelijkheid van de praktijk, zorgverlening in geval van crisis, verankering in een professioneel netwerk en deelname aan lerende netwerken. *(WGBO, Wkkgz, Iks)*

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

4.1.12. De behandelaar treft een waarnemingsregeling voor afwezigheid bij vakantie en ziekte. *(Iks, Wtza)*

4.1.13. De behandelaar treft maatregelen voor het geval hij (onverwachts) niet (langer) in staat is het dossier te beheren, bijvoorbeeld vanwege ernstige ziekte, overlijden of beëindiging van de praktijk. *(Iks, WGBO, beroepscodes voor psychologen en die voor psychotherapeuten, AVG)*

4.2 Praktijkruimte

Kwaliteitsnorm

De praktijkruimte voldoet aan de geldende normen.

Kwaliteitscriteria

4.2.1. De praktijkruimte beschikt over:
- een ruimte voor (psychodiagnostisch) onderzoek en/of behandeling;
- een wachtruimte;
- een toilet.

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

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

4.2.4. De ruimten zijn schoon en opgeruimd.

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

4.2.6. De behandelaar moet voorbereid zijn op ongevallen, brand en ontruiming en treft maatregelen door:
- een rookmelder, brandblusser, verbanddoos, vluchtplattegrond (of calamiteitenplan), et cetera;

- een veilige praktijkruimte en toegangsroute daartoe;
- het treffen van samenwerkingsafspraken over veiligheidsmaatregelen met collegabedrijven/-praktijken als de praktijk zich in hetzelfde pand bevindt.

4.3 Dossier

Kwaliteitsnorm

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

Kwaliteitscriteria

4.3.1. Het dossier dient identificeerbaar te zijn en door de behandelaar actueel gehouden te worden. De daarin opgeslagen gegevens dienen leesbaar en overdraagbaar te zijn. *(Wabvpz, WGBO)*

4.3.2. De behandelaar is gehouden aan de wetgeving inzake (elektronische) dossiervoering, o.a. voor wat betreft de bewaartermijn, de beveiliging ervan (zie 4.4 administratie), het inzagerecht, vernietigingsrecht en geheimhouding. *(WGBO, beroepscodes, AVG)*

4.3.3. Het patiëntdossier bevat alle relevante informatie over diagnostiek, behandeling, correspondentie en toestemming/instemming van de patiënt (zie de LVVP-handreiking 'De inhoud van het cliëntdossier').

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

4 Voor wat betreft de toestemming voor informatieverstrekking aan derden (waaronder de verwijzer) verschillen de beroepscodes voor psychologen en psychotherapeuten van elkaar: voor psychologen geldt dat mondelinge toestemming van de patiënt voor informatie aan de verwijzer volstaat, voor de psychotherapeut geldt dat hiervoor altijd schriftelijke toestemming nodig isVoor alle beroepsgroepen geldt dat deze toestemming expliciet en gericht wordt gegeven, dat de te verstrekken informatie wordt doorgenomen met de patiënt en dat de toestemming wordt opgenomen in het dossier. Tevens geldt voor alle beroepsgroepen het advies om bij informatieverstrekking voor een ander doel dan zorg te werken met schriftelijke toestemming. Bij voorkeur zijn in deze toestemmingsverklaring de vragen opgenomen waar

4.4 Administratie

Kwaliteitsnorm

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

Kwaliteitscriteria

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

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

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

4.4.4. Indien de patiënt en behandelaar een privacyverklaring hebben ondertekend, vinkt de behandelaar dit aan in het epd voordat facturatie plaatsvindt (zie ook 4.3 Dossier). Ingevulde privacyverklaringen of de kopieën ervan worden bewaard in het dossier.

4.4.5. De behandelaar levert de gegevens over de verzekerde zorg aan bij de NZa (*Zvw*) of CBS (*Jeugdwet*) (*Wmg, NZa, Jeugdwet*), behalve als er een privacyverklaring is ondertekend.[5]

4.4.6. Als de financier (zorgverzekeraar of gemeente) om informatie vraagt, maakt de behandelaar een zorgvuldige afweging of, met het oog op zijn beroepsgeheim en zijn verplichtingen op grond van de hiervoor geldende wet- en regelgeving en zo ja welke, informatie uit het dossier hij kan en mag delen.

---

voor de beantwoording ervan toestemming wordt gegeven. De LVVP heeft een weloverwogen afweging gemaakt en besloten om -in het kader van de administratieve lasten en de helderheid c.q. eenduidigheid- te kiezen voor de uitwerking zoals verwoord in 4.3.4. Deze uitwerking voldoet ook aan de AVG en de WGBO.

5 Zolang er nog geen duidelijkheid is over de wettelijke basis onder de aanleververplichting en er geen garantie is dat onze leden niet tuchtrechtelijk aansprakelijk gesteld kunnen worden, adviseert de LVVP haar leden om nog geen gegevens te delen.

4.4.7. Als de patiënt schriftelijk toestemming heeft gegeven voor informatieverstrekking, gaat de behandelaar na of deze toestemming gericht is. Gerichte toestemming houdt in dat de patiënt weet om welke informatie het gaat, voor welk doel deze wordt gebruikt en dat de patiënt de gevolgen van het gebruik kan overzien. De behandelaar mag hierbij geen waardeoordelen geven. Wel is het de behandelaar toegestaan een door hem gestelde diagnose (op zijn eigen deskundigheidsgebied) te vermelden. Aangeraden wordt dat de behandelaar zijn patiënt(en) informeert over inzage in dossiers als een zorgverzekeraar of gemeente dit aankondigt, ook al is de behandelaar hiertoe niet wettelijk verplicht (zie de LVVP-handreiking materiële controle door zorgverzekeraars).

4.4.8. De behandelaar is niet verplicht om informatie aan andere derden (dan zorgverzekeraars en gemeenten) te verstrekken. Doet hij dat wel, dan mag de behandelaar alleen met schriftelijke en gerichte toestemming van de patiënt feitelijke informatie, zoals de door hem gestelde diagnose, over een (ex-)patiënt aan derden geven zoals bedrijfsarts, UWV, (letsel)advocaten, scholen, et cetera.

4.4.9. De behandelaar draagt zorg voor informatiebeveiliging van de patientgegevens. *(NEN 7510, 7512 en 7513, NTA 7516, AVG)*
De behandelaar:
- zorgt voor een veilige ict-omgeving, informatievoorziening en -verkeer (e-mail, digitale uitwisseling, cloudservice, e-health);
- is de verantwoordelijke voor de gegevensverwerking van zijn patiënten, administratie en dossier;
- is het aanspreekpunt voor de patiënt met betrekking tot de gegevensverwerking en het uitoefenen van de rechten van de patiënt;
- regelt de toegang tot gegevens (autorisaties) voor gerechtvaardigde gebruikers van het informatiesysteem;
- heeft verwerkingsovereenkomsten voor inschakeling van derden (bijvoorbeeld ict, epd, e-health);
- doet regelmatig een plan-do-check-act-cyclus voor informatiebeveiliging;
- draagt zorg voor een veilige verwerking van persoonsgegevens en heeft hiervoor een privacystatement, privacyprotocol en/of privacybeleid opgesteld;
- houdt een verwerkings- en datalekkenregister bij.

4.4.10. De behandelaar is verplicht een melding te doen bij de Autoriteit Persoonsgegevens (AP), als er een datalek[6] of inbreuk op de beveiliging optreedt, waarbij er kans is op verlies of onrechtmatige verwerking van persoonsgegevens. De behandelaar dient tevens de betrokkenen te informeren als de gegevens niet zijn versleuteld en hij redelijkerwijs nadelige gevolgen verwacht voor de persoonlijke levenssfeer[7]. *(AVG)*

4.5 Informatie

Kwaliteitsnorm

Patiënten worden geïnformeerd over de procedure voor indicatiestelling, behandelmogelijkheden en patiëntenrechten. De behandelaar zorgt ervoor dat de (digitale) communicatie veilig verloopt.

Kwaliteitscriteria

4.5.1. De behandelaar informeert de patiënt mondeling, schriftelijk of via de website over[8]:
- de praktijk *(WGBO)*;
- de procedure van indicatiestelling *(WGBO)*;
- de indicatie *(WGBO)*;
- de voorgestelde psychologische onderzoeken en/of methode van behandeling *(WGBO)*;
- informed consent en samen beslissen over behandelplan: in dit verband vraagt de behandelaar aan de patiënt, met inachtneming van de specifieke situatie van de patiënt, of de patiënt de betreffende informatie over het behandelplan heeft begrepen en of deze nog verdere vragen heeft *(WGBO, beroepscode)*;

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

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

8 De belangrijkste onderwerpen waarover de patiënt geïnformeerd dient te worden, worden hier opgesomd. Afhankelijk van de situatie wordt aan de patiënt meer of minder informatie gegeven.

- het eventuele bestaan van patiëntenstops en/of een wachttijd(procedure): de behandelaar is verplicht zijn aanmeldings- en behandelingswachttijden te publiceren op zijn website en deze gegevens te actualiseren *(Iks, Wmg, Wkkgz)*. 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;
- de klachten- en geschillenregelingen *(WGBO, Wkkgz, Jeugdwet)*;
- patiëntenrechten *(WGBO, Wkkgz, Jeugdwet)*;
- met welke zorgverzekeraars of gemeenten een contract is afgesloten, de kosten en vergoedingsmogelijkheden van de behandeling (natura/restitutiepolis, verschil in gecontracteerde/ongecontracteerde zorg, verzekerde ggz en onverzekerde zorg (niet-basispakketzorg), inclusief standaardprijslijst van de praktijk/tarieven *(Iks, NZa, WGBO, Zvw, Wmg, Wkkgz, Jeugdwet)*;
- de verwerking en bescherming van diens persoonsgegevens *(AVG, Zvw, Jeugdwet)*;
- de verplichte identificatie van de patiënt voorafgaand aan de behandeling *(Wet BSN-z)*;
- regels en reglementen van de praktijk, bijvoorbeeld over het verzetten van afspraken en betalingsvoorwaarden, tarief en voorwaarden no-show, de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de behandelaar, evenals een regeling voor waarneming tijdens afwezigheid of in geval van crisis *(Iks)*;
- de hoofdlijnen van de beroepscode(s) en de WGBO onder andere voor wat betreft regels voor het aangaan, uitvoeren en beëindigen van de behandeling, geheimhoudingsplicht, grensoverschrijdend gedrag, dossierbeheer, bewaartermijn dossier en recht op inzage in, aanvullen of vernietigen van het eigen dossier, de continuïteit in het behandelproces;
- de verwerking van tot de persoon herleidbare gegevens *(beroepscodes, WGBO, AVG)*;
- op verzoek van de patiënt: informeren over de rechten die voor de patiënt voortvloeien uit de Wkkgz: onder andere de kwaliteit van de zorg (klachtrecht, wachttijden, ervaringen van patiënten met de zorg).

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

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

4.6.1. 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.

4.6.2. De praktijkopleidingsplaats en betrokken begeleiders dienen te voldoen aan de eisen van de wet- en regelgeving. (*FGzPt, wet BIG*)

4.6.3. 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 eventuele BIG-registratie van de opleideling of stagiaire.

4.6.4. De behandelaar maakt in afstemming met de opleidingsinstelling afspraken over begeleiding, taken, verantwoordelijkheden, et cetera. Deze worden vastgelegd in een overeenkomst met de opleideling en de opleidingsinstelling.

4.6.5. De behandelaar maakt -als er sprake is van een stage- of werkervaringsplaats- met de stagiair afspraken over onder andere begeleiding, maximale duur, aantal dagen, (stage)vergoeding, et cetera en legt deze schriftelijk vast. NB: in het Iks is geregeld dat de stagiaire geen patiënten mag behandelen.

4.7 Medewerkers

Kwaliteitsnorm

De behandelaar die medewerkers (loondienst of zzp)[9] heeft in zijn praktijk of die een waarnemer inzet, draagt zorg voor een helder beleid hierin. Hij zorgt ervoor dat zijn medewerkers over voldoende opleiding en ervaring beschikken en hij zorgt voor een heldere toedeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Hij informeert alle medewerkers over procedures voor veilige incidentmelding, klachtenregistratie, et cetera.

Kwaliteitscriteria

4.7.1. De behandelaar heeft een vergewisplicht: hij gaat na of zorgverleners die voor hem (gaan) werken daartoe ook bevoegd en bekwaam zijn en hij vraagt referenties op bij een of meer vorige werkgevers; eventueel vraagt hij de zorgverlener om een verklaring omtrent het gedrag (vog)[10]. De behandelaar slaat de ingewonnen informatie op in het medewerkersdossier. *(Wkkgz)*

4.7.2. De behandelaar c.q. praktijkhouder draagt er zorg voor dat er voor alle medewerkers in loondienst een opleidingsplan is. *(Wtza)*

4.7.3. De behandelaar c.q. praktijkhouder zorgt voor een duidelijke toedeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden. *(Wkkgz, Iks)*

4.7.4. De praktijkhouder hanteert een transparante werving- en selectieprocedure.

4.7.5. Er dient sprake te zijn van een rechtsgeldige arbeidsovereenkomst voor medewerkers in loondienst.

9 De term medewerkers omvat zowel loondienst als zzp. Daar waar alleen op medewerkers in loondienst gedoeld wordt, wordt dit er expliciet bij vermeld.

10 Een vog is verplicht als de behandelaar gaat werken in de Wlz of als deze ggz-zorg verleent onder de Zvw met nachtverblijf. Binnen de ambulante volwassen ggz hoeft de vog niet verplicht opgevraagd te worden, maar het mag wel. Een vog is wel verplicht in de Jeugdwet.

4.7.6 Voor overeenkomsten van opdracht dient een schriftelijke overeenkomst gesloten te worden, die waarborgt dat de behandelaar/waarnemer zich bij zijn werkzaamheden laat leiden door de op de zorgaanbieder rustende wettelijke verplichtingen en regels van de praktijkhouder. *(Wkkgz)*

4.7.7. De praktijkhouder dient alle verplichte sociale lasten (waaronder pensioen), belasting en dergelijke voor zijn medewerkers in loondienst af te dragen.

4.7.8. Medewerkers en waarnemers dienen een geheimhoudingsverklaring te ondertekenen.

4.7.9. De praktijkhouder beschikt over een personeelsdossier voor elke medewerker in loondienst.

4.7.10. De praktijkhouder draagt ervoor zorg dat de arbeidsomstandigheden voldoen aan de geldende wet- en regelgeving. *(Arbowet)*

Bijlage I **Begrippenlijst**

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

Bijlage II **Wet- en regelgeving**

BIG

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

WGBO

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

AVG

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

De Wet schrijft voor dat patiënten recht hebben op:

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

Meldplicht datalekken

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

Wkkgz

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

Wmg

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

De Jeugdwet

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

Zvw

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

iedereen te accepteren en zorgverzekeringen niet mogen beëindigen bij nadelig schadeverloop.

Wbsn-z en Wabb

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

Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

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

Informatiebeveiliging in de zorg - NEN 7510, 7512 en 7513, NTA 7516

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

Aanvullend op de NEN 7510 zijn de NEN 7512 en 7513 in het leven geroepen. NEN 7512 richt zich op de zekerheid die partijen elkaar dienen te bieden als voorwaarde voor een vertrouwde gegevensuitwisseling en beschrijft de aanzet tot risicoclassificatie en de uitwerking van de eisen voor identificatie en authenticatie van een bepaalde risicoklasse.
De NEN 7513 richt zich met name op 'logging': het vastleggen van acties op het elektronisch patiëntendossier, zodat achterhaald kan worden wie toegang heeft gehad tot het dossier. De norm is van toepassing op alle organisaties in de gezondheidszorg, ongeacht de aard en de omvang van het

bedrijfsproces. Bij het leveren van verantwoorde zorg door de zorginstelling moeten de patiëntgegevens op adequate wijze worden beveiligd. Informatiebeveiliging valt onder het toezicht van de IGJ en de AP.
De NTA 7516 omvat de regels voor veilige e-mail.

Wtza

Op 1 januari 2022 is de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) in werking getreden. De Wtza omvat nieuwe toetredingsregels voor zorg- en jeugdhulpaanbieders. Hiermee wil de overheid de transparantie en verantwoording, evenals het bewustzijn over kwaliteit in de sector vergroten. De Wtza kent een aantal onderdelen: de meldplicht, de vergunningplicht, de eis van een onafhankelijk intern toezichthouder en de jaarverantwoordingsplicht.

Arbowet

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

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

Alleen voor zelfstandigen (solisten) gelden geen systeemverplichtingen, zoals de risico-inventarisatie en -evaluatie (ri&e). Hierdoor heeft de

zelfstandige minder administratieve lasten. Praktijken met werknemers (loondienst of zzp) kunnen meer informatie vinden in de arbocatalogus ggz: www.arbocatalogusggz.nl

Beroepscodes

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

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

Beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

- Nadere regel - regeling publicatie wachttijden ggz;
- Beleidsregels en nadere regel zorgprestatiemodel;
- Standaard voor gegevensaanlevering zorgvraagtypering;
- Tariefbeschikking zorgprestatiemodel.

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

Bijlage III **Overzicht LVVP-richtlijnen, handreikingen en formulieren**

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

LANDELIJKE VERENIGING VAN VRIJGEVESTIGDE PSYCHOLOGEN & PSYCHOTHERAPEUTEN

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