



PROFIELSCHETS

&

VELDNORMEN

VOORWOORD (bij de tweede druk)

Onder leiding van het bestuur van de afdeling Zelfstandig Gevestigde Psychiater (ZGP) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) hebben twee werkgroepen zich beziggehouden met de profilering van de Zelfstandig Gevestigde Psychiater in het veld van de GGZ. Onbekendheid bij politici, zorgverzekeraars en zelfs aanbieders van zorg over het instituut ZGP, maakte deze inspanning broodnodig. Daarnaast speelde de vraag van de Inspectie voor de Gezondheidszorg een rol, naar aanleiding van een door hen uitgevoerd onderzoek in 2005 (gepubliceerd in het rapport 'Zelfstandig gevestigde psychiaters in beeld: voorwaarden voor verantwoorde zorg over het algemeen aanwezig, maar praktijkvoering en kwaliteitsbewaking behoeven verbetering, Den Haag, 2009). Zij verzocht aan het bestuur van de NVvP om haar leden actief op de hoogte te stellen van vigerende wet- en regelgeving en om Veldnormen op te stellen over praktijkvoering en dossiervorming, waar geen regelgeving voor bestaat. In 2011 leidde dit tot de nu voorliggende brochure dat in samenspraak met de leden van de afdeling ZGP van de NVvP is opgesteld.

Bestuur van de afdeling ZGP

Eric de Ruyter Korver (voorzitter afdeling ZGP)

Rienke de Weme (voorzitter werkgroep Profielschets)

Maurice Debije

Annamaria Boante (namens SAP)

Gerard van den Berg (voorzitter werkgroep Veldnormen)

Utrecht, 11 maart 2012

INLEIDING

In deze profielschets willen wij een helder beeld creëren van de Zelfstandig Gevestigde Psychiater (ZGP) en zijn rol in de gezondheidszorg. Achtereenvolgens komt de positionering ten opzichte van patiënt, verwijzer, andere zorgaanbieders en de verzekeraars aan de orde. Het beeld dat uit al deze facetten ontstaat laat een zelfstandige behandelingspecialist zien, die deskundig en dienstbaar is en die een toegankelijke en continue zorg weet te bieden waarvoor patiënt en verwijzer gericht kunnen kiezen.

DOEL VAN DE PROFIELSCHETS

Het doel van deze profielschets is het duidelijk maken welke plaats de ZGP inneemt in de gezondheidszorg, in de zorg voor de psychiatrische patiënt in het bijzonder. De profielschets kan aan patiënten, verwijzers, andere zorgaanbieders, de verzekeraars en de overheid duidelijk maken wat de ZGP te bieden heeft. Aspecten van de kwaliteit van zorg komen in de kwaliteitsparagraaf aan de orde.

MISSIE VAN DE ZGP

De ZGP wil kwalitatief goede psychiatrische patiëntenzorg bieden, waarbij de persoonlijke behandelrelatie centraal staat. De zelfstandige vestiging biedt toegankelijke en continue, voor patiënt en verwijzer herkenbare zorg, geleverd door een behandelingspecialist die het biopsychosociale model in alle facetten beheerst. De ZGP levert maatwerk gebaseerd op richtlijnen.

DE PATIËNT EN DE ZGP

Een patiënt kan een gerichte vrije keuze maken voor behandeling door een specifieke ZGP. Men weet, na lezen van een website of folder, of na overleg met de huisarts bij wie men terecht komt en wat de specifieke vaardigheden zijn van deze behandelaar. De behandeling is snel toegankelijk en indien nodig langdurig bij dezelfde psychiater. De setting is kleinschalig en discreet. De ZGP heeft de autonomie zijn praktijk zo te voeren dat het aansluit bij eigen voorkeuren en die van de patiënt. De persoonlijke behandelrelatie is in de psychiatrie essentieel en zij kan in deze setting optimaal tot haar recht komen. De ZGP heeft een individuele verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de behandeling, waarop de patiënt directe terugkoppeling kan geven.

DE VERWIJZER EN DE ZGP

De verwijzer verwijst gericht naar een ZGP en weet deze gemakkelijk te vinden voor overleg. Consultatie en advies zorgen voor versterking van de Eerste Lijn. Vaak zijn er (sub)regionale netwerken van ZGP, huisartsen en specialisten, psychotherapeuten en eerstelijns psychologen die in korte lijnen samenwerken. Er is sprake van patiëntgebonden overleg, uitgaande van een specifieke vraag. De ZGP is ook goed bekend met de sociale kaart in de regio en kan zondig helpen bij een meer gerichte verwijzing.

POSITIONERING TEN OPZICHTE VAN DE INSTELLINGEN

Een ZGP is een psychiater, wij herkennen ons in de profielschets die in 2005 verscheen binnen de NVvP en de daarin geformuleerde kern van het profiel van een psychiater:

Als medisch specialist behandelt de psychiater patiënten die lijden of disfunctioneren doordat hun cognitieve en emotionele betrokkenheid op zichzelf of hun leefomgeving verstoord is geraakt. Vanuit een medisch referentiekader gebruikt de psychiater daartoe zowel de therapeutische relatie als technieken die deze verstoring opheffen, of de gevolgen ervan verzachten. (profielschets 2005)

Hoewel wij in het bovenstaande stellen ons te herkennen in de profielschets, kunnen wij juist uitgaande van deze schets enkele kenmerkende aspecten van de ZGP aangeven.

In de algemene profielschets komt vaak naar voren dat er een spanningsveld kan zijn in het vormgeven van de specifieke behandelrelatie als psychiater met de individuele patiënt, binnen bijvoorbeeld een GGZ instelling. Bij de ZGP is deze specifieke, persoonlijke relatie met de patiënt daadwerkelijk een kernpunt

van de behandeling. Patiënten hebben in de eigen omgeving, laagdrempelig toegang tot een specialist die zelf behandelt. Bij langdurige of recidiverende stoornissen is een patiënt bij uitstek gebaat bij een langdurig behandelcontact met één behandelaar. Continuïteit van zorg is voor patiënten van groot belang, evenals de goede bereikbaarheid van de psychiater. De instellingen en de ZGP zijn overigens complementair in het bieden van een goede psychiatrische behandeling.

DE SAMENHANG VAN DE VRIJGEVESTIGDE GGZ AANBIEDERS

Een ZGP heeft een andere werkwijze, patiëntengroep en verantwoordelijkheid dan andere disciplines in de zelfstandige vestiging. Het onderscheid is de opleiding en ervaring als medisch specialist, hetgeen er toe leidt dat een ZGP een bredere oriëntatie op psychopathologie heeft. Hij heeft ook meer kennis van somatische problematiek en de wederkerige beïnvloeding van somatische en psychiatrische symptomen en klachten. De door de psychiater behandelde patiënten lijden in het algemeen aan ernstiger problematiek. De stoornissen die de ZGP behandelt zijn meestal langdurig of recidiverend, met problemen op meerdere levensgebieden. ELP en psychotherapeuten verwijzen vaak naar de ZGP als de problematiek te zwaar wordt, of als er sprake is van bijvoorbeeld suïcidaliteit of psychose. Ook voor diagnostiek vinden deze verwijzingen van andere disciplines naar de ZGP plaats. Vrijwel nooit ziet een ZGP een patiënt die niet eerder door huisarts, eerstelijns psycholoog of psychotherapeut gezien is, tenzij er sprake is van ongewone of onbekende klachten. Zoals al eerder genoemd, zijn er veelal netwerken, waarbinnen men in korte lijnen samenwerkt.

Vanzelfsprekend is ook de psychiater degene die medicatie voorschrijft en indiceert voor andere therapievormen, als Electro Convulsieve Therapie(, soms zijn er meer formele samenwerkingsverbanden. ECT).

SAMENWERKING MET COLLEGAE

De samenwerking met andere medici, bijvoorbeeld internist of neuroloog is helder; er vindt een intercollegiaal consult plaats of medebehandeling, waarbij patiëntgebonden overleg plaatsvindt. Ook hierbij is er vaak sprake van langdurige samenwerkingsrelaties en van gerichte, patiëntgebonden consultatie.

FINANCIËLE RANDVOORWAARDEN

De zelfstandige vestiging betekent dat de ZGP ondernemer is en er een direct verband is tussen zijn behandeling en zijn inkomen. Dit heeft effect op hoe de praktijk gevoerd wordt.

Er zijn ook op een ander niveau financiële gevolgen van de setting. Door snelle gerichte interventies vindt secundaire preventie plaats. Continuïteit van zorg en follow-up door de psychiater kunnen opnames voorkomen. De behandeling door de ZGP is opgenomen in de basisverzekering. Adequate en betrouwbare tariefstelling door de NZA is een voorwaarde voor continuïteit, zoals bijvoorbeeld bij het kunnen bieden van medebehandeling of consultatie.

KWALITEIT

De ZGP levert kwalitatief goede patiëntenzorg, wij verwijzen hierbij naar de kwaliteitsparagraaf in de veldnormen.

SAMENVATTING

De individuele behandelrelatie staat centraal tussen patiënt en ZGP. De ZGP is goed toegankelijk voor zowel patiënt als verwijzer en behandelt zelf, indien nodig langdurig. De patiënt kiest gericht voor continuïteit van zorg en kleinschaligheid. De ZGP levert maatwerk, gebaseerd op richtlijnen. De zelfstandig gevestigde psychiater is een medisch specialist en heeft derhalve een brede kijk heeft op psychopathologie, somatiek en de onderlinge samenhang en beschikt over uitgebreide behandelopties. In het algemeen behandelt de psychiater de meer complexe, langdurige of recidiverende problematiek, vaak nadat een patiënt gezien is door andere disciplines.

VELDNORMEN MET BETREKKING TOT PRAKTIJKVOERING EN DOSSIERVORMING VAN DE ZGP OF HOE DE ZGP WERKT AAN KWALITEIT

I | INLEIDING

De ZGP is een medisch (behandel)specialist, die de biologische, psychologische en sociale factoren bestudeert, die in hun onderlinge samenhang leiden tot psychiatrische stoornissen en deze in stand houden. Van daaruit stelt hij een diagnose en een behandlungsplan op ter beïnvloeding van die factoren met als doel deze stoornis op te heffen, te verminderen of te voorkomen dat verergering van de stoornis optreedt. De ZGP verleent de zorg persoonlijk, zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid. Dit gegeven vraagt om op de ZGP toegesneden veldnormen, die in dit rapport zullen worden gepresenteerd.

Hoewel de patiënt formeel door een huisarts of bedrijfsarts naar de ZGP verwezen wordt, blijkt dit in de praktijk niet altijd het geval. Patiënten worden ook verwezen door psychiatrische klinieken, psychotherapeuten, medisch specialisten, psychologen en andere 1^e en 2^e lijns instellingen.

In toenemende mate worden zij door zorgverzekeraars op het bestaan van de ZGP gewezen.

De patiënten die de ZGP raadplegen weten dat zij niet bij een instelling in behandeling komen. Niemand anders dan de ZGP heeft toegang tot het dossier, omdat er geen anderen bij de behandeling betrokken zijn. De patiënt weet dit en mag hiervan ook uitgaan. Het dossier van de ZGP is dan ook voornamelijk een verantwoordingsdocument ten opzichte van de patiënt en geen instrument voor een multidisciplinaire behandeling of referentiekader voor andere behandelaren.

Achtergrond:

In 2005 heeft de Inspectie voor de gezondheidszorg voor het eerst in haar geschiedenis een onderzoek gedaan onder de ZGP in Nederland. Op grond van de ingevulde vragenlijsten heeft de Inspectie een risicoprofiel van de individuele ZGP opgesteld. Vervolgens heeft de Inspectie 29 individuele ZGP'ers bezocht, waarbij in de meeste gevallen het risicoprofiel kon worden verlaagd. Een en ander heeft geleid tot het Rapport "Zelfstandig gevestigde psychiaters in beeld: voorwaarden voor verantwoorde zorg over het algemeen aanwezig, maar praktijkvoering en kwaliteitsbewaking behoeven verbetering" (juli 2009)

Naar aanleiding van dit rapport heeft de Inspectie aan de NVvP verzocht veldnormen op te stellen met betrekking tot praktijkvoering en dossiervorming en haar leden te wijzen op bestaande wet- en regelgeving op dit terrein.

Naast deze ontwikkeling heeft het bestuur van de Afdeling ZGP geconstateerd dat niet alleen bij de Inspectie, maar ook bij zorgverzekeraars grote onbekendheid leeft over wat en hoe de ZGP aan kwaliteit doet. In dit kader heeft de Afdeling ZGP in 2009 de Profielschets ZGP afgerond. Het rapport "Veldnormen met betrekking tot praktijkvoering en dossiervorming van de ZGP", is de kwaliteitsnota die daarin wordt aangekondigd.

Uitgangspunten:

Het opstellen van criteria over goede zorg en goed hulpverlenerschap is de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep. Het is haar taak om veldnormen te formuleren, waaraan de ZGP zelf en derden zoals patiënten, zorgverzekeraars, Inspectie en Medisch Tuchtcollege kunnen refereren.

Veldnormen zijn de resultante van evidence based medicine, practice based evidence, wens en behoefte van de patiënt, praktische haalbaarheid, effectiviteit, doelmatigheid en dit alles met gezond verstand binnen de grenzen van wet- en regelgeving.

Werkwijze:

Geïnspireerd door het rapport van de Inspectie is een conceptnota geschreven waarin elementen van praktijkvoering en dossiervorming van een gemiddelde praktijk zijn geëxpliciteerd. Deze nota is tijdens twee bijeenkomsten van een ingestelde commissie besproken en becommentarieerd. Met

behulp van mailuitwisseling zijn de commentaren bijeengevoegd en heeft uiteindelijk geleid tot een voorlopig rapport. Dit rapport is besproken tijdens een netwerkbijeenkomst met vertegenwoordigers van regionale verenigen en afgevaardigden van intervisiegroepen. Met aanpassingen is het vervolgens gepresenteerd tijdens het Voorjaarscongres van de NVvP tijdens een zogenaamde Bij-blijfsessie. Tenslotte is het geagendeerd voor de ledenvergadering van 14-4-2010. Na het verwerken van op- en aanmerkingen is het concept becommentarieerd door de heer van Meersbergen, jurist van de KNMG. Tenslotte heeft het bestuur van de Afdeling ZGP het rapport vastgesteld en verspreid onder haar leden.

Leden van de commissie

Joseph de Mann

Dirk Vlietstra

Menno Klaver

Reinier van Ewijk

Gerard van den Berg, (commissievoorzitter)

Leden van het bestuur van de Afdeling ZGP

Eric de Ruyter Korver (voorzitter)

Rienke de Weme

Maurice Debije

Gerard van den Berg

Projectondersteuning: Janneke van Laar, beleidsmedewerker van de NVvP

Adviseur: Peter Niesink, directeur NVvP

II | PRAKTIJKVOERING

Aanmelding:

Over het algemeen zal de aanmelding telefonisch (voicemail) plaatsvinden, hoewel dit in toenemende mate ook per e-mail gebeurt. Veldnorm is dat binnen vijf werkdagen op een aanmelding gereageerd wordt. Bij de aanmelding dient niet meer gevraagd te worden dan nodig is om een indruk te krijgen of de patiënt bij deze ZGP aan het juiste adres is. Indien dit niet het geval is, zal de patiënt een gericht advies over alternatieve mogelijkheden op prijs stellen. In principe wordt een patiënt binnen 28 werkdagen uitgenodigd voor een intakegesprek. Indien dit niet mogelijk is, dan wordt de patiënt verwezen naar een collega of naar de zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar van de patiënt, tenzij hij uitdrukkelijk liever wil wachten. Met het aanleggen van een wachtlijst neemt de ZGP wel een verantwoordelijkheid op zich, hetgeen betekent dat een patiënt eerder uitgenodigd dient te worden bij een verergering van zijn toestand.

Indien een patiënt wordt uitgenodigd voor een intake, kan ervoor gekozen worden om alvast de noodzakelijke persoonsgegevens te noteren en de patiënt er op te wijzen een legitimatiebewijs mee te brengen en eventueel een uitdraai van de voorgeschreven medicatie door de apotheek.

Intake en behandelingsplan:

De intake is op de eerste plaats een kennismaking voor ZGP en patiënt. Voor de patiënt om na te gaan of de ZGP voldoet aan zijn verwachtingen, voor de ZGP om op basis van onderzoek en indicatiestelling na te gaan of hij een effectief en doelmatig aanbod kan formuleren of dat de patiënt bij een andere aanbieder van zorg beter op zijn plaats zal zijn. In maximaal drie gesprekken (maar meestal is een gesprek voldoende), wordt een behandelingsplan opgesteld en overeengekomen. Een afschrift van het behandelingsplan gaat als brief naar de huisarts, tenzij de patiënt daartegen bezwaar maakt. In principe krijgt de patiënt een exemplaar van het behandelingsplan. Dit uitgangspunt werkt

empowerment in de hand, versterkt de autonomie en voorkomt allerlei misverstanden over wel of geen informatie gekregen hebben over diagnose, behandelingsplan en alternatieve behandelmogelijkheden. Het verdient aanbeveling om in het behandelingsplan ook op te nemen hoe te handelen bij een crisis en hoe voor waarneming tijdens ziekte en vakantie zorg gedragen wordt.

Evaluatie van het behandelingsplan:

Een behandelingsplan dient minstens 1 maal per jaar geëvalueerd te worden. Het meest natuurlijke moment daarvoor is het sluiten en openen van een vervolg DBC. De evaluatie leidt tot een hernieuwd behandelingsplan dat aan de patiënt overhandigd wordt en de basis vormt voor een voortgangsbrief aan de huisarts, tenzij de patiënt hiertegen bezwaar maakt.

Bereikbaarheid:

Elke ZGP zal met behulp van moderne communicatiemiddelen op zijn eigen wijze zorg dragen voor bereikbaarheid voor patiënten, collega's en verwijzers en dit onder hun aandacht brengen. Een telefonisch spreekuur heeft voordelen. Veldnorm is dat uiterlijk de volgende werkdag gereageerd wordt. Waarneming dient geregeld te zijn indien dit in verband met ontstentenis niet mogelijk is. Een crisis wordt binnen de psychiatrie gedefinieerd als een toestand die binnen 24 uur een interventie behoeft. In het behandelingsplan kan worden opgenomen, wat de patiënt kan doen als hij spoedeisende hulp nodig heeft.

Crisisinterventie begint bij het aanhoren van de patiënt, het inventariseren van de problematiek en het samen met de patiënt nagaan wat nodig is om de tijd tot de volgende afspraak te overbruggen. Op indicatie kan een eerdere afspraak worden aangeboden. Indien dit geen soelaas biedt, kan verwezen worden naar de crisisdienst of een opname worden overeengekomen. Buiten kantooruren en bij afwezigheid van de psychiater of diens vervanger zal de patiënt contact opnemen met de huisartsenpost, die indien nodig kan doorverwijzen naar de crisisdienst. Overigens is dit bij de patiënten van de ZGP niet anders dan bij de instellingsgebonden zorgaanbieder.

Opvragen van informatie over voorgaande behandelingen:

Op indicatie kan dit nodig zijn. In ieder geval is daarvoor gerichte toestemming van de patiënt voor nodig. De patiënt kan op grond van de WGBO er zelf voor zorgdragen.

Visitatie:

Elke ZGP wordt een maal per vijf jaar gevisiteerd door een commissie van de NVvP. Tijdens de visitatie wordt aandacht besteed aan bijscholing en beroepsmatige ontwikkeling, samenwerking met collega's, verwijzers en andere disciplines en aan dossiervorming. Bij het bespreken van de dossiers, wordt ook inhoudelijk gekeken in hoeverre richtlijnen zijn toegepast, op welke gronden daarvan is afgeweken en het effect daarvan op het beloop van de behandeling. Ten slotte vindt er een patiënttevredenheid onderzoek plaats. Het visitatiemodel wordt sinds 2008 toegepast en zal in de loop der jaren voortdurend worden bijgesteld.

Intervisie:

Deelname aan intervisie is een veldnorm. Voor de inhoud van de intervisie wordt verwezen naar de Handleiding Intervisie voor Psychiaters van de NVvP (2009).

Daarnaast dient de intervisie een aantal vaste agendapunten te hebben:

- Melden en bespreken van calamiteiten en onvoorziene, ongewenste ontwikkelingen bij een behandeling, waaronder vraagstukken rond verdenking op kindermishandeling, kinderverwaarlozing en gewelddadigheid.
- Ziektevervanging en vakantiewaarneming.


Klachtenregeling:

De ZGP is zelf verantwoordelijk voor het aangesloten zijn bij een klachtencommissie. Tot voor kort had elke regionale vereniging een klachtencommissie. Met het stoppen van het Locale Initiatief is het bestaansrecht van de regionale vereniging verdwenen. De regionale klachtencommissies dienen te blijven bestaan en zullen wellicht via de intervisiegroepen gaan verlopen. De Afdeling ZGP beraadt zich over de wenselijkheid en noodzaak om hierin het voortouw te nemen.

Dossieroverdracht en overdracht bewaarplicht bij ontstentenis:

De bewaartermijn van medische dossiers bedraagt momenteel minimaal 15 jaar. Recent heeft de KNMG geadviseerd per april 2010 niet tot vernietiging over te gaan, van de dossiers die op dat moment ouder dan 15 jaar zijn. Dit in afwachting van een definitieve regeling van de bewaartermijn in de komende Wet Cliëntrechten Zorg (WCZ), die naar verwachting 20 jaar zal zijn of zoveel langer als redelijkerwijs noodzakelijk is voor het verlenen van goede zorg.

In de intervisiegroep dient te worden afgesproken wat te doen bij (plotseling) overlijden. Het ligt voor de hand dat een collega contact opneemt met de patiënten, zorg draagt voor verwijzing of overname van de behandeling en voor het afsluiten van de nog openstaande DBC's. De patiënten kunnen onder de leden van de intervisiegroep worden verdeeld. Het is van belang dat elke ZGP een enveloppe aanlegt met daarin de wachtwoorden en codes die nodig zijn om de noodzakelijke handelingen te verrichten. De ZGP dient schriftelijk vast te leggen wat met de overblijvende dossiers dient te gebeuren conform de richtlijn van de KNMG over ontstentenis (Overdracht patiëntendossiers na ontstentenis van de arts zonder opvolging). Voorkomen dient te worden dat de dossiers in bezit komen van de nabestaanden.

In principe heeft elke patiënt in de vorm van een behandelingsplan een afschrift van de kern van het dossier. Bij nog lopende behandelingen kan het dossier overgedragen worden aan de ZGP die de behandeling overneemt. **De resterende dossiers van afgesloten behandelingen kunnen vernietigd worden, omdat van de meeste hiervan een afschrift aan de huisarts is toegezonden in de vorm van een ontslagbrief.** 

Privacy bij praktijk aan huis:

Uit oogpunt van privacy dient de ZGP die praktijk aan huis heeft, duidelijke afspraken te maken met huisgenoten en te voorkomen dat dossiers toegankelijk zijn voor onbevoegden. In het kader hiervan dienen dossiers opgeborgen te worden in afsluitbare dossierkasten en de computer vergrendeld te zijn door middel van een wachtwoord.

Meldingen aan de inspectie van suïcides:

Op grond van de WGBO is de ZGP gehouden om geen informatie te verstrekken aan derden zonder de nadrukkelijke toestemming van de patiënt. De WGBO is dwingend recht en daarvan kan niet worden afgeweken tenzij andere wetgeving dit voorschrijft of er zich een andere uitzondering voordoet. Het melden van suïcides aan de Inspectie is voor een ZGP daarom problematisch. Bovendien geldt de meldingsplicht volgens de Kwaliteitswet slechts voor calamiteiten waaronder suïcides die binnen de instelling hebben plaatsgevonden. Dit is vanzelfsprekend omdat bij instellingsgebonden hulpverlening, het organisatieaspect meer complex is en de geboden zorg minder eenduidig tot één persoon te herleiden. In de ZGP praktijk ligt dit eenvoudiger en is daarom door patiënten en nabestaanden beter te controleren. Melding is vanuit deze gedachtegang niet noodzakelijk en strijdig met het beroepsgeheim. Het niet melden van suïcides ligt in de lijn met de nieuwe regels voor instellingsgebonden zorg.

Het toetsbaar opstellen en verantwoordelijkheid afleggen voor de geboden zorg is een onlosmakelijk onderdeel van het medisch specialistisch handelen. Als veldnorm geldt daarom dat elke suïcide in de intervisiegroep wordt besproken en dat lering getrokken wordt uit het onvoorziene en onverwachte beloop. Het is van belang dat hiervan een verslag wordt gemaakt, zodat wanneer er vragen rijzen

hierop vanuit de schriftelijk vastgelegde notities in het dossier antwoorden kunnen worden afgeleid. Wat betreft het melden van ernstige vermoedens van kindermishandeling, dienen de richtlijnen van de KNMG te worden opgevolgd. Ook hier is de intervisiegroep de aangewezen plaats om beslissingen te toetsen. Overigens is er binnen de NVvP op dit moment een studiegroep bezig om na te gaan hoe de meldcode kindermishandeling binnen de psychiatrie vorm dient te krijgen. De ZGP zal de richtlijn volgen, die hiervan het resultaat zal zijn.

Systematisch tevredenheidonderzoek van patiënten:

Feedback over de inhoud, de bejegening en de organisatie van de geboden zorg door patiënten en door belangrijke personen uit het leven van de patiënt zijn van essentieel belang om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De patiënt is in die zin een belangrijke leermeester. Een patiënt tevredenheidonderzoek vormt een onderdeel van de visitatie en bij de nog te ontwikkelen prestatie indicatoren. Vooral nog is het te vroeg om hierover in afwachting van verdere ontwikkelingen een veldnorm te formuleren. Hetzelfde geldt voor ROM.

III | DOSSIERVORMING

Het behandelingsplan vormt de kern van het dossier. Dit behandelingsplan kan de vorm krijgen van een brief aan de huisarts. Het dossier dient minimaal te bevatten:

Verwezen door met eventuele vraagstelling (met een verwijzing naar de plaats waar deze te vinden is bij digitale dossiers).

Klachten

Voorgaande behandelingen

Medicatie bij aanmelding

Roken alcohol en drugs

Anamnese

Psychiatrisch onderzoek (met risicoanalyse met betrekking tot suïcidegevaar en gevaar voor geweldpleging)

DSM IV classificatie, waarbij ook als III over lichamelijke gezondheid nadrukkelijk dient te worden ingevuld op basis van vooral anamnese en eventueel nader onderzoek door huisarts of medisch specialist. Een lichamelijk onderzoek in de ZGP praktijk dient slechts op indicatie en na uitgebreide uitleg over het doel en in samenhang met de klachten te worden verricht. Op indicatie kan aanvullend laboratorium onderzoek worden verricht.

Beschrijvende diagnose

Voorgeschreven medicatie

Behandelingsplan dat logisch voortvloeit uit de vraagstelling, de voorgaande behandelingen, de reeds voorgeschreven medicatie, klachtenbeschrijving, anamnese, psychiatrisch onderzoek, DSM classificatie en beschrijvende diagnose met een formulering van de doelen, die afhankelijk van de instelde behandeling meer of minder abstract geformuleerd zullen worden. Ook dient bij het bespreken van het behandelingsplan alternatieven genoemd te worden van mogelijkheden van binnen en buiten

de eigen praktijk.

Onder dit kopje kan verwezen worden naar website van de ZGP/ de praktijkfolder met betrekking tot bereikbaarheid, betalingsverplichtingen en vakantiewaarneming.

Medicatie lijst met daarin de in het verleden voorgeschreven medicatie en de onderbouwde beslissingen, die hebben geleid tot wijziging van de medicatie , bij voorkeur en waar mogelijk met data en periodes.

Decursus (Beloop)

Verslag per zitting met de acties die ondernomen zijn en de argumenten of overwegingen daarbij. Bij voorkeur gerelateerd aan het behandelingsplan. Op deze plaats kan ook verslag gedaan worden over contacten met derden en eventuele e-mails.

IV | SAMENVATTING

De belangrijkste veldnorm is deelname aan een intervisiegroep, waarbij de ZGP zich toetsbaar opstelt en verantwoordelijkheid aflegt over de geboden zorg. Suïcide en vermoedens van geweld, van kindermishandeling en -verwaarlozing dienen in de intervisiegroep ingebracht en besproken te worden, evenals de te nemen en genomen maatregelen.

In de intervisie groep dient een protocol te worden opgesteld hoe te handelen bij ontstentenis van een van haar leden en over de wijze waarop de bewaarplicht wordt vormgegeven, zodat de continuïteit van zorg gewaarborgd is.

Ontwikkelingen op het gebied van wet- en regelgeving dienen in intervisie verband besproken te worden evenals de ontwikkelingen op het gebied van patiënttevredenheid onderzoek en ROM, zoals door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie zal worden uitgedragen.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
Postbus 20062
3502 LB Utrecht
info@nvvp.net
www.nvvp.net