

Normenkader NVvP

2026

Versie 1.0

Inleiding

De kwaliteitsvisitatie van psychiaters is een krachtig instrument om de kwaliteit van de psychiatrische zorg structureel te verankeren en verder te bevorderen. Via een systematisch proces van zelfreflectie, collegiale feedback en dialoog worden visitatiegroepen gestimuleerd hun handelen en samenwerking kritisch te bezien en waar nodig te verbeteren. De visitatie heeft primair een kwaliteitsbevorderende functie, en in specifieke situaties ook een toetsend karakter.

In dit vernieuwde normenkader staat het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (LKS 4.0) centraal als overkoepelend kader. Het LKS vormt de normatieve basis voor curatieve geestelijke gezondheidszorg in Nederland en beschrijft de minimale kwaliteitsnormen waaraan zorgaanbieders moeten voldoen.

Een belangrijk element uit het LKS 4.0 is het lerend netwerk: de structurele samenwerking waarin regiebehandelaren gezamenlijk reflecteren op hun professionele handelen, casuïstiek bespreken en verbeteringen formuleren. Dit principe van samen leren en verbeteren vormt ook binnen dit normenkader een belangrijk uitgangspunt. De NVvP vertaalt het concept van het lerend netwerk breder naar het begrip samenwerkingsverband, zodat het toepasbaar is voor psychiaters in uiteenlopende werksettings — zowel binnen instellingen als in de vrijevestigde praktijk.

Dit normenkader voor psychiaters fungeert als een nadere uitwerking binnen de kaders van het LKS 4.0, toegespitst op de rol van de psychiater in het spectrum van diagnostiek, behandeling, coördinatie en professionalisering. Waar mogelijk zijn termen, uitgangspunten, en rolomschrijvingen in lijn gebracht met de terminologie en principes van het LKS. Dit bevordert consistentie tussen de algemene GGZ-normen en de specifieke toepassing binnen de psychiatrie.

De kwaliteitsvisitatie is een onderdeel van de herregistratie vanuit de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kwaliteitsvisitatie dient te zijn doorlopen om in aanmerking te komen voor herregistratie. De RGS toetst onder andere op de Individuele Functionerings- en Ontwikkelingsgesprekken (IFMS). Dit onderdeel is in dit normenkader dan ook tot een minimum beperkt om overlap met andere toetsingsmomenten te voorkomen. De meest recente eisen voor herregistratie zijn te vinden op: <https://www.knmg.nl/ik-ben-arts/herregistratie/herregistratieeisen-1>

De NVvP voert de kwaliteitsvisitatie uit binnen de contouren van de Toekomstvisie Kwaliteitsvisitaties (Federatie Medisch Specialisten, 2021), die pleit voor meer verdieping, vertrouwen en verbinding. Binnen project VISIE (2024–2027) werken wetenschappelijke verenigingen gezamenlijk aan de verdere doorontwikkeling van visitatiemethodiek. Voor de NVvP heeft dit geresulteerd in een herzien normenkader waarin het principe “eenheid waar mogelijk, maatwerk waar nodig” leidend is.

Vanuit het perspectief “voor en door professionals” is de kwaliteitsvisitatie gebaseerd op vertrouwen, deskundigheid en het streven naar continue verbetering. Door expliciete

koppeling met het LKS 4.0 streeft de NVvP ernaar dat dit normenkader een betrouwbare brug vormt tussen het sectorale kwaliteitsstatuut en de praktijk van de psychiatrie. De visitatie moet bijdragen aan een open en lerende cultuur waarin psychiaters onderling kennis delen, van elkaar leren en gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor de kwaliteit van de psychiatrische zorg.

Uitgangspunten

De kwaliteitsvisitation is een uniek instrument voor en door professionals, waar medisch specialisten met recht trots op zijn. De doelstellingen en uitgangspunten van kwaliteitsvisitationen kunnen in de volgende kernwoorden worden samengevat:

Verbeteren

De kwaliteitsvisitation is bedoeld om de zorg voor kwaliteit te verbeteren door de visitatiegroep een spiegel voor te houden. De kwaliteitsvisitation heeft daarmee met name een kwaliteitsbevorderend karakter. Tegelijkertijd kan daar waar beroepsgenoten onder een afgesproken minimum functioneren, een verbeterimpuls worden gegeven, al dan niet door medewerking van raad van bestuur en/of stafbestuur en/of de wetenschappelijke vereniging.

Vertrouwen

De kwaliteitsvisitation is gebaseerd op vertrouwen. Zowel vertrouwen tussen beroepsgenoten onderling als tussen de medici en “de maatschappij”. Dat vertrouwen moet worden waargemaakt door te blijven anticiperen op de opvattingen en ontwikkelingen die binnen beroepsgroepen gelden, en ook op dat wat van “buiten” komt.

Verdiepen

Het visitatiemodel uit 2005 was een verdieping van het visitatieproces, aangezien er meer dan voorheen werd gekeken naar de inhoud van de zorg en minder naar de randvoorwaarden. Deze verdieping is doorgegaan in 2012 met de Leidraad Waarderingsystematiek en evolueert nu verder met de uitwerking van de Toekomstvisie Kwaliteitsvisitation¹.

Verbinden

De visitatiemethodiek verbindt visitatieleden met elkaar doordat het accent, veel meer dan voorheen, ligt op (zelf-)evaluatie en het gezamenlijk maken van verbeterplannen. Conclusies en adviezen worden standaard ter beschikking gesteld aan de raad van bestuur en het stafbestuur, zodat er in gezamenlijk overleg verbeteringen kunnen worden gemaakt en monitoring kan plaatsvinden.

Proces van de kwaliteitsvisitation

Kwaliteitsvisitationen vinden in principe eens per vijf jaar op locatie plaats. Actieve deelname hieraan is noodzakelijk om te voldoen aan de criteria voor herregistratie.

De visitatiegroep voert in de voorbereiding een zelfevaluatie uit op de normen uit dit normenkader, waardeert zichzelf op deze normen en onderbouwt deze waardering. Daarnaast wordt aanvullende informatie gevraagd om een goed beeld te krijgen van de visitatiegroep. De visitatiecommissie ad hoc waardeert vervolgens de visitatiegroep op de

normen, op basis van de informatie uit de voorbereiding en de bevindingen tijdens de visitatiedag. Beide waarderingen worden opgenomen in het visitatieverslag.

Het visitatieverslag wordt vervolgens naar de visitatiegroep gestuurd. Ten minste de conclusies en aanbevelingen uit het rapport worden toegezonden aan de Raad van Bestuur van de zorginstelling en de medische staf, conform het advies van de Federatie Medisch Specialisten (vastgesteld in de Raad Kwaliteit op 16 november 2017).

Het visitatieverslag bevat een samenvattende tekst met goede voorbeelden, knelpunten, de waarderingen van de visitatiegroep en de visitatiecommissie (zonder onderbouwingen), de bijbehorende aanbevelingen, zwaarwegende adviezen of voorwaarden, en overige relevante bevindingen die niet direct uit de normen voortvloeien maar wel van belang zijn om te benoemen.

De kwaliteitsvisitatie maakt gebruik van de kwaliteitscyclus, waarmee de visitatiegroep ook tussen de vijfjaarlijkse visitaties actief aan de slag blijft met kwaliteitsverbetering. Door toepassing van de PDCA-methodiek (Plan-Do-Check-Act) wordt de kwaliteit van zorg continu geborgd en verder ontwikkeld.

Om kwaliteitsverbetering vorm en inhoud te geven, wordt de PDCA-cyclus als leidend principe gehanteerd.

Door deze cyclus structureel toe te passen, blijft de kwaliteitsvisitatie niet beperkt tot een momentopname, maar wordt zij een doorlopend instrument voor leren, reflecteren en verbeteren binnen de visitatiegroep.

Dynamisch karakter

De opvattingen over wat hoort bij goede kwalitatieve praktijkvoering zijn aan ontwikkeling onderhevig en hebben daardoor een dynamisch karakter. Dit normenkader kan dan ook geen statisch document zijn. Telkens zullen nieuwe inzichten ontstaan door wetenschappelijke publicaties en andere ontwikkelingen. Ook de eisen van de politiek en de samenleving aan de kwaliteit van zorg veranderen continu. Dit document zal daarom regelmatig worden geëvalueerd en waar nodig herzien worden.

Het huidige normenkader is herzien en geaccordeerd op de Bestuursvergadering van de NVvP op 14-11-2025.

Waarderingsystematiek normen

De kwaliteitsvisitatie is vooral bedoeld om via zelfevaluatie te stimuleren tot verbetering van de kwaliteit. Daartoe zijn normen opgesteld waarin een omschrijving is gemaakt van de goede zorg (d.w.z. de zorg voldoet aan de gestelde norm). Wanneer bij een kwaliteitsvisitatie wordt vastgesteld dat niet of niet volledig aan een norm wordt voldaan, wordt door de visitatiecommissie een advies gegeven aan de visitatiegroep. Voor de mate waarin van de norm wordt afgeweken is een omschrijving gemaakt.

Het resultaat is een waarderingsystematiek volgens onderstaande vijfpuntschaal.

1. Streefnorm (S)

Indien de praktijkvoering op één of meer onderdelen uitblinkt en als voorbeeld kan dienen voor andere visitatiegroepen. Er is sprake van aantoonbare borging, innovatie of continu verbeteren boven het vereiste niveau van goede zorg.

2. Norm (N)

De praktijkvoering voldoet aan de eisen van goede zorg.

3. Aanbevelingen (A)

Indien de praktijkvoering op één of meer onderdelen kan worden verbeterd. Aanbevelingen dienen in principe binnen maximaal vijf jaar te zijn uitgevoerd.

4. Zwaarwegend adviezen (ZA)

Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.

5. Voorwaarden (V)

Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

In sommige normen komen meerdere aspecten voor. In dat geval geldt dat de waardering voor de norm afhangt van het aspect dat het minst goed geborgd is door de visitatiegroep. De visitatiecommissie ad hoc geeft in dat geval in de onderbouwing en adviezen specifiek aan welke aspecten verbetering behoeven (en welke aspecten wel volgens de norm zijn).

Definities

Herregistratie: De periodieke verlenging van de registratie als psychiater vanuit de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS), waarvoor deelname aan kwaliteitsvisitaties een voorwaarde is.

Kwaliteitscyclus: De kwaliteitscyclus is een systematische en continue aanpak voor kwaliteitsverbetering binnen organisaties. De cyclus beschrijft hoe processen planmatig worden geanalyseerd, uitgevoerd, geëvalueerd en verbeterd. De meest gebruikte vorm is de PDCA-cyclus (Plan–Do–Check–Act),

Normenkader: Het geheel van normen, definities en beoordelingscriteria dat wordt gehanteerd bij de kwaliteitsvisitatie van psychiaters, met als doel de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken en te verbeteren.

Regeling/systeem: Een samenhangend geheel van afspraken, procedures en instrumenten waarmee de kwaliteit van zorg of bedrijfsvoering wordt geborgd, bewaakt en verbeterd.

Samenwerkingsverband: In het LKS 4.0 wordt een lerend netwerk beschreven als een vorm van collegiaal leren waarin wordt gewerkt in een vaste groep, tijdens meerdere bijeenkomsten rond een gezamenlijk thema of casuïstiek. In een lerend netwerk worden doelbewust kennis en ervaringen uitgewisseld binnen een bepaald kennisgebied. Binnen de NVvP wordt hiervoor de term samenwerkingsverband gehanteerd. Een samenwerkingsverband kan gevisiteerd worden. De samenwerking en het continu leren met en van elkaar dienen onafhankelijk van de kwaliteitsvisitatie vorm te krijgen.

Structureel: In dit normenkader wordt de term structureel gebruikt zonder dat een concrete termijn wordt gehanteerd. De termijn hangt af van de betreffende norm en de situatie van de visitatiegroep.

Systematisch: Volgens een vooraf bepaalde methode of planmatig patroon uitgevoerd, met als doel consistentie, volledigheid en herhaalbaarheid te waarborgen.

Visitatiegroep: Een organisatorische eenheid (samenwerkingsverband) van psychiaters die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de inhoud, kwaliteit en organisatie van de psychiatrische zorg, en deze binnen een kwaliteitscyclus volgens de PDCA-methodiek eens per vijf jaar vormgeven.

Visitatiecommissie adhoc: Een door de NVvP samengestelde groep van psychiaters die op basis van de visitatiemethodiek de kwaliteit van zorg en samenwerking binnen een visitatiegroep beoordeelt en aanbevelingen doet.

Zelfevaluatie: Een door de visitatiegroep uitgevoerd proces waarbij het eigen functioneren wordt beoordeeld aan de hand van vastgestelde normen, met als doel reflectie en verbetering.

Overzicht normen

1. Functioneren van de gevisiteerden binnen de werksetting

- 1.1 Kwaliteitscyclus van het samenwerkingsverband van de visitatiegroep
- 1.2 Bespreken van ongewenst gedrag
- 1.3 Belasting/belastbaarheid
- 1.4 Ondersteuning bij juridische procedures

2. Evaluatie van zorg

- 2.1 Naleven van richtlijnen
- 2.2 Dossiervoering
- 2.3 Somatische zorg
- 2.4 Medicatie voorschrijven
- 2.5 Registratie van verplichte zorg
- 2.6 Continuïteit van zorg
- 2.7 Taken en verantwoordelijkheden
- 2.8 Externe samenwerking
- 2.9 Complicaties en incidenten
- 2.10 Resultaat van zorg

3. Patiëntenperspectief

- 3.1 Patiënttevredenheid
- 3.2 Patiëntklachten
- 3.3 Behandelplan
- 3.4 Ruimtelijke voorzieningen
- 3.5 Destigmatisering
- 3.6 Privacy
- 3.7 Wachttijden

4. Professionele ontwikkeling

- 4.1 Zelfevaluatie IFMS, professionele ontwikkeling en intervisie

1. Functioneren van de gevisiteerden binnen de werksetting

Introductie van het samenwerkingsverband van de visitatiegroep

Kwaliteit van zorg is gebaat bij een blijvende aandacht voor (aspecten van) de zorgprocessen en de betrokken professionals. Een gestructureerde en planmatige aanpak binnen de visitatiegroep en de bredere werksetting vergroot de kans op behoud én verbetering van kwaliteit.

Deze aanpak wordt vormgegeven via een kwaliteitscyclus, ook wel de PDCA-cyclus genoemd (Plan–Do–Check–Act). De cyclus omvat het plannen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van verbeteracties die bijdragen aan optimale zorgkwaliteit.

Binnen de kwaliteitsvisitation wordt gevraagd om de kwaliteitscyclus binnen het samenwerkingsverband van de visitatiegroep toe te passen. Passend bij het opgegeven samenwerkingsverband worden hieronder de bijbehorende norm of normen weergegeven.

Let op: alle normen die volgen dienen te worden gelezen en genormeerd volgens het samenwerkingsverband waarin de visitatie plaatsvindt.

Er kan één van de volgende samenwerkingsverbanden aangehouden worden:

- Een groep collega's in dienstverband binnen een (grote) organisatie
Collega's die zo homogeen mogelijk werkzaam zijn (bijvoorbeeld gezamenlijk werkzaam binnen de poliklinieken verbonden aan de desbetreffende organisatie). De kwaliteitsvisitation richt zich op de kwaliteitscyclus van de eigen visitatiegroep in relatie tot de organisatie.
- Een groep collega's binnen een (grote) organisatie, waarin één of meerdere deelnemers als ZZP'er werkzaam zijn
De kwaliteitsvisitation richt zich op de kwaliteitscyclus van de eigen visitatiegroep in relatie tot de organisatie.
- Een groep zelfstandig werkenden (ZZP'ers), werkzaam bij verschillende organisaties
De kwaliteitsvisitation richt zich op het van en met elkaar leren, mede in relatie tot het werken als ZZP'er. Het uitgangspunt is een blijvend samenwerkingsverband, met als doel gezamenlijk te blijven leren en ontwikkelen.
- Een groep collega's werkzaam als ZGP (zelfstandig gevestigde psychiater) binnen de eigen praktijk
De kwaliteitsvisitation richt zich op de kwaliteitscyclus van de visitatiegroep met betrekking tot de zelfstandige praktijken / werksetting.

Toelichting norm 1.1

De gevisiteerden vormen samen de visitatiegroep. Deze groep wordt in het kader van de visitatie beschouwd als een samenwerkingsverband van psychiaters die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van hun beroepsuitoefening.

Doel:

De kwaliteitscyclus binnen de visitatiegroep zorgt ervoor dat de werkwijze, samenwerking en resultaten periodiek worden geëvalueerd en verbeterd. Dit bevordert structurele reflectie en stimuleert kwaliteitsontwikkeling binnen de beroepsgroep.

Toepassing:

De PDCA-cyclus komt tot uiting in periodieke teamvergaderingen of intervisie afspraken, waarin casuïstiek, complicaties en verbeterpunten worden besproken. Agenda's, verslagen en verbeteracties kunnen de documentatie ter onderbouwing vormen.

De evaluatie kan bijvoorbeeld plaatsvinden via de QuickScan, intervisie of andere systematische vormen van reflectie. De uitkomsten worden gezamenlijk besproken en waar nodig omgezet in verbeteracties.

De vrijgevestigde psychiater of de psychiater in een kleine instelling:

Voor vrijgevestigde psychiaters biedt het LKS GGZ 4.0 (paragraaf 3.9, Samen leren en verbeteren) het kader, waarin deelname aan een lerend netwerk (samenwerkingsverband) een gelijkwaardige vorm van reflectie vertegenwoordigt. Zie voor meer toelichting voor participatie aan een lerend netwerk voor alle regibehandelaren met indicerende en coördinerende rol het LKS 4.0.

Streefnorm	Er wordt voldaan aan de norm. De kwaliteitscyclus leidt daarnaast tot aantoonbare verbeteringen en wordt jaarlijks geëvalueerd. Deze evaluatie wordt schriftelijk vastgelegd.
Norm	Er is een goed functionerende kwaliteitscyclus die geïntegreerd is in het functioneren van het samenwerkingsverband van de visitatiegroep.
Aanbeveling	Er is een kwaliteitscyclus die nog niet volledig geïntegreerd is in het functioneren van het samenwerkingsverband van de visitatiegroep. <i>(Voorstel aanbeveling: Zorg voor een volledige kwaliteitscyclus die geïntegreerd is in het functioneren van het samenwerkingsverband van de visitatiegroep.)</i>

Zwaarwegend
advies

Er is een **gedeeltelijke** kwaliteitscyclus die nog niet geïntegreerd is in het functioneren van het samenwerkingsverband van de visitatiegroep.

(Voorstel zwaarwegend advies: Zorg voor een goed functionerende kwaliteitscyclus die geïntegreerd is in het samenwerkingsverband van de visitatiegroep.)

Voorwaarde

Er is **geen** kwaliteitscyclus en er zijn geen activiteiten gericht op het implementeren van een kwaliteitscyclus binnen het samenwerkingsverband van de visitatiegroep.

(Voorstel voorwaarde: Zorg voor een goed functionerende kwaliteitscyclus die geïntegreerd is in het functioneren van het samenwerkingsverband van de visitatiegroep.)

Nr. 1.2 Bespreken van ongewenst gedrag

Het bespreken van ongewenst gedrag binnen de eigen werksetting biedt de mogelijkheid om van elkaar te leren, elkaar te inspireren en waar nodig te corrigeren. Hierdoor wordt de kwaliteit van zorg bevorderd.

Streefnorm	Het stimuleren van een veilig werkklimaat en het voorkomen van ongewenst gedrag is onderdeel van de kwaliteitscyclus van de visitatiegroep. Dit wordt structureel besproken en maakt onderdeel uit van het beleidsplan.
Norm	Het stimuleren van een veilig werkklimaat en het voorkomen van ongewenst gedrag wordt structureel besproken en er worden verbeteracties benoemd en geïmplementeerd.
Aanbeveling	Er wordt gesproken over het stimuleren van een veilig werkklimaat en ongewenst gedrag wordt als onwenselijk benoemd, wordt structureel besproken, maar er worden geen verbeteracties geïmplementeerd.
Zwaarwegend advies	Er wordt gesproken over het stimuleren van een veilig werkklimaat en ongewenst gedrag wordt als onwenselijk benoemd, maar dit wordt niet structureel besproken.
Voorwaarde	Er is binnen de visitatiegroep geen aandacht voor een veilig werkklimaat en ongewenst gedrag wordt geaccepteerd als zijnde een individueel probleem.

Nr. 1.3 Belasting/belastbaarheid

Binnen de eigen werksetting is oog voor de gezondheid, weerbaarheid en belasting van collega's. Professionals in een werkverband dragen (mede)verantwoordelijkheid voor elkaar en elkaars functioneren.

Streefnorm	Er is binnen de eigen werksetting oog voor elkaars gezondheid, belasting en belastbaarheid. Dit wordt besproken, geanalyseerd en leidt waar nodig tot verbetertrajecten.
Norm	Er is binnen de eigen werksetting oog voor elkaars gezondheid, belasting en belastbaarheid. Dit wordt besproken, maar niet geanalyseerd en leidt niet tot verbetertrajecten
Aanbeveling	Er is binnen de eigen werksetting weinig oog voor elkaars gezondheid, belasting en belastbaarheid. Dit wordt alleen besproken in individuele gesprekken (bijvoorbeeld jaargesprekken of IFMS). <i>(Voorstel aanbeveling: Zorg er binnen de eigen werksetting voor dat er oog is voor elkaars gezondheid, belasting en belastbaarheid. Maak dit bespreekbaar, analyseer het en zorg waar nodig voor verbeteracties.)</i>
Zwaarwegend advies	-
Voorwaarde	Er is binnen de eigen werksetting geen oog voor elkaars gezondheid, belasting en belastbaarheid. Dit wordt verder niet individueel besproken. <i>(Voorstel zwaarwegend advies: Zorg er binnen de eigen werksetting voor dat er oog is voor elkaars gezondheid, belasting en belastbaarheid. Maak dit bespreekbaar, analyseer het en zorg waar nodig voor verbeteracties.)</i>

Nr. 1.4 Ondersteuning bij juridische procedures

Bij een civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedure die betrekking heeft op de zorgverlening door (één van) de gevisiteerden, is het belangrijk dat er voldoende ondersteuning is vanuit het stafbestuur, de raad van bestuur, het management van de zorgketen en/of de intervisiegroep.

Streefnorm	-
Norm	Bij een civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedure tegen verband houdend met de zorgverlening door (één van) de gevisiteerden, is er voldoende ondersteuning vanuit het stafbestuur, de raad van bestuur, management van een zorgketen en de visitatiegroep.
Aanbeveling	Bij een civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedure tegen verband houdend met de zorgverlening door (één van) de gevisiteerden, is er voldoende ondersteuning vanuit het stafbestuur, de raad van bestuur, management van een zorgketen, maar niet vanuit de visitatiegroep. <i>(Voorstel aanbeveling: Zorg ervoor dat er bij een civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedure voldoende ondersteuning is vanuit de intervisiegroep)</i>
Zwaarwegend advies	-
Voorwaarde	Bij een civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedure tegen verband houdend met de zorgverlening door (één van) de gevisiteerden, is er onvoldoende ondersteuning vanuit het stafbestuur, de raad van bestuur, management van een zorgketen of de visitatiegroep. <i>(Voorstel voorwaarde: Zorg ervoor dat er bij een civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedure voldoende ondersteuning is vanuit het stafbestuur, de raad van bestuur, management van een zorgketen en de intervisiegroep.)</i>

2. Evaluatie van zorg

Nr. 2.1 Naleven van richtlijnen

“Richtlijnen vormen de vertaling van wetenschappelijke kennis naar het klinisch handelen; ze zijn een belangrijk instrument voor het op niveau brengen en houden van de professionele kwaliteit van de psychiater. Dit vraagt niet alleen een deugdelijke ontwikkeling van richtlijnen, maar ook de implementatie ervan, systematisch afschaffen van oude richtlijnen en een vorm van toetsing van het professionele handelen in de vorm van kwaliteitsvisitaties”

(<http://www.richtlijndatabase.nl>).

Binnen dit kwaliteitsaspect wordt met ‘de richtlijnen’ bedoeld: de richtlijnen van de NVvP, de richtlijnen die door de NVvP geautoriseerd zijn, en de Zorgstandaarden van Akwa GGZ. De gevisiteerden volgen deze richtlijnen. Indien er wordt afgeweken van de richtlijnen, dan is dit beargumenteerd en wordt dit in het patiëntendossier (bijvoorbeeld in het behandelplan) vastgelegd.

Streefnorm	Er wordt voldaan aan de norm. Het naleven van richtlijnen wordt daarnaast middels audits door de gevisiteerden systematisch geëvalueerd en is indien nodig onderwerp van de verbetercyclus.
Norm	De richtlijnen worden nageleefd, dan wel er wordt beargumenteerd van afgeweken en dit wordt in het patiëntendossier vastgelegd. Het naleven van richtlijnen wordt minstens eenmaal per vijf jaar geëvalueerd in het kader van de kwaliteitsvisitatie.
Aanbeveling	De richtlijnen worden nageleefd, dan wel er wordt beargumenteerd van afgeweken en dit wordt in het patiëntendossier vastgelegd. Het komt incidenteel voor dat deze informatie niet in het patiëntendossier is vastgelegd en/of het naleven van richtlijnen wordt niet geëvalueerd. <i>(Voorstel aanbeveling: Zorg ervoor dat in het patiëntendossier altijd beargumenteerd wordt vastgelegd wanneer er van richtlijnen wordt afgeweken en/of zorg ervoor dat het naleven van richtlijnen minstens eenmaal per vijf jaar wordt geëvalueerd.)</i>
Zwaarwegend advies	De richtlijnen zijn bekend, maar afwijken van de richtlijnen wordt niet beargumenteerd en wordt niet in het patiëntendossier vastgelegd. <i>(Voorstel zwaarwegend advies: Zorg ervoor dat in het patiëntendossier altijd beargumenteerd wordt vastgelegd wanneer er van richtlijnen wordt afgeweken en/of zorg ervoor dat het naleven van richtlijnen minstens eenmaal per vijf jaar wordt geëvalueerd.)</i>
Voorwaarde	De richtlijnen zijn niet bekend en/of worden structureel niet nageleefd.

(Voorstel voorwaarde: Zorg ervoor dat richtlijnen bekend zijn en structureel worden nageleefd. Zorg er daarnaast voor dat in het patiëntendossier altijd beargumenteerd wordt vastgelegd wanneer er van richtlijnen wordt afgeweken en/of zorg ervoor dat het naleven van richtlijnen minstens eenmaal per vijf jaar wordt geëvalueerd.)

Nr. 2.2 Dossiervoering

“Het primaire doel van het dossier in de gezondheidszorg is het waarborgen van de kwaliteit van de hulpverlening. Daartoe rekenen we ook de continuïteit van de hulpverlening. Het dossier is immers een belangrijke informatiebron voor andere hulpverleners, zoals waarnemers. Ook zij, de opvolger en de arts-assistent, moeten uit het dossier kunnen begrijpen wat de medische achtergrond en situatie van de patiënt is. Het dossier kent ook een aantal afgeleide functies. Zo vervult het een functie voor de algemene kwaliteitsbewaking, bij het afleggen van verantwoording voor het medisch handelen, voor wetenschappelijk onderzoek en voor medisch onderwijs.” (2024 WGBO KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens).

Een aantal eisen die gesteld worden aan de dossiervoering:

- Er geldt een bewaartermijn van minimaal 20 jaar (wijziging WGBO, 2020)
- Er is een inzagerecht (voor nabestaanden) (wijziging WGBO, 2020)
- Er geldt een verplichting tot het elektronisch beschikbaar stellen van de medische gegevens aan een patiënt via een elektronisch uitwisselingssysteem, na toestemming van deze patiënt (Nieuwe bepalingen in de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg, 2020). Dit heeft tot gevolg dat het voeren van papieren dossiers sterk wordt afgeraden.

Streefnorm	Er wordt voldaan aan de norm. Daarnaast zijn de gegevens uit de dossiers bruikbaar voor retrospectief onderzoek naar effectiviteit van behandelingen in de dagelijkse praktijk.
Norm	Er is een goed gestructureerde en actuele elektronische dossiervoering, waarbij de relevante informatie voor het geneeskundig handelen is vastgelegd. De dossiervoering wordt systematisch geëvalueerd en indien nodig aangepast.
Aanbeveling	De dossiervoering vertoont incidentele tekortkomingen. De dossiervoering wordt slechts eens per vijf jaar geëvalueerd in het kader van de kwaliteitsvisitatie. <i>(Voorstel aanbeveling: Zorg ervoor dat alle relevante informatie in het dossier is vastgelegd, evalueer de dossiervoering systematisch en zorg waar nodig voor aanpassingen.)</i>
Zwaarwegend advies	-
Voorwaarde	De dossiervoering vertoont structurele tekortkomingen en wordt niet geëvalueerd. <i>(Voorstel voorwaarde: Zorg ervoor dat alle relevante informatie in het dossier is vastgelegd, evalueer de dossiervoering systematisch en zorg waar nodig voor aanpassingen.)</i>

Nr. 2.3 Somatische zorg

Somatische, psychische en sociale factoren zijn voortdurend met elkaar in interactie. Lichamelijke factoren kunnen bijdragen aan het ontstaan van of in stand houden van problematiek. Psychiatrische interventies kunnen gevolgen hebben voor de lichamelijke gezondheid (aandoening, gezondheidsrisico). Daarnaast gaan psychiatrische stoornissen gepaard met verhoogde risico's op somatische comorbiditeit en een nadelig beloop van somatische aandoeningen.

Het is belangrijk om de volle aandacht te hebben voor de somatische aspecten in de zorg voor psychiatrische patiënten en de wisselwerking tussen somatiek en psychiatrie. Over de verantwoordelijkheden ten aanzien van de somatische zorg dienen er goede afspraken te zijn, bijvoorbeeld over samenwerking met huisartsen, medisch specialisten, lab-controles (LKS GGZ 4.0).

De zorg voor de somatische aspecten dient gewaarborgd te worden en duidelijk en herkenbaar vastgelegd te worden in het medisch dossier.

Streefnorm	Er wordt voldaan aan de norm. Daarnaast wordt het beleid regelmatig geëvalueerd en leidt dit waar nodig tot verbeteracties.
Norm	Er zijn goede afspraken over de verantwoordelijkheden ten aanzien van de somatische zorg. Somatische aspecten worden duidelijk en herkenbaar vastgelegd in het medisch dossier.
Aanbeveling	Niet alle verantwoordelijkheden ten aanzien van de somatische zorg zijn goed vastgelegd en/of de somatische aspecten worden incidenteel onvoldoende vastgelegd in het medisch dossier. <i>(Voorstel aanbeveling: Zorg ervoor dat alle verantwoordelijkheden ten aanzien van somatische zorg goed zijn vastgelegd en/of zorg ervoor dat alle somatische aspecten duidelijk en herkenbaar vastgelegd worden in het medisch dossier).</i>
Zwaarwiegend advies	Niet alle verantwoordelijkheden ten aanzien van de somatische zorg zijn goed vastgelegd en de somatische aspecten worden structureel onvoldoende vastgelegd in het medisch dossier. <i>(Voorstel zwaarwiegend advies: Zorg ervoor dat alle verantwoordelijkheden ten aanzien van somatische zorg goed zijn vastgelegd en zorg ervoor dat alle somatische aspecten duidelijk en herkenbaar vastgelegd worden in het medisch dossier).</i>
Voorwaarde	Er zijn geen afspraken over de verantwoordelijkheden ten aanzien van de somatische zorg, somatische aspecten worden onvoldoende vastgelegd in het medisch dossier en het verkrijgen van somatische zorg wordt overgelaten aan de betrokkene zelf.

(Voorstel voorwaarde: Zorg voor afspraken over de verantwoordelijkheden ten aanzien van somatische zorg en leg deze goed vast. Zorg ervoor dat alle somatische aspecten duidelijk en herkenbaar vastgelegd worden in het medisch dossier).

Nr. 2.4 Medicatie voorschrijven

“De inspectie beschouwt het gebruik van medicatiebewakingssystemen als een onderdeel van het leveren van verantwoorde zorg. De inspectie vindt het niet langer verantwoord een geneesmiddel voor te schrijven zonder gebruik te maken van een elektronisch systeem dat de medicatie bewaakt.” (bron: [IGJ](#)).

Het Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS) is een onderdeel van de professionele standaard. Het verbetert de medicatieveiligheid, omdat het de voorschrijver ondersteunt bij ingewikkelde medicatiebeslissingen. Ook voorkomt het EVS fouten bij het lezen van handgeschreven recepten.

Een zichtbare en goed werkende koppeling tussen het EPD en het EVS is van belang. Daarbij is het een belangrijk aandachtspunt dat functionaliteiten van het EVS zijn afgestemd op de specifieke behoeften van de werksetting.

Een elektronisch voorschrijfsysteem dient ten minste de volgende functionaliteiten te bevatten:

- Bewaken op interacties met andere geneesmiddelen die de patiënt gebruikt;
- Bewaken op individuele gevoeligheden, ongevoeligheden of overgevoeligheden van de patiënt voor het desbetreffende geneesmiddel;
- Bewaken op onjuiste dosering;
- Bewaken op (pseudo) dubbelmedicatie;
- Bewaken op contra-indicaties en andere patiëntkenmerken.

(Bron: [Richtlijn Elektronisch voorschrijven, 2013, KNMG](#))

Het is de bedoeling dat medicatiegebruik altijd in kaart wordt gebracht en/of geverifieerd tijdens de intake en evaluaties.

Streefnorm	Er wordt voldaan aan de norm. Daarnaast wordt het voorschrijfbeleid regelmatig door de gevisiteerden geëvalueerd, eventueel met een apotheker.
Norm	De gevisiteerden maken gebruik van een elektronisch voorschrijfsysteem dat aan bovenstaande functionaliteiten voldoet. Er is een adequate koppeling aan het EPD, afgestemd op de specifieke werksetting. Bij patiënten wordt de actuele medicatie, inclusief zelfmedicatie, geverifieerd.
Aanbeveling	De gevisiteerden maken gebruik van een elektronisch voorschrijfsysteem dat niet volledig aan bovenstaande functionaliteiten voldoet. De benodigde gegevens worden door de psychiaters zelf aangevuld, omdat het EVS hierin onvoldoende ondersteunend is. Bij patiënten wordt de actuele medicatie, inclusief zelfmedicatie, geverifieerd. <i>(Voorstel aanbeveling: Zorg voor een elektronisch voorschrijfsysteem dat voldoet aan de bovenstaande functionaliteiten.)</i>
Zwaarwegend advies	De gevisiteerden maken gebruik van een elektronisch voorschrijfsysteem dat niet volledig aan bovenstaande

functionaliteiten voldoet. De benodigde gegevens zijn onvoldoende opgevraagd en/of vastgelegd.

(Voorstel zwaarwegend advies: Zorg voor een elektronisch voorschrijfsysteem dat voldoet aan de bovenstaande functionaliteiten en zorg ervoor dat de benodigde gegevens volledig worden opgevraagd en vastgelegd.)

Voorwaarde

De gevisiteerden maken geen gebruik van een elektronisch voorschrijfsysteem.

(Voorstel voorwaarde: Zorg voor een elektronisch voorschrijfsysteem dat voldoet aan de bovenstaande functionaliteiten.)

Nr. 2.5 Registratie van verplichte zorg

Een registratie van verplichte zorg (zoals verplicht in het kader [van de Wet Verplichte ggz \(Wvggz\)](#) en de [Wet Zorg en Dwang \(WZD\)](#)) waar dit van toepassing is, is een goed instrument voor de evaluatie van het zorgproces en de patiëntveiligheid. Het bijhouden van een goede registratie hiervan is een wettelijk vereiste. Het gebruik van deze registratiegegevens is een kwaliteitsinstrument.

Streefnorm	Er wordt voldaan aan de norm. De uitkomsten van evaluatie leiden daarnaast tot aantoonbare verbeteracties.
Norm	De gevisiteerden hebben een actuele en complete registratie van verplichte zorg en evalueren minimaal jaarlijks het beleid.
Aanbeveling	-
Zwaarwegend advies	-
Voorwaarde	De gevisiteerden hebben een gebrekkige of geen registratie van verplichte zorg. <i>(Voorstel voorwaarde: Zorg voor een actuele en complete registratie van verplichte zorg en evalueer minimaal jaarlijks het beleid.)</i>
Niet van toepassing	Indien er geen verplichte zorg wordt geleverd door de gevisiteerden.

Continuïteit van zorg is een randvoorwaarde voor kwalitatieve en veilige psychiatrische zorg. De regiebehandelaar draagt zorg voor duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden, informatieoverdracht en bereikbaarheid, zodat de zorg ononderbroken doorgaat. Binnen de kwaliteitsvisitatie wordt beoordeeld in hoeverre deze continuïteit structureel is geborgd en geëvalueerd binnen het samenwerkingsverband.

Streefnorm	Er wordt voldaan aan de norm. De continuïteit van zorg wordt systematisch geëvalueerd en leidt waar nodig tot verbeteracties.
Norm	Er is een goede diensten- en waarnemingsregeling, goede bereikbaarheid en een goed gestructureerde overdracht waar dat van toepassing is. De continuïteit van zorg wordt systematisch geëvalueerd.
Aanbeveling	Er is een goede diensten- en waarnemingsregeling, goede bereikbaarheid en een goed gestructureerde overdracht. De continuïteit van zorg wordt niet systematisch geëvalueerd. <i>(Voorstel aanbeveling: Zorg voor een systematische evaluatie van de continuïteit van zorg.)</i>
Zwaarwegend advies	Er is geen goede diensten- en waarnemingsregeling, bereikbaarheid en/of overdracht, waardoor incidenteel de bereikbaarheid en/of overdracht te wensen over laat. De continuïteit van zorg wordt niet zodanig verstoord dat de patiëntveiligheid in het geding is geweest. <i>(Voorstel zwaarwegend advies: Zorg voor een goede diensten- en waarnemingsregeling, goede bereikbaarheid en een goed gestructureerde overdracht waar dat van toepassing is. Evalueer de continuïteit van zorg systematisch.)</i>
Voorwaarde	Er is geen goede diensten- en waarnemingsregeling, bereikbaarheid en/of overdracht. De continuïteit van zorg wordt zodanig verstoord dat de patiëntveiligheid in het geding is. <i>(Voorstel voorwaarde: Zorg voor een goede diensten- en waarnemingsregeling, goede bereikbaarheid en een goed gestructureerde overdracht waar dat van toepassing is. Evalueer de continuïteit van zorg systematisch.)</i>

Nr. 2.7 Taken en verantwoordelijkheden

Heldere, bij alle betrokkenen bekende, afspraken over de verschillende taken en verantwoordelijkheden van de (multidisciplinaire) betrokkenen in het zorgproces zijn voorwaarden voor goede continuïteit van zorg en goede afstemming van de zorg. De patiënt en de bij de behandeling betrokkenen moeten daarbij weten wie voor welk onderdeel aanspreekpunt is. Het is daarom van belang dat er duidelijke afspraken over de taken en verantwoordelijkheden van de (multidisciplinaire) betrokkenen zijn vastgelegd en dat deze bij voorkeur gerelateerd zijn aan het zorg- en behandelplan en bekend zijn bij alle betrokkenen. Afspraken kunnen bijvoorbeeld worden vastgelegd in een Professioneel statuut en in het verplichte Landelijke Kwaliteitsstatuut (LKS). Ten behoeve van kwaliteitsverbetering dient de uitvoering van bovenstaand beleid systematisch geëvalueerd te worden.

Streefnorm	Er wordt voldaan aan de norm. De taken en verantwoordelijkheden worden systematisch geëvalueerd en leidt waar nodig tot verbeteracties.
Norm	Er zijn duidelijke afspraken over de taken en verantwoordelijkheden van de (multidisciplinaire) betrokkenen bij het zorgproces en deze zijn bekend bij alle betrokkenen.
Aanbeveling	Er zijn duidelijke afspraken over de taken en verantwoordelijkheden van de (multidisciplinaire) betrokkenen in het zorgproces, maar niet alle betrokkenen zijn hiervan op de hoogte. <i>(Voorstel aanbeveling: Zorg ervoor dat alle betrokkenen op de hoogte zijn van de afspraken over de taken en verantwoordelijkheden van de (multidisciplinaire) betrokkenen in het zorgproces.)</i>
Zwaarwegend advies	De afspraken over de taken en verantwoordelijkheden zijn niet of onvoldoende duidelijk bij de betrokkenen in het zorgproces. <i>(Voorstel zwaarwegend advies: Zorg ervoor dat alle betrokkenen op de hoogte zijn van de afspraken over de taken en verantwoordelijkheden van de (multidisciplinaire) betrokkenen in het zorgproces.)</i>
Voorwaarde	Er zijn geen afspraken over de taken en verantwoordelijkheden van de (multidisciplinaire) betrokkenen in het zorgproces. <i>(Voorstel voorwaarde: Zorg voor duidelijke afspraken over de taken en verantwoordelijkheden van de (multidisciplinaire) betrokkenen bij het zorgproces en zorg ervoor dat deze bekend zijn bij alle betrokkenen.)</i>

Nr. 2.8 Externe samenwerking

Coördinatie en afstemming van zorg en overleg met de bij de patiënt betrokken zorgverleners en relevante instanties (politie/ gemeenten) draagt bij aan goede zorg en continuïteit van zorg.

Ten behoeve van kwaliteitsverbetering dient de samenwerking bij voorkeur systematisch geëvalueerd te worden (LKS 4.0).

Streefnorm	Er wordt voldaan aan de norm. Daarnaast wordt de samenwerking geëvalueerd.
Norm	De samenwerking met betrokken zorgverleners is goed.
Aanbeveling	De kwaliteit van de samenwerking met betrokken zorgverleners is overwegend goed. <i>(Voorstel aanbeveling: Zorg voor een goede samenwerking met betrokken zorgverleners)</i>
Zwaarwegend advies	De kwaliteit van de samenwerking met betrokken zorgverleners is onvoldoende. <i>(Voorstel zwaarwegend advies: Zorg voor een goede samenwerking met betrokken zorgverleners)</i>
Voorwaarde	Er is geen sprake van samenwerking met betrokken zorgverleners. <i>(Voorstel voorwaarde: Zorg voor een goede samenwerking met betrokken zorgverleners)</i>

Nr. 2.9 Complicaties en incidenten

Registratie van complicaties en incidenten, zoals suïcide, agressie of bijwerkingen van behandeling, is al verplicht (artikel 4a, lid 1, Kwaliteitswet Zorginstellingen) en het is evident dat evaluatie van deze gegevens leidt tot betere zorg. Een meerwaarde is gelegen in de mogelijkheid van en met elkaar te leren, elkaar te inspireren en waar nodig te corrigeren. Door complicaties en incidenten in openheid te bespreken, met behandelaren en patiënten/naasten, wordt de kwaliteit van zorg bevorderd.

Streefnorm	Er wordt voldaan aan de norm. Daarnaast is dit vastgelegd in een adequate kwaliteitscyclus.
Norm	Incidenten, discrepanties in het medisch beleid en complicaties worden structureel geregistreerd, besproken, geanalyseerd en gebruikt ter lering om herhaling te voorkomen en het zorgproces te verbeteren.
Aanbeveling	Incidenten, discrepanties in het medisch beleid en complicaties worden structureel geregistreerd, besproken en geanalyseerd, maar leiden niet consequent tot aantoonbare (beleids)aanpassingen. <i>(Voorstel aanbeveling: Gebruik de informatie uit de analyses ter lering om herhaling te voorkomen en het zorgproces te verbeteren.)</i>
Zwaarwiegend advies	Incidenten, discrepanties in het medisch beleid en complicaties worden geregistreerd, maar niet geanalyseerd en/of structureel besproken. <i>(Voorstel zwaarwiegend advies: Zorg ervoor dat incidenten, discrepanties in het medisch beleid en complicaties structureel geanalyseerd en besproken worden. Gebruik de informatie uit de analyses ter lering om herhaling te voorkomen en het zorgproces te verbeteren.)</i>
Voorwaarde	Incidenten, discrepanties in het medisch beleid en complicaties worden niet geregistreerd. <i>(Voorstel zwaarwiegend advies: Zorg ervoor dat incidenten, discrepanties in het medisch beleid en complicaties structureel geregistreerd, geanalyseerd en besproken worden. Gebruik de informatie uit de analyses ter lering om herhaling te voorkomen en het zorgproces te verbeteren.)</i>

Nr. 2.10 Resultaat van zorg

Resultaten van geboden zorg dienen zodanig in beeld gebracht te worden dat de eigen resultaten goed gevolgd kunnen worden en vergeleken kunnen worden met resultaten van andere zorgaanbieders en behandelmethoden. Achterblijvende resultaten kunnen zo zichtbaar en verbeterd worden. Meetinstrumenten en andere middelen kunnen helpen om routinematig uitkomsten te meten en kwaliteit van zorg in beeld te brengen. Voorbeelden van meetinstrumenten en hulpmiddelen zijn Patient Reported Outcome Measures (PROMs), patiëntverhalen, panels en de module Samen Beslissen. Er wordt verwacht dat men streeft naar een zo hoog mogelijke respons. Het doel is om betere uitkomsten te bereiken.

Streefnorm	Er wordt voldaan aan de norm. Daarnaast worden behandelresultaten systematisch besproken binnen de visitatiegroep of het team, met als doel gezamenlijke reflectie en het vaststellen van verbeterpunten. Waar mogelijk worden trends in de resultaten gevolgd om structurele verbeteringen te realiseren.
Norm	De uitkomsten van de behandelresultaten worden minimaal jaarlijks, bij voorkeur in geaggregeerde vorm, besproken. Op basis van afwijkingen van de verwachtingen worden verbeteracties gepland.
Aanbeveling	De uitkomsten van de behandelresultaten worden minimaal jaarlijks, maar niet in geaggregeerde vorm, besproken. Naar grote afwijkingen van de verwachtingen wordt geen onderzoek gedaan en er worden geen verbeteracties gepland. <i>(Voorstel aanbeveling: Bespreek de uitkomsten van de behandelresultaten bij voorkeur in geaggregeerde vorm. Zorg voor onderzoek naar grote afwijkingen van de verwachten en plan verbeteracties.)</i>
Zwaarwegend advies	De uitkomsten van de behandelresultaten worden minder frequent dan jaarlijks besproken. Naar grote afwijkingen van de verwachtingen wordt geen onderzoek gedaan. <i>(Voorstel aanbeveling: Bespreek de uitkomsten van de behandelresultaten jaarlijks en bij voorkeur in geaggregeerde vorm. Zorg voor onderzoek naar grote afwijkingen van de verwachten en plan verbeteracties.)</i>
Voorwaarde	De uitkomsten van de behandelresultaten worden niet in kaart gebracht. <i>(Voorstel voorwaarde: Zorg ervoor dat de uitkomsten van behandelresultaten in kaart worden gebracht. Bespreek de uitkomsten van de behandelresultaten jaarlijks en bij voorkeur in geaggregeerde vorm. Zorg voor onderzoek naar grote afwijkingen van de verwachten en plan verbeteracties.)</i>

3. Patiëntenperspectief

Nr. 3.1 Patiënttevredenheid

Naast het behandelresultaat (zie vorige norm) is patiënttevredenheid en -ervaringen een belangrijke indicator van kwaliteit van zorg. Feedback van patiënten geeft inzicht in hoe de patiënt de behandeling zelf ervaart. Dit kan over allerlei verschillende aspecten van zorg gaan. Zie hiervoor de patiënttevredenheidslijst in Exata.

Uitkomsten van patiënttevredenheidsonderzoeken kunnen helpen de kwaliteit van zorg te verbeteren. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de input van vertegenwoordigers van patiënten, verbeterplannen kunnen openbaar gemaakt worden of er kan zeer regelmatig overleg plaatsvinden over de patiënttevredenheid.

Streefnorm	Er wordt voldaan aan de norm. Daarnaast worden de verbeteracties gemonitord.
Norm	Binnen de werksetting worden jaarlijks de patiënttevredenheid en -ervaringen in kaart gebracht, zo veel mogelijk op het niveau van de individuele psychiater. De gevisiteerden bespreken de uitkomsten en gebruiken deze om verbeteracties door te voeren.
Aanbeveling	Binnen de werksetting worden jaarlijks de patiënttevredenheid en -ervaringen in kaart gebracht, maar de uitkomsten worden niet systematisch besproken en verbeteracties worden niet gepland of uitgevoerd. <i>(Voorstel aanbeveling: Zorg ervoor dat de uitkomsten van patiënttevredenheidsonderzoeken systematisch besproken worden en gebruik deze uitkomsten voor het uitvoeren van verbeteracties.)</i>
Zwaarwegend advies	Binnen de werksetting worden de patiënttevredenheid en -ervaringen minder dan jaarlijks in kaart gebracht. De uitkomsten worden niet geëvalueerd. <i>(Voorstel zwaarwegend advies: Breng jaarlijks de patiënttevredenheid en -ervaring in kaart. Zorg ervoor dat de uitkomsten van patiënttevredenheidsonderzoeken systematisch besproken worden en gebruik deze uitkomsten voor het uitvoeren van verbeteracties.)</i>
Voorwaarde	Binnen de werksetting worden de patiënttevredenheid en -ervaringen niet in kaart gebracht. <i>(Voorstel voorwaarde: Breng jaarlijks de patiënttevredenheid en -ervaring in kaart. Zorg ervoor dat de uitkomsten van patiënttevredenheidsonderzoeken systematisch besproken worden en gebruik deze uitkomsten voor het uitvoeren van verbeteracties.)</i>

Nr. 3.2 Patiëntklachten

Een goed toegankelijke en transparante klachtinstantie en –procedure draagt bij aan een gelijkwaardige positie van de patiënt, biedt feedback over de geleverde zorg en kan onnodige juridisering voorkomen. Een open houding ten aanzien van klachten en de bereidheid deze waar mogelijk samen met de klager op te lossen, gaat aan de klachtenprocedure vooraf. De klachtenprocedure voldoet aan de eisen van [de Wkkgz](#).

De klachtenregeling dient bij alle betrokkenen bekend te zijn en overwogen kan worden om bij de klachtenbespreking een vertegenwoordiger van de patiënten te betrekken. .

Streefnorm	Er wordt voldaan aan de norm. Uitkomsten en verbeterplannen worden in geaggregeerde vorm openbaar gemaakt.
Norm	De gevisiteerden hebben een regeling om klachten en signalen van onvrede te verzamelen, te analyseren en te bespreken, en verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. Uitkomsten en verbeterplannen worden intern toegankelijk gemaakt.
Aanbeveling	-
Zwaarwegend advies	De gevisiteerden hebben geen (passende) regeling om klachten en signalen van onvrede te ontvangen. <i>(Voorstel zwaarwegend advies: Zorg voor een regeling om klachten en signalen van onvrede te verzamelen, te analyseren en te bespreken, en verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.)</i>
Voorwaarde	-

Nr. 3.3 Behandelplan

Het behandelplan is het onderdeel van het dossier waarin de hulpvraag van de patiënt, het diagnostisch onderzoek en de daaruit resulterende hypothese(n) van de psychiater samenkomen.

- Toestemming van de patiënt of van de wettelijke vertegenwoordiger (informed consent) voor het behandelplan;
- In samenspraak tussen patiënt en hulpverlener worden zo concreet mogelijk behandeldoelen gesteld en -middelen gekozen;
- Dit behandelplan wordt in de loop van de behandeling door patiënt en hulpverlener samen geëvalueerd en eventueel bijgesteld. De patiënt kan alleen dan als een zo gelijkwaardig mogelijke partner in dit proces optreden wanneer zij/hij adequaat is geïnformeerd over de uitkomsten en betekenis van diagnostiek, mogelijkheden van behandeling (eventueel buiten het eigen behandel aanbod) en te verwachten resultaten (gezamenlijke besluitvorming). Het is de verantwoordelijkheid van de behandelaar zijn/haar deskundigheid zodanig met de patiënt te delen dat dit voor de patiënt begrijpelijk is.

Streefnorm	Er wordt voldaan aan de norm. Daarnaast is de bijdrage van de patiënt in het behandelplan opgenomen.
Norm	In het dossier is een behandelplan opgenomen dat voldoet aan bovengenoemde beschrijving. Het behandelplan wordt minimaal eens per jaar bijgesteld, of zo vaak als in het plan is afgesproken.
Aanbeveling	In het dossier is een behandelplan opgenomen dat grotendeels voldoet aan bovengenoemde beschrijving. Het behandelplan wordt echter niet consequent met patiënten besproken of wordt niet tijdig geëvalueerd. <i>(Voorstel aanbeveling: Zorg ervoor dat het behandelplan consequent met patiënten wordt besproken en/of tijdig wordt geëvalueerd.)</i>
Zwaarwegend advies	Het behandelplan voldoet niet aan bovengenoemde norm. <i>(Voorstel zwaarwegend advies: Zorg ervoor dat er in het dossier een behandelplan opgenomen is dat voldoet aan bovengenoemde beschrijving. Stel dit behandelplan minimaal eens per jaar bij, of zo vaak als in het plan is afgesproken.)</i>
Voorwaarde	Het behandelplan ontbreekt. <i>(Voorstel voorwaarde: Zorg ervoor dat er in het dossier een behandelplan opgenomen is dat voldoet aan bovengenoemde beschrijving. Stel dit behandelplan minimaal eens per jaar bij, of zo vaak als in het plan is afgesproken.)</i>

Nr. 3.4 Ruimtelijke voorzieningen

Ruimtelijke voorzieningen, ook de digitale omgeving, zijn essentieel voor goede hulpverlening. Ze kunnen invloed hebben op het behoud van privacy, waardigheid en veiligheid. Goede bereikbaarheid met verschillende vormen van vervoer is een voorwaarde voor brede toegankelijkheid.

Onder ruimtelijke voorzieningen wordt verstaan:

- de wachtruimten, bespreek- en behandelkamers;
- De fysieke omgeving waarin het digitale consult plaatsvindt, moet voldoen aan de gestelde eisen van een behandelkamer ([KNMG-handreiking Videoconsulten](#), 2021)

Streefnorm	-
Norm	De ruimtelijke voorzieningen zijn van goede kwaliteit en zijn goed digitaal bereikbaar.
Aanbeveling	De ruimtelijke voorzieningen zijn in principe van voldoende kwaliteit en zijn goed digitaal bereikbaar, maar er zijn verbetermogelijkheden. De hygiëne en/of de staat van onderhoud van de wachtruimten, bespreek- en behandelkamers zou verbeterd kunnen worden. <i>(Voorstel aanbeveling: Zorg ervoor dat de ruimtelijke voorzieningen van goede kwaliteit zijn. Het advies is om de volgende aspecten te verbeteren: onderhoud van de wachtruimten, bespreek- en behandelkamers.)</i>
Zwaarwegend advies	De ruimtelijke voorzieningen zijn van onvoldoende kwaliteit. <i>(Voorstel zwaarwegend advies: Zorg ervoor dat de ruimtelijke voorzieningen van goede kwaliteit zijn. Het advies is om de volgende aspecten te verbeteren: onderhoud van de wachtruimten, bespreek- en behandelkamers.)</i>
Voorwaarde	De ruimtelijke voorzieningen zijn op meerdere fronten ontoereikend. <i>(Voorstel voorwaarde: Zorg ervoor dat de ruimtelijke voorzieningen van goede kwaliteit zijn en goed digitaal bereikbaar zijn.)</i>

Nr. 3.5 Destigmatisering

Destigmatisering van psychiatrische problematiek is een belangrijk aandachtspunt voor de NVvP. Een goede handreiking voor het nastreven van destigmatisering is de [Zorgstandaard Destigmatisering](#).

Voorbeelden hoe gevisiteerden extra aandacht kunnen hebben voor destigmatisering zijn:

- Psycho-educatie aan collega's (bijv. huisartsen)
- Symposia volgen over dit onderwerp
- Betrekken van patiënten en ervaringsdeskundigen bij dit thema

Streefnorm	Er wordt voldaan aan de norm. Daarnaast wordt een extra inspanning gedaan zoals de genoemde voorbeelden hierboven.
Norm	De gevisiteerden passen de Zorgstandaard Destigmatisering in hun werk toe en zijn zich bewust van stigma door hulpverleners.
Aanbeveling	De gevisiteerden zijn onvoldoende op de hoogte van de Zorgstandaard Destigmatisering, maar streven destigmatisering wel structureel na in hun werk. <i>(Voorstel aanbeveling: Zorg ervoor dat de gevisiteerden op de hoogte zijn van de Zorgstandaard Destigmatisering en deze toepassen in hun werk.)</i>
Zwaarwegend advies	De gevisiteerden zijn onvoldoende op de hoogte van de Zorgstandaard en destigmatisering wordt niet structureel nagestreefd. <i>(Voorstel zwaarwegend advies: Zorg ervoor dat de gevisiteerden op de hoogte zijn van de Zorgstandaard Destigmatisering, deze toepassen in hun werk en destigmatisering structureel nastreven.)</i>
Voorwaarde	-

Nr. 3.6 Privacy

Bij voortschrijdende digitalisering van dossiervoering en communicatie is het nodig alert te blijven op de bescherming van de privacy van de patiënt en te voldoen aan de AVG-normen voor onder andere de dossiers, correspondentie en facilitaire voorzieningen. Andere betrokken partijen dienen daar ook de verantwoordelijkheid voor te dragen (Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), 2016).

Streefnorm	-
Norm	De privacy van de patiënten is gewaarborgd conform de AVG-normen .
Aanbeveling	-
Zwaarwegend advies	-
Voorwaarde	De privacyregeling voldoet niet aan de AVG-normen. <i>(Voorstel voorwaarde: Zorg ervoor dat de privacy van de patiënten is gewaarborgd conform de AVG-normen.)</i>

Nr. 3.7 Wachttijden

Voor de patiënt (en de verwijzer) is het van belang vóór aanmelding juist te zijn geïnformeerd over de actuele wachttijden tot het eerste contact en de actuele wachttijden tot de behandeling kan starten.

Streefnorm	Er wordt voldaan aan de norm. Aanvullend wordt er onderscheid gemaakt tussen externe en interne wachttijden (doorplaatsing – start therapie) en/of is er een eHealth aanbod voor patiënten op de wachtlijst.
Norm	De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling worden gemonitord, zijn geactualiseerd en duidelijk voor patiënten en verwijzers beschikbaar.
Aanbeveling	De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling worden gemonitord en zijn beschikbaar, maar zijn niet structureel geactualiseerd. <i>(Voorstel aanbeveling: Zorg ervoor dat de toegangs- en wachttijden structureel geactualiseerd worden.)</i>
Zwaarwegend advies	-
Voorwaarde	Wachttijden zijn zowel extern als intern onvoldoende transparant. <i>(Voorstel voorwaarde: Zorg ervoor dat de toegangstijden en wachttijden diagnostiek en behandeling worden gemonitord en geactualiseerd, en duidelijk beschikbaar zijn voor patiënten en verwijzers.)</i>

4. Professionele ontwikkeling

Nr. 4.1 Zelfevaluatie IFMS, professionele ontwikkeling en intervisie

Professionele ontwikkeling bestaat uit de volgende drie aspecten:

- De leden van de visitatiegroep nemen eens in de vijf jaar deel aan de IFMS.
- De leden van de visitatiegroep zijn in de gelegenheid om op de hoogte te blijven van ontwikkelingen binnen wetenschap en innovatie.
- De leden van de visitatiegroep nemen minimaal zesmaal per jaar deel aan een vaste (psychiater)-intervisiegroep met schriftelijke verslaglegging hiervan.

Streefnorm	-
Norm	De gevisiteerden nemen eens in de vijf jaar deel aan de IFMS, blijven op de hoogte van ontwikkelingen binnen wetenschap en innovatie en nemen minimaal zesmaal per jaar deel aan een intervisiegroep met schriftelijke verslaglegging.
Aanbeveling	-
Zwaarwegend advies	De gevisiteerden voldoen niet aan één of meerdere onderdelen van de norm. <i>(Voorstel aanbeveling: Zorg ervoor dat de gevisiteerden eens per vijf jaar deelnemen aan de IFMS en/of op de hoogte blijven van ontwikkelingen binnen wetenschap en/of innovatie en minimaal zesmaal per jaar deelnemen aan een intervisiegroep met schriftelijke verslaglegging.)</i>
Voorwaarde	De gevisiteerden voldoen aan geen van de onderdelen van de norm. <i>(Voorstel voorwaarde: Zorg ervoor dat de gevisiteerden eens per vijf jaar deelnemen aan de IFMS, op de hoogte blijven van ontwikkelingen binnen wetenschap en innovatie en minimaal zesmaal per jaar deelnemen aan een intervisiegroep met schriftelijke verslaglegging.)</i>