Kwaliteits-handboek

EDT Maastricht
Capucijnenstraat 92
6211 RT Maastricht
043-3210017
info@edtmaastricht.nl
www.edtmaastricht.nl

de url van dit document is:
www.edtmaastricht.nl\certificering2007\kms.pdf

datum: 8-3-2026

1. Opmerkingen over de structuur van dit kwaliteits-handboek . . . . . -4-
1.1. **Relevante mutaties t.a.v. vorige versies** . . . . . -4-

2. Algemene informatie . . . . . -7-
2.1. **Organisatiebeschrijving** . . . . . -7-
2.1.1. Toepassingsgebied . . . . . -7-
2.1.2. Omschrijving diensten . . . . . -7-
2.1.3. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden . . . . -7-
2.2. **Definities** . . . . . -7-

3. Beleid en organisatie . . . . . -7-
3.1. **Algemeen beleid** . . . . . -7-
3.1.1. Visie . . . . . -7-
3.1.2. Formulering en bijstelling van het algemene beleid . -8-
3.1.3. Kwaliteitscriteria van het geleverde werk . . . . . -8-
3.2. **Veiligheidsbeleid** . . . . . -9-
3.2.1. Generiek veiligheidsbeleid . . . . . -9-
3.2.2. Specifiek veiligheidsbeleid . . . . . -10-
3.2.3. Proces-gerelateerde risico's . . . . . -10-
3.2.4. Meetbare doelstelling m.b.t. veiligheidsbeleid . . -11-
3.3. **Overlegstructuur en externe communicatie** . . . . . -11-
3.3.1. Raad van Toezicht . . . . . -11-
3.3.2. Cliëntenraad . . . . . -12-
3.3.3. Andere communicaties . . . . . -12-
3.4. **Beoordeling kwaliteitssysteem** . . . . . -13-
3.4.1. Verzameling en ordening van gegevens . . . . . -13-
3.4.2. Besluiten en maatregelen op basis van verzamelde gegevens . . . . . -13-
3.5. **Kwaliteitsstatuut** . . . . . -14-
3.6. **Jaarverslag** . . . . . -14-
3.7. **Wachtlijstbeleid** . . . . . -14-
3.8. **Bereikbaarheid en beschikbaarheid** . . . . . -14-
3.9. **Privacybeleid** . . . . . -15-
3.10. **Beveiliging van elektronische gegevens** . . . . . -15-
3.11. **Toegankelijkheid van elektronische dossiers** . . . . . -16-
3.12. **Klachtenbeleid en -afhandeling** . . . . . -16-

4. Primaire proces: Aanmelding, intake en zorgcontract . . -17-
4.1. **Algemeen** . . . . . -17-
4.2. **Aanmelding** . . . . . -17-
4.3. **Intake** . . . . . -17-
4.4. **Zorgovereenkomst** . . . . . -18-

5. Primaire proces: uitvoering . . . . . -19-
5.1. **Uitvoering hulpverlening** . . . . . -19-
5.2. **Crisis-situaties** . . . . . -19-
5.3. **Verschillen van inzicht tussen behandelaars** . . . . . -19-

6. Evaluaties . . . . . -20-
6.1. **Tussentijdse evaluatie** . . . . . -20-
6.2. **Waardering door patiënten** . . . . . -20-
6.3. **Eindevaluatie, afsluiting en nazorg** . . . . . -20-
6.4. **Verslaggeving aan huisarts** . . . . . -21-
6.5. **'Drop-outs' en afsluitingen na een 'deadline'** . . . . . -21-
6.6. **Signaleren van afwijkingen en maatregelen** . . . . . -22-
6.6.1. Definities . . . . . -22-

6.6.2. Correctieve maatregelen m.b.t. fouten . . . . . -22-
6.6.3. Preventieve maatregelen m.b.t. fouten . . . . . -23-

7. Onderzoek en ontwikkeling . . . . . -23-
7.1. **Wet- en regelgeving** . . . . . -23-
7.2. **Actualiseren van Zorgaanbod** . . . . . -23-
7.3. **Deskundigheidsbevordering** . . . . . -23-
7.3.1. Kwalificaties . . . . . -23-
7.3.2. Bijscholing . . . . . -24-
7.3.3. Intercollegiale toetsing en overleg: . . . . . -24-

8. Fysieke omgeving en materiaal . . . . . -24-
8.1. **Inrichting en onderhoud van de praktijkruimte** . . . . . -24-
8.2. **Gegevensopslag en automatiseringsbeheer** . . . . . -24-
8.3. **Beheersing van uitbesteding aan derden** . . . . . -25-
8.3.1. Criteria voor freelancers . . . . . -25-
8.3.2. Bijscholing van freelancers . . . . . -25-
8.3.3. Controle van de kwaliteit van ingekochte diensten van freelance-behandelaars . . . . . -25-
8.4. **Hygiëne en onderhoud / veiligheid** . . . . . -26-

9. Inkoop en beoordeling van diensten en goederen . . . . . -27-

10. Documentenbeheersing . . . . . -27-

11. Bijlagen . . . . . -29-
11.1. **Bijlage: jaarplan** . . . . . -30-
11.2. **Bijlage: Visie** . . . . . -30-
11.3. **Bijlage: Formulering en bijstelling van het algemene beleid** . . . . . -30-
11.4. **Samenstelling Raad van Toezicht** . . . . . -31-
11.5. **Bijlage: informatiefolder voor patiënten** . . . . . -31-
11.6. **Bijlage: betalingsafspraken** . . . . . -31-
11.7. **Bijlage: sjabloon van het inschrijfformulier** . . . . . -31-
11.8. **Bijlage: Sjabloon van informatiebrief aan huisarts na intake** . . . . . -33-
11.9. **Bijlage: Sjabloon van afsluitbrief aan huisarts** . . . . -34-
11.10. **Bijlage: Zorgovereenkomst-sjabloon** . . . . . -35-
11.11. **Bijlage: Sjabloon tussentijds-evaluatieformulier** . . . -35-
11.12. **Bijlage: Privacyreglement** . . . . . -37-
11.13. **Bijlage: Klachten- en geschillen-reglement** . . . . . -37-
11.14. **Bijlage: Agressieprotocol** . . . . . -37-
11.15. **Bijlage: Handelingsregels voor specifieke situaties** . -37-
11.16. **Bijlage: Momentopname van het 'lijsten-overzicht' t.b.v. preventieve en corrigerende maatregelen en registratie van management-verrichtingen** . . . . . -38-
11.17. **Bijlage: Overzicht en procedure van kwaliteitsregistraties** . . . . . -39-
11.18. **Bijlage: Procedure zorgweigering** . . . . . -40-
11.19. **Bijlage: Management_review** . . . . . -40-
11.20. **Bijlage: Eisen aan freelancers** . . . . . -40-
11.21. **Bijlage: Proces-gerelateerde risico's (suïcidaliteit, medicatieproblemen)** . . . . . -40-
11.22. **Evaluatievragen t.b.v. het functioneren van de freelancers** . . . . . -42-

1. Opmerkingen over de structuur van dit kwaliteits-handboek

1.1. **Relevante mutaties t.a.v. vorige versies**

8-3-2026
Ten opzichte van de documentversie van 10-2-2024 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld: 11.4

10-2-2024:
Ten opzichte van de documentversie van 14-9-2023 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld: 3.3.2

14-9-2023:
Ten opzichte van de documentversie van 20-2-2023 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld: 3.2.2, 3.2.4, 3.3.1, 3.5, 3.6, 3.9, 11.4, 11.7, 11.21

20-2-2023:
Ten opzichte van de documentversie van 19-2-2022 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld: 3.1.3.2, 3.8

19-2-2022:
Ten opzichte van de documentversie van 22-1-2021 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld: 2.2, 3.1.3.2, 3.1.3.4, 3.3, 3.4, 3.4.1, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9, 3.10, 4.2, 4.3, 4.4, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.6.3, 7.2, 7.3.3, 8.2, 8.3, 8.3.3, 9, 10, 11.3, 11.7, 11.10, 11.17, 11.21

22-1-2021:
Ten opzichte van de documentversie van 9-3-2019 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld: 3.11, 7.1

9-3-2019:
Ten opzichte van de documentversie van 4-1-2019 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld: 3.12, 11.13

4-1-2019:
Ten opzichte van de documentversie van 4-1-2018 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld: 3.4, 6.3.

4-1-2018:
Ten opzichte van de documentversie van 10-1-2017 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld: 3.3.2, 3.5, 3.9, 3.10, 3.12, 4.3, 6.3, 7.3.1

10-1-2017:
Ten opzichte van de documentversie van 25-10-2016 zijn de navolgende

paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld: 3.8, 3.9, 4.3, 6.1, 11.3

25-10-2016:
Ten opzichte van de documentversie van 29-12-2014 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld: 5.3

29-12-2014:
Ten opzichte van de documentversie van 5-3-2014 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld: 11.21

5-3-2014:
Ten opzichte van de documentversie van 20-11-2013 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld: 11.21

20-11-2013:
Ten opzichte van de documentversie van 2-8-2013 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld: 3.2.1, 3.2.3, 3.2.4, 11.21

2-8-2013:
Ten opzichte van de documentversie van 22-4-2012 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld: 3.3.1

22-4-2012:
Ten opzichte van de documentversie van 7-3-2011 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld: 3.2.4, 8.3.3, 11.22

7-3-2011:
Ten opzichte van de documentversie van 18-2-2010 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld:
3.2, 11.21

15-5-2010:
Ten opzichte van de documentversie van 18-2-2010 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld:
8.3.1, 11.10, 11.20

18-2-2010:
Ten opzichte van de documentversie van 22-3-2009 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld:
3.7, 8.3.3, 10

20-5-2009:
Ten opzichte van de documentversie van 22-3-2009 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld:
4.3, 5.1, 11.3, 11.11, 11.18, 11.19

22-3-2009:
Ten opzichte van de documentversie van 23-2-2008 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld:
2.2, 3.3.1, 3.3.2, 3.4.1, 3.4.2, 3.6, 3.7, 4.4, 6.1, 6.5

23-2-2008:

Ten opzichte van de eerste documentversie van 23-11-2007 zijn de navolgende paragrafen en bijlagen substantieel gewijzigd of aangevuld:
3.4, 3.12, 6.1, 6.6.2, 8.3, 10, 11.2, 11.3, 11.11, 11.14, 11.15, 11.16, 11.17

2. Algemene informatie

2.1. **Organisatiebeschrijving**

2.1.1. Toepassingsgebied

Dit Kwaliteits-Management-Systeem (KMS) heeft betrekking op de psychotherapiepraktijk "EDT Maastricht" en de werkzaamheden die daarin worden verricht.

2.1.2. Omschrijving diensten

De praktijk biedt medisch-specialistische zorg, met het accent op psychotherapie. Dit zijn behandelingen van tussen ca 5 en 100 gesprekken, met een gemiddelde van ca 35. Verschillende standaard-therapiemethoden zijn beschikbaar. In het bijzonder wordt er echter gewerkt met ons boegbeeld, de experiëntieel-dynamische therapie. Hierbij is doorgaans sprake van trajecten tussen ca 10 en 50 sessies. In enkele gevallen is een langer traject mogelijk, doch de behandeltrajecten zijn altijd eindig.

2.1.3. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden

De praktijk is eigendom van mij, Arno Goudsmit. Alle uitvoerende taken worden door mij gedaan of extern ingekocht. Deze diensten hebben betrekking op zowel de kerntaken (psychotherapie, psychiatrisch onderzoek en farmacotherapie) als ondersteunende taken (secretariaatswerk, programmering/software, juridische en boekhoudkundige ondersteuning).

2.2. **Definities**

De volgende termen worden in dit handboek gebruikt:

experiëntieel-dynamische therapie (EDT): Dit is een kortdurende psychoanalytische techniek, evidence based, die relatief snel en relatief diep werkt. Ook de dans- en bewegingstherapie die in onze praktijk wordt aangeboden voldoet aan deze kenmerken.

praktijkhouder: dr A.L. Goudsmit; telkens wanneer in de tekst de eerste persoon enkelvoud wordt gebruikt, is de praktijkhouder bedoeld.

quasi-dossier: een elektronisch document, anders dan een patiënt-dossier, dat om praktische redenen of omwille van privacy-gevoeligheid wordt behandeld met dezelfde veiligheidsmaatregelen als een regulier elektronisch patiënt-dossier.

3. Beleid en organisatie

3.1. **Algemeen beleid**

3.1.1. Visie

zie hiervoor bijlage 11.2.

3.1.2. Formulering en bijstelling van het algemene beleid

zie hiervoor bijlage 11.3.

3.1.3. Kwaliteitscriteria van het geleverde werk
Toetsbare criteria voor te leveren kwaliteit zijn:

3.1.3.1. T.a.v. de kwaliteit van het werk:
Aan opleidingsniveau en ervaringsniveau van mijzelf en freelancers worden eisen gesteld. Mogelijkheden om mijzelf en freelancers aanvullend te scholen worden gezocht, gestimuleerd en gecreeerd. Ook is er een eigen studiegroep (zie par. 7.3.2) en worden er symposia georganiseerd.

3.1.3.2. T.a.v. zorgvuldigheid jegens patiënten:
Dit wordt gerealiseerd door
a) met patiënten heldere afspraken te maken over het doel van de behandeling
b) door de voortgang ervan met patiënten te toetsen
c) door te inventariseren hoe en waarom de oplossingen tot dusver ontoereikend zijn
d) door te inventariseren hoe en waarom eventueel eerdere behandelingen ontoereikend waren
Toetsing: deze aspecten worden regelmatig in de zitting besproken. Ook de tussentijdse evaluatie en de afsluitings-evaluatie zijn hiervoor relevant.
e) door patiënten met nadruk uit te nodigen op het uitspreken van ongenoegens of commentaar.
f) door te bespreken, met patiënten voor wie wij in laatste instantie niet de geschikte zorgaanbieder blijken te zijn, hoe we een goede overdracht naar een andere zorgaanbieder kunnen regelen.

3.1.3.3. T.a.v. resultaat:
de therapie heeft de patiënt verder gebracht. Dit wordt getoetst door samen met de patiënt te beoordelen, aan het eind van elke zitting alsook aan het eind van de behandeling, op welke aspecten de zitting effectief is geweest, resp. op welke aspecten de behandeling significante verbetering heeft bewerkstelligd en of dit de gewenste verandering is.

3.1.3.4. T.a.v. transparantie:
het behandelproces is voor de patiënt volledig inzichtelijk. Dit gebeurt doordat
a) de behandelaar zoveel mogelijk zijn veronderstellingen en werkhypothesen met de patiënt deelt
b) de behandelaar maximaal expliciet is over mislopende ontwikkelingen in de behandeling en deze openlijk bespreekt
c) aan het begin van de behandeling, alsook in de informatiefolder (bijlage 11.5), uitgelegd wordt dat de patiënt altijd inzage heeft in zijn/haar behandeldossier, inclusief de werkaantekeningen van de behandelaar.
d) een nagenoeg actuele online versie van het dossier voor de patiënt beschikbaar en toegankelijk is (sinds mei 2020), dan wel op aanvraag snel beschikbaar gemaakt kan worden.

Toetsing: deze aspecten worden regelmatig in de zitting aan de orde gesteld. Ook de tussentijdse evaluatie en de afsluitings-evaluatie zijn hiervoor relevant.

3.2. **Veiligheidsbeleid**

3.2.1. Generiek veiligheidsbeleid

1. Telkens als een proces-gerelateerd risico van een nieuw type wordt gesignaleerd, wordt dit bijgeschreven in een te bewaken lijst van proces-gerelateerde risico's.
2. Deze lijst wordt periodiek geïnspecteerd en beoordeeld op coherentie en exclusiviteit, d.w.z. de elementen van de lijst passen in hun context en overlappen elkaar niet.
3. In de lijst worden a priori die proces-gerelateerde risico's reeds opgenomen, welke kunnen worden afgeleid van de beschrijving van ons primaire proces, zoals neergelegd in ons kms.
4. De lijst wordt toegankelijk gemaakt voor alle behandelaars, zodat deze nieuwe proces-gerelateerde risico's kunnen melden bij de praktijkhouder, die ze hieraan kan toevoegen en zodat zij zich bij de beoordeling van een risico m.b.t. een patiënt kunnen laten ondersteunen door de lijst.
5. Behandelaars noteren eventuele risico's in het dossier van een specifieke patiënt en bespreken deze op de periodieke voortgangsbesprekingen, en zo nodig eerder.
6. Wij zijn ons ervan bewust dat veel van de veiligheids-methodieken (zoals 'Bowtie') afgeleid zijn van die uit de (chemische) proces-technologie, en dat wij als zeer kleine niet-technologische organisatie tevens het risico lopen om aan deze methodieken teveel gewicht te gaan toekennen. Interessant is in dit verband ook Gigerenzer en Gaissmaier (2011)**«1»** die wijzen op het belang van heuristieken, die binnen kleine organisaties een grotere aanpassing mogelijk maken, hetgeen binnen grote organisaties alleen mogelijk is middels formalisaties. Dit is uiteraard conform onze overtuiging, omdat we het hier hebben over formalisatieprocessen die hun doel voorbij kunnen schieten binnen een kleine organisatie**«2»**.
7. In plaats daarvan gebruiken wij een methodiek die '*projectieve simulatie*' genoemd kan worden. Hier gaat het om het gebruik maken van vergelijkingen tussen onze eigen (kleine) organisatie en diverse andere (grote) organisaties, en te zoeken naar denkbeeldige (projectieve) problemen die in een grotere organisatie zouden kunnen (simulatie) voorkomen. Na herkenning van deze problemen, wordt gezocht naar een aangepaste werkvorm (corresponderend met een *heuristiek*), en deze wordt geïmplementeerd.
8. De implementatie klacht

vindt plaats a) door de medewerkers te informeren (platform hiervoor is de naslag-pagina binnen de elektronische dossiers) en b) door slimme software die context-gebonden vragen stelt aan de gebruiker/behandelaar.

---

1. Gigerenzer, G., & Gaissmaier, W. (2011). Heuristic decision making. Annu Rev Psychol. doi:10.1146/annurev-psych-120709-145346, 62, 451-82.

2. Goudsmit, A.L., *Psychotherapie in tijden van administratie. Afgevinkte frustaties over de nieuwe gekte in de geestelijke gezondheidszorg*. Amsterdam: SWP Books, 2012; Goudsmit, A.L., *En, wat zei de dokter? Theoretische onderbouwingen bij het praktische werk van de huisarts.* Antwerpen/'s Hertogenbosch: Gompel & Svacina, 2021.

3.2.2. Specifiek veiligheidsbeleid

1. Het voornaamste risico waarmee gerekend moet worden is dat van suïcide tijdens een behandeling. Hiervoor hebben wij geen principiële oplossing en elke maatregel is slechts bedoeld als middel om de betreffende risico's te verkleinen. Uiteindelijk blijft suïcide altijd mogelijk en eveneens altijd in laatste instantie in het bereik van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, tenzij het beschrevene onder punt 2 het geval is.

2. Daar waar een ontwikkeling in de richting van een psychotische stoornis wordt gesignaleerd, wordt van een van onze psychiaters een beoordeling en passend beleid gevraagd. Psychotische problematiek is voor ons een contra-indicatie bij aanmelding, maar niet per se wanneer deze zich tijdens een behandeling voordoet.

3. Ingeval van andere problematiek die ons te zwaar voorkomt in verhouding tot de bij ons beschikbare deskundigheid, wordt in overleg met de verwijzer gezocht naar een betere verwijzing. Bij lopende behandeling wordt, zo mogelijk in overleg met de psychiater en de verwijzer, eveneens gezocht naar een meer geschikte zorgaanbieder.

3.2.3. Proces-gerelateerde risico's

Zie hiervoor ook de bijlage 11.21.
Aanpassingen vanwege het addendum 2009 certificatieschema GGZ:
Prospectieve en retrospectieve risico-inventarisatie en risico-analyse vinden minstens eenmaal per jaar plaats.

A.
Prospectief gebeurt de risico-inventarisatie met behulp van de *projectieve simulatie* (zie par. 3.2.1). Hierbij worden elders gesignaleerde veiligheidsproblemen van grote organisaties gezocht en op onze organisatie afgebeeld. De bijbehorende risico-analyse is daarbij relatief eenvoudig te verdelen in enkele categorieën:
a) onderschatting van suïciderisico's door de intaker
b) verlies van contact tussen patiënt en hulpverlener/instelling
c) verstoring van contact tussen hulpverleners onderling
Voor deze categorieën zijn enkele preventieve maatregelen genomen, zowel in de sfeer van actie-aanbevelingen voor de behandelaars, als in de sfeer van automatisering. Zie hiervoor de genoemde bijlage.

B.
Retrospectief is minder goed te organiseren. Er wordt in de halfjaarlijkse tussen-evaluatie met de patiënt vanaf begin 2014 ook gelet op/stilgestaan bij de ervaring van veiligheid van de behandeling, naar het oordeel van de patiënt, en er wordt geïnformeerd of de patiënt tevreden is over de samenwerking met de verwijzer/huisarts, indien van toepassing. Voor het overige gebeurt de risico-analyse telkens daar waar er, achteraf, sprake is geweest, bij de betreffende behandelaar, van een bezorgdheid of een *vermoeden* van een risico. Dit betekent dat wij, tot op heden het geluk hebben gehad dat zich binnen onze organisatie nog geen calamiteiten hebben voorgedaan. Wanneer er echter voor calamiteiten werd gevreesd, kon dit tot gebruikt worden als input bij het prospectief inventariseren van risico's (A).

3.2.4. Meetbare doelstelling m.b.t. veiligheidsbeleid

De mogelijkheid wordt gecreëerd om in elk patiëntendossier de relevante risico's en bijpassende maatregelen expliciet te noteren, op een manier dat deze, eenmaal genoteerd, niet aan de aandacht gaan ontsnappen. Hierbij wordt tevens nadruk gelegd op het moment dat de intake wordt goedgekeurd. Goedkeuring is dan pas mogelijk nadat expliciet wordt bevestigd dat het genoteerde risico-niveau correct is. Er wordt nu standaard in de dossiers, bij intake, een vermelding gedaan van het niveau van risico dat aanwezig wordt geacht. Deze vermelding vindt inmiddels plaats op een 'verplicht veld'. Bij invulling van 'geen risico' wordt nu via de software hierover een extra bevestiging gevraagd. Hiermee wordt voorkomen dat een niet-genoteerd risico per ongeluk als 'geen risico' wordt opgevat.
Tevens wordt bij het wijzigen van het ingeschatte risico-niveau (speciale alerts staan dan 'aan' of 'uit') door het systeem een toelichting van de betreffende behandelaar gevraagd, en er wordt aan de behandelaar(s) automatisch een herwaardering van het risico-niveau gevraagd na 5 behandelsessies.

Ook wordt er bij onverwacht niet-verschijnen van de patiënt (noshow) een alert gegeven, waarbij de betreffende behandelaar nogmaals wordt gewezen op de risico-aanbevelingen (zoals aangegeven in de hierboven genoemde bijlage).

3.3. **Overlegstructuur en externe communicatie**

3.3.1. Raad van Toezicht

Taken en verantwoordelijkheden Raad van Toezicht.
De RvT functioneert conform de Governancecode Zorg 2022 en heeft daarvan een specificatie gemaakt die toegespitst is op deze instelling, zie: https://www.edtmaastricht.nl/rvt/Governance%20Code%20van%20de%20Raad%20van%20Toezicht%20van%20EDT%20Maastricht.pdf. De RvT houdt toezicht op de uitvoering van het beleid door de directie van de instelling. Tevens functioneert de RvT als adviseur en klankbord voor de directie. De leden van de RvT zijn verantwoordelijk voor de handelingen (en het nalaten van het verrichten van handelingen) van de andere leden van de RvT. De RvT adviseert bij complexe besluitvorming. De leden van de RvT zijn volledig onafhankelijk van de praktijk en er is op geen enkele wijze sprake van belangenverstrengeling. De directie is verantwoordelijk voor dagelijkse leiding en het dagelijkse beleid. Strategische keuzen worden met de RvT overlegd. De RvT controleert deze keuzen. De RvT heeft daarbij in het bijzonder aandacht voor de bewaking van de kwaliteit van de zorg, en daarnaast de belangen van patiënten en van medewerkers indien en voor zover deze zouden conflicteren met belangen van de bedrijfsvoering. Ingeval van meningsverschillen tussen RvT en directie worden rationele argumenten gezocht met kwaliteit van zorg als prioriteit; bij voortduring of conflict wordt externe ondersteuning gezocht (mediatie, eventueel arbitrage).

De RvT heeft de verantwoordelijkheid en mogelijkheid om alle informatie te verkrijgen van de RvB en van de externe accountant die de RvT nodig heeft om zijn taak als toezichthoudend orgaan goed te kunnen uitoefenen.

De RvT komt minstens eenmaal per jaar bijeen voor een reguliere vergadering samen met de RvB. De RvT is zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van zijn functioneren, en voert jaarlijks op initiatief van de voorzitter een evaluatie uit. De RvT brengt jaarlijks verslag uit van zijn werkzaamheden. Dit verslag wordt opgenomen in het jaarverslag van de instelling.

Samenstelling Raad van Toezicht
De Raad van Toezicht is samengesteld uit (zorg)professionals die vanuit hun eigen discipline zicht hebben op de bijzonderheden van het werkveld van de instelling. De deskundigheid van de leden van de Raad van Toezicht is zoveel mogelijk gespreid over uiteenlopende disciplines, waarbij de voorkeur wordt gegeven aan psychologen, artsen en juristen.
-Een lid met ruime bestuurlijke kennis en ervaring
-Een lid met ruime kennis en ervaring op het gebied van wet- en regelgeving in de zorg, de zorgmarkt en de verzekeringsmarkt.
-Een lid met ruime kennis van, ervaring in en een relevant netwerk in de geestelijke gezondheidszorg.

De nieuwe leden van de Raad van Toezicht worden geworven en benoemd door de Raad van Toezicht zelf, in een transparante procedure. De Raad van Toezicht is bevoegd om in bijzondere omstandigheden bij meerderheid te beslissen over het voortijdig beëindigen van het lidmaatschap van een lid. De actuele samenstelling van de RvT is opgenomen in bijlage 11.4.

3.3.2. Cliëntenraad

De Cliëntenraad is feitelijk vertegenwoordigd door 1 persoon. Deze is op afroep beschikbaar, zowel voor patiënten als voor behandelaars. De Cliëntenraad is daarmee hoofdzakelijk niet-actief als partij, maar wel beschikbaar. De Cliëntenraad heeft als taak: beschikbaar zijn voor patiënten van de instelling ingeval van vragen; zo mogelijk bemiddelen tussen patiënt en hulpverlener en/of directie, ingeval van ongenoegens of klachten. Met de Cliëntenraad wordt onregelmatig informeel overlegd.

Cliënten of hun belangenbehartigers worden niet geacht mee te praten over organisatorische kenmerken van de instelling. Cliënten krijgen op individueel niveau uitdrukkelijk wel gelegenheid om zich uit te spreken en te overleggen over hetgeen ze in de behandeling wensen te realiseren, en over de mate waarin dat ook plaatsvindt of plaats heeft gevonden.

3.3.3. Andere communicaties

Alle communicatie met de pers wordt door de praktijkhouder behartigd.

In voorkomende gevallen geeft de praktijkhouder informatie aan omwonenden. De praktijk is in staat om in maatschappelijke crisissituaties een bijdrage te leveren.

Met de verzekeraars wordt jaarlijks een budget afgesproken. Tussentijdse wijzigingen worden met de verzekeraars overlegd en op vooraf afgesproken tijden doorgevoerd.

Met de freelancers wordt zeer regelmatig informeel overlegd over de werkzaamheden en de onderliggende visie. Daarnaast is er veel coordinatie van de zorg-activiteiten gereguleerd door de beschikbare software en online-documentatie. Zie daarvoor ook paragraaf 8.2.

Met ketenpartners bestaan geen contracten. Alle samenwerking is gebaseerd op individuele doorverwijzingen over en weer. Op het niveau van individuele patiënten wordt feedback gegeven en gevraagd aan ketenpartners, inzake de aard en geschiktheid van de doorverwijzing. Extern overleg met andere behandelaars vindt in voorkomende gevallen plaats en wordt in het

patiëntendossier genoteerd.

3.4. **Beoordeling kwaliteitssysteem**

3.4.1. Verzameling en ordening van gegevens
Op basis van binnengekomen signalen worden, minstens eenmaal per jaar, aanpassingen aan het kwaliteitssysteem geformuleerd en uitgevoerd. Er zijn vier typen overzicht die gehanteerd worden bij het beoordelen van de processen:

a) 1) Per dossier worden onvolledigheden en fouten gerapporteerd, zodat de behandelaar telkens ziet welke tekorten er op dat moment bestaan. Zie hiervoor ook bijlage 11.17. Naar deze voorziening wordt ook verwezen in paragraaf 8.2.
   2) Per behandelaar is er een zgn. beheersoverzicht, waarin telkens de actuele stand van een onderhanden patiëntdossier wordt overgenomen. Hierop komen automatisch meldingen binnen, dan wel worden eruit verwijderd, afkomstig uit het genoemde foutmeldingssysteem (punt a1). Deze betreffen de voortgang van de behandeling, zoals of de vereiste brieven zijn verstuurd, overeenkomsten zijn opgesteld, etc.
b) Per maand, of vaker indien gewenst, maak ik compilaties van alle dossiers, zodat ik een overzicht heb van de patiëntgegevens, de verrichtingen en de afwijkingen per dossier. Deze gegevens worden vervolgens teruggekoppeld naar de freelancers t.b.v. hun declaraties aan de instelling vanwege hun verrichtingen
c) Er is een overzicht van alle feedback en signalen die niet in de patiëntdossiers genoteerd worden. Deze signalen zijn in een aantal categorieën ingedeeld, die elk apart kunnen worden bekeken en beoordeeld. Deze categorieen hebben betrekking op de diverse vormen van feedback (van patiënten, verwijzers, freelancers, interne audit, derden), maar ook op onvolkomenheden in de automatisering, in juridische en boekhoudkundige kwesties, in de praktijkruimte, in mijn eigen middelen van verslaglegging, etc. Tevens is per signaal een corrigerende of preventieve maatregel mogelijk, welke met een uiterste datum wordt genoteerd. Indien deze datum wordt overschreden, wordt automatisch een melding zichtbaar. In bijlage 11.16 wordt een moment-opname getoond van dit overzicht. Ik maak jaarlijks een zgn. management-review, waarin op grond van deze signalen conclusies worden getrokken en grote lijnen worden aangewezen (zie bijlage 11.19).

In bijlage 11.17 staat een overzicht van de in het HKZ-certificatieschema (2002) vereiste kwaliteitsregistraties. Hoewel dat schema zelf thans verouderd is, geldt dat niet voor deze informatie.

3.4.2. Besluiten en maatregelen op basis van verzamelde gegevens
a) m.b.t. de doeltreffendheid:
Het systeem kan nog worden verbeterd op een groot aantal punten, welke permanent worden genoteerd in het overzicht, genoemd hierboven onder c). Dit zijn veelal punten die te maken hebben met de wijze waarop het sorteren en doorkoppelen van informatie kan worden geautomatiseerd en verfijnd. Hierover zijn de relevante actiepunten genoteerd.

b) m.b.t. de verbetering van zorgverlening:
Hierover zijn op dit moment geen signalen welke het aanpassen van beleid suggereren, gezien de doorgaans zeer gunstige reacties en gunstige (afsluitende en tussentijdse) evaluaties.

c) m.b.t. de behoefte aan middelen:
De onderhandelingen met de verzekeraars vinden elk jaar in het najaar plaats. De financiële administratie is volledig op orde en er zijn geen signalen die wijzen op afwijkingen of onvolledigheden in het beheer van gegevens en middelen.

3.5. **Kwaliteitsstatuut**

De praktijk beschikt sinds november 2016 over een zgn. kwaliteitsstatuut. Dit is op de website beschikbaar om te downloaden, zie: www.edtmaastricht.nl/kwaliteitsstatuut.

3.6. **Jaarverslag**

Voor 1 juni van elk jaar dient de praktijk een jaarverslag uit te brengen over het voorafgaande kalenderjaar. Dit wordt digitaal aangeleverd, deels als leesbare tekst, deels via het zgn. "DigiMV"-protocol, en op de website geplaatst van het CIBG.

3.7. **Wachtlijstbeleid**

Er zijn lange tijd nagenoeg geen wachtlijsten geweest. Mijn beleid als vrijgevestigde psychotherapeut sinds 1999 is er eveneens op gericht geweest dat deze ook niet ontstonden, en ook in instellings-context zijn zeer lange wachtlijsten tot nu toe voorkomen. De laatste jaren, d.w.z. sinds 2020, neemt de aanmeld-druk echter sterk toe, met name in Amsterdam waar de hele sector een langere wachttijd heeft dan in Maastricht. Via de NZa-Zorgbeeld-monitor wordt maandelijks een wachttijd-monitor gepubliceerd die voor verzekeraars toegankelijk is. Op onze website worden deze gegevens ook maandelijks aangepast, zie www.edtmaastricht.nl/wachttijden_edtmaastricht.aspx

3.8. **Bereikbaarheid en beschikbaarheid**

Openingstijden: het secretariaat is telefonisch bereikbaar van ma-vr tussen 8.30 en 17.30 u. Voor zeer dringende kwesties kan de secretaresse mij storen tijdens het werk. Normaliter geeft de secretaresse het bericht van de patiënt per email door aan de betreffende behandelaar. Mijn praktijk is voor gemaakte afspraken toegankelijk van ma-vr tussen 8 en 18 u. Per email kunnen patiënten bovendien altijd contact opnemen met de behandelaar. Daarnaast is er een internet-pagina met algemene informatie voor patiënten. Ook kan men zich via deze pagina aanmelden voor een eerste afspraak. Ingeval van ziekte van mijzelf of een van de freelancers wordt de patiënt direct geinformeerd. Indien de ziekte te lang duurt, wordt de behandeling overgenomen door een collega. Bij ziekte van mijzelf kan dat zijn: door een freelancer of een externe collega; bij ziekte van een freelancer kan dat zijn: door de praktijkhouder, een andere freelancer of een externe collega. In de vakantieperioden geldt evenzo dat patiënten voor wie de onderbreking te lang duurt, voor tijdelijke ondersteuning terecht kunnen bij een collega.

De praktijkruimten van alle behandelaars beschikken over de wettelijke vereisten, zoals brandveiligheid, sanitair etc.

3.9. **Privacybeleid**

Er is een privacyreglement (zie bijlage 11.12).

De praktijk volgt de Wet Bescherming Persoonsgegevens, en sinds 2018 de opvolger daarvan: de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Per patiënt is er een dossier welk door de hoofdbehandelaar wordt beheerd. De dossiers van patiënten worden elektronisch gevoerd en op een server bewaard. Alleen op papier bestaan enkele documenten waarop de patiënt voor akkoord dient te tekenen, alsook binnengekomen brieven etc. Deze worden in een papieren dossier bewaard. Alle privacy-gevoelige documenten binnen mijn praktijkruimte worden in een brandkast bewaard. Voor freelancers die als hoofdbehandelaar optreden geldt dat papieren dossiers volgens de professionele richtlijnen in een gesloten kast dienen te worden bewaard.

Dossiers zijn altijd voor de patiënt ter inzage. Een pdf-weergave van het dossier is online voor elke patiënt beschikbaar. Patiënten worden hiervan altijd mondeling op de hoogte gebracht, en de regels hieromtrent zijn tevens te lezen in de informatiefolder die de eerste keer uitgereikt wordt.

Er wordt geheimhouding gegarandeerd conform de WGBO. Dat betekent dat naar externe partijen geen enkele informatie wordt doorgegeven. De patiënt krijgt op het inschrijf-formulier de keuze om wel/geen toestemming te geven voor vrij overleg met de huisarts. Ook kan hier worden aangegeven met welke andere personen er eventueel rechtstreeks mag worden overlegd. Indien het naderhand wenselijk is dat een externe partij alsnog wordt benaderd om te overleggen over een bepaalde patiënt, dan kan deze alsnog daarvoor toestemming geven met behulp van een daarvoor bestemd formulier.

M.b.t. privacy en wachtruimtes:
Alle locaties hebben een wachtruimte. Ten behoeve van de privacy worden patiënten verzocht om niet vroeger dan 5 minuten van tevoren aanwezig te zijn. Met het secretariaat zijn standaard-afspraken gemaakt over de discretie; het pertinente belang van deze discretie is in een aparte gebruikersovereenkomst nogmaals met het secretariaat vastgelegd. Een dergelijke gebruikersovereenkomst is ook gemaakt met degene die ons bij softwareproblemen terzijde staat.

3.10. **Beveiliging van elektronische gegevens**

Alle dossiergegevens van patiënten worden op een ftp-server bewaard (met uitzondering van de online-toegankelijke pdf-versie). Elke behandelaar heeft een computerprogramma waarmee deze gegevens kunnen worden opgehaald, hetzij ter inzage, hetzij beschrijfbaar.

Elk patiëntendossier kan aangevuld worden met elektronische bijlagen. Er zijn twee manieren om bijlagen te genereren. Ofwel een beoogde bijlage bevindt zich als bestand op de computer van de gebruiker; dan kan deze naar de server worden geüpload vanaf de computer van de gebruiker. Ofwel een beoogde bijlage bevindt zich reeds op de ftp-server, omdat deze via de website is geüpload door een patiënt. Hiervoor gebruikt de patiënt de web-pagina www.edtmaastricht.nl/brievenbus. Het bestaan van het aldus nieuw ge-uploade bestand wordt per email gemeld bij de praktijkhouder. Deze kan vervolgens de codering in het email-bericht gebruiken om het nieuwe bestand te koppelen aan het betreffende patiëntdossier, waarna ook anderen deze bijlage kunnen inzien.

Bijlagen kunnen alleen ter inzage worden opgehaald door een gebruiker.

Toegang tot de dossiers is geregeld, zodanig dat uitsluitend de terzake behandelaars toegang hebben tot de dossiergegevens van een patiënt.

Beveiliging met wachtwoorden is op de volgende plaatsen geregeld:
-de ftp-server: alle dossierbestanden en alle website-bestanden
-de locale computer van de gebruiker: de software van elke gebruiker; het wachtwoord moet maandelijks worden vernieuwd
-de identiteit van de gebruiker is met een wachtwoord vastgelegd; indien een behandelaar niet langer meer verbonden is aan de praktijk, dan wordt hiermee diens toegang tot alle gegevens geblokkeerd
-elk patiëntdossier is als zipfile opgeslagen op de server met een uniek wachtwoord
-de online-versie van het patiëntdossier is met een apart wachtwoord beveiligd, maar ook met een extreem lange filenaam. Zoekrobots kunnen deze daarom niet vinden.

Het wachtwoord op de computer van de gebruikers is alleen bij de betreffende gebruiker bekend. Alle andere wachtwoorden zijn alleen bekend bij, dan wel vindbaar voor, de praktijkhouder en de externe softwarespecialist.

Hulpbestanden die op de computer van de gebruikers locaal worden gecreëerd, worden door de eigen garbage collector verwijderd bij openen en sluiten van de software. Er blijven aldus geen restanten achter op de computer, zodat een derde partij geen gevoelige patiëntgegevens kan vinden op de reguliere plaatsen op de computer.

3.11. **Toegankelijkheid van elektronische dossiers**

Per 1 juli 2020 is het wettelijk verplicht om het elektronische patiëntendossier online toegankelijk te maken voor patiënten. EDT Maastricht voldoet aan deze verplichting sinds 15 mei 2020.

3.12. **Klachtenbeleid en -afhandeling**

Er is een klachten- en geschillen-reglement, zie bijlage 11.13.

Bij voorkeur wordt iedere klacht afgehandeld door de praktijk. Patiënten worden gestimuleerd om ongenoegens rechtstreeks te uiten aan de uitvoerend behandelaar, dan wel aan de hoofdbehandelaar of regiebehandelaar of aan de praktijkhouder. Indien het ongenoegen niet kan worden weggenomen, dan kan de patiënt een klacht indienen bij de de praktijk, waarna de praktijkhouder met de patiënt de klacht bespreekt en tracht op te lossen. Elke klacht wordt in ontvangst genomen door de praktijkhouder en gearchiveerd. Na afhandeling wordt de schriftelijke klacht van de patiënt bewaard in het patiëntendossier. Een copie van de geformuleerde klacht en een beschrijving van de afhandeling gaat in een apart deel van een quasi-dossier; deze wordt eenmaal per jaar doorgenomen.

Per november 2017 voldoet de praktijk, met terugwerkende kracht vanaf 1-1-2017 aan de wettelijke eis (WKKGZ) om aangesloten te zijn bij een externe instantie voor klachten en geschillen. Patiënten worden hierover geïnformeerd via de website en via de informatiefolder.

4. Primaire proces: Aanmelding, intake en zorgcontract

4.1. **Algemeen**

Patiënten krijgen gerichte informatie over wat wij bieden (zie informatiefolder, bijlage 11.5). Aan huisartsen wordt onze folder met verwijzersinformatie toegestuurd en uitgelegd dat we ons op 'moeilijke' patiënten richten. De praktijk beschikt over een website, welke te vinden is op: www.edtmaastricht.nl

4.2. **Aanmelding**

Aanmelding vindt plaats uitsluitend na verwijzing, meestal door de huisarts of poh-ggz. De patiënt kan zich zowel telefonisch als elektronisch aanmelden.

Telefonische aanmelding:
De patiënt meldt zich bij het secretariaat en wordt dan gewezen op de aanmeldpagina op de website. In bijzondere situaties helpt het secretariaat bij het invullen ervan.

Elektronische aanmelding:
De patiënt wordt er zo nodig op gewezen, door het secretariaat of door anderen, dat de aanmelding verloopt via de aanmeldpagina: www.edtmaastricht.nl/aanmelding .

In alle gevallen wordt de patiënt meegedeeld dat hij/zij over een verwijzing (meestal door de huisarts) dient te beschikken. De inschrijf-gegevens worden automatisch overgenomen in het elektronische patiënten-dossier.
Patiënten die geen Nederlands spreken, vinden aanvullende informatie op de pagina www.edtmaastricht.nl/aanmelding/nietnederlandssprekend.html

4.3. **Intake**

Gestreefd wordt om de wachttijd tussen aanmelding en eerste intakegesprek korter dan 2 weken te laten zijn. In tegenstelling tot de wachttijd tot aan het intakegesprek, is deze wachttijd niet groter geworden in de loop van onze geschiedeis (d.w.z. nog steeds ca. 2 weken). De feitelijke wachttijden tot de intake zijn, althans op de locatie Maastricht, tamelijk constant en zeer kort gebleven; op de locatie Amsterdam is de wachttijd langer sinds een aantal huisartsen ons daar hebben ontdekt, hoewel deze nog zeer kort blijven vergeleken met andere partijen. De website toont maandelijks de feitelijke wachttijden, op de pagina www.edtmaastricht.nl/wachttijden_edtmaastricht.aspx

In de intakegesprekken wordt de gepresenteerde problematiek gescreend en geordend. Hierbij worden de dossieraantekeningen gemaakt en op het werkblad met intake-gegevens ingevoerd. Aan het eind van het eerste intake-gesprek wordt van de patiënt verlangd dat het inschrijf-formulier (zie bijlage 11.7) wordt ondertekend. Hiermee verklaart de patiënt zich accoord met de betalingsvoorwaarden (zie www.edtmaastricht.nl/aanmelding/ betalingsvoorwaarden.pdf) en verklaart zich bekend met de informatiefolder. Tevens geeft de patiënt al dan niet toestemming om met de huisarts en/of andere behandelaars te mogen overleggen.

Indien toestemming, dan betekent dit dat de huisarts een informatiebrief na intake (zie bijlage 11.8) kan ontvangen, indien de intake informatie

oplevert die voor de huisarts nieuw en relevant geacht wordt; in ieder geval wordt er na afsluiting (zie bijlage 11.9) een brief aan de huisarts verstuurd. In enkele gevallen wordt tussendoor met de huisarts ook telefonisch overlegd. Indien geen toestemming voor inhoudelijke informatie wordt gegeven, dan geeft de patiënt in elk geval toestemming dat de huisarts een pro-forma-bericht ontvangt na intake en na afsluiting. De patiënt geeft toestemming voor intake-bespreking met collega's. Collega's die binnen de instelling als freelancer werken en als toegevoegd behandelaar betrokken zijn bij een bepaalde patiënt, krijgen vrij toegang tot het dossier van deze patiënt. Dit wordt zowel mondeling als schriftelijk aan de patiënt meegedeeld.

Voorafgaand aan het eerste intakegesprek wordt beoordeeld of de verwijzing naar ons terecht en correct is. Er wordt van de patiënt een verwijsbrief of verwijskaart verlangd en deze wordt, zo veel als mogelijk, van tevoren aan ons toegestuurd via het beveiligde upload-portaal of als bijlage bij het aanmeldformulier. Inhoudelijk wordt dan beoordeeld of de gevraagde hulp door ons geleverd kan worden.

Bijzondere situaties:
Indien tijdens de intakegesprekken al duidelijk is dat de patiënt zich voor hulp beter elders kan aanmelden, dan wordt dit zo snel mogelijk met de patiënt besproken. Ik heb een lijst van instanties en vrijgevestigde collega's waarheen ik iemand verwijs voor hulp die mijn praktijk niet kan bieden. Indien het gaat om zware prolematiek dan wordt in voorkomende gevallen daarover tevens met de huisarts contact opgenomen. Het contact wordt dan afgerond, tenzij er dringende redenen zijn om de patiënt voor korte tijd ondersteunende gesprekken aan te bieden voorafgaand aan de aanmelding elders.

Indien het blijkt dat een of enkele intakegesprekken voldoende verhelderend zijn en dat behandeling niet meer nodig is, dan wordt dit met de patiënt besproken.

In deze gevallen wordt aan de huisarts een afsluitend bericht gestuurd en wordt het dossier gesloten.

Na afloop van de intakegesprekken wordt in het dossier het werkblad met technische intake-administratie ingevuld en wordt het dossier ingebracht op de intake-staf. Op de intakestaf wordt het behandelvoorstel vastgesteld. Dit wordt in het dossier geaccordeerd op het werkblad met voortgangs-gegevens, aangevuld met eventuele opmerkingen.

4.4. **Zorgovereenkomst**

Op het eerste, uiterlijk 2e, intakegesprek wordt er mondeling met de patiënt een voorlopige werkafspraak gemaakt over hetgeen als doel van de behandeling kan gelden. In een latere behandel-zitting wordt dit meer geformaliseerd en krijgt de patiënt het behandelvoorstel te zien. Dit staat geformuleerd op het formulier voor de zorgovereenkomst (zie bijlage 11.10), dat in tweevoud getekend wordt. Ondertekenaars zijn de patiënt en de behandelaar. In uitzonderlijke situaties wordt de zorgovereenkomst niet voorgelegd aan de patiënt, indien er gegronde redenen bestaan dat dit de behandeling tezeer stoort. Hiervan wordt dan wel melding gemaakt in het dossier.

De zorgovereenkomst kan gedurende de behandeling worden aangepast indien het verloop van de behandeling daartoe aanleiding geeft. De

zorgovereenkomst wordt dan in gewijzigde vorm opnieuw in tweevoud getekend.

Doelstelling en beleid worden niettemin in eerste instantie zo specifiek als mogelijk, doch ook zo breed als wenselijk geformuleerd. Juist omdat psychotherapie veelal een proces is waarin gezocht wordt naar betekenissen, kunnen te specifieke omschrijvingen averechts werken.

Tenslotte wordt in de informatiefolder voor patiënten besproken wanneer de hulpverlener zorg of voortzetting daarvan mag weigeren. Dit is het geval indien er sprake is van agressie of wangedrag jegens de hulpverlener, maar ook als de patiënt niet bereid blijkt te zijn om zijn rekeningen te voldoen.

5. Primaire proces: uitvoering

5.1. **Uitvoering hulpverlening**

Gestreefd wordt naar een volledige aansluiting tussen intakefase en behandelingsfase, zodat geen wachttijden ontstaan na intake.

Elke patiënt krijgt na de intake een hoofdbehandelaar toegewezen (mits er tot behandeling besloten is). De hoofdbehandelaar kan in overleg collega's voor uitvoerende of ondersteunende taken betrekken bij de behandeling. Alle verrichtingen vinden plaats conform de professionele standaarden. Er wordt zowel 'evidence based' gewerkt als volgens 'best practice'.

Ingeval een patiënt door meer dan een behandelaar binnen de praktijk wordt begeleid, dan wordt hierover tussen de behandelaars regelmatig overlegd. Er is altijd een hoofdbehandelaar per patiënt, die verantwoordelijk is voor de grote lijn van de behandeling. De tussen behandelaars gemaakte afspraken worden in het dossier van de betreffende patiënt genoteerd in een speciale kolom. Ook worden in deze kolom email-uitwisselingen tussen behandelaars genoteerd.

Ingeval een patiënt gelijktijdig wordt begeleid door een externe partij en door deze praktijk, dan worden evenzeer dossier-aantekeningen gemaakt van het overleg en van gemaakte afspraken.

5.2. **Crisis-situaties**

Patiënten die zich nieuw aanmelden vanwege een crisis worden niet ingeschreven, maar direct verwezen naar hun huisarts of naar een beschikbare crisisdienst. In de informatiefolder die elke patiënt krijgt, wordt uitgelegd wat te doen ingeval van een crisis, mocht deze zich gedurende een lopende behandeling voordoen. Het komt erop neer dat deze praktijk geen crisis-begeleiding biedt. Wel wordt in voorkomende gevallen gezocht naar een afspraak op zeer korte termijn, maar deze kan niet worden gegarandeerd. Patiënten krijgen altijd het advies om bij crisis de huisarts of de crisisdienst te raadplegen.

5.3. **Verschillen van inzicht tussen behandelaars**

Verschillen van inzicht worden besproken in het stafoverleg, dat meestal informeel en ad hoc wordt ingepland. Telefonisch overleg en overleg d.m.v. beeldbellen is hierbij ook mogelijk. Hierbij worden beslissingen genomen op basis van inhoudelijke deskundigheid van de betrokken medewerkers, niet op basis van hiërarchische positie. Gezien de zeer geringe omvang van onze

organisatie is hierbij uitsluitend de relatie tussen freelance-opdrachtgever en freelance-opdrachtnemer een mogelijke complicatie en deze wordt ter vergadering actief bewaakt.

6. Evaluaties

6.1. **Tussentijdse evaluatie**

Hierbij onderscheiden we a) het geformaliseerde oordeel; en b) het informele oordeel.
ad a)
Deze vindt plaats na ongeveer de helft van het verwachte aantal sessies. Hier wordt gebruik gemaakt van een tweetal korte vragen welke betrekking hebben op de eerder gemaakte zorg-overeenkomst. Meestal worden deze informeel aan de orde gesteld in een gesprek, en soms in de vorm van een email met vragen (zie bijlage 11.11). Sinds 2013 wordt daarnaast eveneens gewerkt met de vragenlijst OQ45sd t.b.v. rommen. Sinds 2019 worden door ons geen rom-gegevens meer aangeleverd, maar wel verzameld en individueel beoordeeld.

ad b)
Naast een geformaliseerde meting van de waardering door de patiënt van de behandeling wordt er nagenoeg in elke zitting, meestal aan het eind, kort stilgestaan bij hetgeen gebeurd is in die zitting. Op basis hiervan heeft de therapeut doorgaans een vrij goed beeld van de mening van de patiënt. Eventuele onvrede kan hierdoor in een relatief vroeg stadium worden onderkend en worden gehanteerd. Omdat een digitale video-opname kan worden gemaakt van de behandeling, bestaat ook de mogelijkheid om de patiënt aan het eind van een gesprek een copie van de opname mee te geven, op DVD of op geheugen-stick, en deze op de volgende zitting te bespreken. Ook dit biedt een krachtig evaluatiemoment en levert regelmatig belangrijke aanwijzingen over de voortgang van de behandeling.

De rom-vragenlijsten worden eveneens met de patiënt besproken, indien de scores daartoe aanleiding geven.

6.2. **Waardering door patiënten**

De waardering door patiënten wordt bepaald uit de tussentijdse evaluaties (zie par. 6.1 en bijlage 11.11) en uit de informele eindevaluatie samen met de formele (d.w.z. de CQ-index, zie par. 6.3). De gegevens afkomstig uit de CQ-index worden in een overzichtsbestand gezet, waardoor vergelijkingen met vorige periodes mogelijk worden. Per patiënt worden de tussentijdse evaluaties besproken, alsook worden de individuele aanvullende opmerkingen met de patiënt besproken.

6.3. **Eindevaluatie, afsluiting en nazorg**

Aan het eind van de behandeling wordt, anticiperend op de afsluiting, met de patiënt beoordeeld of er een gemeenschappelijk oordeel is over het behaalde resultaat, alsook op welke punten thans het behaalde resultaat nog onvoldoende wordt gevonden. Afhankelijk van dit overleg wordt nog aan aanvullende aspecten aandacht besteed. De afronding van de behandeling wordt veelal over een langere periode uitgesmeerd, waarbij de frequentie van zittingen kan teruglopen tot eenmaal per 2 tot 6 maanden. Na gemeenschappelijk besluit tot afsluiting wordt vaak een ruime deadline

afgesproken. Na die datum is nazorg in principe altijd mogelijk, maar de deadline is vooral bedoeld om deze nazorg zoveel mogelijk reeds voor die tijd te plannen. In veruit de meeste gevallen (ca 80%) verloopt de afronding van de behandeling aldus.

Voor de waardering na afsluiting van de behandeling wordt een vragenlijst gebruikt (CQ-index).

Ingeval een behandeling elders wordt voortgezet, dan wordt dit in het dossier aangetekend en dan wordt in overleg met de patiënt informatie overgedragen aan de nieuwe zorgverlener.

Afronding van het dossier zelf vindt plaats door het invoeren van de datum van afsluiting. Door het uploaden van de betreffende dossier-file worden de gegevens op de server bewaard.

6.4. **Verslaggeving aan huisarts**

Aan de huisarts wordt nagenoeg altijd een rapportage gestuurd n.a.v. afsluiting van de behandeling (zie ook paragraaf 4.3). Als de verwijzer niet de huisarts is, dan gaat niet altijd ook naar de verwijzer een dergelijk bericht. Dit is afhankelijk van de toestemming die de patiënt daarvoor heeft gegeven; deze toestemming wordt op het inschrijf-formulier niet standaard gevraagd m.b.t. berichten aan de verwijzer, wèl m.b.t. berichten aan de huisarts en andere behandelaars.

In die gevallen dat een behandeling niet op gang komt en alleen een intake heeft plaatsgevonden, wordt volstaan met een enkel intake-bericht aan de huisarts, zoals beschreven in paragraaf 4.3.

6.5. **'Drop-outs' en afsluitingen na een 'deadline'**

Indien een patiënt een reeds gemaakte afspraak afzegt, dan wel niet nakomt, zonder dat een nieuwe afspraak wordt gemaakt, dan wordt in het dossier de datum van afzegging genoteerd en staat de patiënt geregistreerd als 'pending'. Per maand kan dan worden gezien welke patiënten deze status hebben. Naar keuze en inschatting van de behandelaar kan er aan deze patiënten een geautomatiseerde brief worden gestuurd met een voorstel voor een nieuwe afspraak. In voorkomende gevallen krijgt een dergelijke 'pending' patiënt ook wel een email of een telefoontje. Reageert de patiënt niet binnen de gestelde termijn, dan wordt het dossier gesloten en krijgt de huisarts bericht van de afsluiting. Doorgaans worden niet-verschijnende patiënten binnen een kwartier telefonisch benaderd; meestal is er sprake van een misverstand.

De afsluitbrief aan de huisarts wordt geschreven door de behandelaar (hoofdbehandelaar of uitvoerend/medebehandelaar, zie ook paragraaf 4.4) die het langst met de patiënt heeft gewerkt.

Met patiënten wordt in de laatste fase van hun behandeling vaak afgesproken dat ze geen nieuwe afspraak krijgen maar een deadline (een datum in overleg, meestal over een paar maanden). Als ze voor die tijd nog contact opnemen kunnen ze de behandeling nog voortzetten; na de deadline wordt het dossier gesloten. Ook dit wordt in de beheersoverzicht-file (zie paragraaf 3.4.1) zichtbaar.

6.6. **Signaleren van afwijkingen en maatregelen**

6.6.1. Definities

Fouten:
Er wordt verstaan onder 'fout' het uitvoeren van een interventie of bejegening, zodanig dat redelijkerwijs van tevoren had kunnen worden gezien dat deze een ongewenst effect heeft.
Voorbeeld: de patiënt herkent niet de relevantie van een gestelde vraag

Ongevallen en bijna-ongevallen:
Er wordt verstaan onder 'ongeval' een dusdanig ongunstig effect van een interventie of bejegening door de therapeut, dat de gezondheid van de patiënt aanmerkelijke schade oploopt.
Voorbeeld: een patiënt raakt overstuur van een recente zitting en poogt zich te suïcideren.

Van een 'bijna-ongeval' kunnen we spreken indien de patiënt een dergelijke schade heeft kunnen voorkomen, zulks echter niet dankzij inspanningen van de therapeut.
Voorbeeld: een suïcidale patiënt is overstuur n.a.v. een zitting en kan zich met behulp van anderen kalmeren.

Zorg die niet volgens de afspraken wordt of kan worden uitgevoerd:
Hieronder wordt verstaan een therapeutisch proces waarin het verloop niet conform de gemaakte afspraken geschiedt, zodanig dat dit niet met de patiënt kan worden overlegd.
Voorbeeld: de patiënt ontkent de problematiek waarvoor hulp juist wordt ingeroepen

Klacht:
Onder een klacht wordt verstaan een uiting van onvrede door een patiënt, mondeling of schriftelijk, waarbij de patiënt zich niet langer in staat acht om in redelijke dialoog met de therapeut de kwestie aan te kaarten.

Indien calamiteiten zich mochten voordoen, dan worden deze op de reguliere manier gemeld bij de Inspectie.

Afwijkingen en hun afhandeling worden genoteerd in een speciaal daarvoor beschikbaar deel van een quasi-dossier.

6.6.2. Correctieve maatregelen m.b.t. fouten

Fouten gemaakt door de praktijkhouder zelf en afwijkingen van een voorgenomen traject worden allereerst altijd als werkaantekening in het elektronisch dossier bij de sessies genoteerd. Dit kan op twee manieren: als onderdeel van een sessie-verslag of als aparte aantekening. De afwijking wordt zo mogelijk met de patiënt besproken, en zo nodig met de huisarts of andere verwijzer (indien daarvoor toestemming is gegeven door de patiënt). Verslag van overleg met de huisarts (of verwijzer) wordt eveneens op datzelfde werkblad in het dossier met datum genoteerd.

Evenzo worden fouten, gemaakt door een freelancer, met de betreffende hoofdbehandelaar besproken (ingeval de freelancer niet zelf hoofdbehandelaar is). De hoofdbehandelaar handelt zoals in de vorige alinea beschreven. Indien nodig wordt de praktijkhouder eveneens betrokken.

Daarnaast bestaat er in het elektronisch dossier een zgn. foutenapparaat

dat onjuistheden in de notatie of in de voortgang rapporteert (zie ook paragraaf 3.4.1.

6.6.3. Preventieve maatregelen m.b.t. fouten
Preventie van fouten vindt hoofdzakelijk plaats op de gebieden informatievoorziening en automatisering, doch kan ook elders het geval zijn. Wanneer naar aanleiding van een voorval kan worden voorzien dat een fout voorkomen kan worden, dan kan er een aantekening worden gemaakt in het 'lijstenoverzicht' (zie bijlage 11.16) onder de betreffende categorie, samen met een bijpassende maatregel en een datum. Zo wordt gewerkt aan preventieve verbeterpunten.

7. Onderzoek en ontwikkeling

7.1. **Wet- en regelgeving**

Ik baseer mij voor de nieuwe ontwikkelingen op het gebied van wet- en regelgeving op:
de NZA-bulletins, de rondschrijfbrieven van de verzekeraars, rondschrijfbrieven en websites van de LVVP en het NIP. Tevens is er onregelmatig per email of telefonisch overleg met medewerkers van de zorgverzekeraars.

7.2. **Actualiseren van Zorgaanbod**

De volgende activiteiten worden ondernomen om het zorgaanbod actueel te houden:
Nieuwe ontwikkelingen op het gebied van behandeling en kenmerken van de populatie worden gevolgd a.d.h.v. a) literatuur, b) internet.
ad a)
Nieuwe literatuur wordt onregelmatig gescand, maar ook systematisch bijgehouden m.b.v. diverse zgn. SDI-alerts waarop men zich kan abonneren via het landelijke picarta-bibliotheeksysteem. Hierdoor wordt de inhoudsopgave van enkele relevante vaktijdschriften maandelijks toegestuurd.
ad b)
De meeste ontwikkelingen worden geregistreerd via internet, met name via enkele email-discussielijsten tussen vakgenoten. Daarnaast wordt met enige regelmaat gepubliceerd in de vaktijdschriften.

7.3. **Deskundigheidsbevordering**

7.3.1. Kwalificaties
Kwalificaties en (overzichten van) cursus-activiteiten van therapeuten worden door mij in een aparte map bewaard.

Ik heb mijn diploma psychotherapeut en mijn BIG-registratie sinds 1997. Ik heb een proefschrift (cum laude) geschreven over meet- en observatie-problemen bij psychotherapieonderzoek (Groningen, 1998). Daarna heb ik vier jaar (2003-2006) een specialistische opleiding E-STDP (thans 'IE-DP') gevolgd bij Ferruccio Osimo in Milaan. Van maart 2015 tm maart 2018 heb ik in Kopenhagen aan een ISTDP-training voor gevorderden deelgenomen bij Patricia Coughlin.

7.3.2. Bijscholing:
Ik verplicht mezelf om jaarlijks mij bij te scholen m.b.t. recente ontwikkelingen in het vak. Hiertoe reken ik niet alleen studiedagen waarin anderen deze ontwikkelingen presenteren, maar ook eigen bijdragen (voorbeeld) aan conferenties waarin men elkaars werk kritisch observeert en van commentaar voorziet. Tevens organiseer ik zelf sinds 1987 studiedagen en symposia (zie: www.edtmaastricht.nl/arno.goudsmit/symposia.htm). Symposia over ons specifieke vakgebied die door mijn praktijk worden georganiseerd staan vermeld op de website (zie: www.edtmaastricht.nl/oud_nieuws.html voor een overzicht van vorige symposia, [idem]/nieuw_nieuws.html voor nieuwe aankondigingen).

Tevens heb ik aan mijn instituut een studiegroep gekoppeld die regelmatig bijeen komt (zie: www.edtmaastricht.nl/edt_maastricht_studiegroep.html). Hieraan nemen ook diverse collega's deel die elders werken. Er worden video-materiaal en ook theoretische kwesties besproken.

7.3.3. Intercollegiale toetsing en overleg:
De hulpverlener toetst zijn handelen aan het oordeel van collega's, middels (interne) stafbijeenkomsten over intake en voortgang van de behandeling, en middels (externe) intervisiebijeenkomsten met collega's. In beide kaders wordt veel gebruik gemaakt van video-opnamen van behandelzittingen. Deze worden gezamenlijk bekeken en van technisch commentaar voorzien. Hiervoor is schriftelijke toestemming door de patiënt vereist. Deze werkwijze is direct overgenomen uit de traditie van de EDT (Short-term Dynamic Psychotherapy), waar het gangbaar is dat op conferenties uitgebreid het werk van ervaren collega-therapeuten wordt getoond en besproken. Ook aan deze en vergelijkbare conferenties werd door ons bijgedragen.

8. Fysieke omgeving en materiaal

8.1. **Inrichting en onderhoud van de praktijkruimte**

De praktijkruimte wordt regelmatig door mij als praktijkhouder gecontroleerd op gebreken en beschadigingen. Reparaties worden dan direct uitgevoerd of ingepland.

In het kader van privacy-beleid wordt er altijd 1 kwartier tussen de patiënten gepland, zodanig dat deze elkaar niet hoeven te ontmoeten in de praktijk. Ook in de informatiefolder worden patiënten verzocht om niet te vroeg op de afspraak te verschijnen.

8.2. **Gegevensopslag en automatiseringsbeheer**

Patiëntendossiers zijn zoveel mogelijk geautomatiseerd. Slechts voor zover er brieven of andere documenten op papier worden ontvangen en voor zover de patiënt documenten dient te ondertekenen, worden deze bewaard in papieren dossiers.

Er is speciale software ontwikkeld door een softwarepecialist. Er is een grote softwareprovider die de server beheert waarop de patiëntendossiers en de website staan.

De dossiergegevens worden versleuteld verstuurd en bewaard. Van alle patiëntendossiers worden reservecopieën bewaard, welke elke keer worden aangevuld wanneer een nieuwe versie van het dossier wordt ge-upload. Zo is het altijd mogelijk om mutaties te traceren naar datum, alsook naar therapeutnummer.

Op mijn eigen pc staat bovendien een programma dat continu en automatisch backups maakt van nieuwe bestanden en deze (versleuteld) naar een backup-server zendt.

8.3. **Beheersing van uitbesteding aan derden**

Om als hoofd/regiebehandelaar te mogen fungeren dient een behandelaar een BIG-registratie te bezitten, binnen het thans nog geldende kwaliteitsstatuut. Per 1-1-2023 geldt een nieuw kwaliteitsstatuut.

Mijn beleid is thans om met collega's freelance werkrelaties aan te gaan en ze dus niet in loondienst aan te nemen.

8.3.1. Criteria voor freelancers

Ik hanteer de volgende criteria voor freelancers:
-BIG-registratie of vergelijkbare positie.
-Affiniteit met beleid en visie van de praktijk (zie bijlage 11.1).
-Bereidheid om zich te blijven bijscholen.

-Bereidheid om zich te conformeren aan de normen van de praktijk voor zorgvuldigheid en transparantie (zie paragrafen 3.1.3.2 en 3.1.3.4) in de patiënt-bejegening en dossier-hantering. Tevens zijn er protocollen voor het omgaan met agressie (zie bijlage 11.14) en voor een reeks andere specifieke situaties (zie bijlage 11.15)

In bijlage 11.20 worden deze criteria voor freelancers samengevat.

8.3.2. Bijscholing van freelancers

Ook van freelance-medewerkers wordt verwacht dat ze zich permanent bijscholen (zie ook Algemeen beleid, paragraaf 3.1). Dit wordt bewaakt doordat jaarlijks per freelancer afspraken over bijscholing worden gemaakt, welke door mij geheel of gedeeltelijk worden vergoed. Eenmaal per jaar wordt met elke freelancer een functioneringsgesprek gehouden. De aantekeningen daarover en de terzake bijscholingsafspraken worden door mij in een quasi-dossier bewaard.

8.3.3. Controle van de kwaliteit van ingekochte diensten van freelance-behandelaars

De instelling maakt onderscheid tussen hoofd/regie- en uitvoerend/mede-behandelaars (zie ook paragraaf 4.4). Nieuwe freelancers die een BIG-registratie hebben, mogen pas als hoofd/regiebehandelaar optreden nadat zij hebben aangetoond zich in hun functioneren als uitvoerend/mede-behandelaar goed te kunnen richten naar de kwaliteitseisen van de instelling. Zo kan aan de hoofd/regiebehandelaar van een dossier de kwaliteitsbewaking worden toevertrouwd.

Het functioneren van de freelancer als behandelaar en de kwaliteit van samenwerking met de freelancer worden jaarlijks besproken en geëvalueerd.

Hiervoor is een korte serie vragen geformuleerd die als onderlegger bij de bespreking dienen (zie bijlage 11.22).

De praktijkhouder kan als freelance-opdrachtgever altijd de elektronische dossiervoering van andere hoofd/regie-behandelaars controleren.

De elektronische dossiervoering is door de hoofd/regie-behandelaar altijd goed te volgen, zowel qua inhoud als qua actualiteit.

De elektronische dossier-software, aanwezig op de computer van de behandelaars, ondersteunt en reguleert een groot aantal van de inhoudelijke alsook de administratieve verplichtingen en maakt melding van taken die nog niet, of niet tijdig, uitgevoerd zijn. Deze meldingen komen in de dossiers zelf, en zijn zichtbaar wanneer het dossier open is; deze meldingen worden bovendien gesorteerd gecopieerd naar de maandelijkse productie-overzichten per behandelaar. Indien er tekorten aan een dossier worden gesignaleerd, dan geeft het systeem daarvan een melding en dan wordt de betaling van de betreffende dienst (bijvoorbeeld de betreffende zitting) uitgesteld tot in de maand waarin dit tekort is geregeld. Een selectie van deze meldingen verschijnt bovendien op het zgn. beheersoverzicht (zie paragraaf 3.4.1). Dit is een excel-bestand van waaruit de behandelaar de dossiers van zijn eigen patiënten kan ophalen en versturen.

Het gaat bij deze meldingen om het aanmaken en/of versturen van zorg-overeenkomsten, brieven aan de huisarts, evaluatieformulieren, alsook om onvolledigheden in de administratie van patiënt- en/of verrichting-gegevens. Het principe is dat uitbetaling voor verrichte werkzaamheden afhankelijk is van dossiervoering die zowel vakinhoudelijk als administratief correct is. Foutmeldingen en waarschuwingen in de dossiers kunnen aldus de uitbetaling meer of minder rechtstreeks reguleren.

In 2009 zijn ook de halfjaarlijkse patiënt-besprekingen toegevoegd aan de lijst van foutmeldingen, zodat de behandelaar ook langs deze weg wordt herinnerd aan deze staf-besprekingen. Om onnodig uitstel van betaling voor de freelancer te voorkomen, verschijnt ca 20 dagen tevoren in het elektronisch dossier een reminder voor deze besprekingen.

Bovenstaande punten kunnen worden gezien als een minimum-kader waarbinnen de freelancer dient te functioneren. De kwaliteit van het door de freelancer geleverde werk is uiteindelijk een kwestie van maatwerk, niet geheel vrij van subjectieve beoordeling, maar zeker niet geschikt voor een geformaliseerde benadering. Uiteindelijk wordt het functioneren van de freelancer beoordeeld op de geleverde hulpverlening, en niet op het gebruik van de administratieve hulpmiddelen die daarbij beschikbaar zijn.

8.4. **Hygiëne en onderhoud / veiligheid**

De praktijkruimte wordt elke week grondig schoongemaakt. Dit geldt ook voor de wachtruimte en het toilet. Tevens beschikt de praktijk over een kleedkamer voor de bewegingstherapie; hier kan de patiënt zich ook verfrissen na afloop van de behandeling.

Ten aanzien van de veiligheid gelden de reguliere veiligheidsmaatregelen t.a.v. brand.

9. Inkoop en beoordeling van diensten en goederen

De instelling maakt gebruik van de diensten van:
a) freelance therapeuten
b) telefoonservice
c) programmeur
d) softwarehuis t.b.v. server-hosting
e) accountant
f) advocatenkantoor

Door de praktijkhouder worden deze diensten beoordeeld.
Met de programmeur wordt onregelmatig over de geleverde kwaliteit overlegd. Met de telefoonservice wordt onregelmatig overlegd over aanpassing van de werkafspraken en toetsing van de naleving daarvan. De belangrijkste controle vindt plaats op de werkzaamheden van freelancers. Met hen wordt regelmatig nagegaan of er technische of praktische knelpunten zijn bij de uitvoering van hun taken. Zij worden aangemoedigd om zich in voorkomende gevallen met hun vragen of opmerkingen te melden. Zie verder hierover paragraaf 8.3.3.

De inkoop van goederen is beperkt tot de reguliere kantoorbenodigdheden.

De server-hosting is sinds 2019 ondergebracht bij een grote internationale provider die foutloos functioneert. Eerdere kwetsbare punten zijn hiermee volledig vervallen.

10. Documentenbeheersing

Dit KMS bestaat uit dit handboek en achterliggende documenten die tevens in de praktijk gebruikt worden.

Het toezicht op en beheer van dit kwaliteits-systeem berust bij mij. Het systeem wordt eens per jaar nagekeken en waar nodig bijgewerkt. Verouderde versies van documenten worden op de server bewaard. De elektronische dossiers geven altijd automatisch toegang tot de meest recente documenten, welke bij de betreffende behandelaar op de computer worden ververst of online beschikbaar zijn.

Het KMS wordt beveiligd opgeslagen en beheerd als een quasi-dossier.

Het systeem om elektronische dossiers te beheren leent zich ook voor het beheer van andere typen documenten. Hierdoor is een systeem beschikbaar dat
a) zowel de verschillende versies van documenten archiveert en bewaart
b) een actuele versie beschikbaar heeft
c) direct naar de website of naar een folder op de locale computer de meest actuele versies van een document kan doorkoppelen, indien dat wordt gewenst. Zo beschikken de behandelaars altijd automatisch over de meest recente versies van de gebruikte werkdocumenten, zonder dat zij daarvoor speciale handelingen moeten verrichten.

In bijlage 11.17 is een overzicht gegeven van waar en hoe de kwaliteitsregistraties worden genoteerd.

Documenten van externe oorsprong betreffende een patiënt worden in het papieren patiënt-dossier bewaard, voor zover het gaat om documenten van derden betreffende een patiënt. Indien het gaat om elektronische berichten over een patiënt, dan worden deze in het elektronische dossier geplakt, waarbij het oorspronkelijke bericht wordt geveegd/verwijderd, voor zover

deze over de gewone (onbeveiligde) email waren aangekomen.

11. Bijlagen

NB: In de weergave van de documenten in de bijlagen op de volgende pagina's kunnen kleine verschillen in layout zijn ontstaan ten opzichte van de documenten zoals deze in de praktijk worden gebruikt.

11.1. **Bijlage: jaarplan**

Zie separate bijlage

11.2. **Bijlage: Visie**

Doelstelling van de organisatie:

Het oogmerk van onze 2e lijns GGZ-instelling "EDT Maastricht" is het leveren van (psycho)therapeutische behandelingen op ambachtelijk en hoog niveau, voornamelijk, maar niet uitsluitend, volgens de principes van ervaringsgerichte dynamische therapie (EDT). Er is inmiddels veel empirisch onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze behandelvormen, welke i.h.b. zinvol blijken bij voorheen zeer moeilijk behandelbare problematiek, zoals persoonlijkheidsstoornissen. Prettig is bovendien dat de behandelduur relatief kort is.

Ons idee is dat er op de jonge markt van de GGZ plaats is voor ons aanbod, juist omdat het markt-mechanisme dat thans in volle werking is, het effect heeft dat veel zorg-aanbieders hun prijzen verlagen en bezuinigen op de kwaliteit van hun behandelaanbod. Investeren in hoog-opgeleide psychotherapeuten is strijdig met het korte-termijn-rendementsdenken. Niettemin blijft er behoefte aan degelijke psychotherapie. Grote en goedkope zorgaanbieders richten hun zorg-aanbod vooral op winst-optimalisatie, d.w.z. zo groot mogelijke populatie bedienen met zo goedkoop mogelijke behandelvormen. Veel psychische problemen blijven hierdoor onderbehandeld en leiden tot heraanmeldingen.

De markt: effecten van de economische druk

Als het strenge economische milieu van de afgelopen decennia al een positief effect heeft gehad op de ontwikkelingen van psychotherapie, dan is het waarschijnlijk dat het (internationaal) een tegenbeweging binnen de psychotherapie heeft gestimuleerd. Deze beoogt en pretendeert sinds de jaren '90 een aantal inhoudelijk waardevolle behandelprincipes te bewaren en zelfs concurrerend op de markt te kunnen zetten. In Nederland besloot de Minister van VWS in 2005 dat het beroepsregister van psychotherapeuten niét zou worden afgesloten. Dat scheelde maar erg weinig.

EDT Maastricht ziet zich als onderdeel van deze tegenbeweging en wil daar een constructieve bijdrage aan leveren.

11.3. **Bijlage: Formulering en bijstelling van het algemene beleid**

Het algemene beleid wordt door de praktijkhouder geformuleerd. Er is een jaarplan (zie bijlage 11.1) en er wordt ad hoc beleid gemaakt in reactie op omgevingsfactoren.

De praktijkhouder beoordeelt elke twaalf maanden of het KMS qua beschrijving en qua uitvoering kan worden aangepast.

11.4. **Samenstelling Raad van Toezicht**

Overgangssituatie sinds september 2023
De aanwezigheid van een Raad van Toezicht (RvT), ingesteld in 2007, was niet meer verplicht sinds 2022 omdat toen de WTZi niet langer van kracht was en de instelling toen niet in aanmerking kwam voor een WTZa-toelating vanwege het aantal medewerkers van dat moment. De RvT bleef echter wel informeel functioneren. In de loop van 2023 kwamen er meer medewerkers bij de instelling en werd het duidelijk dat er een WTZa-toelating moest worden aangevraagd, alsook dat de RvT opnieuw officieel moest worden herbevestigd. Dit is in gang gezet. Ten tijde van het aanvragen van de WTZa-toelating (september 2023) heeft de zittende RvT besloten zich in de komende tijd te laten vervangen. In deze periode heeft de RvT al een nieuw lid geworven.

De Raad van Toezicht is op de actuele datum van deze tekst (zie titelblad) aldus samengesteld:

dhr drs H.C. Milius, voormalig psychiater en inspecteur bij IGJ (voorzitter)
dhr J. Dormans, werkzaam als Coördinator bedrijfsvoering, Huisartsopleiding Maastricht
mevr. drs P. Israel, werkzaam als huisarts

De governance code van onze instelling (zie: https://www.edtmaastricht.nl/rvt/Governance%20Code%20van%20de%20Raad%20van%20Toezicht%20van%20EDT%20Maastricht.pdf) vermeldt het aftreedschema van de leden van de RvT.

11.5. **Bijlage: informatiefolder voor patiënten**

zie hiervoor:
www.edtmaastricht.nl/aanmelding/clienten_brochure.pdf

11.6. **Bijlage: betalingsafspraken**

zie hiervoor:
www.edtmaastricht.nl/aanmelding/betalingsvoorwaarden.pdf

11.7. **Bijlage: sjabloon van het inschrijfformulier**

[[tekst zonder layout]]

EDT Maastricht
Capucijnenstraat 92
6211 RT Maastricht
043-3210017
www.edtmaastricht.nl

INSCHRIJFFORMULIER
Ondergetekende,

naam: "Titel" "Naam"
geboortedatum: "GeboorteDatum"
adres: "Adres", "Postcode" "Plaats" "Land"

telefoon: "Telefoon"
email: "Email"

huisarts: "Huisarts"

verzekerd bij: "Verzekering", polisnummer/relatienummer: "Polisnr"

Burger Service Nummer: "BSN"

Verwijsbrief reeds meegebracht: "Verwbrfje"
Identiteitsbewijs aan intaker getoond: "idbewijs"

* verklaart dat bovenstaande gegevens en nummers correct zijn ingevuld "zelfbetalend"
* heeft de informatiebrochure van EDT Maastricht en de betalingsvoorwaarden ontvangen of gedownload en verklaart zich akkoord met de betalingsvoorwaarden;

* verklaart zich ermee akkoord dat er over de gepresenteerde problemen wordt overlegd binnen de staf van EDT Maastricht;

* verklaart zich akkoord met het invullen van de diverse vragenlijsten m.b.t. voortgang en evaluatie van de behandeling voor intern gebruik door EDT Maastricht.

* verklaart er wel / niet mee akkoord te gaan dat de hulpverlener van EDT Maastricht overlegt of correspondeert met de huisarts; indien niet akkoord: is ermee bekend dat bij de huisarts een melding wordt gemaakt van begin en afsluiting van de behandeling;

* heeft kennis genomen van de klachtenregeling zoals genoemd in de uitgereikte folder en zoals beschreven op bovengenoemde website.

Plaats: "locatie" Datum: "int1ste_intake"

Handtekening

11.8. **Bijlage: Sjabloon van informatiebrief aan huisarts na intake**

[[tekst zonder layout]]

EDT Maastricht
Capucijnenstraat 92
6211 RT Maastricht
043-3210017
www.edtmaastricht.nl

«AanschrijfHuisarts», huisarts
«Adres»
«Postcode» «Plaats»

Betreft:
«Titelpt» «Patient» («GeboorteDatum»)
Onze referentie: «Dossier»
Datum aanmelding: «Aangemeldper»
Intake: «DatumEersteIntake»«laatsteintake»
«Intaker»

Maastricht, «Briefdatum»

«AanhefHuisarts» ,

Uw patient is door mij gezien t.b.v. intake. Hieronder vindt u mijn conclusies.

Klassieke diagnose:
«KlassDiag»

Beleid:
«Beleid»

«Hoofdbeh_b»«Hoofdbehandelaar»
«Nevenbeh_b»«Nevenbehandelaar»

Hoogachtend,

«Naamintaker»

11.9. Bijlage: Sjabloon van afsluitbrief aan huisarts

[[tekst zonder layout]]

EDT Maastricht
Capucijnenstraat 92
6211 RT Maastricht
043-3210017
www.edtmaastricht.nl

«AanschrijfHuisarts», huisarts
«Adres»
«Postcode» «Plaats»

Betreft:
«Titelpt» «Patient» («GeboorteDatum»)
Onze referentie: «Dossier»
Datum eerste intakegesprek: «DatumEersteIntake»
«Hoofdbeh_b»«Hoofdbehandelaar»
«Nevenbeh_b»«Nevenbehandelaar»

Maastricht, «Briefdatum»

«AanhefHuisarts»,

Hierbij bericht ik u de afsluiting van mijn contact met uw patient. Ik heb het laatste gesprek gehad op «Laatste_f2f». Hieronder treft u mijn samenvatting aan.

«Eindresultaat»

Hoogachtend,

«Naamhoofdbehandelaar»

11.10. **Bijlage: Zorgovereenkomst-sjabloon**

[[tekst zonder layout]]

Zorgovereenkomst

Voor:
"Titel" "Patient" ("GeboorteDatum"), "Adres", "Postcode" "Plaats".

Probleem:
"probleem"

Ten behoeve van de behandeling van de besproken problematiek/diagnose wordt het onderstaande afgesproken, met het recht voor beide partijen om tussentijdse aanpassingen van deze overeenkomst voor te stellen:

Behandeldoel:
"behandeldoel"

Behandelbeleid:
"beleid"

Vermoedelijke duur (voorlopige inschatting): "s25x""s50x""sxx"

Een tussentijdse evaluatie zal plaatsvinden na ongeveer de helft van het geschatte aantal sessies, dan wel rond "tussent_eval_dat".

Opgemaakt in tweevoud en gezamenlijk overeengekomen,
plaats: "locatie", datum: "Overeenkomst_datum"

"titel" "Patient" "behandelaar"

11.11. **Bijlage: Sjabloon tussentijds-evaluatieformulier**

[[tekst zonder layout]]

«Titel» «Naam»
«Adres»
«Postcode» «Plaats» «Land»

Maastricht, <datum>

«AanhefPatient»,

EDT Maastricht wil graag samen met u nagaan of de eerder met u gemaakte afspraken over de behandeling nog kloppen en hoe uw behandeling verloopt.

Op «Datum_zorgovk» is met u een zorg-overeenkomst gemaakt, waarvan u een exemplaar heeft gekregen. Het doel van de behandeling staat daarin geformuleerd als:
«Behandeldoel»

Als 'behandelbeleid' staat daarin genoemd:
«Beleid»

Bent u van mening dat deze punten nog steeds kloppen?
Hoe vindt u dat uw behandeling gaat? Heeft u wensen voor verandering? Bent u van mening dat u voldoende vooruitgaat?

Graag zouden wij u willen uitnodigen om deze punten uw behandelaar binnenkort te bespreken.

Met vriendelijke groet,

«Naamhoofdbehandelaar»

11.12. **Bijlage: Privacyreglement**

Zie hiervoor:
www.edtmaastricht.nl/privacyreglement.pdf

11.13. **Bijlage: Klachten- en geschillen-reglement**

Zie hiervoor:
www.edtmaastricht.nl/klachtengeschillenreglement.pdf

11.14. **Bijlage: Agressieprotocol**

zie hiervoor:
www.edtmaastricht.nl/agressieprotocol.pdf

11.15. **Bijlage: Handelingsregels voor specifieke situaties**

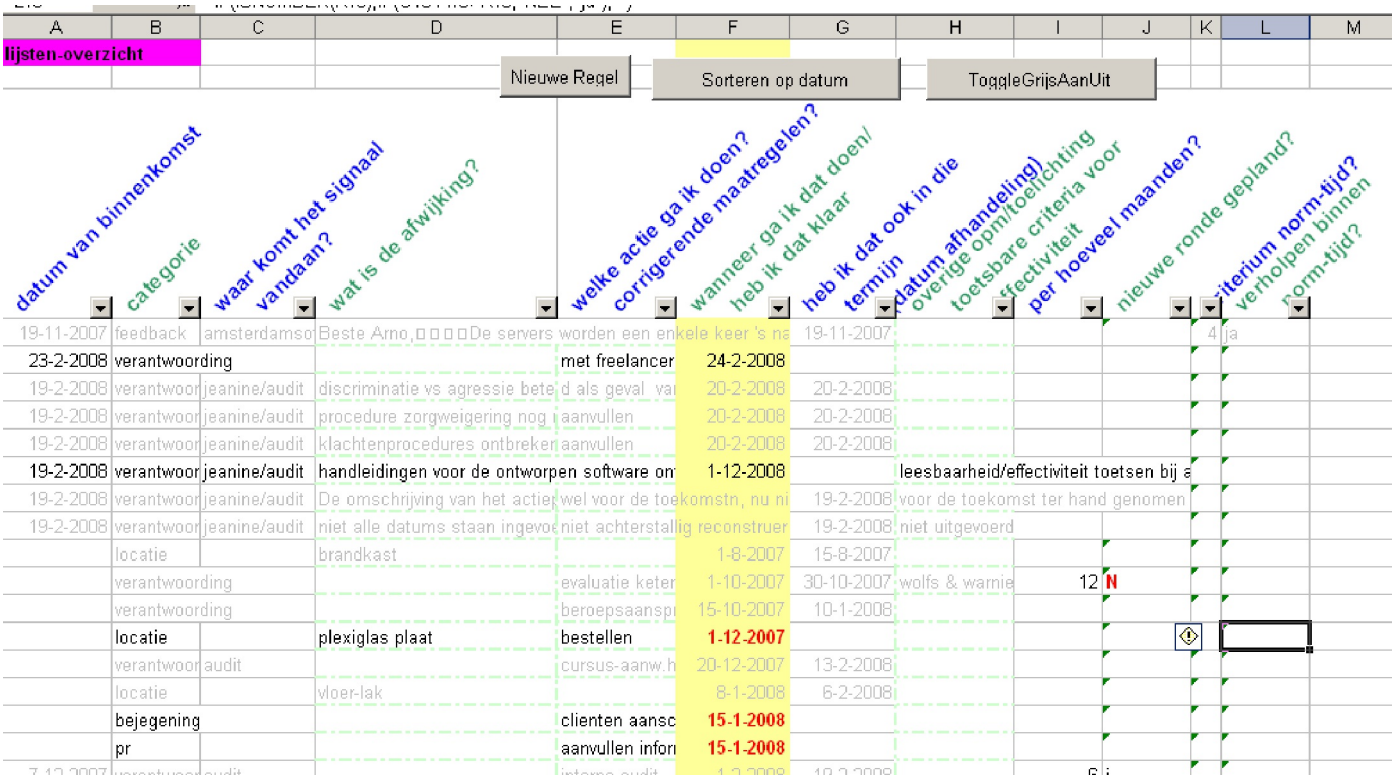
zie hiervoor:
www.edtmaastricht.nl/regels_specifiek.pdf

11.16. Bijlage: Momentopname van het 'lijsten-overzicht' t.b.v. preventieve en corrigerende maatregelen en registratie van management-verrichtingen

NB: onderstaande illustratie beoogt een indruk te geven van het systeem dat hier 'lijsten-overzicht' wordt genoemd, waarin voor een veelheid aan categorieen (zie kolom B) kan worden opgegeven welke afwijking (kolom D) waar (kolom C) is gesignaleerd, welke corrigerende maatregelen (kolom E), welke toetsingscriteria (kolom H) en welk tijdpad (kolommen A, F en G) beoogd wordt. Tevens wordt voor cyclisch terugkerende taken (kolom I) gespecificeerd of reeds een nieuwe datum (kolom J) is vastgesteld. Ten aanzien van kritische diensten die elders worden ingekocht wordt op basis van een separate tabel een norm-tijd (kolom K) aangehouden, waarbij foutmeldingen in kolom L zichtbaar worden bij overschrijding van de norm.

Foutmeldingen en te laat uitgevoerde verrichtingen worden in rood weergegeven. Afgehandelde kwesties worden in lichtgrijs weergegeven. Een drietal 'knoppen' zorgt voor extra hanteerbaarheid.

Niet goed zichtbaar op deze illustratie is de functionaliteit van een speciale excel-module, waardoor de cellen in kolommen D, E en H kunnen worden uitgevouwen tot een klein kladblok met eigen tekstverwerker. Aldus zijn ook grotere stukken tekst zinvol te documenteren en te traceren binnen dit systeem.



11.17. **Bijlage: Overzicht en procedure van kwaliteitsregistraties**

dossier (indicatiegegevens)
inschrijvingsformulier, zorgovereenkomst (informed consent)
dossier, zorgovereenkomst (behandelplan)
dossier (bijstelling doelstellingen)
dossier (professionaliteit behandelplan)
dossier (patiëntgegevens en behandelgegevens)
dossier (waardering patiënt)
dossier (evaluatie door zorgverlener)
dossier (afwijkingen)
dossier (eindevaluatie)
dossier (afsluiting)
dossier (vervolgzorg/nazorg/verwijzing)
lijsten-overzicht/quasidossier (incidenten en onveilige situaties)

nb: indien op schijf, cd of dvd vastgelegde informatie wordt vernietigd, dan gebeurt dat middels fysieke beschadiging van de betreffende informatiedrager; er worden geen leesbare datadragers bij het afval gezet.

11.18. **Bijlage: Procedure zorgweigering**

Zie hiervoor:
www.edtmaastricht.nl/procedure_zorgweigering.pdf

11.19. **Bijlage: Management_review**

Zie hiervoor:
www.edtmaastricht.nl/certificering2007/mngt_review.pdf

11.20. **Bijlage: Eisen aan freelancers**

Zie hiervoor:
www.edtmaastricht.nl/criteria_voor_freelancers.pdf

11.21. **Bijlage: Proces-gerelateerde risico's (suïcidaliteit, medicatieproblemen)**

Zie hiervoor: www.edtmaastricht.nl/refs/risico_s.xls

Deze file op deze locatie staat sinds maart 2011 goed zichtbaar aangegeven op de pagina 'naslag' van het dossier van elke patiënt. Aldus is de file snel en eenvoudig toegankelijk voor de medewerkers. In 2013 is de file aanzienlijk inhoudelijk uitgebreid, en ook de layout en herkenbaarheid zijn verbeterd. Er is opnieuw een risico-inventarisatie gemaakt en er zijn drie hoofdcategorieën gemaakt:

1. onderschatting van het suïciderisico door de intaker
2. patiënt verliest contact met zorginstelling vanuit persoonlijke problematiek
3. contact tussen hulpverleners wordt verstoord

Bij elk van deze categorieën zijn voorbeelden gegeven en richtlijnen voor preventieve acties voor behandelaars, en er staan preventieve maatregelen vermeld die in het elektronische systeem zijn voorbereid, zoals automatische alerts.

Sinds december 2013 heeft onze instelling een psychiater in Maastricht, en sinds augustus 2018 ook in Amsterdam. Ten behoeve van het medicatiebeleid zijn enkele software-aanvullingen gemaakt, zodat een overzicht van de medicatie en van de medicatie-historie snel en gemakkelijk beschikbaar zijn. Tevens is vervolgens, na de certificeringsaudit van 14 januari 2014, een inventarisatie gemaakt van de risico's omtrent medicatiebeleid. Deze is in dezelfde genoemde file op internet te vinden en voor medewerkers direct toegankelijk via elk elektronisch patiënten-dossier.

Als medicatie voorgeschreven wordt door de psychiater vindt er eerst een inventarisatie plaats van de gebruikte medicatie. Er wordt door de psychiater m.b.v. een elektronische database gecheckt of er interacties tussen medicijnen te verwachten zijn. Indien nodig wordt er ook met de apotheek overlegd. De reeds gebruikte medicatie wordt in het

dossier genoteerd. De recepten worden elektronisch gegenereerd en opgeslagen in het dossier (zowel in een medicatieoverzicht, alsook in het sessieoverzicht).

Op het recept wordt, automatisch, naast de patiëntgegevens, ook het 06-nummer van de voorschrijver vermeld zodat de apotheker snel met de voorschrijver kan overleggen, indien gewenst.
Als er laboratoriumonderzoek nodig is in verband met de medicatie, gebeurt dat in overleg met de huisarts.

Risico-inventarisatie m.b.t. het voorschrijven van medicatie betreft de volgende punten:
-complicaties van voorgeschreven medicatie
-problemen in de bereikbaarheid van de psychiater, t.b.v. overleg
-onjuistheden in de voorgeschreven medicatie
-misbruik van medicatie

Hiervoor zijn richtlijnen gegeven voor preventieve acties voor de psychiater, en er zijn preventieve maatregelen beschreven die binnen het elektronische systeem worden genomen. De software-aanpassingen hiervoor zijn uitgevoerd.

Tussen april 2021 en juli 2022 hadden wij in Maastricht geen psychiater meer in ons team.

De volgende websites en documenten zijn geraadpleegd t.b.v. het verbeteren van ons algemene veiligheidsbeleid (A) en van het medicatiebeleid (B)

A:
CZ: Verantwoordingsdocument selectief inkoopbeleid 2014
www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/risico-analyse-volgens-bow-tie-methode-voor-verbetering-van-medicatieveiligheid/voortgang/
www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/risico-analyse-volgens-bow-tie-methode-voor-verbetering-van-medicatieveiligheid/producten/
www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/risico-analyse-volgens-bow-tie-methode-voor-verbetering-van-medicatieveiligheid/
www.vmszorg.nl/veiligheidsmanagement/risicos-vooraf/veelgestelde-vragen-risicos-vooraf/
www.argumentenfabriek.nl/sites/default/files/13045-transmurale-samenwerking-klikpdf.pdf (cardiovasculair risicomanagement)
www.vmszorg.nl/_library/5549/web_2012.0001_praktijkgids_PRI.pdf (praktijkgids prospectieve risico-inventarisatie)
www.vmszorg.nl/_library/5540/web_2009.0104_praktijkgids_kwetsbare_ouderen.pdf
www.vmszorg.nl/_page/vms_inline?nodeid=4571&subjectid=6702&configid=6484
www.vmszorg.nl/_page/meer-praktijk?tool=0&nodeid=0
www.bsi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/BSI/Publikationen/ITGrundschutzstandards/standard_1004_pdf.pdf;jsessionid=6AF3DF278ED50A9284A69BCF28DC1FFD.2_cid359?__blob=publicationFile
en.wikipedia.org/wiki/Incident_management
en.wikipedia.org/wiki/Information_Technology_Infrastructure_Library
en.wikipedia.org/wiki/ITIL_security_management
www.vpro.nl/speel.program.27217627.html
weblogs.vpro.nl/argos/files/2013/05/13-05-11transcriptie-altrecht-uitzending.pdf
IGZ basisset GGZ en verslavingszorg 05-11-2013_tcm294-346992

B:
www.erasmusmc.nl/huge/51023/177434/184523/283184

www.gcos.nl/upload-66A6E-1DB65-E56ED/Risicoanalyse%20bij%20voorschrijven%20premedicatie.pdf
www.knov.nl/actueel-overzicht/nieuws-overzicht/detail/per-1-januari-2014-alleen-nog-maar-elektronisch-voorschrijven-van-recepten/1296
www.vilans.nl/docs/producten/ZichtopmedicatieWEB.pdf
www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/risico-analyse-volgens-bow-tie-methode-voor-verbetering-van-medicatieveiligheid/

11.22. **Evaluatievragen t.b.v. het functioneren van de freelancers**

Zie hiervoor:
www.edtmaastricht.nl/certificering2007/schema_evaluatie_freelancers.pdf