



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Definitief rapport
van het inspectiebezoek op 11 mei 2017 en
13 juli 2017 aan
BTSW te Hoofddorp en Middelharnis

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 11 mei en 13 juli 2017 een aangekondigd bezoek gebracht aan BTSW te Hoofddorp en Middelharnis. Dit bezoek vond plaats in het kader van een aantal anonieme meldingen, een melding over het klachtreglement welke door de inspectie in november 2016 is afgehandeld en de recente media-aandacht betreffende de breuk met de KNVB. In dit rapport beschrijft de inspectie de resultaten, trekt zij haar conclusies en geeft zij zo nodig aan welke maatregelen zij treft naar aanleiding van deze conclusies.

1.1 Aanleiding en belang

De inspectie toetst of de zorg gegeven wordt zoals is voorgeschreven in wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders.

1.2 Doelstelling

Doel van het inspectiebezoek aan BTSW te Hoofddorp en Middelharnis was te beoordelen in hoeverre de zorg binnen BTSW voldoet aan de relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. Het onderzoek van de inspectie heeft zich gericht op het onderdeel van BTSW wat zich bezighoudt met psychologische hulpverlening aan jongeren en volwassenen.

1.3 Methode

De inspectie richtte zich tijdens haar bezoek op de volgende thema's;

- Governance;
- Nieuwe toetreders;
- Personeel;
- Dossier.

Om tot een oordeel te komen heeft de inspectie;

- Gesprek gevoerd met de raad van bestuur;
- Gesprekken gevoerd met zorgverleners;
- Dossiers ingezien;
- Documenten ingezien, genoemd in bijlage 1.

1.4 Toetsingskader

Het toetsingskader is een selectie van relevante wetten, veldnormen en professionele standaarden. Per thema is aangegeven waar de betreffende normen op zijn gebaseerd.

1.5 Beschrijving locatie

BTSW biedt psychologische hulpverlening aan jongeren en volwassenen, zakelijke dienstverlening, opleidingen en training en coaching binnen de topsport en entertainmentwereld.

Bij BTSW zijn 2 FTE GZ psychologen, 7,8 FTE psychologen en 1 FTE coach werkzaam. Daarnaast biedt BTSW stageplekken en werkervaringsplaatsen. BTSW heeft vestigingen in Zeeland, Zuid-Holland, Noord-Holland en Brabant.

Inhoud

1	Inleiding 4
1.1	Aanleiding en belang 4
1.2	Doelstelling 4
1.3	Methode 4
1.4	Toetsingskader 4
1.5	Beschrijving locatie 4
2	Conclusies 6
2.1	Hoofdconclusie 6
2.2.1	Conclusie t.a.v. kwaliteitsstatuut 6
2.2.3	Conclusie t.a.v. klachtenregeling 6
2.2.4	Conclusie t.a.v. cliëntenmedezeggenschap 6
2.2.5	Conclusie t.a.v. regiebehandelaar 6
2.2.6	Conclusie t.a.v. dossiervoering 8
3	Handhaving 9
3.1	Vervolg door de zorgaanbieder 9
3.2	Vervolg door de inspectie 9
4	Resultaten inspectiebezoek 10
4.1	Governance 10
4.2	Nieuwe Toetreders 12
4.3	Personeel 14
4.4	Dossier 16
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 18

2 Conclusies

2.1 Hoofdconclusie

BTSW voldoet grotendeels aan de relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. Op de onderwerpen kwaliteitsstatuut, klachtenregeling, cliëntenmedezeggenschap, regiebehandelaar en dossier zijn tekortkomingen geconstateerd. Hoewel BTSW al ten tijde van het inspectietoezicht voorbereidingen heeft getroffen om tot verbeteringen te komen, zijn de uitkomsten nog niet allemaal zichtbaar geëffectueerd.

2.2.1 Conclusie t.a.v. kwaliteitsstatuut

Per 1 januari 2017 zijn alle aanbieders van 'geneeskundige ggz', dat wil zeggen de generalistische basis-GGZ en de gespecialiseerde GGZ binnen de Zorgverzekeringswet, verplicht een kwaliteitsstatuut openbaar te maken. BTSW beschikt over een kwaliteitsstatuut dat door ZIN/Mediquist is geaccepteerd. Dit kwaliteitsstatuut is gemaakt op aangeven van de inspectie na het eerste bezoek op 11 mei 2017. Het kwaliteitsstatuut is door BTSW beschikbaar gesteld op de website. De informatie in het kwaliteitsstatuut is op het onderdeel 'samenstelling van de praktijk' onjuist. De BIG registraties van beide directieleden zijn achter de overige medewerkers geplaatst die allen niet BIG geregistreerd zijn. De lezer van de website kan hieruit onbedoeld opmaken met uitsluitend BIG geregistreerde medewerkers van doen te hebben.

2.2.3 Conclusie t.a.v. klachtenregeling

BTSW heeft een klachtenreglement, deze is op de website geplaatst. Na de inspectiebezoeken is het de inspectie gebleken dat een klacht door BTSW ontvankelijk wordt verklaard wanneer *'deze ingediend wordt tot vier weken na het voorval of dienst waar de klacht betrekking op heeft'*. Zowel in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, als in zijn voorganger de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, is geen termijn opgenomen wanneer een klacht ingediend dient te zijn. BTSW hanteert een termijn van 4 weken en sinds 26 september 2017 een termijn van 3 maanden. De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg beoogt ondermeer een laagdrempelige klachtenbehandeling. Met het hanteren van een termijn voor het indienen van een klacht is het voor de cliënt niet mogelijk om op een zelf gekozen moment, wanneer de cliënt daar aan toe is, een klacht in te dienen.

2.2.4 Conclusie t.a.v. cliëntenmedezeggenschap

Ten tijde van het inspectiebezoek op 11 mei 2017 blijkt dat BTSW geen cliëntenmedezeggenschap heeft georganiseerd. Op 23 juni 2017 heeft BTSW in reactie op dit bezoek laten weten dat inmiddels in het procedurehandboek is opgenomen dat periodiek een cliëntenmedezeggenschapspanel opgesteld zal worden van waaruit cliënten mee kunnen denken over onderwerpen die ook hen aangaan.

2.2.5 Conclusie t.a.v. regiebehandelaar

BTSW heeft 8 vestigingen. Voor deze 8 vestigingen zijn twee regiebehandelaren (GZ psychologen) beschikbaar. De overige medewerkers bestaan uit basispsychologen, orthopedagogen, coach/trainers en stagiaires psychologie. Het is voor de kwaliteit van de zorgverlening van belang dat er goede afspraken zijn tussen de regiebehandelaar en medebehandelaar over het aandeel van beiden in de behandeling van de cliënt.

Wat betreft de volwassen cliënten heeft BSW geen contracten met zorgverzekeraars. Cliënten dienen zelf na te gaan of en in hoeverre hun zorgverzekeraar de behandeling bij BSW vergoedt.

Wat betreft jeugdige cliënten biedt BSW dyslexiebehandeling vanuit de DBC-systematiek. Daarnaast heeft BSW contracten met gemeenten aangaande de Jeugdhulp en zorgverlening welke worden vergoed vanuit de WMO en de Jeugdwet.

Op het moment van onderzoek heeft BSW 169 cliënten in zorg.

De inspectie concludeert dat, op basis van het Model Kwaliteitsstatuut en de NIP Factsheet 'Mogelijkheden basispsycholoog in huidige ggz', de GZ psychologen bij BTSW hun rol als regiebehandelaar onvoldoende innemen en onvoldoende vastleggen in het cliëntendossier.

De basispsychologen van BTSW voeren het grootste deel van de behandeling uit, zoals intake, diagnostiek, behandelplan, risicotaxatie, de behandeling en evaluatie. De GZ psychologen zijn altijd op afstand betrokken, soms direct betrokken en bij complexere trajecten nemen de GZ psychologen de behandeling over. De taken van die de regiebehandelaren uitvoeren worden echter niet, of niet door de regiebehandelaren zelf, in het cliëntendossier opgenomen. Zo heeft de inspectie niet kunnen vaststellen dat de regiebehandelaren van BTSW;

- in de diagnostische fase de cliënten ook (mede)beoordelen via direct contact met de cliënt;
- periodiek en tijdig met de cliënten de behandeling evalueren;
- de resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen bespreken met de cliënten en eventueel hun naasten.

Hieronder volgt een toelichting.

Regie behandelaar en model Kwaliteitsstatuut

Het Model Kwaliteitsstatuut GGZ, wat is ingegaan op 1 januari 2017, heeft een algemeen gedeelte gewijd aan de regiebehandelaar en een specifiek gedeelte, bedoeld voor vrijevestigden of GGZ-instellingen. Afgaande op de AGB-code (94) van de beide regiebehandelaren van BTSW, valt BTSW onder de vrijevestigde psychologen en wordt daarmee gelijkgesteld met een vrijevestigde praktijk.

In zijn algemeenheid zegt het Model Kwaliteitsstatuut GGZ dat 'de regiebehandelaar verantwoordelijk is voor het (doen) vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt/cliënt ook daadwerkelijk is (mede)beoordeeld door de regiebehandelaar via direct contact met de patiënt/cliënt. Het behandelplan bevat onder andere; wie voor de verschillende onderdelen van de zorg verantwoordelijk is en op welke wijze afstemming plaatsvindt tussen meerdere zorgverleners, en wie de patiënt/cliënt op die afstemming kan aanspreken (de regiebehandelaar). De regiebehandelaar stelt het behandelplan vast, nadat instemming is van de patiënt/cliënt is verkregen op basis van het voorgestelde behandelplan. De regiebehandelaar evalueert periodiek en tijdig met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten op basis van gelijkwaardigheid de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling. De regiebehandelaar bespreekt met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten de resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen.'

en

'In het geval van interdisciplinaire dan wel multidisciplinaire behandeling geldt het volgende: De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling. Hij zorgt ervoor dat in samenspraak met de patiënt/cliënt een behandelplan wordt opgesteld en stelt deze vast; hij draagt er zorg voor dat dit wordt uitgevoerd en – wanneer omstandigheden daartoe aanleiding geven – wordt bijgesteld. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat de verrichtingen of activiteiten van alle zorgverleners die beroepshalve bij de behandeling van de patiënt/cliënt betrokken zijn – en dus ook zijn eigen verrichtingen of activiteiten – op elkaar zijn afgestemd.'

en

'Het kenmerk van de vrijgevestigde praktijk is dat de patiënt/cliënt met een behandelaar te maken heeft in alle fasen van de behandeling. Deze is daarmee automatisch de regiebehandelaar die uitvoering geeft aan de behandeling. Dit betekent een directe verantwoordelijkheid van de professional ten aanzien van de relatie patiënt/cliënt en behandelaar en de periodieke toets op de kwaliteit van die relatie.'

NIP Factsheet 'Mogelijkheden basispsycholoog in huidige ggz'

Het Nederlands Instituut van Psychologen heeft een Factsheet geschreven over de mogelijkheden van de basispsychologen in de veranderende GGZ:

'Het is mogelijk om werkzaam te zijn als medebehandelaar. Dit kan zowel in de Generalistische Basis GGZ (GB GGZ) als de Gespecialiseerde GGZ (GGGZ). Het is duidelijk dat basispsychologen geen regiebehandelaar kunnen zijn in de GGZ. Het is wel mogelijk om cliënten te behandelen als medebehandelaar ter ondersteuning van de behandeling of in een opleidingsplaats onder supervisie.

Dit is een goede mogelijkheid om cliënten te behandelen en ervaring op te doen in behandeling en diagnostiek. In dit geval werkt u samen met de regiebehandelaar en declareert uiteindelijk deze regiebehandelaar de zorg bij de zorgverzekeraar. U draagt dan zelf de inhoudelijke verantwoordelijkheid voor uw deel van de behandeling en de kosten worden door de zorgverzekeraar vergoed. Dit biedt voor u als basispsycholoog mogelijkheden om te werken in een praktijk waar een regiebehandelaar aanwezig is.'

2.2.6

Conclusie t.a.v. dossiervoering

Er zijn verschillen in de dossiervoering tussen de bezochte locaties. Daar waar locatie Middelharnis vrijwel aan alle getoetste onderdelen voldeed, zijn er bij de locatie Hoofddorp een aantal verbeterpunten geconstateerd.

3 Handhaving

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van de zorgaanbieder verwacht. Vervolgens beschrijft de inspectie wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

3.1 Vervolg door de zorgaanbieder

BSW moet voldoen aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen. Op de onderwerpen kwaliteitsstatuut, klachtenregeling, cliëntenmedezeggenschap, regiebehandelaar en dossiervoering zijn tekortkomingen geconstateerd, zoals is beschreven in hoofdstuk 4. Hoewel BSW al ten tijde van het inspectietoezicht voorbereidingen heeft getroffen om tot verbeteringen te komen, zijn de uitkomsten nog niet allemaal zichtbaar geëffectueerd.

De inspectie verwacht dat de directie van BSW maatregelen neemt en deze geconstateerde tekortkomingen per **1 december 2017** heeft weggenomen. Hierbij verwacht de inspectie ook van BSW dat niet ontvankelijk verklaarde klachten, vanwege de door BSW gestelde termijn van vier weken c.q. 3 maanden, opnieuw in behandeling worden genomen.

De inspectie wil uiterlijk **15 december 2017** geïnformeerd worden over de uitkomsten van de verbetermaatregelen en het aantal klachten dat alsnog in behandeling is genomen en de resultaten daarvan.

3.2 Vervolg door de inspectie

De inspectie zal op basis van de aangeleverde informatie besluiten of en op welke wijze zij het vervolgtoezicht vorm zal geven.

4 Resultaten inspectiebezoek

In dit hoofdstuk zijn de beoordelingen per getoetst thema weergegeven. De inspectie beoordeelde tijdens het bezoek of BSW te Hoofddorp en Middelharnis wel of niet voldeed aan de norm. Per norm is desbetreffende beoordeling weergegeven.

4.1 Governance

Norm	Beoordeling
De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en gebruikt dit voor kwaliteitsverbetering. (1, 2)	Voldeed
De zorgaanbieder beschikt over een register t.b.v. de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg, betreffende intern gemelde incidenten. De zorgaanbieder stelt schriftelijk een interne procedure vast, waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe wordt omgegaan met signalen van incidenten, zodanig dat er redelijkerwijs zo snel en adequaat mogelijk bescherming kan worden geboden of maatregelen kunnen worden genomen. (1, 2)	Voldeed deels
De zorgaanbieder beschikt over een kwaliteitsstatuut, dat door ZIN/Mediquist is geaccepteerd en bijbehorend professioneel statuut. (5)	Voldeed deels
De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling en brengt dit onder de aandacht van de patiënten (en vertegenwoordigers). De zorgaanbieder voorziet in gratis bijstand aan klager door een aangewezen persoon (onafhankelijk in uitvoering). De zorgaanbieder is aangesloten bij een erkende geschilleninstantie.(3)	Voldeed deels
De zorgaanbieder regelt de cliëntenmedezeggenschap conform de wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. (2, 4)	Voldeed niet

Grondslagen Governance

(1) Wkkgz (artikel 7, 9, 10)

(2) Zorgbrede governance code 2017, BoZ, 2016

(3) Wkkgz (artikel 13, 15, 18)

(4) WMCZ (artikel 2, 3, 8, 9)

(5) Brief minVWS d.d. 26 april 2016 (25 424 nr.201)

(6) Beleidskader Goede zorg vraagt om goed bestuur, minVWS, 2016

Kwaliteitsinformatie

Clïenttevredenheid- In de behandel-evaluatie wordt met de cliënt gesproken in welke mate de cliënt tevreden is met de behandeling. De cliënttevredenheid wordt echter niet op een geaggregeerd niveau verzameld en niet gebruikt als informatie om als organisatie te leren hoe cliënten hun werkwijze ervaren. In het ISO-certificeringstraject heeft BSW het advies van ISO gehad om steekproeven te doen. De formulieren daarvoor worden op dit moment ontwikkeld. Het ISO certificeringstraject zal naar verwachting in augustus 2017 klaar zijn.

Behandelmethodieken - Er vindt een proces van evaluatie en bijstelling plaats met betrekking tot (nieuwe) methoden die gehanteerd worden binnen BTSW:

- Elke 6 weken vindt een 'kantooravond' plaats op een van de vestigingen, waarbij alle medewerkers van alle vestigingen aanwezig zijn. Hierbij wordt onderlinge kennis uitgewisseld, behandelmethoden besproken en/of worden gastsprekers uitgenodigd om de medewerkers te informeren over de nieuwste ontwikkelingen.
- Daarnaast vindt evaluatie plaats doordat medewerkers cursussen volgen met betrekking tot (nieuwe) behandelmethodieken, waarbij huidige behandelmethodieken bijgesteld worden aan de hand van de nieuwste wetenschappelijke inzichten.
- BTSW beoordeelt op inhoudelijke en bedrijfsmatige/financiële gronden of ontwikkelingen verwerkt worden in haar werkwijze. Zo is bijvoorbeeld de testbatterij aangepast en zijn de behandelpaden ingericht op kort, midden en lang.

Kwaliteit - Om de kwaliteit van het werk te waarborgen, zijn procesindicatoren opgesteld. Wanneer een procesindicator niet gevolgd is, geeft het systeem een melding weer dat er een afwijking is geconstateerd. De kwaliteitsmedewerker in samenwerking met de preventiemedewerker dragen zorg voor het opstellen van verbetermaatregelen. Volgens de directeur is er tijdens de verschillende overleggen ruimte om deze afwijkingen en verbetermaatregelen te bespreken. Daarnaast worden bij het opstellen van het jaarverslag afwijkingen opnieuw in kaart gebracht en wordt gekeken of de genomen verbetermaatregel toereikend is geweest.

Systematische meting van de kwaliteit en het effect van de behandeling - Om de kwaliteit en het effect van de hulpverlening op cliëtniveau te waarborgen, vindt er bij aanvang van de behandeling een meting plaats en na afloop een nameting. Bij het afsluiten van de behandeling vult de cliënt een evaluatievragenlijst in. Deze gegevens worden vervolgens ingevoerd in het kwaliteitssysteem en vergeleken met de prestatie-indicatoren die zijn opgesteld. De Routine Outcome Monitoring is in de afgelopen periode besproken en onderzocht, echter vanwege de discussie hieromtrent (NIP) nog niet in gevoerd.

Kwaliteitshandboek - Er is een vernieuwd digitaal kwaliteitshandboek Eque (i.v.m. de ISO-certificering).

Meldingssysteem incidenten

Er is een meldingssysteem voor incidenten (Eque); deze is recent ingeregeld en op het moment van onderzoek nog niet volledig operationeel. Onveilige situaties en risico's worden laagdrempelig met elkaar besproken. Naar aanleiding van wat is voorgevallen worden maatregelen getroffen, bijvoorbeeld dat cliënten niet zo maar binnen kunnen wandelen maar eerst aan moeten bellen. De directeur is altijd bereikbaar voor overleg en 'grijpt in' of neemt over wanneer nodig. De medewerkers geven aan dat dilemma's, twijfels en zorgen open besproken worden en dat zij zich daarbij veilig voelen. De medewerkers weten dat er bij incidenten een procedure is beschreven in het kwaliteitshandboek (Eque). Zij zullen als eerste altijd contact opnemen met de GZ psycholoog (directeur) om te overleggen over het incident.

Kwaliteitsstatuut

BSW heeft sinds kort een kwaliteitsstatuut. Deze is gemaakt na het eerste bezoek van de inspectie. In het kwaliteitsstatuut staan de psychologen genoemd als regiebehandelaar met het BIG registratienummer van de GZ psychologen. Dit klopt niet, de GZ psychologen zijn de regiebehandelaar. Later blijkt dit foutief in het kwaliteitsstatuut te zijn gekomen. De inspectie heeft BSW hierop geattendeerd tijdens het tweede bezoek op 13 juli 2017. Dit had volgens de directeur te maken met de systematiek van het invullen van het kwaliteitsstatuut (zie verder 'Personeel'.) BSW heeft toegezegd na te zoeken hoe hiermee om te gaan.

Klachtenregeling

BSW beschikt over een klachtenregeling en een externe onafhankelijke klachtenfunctionaris. BSW is aangesloten bij een erkende geschilleninstantie. Deze informatie is aan cliënten beschikbaar gesteld via de website. In deze klachtenregeling is opgenomen dat een klacht ontvankelijk wordt verklaard wanneer deze ingediend wordt tot vier weken na het voorval of dienst waar de klacht betrekking op heeft. Na een brief van de inspectie op 21 september 2017, waarin BSW om een reactie wordt gevraagd over deze gestelde termijn, heeft BSW laten weten dat;

'in het kader van de invoering van de nieuwe wetgeving Wet Kwaliteit Klachten Geschillen Zorgsector (WKKGZ) heeft BSW in de overgangperiode van 2016 naar 2017 de klachtenregeling aangepast. Omdat er geen vaste norm of richtlijn bleek te zijn voor het indienen van een klacht, is toen gekozen voor een termijn van vier weken. Naar aanleiding van uw brief hebben wij deze termijn nogmaals beoordeeld en juridisch getoetst, alsmede een benchmark uitgevoerd. Op basis hiervan hebben we gemeend deze uit te breiden naar 3 maanden...'

Cliëntenmedezeggenschap

Er is geen cliëntenmedezeggenschap. Hoewel BSW zichzelf als een platte organisatie beschouwt, vindt BSW dit wel een aandachtspunt. Op 14 september 2017 heeft BSW in reactie op het conceptrapport laten weten dat tijdens een werkoverleg concreet vorm is gegeven aan de wijze waarop zij dit zullen gaan doen. Een keer per jaar worden drie cliënten gevraagd mee te praten over de procesgangen, behandelmethodieken en dergelijke. Een format is hiertoe opgesteld. Of het cliëntenmedezeggenschapspanel nog dit jaar uitgenodigd zal worden is onbekend.

4.2

Nieuwe Toetreders

Norm	Beoordeling
Samenwerkingsafspraken zijn vastgelegd. (5, 10)	Voldeed
De zorgaanbieder zorgt voor een verantwoorde dossiervoering. (1, 2, 5, 7)	Voldeed
Instelling heeft de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vastgesteld en bevordert kennis en gebruik. (1, 8, 11)	Voldeed
Een opleidingsplan is beschikbaar (passend scholingsbeleid om de benodigde deskundigheid te kunnen leveren).	Voldeed
De zorgaanbieder vergewist zich ervan dat de wijze waarop zorgverleners in het verleden hebben gefunctioneerd, niet in de weg staat aan het inzetten van de zorgverleners bij het verlenen van zorg (1)	Voldeed

Grondslagen Nieuwe toetreders:

- (1) Wkkgz (artikel 2, 3, 4, 8)
- (2) Wet Big (artikel 40, hoofdstuk 4)
- (3) KNMG kwaliteitskader medische zorg
- (4) Zvw
- (5) Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg
- (6) Wet Bopz
- (7) Richtlijn medicatieoverdracht (2011)
- (8) Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
- (9) Uitvoeringsbesluit van de WTZI
- (10) Model kwaliteitsstatuut, GGZ-N, 2015
- (11) Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, 2015

Samenwerkingsafspraken

Er zijn samenwerkingsafspraken met scholen, en gemeenten t.a.v. het leveren van een deel van de jeugd ggz. Er zijn geen inhoudelijke samenwerkingsafspraken met netwerk- of ketenpartners. Wel zijn er een aantal neurologen bij wie BTSW cliënten met voorrang kan aanmelden op vrijgevallen plekken. De Kinder- en Jeugd psychiaters zijn bekend en wordt naar verwezen of geconsulteerd (bijvoorbeeld Kiek! in Goes). Indien er vanuit BTSW een verwijsvraag is word deze eerst afgehandeld voordat verder wordt gegaan met behandeling.

Elke locatie is op de hoogte van de sociale kaart van die regio. Aan het eind van elke behandeling wordt aan de huisarts teruggerapporteerd. Dat wordt gewaardeerd.

Dossiers

Er is sinds kort overgegaan naar Careweb. De oude digitale dossiers worden bewaard in een beveiligde omgeving. In Careweb zijn rechten toegekend aan behandelaren, hierdoor kunnen zij alleen in dossiers van cliënten die zij behandelen. Dossiers worden 15 jaar bewaard, de papieren dossiers zijn deels in Hoofddorp en deels in Goes opgeslagen.

Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling

Er wordt op gestandaardiseerde wijze bij intake nagegaan of er signalen zijn van kindermishandeling of huiselijk geweld. Bij twijfel of bij waarneming van huiselijk geweld wordt Veilig Thuis gebeld en worden alle stappen gedaan conform de meldcode en de 5 stappen ingezet. Dit gebeurt altijd in overleg met de GZ psycholoog. De kindcheck maakt hier onderdeel van uit. De instelling heeft geen mogelijkheid om te registreren of te kijken in de verwijzindex voor risicojongeren. BTSW maakt bij de behandeling van jeugd gebruik van de Lirik.

Opleidingsplan

De twee directeurs zijn de enige GZ psychologen in BTSW, zij bespreken onderling soms casuïstiek om hun behandelbeleid te toetsen. Zij zijn niet verbonden aan intervisiegroepen of andere manieren van intercollegiale toetsing. Zij volgen opleidingen en cursussen in Amerika op het gebied waarin BTSW zich wil profileren. Daarnaast bezoeken zij symposia in Nederland en lezen zij publicaties.

De psychologen volgen opleidingen en trainingen op individueel niveau, dit zit in ieders opleidingstraject. BTSW heeft functieomschrijvingen met bijbehorende competenties beschreven. Aan de hand van deze competenties (die zijn onderverdeeld in een drietal categorieën, te weten junior, medior en senior) volgen de medewerkers scholing en cursussen bij o.a. RINO om zich verder te bekwamen in doelgroepspecifieke kennis en vaardigheden. Daarnaast zijn er thematische avonden binnen BTSW. Op deze manier spreidt BTSW de 'specialisaties'. Er zit een aantal

structurele elementen in het persoonlijk opleidingsplan. De medewerkers ervaren dat BSW veel aandacht heeft voor (bij- en na)scholing, al vanaf dat zij in dienst kwamen bij BSW.

BSW heeft ooit een GZ opleiding gehad, maar heeft ervoor gekozen om dit nu niet meer te doen omdat het ondermeer financieel en organisatorisch zwaar drukt op de organisatie.

Vergewisplicht

Bij selectie van nieuwe medewerkers wordt altijd een VOG gevraagd en een SKJ-registratie.

4.3

Personeel

Norm	Beoordeling
Medewerkers weten met welke richtlijnen, protocollen en werkinstructies er voor die specifieke afdeling (bijv. opnameafdeling) of doelgroep gewerkt moet worden, waarom die nodig zijn en hoe ze gebruikt moeten worden. (1, 5)	Voldeed
Medewerkers kennen de grenzen van hun vakgebied. (1, 3, 4, 5, 8)	Voldeed
De zorgaanbieder vergewist zich ervan dat de wijze waarop zorgverleners in het verleden hebben gefunctioneerd, niet in de weg staat aan het inzetten van de zorgverleners bij het verlenen van zorg. (3)	Voldeed
Medewerkers hebben voldoende kennis van en vaardigheden voor de doelgroep van patiënten. (1, 3, 5)	Voldeed
Er is vastgesteld beleid over het werken met richtlijnen, protocollen en werkinstructies. (3)	Voldeed
De zorgaanbieder stelt schriftelijk een interne procedure vast, waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe wordt omgegaan met signalen van incidenten, zodanig dat er redelijkerwijs zo snel en adequaat mogelijk bescherming kan worden geboden of maatregelen kunnen worden genomen. (3, 10)	Voldeed
Hulpverleners werken conform de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. (9)	Voldeed
Met al het zorgpersoneel worden tenminste jaarlijks functioneringsgesprekken gehouden. (3)	Voldeed
Een opleidingsplan is beschikbaar (passend scholingsbeleid om de benodigde deskundigheid te kunnen leveren). (3)	Voldeed
Er is organisatiebreed een passend beleid rondom scholing van doelgroepspecifieke kennis, bejegening en gezondheidsrisico's. (3)	Voldeed

Grondslagen Personeel:

(1) Wet BIG (voorbehouden handelingen)

(2) Beroepscodes

(3) Wkkgz

(4) Wet Bopz

(5) (Multidisciplinaire) richtlijnen

(6) Uitspraak van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (d.d. 05-10-2000, BJ 2001/36, Varbanov-arrest)

(7) Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg (IGZ, 2008)

(8) Model kwaliteitsstatuut, GGZ-N, 2016

(9) Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (2015)

(10) Zorgbrede governance code 2017, BoZ, 2016

Medewerkers kennen de grenzen van hun vakgebied versus kwaliteitsstatuut

Medewerkers kennen het kwaliteitsstatuut. In de cliëntendossiers staat de GZ psycholoog aangemerkt als regiebehandelaar.

De psychologen geven het grootste deel van de behandeling vorm, zoals intake, diagnostiek, behandelplan, risicotaxatie, uitvoeren behandeling en evaluatie. De GZ psycholoog is als regiebehandelaar altijd op afstand betrokken, soms direct betrokken en bij complexere trajecten neemt de GZ psycholoog de behandeling over.

De intake, de diagnose en het behandelplan worden (telefonisch) doorgesproken met de GZ psycholoog, die op deze wijze betrokken en 'eindverantwoordelijk' is voor het beoordelen van de intakeresultaten, het stellen van de diagnose en het vaststellen van het behandelplan. Bij complexe problematiek, bij twijfel van de psycholoog of GZ psycholoog, als de cliënt daarom vraagt, bij twijfels rondom de uitsluitingcriteria zoals verslaving en bij twijfels rondom de indicatie voor basis GGZ, wordt de cliënt ook gezien en beoordeeld door de GZ psycholoog.

Afhankelijk van de aard van de problematiek en benodigde behandeling wordt de behandeling uitgevoerd door de basispsycholoog cq. orthopedagoog of (deels) door de GZ psycholoog (bijv. traumaverwerking). Alleen bij de enkelvoudige dyslexiebehandelingen is de GZ psycholoog niet altijd betrokken bij de verschillende fasen in het behandelproces.

De medewerkers weten wanneer zij de GZ psycholoog bij de zorg dienen te betrekken (middels overleg); bij uitblijven van effect en als de zorg complexer is of wordt (bijvoorbeeld bij terugval door problematiek in het gezin/systeem). Soms kiest de GZ psycholoog ervoor om de cliënt zelf te zien, of samen met de psycholoog, of dat het bij overleg blijft.

De evaluatie (minimaal 1x per 6 weken) wordt doorgesproken met de GZ psycholoog tijdens het locatiegebonden avondoverleg en waar nodig tussentijds. Dit geldt ook voor het besluit tot het afsluiten van een behandeling. Op basis van die bespreking kan de GZ psycholoog zelf het initiatief nemen om intensiever bij de behandeling betrokken zijn.

Van de activiteiten van de GZ psycholoog kunnen tijdens het eerste bezoek geen aantekeningen teruggevonden worden in het dossier. Tijdens het tweede bezoek worden van de handelingen van de GZ psycholoog aantekeningen gemaakt door de psycholoog.

De psychologen kennen de grenzen van hun verantwoordelijkheden en bevoegdheden en de beroepscode van hun beroepsprofiel.

4.4

Dossier

Locatie 1 = Hoofddorp

Locatie 2 = Middelharnis

Norm	Beoordeling
De diagnose bestaat uit een diagnostische classificatie (DSM) of International Classification of Diseases) en uit een beschrijvende conclusie (structuurdiagnose) op grond van alle verzamelde gegevens. Ten slotte wordt op grond van de diagnose, de toestand van de patiënt en de vraagstelling van patiënt en verwijzer een behandelplan geformuleerd en met de patiënt besproken. (1, 2, 8)	Voldeed
Somatische problemen worden herkend en er wordt (volgens protocol) gehandeld. Het behandelteam dient geïnformeerd te zijn over de lichamelijke gezondheidstoestand van de patiënt. Ook moet worden na gegaan of er lichamelijke afwijkingen of aandoeningen aanwezig zijn die in (causaal) verband kunnen staan met de psychiatrische verschijnselen. (2, 3)	Voldeed wel op basis van uitvraag aan cliënt, ouder, onderwijzer
In het dossier is vastgelegd dat risicotaxaties uitgevoerd zijn (ook als er uit kwam dat er geen risico is). (2,9) Deze norm is een ondersteuning van de diagnostiek.	Locatie 1 Voldeed niet Locatie 2 Voldeed
Uit het dossier blijkt eenduidig wie de regieverantwoordelijkheid heeft. (4,8)	Locatie 1 Voldeed deels Locatie 2 Voldeed
In het dossier is vastgelegd welke discipline met welke verantwoordelijkheden zijn betrokken bij de verschillende onderdelen van de zorgverlening. (5)	Voldeed wel
De doelen in het behandelplan zijn passend bij de hulpvraag, stoornis en risicotaxaties. (1, 2)	Voldeed wel
De patiënt (of zijn wettelijk vertegenwoordiger) is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van en heeft aantoonbaar ingestemd met het behandelplan. (1, 2,8)	Locatie 1 Voldeed niet Locatie 2 Voldeed
Het is aantoonbaar dat de patiënt al dan niet instemt met (onderdelen van) het behandelplan. (1,8)	Locatie 1 Voldeed niet Locatie 2 Voldeed
Er is afgewogen of een signaleringsplan nodig is om risico's te verminderen/voorkomen. (6)	Locatie 1 Voldeed deels Locatie 2 Voldeed
Er vindt een periodieke evaluatie plaats van het behandelplan. (1, 2, 6)	Locatie 1 Voldeed niet Locatie 2 Voldeed
Medicamenteuze, somatische, psychiatrische en sociale behandeldoelen (indien van toepassing) zijn geformuleerd en aantoonbaar weergegeven in het behandelplan. (1, 2)	Locatie 1 Voldeed deels Locatie 2 Voldeed
Een actueel (volledig en uniek) medicatieoverzicht is bij elk contact beschikbaar. (2)	Locatie 1 NVT Locatie 2 Voldeed deels
Indien er sprake is van een incident, maakt de zorgaanbieder aantekening in het dossier van de patiënt betreffende aard en toedracht (tevens tijdstip, namen van betrokkenen). (7)	Niet van toepassing

Grondslagen Dossier:

(1) Wgbo

(2) Richtlijn psychiatrisch diagnostisch onderzoek (NVVP)

(3) Indicator somatisch onderzoek

(4) Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling KNMG (2010)

(5) Wet Big

(6) Multidisciplinaire Richtlijnen (depressie - suicide)

(7) Wkkgz (art. 10 lid 3)

(8) Model kwaliteitsstatuut, GGZ-N, 2016

(9) Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Algemeen

In het MDO worden besluiten genomen over de behandeling van cliënten. Uit een verslag van het MDO blijkt niet wie aanwezig zijn geweest bij dit overleg.

Risicotaxaties

Tijdens het bezoek in Middelharnis kon worden aangetoond dat risicotaxaties worden uitgevoerd. In navolging op het inspectiebezoek van 11 mei heeft men een beslisboom gemaakt wanneer een signaleringsplan wordt gemaakt. In één dossier is een signaleringsplan opgenomen, bedoeld als manier van symptoommanagement voor de cliënt. Tijdens het bezoek in Hoofddorp was daar nog geen sprake van.

Behandelplan

Het is duidelijk dat de wettelijke vertegenwoordiger van de cliënt heeft ingestemd met onderzoek. Er is ook een mogelijkheid in de documenten om aan te geven dat ingestemd wordt met de begeleiding, maar dat was niet aangevinkt, noch elders in het dossier terug te vinden. Daarnaast was op de locatie Hoofddorp niet in alle dossiers een behandelplan aanwezig. Het is niet duidelijk of de wettelijke vertegenwoordiger van de cliënt heeft ingestemd met de doelen en aanpak in de behandeling.

Evaluatie

Bij het eerste bezoek kon geen verslaglegging gevonden worden van een evaluatie of van een bespreking in de dossiers. Volgens mondelinge toelichting wordt er wel geëvalueerd, maar niet goed vastgelegd in het dossier. Tijdens het tweede bezoek konden evaluaties wel worden aangetoond.

Medicatieoverzicht

Eén cliënt gebruikt 'rustgevende medicatie', dit is door de huisarts als zodanig overgedragen. De psychologen weten niet wat deze medicatie inhoudt. Wel weten zij dat betreffende cliënt deze medicatie niet slikt, maar bij zich houdt bij wijze van 'geruststelling'.

Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

De onderstaande documenten zijn door de inspectie gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek en het opstellen van dit rapport. De inspectie heeft de documenten niet in totaliteit beoordeeld, maar op specifieke onderwerpen doorgenomen.

Informatie BSW

- Procedure werkervaringsplekken
- Personele bezetting en aantal cliënten in zorg
- Voorbeeld prestatie-indicator
- Voorbeeld verbetermaatregel
- Routine Outcome Monitoring bij BSW
- MIP/Incidentenmeldingen
- Voorbeeld risicomanagement
- Procedure interne klachtenregeling/vertrouwenspersoon
- Navraag WTZI toelating
- Functiebeschrijving en competenties
- Meldcode bij signalen van huiselijk geweld
- Trajecten kinderen/pubers
- Trajecten volwassenen
- Begeleidingsovereenkomst volwassenen en jeugd
- Voorbeeld behandelplan

Overig

- Model kwaliteitsstatuut GGZ, www.zorginzicht.nl
- NIP Factsheet 'Mogelijkheden basispsycholoog in huidige ggz'