

CONCEPT



LANDELIJKE VERENIGING
MEDISCHE PSYCHOLOGIE

secretariaat LVMP bestuur:
secretaris@lvmp.nl
secretariaat PAZ bestuur: paz@psynip.nl

10 Ledenvergadering PAZ / LVMP

Locatie: St. Antonius ziekenhuis, Nieuwegein
Datum: Vrijdag 25 mei 2018
Aanwezig: 71 personen (incl. 7 bestuursleden, 1 notulist, 2 secretariële ondersteuners, 3 sprekers)

15 1. Opening

Steven Fischer heet alle aanwezigen welkom. Er zijn ongeveer zestien nieuwe leden aanwezig, waaronder:

- Aura George, GioS Noordwest Ziekenhuisgroep
- Emma Bruggeling, gz-psycholoog Franciscus Gasthuis
- Esther ten Bloemendaal, GioS Catharina Ziekenhuis
- Charlotte den Butter gz-psycholoog Reinier de Graaf ziekenhuis
- Sylvia Melisse, KNP Albert Schweitzer Ziekenhuis
- Vera van Berkel, gz-psycholoog Albert Schweitzer Ziekenhuis Dordrecht
- Agnes Dommerholt, KP OLVG locatie west
- Fleur van den Torn, gz-psycholoog OLVG locatie oost
- Mijke de Boer, KP Tergooi en opleider
- Kim van der Schoot, gz-psycholoog in UMCG
- Jeffry Looijesteijn, gz-psycholoog K&J UMCG
- Marike Bruinsma, gz-psycholoog en medisch manager Maasstad Ziekenhuis
- Meike Holleman KP Jeroen Bosch
- Wietske Kielstra, KNP, Medisch Centrum Leeuwarden
- Suzanne Hammink, KP en medisch manager Rode Kruis ziekenhuis Beverwijk

35 2. Introductie nieuwe leden in commissies

Frans Hoogwegt trekt zich terug uit de werkgroep Financiering. Hij is de afgelopen jaren steeds een stuwende kracht geweest binnen zowel de PAZ als de LVMP. De laatste jaren is hij m.n. actief geweest in de werkgroep Financiering (t.b.v. bekostiging van Medische Psychologie afgelopen 3-4 jaar). Een bos bloemen wordt uitgereikt als blijk van dank voor zijn inzet.

40 3. Toelichting agenda

Joost Derwig licht de aangepaste agenda toe. Het eerste deel van de vergadering is vrijwel gelijk gebleven. De nieuwe leden van de werkgroepen/commissies worden ingestemd, ook over de omvorming van de werkgroep Financiering naar een commissie wordt gestemd. Voor de Visitatiecommissie (LVMP), de PR-commissie (LVMP), de nieuw op te richten commissie Onderwijs&Onderzoek (LVMP), de Congrescommissie voor Davos (LVMP), de Richtlijnencommissie (LVMP/PAZ) en de commissie Bariatrie (LVMP/PAZ) zullen nieuwe leden voorgesteld worden. In de pauze kan er gestemd worden en na de pauze zal de bekendmaking plaatsvinden. [Het tembiljet is toegevoegd in de bijlage].

De wijziging in de agenda zit vooral in het middag gedeelte. Het agendapunt van de PAZ is op het einde van de dag geplaatst, omdat er ook LVMP leden zijn voor wie dit niet relevant is. Zij kunnen dan vertrekken.

50 4. Presentatie Menno Mostert - docent gezondheidsrecht UMCU: Achtergrond van de veranderingen in wetgeving omtrent gegevensbeheer, privacy en EPD

Jurgen Knobel introduceert Menno Mostert. Hij is docent gezondheidsrecht bij de UMCU en onderzoekt in zijn proefschrift wat de AVG en privacy voor ons als psychologen betekenen. Menno voegt toe dat hij momenteel ook plaatsvervangend secretaris is bij het tuchtcollege in Zwolle en in de METC in het UMCU.

Hieronder volgt een toelichting op de gegeven presentatie [[download de presentatie hier](#)].

CONCEPT

60 *Inleiding*

De AVG gaat in per 25 mei, en ook de UAVG treedt in werking vanaf vandaag. Dit is het wettelijk systeem in Nederland, maar ook in een groot deel van Europa.

65 *Gegevensbescherming* = alle gegevens over personen, die (in)direct te herleiden zijn. Het gaat om natuurlijke mensen die in leven zijn, geen bedrijven. Dit is een beperkter kader dan voorheen gebruikt werd.

Beroepsgeheim = alles wat je in je beroepsuitoefening te weten komt/alles wat je in de hoedanigheid van je functie te weten komt en waarvan je het vertrouwelijk karakter moet begrijpen. Het doel is het bewaken van vertrouwen en het creëren van bewustwording betreffende gebruik van persoonsgegevens. Het algemeen belang is dat iedereen toegang heeft tot de gezondheidszorg. De normen uit de WGBO zijn sterker/specifieker dan die van de AVG.

70 *Verschoningsrecht* = recht om justitiële autoriteiten buiten de deur te houden (zoals bij een oproep als getuige of aangifteplicht van bijv. verkrachting). Het advies is: gebruik het als afweerrecht voor de patiënt, door hiermee het eigen zwijgplicht te bewaken.

75 *Gegevensbescherming*

Gegevensbescherming begint met de vraag: “Verwerk ik persoonsgegevens?”.

Een voorbeeld: de presentatie met een casus van een patiënt werd door de organisatie van het congres waar de spreker presenteerde op internet gezet. Dit mag niet aangezien de mensen uit de omgeving van de patiënt wel zouden kunnen herkennen om wie het gaat. Als de persoon absoluut niet herleidbaar is, bijv. bij “het is een Nederlandse vrouw”, dan is er geen probleem.

80 Zelfs als je een patiëntnaam wijzigt in een code en er iemand anders is die over de sleutel beschikt, gaat het al om persoonsgegevens. Een IP-adres is daarom ook een vorm van persoonsgegevens, want ergens is bekend dat dit hoort bij een specifiek persoon. Alle gegevens(bestanden) die kenmerken van individuen bevatten vallen er ook onder. Vooral bij verstrekking aan derden, bijvoorbeeld in wetenschappelijk onderzoek, moet men hiervoor waken.

Vraag twee is: “Waar moet je aan voldoen?”. Antwoord hierop is dat aan minimaal een van de grondslagen moet worden voldaan om persoonsgegevens te mogen verzamelen [zie sheet “gegevensbescherming in een notendop” in de presentatie voor de grondslagen en andere zaken die geregeld moeten worden]. Privacy by design is een visie over hoe je dat zou moeten doen, wat de wet nu oplegt. Het houdt eigenlijk in dat zaken zo ontwikkeld worden dat deze automatisch voldoen aan de AVG.

95 Vraag drie is: “Wat doen we met de gegevens?”. Als psycholoog in een ziekenhuis ben je medeverantwoordelijk hiervoor, naast de verantwoordelijkheid die het ziekenhuis draagt. De rechten van betrokkenen zijn met de AVG aangesterkt. De mate van verantwoording afleggen is ook aangepast: je moet aangeven wat je doet en waarom en je moet je beleid betreffende beveiliging kunnen laten zien.

100 Voor de praktijk is het beginsel van dataminimalisatie belangrijke. Dit gaat bijvoorbeeld over wat je in de e-mail bewaart en wat in het EPD. Jij bent niet de enige die in de inbox kan, terwijl de toegang tot het EPD beperkt is. Het advies is om relevante informatie uit een e-mail direct te kopiëren naar het EPD en de e-mail te verwijderen. Denk ook aan USB-sticks zonder beveiliging, die je kunt kwijtraken...

Datalekken

105 Wie meldt dit? Jij bent als psycholoog niet degene die dit meldt, maar het bestuur van de organisatie doet dat.

Wel moet je een datalek intern melden. Als je twijfelt, dan kun je dit bespreken met de functionaris gegevensbescherming, die bepaalt vervolgens of het gemeld moet worden.

110 Wat is een datalek? Als je een bestand over een patiënt verwijdert en de prullenbak is ook leeg, terwijl je dit niet had mogen verwijderen, dan is er ook sprake van een datalek. Het gaat dus ook om het verliezen van data zonder dat een derde daar weet van heeft.

115 Waar gaat het mis in de praktijk? Vooral bij het versturen van persoonsgegevens aan een ander dan wie het zou moeten ontvangen. In de praktijk hoor je weleens dat artsen en psychologen geen e-mails naar patiënten mogen versturen, met de reden dat dit emailadres niet veilig. Toch mag het wel, indien je de patiënt er één keer op hebt gewezen dat hij/zij een risico loopt, omdat het geen beveiligd emailadres is. Echter, als het ziekenhuis waar je werkt hier zelf strikte(re) afspraken over heeft gemaakt, dan moet je dit volgen.

Praktische AVG-documenten

Op de websites (zie sheet) kun je meer informatie krijgen over de AVG.

CONCEPT

120

Vragen uit de zaal:

- Zorgen over het volgende worden uitgesproken: Kinderen hebben op latere leeftijd inzicht in hun eigen dossier, waar ook informatie over hun ouders staat. Het gaat hier om bescherming van het kind, omdat er verschrikkelijke dingen over ouders kunnen staan in het EPD. De vraag tevens of hier dan sprake is van een datalek? Volgens Menno zou dit de enige reden uit de hele WGBO kunnen zijn om gegevens te vernietigen. Er is namelijk maar één reden: de bescherming van de privacy van een ander dan de patiënt.
Het beroepsgeheim, waar de WGBO onder valt, is strenger dan de AVG. Dus de AVG is de “grondlak”, die niet alles ondersteunt. Er zijn ook gegevens die niet onder de AVG vallen, maar wel onder je beroepsgeheim.
- Waarom vervalt gegevensbescherming na overlijden? Antwoord: Dat is een keuze geweest.

125

130

Uitwisseling tussen zorgaanbieders

Wabvpz = Wet aanvullende bepaling verwerking persoonsgegevens in de zorg.

135

Deze wet gaat alleen over pull-verkeer. Een vergelijking: Bij de kroket die warm gehouden wordt in de FEBO-muur. De authenticatie is de €2 die je in de muurt gooit (net als de UZI-pas o.i.d.). Daarna kun je de kroket pakken. Bij pull-verkeer staan de gegevens al klaar en worden ze “warm gehouden”, klaargezet in een elektronisch dossier. Het gaat om een systeem waar jij informatie in zet en waar je vervolgens geen invloed op hebt. Dit gaat om de muren van een zorgaanbieder, bijv. binnen een heel UMCU.

140

Push-verkeer is bijvoorbeeld een e-mail versturen.

Bij terug rapporteren aan de huisarts mag je alleen melden wat noodzakelijk is en niet meer.

Toestemmingsprofiel

145

Het is belangrijk om dit centraal te regelen, zodat er één toestemmingsprofiel komt van een patiënt en niet meerdere profielen die elkaar mogelijk tegenspreken. Dit wordt uitgesteld tot 1 juli 2020. Het hoeft niet allemaal zeer specifiek, kan ook in categorieën.

Binnenkort zal er een artikel in de de NTvG verschijnen over het juridische perspectief op het real-time design. Cisco van Veen heeft recentelijk een stuk geschreven over het perspectief van de behandelaar, getiteld “Is de psychiatrie klaar voor de meelezende patiënt? Inventarisatie van eerste ervaringen”.

150

Tot slot: De wet verandert het doel van het medisch dossier. Wat zet je erin? Momenteel eigenlijk alleen zaken voor je collega’s. Echter, krijgen patiënten ook steeds vaker inzage. Het zal dus mogelijk gaan veranderen naar dat je het EPD niet alleen gebruikt voor collega’s, maar ook voor de patiënt.

155

[Bovenstaande aantekeningen zijn niet geverifieerd door de spreker Menno Mostert.]

5. Presentatie Rosalinde Visser - senior beleidsmedewerker beroepsethiek bij het NIP (Nederlands Instituut van Psychologen): Het EPD in perspectief van de AVG en de Beroepscode voor psychologen -

160

Jurgen introduceert Rosaline Visser. Er is contact geweest over de specifieke situatie van psychologen die werken in een ziekenhuis, m.n. over het geïntegreerd werken.

Hieronder volgt een toelichting op de gegeven presentatie [[download de presentatie hier](#)].

165

Inleiding

De vraag die vaker gesteld wordt: “Is de beroepscode houdbaar in perspectief van de AVG?” Belangrijk om te weten is dat de beroepscode van en voor de beroepsbeoefenaar is. Deze wordt samen gemaakt met de ethische commissie van het NIP, waarin leden vertegenwoordigd zijn, zowel klinici als op andere gebieden werkzaam. Zij brengen de praktijk in. De code is mede gebaseerd op de WGBO maar pretendeert niet alle wetten te vervangen. De beroepscode is naast richtlijnen, standaarden en veldnormen onderdeel van de professionele standaard.

170

Karakter beroepscode

De Beroepscode is geen alternatief voor wet- en regelgeving, maar heeft wel betekenis als onderdeel van de professionele standaard. Een code is niet vrijblijvend, maar doet een beroep op de professional/beroepsgroep om mee te denken en invloed te hebben op de inhoud.

175

CONCEPT

In beroepsgroepen wordt snel naar het tuchtrecht gegrepen. Gelukkig worden er weinig klachten over psychologen gegrond verklaard; de helft van de 50-60 klachten die bij het verenigingstuchtrecht van het NIP per jaar worden ingediend is ongegrond.

180 Een belangrijk toevoeging: De code richt zich tot de individuele professional, niet op de instelling waar de professional werkt.

Beroepscode verwijst naar de wet

Een zorgverlener die zich aan de wet moet houden, komt al een heel eind door zich aan de code te houden.

185 Echter, is er geen een-op-een overlap. Het advies is: als de wet de psycholoog dwingt af te wijken van de beroepscode, probeer deze dan voor het overige gedeelte wel zoveel mogelijk te volgen.

De beroepscode en het EPD

190 Het NIP heeft een werkgroep EPD gestart, waar Chantal van Kempen vanuit het bestuur van de PAZ/LVMP in zit. Deze werkgroep probeert de volgende vraag te beantwoorden: "Kunnen we naast de code nog praktische handreikingen leveren?". Aanknopingspunten hiervoor zijn de volgende:

- Geheimhoudingsplicht: De indeling van het EPD heeft veel te maken met de vertrouwensrelatie. Als zorgprofessional heb je inspraak over hoe het EPD wordt ingedeeld.
- Strenge eisen aan toestemming: De beroepscode is niet strenger dan de WGBO. Er is interpretatieruimte mogelijk bij het bepalen van wie in de relatie tussen professional en patiënt nog meer rechtstreeks betrokken kan zijn. Het staat de psycholoog vrij binnen het team het gesprek aan te gaan over wie wel en wie niet direct betrokken is.
- Wat het lastig maakt is dat uitspraken van tuchtcolleges niet altijd gelijkkluidend zijn in vergelijkbare gevallen.
- 200 - Er zijn normen voor het gebruik van Hotmail/Gmail, ter aanvulling op de beroepscode.

Wie zijn rechtstreeks betrokkenen?

- Het is nodig dat bepaalde delen van het dossier af te schermen zijn, want niet alles hoeft noodzakelijkerwijs gedeeld te worden met alle leden van en behandelteam.
- 205 - Naast de professionals die daadwerkelijk rechtstreeks contact hebben, kunnen personen uit het behandelteam vanwege hun deskundigheid en expertise als rechtstreeks betrokkene gezien worden indien informatie-uitwisseling met deze persoon kan bijdragen een aan goede behandeling.

Indeling en functionaliteiten EPD

- 210 - Indeling van het systeem is belangrijk. Bij meerdere betrokkenen, zoals bij kinderen en hun ouders, is het belangrijk om het EPD goed in te delen. Het advies is om het dossier zo in te delen dat wanneer er een verzoek van de patiënt komt om zijn/haar dossier in te zien het goed geordend is (dus geordend per betrokken persoon, niet in volgorde van tijd).
- De persoonlijke werkaantekeningen zijn echt uitsluitend voor de hulpverlener, de psycholoog, bedoeld. Het is een beperkte categorie van aantekeningen, niet te verwarren met de gespreksaantekeningen. Deze hebbende functie van geheugensteun een gedachtegang waar je nog naar wilt kijken, en dit hoort niet in het patiëntendossier. Het is niet de bedoeling deze apart te bewaren op papier of in andere document, maar wel op een aparte, van de overige gegevens afgescheiden, plek in het EPD. Doe je dat niet, dan vallen deze ook onder het inzagerecht.
- 215 - Het noodzakelijkheids criterium maakt dat gespreksaantekeningen niet direct noodzakelijk zijn om te noteren in een EPD, dat wil zeggen zodat deze ook voor andere behandelaars toegankelijk zijn. Dit heeft te maken met de vertrouwensrelatie met de patiënt en de geheimhoudingsplicht. Deze verplicht de psycholoog om alleen te delen wat noodzakelijk is.
- Wanneer er sprake is van vermoedens van precare informatie dan moet er een moment zijn wanneer dit gedeeld wordt met het team. Dit kan in het begin ook geanonimiseerd. Advies is de professionele ruimte te nemen om na te denken hoe dit te doen en op welk moment.
- 225

[Bovenstaande aantekeningen bij de presentatie zijn geaccordeerd door Rosaline Visser.]

230 - korte pauze -

6. Presentatie Marcel Heldoorn - Patiëntenfederatie: Het perspectief van de patiënt ten aanzien van privacy en het ZIS (Ziekenhuis Informatie Systeem - EPD)

235 De derde spreker van vandaag wordt wederom aangekondigd door Jurgen. Marcel Heldoorn zal het perspectief van patiënten op privacy en het EPD bespreken.

Hieronder volgt een toelichting op de gegeven presentatie [[download de presentatie hier](#)].

CONCEPT

De patiënt bestaat niet

240 Marcel start met de uitspraak “De patiënt bestaat niet”. Hij legt het Motivaction model uit (zie sheet). Op de website van Motivaction is hier een mooi whitepaper over te downloaden. Er is gekeken hoe de groepen mensen verschillen, bijvoorbeeld op gebied van geloof in technologie. Bij het ontwikkelen van zaken en in de praktijk, moet hier rekening mee gehouden worden.

Het EPD?

245 Enerzijds kun je je afvragen of je wel de juiste vraag stelt aan de EPD-leverancier, anderzijds is het de vraag of deze wel goed luistert.

Hoe kijken patiënten naar een ziekenhuis?

250 Eigenlijk is het ziekenhuis volgens Marcel Heldoorn georganiseerd als een winkelcentrum, waar patiënten zich niet van bewust zijn. Zij zien vooral de instelling (en eventueel de huisarts daarnaast).

Privacy in context

- 255 - Aanleggen van een eigen dossier: De Patiëntenfederatie vindt de rol/het betrekken van patiënten belangrijk. Soms levert dit namelijk wat op. Wel is het afhankelijk van de soort patiënt (zie model Motivaction).
- Context afhankelijke privacy: Er is normaalgesproken een groot vertrouwen in zorgverleners, maar soms gaat dat helemaal de andere kant op (zoals in de situatie van Barbie). Opvallend vindt Heldoorn: als we gaan reizen dat gaan we opeens heel ver met het delen van informatie (bijv. bodyscan).
- 260 - Onderscheid in gegevenssoorten: “Alles boven de nek (tussen de oren) en onder de gordel is heel gevoelig”. Echter, niet overal wordt hier op dezelfde manier naar gekeken.

In 2020 2 nieuwe bepalingen in de wabvz...

265 Het recht op een digitaal afschrift van het medisch dossier, vindt de Patiëntenfederatie belangrijk. Het recht voor het opvragen van het dossier is al mogelijk, maar dit is momenteel niet gemakkelijk te realiseren. Wanneer dit wel gemakkelijk kan, dan is het pas een echt *patiëntendossier*. Dit wordt een heel nieuw gebied in de zorg.

MedMij

270 Dit is een programma dat tot doel heeft patiënten de mogelijkheid te geven tot meer eigen regie, betrokkenheid, eigen inzicht, informeren van professionals etc. om een beter gesprek te kunnen voeren in de spreekkamer. Het middel is de persoonlijke gezondheidsomgeving. Dit is te vergelijken met LinkedIn; als je bijv. op zoek bent naar werk dan kan LinkedIn voorstellen doen. Als je werkt en jouw netwerk nodig hebt, dan kan dat via LinkedIn en als je een sabbatical gaat doen dat bewaart LinkedIn je contacten. MedMij doet iets dergelijks, namelijk ervoor zorgen dat al jouw gezondheidsgegevens samenkomen in een persoonlijke gezondheidsomgeving. Er komen automatisch gegevens in, maar je kunt er ook zelf gegevens aan toevoegen (bijv. bloeddruk, hartslag etc. vanuit een horloge).

Verhaal van...

280 Dit is een voorbeeld van een jonge vrouw met diabetes type 1. Wanneer de gegevens die zij met een meter zelf al heeft vergaard direct naar haar arts zouden kunnen gaan, in plaats van deze pas te bespreken tijdens een afspraak, zou dit bij kunnen dragen aan de zorg. Zij geeft aan: “een dergelijke digitale omgeving zou mij een steun in de rug geven (...) en helpen gezond te leven...gezonder te blijven”.

De essentie van MedMij

285 MedMij heeft een afsprakenstelsel ingericht van eisen/standaarden over hoe de techniek moet werken. Partijen die deelnemen krijgen een keurmerk van MedMij. Er is eigenlijk sprake van een cultuurverandering op twee vlakken: ten eerste de patiënt een nieuwe positie geven en ten tweede de zorgverlener aanzetten om stappen te zetten (richting een patiëntenportaal, real-time informatie etc.). De rol van de professional is erg belangrijk en MedMij biedt waarborging voor een geschikt gebruik (zie sheet).
290 Persoonlijke werkaantekeningen worden bijvoorbeeld niet gedeeld met de patiënt.

Wat is de relatie tussen MedMij en een gekookt ei?

295 Achter het koken van een ei zit een heel afsprakenstelsel. Bijv. alleen al over de leidingen die achter het kastje waar die eieren in komen te liggen zijn allerlei afspraken gemaakt (financiering, regels over gebruik leidingwerk etc.). Het gaat echter niet om de leidingen achter het keukenkastje, maar over wat je met dat ei kan doen (bijv. een Chinese rijsttafel maken). Het gaat eigenlijk zelfs niet om de leidingen of de maaltijd op zich, maar over dat

CONCEPT

het samen gezelligheid oplevert aan tafel, wat in deze vergelijking gelijk staat aan een beter gesprek in de spreekkamer met de arts.

300 [Bovenstaande aantekeningen bij de presentatie zijn geaccordeerd door Marcel Heldoorn.]

7. Forumdiscussie - gelegenheid voor leden om vragen te stellen

- Huib van Dis constateert dat er specifieke problemen zijn waar allen die werkzaam zijn binnen de Medische Psychologie tegenaan lopen. Rosalinde geeft aan dat het belangrijk is om als beroepsgroep de vraag te stellen wat de beroepscode voor de eigen beroepsgroep betekent. Juist voor werkvelen die hele specifieke kanten hebben zijn er specifieke documenten (bijv. AST, praktijkrichtlijnen voor schoolpsychologen en het ECD/EPD-project waar een bijlage uit volgt voor specifieke groepen psychologen over de praktijk). De keuze is geen aparte codes te maken, maar wel een toelichting per groep, voegt Rosalinde toe.
- *Vraag: Vroeger werden dossiers automatisch vernietigd, hoe zit dit met het EPD?* Menno benoemt dat in de wet (WGBO) eerst een bewaartermijn van 10 jaar stond, later van 15 jaar en toen gaf de KNMG iets in de trant van “doe maar niets als je het nog nodig hebt” aan. De situatie is nu erg lastig. Enerzijds zet de AVG mogelijk iets in gang i.h.k.v. dataminimalisatie, anderzijds kunnen dossiers langer bewaard worden als dit in belang van de patiënt is. Rosalinde voegt toe dat het belangrijk is dat de patiënt ervan op de hoogte wordt gehouden als een dossier langer wordt bewaard en waarom. Marcel vraagt zich af of patiënten wel weten wat de bewaartermijn is. De KNMG en de Patiëntenvereniging hebben gesproken over het verlengen van de bewaartermijn. Wat betreft de Patiëntenvereniging is het dossier een levenslang hulpmiddel. Nu begin je met het noteren van informatie over een net geboren kind in een groen boekje, later krijgt het een inentingenboekje, maar die raken veel mensen kwijt. Hier vergelijkt Marcel de persoonlijke gegevensomgeving mee, maar die kun je het bewaren voor het hele leven.
- *Belang bescherming minderjarigen en kwetsbare volwassen patiënten. De RvB van het ziekenhuis zegt dat de patiëntgegevens zijn voldoende afgeschermd met een Digidcode. Vanaf 16 jaar kunnen patiënten zelf inloggen. Echter, hebben ouders vaak het wachtwoord van de Digid van hun kind en/of loopt de identificatie per SMS via de telefoon van ouders. Hoewel ouders strafbaar zijn als zij inloggen voor hun kind van 16+, is de mogelijkheid er wel. Vaak is het geen probleem, maar in enkele gevallen wel. De vraag is of wij als professionals daar aansprakelijk voor zijn.*
Menno wijst allen er op dat er niet alleen een verandering op 16-jarige, maar ook vanaf 12-jarige leeftijd. Je zou je kunnen afvragen of een toestemming van ouders wel past. Er zijn mogelijkheden om de mogelijkheid van openen van het digitale dossier te stoppen en terug te gaan naar opvragen van een papieren dossier. Er is geen klinkklare oplossing afgezien van het te verifiëren met het kind tijdens een gesprek. Rosalinde adviseert om in een vroeg stadium te bespreken hoe het kind er in staat. Ook moet je als zorgprofessional al voor het moment dat er om inzage gevraagd wordt een indeling van je dossier maken, zoals een onderscheid per persoon (ouders vs. kind).
- *Judith Prins: We hebben het steeds over rechten van patiënten, maar professionals hebben ook rechten. Patiënten hebben ook plichten, zoals respectvol omgaan met zorgverleners. Hoe kijken jullie daar tegenaan?*
Menno geeft aan dat verpleegkundigen op de afdeling psychiatrie zich zorgen maken dat hun gehele naam inzichtelijk is. Dit is een nieuw probleem dat is ontstaan, waardoor zij zich onveilig kunnen voelen. Privacy van de zorgverlener gebeurt niet door de WBGO, dus dan komen we in de verordening (AVG). De rechten worden door de AVG versterkt, maar je kunt er niet altijd iets aan doen. Marcel wijst allen erop dat je vanaf vandaag een klacht kunt indienen, wat voorheen niet kon. De Patiëntenvereniging is eigenaar van de website Zorgkaart Nederland, die bij zorgverleners gemengde gevoelens oplevert, aangezien men daar met naam en toenaam wordt genoemd. De rechter heeft tot nu toe gezegd dat de site gebruikt wordt als een adresboek/compleet overzicht, wat de mogelijkheid biedt om reacties te plaatsen en om contact tot stand te brengen. Dit rechtvaardigt dat het van belang is. Daarnaast is het zo dat beoordelingen van zorgverleners toch wel gebeuren, ook op het schoolplein, aldus Marcel. Het idee van Zorgkaart Nederland is; als het dan toch gebeurt, laten we het dan zo goed mogelijk opzetten.
- *Vraag van een lid dat in een ziekenhuis werkt waar de poli Psychiatrie en de Medische Psychologie geïntegreerd samenwerken. De regels voor de afdeling psychiatrie zeggen dat het open moet zijn en onze beroepscode zegt wat anders. Hoe gaan we hier mee om voor zowel de PAAZ als de poli?*
Rosalinde vertelt dat de code niet voorschrijft wat wel en niet mag. Wie wel en niet rechtstreeks betrokken is, dat is aan het veld om te bepalen, benadrukt Rosalinde. Zij adviseert dan ook met professionals in gesprek te gaan om te bepalen wat nodig is. Of dit op niveau van de instellingen of op landelijk niveau moet plaatsvinden blijft in het midden. Frans Hoogwegt geeft aan dat als je in een psychiatrisch dossier werkt en niet zichtbaar is dat jij verrichtingen hebt gedaan, dan wordt het niet

CONCEPT

- betaald. Het moet dus zichtbaar zijn voor de verzekeraar. Rosalinde geeft aan dat het NIP hier geen hele strikte regels over hanteert; het NIP zegt niet dat het niet mag, maar geeft criteria aan om als beroepsgroep hier uitleg aan te geven. Menno heeft de concrete tekst van de beroepscode van het NIP niet voor ogen, maar vermoed dat voor psychologen dezelfde norm geldt als voor de andere zorgverleners in ziekenhuizen: “Mogen geen toegang hebben” is iets anders dan “Mogen er in”. De verantwoordelijkheid om wel of niet een dossier te bekijken ligt bij de persoon die dat doet. Menno vindt niet dat het dossier dit onmogelijk moet maken, maar dat er wel een check moet zijn. Hij denkt dat het NIP hetzelfde probeert uit te dragen als WGBO/AVG. De opvatting “De toegang moet onmogelijk zijn”, is te streng. Marcel benoemt dat de inspectie in ziekenhuizen onderzoek heeft gedaan en heeft vastgesteld dat veel zaken te open zijn. “Kan het of mag het?” is vooral de vraag en hier wordt in instellingen me geworsteld. Menno voegt toe dat er geen enkele reden is om in het ziekenhuis een ander beleid te voeren dan voor andere beroepsgroepen.
- *Wat moeten we als we in supervisie komen en geacht worden videomateriaal mee te nemen? Stel, de patiënt is akkoord, er is voor getekend en hoe nu verder?* Menno zegt dat het begint bij het medium dat je kiest om gesprekken op te nemen. Een iPhone is doorgaan aanwezig, maar gebruik hiervan zou een datalek zijn. (opleidings)Instellingen dienen dus een apparaat beschikbaar te stellen hiervoor, een die niet in verbinding is met het internet of een cloud. Het advies is dus: kijk vanuit de opleiding hoe opleidingen gefaciliteerd kunnen worden om dit correct te doen. Daarnaast zijn de afspraken met de patiënt heel belangrijk: war is het doel, wanneer wordt de opname verwijderd etc. Verder is het belangrijk alleen te doen wat nodig is; geluid of ook videobeelden. Ga bijvoorbeeld na of uitdrukking van het gezicht van de patiënt of de interactie tussen psycholoog en patiënt nodig is.
 - *Veel mensen werken in een multidisciplinair team. Wat moet er in het afgeschermd deel van het dossier en wat niet?* Kijk vooral naar wat nodig is en hier zijn twee criteria voor: 1) rechtstreekse betrokkenheid 2) is multidisciplinariteit nodig? Als de patiënt zich wendt tot een multidisciplinair team dan hoef je niet om extra toestemming van de patiënt te vragen. Het gaat niet alleen om de vraag wat nodig is, maar ook hoe ver je mag gaan. Wat doe je bijvoorbeeld wanneer een patiënt geïntubeerd is en geen reactie kan geven? Rosalinde voegt toe dat een verpleegkundige geholpen kan zijn met een handelingsadvies van de psycholoog, zonder dat veel informatie gedeeld hoeft te worden. Het gaat hierbij om de afscheiding tussen wat de verpleegkundige nodig heeft als handelingsadvies in bijvoorbeeld communicatie met de patiënt en inzicht hebben in de gehele gespreksinhoud die niet nodig is om goede verpleegkundige zorg te kunnen leveren.
 - *Els Driessen benoemt dat het EPD beperkingen lijkt te hebben. Liefst willen psychologen tabbladen om onderscheid te kunnen maken. Bijv. bij het MDO seksuologie is het opdelen van informatie lastig. Het lukt niet om een deel te maken dat alleen voor de psychologen is, apart van een deel voor de gynaecologen, urologen etc. Iedereen moet hierdoor steeds door het grote dossier scrollen. Els vraagt waar de verantwoordelijkheid van de psycholoog ophoudt en wanneer naar de directie gestapt moet worden.*
Menno schets het volgende: stelt je werkt multidisciplinair samen en hebt geen EPD. Dan zou je brieven sturen naar elkaar. Dit is een oplossing, maar het is de vraag hoe fijn dat werkt. Er is sprake van verschillende lagen van verantwoordelijkheid: jij als individu, de ontvangende hulpverlener die het dossier moet bewaken en het bestuur van de instelling die moet zorgen voor een goed systeem i.s.m. de leverancier ervan. Menno adviseert dergelijke problemen te delen met de RvB. Belangrijk om te onthouden is: als het nodig is dat jij informatie deelt ten gunste van de patiënt, dan moet dat kunnen.
- Als de ontvanger zijn dossier niet goed heeft ingericht en jij wijst diegene er op dat de door jou verzonden informatie alleen voor hem/haar is, dan is dat verantwoordelijkheid van de ander. Jurgen voegt toe dat alle opgemaakte brieven inzichtelijk zijn voor alle specialismen. Er zijn patiënten die willen dat brieven alleen inzichtelijk willen voor één specialisme, maar daar voorziet het EPD van EPIC niet in. Marcel geeft aan dat je dit specifiek zou moeten gaan regelen. De regeling omtrent gespecificeerde toestemming heeft nu uitstel van een paar jaar omdat het de vraag is of dit wel haalbaar is.
- *Tijdens een MDO worden patiënten besproken. Er zijn dan aanwezigen die direct en aanwezigen die niet direct bij de patiënt betrokken zijn. Is dit een probleem?* Een oplossing is volgens Menno dat iedereen op dat moment heel kort rechtstreeks betrokken geweest en dit komt ook meteen te vervallen. Alleen dan heb je een beroepsgeheim en dus de mogelijkheid van verschoningsrecht. Rosalinde adviseert om dit met elkaar te regelen en ook te benoemen op deze manier. Er is sprake van een belangrijk doel. Artsen zetten echter soms ook onderzoekers bij een dergelijk MDO, wat echt derden zijn. Er zou dan genoemd moeten worden wie aanwezig is en met welk doel. Hier expliciete toestemming voor vragen is een optie. Een ander voorbeeld is de aanwezigheid van een politieagent. Wijs deze erop dat hij/zij daar niet is als politieagent, maar om de veiligheid van de arts te regelen. Maak derden er goed bewust van of het nodig is dat zij er bij zijn.

CONCEPT

- *Het moet in het systeem opgenomen worden wanneer patiënten 16 worden. Soms zijn ze uit het zicht en pas weer terug op 17 jaar, maar dan staat alle informatie over het systeem nog in het EPD. We zijn nog steeds onthand betreft schrijven in dossier van het kind waar informatie over systeem in genoemd wordt. Het zou juridisch duidelijk gemaakt moeten worden hoe we dit goed kunnen doen.*

420

Menno zegt dat het relevant is of het ziekenhuis waar je werkt een portaal heeft of niet. In de oude situatie zonder portaal was er namelijk altijd een tussenkomst; tijd om het dossier te checken. Als er geen sprake is van een portaal, dan is het advies: schrijf alles in het dossier wat van belang is voor goede zorgverlening. Als het dossier wordt opgevraagd, ga dan kijken welke info wel en niet gegeven wordt aan de patiënt.

425

Bij een ziekenhuis dat een portaal heeft, dan is het advies deze mogelijkheid uit te zetten bij patiënten waarbij een dergelijk probleem zou kunnen bestaan.

Het veld moet ook nadenken over deze vraag: niet alleen wat vinden we nodig voor collega's en onszelf, maar ook moet er een filter heen over wat ik rapporteer aan de patiënt?

430

- *Joost: Informed consent die wordt gegeven is een vinkje in het dossier, geen handtekening. De psycholoog kan dit vinkje er zelf inzetten, zonder terug te kunnen vinden of de patiënt hier daadwerkelijk toestemming voor heeft gegeven.*

435

Menno vertelt dat het vinkje net zoals de handtekening van de patiënt beiden zeer onbelangrijk zijn in vergelijking tot dat wat je hebt opgeschreven over hoe je tot informed consent bent gekomen. Heb je geverifieerd dat de patiënt begrijpt waar hij akkoord mee is? Dit blijkt uit een aantekening, niet uit een handtekening of vink.

440

Een toestemmingsformulier over wat wel/niet gedeeld wordt met buiten het ziekenhuis (bijv. huisarts) is in principe waardeloos, omdat een patiënt niet weet voor welke informatie hij/zij toestemming geeft. Het oorspronkelijk wetsvoorstel was: 1^e toestemming bij wat het dossier in gaat en 2^e toestemming bij wat er weer uit gaat. Echter, bleek dit niet werkbaar en doen we nu vooral de eerste toestemming. Hou er ook rekening mee dat patiënten vaak niet meer weten waar ze toestemming voor hebben gegeven.

[De aantekeningen bij de forumdiscussie zijn niet geverifieerd door Menno Mostert, wel door Marcel Heldoorn en Rosalinde Visser.]

445

– lunch –

8. Parallel sessies

Alle aanwezigen kunnen een van de vier parallelsessies bijwonen:

450

- a) opleidersoverleg [notulen worden per e-mail naar de opleiders gestuurd]
- b) richtlijnencommissie [geen notulen die voor alle leden inzichtelijk zijn]
- c) HIX en EPIC (ZIS/EPD in het ziekenhuis) [[download de presentatie hier](#)]
- d) op te richten commissie Onderwijs & Onderzoek [geen notulen die voor alle leden inzichtelijk zijn]

455

9. Update vanuit het bestuur

- *Toekomst LVMP*: Steven geeft aan dat er later in het jaar een bijeenkomst over de te varen koers van de LVMP zal plaatsvinden.

460

- *Jaarrekening*: Chantal noemt dat de jaarrekening van 2017 is gemaakt en dat de Kascommissie deze heeft goedgekeurd. Coosje Hordijk en Lieke Claassen worden hartelijk bedankt voor hun optreden als Kascommissie. Er is voldoende geld in kas om het 45-jarig bestaan van de PAZ en het 25-jarig bestaan van de LVMP volgend jaar goed te vieren.

465

- *Joost en Judith Prins - NBMF*: In de vorige ledenvergadering is gesproken over de mogelijke samenwerking tussen de NBMF en de LVMP. Destijds was het plan een fusie, wat de leden niet hebben goedgekeurd. Nu is er een nieuw plan op gesteld, waarop Joost en Judith nu graag een reactie krijgen. De NBMF bestaat 29 jaar. Niet alleen psychologen, maar ook artsen/fysio participeren en uitwisseling van het onderzoek staat centraal. Er is altijd nauwe samenwerking met de LVMP geweest, maar de afgelopen 1,5 jaar is gekeken naar hoe dit anders zou kunnen. Vorige voorstel was het opgaan van de NBMF in de LVMP, maar de NBMF heeft nu het voorstel zich op te heffen als federatie omdat er te veel verenigingen zijn die ongeveer hetzelfde doen. Dit betekent dat de leden van de NBMF ergens anders ondergebracht kunnen worden, bijvoorbeeld in een werkgroep van de LVMP. De NBMF is lid van de internationale ISBM, wat ze willen blijven en dit kan als LVMP-werkgroep. Hier zitten voordelen van voor de LVMP, maar ook zijn er voordelen voor de NBMF [zie sheet in deze presentatie].

470

Een vraag vanuit de leden is of er alleen maar voordelen zijn voor de LVMP. Een van de belangrijkste nadelen die tijdens de vorige ledenvergadering benoemd werd is het samengaan van een vereniging die moeite heeft te blijven bestaan. We gaan nu dus geen vereniging redden, maar een goede

475

CONCEPT

kruisbestuiving realiseren. Een ander genoemd nadeel was het binnenlaten van mensen die geen psycholoog zijn. Dit doen we nu via belangstellend lidmaatschap, wat ook gebeurt bij andere werkgroepen. Een nadeel voor de NBMF kan zijn dat het aandeel van psychologen groter is dan van fysiotherapeuten, artsen etc., maar dit was de afgelopen tijd ook al zo.

480

Huib van Dis vraagt of de NBMF gerevitaliseerd wordt en of er meer activiteiten komen. Judith en Joost geven aan dat de werkgroep onder andere hiervoor opgericht wordt.

Er kan nu niet over het voorstel gestemd worden, maar dit zal in het najaar gebeuren tijdens de ledenvergadering.

485

- *Chantal van Kempen – AVG*: privacy van patiënten, maar ook van leden is belangrijk. We hebben naar onszelf gekeken en de AVG naast de LVMP als vereniging gehouden. Hieruit volgt dat er een privacyverklaring op de website komt. Ook het aanmeldformulier is aangepast, waardoor duidelijker wordt waar leden informatie voor geven. Het ledenbestand stond op de website om elkaar te kunnen vinden. Echter is deze verouderd en niet conform AVG, waardoor deze verwijderd is. We gaan opnieuw toestemming vragen voor deze lijst en voor het rondsturen van de nieuwsbrief. Dit alles is in juli gereed.

490

10. Uitslag stemming

- LVMP: 59 akkoord 3 onthouding voor alle namen.
Mochten er leden zijn die de commissie Opleiding&Onderzoek willen versterken, dan kan dat. Tevens is er ingestemd om de werkgroep Financiering om te zetten naar een commissie.
- PAZ: 41 akkoord en 2 onthouding.

495

11. Update vanuit de commissies/werkgroepen

- Commissie Financiering: Gerdien vertelt dat we veel steun van het NIP krijgen, m.n. door beleidsmedewerker Matt Schillings. Het adviesrapport over kosten en bekostiging is aanvaard door de minister en gestuurd naar de kamer. Als een manager vraagt of jullie als psychologen wel thuishoren in het ziekenhuis, dan kun je dit rustig uitleggen a.d.h.v. dit document. Je kunt je dan dus meer richten op de inhoud. De commissie heeft aantal keer FAQ en antwoorden rondgestuurd naar de leden. Het aantal vragen voor de commissie neemt af, wat fijn is.

500

Gerdien benadrukt dat goed registreren is niet alleen belangrijk als signaal in je eigen ziekenhuis, maar ook voor andere ziekenhuizen. Wie het goed geregeld heeft wordt anders benadeeld door wie slecht registreert, omdat het dan lijkt dat je als ziekenhuis dat veel registreert dingen doet die te veel of niet nodig zijn. Door te registreren helpt je dus jezelf én anderen.

505

Verder is de commissie bezig met het invoeren van een taakherschikking; het verzoek is dat psychologen dezelfde rol krijgen als verpleegkundig specialisten, physician assistants etc. Dit betekent dan dat we de DBC open kunnen houden, ook als de patiënt niet meer naar de medisch specialist komt. Op dit moment moet steeds uitgelegd worden waarom dit nodig is.

510

Tot slot met Gerdien dat de leden binnenkort vragen krijgen opgestuurd over HEOAS. Haar verzoek aan de leden is om hierop te reageren. Als de leden aangeven waar zij tegenaan lopen, dan neemt de commissie dit mee naar de NVZ en kunnen de goede vragen gesteld worden.

515

- Richtlijnencommissie-PAZ: Evanne Spanhoff geeft aan dat de werkgroep in een transitiefase zit, omdat er leden weggaan en nieuwe aansluiten. De commissie is plannen aan het maken om een kwaliteitsslag te kunnen maken, die de veranderingen binnen de LVMP volgt. Dit moet nog concreet uitgewerkt worden. Ook wordt gewerkt aan het inventariseren wie waar kennis van heeft, zodat de commissie weet wie wanneer benaderd kan worden.

520

- Visitatiecommissie: Alex Knipping geeft aan dat er dit jaar 20 ziekenhuizen gevisiteerd zullen worden, waarvan de helft al is gevisiteerd. Dit gebeurt door een kleine 20 commissieleden. Tevens is de commissie bezig met het web-based maken van de visitatievragenlijst. Als de leden van de PAZ hier mee instemmen, dan kan er weer toekomstgericht gewerkt worden, geeft Alex aan. Een voordeel is dat het maken van een rapportage daarmee gemakkelijker gaat. Ook van belang om gegevens te verzamelen in een database. Daarmee kan namelijk meer gericht gekeken worden en kan bijvoorbeeld meer differentiatie tussen verschillende type ziekenhuizen aangebracht worden. Tijdens beleidsdagen van dit jaar zal gekeken worden naar nieuwe ontwikkelingen, zoals het visiteren van E-health.

525

- Beroepsbelangen commissie (BBC): Huib van Dis geeft aan dat hij aftreedt als voorzitter van de BBC. Reden hiervoor is dat hij ook voorzitter is van de NVGzP en de twee functie niet goed samengaan. In de vergadering van het najaar zal de BBC meer toelichten over de stand van zaken.

530

- Werkgroep LWCP: De werkgroep is samen met Wim Wierenga en Gerdien Schuitemaker sinds 2015 bezig met het correct maken van de NZa beschrijving voor de PEP-module, vertelt Simone Traa. Die is namelijk van tafel geveegd van DBC onderhoud. Afgelopen woensdag is het bericht ontvangen dat de beschrijving van 2015 weer is aangenomen en uitgebreid zal worden met een beschrijving waar een

535

CONCEPT

PEP-module op afstand aan moet voldoen. Dit doet volgens Simone ook meer recht aan de rol die wij al psycholoog daarin hebben. Per 1 januari jongstleden geldt de beschrijving, met terugwerkende kracht.

- Bestuur: De ledenvergadering van november wordt gehouden in Zwolle. Dit gaat in samenhang met een symposium rondom het vertrek van Erik Erfemeijer uit het werkveld.

540

12. Terugkoppeling portefeuille kwaliteit

Nienke geeft een overzicht van de projecten/thema's die onder de portefeuille kwaliteit vallen [[download dit overzicht hier](#)]. Ook de clinical practices horen hierbij, die tot doel hebben om van elkaar te kunnen leren en

545

daarmee de kwaliteit van het vak hoog te houden. Ook werken we aan de kwaliteit binnen de verschillende commissies die de LVMP heeft. Het bestuur stimuleert het opzetten van expertgroepen (stoornis specifieke werkgroepen), zodat kruisbestuiving plaats kan vinden tussen professionals uit verschillende ziekenhuizen. Daarnaast zijn er stoornis-generieke werkgroepen die meer overstijgend zijn, zoals de werkgroep e-health.

550

Op het gebied van kwaliteit zijn er sinds 2017 verschillende producten in ontwikkeling. De Veldnormen gaan alleen over de Medische Psychologie en is opgesteld i.s.m. de sectie Neuropsychologie van het NIP. De Generieke module is breder opgezet dan slechts voor de Medische Psychologie. Huib van Dis heeft een concept van de Veldnormen al gezien en vraagt zich af waarom er op vermeld staat dat het stuk niet gedeeld mag worden. Volgens Huib is dit bij uitstek een document om juist wel breed te verspreiden. Nienke geeft aan dat het zeker wenselijk is om de Veldnormen breed te verspreiden, dus die tekst zal verwijderd worden.

555

13. Presentatie clinical practices

Els Driessen - Oncologie

Een belangrijk punt dat Els noemt betreffende de clinical practice is dat de grote gemeenschappelijke deler de oncologie is, maar de reikwijdte is heel groot door veel verschillende vormen van de oncologie en de gevolgen die daarmee gepaard gaan. Het zou een mogelijkheid zijn om dit op te delen per vorm.

560

Verder vertelt Els dat het ziekenhuis zich heeft ingeschreven voor de NVPO pilot Aanpassingsstoornissen. Het is nog onduidelijk wat dit zal brengen en het zou mooi zijn te delen wat hier uitkomt. Niet alleen de Medische Psychologie, maar ook andere psychologische instellingen hebben zich ingeschreven voor deze pilot.

Wat betreft de taken en verantwoordelijkheden: hier wordt opnieuw naar gekeken, mede door de veranderende verhouding tot de psychiatrie binnen het ziekenhuis en vernieuwing van het EPD.

565

Coosje Hordijk - Hoofdpijnpoli

Op de hoofdpijnpoli worden drie mensen per week gezien, in een carrousel. De psycholoog kan de informatie van de vragenlijsten inzien, krijgt de informatie van de arts, waar de patiënt eerder in de carrousel is geweest. Dit is meteen te lezen in het EPD en hier kan direct op in worden gegaan wanneer de psycholoog de patiënt ziet. Het is hard werken, maar de patiënt voelt zich hiermee door gehoord.

570

Coosje vertelt dat er ook een groep wordt gegeven door de psycholoog samen met de psychologisch medewerker. Deze bestaat uit 6 bijeenkomsten (eerst informatie en later komen neuroloog, fysiotherapeut en gynaecoloog om vragen te beantwoorden). De apotheek is ook betrokken, omdat hier veel vragen over waren vanuit de patiënten.

575

De wens is om eerstelijns en basispsychologen te trainen in wat zij moeten doen met patiënten met migraine. De fysiotherapie heeft dit al goed vormgegeven in het Noorden en de psychologie is nog zoekende hoe dit te doen.

Wat betreft de financiering benoemt Coosje dat de bedragen per ziekenhuis anders zijn, omdat ieder ziekenhuis hier anders over onderhandelt. Hoe hoger in de boom (zie laatste sheet) hoe meer financiering je krijgt.

580

Huib vraagt of dit betekent dat hoofdpijnpatiënten met welke vorm van hoofdpijn dan ook, in dezelfde DBC vallen. Dit is waarschijnlijk wel zo. Volgens Huib is dit inhoudelijk gezien niet goed, omdat je dan vervuiling in de diagnostiek krijgt.

Els Driessen vraagt of er er patiënten zijn die niet worden gezien op basis van de vragenlijst. Coosje antwoordt dat het liefst geen mensen worden gezien voor een second opinion, want dit vervuult de plekken van de mensen die complex zijn en nog niet voldoende zijn onderzocht. Er is al een wachttijd, dus dat is zonde.

585

Tot slot wordt er gevraagd of er veel over medicatie gebruik is in deze patiëntengroep. Coosje geeft aan dat dit zo is en dat wordt geprobeerd dit meer terug te leggen bij de POH/huisarts etc.

Algemeen

Het format voor de clinical practices is ontwikkeld door de LVMP. Nienke nodigt alle leden, in het bijzonder de stoornis specifieke werkgroepen, uit om een clinical practice op te stellen. Dergelijke lijsten kunnen bijdragen als je moet inspringen voor een collega, als je met problematiek te maken krijgt waar je dit normaal niet doet, voor het inwerken van een nieuwe collega, voor de opleiding van een GioS etc.

590

CONCEPT

14. Rondvraag

- 595 - Huib van Dis geeft aan dat het vroeger de goede traditie was om de ledenvergadering in drie delen op te splitsen: eerst een PAZ-vergadering, dan een LVMP-vergadering en tot slot een inhoudelijk deel. In de loop der tijd is dit meer vervlochten geraakt volgens Huib. Hij zou graag weer teruggaan naar de oude situatie, omdat dit overzichtelijker is.
- Steven geeft aan dat hier wel verandering in zal komen. Om te beginnen zal er in het vroege najaar een zuiver LVMP-vergadering plaatsvinden.
- 600 - Joost attendeert de leden er op dat Gerdien en Steven na de ledenvergadering in het najaar hun bestuursfunctie zullen beëindigen. Er komen dus twee plekken vrij in het bestuur. Wie hier interesse in heeft of over van gedachten wil wisselen kan Joost benaderen, via secretaris@lvmp.nl.
- 605 - Guus vertelt dat de website van de LVMP constant aan het veranderen is, in samenwerking met de PR-commissie. Zij roept de leden op handige stukken (werkdokument, artikelen etc.) op te sturen naar de LVMP, zodat andere leden hier profijt van hebben. Dit zal de kwaliteit van het werkveld ten goede komen. Dus wanneer leden iets hebben dat zij met anderen (op het ledengedeelte van de website) willen delen, e-mail dit dan naar pr@lvmp.nl.

610 15. PAZ-zaken

Instemmen bestuur

- Degenen die niet lid zijn van het NIP kunnen de zaal verlaten en enkelen van hen blijven aanwezig als toehoorder. Joost toont de CV's van de huidige bestuursleden. Deze worden gedeeld, omdat allen opnieuw ingestemd dienen te worden bij het NIP. Het idee van het bestuur is stabiel te blijven in deze hoedanigheid. In de toekomst kan gekeken worden naar mogelijke samenwerkingen met andere secties, maar dit zal pas gebeuren na 2018.
- 615 Bij stemming per handopsteking, stemt niemand tegen behoud van het huidige bestuur (23 PAZ-leden).

Vernieuwd reglement

- 620 Joost benoemt de belangrijkste veranderingen betreffende het vernieuwde reglement:
- Belangstellend leden worden erkend door het NIP. Zij zijn geen psycholoog, maar werken wel samen met psychologen (bijv. fysiotherapeuten). Zij mogen ook lid worden van een sectie. Hier is de PAZ akkoord mee, omdat zij geen stemrecht hebben, maar wel betrokken zijn binnen het werkveld.
 - De jaarcyclus staat duidelijker beschreven. Dit geeft meer slagkracht, zoals Linde Grijpgong vorige Ledenvergadering heeft toegelicht.
 - De secties zullen zelf contributie gaan heffen, maar dit zal pas later ingevoerd worden. In 2019 zal er alleen een basiscontributie geheven worden.

625 Bij de stemming per handopsteking geeft geen enkel van de aanwezige leden aan hier tegen te zijn (29 PAZ-leden).

630

Overige punten

- Vanuit de PAZ is Elke (revalidatie, Jeroen Bosch Ziekenhuis) ingestemd in de nieuwe ledenraad. Per 4 juni zal de nieuwe ledenraad, bestaande uit 20 kandidaten, ingestemd worden en zal de huidige ledenraad opstappen.
- 635 - Begin 2019 zal de viering van het 80-jarig bestaan van het NIP plaatsvinden, in plaats van in december 2018 zoals eerder gedacht was.

Steven licht tot slot toe dat 2018 een transitiejaar is, waarin het PAZ-bestuur volgt wat er gebeurt binnen het NIP. In het najaar komen we hierop terug met een globaler plan van aanpak betreffende positionering etc. Wat we als PAZ sowieso gaan doen is contact opnemen met andere secties en te kijken waar we samen naartoe gaan.

640

16. Sluiting en uitloop met borrel

Steven bedankt alle aanwezigen voor hun komst en de borrel wordt geopend.

CONCEPT

645



LANDELIJKE VERENIGING
MEDISCHE PSYCHOLOGIE

Bijlage 1 - Stembiljet: Benoeming leden commissies LVMP en PAZ (25-05-2018)

| commissie Financiering LVMP / PAZ | ziekenhuis | akkoord | niet akkoord | onthouding |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------|--------------|------------|
| Gerdien Schuitemaker | Medisch Centrum Leeuwarden | | | |
| Karin Wagenaar | Groene Hart, Gouda | | | |
| Eric van Balen | VieCuri, Venlo | | | |
| Steven Fischer | Slotervaart, Amsterdam | | | |
| Marieke Fonk | Diakonessenhuis, Utrecht | | | |
| Rik Withaar | Isala, Zwolle | | | |
| Ingrid Höelsgens | Medisch Spectrum Twente, Enschede | | | |
| Laura Beek | Prinses Maxima Centrum, Utrecht | | | |
| Alice van Dijk | VU Medische Centrum, Amsterdam | | | |

| Visitatiecommissie LVMP | ziekenhuis | akkoord | niet akkoord | onthouding |
|-------------------------|-----------------------------|---------|--------------|------------|
| Marli de Weerd | Isala, Meppel | | | |
| Wytske Kijlstra | Medisch Centrum, Leeuwarden | | | |
| Nienke Maas | Radboud, Nijmegen | | | |
| Monique de Lugt | Gelderse Vallei, Ede | | | |

650

| PR-commissie LVMP | ziekenhuis | akkoord | niet akkoord | onthouding |
|--------------------|------------------------------------|---------|--------------|------------|
| Aura George | Noordwest Ziekenhuisgroep, Alkmaar | | | |
| Wisse van den Berg | Noordwest Ziekenhuisgroep, Alkmaar | | | |

| Commissie Onderwijs & Onderzoek LVMP | ziekenhuis | akkoord | niet akkoord | onthouding |
|--------------------------------------|--------------------|---------|--------------|------------|
| Jurgen Knobel | OLVG, Amsterdam | | | |
| Chris Verhaak | Radboud, Nijmegen | | | |
| Sanja Sankotic | Martini, Groningen | | | |
| Floor Bennebroek | AMC, Amsterdam | | | |
| Huib van Dis | UvA | | | |

| Congrescommissie Davos LVMP | ziekenhuis | akkoord | niet akkoord | onthouding |
|-----------------------------|------------------------|---------|--------------|------------|
| Evanne Spanhoff | Elkerliek, Helmond | | | |
| Krista van Eekeren | Antonius, Sneek | | | |
| Thelma Schilt | Slotervaart, Amsterdam | | | |
| Kim van der Schoot | UMCG, Groningen | | | |

| Richtlijnencommissie LVMP / PAZ | ziekenhuis | akkoord | niet akkoord | onthouding |
|---------------------------------|-----------------|---------|--------------|------------|
| Jeffrey Looijestijn | UMCG, Groningen | | | |
| Kim van der Schoot | UMCG, Groningen | | | |

| Commissie Bariatrie LVMP / PAZ | ziekenhuis | akkoord | niet akkoord | onthouding |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------|--------------|------------|
| Danny Tak | Elisabeth Twee Steden, Tilburg | | | |
| Chris Hinnen | LUMC, Leiden | | | |
| Theo Merkus | Elisabeth Twee Steden, Tilburg | | | |
| Lâle Özer-Gök | ZorgGroep Twente, Hengelo | | | |
| Judith Engelen | Maasstadziekenhuis, Rotterdam | | | |
| Evelyn Sloots | Maasstadziekenhuis, Rotterdam | | | |
| Edith Blommerde | | | | |
| Astrid Heessels | Zuyderland, Sittard | | | |
| Sjoerd Salet | Zuyderland, Sittard | | | |
| Noor Schuilwerwe | Maxima Medisch Centrum, Eindhoven | | | |
| Anja de Kloet | Bravis, Bergen op Zoom | | | |
| Gerbrand van Hout | Catharina, Eindhoven | | | |