de Fysiotherapeut
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

KNGF-richtlijn

Fysiotherapeutische verslaglegging

Supplement bij het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie
Jaargang 121 • Nummer 1 • 2011

2011 - ARCHIEFEXEMPLAAR

KNGF-richtlijn
Fysiotherapeutische verslaglegging

Praktijkrichtlijn

Onder redactie van:
Y.F. Heerkens
H.J.M. Hendriks
V.B. de Graaf-Peters

2011 - ARCHIEFVERSIE

De richtlijn is samengevat op een kaart. Alle onderdelen van de richtlijn zijn beschikbaar via www.fysionet-evidencebased.nl

0-01/2011

Vormgeving: Drukkerij De Gans, Amersfoort
Omslagontwerp: Ituri, Bussum
Eindredactie: Tertius – Redactie en organisatie, Houten

2011 - ARCHIEFVERSIE

© 2011 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het KNGF.

Het KNGF heeft als doel om de voorwaarden te scheppen waardoor fysiotherapeutische zorg van goede kwaliteit gerealiseerd wordt, die toegankelijk is voor de gehele Nederlandse bevolking, met erkenning van de professionele deskundigheid van de fysiotherapeut. Het KNGF behartigt voor ruim 20.000 aangesloten fysiotherapeuten de belangen op beroepsinhoudelijk, sociaal-maatschappelijk en economisch gebied.

0-01/2011

Inhoud

Praktijkrichtlijn *1*

A Inleiding *1*
A.1 Historie *1*
A.2 Opbouw van de richtlijn *2*
A.3 Wijze van vastleggen *3*
A.4 Functie van verslaglegging *3*
A.5 Welke gegevens moeten worden vastgelegd? *4*
A.6 Wie is verantwoordelijk voor het vastleggen van de gegevens? *5*
A.7 Tijdsinvestering *5*
A.8 Verslaglegging in relatie tot het zorgverleningsproces *7*

B Verslaglegging per stap van het methodisch handelen *7*
B.1 Vastleggen van gegevens tijdens de aanmelding (stap 1) *7*
B.1.1 Vastleggen van gegevens bij Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF) *7*
B.1.2 Vastleggen van gegevens bij aanmelding met een verwijzing *11*
B.1.3 Vastleggen van administratieve gegevens *12*
B.2 Vastleggen van gegevens tijdens de aanvullende (hetero)anamnese (stap 2) *13*
B.3 Vastleggen van gegevens tijdens het aanvullend onderzoek (stap 3) *16*
B.4 Vastleggen van gegevens tijdens de analyse (stap 4) *17*
B.5 Vastleggen van gegevens tijdens het behandelplan (stap 5) *19*
B.6 Vastleggen van gegevens tijdens de behandeling (stap 6) *21*
B.7 Vastleggen van gegevens tijdens de eindevaluatie (stap 7) *22*
B.8 Vastleggen van gegevens tijdens de afsluiting (stap 8) *23*
B.9 Vastleggen van niet aan een fase gekoppelde gegevens *24*

Literatuur *25*

Bijlagen *27*

Bijlage 1 Totstandkoming van de *KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging* *29*
Bijlage 2 Afkortingen en verklarende woordenlijst *31*

2011 - ARCHIEFVERSIE

Praktijkrichtlijn

Y.F. Heerkens[I], H.J.M. Hendriks[II], V.B. de Graaf-Peters[III]

CONCEPTVERSIE

A Inleiding

Bij het fysiotherapeutisch handelen komen gegevens beschikbaar die, waar nodig, worden vastgelegd[a] als integraal onderdeel van dat fysiotherapeutisch handelen. Dit systematisch vastleggen van zorginhoudelijke gegevens wordt de 'fysiotherapeutische verslaglegging' genoemd. Onder verslaglegging wordt verstaan het vastleggen van het besprokene c.q. het gebeurde. Het gaat bij fysiotherapeutische verslaglegging om het systematisch vastleggen van gegevens en bevindingen met betrekking tot de fysiotherapeutische hulpverlening. Deze KNGF-richtlijn beoogt hierbij een leidraad te zijn. Deze richtlijn beoogt niet het methodisch handelen exact vast te leggen; het is dus geen protocol voor het methodisch handelen.

A.1 Historie

In 1993 publiceerde het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) haar allereerste richtlijn, de *Richtlijnen voor de Fysiotherapeutische Verslaglegging*.[1] Het KNGF wilde daarmee aan fysiotherapeuten een leidraad bieden bij het methodisch fysiotherapeutisch handelen en het vastleggen van gegevens die in dat kader relevant waren. De richtlijn beschreef, per stap van het methodisch handelen, welke gegevens(groepen) relevant waren in het kader van verslaglegging, waarbij de nadruk werd gelegd op wat minimaal moest worden vastgelegd.

Tien jaar later, in 2003, publiceerde het KNGF, na een uitgebreide discussie met het veld, een nieuwe, herziene versie, de *KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging*.[2] Deze nieuwe versie was noodzakelijk, gezien de ontwikkelingen die het beroep sinds 1993 had doorgemaakt en de veranderingen in de gezondheidszorg als geheel, inclusief die op het gebied van wet- en regelgeving.

Vier jaar later werd, vooral door de introductie van de Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF) per januari 2006 en de op stapel staande invoering van de wetgeving rond het burgerservicenummer (BSN), besloten tot een nieuwe, zij het beperkte herziening. De *KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging* is met ingang van 2008 een richtlijn die jaarlijks wordt beoordeeld op haar actualiteit, waarmee het een 'levende' richtlijn is geworden. Het methodisch handelen moet immers steeds aansluiten bij de meest actuele ontwikkelingen in het fysiotherapeutisch handelen die worden beschreven in de zorginhoudelijke richtlijnen van het KNGF. Ondanks de status van 'levende' richtlijn hebben omstandigheden, zoals het ontwikkelen van Kwaliefy en de *NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut*, ertoe geleid dat het herzien van de richtlijn door het KNGF werd uitgesteld.[3] Kritische vragen uit het veld rond de toepasbaarheid en de hanteerbaarheid van de richtlijn en over de administratieve last, hebben in het najaar van 2010 geleid tot de beslissing om per 1 april 2011 te komen met een vereenvoudigde versie van de richtlijn.

---

a Vastleggen kan ook betekenen dat gegevens (die al door een ander zijn opgeschreven) aan het dossier worden gevoegd (bijvoorbeeld de verwijsgegevens in de vorm van een verwijsbrief). De gegevens hoeven dus niet op een en het zelfde formulier te staan; wel moet helder zijn welke gegevens waar te vinden zijn (zie paragraaf B.1).

I Yvonne Heerkens, bewegingswetenschapper, programmaleider Terminologie & Technologie, Afdeling Onderzoek en Innovatie, Nederlands Paramedisch Instituut (NPi), Amersfoort; lector Arbeid en Gezondheid, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN), Nijmegen.

II Erik Hendriks, fysiotherapeut/epidemioloog, programmaleider KNGF-richtlijnen, Vakgroep Epidemiologie Maastricht University, CAPHRI School for Public Health and Primary Care en Centre for Evidence Based Physiotherapy (CEBP), Maastricht.

III Victorine de Graaf-Peters, (neuro)psycholoog, senior beleidsmedewerker wetenschap, vakinhoud en richtlijnen Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Amersfoort.

2011 - ARCHIEFVERSIE

A.2 Opbouw van de richtlijn

De richtlijn bestaat uit de volgende onderdelen:

1 de *Praktijkrichtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging*;
2 de *Verantwoording en toelichting* met daarin een uiteenzetting van de keuzes die bij de totstandkoming van de praktijkrichtlijn zijn gemaakt;
3 de *Samenvatting*, namelijk een bij de praktijkrichtlijn ingesloten kaart.

Alleen de *Praktijkrichtlijn* en de *Samenvatting* verschijnen in gedrukte vorm. De volledige richtlijn is te downloaden via www.kngfrichtlijnen.nl en de website van het KNGF (www.fysionet.nl).

Definitie richtlijn gezondheidszorg
Onder auspiciën van de Regieraad Kwaliteit van Zorg is de volgende definitie van een richtlijn geformuleerd: 'Een richtlijn is een document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en patiënten*, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op wetenschappelijk onderzoek, expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers.'[4] Deze definitie is een verfijning van eerdere definities van richtlijnen.[5]

Definitie KNGF-richtlijn
KNGF-richtlijnen zijn wetenschappelijk onderbouwde, landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale zorg voor de patiënt. Ze zijn bedoeld als hulpmiddel om fysiotherapeuten te ondersteunen bij de klinische besluitvorming. Richtlijnen beogen een leidraad te geven voor de dagelijkse praktijk en tegelijkertijd zo flexibel te zijn dat onderbouwd, afhankelijk van de patiënt en de situatie, van de richtlijn kan worden afgeweken om aan individuele behoeften tegemoet te komen. In KNGF-richtlijnen zijn aanbevelingen voor verantwoorde zorg beschreven. Aan de richtlijnen zijn indicatoren gekoppeld die een indicatie geven over de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg. Het KNGF vindt dat toetsing op het gebruik van de richtlijnen een verantwoordelijkheid is van de fysiotherapeut in overleg met en ondersteund door het KNGF.[6]

** Waar patiënt staat vermeld, kan cliënt worden gelezen.*

Een KNGF-richtlijn is bedoeld om de fysiotherapeut houvast te bieden en om uniformiteit in de werkwijze van fysiotherapeuten te bevorderen, teneinde de kwaliteit te verbeteren van de fysiotherapeutische zorgverlening (met als kernwoorden: doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht). Een richtlijn bevat geen vrijblijvende aanwijzingen, maar is ook niet bedoeld als keurslijf. Het is mogelijk ervan af te wijken, mits voldoende gemotiveerd.[b] De verantwoordelijkheid voor de eigen verslaglegging blijft daarmee bij de individuele fysiotherapeut.[c]
De richtlijn is bedoeld voor alle fysiotherapeuten in alle werkvelden, waarbij ervan wordt uitgegaan dat het methodisch handelen voor alle fysiotherapeuten in wezen hetzelfde is, al verschilt de zorg uiteraard per werkveld. Zo zal de zorg in een ziekenhuis vaak kortdurend zijn, tegenover langdurig in een verpleeghuis, en is veel van de ziekenhuiszorg in protocollen vastgelegd, terwijl in een verpleeghuis veelal multiprofessioneel wordt gewerkt. Dit heeft natuurlijk consequenties voor de verslaglegging. Ook gegevens betreffende het machtigings- en declaratieverkeer worden werkveldafhankelijk vastgelegd.
In deze richtlijn wordt vanuit het methodisch handelen aangegeven welke voor de fysiotherapie relevante gegevens in het dossier moeten worden vastgelegd. Behandeldoelen en voorkeursverrichtingen (behandelwijze) zoals beschreven in specifieke inhoudelijke protocollen, die door de fysiotherapeut daadwerkelijk bij die individuele cliënt worden gebruikt c.q. toegepast, hoeven niet te worden vermeld, op voorwaarde dat in het dossier wel is opgenomen dat men volgens het desbetreffende protocol werkt.

b Protocolarrest Hoge Raad 2 maart 2001 en uitspraak Commissie van Toezicht 28 juni 2005.
c Hierbij dient de fysiotherapeut zich er wel rekenschap van te geven dat ten minste wordt voldaan aan de wetgeving, aan de eisen van de financier/zorgverzekeraar en, indien van toepassing, de eisen van de instelling/organisatie waar de fysiotherapeut werkzaam is.

Met andere woorden, als volgens een specifiek protocol wordt gewerkt, hoeven alleen te worden vastgelegd:
- het protocol, eventueel met versie, volgens welke wordt gewerkt;
- gegevens die níet al in het protocol staan;
- gegevens die afwijken van het protocol.

A.3 Wijze van vastleggen

In de richtlijn worden geen bindende uitspraken gedaan over de wijze waarop de fysiotherapeut gegevens moet vastleggen, bijvoorbeeld in vrije tekst, met behulp van eigen codes of met behulp van codelijsten of classificaties, zoals de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)[7,8] en de Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen (CVPB).[9] De huidige richtlijn is ook niet meer direct gekoppeld aan het gegevensmodel voor de Elektronische Fysiotherapeutische Verslaglegging (EFV-gegevensmodel), zoals de versie 2007.[d] Vooralsnog staat het fysiotherapeuten vrij te kiezen voor de wijze waarop zij gegevens vastleggen. De werkgroep adviseert wel om, waar dit van toepassing is, gegevens gestandaardiseerd vast te leggen door gebruik te maken van een selectie uit bestaande codelijsten en classificaties. In de *Verantwoording en toelichting* zijn de meest gangbare codelijsten en classificaties opgenomen om bedoeld selectieproces te vereenvoudigen (zie paragraaf B.6).

A.4 Functie van verslaglegging

Verslaglegging ondersteunt het methodisch handelen, aangezien de verslagen de fysiotherapeut de mogelijkheid bieden het eigen handelen te bewaken, te sturen en te evalueren. Verslaglegging onderbouwt daarmee het eigen handelen tijdens een behandelepisode[e] of als een al eerder behandelde patiënt start met een nieuwe behandelepisode. De verslagen dienen dan als geheugensteun. Verslaglegging biedt tevens ondersteuning bij de overdracht van gegevens aan andere bij de zorg betrokken hulpverleners (waaronder de verwijzer), aan de patiënt zelf of aan de zorgverzekeraar (wat overigens niet betekent dat de zorgverzekeraar of de hulpverleners zonder meer toegang hebben tot het dossier, zie *Verantwoording en toelichting*, paragraaf C.2. De verslagen dienen hierbij als communicatiemiddel. Doordat collega's, op grond van de informatie in de verslagen, de behandeling (tijdelijk) kunnen overnemen bij (plotselinge) afwezigheid van de behandelend fysiotherapeut wordt de continuïteit van de zorg gewaarborgd.

Samengevat zijn de hoofddoelen van verslaglegging:
1. het ondersteunen van het eigen handelen van de fysiotherapeut (het bieden van een geheugensteun);
2. het ondersteunen van gegevensoverdracht met anderen (het bieden van een middel tot communicatie).

Andere mogelijke, eveneens belangrijke doelen van verslaglegging, zoals onderlinge toetsing, wetenschappelijk onderzoek en externe verantwoording (bijvoorbeeld aan de hand van kwaliteitsindicatoren), zijn vooralsnog buiten deze richtlijn gehouden.[10]

d In het veld bleek verwarring te bestaan over in hoeverre de in het EFV-gegevensmodel beschreven wijze van vastleggen van een 'gegeven' al dan niet 'verplicht' is. Een volledige beschrijving van het gegevensmodel voor Elektronisch Fysiotherapeutische Verslaglegging (kortweg 'EFV-gegevensmodel') is te vinden op de website van het KNGF (www.fysionet.nl).

e Bij behandelepisode gaat het om een bepaalde, afgebakende periode waarin het probleem van de patiënt aan de fysiotherapeut is voorgelegd en de patiënt voor dit probleem door de fysiotherapeut is behandeld.

NOT ARCHIEFVERSIE

2011 - ARCHIEFVERSIE

A.5 Welke gegevens moeten worden vastgelegd?

Op grond van de twee hoofddoelen van verslaglegging en op grond van de geldende kwaliteitseisen voor het fysiotherapeutisch handelen, waarvan verslaglegging integraal deel uitmaakt, zijn de volgende criteria gehanteerd bij het bepalen van de vast te leggen gegevens:

- gegevens die essentieel zijn in het kader van beslismomenten voortvloeiend uit het methodisch fysiotherapeutisch handelen;
- gegevens die noodzakelijk zijn in het kader van communicatie met:
  - verwijzers; werd in de richtlijn van 2007 nog uitgegaan van de *KNGF-richtlijn Informatieverstrekking Huisarts*,[11] in de voorliggende versie wordt aangesloten bij de *NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut* (zie *Verantwoording en toelichting*, paragraaf B.2)[3];
  - patiënten;
  - collegae en andere zorgverleners (continuïteit van zorg);
  - zorgverzekeraars, voor zover het gaat om het verplichte machtigings- en declaratieverkeer (zie *Verantwoording en toelichting*, paragraaf A.4).

De richtlijnen uit 2003 en 2007 maakten onderscheid tussen basisgegevens en plusgegevens. Besloten is om daar niet langer vanuit te gaan, maar onderscheid te maken tussen de volgende typen gegevens[f]:

- basisgegevens;
- conditionele gegevens;
- administratieve gegevens;
- plusgegevens.

Basisgegevens

Basisgegevens zijn gegevens die moeten worden vastgelegd uit hoofde van wet- en regelgeving (zie *Verantwoording en toelichting*, paragraaf A.1); bij deze gegevens ***moet*** altijd iets staan.

Voorbeelden: *hulpvraag van de patiënt en fysiotherapeutische diagnose*

Conditionele gegevens

Conditionele gegevens kunnen worden onderverdeeld in twee groepen:

1. gegevens die **niet altijd** aanwezig zijn, maar áls ze aanwezig zijn **altijd vastgelegd** moeten worden; bijvoorbeeld 'consultvraag' en 'toestemming voor voorbehouden handeling' en
2. gegevens die weliswaar aanwezig kúnnen zijn, maar niet altijd relevant zijn en dan **niet vastgelegd** hoeven te worden; bijvoorbeeld 'medicatie'; sommige medicatie is wel van invloed op het fysiotherapeutisch zorgproces, andere medicatie niet; medicatie die niet relevant is, hoeft niet te worden vastgelegd.

Bij de omschrijving van de tweede groep conditionele gegevens staat 'indien aanwezig én relevant'. Bij de gegevens uit de eerste groep staat 'indien aanwezig'.

Het toevoegen van deze groep gegevens voorkomt onnodig 'vinken', maar vereist meer nauwkeurigheid en maakt de verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut meer inzichtelijk; als er niets staat is het gegeven niet aanwezig of niet relevant! Fysiotherapeuten die zeker willen zijn dat ze niets over het hoofd zien kunnen eventueel 'n.v.t.' of 'g.b.' bij het desbetreffende gegeven plaatsen als dat aan de orde is.

f Aan een 'gegeven' kan (kunnen) (een) specifieke, te omschrijven waarde(n) worden toegekend (het gegeven 'geslacht' kan de waarde 'man' hebben; het gegeven 'type gebruikte hulpmiddelen' de waarden 'rollator' en 'orthese').

Administratieve gegevens

Administratieve gegevens zijn gegevens die moeten worden vastgelegd ten behoeve van het verplichte machtigings- en declaratieverkeer. Deze gegevens moeten worden vastgelegd als de fysiotherapeut de behandeling wil kunnen declareren. Deze gegevens kunnen ook in een administratief systeem worden ondergebracht en hoeven niet per definitie deel uit te maken van het zorgdossier. Wel moet er voor gezorgd worden dat die gegevens zo nodig zijn op te halen uit het administratieve systeem.

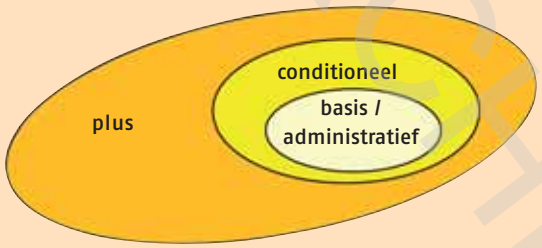
Voorbeeld: *naam zorgverzekeraar*

Plusgegevens

Plusgegevens zijn alle overige gegevens die aanwezig zijn én relevant voor het bereiken van de hoofddoelen van verslaglegging, die voldoen aan de hiervoor genoemde criteria.
Hoewel plusgegevens zeer relevant kunnen zijn (afhankelijk van onder meer type patiënt en locatie), bestaat er voor de plusgegevens meer vrijheid; het is aan de fysiotherapeut om te beslissen wanneer het van wezenlijk belang is om deze gegevens vast te leggen.

Een klein aantal gegevens is in bepaalde sectoren niet van toepassing, in welk geval dit tussen haakjes staat vermeld, aansluitend aan het desbetreffende gegeven.

Voorbeeld: *reden voor opname (intramuraal)*



Figuur 1. De vast te leggen gegevens: basis-/administratieve gegevens, conditionele gegevens en plusgegevens.

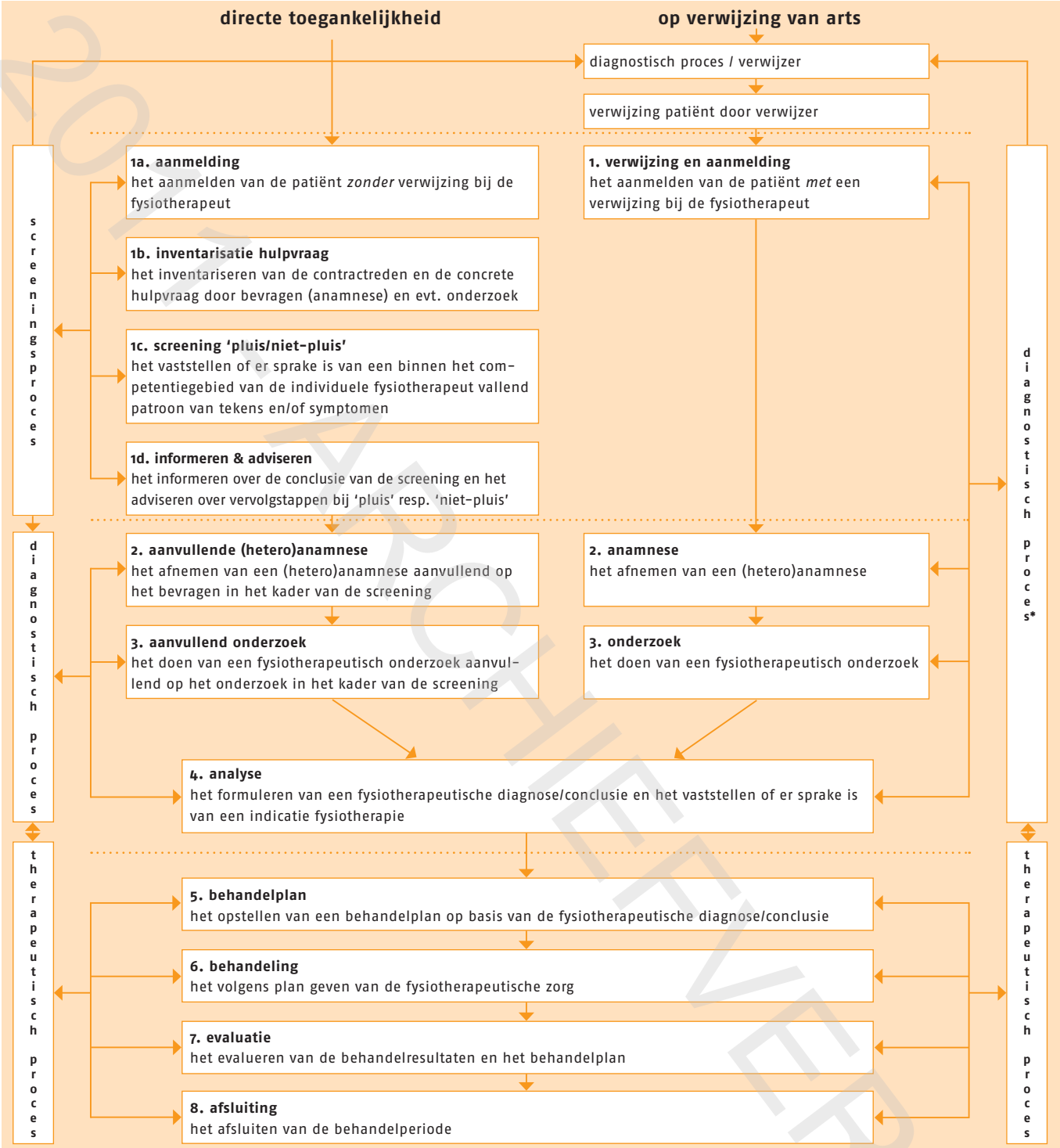
A.6 Wie is verantwoordelijk voor het vastleggen van de gegevens?

De verantwoordelijkheid voor de vastlegging van gegevens in het kader van de fysiotherapeutische verslaglegging berust bij de fysiotherapeut of diens waarnemer. Dit past in het kwaliteitsbeleid: kwaliteit van vastgelegde gegevens is in belangrijke mate gekoppeld aan het 'vastleggen bij de bron'; degene die de gegevens 'produceert' legt deze gegevens ook vast. Dat betekent in dit geval de behandelend fysiotherapeut of diens waarnemer.
In de dagelijkse praktijk zullen de administratieve gegevens vaak door anderen worden vastgelegd (zoals een administratief medewerker), en dat kan ook gelden voor verwijsgegevens en behandeldata. Ook in dat geval berust de verantwoordelijkheid voor de vastlegging in het kader van de fysiotherapeutische verslaglegging echter bij de fysiotherapeut of diens waarnemer.

A.7 Tijdsinvestering

Verslaglegging is een integraal onderdeel van kwalitatief hoogwaardige fysiotherapeutische zorg die vraagt om een substantiële tijdsinvestering. De discrepantie tussen de hoeveelheid tijd die beschikbaar is voor verslaglegging en de hoeveelheid tijd die nodig is voor het daadwerkelijk vastleggen van gegevens en de manier waarop daarmee in de onderhandeling over de tarieven moet worden omgegaan, zijn onderwerp van discussie binnen de beroepsgroep.

CONCEPT ARCHIEFVERSIE



Figuur 2. Het zorgverleningsproces.

** Het fysiotherapeutisch diagnostisch proces voor patiënten die worden verwezen (rechts) verschilt van dat voor patiënten die zich zonder verwijzing bij de fysiotherapeut melden (links). In beide gevallen wordt het diagnostisch proces afgesloten met de formulering van de fysiotherapeutische diagnose en het vaststellen of er al dan niet een indicatie is voor fysiotherapie. Als er geen indicatie is voor fysiotherapie, zal de fysiotherapeut de patiënt terugsturen naar de verwijzer (bij patiënten die verwezen zijn), respectievelijk adviseren contact op te nemen met de huisarts (bij DTF) (dit advies wordt meestal al aan het einde van stap 1 gegeven), waarmee het screeningsproces is afgerond. Als er wel een indicatie is voor fysiotherapie zal de fysiotherapeut, in overleg met de patiënt, een behandelplan opstellen. Het behandelplan vormt hiermee de eerste stap van het therapeutisch proces. Bij een fysiotherapeutisch consult wordt vaak op verzoek van de verwijzer een behandelplan opgesteld om een indruk te geven over de mogelijkheden van fysiotherapie, behandeldoelen en het aantal benodigde sessies c.q. de behandelduur, terwijl er in feite (nog) geen sprake is van een therapeutisch proces.*

NIET ARCHIEFVERSIE

Uitgangspunten in de discussies moeten zijn dat:
- de verslaglegging een substantieel onderdeel uitmaakt van het totale handelingstraject;
- een goede verslaglegging de kwaliteit van het primaire proces positief beïnvloedt;
- kwalitatief goede zorg met een goede verslaglegging zichtbaar kan worden gemaakt;
- de kwaliteit van de verslaglegging is gekoppeld aan de beschikbare tijd.

A.8 Verslaglegging in relatie tot het zorgverleningsproces

Methodisch handelen ligt ten grondslag aan het zorgverleningsproces en daarmee aan de fysiotherapeutische verslaglegging.
Deze richtlijn beschrijft de stappen van het methodisch handelen en de basisgegevens, de conditionele gegevens, de administratieve gegevens en de plusgegevens, die per stap moeten worden vastgelegd.
Figuur 2 geeft het zorgverleningsproces schematisch weer.

B Verslaglegging per stap van het methodisch handelen

De vast te leggen gegevens zijn als volgt gegroepeerd:
- gegevens die zijn gekoppeld aan een stap van het methodisch handelen:
  - stap 1: aanmelding (paragraaf B.1);
  - stap 2: aanvullende (hetero)anamnese (paragraaf B.2);
  - stap 3: aanvullend onderzoek (paragraaf B.3);
  - stap 4: analyse (paragraaf B.4);
  - stap 5: behandelplan (paragraaf B.5);
  - stap 6: behandeling (paragraaf B.6);
  - stap 7: eindevaluatie (paragraaf B.7);
  - stap 8: afsluiting (paragraaf B.8);
- gegevens die *niet* zijn gekoppeld aan een stap van het methodisch handelen (paragraaf B.9).

B.1 Vastleggen van gegevens tijdens de aanmelding (stap 1)

Bij het vastleggen van gegevens tijdens stap 1 van het methodisch handelen wordt onderscheid gemaakt tussen:
- het vastleggen van basisgegevens, conditionele gegevens en plusgegevens die relevant zijn bij patiënten die zich rechtstreeks aanmelden bij de fysiotherapeut (paragraaf B.1.1);
- het vastleggen van basisgegevens, conditionele gegevens en plusgegevens die relevant zijn bij patiënten die zich aanmelden met een verwijzing van een arts (paragraaf B.1.2) en
- het vastleggen van administratieve gegevens (paragraaf B.1.3).

B.1.1 Vastleggen van gegevens bij Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF)

Toelichting op het proces

Per 1 januari 2006 hebben patiënten de wettelijke mogelijkheid om zonder verwijzing van een arts de fysiotherapeut te consulteren. Momenteel komt circa 40% van de eerstelijns patiënten zonder verwijzing van een arts bij de fysiotherapeut.[12] Als een patiënt zich bij de fysiotherapeut aanmeldt zonder verwijzing zal de fysiotherapeut een screening uitvoeren.
Tijdens de screening verzamelt de fysiotherapeut gegevens die nodig zijn voor het nemen van een beslissing of verder fysiotherapeutisch onderzoek al dan niet geïndiceerd is. 'Screening is een proces dat de fysiotherapeut leidt tot de beslissing of verder fysiotherapeutisch onderzoek geïndiceerd is. Bij screening wordt door middel van gerichte vragen, tests of andere diagnostische verrichtingen binnen een beperkte tijd vastgesteld of er al dan niet sprake is van een binnen het competentiegebied van de individuele fysiotherapeut vallend patroon van tekens en/of symptomen.'[13]
Wat een herkenbaar patroon is, hangt af van onder andere ervaring en aanvullende scholing. Dit verschilt dus per fysiotherapeut. In zijn algemeenheid verdient het aanbeveling om regionaal of lokaal werkafspraken te maken over de wijze waarop vorm en inhoud kan worden gegeven aan de onderlinge samenwerking tussen fysiotherapeut en huisarts in het kader van de directe toegankelijkheid.

NIET-ARCHIEFVERSIE

2011 - ARCHIEFVERSIE

Kader 1 Het screeningsproces

Aanmelding (stap 1a)
De patiënt meldt zich op eigen initiatief bij de fysiotherapeut. Bij een aanmelding zonder verwijzing van een arts volgt een screening door de fysiotherapeut. De fysiotherapeut informeert de patiënt over de screeningsprocedure.

Inventarisatie hulpvraag (stap 1b)
Deze stap bestaat uit inventarisatie van de concrete hulpvraag. De fysiotherapeut vraagt daartoe naar de belangrijkste klachten of problemen in het functioneren en de doelstellingen en verwachtingen van de patiënt. Wanneer de fysiotherapeut bepaalde medische gegevens nodig heeft in het kader van de screening zal hij de patiënt daarnaar vragen. Bij patiënten die na een chirurgische ingreep de fysiotherapeut consulteren, kunnen bijvoorbeeld gegevens over de operatietechniek, het postoperatief beleid, eventueel medicatiegebruik en andere pathologie nodig zijn. Als er naar de inschatting van de individuele fysiotherapeut onvoldoende of onduidelijke medische gegevens zijn, wordt er, in overleg met de patiënt, contact gezocht met de huisarts of specialist. Na een opname in het ziekenhuis kan de patiënt gevraagd worden de ontslagbrief mee te nemen.

Screening 'pluis/niet-pluis' (stap 1c)
De fysiotherapeut is bij de screening alert op patroonherkenning en op identificatie van eventuele rode vlaggen of alarmsignalen. De conclusie 'pluis' of 'niet-pluis' wordt getrokken vanuit het perspectief van de individuele fysiotherapeut.

NB: Het gehele patroon, symptomen, tekens (dus ook rode vlaggen) bepaalt of er sprake is van:
- een voor de fysiotherapeut herkenbaar en binnen de competenties van de individuele fysiotherapeut vallend profiel;
- een voor de fysiotherapeut niet herkenbaar profiel (advies naar huisarts voor second opinion);
- een voor de fysiotherapeut herkenbaar profiel, met herkenning van mogelijk ernstige pathologie (advies: patiënt naar huisarts);
- een voor de fysiotherapeut herkenbaar profiel dat beter door een andere hulpverlener behandeld kan worden (advies naar andere hulpverlener).

Informeren en adviseren (stap 1d)
Wanneer de fysiotherapeut tot de conclusie 'niet-pluis' komt, informeert hij de patiënt hierover en adviseert hij de patiënt contact op te nemen met de (huis)arts. Met informeren wordt hier bedoeld dat de fysiotherapeut de patiënt meedeelt dat een of meer symptomen qua aard of beloop door hem niet als onderdeel van een bekend patroon worden herkend of dat hij de patiënt informeert over de aanwezige rode vlaggen. De arts kan alsnog aanvullende diagnostiek verrichten c.q. aanvragen om vervolgens het te voeren beleid te bepalen. Fysiotherapeutische advisering en/of behandeling behoort dan nog steeds tot de mogelijkheden.
Wanneer de fysiotherapeut tot de conclusie 'pluis' komt, informeert hij de patiënt over de mogelijkheid om, zonder tussenkomst van een arts, door te gaan met het diagnostisch proces. De fysiotherapeut wordt aangeraden om bij complexe problematiek, (chronische) ziekten of aandoeningen met veel comorbiditeit en/of aandoeningen waar vele zorgverleners bij betrokken zijn (bijvoorbeeld COPD, hartfalen, status na CVA, diabetes mellitus type 2, ziekte van Parkinson), ook wanneer de conclusie 'pluis' is, uiteraard met instemming van de patiënt, contact op te nemen met de huisarts en/of medisch specialist in het kader van de onderlinge afstemming van de zorg, of met de ziekenhuisfysiotherapeut.

Vast te leggen gegevens bij Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF)

Als de patiënt gebruikmaakt van DTF worden de volgende gegevens vastgelegd:

Datum aanmelding	**plus**

De datum van aanmelding is de datum waarop de patiënt zich aanmeldt c.q. wordt aangemeld bij de fysiotherapeutische praktijk/afdeling. De datum van aanmelding is van belang om zicht te krijgen op de periode die verstrijkt tussen aanmelding en de screeningsdatum (de wachttijd).

Naam patiënt	**basis**

Vastgelegd worden de achternaam van de patiënt plus de voorletters, zoals deze op het identiteitsbewijs staan vermeld.

Nummer patiënt (BSN)	**basis**

Een patiënt moet een uniek identificatienummer hebben; hiervoor wordt tegenwoordig het burgerservicenummer (BSN) gebruikt. Het BSN wordt gebruikt voor de identificatie van de patiënt en ten behoeve van financieel-administratieve handelingen.

Geboortedatum patiënt	**basis**
Geslacht patiënt	**basis**

Vastgelegd worden de geboortedatum en het geslacht van de patiënt. Het geslacht is mogelijk van belang bij specifieke aandoeningen.

Naam coördinerend fysiotherapeut	**basis**

Vastgelegd wordt de naam van de fysiotherapeut die ten aanzien van de desbetreffende patiënt verantwoordelijk is voor de behandeling als geheel.

Hulpvraag	**basis**

Vastgelegd wordt de reden voor de komst van de patiënt en/of betrokkene(n) naar de praktijk/afdeling. Aangezien de patiënt (of een direct betrokkene) de hulpvraag doorgaans formuleert als een omschrijving van zijn vraag om hulp, zal de fysiotherapeut de hulpvraag veelal eerst dienen te verhelderen. Soms kan de patiënt zijn hulpvraag niet zelf verwoorden, en wordt dit gedaan door ouder(s) of verzorger(s), een partner of een wettelijk vertegenwoordiger.

Functioneringsproblemen	**basis**

Vastgelegd worden de belangrijkste functioneringsproblemen zoals:

- de lokalisatie en aard van de problemen: in termen van stoornissen in functies of anatomische eigenschappen en/of beperkingen in activiteiten en/of participatieproblemen, bijvoorbeeld pijn, adl-problemen, niet kunnen werken en hobby's niet kunnen uitoefenen;
- de ernst van de problemen: in de eigen bewoordingen van de patiënt, dan wel vastgesteld via een meetinstrument.

Factoren van invloed op ervaren functioneringsproblemen	**cond**

Indien aanwezig én relevant worden factoren vastgelegd die een invloed hebben op de problemen: bevorderende of belemmerende medische, externe of persoonlijke factoren die de functioneringsproblemen positief dan wel negatief beïnvloeden.

2011 - ARCHIEFVERSIE

Beloop ervaren functioneringsproblemen	**cond**

Indien aanwezig én relevant wordt het beloop vastgelegd van de functioneringsproblemen van de patiënt tot nu toe.

Verwachtingen patiënt	**plus**

Indien gewenst worden de verwachtingen van de patiënt vastgelegd ten aanzien van het proces en het resultaat van de fysiotherapeutische behandeling. Deze verwachtingen zijn belangrijk, aangezien de resultaten bij te hoge verwachtingen van de fysiotherapeutische zorg wellicht tegenvallen, terwijl bij te lage verwachtingen de motivatie van de patiënt mogelijk te wensen overlaat.

Nevenpathologie	**cond**
Eerdere ziekten/aandoeningen	**cond**
Familiaire ziekten/aandoeningen	**cond**
Medische verrichtingen	**cond**
Medicatie	**cond**

Indien aanwezig én relevant worden vastgelegd: de nevenpathologie, eerdere ziekten/aandoeningen, familiaire ziekten/aandoeningen, medische verrichtingen (zoals operaties) en medicatiegebruik, voor zover nodig in verband met de screening.

Toestemming patiënt voor overleg met (huis)arts en/of voor opvragen gegevens bij (huis)arts en/of voor sturen DTF-bericht	**basis**
Aanvraag voor nadere diagnostiek of aanvullende (medische) gegevens	**cond**

Als de individuele fysiotherapeut inschat dat er onvoldoende of onduidelijke medische gegevens beschikbaar zijn, vraagt de fysiotherapeut aan de patiënt toestemming om contact op te mogen nemen met de huisarts of specialist (toestemming van de patiënt is vereist). Tevens vraagt de fysiotherapeut aan de patiënt toestemming om een DTF-bericht te mogen versturen. Vastgelegd worden beide genoemde toestemmingen (onder vermelding van datum en van wie de toestemming is verkregen). De aard van de aanvullende (medische) gegevens en gegevens over een aanvraag voor nadere diagnostiek worden vastgelegd als deze gegevens daadwerkelijk zijn aangevraagd.

Conclusie screening (pluis / niet-pluis)	**basis**

Vastgelegd worden de resultaten van de screening op pluis/niet-pluis. Als de conclusie niet-pluis is, worden de afwijkende symptomen, het afwijkend beloop en/of aanwezige vlaggen hier genoteerd.

Indicatie voor verder fysiotherapeutisch handelen (ja/nee)	**basis**

Vastgelegd wordt de conclusie van de screening, op basis waarvan de beslissing valt om door te gaan met stap 2 van het methodisch proces, de aanvullende (hetero)anamnese.

Resultaat overleg met patiënt	**cond**

Indien aanwezig én relevant wordt vastgelegd welke informatie er aan de patiënt is verstrekt en welk advies de fysiotherapeut op basis van de screening aan de patiënt heeft gegeven.

Datum DTF-bericht	**cond**

Indien aanwezig wordt de datum vastgelegd die staat vermeld op het DTF-bericht.

2011 - ARCHIEFVERSIE

B.1.2 Vastleggen van gegevens bij aanmelding met een verwijzing

Toelichting op het proces

Als de patiënt zich met een verwijzing van een arts aanmeldt, stelt de fysiotherapeut tijdens stap 1 vast of de verwijzing volledig en duidelijk is en, of op basis daarvan, kan worden doorgegaan met stap 2, de (hetero)anamnese. Zo nodig neemt de fysiotherapeut contact op met de verwijzer.
Net als tijdens de screening stelt de fysiotherapeut vast of er sprake is van rode vlaggen of alarmsignalen (pluis/niet-pluis); en net als bij screening kan de fysiotherapeut de patiënt adviseren om contact op te nemen met de arts (zie paragraaf B.1.1, kader 1).
In de eerstelijnszorg is de werkwijze doorgaans goed herkenbaar. In de tweedelijnszorg (ziekenhuizen, verpleeghuizen, revalidatiecentra en andere instellingen) is dat niet altijd het geval. In de tweedelijnszorg is de in deze richtlijn beschreven werkwijze soms minder expliciet en minder herkenbaar vanwege andere procedures rond verwijzing en aanmelding en kortere communicatielijnen. Het hele proces en de volledige besluitvorming rond verwijzing en aanmelding kan bijvoorbeeld plaatsvinden in één multiprofessioneel overleg. Voor de verslaglegging maakt het echter geen verschil hoe het proces georganiseerd is en of de vast te leggen gegevens in het dossier van de fysiotherapeut, in het informatiesysteem van de instelling of in het multiprofessioneel dossier zijn vastgelegd, zolang de fysiotherapeut maar kan beschikken over de gegevens die nodig zijn voor het methodisch fysiotherapeutisch handelen.

Vast te leggen gegevens bij aanmelding met een verwijzing

Als de patiënt zich aanmeldt met een verwijzing worden in stap 1 van het methodisch handelen de volgende gegevens vastgelegd:

Datum aanmelding	**plus**

De datum van aanmelding is de datum waarop de patiënt zich aanmeldt c.q. wordt aangemeld bij de fysiotherapeutische praktijk/afdeling. Dit hoeft niet de datum te zijn van de verwijsbrief. De datum van aanmelding is van belang om zicht te krijgen op de periode tussen verwijsdatum en aanmelding (de tijd dat de patiënt ermee wacht zich aan te melden bij de praktijk/afdeling) en de periode die verstrijkt tussen aanmelding en het eerste contact (de wachttijd).

Naam patiënt	**basis**

Vastgelegd worden de achternaam plus de voorletters, zoals die op het identiteitsbewijs staan vermeld.

Nummer patiënt (BSN)	**basis**

Een patiënt moet een uniek identificatienummer hebben; hiervoor wordt tegenwoordig het burgerservicenummer (BSN) gebruikt. Het BSN wordt gebruikt voor de identificatie van de patiënt en ten behoeve van financieel-administratieve handelingen.

Geboortedatum patiënt	**basis**
Geslacht patiënt	**basis**

Vastgelegd worden de geboortedatum en het geslacht van de patiënt. Het geslacht is mogelijk van belang bij specifieke aandoeningen.

Naam coördinerend fysiotherapeut	**basis**

Vastgelegd wordt de naam van de fysiotherapeut die verantwoordelijk is voor de behandeling als geheel van de betrokken patiënt.

CONCEPTVERSIE

Verwijsdatum	**basis**

Vastgelegd wordt de afgiftedatum van de verwijzing door de verwijzer.

Naam verwijzer	**basis**
Specialisme verwijzer	**basis**
Bereikbaarheid verwijzer	**plus**

Vastgelegd worden de naam en het specialisme van de verwijzer (huisarts, medisch specialist of anderszins), evenals, indien gewenst, de bereikbaarheid (daarover gemaakte afspraken (zoals beschikbare uren), telefoonnummer, e-mailadres).

Verwijsdiagnose / diagnostische gegevens	**basis**

Vastgelegd wordt de informatie die de verwijzer van belang acht voor de fysiotherapeut (zie tevens de *Verantwoording en toelichting*, paragraaf B.2).

Aanvullende medische gegevens patiënt	**cond**

Indien aanwezig én relevant worden aanvullende verwijsgegevens vastgelegd, zoals medicatiegebruik, nevenpathologie of psychosociale gegevens van de patiënt.

Beleid verwijzer tot nu toe	**plus**

Indien gewenst wordt de handelwijze van de verwijzer tot nu toe vastgelegd; de verwijzer kan bijvoorbeeld eerst hebben gekozen voor een afwachtend beleid om te bepalen hoe het natuurlijk beloop zou zijn.

Dienst / verrichting gewenst door verwijzer	**cond**

Indien aanwezig wordt het verzoek vastgelegd dat de verwijzer doet tot het verlenen van een bepaalde dienst of verrichting.

Consultvraag	**cond**

Indien aanwezig wordt de consultvraag vastgelegd.[14-16]

Reden voor opname (intramuraal)	**cond**

Indien aanwezig wordt bij intramurale behandeling van de patiënt de reden van opname vastgelegd.

B.1.3 Vastleggen van administratieve gegevens

Zowel bij aanmelding via DTF als bij aanmelding met een verwijzing, worden in stap 1 van het methodisch proces de volgende administratieve gegevens vastgelegd:

Adres patiënt	**admin**

Vastgelegd wordt het postadres (straat, huisnummer, postcode, woonplaats) en een of meerdere telefoonnummers. Zo nodig wordt ook het e-mailadres vastgelegd, met toestemming van de patiënt.

2011 - ARCHIEFVERSIE

	Naam zorgverzekeraar	admin
	Nummer zorgverzekeraar (UZOVI)	admin
	Indicatie ongeval	admin

Vastgelegd worden de naam en het nummer van de zorgverzekeraar, ten behoeve van financieel-administratieve handelingen, evenals het Unieke Zorgverzekeraar Identificatie (UZOVI)-nummer van de zorgverzekeraar. In sommige zorgsettings (bijvoorbeeld verpleeghuizen en ziekenhuizen) hoeven deze verzekeringsgegevens niet door de fysiotherapeut te worden vastgelegd; vastlegging gebeurt dan elders in de organisatie.
Tevens wordt vastgelegd wanneer een ongeval aanleiding was voor de zorgvraag.

	Nummer fysiotherapeut (AGB-nummer / UZI-nummer)	admin

Vastgelegd wordt het AGB-nummer of het nummer op de Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI)-pas.

	Naam huisarts	admin
	Adres huisarts	admin
	Nummer huisarts (AGB-nummer / UZI-nummer)	admin

Vastgelegd worden de naam en eventueel de adresgegevens van de huisarts, wanneer deze niet elders beschikbaar zijn, evenals het Unieke Zorgverleners Identificatie (UZI)-nummer van de huisarts.

	Adres verwijzer	admin
	Nummer verwijzer (AGB-nummer / UZI-nummer)	admin

Vastgelegd worden de adresgegevens van de verwijzer wanneer deze niet reeds elders bínnen de praktijk of de organisatie zijn vastgelegd plus het Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI)-nummer van de verwijzer.

B.2 Vastleggen van gegevens tijdens de aanvullende (hetero)anamnese (stap 2)

Toelichting op het proces

Stap 2 van het methodisch handelen bestaat uit het afnemen van de anamnese bij de patiënt zelf of bij een direct betrokkene (ouder, verzorger, een partner, kind of een wettelijk vertegenwoordiger) (heteroanamnese). In deze fase wordt gezocht naar gegevens rond het ervaren gezondheidsprobleem die richting kunnen geven aan het fysiotherapeutisch onderzoek. Als een patiënt gebruik heeft gemaakt van DTF is een deel van de anamnestische gegevens reeds verzameld bij de inventarisatie van de hulpvraag. De fysiotherapeut vraagt in stap 2 dan alleen nog naar aanvullende gegevens die nodig zijn om gericht diagnostische verrichtingen te kunnen selecteren.
In de eerstelijnspraktijk heeft de anamnese vaak een ander karakter dan in de tweedelijnspraktijk. In de tweedelijnspraktijk krijgt de fysiotherapeut een deel van de benodigde gegevens mogelijk al aangereikt door andere betrokken disciplines. In ziekenhuizen bijvoorbeeld, waar veelal volgens protocol wordt gewerkt, met een steeds korter wordende opnameduur, kan sprake zijn van een beperkte anamnese, met de nadruk op de gegevens die nodig zijn voor dat protocol.

ARCHIEFVERSIE

2011 - ARCHIEFVERSIE

Vast te leggen gegevens aanvullende (hetero)anamnese

Tijdens stap 3 van het methodisch handelen worden de volgende gegevens vastgelegd:

Gehanteerd anamnese-instrument	**plus**

Indien gebruik wordt gemaakt van een specifiek anamneseformulier of van een door de patiënt vooraf in te vullen vragenlijst, kan dat hier worden vastgelegd.

Hulpvraag	**basis**

Vastgelegd wordt de reden voor de komst van de patiënt en/of betrokkene(n) naar de praktijk/afdeling. Aangezien de patiënt (of een direct betrokkene) de hulpvraag doorgaans formuleert als een omschrijving van zijn vraag om hulp, zal de fysiotherapeut de hulpvraag veelal eerst dienen te verhelderen. Na de anamnese moet de patiënt de reden van zijn komst naar de praktijk/afdeling herkennen in de verwoording van de hulpvraag door de fysiotherapeut. Soms heeft de patiënt zelf geen hulpvraag, maar heeft de huisarts de patiënt verwezen ('de huisarts stuurt me naar u toe'), of komt de patiënt op grond van een standaard ziekenhuisprotocol. Soms kan de patiënt zijn hulpvraag niet zelf verwoorden, en wordt dit gedaan door ouder(s) of verzorger(s), een partner of een wettelijk vertegenwoordiger.

Functioneringsproblemen	**basis**

Vastgelegd worden de belangrijkste functioneringsproblemen die de patiënt zelf ervaart, zoals:

- de aard van de problemen: in termen van stoornissen in functies of anatomische eigenschappen en/of beperkingen in activiteiten en/of participatieproblemen, bijvoorbeeld pijn, adl-problemen, niet kunnen werken en hobby's niet kunnen uitoefenen;
- de ernst van de problemen: in de eigen bewoordingen van de patiënt, dan wel vastgesteld via een meetinstrument.

Factoren van invloed op ervaren functioneringsproblemen	**cond**

Indien aanwezig én relevant worden bevorderende of belemmerende (medische, externe of persoonlijke) factoren vastgelegd die de functioneringsproblemen positief dan wel negatief beïnvloeden.

Beloop ervaren functioneringsproblemen	**cond**

Indien aanwezig én relevant wordt het beloop vastgelegd van de functioneringsproblemen van de patiënt tot nu toe.

Wijze van omgang met functioneringsproblemen	**plus**

Indien gewenst worden de verwachtingen van de patiënt vastgelegd over het proces en het resultaat van de fysiotherapeutische behandeling. Aanbevolen wordt deze verwachtingen met de patiënt te bespreken: bij te hoge verwachtingen zullen de resultaten van de fysiotherapeutische zorg wellicht tegenvallen, bij te lage verwachtingen zal de motivatie van de patiënt mogelijk te wensen overlaten.

Nevenpathologie	**cond**
Eerdere ziekten/aandoeningen	**cond**
Familiaire ziekten/aandoeningen	**cond**
Medische verrichtingen	**cond**
Medicatie	**cond**

Indien aanwezig én relevant wordt de relevante nevenpathologie vastgelegd, de doorgemaakte of reeds vroeger opgedane ziekten/aandoeningen voor zover relevant voor de huidige gezondheidstoestand[g] c.q. de fysiotherapeutische zorg.
Ook wordt, indien aanwezig én relevant, vastgelegd of er sprake is van een erfelijke of familiaire aanleg, zoals bij sommige ziekten/aandoeningen het geval is.

Medische verrichtingen worden vastgelegd voor zover relevant voor de huidige gezondheidstoestand, inclusief operaties, diagnostische verrichtingen, zoals röntgenfoto's, andere therapeutische en/of preventieve verrichtingen, zoals laboratorium- en scopisch onderzoek.
Medicatie wordt alleen vastgelegd als deze relevant is in het kader van de huidige klacht of hulpvraag van de patiënt.

De fysiotherapeut dient zich te beperken tot gegevens die, gezien de verwijsdiagnose en/of de hulpvraag, direct of indirect van invloed zijn op de fysiotherapeutische zorg. Het is niet nodig om de gehele medische (voor)geschiedenis van een patiënt vast te leggen.

Mening patiënt over gezondheidstoestand	**plus**

Indien gewenst wordt vastgelegd het beeld dat de patiënt zelf heeft van de functioneringsproblemen, de oorzaak van deze problemen en de prognose.

Soort werk / bezigheden	**cond**

Indien aanwezig én relevant worden de qua tijd of intensiteit belangrijkste vormen van dagbesteding vastgelegd, zoals gegevens over het werk dat de patiënt doet (inhoud van het werk, arbeidsomstandigheden, fysieke en mentale belasting), de opleiding die wordt gevolgd of andere bezigheden van de patiënt, zoals vrijwilligerswerk, (mantel)zorg, hobby's enzovoort.

Andere / eerdere zorg	**plus**

Indien gewenst worden gegevens over zorg vastgelegd die wordt verleend door andere zorgverleners, die direct of indirect in relatie staat tot het huidige gezondheidsprobleem, zoals zorg door andere paramedici, de thuiszorg of het algemeen maatschappelijk werk.
Ook worden indien gewenst gegevens vastgelegd over eerder verleende zorg (zowel eerder verleende fysiotherapeutische als andere eerder verleende zorg) voor zover relevant voor de huidige functioneringsproblemen.

NB: De medische zorg die de patiënt heeft of heeft gehad, wordt vastgelegd bij de medische (voor)geschiedenis.

Woonomgeving / -situatie	**plus**

Indien gewenst worden kenmerken vastgelegd van de woning, de straat of de buurt, het dorp of de stad, enzovoort.
De woonomgeving/-situatie kan een belangrijke externe factor zijn. Bijvoorbeeld, wanneer een patiënt met bovenbeenamputatie in een flat op vier hoog zonder lift woont.

g *In de ICF wordt de term 'gezondheidstoestand' gebruikt ter aanduiding van het totale beeld van de gezondheid van de patiënt: de eventueel aanwezige ziekte(n)/aandoening(en) en (de problemen in) het functioneren van de patiënt.*[7,8]

ONLY ARCHIEFVERSIE

Thuissituatie	**plus**

Indien gewenst wordt met name de gezinssamenstelling vastgelegd en de steun/hulp die wordt geboden of gevraagd.

Gebruikte hulpmiddelen	**plus**

Indien gewenst worden de hulpmiddelen vastgelegd die de patiënt gebruikt in relatie tot het huidige gezondheidsprobleem, zoals zwachtels, loophulpmiddelen, rolstoel of aangepast vervoer.

Opleidingsniveau	**plus**

Indien gewenst wordt het opleidingsniveau vastgelegd. Het opleidingsniveau kan van invloed zijn op de keuze van verrichtingen en op de zorgconsumptie.

Leefstijl	**plus**

Indien gewenst worden vastgelegd onder meer de voedings- en bewegingsgewoonten. Gegevens over andere leefstijlfactoren, zoals alcoholgebruik en roken, worden alleen genoteerd als ze van invloed zijn op de gezondheid van de patiënt en/of (de te verwachten resultaten van) de fysiotherapeutische zorg.

Voorlopige conclusie / hypothese(n)	**plus**

Indien gewenst worden zowel de voorlopige conclusie vastgelegd, als een of meerdere hypothesen die van daaruit zijn verwoord, zoals die meestal voortkomen uit de anamnese. Voorlopige conclusie en hypothese(n) zijn richtinggevend voor het (aanvullend) onderzoek en de analyse.

B.3 Vastleggen van gegevens tijdens het aanvullend onderzoek (stap 3)

Toelichting op het proces

Stap 3 van het methodisch handelen bestaat uit het uitvoeren van een fysiotherapeutisch onderzoek, waar mogelijk aansluitend bij de in de (hetero)anamnese geformuleerde voorlopige conclusie/hypothese(n). Tijdens het fysiotherapeutisch onderzoek objectiveert de fysiotherapeut de aard en de ernst van de functioneringsproblemen van de patiënt, om de voorlopige hypothese(n) te toetsen.

Vast te leggen gegevens (aanvullend) onderzoek

Tijdens stap 3 van het methodisch handelen worden de volgende gegevens vastgelegd:

Diagnostische verrichtingen (tests) / prestaties	**cond**

Vastgelegd worden de handelingen die de fysiotherapeut uitvoert ten behoeve van de diagnostiek, waarbij het met name gaat om de aard van de verrichting (onder andere, inspectie/observatie, palpatie, percussie, auscultatie en de uitvoering van tests en metingen).

Gebruikte meetinstrumenten	**cond**

Indien aanwezig én relevant wordt vastgelegd welke diagnostische meetinstrumenten zijn gebruikt. Daarbij gaat het om onder meer vragenlijsten, observatieschalen en meetapparatuur, zoals goniometer en ganganalyseapparatuur.

Bevindingen fysiotherapeut	**cond**

Vastgelegd worden bevindingen die zijn verzameld tijdens het fysiotherapeutisch onderzoek, waar mogelijk in maat en/of getal (mate van ernst) en bij voorkeur in termen van (stoor-

2011 - ARCHIEFVERSIE

nissen in) functies of anatomische eigenschappen en/of (beperkingen in) activiteiten en/of participatie(problemen) en, indien noodzakelijk, de positieve of negatieve invloed op het functioneren van onderliggende medische factoren en, indien gewenst, genoemde invloed op externe en persoonlijke factoren.

	Toestemming voor voorbehouden of bijzondere handeling	**cond**

Indien aanwezig wordt de toestemming vastgelegd die de fysiotherapeut krijgt van zowel de verwijzer als van de patiënt, voor het verrichten van een voorbehouden of bijzondere handeling. De verkregen toestemming (inclusief de datum waarop de toestemming werd verkregen en van wie) moet schriftelijk worden vastgelegd (zie *Verantwoording en toelichting*, paragraaf A.1).

NB: Voor het verrichten van een voorbehouden of bijzondere handeling is van tevoren toestemming vereist, zowel van de verwijzer als van de patiënt. In de KNGF-brochure 'Zorgvuldig handelen bij voorbehouden en bijzondere handelingen' wordt beschreven wat onder voorbehouden en bijzondere handelingen wordt verstaan.[17] In de brochure wordt eerst ingegaan op algemene zorgvuldigheidseisen voordat de fysiotherapeut overgaat tot het uitvoeren van de voorbehouden of bijzondere handeling. Deze eisen worden door middel van een checklist gepresenteerd. Daarna worden specifieke richtlijnen beschreven, naast de algemene zorgvuldigheidseisen, in geval de fysiotherapeut een voorbehouden handeling of bijzondere handeling gaat uitvoeren. Voor de bekkenfysiotherapeut staat dit in hun beroepscompetentieprofiel als volgt omschreven: 'De bekkenfysiotherapeut werkt binnen de wettelijke kaders van de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WBGO)*. De bekkenfysiotherapeut handelt overeenkomstig de adviezen voor zorgvuldig handelen bij voorbehouden en bijzondere handelingen (KNGF) en de richtlijnen voor hygiënisch werken in het bekkenbodemgebied (NVFB).'[18]

B.4 Vastleggen van gegevens tijdens de analyse (stap 4)

Toelichting op het proces

Tijdens stap 4 van het methodisch handelen vindt een analyse plaats van de tot dan toe verkregen gegevens. Op basis van de analyse formuleert de fysiotherapeut een fysiotherapeutische diagnose/conclusie.
De fysiotherapeutische diagnose is een beroepsspecifiek oordeel van de fysiotherapeut over het gezondheidsprofiel van de patiënt, als basis voor het, in samenspraak met de patiënt (of betrokkene(n)), op te stellen behandelplan.[19,20] Hierbij gaat het om de samenvatting en interpretatie van de verzamelde gegevens (verwijsgegevens en bevindingen uit de fysiotherapeutische (hetero)anamnese en het fysiotherapeutisch onderzoek), en het op basis hiervan vaststellen of er al dan niet sprake is van een indicatie voor fysiotherapie.

Fysiotherapeutische consultatie
De tijdens de analyse verkregen gegevens, of een selectie ervan, zijn bedoeld om de consultvraag van de verwijzer te beantwoorden indien de patiënt is verwezen voor fysiotherapeutische consultatie.
Het antwoord op de consultvraag wordt verstuurd aan de verwijzer, die vervolgens bepaalt of de patiënt wordt verwezen voor behandeling.

Vast te leggen gegevens analyse

Tijdens stap 4 van het methodisch handelen worden de volgende gegevens vastgelegd, waarbij wordt opgemerkt dat de fysiotherapeutische diagnose als samenhangend verhaal dan wel als losse elementen wordt genoteerd:[h]

h Ook de eerder vastgelegde gegevens 'leeftijd' en 'hulpvraag van de patiënt en/of betrokkene(n)' maken onderdeel uit van de fysiotherapeutische diagnose. Deze gegevens zijn van groot belang bij het opstellen van het behandelplan. Als de fysiotherapeut het handig vindt de volledige fysiotherapeutische conclusie/diagnose op één plaats te kunnen terugvinden, dient hij, in een handmatig systeem, beide gegevens hier vast te leggen (zie Verantwoording en toelichting, paragraaf B.5).

CONCEPTVERSIE

	Functioneringsproblemen in termen van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen	**in verhaal / basis**
	Onderliggende medische factoren	**in verhaal / cond**
	Onderliggende externe factoren	**in verhaal / cond**
	Onderliggende persoonlijke factoren	**in verhaal / cond**
	Beloop tot nu toe	**in verhaal / basis**
	Verwacht herstel	**in verhaal / basis**

Van de functioneringsproblemen worden de aard en de ernst vastgelegd in termen van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen (ICF).[7,8] Het gaat hier om de meest kenmerkende en voor de behandeling meest relevante stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. Geadviseerd wordt het aantal per categorie beperkt te houden. Ook het beloop tot nu toe en het verwachte herstel worden vastgelegd.

Indien aanwezig én relevant worden ook de onderliggende medische factoren vastgelegd, namelijk de medische factoren die aan de functioneringsproblemen van de patiënt ten grondslag liggen, dan wel met de functioneringsproblemen samenhangende medische factoren, zoals ziekten/aandoeningen/syndromen, operaties en medicamenten. Deze gegevens kunnen deel uitmaken van de verwijsgegevens, of later op verzoek door de arts verstrekt zijn, of tijdens het diagnostisch proces in kaart zijn gebracht.

Ook vastgelegd worden, indien aanwezig én relevant, de aan de functioneringsproblemen van de patiënt ten grondslag liggende, dan wel met deze problemen samenhangende belemmerende en/of bevorderende externe factoren. Deze factoren zijn tijdens de anamnese of het onderzoek in kaart gebracht, zoals:
- omgevingsinvloeden (zoals gezinssituatie en werksituatie) en
- beschikbaarheid van adequate hulpmiddelen en aanpassingen in de omgeving.

Verder worden, indien aanwezig én relevant, de belemmerende en/of bevorderende persoonlijke factoren vastgelegd die aan de functioneringsproblemen van de patiënt ten grondslag liggen, dan wel met deze problemen samenhangen, die tijdens de anamnese of het onderzoek in kaart zijn gebracht. Hierbij gaat het om factoren als:
- fysieke en psychische belastbaarheid, ontwikkelingsproblematiek, leervermogen (met name motorisch leervermogen);
- ideeën van de patiënt over gezondheid en ziekte in het algemeen;
- ideeën van de patiënt over zijn eigen rol in de ervaren gezondheidsproblemen en de oorzakelijke factoren van die problemen;
- vroegere (traumatische) ervaringen met betrekking tot lichaamsbeleving;
- omgang met klachten;
- motivatie van de patiënt;
- leefstijl (zoals bewegings- en voedingsgewoonten).

	Indicatie voor fysiotherapie (ja/nee)	**basis**

Vastgelegd wordt of er een indicatie bestaat voor fysiotherapie. Indien de fysiotherapeut concludeert, op basis van de interpretatie van de verzamelde gegevens, dat fysiotherapie voor de gezondheidsproblemen van de patiënt zinvol is (indicatie fysiotherapie), vervolgt hij het methodisch proces bij stap 5 (behandelplan).

Indien de fysiotherapeut concludeert dat fysiotherapie niet zinvol is, noteert hij 'geen indicatie voor fysiotherapie' en vervolgt hij het proces bij stap 8 (afsluiting).
In geval de fysiotherapeut over onvoldoende informatie beschikt om te komen tot een diagnose/conclusie of een indicatie, kan de fysiotherapeut de patiënt naar de huisarts sturen (bij DTF), terugsturen naar de verwijzer (bij verwezen patiënten) voor aanvullend onderzoek, dan wel zelf aanvullende informatie verzamelen via anamnese en/of onderzoek. De beslissing of er sprake is van een indicatie voor fysiotherapie wordt dan uitgesteld tot er wél voldoende informatie beschikbaar is.

2011 - ARCHIEFVERSIE

Conclusie consultatie	cond
Datum consultantwoord aan verwijzer	cond

Indien aanwezig wordt zowel het antwoord op de consultvraag (conclusie) vastgelegd, als de datum die op het antwoord aan de verwijzer staat vermeld.

B.5 Vastleggen van gegevens tijdens het behandelplan (stap 5)

Toelichting op het proces

Stap 5 van het methodisch handelen wordt gevormd door de formulering van het behandelplan. In samenspraak met de patiënt of diens vertegenwoordiger en eventueel andere disciplines wordt een behandel- of zorgplan[i] opgesteld. De behandeling wordt in het behandelplan nauwkeurig omschreven, zowel als geheugensteun, als ten behoeve van de overdracht van gegevens aan derden.

Vast te leggen gegevens behandelplan

Tijdens stap 5 van het methodisch handelen worden de volgende gegevens vastgelegd:

Eindresultaat / hoofddoel (SMART-geformuleerd)	basis

Vastgelegd worden zowel de aard van het doel/resultaat, als de mate waarin en de periode waarbinnen het doel/resultaat moet zijn behaald. Zoals verwoord in het 'Moduul Methodisch Handelen' gaat het om zo concreet mogelijk, waar mogelijk in maat en/of getal (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden, SMART), geformuleerde doelen, gekoppeld aan een bepaalde tijdsperiode.[21] Als een resultaat/hoofddoel niet SMART kan worden geformuleerd, moet dat worden toegelicht.
Met de vastlegging van het beoogd eindresultaat of hoofddoel geeft de fysiotherapeut aan wat hij nastreeft met de fysiotherapeutische behandelepisode als geheel. Deze periode is gelijk aan de beoogde behandelepisode, die daarom niet meer als apart gegeven is opgenomen.

Subdoelen (SMART geformuleerd)	plus

Indien gewenst worden de subdoelen vastgelegd, zo goed mogelijk geformuleerd in SMART-termen. Met de beoogde subdoelen expliciteert de fysiotherapeut het stappenplan dat hij volgt om het eindresultaat/hoofddoel te bereiken.

Multiprofessioneel resultaat / doel	plus

Indien gewenst worden de multiprofessionele doelen vastgelegd, zo goed mogelijk geformuleerd in SMART-termen. In multiprofessionele settings is het van belang om, naast de eigen doelen, ook vast te leggen wat men als team denkt te bereiken (doel of doelen van de behandeling van alle hulp-/zorgverleners tezamen).

Multiprofessionele afspraken	plus

Indien gewenst wordt vastgelegd welke afspraken zijn gemaakt met andere professies over het behandelproces.

Geplande verrichtingen / prestaties (inclusief te verstrekken informatie / adviezen)	basis

Vastgelegd wordt de aard van de gekozen fysiotherapeutische verrichtingen (het begeleiden, sturen/oefenen, fysische therapie in engere zin en manuele verrichtingen) en expliciet gegevens over informatie/adviezen, bijvoorbeeld rond zelfmanagement, die worden verstrekt aan de patiënt, dan wel aan (een) direct betrokkene(n).

i In multiprofessionele settings kan het fysiotherapeutisch behandelplan zijn opgenomen als afzonderlijk deel van een multiprofessioneel plan, en kunnen de fysiotherapeutische gegevens een integraal onderdeel vormen van een zorgplan.

DOM-ARCHIEFVERSIE

Besproken met / akkoord van patiënt	basis

Vastgelegd wordt dat het behandelplan is besproken met de patiënt en/of andere betrokkene(n), dan wel dat de patiënt zich akkoord heeft verklaard met het behandelplan. Daarbij is geen handtekening van de patiënt vereist. Als de patiënt daarom vraagt, is de fysiotherapeut, ingevolge de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), verplicht schriftelijk vast te leggen voor welke verrichtingen de patiënt toestemming heeft gegeven.

Toestemming voor voorbehouden of bijzondere handeling	cond

Indien aanwezig wordt de toestemming vastgelegd die de fysiotherapeut krijgt van zowel de verwijzer als van de patiënt, voor het verrichten van een voorbehouden of bijzondere handeling. De verkregen toestemming (inclusief de datum waarop de toestemming werd verkregen en van wie) moet schriftelijk worden vastgelegd (zie *Verantwoording en toelichting*, paragraaf A.1).

NB: Voor het verrichten van een voorbehouden of bijzondere handeling is van tevoren toestemming vereist, zowel van de verwijzer als van de patiënt. In de KNGF-brochure 'Zorgvuldig handelen bij voorbehouden en bijzondere handelingen' wordt beschreven wat onder voorbehouden en bijzondere handelingen wordt verstaan.[17] In de brochure wordt eerst ingegaan op algemene zorgvuldigheidseisen voordat de fysiotherapeut overgaat tot het uitvoeren van de voorbehouden of bijzondere handeling. Deze eisen worden door middel van een checklist gepresenteerd. Daarna worden specifieke richtlijnen beschreven, naast de algemene zorgvuldigheidseisen, in geval de fysiotherapeut een voorbehouden handeling of bijzondere handeling gaat uitvoeren. Voor de bekkenfysiotherapeut staat dit in hun beroepscompetentieprofiel als volgt omschreven: 'De bekkenfysiotherapeut werkt binnen de wettelijke kaders van de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WBGO)*. De bekkenfysiotherapeut handelt overeenkomstig de adviezen voor zorgvuldig handelen bij voorbehouden en bijzondere handelingen (KNGF) en de richtlijnen voor hygiënisch werken in het bekkenbodemgebied (NVFB).'[18]

Verwacht aantal sessies	plus

Indien gewenst wordt het aantal sessies vastgelegd dat de fysiotherapeut denkt nodig te hebben voor het realiseren van de behandeldoelen (bijvoorbeeld: 10 à 12 sessies, circa 18 sessies), met als doel een perspectief te schetsen voor de loop van het behandelplan. De verwachte duur van de behandelepisode (bijvoorbeeld: 6 weken of een halfjaar) is af te leiden uit het SMART-geformuleerde hoofddoel. Het verwachte aantal sessies geeft een indicatie van het aantal sessies waarin de fysiotherapeut verwacht het hoofddoel te bereiken, mogelijk gefaseerd aan de hand van subdoelen. Onder een behandelsessie wordt één enkele zitting binnen een behandelepisode verstaan.

Geplande behandellocatie	plus

Indien gewenst wordt de behandellocatie vastgelegd, waarmee wordt bedoeld de plaats waar de behandeling zal plaatsvinden. Dit kan de praktijk van de fysiotherapeut zijn, maar ook de woning van de patiënt of een andere locatie. In de eerstelijnszorg heeft de behandellocatie invloed op de vergoeding.

Verwacht/gepland evaluatiemoment	plus

Indien gewenst wordt vastgelegd op welke termijn naar verwachting een (tussen)evaluatie ten aanzien van de ingezette behandeling zal worden uitgevoerd om op basis daarvan de behandeling eventueel bij te stellen.

2011 - ARCHIEVERSIE

B.6 Vastleggen van gegevens tijdens de behandeling (stap 6)

Toelichting op het proces

Bij stap 6 gaat het om het behandelen zelf. Van elk fysiotherapeut-patiëntcontact noteert de fysiotherapeut de gegevens die een weergave zijn van dat contact. Deze gegevens zijn de zogeheten ***journaalgegevens.***

Vast te leggen gegevens behandeling

Tijdens stap 6 van het methodisch handelen worden de volgende gegevens vastgelegd:

Datum sessie	**basis**

Vastgelegd wordt de datum van elke behandelsessie. De datum van de eerste sessie is de datum dat de fysiotherapeut de patiënt voor het eerst lijfelijk ontmoet in het kader van de aanmelding. Deze datum geldt als de start van de fysiotherapeutische zorgverlening.

Behandellocatie	**plus**

Vastlegging van de behandellocatie in deze stap van het methodisch proces vindt alleen plaats indien de plaats waar de behandeling plaatsvindt afwijkt van die zoals vastgelegd in het behandelplan.

Naam behandelend fysiotherapeut	**basis**

Vastgelegd wordt de naam van de behandelend fysiotherapeut. Deze kan verschillen van de naam van de coördinerend fysiotherapeut die staat vermeld bij stap 1.
Uit het dossier moet helder zijn welke fysiotherapeut in de desbetreffende sessie de fysiotherapeutische zorg heeft gegeven. Als de fysiotherapeutische zorg is verleend door een stagiair, wordt de naam van de begeleidend fysiotherapeut vastgelegd, dus niet die van de stagiair.

Klachtbeloop	**basis**

Vastgelegd wordt de mate van verandering van klachten, zoals die door de patiënt zelf wordt beoordeeld.

Tussenresultaten	**plus**

Indien gewenst worden gegevens vastgelegd die betrekking hebben op veranderingen in de functioneringsproblemen van de patiënt tijdens de behandelepisode, zoals die zijn vastgesteld door de fysiotherapeut (waar mogelijk in samenspraak met de patiënt). Ook het *niet* veranderen van het functioneren kan relevante informatie zijn.

Uitgevoerde verrichtingen / prestaties (inclusief verstrekte informatie / adviezen)	**basis**

Vastgelegd wordt de inhoud van de fysiotherapeutische behandeling, aan de hand van de uitgevoerde verrichtingen, waaronder begeleiden, sturen/oefenen, fysische therapie in engere zin, manuele verrichtingen en informeren/adviseren, maar alleen wanneer de verrichtingen afwijken van de verrichtingen zoals vastgelegd in het behandelplan.
Expliciet wordt hier gesteld dat het van belang is vast te leggen welke informatie wordt verstrekt en welke adviezen worden gegeven (bijvoorbeeld in de vorm van leefregels). Met informatie wordt zowel mondelinge als schriftelijke informatie bedoeld over de klacht en het gezondheidsprobleem, of uitleg over het doel van de behandeling en de inhoud van de fysiotherapeutische behandeling (fysiotherapeutische verrichtingen). Met adviezen worden instructies bedoeld ten aanzien van adl, beroep, sport, hobby en zelfmanagement.

2011 - ARCHIEFVERSIE

Bijstelling fysiotherapeutische diagnose	**cond**
Bijstelling behandelplan	**cond**

Indien aanwezig worden veranderingen vastgelegd die in de loop van de behandeling optreden, zowel die in de fysiotherapeutische diagnose/conclusie (in stap 4 vastgelegd) als die in het behandelplan (in stap 5 vastgelegd). Als er sprake is van bijstellingen dient opnieuw de toestemming van de patiënt te worden vastgelegd (zie stap 5).

Overleggegevens	**cond**

Indien aanwezig wordt vastgelegd met wie (verwijzers, collega's en zorgverleners uit andere professies) is overlegd, de datum van het overleg, het besprokene en de eventueel gemaakte afspraken.
In de 'Handreiking Informatieverstrekking aan derden' van het KNGF staat vermeld wanneer de patiënt toestemming moet verlenen voor het verstrekken van informatie aan derden, waartoe bijvoorbeeld ook behoren schadeverzekeraars en letselschadeadvocaten.[22] Het is verstandig daar als fysiotherapeut goede notitie van te nemen. Het is in ieder geval, op basis van jurisprudentie, noodzakelijk om vast te leggen met wie, wanneer en waarover overleg is gepleegd. Dat geldt ook voor informatie die schriftelijk aan anderen is verstrekt (zie ook *Verantwoording en toelichting*, paragraaf C.2). Met andere woorden, als er overleg is geweest, zullen altijd gegevens over dat overleg moeten worden vastgelegd!

Datum tussenverslag aan verwijzer	**cond**

Indien aanwezig wordt de datum vastgelegd die staat vermeld op het tussenverslag aan de verwijzer.

Afspraken met patiënt	**cond**

Vastgelegd worden de met de patiënt gemaakte afspraken. Hierbij gaat het zowel om activiteiten die zijn bedoeld om bepaalde gewrichten te ontlasten, de uitvoering van huiswerkoefeningen, als om afspraken die zijn gemaakt ter bevordering van de motivatie van de patiënt.

B.7 Vastleggen van gegevens tijdens de eindevaluatie (stap 7)

Toelichting op het proces

Bij stap 7 gaat het om de evaluatie van de fysiotherapeutische behandeling als geheel, met andere woorden, bij de beëindiging van de behandelepisode. Bij de eindevaluatie gaat het om de beoordeling van het behandelproces en het behandelresultaat (volgens de patiënt en volgens de fysiotherapeut).

Vast te leggen gegevens eindevaluatie

Tijdens stap 7 van het methodisch handelen worden de volgende gegevens vastgelegd:

Datum eindevaluatie	**basis**

Vastgelegd wordt de evaluatiedatum, zijnde de datum waarop de fysiotherapeut de resultaten van de eindevaluatie schriftelijk vastlegt.

Uitgevoerde verrichtingen / prestaties (inclusief gebruikte meetinstrumenten)	**cond**

Indien aanwezig én relevant worden vastgelegd de handelingen die de fysiotherapeut uitvoert om de behandelresultaten vast te stellen, inclusief de daarbij gebruikte evaluatieve meetinstrumenten.

2011 - ARCHIEFVERSIE

Realisatie behandeldoelen / -resultaat	**basis**

Vastgelegd wordt het behandelresultaat, dat kan worden opgedeeld in de mate waarin de behandeldoelen (hoofd- of tussendoelen) zijn behaald en de veranderingen in de gezondheidstoestand op het moment van evaluatie, in vergelijking met de gezondheidstoestand aan het begin van de behandelepisode.
De mate waarin de behandeldoelen zijn behaald, wordt zowel door de patiënt als door de fysiotherapeut beoordeeld. Veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt worden zo veel mogelijk objectief vastgelegd, waar mogelijk in maat en/of getal.

Afwijkingen verwacht behandelbeloop	**plus**

Indien gewenst worden duidelijke, niet voorziene afwijkingen van het verwachte behandelbeloop vastgelegd, inclusief de eventuele oorzaken van die afwijkingen.

Oordeel over samenwerking en behandelproces	**plus**

Indien gewenst wordt het oordeel vastgelegd over de samenwerking en het behandelproces. Dit betreft de evaluatie van de samenwerking tussen de fysiotherapeut en de patiënt en de gevolgde werkwijze (het behandelproces).[23]
Van de samenwerking worden met name vastgelegd: de communicatie, de informatiebereidheid, de therapietrouw, de taakverdeling tussen fysiotherapeut en patiënt, de uitvoering van de (afgesproken) taken door de fysiotherapeut en de taken (medewerking) van de patiënt (zoals het opvolgen van adviezen en het doen van huiswerkoefeningen).
Zowel de patiënt als de fysiotherapeut beoordelen het behandelproces. Vastgelegd wordt hoe de patiënt het verloop van de behandeling heeft ervaren. De fysiotherapeut evalueert voor zichzelf het gevolgde proces van handelen en evalueren (zelftoetsing).

B.8 Vastleggen van gegevens tijdens de afsluiting (stap 8)

Toelichting op het proces

Bij deze laatste stap gaat het om het moment waarop de behandelepisode wordt afgesloten. Gekozen is voor de term behandelepisode, omdat het hier gaat om een bepaalde, afgebakende periode waarin het probleem van de patiënt aan de fysiotherapeut is voorgelegd en de patiënt voor dit probleem door de fysiotherapeut is behandeld.

Vast te leggen gegevens afsluiting

Tijdens stap 8 van het methodisch handelen worden de volgende gegevens vastgelegd:

Datum afsluiting	**basis**

Vastgelegd wordt de datum waarop de behandelepisode wordt afgesloten, namelijk de datum van de laatste behandeling.

Reden einde zorg	**basis**

Vastgelegd wordt op wiens initiatief de behandelepisode wordt beëindigd, dat van de arts, de patiënt of dat van de fysiotherapeut en op welke, bijvoorbeeld medische (waaronder fysiotherapeutische), financiële of andere gronden.

Nazorg / afspraken	**plus**

Indien gewenst worden de afspraken vastgelegd die met de patiënt zijn gemaakt, bijvoorbeeld een verwijzing voor groepsbehandeling. Afspraken kunnen ook betreffen: adviezen, leefregels en huiswerkoefeningen die aan de patiënt worden meegegeven aan het einde van de behandelepisode.

CONCEPT-ARCHIEFVERSIE

Datum verslaggeving aan verwijzer	**basis**

Vastgelegd wordt de datum waarop het verslag aan de verwijzer wordt toegestuurd. Een kopie van dit verslag wordt bewaard. Zie ook de *NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut* (zie *Verantwoording en toelichting*, paragraaf B.2).[3] Als de patiënt gebruik heeft gemaakt van DTF is er geen verwijzing. In dat geval kan een verslag worden gestuurd aan de huisarts, echter alleen met toestemming van de patiënt.

B.9 Vastleggen van niet aan een fase gekoppelde gegevens

Vast te leggen gegevens

Een aantal gegevens is niet gekoppeld aan een van de hiervoor beschreven stappen van het methodisch handelen. Daarvan worden de volgende gegevens vastgelegd:

(Relatieve) contra-indicaties voor verder(e) fysiotherapeutisch(e) onderzoek / behandeling	**cond**

Indien aanwezig én relevant worden gegevens vastgelegd die voortzetting van de fysiotherapeutische diagnostiek, dan wel behandeling (tijdelijk) ongewenst maken. Deze gegevens kunnen beschikbaar komen tijdens het diagnostisch of therapeutisch proces. De aard van deze (relatieve) contra-indicaties voor verder(e) fysiotherapeutisch(e) onderzoek of behandeling worden vastgelegd.
Relatieve contra-indicaties kunnen ook tot gevolg hebben dat verder(e) fysiotherapeutisch(e) onderzoek of behandeling slechts onder bepaalde voorwaarden kan plaatsvinden.

Naam gehanteerde richtlijn / protocol / ES / LESA / zorgstandaard / etc.	**cond**

Indien aanwezig én relevant wordt vastgelegd welke richtlijn (bijvoorbeeld een KNGF-richtlijn), dan wel welk protocol (bijvoorbeeld een lokaal ontwikkeld protocol), Evidence Statement (ES)[j], Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA), Zorgstandaard of een andere leidraad is gehanteerd.
Omdat de meeste leidraden zijn gebaseerd op de medische diagnose kan de fysiotherapeut vóór het afnemen van de anamnese reeds bezien of er een leidraad beschikbaar is en of hij deze gaat gebruiken. Soms gebeurt dat later in het proces. De keuze van een leidraad maakt als zodanig geen deel uit van de verwijzing en de aanmelding. Om die reden wordt dit gegeven vermeld als 'niet aan een fase gebonden'.

Afwijking van richtlijn / protocol / ES / LESA / zorgstandaard / etc.	**cond**

Indien aanwezig én relevant wordt vastgelegd als is besloten om af te wijken van de (mono- of multidisciplinaire) richtlijn, het protocol, het Evidence Statement (ES), de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA), de zorgstandaard of een andere leidraad. Dit dient beargumenteerd te worden (uiteraard is dit slechts relevant indien een leidraad is gevolgd).
Er moet ook worden aangeven in welke zin er van de leidraad is afgeweken.

j Zie voor een toelichting op Evidence Statements het 'KNGF-visiedocument ontwikkeling, invoering en evaluatie richtlijnen'.[6]

2011 - ARCHIEFVERSIE

Literatuur

1 KNGF. Richtlijnen voor de Fysiotherapeutische Verslaglegging. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 1993.

2 Heerkens Y, Lakerveld-Heyl K, Verhoeven A, Hendriks H. KNGF-Richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2003.

3 NHG/KNGF. NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut. Buiting C, Rijnierse P, Stadt R. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2010.

4 Kremer LCM, Burgers JS, Barneveld TA van, Beaujean DJMA, Booys MA de, Eliens A, et al. Richtlijn voor Richtlijnen. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg; 2010.

5 van Everdingen JJE, Burgers JS, Assendelft WJJ, Swinkels JA, Barneveld TA van, Kundert JLM van de. Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2004.

6 KNGF. Visiedocument ontwikkeling, invoering en evaluatie richtlijnen. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2010.

7 RIVM. ICF. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2002.

8 WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.

9 NRV Vaste Commissie voor Classificaties en Definities. Voorlopige WCC-Standaardclassificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid; 1995.

10 Gezondheidsraad. Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren. ICD-10. Den Haag: Gezondheidsraad / Raad voor de Volksgezondheid; 2006.

11 Verhoeven ALJ, Heuvel CMF van der. KNGF-richtlijn Informatieverstrekking Huisarts. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 1997.

12 Neeleman-van der Steen CWM, Krol MW, Feskens R, Calsbeek H, Braspenning JC. Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie (Kwaliefy). Landelijke uitrol van de basisset 2009-2010. Nijmegen: IQ healthcare; 2010.

13 KNGF. Zorgverleningsproces bij Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2005.

14 Hendriks HJM, Oostendorp RAB, Bernards ATM, Ravensberg CD van, Heerkens YF, Nelson RM. The diagnostic process and indication for physiotherapy: a prerequisite for treatment and outcome evaluation. Phys Ther Rev. 2000;5:29-47.

15 Hendriks HJM, Jans M, Heuvel D. Invoering van het fysiotherapeutisch consult. Fysiopraxis. 2002;11(12):32-6.

16 Hendriks HJM, Kerssens JJ, Heerkens YF, Dekker J, Zee J van der, Oostendorp RAB. Referral patterns and utilization of physiotherapy services following a one-time physiotherapy consultation in general practice. Physiother Theory Pract. 2003;1(19):5-21.

17 KNGF. Brochure Zorgvuldig handelen bij voorbehouden en bijzondere handelingen. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2010.

18 NVFB. Beroepscompetentieprofiel bekkenfysiotherapeut. Amersfoort: Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en Pré- en Postpartum Gezondheidszorg; 2006.

19 Heerkens YF, Vogels EMHM, Wiarda VL, Ravensberg CD van. Fysiotherapeutische Diagnose. Rapport van het project Fysiotherapeutische Diagnose. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie / Nederlands Paramedisch Instituut; 1997.

20 KNGF. Fysiotherapeutische Diagnose (brochure). Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 1997.

21 Hagenaars K, Schmitt M, Vroegindeweij D. Moduul Methodisch Handelen. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 1999.

22 KNGF. Handreiking Informatieverstrekking aan derden. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2001.

23 Boiten JC, Brouwer T, Bunskoek MS. Diagnostiek in de fysiotherapie, proces en werkwijze. Amsterdam: Reed Business; 2010.

ARCHIEFVERSIE

Bijlagen

2011 - ARCHIEFVERSIE

Bijlage 1 Totstandkoming van de KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging

Dit is de vierde versie van de *KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging*. De eerste versie is in 1993 gepubliceerd als Richtlijnen voor de Fysiotherapeutische Verslaglegging.[1] In 2000/2001 werden de richtlijnen uit 1993 bijgesteld volgens de methodiek van de KNGF-richtlijnen en uiteindelijk in 2003 gepubliceerd als *KNGF-Richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging*.[2] Door de introductie van de Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF) ontstond in 2006 de behoefte om de richtlijn opnieuw aan te passen. Daarbij is, naast DTF, ook aandacht besteed aan de ontwikkelingen rond het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), het EFV (Elektronische Fysiotherapeutische Verslaglegging) en aan nieuwe wet- en regelgeving op dit terrein. De nieuwe richtlijn, die in 2007 is gepubliceerd,[3] heeft in 2008 de status 'levende' richtlijn gekregen. In 2010 is op basis van commentaar uit het veld rond de toepasbaarheid en de hanteerbaarheid de beslissing genomen de richtlijn opnieuw aan te passen.

Werkgroep 2010/2011

De volgende personen hebben deelgenomen aan de bijeenkomst in Utrecht in december 2010 en/of hebben deel uitgemaakt van de werkgroep die in de eerste drie maanden van 2011 de nieuwe richtlijn heeft opgesteld:

- mevrouw H. Anderson, Sint Lucas Andreas ziekenhuis, Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisfysiotherapeuten;
- mevrouw drs. L. van Berkel, Nederlands Paramedisch Instituut NPi;
- de heer F. Bijsterbosch, Regionaal Genootschap Fysiotherapie Groot Gelre, eerste lijn;
- de heer P. de Boer, eerste lijn, Purmerend;
- mevrouw I. Deijle, Sint Lucas Andreas ziekenhuis, Amsterdam, Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisfysiotherapeuten;
- mevrouw A. van Eerden, Mspt, Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapie NVFK;
- mevrouw dr. V. de Graaf-Peters, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie KNGF;
- mevrouw dr. Y. Heerkens, Nederlands Paramedisch Instituut NPi;
- de heer L. Hartstra, orthopedisch manueeltherapeut, fysiotherapeut eerste lijn;
- de heer J. Haverkamp, eerste lijn, auditor;
- de heer dr. E. Hendriks, Maastricht University, Centre for Evidence Based Practice CEBP, eerste lijn;
- de heer R. Küh, Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie NVFG;
- mevrouw drs. K. Neeleman-van der Steen, IQ healthcare Universitair Medisch Centrum St Radboud;
- de heer K. Smelt, eerste lijn regio Twente;
- de heer R. Stadt, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie KNGF;
- de heer drs. A. Verhoeven, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie KNGF;
- de heer E. Wiegers, Regionaal Genootschap Fysiotherapie Groot IJsselland en arbeidsfysiotherapeut.

Klankbordgroep 2006

De resultaten van het schrijfproces en de tussenproducten zijn voorgelegd aan een aantal leden van de klankbordgroep die betrokken was bij de tweede versie van de richtlijn. Via e-mail zijn conceptversies voorgelegd en van commentaar voorzien. De volgende personen zijn hierbij betrokken geweest:

- de heer P. van den Berg, fysiotherapeut Groot-Schuylenburg, Christelijke leefgemeenschap voor mensen met een verstandelijke beperking, 's Heeren Loo Midden-Nederland, locatie Schuylenburg;
- de heer dr. E. Hulzebos, fysiotherapeut/gezondheidswetenschapper, Universitair Medisch Centrum Utrecht;
- de heer drs. A.A.J. van Klaveren, fysiotherapeut/bewegingswetenschapper, Vektis, Zeist;
- de heer F. van Kuppeveld, fysiotherapeut, SIVOZ (verpleeghuis) St. Elisabeth, Beneden Leeuwen;
- mevrouw dr. M.W.G. Nijhuis-van der Sanden, kinderfysiotherapeut, hoofd Afdeling Kinderfysiotherapie en senioronderzoeker Paramedisch Onderzoek Centrum Nijmegen, Centre for Evidence Based Practice, Universitair Medisch Centrum St Radboud.

Klankbordgroep 2003

De auteurs toetsten, in de loop van het schrijfproces, de tussenproducten aan een klankbordgroep. De klankbordgroep was samengesteld uit de volgende leden:

- de heer P. van den Berg, fysiotherapeut Groot-Schuylenburg, Christelijke leefgemeenschap voor mensen met een verstandelijke beperking, 's Heeren Loo Midden-Nederland, locatie Schuylenburg;
- mevrouw T. Brouwer, fysiotherapeut/supervisor docentenopleiding HGZO, Vrije Universiteit Amsterdam; Huisarts- en Verpleeghuisartsopleiding Universiteit Leiden;
- de heer A. van Eupen, fysiotherapeut/manueeltherapeut. Centrum fysiotherapiepraktijk Heeswijk-Dinther;
- de heer A. Groenevelt, fysiotherapeut/manueeltherapeut. Rotterdam, opleiding fysiotherapie, Praktijk voor (sport)fysiotherapie en manuele therapie Lochem;
- de heer drs. E. Hulzebos, fysiotherapeut/gezondheidswetenschapper, Universitair Medisch Centrum Utrecht;
- de heer drs. A.A.J. van Klaveren, fysiotherapeut/bewegingswetenschapper, Universitair Medisch Centrum Utrecht;
- de heer F. van Kuppeveld, fysiotherapeut, SIVOZ (verpleeghuis) St. Elisabeth, Beneden Leeuwen;
- de heer H. van Maasakkers, fysiotherapeut / manueel therapeut, rugcentrum Uden;

Niet archief versie

- mevrouw dr. R. Nijhuis-van der Sanden, kinderfysiotherapeut / docent Universitair Medisch Centrum St Radboud, Modulaire Opleiding Kinderfysiotherapie Breda;
- de heer drs. J. Verhoef, fysiotherapeut/bewegingswetenschapper, Leids Universitair Medisch Centrum;
- de heer G. Wensveen, fysiotherapeut, Hogeschool Rotterdam, opleiding fysiotherapie.

Bij de validering van de versie 2003 zijn verschillende beleidscommissies van het KNGF betrokken geweest.

Literatuur

1. KNGF. Richtlijnen voor de Fysiotherapeutische Verslaglegging. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 1993.
2. Heerkens Y, Lakerveld-Heyl K, Verhoeven A, Hendriks H. KNGF-Richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2003.
3. Heerkens Y, Lakerveld-Heyl K, Verhoeven A, Hendriks H. KNGF-Richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2007.

2011 - ARCHIEFVERSIE

Bijlage 2 Afkortingen en verklarende woordenlijst

Afkortingen

BSN	Burgerservicenummer
CEBP	Center of Evidence Based Practice
CVPB	Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen
DTF	Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
EFV	Elektronische Fysiotherapeutische Verslaglegging
ES	Evidence Statement
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IQ healthcare	Scientific Institute for Quality of Healthcare
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NPi	Nederlands Paramedisch Instituut
NVFB	Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en Pré- en Postpartum Gezondheidszorg
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden
UZI	Unieke Zorgverlener Identificatie
UZOVI	Unieke Zorgverzekeraar Identificatie
VWS	ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	*Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst*

Fysiotherapeutische diagnose
De fysiotherapeutische diagnose is een beroepsspecifiek oordeel van de fysiotherapeut over het gezondheidsprofiel van de patiënt, als basis voor het – in samenspraak met de patiënt (of betrokkene(n)) – op te stellen behandelplan.[1]

Definitie KNGF-richtlijn
KNGF-richtlijnen zijn wetenschappelijk onderbouwde, landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale zorg voor de patiënt. Ze zijn bedoeld als hulpmiddel om fysiotherapeuten te ondersteunen bij de klinische besluitvorming. Richtlijnen beogen een leidraad te geven voor de dagelijkse praktijk en tegelijkertijd zo flexibel te zijn dat onderbouwd, afhankelijk van de patiënt en de situatie, van de richtlijn kan worden afgeweken om aan individuele behoeften tegemoet te komen. In KNGF-richtlijnen zijn aanbevelingen voor verantwoorde zorg beschreven. Aan de richtlijnen zijn indicatoren gekoppeld die een indicatie geven over de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg. Het KNGF vindt dat toetsing op het gebruik van de richtlijnen een verantwoordelijkheid is van de fysiotherapeut in overleg met en ondersteund door het KNGF.[2]

Levende richtlijn
Een richtlijn waarvan het onderhoud op continue basis plaatsvindt, op grond van een systematische monitoring van zowel de medisch-wetenschappelijke literatuur als praktijkgegevens en met behulp van door gebruikers van de richtlijn aangeleverde commentaren (www.cbo.nl).

Screening
Screening is een proces dat de fysiotherapeut leidt tot de beslissing of verder fysiotherapeutisch onderzoek geïndiceerd is. Bij screening wordt door middel van gerichte vragen, tests of andere diagnostische verrichtingen binnen een beperkte tijd vastgesteld of er al dan niet sprake is van een binnen het competentiegebied van de individuele fysiotherapeut vallend patroon van tekens en/of symptomen.

Verslaglegging
Onder verslaglegging wordt verstaan het vastleggen van het besprokene, c.q. het gebeurde. Het gaat om het systematisch vastleggen van gegevens en bevindingen met betrekking tot de fysiotherapeutische hulpverlening.

Verwijsdiagnose
De verwijsdiagnose / diagnostische gegevens van de verwijzer zijn gegevens die de verwijzer van belang acht voor de discipline waarnaar hij verwijst. De diagnostische verwijsgegevens kunnen bestaan uit de medische diagnose en resultaten van medisch onderzoek, de gezondheidsproblemen op grond waarvan de arts de indicatie voor verwijzing heeft gesteld, een samenvatting van de ziekten/aandoeningen waaraan de patiënt lijdt of heeft geleden en/of psychosociale informatie.[3]

CONCEPTVERSIE

Literatuur

1 Heerkens YF, Lakerveld-Heyl K, Wimmers RH, Ende E van den. Verslag Fase 3 van het project 'Ontwikkeling van een codering voor de fysiotherapeutische diagnose'. Amersfoort/Utrecht: Nederlands Paramedisch Instituut/NIVEL; 2003.

2 KNGF. Visiedocument ontwikkeling, invoering en evaluatie richtlijnen. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2010.

3 Ravensberg CD van, Oostendorp RAB, Heerkens YF. Diagnostiek, basis voor behandelplan en evaluatie. In: Vaes P, Aufdemkampe G, Dekker J de, editors. Jaarboek Fysiotherapie Kinesitherapie 1997. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 1997. p. 302-25.

2011 - ARCHIEFVERSIE

de Fysiotherapeut

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Postadres
Postbus 248, 3800 AE Amersfoort

www.kngf.nl
www.defysiotherapeut.com
www.fysionet-evidencebased.nl
info@kngf.nl

2011 - ARCHIEFVERSIE

KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging
ISSN 1567-6137 · **Nummer** 0-01/2011

de Fysiotherapeut
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Verantwoording en toelichting

KNGF-richtlijn

Fysiotherapeutische verslaglegging

Supplement bij het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie
Jaargang 121 • Nummer 1 • 2011

2011 - ARCHIEFEXEMPLAAR

KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging

Verantwoording en toelichting

Onder redactie van:
Y.F. Heerkens
H.J.M. Hendriks
V.B. de Graaf-Peters

2011 - ARCHIEFVERSIE

De richtlijn is samengevat op een kaart. Alle onderdelen van de richtlijn zijn beschikbaar via www.fysionet-evidencebased.nl

V-01/2011

Creatief concept: Total Identity
Vormgeving – DTP – Drukwerk: Drukkerij De Gans, Amersfoort
Eindredactie: Tertius – Redactie en organisatie, Houten

2011 - ARCHIEFVERSIE

© 2011 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het KNGF.

Het KNGF heeft als doel om de voorwaarden te scheppen waardoor fysiotherapeutische zorg van goede kwaliteit gerealiseerd wordt, die toegankelijk is voor de gehele Nederlandse bevolking, met erkenning van de professionele deskundigheid van de fysiotherapeut. Het KNGF behartigt voor ruim 20.000 aangesloten fysiotherapeuten de belangen op beroepsinhoudelijk, sociaal-maatschappelijk en economisch gebied.

V-01/2011

Inhoud

Verantwoording en toelichting *1*

Inleiding *1*
A Wet- en regelgeving, jurisprudentie, machtigings- en declaratieverkeer *1*
A.1 Wet- en regelgeving *2*
A.2 Jurisprudentie *3*
A.3 Vast te leggen gegevens op grond van wet- en regelgeving en jurisprudentie *3*
A.4 Machtigings- en declaratieverkeer *4*

B Overige projecten/ontwikkelingen in relatie tot verslaglegging *5*
B.1 Het project Kwaliefy *5*
B.2 De NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut *6*
B.3 Soorten gegevens *6*
B.4 Elektronische verslaglegging *7*
B.5 Relevante begrippen *7*
B.6 Classificaties *8*

C Omgaan met verslaglegging *10*
C.1 Veiligheid *10*
C.2 Aan verslaglegging gestelde wettelijke vereisten *10*
C.3 Klachtenbehandeling *13*

D Dankwoord *14*

E Literatuur *14*

Bijlagen *16*

Bijlage 1 Afkortingen *16*
Bijlage 2 Inhoud van de berichten in de *NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut* *17*

2011 ARCHIEFVERSIE

Verantwoording en toelichting

Y.F. Heerkens[I], H.J.M. Hendriks[II], V.B. de Graaf-Peters[III]

DOCUMENTARCHIEF VERSIE

Inleiding

Deze Verantwoording en toelichting zet de keuzes uiteen die bij de totstandkoming van de *KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging* zijn gemaakt. Deze richtlijn beschrijft het handelen van de fysiotherapeut met betrekking tot verslaglegging en vormt de herziene versie van de *KNGF-Richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging* die in 2007 door het KNGF is gepubliceerd.[1] Voorgaande versies waren die uit 2003[2] en 1993[3].

Om de richtlijn uit 1993 te actualiseren, is bij het ontwikkelen van de **2003-versie** gebruikgemaakt van projectresultaten en ontwikkelingen die raakvlakken hebben met het onderwerp verslaglegging. Daarnaast is bij het ontwikkelen van de 2003-versie rekening gehouden met de eisen die worden gesteld aan fysiotherapeutische verslaglegging: eisen vanuit de wetgever, vanuit de jurisprudentie, vanuit regels rond machtigings- en declaratieverkeer, en eisen die worden gesteld door de beroepsgroep op basis van ontwikkelingen binnen de beroepsgroep zelf, zijn de globale, gedetailleerde, inhoudelijke dan wel procedurele eisen.

Voor de **2007-versie** is nagegaan welke veranderingen sinds 2003 in wet- en regelgeving zijn doorgevoerd en welke andere relevante ontwikkelingen hebben plaatsgevonden, die van invloed zijn op de in de richtlijn geformuleerde eisen. Eisen waarop deze wijzigingen betrekking hadden, zijn waar nodig bijgesteld. Zo zijn in de 2003-versie de gevolgen verwerkt van wetgeving rond de directe toegankelijkheid van de fysiotherapie (Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie, DTF).[4] Een andere ontwikkeling is die rond de elektronische verslaglegging. Op grond van deze ontwikkeling is in de 2007-versie een link gelegd met het EFV-gegevensmodel (Elektronisch Fysiotherapeutische Verslaglegging).[5]
Sinds 2008 is de richtlijn een 'levende' richtlijn, dat wil zeggen een richtlijn die jaarlijks wordt beoordeeld op haar actualiteit. Het methodisch handelen moet immers steeds aansluiten bij de meest actuele ontwikkelingen in het fysiotherapeutisch handelen die worden beschreven in de zorginhoudelijke richtlijnen van het KNGF.

Ondanks de status van 'levende' richtlijn hebben omstandigheden, zoals het ontwikkelen van *Kwaliefy* (zie paragraaf B.1) en de *NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut* (zie paragraaf B.2),[6] ertoe geleid dat het herzien van de richtlijn door het KNGF werd uitgesteld. Kritische vragen uit het veld rond de toepasbaarheid en de hanteerbaarheid van de richtlijn en over de administratieve last, hebben in het najaar van 2010 geleid tot de beslissing om per 1 april 2011 te komen met een vereenvoudigde versie van de richtlijn, de **2011-versie**. Besloten is om de koppeling met het EFV-gegevensmodel los te laten, omdat met deze koppeling de suggestie werd gewekt dat het gegevensmodel integraal door alle fysiotherapeuten gebruikt zou moeten worden. Verder is besloten om, naast basisgegevens en plusgegevens, ook conditionele en administratieve gegevens te onderscheiden.
De vereenvoudigde versie van de praktijkrichtlijn stond op 31 maart 2011 om 23.00 uur op de site van het KNGF (www.kngfrichtlijnen.nl). De voorliggende *Verantwoording en toelichting* is ontwikkeld in de periode april-juni 2011 en komt in september 2011 online.

De *Verantwoording en toelichting* van de richtlijn bestaat uit de volgende paragrafen.

- Paragraaf A betreft de wetgeving en jurisprudentie, voor zover deze van invloed zijn geweest op de selectie van de basisgegevens(groepen).
- Paragraaf B betreft de projecten/ontwikkelingen die een bijdrage hebben geleverd aan inzichten met betrekking tot de fysiotherapeutische verslaglegging.
- Paragraaf C betreft de eisen waaraan verslaglegging moet voldoen en de wijze waarop de fysiotherapeut dient om te gaan met de patiëntgegevens die hem zijn toevertrouwd, in het kader van de fysiotherapeutische zorgverlening. Hierbij speelt de wetgeving een belangrijke rol.

Daarna volgen nog een dankwoord (paragraaf D), een overzicht van de geraadpleegde literatuur (paragraaf E) en een drietal bijlagen (afkortingen, de inhoud van de berichten uit de *NHG/KNGF-Richtlijn Informatieverstrekking Huisarts*[7] en een overzicht van de basisgegevens en administratieve gegevens in de 2007- en de 2011-versie van de richtlijn Verslaglegging).

A Wet- en regelgeving, jurisprudentie, machtigings- en declaratieverkeer

In deze paragraaf wordt een korte toelichting gegeven op de voor verslaglegging relevante wet- en regelgeving. Wet- en regelgeving is per definitie vatbaar voor veranderingen. Fysiotherapeuten wordt daarom aangeraden om altijd de meest recente versie van de desbetreffende wet te raadplegen (bijvoorbeeld via www.overheid.nl).

I *Yvonne Heerkens, bewegingswetenschapper, programmaleider Terminologie & Technologie, Afdeling Onderzoek en Innovatie, Nederlands Paramedisch Instituut (NPi), Amersfoort; lector Arbeid en Gezondheid, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN), Nijmegen.*

II *Erik Hendriks, fysiotherapeut/epidemioloog, programmaleider KNGF-richtlijnen, Vakgroep Epidemiologie Maastricht University, CAPHRI School for Public Health and Primary Care en Centre for Evidence Based Physiotherapy (CEBP), Maastricht.*

III *Victorine de Graaf-Peters, (neuro)psycholoog, senior beleidsmedewerker wetenschap, vakinhoud en richtlijnen Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Amersfoort.*

A.1 Wet- en regelgeving

De volgende wetten bevatten bepalingen die van invloed zijn op de verslaglegging van professionals in de gezondheidszorg en daarmee dus ook op die van fysiotherapeuten: de *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (Wet BIG), de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO), de *Wet bescherming persoonsgegevens* (WBP), de *Wet algemene bepalingen burgerservicenummer* (Wabb) en de *Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg*. Het burgerservicenummer (BSN)[a] wordt gebruikt voor de identificatie van de patiënt. Alle zorgverleners / aanbieders / indicatieorganen en verzekeraars zijn verplicht om bij alle vormen van communicatie (zowel zorginhoudelijk als financieel-administratief) dat nummer te vermelden.
Lange tijd is gewacht op de Kaderwet EPD (*Wet op het elektronisch patiëntendossier*). Deze wet zou hebben moeten waarborgen dat alle zorgaanbieders worden aangesloten op het Landelijk Schakelpunt (LSP) (zie paragraaf B.4) en hun patiëntgegevens ontsluiten voor andere bij de patiënt betrokken zorgverleners. Omdat via het dossier vertrouwelijke informatie wordt uitgewisseld, is het van belang dat de beveiliging en privacy van die gegevens door middel van deze wet worden gewaarborgd. Op 5 april 2011 is de wet echter door de Eerste Kamer verworpen. Zie verder paragraaf B.4.

Hierna worden de meest relevante bepalingen vanuit de Wet BIG en de WGBO in relatie tot verslaglegging weergegeven, inclusief de relevante bepalingen die vermeld worden in de uit de Wet BIG voortvloeiende KNGF-adviesbrochure *Zorgvuldig handelen bij voorbehouden en bijzondere handelingen*[8] en in de uit de WGBO voortvloeiende brochure *Modelregeling fysiotherapeut-patiënt.*[9]
De overige eisen die aan verslaglegging worden gesteld die voortvloeien uit de WGBO en de WBP hebben meer betrekking op de wijze waarop beroepsbeoefenaren geacht worden om te gaan met hun verslaglegging dan op de gegevens die vastgelegd moeten worden (zie voor een uitgebreide bespreking van deze eisen paragraaf C). Tot slot worden de twee wetten rond het Burgerservicenummer (BSN) kort besproken.

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)
Wet BIG – Deskundigheid fysiotherapeut artikel 29 Wet BIG
Indien er sprake is van verwijzing geldt het volgende: artikel 6 van het 'Besluit fysiotherapeut'
'De verwijzing geschiedt schriftelijk, is gedateerd en ondertekend door de betrokken arts en bevat ten minste de door deze, voor het door de fysiotherapeut onderzoeken en behandelen van de patiënt, relevant geachte diagnostische gegevens.' (Bron: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden.)[10]

Wet BIG – Voorbehouden handelingen
artikel 35
'1. Het is degene die niet behoort tot de personen die hun bevoegdheid tot het verrichten van een handeling ontlenen aan het bepaalde bij of krachtens de artikelen 36 en 37 (artsen, tandartsen en verloskundigen) verboden buiten noodzaak beroepsmatig die handeling te verrichten, tenzij:
   a. zulks geschiedt ingevolge een opdracht van een persoon die zijn bevoegdheid ontleent aan het bepaalde bij of krachtens de artikelen 36 en 37 en
   b. hij redelijkerwijs mag aannemen dat hij beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk uitvoeren van de opdracht en
   c. hij, voorzover de opdrachtgever aanwijzingen heeft gegeven, heeft gehandeld overeenkomstig die aanwijzingen.
2. Met inachtneming van het bepaalde in het eerste lid is de opdrachtnemer bevoegd tot het verrichten van de in het eerste lid bedoelde handeling.' (Bron: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden.)[10]

Voortvloeiend uit Wet BIG: adviesbrochure 'Zorgvuldig handelen bij voorbehouden en bijzondere handelingen'[b]
Het KNGF heeft in 1998 de adviesbrochure 'Zorgvuldig handelen bij bijzondere en voorbehouden handelingen' gepubliceerd inzake bedoelde handelingen door fysiotherapeuten.[8] De huidige versie dateert uit 2010.[9] In deze adviesbrochure spreekt het KNGF zich uit over het handelen van fysiotherapeuten bij het uitvoeren van voorbehouden en bijzondere handelingen door fysiotherapeuten. Voor de precieze omschrijving wordt verwezen naar de brochure (http://www.fysionet.nl/brochure-zorgvuldig-handelen-bij-voorbehouden-en-bijzondere-handelingen.pdf).

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)
WGBO – Dossierplicht
artikel 454
'1. De hulpverlener richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voorzover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is.
2. De hulpverlener voegt desgevraagd een door de patiënt afgegeven verklaring met betrekking tot de in het dossier opgenomen stukken aan het dossier toe.
3. Onverminderd het bepaalde in artikel 455, bewaart de hulpverlener de bescheiden, bedoeld in de vorige leden, gedurende de vijftien jaren, te rekenen vanaf het tijdstip waarop zij zijn vervaardigd, of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit.'

artikel 455
'1. De hulpverlener vernietigt de door hem bewaarde bescheiden, bedoeld in artikel 454, binnen drie maanden na een daartoe strekkend verzoek van de patiënt.

a Het BSN is de vervanging van het oude sofinummer (per 26 november 2007).
b Fysiotherapeuten wordt aangeraden om altijd de meest recente versie van een brochure te raadplegen; deze staat op de website van het KNGF (www.fysionet.nl).

CONCEPT VERSIE

2. Lid 1 geldt niet voorzover het verzoek bescheiden betreft waarvan redelijkerwijs aannemelijk is dat de bewaring van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de patiënt, alsmede voorzover het bepaalde bij of krachtens de wet zich tegen vernietiging verzet.'

WBGO – Toestemmingsvereiste
artikel 450
'1. Voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst is de toestemming van de patiënt vereist (...).'

artikel 451
'Op verzoek van de patiënt legt de hulpverlener in ieder geval schriftelijk vast voor welke verrichtingen van ingrijpende aard deze toestemming heeft gegeven.' (Bron: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden.)[11]

Voortvloeiend uit WGBO
De *Modelregeling fysiotherapeut-patiënt* sluit met 'Privacy en dossiervorming' aan bij de WBGO.[12]

artikel 18
lid 1 'De fysiotherapeut maakt aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen, voorzover dit voor een goede hulpverlening noodzakelijk is en registreert deze gegevens zorgvuldig in een dossier. Toelichting. Van belang is dat de fysiotherapeut de verwijzer, medebehandelaar of waarnemer adequaat kan informeren.'

Wet algemene bepalingen burgerservicenummer (Wabb) / Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg
In 2007 is het burgerservicenummer (BSN) ingevoerd. Dit is een uniek persoonsnummer dat als nummer gelijk is aan het sofinummer (sociaal-fiscaal nummer). Het nummer heeft echter een ander wettelijk kader, waardoor een breder gebruik mogelijk is. De verwachting is dat overheden met behulp van het BSN hun taken beter kunnen uitvoeren, omdat gegevensuitwisseling sneller, efficiënter en betrouwbaarder kan plaatsvinden. De *Wet algemene bepalingen burgerservicenummer* (Wabb) regelt het gebruik van het BSN door overheidsinstanties.
Omdat ook de zorgsector het BSN wil gebruiken als uniek persoonlijk nummer, is een aparte wet gemaakt: de *Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg* (zie www.minvws.nl/dossiers/burgerservicenummer). In de zorg is een uniek persoonsnummer van groot belang om vast te stellen welke gegevens bij welke cliënt horen. Zo kan de kwaliteit van de onderlinge communicatie en uiteindelijk ook de kwaliteit van de zorg worden verbeterd. Het nummer is ook nodig om het declaratieverkeer te vereenvoudigen en om een betere bescherming tegen identiteitsfraude te bieden. Op basis van de combinatie van de nog in te voeren Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI) en het BSN kunnen van de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) bijvoorbeeld de meest actuele adresgegevens en systemen van verzekeraars worden gebruikt, ter vaststelling van de verzekeringsgerechtigdheid van patiënten. Zorgverleners en -instellingen zijn verplicht te werken met BSN's die geverifieerd zijn, hetgeen mogelijk is via de Sectorale Berichtenvoorziening in de Zorg, de SBV-Z.

A.2 Jurisprudentie
Enkele artikelen in *FysioPraxis* doen verslag van uitspraken van de Commissie van Toezicht die in verband gebracht kunnen worden met de dossiervoering van de fysiotherapeut.[13-15] Naast de wettelijke plicht van het verslagleggen, biedt een goed onderhouden dossier de hulpverlener een uitstekend verweermiddel wanneer er een klacht tegen hem wordt ingediend. Hij zal zich in dat geval gemakkelijk voldoende rekenschap kunnen geven van de uitgevoerde behandeling.

A.3 Vast te leggen gegevens op grond van wet- en regelgeving en jurisprudentie
Hoewel in de hiervoor besproken wetten en regelingen slechts in zeer beperkte mate wordt aangegeven welke gegevens nu exact vastgelegd moeten worden door professionals in de gezondheidszorg, wordt het wel duidelijk dát het vastleggen van bepaalde patiëntgegevens op grond van wet- en regelgeving verplicht is. Wetten zoals de WGBO zijn zogenoemde kaderwetten, waarvan de exacte invulling wordt overgelaten aan personen of organisaties op wie de wet van toepassing is. Dergelijke wetten vragen derhalve om een zorgvuldige interpretatie van het in de wet gestelde. Het KNGF meent dat de fysiotherapeut een aantal zorginhoudelijke gegevens (gegevens over de patiënt en over het fysiotherapeutisch zorgverleningsproces) op grond van wet- en regelgeving en aansluitend bij de jurisprudentie moet vastleggen. Deze gegevens worden derhalve gerekend tot de basisgegevens(groepen) of zijn conditionele gegevens in de zin dat ze moeten worden vastgelegd als ze aanwezig zijn (zie *tabel 1*).

2011 ARCHIEFVERSIE

Tabel 1. Vast te leggen gegevens op grond van wet- en regelgeving en jurisprudentie in relatie tot het zorgverleningsproces.

fase	vast te leggen gegevens op grond van wet- en regelgeving en jurisprudentie
1. verwijzing en aanmelding	• nummer zorgverzekeraar (UZOVI) • naam patiënt • nummer patient (BSN) • naam coördinerend fysiotherapeut • naam, adres, nummer huisarts • verwijsdatum • adres en nummer verwijzer • specialisme verwijzer • verwijsdiagnose / diagnostische gegevens
2. anamnese	• hulpvraag • functioneringsproblemen
4. analyse	• fysiotherapeutische diagnose/conclusie • indicatie voor fysiotherapie (ja/nee) • conclusie consultatie (conditioneel)
5. behandelplan	• eindresultaat/hoofddoel • geplande verrichtingen / prestaties (inclusief te verstrekken informatie/adviezen) • toestemming voor bijzondere of voorbehouden handeling (conditioneel) • besproken met / akkoord van patiënt
6. behandeling	• datum sessie • naam behandelend fysiotherapeut • klachtbeloop • uitgevoerde verrichtingen / prestaties (inclusief verstrekte informatie/adviezen) • bijstellingen tijdens behandelproces (conditioneel) • afspraken met patiënt
7. eindevaluatie	• datum eindevaluatie • realisatie behandeldoelen/-resultaat
8. afsluiting	• datum afsluiting • reden einde zorg • datum verslaggeving aan verwijzer

A.4 Machtigings- en declaratieverkeer

Met ingang van 22 maart 2011 zijn de Standaarden Externe Integratie (EI) 'Declaratie paramedische hulp' (PM304 versie 3.2) en 'Retourinformatie Declaratie paramedische hulp' (PM305 versie 3.2), alsmede bijbehorende invulinstructie (versiedatum 01-05-2007), alle in een nieuwe uitgave 2 beschikbaar.[c] Een *EI-bericht declaratie* (PM304) en een *EI-retourbericht declaratie* (PM305) bestaan uit verschillende records: een voorlooprecord (verplicht), een verzekerdenrecord (verplicht), een debiteurenrecord (conditioneel), een prestatierecord (verplicht), een commentaarrecord (optioneel) en een sluitrecord (verplicht).[16]

In deze paragraaf worden alleen de verplichte records besproken. Ieder recordtype bevat een aantal gegevenselementen. Deze gegevenselementen hebben deels betrekking op de partijen die betrokkenen zijn bij het zorgverleningsproces (patiënt, behandelaar en zorgverzekeraar) en deels op de inhoud van het zorgproces. Daarnaast zijn er gegevenselementen die betrekking hebben op de praktijk, het gebruikte softwaresysteem of op de tarieven. Tarieven laten we hier buiten beschouwing, omdat ze niet relevant zijn in het kader van de verslaglegging; ze zijn binnen andere systemen opgenomen.

c *Aansluitend is codelijst 'Code soort indicatie paramedische hulp' (COD321-VEK1) aangepast en beschikbaar in twee uitgaven: COD321-VEK1a-tot met 2010.xlsx en COD321-VEK1b-vanaf 2011.xlsx. Aanleiding is het per 2011 kunnen declareren van bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie.*

2011 - ARCHIEFVERSIE

Tabel 2. Verplicht vast te leggen gegevens ten behoeve van het machtigings- en declaratieverkeer in relatie tot het zorgverlenings-proces. Om de relatie te leggen met de gegevens in de richtlijn is in de laatste kolom aangegeven of het gaat om een basisgegeven of een administratief gegeven (zie ook paragraaf B.3).

stap	vast te leggen gegevens ten behoeve van het machtigings- en declaratieverkeer	soort gegeven
1. verwijzing en aanmelding	• nummer zorgverzekeraar (UZOVI) • naam patiënt (achternaam + voorletters) • nummer patiënt (BSN) • geboortedatum patiënt • geslacht patiënt • indicatie ongeval • nummer fysiotherapeut (AGB-nummer / UZI-nummer)* • nummer verwijzer (AGB-nummer / UZI-nummer)	admin basis basis basis admin admin admin admin
6. behandeling	• datum sessie (meestal meerdere sessies) • uitgevoerde verrichtingen / prestaties	basis basis

UZOVI = Unieke Zorgverzekeraar Identificatie; BSN = burgerservicenummer; AGB = Algemeen Gegevensbeheer Zorgverleners.

* Deze persoonsgebonden code heeft de fysiotherapeut nodig voor het indienen van de declaraties bij de verzekeraars. Een zorgverlener kan zelf een AGB-code aanvragen; zie de website www.agbcode.nl voor de benodigde formulieren. Fysiotherapeuten ingeschreven in het Kwaliteitsregister kunnen met hun registratienummer via een verkorte procedure een AGB-code aanvragen.

Alle gegevenselementen hebben als kenmerk een letter, waarbij:
M (mandatory) = verplicht;
C (conditional) = afhankelijk van bepaalde afspraken/condities;
O (optional) = naar keuze.

In tabel 2 zijn de verplichte gegevens opgenomen, 'vertaald' in voor de dagelijkse praktijk hanteerbare terminologie.

B Overige projecten/ontwikkelingen in relatie tot verslaglegging

Twee recente projecten binnen de fysiotherapie hebben een directe relatie met verslaglegging: het project Kwaliefy (zie paragraaf B.1) en het project waarbinnen de *NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut* is ontwikkeld (zie paragraaf B.2).[5]
In paragraaf B.3 wordt besproken welke gegevens er nu zijn en op grond van welke overwegingen besloten is om de basisgegevens op te delen in drie groepen: administratieve gegevens, basisgegevens en conditionele gegevens. In paragraaf B.4 wordt kort ingegaan op elektronische verslaglegging. In paragraaf B.5 worden enkele relevante begrippen besproken en in paragraaf B.6 de classificaties die gebruikt kunnen worden voor het vastleggen van belangrijke gegevens die tijdens het zorgproces naar voren komen.

B.1 Het project Kwaliefy

Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie (Kwaliefy)
Informatie over de kwaliteit van de zorgverlening speelt in ons huidige zorgstelsel een centrale rol. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft daarom in 2007 de opdracht gegeven een basisset van kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijnsfysiotherapie te ontwikkelen. Informatie over de kwaliteit van de zorg is de basis voor kwaliteitsverbetering en is van belang voor de patiënten, de zorgverleners, de zorgverzekeraars, de toezichthouders (Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de NZa) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Patiënten hebben behoefte aan informatie over het aanbod en over de zorg(prestaties) om goed geïnformeerd keuzes te kunnen maken; de zorgverleners willen informatie over kwaliteitsverbetering en -beleid, de zorgverzekeraars om zorginkoop af te stemmen, en de IGZ en NZa om de rol als toezichthouder respectievelijk marktmeester op de kwaliteit van zorg uit te kunnen oefenen. VWS ten slotte is eindverantwoordelijk voor het zorgstelsel zelf en kan ook het gezondheidsbeleid mede vorm geven.
Tegen deze achtergrond is in 2008 een basisset van kwaliteitsindicatoren opgeleverd, die is ontwikkeld samen met belanghebbenden, waarmee de kwaliteit van de eerstelijns fysiotherapie inzichtelijk kan worden gemaakt. De indicatoren betreffen drie thema's, namelijk: 1) het fysiotherapeutisch handelen, 2) de praktijkorganisatie/etalage-informatie en 3) de patiëntervaringen.[17] De indicatoren van het eerste thema zijn mede gebaseerd op de *KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging* uit 2003. Deze basisset is landelijk uitgerold binnen het programma Zichtbare Zorg Fysiotherapie, waarvoor in 2009 en 2010 metingen zijn uitgevoerd.[18] In deze eerste fase vond de dataverzameling plaats met behulp van vragenlijstonderzoek. Knelpunten in deze methode van dataverzameling waren de betrouwbaarheid van de zelfrapportage over het fysiotherapeutisch handelen en de extra tijdsinvestering. Daarom werd besloten om vanaf 2011 te realiseren dat de gegevens over het fysiotherapeutisch handelen met behulp van een elektronisch patiëntendossier (EPD) verzameld worden.[19] Hiervoor hebben de softwareontwikkelaars hun systemen aangepast. In 2011, op het moment van het schrijven van deze richtlijn, is een volgende kwaliteitsmeting uitgevoerd. Hoewel de werkgroepleden van Kwaliefy betrokken waren bij de richtlijnupdate, kwam de officiële

NIET-AFGEHANDELD

goedkeuring van de huidige richtlijn te laat om deze volledig te implementeren in de meting van 2011. De operationalisatie van de indicatoren sluit in 2011 mogelijk nog niet goed aan en is formeel gebaseerd op de richtlijn van 2007.
Aangezien zowel de *KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging* als Kwaliefy beide dynamische producten zijn die steeds worden doorontwikkeld op basis van voortschrijdend inzicht en evidentie, worden de komende jaren de ontwikkelingen in beide projecten nauwgezet gevolgd en op elkaar afgestemd. Voor de meest recente ontwikkelingen rond Kwaliefy wordt verwezen naar de website van Kwaliefy (www.kwaliefy.nl) en naar http://www.fysionet.nl/home_page/Uitgelicht.

B.2 De NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut

De recent verschenen *NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut*[6] is de opvolger van de *KNGF-richtlijn Informatieverstrekking Huisarts*.[7] Terwijl de KNGF-richtlijn betrekking had op de informatie van de fysiotherapeut aan de huisarts, staat in de nieuwe richtlijn niet alleen omschreven welke informatie er van de fysiotherapeut naar de huisarts gaat op welk moment, maar ook welke informatie er van de huisarts naar de fysiotherapeut gaat.
Het doel van de nieuwe richtlijn is: voor de huisarts en de fysiotherapeut vastleggen op welke momenten zij informatie uitwisselen bij een consult aan de fysiotherapeut,[20-22] bij een verwijzing naar de fysiotherapeut en bij directe toegang tot de fysiotherapie (DTF).[4] Bij het ontwikkelen van de richtlijn heeft men zich eerst gebogen over de momenten waarop informatieoverdracht plaatsvindt en vervolgens over de informatiebehoefte bij de ontvangende partij. Door de gegevens die de andere partij nodig heeft gestructureerd vast te leggen, kunnen de gegevens door de ander correct worden ingelezen. De richtlijn biedt houvast aan leveranciers van ICT-producten en -diensten voor huisartsen en fysiotherapeuten.

Inhoud berichten
De informatie wordt uitgewisseld tussen huisarts en fysiotherapeut via berichten met omgeschreven rubrieken. Model en inhoud zijn afhankelijk van het zorgmoment, maar het bericht kent een vaste driedeling: envelop, kern en bijlage. Voor de gegevens in die drie onderdelen wordt verwezen naar bijlage 2.

B.3 Soorten gegevens

Op grond van de twee hoofddoelen van verslaglegging en op grond van de geldende kwaliteitseisen voor het fysiotherapeutisch handelen, waarvan verslaglegging integraal deel uitmaakt, zijn de volgende criteria gehanteerd bij het bepalen van de vast te leggen gegevens:

- gegevens die essentieel zijn in het kader van beslismomenten voortvloeiend uit het methodisch fysiotherapeutisch handelen;
- gegevens die noodzakelijk zijn in het kader van communicatie met:
  - verwijzers; werd in de richtlijn van 2007 nog uitgegaan van de *KNGF-richtlijn Informatieverstrekking Huisarts*,[7] in de voorliggende versie wordt aangesloten bij de *NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut* (zie paragraaf B.1);[6]
  - patiënten;
  - collegae en andere zorgverleners (continuïteit van zorg);
  - zorgverzekeraars, voor zover het gaat om het verplichte machtigings- en declaratieverkeer (paragraaf A.4).

De richtlijnen uit 2003 en 2007 maakten onderscheid tussen basisgegevens en plusgegevens. Eind 2010 zijn door leden van het KNGF kritische vragen gesteld rond de toepasbaarheid en de hanteerbaarheid van de richtlijn en over de administratieve last die het verslagleggen met zich meebrengt. Vooral het nodeloos 'vinken' (het afstrepen van gegevens die niet relevant zijn) wordt als tijdverspilling ervaren en draagt niet bij aan het klinisch redeneren. Deze vragen hebben ertoe geleid dat bij de herziening van de richtlijn kritisch is gekeken naar met name de groep 'basisgegevens'. Daarbij is besloten om gegevens die wel noodzakelijk zijn voor het administratieve proces, maar die niet van invloed zijn op het fysiotherapeutisch handelen, apart te zetten als **'administratieve gegevens'**. Deze gegevens moeten wel vastgelegd worden, maar dat kan ook elders in de organisatie gebeuren. Voorwaarde is wel dat ze terug te koppelen moeten zijn naar de individuele patiënt. Voor alle resterende basisgegevens is vervolgens gekeken welke gegevens **altijd** relevant zijn; met andere woorden, de fysiotherapeut kan niet zonder deze gegevens; deze gegevens moeten er zijn om het zorgproces goed te kunnen laten verlopen. Voorbeelden zijn de hulpvraag en de fysiotherapeutische diagnose. Deze gegevens blijven **basisgegevens**.
De resterende gegevens, die nu geen basisgegevens meer zijn, kunnen worden onderverdeeld in twee groepen:

1. gegevens die **niet altijd** aanwezig zijn, maar áls ze aanwezig zijn **altijd vastgelegd** moeten worden; bijvoorbeeld 'consultvraag' en 'toestemming voor voorbehouden handeling' en
2. gegevens die weliswaar aanwezig kúnnen zijn, maar niet altijd relevant zijn en dan **niet vastgelegd** hoeven te worden; bijvoorbeeld 'medicatie'; sommige medicatie is wel van invloed op het fysiotherapeutisch zorgproces, andere medicatie niet; medicatie die niet relevant is, hoeft niet te worden vastgelegd.

Beide groepen worden aangeduid als **conditionele gegevens**.
Bij de omschrijving van de tweede groep conditionele gegevens staat 'indien aanwezig én relevant'. Bij de gegevens uit de eerste groep staat 'indien aanwezig'.
Met het toevoegen van de groep conditionele gegevens is het aantal basisgegevens aanzienlijk gedaald. Wel is het belangrijk dat de fysiotherapeut zich realiseert dat met het onderscheiden van conditionele gegevens de fysiotherapeut meer verantwoordelijkheid heeft. Als er niets staat, is het gegeven niet aan de orde (de eerste groep conditionele gegevens) of – mogelijk wel aanwezig – niet relevant (de tweede groep conditionele gegevens).

Alle gegevens die niet vallen onder de basis-, conditionele of administratieve gegevens, maar die wel relevant kunnen zijn voor het zorgproces zijn **plusgegevens**.
Bovenstaande betekent dat in de voorliggende versie van de *Praktijkrichtlijn* onderscheid wordt gemaakt tussen de volgende typen gegevens[d]:

- basisgegevens;
- conditionele gegevens;
- administratieve gegevens;
- plusgegevens.

CONCEPT VOOR CONSULTRONDE

Voor een omschrijving van deze typen en voorbeelden wordt verwezen naar de *Praktijkrichtlijn*.

B.4 Elektronische verslaglegging

De *Kaderwet EPD* (Elektronisch Patiënten Dossier) is op 5 april 2011 door de Eerste Kamer verworpen (zie paragraaf A.1). Hoewel verwacht mag worden dat de ontwikkelingen rond het landelijk elektronisch dossier doorgaan, bijvoorbeeld door een verdere uitbouw van reeds bestaande regionale netwerken / initiatieven, is er op dit moment geen wettelijke grondslag meer voor de uitwisseling van patiëntgegevens via het Landelijk Schakelpunt (LSP) (een 'verkeerstoren' die veilige, landelijke elektronische uitwisseling van patiëntinformatie mogelijk moet maken (www.nictiz.nl)).[23] Met het LSP kunnen zorgverleners actuele patiëntinformatie opvragen uit de aangesloten zorginformatiesystemen van ziekenhuizen, apotheken en huisartsen, het centrale onderdeel van het landelijk EPD. De toekomst van een LSP zonder overheidssteun wordt momenteel onderzocht door het Nictiz (Nationaal ICT Instituut in de zorg), dat het LSP in opdracht van het ministerie van VWS mede heeft helpen opzetten. Minister Schippers heeft Nictiz, aansluitend aan de afwijzing van de wet door de Eerste Kamer, drie maanden de gelegenheid gegeven om een (private) oplossing te vinden voor het voortbestaan van het LSP.
Voordat zorginformatiesystemen op het LSP aangesloten kunnen worden, moeten ze voldoen aan de eisen van een goed beheerd zorgsysteem (GBZ).

Andere voorwaarden voor een landelijk EPD, zoals de invoering van het burgerservicenummer (BSN) en de ontwikkeling van een Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI) zijn al wel gerealiseerd. Omdat zorginformatie meestal privacygevoelige gegevens bevat, moet de patiënt erop kunnen vertrouwen dat zorgaanbieders zorgvuldig met die persoonlijke gegevens omgaan. Voor de unieke identificatie van zorgaanbieders geeft het UZI-Register een elektronisch paspoort uit: de UZI-pas. UZI staat voor Unieke Zorgverlener Identificatie. De UZI-pas is qua uiterlijk vergelijkbaar met een bankpas. Deze pas bevat de elektronische identiteit van een zorgverlener. Deze identiteit is beveiligd tegen misbruik; daarom is de UZI-pas, net als een bankpas, voorzien van een unieke pincode. Met een UZI-pas kan een zorgaanbieder zijn identiteit in het elektronisch verkeer bewijzen, de vertrouwelijkheid in de communicatie waarborgen door de gegevens te versleutelen en een elektronische handtekening zetten. Zie voor verdere informatie www.uziregister.nl.

Het KNGF heeft in de afgelopen jaren belangrijke stappen gezet om elektronische dossiers voor de fysiotherapie te realiseren. Ten behoeve van de leveranciers van elektronische dossiers voor de eerstelijns fysiotherapiepraktijk, heeft het KNGF in 2005 het Gegevensmodel Elektronisch Fysiotherapeutische Verslaglegging Leveranciersdossier gepubliceerd.[5] Het gegevensmodel is gebaseerd op de *KNGF-Richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging* uit 2003[2] als (zorg)inhoudelijke blauwdruk voor de ontwikkeling van software voor de praktiserend fysiotherapeut, de Beroepsinhoudelijke Module (BIM). Het gegevensmodel bestaat uit een gegevensmodel (het 'wat'), waarin fasen, gegevensgroepen, gegevens en keuzelijsten zijn gedefinieerd en een op de werking van een BIM gerichte sectie, de realisatieaspecten BIM (het 'hoe'). Het EFV-gegevensmodel sloot zo veel mogelijk aan op de richtlijn verslaglegging en op nieuwe en reeds bestaande geaccepteerde gegevens- en coderingsstandaarden, zoals de Standaard EIDPH, met onder meer verwijzingen naar standaarden van het Nederlands Normalisatie-instituut (NEN), de Fysiotherapeutische Diagnosecodering (FDC) en de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Informatie over het EFV-gegevensmodel was als bijlage toegevoegd aan de *Verantwoording en toelichting* bij de richtlijn van 2007.[5]

In overleg met de werkgroep is besloten de koppeling in de voorliggende versie van de richtlijn los te laten. Te veel werd door fysiotherapeuten gedacht dat hetgeen in het EFV-gegevensmodel staat opgenomen, ***moest*** worden vastgelegd. De informatie over ontwikkelingen ten aanzien van het EFV blijven – vanzelfsprekend – te volgen via de website https://eisen.fysio-epd.nl/?gegevensmodel.

B.5 Relevante begrippen

Fysiotherapeutische Diagnose
In het kader van het project 'Fysiotherapeutische Diagnose' is geïnventariseerd in hoeverre de term 'fysiotherapeutische diagnose' bruikbaar is voor zowel de fysiotherapeut zelf als voor externe partijen die direct of indirect te maken hebben met fysiotherapeutische zorg, zoals patiënten, verwijzers en zorgverzekeraars.[24,25] Ondanks de bezwaren die er volgens een aantal ondervraagden kleven aan de termen 'fysiotherapeutische diagnose' en de verwarring die kan ontstaan met de term 'medische diagnose' en 'verwijsdiagnose' (het startpunt van het fysiotherapeutisch diagnostisch proces) is voorgesteld de term te (blijven) gebruiken. De fysiotherapeutische diagnose moet dan wel dusdanig helder zijn omschreven dat het doel ervan en de gegevens(groepen) die er deel van uitmaken ook voor externe partijen duidelijk zijn.
Er is gekozen voor de volgende omschrijving: *De fysiotherapeutische diagnose is 'een beroepsspecifiek oordeel van de fysiotherapeut over het gezondheidsprofiel van de patiënt, als basis voor het – in samenspraak met de patiënt (of betrokkene(n)) – op te stellen behandelplan.'*

Uit het project blijkt dat de volgende – met elkaar samenhangende – gegevens(groepen) deel uitmaken van de fysiotherapeutische diagnose:[e]

1. leeftijd en hulpvraag van de patiënt;
2. het gezondheidsprobleem van de patiënt, qua aard (in termen van beperkingen, participatieproblemen en stoornissen), beloop en prognose;
3. onderliggende medische factoren, inclusief ziekten / aandoeningen / syndromen en operaties;
4. onderliggende externe en persoonlijke factoren, inclusief psychische en fysieke belasting.

d Aan een 'gegeven' kan (kunnen) (een) specifieke, te omschrijven waarde(n) worden toegekend (het gegeven 'geslacht' kan de waarde 'man' hebben; het gegeven 'type gebruikte hulpmiddelen' de waarden 'rollator' en 'orthese').

ARCHIEFVERSIE

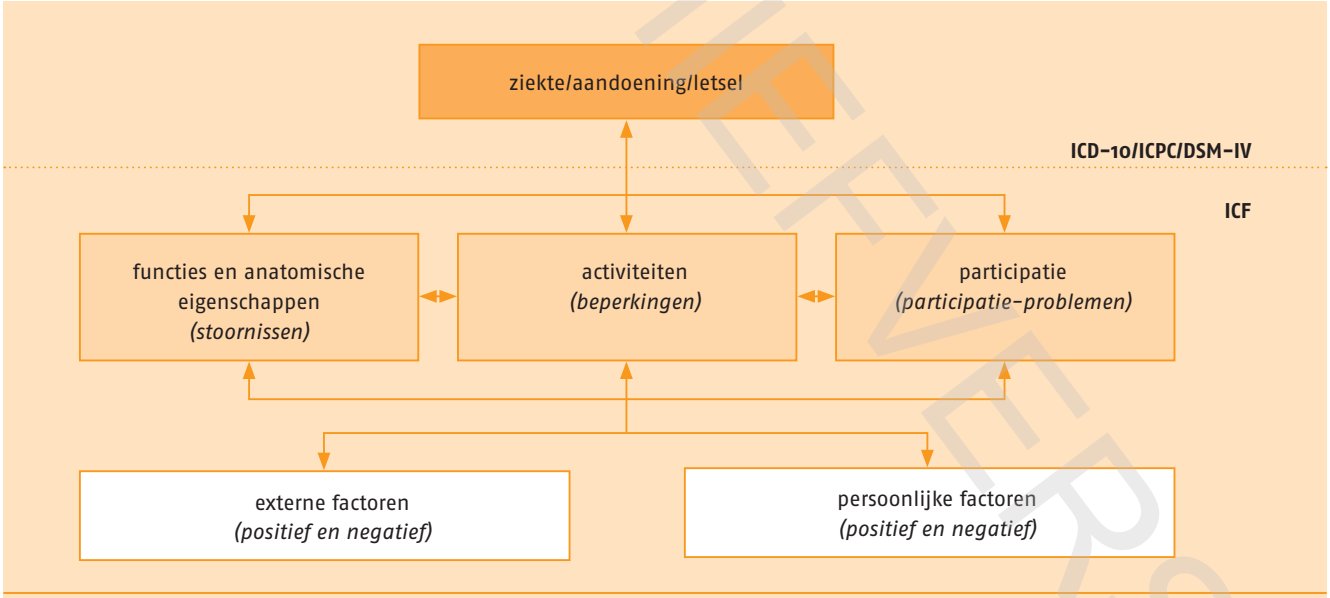
Aansluitend op het project 'Fysiotherapeutische Diagnose' is door het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) en het Nederlands Paramedisch instituut (NPi) gezamenlijk een project uitgevoerd om te komen tot een codering voor de fysiotherapeutische diagnose (Fysiotherapeutische Diagnose Codering, FDC). Resultaat van het project was een voorlopige codering.[26] Die wordt vooralsnog niet gebruikt.

Duur en complexiteit fysiotherapeutische zorg
Er is een relatie tussen duur en complexiteit van fysiotherapeutische zorg en de hoeveelheid gegevens die vastgelegd moeten worden om het proces van zorg te beschrijven en inzichtelijk te maken. Bij mensen met een acute, kortdurende, weinig complexe klacht, zoals een lateraal enkelbandletsel dat meestal is, hoeven minder gegevens te worden vastgelegd dan bij langdurige zorg. Bij zeer kortdurende zorg (1-6 sessies) kan meestal volstaan worden met een hoofddoel en hoeven geen subdoelen te worden geformuleerd. Uit de journaalgegevens kan het proces van zorg worden afgeleid. Bij kortdurende zorg (7-12 sessies) en zeker bij langer durende zorg (> 12 sessies) is het in het behandelplan opnemen van subdoelen relevanter en is het belangrijk om tussendoor goed te evalueren in hoeverre de subdoelen zijn behaald ('tussenresultaten' bij de journaalgegevens).

B.6 Classificaties

Coderen van 'medische gegevens', incl. verwijsdiagnose en comorbiditeit
De verwijsdiagnose/verwijsgegevens van de verwijzer zijn de gegevens die de verwijzer van belang acht voor de discipline waarnaar hij verwijst. Deze kan/kunnen bestaan uit de medische diagnose en resultaten van medisch onderzoek, de gezondheidsproblemen op grond waarvan de arts de indicatie voor verwijzing heeft gesteld, een samenvatting van de ziekten/aandoeningen waaraan de patiënt lijdt of heeft geleden en/of psychosociale informatie.[27] Fysiotherapeuten die werkzaam zijn in de eerstelijnszorg dienen, in het kader van machtigings- en declaratieverkeer, de verwijsdiagnose om te zetten in de 'verwijsdiagnosecode paramedische hulp' (VNZ-code) en de code 'soort indicatie paramedische hulp' (chronische lijst). Of, en zo ja wanneer, deze coderingen zullen verdwijnen of vervangen worden door andere coderingen is nog niet bekend. In het EFV-model wordt de verwijsdiagnose vastgelegd met een door de huisarts aangeleverde code uit de ICPC-2-nl (International Classification of Primary Care),[28] een door de medisch specialist aangeleverde code ontleend aan de ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems),[29,30] of een DBC-code (Diagnose Behandel Combinatie).

Coderen van het functioneren[f]
In 2001 heeft de WHO, de Wereldgezondheidsorganisatie, de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) gepubliceerd;[32] de Nederlandse versie verscheen in 2002.[33] In 2007 is een speciale versie van de ICF verschenen voor kinderen en jeugdigen, de ICF-CY (Children & Youth),[34] die in het Nederlands is verschenen in 2008.[35]
De ICF en de ICF-CY omvatten een indeling van functies, een indeling van anatomische eigenschappen, een indeling van activiteiten en participatie, en een indeling van externe factoren. Er is nog geen indeling van persoonlijke factoren beschikbaar, maar



Figuur 1. Het ICF-schema[33]
De middelste drie, lichtoranje blokjes duiden iemands functioneren aan, dat vanuit drie perspectieven kan worden beschreven (met de termen uit de ICF). De gezondheidstoestand is het functioneren plus de (eventueel aanwezige) ziekte/aandoening of het letsel (= het bovenste blokje; de termen komen uit de ICD-10,[29,30] ICPC-2-nl[28] of DSM-IV).

e *De eerste twee gegevens zijn in de huidige opzet van de richtlijn basisgegevens, de andere twee zijn conditionele gegevens.*
f *Deels ontleend aan Heerkens et al., 2011.*[31]

VERCHEVERSIE

daar wordt – in het kader van de herziening van de ICF – wel aan gewerkt.

De ICF wordt toegepast in velden als de revalidatie, fysiotherapie, zorg voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrie en voor een aantal doeleinden (zoals statistiek, de ontwikkeling van (elektronische) verslaggleggingssystemen, richtlijnen en onderzoek). Voorbeelden van het gebruik door verpleegkundigen en paramedici worden beschreven door Heerkens et al. in 2003.[36] Bij het gebruik van de ICF in de fysiotherapie gaat het vooral om het gebruik van het begrippenkader; coderen gebeurt alleen in het kader van elektronische verslaglegging en eventueel in het kader van onderzoek. Daarnaast wordt de ICF gebruikt bij het vormgeven van wet- en regelgeving (bijvoorbeeld de indicatiestelling voor hulpmiddelen en voorzieningen) en beleid.
De term *'gezondheidstoestand'* wordt in de ICF gebruikt ter aanduiding van het totale beeld van de gezondheid van de cliënt: de eventueel aanwezige ziekte(n)/aandoening(en) en de problemen in het functioneren van de cliënt.
De basisbegrippen van de ICF zijn door de WHO schematisch weergegeven (*figuur 1*). De pijlen geven mogelijke onderlinge relaties aan. De wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en de externe en persoonlijke factoren is dynamisch van aard. Veranderingen in één aspect kunnen veranderingen teweegbrengen in andere aspecten. De interacties zijn onvoorspelbaar en niet per se een-op-een; interactie is mogelijk in beide richtingen. Daardoor kan eenzelfde probleem in het functioneren bij verschillende personen, verschillende oorzaken hebben, of kan er sprake zijn van een complex van oorzaken. Ook kunnen veranderingen optreden in iemands functioneren zonder dat er ogenschijnlijk veel verandert in andere factoren of aspecten.

De ontwikkeling van de ICF weerspiegelt een verschuiving in het denken: van een classificatie van de 'gevolgen' van een ziekte, naar een classificatie van gezondheidscomponenten. De ICF omvat 'functioneren' als universele menselijke ervaring die kan worden geconceptualiseerd en geklasseerd vanuit verschillende perspectieven: het perspectief van het organisme (functies en anatomische eigenschappen) en het perspectief van het individu en de maatschappij (classificatie van activiteiten en participatie) (zie de lichtoranje blokken in *figuur 1*). In de Engelse titel van de classificatie is *functioning* de overkoepelende term voor functies, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie; *disability* is de overkoepelende term voor stoornissen, beperkingen en participatieproblemen (de negatieve pendanten van functies en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie).[37] In het Nederlands is *disability* niet goed te vertalen, vandaar dat wordt gesproken over problemen in het functioneren of functioneringsproblemen.[33]
Op het niveau van activiteiten en participatie wordt onderscheid gemaakt tussen vermogen (*capacity*) en uitvoering (*performance*), om onderscheid te maken tussen wat iemand kan in een ideale situatie en wat iemand in het concrete dagelijks leven doet. Hiervoor gebruikt men *qualifiers*, typeringen die worden aangegeven met behulp van extra cijfers achter de code waarmee de desbetreffende activiteit of participatie wordt aangeduid.
Iemands functioneren kan worden beïnvloed door de ziekte of aandoening, maar ook door externe factoren (de omgeving) en door persoonlijke factoren (gevisualiseerd in *figuur 1*). De invloed op het functioneren kan negatief zijn (belemmert het functioneren) en positief (stimuleert het functioneren).

Coderen van fysiotherapeutische verrichtingen
Voor het begrijpen van het paramedisch zorgproces is het niet alleen belangrijk te weten wat de gezondheidstoestand van de cliënt is en hoe die verandert, maar ook wat de paramedicus doet om een goed beeld te krijgen van de cliënt en om de gezondheidstoestand te verbeteren, te stabiliseren of verslechtering te voorkomen. Het handelen van de paramedicus staat sinds 1995 beschreven in de Voorlopige Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen (CVPB).
In 1995 zijn zes versies van de Voorlopige CVPB gepubliceerd: vijf uitgebreide versies (fysiotherapie, ergotherapie, oefentherapie Cesar, oefentherapie Mensendieck en podotherapie)[38] en een compacte, hiërarchische versie voor de vijf beroepsgroepen samen.[39]
Gezien de ontwikkelingen die sinds 1995 hebben plaatsgevonden, waaronder de introductie van de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)[32,33] en nieuwe ontwikkelingen in het veld van de fysiotherapie, is een aangepaste versie van de Voorlopige WCC-CVPB ontwikkeld voor de fysiotherapie.[40]
Een aantal docenten van de Opleiding Fysiotherapie van de Hogeschool Utrecht heeft, onder leiding van het NPi, in een aantal sessies de classificatie doorgelicht. Daarbij zijn klassen weggelaten die voor de fysiotherapie niet relevant zijn, is een klein aantal nieuwe klassen toegevoegd en is op diverse plaatsen de terminologie aangepast. Naar analogie van de ontwikkeling van de CVPB voor de logopedie en de diëtetiek zijn naast *direct cliëntgebonden handelingen* (diagnostische en therapeutische (inclusief preventieve) verrichtingen) ook *indirect cliëntgebonden handelingen* (bijvoorbeeld overleg met andere professionals) en *ondersteunende handelingen* van de fysiotherapeut (zoals scholing) in de classificatie opgenomen.
De CVPB-fysiotherapie 2009 (beschikbaar via http://www.fysionet.nl/producten-diensten/kennisplein/vakinhoud/onderzoek-en-wetenschap-algemeen/downloads.html) kan worden gebruikt bij het beschrijven van het handelen van fysiotherapeuten in het kader van:

- het ontwikkelen van nieuwe zorginhoudelijke (mono- of multiprofessionele) richtlijnen en het aanpassen van bestaande richtlijnen;
- het ontwikkelen van Landelijke Eerstelijns Afspraken (LESA's), zorgstandaarden en productomschrijvingen;
- het doen van wetenschappelijk onderzoek; beschrijven van de interventies;
- het opzetten en geven van onderwijs: bijvoorbeeld in het kader van casuïstiek;
- het geven van patiëntenzorg; het beschrijven van geplande handelingen in het behandelplan en van daadwerkelijk uitgevoerde handelingen in het journaal. Het vastleggen in het (elektronisch) dossier kan in vrije tekst en via op de CVPB gebaseerde 'aanvinklijstjes'.

Bij het gebruik van de CVPB-fysiotherapie-2009 kan, afhankelijk van de situatie, gekozen worden voor heel globale termen (bijvoorbeeld oefenen) maar ook voor gedetailleerd omschreven termen (bijvoorbeeld apparatief toedienen van laagfrequente wisselstroom (TENS) met symmetrisch bifasische puls).

CONCEPT VERSIE

C Omgaan met verslaglegging

Aan de verslaglegging door fysiotherapeuten kunnen eisen worden gesteld door de wetgever of door de beroepsgroep (al dan niet bindend). Daarbij kan sprake zijn van globale, gedetailleerde, inhoudelijke of procedurele eisen. In paragraaf C.1 staan de eisen op basis van veiligheid en in paragraaf C.2 staan de eisen van de wetgever. In paragraaf C.3 komt de behandeling van klachten aan bod.

C.1 Veiligheid

De beveiliging van elektronische dossiers laat nogal eens te wensen over. In 2005 toonde publiciste Karin Spaink aan dat elektronische dossiers vrij eenvoudig zijn te hacken. Niet alleen algemene persoonsgegevens, zoals naam en adres, bleken makkelijk te achterhalen, maar ook privacygevoelige gegevens, zoals aandoeningen en medicijngebruik.
In 2004 publiceerde het NEN Informatiebeveiliging in de zorg (NEN 7510; http://www.nen7510.org). Onder informatiebeveiliging in de zorg wordt verstaan 'het waarborgen van de beschikbaarheid, integriteit en vertrouwelijkheid van alle informatie die benodigd is om patiënten verantwoorde zorg te kunnen bieden'. De norm geeft richtlijnen en uitgangspunten voor het bepalen, instellen en handhaven van maatregelen die een organisatie in de gezondheidszorg dient te treffen ter beveiliging van de informatievoorziening. De organisaties waarop de norm zich richt, variëren van de individuele hulpverlener tot grote zorginstellingen en andere organisaties die bij de informatievoorziening in de gezondheidszorg zijn betrokken, zoals netwerkorganisaties en zorgverzekeraars. De te treffen maatregelen verschillen per type organisatie. Bij deze norm horen implementatiehandboeken voor verschillende organisatietypen. Samen met de implementatiehandboeken geeft de norm een leidraad voor het organisatorisch en technisch inrichten van informatiebeveiliging. De norm biedt zo een basis voor vertrouwen in de zorgvuldige informatievoorziening bij en tussen de verschillende organisaties in de zorg. Op http://www.fysio-epd.nl/index.html?tab=5&keywords=nen7510 staat wat algemene informatie over veiligheid van patiëntgegevens binnen de fysiotherapie. Voor verdere informatie wordt verwezen naar de KNGF-brochures rond veiligheid van patiëntgegevens die eind 2011 zullen verschijnen.[g]

C.2 Aan verslaglegging gestelde wettelijke vereisten

Eisen die worden gesteld aan het omgaan met patiëntgegevens zijn direct of indirect af te leiden uit de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO) en de *Wet bescherming persoonsgegevens* (WBP). De WGBO en de WBP hebben enige overlap. Voor zover van belang voor de richtlijn worden hier de desbetreffende artikelen van genoemde wetten besproken. De consequenties van de Wet BIG voor verslaglegging zijn al besproken in paragraaf A. Andere wetten, zoals de *Wet klachtrecht cliënten zorgsector* (WKCZ) en de *Kwaliteitswet zorginstellingen*, die ook eisen stellen aan het zorgvuldig handelen van de fysiotherapeut, maar minder betrekking hebben op de verslaglegging, worden hier buiten beschouwing gelaten. In het kader van elektronische verslaglegging relevante wetten zijn: de *Wet algemene bepalingen burgerservicenummer* (Wabb) en de *Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg*.

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

De WGBO regelt rechten en plichten van de individuele patiënt en de zorgverlener in hun onderlinge relatie. Ze is vooral gericht op versterking van de positie van de patiënt en is van toepassing op alle handelingen op het gebied van de geneeskunst, dat wil zeggen alle verrichtingen – inclusief onderzoek en advies – die rechtstreeks betrekking hebben op een persoon en het verbeteren van zijn gezondheid. Behalve de rechten van de individuele patiënt zijn in de wet ook artikelen te vinden die een relatie hebben met de kwaliteit van zorg. Relevant is met name de algemene bepaling (7:453BW) waarin wordt gesteld dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goede hulpverlener in acht moet nemen en dient te handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard. Ook worden er nadere eisen gesteld ten aanzien van informatie, toestemming en inzage.

De WGBO heeft gevolgen voor de fysiotherapeutische verslaglegging, aangezien ze aan de fysiotherapeut de volgende verplichtingen oplegt:
- informatieplicht;
- toestemmingsvereiste, onder andere toestemming bij minderjarigen;
- dossierplicht:
  - dossiervorming en de behandeling van persoonlijke gegevens zijn expliciet geregeld in de Modelregeling fysiotherapeut-patiënt;[12]
  - recht op inzage (een recht van de patiënt);
- bewaarplicht;
- geheimhoudingsplicht;
- vernietigingsrecht (een recht van de patiënt).

Informatieplicht

De fysiotherapeut verstrekt de patiënt de informatie die de patiënt nodig heeft om zelf op een verantwoorde manier beslissingen te nemen over zijn gezondheid. Dit houdt in dat de fysiotherapeut de patiënt duidelijk behoort te informeren over:
- de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling;
- de fysiotherapeutische diagnose;
- het behandelplan;
- het te verwachten risico voor de gezondheid;
- de eventuele alternatieven;
- de prognose.

Hierop bestaan twee uitzonderingen, namelijk:
1. als de fysiotherapeut van mening is dat informatieverstrekking ernstig nadeel oplevert voor de patiënt;
2. als de patiënt aangeeft geen inlichtingen te willen ontvangen.

Op verzoek dient de fysiotherapeut de patiënt schriftelijk te informeren. De fysiotherapeut bepaalt zelf de dosering en de timing van de informatieverstrekking. De informatie dient te worden afgestemd op de persoonlijke situatie van de patiënt en laat zich uiteraard niet in strakke regels vastleggen. De fysiotherapeut die een patiënt behandelt jonger dan zestien jaar, heeft de plicht

g Er verschijnen twee brochures, een voor de fysiotherapeut en een voor de patiënt.

SLIT BROCHURE

desgevraagd beide ouders te voorzien van informatie, of de desbetreffende ouder nu met het ouderlijk gezag is bekleed of niet.[h] De patiënt heeft de plicht om informatie te verstrekken aan de fysiotherapeut over zaken die betrekking hebben op de uitvoering van de behandeling. De fysiotherapeut zal om deze informatie moeten vragen in de anamnese, omdat niet van de patiënt verwacht mag worden dat hij weet om welke informatie het in dit geval gaat.

Toestemmingsvereiste
Voor iedere geneeskundige (be)handeling is toestemming van de patiënt vereist. De patiënt moet dus toestemming geven voor het starten of vervolgen van de behandeling. De fysiotherapeut moet de patiënt dusdanig informeren (zie informatieplicht) dat de patiënt in staat is zijn besluit weloverwogen te nemen. Bij niet-ingrijpende verrichtingen mag de toestemming als gegeven worden verondersteld. Het is van belang dat de fysiotherapeut er alert op is dat de patiënt instemt met zowel het onderzoek als de behandeling en het vervolg daarop. Onder andere bij manipulaties en verrichtingen in het kader van een voorbehouden handeling of een bijzondere handeling, is de toestemming nooit vanzelfsprekend.

Toestemming bij minderjarigen
Bij minderjarigen tussen de 12 en 16 jaar is toestemming nodig van zowel het kind als de ouders. Behandeling van kinderen jonger dan 12 jaar vereist alleen toestemming van de ouders. Voor beide categorieën geldt dat, wanneer de ouders gescheiden zijn, er toestemming vereist is van beide ouders.[i]

Dossierplicht
De fysiotherapeut is verplicht een statuskaart bij te houden met gegevens over de patiënt.
WGBO, artikel 7:454
'De hulpverlener richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens daarin op, een en ander voorzover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is.'
Het gaat bij 'stukken' om bijvoorbeeld röntgenfoto's, en brieven van andere hulpverleners. Niet alle gegevens hoeven dus in het dossier bewaard te worden. Welke gegevens wel in het dossier bewaard moeten worden, varieert per behandeling en is ter beoordeling van de zorgverlener (zie paragraaf A.1).

Dossiervorming en de behandeling van persoonlijke gegevens
De *Modelregeling fysiotherapeut-patiënt* verwoordt in artikel 16 t/m 23 welke eisen aan de privacy en dossiervorming worden gesteld.[12] Artikel 18 t/m 25 zijn relevant in het kader van de fysiotherapeutische verslaglegging.

Artikel 18 luidt:
'De fysiotherapeut richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en te diens aanzien uitgevoerde handelingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voorzover dit voor een goede hulpverlening aan de patiënt noodzakelijk is.'

Toelichting: Het is van belang dat de fysiotherapeut de verwijzer, medebehandelaar of waarnemer adequaat kan informeren. De fysiotherapeut zal het dossier en het gegevensbestand zo inrichten en beheren dat geheimhouding van de inhoud en bescherming van de persoonlijke levenssfeer verzekerd zijn. Ook als het opslaan van gegevens in een centraal bestand geschiedt, dient de fysiotherapeut naar vermogen zorg te dragen voor de geheimhouding van de gegevens van de patiënt en de bescherming van diens persoonlijke levenssfeer. De patiënt heeft recht op informatie over de soort op hem betrekking hebbende gegevens die geregistreerd zullen worden.

Recht op inzage
De patiënt heeft recht op inzage van zijn dossier. De WGBO gaat uit van een rechtstreeks recht op inzage en afschrift aan de patiënt, zonder tussenkomst van derden. Het inzagerecht is in principe zonder beperking; de patiënt mag alles zien wat er over hem geschreven is. Er is slechts één uitzondering: als de bescherming van de privacy van een ander in het geding is of als de patiënt, wanneer hij beschikt over de informatie, een gevaar voor zichzelf of anderen zal worden. Op een verzoek tot inzage dient zo spoedig mogelijk te worden ingegaan, in elk geval binnen een maand. Voor de afschriften mag een redelijke kostenvergoeding worden gevraagd (kopieer- of administratiekosten en werktijd). Persoonlijke werkaantekeningen die een geheugensteun vormen voor de voorlopige gedachtegang van de fysiotherapeut en die niet zijn bedoeld voor derden (inclusief de patiënt), moeten los van het dossier bewaard worden.

Bewaarplicht
Door een wijziging in de WGBO moet het dossier sinds 1 februari 2006, met terugwerkende kracht tot 1 april 2005, vijftien jaar worden bewaard (dit was tien jaar). Daarbij wordt gerekend vanaf het tijdstip waarop de gegevens zijn vervaardigd, of zoveel langer als 'de hulp van een goede zorgverlener' (WGBO, artikel 7:454) met zich meebrengt. Het langer bewaren kan met name van belang zijn

h Wanneer ouders gescheiden zijn, zijn zij beiden of een van beiden belast met het ouderlijk gezag. In het laatste geval heeft ook de ouder die niet belast is met het ouderlijk gezag recht op informatie van de fysiotherapeut.

i Bericht op 7 juni 2011 op http://knmg.artsennet.nl/Nieuws/Nieuwsarchief/Nieuwsbericht-1/Centraal-Tuchtcollege-toestemming-beide-ouders-voor-behandeling-kind-niet-altijd-nodig.htm
Centraal Tuchtcollege: toestemming beide ouders voor behandeling kind niet altijd nodig. Breuk met eerdere tuchtrechtspraak; belang kind voorop. Een arts heeft voor de behandeling van een minderjarige niet altijd de expliciete toestemming van beide ouders nodig. Volgens twee uitspraken van het Centraal Tuchtcollege van 24 mei jl. mag een arts ervan uitgaan dat de ouder die het kind begeleidt tevens de andere ouder vertegenwoordigt. En als ouders een verschillende mening hebben, mag een arts soms toch behandelen.

NIET-ARCHIEFVERSIE

bij chronische ziekten of erfelijke aandoeningen. Ook bij overlijden van de patiënt geldt de bewaartermijn. Het overlijden van de patiënt vormt dus geen reden om de gegevens te vernietigen. De bewaartermijn is verlengd op advies van de Gezondheidsraad. De nieuwe termijn van vijftien jaar is van tijdelijke aard; de komende jaren worden gebruikt om een nieuwe bewaarregeling te ontwikkelen.

Geheimhouding
Paramedische en medische gegevens zijn hoogstpersoonlijk en de fysiotherapeut dient hier uiterst zorgvuldig mee om te gaan. De gegevens mogen alleen door bevoegde personen worden ingezien (de behandelend fysiotherapeut, de waarnemer of stagiaire) en de patiënt. Alleen wanneer de patiënt daar uitdrukkelijk toestemming voor geeft, mogen anderen dan hiervoor genoemden het dossier inzien. In aanvulling op de WGBO adviseren wij deze toestemming op schrift te vragen in verband met de eventuele bewijsvoering bij een geschil. Wanneer gegevens worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek of voor intercollegiale toetsing, moet de anonimiteit gewaarborgd zijn en blijven (de gegevens mogen niet herleidbaar zijn tot de individuele patiënt). Er mogen alleen gegevens worden gebruikt waarvoor de patiënt (schriftelijk) toestemming heeft gegeven of waarbij de anonimiteit van de patiënt is gewaarborgd. Ook indien verzekeringsmaatschappijen (bijvoorbeeld bij letselschade) of juridische adviseurs een verzoek doen tot informatieverstrekking over patiënten, de behandeling en de prognose, is toestemming van de patiënt vereist. Zorgverleners worden regelmatig geconfronteerd met zorgverzekeraars die om medische informatie verzoeken, bijvoorbeeld wanneer de zorgverzekeraar twijfelt aan de doelmatigheid van de verleende zorg, of toestemming moet verlenen voor een bepaalde behandeling (machtigingsprocedure). Het medisch beroepsgeheim mag echter slechts in een beperkt aantal gevallen worden doorbroken, bijvoorbeeld na gerichte toestemming van de patiënt of wanneer dit bij of krachtens een wettelijke bepaling wordt verplicht. Het beroepsgeheim beschermt een belangrijk grondrecht, namelijk het recht van de patiënt op bescherming van zijn privacy. Diezelfde patiënt heeft echter ook grondwettelijk recht op een toegankelijke, dus betaalbare gezondheidszorg. Degene die de gezondheidszorg betaalt, de zorgverzekeraar, moet zijn schadelast dus kunnen beperken. Daartoe moet de zorgverzekeraar weten waarvoor hij betaalt, waarvoor ook medische informatie nodig is. Er is dus een spanningsveld tussen twee grondrechten. Sinds 1 januari 2006 is de zorgaanbieder volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw) verplicht (medische) informatie te verstrekken aan de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder die een overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar moet de informatie direct aan de zorgverzekeraar verstrekken. De zorgaanbieder die zo'n overeenkomst niet heeft, verstrekt de benodigde gegevens aan de verzekerde zelf. De wettelijke waarborgen zijn: alle bij de zorgverzekeraar werkzame personen zijn verplicht tot geheimhouding van de gegevens. Daarnaast moet de 'Gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen' worden nageleefd. Daaraan is een 'Addendum zorgverzekeraars' toegevoegd. Het Addendum is opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en inmiddels goedgekeurd door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Ook het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) heeft het besluit goedgekeurd. De geheimhoudingsplicht van de hulpverlener is niet absoluut. Doppegieter zegt hierover: 'Het beroepsgeheim van de hulpverlener is niet absoluut. In geval van een conflict van plichten kan de hulpverlener besluiten zijn beroepsgeheim te doorbreken en dus te spreken, omdat een ander hoger belang dan dat van zijn patiënt hem daartoe verplicht. Uiteraard moet hij voor de onderbouwing daarvan sterke argumenten hebben. Incest of kindermishandeling zijn voorbeelden van situaties, die doorbreking van de zwijgplicht kunnen rechtvaardigen in het belang van het kind.'[41]
Hoewel de geheimhoudingsplicht niet geldt ten aanzien van andere hulpverleners die rechtstreeks bij de behandeling of begeleiding van de patiënt zijn betrokken, ligt het in de sfeer van de wet en is het aan te bevelen om de patiënt wel te informeren over het feit dat gegevens aan medebehandelaars worden verstrekt. De 'medebehandelaars' mogen overigens slechts worden ingelicht voor zover dit noodzakelijk is voor hun onderdeel van de behandeling (WGBO artikel 7:457 lid 1 en 2[j]).

Vernietiging
De patiënt kan de fysiotherapeut verzoeken (een deel van) zijn dossier te vernietigen. Aan dit verzoek moet binnen drie maanden worden voldaan.[k] Alleen als er een wettelijk voorschrift of het aanmerkelijk belang van een ander dan de patiënt tegen vernietiging is, wordt het dossier bewaard (WGBO artikel 7:455). De wet stelt de eis dat de gegevens in ieder geval na 15 jaar moeten worden vernietigd. In speciale situaties (bijvoorbeeld patiënten met een chronische ziekte) vervalt deze plicht. In verband met controle door de zorgverzekeraar en de fiscus is het aan te raden financiële gegevens apart op te slaan.

Wet bescherming persoonsgegevens (WBP)
Op 1 september 2001 is de WBP in werking getreden.[42] Deze wet vervangt de *Wet persoonsregistraties* (WPR), ook wel *Privacywet*

j WGBO artikel 7:457 luidt: lid 1 '0nverminderd het in artikel 448 lid 3, tweede volzin, bepaalde draagt de hulpverlener zorg, dat aan anderen dan de patiënt geen inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van de bescheiden, bedoeld in artikel 454, worden verstrekt dan met toestemming van de patiënt. Indien verstrekking plaatsvindt, geschiedt deze slechts voor zover daardoor de persoonlijke levenssfeer van een ander niet wordt geschaad. De verstrekking kan geschieden zonder inachtneming van de beperkingen, bedoeld in de voorgaande volzinnen, indien het bij of krachtens de wet bepaalde daartoe verplicht.' lid 2 '0nder anderen dan de patiënt zijn niet begrepen degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst en degene die optreedt als vervanger van de hulpverlener, voor zover de verstrekking noodzakelijk is voor de door hen in dat kader te verrichten werkzaamheden.' lid 3 'Daaronder zijn evenmin begrepen degenen wier toestemming ter zake van de uit- voering van de behandelovereenkomst op grond van artikel 450 en 465 is vereist. Indien de hulpverlener door inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van de bescheiden te verstrekken niet geacht kan worden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen, laat hij zulks achterwege.'

CONCEPT ARCHIEVEROUT

genoemd. De strekking van zowel de WPR als de WBP was c.q. is privacy van personen te beschermen door onrechtmatig gebruik van persoonsgegevens tegen te gaan. Een belangrijke aanleiding om de WPR te vervangen door de WBP was dat Nederland met de WPR niet voldeed aan de Europese regelgeving op het gebied van privacy. Waar in de WPR wordt gesproken over het houden van persoonsregistraties, gaat het in de WBP om de verwerking van persoonsgegevens. Onder die verwerking valt onder meer het verkrijgen, verzamelen, opvragen, raadplegen en wijzigen van gegevens. Dit is een belangrijk verschil met de WPR. De verwerker moet bij het totale proces van gegevensverwerking, dus ook bij het verkrijgen en verzamelen van persoonsgegevens, rekening houden met bepaalde regels. De WBP kent een zekere overlap met de WGBO waar het gaat om vastleggen, inzien en verstrekken van persoonsgegevens. De WGBO is vooral gericht op de versterking van de positie van de patiënt; de WBP waarborgt de privacy rond vastleggen en verstrekken van persoonsgegevens.

Uitgangspunten van de WBP
De WBP heeft betrekking op de verwerking van persoonsgegevens en stelt daarbij dat 'persoonsgegevens in overeenstemming met de wet en op zorgvuldige wijze worden verwerkt' (artikel 6) en dat 'persoonsgegevens voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden worden verzameld' (artikel 7). De wet geldt voor iedereen in Nederland die een persoonsregistratie voert. Onder persoonsregistratie valt ook het bijhouden van patiëntgegevens op bijvoorbeeld een patiëntenkaart, in een dossier of met een geautomatiseerd systeem. In een aantal wetsartikelen wordt geregeld dat persoonsgegevens niet zonder meer geregistreerd mogen worden, dat de verzamelde gegevens veilig bewaard dienen te worden en dat persoonsgegevens alleen onder bepaalde voorwaarden verstrekt mogen worden aan derden. Persoonsgegevens worden niet langer bewaard in een vorm die het mogelijk maakt de betrokkene te identificeren, maar slechts in een vorm die noodzakelijk is voor de verwerkelijking van de doeleinden waarvoor ze worden verzameld of vervolgens worden verwerkt. Voor historische, statistische of wetenschappelijke doeleinden mogen persoonsgegevens langer worden bewaard wanneer de nodige voorzieningen zijn getroffen ten einde te verzekeren dat de desbetreffende gegevens uitsluitend voor deze specifieke doeleinden worden gebruikt (artikel 10). Diegene die verantwoordelijk is voor de verwerking van de persoonsgegevens neemt passende technische en organisatorische maatregelen om persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking (artikel 13).

Bewerking van patiëntgegevens
De verwerking van bijzondere persoonsgegevens, zoals gegevens betreffende iemands godsdienst of levensovertuiging, ras, politieke gezindheid, gezondheid en dergelijke, is in de WBP in een aparte paragraaf geregeld. Persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid mogen alleen worden verwerkt door hulpverleners, instellingen of voorzieningen voor gezondheidszorg of maatschappelijke dienstverlening voor zover dat noodzakelijk is voor een goede behandeling of verzorging. Patiëntgegevens mogen alleen worden verwerkt door personen die uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift, dan wel krachtens een overeenkomst tot geheimhouding zijn verplicht (artikel 21).

Informatieverstrekking aan de patiënt
De betrokkene over wie persoonsgegevens worden verzameld, in de gezondheidszorg meestal de patiënt, wordt op de hoogte gebracht van het soort gegevens dat wordt verwerkt en ook van de doeleinden van verwerking (artikel 33). De patiënt heeft het recht te weten of er persoonsgegevens over hem worden bewerkt (artikel 35). Ook kan de patiënt verzoeken de verwerkte persoonsgegevens te verbeteren, aan te vullen, te verwijderen of af te schermen indien deze feitelijk onjuist zijn, voor het doel van de verwerking onvolledig of niet ter zake dienend zijn, dan wel anderszins in strijd met een wettelijk voorschrift worden verwerkt (artikel 36).

College Bescherming Persoonsgegevens
Onder de WPR waren fysiotherapeuten als houder van een persoonsregistratie verplicht deze registratie aan te melden bij de Registratiekamer. Onder de WBP is dit niet meer het geval. Op grond van een ministeriële beschikking zijn (onder andere) fysiotherapiepraktijken vrijgesteld van de meldingsplicht. Van der Heuvel beschrijft in een artikel in *FysioPraxis* de precieze voorwaarden waaraan fysiotherapeuten moeten voldoen om hun patiëntenadministratie niet te hoeven melden.[43] De Registratiekamer kreeg onder de WBP een nieuwe naam, College Bescherming Persoonsgegevens (CBP). Het College heeft grotendeels dezelfde taken als de Registratiekamer, namelijk: toezicht houden op de uitvoering van de WBP, adviseren van de regering, voorlichting geven aan burgers, uitvoeren van onderzoeken en audits en beoordelen van gedragscodes. Deze gedragscodes kunnen door houders van persoonsregistraties worden gemaakt, ook wanneer deze niet aangemeld hoeven te worden, om de eigen handelwijze transparant te maken en te voldoen aan de informatieplicht jegens de patiënt.

C.3 Klachtenbehandeling

Als de patiënt vindt dat de fysiotherapeut niet voldoet aan de normen van de WGBO of van de WBP kan hij tegen deze schending van zijn rechtspositie opkomen bij de rechter. Gezien het feit dat burgers dit vaak een te hoge drempel vinden, kan de *Wet klachtrecht cliënten zorgsector* (WKCZ) uitkomst bieden. Deze klachtwet biedt de mogelijkheid om klachten aan de orde te stellen langs de betrekkelijk eenvoudige en laagdrempelige procedure van klachtenbehandeling. Iedere fysiotherapeut dient bij een klachtenregeling te zijn aangesloten. Voor intramuraal werkzame fysiotherapeuten is de klachtenregeling van de instelling van toepassing. Het KNGF heeft een landelijke klachtencommissie waarbij zowel leden als niet-leden zich kunnen aansluiten. Patiënten kunnen terecht bij de klachtencommissie waarbij de fysiotherapeut is aangesloten. Daarnaast kunnen patiënten voor het indienen van klachten terecht bij de Regionale Tuchtcolleges, ingesteld op grond van de Wet BIG, en bij het verenigingstuchtrecht van het KNGF. Er kan alleen een beroep worden gedaan op het verenigingstuchtrecht van het KNGF voor zover de klacht is gericht tegen een fysiotherapeut die lid is van het KNGF of die staat ingeschreven in het Centraal Kwali-

k Het vernietigingsrecht van de patiënt gaat dus boven de bewaarplicht van de fysiotherapeut. Het verzoek tot vernietiging dient wel bewaard te worden.

teitsregister van het KNGF. (Voor meer informatie over de verschillende mogelijkheden van klachtbehandeling kunnen patiënten zich wenden tot de afdeling Ledenadvies van het KNGF.)
Wanneer een patiënt reden ziet tot klagen, biedt een goede verslaglegging de fysiotherapeut de mogelijkheid om rekenschap af te leggen van de gevoerde behandeling. Aan de hand van een adequate verslaglegging kan de fysiotherapeut duidelijk maken welke beslissingen hij heeft genomen tijdens het zorgverleningproces, op welke gronden en hoe het zorgverleningproces is verlopen. Bij het ontbreken van deze verslaglegging zal het moeilijk zijn voor de fysiotherapeut de door patiënt gestelde feiten te weerleggen.

D Dankwoord

Het bereiken van consensus over de eisen aan fysiotherapeutische verslaglegging en over gegevens die vastgelegd moeten worden, is geen eenvoudig proces en vereist van alle betrokkenen bereidheid om verder te denken dan de eigen wensen en belangen en in de discussie mee te wegen wat voor de beroepsgroep fysiotherapie als geheel nodig en wenselijk is.
De werkgroep beschikte over die attitude en het is aan het actieve meedenken van alle leden daarvan te danken dat zowel de Praktijkrichtlijn als de Verantwoording en toelichting er nu liggen.
De werkgroep bestond uit:

- mevrouw H. Anderson, Sint Lucas Andreas ziekenhuis, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisfysiotherapeuten;
- mevrouw drs. L. van Berkel, Nederlands Paramedisch Instituut NPi;
- de heer F. Bijsterbosch, Regionaal Genootschap Fysiotherapie Groot Gelre, eerste lijn;
- de heer P. de Boer, eerste lijn, Purmerend;
- mevrouw I. Deijle, Sint Lucas Andreas ziekenhuis, Amsterdam, Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisfysiotherapeuten;
- mevrouw A. van Eerden, Mspt, Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapie NVFK;
- mevrouw dr. V. de Graaf-Peters, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie KNGF;
- mevrouw dr. Y. Heerkens, Nederlands Paramedisch Instituut NPi;
- de heer L. Hartstra, orthopedisch manueeltherapeut, fysiotherapeut eerste lijn;
- de heer J. Haverkamp, eerste lijn, auditor;
- de heer dr. E. Hendriks, Maastricht University, Centre for Evidence Based Practice CEBP, eerste lijn;
- de heer R. Küh, Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie NVFG;
- mevrouw drs. K. Neeleman-van der Steen, IQ healthcare Universitair Medisch Centrum St Radboud;
- de heer K. Smelt, eerste lijn regio Twente;
- de heer R. Stadt, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie KNGF;
- de heer drs. A. Verhoeven, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie KNGF;
- de heer E. Wiegers, Regionaal Genootschap Fysiotherapie Groot IJsselland en arbeidsfysiotherapeut.

Wij zijn alle werkgroepleden daarvoor veel dank verschuldigd en hopen dat beide producten, zowel de *Praktijkrichtlijn* als de *Verantwoording en toelichting* hun weg naar de praktijk snel zullen vinden.

E Literatuur

1. KNGF. KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging. Heerkens Y, Lakerveld-Heyl K, Verhoeven A, Hendriks JHM (red). Ned Tijdschr Fysiother. 2007;117 Suppl.
2. KNGF. KNGF-Richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging. Heerkens Y, Lakerveld-Heyl K, Verhoeven A, Hendriks JHM (red). Ned Tijdschr Fysiother. 2003;113 Suppl.
3. KNGF. Richtlijnen voor de Fysiotherapeutische Verslaglegging. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 1993.
4. KNGF. Zorgverleningsproces bij Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2005.
5. KNGF. EFV-gegevensmodel (Elektronische Fysiotherapeutische Verslaglegging). Versie 1. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2005.
6. Buiting C, Rijnierse P, Stadt R. NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut. Utrecht/Amersfoort: Nederlands Huisartsen Genootschap / Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2010.
7. Verhoeven ALJ, Heuvel CMF van den. KNGF-richtlijn Informatieverstrekking Huisarts. Ned Tijdschr Fysiother. 2005;115 Suppl.
8. van Mourik WA, Wiarda VL, redactie. Zorgvuldig handelen bij bijzondere en voorbehouden handelingen (adviesbrochure). Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 1998.
9. KNGF. Zorgvuldig handelen bij voorbehouden en bijzondere handelingen [brochure]. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2010.
10. Wet BIG. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, houdende regelen inzake beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). [655]. 11-11-1993. Den Haag: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden; 1993.
11. WGBO. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Wet van 17 november 1994 tot wijziging van het Burgerlijk Wetboek en enige andere wetten in verband met de opneming van bepalingen omtrent de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst. [838]. Den Haag: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden; 1994.
12. KNGF. Modelregeling fysiotherapeut-patiënt. Amersfoort/Utrecht: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie / Landelijk Patiënten en Consumenten Platform; 1998.
13. Berg A van der. Uitspraak Commissie van Toezicht Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. FysioPraxis. 2000;9(4):22-3.
14. Berg A van der. Uitspraak Commissie van Toezicht en Commissie van Beroep. FysioPraxis 2000;9(10):26-9.
15. Berg A van der. Belang van het bijhouden van het behandeldossier. FysioPraxis. 2009;18(11):8.
16. Vektis. EI-Standaarden Declaraties Paramedische Hulp (EIDPH) (PM304/PM305) (versie 3.2). Zeist: Vektis; 2007.
17. Neeleman-van der Steen CWM, van de Ven G, Krol MW, de Bie RA, Oostendorp RAB, Braspenning JCC. Prestatie-indicatoren Fysiotherapie (Kwaliteitsindicatoren Fysiotherapie). Het ontwikkelen en testen van een basisset van publieke kwaliteitsindicatoren voor de fysiotherapie. Nijmegen/Maastricht: IQ healthcare/CEBP; 2009.
18. Neeleman-van der Steen CWM, Krol MW, Feskens R, Calsbeek H, Braspenning JC. Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie (Kwaliefy). Landelijke uitrol van de basisset 2009-2010. Nijmegen: IQ healthcare; 2010.

CONCEPT ARCHIEF KNGF

19. Braam C, Braspenning J. Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie (Kwaliefy) en het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Nijmegen: IQ healthcare; 2010.
20. Hendriks HJM, Jans M, Heuvel D. Invoering van het fysiotherapeutisch consult. FysioPraxis. 2002;11(12):32-6.
21. Hendriks HJM, Kerssens JJ, Heerkens YF, Dekker J, Zee J van der, Oostendorp RAB. Referral patterns and utilization of physiotherapy services following a one-time physiotherapy consultation in general practice. Physiother Theory Pract. 2003;1(19):5-21.
22. Hendriks HJM, Kerssens JJ, Nelson RM, Oostendorp RAB., Zee J van der. One-time physical therapist consultation in primary health care. Phys Ther. 2003;83(10):918-31.
23. Nictiz. Programma van Eisen voor een goed beheerd zorgsysteem. Versie 1.1. Leidschendam: Nationaal ICT Instituut in de Zorg; 2006.
24. Heerkens YF, Vogels EMHM, Wiarda VL, Ravensberg CD van Fysiotherapeutische Diagnose. Rapport van het project Fysiotherapeutische Diagnose. Amersfoort: KNGF/NPi; 1997.
25. KNGF. Fysiotherapeutische Diagnose (brochure). Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 1997.
26. Heerkens YF, Lakerveld-Heyl K, Wimmers RH, Ende E van den. Verslag Fase 3 van het project 'Ontwikkeling van een codering voor de fysiotherapeutische diagnose'. Amersfoort/Utrecht: Nederlands Paramedisch Instituut / Nivel; 2003.
27. van Ravensberg CD, Oostendorp RAB, Heerkens YF. Diagnostiek, basis voor behandelplan en evaluatie. In: Vaes P, Aufdemkampe G, Dekker J de, editors. Jaarboek Fysiotherapie Kinesitherapie 1997. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 1997. p. 302-25.
28. NHG. ICPC-2-NL. International Classification of Primary Care. Tweede editie, Nederlandse versie. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2000.
29. CSIZ. Internationale Statistische Classificatie van Ziekten en met Gezondheid verband houdende problemen. Zeist: Coördinatiepunt Standaardisatie Informatievoorziening in de Zorgsector; 1997.
30. WHO. ICD-10. International Classification of Diseases and other health related problems. Geneva: World Health Organization; 1994.
31. Heerkens Y, Kuiper C, Balm M. Modellen en terminologie. In: Kuiper C, Heerkens Y, Balm M, Bieleman A, Nauta N. Arbeid & Gezondheid. Een handboek voor paramedici en arboprofessionals. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2011.
32. WHO. ICF. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization; 2001.
33. RIVM. ICF. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2002.
34. WHO. ICF-CY. International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth version. Geneva: World Health Organization; 2007.
35. RIVM. ICF-CY. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth version. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2008.
36. Heerkens Y, Brug Y van der, Napel H ten, Ravensberg D van. Past and future use of the ICF (former ICIDH) by nursing and allied health professionals. Disabil Rehabil. 2003;25(11-12):620-7.
37. de Kleijn-de Vrankrijker MW. The long way from the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Disability and Rehabilitation 2003;25(11-12):561-4.
38. Heerkens Y, Heuvel J van den, Klaveren T van, Ravensberg D van, Heuvel C van den, Meeteren N van. Voorlopige CVPB – Fysiotherapie. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut; 1995.
39. WCC. Voorlopige WCC-Standaardclassificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid / Vaste Commissie voor Classificaties en Definities; 1995.
40. NPi. Classificatie Verrichtingen – fysiotherapie. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut; 2009.
41. Doppegieter RMS. Vraagstukken rond het dossier en de uitwisseling van gegevens. In: Legemate J, editor. De WGBO: van tekst naar toepassing. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum; 1995. p. 62-75.
42. WBP. Wet Bescherming Persoonsgegevens. Wet van 6 juli 2000, houdende de regels inzake de bescherming van persoonsgegevens. [302]. Den Haag: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden; 2000.
43. van der Heuvel D. Nieuwe privacywet van kracht. FysioPraxis. 2001;10(10):14-6.

NIET VERCHIEFVERSIE

Bijlage 1 Afkortingen

AGB	Algemeen Gegevensbeheer Zorgverleners
BIM	Beroepsinhoudelijke Module
BSN	Burgerservicenummer
CBP	College Bescherming Persoonsgegevens
CEBP	Center of Evidence Based Practice
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
CVPB	Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DOT	DBC's op weg naar Transparantie
DTF	Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie
EFV	Elektronisch Fysiotherapeutische Verslaglegging
EI	Externe Integratie
EIDPH	Standaard Externe Integratie Declaraties Paramedische Hulp
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
ES	Evidence Statement
FDC	Fysiotherapeutische Diagnose Codering
GBA	Gemeentelijke Basis Administratie
GBZ	goed beheerd zorgsysteem
HIS	Huisartsen Informatie Systeem
HL7	Health Level 7
HSMR	Hospital Standardized Mortality Ratio
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICF-CY	International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth version
ICPC	International Classification of Primary Care
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IQ healthcare	Scientific Institute for Quality of Healthcare
KIS	Keteninformatiesysteem
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
Kwaliefy	Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak
LSP	Landelijk Schakelpunt
NEN	Nederlands Normalisatie-instituut
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
Nictiz	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
Nivel	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NPi	Nederlands Paramedisch Instituut
NVFB	Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en Pré- en Postpartum Gezondheidszorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
SBV-Z	Sectorale Berichtenvoorziening in de Zorg
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden
SNOMED	Systematized Nomenclature of Medicine
UZI	Unieke Zorgverlener Identificatie
UZOVI	Unieke Zorgverzekeraar Identificatie
VNZ-code	Beroepsinhoudelijke verwijsdiagnosecode paramedische hulp
VWS	ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wabb	*Wet algemene bepalingen burgerservicenummer*
WBP	*Wet bescherming persoonsgegevens*
Wet BIG	*Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg*
WGBO	*Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst*
WKCZ	*Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector*
WPR	*Wet persoonsregistraties (thans WBP)*
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	*Zorgverzekeringswet*

ONTWARCHIEFVERSIE

Bijlage 2 Inhoud van de berichten in de *NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut*

De informatie wordt uitgewisseld via berichten met omgeschreven rubrieken. Model en inhoud zijn afhankelijk van het zorgmoment, maar het bericht kent een vaste driedeling:

* ***envelop:*** bevat rubrieken voor de overdracht van administratieve gegevens. Daarnaast is er ruimte voor contactgegevens: wanneer en hoe kan de huisarts de fysiotherapeut bereiken;
* ***kern:*** rubrieken om de boodschap kernachtig te beschrijven;
* ***bijlage:*** overige medisch inhoudelijke rubrieken.

Onderscheiden zijn de volgende rubrieken:

DTF-bericht

*De **kern** van het DTF-bericht omvat de volgende rubrieken:*

Reden contact
- in korte bewoordingen de belangrijkste klacht(en) of hulpvraag van de patiënt in relatie tot het raadplegen van de fysiotherapeut.

Screening risicofactoren
- wat is de uitkomst van het screeningsproces door de fysiotherapeut?; de fysiotherapeut selecteert uit de volgende mogelijkheden:
  - I bekend patroon ('volgens het boekje');
  - II onbekend patroon;
  - III bekend patroon, een of meerdere afwijkende symptomen;
  - IV bekend patroon, afwijkend beloop;
  - V aanwezigheid één of meer rode vlaggen.

Anamnese
- voor de klacht relevante bevindingen uit de anamnese;
- de voorgeschiedenis voor zover deze is gerelateerd aan de klacht;
- indien relevant: ook het tijdstip van ontstaan, de duur van de klacht, het beloop van de klacht, een eerdere behandeling en het effect hiervan; indien relevant ook negatieve bevindingen;
- een vermelding indien het een heteroanamnese betreft.

Lichamelijk onderzoek
- relevante bevindingen uit het lichamelijk onderzoek; zowel positieve als negatieve bevindingen.

Conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)
- een kernachtige samenvatting van de conclusie, of de fysiotherapeutische (werk)diagnose; het gaat hier om het eigen oordeel van de fysiotherapeut. Als de diagnose elders is gesteld dan moet dit vermeld worden;
- indien relevant en bekend: ook de prognose vermelden;
- bij 'niet pluis' deze term vermelden en een toelichting waarom de fysiotherapeut deze kwalificatie toekent.

Beleid/behandelplan
- het beleid of behandelplan van de fysiotherapeut, de ingestelde behandeling;
- al ingestelde of geplande interventies door de fysiotherapeut;
- verwachte tijdsduur tot gedeeltelijk of volledig herstel.

Advies gegeven aan patiënt
- indien relevant: het advies dat de patiënt heeft gekregen, zo letterlijk mogelijk geformuleerd;
- verder vermelden wat is besproken met de patiënt, ook dat de patiënt is geadviseerd een (spoed-) afspraak met de huisarts te maken.

Procedurevoorstel
- voorstel van de fysiotherapeut voor de verdere voortgang, bijvoorbeeld:
  - verder fysiotherapeutisch onderzoek is niet geïndiceerd, geen verwijzing naar anderen;
  - verder fysiotherapeutisch onderzoek is niet geïndiceerd, patiënt is geadviseerd contact op te nemen met de huisarts;
  - verder fysiotherapeutisch onderzoek is geïndiceerd, ik start met behandeling ...,
  - verder fysiotherapeutisch onderzoek is geïndiceerd, maar ik wil graag aanvullende informatie;
  - verder fysiotherapeutisch onderzoek is geïndiceerd, de patiënt wordt doorgestuurd naar een collega fysiotherapeut.

De **bijlage** ontbreekt in het DTF-bericht.

NIET ARCHIEFVERSIE

Verslag fysiotherapeut

*De **kern** van het verslag fysiotherapeut bevat de volgende rubrieken:*

Vraagstelling, reden verwijzing/contact
- in korte bewoordingen de belangrijkste klacht(en) of reden verwijzing voor consultatie fysiotherapeut.

Conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)
- de werkdiagnose van de fysiotherapeut.

Beleid/behandelplan
- het voorgestelde of actuele behandelplan of beleid van de fysiotherapeut;
- bijgestelde of verlengde behandeling;
- gevraagde behandeling van de huisarts, bijvoorbeeld injectie;
- al ingestelde of geplande interventies door de fysiotherapeut;
- verwachte tijdsduur tot gedeeltelijk of volledig herstel.

Behandelverloop/resultaat
- bij tussentijds verslag: (korte) vermelding of de behandeling volgens verwachting verloopt. Vermelding of de fysiotherapeut verlenging van de behandeling overweegt. Indien belemmerende factoren voor herstel bestaan deze vermelden;
- bij eindverslag: (kort) ingaan op de vraag van de huisarts of de specialist; eventueel een samenvatting. Indien belemmerende factoren voor herstel bestaan deze vermelden.

Aanbeveling vervolg huisarts
- eventueel een voorstel voor doorverwijzing;
- ook mogelijk: een verzoek om informatie, om aanvullende diagnostiek of om therapeutische interventie.

Advies gegeven aan patiënt
- indien relevant: het advies dat de patiënt heeft gekregen, zo letterlijk mogelijk geformuleerd;
- verder vermelden wat is besproken met de patiënt.

De bijlage van het verslag fysiotherapeut bevat de volgende rubrieken:

Anamnese
- eventueel een samenvatting van de voor de klacht relevante bevindingen uit de anamnese;
- de voorgeschiedenis voor zover deze is gerelateerd aan de klacht;
- indien relevant het tijdstip van ontstaan, duur en beloop van de klacht, eerdere behandeling en effect;
- indien relevant ook negatieve bevindingen;
- een vermelding indien het een heteroanamnese betreft.

Psychosociale anamnese
- psychosociale factoren indien van toegevoegde waarde (terughoudend omgaan met deze rubriek).

Lichamelijk onderzoek
- relevante positieve en negatieve bevindingen uit het lichamelijk onderzoek.

Beeldvormend onderzoek
- relevante uitslagen van onderzoek, met per onderzoek datum, plaats, type onderzoek en uitslag;
- Indien relevant ook nadere details vermelden, zoals methode, uitvoerder, eenheid en normaalwaarden. Betreft bijvoorbeeld een echo.

Overig onderzoek
- bijvoorbeeld vragenlijsten en score.

Beloop/interventie
- belangrijke punten uit het beloop en/of de toegepaste interventie; hier meer op detailniveau mogelijk.

In tabel B 2.1 staan de rubrieken per bericht van de fysiotherapeut aan de huisarts.

DOAN ARCHIEFVERSIE

Tabel B 2.1. Verschillen tussen optionele verplichte rubrieken in de verschillende berichten van de fysiotherapeut aan de huisarts, ontleend aan de NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut.[6]

rubriek	DTF: niet pluis	DTF: verzoek aan huisarts	DTF: pluis; geen indicatie FT	DTF: pluis; indicatie FT	consult-antwoord	tussen-tijds verslag FT	eind-verslag FT
kern							
reden contact	*	*	*	*			
vraagstelling, reden verwijzing/contact					*	*	*
screening risicofactoren	*	*	*	*			
anamnese	+	*	*	*	(1)	(1)	(1)
lichamelijk onderzoek	+	+	*	*	(1)	(1)	(1)
conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)	*	+	*	*	*	*	*
beleid/behandelplan		+		*	+	*	
behandelverloop/ resultaat						*	*
aanbeveling vervolg huisarts					+		*
advies gegeven aan patiënt	*		+			+	*
procedurevoorstel		*	*	*			
bijlage							
anamnese					+	+	+
beloop/interventie						+	+
psychosociale anamnese					+	+	+
lichamelijk onderzoek					+	+	+
beeldvormend onderzoek					+	+	+
overig onderzoek					+	+	+

FT = fysiotherapeut; DTF = Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie.
+ optioneel in dit bericht
* verplicht in dit bericht
(1) Deze rubriek staat in dit bericht in de bijlage.

2011 - ARCHIEFVERSIE

de Fysiotherapeut
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Postadres
Postbus 248, 3800 AE Amersfoort

www.kngf.nl
www.defysiotherapeut.com
www.fysionet-evidencebased.nl
info@kngf.nl

2011 - ARCHIEFVERSIE

KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging
ISSN 1567-6137 · **Uitgave** Oktober 2011 · **Nummer** V-01/2011