



Koninklijk Nederlands
Genootschap voor Fysiotherapie

Verantwoording en toelichting

KNGF-richtlijn

Fysiotherapeutische dossiervoering 2016

KNGF-richtlijn

Fysiotherapeutische dossiervoering 2016

Verantwoording en toelichting

Alle onderdelen van de richtlijn zijn beschikbaar via www.kngfrichtlijnen.nl.

Creatief concept: KNGF
Vormgeving - DTP - Drukwerk: Drukkerij De Gans, Amersfoort
Eindredactie: Tertius - Redactie en organisatie, Houten

De Richtlijn Dossiervoering is een uitgave van het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie.
© Oktober 2015, Amersfoort.

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.

Inhoud

Verantwoording en toelichting

Inleiding 1

- A Wet- en regelgeving en jurisprudentie 5
 - A.1 Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) 5
 - A.2 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) 5
 - A.3 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGB0) 5
 - A.4 Wet algemene bepalingen burgerservicenummer (Wabb) en Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg (Wbsn-z) 5
 - A.5 Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) 6
 - A.6 Vast te leggen gegevens op grond van wet- en regelgeving en jurisprudentie 6

- B Ontwikkelingen 7
 - B.1 Administratieve lasten, frustraties en inefficiency 7
 - B.2 Persoonlijk gezondheidsdossier (PGD) 8
 - B.3 Standaardisatie – hergebruik van gegevens 8
 - B.4 Privacy 8
 - B.5 eHealth 8
 - B.6 Informatieberaad, langetermijnagenda en duurzaam informatiestelsel voor de zorg 9
 - B.7 Informatiestandaarden 9
 - B.8 Informatiestandaard gebaseerd op NHG/KNGF-uitwisselingsrichtlijn 9

- C Omgaan met dossiervoering 9
 - C.1 Privacy en Informatiebeveiliging 9
 - C.1.1 NEN 7510:2011 nl – Informatiebeveiliging in de zorg 9
 - C.1.2 NEN 7512:2015 nl – Vertrouwensbasis voor gegevensuitwisseling 10
 - C.1.3 NEN 7513:2010 nl – Logging – Vastleggen van acties op elektronische patiëntdossiers 10
 - C.2 Eisen voor dossiervoering op grond van wet- en regelgeving 10
 - C.2.1 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGB0) 10
 - C.2.2 Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) 13

Dankwoord 13

Literatuur 14

Verantwoording en toelichting bij de KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering 2016

Inleiding

Volgens artikel 454 BW van de 'Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst' (WGBO) wordt de fysiotherapeut geacht een dossier in te richten dat gegevens bevat over de gezondheid van de patiënt^a, de uitgevoerde verrichtingen en andere gegevens die voor een goede hulpverlening noodzakelijk zijn. Voor een optimale zorgverlening en gegevensoverdracht is het van belang dat deze gegevens systematisch worden vastgelegd.

Hiertoe is de 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering 2016' ontwikkeld. De volledige richtlijn bestaat uit de 'Praktijkrichtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering 2016 met een Addendum' en deze 'Verantwoording en toelichting', met daarin een uiteenzetting van de keuzen die bij de totstandkoming van de praktijkrichtlijn zijn gemaakt. De volledige richtlijn is digitaal beschikbaar via www.kngfrichtlijnen.nl.

De richtlijn beschrijft de systematische vastlegging van de gegevens zoals bedoeld in de WGBO en vervangt de 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging' van 2011.¹ De term 'dossiervoering' sluit beter aan bij de WGBO en de door de overheid gewenste totstandkoming van een duurzaam informatiestelsel voor de zorg. In dit stelsel staat de patiënt en het persoonlijk gezondheidsdossier (PGD) centraal.

Ten behoeve van de totstandkoming van dit stelsel is in 2014 door de minister Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het Informatieberaad Zorg ingesteld. Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) maakt daarvan deel uit.

Historie

In 1993 publiceerde het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) haar eerste richtlijn, de 'Richtlijnen voor de Fysiotherapeutische Verslaglegging'.² Het KNGF wilde daarmee aan fysiotherapeuten een leidraad bieden bij het methodisch fysiotherapeutisch handelen en het registreren 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.

Tien jaar later, in 2003, publiceerde het KNGF, na een uitgebreide discussie met het veld, een nieuwe, herziene versie, de 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging'.³ 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 2006,⁴ en de op stapel staande invoering van de wetgeving rond het burgerservicenummer (BSN), besloten tot een nieuwe, zij het beperkte herziening in 2007. 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 zoals beschreven in de zorginhoudelijke richtlijnen van het KNGF. 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 de richtlijn van 2007 te herzien. De geactualiseerde versie van de KNGF-richtlijn verslaglegging uit 2007 is op 1 april 2011 gepubliceerd.¹

Het met de herziening beoogde doel is echter niet bereikt. Nog steeds worden kanttekeningen geplaatst bij de toepasbaarheid en hanteerbaarheid van de richtlijn. Een veel gehoord signaal is, dat de fysiotherapeut niet (meer) wordt aangesproken op het eigen beoordelingsvermogen. Ook lijkt het of het registreren is verworden tot een doel op zichzelf en bestaat groot verzet tegen de opgelegde verplichtingen om – naar het oordeel van de professional veelal betekenisloze – gegevens te registreren. De roep om actualisering van de richtlijn 2011 is beroepsgroep breed.

Een andere belangrijke reden om de richtlijn verslaglegging 2011 te herzien, betreft de afspraken die de minister van VWS heeft gemaakt om, samen met stakeholders, vertegenwoordigd in het Informatieberaad, te komen tot een duurzaam informatiestelsel voor de zorg. Het oplossen van knelpunten bij de overdracht van dossiergegevens en de realisatie van een persoonlijk gezondheidsdossier (PGD) spelen daarbij een cruciale rol.

Duurzaam informatiestelsel voor de zorg

De afhankelijkheid van een goed functionerende ICT-omgeving neemt in snel tempo toe. Afspraken en het toepassen van standaarden zijn nodig om ICT-processen goed op elkaar af te stemmen. In rapporten van de Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ)^{b,5} en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RV&S, voorheen: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, RVZ)^{c,6} wordt gewezen op een aantal knelpunten in de samenwerking tussen IT-systemen die leiden tot *inefficiency*, toename van administratieve lasten en frustratie bij zorgverleners. In deze rapporten wordt geadviseerd om deze knelpunten op te lossen door afspraken te maken en IT-standaarden toe te passen, teneinde de benodigde 'interoperabiliteit' tussen IT-systemen te bewerkstelligen, opdat zorgverleners en patiënten daarvan optimaal kunnen profiteren. Mede op basis van deze aanbevelingen stelt de overheid, samen met stakeholders (vertegenwoordigd in het Informatieberaad), een meerjarenagenda vast om te komen tot een duurzaam informatiestelsel voor de zorg. Primair doel is om op de kortst mogelijke termijn bestaande knelpunten op te lossen.^{d,7}

a Waar patiënt staat vermeld, kan cliënt worden gelezen en andersom.

b Staat van de Gezondheidszorg 2011 (<http://bit.ly/IGZ-2011>).

c Patiënteninformatie (<http://bit.ly/RvZ-2014>).

d Zie onder meer de Kamerbrief van de minister van VWS (<http://bit.ly/Kamerbrief>).

Het KNGF – dat sinds april 2015 ook deel uitmaakt van het Beraad – heeft de missie en visie, doelstellingen en uitgangspunten van het Informatieberaad onderschreven.^{e,8,9} Belangrijke speerpunten zijn gegevensuitwisseling in de keten en vermindering van de administratieve lastendruk. Zowel gegevensuitwisseling als vermindering van de administratieve lastendruk kunnen worden bereikt door de aanpak van onnodige registraties, registratie aan de bron, eenmalige invoer en meervoudig gebruik van gegevens (zoals digitale verwijsinformatie). Cruciaal daarbij is dat de beroepsgroep kan profiteren van landelijke standaarden.

Mede om die reden is de 'NHG-KNGF informatiestandaard voor gestructureerde informatie-uitwisseling huisarts fysiotherapeut'⁹ ontwikkeld. Deze standaard, die is gebaseerd op de 'NHG/KNGF-Richtlijn Gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut'^{f,10}, is door het Informatieberaad van toepassing verklaard,^{g,11} en om dezelfde reden opgenomen in de kwaliteitsbibliotheek van Zorginstituut Nederland.^{h,12} De relatie tussen onderhavige richtlijn 'Fysiotherapeutische dossiervorming 2016', de 'NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut' en de daarvan afgeleide standaard, en de ontwikkeling van het PGD, is evident.

Definitie van een persoonlijk gezondheidsdossier (PGD)

- Is een universeel toegankelijk, voor leken begrijpelijk, gebruiksvriendelijk en levenslang hulpmiddel om relevante gezondheidsinformatie te verzamelen, te beheren en te delen, en om regie te kunnen nemen over gezondheid en zorg en om zelfmanagement te ondersteunen via gestandaardiseerde gegevensverzamelingen voor gezondheidsinformatie en geïntegreerde digitale zorgdiensten.
- Wordt beheerd en/of gedeeld door de patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger.
- Is op zodanige wijze beveiligd dat de vertrouwelijkheid van gezondheidsgegevens en de privacy van de gebruiker worden beschermd.
- Is geen wettelijk medisch dossier, tenzij aldus gedefinieerd en daarom onderworpen aan wettelijke beperkingen.

Bron: Patiëntenfederatie NPCF^{i,13}

De ambities en prioriteit die aan de totstandkoming van het PGD worden toegekend, zijn van grote invloed op de dossiervoering in de gezondheidszorg. Om genoemde reden is besloten om niet meer de term 'verslaglegging' te hanteren, maar deze vernieuwde richtlijn de naam 'Fysiotherapeutische dossiervoering 2016' te geven.

Opbouw van de richtlijn

De richtlijn bestaat uit:

- de 'Praktijkrichtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering 2016', met een 'Addendum';
- de 'Verantwoording en toelichting', met daarin een uiteenzetting van de keuzen die bij de totstandkoming van de praktijkrichtlijn zijn gemaakt.

Beide zijn digitaal beschikbaar via www.kngfrichtlijnen.nl.

Definitie van een landelijke richtlijn

'Een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg*, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals[†] en zorggebruikers[‡].' (Bron: *Richtlijn voor Richtlijnen*, Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012¹⁴)

- * De volgende kenmerken van kwaliteit van zorg worden onderscheiden: effectiviteit, veiligheid, patiënt-/cliëntgerichtheid, doelmatigheid, tijdigheid, gelijkheid.
- † Onder zorgprofessionals worden verstaan artsen, apothekers, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen, verpleegkundigen en overige professionele zorgverleners en zorgmedewerkers.
- ‡ Onder zorggebruikers worden patiënten, cliënten, familie van patiënten en cliënten, en mantelzorgers verstaan.

Richtlijnen dienen beschouwd te worden als een hulpmiddel bij het nemen van beslissingen en het maken van keuzen in de praktijk door zorgprofessionals en (potentiële) zorggebruikers, waarbij zorgprofessionals de richtlijn tevens gebruiken voor het bijhouden van kennis, voor onderwijs- en nascholingsdoeleinden en voor het opstellen van samenwerkingsafspraken. Een richtlijn is geen doel, maar een middel om aan te geven welke handelingen in welke volgorde en onder welke omstandigheden verricht moeten worden, opdat de juiste zorg zo goed mogelijk wordt geleverd.¹⁴ Richtlijnen zijn geen dwingende voorschriften. Zij bevatten expliciete, zo veel mogelijk op evidentie gebaseerde aanbevelingen en inzichten waaraan zorgverleners behoren te voldoen om kwalitatief optimale zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen hoofdzakelijk gericht zijn op de 'gemiddelde patiënt' en de praktijk meestal complexer is dan in de richtlijn weergegeven, kunnen zorgverleners – en moeten zij soms – in individuele gevallen afwijken van de aanbevelingen in de richtlijn. Wie contrair

e *FysioNieuws* 26 maart 2015 (<http://bit.ly/MiViDoc>).

f Beschikbaar via <http://bit.ly/NHG-KNGFrI>.

g Beschikbaar via <http://bit.ly/Btoepas>.

h *FysioNieuws* 11 juni 2015 (<http://bit.ly/registerZIN>).

i NPCF-notitie binnen het PGD-Kader 2020: 'Wat is een persoonlijk gezondheidsdossier' (<http://bit.ly/PGDdefinitie>).

aan een aanbeveling uit een richtlijn handelt, moet dat motiveren in het zorgdossier. Naarmate de aanbeveling stringenter is opgesteld, wordt het afwijken uitgebreider verantwoord in het zorgdossier. Aan de richtlijnen zijn indicatoren gekoppeld die een indicatie geven van de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg. Het KNGF vindt dat toetsing op het gebruik van de richtlijnen een verantwoordelijkheid is van de fysiotherapeut (bijvoorbeeld door intervisie en visitatie) in overleg met de beroepsgroep.

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.^j De verantwoordelijkheid voor de eigen dossiervoering blijft daarmee bij de individuele fysiotherapeut.^k De richtlijn is bedoeld voor alle fysiotherapeuten in alle werkvelden, waarbij er van 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 multidisciplinair wordt gewerkt. Dit heeft natuurlijk consequenties voor de dossiervoering.

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 dienen te worden vastgelegd.

Wijze van registreren

De wet doet geen uitspraak over het te gebruiken medium voor de dossiervoering. Hoewel het in relatie tot de patiënt en ketenpartners vragen zal oproepen, is het dus strikt genomen toegestaan om als medium papier te gebruiken. Deze richtlijn dossiervoering veronderstelt de vastlegging van dossiergegevens op een digitaal medium (EPD). Ook gaat deze richtlijn uit van een optimale ondersteuning van ICT om het aantal noodzakelijke (registratie)handelingen van de fysiotherapeut te beperken. Slimme ICT biedt de fysiotherapeut de mogelijkheid tot hergebruik van gegevens:

- die reeds eerder (eenmalig) aan het systeem zijn toegevoegd;
- die automatisch worden gegenereerd (systeemgegevens);
- die worden geregistreerd op basis van het contact met de cliënt;
- die door anderen zijn vastgelegd en na ontvangst door adequate verwerking aan het dossier worden toegevoegd, hetgeen wordt bereikt door toepassing van daarvoor ontwikkelde standaarden.

Adequate verwerking van ontvangen gegevens uit andere bron bewaakt de authenticiteit, voorkomt fouten en onjuiste interpretaties. Tevens wordt de patiënt niet lastiggevallen met vragen naar zaken die reeds eerder (in dit geval door de huisarts) zijn vastgelegd. Wordt het dossier aan het papier toevertrouwd, dan dienen alle gegevens die automatisch zouden zijn toegevoegd (zoals behandelaar, behandel en evaluatiedatum etc.) handmatig te worden geregistreerd.

Onderhavige richtlijn gaat ervan uit dat de 'NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut' wordt toegepast,¹⁰ dat de 'NHG-KNGF-standaard gestructureerde informatie-uitwisseling huisarts fysiotherapeut'⁹ (die door het Informatieberaad op 26 april 2015 van toepassing is verklaard en in de kwaliteitsbibliotheek van het Zorginstituut is opgenomen^{1,12}) is geïmplementeerd, en dat de fysiotherapeut en huisarts daarbij worden ondersteund door hun ICT-omgeving.

Als lid van het Informatieberaad geeft het KNGF met deze richtlijn richting aan het door de minister ingestelde beleid om te komen tot een duurzaam informatiestelsel voor de zorg.^{m,8} Zie in verband hiermee ook paragraaf B.6.

De richtlijn houdt er rekening mee dat een toenemend aantal fysiotherapeuten gebruikmaakt van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF),^{15,16} dan wel de 'International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth' (ICF-CY).^{n,17} Bij gebruik van de ICF wordt verondersteld dat de praktiserend fysiotherapeut niet wordt lastiggevallen met de codes zelf, maar dat de ICT-omgeving zorg draagt voor een deugdelijke 'vertaling' van de codes in de, bij de code behorende omschrijving.

Gebruik van de ICF wordt geadviseerd, maar is niet verplicht. Soms bestaat een sterke voorkeur voor vrije tekst of maakt men gebruik van eigen codes of classificatie. Als gebruik gemaakt wordt van een codestelsel of classificatie wordt geadviseerd aan te sluiten bij stelsels die (inter)nationaal zijn vastgesteld. Aanvullende informatie over standaarden, classificaties en codestelsels treft u aan op de site van Nictiz.^{o,18}

Functie van dossiervoering

Dossiervoering ondersteunt het methodisch handelen en biedt de fysiotherapeut de mogelijkheid het eigen handelen te bewaken, te sturen en te evalueren. Dossiervoering onderbouwt daarmee het eigen handelen. Dossiervoering heeft ook tot doel de continuïteit van zorg te borgen en is van groot belang bij de overdracht van gegevens ten behoeve van de samenwerking met andere zorgverleners en de patiënt. Zie in dit verband ook de paragraaf 'Duurzaam informatiestelsel voor de zorg'.

Samengevat zijn de hoofddoelen van dossiervoering:

- ondersteunen van het eigen handelen van de fysiotherapeut (het bieden van een geheugensteun);

^j Protocolarrest Hoge Raad 2 maart 2001 en uitspraak Commissie van Toezicht 28 juni 2005.

^k 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.

^l FysioNieuws bericht 11 juni 2015 (<http://bit.ly/registerZIN>).

^m FysioNieuws bericht 26 maart 2015 (<http://bit.ly/MiViDoc>).

ⁿ Toelichting van het RIVM op de ICF (<http://www.rivm.nl/who-fic/in/BrochureICF.pdf>).

^o Berichten Informatiestandaard (<http://bit.ly/NictInfo>).

- borgen van de continuïteit van de behandeling;
- gegevensoverdracht met andere zorgprofessionals en de patiënt.

Andere mogelijke, eveneens belangrijke doelen van dossiervoering, zoals onderlinge toetsing (interview), wetenschappelijk onderzoek en externe verantwoording, worden in deze richtlijn buiten beschouwing gelaten.¹⁹

De zorg voor (de beveiliging van) gegevens

Met het toenemen van de afhankelijkheid van ICT, neemt ook de noodzaak toe van het nemen van maatregelen om calamiteiten te voorkomen. De risico's van digitale dossiervorming dienen in kaart te worden gebracht. Na een dergelijke risicoanalyse wordt van de fysiotherapeut verwacht dat hij de genomen maatregelen kritisch evalueert en toevertrouwt aan een beleidsdocument (PDCA-cyclus). De fysiotherapeut dient niet alleen inzicht te hebben in de maatregelen die hij zelf kan treffen, er dient ook duidelijkheid te bestaan over maatregelen die bijvoorbeeld de IT-leverancier neemt. Deze maatregelen dienen duidelijk en helder geformuleerd te zijn gedocumenteerd. De fysiotherapeut vervult een rol als *opdrachtnemer van de patiënt* en de rol van *opdrachtgever van de IT-leverancier*.

Uit resultaten van een risicoanalyse blijkt veelal dat de schade bij een calamiteit (verstoring continuïteit van de praktijkvoering, verlies vertrouwen patiënt, imagoschade) veel groter is dan aanvankelijk werd verondersteld. Om te voldoen aan wet- en regelgeving en ter voorkoming van calamiteiten zijn goede afspraken met de IT-leverancier daarom van cruciaal belang. Het gaat dan om afspraken voor de periode dat de fysiotherapeut diensten afneemt, maar ook om afspraken voor het moment dat de fysiotherapeut de relatie beëindigt.^{p,20}

Overeenkomstig een besluit van de Algemene Vergadering van het KNGF oefent het KNGF met het Programma van Eisen Fysio-EPD (en het daaraan verbonden Keurmerk^{q,21}) al enige jaren invloed uit op de marktwerking, innovatie en sturing bij de IT-ontwikkelingen.

Aanscherping van de privacywetgeving

Op 9 juli 2015 heeft de Eerste Kamer het wetsvoorstel *Wet meldplicht datalekken*^r aangenomen.²² Daarmee neemt de overheid een voorschot op nieuwe Europese privacywetten. Niet melden van een datalek kan bestraft worden met een bestuurlijke boete van het College bescherming persoonsgegevens (CBP). De meldplicht vraagt aanpassing van de afspraken met IT-leveranciers die hun diensten aanbieden via het internet (*Software as a Service, ofwel SaaS*). Verwacht wordt dat de wet op 1 januari 2016 in werking treedt. Het wetsvoorstel voegt aan de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) een meldplicht voor inbreuken op beveiligingsmaatregelen voor persoonsgegevens toe. Met de *Wet meldplicht datalekken* wil de overheid de gevolgen van een datalek voor de betrokkenen zoveel mogelijk beperken en hiermee een bijdrage leveren aan het

behoud en herstel van vertrouwen in de omgang met persoonsgegevens.

Consequenties van de wetwijziging

De wetwijziging heeft vooral consequenties voor IT-leveranciers die SaaS-diensten aanbieden. In de juridische rol van 'bewerker van persoonsgegevens' zijn de nieuwe verplichtingen die voortvloeien uit de *Wet bescherming persoonsgegevens* (WBP) namelijk ook op hen als bewerker van toepassing geworden. Fysiotherapeuten die gebruikmaken van SaaS-diensten van een IT-leverancier zullen de bestaande overeenkomst met hun leverancier moeten aanpassen om te voorzien in nadere afspraken over de melding van datalekken.

Welke gegevens dient het dossier te bevatten?

Op grond van de hoofddoelen van dossiervoering en op grond van de geldende kwaliteitseisen voor het fysiotherapeutisch handelen, waarvan dossiervoering integraal deel uitmaakt, dient het dossier de navolgende gegevens te bevatten:

- gegevens die essentieel zijn in het kader van beslismomenten voortvloeiend uit het methodisch fysiotherapeutisch handelen;
- gegevens in het kader van samenwerking met en overdracht van gegevens aan:
 - collegae (continuïteit van zorg);
 - verwijzers (verwezen wordt naar de 'NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut');
 - patiënten;
 - andere zorgverleners.

Besloten is om met ingang van 2016 onderscheid te maken tussen de volgende typen gegevens:

- basisgegevens (daartoe behoren ook systeemgegevens);
- conditionele gegevens;
- administratieve gegevens (daartoe behoren ook systeemgegevens) voor zover deze niet het declaratieproces betreffen.

De 'Verantwoording en toelichting' van de richtlijn is als volgt opgebouwd.

- Paragraaf A betreft de wetgeving en jurisprudentie, voor zover deze van invloed zijn geweest op de selectie van de basisgegevens(groepen).
- Paragraaf B betreft ontwikkelingen die een bijdrage hebben geleverd aan inzichten met betrekking tot de fysiotherapeutische dossiervoering.
- Paragraaf C betreft de eisen waaraan het dossier 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.

p Programma van Eisen Fysio-EPD Deel A, IBCW (<http://bit.ly/A-ICBW>).

q Programma van Eisen Fysio-EPD (<https://eisen.fysio-epd.nl>).

r Wet meldplicht datalekken (<http://bit.ly/wetmeldplicht>).

A Wet- en regelgeving en jurisprudentie

In deze paragraaf wordt een beknopte toelichting gegeven op de voor het dossier 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.wetten.overheid.nl).

De volgende wetten bevatten bepalingen die van invloed zijn op de dossiervoering van hulpverleners in de gezondheidszorg en daarmee dus ook op die van fysiotherapeuten: de *Wet bescherming persoonsgegevens* (WBP), de *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (Wet BIG), de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO), de *Kwaliteitswet zorginstellingen* (KWZ), de *Wet algemene bepalingen burgerservicenummer* (Wabb) en de *Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg* (Wbsn-z). Het burgerservicenummer (BSN) 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.

Hierna volgt een korte toelichting op de WBP, de Wet BIG en de WGBO in relatie tot dossiervoering. De overige eisen die aan dossiervoering worden gesteld die voortvloeien uit de WGBO en de WBP hebben eerder betrekking op de wijze waarop beroepsbeoefenaren geacht worden om te gaan met hun dossiervoering 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 BSN kort toegelicht.

A.1 *Wet bescherming persoonsgegevens* (WBP)

Regels voor het vastleggen en gebruiken van persoonsgegevens zijn vastgelegd in de *Wet bescherming persoonsgegevens* (WBP). Persoonsgegevens mogen alleen worden verwerkt in het kader van een vooraf bepaald en duidelijk omschreven doel. In de WBP zijn de grondslagen opgenomen waarop het verzamelen en verwerken van persoonsgegevens is toegestaan. Het College bescherming persoonsgegevens (CBP) houdt toezicht op de naleving van de wet.

A.2 *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (Wet BIG)

De *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (Wet BIG) regelt het handelen van beroepsbeoefenaren op het terrein van de individuele gezondheidszorg. De wet is een kaderwet die de grote lijnen aangeeft. De wet richt zich op de individuele kwaliteit van de beroepsbeoefenaar. Niet alle onderwerpen worden in detail geregeld in de Wet BIG, maar kunnen bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) nader worden geregeld. Zo regelt de Wet BIG voor de fysiotherapeut het deskundigheidsgebied, hetgeen in het 'Besluit Opleidingseisen en Deskundigheidsgebied van de fysiotherapeut' verder wordt uitgewerkt.

In de Wet BIG is ook de bevoegdheid tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen geregeld. In verband hiermee heeft het KNGF de brochure 'Zorgvuldig handelen bij bijzondere en voorbehouden handelingen' gepubliceerd.^{5,23}

s Beschikbaar via <https://eisen.fysio-epd.nl/index/viewtekst/ld/h04>.

t Beschikbaar via: <http://bit.ly/modelregfypat>.

A.3 *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO)

De *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO) is een onderdeel van *Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek* en regelt de rechten en plichten tussen de hulpverlener en de patiënt. De WGBO is een overeenkomst van opdracht. De wet regelt onder andere de informatieplicht, het toestemmingsvereiste, de dossierplicht met inzage-recht en vernietigingsrecht, de geheimhoudingsplicht en de bescherming van de privacy. Ook is de positie van de minderjarige patiënt en de meerderjarige wilsonbekwame patiënt geregeld. Op de hulpverlener rust een inspanningsverplichting. Hij moet de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen. Voor meer informatie verwijzen we naar paragraaf C.

Voortvloeiend uit WGBO

De in de 'Modelregeling Fysiotherapeut-Patiënt'^t opgenomen regels zijn gebaseerd op de bepalingen uit de WGBO en wijken, ter verduidelijking, tekstueel slechts in een enkel geval daarvan af en behoeven hier geen nadere bespreking.²⁴

A.4 *Wet algemene bepalingen burgerservicenummer* (Wabb) en *Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg* (Wbsn-z)

Met de *Wet algemene bepalingen burgerservicenummer* (Wabb) introduceert de overheid één persoonsgebonden nummer dat gebruikt zal worden als hulpmiddel voor het ontsluiten van persoonsgegevens (zoals naam, adres, geboortedatum, geslacht) in praktisch alle registraties met persoonsgegevens van de overheid. Met dit nummer, het BSN, kunnen persoonsgebonden gegevens doelmatig en betrouwbaar uitgewisseld worden binnen de overheid en tussen de overheid en burgers. Bij de inwerkingtreding van de Wabb op 26 november 2007 zijn de sofinummers van personen die staan ingeschreven in de Gemeentelijke Basisadministratie Personen (GBA) omgezet naar BSN's. Nieuwe burgers ontvangen bij inschrijving in de GBA van een gemeente een BSN.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft besloten om het BSN ook in de zorgsector in te voeren. Kern van de wet die hierop betrekking heeft, de *Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg* (Wbsn-z), is dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en indicatieorganen het BSN moeten opnemen in de eigen administratie én gebruiken bij onderlinge uitwisseling van gegevens over hun patiënten (persoonsgegevens, medisch-inhoudelijke en financieel en/of administratieve gegevens). Doel van de wet is de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren door betrouwbare gegevensuitwisseling in de zorg. Na een introductieperiode van een jaar is vanaf 1 juni 2009 is het gebruik van het BSN in de zorg verplicht geworden.

Identificatie en opvragen van het BSN

Bij uitwisseling van persoonsgegevens met gebruikmaking van het BSN mag er geen twijfel over bestaan op welke persoon het BSN en de gegevens betrekking hebben. Alleen dan kunnen persoonsgegevens en BSN betrouwbaar en verantwoord worden uitgewisseld. Om er zeker van te zijn dat met een betrouwbaar BSN wordt gewerkt, moet de zorgaanbieder twee dingen doen, namelijk: de patiënt identificeren én zijn BSN opvragen of verifiëren bij een betrouwbare bron. Pas als de juiste persoon aan het juiste nummer is

gekoppeld, kan er sprake zijn van betrouwbare gegevensuitwisseling met behulp van het BSN.

De zorgaanbieder kan het BSN van een patiënt opvragen bij de Sectorale Berichten Voorziening in de Zorg (SBV-Z)^u, een betrouwbare bron, die haar gegevens ontleent aan de Gemeentelijke Basisadministratie Personen (GBA). De SBV-Z vraagt de zorgaanbieder zich hierbij te identificeren en te authenticeren met behulp van een UZI-pas of een UZI-servercertificaat. Voor de uitgifte van UZI-middelen is het UZI-register^v ingericht.

A.5 Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ)

De *Kwaliteitswet zorginstellingen* (KWZ) is een kaderwet en richt zich op het bevorderen van de kwaliteit van de zorgverlening door de zorginstelling. De KWZ is geschreven voor de zorgverlening in organisatorisch verband. De zorginstelling is in deze wet een ruim begrip; ook een fysiotherapiepraktijk valt hieronder. De zorginstelling moet verantwoorde zorg verlenen binnen een gestructureerde organisatie met een kwaliteitssysteem dat de kwaliteit systematisch bewaakt, beheerst en zo mogelijk verbetert.

A.6 Vast te leggen gegevens op grond van wet- en regelgeving en jurisprudentie

De besproken wet- en regelgeving geeft een indicatie voor de in het dossier vast te leggen gegevens. De *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO) valt onder de zogenoemde kaderwetten. De exacte invulling daarvan wordt overgelaten aan personen op wie, of organisaties waarop, die wet van toepassing is. Afspraken tussen professionals – in de vorm van richtlijnen – vormen daarbij een belangrijke leidraad om te beoordelen of aan de wet wordt voldaan.

In deze 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering' zijn daartoe zorginhoudelijke gegevens (gegevens over de patiënt en over het fysiotherapeutisch zorgverleningsproces) op grond van wet- en regelgeving en aansluitend bij de jurisprudentie opgenomen. Deze gegevens worden derhalve gerekend tot de basisgegevens (groepen) of zijn conditionele gegevens in de zin dat ze worden vastgelegd als ze aanwezig (en relevant) zijn (zie tabel 1).

Tabel 1. Zorginhoudelijke gegevens die moeten worden vastgelegd op grond van wet- en regelgeving en jurisprudentie, en de indeling in basisgegevens (B) of tot conditionele gegevens (C) volgens de KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering 2015.

1a Aanmelding: Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF)	(B) Antecedenten patiënt <ul style="list-style-type: none"> • Naam • Geslacht • Geboortedatum • Burgerservicenummer • Huisarts (B) Contactreden/hulpvraag (B) Functioneringsproblemen en beloop (eigen bewoordingen patiënt) (B) Conclusies screening (pluis/niet-pluis) (C) Toelichting: afwijkende symptomen, afwijkend beloop (bij niet-pluis) (C) Aanbeveling/procedurevoorstel (B) Indicatie voor verder fysiotherapeutisch handelen (ja/nee) (B) Toestemming patiënt fysiotherapeutisch handelen (ja/nee); gegevens bij (huis)arts en/of voor sturen DTF-bericht (C) Aanvraag voor nadere diagnostiek of aanvullende (medische) gegevens
1b Aanmelding: Verwijzing	(B) Antecedenten patiënt <ul style="list-style-type: none"> • Naam • Geslacht • Geboortedatum • Burgerservicenummer • Huisarts • Verwijzer (indien anders dan de huisarts) (B) Door arts te verstrekken gegevens: bij verwijzing, consult of op verzoek (DTF)
2 Aanvullende (hetero) anamnese	(B) Contactreden/hulpvraag (B) Functioneringsproblemen en beloop (eigen bewoordingen patiënt) (B) Relevante gezondheidsdeterminanten (persoonsgebonden, leefstijl, omgeving)
3 Aanvullend onderzoek	(B) Diagnostische verrichtingen (tests) / prestaties en bevindingen. (C) Toestemming voor voorbehouden of bijzondere handeling (onderzoek)

u Sectorale Berichten Voorziening in de Zorg (SBV-Z) (<https://www.sbv-z.nl/>).

v UZI-register (<https://www.uziregister.nl/>).

Tabel 1. Zorginhoudelijke gegevens die moeten worden vastgelegd op grond van wet- en regelgeving en jurisprudentie, en de indeling in basisgegevens (B) of tot conditionele gegevens (C) volgens de KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering 2015. (vervolg)

4 Analyse en conclusie	(B) Functioneringsproblemen in termen van stoornissen, beperkingen en/of participatieproblemen (oordeel fysiotherapeut) (C) Desgewenst (en indien mogelijk) gecodeerd als ICF (C) Desgewenst (en indien mogelijk) gecodeerd als ICF-CY (B) Beloop tot nu toe (oordeel fysiotherapeut) (B) Wijze van omgang met functioneringsproblemen (oordeel fysiotherapeut) (B) Door fysiotherapeut categoriseerde hulpvraag en de relevante behandelbare grootheden waarbij - voor zover relevant - rekening is gehouden met persoonlijke, externe en medische factoren (B) Indicatie voor fysiotherapie (ja/nee) (B) Verwacht herstel (al dan niet in code)
5 Behandelplan	(B) Beoogd eindresultaat / hoofddoel (SMART geformuleerd) (B) Besproken met / akkoord van patiënt (C) Toestemming voor voorbehouden of bijzondere handeling (behandeling)
6 Behandeling	(B) Behandelverloop: vastleggen van relevante behandelgegevens (C) Indien relevant journaalregel volgens SOAP (Subjectief, Objectief, Analyse, Plan)
7 Eindevaluatie en afsluiting	(B) Realisatie behandeldoelen/behandelresultaat (inclusief eventuele aanbevelingen)

B Ontwikkelingen

In deze 'Verantwoording en toelichting' wordt op meerdere plaatsen gerefereerd aan de rol die de informatie- en communicatietechnologie speelt. Ontwikkelingen voltrekken zich snel en de omvang van de toepassingsmogelijkheden groeien explosief. Zo snel en explosief dat ook dit document direct na publicatie al niet meer aansluit bij de actuele situatie. Om u toch op de hoogte te houden van ontwikkelingen en achtergronden die de processen en randvoorwaarden van de ICT-toepassing betreffen, informeren we u via digitale nieuwsbrieven en de website van het Programma van Eisen Fysio-EPD.^{w,25}

B.1 Administratieve lasten, frustraties en inefficiency

De functionele mogelijkheden van ICT lijken vrijwel onbegrensd. Dat leidt tot verwachtingen, maar ook tot de constatering dat lang niet altijd aan die verwachtingen wordt voldaan. Dat geldt ook voor ICT in de zorg. In de inleiding wordt gewezen op rapporten van de Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ)^{x,5} en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RV&S, voorheen Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, RVZ)^{y,6} aan de minister waarin knelpunten worden benoemd die dringend aanpak vereisen. Betrokkenheid van de patiënt wordt daarbij cruciaal geacht. Het RVZ-rapport stelt hierover in haar samenvatting:

'De informatievoorziening dient rondom de patiënt georganiseerd te zijn. Een adequate informatievoorziening is van essentieel belang voor een effectieve en efficiënte zorgverlening. Dit geldt

zowel op microniveau voor patiënten en zorgaanbieders, als ook op mesoniveau, waar bijvoorbeeld zorgverzekeraars, instellingen en gemeenten gegevens nodig hebben voor toegankelijke en betaalbare zorg van goede kwaliteit voor patiënten, cliënten, respectievelijk inwoners. Op mesoniveau hebben zorgaanbieders ook spiegelinformatie nodig om zich te vergelijken met anderen en zich te verbeteren. Op macroniveau heeft de overheid gegevens nodig om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de geleverde zorg in Nederland te waarborgen. Daarnaast zijn gegevens noodzakelijk voor beleids-, uitvoerings- en onderzoeksdoeleinden.

Op dit moment zijn er een aantal knelpunten. Zo missen patiënten informatie om actief te kunnen participeren in het zorgproces. Het kost patiënten bijvoorbeeld veel tijd en moeite om toegang te krijgen tot hun dossier. Zorgaanbieders zijn veel tijd kwijt met het aanleveren van, voor een deel vaak dezelfde, gegevens aan allerlei registraties. De interoperabiliteit tussen zorginformatiesystemen is onvoldoende door gebrekkige standaardisatie. Daarnaast zijn er onvoldoende gegevens beschikbaar over de uitkomsten van zorg. Veel van deze knelpunten zijn het gevolg van een versnipperde en incomplete wijze van gegevens verzamelen en de verschillende eisen aan zorgaanbieders voor registratie en rapportage. Schotten in de zorg en verschillende belangen van partijen zijn hier mede debet aan. Wat betreft het registreren en gebruiken van uitkomst-indicatoren scoort Nederland laag in vergelijking met andere landen, zoals Zweden, Singapore, Canada en Engeland.'

w Landingspagina ICT-gerelateerde ontwikkelingen en achtergronden (http://bit.ly/o_en_a).

x Staat van de Gezondheidszorg 2011 (<http://bit.ly/IGZ-2011>).

y Patiënteninformatie (<http://bit.ly/RvZ-2014>).

B.2 Persoonlijk gezondheidsdossier (PGD)

Naar het oordeel van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, m.i.v. 1 januari 2015 Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, RV&S) moet de patiënt, indien hij dat wil, regie kunnen hebben over zijn gegevens in de vorm van een persoonlijk gezondheidsdossier (PGD).

Ruim 60% van de geënquêteerde Nederlanders wil een persoonlijk gezondheidsdossier (PGD). De meerderheid van deze groep (53%) wil hun PGD laten beheren door een zorgaanbieder; 21% kiest voor eigen beheer. 21% vertrouwt zijn PGD toe aan bedrijven zoals Google en Microsoft. Voor 62% van de mensen die een PGD willen, is privacy een belangrijk aandachtspunt.^{z,6}

Conform de definitie van de Patiëntenfederatie NPCF is het PGD een universeel – op elk moment en op elke plaats – toegankelijk, voor leken begrijpelijk, gebruiksvriendelijk, en levenslang hulpmiddel om relevante gezondheidsinformatie te verzamelen, te beheren en te delen en om de regie te kunnen nemen over gezondheid en zorg en om zelfmanagement te ondersteunen via gestandaardiseerde gegevensverzamelingen voor gezondheidsinformatie en geïntegreerde digitale zorgdiensten.

Het PGD vervangt niet het medisch dossier van de zorgaanbieder. Het PGD bevat (digitale) kopieën van bestaande (elektronische) medische dossiers van zorgaanbieders en gegevens die de patiënt daar zelf aan toevoegt. Het PGD is dus een aanvulling op de bestaande medische dossiers van zorgaanbieders. Een patiënt die geen PGD wenst, krijgt zijn zorg op basis van de bestaande medische dossiers van zorgaanbieders. De mate waarin de patiënt behoefte heeft aan informatie en regie over het zorgtraject kan verschillen tussen patiënttypen en de fase van het ziekteproces. In aanvulling op het medisch beroepsgeheim bij medische dossiers vergt het PGD een 'patiëntgeheim'. De mogelijkheid om toegang te weigeren, beschermt de patiënt onvoldoende tegen al dan niet commerciële partijen die wellicht macht uitoefenen om toegang te krijgen tot de inhoud van het PGD, zoals politie- en opsporingsdiensten, schade- en levensverzekeraars, financiële instellingen en ICT-bedrijven.

B.3 Standaardisatie – hergebruik van gegevens

Om de administratieve lastendruk van zorgaanbieders te verlichten, moeten patiëntgegevens eenmalig, uniform en gestandaardiseerd in het zorgproces geregistreerd worden. In veel gevallen zal dit het medisch dossier betreffen. Vervolgens zijn deze gegevens voor meerdere doeleinden te gebruiken. Zo zijn de gegevens bijvoorbeeld te hergebruiken door andere zorgaanbieders en op macroniveau door kennisinstellingen.

B.4 Privacy

De privacy van de patiënt dient gegarandeerd te zijn. Dit kan door privacy van het begin af aan in te bouwen in informatie- en communicatiesystemen (*Privacy by Design*). Een belangrijke rol hierbij

is weggelegd voor vertrouwde derde partijen (*Trusted Third Parties*), die er voor zorg dragen dat de aan de registraties aangeleverde gegevens niet tot individuele patiënten te herleiden zijn.

B.5 eHealth

De beeldvorming van het begrip eHealth is veelzijdig. Waar de één het heeft over mobiele 'apps' en websites voor patiënten, heeft de ander het over elektronische uitwisseling van patiëntgegevens tussen zorgverleners. Beide voorbeelden kunnen gerekend worden onder het begrip eHealth, afhankelijk van welke definitie men hanteert. In een *whitepaper* van Nictiz uit 2012 ('Ordering in de wereld van eHealth'^{aa,26}) wordt een aantal definities genoemd. Eén daarvan komt uit een wetenschappelijk artikel van Claudia Pagliari, die na vergelijking van maar liefst 36 definities tot de conclusie kwam dat de definitie van Thomas Eng uit 2001 goed de lading dekt. Dit is ook de definitie die in 2002 is gebruikt door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in hun achtergrondstudie 'Inzicht in e-health'. Deze definitie luidt als volgt.

Definitie van eHealth

eHealth is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren.

In haar *whitepaper* heeft Nictiz een ordening aangebracht langs drie dimensies: de plaats van eHealth in het zorgproces, de gebruikers van eHealth en de toegepaste techniek. De resultaten daarvan zijn weergegeven in een 'periodiek systeem'.

Nictiz refereert aan Gartner: Bij een indeling naar technologie en/of applicatietype is het lastig om volledig en actueel te zijn, niet alleen omdat technologie snel verandert, maar ook omdat in de loop van de tijd zich nieuwe classificaties en nieuwe termen ontwikkelen. Meestal is van nieuwere technologieën nog niet duidelijk of ze op termijn zullen brengen wat men er in eerste instantie van verwacht. Het consultancybureau Gartner drukt dit uit in de zogenaamde *hype cycle*. Dit is een grafische weergave van de opkomst, de volwassenheid en de mate van toepassing in de praktijk van nieuwe technologieën. Nieuwe technologieën gaan daarbij eerst over een 'piek van opgeblazen verwachtingen' en door een 'dal van teleurstelling' voordat ze een 'plateau van productiviteit' bereiken. Men kan dit principe ook op eHealthtoepassingen betrekken.

Volgens de opstellers van de 'Nationale Implementatieagenda e-health' (NIA)^{bb} draagt eHealth, mits goed ingezet, bij aan betaalbare, toegankelijke zorg van hoge kwaliteit; de opstellers merken daarbij echter tegelijkertijd op dat de potentie die het gebruik van ICT in onze gezondheidszorg heeft, nog niet ten volle wordt benut²⁷. Ook bestaat behoefte aan meer gericht onderzoek naar het effect van eHealth en ICT. De plaats van eHealth in het duurzaam informatiestelsel voor de zorg is nadrukkelijk geagendeerd door het Informatieberaad.

z Patiënteninformatie (<http://bit.ly/RvZ-2014>).

aa Beschikbaar via <http://bit.ly/OrderingEhealth>.

bb Beschikbaar via <http://bit.ly/natimpagenda>.

B.6 Informatieberaad, langetermijnagenda en duurzaam informatiestelsel voor de zorg

Mede op basis van het RVZ-rapport heeft de minister het Informatieberaad^{cc} ingesteld.⁷ Naast de Patiëntenfederatie NPCF en zorgkoepels zijn in het beraad ook ziekenhuizen, verzekeraars, gemeenten en het ministerie van VWS vertegenwoordigd. Op basis van de, door alle partijen onderschreven visie, missie, en doelstellingen en uitgangspunten (waarin veel elementen worden genoemd uit het RVZ-rapport), wordt in gezamenlijkheid een meerjarenagenda vastgesteld, die moeten leiden tot een duurzaam informatiestelsel voor de zorg. Het KNGF maakt deel uit van het Beraad en heeft de missie en doelstellingen en uitgangspunten van het Informatieberaad onderschreven.^{dd,8}

Belangrijke speerpunten zijn de gegevensuitwisseling in de keten en vermindering van de administratieve lastendruk door de aanpak van onnodige registraties, registratie aan de bron, eenmalige invoer en meervoudig gebruik van gegevens (zoals digitale verwijsinformatie). Cruciaal daarbij is dat professionals kunnen profiteren van landelijk afgesproken informatiestandaarden.

B.7 Informatiestandaarden

Een informatiestandaard is een verzameling afspraken die ervoor moeten zorgen dat de zorginformatie met de juiste kwaliteit kan worden vastgelegd, opgevraagd, gedeeld, uitgewisseld en overgedragen. Informatiestandaarden worden opgesteld door partijen die met elkaar samenwerken, waarbij zorgrichtlijnen of zorgstandaarden als uitgangspunt worden genomen. Deze benadering bij het ontwikkelen van een informatiestandaard is een voorwaarde voor eenduidige communicatie tussen zorgverleners onderling en communicatie met de patiënt.

Informatiestandaarden bestaan uit *use cases*, datasets, terminologie- en codestelsels en communicatiestandaarden.⁸ Aanvullende informatie en uitleg van deze begrippen is beschikbaar op de site van Nictiz.^{ee}

B.8 Informatiestandaard gebaseerd op NHG/KNGF-uitwisselingsrichtlijn

Samen met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is een richtlijn ontwikkeld voor de informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut, de 'NHG/KNGF-Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut'^{ff}. Bij de totstandkoming van deze richtlijn stond de informatiebehoefte van de ontvangende partij centraal. De richtlijn houdt rekening met DTF en de mogelijkheid dat de fysiotherapeut toch behoefte heeft aan aanvullende informatie van de huisarts om te komen tot een afgewogen oordeel met betrekking tot een eventuele interventie. Uiteraard biedt de richtlijn ruimte voor specifieke samenwerkingsafspraken (bijvoorbeeld over de ontvangst van berichten die de huisarts na screening wenst te ontvangen).

Nictiz is verzocht op basis van deze richtlijn een informatiestandaard te ontwikkelen. Deze standaard, de 'NHG-KNGF-Informatiestandaard voor gestructureerde informatie-uitwisseling huisarts fysiotherapeut' is in 2013 gepubliceerd.¹⁰ In 2015 is de standaard van toepassing verklaard door het Informatieberaad^{gg}, en opgenomen in de Kwaliteitsbibliotheek^{hh} van het Zorginstituut.^{11,12} De standaard heeft tot doel huisarts en fysiotherapeut de van de ander ontvangen gegevens zinvol te kunnen laten hergebruiken. Berichten die voldoen aan deze (HL7-CDA) standaard maken automatische verwerking (inlezen) mogelijk. Dat deze berichten zonder al te veel moeite ook tekstueel toegankelijk kunnen zijn, wordt aangetoond op de site van Nictiz.^{ii,18}

De standaard is niet alleen van belang voor de informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut, maar zal ook een rol vervullen in de communicatie met de patiënt (lees meer over het PGD in paragraaf B.2). In relatie tot de ambities van het Informatieberaad met betrekking tot het Duurzaam Informatiestelsel voor de Zorg, vormen de elementen van de standaard belangrijke bouwstenen voor het Programma 'Registratie aan de bron' dat onder auspiciën van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) gestalte krijgt. Die bouwstenen zullen worden gebruikt voor de 'ontschotting' (transmurale gegevensoverdracht).

C Omgaan met dossiervoering

Aan de dossiervoering door fysiotherapeuten worden eisen gesteld op grond van wet- en regelgeving en jurisprudentie en/of door de beroepsgroep. 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 op grond van wet- en regelgeving.

C.1 Privacy en Informatiebeveiliging

C.1.1 NEN 7510:2011 nl - Informatiebeveiliging in de zorg

Het patiëntendossier vormt een wezenlijk onderdeel van de veilige zorg aan de patiënt. De beveiliging van elektronische dossiers heeft in het kader van de privacy van de patiënt en de geheimhoudingsplicht van de fysiotherapeut aandacht. In 2004 publiceerde het Nederlands Normalisatie Instituut (NEN) de eerste norm 'Informatiebeveiliging in de zorg' (NEN 7510:2011 nl).²⁸ De norm is in 2011 geactualiseerd en geeft richtlijnen en uitgangspunten voor het *bepalen*, *instellen* en *handhaven* van maatregelen die een organisatie in de gezondheidszorg moet treffen ter beveiliging van de informatievoorziening. De organisaties waarop de norm zich richt, variëren van individuele zorgverleners tot grote zorginstellingen en andere organisaties die bij de informatievoorziening in de gezondheidszorg zijn betrokken, zoals netwerkorganisaties en zorgverzekeraars. Het toepassingsgebied omvat de beveiliging van alle typen informatie in en tussen de genoemde organisaties en alle mogelijke vormen waarin de informatie wordt weergegeven, vastgelegd en overgedragen.

cc Zie onder meer de Kamerbrief van de minister van VWS (<http://bit.ly/Kamerbrief>).

dd Visie, missie, en doelstellingen en uitgangspunten Informatieberaad (<http://bit.ly/IBzorg>).

ee zie <http://bit.ly/http://bit.ly/Infstandaarden>.

ff Beschikbaar via <http://bit.ly/NHG-KNGFrl>.

gg FysioNieuws 20 april 2015 (<http://bit.ly/IBtoepas>).

hh FysioNieuws 11 juni 2015 (<http://bit.ly/ZINregister>).

ii Berichten Informatiestandaard (<http://bit.ly/NictInfo>).

Om de vereiste waarborging van vertrouwelijkheid, integriteit en beschikbaarheid van de informatie te bepalen, is een risicobeoordeling nodig. Risicobeoordeling is onderdeel van de eerste fase in de cyclus voor het beheersen van de informatiebeveiliging. Door implementatie van de beheersmaatregelen bij elk van de beheersdoelstellingen in deze norm, kan een organisatie voldoen aan de eisen die in een risicobeoordeling zijn vastgesteld. Deze norm geeft daarmee aanwijzingen voor het organisatorisch en technisch inrichten van de informatiebeveiliging en biedt zo een basis voor vertrouwen in de zorgvuldige informatievoorziening bij en tussen de verschillende organisaties in de gezondheidszorg. De NEN 7510 is sinds 2014 gratis beschikbaar in de NEN Shop.^{jj}

C.1.2 NEN 7512:2015 nl – Vertrouwensbasis voor gegevensuitwisseling

NEN 7512:2015 nl is van toepassing op de elektronische communicatie in de zorg, tussen zorgverleners en zorginstellingen onderling en met patiënten en cliënten, met zorgverzekeraars en andere partijen die bij de zorg zijn betrokken.²⁹ Deze norm is in twee opzichten een aanvulling op de richtlijnen die NEN 7510 aan organisaties in de zorg geeft voor hun informatiebeveiliging. In de eerste plaats richt deze norm zich op de zekerheden die partijen elkaar moeten bieden als voorwaarde voor vertrouwde gegevensuitwisseling. Ten tweede levert deze norm een nadere invulling voor een aantal van de richtlijnen van NEN 7510. De NEN 7512 is sinds 2014 gratis beschikbaar in de NEN Shop.^{kk}

C.1.3 NEN 7513:2010 nl – Logging – Vastleggen van acties op elektronische patiëntendossiers

Het patiëntendossier vormt een wezenlijk onderdeel van de veilige zorg aan de patiënt. Voor veilige zorg is het essentieel dat gegevens in het dossier integer zijn.³⁰ Daarbij bevat het dossier in de aard van de registratie zeer privacygevoelige gegevens. Om deze twee redenen, vastgelegd in wettelijke bepalingen, is het van belang te allen tijde te kunnen achterhalen wie toegang heeft gehad tot het dossier, volgens welke regels hij die toegang heeft gekregen en welke acties hij daarop heeft uitgevoerd. De in deze norm beschreven *logging* voorziet in de stelselmatige geautomatiseerde registratie van gegevens rond de toegang tot het patiëntendossier, die controle van de rechtmatigheid ervan mogelijk maakt. Deze norm biedt zorgaanbieders aanwijzingen voor het loggen en het gebruik van de logging om te voldoen aan wettelijke verplichtingen en levert ontwikkelaars van informatiesystemen een aantal eisen waaraan hun systemen zullen moeten voldoen. Op zorgverleners rust een dossierplicht. Patiënten moeten worden geïnformeerd en hebben recht op inzage in het dossier waarin de gegevens over hun behandeling zijn gedocumenteerd. Wanneer, zoals meestal het geval is, verschillende zorgverleners op verschillende momenten bij de zorg aan een patiënt worden betrokken, vormt het dossier een van de schakels in de communicatie. In het kader van deze norm wordt onder een elektronisch patiëntendossier de totale verzameling verstaan van alle elektronisch vastgelegde gegevens die de zorg en medische en paramedische behandeling van een bepaalde persoon documenteren. Een elektronisch

patiëntendossier in deze zin, zal dus meestal delen omvatten die op verschillende tijdstippen, in verschillende systemen, door verschillende personen zijn vastgelegd. In deze norm wordt hiervoor het begrip 'informatiedomein' gebruikt.

De NEN 7513 is sinds 2014 gratis beschikbaar in de NEN Shop.^{ll}

C.2 Eisen voor dossiervoering op grond van wet- en regelgeving

Eisen die worden gesteld aan het omgaan met patiëntgegevens zijn direct of indirect af te leiden uit de WGBO en de 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 dossiervoering zijn besproken in paragraaf A.2. Andere wetten, zoals de *Kwaliteitswet zorginstellingen* (KWZ), die ook eisen stellen aan het zorgvuldig handelen van de fysiotherapeut, maar minder betrekking hebben op de dossiervoering, worden hier buiten beschouwing gelaten. In het kader van elektronische dossiervoering relevante wetten zijn: de Wabb en de Wbsn-z.

C.2.1 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

De *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (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 (7:453 BW) waarin wordt gesteld dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed 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 legt de volgende verplichtingen c.q. rechten op:

- informatieplicht;
- toestemmingsvereiste;
- dossierplicht;
- vernietigingsrecht;
- bewaarplicht;
- recht op inzage;
- geheimhoudingsplicht.

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;

jj Beschikbaar via <http://bit.ly/nen7510>.

kk Beschikbaar via <http://bit.ly/nen7512>.

ll Beschikbaar via <http://bit.ly/nen7513>.

- 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 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. Aan te raden is ook in het dossier op te nemen welke informatie aan de patiënt is verstrekt.

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 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 of een van beide ouders indien deze laatste ouder is belast met het ouderlijk gezag. In het laatste geval heeft de ouder die niet belast is met het ouderlijk gezag recht op algemene informatie van de fysiotherapeut.

Een hulpverlener heeft voor de behandeling van een minderjarige niet *altijd* de expliciete toestemming van beide ouders nodig. Volgens uitspraken van het Centraal Tuchtcollege mag een hulpverlener ervan uitgaan dat de ouder die het kind begeleidt tevens de andere ouder vertegenwoordigt. Als ouders een verschillende mening hebben, mag een hulpverlener soms toch behandelen. Het belang van het kind staat voorop.

Dossierplicht

Artikel 7:454 lid 1 van het *Burgerlijk Wetboek* (BW) omschrijft de dossierplicht als volgt: '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 voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is.'

De wet schrijft niet uitdrukkelijk voor wat in een dossier moet worden opgenomen. De fysiotherapeut houdt in het dossier aantekeningen bij van die gegevens over de gezondheid van de patiënt die van belang zijn voor een goede hulpverlening. Hieronder vallen aantekeningen van de gezondheid van de patiënt en de uitgevoerde verrichtingen. Zo behoren in het dossier de hulpvraag van een patiënt, anamnese, onderzoek, fysiotherapeutische diagnose of werkdiagnose, behandelplan en behandelplan, afspraken en de uitgevoerde verrichting/behandeling/testen beschreven te worden. Daarnaast behoren uitslagen van onderzoeken en testen, brieven naar verwijzers of andere hulpverleners in het dossier te zijn opgenomen.

Voor de dossiervorming is de concrete situatie bepalend voor de inhoud van het dossier; de fysiotherapeut beoordeelt zelf wat voor een goede hulpverlening noodzakelijk is. Artikel 7:453 BW geeft aan 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. Uit jurisprudentie volgt, dat onder goede hulpverlening moet worden verstaan: zorg die redelijk bekwame en redelijk handelende hulpverleners op hun vakgebied in dezelfde omstandigheden betrachten. Rapportage van het type 'geen bericht, goed bericht' wordt als onvoldoende beschouwd.

Goede hulpverlening is het doel van het houden van een dossier. Dit houdt in dat alleen die gegevens in het dossier thuishoren die voor een goede hulpverlening/zorgverlening noodzakelijk zijn. Dat zijn gegevens die de inhoud van het fysiotherapeutisch handelen weergeven en die noodzakelijk zijn voor de continuïteit van zorg. De WBP is in dit kader ook van belang. De wet vereist doelbinding: gegevens die noodzakelijk zijn voor de goede zorgverlening/hulpverlening. Dus de fysiotherapeut dient niet meer gegevens op te nemen in het dossier dan noodzakelijk is en niet minder, ter bescherming van de patiënt. Het gaat bij dossiervorming om de goede hulpverlening die gewaarborgd moet zijn en deze goede hulpverlening betreft zowel de kwaliteit als de continuïteit van zorg.

Dossiervorming maakt het fysiotherapeutisch handelen inzichtelijk en bevordert tevens de kwaliteit, omdat dossiervorming de evaluatie bevordert. Voor een voortzetting of overdracht aan een waarnemer/opvolger is een goed dossier een belangrijk middel om de behandeling voort te zetten als dat nodig mocht zijn, ook in onverwachte situaties. Daarnaast maakt een goed dossier het mogelijk om informatie te verstrekken aan andere hulpverleners. Verder is een goed opgebouwd en een zorgvuldig bijgehouden dossier van belang voor algemene kwaliteitsbewaking, bij het afleggen van verantwoording voor het fysiotherapeutisch handelen (waaronder klacht/tucht- en andere gerechtelijke procedures). Ook is het raadzaam om in het dossier op te nemen welke informatie aan de patiënt is verstrekt.

Gegevens die niet in het dossier thuishoren, zijn gegevens die niet noodzakelijk zijn voor een goede hulpverlening. Hieronder vallen: persoonlijke werkaantekeningen, correspondentie over klachten, claims, meldingen aan de Inspectie en gegevens van keuringen.

Verantwoordelijk

De dossierplicht rust op de fysiotherapeut. In het geval de fysiotherapeut in een instelling werkt, is hij verantwoordelijk in de zin van de *Wet bescherming persoonsgegevens* (WBP). De individuele fysiotherapeut of de instelling bewaart het dossier en is verantwoordelijk voor de opslag van het dossier. Ook na afloop van een huurtermijn van computerapparatuur moet de fysiotherapeut/instelling over het dossier kunnen beschikken, bijvoorbeeld op een gegevensdrager van de fysiotherapeut of de instelling.

Vernietigingsrecht

De patiënt kan de fysiotherapeut verzoeken (een deel van) zijn dossier te vernietigen. Aan dit verzoek moet binnen drie maanden worden voldaan. 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. Het vernietigingsrecht van de patiënt gaat boven de bewaarplicht van de fysiotherapeut. Het verzoek tot vernietiging moet wel bewaard worden.

Bewaarplicht

Door een wijziging in de WGBO moet het dossier sinds 1 februari 2006, met terugwerkende kracht tot 1 april 2005, 15 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' met zich meebrengt. Het langer bewaren kan met name van belang zijn 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.

Bij beëindiging van de praktijk is het aan te raden het originele dossier zelf te behouden en een kopie aan de opvolger te verstrekken met toestemming van de patiënt. Overdracht naar de opvolgende fysiotherapeut kan problemen opleveren in het geval dat de patiënt na afloop van de behandeling een klacht indient of een procedure begint tegen de fysiotherapeut. De fysiotherapeut zal zonder dossier bemoeilijkt worden in zijn verweer.

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). Een patiënt heeft het recht op correctie van het dossier. Ook voegt de fysiotherapeut desgevraagd een door de patiënt afgegeven verklaring aan het patiëntendossier toe. Op deze wijze kan de patiënt bij verschil van mening bijvoorbeeld zijn eigen visie in het patiëntendossier

laten opnemen. De fysiotherapeut moet die verklaring in dat geval toevoegen aan het dossier.

Geheimhoudingsplicht

In de relatie tussen hulpverlener en patiënt krijgt de hulpverlener de beschikking over gegevens over de patiënt. Deze gegevens zijn vertrouwelijk van aard en kunnen persoonlijke aangelegenheden van de patiënt betreffen. De patiënt heeft er recht op dat deze gegevens door de hulpverlener geheim worden gehouden. Het is de hulpverlener niet toegestaan zonder toestemming van de patiënt inlichtingen over de patiënt aan anderen te verstrekken. Het recht op geheimhouding van de patiënt, en daarmee de plicht van de hulpverlener, is in meerdere wetten opgenomen, zoals in art. 7:457 *Burgerlijk Wetboek* (BW), art. 10 van de Grondwet, art. 12 lid 2 *Wet bescherming persoonsgegevens*, art. 88 *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (Wet BIG) en art. 272 *Wetboek van strafrecht* (WvS).

De strekking van de geheimhoudingsplicht is te verhoeden dat patiënten, uit vrees voor openbaar worden van vertrouwelijke zaken, nalaten noodzakelijke hulp te zoeken van een hulpverlener. De geheimhoudingsplicht stemt inhoudelijk overeen met het reeds bestaande beroepsgeheim dat is geregeld in de verschillende beroepswetgevingen. Binnen het beroepsgeheim moet een onderscheid gemaakt worden tussen de zwijgplicht en het verschoningsrecht. De zwijgplicht geldt jegens een ieder, behalve de patiënt (art. 272 WvS). Het verschoningsrecht kan tegenover de rechter ingeroepen worden door de verschoningsgerechtigde.

Omvang geheimhoudingsplicht

Het recht op geheimhouding van de patiënt omvat de bewust vertrouwelijk gedane mededeling en alle informatie van (niet-) medische aard verkregen door de hulpverlener middels anamnese, diagnostisch onderzoek en waarneming. De geheimhoudingsplicht geldt jegens een ieder. Jegens andere bij de behandeling van de patiënt betrokken personen mag de hulpverlener zijn geheimhoudingsplicht doorbreken. Alleen die inlichtingen mogen worden verstrekt die noodzakelijk zijn voor de te verrichten werkzaamheden. Ten aanzien van bewust gedane vertrouwelijke mededelingen van de patiënt blijft de geheimhoudingsplicht van toepassing. Voor het overige wordt de toestemming verondersteld. De geheimhoudingsplicht van de hulpverlener kan slechts worden opgeheven met toestemming van de patiënt, behoudens in, bij of krachtens de wet geregelde gevallen, of in noodsituaties. In de WGBO zijn uitzonderingsgevallen geregeld. Zo wordt een uitzondering gemaakt voor degenen die direct betrokken zijn bij de behandelingsovereenkomst en de vervanger van de hulpverlener. Ook wordt een uitzondering gemaakt voor degenen wiens toestemming nodig is voor verrichtingen op grond van de WGBO, zoals de (wettelijke) vertegenwoordiger van de minderjarige en/of wilsonbekwame patiënt. Aan deze personen mag de hulpverlener inlichtingen verstrekken zonder toestemming van de patiënt. Voor het geven van inlichtingen aan anderen heeft de hulpverlener de toestemming nodig van de vertegenwoordiger.

Verstrekken van informatie zonder toestemming

Doorbreken van de geheimhoudingsplicht kan op grond van een wettelijk voorschrift of in noodtoestand. Van een noodtoestand is

sprake als de hulpverlener in een conflict van plichten verkeert en zijn geheimhoudingsplicht moet doorbreken om een ander belang te dienen. Criteria die daarbij een rol kunnen spelen, zijn onder andere: het proberen alsnog toestemming te krijgen, het ontstaan van ernstige schade voor een ander, er is een andere weg om het probleem op te lossen, de schade te beperken en het geheim zo weinig mogelijk te schenden.

De hulpverlener dient een afweging van belangen te maken en moet voorrang geven aan het hogere belang. Op grond van een wettelijk voorschrift doorbreken van de geheimhoudingsplicht is bijvoorbeeld de zorgverzekeringswet met de 'Regeling zorgverzekering', waarin de wettelijke grondslag voor het gebruik van persoonsgegevens bij materiële controle is geregeld.

De zorgverzekeraar is wettelijk verplicht de rechtmatigheid en doelmatigheid van de zorg te controleren. In de 'Regeling zorgverzekering' is bepaald dat de zorgverzekeraar materiële controle verricht zoals in de gedragscode is vastgelegd. Met de gedragscode wordt verwezen naar de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' en het bijbehorende 'Addendum Zorgverzekeraars', waarvoor het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) een verklaring heeft afgegeven zoals bedoeld in de *Wet bescherming persoonsgegevens* (WBP).

Onderdeel van het Addendum is het 'Protocol materiële controle' van Zorgverzekeraars Nederland. Verder is in de gedragscode uitgewerkt dat een zorgverzekeraar persoonsgegevens mag gebruiken voor het verrichten van een materiële controle. Bovendien kan het voor een materiële controle noodzakelijk zijn dat zorgverzekeraars medische persoonsgegevens opvragen bij een hulpverlener. De 'Regeling zorgverzekering' verplicht de zorgaanbieder zijn medewerking te verlenen aan deze controle, en daarvoor de benodigde persoonsgegevens te verstrekken, als en voor zover de controle plaatsvindt overeenkomstig de gedragscode.

C.2.2 Wet bescherming persoonsgegevens (WBP)

Op 1 september 2001 is de *Wet bescherming persoonsgegevens* (WBP) in werking getreden. De strekking van de WBP is privacy van personen te beschermen door onrechtmatig gebruik van persoonsgegevens tegen te gaan. De WBP richt zich op de verwerking van persoonsgegevens. Onder die verwerking valt onder meer het verkrijgen, verzamelen, opvragen, raadplegen en wijzigen van gegevens. 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 *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (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 WBP) en dat 'persoonsgegevens voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden worden verzameld' (artikel 7 WBP). De wet geldt voor iedereen in Nederland die een persoonsregistratie voert. Onder persoonsregistratie valt ook het bijhouden

van patiëntgegevens 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 verwerking 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, teneinde te verzekeren dat de desbetreffende gegevens uitsluitend voor deze specifieke doeleinden worden gebruikt (artikel 10 WBP). 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 WBP).

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 dit 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 WBP).

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 WBP). De patiënt heeft het recht te weten of er persoonsgegevens over hem worden bewerkt (artikel 35 WBP). 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 terzake dienend zijn, dan wel anderszins in strijd met een wettelijk voorschrift worden verwerkt (artikel 36 WBP).

Dankwoord

Het bereiken van consensus over de eisen die worden gesteld aan fysiotherapeutische dossiervorming 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. Als zodanig is het proces dat doorlopen is bij de totstandkoming van deze richtlijn ook gegaan. De brede input uit alle geledingen van de beroepsgroep door alle lijnen heen, heeft geresulteerd in dit document, de 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische dossiervorming 2016'.

Literatuur

1. Heerkens YF, Hendriks HJM, de Graaf-Peters VB. KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging. Amersfoort: KNGF; 2011.
2. Richtlijnen voor de Fysiotherapeutische Verslaglegging. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 1993.
3. Heerkens Y, Lakerveld-Heyl K, Verhoeven A, Hendriks HJM. KNGF-Richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging. Amersfoort: KNGF; 2003.
4. Zorgverleningsproces bij Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2005.
5. Staat van de gezondheidszorg. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2011. Available from: http://www.igz.nl/Images/2011-10%20Staat%20van%20de%20Gezondheidszorg%202011_tcm294-310059.pdf
6. Patiënteninformatie. Informatievoorziening rondom de patiënt. Advies. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ); 2014. Available from: http://www.rvz.net/uploads/docs/Advies_Patiënteninformatie.pdf.
7. Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief 23 oktober 2013. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal; 2013. Available from: http://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j4nvg5k5kj27kof_j9vvi5epmj1ey0/vje9ltpwvpxf=/kst3262093.pdf.
8. Visie, missie en doelstellingen Informatieberaad. FysioEnieuws 26 maart 2015. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2015. Available from: <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/praktijkvoering/persoonlijk-gezondheidsdossier/visie-missie-doelstellingen-informatieberaad.pdf>
9. NHG-KNGF informatiestandaard voor gestructureerde informatie-uitwisseling huisarts fysiotherapeut. Beoordeeld op 26 mei 2015. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2015. Available from: <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/nhg-kngf-informatiestandaard-voor-gestructureerde-informatie-uitwisseling-huisarts-fysiotherapeut/Paginas/Home.aspx> Geraadpleegd op 28 september 2015.
10. Buiting C, Rijnierse P, Stadt R. NHG/KNGF-Richtlijn Gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG); 2010. Available from: <https://www.nhg.org/?tmp=no-mobile=1&q=node/1924> Geraadpleegd op 28 september 2015.
11. Informatieberaad verklaart Informatiestandaard van toepassing. FysioEnieuws 20 april 2015. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2015. Available from: <https://eisen.fysio-epd.nl/eisenpakket/view/versied/18>.
12. Informatiestandaard HA-FT in kwaliteitsregister ZINL. FysioEnieuws 11 juni 2015. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2015. Available from: <https://eisen.fysio-epd.nl/index/viewtekst/1d/102>
13. PGD Kader 2020. Wat is een persoonlijk gezondheidsdossier. Notitie Utrecht: Patiëntenfederatie NPCF; 2015.
14. Richtlijn voor Richtlijnen: Regieraad Kwaliteit van Zorg; 2012.
15. International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF 2001. Genève: World Health Organization (WHO); 2001.
16. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2002.
17. International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY). Genève: World Health Organization (WHO); 2007.
18. Paramedische zorg. Den Haag: Nictiz; 2013. Available from: <https://www.nictiz.nl/standaardisatie/informatiestandaarden/paramedische-zorg>. Geraadpleegd op 28 september 2015.
19. Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren. ICD-10. Den Haag: Gezondheidsraad / Raad voor de Volksgezondheid; 2006.
20. Programma van Eisen Fysio-EPD. Overeenkomst en ICT dienstverlening. Versie 2.0 A. IBCW Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2013. Available from: <https://eisen.fysio-epd.nl/eisenpakket/view/versied/18> Geraadpleegd op 28 september 2015.
21. Programma van Eisen Fysio-EPD. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2010. Available from: <https://eisen.fysio-epd.nl/> Geraadpleegd op 28 september 2015.
22. Wet Meldplicht Datalekken aangenomen. FysioEnieuws 9 juli 2015. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2015. Available from: <https://eisen.fysio-epd.nl/index/viewtekst/1d/97>.
23. Zorgvuldig handelen bij voorbehouden en bijzondere handelingen. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2010. Available from: <https://eisen.fysio-epd.nl/index/viewtekst/1d/104>.
24. Modelregeling fysiotherapeut patiënt. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2008. Available from: <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vakgebied/vakinhoud/brochures/modelregeling-fysiotherapeut-patient.pdf>
25. Ontwikkelingen en achtergrondinformatie Fysio-epd. In ontwikkeling.
26. Ordening in de wereld van eHealth. FysioEnieuws 24 augustus 2012. Den Haag: Nictiz. Available from: <https://www.nictiz.nl/SiteCollection/Documents/Whitepapers/Whitepaper%20Ordering%20in%20de%20wereld%20van%20eHealth.pdf>
27. Nationale Implementatieagenda e-health (NIA). Bijlage bij Kamerbrief 7 juni 2012. Utrecht/Zeist: NPCF/KNMG/ZN; 2012. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/06/07/nationale-implementatieagenda-e-health-nia> Geraadpleegd op 28 september 2015.
28. NEN 7510:2011. Delft: NEN, het Nederlands Normalisatie Instituut; 2011. Available from: <http://bit.ly/nen7510>
29. NEN 7512:2015 Delft: NEN, het Nederlands Normalisatie Instituut; 2015. Available from: <http://bit.ly/nen7512>
30. NEN 7513:2010. Delft: NEN, het Nederlands Normalisatie Instituut; 2013. Available from: <http://bit.ly/nen7513>

Postadres

Postbus 248, 3800 AE Amersfoort

www.kngf.nl

www.defysiotherapeut.com

info@kngf.nl