



Koninklijk Nederlands
Genootschap voor Fysiotherapie

KNGF-richtlijn

Fysiotherapeutische dossiervoering 2016

KNGF-richtlijn

Fysiotherapeutische dossiervoering 2016

Praktijkrichtlijn

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

Praktijkrichtlijn

Inleiding 1

- A Aan het dossier toe te voegen gegevens per fase van het methodisch handelen 3
 - A.1 Dossiergegevens aanmelding (fase 1) 3
 - A.1.1 Dossiergegevens Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF) 3
 - A.1.2 Dossiergegevens aanmelding met een verwijzing 6
 - A.2 Dossiergegevens aanvullende (hetero)anamnese (fase 2) 6
 - A.3 Dossiergegevens aanvullend onderzoek (fase 3) 8
 - A.4 Dossiergegevens analyse en conclusie (fase 4) 8
 - A.5 Dossiergegevens behandelplan (fase 5) 10
 - A.6 Dossiergegevens behandeling (fase 6) 10
 - A.7 Dossiergegevens evalueerend onderzoek en afsluiting (fase 7) 11

Literatuur 12

Addenda 13

Addendum Totstandkoming 13

- Inleiding 13
- Historie 13
- Duurzaam informatiestelsel voor de zorg 13
- Opbouw van de richtlijn 14
- Wijze van registreren 16
- Functie van dossiervoering 16
- Literatuur 17

Addendum Verslaggeving bij langdurige behandeling 18

Praktijkrichtlijn 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.^{b,1}

De richtlijn 'Fysiotherapeutische dossiervoering 2016' bestaat uit deze 'Praktijkrichtlijn' met bijbehorend 'Addendum' en een '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.

Welke gegevens dient het dossier te bevatten?

Op grond van de hoofdoelen 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^c in het kader van samenwerking en overdracht met:
- collegae (continuïteit van zorg);
- verwijzers (zie tevens de 'NHG/KNGF-Richtlijn Gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut')^{d,1};
- 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 (hiertoe behoren ook systeemgegevens) voor zover deze niet het declaratieproces betreffen.

Basisgegevens

Basisgegevens vormen het fundament van het dossier en mogen daarin, op basis van wet- en regelgeving, dus niet ontbreken. Basisgegevens worden vastgelegd door de fysiotherapeut. Een belangrijk deel van deze gegevens is reeds beschikbaar voordat het dossier wordt aangemaakt. Bijvoorbeeld: naam behandelend fysiotherapeut en systeemdatum. Het uitvoeren van een controle of een enkele selectie daargelaten, worden deze gegevens dus aan het dossier toegevoegd zonder dat daarvoor een handeling van de fysiotherapeut wordt gevraagd.

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

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

c 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').

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

Conditionele gegevens

Conditionele gegevens worden vastgelegd als de omstandigheden of bevindingen daartoe aanleiding geven. Overeenkomstig de basisgegevens, is registratie van gegevens in die specifieke situaties verplicht. Bijvoorbeeld: een toelichting bij 'niet-pluis' na screening. Ingeval er sprake is van een voorbehouden of bijzondere handeling tijdens onderzoek en/of behandeling is eveneens het registreren van de toestemming vereist. Daarnaast is conditioneel datgene wat de behandelend fysiotherapeut als relevant ervaart bij de anamnese en het onderzoek of tijdens het behandelingsverloop. Bijvoorbeeld: Aanvraag voor nadere diagnostiek of gegevens van de huisarts bij DTF.

Administratieve gegevens

Administratieve gegevens zijn gegevens die worden vastgelegd ten behoeve van het machtigings- en declaratieverkeer. Verwijzend naar het gestelde bij de basisgegevens is een belangrijk deel van deze gegevens reeds in het systeem beschikbaar en ook hiervoor geldt dat, met uitzondering van het uitvoeren van een controle of een enkele selectie, deze gegevens aan het dossier worden toegevoegd zonder dat daarvoor een handeling van de fysiotherapeut wordt gevraagd.

Wie is verantwoordelijk voor het toevoegen van de gegevens aan het dossier?

De fysiotherapeut is verantwoordelijk voor de inhoud van het dossier. Tevens mag worden verwacht dat aan het dossier toegevoegde (systeem)gegevens door de fysiotherapeut worden gecontroleerd.

Administratieve gegevens kunnen door anderen dan de fysiotherapeut zelf worden vastgelegd. De verantwoordelijkheid voor de vastlegging in het kader van de fysiotherapeutische dossiervoering blijft berusten bij de fysiotherapeut. De fysiotherapeut kan echter geen verantwoording nemen voor gegevens die uit andere bron worden betrokken.

Dossiervoering in relatie tot het zorgverleningsproces

Methodisch handelen ligt ten grondslag aan het zorgverleningsproces en daarmee aan de fysiotherapeutische dossiervoering. Deze richtlijn beschrijft de fasen van het methodisch handelen en de basisgegevens, de conditionele gegevens en de administratieve gegevens, die per fase moeten worden vastgelegd.

A Aan het dossier toe te voegen gegevens per fase van het methodisch handelen

De te registreren gegevens zijn gegroepeerd per fase van het methodisch handelen, namelijk:

- aanmelding (paragraaf A.1);
- aanvullende (hetero)anamnese (paragraaf A.2);
- aanvullend onderzoek (paragraaf A.3);
- analyse en conclusie (paragraaf A.4);
- behandelplan (paragraaf A.5);
- behandeling (paragraaf A.6);
- eindevaluatie en afsluiting (paragraaf A.7).

A.1 Dossiergegevens aanmelding (fase 1)

De fysiotherapeut neemt in het dossier de persoonsgegevens op van de patiënt, zoals naam, adres en geboortedatum.

Bij het registreren van gegevens die de eerste fase van het methodisch handelen betreffen, wordt onderscheid gemaakt tussen:

- het registreren van de relevante gegevens bij patiënten die zich rechtstreeks aanmelden bij de fysiotherapeut (paragraaf A.1.1);
- het registreren van de relevante gegevens bij patiënten die zich aanmelden met een verwijzing van een arts (paragraaf A.1.2).

A.1.1 Dossiergegevens Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF)

Per 1 januari 2006 hebben patiënten de wettelijke mogelijkheid om zonder verwijzing van een arts de fysiotherapeut te consulteren. Momenteel komt circa 52% (diverse bronnen 2014) van de eerstelijns patiënten zonder verwijzing van een arts bij de fysiotherapeut. Als een patiënt zich bij de fysiotherapeut aanmeldt zonder verwijzing zal de fysiotherapeut een screening uitvoeren. 'Screening is een proces waarbij de fysiotherapeut besluit 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.'²

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) en huisarts(en) in het kader van DTF. Tijdens de screening verzamelt de fysiotherapeut dus gegevens die nodig zijn voor het nemen van de beslissing of verder fysiotherapeutisch onderzoek al dan niet geïndiceerd is.

Het screeningsproces

Aanmelding (fase 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 (fase 1b)

Deze fase 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' (fase 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 van symptomen en 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: patiënt 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: patiënt naar andere hulpverlener).

Informereren en adviseren (fase 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 mededeelt 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.

Te registreren inzake Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF)

Antecedenten van de patiënt

- naam patiënt – vastgelegd worden de achternaam van de patiënt plus de voorletters, zoals deze op het identiteitsbewijs staan vermeld
- nummer patiënt (BSN) – een patiënt moet een uniek identificatienummer hebben; hiervoor wordt het burgerservicenummer (BSN) gebruikt; het BSN wordt gebruikt voor de identificatie van de patiënt en ten behoeve van financieel-administratieve handelingen
- geboortedatum patiënt
- geslacht patiënt – vastgelegd worden de geboortedatum en het geslacht van de patiënt; het geslacht is mogelijk van belang bij specifieke aandoeningen
- huisarts

Contactreden/hulpvraag (eigen bewoordingen patiënt)

- 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.

Leg de contactreden vast in de eigen bewoordingen van de patiënt

NB Vastgesteld wordt de hulpvraag van de patiënt welke na onderzoek en analyse door de behandelend fysiotherapeut vertaald wordt naar een behandelplan.

Van hulpvraag naar behandelplan, dat is je vak

Functioneringsproblemen en beloop (eigen bewoordingen patiënt)

Vastgelegd worden de belangrijkste functioneringsproblemen zoals:

- 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.

Conclusies screening (pluis/niet-pluis)

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.

Toelichting op afwijkende symptomen, afwijkend beloop (bij niet-pluis):

- Als de conclusie niet-pluis is, worden de afwijkende symptomen, het afwijkend beloop en/of aanwezige vlaggen genoteerd;
- De aanbeveling/het procedurevoorstel wordt genoteerd.

Indicatie voor verder fysiotherapeutisch handelen (ja/nee)

- Vastgelegd wordt de conclusie van de screening.

Toestemming patiënt voor overleg met (huis)arts en/of voor opvragen gegevens bij (huis)arts en/of voor sturen DTF-bericht

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. Een hiervoor genoemde toestemming dient vastgelegd te worden.

A.1.2 Dossiergegevens aanmelding met een verwijzing

Als de patiënt zich met een verwijzing van een arts aanmeldt, stelt de fysiotherapeut tijdens fase 1 vast of de verwijzing volledig en duidelijk is en of, op basis daarvan, kan worden doorgegaan met fase 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 fase 1d, paragraaf A.1.1).

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 multidisciplinair overleg. Hoe het proces georganiseerd is en of de te registreren gegevens in het dossier van de fysiotherapeut, in het informatiesysteem van de instelling of in het multidisciplinair dossier zijn vastgelegd, doet echter niet ter zake, zolang de fysiotherapeut maar kan beschikken over de dossiergegevens die nodig zijn voor het methodisch fysiotherapeutisch handelen.

Te registreren inzake aanmelding met een verwijzing

Antecedenten van de patiënt

- naam patiënt – vastgelegd worden de achternaam van de patiënt plus de voorletters, zoals deze op het identiteitsbewijs staan vermeld
- burgerservicenummer (BSN) – bij de uitwisseling van gegevens tussen zorgprofessionals over de patiënt en bij het declaratieverkeer met de verzekeraar is gebruik van BSN wettelijk verplicht
- geboortedatum patiënt
- geslacht patiënt
- huisarts
- verwijzer (indien anders dan de huisarts) – vastgelegd worden de naam en het specialisme van de verwijzer.

Door arts te verstrekken zorginhoudelijke gegevens: bij verwijzing, consult of op verzoek

Vastgelegd wordt de informatie van de verwijzer die van belang is voor de fysiotherapeut (zie de 'NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut'^{e,1}).

A.2 Dossiergegevens aanvullende (hetero)anamnese (fase 2)

De tweede fase van het methodisch handelen betreft het afnemen van de anamnese bij de patiënt zelf of via een heteroanamnese bij een direct betrokkene (ouder, verzorger, een partner, kind of een wettelijk vertegenwoordiger). 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 anamnestiche gegevens reeds verzameld bij de inventarisatie van de hulpvraag. De fysiotherapeut vraagt in fase 2 dan alleen nog naar aanvullende gegevens die nodig zijn om gericht diagnostische verrichtingen te kunnen selecteren.

De uitgebreidheid van de heteroanamnese door de fysiotherapeut is sterk afhankelijk van de wijze waarop de samenwerking is georganiseerd. Zo kan de omvang van de gegevens die de fysiotherapeut ter beschikking staan in grotere instellingen sterk variëren en kan het aantal betrokken disciplines van invloed zijn. Ook kan het toepassen van een ziekenhuisprotocol van invloed zijn op de uitgebreidheid van de anamnese. De richtlijn gaat ervan uit dat de fysiotherapeut in staat wordt gesteld om de kwaliteit te leveren die van een fysiotherapeut verwacht wordt en dat kan worden beschikt over alle daarvoor benodigde gegevens. Om diezelfde reden dienen daartoe toegepaste protocollen ter beschikking te worden gesteld.

^e Beschikbaar via <http://bit.ly/NHG-KNGFr1>.

Te registreren inzake aanvullende (hetero)anamnese

Hulpvraag (eigen bewoordingen patiënt)

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 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 in eigen bewoordingen patiënt

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.

Relevante gezondheidsdeterminanten (persoonsgebonden, leefstijl, omgeving)

Vastgelegd worden de gegevens over wat aanwezig én relevant is, zoals:

- omstandigheden die relevant zijn in relatie tot het gepresenteerde klachtenbeeld van de patiënt;
- onderliggende medische factoren, 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 verwijzingsgegevens, of later op verzoek door de arts verstrekt zijn, of tijdens het diagnostisch proces in kaart zijn gebracht.
- 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.
 - belemmerende en/of bevorderende persoonlijke factoren 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).

Wat zegt patiënt nu eigenlijk?

Het gaat om wat aanwezig én relevant is

De fysiotherapeut dient zich te beperken tot alleen die gegevens welke direct of indirect van invloed zijn op de fysiotherapeutische zorg in relatie tot de verwijzingsdiagnose en/of de hulpvraag. De wetgever spreekt in deze over proportionaliteit.^f

In beperking toont zich de meester, zo luidt de wet

^f Artikel 6 Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP).

Wat geobjectiveerd is, kun je toetsen

A.3 Dossiergegevens aanvullend onderzoek (fase 3)

De derde fase van het methodisch handelen betreft 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.

Te registreren inzake aanvullend onderzoek

Diagnostische verrichtingen (tests)/prestaties en bevindingen

Leg vast wat je hebt gedaan

- Vastgelegd worden de handelingen die de fysiotherapeut uitvoert ten behoeve van de diagnostiek, waarbij het met name gaat om de aard van de verrichting, de uitvoering van tests en metingen, en de bevindingen. Daarnaast kan de fysiotherapeut vragenlijsten inzetten die door de patiënt ingevuld worden. De diversiteit van vragenlijsten is groot. In nauwe samenwerking met Hogeschool Zuyd, IT-leveranciers en andere stakeholders richt het KNGF zich op harmonisatie van de bestaande (versies van) vragenlijsten. Dit is vastgelegd in het Programma van Eisen Fysio-EPD^{g,3}, en in een codelijst meetinstrumenten^{h,4}.
- 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 (stoornissen 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.

Raadpleeg je bronnen

Leg vast wat je hebt gevonden

Toestemming voor voorbehouden of bijzondere handeling (indien van toepassing)

Indien van toepassing 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.

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'^{i,5} wordt beschreven wat onder voorbehouden en bijzondere handelingen wordt verstaan.

A.4 Dossiergegevens analyse en conclusie (fase 4)

De vierde fase van het methodisch handelen betreft analyse 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. 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 behandelplan: je vakmanschap inzetten in samenspraak met de patiënt

g Beschikbaar via <https://eisen.fysio-epd.nl>.

h Beschikbaar via <http://bit.ly/meetinstrumenten>.

i Beschikbaar via <https://eisen.fysio-epd.nl/index/viewtekst/ld/104>.

Het antwoord op de consultvraag wordt verstuurd aan de verwijzer, die vervolgens bepaalt of de patiënt wordt verwezen voor behandeling.

Te registreren inzake analyse en conclusie

NB De fysiotherapeutische diagnose kan worden geregistreerd als samenhangend verhaal of als losse elementen.^j

Functioneringsproblemen in termen van stoornissen, beperkingen en/of participatieproblemen (oordeel fysiotherapeut)

Van de functioneringsproblemen worden de aard en de ernst vastgelegd in termen van stoornissen, beperkingen en/of participatieproblemen (desgewenst en indien mogelijk in ICF- of ICF-CY-terminologie).^{6,7} Het gaat hier om de meest kenmerkende en voor de behandeling meest relevante stoornissen, beperkingen en/of participatieproblemen. Geadviseerd wordt het aantal per categorie beperkt te houden.

Beloop tot nu toe

Ook het beloop tot nu toe wordt vastgelegd. Aangegeven dient te worden of het een normaal of afwijkend beloop betreft.

Wijze van omgang met functioneringsproblemen (oordeel van de fysiotherapeut)

Hier formuleert de fysiotherapeut vanuit fysiotherapeutisch perspectief hoe de patiënt omgaat met de functioneringsproblemen.

Door de fysiotherapeut gecategoriseerde hulpvraag en de relevante behandelbare grootheden waarbij – voor zover relevant – rekening is gehouden met persoonlijke, externe en medische factoren

Hier wordt door de fysiotherapeut vermeld wat de hulpvraag van de patiënt is in relatie tot de gegenereerde gegevens uit het onderzoek, rekening houdend met door de patiënt benoemde of via verwijzing ontvangen gegevens uit de (hetero)anamnese.

Indicatie voor fysiotherapie (ja/nee)

Indien de fysiotherapeut concludeert dat fysiotherapie niet zinvol is, noteert hij 'geen indicatie voor fysiotherapie' en vervolgt hij het proces bij fase 7 (afsluiting).

Ingeval 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 (als de patiënt gebruikmaakte van 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.

Verwacht herstel (al dan niet in code)

Hier wordt in tijd aangegeven of herstel is te verwachten en zo ja binnen welk tijdsbestek.

^j 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 om de volledige fysiotherapeutische conclusie/diagnose op één plaats te kunnen terugvinden, dient hij, in een handmatig systeem, beide gegevens hier te registreren.

A.5 Dossiergegevens behandelplan (fase 5)

De vijfde fase van het methodisch handelen betreft de formulering van het behandelplan. In samenspraak met de patiënt of diens vertegenwoordiger en eventueel andere disciplines wordt een behandel- of zorgplan opgesteld.^k De behandeling wordt in het behandelplan nauwkeurig omschreven, zowel als geheugensteun, als ten behoeve van de overdracht van gegevens aan derden.

Te registreren inzake behandelplan

Beoogd eindresultaat / hoofddoel (SMART-geformuleerd)

Wees concreet: wees SMART

Vastgelegd worden zowel de aard van het doel/resultaat, de aard van de gekozen fysiotherapeutische verrichtingen als de mate waarin en de periode waarbinnen het doel/resultaat moet zijn behaald. Het gaat om zo concreet mogelijk, waar mogelijk in maat en/of getal (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdgebonden, SMART), geformuleerde doelen, gekoppeld aan een bepaalde tijdsperiode.⁸ Als een resultaat/hoofddoel niet SMART kan worden geformuleerd, moet dit worden toegelicht.

Met de vastlegging van het beoogde eindresultaat of hoofddoel geeft de fysiotherapeut aan wat hij nastreeft met de fysiotherapeutische behandelaflevering als geheel.

Besproken met / akkoord van patiënt

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.

Voor het verrichten van een voorbehouden of bijzondere handeling is van tevoren toestemming vereist van zowel de patiënt als van de verwijzer.^{l,5} De verkregen toestemming wordt (inclusief de datum waarop de toestemming werd verkregen en van wie) schriftelijk vastgelegd.

A.6 Dossiergegevens behandeling (fase 6)

Gebruik de SOAP-systematiek

Tijdens de zesde fase van het methodisch handelen, gaat het om het behandelen zelf. Van elk fysiotherapeut-patiëntcontact noteert de fysiotherapeut de relevante behandelgegevens die een weergave zijn van dat contact als zogeheten journaalgegevens. Deze gegevens worden vastgelegd in journaalregels volgens de SOAP (subjectief, objectief, analyse en plan) systematiek.

Bij chronische klachten evalueer je ook tussentijds

Bij behandeling van klachten met een chronisch karakter en bij langer durende interventies wordt geadviseerd goede afspraken met de patiënt te maken over het moment van tussentijdse evaluaties in relatie tot het (de) gestelde behandelgoal(en).

Gezamenlijke evaluaties met de patiënt vormen een belangrijk onderdeel van de behandeling, zeker wanneer het resultaat van de behandeling in sterke mate afhankelijk is van de medewerking/betrokkenheid van de patiënt. Bij die evaluaties kan het bijhouden van de resultaten door de patiënt zelf een grote rol spelen.

^k 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.

^l Zie de KNGF-brochure 'Zorgvuldig handelen bij voorbehouden en bijzondere handelingen' <https://eisen.fysio-epd.nl/index/viewtekst/ld/104>.

Te registreren inzake behandeling

Behandelverloop: registreren van relevante behandelgegevens

In het dossier dient te zijn vastgelegd welke fysiotherapeut in de desbetreffende sessie de fysiotherapeutische zorg heeft gegeven.

Daarnaast worden de volgende gegevens vastgelegd:

- de mate van verandering van klachten, zoals die door de patiënt zelf wordt beoordeeld;
- objectieveerbare waarnemingen die patiënt of fysiotherapeut doet;
- de inhoud van de fysiotherapeutische behandeling aan de hand van de uitgevoerde verrichtingen (dit betreft ook informeren/adviseren), maar alleen wanneer de verrichtingen afwijken van de verrichtingen zoals vastgelegd in het behandelplan;
- bijstelling van het behandelplan als geheel of bijstelling van het behandelplan op onderdelen, indien van toepassing.

NB Het is van belang te registreren 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.

A.7 Dossiergegevens eindevaluatie en afsluiting (fase 7)

Tijdens de zevende fase van het methodisch handelen gaat het om de evaluatie van de fysiotherapeutische behandeling als geheel, met andere woorden, de evaluatie bij de beëindiging van de behandelperiode. Bij deze eindevaluatie gaat het om de beoordeling van het behandelproces en het behandelresultaat (volgens de patiënt en volgens de fysiotherapeut).

De eindevaluatie doe je samen

Te registreren inzake eindevaluatie en afsluiting

Realisatie behandeldoelen en behandelresultaat (inclusief eventuele aanbevelingen)

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 behandelperiode.

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. Hiervoor dient gebruikgemaakt te worden van de bij het aanvullend onderzoek (zie paragraaf A.3) gebruikte vragenlijsten, meetinstrumenten en test(s).

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'.^{m,1} 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.

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

Literatuur

1. 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.
2. Zorgverleningsproces bij Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2005.
3. 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.
4. Codelijst Codelijst FY060202 - Meetinstrumenten (N3) 2015-08. Amersfoort/Nijmegen: KNGF/Zuyd; 2015. Available from: <https://eisen.fysio-epd.nl/index.php/gegevensmodel/viewkeuzelijst/keuzelijstId/2>. Geraadpleegd op 28 september 2015.
5. Zorgvuldig handelen bij voorbehouden en bijzondere handelingen. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2010. Available from: <https://eisen.fysio-epd.nl/index/viewtekst/Id/104>.
6. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2002.
7. International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY). Genève: World Health Organization; 2007.
8. Hagenaars K, Schmitt M, Vroegindewij D. Moduul Methodisch Handelen. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 1999.

Addenda

Addendum Totstandkoming

Inleiding

Deze richtlijn 'Fysiotherapeutische dossiervoering 2016' van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) beschrijft de systematische vastlegging van genoemde gegevens en vervangt de richtlijn 'Fysiotherapeutische verslaglegging' van 2011. 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 staan de patiënt en het persoonlijk gezondheidsdossier (PGD) van de patiënt centraal. Ten behoeve van de totstandkoming van dit stelsel is door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het Informatieberaad Zorg ingesteld, waarvan het KNGF sinds april 2015 deel uitmaakt.

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 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. Hierbij werd de nadruk 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 2006,³ 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.⁴

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) voor iedere patiënt speelt daarbij een cruciale rol. Dit alles heeft geresulteerd in de vernieuwde richtlijn verslaglegging die verder gaat onder de naam 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Dossiervoering 2016'.

Duurzaam informatiestelsel voor de zorg

De afhankelijkheid van een goed functionerende ICT-omgeving groeit in snel tempo. 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) en de Raad voor Volksgezondheid

en Samenleving (RV&S, voorheen: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, RVZ) 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 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.^{a,5}

Het KNGF heeft de missie, doelstellingen en uitgangspunten van het Informatieberaad onderschreven.^{b,6} Belangrijke speerpunten zijn 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 de beroepsgroep kan profiteren van landelijke standaarden.⁷

Mede om die reden is de 'NHG-KNGF informatiestandaard voor gestructureerde informatie-uitwisseling huisarts fysiotherapeut' ontwikkeld.^{c,8} Deze standaard, die is gebaseerd op de 'NHG/KNGF-Richtlijn Gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut'⁹, is door het Informatieberaad van toepassing verklaard^{d,10} en om dezelfde reden opgenomen in de Kwaliteitsbibliotheek van Zorginstituut Nederland^{e,11}.

De relatie tussen onderhavige richtlijn 'Fysiotherapeutische dossiervorming 2016', de 'NHG/KNGF-Richtlijn Gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut' en de daarvan afgeleide standaard, bij 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^{f,12}

Opbouw van de richtlijn

De richtlijn bestaat uit de volgende onderdelen:

1. de 'Praktijkrichtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering 2016';
2. 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.

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

b *FysioEnieuws* 26 maart 2015 (<http://bit.ly/MiViDoc>).

c Beschikbaar via <http://bit.ly/ZINregister>.

d *FysioEnieuws* 20 april 2015 (<http://bit.ly/IBtoepas>).

e *FysioEnieuws* 11 juni 2015 (<http://bit.ly/registerZIN>).

f Bron: 'Wat is een PGD' (NPCF) (<http://bit.ly/PGDdefinitie>).

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, 2012¹³)

- * 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.¹³

Richtlijnen zijn geen dwingende voorschriften. Zij bevatten expliciete, zoveel 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 ze soms – in individuele gevallen afwijken van de aanbevelingen in de richtlijn. Wie contrair 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 aanwijzing zijn voor 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.^g De verantwoordelijkheid voor de eigen dossiervoering blijft daarmee berusten bij de individuele fysiotherapeut.^h 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 dossiervorming.

Ook gegevens betreffende het machtigings- en declaratieverkeer worden werkveldafhankelijk vastgelegd.

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

^h 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.

In deze richtlijn wordt vanuit het methodisch handelen aangegeven welke voor de fysiotherapie relevante gegevens in het dossier dienen te 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 wél is opgenomen dat men volgens het desbetreffende protocol werkt.

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 niet al in het protocol staan;
- gegevens die afwijken van het protocol.

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 het 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 door 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, wat wordt bereikt door toepassing van daarvoor ontwikkelde standaarden.

Adequate verwerking van gegevens die uit andere bron zijn ontvangen, bewaakt de authenticiteit, en 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 digitaal 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'^{i,9} wordt toegepast, en dat de daarvan afgeleide standaard, de 'NHG-KNGF informatiestandaard gestructureerde informatie-uitwisseling huisarts fysiotherapeut'^{j,8} is geïmplementeerd, en dat de fysiotherapeut daarbij wordt ondersteund door zijn ICT-omgeving.

De richtlijn houdt er rekening mee dat een toenemend aantal fysiotherapeuten gebruikmaakt van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF),^{14,15} dan wel de 'International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth' (ICF-CY).¹⁶ 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 een eigen classificatie. Het KNGF adviseert wel om, waar dit van toepassing is, gegevens gestandaardiseerd vast te leggen door gebruik te maken van classificaties of codestelsels die (inter)nationaal zijn vastgesteld.

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

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

j Beschikbaar via <http://bit.ly/ZINregister>.

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.^k

Samengevat zijn de hoofddoelen van dossiervorming:

1. ondersteunen van het eigen handelen van de fysiotherapeut (het bieden van een geheugensteun);
2. borgen van de continuïteit van de behandeling;
3. 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.¹⁷

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

Literatuur

1. Richtlijnen voor de Fysiotherapeutische Verslaglegging. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 1993.
2. Heerkens Y, Lakerveld-Heyl K, Verhoeven A, Hendriks HJM. KNGF-Richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging. Amersfoort: KNGF; 2003.
3. Zorgverleningsproces bij Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2005.
4. Heerkens YF, Hendriks HJM, de Graaf-Peters VB. KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2011.
5. 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/9353000/1/4nvg55kjg27kof_j9vvij5epmjeyo/vje9ltpwvpzx/f=/kst3262093.pdf
6. Visie, missie en doelstellingen Informatieberaad. FysioNieuws 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>
7. Wat bevat een informatiestandaard? Den Haag: Nictiz; 2013. Available from: <https://www.nictiz.nl/standaardisatie/informatiestandaarden>. Geraadpleegd op 28 september 2015.
8. 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.
9. 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.
10. Informatieberaad verklaart Informatiestandaard van toepassing. FysioNieuws 20 april 2015. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2015. Available from: <https://eisen.fysio-epd.nl/index/viewtekst/Id/101>.
11. Informatiestandaard HA-FT in kwaliteitsregister ZINL. FysioNieuws 11 juni 2015. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2015. Available from: <https://eisen.fysio-epd.nl/index/viewtekst/Id/102>.
12. PGD Kader 2020. Wat is een persoonlijk gezondheidsdossier. Notitie Utrecht: Patiëntenfederatie NPCF; 2015.
13. Richtlijn voor Richtlijnen: Regieraad Kwaliteit van Zorg; 2012.
14. International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF 2001. Genève: World Health Organization (WHO); 2001.
15. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2002.
16. International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY). Genève: World Health Organization (WHO); 2007.
17. Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren. ICD-10. Den Haag: Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid; 2006.

Addendum Verslaggeving bij langdurige behandeling

In deze 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering 2016' wordt verwezen naar de gezamenlijke 'NHG-KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut' en de daarop gebaseerde Informatiestandaard.

In beide documenten – die sinds juni 2015 in het ZINL-register Informatiestandaarden opgenomen zijn – is vastgelegd dat de fysiotherapeut bij een langdurige behandeling minimaal één keer per jaar verslag doet aan de huisarts. Deze bepaling is uiteraard ook van toepassing indien een andere arts dan de huisarts de verwijzer is.

Postadres

Postbus 248, 3800 AE Amersfoort

www.kngf.nl

www.defysiotherapeut.com

info@kngf.nl