



Koninklijk Nederlands  
Genootschap voor Fysiotherapie

# ***KNGF-richtlijn***

**Fysiotherapeutische dossiervoering 2019**

Versie 1.1

# ***KNGF-richtlijn* Fysiotherapeutische dossiervoering 2019**

Versie 1.1

## **Praktijkrichtlijn**

### **Onder redactie van:**

F. Driehuis, MSc  
I. Woudenberg-Hulleman  
I.M. Verhof-van Westing, MSc  
H. Geurkink, MSc  
L. Hartstra, MSc  
M. Trouw, MSc  
R. van Heerde, MSc  
M. van Til  
G.A. Meerhoff, MSc

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

© Juni 2019, Amersfoort

De KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering 2019 is een publicatie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en is digitaal toegankelijk via [www.kngf.nl/kennisplatform](http://www.kngf.nl/kennisplatform). Deze publicatie dient als volgt geciteerd te worden: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering 2019. Amersfoort: KNGF; 2019. Alle copyrightrechten voorbehouden. Uit deze publicatie kan vrijelijk worden geciteerd, mits met duidelijke en correcte bronvermelding.

Alle onderdelen van de richtlijn, inclusief de samenvatting, zijn beschikbaar via [www.kngf.nl/kennisplatform](http://www.kngf.nl/kennisplatform).

**Wijzigingen Richtlijn Fysiotherapeutische Dossiervoering 2019**

**Versie 1.1 d.d. 25 november 2019**

Fase	Te noteren gegevens	Wijziging
B.1	Functioneringsproblemen, duur en beloop	Het noteren van 'duur' van de klacht is toegevoegd. Categorieën voor het noteren van duur en beloop van de klacht zijn toegevoegd.
B.1	Medische gezondheidsdeterminanten	Voorbeelden van medische gezondheidsdeterminanten zijn toegevoegd (zie Verantwoording en Toelichting)
B.1.1	Toestemming patiënt voor delen gegevens met of door (huis)arts	Aanbeveling voor het versturen van een DTF-bericht is toegelicht. Toegevoegd is dat hiervoor toestemming van de patiënt verplicht is.
B.3	Verwacht herstel/prognose	Categorieën voor het noteren van verwacht herstel/prognose zijn toegevoegd.
B.5	Eindevaluatie	Indien de patiënt aanwezig is, is de eindevaluatie een per definitie verplicht te noteren gegeven. Categorieën voor het noteren van de eindevaluatie zijn toegevoegd.
C.3.1	Bewaarplicht	Per 1-1-2020 moet een dossier 20 jaar (in plaats van de eerder geldende 15 jaar) worden bewaard.

<b>Werkgroep</b>	
H. Geurkink	fysiotherapeut MSc
L. Hartstra, MSc	fysiotherapeut en orthopedisch manueel therapeut
M. Trouw, MSc	fysiotherapeut, manueel therapeut, extended scope specialist
R. van Heerde, MSc	fysiotherapeut, manueel therapeut, extended scope specialist
M. van Til	praktijkhouder
I. Woudenberg-Hulleman	voorzitter werkgroep, strategisch adviseur kwaliteit, samenwerking en verbinding eerstelijnszorg, niet-praktiserend fysiotherapeut

<b>Auteursgroep</b>	
Femke Driehuis, MSc	fysiotherapeut, gezondheidswetenschapper, medior medewerker Kwaliteitsbeleid, KNGF, Amersfoort
Irma Woudenberg-Hulleman	strategisch adviseur kwaliteit, samenwerking en verbinding in de eerstelijnszorg, niet-praktiserend algemeen fysiotherapeut, First-line, Apeldoorn
Ingrid M. Verhof-van Westing, MSc	fysiotherapeut, senior medewerker Belangenbehartiging, KNGF, Amersfoort
Harry Geurkink, MSc	fysiotherapeut
Bert Hartstra, MSc	fysiotherapeut, manueel therapeut
Michiel Trouw, MSc	fysiotherapeut, manueel therapeut, extended scope specialist
Ron van Heerde, MSc	fysiotherapeut, manueel therapeut, extended scope specialist
Mario van Til	praktijkhouder
Guus A. Meerhoff, MSc	fysiotherapeut, bewegingswetenschapper, senior medewerker Kwaliteitsbeleid, KNGF, Amersfoort

# Inhoud

A	Inleiding	1
B	Te noteren gegevens	3
B.1	Fase 1: Aanmelding en intake	4
B.1.1	Extra bij aanmelding en intake via DTF	5
B.1.2	Extra bij aanmelding en intake via verwijzing	5
B.2	Fase 2: Fysiotherapeutisch onderzoek en fysiotherapeutische diagnose	6
B.3	Fase 3: Behandelplan	8
B.4	Fase 4: Behandeling	9
B.5	Fase 5: Eindevaluatie	10
B.5.1	Rapportage	11
	Samenvatting te noteren gegevens per fase	12

# Praktijkrichtlijn

## Fysiotherapeutische dossiervoering 2019

F. Driehuis<sup>I</sup>, I. Woudenberg-Hulleman<sup>II</sup>, I.M. Verhof-van Westing<sup>III</sup>, H. Geurkink<sup>IV</sup>, L. Hartstra<sup>V</sup>, M. Trouw<sup>VI</sup>, R. van Heerde<sup>VII</sup>, M. van Til<sup>VIII</sup>, G.A. Meerhoff<sup>IX</sup>

### A Inleiding

De *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO) regelt de rechten en plichten van de individuele patiënt en de zorgverlener in hun onderlinge relatie. De WGBO is vooral gericht op de 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, advies en behandeling, die rechtstreeks betrekking hebben op een patiënt en het verbeteren van zijn<sup>a</sup> gezondheid.

Volgens artikel 454 BW van de WGBO wordt de zorgverlener (de fysiotherapeut) geacht een dossier in te richten dat gegevens bevat over de gezondheid van de patiënt, de uitgevoerde verrichtingen en andere gegevens die voor een goede hulpverlening noodzakelijk zijn.

In deze richtlijn is gekozen voor gebruik van het woord 'patiënt'. Waar patiënt staat, kan ook cliënt, vertegenwoordiger, ouder(s) of verzorgende gelezen worden.

Verrichtingen zijn in deze richtlijn gedefinieerd als '*alle handelingen die de fysiotherapeut uitvoert binnen het fysiotherapeutisch handelen*'. De WGBO beschrijft geplande en uitgevoerde verrichtingen, die zowel een diagnostisch als therapeutisch karakter kunnen hebben.

Diagnostische verrichtingen zijn verrichtingen ten behoeve van het (diagnostisch) onderzoek. Fysiotherapeutische verrichtingen zijn verrichtingen ten behoeve van de fysiotherapeutische behandeling.

De hoofddoelen voor fysiotherapeutische dossiervoering zijn:

- het ondersteunen van het handelen van de fysiotherapeut door dit vast te leggen in overleg en in samenspraak met de patiënt, gebaseerd op wettelijke kaders en relevantie met betrekking tot het fysiotherapeutisch klinisch redeneren;
- het borgen van de continuïteit van de behandeling;
- het borgen van gegevensoverdracht naar de patiënt en andere zorgprofessionals.

---

<sup>a</sup> Waar 'zijn' staat kan ook 'haar' gelezen worden. Dit geldt ook voor 'hij/zij' en 'hem/haar'.

---

<sup>I</sup> Femke Driehuis, MSc, fysiotherapeut, gezondheidswetenschapper, medior medewerker Kwaliteitsbeleid, KNGF, Amersfoort.

<sup>II</sup> Irma Woudenberg-Hulleman, strategisch adviseur kwaliteit, samenwerking en verbinding in de eerstelijnszorg, niet-praktiserend algemeen fysiotherapeut, First-line, Apeldoorn.

<sup>III</sup> Ingrid M. Verhof-van Westing, MSc, fysiotherapeut, senior medewerker Belangenbehartiging, KNGF, Amersfoort.

<sup>IV</sup> Harry Geurkink, MSc, fysiotherapeut.

<sup>V</sup> Bert Hartstra, MSc, fysiotherapeut en manueel therapeut.

<sup>VI</sup> Michiel Trouw, MSc, fysiotherapeut, manueel therapeut en extended scope specialist.

<sup>VII</sup> Ron van Heerde, MSc, fysiotherapeut, manueel therapeut en extended scope specialist.

<sup>VIII</sup> Mario van Til, praktijkhouder.

<sup>IX</sup> Guus A. Meerhoff, MSc, fysiotherapeut, bewegingswetenschapper, senior medewerker Kwaliteitsbeleid, KNGF, Amersfoort.

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

- gegevens<sup>b</sup> die essentieel zijn in het kader van beslismomenten die voortvloeien uit het fysiotherapeutisch klinisch redeneren;
- gegevens in het kader van samenwerking en overdracht met patiënten, collega's (continuïteit van zorg), verwijzers<sup>c</sup>, zoals de huisarts en andere zorgverleners.

Voor een optimale zorgverlening en gegevensoverdracht is het van belang dat deze gegevens systematisch worden vastgelegd.<sup>d</sup>

### Richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering

De KNGF-richtlijn 'Fysiotherapeutische Dossiervoering 2019' is een herziening van de KNGF-richtlijn 'Fysiotherapeutische Dossiervoering 2016'. Het KNGF heeft voor deze herziening vanuit het fysiotherapeutisch werkveld een werkgroep samengesteld.

Het doel van deze herziening is te komen tot vermindering van administratieve lasten.<sup>e</sup> Daarom is bij deze herziening zorgvuldig gekeken naar het terugbrengen van het noteren van gegevens tot de minimaal noodzakelijke. Dit is gedaan binnen de wettelijke kaders en met het behoud van de professionele autonomie van de fysiotherapeut en de kwaliteit van het fysiotherapeutisch handelen.

De KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering 2019 beschrijft welke onderdelen van het klinisch redeneren en welke dossiergegevens ten minste genoteerd moeten worden in een dossier. Het is aan de fysiotherapeut zelf te bepalen op welke manier, waar en in welke combinatie deze gegevens genoteerd worden.

Besloten is om in deze richtlijn onderscheid te maken tussen de volgende typen verplichte gegevens:

- per definitie verplichte gegevens;
- indien relevant verplichte gegevens.

#### *Per definitie verplichte gegevens*

Deze gegevens kennen een verplichting vanuit de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGB0)* of omwille van de relevantie voor het klinisch redeneren van de fysiotherapeut. Per definitie verplichte gegevens vormen het fundament van het dossier.

#### *Op basis van de WGB0*

Dit betreft gegevens die genoteerd **moeten** worden op basis van de WGB0. Informatie behorende tot deze gegevens dient **altijd** genoteerd te worden. Geen bevinding is in dezen dus ook een bevinding en dient als zodanig te worden genoteerd. De gegevens welke verplicht zijn op basis van de wet, zijn in deze richtlijn aangeduid met een asterisk (\*).

<sup>b</sup> 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').

<sup>c</sup> Voor informatie-uitwisseling tussen fysiotherapeut en huisarts zijn afspraken gemaakt. Deze afspraken staan in de 'NHG/KNGF-richtlijn Gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut'.

<sup>d</sup> Vastleggen kan ook betekenen dat gegevens (die al door een ander zijn opgeschreven) aan het dossier worden toegevoegd (bijvoorbeeld de verwijzingsgegevens in de vorm van een verwijzingsbrief). Het moet altijd helder zijn waar ergens anders vastgelegde gegevens te vinden zijn.

<sup>e</sup> Door de VvAA en de multidisciplinaire actiegroep 'Het roer moet om' zijn in 2018 schrapessies georganiseerd in het kader van '(Ont)regel de zorg' ter vermindering van administratieve lasten. Uit deze schrapessies is een actielijst voor de fysiotherapie voortgekomen met tien schrappunten, waaronder twee schrappunten die betrekking hebben op de fysiotherapeutische dossiervoering. Zie de Verantwoording en Toelichting van deze richtlijn voor meer informatie.

#### *Omwille van het klinisch redeneren*

Dit betreft gegevens die genoteerd **moeten** worden omwille van het klinisch redeneren van de fysiotherapeut. Deze gegevens zijn noodzakelijk voor het fysiotherapeutisch klinisch redeneren en hiermee het behoud van de kwaliteit van het fysiotherapeutisch handelen. Informatie behorende tot deze gegevens dient **altijd** genoteerd te worden. Geen bevinding is in dezen dus ook een bevinding en dient als zodanig te worden genoteerd.

#### **Indien relevant verplichte gegevens**

Dit betreft bevindingen van de fysiotherapeut en/of omstandigheden van de patiënt die naar de beoordeling van de fysiotherapeut relevant zijn voor het vaststellen van een behandelplan en/of uitvoeren van een behandeling bij de individuele patiënt. Daarnaast betreft het gegevens die enkel onder bepaalde omstandigheden verplicht genoteerd moeten worden.

#### **Verantwoordelijkheid fysiotherapeutische dossiervoering**

De fysiotherapeut is te allen tijde verantwoordelijk voor de inhoud van het dossier en het vermelden van gegevens in het dossier. Op welke manier en waar de fysiotherapeut dossier voert, bepaalt de fysiotherapeut (of praktijk) zelf (bijvoorbeeld de vorm van het dossier, waar de gegevens in het dossier genoteerd worden, etc.). Gegevens kunnen ook worden toegevoegd vanuit een andere bron, zoals administratieve gegevens. De fysiotherapeut kan echter geen verantwoording nemen voor gegevens die afkomstig zijn uit een andere bron.

#### **Dossiervoering in relatie tot het zorgverleningsproces**

Deze richtlijn volgt het klinisch redeneren van de fysiotherapeut. De richtlijn beschrijft per fase van het klinisch redeneren welke gegevens genoteerd moeten worden.

#### **Leeswijzer**

De KNGF-richtlijn 'Fysiotherapeutische dossiervoering 2019'<sup>f</sup> bestaat uit:

- Deze *Praktijkrichtlijn*, met een overzicht van de per definitie verplichte gegevens – op basis van de wet en op basis van het fysiotherapeutisch klinisch redeneren – en de indien relevant verplichte gegevens, welke genoteerd moeten worden. Indien nodig wordt per dossiergegeven een korte toelichting gegeven voor de toepassing ervan in de praktijk.
- Een *Verantwoording en toelichting*, met een uitgebreide toelichting op de *Praktijkrichtlijn* en een uiteenzetting van de wettelijke kaders waarop de dossiervoering is gebaseerd;
- Een *Samenvatting* van de praktijkrichtlijn.

## **B Te noteren gegevens**

De dossiergegevens zijn gegroepeerd per fase van het klinisch redeneren:

Fase 1: Aanmelding en intake

Fase 2: Fysiotherapeutisch onderzoek en fysiotherapeutische diagnose

Fase 3: Behandelplan

Fase 4: Behandeling

Fase 5: Eindevaluatie (indien de patiënt aanwezig is)

Per paragraaf zijn de specifieke dossiergegevens samengevoegd in een tabel, met links de gegevens die per definitie verplicht zijn en rechts de gegevens die verplicht zijn indien relevant voor het fysiotherapeutisch klinisch redeneren.

---

<sup>f</sup> De volledige richtlijn is online beschikbaar via [www.kngf.nl/kennisplatform](http://www.kngf.nl/kennisplatform).



## B.1 Fase 1: Aanmelding en intake

Bij aanmelding van een patiënt en intake door de fysiotherapeut worden de volgende algemene gegevens genoteerd. Dit zijn echter niet alle gegevens. Welke gegevens ook nog moeten worden genoteerd, hangt af van de wijze van aanmelding: via DTF of verwijzing.

**In fase 1 worden de volgende gegevens genoteerd:**

### Fase 1: Aanmelding en intake

#### Per definitie verplichte gegevens (algemeen)

- **Achternaam + voorletter(s) patiënt\***
- **BSN patiënt\***
- **Geboortedatum patiënt\***
- **Hulpvraag patiënt**  
De hulpvraag is 'een verhelderende fysiotherapeutische omschrijving van de contactreden van de patiënt die een oplossing zoekt voor zijn functioneringsprobleem; dit kan in de woorden van de patiënt en, indien noodzakelijk, aangevuld met een passende professionele omschrijving.'  
Als er geen hulpvraag geformuleerd kan worden, wordt de contactreden<sup>g</sup> genoteerd.
- **Functioneringsproblemen, duur en beloop**  
De belangrijkste functioneringsproblemen, duur en het beloop van de klachten worden genoteerd in de woorden van de patiënt. Functioneringsproblemen worden genoteerd conform de ICF<sup>h</sup>, ofwel in termen van stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen en/of beperkingen in activiteiten en/of beperkingen in participatie. Voor het noteren van het beloop kan gebruik worden gemaakt van de categorieën: klachten zijn toegenomen, afgenomen, niet gewijzigd of wisselend van karakter. De duur van de klachten wordt, indien mogelijk, genoteerd in weken.
- **Medische gezondheidsdeterminanten\***  
Medische gezondheidsdeterminanten die (mogelijk) betrekking hebben op het effect en/of het resultaat van het onderzoek en/of de behandeling worden genoteerd conform de ICF. Bij het ontbreken van medische gezondheidsdeterminanten, dient te worden genoteerd dat deze determinanten wél zijn uitgevraagd.

### Fase 1: Aanmelding en intake

#### Indien relevant verplichte gegevens (algemeen)

- **Omgevingsdeterminanten**  
Omgevingsdeterminanten zijn contextuele determinanten. Omgevingsdeterminanten worden alleen genoteerd als ze aanwezig zijn én relevant voor de klacht en/of hulpvraag van de patiënt. Deze determinanten worden genoteerd conform de ICF. Het hoeft niet genoteerd te worden dat deze determinanten zijn uitgevraagd.
- **Persoonlijke determinanten**  
Persoonlijke determinanten zijn contextuele determinanten. Persoonlijke determinanten worden alleen genoteerd als ze aanwezig zijn én relevant voor de klacht en/of hulpvraag van de patiënt. Deze determinanten worden genoteerd conform de ICF. Het hoeft niet genoteerd te worden dat deze determinanten zijn uitgevraagd.

<sup>g</sup> De contactreden is 'de door de patiënt geformuleerde reden voor het bezoek aan de fysiotherapeut'. In de Verantwoording en toelichting' wordt meer uitleg gegeven over de contactreden.

<sup>h</sup> International classification of functioning, disability and health.

### B.1.1 Extra bij aanmelding en intake via DTF

Behalve de reeds genoteerde gegevens, dient bij aanmelding en intake via DTF een aantal extra gegevens genoteerd te worden.

#### Fase 1: Aanmelding en intake

#### Per definitie verplichte gegevens (extra bij DTF)

- **Conclusie screening<sup>i</sup>**  
De conclusie van de screening op 'pluis'/'niet-pluis' wordt genoteerd.
- **Indicatie voor verder fysiotherapeutisch onderzoek\***  
Er wordt genoteerd of er indicatie is voor verder fysiotherapeutisch onderzoek: ja of nee.
- **Toestemming patiënt voor delen van gegevens met of door (huis)arts\***  
Met deze toestemming geeft de patiënt toestemming voor overleg met de (huis)arts waarbij de fysiotherapeut gegevens mag opvragen bij en versturen naar de (huis)arts, zoals een DTF-bericht. De toestemming van de patiënt wordt genoteerd.

#### Fase 1: Aanmelding en intake

#### Indien relevant verplichte gegevens (extra bij DTF)

Enkel verplicht te noteren bij de conclusie 'niet-pluis':

- **Afwijkende symptomen, afwijkend beloop**  
Wanneer de fysiotherapeut tot de conclusie 'niet-pluis' komt, worden de afwijkende symptomen, het afwijkend beloop en/of aanwezige rode vlaggen genoteerd.
- **Aanbeveling/advies voor vervolg**  
Wanneer de fysiotherapeut tot de conclusie 'niet-pluis' komt, informeert de fysiotherapeut de patiënt hierover en adviseert de fysiotherapeut aan de patiënt om contact op te nemen met de huisarts. Hetgeen besproken is – de aanbeveling en/of het advies – wordt genoteerd.

### B.1.2 Extra bij aanmelding en intake via verwijzing

Behalve de reeds genoteerde gegevens, dient bij aanmelding en intake via verwijzing een aantal extra gegevens genoteerd te worden.

#### Fase 1: Aanmelding en intake

#### Per definitie verplichte gegevens (extra bij verwijzing)

- **Verwijzer (indien anders dan huisarts)\***
- **Verwijzing met verwijsgegevens\***

---

<sup>i</sup> Screening is 'een proces waarbij de fysiotherapeut besluit of verder fysiotherapeutisch onderzoek geïndiceerd is'.

## Samenvatting dossiergegevens in fase 1.

<b>Fase 1: Aanmelding en intake</b>		
	<b>Per definitie verplichte gegevens</b> <i>Verplicht noteren</i>	<b>Indien relevant verplichte gegevens</b> <i>Enkel verplicht noteren indien relevant</i>
<b>Algemeen</b>	Achternaam + voorletter(s) patiënt*	
	BSN patiënt*	
	Geboortedatum patiënt*	
	Hulpvraag patiënt	
	Functioneringsproblemen, duur en beloop	
	Medische gezondheidsdeterminanten*	Omgevingsdeterminanten Persoonlijke determinanten
<b>DTF</b>	Conclusie screening ('pluis'/ 'niet-pluis')	Afwijkende symptomen/beloop (bij 'niet-pluis')
	Indicatie voor verder fysiotherapeutisch onderzoek (ja/nee)*	Aanbeveling/advies voor vervolg (bij 'niet-pluis')
	Toestemming patiënt voor overleg met (huis)arts en/of voor opvragen gegevens bij (huis)arts en/of versturen van DTF-bericht*	
<b>Verwijzing</b>	Verwijzer (indien anders dan huisarts)*	
	Verwijzing met verwijsgegevens*	

\* Het is verplicht om deze gegevens te noteren inzake de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

## B.2 Fase 2: Fysiotherapeutisch onderzoek en fysiotherapeutische diagnose

De tweede fase van het klinisch redeneren betreft het uitvoeren van fysiotherapeutisch onderzoek en het formuleren van een fysiotherapeutische diagnose.

- Tijdens het fysiotherapeutisch onderzoek objectificeert de fysiotherapeut de aard en de ernst van de functioneringsproblemen van de patiënt.
- Tijdens het fysiotherapeutisch onderzoek verricht de fysiotherapeut diagnostische verrichtingen<sup>j</sup>.

### Fase 2: Fysiotherapeutisch onderzoek en fysiotherapeutische diagnose

#### Per definitie verplichte gegevens

- **Diagnostische verrichtingen\***  
De diagnostische verrichtingen die volgens de beoordeling van de fysiotherapeut relevant zijn voor het klinisch redeneerproces om te komen tot de fysiotherapeutische diagnose, worden genoteerd.

<sup>j</sup> Diagnostische verrichtingen zijn verrichtingen ten behoeve van het (diagnostisch) onderzoek.

- **Toestemming voor voorbehouden of bijzondere handeling\***  
Toestemming van de patiënt voor een voorbehouden handeling<sup>k</sup> of een bijzondere handeling<sup>l</sup> binnen het fysiotherapeutisch onderzoek is wettelijk verplicht en dient genoteerd te worden.

Een fysiotherapeut mag enkel een **voorbehouden handeling** uitvoeren na verwijzing en expliciete opdracht van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar (arts, tandarts of verloskundige). Het uitvoeren van een voorbehouden handeling is bovendien gebonden aan een aantal voorwaarden en de verwijzing en expliciete opdracht dienen genoteerd te worden.  
Een **bijzondere handeling** mag uitgevoerd worden door de fysiotherapeut wanneer deze zich hiertoe bekwaam acht.<sup>m</sup>

- **Fysiotherapeutische diagnose**  
De fysiotherapeutische diagnose is 'een proportioneel weergegeven beroepsspecifiek oordeel van de fysiotherapeut over de patiënt, op basis van klinisch redeneren vanuit de anamnese en het onderzoek'.  
Op basis van de fysiotherapeutische diagnose wordt vastgesteld of er sprake is van een indicatie voor fysiotherapie. De fysiotherapeutische diagnose vormt de basis voor het in samenspraak met de patiënt op te stellen behandelplan.
- **Indicatie voor fysiotherapie**  
Er wordt genoteerd of er indicatie is voor fysiotherapie: ja of nee.

**Fase 2: Fysiotherapeutisch onderzoek en fysiotherapeutische diagnose**

**Indien relevant verplichte gegevens**

- **Behandelbare grootheden**  
Indien relevant worden de behandelbare grootheden genoteerd die zijn verzameld tijdens het fysiotherapeutisch onderzoek.

Samenvatting dossiergegevens in fase 2.

Fase 2: Fysiotherapeutisch onderzoek en fysiotherapeutische diagnose	
Per definitie verplichte gegevens	Indien relevant verplichte gegevens
<i>Verplicht noteren</i>	<i>Enkel verplicht noteren indien relevant</i>
Diagnostische verrichtingen*	Behandelbare grootheden
Toestemming voor voorbehouden handeling of bijzondere handeling*	
Fysiotherapeutische diagnose	
Indicatie voor fysiotherapie (ja/nee)	

\* Het is verplicht om deze gegevens te noteren inzake de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

*k Een voorbehouden handeling is 'een handeling die onverantwoorde risico's voor het leveren van zorg of de gezondheid van de patiënt inhoudt, wanneer het door ondeskundigen wordt uitgevoerd'.*

*l Een bijzondere handeling is 'een handeling die in de wet niet als voorbehouden handeling wordt genoemd, maar door de specifieke aard wel hoge eisen stelt aan zorgvuldige toepassing'.*

*m Meer informatie over bijzondere en voorbehouden handelingen, de voorwaarden en voorbeelden, zijn opgenomen in paragraaf B.2 van de Verantwoording en toelichting van deze richtlijn.*

### B.3 Fase 3: Behandelplan

De derde fase van het klinisch redeneren betreft de formulering van het behandelplan. In samenspraak met de patiënt wordt een behandelplan opgesteld. De behandeling wordt in het behandelplan omschreven, als geheugensteun en ten behoeve van de overdracht van gegevens aan derden. Tijdens de behandeling verricht de fysiotherapeut fysiotherapeutische verrichtingen<sup>n</sup>.

In fase 3 worden de volgende gegevens genoteerd:

#### Fase 3: Behandelplan

#### Per definitie verplichte gegevens

- **Hoofddoel**  
Het hoofddoel van het behandelplan is gerelateerd aan de hulpvraag en het verwachte herstel, en wordt geformuleerd in een voor zowel de patiënt als de fysiotherapeut reële doelstelling. Het hoofddoel wordt SMART genoteerd.

#### SMART formuleren

SMART staat voor **S**pecifiek, **M**eetbaar, **A**ceptabel, **R**ealistisch en **T**ijsgebonden.

**Specifiek:** Het is duidelijk waar het doel om gaat en wat het beoogde resultaat is.

**Meetbaar:** Het is inzichtelijk wanneer het doel gerealiseerd is of waar het resultaat aan zou moeten voldoen. Echter, niet alles is objectief meetbaar te maken. Het is aan de fysiotherapeut, daar waar relevant en haalbaar, de meetbaarheid te duiden.

**Acceptabel:** Het doel is acceptabel voor de betrokkenen.

**Realistisch:** Het doel is haalbaar, zowel voor de patiënt als de fysiotherapeut.

**Tijdsgebonden:** Het is duidelijk wanneer (op welk moment in de tijd) het beoogde doel bereikt dient te zijn.

- **Voorgesteld behandelplan (inclusief geplande fysiotherapeutische verrichtingen)\***  
De volgens de fysiotherapeut relevante geplande fysiotherapeutische verrichtingen worden op zo'n manier genoteerd dat ze, volgens de beoordeling van de fysiotherapeut, overdraagbaar zijn en passend binnen het klinisch redeneerproces. Het betreft hier de fysiotherapeutische verrichtingen die, volgens de beoordeling van de fysiotherapeut, relevant zijn voor het behalen van het behandelplan.
- **Toestemming voor voorgestelde voorbehouden of bijzondere handeling\***  
Toestemming van de patiënt voor een voorbehouden handeling<sup>o</sup> of bijzondere handeling<sup>p</sup> binnen de fysiotherapeutische behandeling is wettelijk verplicht en dient genoteerd te worden.

Een fysiotherapeut mag enkel een **voorbehouden handeling** uitvoeren na verwijzing en expliciete opdracht van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar (zoals arts, tandarts of verloskundige). Het uitvoeren van een voorbehouden handeling is bovendien gebonden aan een aantal voorwaarden en de verwijzing en expliciete opdracht dienen genoteerd te worden. Een **bijzondere handeling** mag uitgevoerd worden door de fysiotherapeut wanneer deze zich hiertoe bekwaam acht.<sup>q</sup>

<sup>n</sup> Fysiotherapeutische verrichtingen zijn verrichtingen ten behoeve van de fysiotherapeutische behandeling.

<sup>o</sup> Een bijzondere handeling is 'een handeling die in de wet niet als voorbehouden handeling wordt genoemd, maar door de specifieke aard wel hoge eisen stelt aan zorgvuldige toepassing'.

<sup>p</sup> Een voorbehouden handeling is 'een handeling die onverantwoorde risico's voor het leveren van zorg of de gezondheid van de patiënt inhoudt, wanneer het door ondeskundigen wordt uitgevoerd.'

<sup>q</sup> Meer informatie over bijzondere en voorbehouden handelingen en de voorwaarden voor het verrichten van deze handelingen is opgenomen in de Verantwoording en toelichting.

- **Verwacht herstel/prognose**  
Genoteerd wordt in welke mate herstel te verwachten is. De fysiotherapeut stemt met de patiënt wederzijdse verwachtingen af met betrekking tot het herstel/de prognose. Genoteerd wordt in welke mate herstel te verwachten is. Hiervoor kan gebruik worden gemaakt van een vaste classificatie: niet te bepalen, reductie van klachten, stabilisatie/handhaven/verminderen van progressie of volledig herstel.
- **Besproken met en akkoord van patiënt\***  
Genoteerd wordt dat het behandelplan is besproken met de patiënt en dat de patiënt akkoord heeft gegeven op dat behandelplan.

### Fase 3: Behandelplan

### Indien relevant verplichte gegevens

Niet van toepassing

Samenvatting dossiergegevens in fase 3.

Fase 3: Behandelplan	
Per definitie verplichte gegevens	Indien relevant verplichte gegevens
<i>Verplicht noteren</i>	<i>Enkel verplicht noteren indien relevant</i>
Hoofddoel	
Voorgesteld behandelplan (inclusief geplande fysiotherapeutische verrichtingen)*	
Toestemming voor bijzondere handeling of voorbehouden handeling*	
Verwacht herstel/prognose	
Besproken met en akkoord van patiënt*	

\* Het is verplicht om deze gegevens te noteren inzake de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

### B.4 Fase 4: Behandeling

Tijdens de vierde fase van het klinisch redeneren gaat het om het behandelen zelf. Van elk fysiotherapeut-patiëntcontact noteert de fysiotherapeut de relevante behandelgegevens als behandeljournala of verwijst naar de geplande fysiotherapeutische verrichtingen in het behandelplan. Deze gegevens worden vastgelegd in journalregels volgens de SOAP (subjectief, objectief, analyse en plan) systematiek.

In fase 4 worden de volgende gegevens genoteerd:

### Fase 4: Behandeling

### Per definitie verplichte gegevens

- **S: Subjectief klachtbeloop**  
Genoteerd wordt het beloop van klachten, zoals die door de patiënt zelf wordt beschreven en/of beoordeeld (subjectief).
- **P: Plan: Uitgevoerde fysiotherapeutische verrichtingen of verwijzing naar het behandelplan\***  
De volgens de fysiotherapeut relevante uitgevoerde fysiotherapeutische verrichtingen<sup>r</sup>

<sup>r</sup> Fysiotherapeutische verrichtingen zijn verrichtingen ten behoeve van de fysiotherapeutische behandeling.

worden op zo'n manier genoteerd dat ze, volgens de beoordeling van de fysiotherapeut, overdraagbaar zijn en passend zijn binnen het klinisch redeneerproces.

Wanneer de fysiotherapeutische verrichtingen overeenkomen met de geplande fysiotherapeutische verrichtingen die zijn beschreven in het behandelplan, kan naar het behandelplan verwezen worden. Enkel wanneer de uitgevoerde fysiotherapeutische verrichtingen afwijken van het behandelplan, en deze volgens de beoordeling van de fysiotherapeut relevant zijn voor het klinisch redeneerproces, dienen deze verrichtingen specifiek te worden genoteerd.

#### Fase 4: Behandeling

#### Indien relevant verplichte gegevens

- **O: Objectieve waarnemingen**  
Indien relevant worden de waarnemingen van de fysiotherapeut genoteerd (objectief).
- **A: Analyse/evaluatie**  
Indien relevant en indien van toepassing kan er een bijstelling van het behandelplan als geheel of bijstelling van het behandelplan op onderdelen plaatsvinden. Deze bijstelling wordt genoteerd in het behandeljournal. Bij langdurige behandeling van bijvoorbeeld klachten met een chronisch karakter wordt geadviseerd goede afspraken met de patiënt te maken over het moment van tussentijdse evaluaties in relatie tot het (de) gestelde behandelgoal(en).

Samenvatting dossiergegevens in fase 4.

Fase 4: Behandeling	
Per definitie verplichte gegevens	Indien relevant verplichte gegevens
<i>Verplicht noteren</i>	<i>Enkel verplicht noteren indien relevant</i>
S: Subjectief klachtbeloop	O: Objectieve waarnemingen
P: Plan: uitgevoerde fysiotherapeutische verrichtingen of verwijzing naar het behandelplan*	A: Analyse/evaluatie

\* Het is verplicht om deze gegevens te noteren inzake de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

#### B.5 Fase 5: Eindevaluatie (indien patiënt aanwezig)

Tijdens de vijfde fase van het klinisch redeneren gaat het om de evaluatie van de fysiotherapeutische behandeling. Met andere woorden, de evaluatie bij de beëindiging van de behandelaflevering. Bij de evaluatie gaat het om de beoordeling van het behandelresultaat volgens de patiënt en volgens de fysiotherapeut.

De eindevaluatie van het behandelresultaat kan niet altijd in samenspraak met de patiënt vastgelegd worden (omdat de patiënt bijvoorbeeld niet meer komt opdagen, omdat hij/zij is opgenomen of overleden). Het vastleggen van de eindevaluatie is enkel verplicht wanneer de patiënt aanwezig is. Is de patiënt echter aanwezig, dan is de evaluatie met de patiënt verplicht.

In fase 5 worden de volgende gegevens genoteerd:

#### Per definitie verplichte gegevens

De mate waarin het hoofddoel van de behandeling is behaald, volgens de beoordeling van de patiënt en de fysiotherapeut gezamenlijk, wordt genoteerd.

In de eindevaluatie kan gebruik gemaakt worden van de volgende categorieën:

- Behandelgoal is behaald
- Behandelgoal is niet behaald

#### Fase 5: Eindevaluatie (indien patiënt aanwezig)

- Behandeldoel is gedeeltelijk behaald
- Onbekend of behandeldoel is behaald
- Niet vastgelegd

**Fase 5: Eindevaluatie**  
(indien patiënt aanwezig)

**Indien relevant verplichte gegevens**

Niet van toepassing.

*Samenvatting dossiergegevens in fase 5.*

<b>Fase 5: Eindevaluatie</b> (indien patiënt aanwezig)	
<b>Per definitie verplichte gegevens</b>	<b>Indien relevant verplichte gegevens</b>
<i>Verplicht noteren</i>	<i>Enkel verplicht noteren indien relevant</i>
Evaluatie behandelresultaat	

**B.5.1 Rapportage**

Vanuit 'NHG-KNGF Informatiestandaard gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en Fysiotherapeut' zijn afspraken gemaakt over wederzijdse rapportage tussen huisarts en fysiotherapeut. Indien de patiënt hiervoor toestemming geeft, wordt een (kort) eindverslag naar de verwijzer gestuurd. Het eindverslag wordt toegevoegd aan het dossier van de patiënt. Wanneer de patiënt via DTF bij de fysiotherapeut is gekomen en indien de patiënt hiervoor toestemming geeft, wordt het eindverslag aan de huisarts verstuurd. De fysiotherapeut doet bij een langdurige behandeling minimaal één keer per jaar verslag aan de huisarts of andere verwijzer.



## Samenvatting te noteren gegevens per fase

	Per definitie verplichte gegevens <i>Verplicht noteren</i>	Indien relevant verplichte gegevens <i>Enkel verplicht noteren indien relevant</i>
<b>Fase 1: Aanmelding en intake</b>		
<b>Algemeen</b>	Achternaam + voorletter(s) patiënt*	
	BSN patiënt*	
	Geboortedatum patiënt*	
	Hulpvraag patiënt	
	Functioneringsproblemen, duur en beloop	
	Medische gezondheidsdeterminanten*	Omgevingsdeterminanten Persoonlijke determinanten
<b>DTF</b>	Conclusie screening ('pluis'/ 'niet-pluis')	Afwijkende symptomen/beloop (bij 'niet-pluis')
	Indicatie voor verder fysiotherapeutisch onderzoek (ja/nee)*	Aanbeveling/advies voor vervolg (bij 'niet-pluis')
	Toestemming patiënt voor overleg met (huis)arts en/of voor opvragen gegevens bij (huis)arts*	
<b>Verwijzing</b>	Verwijzer (indien anders dan huisarts)*	
	Verwijzing met verwijsgegevens*	
<b>Fase 2: Fysiotherapeutisch onderzoek en fysiotherapeutische diagnose</b>		
	Diagnostische verrichtingen*	Behandelbare grootheden
	Toestemming voor voorbehouden of bijzondere handeling*	
	Fysiotherapeutische diagnose	
	Indicatie voor fysiotherapie (ja/nee)	

\* Het is verplicht om deze gegevens te noteren inzake de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

	<b>Per definitie verplichte gegevens</b> <i>Verplicht noteren</i>	<b>Indien relevant verplichte gegevens</b> <i>Enkel verplicht noteren indien relevant</i>
<b>Fase 3: Behandelplan</b>		
	Hoofddoel	
	Voorgesteld behandelplan (inclusief geplande fysiotherapeutische verrichtingen)*	
	Toestemming voor voorbehouden of bijzondere handeling*	
	Verwacht herstel/prognose	
	Besproken met en akkoord van patiënt*	
<b>Fase 4: Behandeling</b>		
	S: subjectieve klachtbeloop	O: Objectieve waarnemingen
	P: plan: uitgevoerde fysiotherapeutische verrichtingen of verwijzing naar het behandelplan*	A: analyse/evaluatie en bijstelling behandelplan/ onderdelen behandelplan
<b>Fase 5: Eindevaluatie (indien patiënt aanwezig)</b>		
	Evaluatie behandelresultaat	

\* Het is verplicht om deze gegevens te noteren inzake de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGB0).

