



Koninklijk Nederlands
Genootschap voor Fysiotherapie

Verantwoording en toelichting

KNGF-richtlijn

Fysiotherapeutische dossiervoering 2019

Versie 1.1

Verantwoording en toelichting bij de *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. 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.

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.

Werkgroep	
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

Auteursgroep	
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
	Leeswijzer	2
A.1	Historie	2
A.2	Functie van dossiervoering	3
A.3	Wijze van registreren	3
A.4	Fysiotherapeutische dossiervoering	4
A.4.1	Wijzigingen in richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering 2019	5
B	Te noteren gegevens	6
B.1	Fase 1: Aanmelding en intake	7
B.1.1	Extra bij aanmelding en intake via DTF	9
B.1.2	Extra bij aanmelding en intake via verwijzing	11
B.2	Fase 2: Fysiotherapeutisch onderzoek en fysiotherapeutische diagnose	11
B.3	Fase 3: Behandelplan	13
B.4	Fase 4: Behandeling	15
B.5	Fase 5: Eindevaluatie (indien patiënt aanwezig)	15
B.5.1	Rapportage	16
C	Omgaan met dossiervoering	16
C.1	Wet en regelgeving	16
C.2	Eisen op basis van privacy en informatiebeveiliging	16
C.2.1	NEN 7510:2017 nl – Informatiebeveiliging in de zorg	16
C.2.2	NEN 7512:2015 nl – Vertrouwensbasis voor gegevensuitwisseling	16
C.2.3	NEN 7513:2018 nl – Logging – Vastleggen van acties op elektronische patiëntendossiers	16
C.3	Eisen op grond van wet- en regelgeving en jurisprudentie	17
C.3.1	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)	17
C.3.2	Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)	21
C.3.3	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)	22
C.3.4	Wet algemene bepalingen burgerservicenummer (Wabb) en Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg (Wbsn-z)	22
C.3.5	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)	23
C.4	Ontwikkelingen in de zorg en ICT	23
C.4.1	Administratieve lasten, frustraties en inefficiëntie	23
C.4.2	Persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO)	24
C.4.3	Standaardisatie – hergebruik van gegevens	25
C.5	E-health	25
C.6	Informatieberaad, meerjarenagenda en duurzaam informatiestelsel voor de zorg	26
C.7	Informatiestandaarden	26
C.8	Informatiestandaard gebaseerd op NHG/KNGF-uitwisselingsrichtlijn	26
	Dankwoord	27
	Referenties	27

Bijlagen

	Afkortingen en definities	29
	Belangenverklaringen werkgroep	30

Verantwoording en toelichting bij de *KNGF-richtlijn* Fysiotherapeutische dossiervoering 2019

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

A Inleiding

Volgens artikel 454 BW van de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGB0) wordt de zorgverlener (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. De richtlijn 'Fysiotherapeutische dossiervoering 2019' van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) beschrijft de systematische vastlegging van genoemde gegevens en vervangt hiermee de richtlijn 'Fysiotherapeutische dossiervoering 2016'.

De richtlijn 'Fysiotherapeutische dossiervoering 2019' is tot stand gekomen naar aanleiding van de resultaten van de zogenaamde schrapsessies die zijn aangeboden aan minister Bruins van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op 27 maart 2018. Deze schrapsessies hadden tot doel de administratieve lasten te verlichten. Uit deze schrapsessies is een actielijst voor de fysiotherapie voortgekomen met tien schrappunten, waarbij twee schrappunten betrekking hebben op de fysiotherapeutische dossiervoering. Deze schrappunten zijn gericht op het vereenvoudigen van het invullen van gegevens en metingen in het patiëntendossier. Om vanuit het werkveld op te halen welke aanpassingen van de richtlijn tot administratieve lastenverlichting zouden leiden, is een werkgroep met leden vanuit het werkveld ingericht. Het doel was de richtlijn 'Fysiotherapeutische dossiervoering 2016' terug te brengen tot minimaal noodzakelijk te noteren gegevens binnen wettelijke kaders en met behoud van de professionele autonomie van de fysiotherapeut en de kwaliteit van het fysiotherapeutisch handelen.

De richtlijn 'Fysiotherapeutische dossiervoering 2016' is daarom:

- getoetst op de schrappunten uit de schrapsessies;
- inhoudelijk beoordeeld op de (wettelijk) verplichte gegevens en de klinische relevantie van dossiergegevens voor fysiotherapeutische dossiervoering;
- op basis hiervan herzien.

De nieuwe richtlijn 'Fysiotherapeutische dossiervoering 2019' bestaat uit:

- de 'Praktijkrichtlijn';
- de 'Verantwoording en toelichting', waarin duiding en toelichting wordt gegeven op de aanbevelingen die in de Praktijkrichtlijn gedaan worden;
- een *samenvatting* van de praktijkrichtlijn.

^a Waar patiënt staat, kan ook cliënt, vertegenwoordiger, ouder(s), verzorgende(n) gelezen worden.

^I Femke Driehuis, MSc, fysiotherapeut, gezondheidswetenschapper, medior medewerker Kwaliteitsbeleid, KNGF, Amersfoort.

^{II} Irma Woudenberg-Hulleman, strategisch adviseur kwaliteit, samenwerking en verbinding in de eerstelijnszorg, niet-praktiserend algemeen fysiotherapeut, First-line, Apeldoorn.

^{III} Ingrid M. Verhof-van Westing, MSc, fysiotherapeut, senior medewerker Belangenbehartiging, KNGF, Amersfoort.

^{IV} Harry Geurkink, MSc, fysiotherapeut.

^V Bert Hartstra, MSc, fysiotherapeut en manueel therapeut.

^{VI} Michiel Trouw, MSc, fysiotherapeut, manueel therapeut en extended scope specialist.

^{VII} Ron van Heerde, MSc, fysiotherapeut, manueel therapeut en extended scope specialist.

^{VIII} Mario van Til, praktijkhouder.

^{IX} Guus A. Meerhoff, MSc, fysiotherapeut, bewegingswetenschapper, senior medewerker Kwaliteitsbeleid, KNGF, Amersfoort.

De volledige richtlijn 'Fysiotherapeutische dossiervoering 2019' is online beschikbaar via www.kngf.nl/kennisplatform.

Leeswijzer

Deze 'Verantwoording en toelichting' is als volgt opgebouwd:

- Deze inleiding.
- Paragraaf A.1 geeft een beschrijving van de historie van de richtlijnen betreffende fysiotherapeutische verslaglegging en dossiervoering, ontwikkelingen en de aanleiding voor herziening.
- Paragraaf A.2 beschrijft de functie van dossiervoering.
- Paragraaf A.3 beschrijft de wijze van registreren.
- Paragraaf A.4 gaat in op de opbouw van de richtlijn, beschrijft de definitie van een richtlijn en welke wijzigingen in deze vernieuwde versie van de richtlijn hebben plaatsgevonden.
- Hoofdstuk B geeft per fase van het fysiotherapeutisch klinisch redeneren inzicht in welke gegevens de fysiotherapeut dient te noteren. Hierbij wordt toelichting gegeven op de verplichting, waarbij veelal verwezen wordt naar wet- en regelgeving, en worden uitzonderingen beschreven.
- Hoofdstuk C geeft een uitgebreide beschrijving van de wet- en regelgeving die betrekking heeft op dossiervoering, inclusief ontwikkelingen in de zorg en in de ICT.
- Daarna volgen het dankwoord, de referenties en de bijlagen.

A.1 Historie

In 1993 publiceerde het KNGF haar eerste richtlijn, de 'Richtlijnen voor de fysiotherapeutische Verslaglegging' (KNGF, 1993). Het KNGF wilde daarmee fysiotherapeuten een leidraad bieden voor het 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.

In 2003 en na een uitgebreide discussie met het veld, publiceerde het KNGF een nieuwe, herziene versie, de 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging' (Heerkens, Lakerveld-Heyl, Verhoeven et al., 2003). Deze nieuwe versie was noodzakelijk, gezien de ontwikkelingen die het beroep sinds 1993 had doorgemaakt, de veranderingen in de gezondheidszorg als geheel en veranderingen op het gebied van wet- en regelgeving.

Door de introductie van de Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF) per januari 2006 (KNGF, 2005), en de op stapel staande invoering van de wetgeving rond het burgerservicenummer (BSN), is in 2007 besloten over te gaan tot een beperkte herziening. Vanaf 2008 was de 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging' een richtlijn die jaarlijks werd beoordeeld op haar actualiteit, waarmee het een 'levende' richtlijn was geworden. Het klinisch redeneren moet immers steeds aansluiten bij de meest actuele ontwikkelingen in het fysiotherapeutisch handelen zoals beschreven staat 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 2011 opnieuw tot herziening geleid.

Echter, met deze richtlijn was het beoogde doel niet bereikt. Een veel gehoord signaal was dat de fysiotherapeut niet (meer) werd aangesproken op het eigen beoordelingsvermogen. Men ervaarde het registreren als een doel op zichzelf en er bestond groot verzet tegen de opgelegde verplichtingen om – naar het oordeel van de professional veelal betekenisloze – gegevens te registreren. Daarnaast waren er door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) afspraken gemaakt om – samen met stakeholders – te komen tot een duurzaam informatiestelsel voor de zorg. In dit stelsel staat de patiënt en het persoonlijk gezondheidsdossier of gezondheidsomgeving centraal, evenals het oplossen van knelpunten bij de overdracht van dossiergegevens. Om de totstandkoming van het duurzaam informatiestelsel te bewerkstelligen is in 2014 door de minister van VWS het Informatieberaad Zorg ingesteld, waar het KNGF deel van uitmaakt. Daarop is besloten de richtlijn opnieuw te herzien. Om beter aan te sluiten bij de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO) en de door de overheid gewenste totstandkoming van een duurzaam informatiestelsel voor de zorg, is bij deze herziening de term 'verslaglegging' vervangen door 'dossiervoering'. Dit resulteerde in de 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering 2016' (KNGF, 2016).

In 2018 is opnieuw tot herziening besloten. Dit besluit is genomen naar aanleiding van de resultaten van de zogenaamde schrapsessies. Deze schrapsessies waren het initiatief van de VvAA en de multidisciplinaire actiegroep 'Het roer moet om', in het kader van '(Ont)regel de zorg', ter vermindering van administratieve lasten. Uit deze schrapsessies kwam een actielijst voort met tien schrappunten voor de fysiotherapie, waaronder twee schrappunten die betrekking hebben op de fysiotherapeutische dossiervoering;

- Schrappunt 1: "Wij versimpelen de richtlijn voor het invullen van bepaalde velden in het patiëntendossier en de tussenmeting."
- Schrappunt 5: "Wij vereenvoudigen de begin- en eindmeting in het patiëntendossier en schrappen de verplichting de meting altijd te doen."

Vanuit het werkveld zijn aanpassingen opgehaald die tot administratieve lastenvermindering moeten leiden, met als doel de richtlijn terug te brengen 'tot minimaal noodzakelijk binnen de wettelijke kaders'. De richtlijn 'Fysiotherapeutische dossiervoering 2016' is hiertoe getoetst op bovenstaande schrappunten en inhoudelijk beoordeeld op de (wettelijk) verplichte basisgegevens. Dit heeft geleid tot deze vernieuwde richtlijn 'Fysiotherapeutische dossiervoering 2019'.

A.2 Functie van dossiervoering

Dossiervoering ondersteunt het proces van klinisch redeneren en biedt de fysiotherapeut de mogelijkheid het eigen handelen te bewaken, te sturen en te evalueren. Dossiervoering onderbouwt daarmee het eigen handelen. Dossiervoering heeft ook tot doel de continuïteit van zorg te borgen en is van groot belang bij de overdracht van gegevens ten behoeve van de samenwerking met andere zorgverleners en de patiënt. De fysiotherapeut is verplicht om de patiënt in te lichten over het voorgenomen onderzoek, de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt (zie art. 448, WGB0).

De hoofddoelen van fysiotherapeutische dossiervoering zijn:

- het ondersteunen van het eigen handelen van de fysiotherapeut, vastgelegd 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;
- gegevensoverdracht naar de patiënt en andere zorgprofessionals.

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 dit doet, bepaalt de fysiotherapeut zelf (bijvoorbeeld welke vorm het dossier heeft, waar de gegevens in het dossier worden genoteerd, etc.). Van gegevens die worden toegevoegd vanuit een andere bron, zoals administratieve gegevens, wordt verwacht dat deze worden gecontroleerd door de fysiotherapeut.

Voor gegevensoverdracht ten behoeve van andere mogelijke, eveneens belangrijke doelen van dossiervoering, zoals onderlinge toetsing (intervisie), wetenschappelijk onderzoek en externe verantwoording, is expliciet toestemming nodig van de patiënt (zie art. 457, WGB0). Uitzonderingen, bijvoorbeeld wanneer het vragen van toestemming in redelijkheid niet mogelijk is, staan beschreven in de wet (zie art. 458, WGB0).

A.3 Wijze van registreren

De wet doet geen uitspraak over het medium voor de dossiervoering. Het is dus strikt genomen toegestaan om als medium papier te gebruiken. De richtlijn 'Fysiotherapeutische dossiervoering 2019' veronderstelt echter de vastlegging van dossiergegevens met behulp van een digitaal medium, het elektronisch patiëntendossier (EPD). Ook gaat deze richtlijn uit van een optimale ICT-ondersteuning 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 patiënt;
- die door anderen zijn vastgelegd en na ontvangst door adequate (automatische) verwerking aan het dossier worden toegevoegd.

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

De 'NHG-KNGF Informatiestandaard voor gestructureerde informatie-uitwisseling huisarts fysiotherapeut' is door het Informatieberaad op 26 april 2015 van toepassing verklaard en in de kwaliteitsbibliotheek van het Zorginstituut opgenomen (Zorginstituut Nederland, 2015). Als lid van het Informatieberaad geeft het KNGF met deze richtlijn richting aan het door de minister ingestelde beleid om te komen tot een duurzaam informatiestelsel voor de zorg. Gebruik van de ICF^b wordt geadviseerd, maar is niet verplicht. Soms bestaat een sterke voorkeur voor vrije tekst of maakt men gebruik van eigen codes of classificatie. Bij gebruik van een codestelsel of classificatie wordt geadviseerd aan te sluiten bij stelsels die (inter)nationaal zijn vastgesteld. Aanvullende informatie over standaarden, classificaties en codestelsels staat beschreven op de website van Nictiz.^c

A.4 Fysiotherapeutische dossiervoering

Volgens artikel 454 BW van de WGB0 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. De exacte invulling daarvan wordt overgelaten aan personen op wie, of organisaties waarop, die wet van toepassing is. Afspraken tussen professionals – in de vorm van richtlijnen – vormen daarbij een belangrijke leidraad om te beoordelen of aan de wet wordt voldaan.

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

- gegevens die essentieel zijn in het kader van beslismomenten die voortvloeien uit het fysiotherapeutisch klinisch redeneren;
- gegevens in het kader van samenwerking met en overdracht van gegevens aan:
- collega's (continuïteit van zorg);
- verwijzers^d;
- patiënten;
- andere zorgverleners.

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

^b *International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO, 2001)*

^c *Nictiz, Expertisecentrum E-health, <https://www.nictiz.nl/>*

^d *Zie ook 'NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut'*

Definitie van een richtlijn

Een richtlijn wordt als volgt gedefinieerd:

'Een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg^e, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals^f en zorggebruikers^g' (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012).

Een richtlijn is *geen dwingend voorschrift*. Een richtlijn is een middel om aan te geven welke handelingen aanbevolen worden, en onder welke omstandigheden. Een richtlijn bevat expliciete, zo veel mogelijk op evidentie gebaseerde aanbevelingen en inzichten waaraan zorgverleners behoren te voldoen om kwalitatief optimale zorg te verlenen. Zorgprofessionals en zorggebruikers kunnen, en in sommige gevallen moeten, afwijken van de aanbevelingen in de richtlijn, mits dit wordt gemotiveerd in het zorgdossier (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012). Richtlijnen worden beschouwd als hulpmiddel voor zorgprofessionals en (potentiële) zorggebruikers bij het maken van keuzes rond zorg. Zorgprofessionals kunnen de richtlijn tevens gebruiken voor het bijhouden van kennis, voor onderwijs- en nascholingsdoeleinden en voor het opstellen van (multidisciplinaire) samenwerkingsafspraken.

Aan een richtlijn zijn veelal indicatoren gekoppeld die een indicatie geven van de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg. Het KNGF vindt dat toetsing op het gebruik van de richtlijnen een verantwoordelijkheid is van de fysiotherapeut (bijvoorbeeld door intervisie en visitatie) in overleg met de beroepsgroep.

Een KNGF-richtlijn is bedoeld om de fysiotherapeut houvast te bieden en om uniformiteit in de werkwijze van fysiotherapeuten te bevorderen, teneinde de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorgverlening (met als kernwoorden: 'doeltreffend', 'doelmatig' en 'patiëntgericht') te verbeteren. De richtlijn is bedoeld voor alle fysiotherapeuten in alle werkvelden, waarbij er van wordt uitgegaan dat het klinisch redeneren voor alle fysiotherapeuten in wezen hetzelfde is, al verschilt de zorg uiteraard per werksetting.

A.4.1 Wijzigingen in richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering 2019

In de richtlijn 'Fysiotherapeutische dossiervoering 2019' is de keuze gemaakt om de term 'methodisch fysiotherapeutisch handelen' te wijzigen en te verbreden naar 'fysiotherapeutisch klinisch redeneren'. Klinisch redeneren is 'het proces van gegevens verzamelen, analyseren en interpreteren om gezondheidsproblemen in de klinische praktijk te begrijpen en op te lossen'. Klinisch redeneren doe je met hoofd, hart en handen; het is niet uitsluitend een cognitief proces. Het is zowel een impliciet proces (niet bewust, moeilijk uit te leggen) als een expliciet proces (bewust, goed uit te leggen) van besluitvorming. Hiermee wordt aangesloten bij internationale ontwikkelingen en inzichten betreffende klinisch redeneren (*clinical reasoning*).

In deze richtlijn wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende gegevens:

Per definitie verplichte gegevens

Dit zijn gegevens die verplicht genoteerd moeten worden op basis van het wettelijk kader (aangegeven met een asterisk (*)), of omwille van het fysiotherapeutisch klinisch redeneren en/of het behoud van de kwaliteit van het fysiotherapeutisch handelen.

Indien relevant verplichte gegevens

Dit zijn gegevens die enkel verplicht genoteerd moeten worden bij bepaalde bevindingen van de fysiotherapeut en/of als er omstandigheden zijn van de patiënt, die relevant zijn voor het fysiotherapeutisch klinisch redeneren en/of handelen.

e De volgende kenmerken van kwaliteit van zorg worden onderscheiden: effectiviteit, veiligheid, patiënt-/cliëntgerichtheid, doelmatigheid, tijdigheid, gelijkheid.

f Onder zorgprofessionals worden artsen, apothekers, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen, verpleegkundigen en overige professionele zorgverleners en zorgmedewerkers verstaan.

g Onder zorggebruikers worden patiënten, cliënten, familie van patiënten en cliënten, en mantelzorgers verstaan.

B Te noteren gegevens

In de *Praktijkrichtlijn* staat per fase van het klinisch redeneren beschreven welke gegevens in het fysiotherapeutisch dossier moeten worden opgenomen. Dit is samengevat in de volgende tabel. In deze tabel wordt onderscheid gemaakt tussen gegevens die per definitie verplicht zijn, hetzij in navolging van de WGB0, hetzij omdat ze relevant zijn voor het fysiotherapeutisch klinisch redeneren, en gegevens die indien relevant verplicht zijn, maar waarvan notatie in het dossier afhangt van de bevindingen, omstandigheden en/of de beoordeling van de fysiotherapeut.

	Per definitie verplichte gegevens <i>Verplicht noteren</i>	Indien relevant verplichte gegevens <i>Enkel verplicht noteren indien relevant</i>
Fase 1: Aanmelding en intake		
Algemeen	Achternaam + voorletter(s) patiënt*	
	BSN patiënt*	
	Geboortedatum patiënt*	
	Hulpvraag patiënt	
	Functioneringsproblemen, duur en beloop	
	Medische gezondheidsdeterminanten*	Omgevingsdeterminanten Persoonlijke determinanten
DTF	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*	
Verwijzing	Verwijzer (indien anders dan huisarts)*	
	Verwijzing met verwijsgegevens*	
Fase 2: Fysiotherapeutisch onderzoek en fysiotherapeutische diagnose		
	Diagnostische verrichtingen*	Behandelbare grootheden
	Toestemming voor voorbehouden of bijzondere handeling*	
	Fysiotherapeutische diagnose	
	Indicatie voor fysiotherapie (ja/nee)	

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

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

In dit hoofdstuk wordt per fase van het fysiotherapeutisch klinisch redeneren een toelichting gegeven op de gegevens die staan beschreven in de *Praktijkrichtlijn*. Het gaat hier om een verduidelijking van of toelichting op de wettelijke kaders die aan de verplichting ten grondslag liggen en/of een nadere uitleg of toelichting op gegevens. Ook uitzonderingen worden beschreven.

Dossiergegevens per fase van het klinisch redeneren

De dossiergegevens zijn gegroepeerd per fase van het klinisch redeneren, namelijk:

Fase 1: Aanmelding en intake

Fase 2: Fysiotherapeutisch onderzoek en fysiotherapeutische diagnose

Fase 3: Behandelplan

Fase 4: Behandeling

Fase 5: Eindevaluatie (indien patiënt aanwezig)

B.1 Fase 1: Aanmelding en intake

De uitgebreidheid van de aanmelding en intake door de fysiotherapeut is sterk afhankelijk van de setting waarin de fysiotherapeut werkt en 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.

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.

Fase 1: Aanmelding en intake

Per definitie verplichte gegevens (algemeen)

Achternaam + voorletter(s) patiënt*

De achternaam van de patiënt plus de voorletter(s), zoals deze op het identiteitsbewijs staan vermeld, worden genoteerd.

BSN patiënt*

Het burgerservicenummer (BSN) wordt gebruikt voor de identificatie van de patiënt en ten behoeve van financieel-administratieve handelingen.

Geboortedatum patiënt*

Door het uitvragen van de geboortedatum kan de fysiotherapeut bepalen of de behandelingsovereenkomst rechtstreeks met de patiënt aangegaan kan worden of dat er toestemming van ouders nodig is.

Gaat het om kinderen die jonger zijn dan twaalf jaar, dan dienen de ouders/voogden volledig geïnformeerd te worden. De zorgverlener dient alle verplichtingen op grond van de WGB0 tegenover de ouders/voogden uit te oefenen. De kinderen worden geïnformeerd op een wijze die past bij hun bevattingsvermogen (zie art. 448 lid 1, en art. 465 lid 1, WGB0).

Een kind van twaalf tot en met vijftien jaar valt onder de dubbele toestemming, waardoor geldt dat zowel de ouders als het kind volledig geïnformeerd moeten worden. Een kind kan niet zelf een behandelingsovereenkomst sluiten. Dat doen de ouders/voogden namens het kind. Echter, de inlichting van de ouders kan achterwege worden gelaten als dat in strijd is met het goed hulpverlenerschap (bijvoorbeeld als het niet in het belang van het kind is) of als de informatieverstrekking de behandelrelatie zou benadelen (zie art. 450 lid 2, WGB0).

Een kind van zestien jaar of ouder heeft niet vooraf toestemming nodig van een wettelijk vertegenwoordiger. De ouders mogen niet geïnformeerd worden zonder toestemming van het kind (zie art. 450 lid 2, WGB0).

Hulpvraag patiënt

Het noteren van de hulpvraag^h is verplicht. 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.

In de gevallen dat er geen hulpvraag geformuleerd kan worden, dient de fysiotherapeut de contactredes te noteren.

De contactredes is 'de door de patiënt geformuleerde reden voor het bezoek aan de fysiotherapeut'. Soms heeft de patiënt zelf geen specifieke hulpvraag, maar is hij verwezen door de huisarts ("De huisarts stuurt me naar u toe"), of komt op grond van een standaard ziekenhuisprotocol.

Functioneringsproblemen, duur en beloop

Het beloop van het functioneringsprobleem wordt genoteerd, zoals de patiënt dat ervaren heeft. De fysiotherapeut kan wel verder doorvragen op het beloop van het functioneringsprobleem. Functioneringsproblemen worden genoteerd in termen van de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), namelijk in stoornissen in functies en/of anatomische eigenschappen en/of beperkingen in activiteiten en/of beperkingen in participatie.

^h De hulpvraag is een verhelderende fysiotherapeutische omschrijving van de contactredes van de patiënt die een oplossing zoekt voor zijn functioneringsprobleem. De hulpvraag kan worden genoteerd in de woorden van de patiënt en, indien noodzakelijk, worden aangevuld met een passende professionele omschrijving. Dit staat verder beschreven in de *Praktijkrichtlijn*.

Voor het noteren van het beloop van de klachten kan gebruik worden gemaakt van de volgende categorieën (KNGF, 2010a), zie de codelijst FY031002 (Beloop ervaren functioneringsproblemen) in het Programma van Eisen Fysio-EPD:

- 'Klachten zijn in de loop van de tijd toegenomen'
- 'Klachten zijn in de loop van de tijd afgenomen'
- 'Klachten zijn in de loop van de tijd niet gewijzigd'
- 'Klachten zijn wisselend van karakter'

De duur van de klachten wordt genoteerd in weken. Wanneer de klacht minder dan een week aanwezig is, kan er voor het noteren in dagen gekozen worden.

Medische gezondheidsdeterminanten*

Voorbeelden van medische gezondheidsdeterminanten zijn ernst en fase van de betreffende of overige aandoening, comorbiditeit(en), medische gegevens, zoals beeldvormende diagnostiek, medicatie die de behandeling of het herstel kan beïnvloeden of polyfarmacie. Volgens de WGB0 is de patiënt verplicht om informatie te verstrekken aan de fysiotherapeut over zaken die betrekking hebben op de uitvoering en het resultaat van de behandeling, en medewerking te verlenen die de fysiotherapeut nodig heeft voor het uitvoeren van de behandelingsovereenkomst. Echter, van de patiënt mag niet verwacht worden dat hij zonder meer weet om welke informatie het in dit geval gaat. Daarnaast zegt de WGB0 dat de fysiotherapeut bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.

Omdat medische gezondheidsdeterminanten van elementair belang zijn voor het stellen van een indicatie voor verder fysiotherapeutisch onderzoek, het stellen van een fysiotherapeutische diagnose, het opstellen van een behandelplan en het uitvoeren van een behandeling ter voorkoming van complicaties en aansprakelijkheid, is de verplichting opgenomen in het dossier zichtbaar te maken dat deze determinanten uitgevraagd zijn. Reden is dat er niet vanuit gegaan kan worden dat een patiënt de kennis en het inzicht heeft om in te schatten of deze determinanten en welke dan precies van belang (kunnen) zijn voor de fysiotherapeut voor het uitvoeren van de overeenkomst (zie art. 452 en 453, WGB0).

Fase 1: Aanmelding en intake

Indien relevant verplichte gegevens (algemeen)

Omgevingsdeterminanten

Voorbeelden van omgevingsdeterminanten zijn woonomgeving, woonsituatie, thuissituatie, gebruikte hulpmiddelen, andere zorg of eerdere zorg.

Persoonlijke determinanten

Voorbeelden van persoonlijke determinanten zijn opleidingsniveau, sociaal-economische status, leefstijl, verwachtingen van de patiënt en de mening van de patiënt over de gezondheidstoestand of copingstijl.

Het is mogelijk dat omgevings- en persoonlijke determinanten pas later in het behandelproces naar voren komen. Ook kunnen deze determinanten wijzigen ten tijde van het behandelproces of krijgt de fysiotherapeut tijdens het behandelproces een ander beeld van de persoonlijke determinanten zoals ze verwoord zijn door de patiënt tijdens de intake. In deze gevallen zal de fysiotherapeut dit noteren. 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 hulpvraag. De wet spreekt in deze over proportionaliteit.

B.1.1 Extra bij aanmelding en intake via DTF

Per 1 januari 2006 hebben patiënten de wettelijke mogelijkheid om zonder verwijzing van een arts de fysiotherapeut te consulteren. Als een patiënt zich bij de fysiotherapeut aanmeldt via DTF dient de fysiotherapeut een screening uit te voeren.

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 ('pluis'/'niet-pluis').

De fysiotherapeut is bij de screening alert op patroonherkenning en op identificatie van eventuele rode vlaggen of alarmsignalen.

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).

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

De fysiotherapeut voert de screening uit op rode vlaggen en noteert hierbij de conclusie: 'pluis' of 'niet-pluis'.

Indicatie voor verder fysiotherapeutisch onderzoek*

De fysiotherapeut is verplicht de patiënt op duidelijke wijze in te lichten over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt (zie art. 44.8 lid 1, WGB0).

Wanneer de fysiotherapeut tot de conclusie 'pluis' komt, informeert hijⁱ 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/aandoeningen, langdurige zorg of bij 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, contact op te nemen met de huisarts en/of medisch specialist voor onderlinge afstemming van de zorg, of met de ziekenhuisfysiotherapeut. Hiervoor is toestemming van de patiënt verplicht.

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.

Toestemming patiënt voor delen van gegevens met of door (huis)arts

De fysiotherapeut vraagt de patiënt om toestemming voor het delen van gegevens. Onder deze toestemming vallen: 1) overleg met de huisarts over de patiënt, 2) patiëntgegevens opvragen en 3) versturen van een DTF-bericht. De patiënt geeft dus toestemming voor deze vormen van gegevensuitwisseling. Vanuit de 'NHG-KNGF-Informatiestandaard voor gestructureerde informatie-uitwisseling huisarts fysiotherapeut' wordt aanbevolen bij DTF een rapportage aan de huisarts te sturen. Een DTF-bericht mag alleen verstuurd worden wanneer de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven.

In beginsel mogen er geen persoonsgegevens gedeeld worden zonder toestemming (zie art. 453 en 457, WGB0). In enkele gevallen is het denkbaar dat door het vragen van toestemming

ⁱ Waar 'hij' staat kan ook 'zij' gelezen worden. Hetzelfde geldt voor 'hem' en 'zijn' in 'haar'.

een conflict van plichten ontstaat, bijvoorbeeld in de situatie dat de fysiotherapeut een melding van geweld of verwaarlozing wil maken. Het is waarschijnlijk dat de fysiotherapeut geen toestemming krijgt van de patiënt voor het delen van deze informatie. Het vragen van toestemming kan zelfs gevaarlijk zijn voor betrokkenen. Er kunnen zich echter ook situaties voordoen waarin de medische zorg prevaleert boven het belang van de zwijgplicht. De fysiotherapeut mag hier slechts in uitzonderingsgevallen toe overgaan. Bovendien moet de fysiotherapeut een zorgvuldige afweging maken en deze vastleggen in het dossier.

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

Het noteren van de specifieke rode vlaggen indien aanwezig is verplicht. Het verdient de aanbeveling hierbij een toelichting te noteren.

Aanbeveling/advies voor vervolg

In zijn algemeenheid verdient het aanbeveling om regionaal of lokaal werkaafspraken te maken over de wijze waarop vorm en inhoud kan worden gegeven aan de samenwerking tussen fysiotherapeut(en) en huisarts(en) in het kader van DTF.

B.1.2 Extra bij aanmelding en intake via verwijzing

In de eerstelijnszorg is de werkwijze van verwijzing doorgaans goed herkenbaar. In de tweedelijnszorg (ziekenhuizen, verpleeghuizen, revalidatiecentra en andere instellingen) is dat niet altijd het geval. In de tweedelijnszorg is de aanmelding met verwijzing 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 met verwijzing georganiseerd is, zowel in de eerstelijns- als in de tweedelijnszorg, en waar, of hoe de verwijsgegevens in het dossier van de fysiotherapeut zijn vastgelegd, doet niet ter zake, zolang de fysiotherapeut maar kan beschikken over de verwijsgegevens die nodig zijn voor het klinisch redeneren.

Behalve de reeds genoteerde gegevens dienen er 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)*

De verwijzer wordt genoteerd. Als de patiënt zich met een verwijzing van een arts aanmeldt, stelt de fysiotherapeut vast of de verwijzing volledig en duidelijk is. Zo nodig neemt de fysiotherapeut contact op met de verwijzer, voor zover dit voor goede hulpverlening noodzakelijk is (zie art. 454 lid 1, WGB0). Voor het contact opnemen met de verwijzer is toestemming nodig van de patiënt (zie art. 457, WGB0).

Verwijzing met verwijsgegevens*

De fysiotherapeut is verplicht de verwijzing met verwijsgegevens als stuk op te nemen in het dossier in het kader van goed hulpverlenerschap (zie art. 454 lid 1, WGB0).

B.2 Fase 2: Fysiotherapeutisch onderzoek en fysiotherapeutische diagnose

Fase 2: Fysiotherapeutisch onderzoek en fysiotherapeutische diagnose

Per definitie verplichte gegevens

Diagnostische verrichtingen*

De fysiotherapeut is verplicht de patiënt op duidelijke wijze in te lichten over het voorgenomen onderzoek en bijbehorende diagnostische verrichtingen^j. Onder diagnostische verrichtingen valt

^j Diagnostische verrichtingen zijn verrichtingen ten behoeve van het (diagnostisch) onderzoek.

ook het onderzoek dat rechtstreeks betrekking heeft op de patiënt om hem van een ziekte te genezen dan wel te behoeden voor het ontstaan van een ziekte (zie art. 446 lid 2, art. 448 lid 1 en art. 454 lid 1, WGB0). Waar mogelijk en waar relevant voor het klinisch redeneren kan de fysiotherapeut in het onderzoek meetinstrumenten inzetten. Het gebruik van meetinstrumenten valt ook onder diagnostische verrichtingen.

Toestemming voor een voorbehouden handeling of bijzondere handeling (onderzoek)*

Voorafgaand aan het verrichten van een voorbehouden handeling of een bijzondere handeling, dient de patiënt, net als bij een gewone verrichting, correct geïnformeerd worden over de verrichting, de gevolgen daarvan, de beoogde effecten en eventuele alternatieven onderzoeksmethoden. De patiënt dient expliciet toestemming te geven voor het uitvoeren van de handeling. Op verzoek van de patiënt kan deze toestemming schriftelijk vastgelegd worden (zie art. 451, WGB0). Dit is het recht van de patiënt hoeft dus enkel op verzoek. Het schriftelijk vastleggen van toestemming kan ook op verzoek van de fysiotherapeut of verwijzer. Gelet op de risico's is het raadzaam de toestemming van de patiënt schriftelijk vast te leggen. Dit kan door ondertekening van de patiënt of door de toestemming te noteren in het dossier. In het geval van een geschil tussen patiënt en fysiotherapeut, heeft een aantekening minder grote bewijskracht.

Zie voor een uitgebreide beschrijving van voorbehouden en bijzondere handelingen binnen de fysiotherapie de 'Brochure zorgvuldig handelen bij voorbehouden en bijzondere handelingen' (KNGF, 2010b).

Voorbehouden handeling

In de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) is vastgelegd dat een voorbehouden handeling uitsluitend uitgevoerd mag worden door artsen, tandartsen en verloskundigen (zie art. 36, Wet BIG). De wet maakt onderscheid tussen beroepsbeoefenaren die zelfstandig bevoegd zijn (artsen, tandartsen en verloskundigen) en niet zelfstandig bevoegd zijn om een voorbehouden handeling uit te voeren. Personen die niet zelfstandig bevoegd zijn, mogen slechts bij hoge uitzondering voorbehouden handelingen verrichten en alleen in opdracht van een zelfstandig bevoegd beroepsbeoefenaar.

De fysiotherapeut mag enkel een voorbehouden handeling uitvoeren wanneer er sprake is van de volgende situaties waarbij aan alle drie de eisen voldaan moet worden:

- de fysiotherapeut krijgt de opdracht van een beroepsbeoefenaar die bevoegd is tot het verrichten van de voorbehouden handeling, en;
- de fysiotherapeut is voldoende bekwaam in het uitvoeren van de voorbehouden handeling, en;
- de fysiotherapeut neemt bij het uitvoeren van de voorbehouden handeling de noodzakelijke aanwijzingen in acht die hij/zij heeft gekregen van de bevoegde beroepsbeoefenaar. Er dienen voldoende mogelijkheden te zijn om aanwijzingen te blijven krijgen en toezicht te houden door de zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar.

Bovenstaande houdt in dat fysiotherapeuten per definitie geen voorbehouden handelingen mogen uitvoeren bij patiënten die via DTF komen en dat ook een verwijzing alleen niet volstaat. De concrete opdracht en de verwijzing dienen genoteerd en vastgelegd te worden in het dossier.

Bijzondere handeling

Een bijzondere verrichting is 'een handeling die in de wet niet als voorbehouden handeling wordt genoemd, maar door de specifieke aard wel hoge eisen stellen aan zorgvuldige toepassing' (KNGF, 2010b). Een bijzondere handeling is een handeling of verrichting die risicovol kan zijn en/of die als meer belastend kan worden ervaren door de patiënt dan de algemeen fysiotherapeutische handelingen. Indien de fysiotherapeut een bijzondere handeling in het onderzoek bij de patiënt wil verrichten, dient de patiënt geïnformeerd te worden voordat de handeling wordt uitgevoerd. Daarnaast is vragen van toestemming van de patiënt verplicht. Bijzondere handelingen, waaronder risicovolle verrichtingen, stellen hogere eisen aan de zorgvuldigheid in het toepassen van de handelingen.

Fysiotherapeutische bijzondere handelingen hebben de volgende kenmerken:

- Ze maken deel uit van een fysiotherapeutisch onderzoek of behandeling of zijn een logisch gevolg van een bepaalde behandelingsmethode.

- Ze kunnen als méér belastend worden ervaren door de patiënt dan de algemeen fysiotherapeutische handelingen.
- Ze verlangen bijzonder waarborgen.
- Bijzondere handelingen vallen niet tot de bachelorsopleiding fysiotherapie. Ze behoren tot een van de vervolgoopleidingen die zich richten op een specifiek domein binnen de fysiotherapie.

Door nieuwe ontwikkelingen in het vakgebied komen er steeds handelingen bij die als 'bijzondere handeling' omschreven kunnen worden. Het is de verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut om op de hoogte te zijn van actuele ontwikkelingen in het vakgebied en de bijbehorende zorgvuldigheidseisen nauwlettend te volgen (KNGF, 2010b). Een aantal voorbeelden van fysiotherapeutische bijzondere handelingen zijn weergegeven in de *Brochure zorgvuldig handelen bij voorbehouden en bijzondere handelingen* (KNGF, 2010b).

Fysiotherapeutische diagnose

Het noteren van de fysiotherapeutische diagnose is verplicht. In de fysiotherapeutische diagnose geeft de fysiotherapeut een conclusie op basis van de anamnese en onderzoek. Hoe de fysiotherapeut de fysiotherapeutische diagnose formuleert en welke informatie of gegevens worden toegevoegd, is aan de fysiotherapeut zelf.

Indicatie voor fysiotherapie

Op basis van de fysiotherapeutische diagnose bepaalt de fysiotherapeut of er een indicatie is voor fysiotherapeutische behandeling: ja of nee. De indicatie voor fysiotherapie wordt genoteerd.

Fase 2: Fysiotherapeutisch onderzoek en fysiotherapeutische diagnose

Indien relevant verplichte gegevens

Behandelbare grootheden

Behandelbare grootheden worden bij voorkeur genoteerd conform de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), in termen van (stoornissen in) functies en/of anatomische eigenschappen, en/of (beperkingen in) activiteiten en/of participatie(problemen).

B.3 Fase 3: Behandelplan

Fase 3: Behandelplan

Per definitie verplichte gegevens

Hoofddoel

Bij het vaststellen van het hoofddoel kan, waar mogelijk, de SMART-methodiek toegepast worden.

Toelichting op 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.

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

De toepassing van de SMART-systematiek is *geen doel op zich*, maar een hulpmiddel. Het proces van klinisch redeneren van de fysiotherapeut dient centraal te staan bij fysiotherapeutische dossiervoering.

Binnen SMART wordt '*meetbaar*' vaak gekoppeld aan en/of geassocieerd met de toepassing van een (objectief) meetinstrument. Toepassing van een meetinstrument is echter niet altijd relevant en/of haalbaar. Om meetbaarheid te duiden, hoeft de fysiotherapeut niet per definitie een meetinstrument toe te passen.

Voorgesteld behandelplan (inclusief geplande fysiotherapeutische verrichtingen)*

Het noteren van geplande fysiotherapeutische verrichtingen is verplicht (zie art. 448 en art. 454, WGB0). De geplande fysiotherapeutische verrichtingen^k betreffen de verrichtingen waarmee de fysiotherapeut beoogt het hoofddoel te behalen. Welke fysiotherapeutische verrichtingen worden genoteerd, beoordeelt de fysiotherapeut zelf op basis van relevantie voor het klinisch redeneerproces.

De verrichtingen worden op zo'n manier genoteerd dat ze volgens de beoordeling van de fysiotherapeut overdraagbaar zijn, maar ook relevant voor en passend binnen het klinisch redeneerproces. Hierbij geldt het principe van de professionele autonomie van de fysiotherapeut. In een fysiotherapiepraktijk of instelling kunnen ook afspraken gemaakt worden tussen fysiotherapeuten onderling over deze manier van noteren. Voor het uitvoeren van verrichtingen ten behoeve van de behandelingsovereenkomst is toestemming van de patiënt verplicht (zie art. 450, WGB0). Deze toestemming moet gevraagd worden aan de patiënt.

Toestemming voorbehouden handeling of bijzondere handeling (behandeling)*

Voor het vastleggen van toestemming voor voorbehouden en bijzondere handelingen tijdens de behandeling gelden dezelfde eisen als voor het vastleggen van voorbehouden en bijzondere handelingen tijdens het fysiotherapeutisch onderzoek. Zie hiervoor fase 2.

Verwacht herstel/prognose

In het licht van goed hulpverlenerschap bespreekt de fysiotherapeut met de patiënt de mate van en de tijdsindicatie voor het te verwachten herstel.

Voor het noteren van het verwacht herstel/prognose kan gebruik worden gemaakt van de volgende classificatie (KNGF, 2010a), zie codelijst FY070602 (Verwacht herstel) in het Programma van Eisen Fysio-EPD:

- 'Volledig herstel'
- 'Reductie van klachten'
- 'Stabilisatie, handhaven of verminderen van progressie'
- 'Niet te bepalen'

Besproken met en akkoord van patiënt*

De fysiotherapeut is verplicht de patiënt op duidelijke wijze in te lichten over de voorgestelde behandeling en daarmee het behandelplan (zie art. 448, lid 1 WGB0). Met de patiënt dienen ten minste de aard, het doel, de eventuele risico's, de geplande verrichtingen, alternatieven en het verwachte herstel besproken te zijn. Voor alle verrichtingen is toestemming van de patiënt vereist (zie art. 450, lid 1 WGB0). De fysiotherapeut is verplicht te noteren 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

In fase 3 zijn er geen indien relevant verplichte gegevens.

^k Fysiotherapeutische verrichtingen zijn verrichtingen ten behoeve van de fysiotherapeutische behandeling.

B.4 Fase 4: Behandeling

Fase 4: Behandeling

Per definitie verplichte gegevens

S: Subjectief klachtbeloop

Het subjectieve beloop van de klachten is de beschrijving en/of beoordeling van de patiënt over het beloop van zijn/haar klachten in de afgelopen periode.

P: Plan: uitgevoerde fysiotherapeutische verrichtingen of verwijzing naar het behandelplan*

Het noteren van de uitgevoerde fysiotherapeutische verrichtingen is verplicht. De fysiotherapeut is verplicht de patiënt op duidelijke wijze in te lichten over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt (zie art. 448 lid 1, WGB0). Daarnaast is de fysiotherapeut verplicht aantekening te houden van gegevens omtrent gezondheid en ten aanzien van de uitgevoerde verrichtingen (zie art. 454 lid 1, WGB0). Onder uitgevoerde verrichtingen valt ook het geven van raad die rechtstreeks betrekking heeft op de patiënt om hem van een ziekte te genezen dan wel te behoeden voor het ontstaan van een ziekte (zie art. 446 lid 2, WGB0). Welke uitgevoerde fysiotherapeutische verrichtingen worden genoteerd en welke niet, en op welke manier dit genoteerd wordt, is aan de fysiotherapeut zelf. Hierbij geldt het principe van de professionele autonomie van de fysiotherapeut. In een fysiotherapiepraktijk of instelling kunnen hier ook afspraken over gemaakt worden tussen fysiotherapeuten onderling.

Fase 4: Behandeling

Indien relevant verplichte gegevens

O: Objectieve waarnemingen

Objectieve waarnemingen zijn de waarnemingen die de fysiotherapeut doet bij de patiënt. De fysiotherapeut beschrijft deze waarnemingen bij voorkeur in termen van de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), namelijk in termen van (stoornissen in) functies en/of anatomische eigenschappen en/of (beperkingen in) activiteiten en/of participatieproblemen.

A: Analyse/evaluatie

Gezamenlijke evaluaties met de patiënt vormen een belangrijk onderdeel van de behandeling. Evaluatie van de gestelde doel(en) vindt plaats tussen fysiotherapeut en patiënt. Op basis van evaluatie kan er overgegaan worden tot bijstelling van doel(en) en het behandelplan. Voor analyse en/of evaluatie van de voortgang kan de fysiotherapeut gebruikmaken van meetinstrumenten. Deze kunnen, desgewenst en wanneer relevant en haalbaar bevonden door de fysiotherapeut, ingezet worden als begin-, tussen- of eindmeting. Dit is geen verplichting.

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

Fase 5: Eindevaluatie (indien patiënt aanwezig)

Per definitie verplichte gegevens

In deze fase zijn er geen gegevens die per definitie genoteerd moeten worden.

Evaluatie behandelresultaat

In de eindevaluatie kan gebruik worden gemaakt van de volgende categorieën (KNGF, 2010a), zie codelijst FY100302 (Realisatie behandeldoelen/-resultaat) in het Programma van Eisen Fysio-EPD:

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

Indien relevant verplichte gegevens

Fase 5: Eindevaluatie (indien patiënt aanwezig)

In fase 5 zijn er geen indien relevant verplichte gegevens.

B.5.1 Rapportage

De fysiotherapeut draagt er zorg voor dat er geen inlichtingen over de patiënt worden verstrekt, dan wel inzage wordt gegeven aan anderen, zonder toestemming van de patiënt (Buiting, Rijnierse & Stadt, 2010).

Degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst, degene die als vervanger van de fysiotherapeut optreedt, of ouders/voogd van kinderen onder de 16 jaar zijn hier niet bij inbegrepen (zie art. 457, WGB0).

C Omgaan met dossiervoering

C.1 Wet en regelgeving

Naast de eisen die worden gesteld door de beroepsgroep op basis van relevantie voor fysiotherapeutische dossiervoering, worden aan het omgaan met dossiervoering eisen gesteld op grond van onderliggende wettelijke kaders en normen. Dit betreffen eisen op basis van privacy en informatiebeveiliging en wet- en regelgeving en jurisprudentie hierover.

C.2 Eisen op basis van privacy en informatiebeveiliging

Sinds het 'Besluit elektronische gegevensverwerking door zorgaanbieders' moeten zorgaanbieders overeenkomstig de NEN 7510, NEN 7512 en NEN 7513 zorgdragen voor zorginformatiesystemen en elektronische uitwisselingsystemen. De NEN 7510, 7512 en 7513 zijn beschikbaar in de NEN Shop.¹

C.2.1 NEN 7510:2017 nl – Informatiebeveiliging in de zorg

Het patiëntendossier vormt een wezenlijk onderdeel van de veilige zorg aan de patiënt. De beveiliging van elektronische dossiers behoeft aandacht in het kader van de privacy van de patiënt en de geheimhoudingsplicht van de fysiotherapeut. In 2004 publiceerde het Nederlands Normalisatie Instituut (NEN) de eerste norm 'Informatiebeveiliging in de zorg' (NEN 7510:2004 nl) en is herzien in 2011 (NEN, 2011). De norm is in 2017 geactualiseerd en geeft richtlijnen en uitgangspunten voor het bepalen, instellen en handhaven van maatregelen die een organisatie in de gezondheidszorg moet treffen ter beveiliging van de informatievoorziening (NEN, 2017). De organisaties waarop de norm zich richt, variëren van individuele zorgverleners tot grote zorginstellingen en andere organisaties die bij de informatievoorziening in de gezondheidszorg zijn betrokken, zoals netwerkorganisaties en zorgverzekeraars. Het toepassingsgebied omvat de beveiliging van alle typen informatie in en tussen genoemde organisaties en alle mogelijke vormen waarin de informatie wordt weergegeven, vastgelegd en overgedragen. Om te bepalen wat de vereisten zijn voor het waarborgen van vertrouwelijkheid, integriteit en beschikbaarheid van de informatie, is een risicobeoordeling nodig. Risicobeoordeling is onderdeel van de eerste fase in de cyclus voor het beheersen van de informatiebeveiliging. Door implementatie van de beheersmaatregelen kan een organisatie voldoen aan de eisen die in een risicobeoordeling zijn vastgesteld. De NEN 7510 bestaat uit twee delen, een deel over informatiebeveiliging van het managementsysteem en een deel over beheersmaatregelen.

C.2.2 NEN 7512:2015 nl – Vertrouwensbasis voor gegevensuitwisseling

NEN 7512:2015 nl is van toepassing op de elektronische communicatie in de zorg, tussen zorgverleners en zorginstellingen onderling en met patiënten en cliënten, met zorgverzekeraars en andere partijen die bij de zorg zijn betrokken (NEN, 2015). Deze norm richt zich in de eerste plaats op de zekerheden die partijen elkaar moeten bieden als voorwaarde voor vertrouwde gegevensuitwisseling. Ten tweede levert deze norm een nadere invulling voor een aantal richtlijnen van NEN 7510.

C.2.3 NEN 7513:2018 nl – Logging – Vastleggen van acties op elektronische patiëntendossiers

Het patiëntendossier vormt een wezenlijk onderdeel van de veilige zorg aan de patiënt. Voor veilige zorg is het essentieel dat gegevens in het dossier integer zijn (NEN, 2013). Daarbij bevat het dossier in de aard van de registratie zeer privacygevoelige gegevens. Om deze twee redenen, vastgelegd in wettelijke bepalingen, is het van belang te allen tijde te kunnen

¹ www.nen.nl

achterhalen wie toegang heeft gehad tot het dossier, volgens welke regels hij die toegang heeft gekregen en welke acties hij daarop heeft uitgevoerd. De in deze norm beschreven logging voorziet in de stelselmatige geautomatiseerde registratie van gegevens rond de toegang tot het patiëntendossier, die controle van de rechtmatigheid ervan mogelijk maakt. Deze norm biedt zorgaanbieders aanwijzingen voor het loggen en het gebruik van de logging om te voldoen aan wettelijke verplichtingen en levert ontwikkelaars van informatiesystemen een aantal eisen waaraan hun systemen zullen moeten voldoen. Op zorgverleners rust een dossierplicht. Patiënten moeten worden geïnformeerd en hebben recht op inzage in het dossier waarin de gegevens over hun behandeling zijn gedocumenteerd. Wanneer, zoals meestal het geval is, verschillende zorgverleners op verschillende momenten bij de zorg aan een patiënt worden betrokken, vormt het dossier een van de schakels in de communicatie. In het kader van deze norm wordt onder een elektronisch patiëntendossier de totale verzameling verstaan van alle elektronisch vastgelegde gegevens die de zorg en medische en paramedische behandeling van een bepaalde persoon documenteren. Een elektronisch patiëntendossier in deze zin, zal dus meestal delen omvatten die op verschillende tijdstippen, in verschillende systemen, door verschillende personen zijn vastgelegd. In deze norm wordt hiervoor het begrip 'informatiedomein' gebruikt.

C3 Eisen op grond van wet- en regelgeving en jurisprudentie

Eisen die worden gesteld aan het omgaan met patiëntgegevens zijn direct of indirect af te leiden uit een aantal wetten. De wetten die van belang zijn en/of betrekking hebben op de richtlijn fysiotherapeutische dossiervoering 2019 worden hierna toegelicht en zijn beschreven ten behoeve van de fysiotherapeut als hulpverlener.

C.3.1 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGB0)

De *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGB0)^m* is een onderdeel van Boek 7 van het *Burgerlijk Wetboek* en regelt rechten en plichten van de individuele patiënt en de hulpverlener in hun onderlinge relatie. De WGB0 is vooral gericht op versterking van de positie van de patiënt en is van toepassing op alle handelingen op het gebied van de geneeskunst. Dat wil zeggen alle verrichtingen, inclusief onderzoek en advies en behandeling, die rechtstreeks betrekking hebben op een persoon en het verbeteren van zijn gezondheid. De WGB0 stelt daarom regels aangaande de behandelingsovereenkomst, die een overeenkomst van opdracht is. Relevant is met name de algemene bepaling waarin wordt gesteld dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en dient te handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard (zie art. 453, WGB0). De wet regelt ook de informatieplicht, het toestemmingsvereiste, de dossierplicht met inzage-recht en vernietigingsrecht, de geheimhoudingsplicht en de bescherming van de privacy. Tevens is de positie van de minderjarige patiënt en de meerderjarige wilsonbekwame patiënt geregeld.

De WGB0 legt de volgende verplichtingen c.q. rechten op:

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

Informatieplicht

De fysiotherapeut verstrekt de patiënt de informatie die deze nodig heeft om zelf op een verantwoorde manier beslissingen te nemen over zijn gezondheid (zie art. 448, WGB0).

^m <https://wetten.overheid.nl/BWBR0007021/2006-02-01>

Dit houdt in dat de fysiotherapeut de patiënt duidelijk behoort te informeren over:

- de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling;
- de fysiotherapeutische diagnose;
- het behandelplan;
- het te verwachten risico voor de gezondheid;
- de eventuele alternatieven;
- de prognose.

Hierop bestaan twee uitzonderingen, namelijk:

- als de fysiotherapeut van mening is dat informatieverstrekking ernstig nadeel oplevert voor de patiënt (zie art. 448 lid 3, WGB0);
- als de patiënt aangeeft geen inlichtingen te willen ontvangen. Overigens moeten eventuele nadelen voor de patiënt hierbij afgewogen worden (zie art. 449, WGB0). Die afweging kan leiden tot het toch informeren van de patiënt.

Op verzoek dient de fysiotherapeut de patiënt schriftelijk te informeren. De fysiotherapeut bepaalt zelf de dosering en de timing van de informatieverstrekking. De informatie dient te worden afgestemd op de persoonlijke situatie van de patiënt en laat zich uiteraard niet in strakke regels vastleggen. De patiënt heeft de plicht om informatie te verstrekken aan de fysiotherapeut over zaken die betrekking hebben op de uitvoering van de behandeling. De fysiotherapeut zal om deze informatie moeten vragen in de anamnese, omdat niet van de patiënt verwacht mag worden dat hij weet om welke informatie het in dit geval gaat. Aan te raden is ook in het dossier op te nemen welke informatie aan de patiënt is verstrekt.

Toestemmingsvereiste

Voor iedere geneeskundige (be)handeling is toestemming van de patiënt vereist (zie art. 450, WGB0). De patiënt moet dus toestemming geven voor het starten of vervolgen van de behandeling. De fysiotherapeut moet de patiënt dusdanig informeren dat de patiënt in staat is zijn besluit weloverwogen te nemen. Het is van belang dat de fysiotherapeut er alert op is dat de patiënt instemt met zowel het onderzoek als de behandeling en het vervolg daarop. Onder andere bij manipulaties en verrichtingen in het kader van een voorbehouden handeling of een bijzondere handeling, is de toestemming nooit vanzelfsprekend.

Toestemming bij minderjarigen

Bij minderjarigen tussen de 12 en 16 jaar is toestemming nodig van zowel het kind als de ouders (zie art. 450 lid 2, WGB0). Behandeling van kinderen jonger dan 12 jaar vereist alleen toestemming van de ouders. Voor beide categorieën geldt dat, wanneer de ouders gescheiden zijn, er toestemming vereist is van beide of een van beide ouders indien deze laatste ouder is belast met het ouderlijk gezag. In het laatste geval heeft de ouder die niet belast is met het ouderlijk gezag recht op algemene informatie van de fysiotherapeut.

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

Dossierplicht

De WGB0 omschrijft de dossierplicht als volgt: 'De hulpverlener richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is' (zie art. 454 lid 1, WGB0). De wet schrijft niet uitdrukkelijk voor wat in een dossier moet worden opgenomen. Goede hulpverlening is het doel van het houden van een dossier. Dit houdt in dat enkel die gegevens in het dossier genoteerd dienen te worden die voor een goede hulpverlening noodzakelijk zijn en als relevant wordt beoordeeld door de fysiotherapeut. Het betreft gegevens die de inhoud van het fysiotherapeutisch handelen weergeven en die noodzakelijk zijn voor continuïteit van zorg. Hieronder vallen aantekeningen van de gezondheid van de patiënt en de uitgevoerde verrichtingen. Zo behoren in het dossier de hulpvraag van een patiënt, onderzoek,

fysiotherapeutische diagnose, behandelplan en behandoel, afspraken en de uitgevoerde verrichting beschreven te worden. Daarnaast behoren uitslagen van onderzoeken en testen, brieven naar verwijzers of andere hulpverleners in het dossier te zijn opgenomen.

Voor de dossiervorming is de concrete situatie bepalend voor de inhoud van het dossier; de fysiotherapeut beoordeelt zelf wat voor een goede hulpverlening noodzakelijk is. De WGB0 geeft aan dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goede hulpverlener in acht moet nemen en dient te handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard (zie art. 453, WGB0). Uit jurisprudentie volgt dat onder goede hulpverlening moet worden verstaan 'zorg die redelijk bekwame en redelijk handelende hulpverleners op hun vakgebied in dezelfde omstandigheden betrachten'. Rapportage van het type 'geen bericht, goed bericht' wordt als onvoldoende beschouwd.

De *Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)* is in dit kader ook van belang. De wet vereist doelbinding: gegevens die noodzakelijk zijn voor de goede zorgverlening/ hulpverlening. Dus de fysiotherapeut dient niet méér gegevens op te nemen in het dossier dan noodzakelijk is en niet minder, ter bescherming van de patiënt. Het gaat bij dossiervoering om de goede hulpverlening die gewaarborgd moet zijn en deze goede hulpverlening betreft zowel de kwaliteit als de continuïteit van zorg.

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

Gegevens die niet in het dossier thuishoren, zijn gegevens die niet noodzakelijk zijn voor een goede hulpverlening. Hieronder vallen persoonlijke werkaantekeningen, correspondentie over klachten, claims, meldingen aan de Inspectie en gegevens van keuringen. Het is echter wel aan te bevelen deze op een aparte, geschikte plek te bewaren.

Bewaarplicht

Vanuit de WGB0 moet per 1 januari 2020 een dossier 20 jaar worden bewaard (zie art. 454 lid 3, WGB0). Daarbij wordt gerekend vanaf het tijdstip waarop de gegevens zijn vervaardigd, of zoveel langer als 'de hulp van een goede zorgverlener' met zich meebrengt. Het langer bewaren kan met name van belang zijn bij chronische ziekten of erfelijke aandoeningen. Ook bij overlijden van de patiënt geldt de bewaartermijn. Het overlijden van de patiënt vormt dus geen reden om de gegevens te vernietigen. Bij beëindiging van de praktijk blijft de fysiotherapeut verplicht het dossier 15 jaar te bewaren. Bij een overname van de praktijk gaan de verplichtingen, waaronder de bewaarplicht, over op de opvolger. Overdracht naar de opvolger kan problemen voorkomen als een patiënt na afloop van de behandeling een klacht indient of een procedure begint tegen de fysiotherapeut met wie een behandelingsovereenkomst is gesloten. Een fysiotherapeut die in zo'n situatie niet over een dossier beschikt, zal bemoeilijkt worden in zijn verweer.

Verantwoordelijkheid

De fysiotherapeut moet voldoen aan de dossierplicht in overeenstemming met de AVG. Ook in het geval de fysiotherapeut in een instelling werkt, is de fysiotherapeut verantwoordelijk voor de dossiers van zijn patiënten. De instelling of de praktijk waar de fysiotherapeut werkt is uiteindelijk de rechtsgeldige verantwoordelijke. De individuele fysiotherapeut of de instelling bewaart het dossier en is verantwoordelijk voor de opslag van het dossier. Ook na afloop van een huurtermijn van computerapparatuur moet de fysiotherapeut/instelling over het dossier kunnen beschikken, bijvoorbeeld op een gegevensdrager van de fysiotherapeut of de instelling.

Vernietigingsrecht

De patiënt kan de fysiotherapeut verzoeken (een deel van) zijn dossier te vernietigen (zie art. 455, WGB0). Aan dit verzoek moet binnen één maand worden voldaan. Afhankelijk van de

complexiteit van de verzoeken en van het aantal verzoeken, kan die termijn indien nodig met nog eens twee maanden worden verlengd (zie art. 12 lid 3, AVG). Alleen als er een wettelijk voorschrift of het aanmerkelijk belang van een ander dan de patiënt tegen vernietiging is, wordt het dossier bewaard. De wet stelt de eis dat de gegevens in ieder geval na 15 jaar moeten worden vernietigd. In speciale situaties (bijvoorbeeld in geval van patiënten met een chronische ziekte) vervalt deze plicht. In verband met controle door de zorgverzekeraar en de fiscus is het aan te raden financiële gegevens gescheiden van andere gegevens op te slaan. Het vernietigingsrecht van de patiënt gaat boven de bewaarplicht van de fysiotherapeut. Het verzoek tot vernietiging dient idealiter bewaard te worden.

Recht op inzage

De patiënt heeft recht op inzage van zijn dossier. De WGB0 gaat uit van een rechtstreeks recht op inzage en afschrift aan de patiënt, zonder tussenkomst van derden (zie art. 456, WGB0). Het inzagerecht is in principe zonder beperking; de patiënt mag alles zien wat er over hem geschreven is. Er zijn twee uitzonderingen: 1) als de bescherming van de privacy van een ander in het geding is, of 2) als de patiënt, wanneer hij beschikt over de informatie, een gevaar voor zichzelf of anderen zal worden. Persoonlijke werkaantekeningen zijn van de zorgaanbieder en geen onderdeel van het medisch dossier. Daarin hoeft geen inzage gegeven te worden, tenzij deze gegevens met een derde gedeeld zijn. Op een verzoek tot inzage dient zo spoedig mogelijk te worden ingegaan, in elk geval binnen een maand. Voor de eerste afschriften mag sinds de AVG geen kostenvergoeding meer worden gevraagd. Voor bijkomende kopieën kan wel een redelijke vergoeding gevraagd worden op basis van de administratieve kosten. Een patiënt heeft het recht op correctie van onjuiste gegevens in het dossier. Ook voegt de fysiotherapeut desgevraagd een door de patiënt afgegeven verklaring aan het patiëntendossier toe. Op deze wijze kan de patiënt bij verschil van mening bijvoorbeeld zijn eigen visie in het patiëntendossier laten opnemen. De fysiotherapeut moet die verklaring in dat geval toevoegen aan het dossier.

Geheimhoudingsplicht

In de relatie tussen hulpverlener en patiënt krijgt de hulpverlener de beschikking over gegevens en informatie over de patiënt. Deze gegevens zijn vertrouwelijk van aard en kunnen persoonlijke aangelegenheden van de patiënt betreffen. De patiënt heeft er recht op dat deze gegevens door de hulpverlener geheim worden gehouden. Het is de hulpverlener niet toegestaan zonder toestemming van de patiënt inlichtingen over de patiënt aan anderen te verstrekken. Het recht op geheimhouding van de patiënt, en daarmee de plicht van de hulpverlener, is in meerdere wetten opgenomen, zoals in art. 7:457 *Burgerlijk Wetboek* (BW), art. 10 van de Grondwet, art. 30 lid 4 *Uitvoeringswet AVG*, art. 88 *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (Wet BIG) en art. 272 *Wetboek van strafrecht* (WvS). De artikelen stemmen inhoudelijk overeen. De strekking van de geheimhoudingsplicht is te verhoeden dat patiënten, uit vrees voor openbaar worden van vertrouwelijke zaken, nalaten noodzakelijke hulp te zoeken van een hulpverlener. Binnen het beroepsgeheim moet een onderscheid gemaakt worden tussen de zwijgplicht en het verschoningsrecht. De zwijgplicht geldt jegens een ieder, behalve de patiënt (zie art. 272, WvS). Het verschoningsrecht kan tegenover de rechter ingeroepen worden door de verschoningsgerechtigde.

Omvang geheimhoudingsplicht

Het recht op geheimhouding van de patiënt omvat de bewust vertrouwelijk gedane mededeling en alle informatie van (niet-)medische aard verkregen door de hulpverlener middels anamnese, diagnostisch onderzoek en waarneming. De geheimhoudingsplicht geldt jegens eenieder behoudens uitzonderingen. In de WGB0 zijn uitzonderingsgevallen geregeld. Zo wordt een uitzondering gemaakt voor degenen die direct betrokken zijn bij de behandelingsovereenkomst en de vervanging van de hulpverlener (zie art. 457, WGB0). Alleen die inlichtingen mogen worden verstrekt die noodzakelijk zijn voor de te verrichten werkzaamheden. Ook wordt een uitzondering gemaakt voor degenen wiens toestemming nodig is voor verrichtingen op grond van de WGB0, zoals de (wettelijke) vertegenwoordiger van de minderjarige en/of wilsonbekwame patiënt (zie art. 465, WGB0). Voor het geven van inlichtingen aan anderen heeft de hulpverlener de toestemming nodig van de patiënt of diens vertegenwoordiger (zie art. 457 lid 1, WGB0). Ten aanzien van bewust gedane vertrouwelijke mededelingen van de patiënt blijft de geheimhoudingsplicht van toepassing. De geheimhoudingsplicht van de hulpverlener kan in

andere gevallen dan voorgenoemde slechts worden opgeheven met toestemming van de patiënt, behoudens in, bij of krachtens de wet geregelde gevallen, of in noodsituaties.

Verstrekken van informatie zonder toestemming

Doorbreken van de geheimhoudingsplicht kan op grond van een wettelijk voorschrift of in een noodtoestand. Van een noodtoestand is sprake als de hulpverlener in een conflict van plichten verkeert en zijn geheimhoudingsplicht moet doorbreken om een ander belang te dienen. Criteria die daarbij een rol kunnen spelen, zijn onder andere: het proberen alsnog toestemming te krijgen, het ontstaan van ernstige schade voor een ander, er is een andere weg om het probleem op te lossen, de schade te beperken en het geheim zo weinig mogelijk te schenden. De hulpverlener dient een afweging van belangen te maken en moet voorrang geven aan het hogere belang. Op grond van een wettelijk voorschrift doorbreken van de geheimhoudingsplicht is bijvoorbeeld de zorgverzekeringwet met de 'Regeling zorgverzekering', waarin de wettelijke grondslag voor het gebruik van persoonsgegevens bij materiële controle is geregeld. De zorgverzekeraar is wettelijk verplicht de rechtmatigheid en doelmatigheid van de zorg te controleren. In de 'Regeling zorgverzekering' is bepaald dat de zorgverzekeraar materiële controle verricht zoals in de gedragscode is vastgelegd. Met de gedragscode wordt verwezen naar de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars'. Onderdeel van de gedragscode is het 'Protocol materiële controle' van Zorgverzekeraars Nederland. Verder is in de gedragscode uitgewerkt dat een zorgverzekeraar persoonsgegevens mag gebruiken voor het verrichten van een materiële controle. Bovendien kan het voor een materiële controle noodzakelijk zijn dat zorgverzekeraars medische persoonsgegevens opvragen bij een zorgverlener. De 'Regeling zorgverzekering' verplicht de zorgaanbieder zijn medewerking te verlenen aan deze controle, en daarvoor de benodigde persoonsgegevens te verstrekken, als en voor zover de controle plaatsvindt overeenkomstig de gedragscode. Overigens betekent dit niet zonder meer dat alle gevraagde gegevens versterkt moet worden. De zorgverzekeraar moet via een controleplan en controledoel toelichten waarom juist deze gegevens nodig zijn. Het is aan de zorgverlener om de noodzakelijkheid van de verstrekking daarmee te toetsen. Dit geldt echter niet voor een ongecontracteerde partij. In geval van een ongecontracteerde partij zonder betaalovereenkomst, moet de informatie opgevraagd worden bij de verzekerde(n) zelf.

C.3.2 Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)

Regels voor het vastleggen en gebruiken van persoonsgegevens zijn vastgelegd in de *Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)*ⁿ. Dit is een Europese verordening, welke voor de hele Europese Unie van toepassing is geworden op 25 mei 2018. De strekking van de AVG is de privacy van personen te beschermen door onrechtmatig gebruik van persoonsgegevens tegen te gaan. De AVG ziet op alle persoonsgegevens en is daardoor vrij algemeen van aard. De AVG kent een zekere overlap met de WGB0 waar het veel specifiekier gaat om de patiënt en diens hulpverlener. In Nederland bestaat daarbovenop de *Uitvoeringswet AVG (UAVG)*^o. Hierin wordt op sommige punten verdere invulling gegeven aan de AVG, met name over medische gegevens en het gebruik van het BSN. Tevens zijn enkele wetten, waaronder de WGB0, in overeenstemming gebracht met de AVG via een *Aanpassingswet AVG*. De Autoriteit Persoonsgegevens houdt toezicht op de naleving van deze wetgeving.

Uitgangspunten van de AVG

De AVG richt zich op de verwerking van persoonsgegevens. Onder die verwerking valt onder meer het verkrijgen, verzamelen, opvragen, raadplegen en wijzigen van gegevens. Een zorgaanbieder verwerkt veel persoonsgegevens onder andere in het dossier en valt zo onder de AVG. Bij het totale proces van gegevensverwerking, dus ook bij het verkrijgen en verzamelen van persoonsgegevens, moet de fysiotherapeut dan ook rekening houden met bepaalde regels. Volgens de belangrijkste regels (zie art. 5, AVG) moeten persoonsgegevens:

- 'worden verwerkt op een wijze die ten aanzien van de betrokkene rechtmatig, behoorlijk en transparant is ("rechtmatigheid, behoorlijkheid en transparantie");
- 'persoonsgegevens voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden worden verzameld' ("doelbinding");

ⁿ Beschikbaar via <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040940/2018-05-25>

^o Beschikbaar via: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040940/2019-02-19>

- 'toereikend zijn, ter zake dienend en beperkt tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden waarvoor zij worden verwerkt ("minimale gegevensverwerking").

In een aantal wetsartikelen wordt geregeld dat persoonsgegevens niet zonder meer geregistreerd mogen worden, dat de verzamelde gegevens veilig bewaard dienen te worden en dat persoonsgegevens alleen onder bepaalde voorwaarden verstrekt mogen worden aan derden. Diegene die verantwoordelijk is voor de verwerking van de persoonsgegevens neemt passende technische en organisatorische maatregelen om persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking (zie art. 32, AVG). Bovendien moet de fysiotherapeut kunnen aantonen dat hij veilig omgaat met gegevens. Om dit te kunnen aantonen, is een aantal documenten nodig, waaronder een privacyverklaring, verwerkingsregister, datalekregister en verwerkersovereenkomsten.

Verwerking van patiëntgegevens (bijzondere persoonsgegevens)

De verwerking van bijzondere persoonsgegevens, zoals gegevens betreffende iemands religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen, etniciteit, politieke opvattingen, gezondheid en dergelijke, is in de AVG in een apart artikel geregeld (zie art. 9, AVG). Persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid mogen alleen worden verwerkt door hulpverleners, instellingen of voorzieningen voor gezondheidszorg of maatschappelijke dienstverlening, voor zover dit noodzakelijk is voor een goede behandeling of verzorging. Patiëntgegevens mogen alleen worden verwerkt door personen die uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift, dan wel krachtens een overeenkomst, tot geheimhouding zijn verplicht (zie art. 30, AVG).

Rechten van de patiënt

De betrokkene van wie persoonsgegevens worden verzameld, in de gezondheidszorg meestal de patiënt, wordt op de hoogte gebracht van het soort gegevens dat wordt verwerkt en ook van de doeleinden van verwerking (zie art. 13 en 14, AVG). Dit hoeft niet persoonlijk en kan ook via bijvoorbeeld een privacyverklaring op de website. Ook kan de patiënt verzoeken de verwerkte persoonsgegevens te verbeteren, aan te vullen, te verwijderen, te beperken of af te schermen, indien deze feitelijk onjuist zijn, voor het doel van de verwerking onvolledig of niet ter zake dienend zijn, dan wel anderszins in strijd met een wettelijk voorschrift worden verwerkt (zie art. 12 tot 22, AVG). Tevens mag een patiënt zijn gegevens inzien en kan hij om een kopie van de gegevens vragen. Overigens zijn veel van deze rechten nader uitgewerkt in de WGBO.

C.3.3 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)

De *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (Wet BIG)^p regelt het handelen van beroepsbeoefenaren op het terrein van de individuele gezondheidszorg. De wet is een kaderwet die de grote lijnen aangeeft. De wet richt zich op de individuele kwaliteit van de beroepsbeoefenaar. Niet alle onderwerpen worden in detail geregeld in de Wet BIG, maar kunnen bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) nader worden geregeld. Zo regelt de Wet BIG voor de fysiotherapeut het deskundigheidsgebied, hetgeen in het 'Besluit Opleidingseisen en Deskundigheidsgebied van de fysiotherapeut' verder wordt uitgewerkt. In de Wet BIG is ook de bevoegdheid tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen geregeld. In verband hiermee heeft het KNGF de brochure 'Zorgvuldig handelen bij bijzondere en voorbehouden handelingen' gepubliceerd (KNGF, 2010b).^q

C.3.4 Wet algemene bepalingen burgerservicenummer (Wabb) en Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg (Wbsn-z)

Met de *Wet algemene bepalingen burgerservicenummer* (Wabb)^r introduceerde de overheid één persoonsgebonden nummer dat gebruikt zal worden als hulpmiddel voor het ontsluiten van persoonsgegevens (zoals naam, adres, geboortedatum, geslacht) in praktisch alle registraties met persoonsgegevens van de overheid. Met dit nummer, het BSN, kunnen persoonsgebonden gegevens doelmatig en betrouwbaar uitgewisseld worden binnen de overheid en tussen de overheid en burgers. Bij de inwerkingtreding van de Wabb op 26 november 2007 zijn de

^p Beschikbaar via <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251>

^q Beschikbaar via <https://www.kngf.nl/vakgebied/vakinhoud/beroepsprofielen.html>

^r Beschikbaar via <https://wetten.overheid.nl/BWBR0022428>

sofinummers van personen die staan ingeschreven in de Gemeentelijke Basisadministratie Personen (GBA) omgezet naar BSN's. Nieuwe burgers ontvangen bij inschrijving in de GBA van een gemeente een BSN. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) besloot om ook in de zorgsector het BSN in te voeren. Kern van de wet die hierop betrekking heeft, de *Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg* (Wbsn-z)^s, is dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en indicatieorganen het BSN moeten opnemen in de eigen administratie én gebruiken bij onderlinge uitwisseling van gegevens over hun patiënten (persoonsgegevens, medisch-inhoudelijke en financiële en/of administratieve gegevens). Het doel van de wet is het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening door betrouwbare gegevensuitwisseling in de zorg.

Identificatie en opvragen van het BSN

Bij uitwisseling van persoonsgegevens met gebruikmaking van het BSN mag er geen twijfel over bestaan op welke persoon het BSN en de gegevens betrekking hebben. Om er zeker van te zijn dat met een betrouwbaar BSN wordt gewerkt, moet de zorgaanbieder twee dingen doen, namelijk: de patiënt identificeren én zijn BSN opvragen of verifiëren bij een betrouwbare bron. Pas als de juiste persoon aan het juiste nummer is gekoppeld, kan er sprake zijn van betrouwbare gegevensuitwisseling met behulp van het BSN. De zorgaanbieder kan het BSN van een patiënt opvragen bij de Sectorale Berichten Voorziening in de Zorg (SBV-Z)^t, een betrouwbare bron, die haar gegevens ontleent aan de GBA. De SBV-Z vraagt de zorgaanbieders zich hierbij te identificeren en te authentifieren met behulp van een UZI-pas of een UZI-servercertificaat. Voor de uitgifte van UZI-middelen is het UZI-register^u ingericht.

C.3.5 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

De *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg* (Wkkgz)^v richt zich op het bevorderen van de kwaliteit van de zorgverlening door de zorginstelling en regelt wat er moet gebeuren bij een klacht over de zorg. De Wkkgz is geschreven voor de zorgverlening in organisatorisch verband. De zorginstelling is in deze wet een ruim begrip; ook een fysiotherapiepraktijk valt hieronder. De zorginstelling moet verantwoorde zorg verlenen binnen een gestructureerde organisatie met een kwaliteitssysteem dat de kwaliteit systematisch bewaakt, beheerst en zo mogelijk verbetert.

C.4 Ontwikkelingen in de zorg en ICT

Ontwikkelingen in de zorg en ICT voltrekken zich snel en de omvang van de toepassingsmogelijkheden groeien explosief. Zo snel en explosief dat ook dit document direct na publicatie al niet meer aansluit bij de actuele situatie. Het KNGF informeert de fysiotherapeut over ontwikkelingen en achtergronden die processen en randvoorwaarden van de zorg en ICT-toepassingen betreffen via digitale nieuwsbrieven en de website van het Programma van Eisen Fysio-EPD.^w

C.4.1 Administratieve lasten, frustraties en inefficiëntie

De functionele mogelijkheden van ICT lijken vrijwel onbegrensd. Dat leidt tot verwachtingen, maar ook tot de constatering dat lang niet altijd aan die verwachtingen wordt voldaan. Dat geldt ook voor ICT in de zorg. In rapporten van de Inspectie voor de Volksgezondheid (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011) en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RV&S)^x (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2014) wordt gewezen op een aantal knelpunten in de samenwerking tussen IT-systemen die leiden tot inefficiëntie, toename van administratieve lasten en frustratie bij zorgverleners. In deze rapporten wordt geadviseerd om deze knelpunten op te lossen door afspraken te maken en IT-standaarden toe te passen, teneinde de benodigde 'interoperabiliteit' tussen IT-systemen te bewerkstelligen, opdat zorgverleners en patiënten daarvan optimaal kunnen profiteren.

^s Beschikbaar via <https://wetten.overheid.nl/BWBR0023902>

^t Beschikbaar via <https://www.sbv-z.nl>

^u Beschikbaar via <https://www.uziregister.nl>

^v Beschikbaar via <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173>

^w Beschikbaar via <https://eisen.fysio-epd.nl/eisenpakket>

^x Tot 1 januari 2015 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Het rapport van de toenmalige Raad voor de Volksgezondheid en Zorg stelt hierover in haar samenvatting: 'De informatievoorziening dient rondom de patiënt georganiseerd te zijn. Een adequate informatievoorziening is van essentieel belang voor een effectieve en efficiënte zorgverlening. Dit geldt zowel op microniveau voor patiënten en zorgaanbieders, als ook op mesoniveau, waar bijvoorbeeld zorgverzekeraars, instellingen en gemeenten gegevens nodig hebben voor toegankelijke en betaalbare zorg van goede kwaliteit voor patiënten, cliënten, respectievelijk inwoners. Op mesoniveau hebben zorgaanbieders ook spiegelinformatie nodig om zich te vergelijken met anderen en zich te verbeteren. Op macroniveau heeft de overheid gegevens nodig om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de geleverde zorg in Nederland te waarborgen. Daarnaast zijn gegevens noodzakelijk voor beleids-, uitvoerings- en onderzoeksdoeleinden. Op dit moment is er een aantal knelpunten. Zo missen patiënten informatie om actief te kunnen participeren in het zorgproces. Het kost patiënten bijvoorbeeld veel tijd en moeite om toegang te krijgen tot hun dossier. Zorgaanbieders zijn veel tijd kwijt met het aanleveren van, voor een deel vaak dezelfde, gegevens aan allerlei registraties. De interoperabiliteit tussen zorginformatiesystemen is onvoldoende door gebrekkige standaardisatie. Daarnaast zijn er onvoldoende gegevens beschikbaar over de uitkomsten van zorg. Veel van deze knelpunten zijn het gevolg van een versnipperde en incomplete wijze van gegevens verzamelen en de diversiteit aan eisen die aan zorgaanbieders voor registratie en rapportage worden gesteld. Schotten in de zorg en verschillende belangen van partijen zijn hier mede debet aan. Wat betreft het registreren en gebruiken van uitkomstindicatoren scoort Nederland laag in vergelijking met andere landen, zoals Zweden, Singapore, Canada en Engeland.'

Mede op basis van deze aanbevelingen heeft de overheid, samen met stakeholders (vertegenwoordigd in het Informatieberaad), een meerjarenagenda vastgesteld om te komen tot een duurzaam informatiestelsel voor de zorg. Primair doel is om op de kortst mogelijke termijn bestaande knelpunten op te lossen.

C.4.2 Persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO)

Naar het oordeel van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RV&S) moet de patiënt, indien hij dat wil, regie kunnen hebben over zijn gegevens in de vorm van een persoonlijk gezondheidsdossier. Tegenwoordig wordt een dergelijke omgeving een persoonlijk gezondheidsomgeving (PGO) genoemd.

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

Definitie van een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO)

- 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.^y

Het PGO vervangt niet het medisch dossier van de zorgaanbieder. Het PGO bevat (digitale) kopieën van bestaande (elektronische) medische dossiers van zorgaanbieders en gegevens die de

^y Zie voor meer informatie <https://www.patiëntenfederatie.nl/themas/persoonlijke-gezondheidsomgeving/>

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

De ambities en prioriteit die aan de totstandkoming van het PGO worden toegekend, zijn van grote invloed op de dossiervoering in de gezondheidszorg. Er is al een aantal PGO's op de markt waarmee de fysiotherapeut aan de slag kan.^z

C.4.3 Standaardisatie – hergebruik van gegevens

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

C.5 E-health

E-health biedt steeds meer mogelijkheden. Waar de één het heeft over mobiele apps en websites voor patiënten, heeft de ander het over elektronische uitwisseling van patiëntgegevens tussen zorgverleners. Beide voorbeelden kunnen gerekend worden onder het begrip e-health, afhankelijk van welke definitie men hanteert. Nictiz, het expertisecentrum e-health, hanteert de volgende definitie (Wouters, Swinkels, Van Lettow et al., 2018):

Definitie van E-health

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

Meestal is van nieuwere technologieën nog niet duidelijk of ze op termijn zullen brengen wat men er in eerste instantie van verwacht. Het is dan ook lastig om hierop voor te sorteren. Voor de fysiotherapeuten is een aantal E-healthtoepassingen al beschikbaar, zoals:

- de patiënt heeft inzage in zijn of haar eigen behandelplan;
- een e-consult via e-mail, telefoon of videoverbinding, waarbij er geen fysiek contact is tussen therapeut en patiënt;
- digitaal aangeboden oefeningen;
- informerende en interactieve apps en websites.

De eerste toepassing is met name van belang in het kader van de dossiervoering. Patiënten krijgen zowel via e-health als wettelijke inzagerechten meer zicht op de inhoud van het dossier. Ook de behoefte hieraan stijgt. Een aanzienlijke groep zorggebruikers heeft de behoefte hun belangrijkste medische gegevens digitaal te kunnen inzien, blijkt uit onderzoek. De wet faciliteert dit ook. De *Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens*^{aa} verplicht de fysiotherapeut vanaf 2020 om een patiënt op verzoek op elektronische wijze inzage in zijn gegevens te kunnen geven of een afschrift van diens gegevens te kunnen verstrekken. Het dossier moet dus niet alleen voor de fysiotherapeut duidelijk en correct zijn, maar ook voor de patiënt. In de Kamerbrief 'Voortgangsrapportage e-health en zorgvernieuwing' van 2018^{bb}

^z Zie voor een actueel overzicht <https://www.digitalezorggids.nl/product>

^{aa} Beschikbaar via <https://wetten.overheid.nl/BWBR0038632>

^{bb} Beschikbaar via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/05/18/kamerbrief-over-voortgang-e-health-en-zorgvernieuwing>

wordt gesteld dat het belangrijk is dat (patiëntgebonden) informatie altijd beschikbaar is, op het juiste moment, op de juiste plek en in elke denkbare context: diagnosestelling, advisering, behandeling, zelfmeting, monitoring en onderzoek. Bovendien kan dit ook belangrijk zijn als gegevens gedeeld worden met een andere zorgaanbieder. Ook dit gaat via digitale toepassingen steeds gemakkelijker.

De fysiotherapeut wordt geadviseerd bovenstaande mee te nemen in de dossiervoering en te veel eigen aantekeningen en ongenueanceerde uitspraken te voorkomen. Bovenstaande onderstreept het belang alleen de noodzakelijke gegevens in het dossier te noteren.

C.6 Informatieberaad, meerjarenagenda en duurzaam informatiestelsel voor de zorg

Mede op basis van het rapport van de RV&S heeft de minister het Informatieberaad ingesteld (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2013). Behalve de Patiëntenfederatie Nederland en zorgkoepels zijn in het beraad ook ziekenhuizen, verzekeraars, gemeenten en het ministerie van VWS vertegenwoordigd. Op basis van de, door alle partijen onderschreven visie, missie, en doelstellingen en uitgangspunten (waarin veel elementen worden genoemd uit het RV&S-rapport), wordt in gezamenlijkheid een meerjarenagenda vastgesteld, die moeten leiden tot een duurzaam informatiestelsel voor de zorg. Het KNGF maakt sinds 2015 deel uit van het Informatieberaad en heeft de missie en doelstellingen en uitgangspunten van het Informatieberaad onderschreven.^{cc} Belangrijke speerpunten zijn gegevensuitwisseling in de keten en vermindering van de administratieve lastendruk. Zowel gegevensuitwisseling als vermindering van de administratieve lastendruk kunnen worden bereikt door de aanpak van onnodige registraties, registratie aan de bron, eenmalige invoer en meervoudig gebruik van gegevens (zoals digitale verwijsinformatie). Cruciaal daarbij is dat de beroepsgroep kan profiteren van landelijke standaarden.

C.7 Informatiestandaarden

Een informatiestandaard is 'een verzameling afspraken die ervoor moet zorgen dat de zorginformatie met de juiste kwaliteit kan worden vastgelegd, opgevraagd, gedeeld, uitgewisseld en overgedragen' (Nictiz, 2018). Informatiestandaarden worden opgesteld door partijen die met elkaar samenwerken, waarbij zorgrichtlijnen of zorgstandaarden als uitgangspunt worden genomen. Deze benadering bij het ontwikkelen van een informatiestandaard is een voorwaarde voor eenduidige communicatie tussen zorgverleners onderling en communicatie met de patiënt. Informatiestandaarden bestaan uit use cases, datasets, terminologie- en codestelsels en communicatiestandaarden. Aanvullende informatie en uitleg van deze begrippen zijn beschikbaar op de site van Nictiz.^{dd}

C.8 Informatiestandaard gebaseerd op NHG/KNGF-uitwisselingsrichtlijn

Samen met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is een richtlijn ontwikkeld voor de informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut, de 'NHG/KNGF-Richtlijn Gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut' (Buiting, Rijnierse & Stadt, 2010). Bij de totstandkoming van deze richtlijn stond de informatiebehoefte van de ontvangende partij centraal. De richtlijn houdt rekening met DTF en de mogelijkheid dat de fysiotherapeut toch behoefte heeft aan aanvullende informatie van de huisarts om te komen tot een afgewogen oordeel met betrekking tot een eventuele interventie. Uiteraard biedt de richtlijn ruimte voor specifieke samenwerkingsafspraken (bijvoorbeeld over de ontvangst van berichten die de huisarts na screening wenst te ontvangen). Nictiz is verzocht op basis van deze richtlijn een informatiestandaard te ontwikkelen. Deze standaard, de 'NHG-KNGF-Informatiestandaard voor gestructureerde informatie-uitwisseling huisarts fysiotherapeut' is in 2013 gepubliceerd. In 2015 is de standaard van toepassing verklaard door het Informatieberaad en opgenomen in de Kwaliteitsbibliotheek van het Zorginstituut (Zorginstituut Nederland, 2015). De standaard

^{cc} Zie voor meer informatie <https://www.kngf.nl/KNGF/Missie+%26+Visie/kngf-bestuur-onderschrijft-visie-missie-en-doelstellingen-informatieberaad.html>

^{dd} Beschikbaar via <https://www.nictiz.nl/standaardisatie/informatiestandaarden/>

heeft tot doel huisarts en fysiotherapeut de van de ander ontvangen gegevens zinvol te kunnen laten hergebruiken. Berichten die voldoen aan deze (HL7-CDA) standaard maken automatische verwerking (inlezen) mogelijk.

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

Dankwoord

Het bereiken van consensus over de eisen die worden gesteld aan fysiotherapeutische dossiervoering en over gegevens die vastgelegd moeten worden, is geen eenvoudig proces en vereist van alle betrokkenen bereidheid om verder te denken dan de eigen wensen en belangen en in de discussie mee te wegen wat voor de beroepsgroep fysiotherapie als geheel nodig en wenselijk is. Als zodanig is het proces dat doorlopen is bij de totstandkoming van deze richtlijn ook gegaan. Hierbij is de input vanuit het werkveld zelf van groot belang geweest. Dit alles heeft geresulteerd in dit document, de 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering 2019'. Wij danken de werkgroep voor alle inspanningen, te weten de heer H. Geurkink, de heer L. Hartstra, de heer M. Trouw, de heer R. van Heerde en de heer M. van Til.

Referenties

Buiting C, Rijnierse P, Stadt R. NHG/KNGF-Richtlijn Gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Utrecht, 2010. Beschikbaar via: <https://www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen/gestructureerde-informatie-uitwisseling>.

Heerkens Y, Lakerveld-Heyl K, Verhoeven A, Hendriks HJM. KNGF-Richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Amersfoort: 2003.

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Brochure Zorgvuldig handelen bij voorbehouden en bijzondere handelingen. Amersfoort. Beschikbaar via www.kngf.nl. Amersfoort, 2010b.

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Programma van Eisen Fysio-EPD, Amersfoort; 2010a. Beschikbaar via: <https://eisen.fysio-epd.nl/>. Geraadpleegd op 11 oktober 2018.

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering 2016. Amersfoort: KNGF; 2016.

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

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

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Inspectie voor de Gezondheidszorg: Staat van de gezondheidszorg. Utrecht, 2011. Beschikbaar via: http://www.igz.nl/Images/2011-10%20Staat%20van%20de%20Gezondheidszorg%202011_tcm294-310059.pdf.

Nederlands Normalisatie Instituut (NEN). NEN 7510:2011. Delft: NEN; 2011.

Nederlands Normalisatie Instituut (NEN). NEN 7510:2017. Delft: NEN; 2017.

Nederlands Normalisatie Instituut (NEN). NEN 7512:2015. Delft: NEN; 2015.

Nederlands Normalisatie Instituut (NEN). NEN 7513:2010. Delft: NEN; 2013.

Nictiz, Expertisecentrum E-health, 2018. Beschikbaar via: <https://www.nictiz.nl/standaardisatie/informatiestandaarden/%20paramedische-zorg/>. Geraadpleegd op 11 oktober 2018.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), Patiënteninformatie. Informatievoorziening rondom de patiënt, Den Haag, 2014. Beschikbaar via: http://www.rvz.net/uploads/docs/Advies_Patienteninformatie.pdf.

Regieraad Kwaliteit van Zorg. Richtlijn voor Richtlijnen. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg; 2012. Beschikbaar via: <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/richtlijn-voor-richtlijnen>. Geraadpleegd op 18 september 2018.

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

Tweede Kamer der Staten-Generaal, Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief 23 oktober 2013. Den Haag: 2013. Beschikbaar via: http://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j4nvg5skjg27kof_j9vvij5epmj1ey0/vje9ltpwvpx/f=/kst3262093.pdf.

World Health Organization (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Genève: WHO; 2001.

Wouters M, Swinkels I, van Lettow B, de Jong J, Sinnige J, Brabers A, Friele R, van Gennip L. E-health in verschillende snelheden – E-health monitor 2018. Den Haag/Utrecht: Nictiz/Nivel; 2018.

Zorginstituut Nederland. NHG-KNGF informatiestandaard voor gestructureerde informatie-uitwisseling huisarts fysiotherapeut. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2015. Beschikbaar via: <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/nhg-kngf-informatiestandaard-voor-gestructureerdeinformatie-uitwisseling-huisarts-fysiotherapeut/Paginas/Home.aspx>. Geraadpleegd op 18 september 2018.

Bijlagen

Afkortingen en definities

Afkortingen	
AVG	Algemene verordening gegevensbescherming
BSN	Burgerservicenummer
BW	Burgerlijk wetboek
DTF	Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie
EPD	Elektronisch patiëntendossier
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
PGO	Persoonlijke gezondheidsomgeving
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden
SOAP	Subjectief, Objectief, Analyse, Plan
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WGB0	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

Definities	
Bijzondere handeling	Een handeling die in de wet niet als voorbehouden handeling wordt genoemd, maar door de specifieke aard wel hoge eisen stelt aan zorgvuldige toepassing
Contactreden	De door de patiënt geformuleerde reden voor het bezoek aan de fysiotherapeut
Diagnostische verrichtingen	Verrichtingen ten behoeve van het (diagnostisch) onderzoek
Fysiotherapeutische diagnose	Een proportioneel weergegeven beroepsspecifiek oordeel van de fysiotherapeut over de patiënt, op basis van klinisch redeneren vanuit de anamnese en het onderzoek
Hulpvraag	Een verhelderende fysiotherapeutische omschrijving van de contactreden van de patiënt die een oplossing zoekt voor zijn functioneringsprobleem
Indien relevant verplichte gegevens	Gegevens die enkel verplicht te noteren zijn bij aanwezigheid van bepaalde bevindingen van de fysiotherapeut en/of omstandigheden van de patiënt, én relevantie voor het fysiotherapeutisch handelen.
Informatiestandaard	Een verzameling afspraken die ervoor moet zorgen dat de zorginformatie met de juiste kwaliteit kan worden vastgelegd, opgevraagd, gedeeld, uitgewisseld en overgedragen
Klinisch redeneren	Het proces van gegevens verzamelen, analyseren en interpreteren om gezondheidsproblemen in de klinische praktijk te begrijpen en op te lossen. Klinisch redeneren doe je met hoofd, hart en handen.
Patiënt	Overal waar patiënt staat, kan ook cliënt, vertegenwoordiger, ouder(s) of verzorgende(n) gelezen worden
Per definitie verplichte gegevens	Gegevens die vanuit de wet (WGB0) of omwille van de relevantie voor het klinisch redeneren van de fysiotherapeut verplicht zijn te noteren
Richtlijn	Een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers
Screening	Een proces waarbij de fysiotherapeut besluit of verder fysiotherapeutisch onderzoek geïndiceerd is
Verrichtingen	Alle handelingen die de fysiotherapeut uitvoert binnen het fysiotherapeutisch handelen
Vorbehouden handeling	Een handeling die onverantwoorde risico's voor het leveren van zorg of de gezondheid van de patiënt inhoudt, wanneer het door ondeskundigen wordt uitgevoerd

Belangenverklaringen werkgroep

Werkgroeplid	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen	Ondernomen actie
De heer L. Hartstra	- Orthopedisch manueel therapeut, fysiotherapeut MSc, praktijkmananger	- Adviseur en lid van SpotOnMedics Research & Development team (betaald) - Voorzitter Fysio Ketenzorg Noord (onbetaald)	-	geen
De heer H. Geurkink	- Fysiotherapeut MSc, lid Maatschap De Romei Therapie en Training	- Voorzitter Fysiocare Zuidoost Gelderland (onbetaald)	-	geen
De heer R. van Heerde	- Fysiotherapeut, manueel therapeut MSc, extended scope specialist, praktijk eigenaar	- Bestuurslid Fysiocare Zuidoost Gelderland 2013 tot 2018	-	geen
De heer M. van Til	- Eigenaar fysiotherapie-praktijk	- Adviseur Intramed (betaald)	-	geen
De heer M. Trouw	- Manueel therapeut MSc, extended scope specialist	- Internationaal CRAFTA-docent	-	geen
Mevrouw I. Woudenberg-Hulleman	- Onafhankelijk voorzitter werkgroep	- Strategisch adviseur kwaliteit, samenwerking en verbinding eerstelijnszorg, niet-praktiserend fysiotherapeut	-	geen

