

Supplement bij het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie
nummer 1 / 2003

KNGF-richtlijn

Fysiotherapeutische Verslaglegging

Fysiotherapeutische Verslaglegging



Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie



Inhoudsopgave

KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging	3
Inleiding	3
I Verslaglegging van het fysiotherapeutisch handelen	5
II Het zorgverleningsproces	8
II.I Stap 1: Verwijzing en aanmelding	9
II.II Stap 2: Anamnese	11
II.III Stap 3: Onderzoek	13
II.IV Stap 4: Analyse	13
II.V Stap 5: Behandelplan	15
II.VI Stap 6: Behandeling	17
II.VII Stap 7: Evaluatie	18
II.VIII Stap 8: Afsluiting	19
Verantwoording en toelichting	20
Inleiding	20
A Wet- en regelgeving, jurisprudentie, machtiging- en declaratieverkeer	20
A.1 Wet- en regelgeving	20
A.2 Jurisprudentie	22
A.3 Vast te leggen gegevens op grond van wet- en regelgeving en jurisprudentie	24
A.4 Machtiging- en declaratieverkeer	24
B Overige ontwikkelingen en projecten in relatie tot verslaglegging	24
B.1 Het project Fysiotherapeutische Diagnose	24
B.2 Het project HOF	25
B.3 De KNGF-richtlijn Informatieverstrekking Huisarts	26
C Omgaan met verslaglegging	27
C.1 Globale eisen verslaglegging	27
C.2 Wettelijke eisen verslaglegging	27
C.3 Klachtenbehandeling	32
D Literatuur	33
Bijlagen	
Bijlage 1 Totstandkoming van de KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging	34
Bijlage 2 Afkortingen	35
Bijlage 3 Verklarende woordenlijst	36

Totaalschema

KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging

Y.F. Heerkens^I, K. Lakerveld-Heyl^{II}, A.L.J. Verhoeven^{III}, H.J.M. Hendriks^{IV}

Inleiding

In 1993 publiceerde het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), haar allereerste richtlijn: de 'Richtlijnen voor de Fysiotherapeutische Verslaglegging'.¹ Het KNGF wilde daarmee aan fysiotherapeuten een leidraad bieden bij het methodisch fysiotherapeutisch handelen en het vastleggen van gegevens, die in dat kader relevant waren. De richtlijn beschreef – per stap van het methodisch handelen – welke gegevens of gegevensgroepen relevant waren in het kader van verslaglegging waarbij de nadruk werd gelegd op de minimaal vast te leggen gegevens of gegevensgroepen.

Nu, tien jaar later, publiceert het KNGF een nieuwe, herziene versie: de 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging'. Deze nieuwe versie is noodzakelijk, gezien de ontwikkelingen die het beroep sinds 1993 heeft doorgemaakt en de veranderingen in de gezondheidszorg als geheel, inclusief die op het gebied van wet- en regelgeving.

Dit rapport bestaat uit vier delen:

- 1 de 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging' als zodanig (paragraaf I en II);
- 2 de 'Verantwoording en toelichting' met daarin een uiteenzetting van de keuzes die bij het totstandkomen van de 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging' zijn gemaakt (paragraaf A t/m D);
- 3 een drietal bijlagen;
- 4 een (geplastificeerd) schematisch overzicht (Totaalschema).

Zowel de KNGF-richtlijn als zodanig, als de 'Verantwoording en toelichting', zijn als zelfstandig stuk te lezen. De gehanteerde procedure bij het ontwikkelen van de richtlijn, de gebruikte afkortingen en de omschrijving van enkele begrippen zijn als bijlage toegevoegd.

Bij het fysiotherapeutisch handelen komen gegevens beschikbaar die, waar nodig, vastgelegd* worden. Het systematisch vastleggen van zorginhoudelijke gegevens – gegevens met betrekking tot de fysiotherapeutische hulpverlening – wordt de 'fysiotherapeutische verslaglegging' genoemd. Deze KNGF-richtlijn beoogt een leidraad te zijn voor fysiotherapeuten bij het vastleggen van deze zorginhoudelijke gegevens.

Wat is een KNGF-richtlijn?

Het rapport 'KNGF-Richtlijnen; Methode' geeft de volgende begripsomschrijving:

Een KNGF-richtlijn is gedefinieerd als: 'Een systematisch ontwikkelde, vanaf centraal niveau geformuleerde leidraad, die door deskundigen is opgesteld en is gericht op de inhoud van het methodisch fysiotherapeutisch handelen bij bepaalde gezondheidsproblemen en op (organisatorische) aspecten die met de beroepsuitoefening te maken hebben.'²

Een KNGF-richtlijn is bedoeld om de fysiotherapeut houvast te bieden en om uniformiteit in de werkwijze van fysiotherapeuten te bevorderen, teneinde de

^I Yvonne Heerkens, bewegingswetenschapper, programmaleider Classificaties, definities en coderingen, afdeling Onderzoek & Ontwikkeling, Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort.

^{II} Karin Lakerveld-Heyl, fysiotherapeut/informatiekundige, projectleider Verslaglegging, afdeling Onderzoek & Ontwikkeling, Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort.

^{III} Alex Verhoeven, fysiotherapeut/bewegingswetenschapper, beleidsmedewerker Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Amersfoort.

^{IV} Erik Hendriks, fysiotherapeut/epidemioloog, programmaleider Richtlijnen Fysiotherapie, afdeling Onderzoek & Ontwikkeling, Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort.

* Vastleggen kan ook betekenen dat gegevens (die al door een ander zijn opgeschreven) bij het dossier worden gevoegd (bijvoorbeeld de verwijsgeschiedenis in de vorm van een verwijfsbrief). De gegevens hoeven dus niet op een en hetzelfde formulier te staan, wel moet helder zijn welke gegevens waar te vinden zijn (zie paragraaf I).

kwaliteit van de fysiotherapeutische zorgverlening (met als kernwoorden: doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht) te verbeteren.

Een richtlijn bevat geen vrijblijvende aanwijzingen, maar is ook niet bedoeld als keurslijf. Het is mogelijk er gemotiveerd van af te wijken. De verantwoordelijkheid voor de eigen verslaglegging blijft daarmee bij de individuele fysiotherapeut.*

Richtlijnen kennen een dynamisch karakter. De beroepsinhoudelijke, maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen hebben tot gevolg dat, op termijn, iedere richtlijn op zijn geldigheid dient te worden bezien en, waar nodig, aangepast, zoals nu het geval is bij de 'Richtlijnen voor de Fysiotherapeutische Verslaglegging' uit 1993.

Welke richtlijn heeft de voorkeur?

Indien volgens een bepaalde (inhoudelijke) KNGF-richtlijn wordt gewerkt, gaan de daarin geformuleerde aanbevelingen over verslaglegging bóven de aanbevelingen in deze voorliggende 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging', tenzij er sprake is van wettelijke eisen. Als volgens een inhoudelijke richtlijn wordt gewerkt staat het proces vast en hoeven alleen die gegevens te worden vastgelegd die voor dat proces relevant zijn. Als van de inhoudelijke richtlijn wordt afgeweken, zal dat altijd, met redenen omkleed, moeten worden vastgelegd.

Doelgroep

De richtlijn is bedoeld voor alle fysiotherapeuten in alle werkvelden. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat het methodisch handelen voor alle fysiotherapeuten in wezen hetzelfde is. Dat betekent overigens niet dat er geen verschillen zijn. Zo zal de zorg in een ziekenhuis vaak van korte duur zijn en is veel van die zorg in protocollen vastgelegd. In een verpleeghuis daarentegen is de zorg vaak langdurig en wordt veelal multidisciplinair gewerkt. Dit heeft natuurlijk consequenties, ook voor de verslaglegging.

* Hierbij dient de fysiotherapeut zich er wel rekenschap van te geven dat ten minste wordt voldaan aan de wetgeving, aan de eisen van de financier/zorgverzekeraar en, indien van toepassing, de eisen van de instelling/organisatie waar de fysiotherapeut werkzaam is.

I Verslaglegging van het fysiotherapeutisch handelen

Omschrijving van de term verslaglegging

Deze KNGF-richtlijn gebruikt de term 'fysiotherapeutische verslaglegging'. Onder verslaglegging wordt verstaan het vastleggen van het besprokene c.q. het gebeurde. Het gaat bij fysiotherapeutische verslaglegging dus om het systematisch vastleggen van gegevens en bevindingen met betrekking tot de fysiotherapeutische hulpverlening.

De richtlijn bespreekt met name de **inhoud** van de fysiotherapeutische verslaglegging hetgeen tot uiting komt in de beschrijving van de zogeheten 'basisgegevens(groepen)' en 'plusgegevens(groepen)'. De richtlijn doet geen bindende uitspraken over de **wijze waarop** de fysiotherapeut gegevens moet vastleggen, bijvoorbeeld in vrije tekst, met behulp van eigen codes of met behulp van classificaties. Wel raadt de richtlijn aan om gebruik te maken van de verschillende dimensies uit de International Classification of Functioning, Disability and Health, de ICF^{3,4}, voorheen de ICIDH⁴.

Doelen van verslaglegging

Verslaglegging door fysiotherapeuten is een hulpmiddel bij het methodisch handelen. Het geeft inzicht in de afwegingen van de fysiotherapeut tijdens het diagnostisch proces, de conclusies die hij daaruit heeft getrokken en de wijze waarop hij de behandeling heeft gestructureerd. Verslaglegging biedt de fysiotherapeut daarmee de mogelijkheid om het eigen handelen te bewaken, te sturen en te evalueren. In die zin functioneert verslaglegging als **geheugensteun** voor de fysiotherapeut.

Door gegevens vast te leggen, onderbouwt de fysiotherapeut zijn handelen niet alleen voor zichzelf (tijdens een behandelingsperiode of als een patiënt** met een nieuwe behandelingsperiode start), maar ook voor anderen (bijvoorbeeld: de verwijzer, de patiënt, een collega die de behandeling (tijdelijk) overneemt en andere, bij de zorg aan de patiënt betrokken hulpverleners). Met andere woorden, verslaglegging biedt ondersteuning bij de overdracht van gegevens en is

daardoor belangrijk voor de **communicatie** met andere hulpverleners (waaronder de verwijzer)⁵, de patiënt en de zorgverzekeraar. Daarnaast ondersteunt verslaglegging continuïteit van de zorg bij (plotselinge) afwezigheid van de therapeut.

De richtlijn gaat dan ook uit van twee hoofddoelen van verslaglegging:

- 1 het creëren van een geheugensteun;
- 2 het creëren van een middel tot communicatie.

Andere mogelijke, eveneens belangrijke doelen van verslaglegging, zoals onderlinge toetsing, wetenschappelijk onderzoek en externe verantwoording, zijn vooralsnog buiten de voorliggende richtlijn gehouden.

Welke gegevens moeten worden vastgelegd?

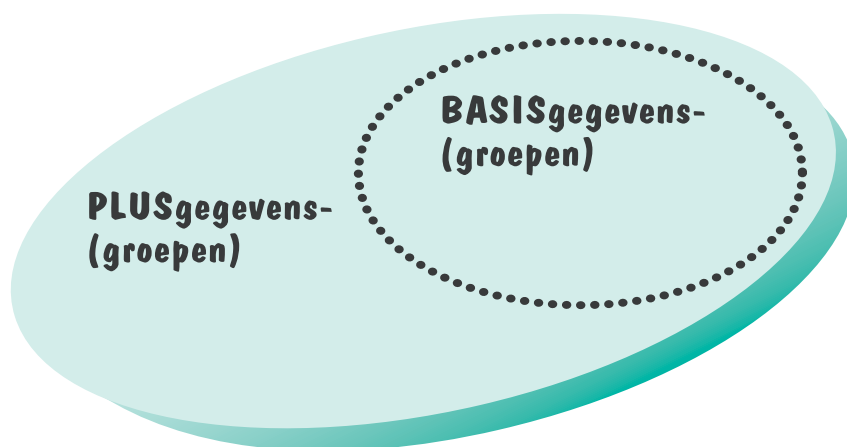
De 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging' geeft weer welke gegevens of gegevens-groepen moeten worden vastgelegd teneinde de twee genoemde hoofddoelen te bereiken. Sleutelwoord hierbij is de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorgverlening. Omdat verslaglegging integraal onderdeel uitmaakt van het fysiotherapeutisch handelen gelden hiervoor, evenals voor andere onderdelen van dat handelen, kwaliteitseisen.

Bij de discussie over de vraag welke gegevens in de verslaglegging van de fysiotherapeut opgenomen moesten worden, zijn, vanuit de twee hoofddoelen 'geheugensteun' en 'communicatie', de volgende criteria gehanteerd:

- gegevens die essentieel zijn in het kader van **beslismomenten** voortvloeiend uit het methodisch fysiotherapeutisch handelen;
- gegevens die noodzakelijk zijn in het kader van communicatie met:
 - verwijzers (volgens de 'KNGF-richtlijn Informatieverstrekking Huisarts'⁵ en de 'Handreiking-Verslaggeving'⁶ (zie Verantwoording en toelichting, B.2 en B.3);
 - patiënten;
 - collegae en andere zorgverleners (continuïteit van zorg).

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

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



Figuur 1. De vast te leggen gegevens: basisgegevens(groepen) en plusgegevens(groepen).

Resultaat van de discussie is de uitgebreide set gegevens(groepen) die in deze richtlijn wordt gepresenteerd. Voor sommige gegevens(groepen) geldt dat zij in vrijwel iedere werksetting van de fysiotherapeut relevant zijn. Voor andere geldt dat het belang ervan gerelateerd is aan de werksetting: gegevens die in de ene werksetting uitermate belangrijk zijn, zijn dat in de andere minder. In bepaalde werksettingen kunnen sommige gegevens zelfs helemaal niet van toepassing zijn.

Introduceren van 'maximale' eisen waaraan verslaglegging zou moeten voldoen, vraagt een inspanning waarvoor vaak niet voldoende tijd beschikbaar is en/of waar, op dit moment, onvoldoende financiële vergoeding tegenover staat.

Bovenstaande overwegingen hebben geleid tot een splitsing van de 'vast te leggen gegevens' in 'basisgegevens(groepen)' en 'plusgegevens(groepen)' (zie figuur 1). Deze splitsing creëert een groeipad: het biedt de fysiotherapeut de mogelijkheid om, afhankelijk van de werksetting en de beschikbare mogelijkheden binnen die werksetting, een ontwikkeling door te maken op het gebied van verslaglegging.

Tot de basisgegevens(groepen) behoren:

- de gegevens(groepen) die vastgelegd moeten worden uit hoofde van wet- en regelgeving;
- de zorginhoudelijke gegevens(groepen) die vastgelegd worden ten behoeve van het machtiging- en declaratieverkeer.

Tot de plusgegevens(groepen) behoren:

- alle overige gegevens(groepen) die relevant zijn voor het bereiken van de hoofddoelen van verslaglegging – geheugensteun en communicatie – en die voldoen aan de onderaan bladzijde 5 genoemde criteria.

Iedere fysiotherapeut wordt geacht te werken volgens de 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging'. Om hieraan te voldoen moeten in ieder geval de basisgegevens(groepen) op zorgvuldige en betrouwbare wijze worden opgenomen in de verslaglegging. Hiermee voldoet de fysiotherapeut in principe aan de meest basale eisen die aan de verslaglegging door fysiotherapeuten worden gesteld.

Fysiotherapeuten die hogere eisen stellen aan de kwaliteit van hun verslaglegging, worden gestimuleerd om tevens de voor hun werksetting relevante plusgegevens(groepen) vast te leggen.

In de 'Verantwoording en toelichting' is beschreven op welke gronden het onderscheid tussen basisgegevens en plusgegevens tot stand is gekomen.

Hoe moeten de gegevens worden vastgelegd?

Fysiotherapeuten kunnen gegevens in eigen bewoordingen (vrije tekst) en volgens eigen systematiek vastleggen. Bij deze laatste mogelijkheid kan de fysiotherapeut al dan niet gebruikmaken van (standaard)classificaties. Een classificatie is een begrippenstelsel waarin begrippen, op grond van indelingscriteria, steeds verder worden onderverdeeld in klassen en subklassen.

De Nederlandse vertaling van de ICF³ lijkt voornamelijk de meest bruikbare classificatie als het gaat om het

vastleggen van de functioneringsproblemen (zoals verwoord door de patiënt), de onderzoeksgegevens van de fysiotherapeut voortvloeiend uit het fysiotherapeutisch onderzoek, (een deel van) de fysiotherapeutische diagnose en, indirect, de behandeldoelen en de behandelresultaten. Daarnaast zijn eventueel andere classificaties en codelijsten te gebruiken, zoals de Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen (CVPB)⁷ (voor het vastleggen van de diagnostische en de therapeutische/preventieve handelingen van fysiotherapeuten) en de VNZ-codering die tot op heden in de eerstelijnszorg wordt gebruikt voor het coderen van de verwijsdiagnose.

Wie moet de gegevens vastleggen?

De kwaliteit van de gegevens is in belangrijke mate gekoppeld aan het 'vastleggen bij de bron': degene die de gegevens 'produceert' legt deze vast. Dat betekent in dit geval de behandelend fysiotherapeut of diens waarnemer. In de dagelijkse praktijk zullen de persoonsgegevens, de verzekeringsgegevens en de verwijsgegevens van de patiënt, evenals de behandeldata, vaak niet door de fysiotherapeut zelf worden vastgelegd, maar door anderen, bijvoorbeeld door een administratief medewerker of de verwijzer. Ook in dat geval berust de verantwoordelijkheid voor de vastlegging in het kader van de fysiotherapeutische verslaglegging echter bij de fysiotherapeut of diens waarnemer.

Tijdsinvestering

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

Uitgangspunt in de discussies moet zijn dat de verslaglegging een substantieel onderdeel uitmaakt van het totale handelingstraject, dat een goede verslaglegging de kwaliteit van het primaire zorgproces positief beïnvloedt, dat kwalitatief goede zorg met een goede verslaglegging zichtbaar kan worden gemaakt en dat de kwaliteit van de verslaglegging is gekoppeld aan de beschikbare tijd. Op het moment van schrijven van

deze richtlijn zijn de discussies nog niet afgerond. Dat betekent dat de keuzes die bij de totstandkoming van deze richtlijn zijn gemaakt en die zijn neergelegd in deze richtlijn zijn gebaseerd op het optimaliseren van de kwaliteit van verslaglegging als basis voor kwalitatief goede zorg en niet op basis van de vraag welke gegevens kunnen worden vastgelegd gezien de op dit moment voor verslaglegging beschikbare hoeveelheid tijd.

Toetsing door zorgverzekeraars

Aangezien de zorgverzekeraars verplicht zijn doelmatige en kwalitatief verantwoorde zorg in te kopen, komt het steeds vaker voor dat in het contract dat gesloten wordt tussen de zorgverzekeraar en de fysiotherapeut een kwaliteitsparagraaf wordt opgenomen. Een aantal zorgverzekeraars heeft hier, onder andere, inhoud aan gegeven door patiëntendossiers op te vragen met als doel deze te toetsen aan vooraf gestelde criteria. Deze criteria zijn veelal gebaseerd op de 'Richtlijnen voor de Fysiotherapeutische Verslaglegging' uit 1993¹.

Voorliggende richtlijn is uitdrukkelijk bedoeld als richtlijn voor de fysiotherapeuten zelf bij het inrichten en uitvoeren van de eigen verslaglegging, als geheugensteun en als hulpmiddel bij de communicatie met de patiënt, de verwijzer en anderen die betrokken zijn bij de fysiotherapeutische zorg.

Zorgverzekeraars die gebruik willen maken van de 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging' als instrument bij het toetsen van de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg dienen de uitgangspunten van deze richtlijn te respecteren.

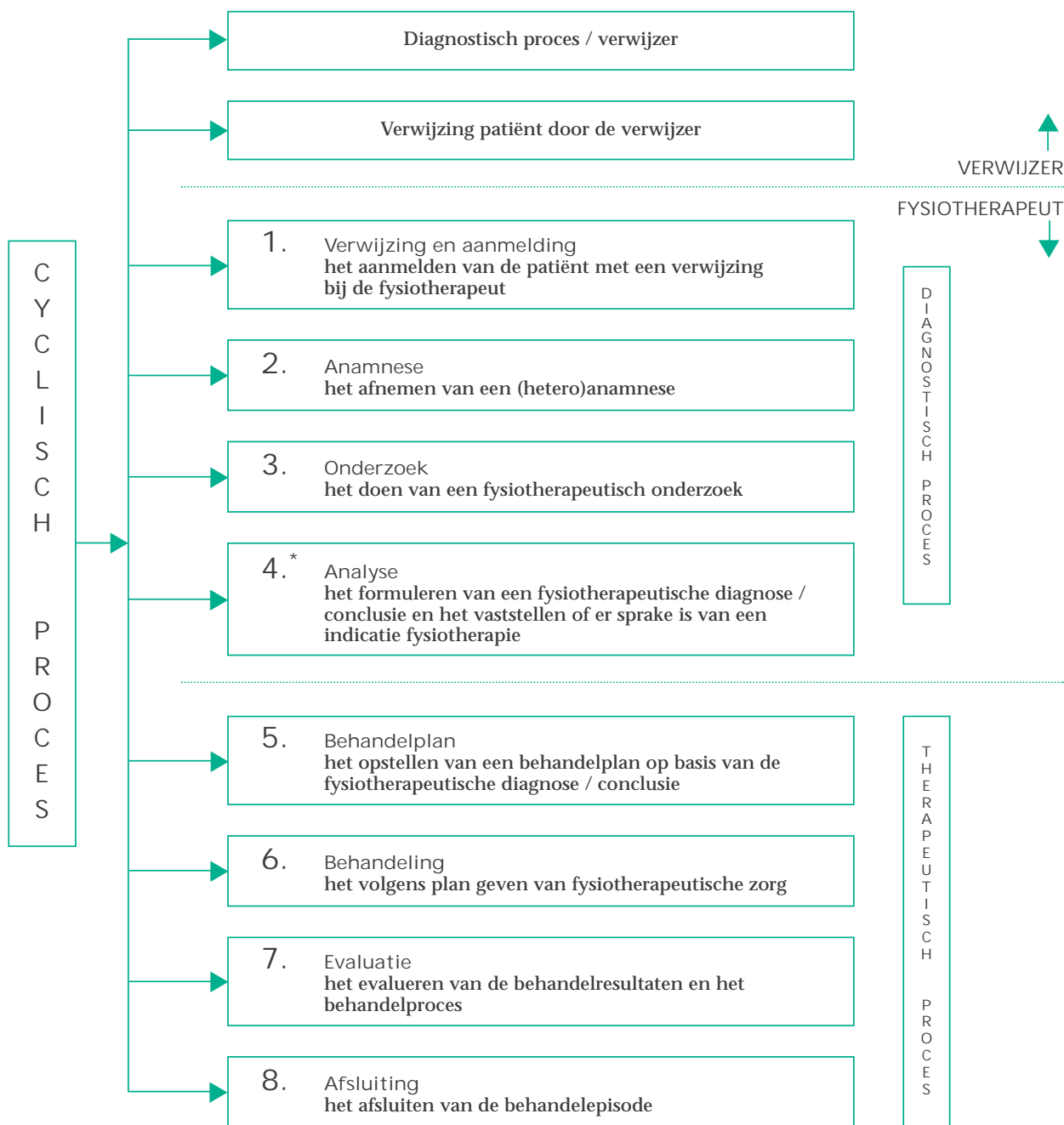
Zo zullen zorgverzekeraars bijvoorbeeld alleen patiëntendossiers kunnen toetsen aan de hand van criteria die betrekking hebben op het vastleggen van gegevens die in de richtlijn zijn opgenomen als basisgegevens(groepen) en niet op gegevens die in de richtlijn zijn opgenomen als plusgegevens(groepen).

Daarnaast is het van belang zorgvuldige overweging in acht te nemen bij het maken van afspraken over interpretatie van de toetsingsresultaten en de eventuele conclusies die daarop kunnen worden gebaseerd om te waarborgen dat toepassing van de 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging' in lijn is met de geest waarin de richtlijn is ontwikkeld en de doelen ervan.

II Het zorgverleningsproces

Figuur 2 geeft het zorgverleningsproces schematisch weer.

Figuur 2. Schematische voorstelling van het zorgverleningsproces.



* Het diagnostisch proces van de fysiotherapeut wordt afgesloten met het formuleren van de fysiotherapeutische diagnose en het vaststellen of er al dan niet een indicatie is voor fysiotherapie. Als er geen indicatie is voor fysiotherapie zal de fysiotherapeut de patiënt terugsturen naar de verwijzer. Daarmee is het diagnostisch proces afgerond. Als er wel een indicatie is voor fysiotherapie zal de fysiotherapeut – in overleg met de patiënt – een behandelplan opstellen. Het behandelplan vormt hiermee de eerste stap van het therapeutisch proces. Bij een fysiotherapeutisch consult wordt vaak op verzoek van de verwijzer een behandelplan opgesteld om een indruk te geven van behandeldoelen en het aantal benodigde sessies c.q. de behandelduur terwijl er in feite (nog) geen sprake is van een therapeutisch proces.

II.I Stap 1: verwijzing en aanmelding

Doel van stap 1

Stap 1 in het methodisch handelen is de verwijzing door de arts en de aanmelding van de patiënt bij de fysiotherapeutische praktijk/afdeling. Tijdens stap 1 zal de fysiotherapeut vaststellen of de verwijzing volledig en duidelijk is en of, op basis daarvan, kan worden doorgeslagen met stap 2, de anamnese. Zo nodig neemt de fysiotherapeut contact op met de verwijzer. Zie tabel 1 voor de vast te leggen basisgegevens(groepen) en plusgegevens(groepen) bij stap 1.

Toelichting op de basisgegevens(groepen)

Persoonsgegevens van de patiënt

Bij de persoonsgegevens van de patiënt gaat het om naam, adres, woonplaats, geboortedatum en geslacht. Deze gegevens moeten worden vastgelegd ter identificatie van de patiënt*. Geboortedatum en geslacht

kunnen van belang zijn bij specifieke aandoeningen. Daarnaast moeten persoonsgegevens worden vastgelegd ten behoeve van financieel-administratieve handelingen.

Verzekeringsgegevens van de patiënt

Verzekeringsgegevens (soort verzekering, naam zorgverzekeraar, verzekeringsnummer) worden vastgelegd ten behoeve van financieel-administratieve handelingen. In bepaalde sectoren, bijvoorbeeld verpleeghuizen en ziekenhuizen, worden verzekeringsgegevens soms elders binnen de organisatie vastgelegd.

Behandelend fysiotherapeut

Uit het noteren van de naam van de fysiotherapeut** moet blijken wie verantwoordelijk is voor de behandeling van de betrokken patiënt.

Tabel 1. Vast te leggen basisgegevens(groepen) en plusgegevens(groepen) bij stap 1: verwijzing en aanmelding.

Basisgegevens(groepen)	Plusgegevens(groepen)
<ul style="list-style-type: none"> ● persoonsgegevens van de patiënt ● verzekeringsgegevens van de patiënt ● behandelend fysiotherapeut ● huisarts ● verwijsgegevens: <ul style="list-style-type: none"> - verwijzer - specialisme van de verwijzer - verwijsdatum - verwijsdiagnose / diagnostische gegevens - eventuele consultvraag 	<ul style="list-style-type: none"> ● datum van aanmelding ● aanvullende gegevens van de verwijzer ● reden voor opname (intramuraal)
<p>Niet aan een fase gebonden***</p> <ul style="list-style-type: none"> ● gehanteerde richtlijn / gehanteerd protocol ● afwijking van de richtlijn of het protocol ● (relatieve) contra-indicaties voor verder(e) fysiotherapeutisch(e) onderzoek of behandeling 	

* Binnen de gezondheidszorg wordt gewerkt aan de ontwikkeling van het ZIN, het zorgidentificatienummer, een uniek nummer voor de patiënt. Op dit moment is nog niet precies helder hoe dit nummer eruit zal gaan zien. Wel is duidelijk dat dit nummer een belangrijke rol gaat spelen in de (elektronische) communicatie tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en zorgverzekeraars.

** Binnen de gezondheidszorg wordt gewerkt aan de ontwikkeling van het UZI, het unieke zorgverlener identificatienummer, een uniek nummer voor iedere zorgverlener. Op dit moment is nog niet precies helder hoe dit nummer eruit gaat zien. Wel is duidelijk dat dit nummer een belangrijke rol zal gaan spelen in de (elektronische) communicatie tussen zorgverleners en tussen zorgverleners en zorgverzekeraars.

*** Deze gegevens zijn niet aan een fase gebonden omdat de fysiotherapeut op meerdere momenten in het zorgverleningsproces kan besluiten een richtlijn of protocol te gebruiken. Dit geldt ook voor de keuze om af te wijken van de eventueel gekozen richtlijn of het protocol en het beschikbaar komen van (relatieve) contra-indicaties. Het totaalschema vermeldt deze niet aan een fase gebonden gegevens onderaan.

Huisarts

De naam van de huisarts* dient te worden vastgelegd, ook als de huisarts niet de verwijzer is. Eventueel kunnen ook de adresgegevens van de huisarts hier worden vastgelegd wanneer deze niet elders beschikbaar zijn.

Verwijsgegevens

Het vastleggen van verwijsgegevens is van belang omdat de verwijzing het vertrekpunt vormt voor de fysiotherapeutische zorg. Tot de basisgegevens behoren:

- **verwijzer***. De naam van de verwijzer dient te worden genoteerd. Fysiotherapeuten die werkzaam zijn in de eerstelijnszorg dienen, in het kader van machtiging- en declaratieverkeer, voornamelijk de 'zorgverlenerscode verwijzer' (AGB-code) te vermelden.
- **specialisme van de verwijzer**: bijvoorbeeld huisarts, een medisch specialisme of anderszins.
- **verwijsdatum**: de datum waarop de verwijzer de verwijzing heeft afgegeven.
- **verwijsdiagnose** / diagnostische gegevens**: de informatie die de verwijzend arts aangeeft (in relatie tot de verwijzing naar de fysiotherapeut).

Fysiotherapeuten werkzaam in de eerstelijnszorg dienen, in het kader van machtiging- en declaratieverkeer, de verwijsdiagnose om te zetten in een drietal codes:

- 1 verwijsdiagnosecode paramedische hulp (VNZ-code);
- 2 code soort indicatie paramedische hulp (chronische lijst);
- 3 indicatie ongeval (ja/nee).

- **eventuele consultvraag**: indien de fysiotherapeut een Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek (CFO-consultatie) uitvoert, noteert hij hier de consultvraag. De fysiotherapeut formuleert, op basis van de resultaten van het fysiotherapeutisch diagnostisch proces, het antwoord op de consultvraag (zie Stap 4).

Toelichting op de plusgegevens(groepen)

Datum van aanmelding

De datum van aanmelding is de datum waarop de patiënt zich aanmeldt c.q. wordt aangemeld bij de fysiotherapeutische praktijk/afdeling. Dit hoeft niet de da-

tum te zijn van de verwijsbrief.

De datum van aanmelding is van belang om zicht te krijgen op de periode tussen verwijsdatum en aanmelding (de tijd dat de patiënt ermee wacht met zich aanmelden bij de praktijk/afdeling) en de periode die verstrijkt tussen aanmelding en eerste behandeling (de wachttijd).

Aanvullende gegevens van de verwijzer

Bij aanvullende gegevens van de verwijzer zijn gegevens denkbaar van de verwijzer zelf, zoals bijvoorbeeld zijn bereikbaarheid en zijn adresgegevens, maar ook aanvullende verwijsgegevens zoals medicatiegebruik, nevenpathologie of psychosociale gegevens van de patiënt, het verzoek dat de verwijzer doet tot het verlenen van een bepaalde dienst of verrichting en het beleid van de verwijzer tot nu toe.

Reden voor opname (intramuraal)

Bij intramurale behandeling van de patiënt is het vaak van belang de reden van opname te noteren.

Toelichting op de niet aan een fase gebonden gegevens

De fysiotherapeut legt vast welke richtlijn (bijvoorbeeld een KNGF-richtlijn) dan wel welk protocol (bijvoorbeeld een lokaal ontwikkeld protocol) hij hanteert (althans, indien hij een richtlijn/protocol gebruikt). Omdat de meeste richtlijnen/protocollen zijn gebaseerd op de medische diagnose kan de fysiotherapeut vóór het afnemen van de anamnese reeds bezien of er een richtlijn/protocol beschikbaar is en of hij deze gaat gebruiken.

Gehanteerde richtlijn / gehanteerd protocol

De keuze van een richtlijn/protocol maakt als zodanig geen deel uit van de verwijzing en de aanmelding. Om die reden staat dit gegeven in de richtlijn vermeld als 'niet aan een fase gebonden' gegevens.

Afwijking van de richtlijn of het protocol

Als de fysiotherapeut besluit af te wijken van de richtlijn of het protocol, dient hij dit beargumenteerd te

* Zie voetnoot** op pagina 9.

** De verwijsdiagnose/verwijsgegevens van de verwijzer zijn de gegevens die de verwijzer van belang acht voor de discipline waar naar hij verwijst. De verwijsdiagnose/verwijsgegevens kunnen bestaan uit de medische diagnose en resultaten van medisch onderzoek, de gezondheidsproblemen op grond waarvan de arts de indicatie voor verwijzing heeft gesteld, een samenvatting van de ziekten/aandoeningen waaraan de patiënt lijdt of heeft geleden, en/of psychosociale informatie.⁸

beschrijven (uiteraard is dit slechts relevant indien de fysiotherapeut een richtlijn of een protocol volgt). Hij moet ook aangeven in welke zin hij afwijkt van de richtlijn of het protocol.

(Relatieve)contra-indicaties voor verder(e) fysiotherapeutisch(e) onderzoek of behandeling

Bij het diagnostisch proces kunnen gegevens beschikbaar komen die voortzetting van de fysiotherapeutische diagnostiek dan wel behandeling (tijdelijk) ongewenst maken. Ook deze gegevens legt de fysiotherapeut vast als (relatieve) contra-indicaties voor verder(e) fysiotherapeutisch(e) onderzoek of behandeling. Relatieve contra-indicaties kunnen ook tot gevolg hebben dat verder(e) fysiotherapeutisch(e) onderzoek of behandeling slechts onder bepaalde voorwaarden kan plaatsvinden.

II.II Stap 2: anamnese

Doel van stap 2

Stap 2 van het methodisch handelen bestaat uit de (hetero-)anamnese. In deze fase is de fysiotherapeut op zoek naar gegevens rond het ervaren gezondheidsprobleem van de patiënt die richting kunnen geven aan het fysiotherapeutisch onderzoek dat in de volgende fase wordt uitgevoerd.

Zie tabel 2 voor de vast te leggen basisgegevens (groepen) en plusgegevens(groepen) bij stap 2.

Toelichting op de basisgegevens(groepen)

Contactreden/hulpvraag van de patiënt en/of betrokkene(n)

Door middel van het afnemen van de anamnese probeert de fysiotherapeut, onder andere, de reden voor

de komst van de patiënt en/of betrokkene(n) naar de praktijk/afdeling te verhelderen. Doorgaans formuleert de patiënt de contactreden als een omschrijving van zijn vraag om hulp (hulpvraag). Soms heeft de patiënt zelf geen hulpvraag of is hij zich daar niet van bewust, maar heeft de huisarts de patiënt verwezen ('de huisarts stuurt me naar u toe') of is het protocol dat bijvoorbeeld standaard in het ziekenhuis wordt gehanteerd reden tot contact.

Na de anamnese moet de patiënt de reden van zijn komst naar de praktijk/afdeling herkennen in de manier waarop de fysiotherapeut de contactreden en/of hulpvraag verwoordt. Soms verwoordt niet de patiënt zelf, maar iemand anders de contactreden/hulpvraag, zoals ouder(s) of verzorger(s), een partner of een wettelijk vertegenwoordiger, bijvoorbeeld wanneer de patiënt zijn contactreden/hulpvraag niet zelf kan verwoorden.

Ervaren functioneringsproblemen

Via de anamnese tracht de fysiotherapeut duidelijkheid te krijgen over de belangrijkste functioneringsproblemen die de patiënt zelf ervaart.

Hierbij kan gedacht worden aan:

- de **aard** van de problemen: vastgelegd in termen van stoornissen in functies of anatomische eigenschappen en/of beperkingen in activiteiten en/of participatieproblemen. Bijvoorbeeld: pijn, ADL-problemen, niet kunnen werken, hobby's niet kunnen uitoefenen.
- de **ernst** van de problemen: vastgelegd in de eigen bewoordingen van de patiënt dan wel vastgesteld via een meetinstrument.
- **invloeden** die bestaan op de problemen (+/-): bevorderende of belemmerende (persoonlijke of

Tabel 2. Vast te leggen basisgegevens(groepen) en plusgegevens(groepen) bij stap 2: anamnese.

Basisgegevens(groepen)	Plusgegevens(groepen)
<ul style="list-style-type: none"> ● contactreden/hulpvraag van de patiënt en/of betrokkene(n) ● ervaren functioneringsproblemen ● medische (voor)geschiedenis ● andere of eerder verleende zorg 	<ul style="list-style-type: none"> ● psychische en sociaal-maatschappelijke gegevens ● gebruik van hulpmiddelen ● wijze van omgang met functioneringsproblemen ● mening van de patiënt over zijn gezondheidstoestand ● verwachtingen van de patiënt ● voorlopige conclusie/hypothese(n)

externe) factoren die de functioneringsproblemen positief dan wel negatief beïnvloeden.

- **beloop** van de problemen: het beloop van de functioneringsproblemen van de patiënt tot nu toe.

Medische (voor)geschiedenis

Het is van belang om gegevens vast te leggen die te maken hebben met het medisch verleden van de patiënt en zijn huidige medische toestand.

Hierbij kan gedacht worden aan:

- **ziekten/aandoeningen**: de doorgemaakte of reeds vroeger opgedane ziekten/aandoeningen voorzover relevant voor de huidige gezondheidstoestand* c.q. de fysiotherapeutische zorg en de eventuele relevante nevenpathologie.
- **erfelijkheid en familiariteit**: bij sommige ziekten/aandoeningen is het van belang te bepalen of er sprake is van een erfelijke of familiale aanleg.
- **medische verrichtingen** (inclusief operaties): waaronder ook vallen diagnostische verrichtingen, zoals röntgenfoto's, en andere therapeutische en/of preventieve verrichtingen, zoals laboratorium- en scopisch onderzoek. Ook hier geldt dat het alleen gaat om verrichtingen die relevant zijn voor de huidige gezondheidstoestand.
- **medicatie**: namelijk die medicijnen die relevant zijn in het kader van de huidige gezondheidstoestand.

De fysiotherapeut hoeft niet de gehele medische (voor)geschiedenis van een patiënt vast te leggen. De fysiotherapeut dient zich te beperken tot die gegevens die – gezien de verwijfsdiagnose en/of de contactreden/hulpvraag – direct of indirect van invloed zijn op de fysiotherapeutische zorg.

Andere of eerder verleende zorg

Tot andere zorg behoren gegevens over de eventuele behandeling door andere zorgverleners, waaronder de zorg valt die wordt verleend door andere paramedici, maar ook bijvoorbeeld thuiszorg of maatschappelijk werk.

Ook gegevens over eerder verleende zorg worden hier vermeld (zowel eerder verleende fysiotherapeutische zorg als eerder verleende zorg van andere zorgverleners, voorzover deze gegevens relevant zijn in relatie tot het huidige probleem).

De medische zorg die de patiënt heeft of heeft gehad, staat reeds vermeld bij de medische (voor)geschiedenis.

Toelichting op de plusgegevens(groepen)

Psychische en sociaal-maatschappelijke gegevens

Psychische en sociaal-maatschappelijke gegevens kunnen van grote invloed zijn op het functioneren van de patiënt. Het gaat om een brede categorie gegevens. De fysiotherapeut hoeft alleen die gegevens vast te leggen die direct of indirect relevant zijn voor de fysiotherapeutische zorg, bijvoorbeeld:

- **woonsituatie**: kenmerken van de woning, de straat of de buurt, het dorp of de stad, etc.;
- **thuissituatie**: kenmerken van de leefsituatie (alleenstaand, in gezinsverband, wel of geen kinderen, wel of geen hulp van partner of anderen);
- **beroep/bezigheden**: inclusief school, vrijwilligerswerk, etc.;
- **sport/hobby's**;
- **belasting/belastbaarheid**: de discrepantie tussen wat de patiënt wil en kan en wat de omgeving van hem vraagt.

Gebruik van hulpmiddelen

De fysiotherapeut noteert de hulpmiddelen die de patiënt eventueel gebruikt, bijvoorbeeld zwachtels, loop-hulpmiddelen, een rolstoel en aangepast vervoer.

Wijze van omgang met functioneringsproblemen

De fysiotherapeut beschrijft hier de wijze waarop de patiënt omgaat met problemen aangaande eigen functioneren en wat de patiënt er tot nu toe zelf aan heeft gedaan.

Mening van de patiënt over zijn gezondheidstoestand

De fysiotherapeut beschrijft het beeld dat de patiënt zelf heeft van de functioneringsproblemen, de oorzaak van deze problemen en de prognose.

* In de ICF wordt de term 'gezondheidstoestand' gebruikt ter aanduiding van het totale beeld van de gezondheid van de patiënt: de eventueel aanwezige ziekte(n)/aandoening(en) en (de functioneringsproblemen) het functioneren van de patiënt.³

Verwachtingen van de patiënt

De verwachtingen die de patiënt heeft over het proces en het resultaat van de fysiotherapeutische behandeling zijn belangrijk: bij te hoge verwachtingen zullen de resultaten van de fysiotherapeutische zorg wellicht tegenvallen, bij te lage verwachtingen zal de motivatie van de patiënt mogelijk te wensen overlaten. Deze verwachtingen moet de fysiotherapeut dan ook bespreken en noteren.

Voorlopige conclusie/hypothese(n)

De anamnese mondt vaak uit in een voorlopige conclusie die wordt verwoord in één of meerdere voorlopige hypothesen. Zowel conclusie als hypothese(n) kan de fysiotherapeut hier vastleggen.

II.III Stap 3: onderzoek*Doel van stap 3*

Stap 3 van het methodisch handelen bestaat uit het uitvoeren van een fysiotherapeutisch onderzoek, waar mogelijk aansluitend bij de in de anamnese geformuleerde voorlopige conclusie/hypothese(n). Tijdens het fysiotherapeutisch onderzoek objectificeert de fysiotherapeut de aard en de ernst van de functioneringsproblemen van de patiënt, waarmee hij de voorlopige hypothese(n) voortkomend uit de anamnese, toetst.

Zie tabel 3 voor de vast te leggen basisgegevens(groepen) bij stap 3.

Toelichting op de basisgegevens(groepen)*Diagnostische verrichtingen*

Diagnostische verrichtingen zijn de handelingen die de fysiotherapeut uitvoert ten behoeve van de diagnostiek. Daarbij gaat het om, onder andere, inspectie/observatie, palpatie, percussie, auscultatie en het uitvoeren van tests en metingen. Bij het vastleg-

gen van de diagnostische verrichtingen wordt, indien van toepassing, ook genoteerd van welke diagnostische hulpmiddelen c.q. meetinstrumenten is gebruikgemaakt.

De bij het onderzoek gebruikte diagnostische hulpmiddelen variëren van reflexhamer tot observatieschaal en ganganalyse-apparaatuur.

Bevindingen van de fysiotherapeut / resultaten van onderzoek

De fysiotherapeut legt zijn bevindingen zoals verzameld tijdens het fysiotherapeutisch onderzoek vast, waar mogelijk in maat en getal. Bijvoorbeeld, en bij voorkeur, in termen van (stoornissen in) functies of anatomische eigenschappen en/of (beperkingen in) activiteiten en/of participatie(problemen).

II.IV Stap 4: analyse*Doel van stap 4*

Tijdens stap 4 in het methodisch handelen vindt een analyse plaats van de tot dan toe verkregen gegevens. Op basis van de analyse formuleert de fysiotherapeut een fysiotherapeutische diagnose/conclusie*. Hierbij gaat het om het samenvatten en interpreteren van de verzamelde gegevens (verwijsgegevens en bevindingen uit de fysiotherapeutische anamnese en het fysiotherapeutisch onderzoek), en het op basis hiervan vaststellen of er al dan niet sprake is van een indicatie voor fysiotherapie.

Indien de patiënt is verwezen voor een consult, dienen de bij deze stap verkregen gegevens, of een selectie daarvan, ertoe om de consultvraag van de verwijzer te beantwoorden.

Zie tabel 4 voor de vast te leggen basisgegevens(groepen) bij stap 4.

Tabel 3. Vast te leggen basisgegevens(groepen) bij stap 3: onderzoek.

Basisgegevens(groepen)
<ul style="list-style-type: none"> ● diagnostische verrichtingen ● bevindingen van de fysiotherapeut / resultaten van onderzoek

* De fysiotherapeutische diagnose is een beroepsspecifiek oordeel van de fysiotherapeut over het gezondheidsprofiel van de patiënt, als basis voor het – in samenspraak met de patiënt (of betrokkene(n)) – op te stellen behandelplan.^{9,10}

Tabel 4. Vast te leggen basisgegevens(groepen) bij stap 4: analyse.

Basisgegevens(groepen)
<ul style="list-style-type: none"> • fysiotherapeutische diagnose/conclusie* • indicatie voor fysiotherapie (ja/nee) • eventuele conclusie van de consultatie

Toelichting op de basisgegevens(groepen)

Fysiotherapeutische diagnose/conclusie

De fysiotherapeutische diagnose wordt, met toelichting en motivatie, beknopt genoteerd. Bij de fysiotherapeutische diagnose spelen – naast leeftijd en contactredenen die al bij de anamnese staan – de volgende gegevens een rol:

- de **belangrijkste functioneringsproblemen** van de patiënt **qua aard en ernst**.
De aard van de problemen wordt, waar mogelijk, weergegeven in termen van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen (ICF).^{3,4} Het gaat hier om de meest kenmerkende en voor de behandeling meest relevante stoornissen, beperkingen en participatieproblemen.
- het **beloop** van de belangrijkste functioneringsproblemen van de patiënt. De fysiotherapeut beschrijft eventuele afwijkingen in het natuurlijk beloop (herstel) zowel wat betreft tijdsduur als wat betreft symptomen.
- de **prognose/beïnvloedbaarheid** van de belangrijkste functioneringsproblemen van de patiënt. Het gaat hier om een aanduiding van de mate waarin en de snelheid waarmee de functioneringsproblemen kunnen veranderen, de mate waarin fysiotherapie dat proces kan beïnvloeden, alsmede de kans op recidivering.
- **onderliggende medische factoren**. Hiermee worden bedoeld de aan de functioneringsproblemen van de patiënt ten grondslag liggende, dan wel met deze problemen samenhangende medische factoren, zoals ziekten/aandoeningen/ syndromen, operaties en medicamenten. Deze

ziekten/aandoeningen/syndromen, operaties en medicamenten kunnen deel uitmaken van de verwijsgegevens of later, op verzoek van de fysiotherapeut, door de arts verstrekt zijn, of door de fysiotherapeut tijdens het diagnostisch proces in kaart zijn gebracht.

- **onderliggende persoonlijke en externe factoren**. Hierbij omschrijft de fysiotherapeut andere aan de functioneringsproblemen van de patiënt ten grondslag liggende, dan wel met deze problemen samenhangende factoren, die door de fysiotherapeut tijdens de anamnese of het onderzoek in kaart zijn gebracht. Het gaat daarbij om (onderling gerelateerde) factoren als:
 - fysieke en psychische belasting-belastbaarheid;
 - ontwikkelingsproblematiek;
 - het leervermogen (met name het motorisch leervermogen);
 - ideeën van de patiënt over gezondheid en ziekte in het algemeen;
 - ideeën van de patiënt over zijn eigen rol in de ervaren gezondheidsproblemen en de oorzakelijke factoren van die problemen;
 - vroegere (traumatische) ervaringen met betrekking tot lichaamsbeleving;
 - omgang met klachten;
 - de motivatie van de patiënt;
 - leefstijl (zoals bewegings- en voedingsgewoonten);
 - invloeden uit sociale omgeving (zoals gezinsituatie en werksituatie);
 - beschikbaarheid van adequate hulpmiddelen en aanpassingen in de omgeving.

* De fysiotherapeutische conclusie/diagnose bestaat, naast de hierna genoemde gegevensgroepen, ook uit leeftijd en contactredenen/hulpvraag patiënt en/of betrokkene(n). Omdat deze gegevens al eerder zijn vastgelegd, worden ze hier niet opnieuw genoemd. Deze gegevens zijn wel van groot belang bij het opstellen van het behandelplan. Als de fysiotherapeut het handig vindt de volledige fysiotherapeutische conclusie/diagnose op één plaats te kunnen terugvinden, dient hij – in een handmatig systeem – beide gegevens hier opnieuw vast te leggen.

Indicatie voor fysiotherapie (ja/nee)

Indien de fysiotherapeut, op basis van de interpretatie van de voorliggende gegevens, concludeert dat fysiotherapie voor deze gezondheidsproblemen zinvol is (indicatie fysiotherapie), gaat hij door naar stap 5 (formuleren van het behandelplan).

Indien de fysiotherapeut concludeert dat fysiotherapie niet zinvol is, noteert hij 'geen indicatie voor fysiotherapie' en gaat hij verder naar stap 8 (afsluiting behandelingsperiode).

Het is ook mogelijk dat er onvoldoende informatie beschikbaar is om te komen tot een diagnose/conclusie of een indicatie. In dat geval kan de fysiotherapeut de patiënt terugsturen naar de verwijzer voor aanvullend onderzoek dan wel zelf aanvullende informatie verzamelen via anamnese en/of onderzoek. De beslissing of er sprake is van een indicatie voor fysiotherapie wordt dan uitgesteld tot er wél voldoende informatie beschikbaar is.

Eventuele conclusie van de consultatie

Indien sprake is van consultatie noteert de fysiotherapeut het antwoord op de consultvraag.

II.V Stap 5: behandelplan**Doel van stap 5**

Stap 5 van het methodisch handelen wordt gevormd door het formuleren van een behandelplan.

In samenspraak met de patiënt of diens vertegen-

woordiger en eventueel andere disciplines wordt een behandel- of zorgplan* opgesteld. De behandeling wordt in het behandelplan nauwkeurig omschreven, zowel als geheugensteun als ten behoeve van de overdracht van gegevens aan anderen.

Zie tabel 5 voor de vast te leggen basisgegevens(groepen) en plusgegevens(groepen) bij stap 5.

Toelichting op de basisgegevens(groepen)**Beoogd eindresultaat / hoofddoel**

Met beoogd eindresultaat of hoofddoel geeft de fysiotherapeut aan wat hij concreet nastreeft met de fysiotherapeutische behandelingsperiode als geheel. Zoals verwoord in de 'Moduul Methodisch Handelen' gaat het om zo concreet mogelijk – in maat en getal – geformuleerde doelen gekoppeld aan een bepaalde tijdsperiode.¹¹

Geplande verrichtingen / aard van de behandeling (inclusief verstrekte informatie/adviezen)

Bij geplande verrichtingen / aard van de behandeling noteert de fysiotherapeut gegevens over de gekozen fysiotherapeutische verrichtingen (het begeleiden, sturen/oefenen, fysische therapie in engere zin en manuele verrichtingen).

Hiertoe behoren ook expliciet gegevens over informatie/adviezen die de fysiotherapeut heeft verstrekt aan de patiënt dan wel aan (een) direct betrokkene(n).

Tabel 5. Vast te leggen basisgegevens(groepen) en plusgegevens(groepen) bij stap 5: behandelplan.

Basisgegevens(groepen)	Plusgegevens(groepen)
<ul style="list-style-type: none"> ● beoogd eindresultaat / hoofddoel ● geplande verrichtingen / aard van de behandeling (inclusief verstrekte informatie/adviezen) ● toestemming voor een eventuele bijzondere of voorbehouden handeling ● besproken met / akkoord van de patiënt 	<ul style="list-style-type: none"> ● beoogde tussenresultaten / tussendoelen ● beoogd multidisciplinair resultaat / multidisciplinair doel ● multidisciplinaire afspraken ● verwacht aantal sessies / verwachte duur van de behandelingsperiode ● geplande startdatum van de behandeling ● geplande behandellocatie ● geplande duur van de sessie ● verwacht/gepland moment van de evaluatie

* In multidisciplinaire settings kan het fysiotherapeutisch behandelplan zijn opgenomen als afzonderlijk deel van een multidisciplinair plan, dan wel kunnen de fysiotherapeutische gegevens een integraal onderdeel vormen van een zorgplan.

Toestemming voor een eventuele bijzondere of voorbehouden handeling

Voor het verrichten van een bijzondere of voorbehouden handeling is vooraf toestemming vereist zowel van de verwijzer als van de patiënt.* De verkregen toestemming (datum, van wie) moet schriftelijk worden vastgelegd (zie Verantwoording en toelichting, A.1).

Besproken met / akkoord van de patiënt

De fysiotherapeut stelt het behandelplan op in samenspraak met de patiënt en/of andere betrokkene(n). Hij legt vast dat het behandelplan met de patiënt is besproken dan wel dat de patiënt akkoord gaat met het behandelplan. Daarbij is geen handtekening vereist, alleen een vermelding dat dit daadwerkelijk besproken is dan wel dat de patiënt zich daadwerkelijk akkoord heeft verklaard. Dit dient te gebeuren voordat de behandeling begint. Evenzo dient de fysiotherapeut de toestemming vast te leggen bij veranderingen in het behandelplan (bijvoorbeeld verandering van doelen of behandelvorm) of als een andere fysiotherapeut de behandeling overneemt. Op verzoek van de patiënt is de fysiotherapeut, ingevolge de WGBO, *verplicht* schriftelijk vast te leggen voor welke verrichtingen de patiënt toestemming heeft gegeven.

Toelichting op de plusgegevens(groepen)

Beoogde tussenresultaten / tussendoelen

Met de beoogde tussenresultaten c.q. tussendoelen expliciteert de fysiotherapeut het stappenplan dat hij volgt om het eindresultaat/hoofddoel te bereiken. (Een tussendoel kan zijn 'het verbeteren van spierkracht van de bovenste extremiteit' om het hoofddoel 'zich kunnen verplaatsen in de rolstoel' mogelijk te maken.)

Beoogd multidisciplinair resultaat / multidisciplinair doel

In multidisciplinaire settings is het van belang om, naast de eigen doelen, ook het multidisciplinaire doel (doel of doelen van de behandeling van alle hulp-/zorgverleners tezamen) te vermelden.

Multidisciplinaire afspraken

Multidisciplinaire afspraken zijn de afspraken die de fysiotherapeut heeft gemaakt met andere disciplines over het behandelproces.

Verwacht aantal sessies / verwachte duur van de behandelperiode

Om een perspectief te schetsen voor de loop van het behandelplan kan de fysiotherapeut ervoor kiezen het aantal sessies vast te leggen dat hij denkt nodig te hebben voor het realiseren van de behandeldoelen (bijvoorbeeld: 10 à 12 sessies, circa 18 sessies). Een andere mogelijkheid is het vastleggen van de verwachte duur van de behandelperiode (bijvoorbeeld: zes weken of een half jaar).

Het verwachte aantal sessies of de verwachte duur van de behandelperiode geeft een indicatie van het aantal sessies dan wel de tijd waarin de fysiotherapeut verwacht het hoofddoel te bereiken, mogelijk gefaseerd aan de hand van subdoelen.

Onder een behandelingsessie wordt één enkele zitting binnen een behandelperiode verstaan.

Geplande startdatum van de behandeling

De startdatum is de datum waarop de behandeling zal gaan beginnen.

Geplande behandellocatie

De behandellocatie is de plaats waar de behandeling zal plaatsvinden. Dit kan de praktijk van de fysiotherapeut zijn, maar ook de woning van de patiënt of een andere locatie.

In de eerstelijnszorg is de behandellocatie van invloed op de vergoeding. Fysiotherapeuten die in de eerstelijnszorg werkzaam zijn, noteren de geplande behandellocatie bij de basisgegevens(groepen).

Geplande duur van de sessie

De geplande duur van de sessie is vooral van belang bij de overdracht van patiënten, in het kader van de continuïteit van de zorg. De duur van de sessie is een tijdseenheid.

Indien de sessieduur variabel is, zal de fysiotherapeut dit moeten noteren, waarbij hij de minimum- en maximumduur van de sessie aangeeft.

Verwacht/gepland moment van de evaluatie

Het verwachte/geplande moment van de evaluatie is het moment waarop de fysiotherapeut naar verwachting gaat evalueren en de zorg en behandeling eventueel gaat bijstellen.

* Informatie over voorbehouden handelingen en bijzondere handelingen is te vinden in de KNGF- adviesbrochure 'Zorgvuldig handelen bij bijzondere en voorbehouden handelingen'.¹²

II.VI Stap 6: behandeling

Doel van stap 6

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

Zie tabel 6 voor de vast te leggen basisgegevens(groepen) en plusgegevens(groepen) bij stap 6.

Toelichting op de basisgegevens(groepen)

Datum van de sessie

Bij de datum (voor de eerste behandelsessie is dit het tijdstip en de datum van de eerste afspraak, de start van de fysiotherapeutische hulpverlening) gaat het om het vastleggen van tijdstip, dag, maand en jaar.

Afspraken met de patiënt

Vast te leggen afspraken betreft datgene wat met de patiënt is overeengekomen inzake het al dan niet doen van bepaalde activiteiten. Hierbij gaat het zowel om activiteiten die zijn bedoeld om bepaalde gewrichten te ontlasten, het uitvoeren van huiswerk oefeningen als het maken van afspraken ter bevordering van de motivatie van de patiënt.

Bijstellingen in de diagnose / het behandelplan of verandering van behandelend fysiotherapeut

De fysiotherapeut houdt de voortgang van de fysiotherapeutische zorg bij en noteert wijzigingen van gegevens uit voorgaande fasen. Het gaat dan om:

- bijstelling van de **fysiotherapeutische diagnose/conclusie** (zie stap 4);
- bijstelling van het **behandelplan** (zie stap 5) en
- verandering van **behandelend fysiotherapeut** (zie stap 1).

Overigens is er een overlap met stap 7, de evaluatie. Omdat de bijstellingen op ieder moment in het proces kunnen plaatsvinden, staan ze in stap 6 vermeld.

Uitgevoerde verrichtingen (inclusief verstrekte informatie/adviezen)

Met de uitgevoerde verrichtingen – waaronder begeleiden, sturen/oefenen, fysische therapie in engere zin, manuele verrichtingen en informeren/adviseren – wordt de inhoud van de fysiotherapeutische behandeling beschreven.

Gegevens over de uitgevoerde verrichtingen hoeven alleen dan te worden vastgelegd wanneer ze afwijken van het behandelplan.

De richtlijn stelt expliciet dat het van belang is om te noteren welke informatie de fysiotherapeut verstrekt en welke adviezen hij geeft (bijvoorbeeld in de vorm van leefregels). Bedoeld wordt informatie over de klacht en het gezondheidsprobleem, of uitleg over het doel van de behandeling en de inhoud van de fysiotherapeutische behandeling (fysiotherapeutische verrichtingen). Deze informatie kan zowel mondeling als schriftelijk worden gegeven. Met adviezen bedoelt de richtlijn instructies ten aanzien van ADL, beroep, sport, hobby en leefregels (belasting, rust, etc.).

Overleggegevens

Overleggegevens zijn gegevens met betrekking tot overleg dat plaatsvindt met bijvoorbeeld verwijzers, collega's en andere disciplines. De fysiotherapeut legt vast met wie is overlegd, de datum van het overleg, het besprokene en de eventueel gemaakte afspraken tijdens het overleg. In de 'Handreiking Informatieverstrekking aan derden' van het KNGF staat vermeld wanneer de patiënt toestemming moet verlenen voor

Tabel 6. Vast te leggen basisgegevens(groepen) en plusgegevens(groepen) bij stap 6: behandeling.

Basisgegevens(groepen)	Plusgegevens(groepen)
<ul style="list-style-type: none"> ● datum van de sessie ● afspraken met de patiënt ● bijstellingen in de diagnose / het behandelplan of verandering van behandelend fysiotherapeut ● uitgevoerde verrichtingen (inclusief verstrekte informatie/adviezen) ● overleggegevens 	<ul style="list-style-type: none"> ● klachtbeloop ● behandellocatie ● duur van de sessie

het verstrekken van informatie aan derden,¹³ waaronder bijvoorbeeld ook schadeverzekeraars en letselschadeadvocaten vallen.

Het is verstandig daar als fysiotherapeut goed notitie van te nemen. Het is in ieder geval – op basis van jurisprudentie – noodzakelijk om vast te leggen met wie, wanneer en waarover overleg is gepleegd. Dat geldt ook voor informatie die schriftelijk aan anderen is verstrekt.

Toelichting op de plusgegevens(groepen)

Klachtbeloop

Bij klachtenbeloop noteert de fysiotherapeut gegevens die betrekking hebben op veranderingen in de functioneringsproblemen van de patiënt tijdens de behandelingsperiode. Als het functioneren niet verandert, is dat ook relevante informatie.

Behandellocatie

Onder behandellocatie wordt verstaan de plaats waar de behandeling plaatsvindt. De fysiotherapeut noteert de behandellocatie indien deze afwijkt van die in het behandelplan.

Duur van de sessie

De tijdsduur van de behandelsessie wordt genoteerd indien deze afwijkt van het behandelplan.

II.VII Stap 7: evaluatie

Doel van stap 7

Bij stap 7 gaat het om de evaluatie van de fysiotherapeutische behandeling als geheel. Het fysiotherapeutisch handelen wordt periodiek geëvalueerd en moet in ieder geval bij het beëindigen van de behandelingsperiode worden geëvalueerd.

Bij de evaluatie gaat het om het beoordelen van het behandelproces en het behandelresultaat (volgens de patiënt en volgens de fysiotherapeut).

Tabel 7. Vast te leggen basisgegevens(groepen) en plusgegevens(groepen) bij stap 7: evaluatie.

Basisgegevens(groepen)	Plusgegevens(groepen)
<ul style="list-style-type: none"> realisatie van de behandeldoelen / het behandelresultaat 	<ul style="list-style-type: none"> datum van de evaluatie diagnostische verrichtingen (evaluatief) afwijkingen van het verwachte behandelbeloop oordeel over de samenwerking en het behandelproces

Zie tabel 7 voor de vast te leggen basisgegevens(groepen) en plusgegevens(groepen) bij stap 7.

Toelichting op de basisgegevens(groepen)

Realisatie van de behandeldoelen / het behandelresultaat

Het behandelresultaat kan worden opgedeeld in de mate waarin de behandeldoelen (hoofd- of tussendoelen) zijn gehaald en de veranderingen in de gezondheidstoestand op het moment van evaluatie in vergelijking met de gezondheidstoestand aan het begin van de behandelingsperiode.

De mate waarin de behandeldoelen zijn gehaald, wordt zowel door de patiënt als door de fysiotherapeut beoordeeld. Veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt worden zoveel mogelijk objectief vastgelegd, waar mogelijk in maat en getal.

Toelichting op plusgegevens(groepen)

Datum van de evaluatie

De datum van de evaluatie is de datum waarop de fysiotherapeut de evaluatie schriftelijk vastlegt.

Diagnostische verrichtingen (evaluatief)

Diagnostische verrichtingen zijn de handelingen die de fysiotherapeut uitvoert om de behandelresultaten vast te stellen. Hierbij horen ook de diagnostische hulpmiddelen c.q. meetinstrumenten te worden genoteerd waarvan is gebruikgemaakt.

Afwijkingen van verwacht behandelbeloop

Hier worden duidelijke afwijkingen genoteerd die men niet had voorzien, inclusief de eventuele oorzaken daarvan.

Oordeel over de samenwerking en het behandelproces

Hierbij gaat het om evaluatie van de samenwerking

tussen fysiotherapeut en patiënt en de gevolgde werkwijze (het behandelproces).¹⁴ Bij samenwerking gaat het vooral om de communicatie, informatiebereidheid, therapietrouw, de taakverdeling tussen fysiotherapeut en patiënt, de uitvoering van de (afgesproken) taken door de fysiotherapeut en de taken (medewerking) van de patiënt (zoals het opvolgen van adviezen en het doen van huiswerk oefeningen). Zowel de patiënt als de fysiotherapeut beoordelen het behandelproces. Bij het oordeel van de patiënt gaat het om de vraag hoe de patiënt het verloop van de behandeling heeft ervaren. Bij het oordeel van de fysiotherapeut evalueert de fysiotherapeut voor zichzelf het gevolgde proces van handelen en evalueren (zelftoetsing).

II.VIII Stap 8: afsluiting

Doel van stap 8

Bij de laatste stap, stap 8, gaat het om het moment van het afsluiten van de behandelafsluiting. Gekozen is voor de term episode omdat het hier gaat om een bepaalde, afgebakende periode waarin het probleem van de patiënt aan de fysiotherapeut is voorgelegd en de patiënt voor dit probleem door de fysiotherapeut is behandeld.

Zie tabel 8 voor de vast te leggen basisgegevens(groepen) en plusgegevens(groepen) bij stap 8.

Toelichting op de basisgegevens(groepen)

Datum van de afsluiting

De datum van de afsluiting is de datum waarop de behandelafsluiting wordt afgesloten. Dit is de datum van de laatste behandeling.

Verslaggeving aan de verwijzer

De fysiotherapeut noteert wanneer het verslag aan de verwijzer is toegezonden. Hij bewaart een kopie van dit verslag. Zie ook de 'KNGF-richtlijn Informatieverstrekking Huisarts'⁵ (zie Verantwoording en toelichting, B.3).

Reden van de afsluiting

Het beëindigen van de episode kan door de arts, door de patiënt of door de fysiotherapeut worden geïnitieerd, op grond van medische (waaronder fysiotherapeutische), financiële of andere motieven. Op basis van afspraken in de meest recente versie van de Standaard Externe Integratie¹⁵ is overeengekomen dat de reden voor afsluiting in een verslag moet zijn opgenomen.

Toelichting op de plusgegevens(groepen)

Gegevens over de nazorg / afspraken met de patiënt

De fysiotherapeut noteert welke afspraken hij heeft gemaakt met de patiënt, bijvoorbeeld een verwijzing voor groepsbehandeling. Afspraken kunnen ook betreffen adviezen, leefregels en huiswerk oefeningen die aan de patiënt worden meegegeven aan het einde van de behandelafsluiting.

Tabel 8. Vast te leggen basisgegevens(groepen) en plusgegevens(groepen) bij stap 8: afsluiting.

Basisgegevens(groepen)	Plusgegevens(groepen)
<ul style="list-style-type: none"> ● datum van de afsluiting ● verslaggeving aan de verwijzer ● reden van de afsluiting 	<ul style="list-style-type: none"> ● gegevens over de nazorg / afspraken met de patiënt

Verantwoording en toelichting

Inleiding

Deze 'Verantwoording en toelichting' zet de keuzes uiteen die bij de totstandkoming van de 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging' zijn gemaakt. Deze richtlijn beschrijft het handelen van de fysiotherapeut met betrekking tot verslaglegging en vormt de herziene versie van de 'Richtlijnen voor de Fysiotherapeutische Verslaglegging'¹ die in 1993 door het KNGF zijn ontwikkeld en verspreid.

Om na te gaan welke aanpassingen noodzakelijk waren om de richtlijn uit 1993 te actualiseren, is gebruikgemaakt van projectresultaten en ontwikkelingen die raakvlakken hebben met het onderwerp verslaglegging. Daarnaast is gekeken naar de eisen die worden gesteld aan fysiotherapeutische verslaglegging: eisen vanuit de wetgever, vanuit de jurisprudentie, vanuit regels rond machtiging- en declaratieverkeer, en eisen gesteld door de beroepsgroep op basis van ontwikkelingen binnen de beroepsgroep zelf. Deze eisen kunnen globaal of gedetailleerd zijn, inhoudelijk dan wel procedureel van aard.

Deel A beschrijft de wetgeving en jurisprudentie, en het machtiging- en declaratieverkeer, voorzover deze van invloed zijn geweest op de selectie van de basisgegevens(groepen).

Daarna volgt in deel B de beschrijving van een drietal projecten die een bijdrage hebben geleverd aan de recente inzichten met betrekking tot de fysiotherapeutische verslaglegging.

Aan verslaglegging en aan de wijze waarop de fysiotherapeut dient om te gaan met de patiëntgegevens die hem, in het kader van de fysiotherapeutische zorgverlening, zijn toevertrouwd, worden eisen gesteld. Hierbij speelt de wetgeving een belangrijke rol. Dit komt aan de orde in deel C.

Deel D, tot slot, geeft een opsomming van de geraadpleegde literatuur.

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

A.1 Wet- en regelgeving

De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG)¹⁶, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)¹⁷ en de Wet

Bescherming Persoonsgegevens (WBP)¹⁸ bevatten bepalingen die van invloed zijn op de verslaglegging van professionals in de gezondheidszorg en daarmee dus ook op die van fysiotherapeuten.

Hierna worden de meest relevante bepalingen vanuit de Wet BIG en de WGBO in relatie tot verslaglegging weergegeven, inclusief de relevante bepalingen die vermeld worden in de uit de Wet BIG voortvloeiende KNGF Adviesbrochure 'Zorgvuldig handelen bij bijzondere en voorbehouden handelingen'¹² en in de uit de WGBO voortvloeiende brochure 'Modelregeling fysiotherapeut-patiënt'¹⁹. De overige eisen die aan verslaglegging worden gesteld die voortvloeien uit de WGBO en de WBP hebben méér betrekking op de wijze waarop beroepsbeoefenaren geacht worden om te gaan met hun verslaglegging dan op de gegevens (basisgegevens of plusgegevens) die vastgelegd moeten worden. Deze eisen worden uitgebreid besproken in Deel C.

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG)

Wet BIG - Deskundigheid fysiotherapeut

artikel 6

'De verwijzing geschiedt schriftelijk, is gedateerd en ondertekend door de betrokken arts en bevat ten minste de door deze, voor het door de fysiotherapeut onderzoeken en behandelen van de patiënt, relevant geachte diagnostische gegevens.'

Bron: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden.²⁰

Wet BIG - Voorbehouden handelingen

artikel 35

- '1. Het is degene die niet behoort tot de personen die hun bevoegdheid tot het verrichten van een handeling ontlene aan het bepaalde bij of krachtens de artikelen 36 en 37 (artsen, tandartsen en verloskundigen) verboden buiten noodzaak beroepsmatig die handeling te verrichten, tenzij:
 - a. zulks geschiedt ingevolge een opdracht van een persoon die zijn bevoegdheid ontleent aan het bepaalde bij of krachtens de artikelen 36 en 37 en
 - b. hij redelijkerwijs mag aannemen dat hij beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk uitvoeren van de opdracht en

- c. hij, voorzover de opdrachtgever aanwijzingen heeft gegeven, heeft gehandeld overeenkomstig die aanwijzingen.
2. Met inachtneming van het bepaalde in het eerste lid is de opdrachtnemer bevoegd tot het verrichten van de in het eerste lid bedoelde handeling.'

Bron: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden.¹⁶

Voortvloeiend uit Wet BIG: Adviesbrochure 'Zorgvuldig handelen bij bijzondere en voorbehouden handelingen'
Het KNGF heeft in 1998 de adviesbrochure 'Zorgvuldig handelen bij bijzondere en voorbehouden handelingen' gepubliceerd ten aanzien van bijzondere en voorbehouden handelingen door fysiotherapeuten.¹² In deze adviesbrochure spreekt het KNGF zich uit over het uitvoeren van bijzondere en voorbehouden handelingen.

Bijzondere en voorbehouden handelingen hebben met elkaar gemeen dat de fysiotherapeut extra zorgvuldig moet handelen. Voorbehouden handelingen onderscheiden zich van bijzondere handelingen doordat ze specifiek in de Wet BIG worden genoemd. Voorbehouden handelingen zijn risicovolle handelingen, die daarom voorbehouden zijn aan artsen, tandartsen en verloskundigen. Dit betekent dat de fysiotherapeut in beginsel geen voorbehouden handelingen mag uitvoeren. Toch zijn er in de dagelijkse praktijk enkele voorbehouden handelingen die de fysiotherapeut, mits bekwaam, wél mag uitvoeren in opdracht van een arts, tandarts of verloskundige. In de Adviesbrochure 'Zorgvuldig handelen bij bijzondere en voorbehouden handelingen' worden de volgende bijzondere en voorbehouden handelingen als zodanig aangemerkt. Bij de voorbehouden handelingen is een asterisk (*) geplaatst. Dit geldt ook voor de handelingen waarbij een sonde of elektrode in een lichaamsholte wordt ingebracht. Zo'n handeling kan naar de letter van de Wet BIG niet als voorbehouden worden gekwalificeerd. Na overleg met de voormalige Raad BIG adviseert het KNGF haar leden om aan deze handelingen dezelfde zorgvuldigheidseisen te stellen als aan de voorbehouden handelingen die in de Wet BIG worden genoemd.

Bijzondere en voorbehouden handelingen in de KNGF-adviesbrochure 'Zorgvuldig handelen bij bijzondere en voorbehouden handelingen' zijn:

- bijzondere en voorbehouden (*) handelingen bij disfunctie van het respiratoire systeem:
 - afzuigen van slijm uit de trachea en bronchi*;
 - balloneren;
 - intermitterend positive pressure breathing;
- bijzondere handelingen bij disfunctie van het craniomandibulaire systeem:
 - intra-orale fixatie van de mandibula ter mobilisatie van het kaakgewricht;
 - intra-orale fixatie van de mandibula ten behoeve van het manueel rekken van de orofaciale musculatuur;
 - intra-orale palpatie van de weefsels van het craniomandibulaire systeem;
 - intra-orale fixatie ten behoeve van massagetechnieken van de weefsels van het craniomandibulaire systeem;
 - palpatie van het kaakgewricht via de uitwendige gehoorgang;
- bijzondere en voorbehouden (*) handelingen bij disfunctie van de organen betrokken bij de continentie van urine en feces:
 - palpatie (manuele controle) van de bekkenbodem via de vagina;
 - palpatie (manuele controle) van de activiteit van de externe anale sfincter door het inbrengen van een vinger in het anale kanaal;
 - palpatie van het os coccygeus via het anale kanaal;
 - mobilisatie en tractie aan os coccygeus via het anale kanaal;
 - dwarse fricties via het anale kanaal;
 - het inbrengen van een sonde in de vagina;*;
 - het inbrengen van een sonde in het anale kanaal;*;
 - het inbrengen van een elektrode in de vagina ter elektrostimulatie;*;
 - het inbrengen van een elektrode in het anale kanaal ter elektrostimulatie;*;
 - het inbrengen van een ballonkatheter in het rectum van het anale kanaal ter beïnvloeding van de sensibiliteitsdrempel.*

In het kader van het zorgvuldig handelen bij bijzondere en voorbehouden handelingen krijgt de fysiotherapeut het advies om de van de patiënt verkregen toestemming om over te gaan tot behandelen, schriftelijk vast te leggen.

Om het zorgvuldig handelen van de fysiotherapeut te kunnen verantwoorden wordt het raadzaam geacht in een dossier in ieder geval de volgende gegevens op te nemen:

- de afspraken met de verwijzend of opdrachtgevend arts met betrekking tot het toepassen van een bijzondere of voorbehouden handeling;
- de medische diagnose of verwijsdiagnose;
- de informatie die wordt verstrekt aan de patiënt over de aard van de behandeling, de gevolgen, de beoogde effecten en eventuele alternatieve behandelmethoden;
- de fysiotherapeutische diagnose;
- het behandelplan;
- toestemming van de patiënt voor toepassing van een bijzondere of voorbehouden handeling;
- de evaluatie van de behandeling.

Wet op de Geneeskundige

Behandelingsovereenkomst (WGBO)

WGBO - Dossierplicht

artikel 454

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

artikel 455

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

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

WGBO - Toestemmingsvereiste

artikel 450

- ‘1. Voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst is de toestemming van de patiënt vereist (...)’

artikel 451

‘Op verzoek van de patiënt legt de hulpverlener in ieder geval schriftelijk vast voor welke verrichtingen van ingrijpende aard deze toestemming heeft gegeven.’

Bron: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden.¹⁷

Voortvloeiend uit WGBO

De ‘Modelregeling fysiotherapeut-patiënt – Privacy en dossiervorming’ sluit aan bij de GWBO.¹⁹

artikel 18

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

A.2 Jurisprudentie

Enkele artikelen in Fysiopraxis doen verslag van afspraken van de Commissie van Toezicht die in verband gebracht kunnen worden met de dossiervoering van de fysiotherapeut.^{21,22,23} In dit kader is het voor fysiotherapeuten belangrijk om te weten dat in de WGBO op de zorgverlener een zwaardere bewijslast ligt dan op de patiënt.

In Nederland moet normaal gesproken ‘degene die stelt, ook bewijzen’. Volgens de WGBO moet de zorgverlener kunnen bewijzen dat een klacht ongegrond is. Datgene wat daarover op schrift is gesteld, wordt over het algemeen als ‘zwaarder’ bewijs beoordeeld dan het mondelinge relaas van de patiënt.

Tabel 9. Vast te leggen gegevens op grond van wet- en regelgeving en jurisprudentie in relatie tot het zorgverleningsproces.

Fase	Vast te leggen gegevens op grond van wet- en regelgeving en jurisprudentie
1 Verwijzing en aanmelding	<ul style="list-style-type: none"> ● persoonsgegevens van de patiënt ● verzekeringsgegevens van de patiënt ● behandelend fysiotherapeut ● huisarts ● verwijsgegevens: <ul style="list-style-type: none"> - verwijzer - specialisme van de verwijzer - verwijsdatum - verwijsdiagnose / diagnostische gegevens - eventuele consultvraag
2 Anamnese	<ul style="list-style-type: none"> ● contactredenen/hulpvraag van de patiënt en/of betrokkene(n) ● ervaren functioneringsproblemen ● medische (voor)geschiedenis ● andere of eerder verleende zorg
3 Onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> ● diagnostische verrichtingen ● bevindingen fysiotherapeut / resultaten van onderzoek
4 Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ● fysiotherapeutische diagnose/conclusie ● indicatie voor fysiotherapie (ja/nee) ● eventuele conclusie van de consultatie
5 Behandelplan	<ul style="list-style-type: none"> ● beoogd eindresultaat / hoofddoel ● geplande verrichtingen / aard van de behandeling (inclusief verstrekte informatie/adviezen) ● toestemming voor een eventuele bijzondere of voorbehouden handeling ● besproken met / akkoord van de patiënt
6 Behandeling	<ul style="list-style-type: none"> ● datum van de sessie ● afspraken met de patiënt ● bijstellingen in de diagnose / het behandelplan of verandering van behandelend fysiotherapeut ● uitgevoerde verrichtingen (inclusief verstrekte informatie/adviezen) ● overleggegevens
7 Evaluatie	<ul style="list-style-type: none"> ● realisatie van de behandeldoelen / het behandelresultaat
8 Afsluiting	<ul style="list-style-type: none"> ● datum van de afsluiting ● verslaggeving aan de verwijzer
Niet aan een fase gebonden*	<ul style="list-style-type: none"> ● gehanteerde richtlijn / gehanteerd protocol ● afwijking van de richtlijn of het protocol ● (relatieve) contra-indicaties voor verder(e) fysiotherapeutisch(e) onderzoek of behandeling

* Deze gegevens zijn niet aan een fase gebonden omdat de fysiotherapeut op meerdere momenten in het zorgverleningsproces kan besluiten een richtlijn of protocol te gebruiken. Dit geldt ook voor de keuze om af te wijken van de eventueel gekozen richtlijn of het protocol en het beschikbaar komen van (relatieve) contra-indicaties.

A.3 Vast te leggen gegevens op grond van wet- en regelgeving en jurisprudentie

Hoewel in de hiervoor besproken wetten en regelingen slechts in zeer beperkte mate wordt aangegeven welke gegevens nu exact vastgelegd moeten worden door professionals in de gezondheidszorg, wordt het wel duidelijk dat het vastleggen van bepaalde patiëntgegevens op grond van wet- en regelgeving verplicht is. Wetten zoals bijvoorbeeld de WGBO zijn zogenaamde 'kaderwetten' waarvan de exacte invulling wordt overgelaten aan personen en/of organisaties op wie de wet van toepassing is. Dergelijke wetten vragen derhalve om een zorgvuldige interpretatie van het in de wet gestelde.

Het KNGF meent dat de fysiotherapeut een aantal zorginhoudelijke gegevens (gegevens over de patiënt en over het fysiotherapeutisch zorgverleningsproces) op grond van wet- en regelgeving moet vastleggen. Deze gegevens worden derhalve gerekend tot de basisgegevens (groepen) binnen de voorliggende 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging' (zie tabel 9).

A.4 Machtiging- en declaratieverkeer

Volgens de Standaard Externe Integratie Declaraties Paramedische Hulp¹⁵ dient een aantal zorginhoudelijke gegevens door de extramuraal werkende fysiotherapeut elektronisch te worden aangeleverd aan de zorgverzekeraar bij het indienen van zijn declaratie.

Hierbij geldt: M = mandatory (verplicht); C = conditional (afhankelijk van bepaalde afspraken/condities). De volgende gegevens dienen te worden aangeleverd:

- code zorgverzekeraar (C);
- zorgverlenerscode declarant (M);
- praktijkcode (M);
- verzekerdennummer (M);
- patiëntnummer (C);
- geboortedatum verzekerde (M);
- code geslacht verzekerde (M);
- naam verzekerde (C);
- voorletters verzekerde (C);
- voorvoegsel verzekerde (C);
- postcode (huisadres) verzekerde (M);
- huisnummer (huisadres) verzekerde (M);
- verzekeringsbasis (M);
- zorgverlenerscode verwijzer (M);
- zorgverlenersspecificatie verwijzer (subberoepsgroep) (C);
- verwijzdatum (M);

- indicatie ongeval (ja/nee) (M);
- verwijzdiagnosecode paramedische hulp (M voor fysiotherapie; VNZ-code);
- paramedische diagnosecode (C; wordt M indien een landelijk afgesproken lijst voor fysiotherapie beschikbaar komt);
- code soort indicatie paramedische hulp (M voor fysiotherapie; 'chronische lijst');
- zorgverlenerscode behandelaar (C);
- behandelingsdatum (M);
- prestatiecode paramedische hulp (M) (soort zitting);
- aantal geleverde prestaties (M) (bijvoorbeeld aantal minuten groepsbehandeling);
- reden einde zorg (M);

Zie tabel 10 voor de vast te leggen gegevens ten behoeve van het machtiging- en declaratieverkeer in relatie tot het zorgverleningsproces.

B Overige projecten in relatie tot verslaglegging

Drie projecten binnen de fysiotherapie hebben een directe relatie met verslaglegging. Deze projecten zijn:

- 1 het project Fysiotherapeutische Diagnose;^{9,10}
- 2 het project HOF;⁶
- 3 de 'KNGF-richtlijn Informatieverstrekking Huisarts'.⁵

B.1 Het project Fysiotherapeutische Diagnose

In het kader van het project Fysiotherapeutische Diagnose^{9,10} is geïnventariseerd in hoeverre de term 'fysiotherapeutische diagnose' bruikbaar is voor zowel de fysiotherapeut zelf als voor externe partijen die direct of indirect te maken hebben met fysiotherapeutische zorg, zoals patiënten, verwijzers en zorgverzekeraars. Ondanks de bezwaren die er volgens een aantal ondervraagden kleven aan de termen 'fysiotherapeutische diagnose' en de verwarring die kan ontstaan met de term 'medische diagnose' en 'verwijzdiagnose' (het startpunt van het fysiotherapeutisch diagnostisch proces) is voorgesteld de term te (blijven) gebruiken. Daarbij is het belangrijk dat de fysiotherapeutische diagnose dusdanig helder is omschreven dat het ook voor externe partijen inzichtelijk is wat het doel is van de fysiotherapeutische diagnose en welke gegevens (groepen) er deel van uitmaken.

Tabel 10. Vast te leggen gegevens ten behoeve van het machtiging- en declaratieverkeer in relatie tot het zorgverleningsproces.

Fase	Vast te leggen gegevens ten behoeve van het machtiging- en declaratieverkeer
1 Verwijzing en aanmelding	<ul style="list-style-type: none"> ● persoonsgegevens van de patiënt ● verzekeringsgegevens van de patiënt ● behandelend fysiotherapeut ● verwijsgegevens: <ul style="list-style-type: none"> - verwijzer - verwijsdatum - verwijsdiagnosecode paramedische hulp (VNZ-code) - code van het soort indicatie paramedische hulp ('chronische lijst') - indicatie ongeval (ja/nee)
6 Behandeling	<ul style="list-style-type: none"> ● datum van de sessie ● uitgevoerde verrichtingen (inclusief verstrekte informatie/adviezen)
8 Afsluiting	<ul style="list-style-type: none"> ● datum van de afsluiting ● reden van de afsluiting

Gekozen is voor de volgende omschrijving van de term 'fysiotherapeutische diagnose':

Een beroepsspecifiek oordeel van de fysiotherapeut over het gezondheidsprofiel van de patiënt, als basis voor het – in samenspraak met de patiënt (of betrokkene(n)) – op te stellen behandelplan.

Minimaal blijken de volgende – met elkaar samenhangende – gegevens(groepen) deel uit te maken van de fysiotherapeutische diagnose:

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

B.2 Het project HOF

In 1997 initieerden de beroepsorganisaties van huisartsen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck (LHV, KNGF, VBC en NVOM) een project voor het ontwikkelen van handreikingen voor de communicatie tussen huisartsen, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en fysiotherapeuten (HOF-project).⁶ De beroepsorganisa-

ties kozen voor het gezamenlijk ontwikkelen van een aantal zeer praktische handreikingen.

De handreikingen dienden informatie te verstrekken over een aantal aspecten van de samenwerking en structuur te bieden aan het overleg tussen huisartsen en therapeuten.

De handreikingen

Vanuit het HOF-project zijn de volgende handreikingen ontwikkeld:

- Handreiking-Indicatiestelling
- Handreiking-Verwijsbrief
- Handreiking-Consultatie
- Handreiking-Tussentijds contact
- Handreiking-Verslaggeving

De Handreiking-Verslaggeving kan het meest direct in verband worden gebracht met de verslaglegging door de fysiotherapeut. Deze handreiking beschrijft welke gegevens de behandelaar in ieder geval op dient te nemen in een verslag dat hij naar de huisarts c.q. verwijzer stuurt. De handreiking adviseert om die gegevens in de verslaglegging (het dossier) op te nemen die noodzakelijk zijn om een dergelijk verslag goed op te kunnen stellen. Deze gegevens zijn dan beschikbaar op het moment dat een verslag voor de huisarts c.q. verwijzer moet worden opgesteld.

Handreiking-Verslaggeving

Met behulp van de Handreiking-Verslaggeving kunnen gemakkelijk onderling afspraken worden gemaakt over de situaties waarin de therapeut schriftelijk verslag doet aan de huisarts, de inhoud van deze verslaglegging en de termijn waarop deze verslaggeving plaatsvindt.

Het eindverslag bevat in ieder geval het volgende:

- gegevens van therapeut en praktijk, huisarts en patiënt;
- datum van verslaggeving;
- diagnostische gegevens van huisarts;
- reden voor verwijzing;
- fysiotherapeutische diagnose;
- behandeldoel(en);
- verrichtingen;
- aan de patiënt gegeven adviezen, voorlichting en instructies;
- resultaat van de therapie;
- prognose indien mogelijk;
- reden van afsluiting van behandelaflevering;
- aantal behandelafleveringen;
- begin- en einddatum van de behandelaflevering.

Mogelijk relevante aanvullende gegevens voor het eindverslag zijn:

- behandelafleveringsfrequentie;
- motivatie van de patiënt voor therapie;
- andere door de therapeut relevant geachte bevindingen, bijvoorbeeld het behandelresultaat volgens de patiënt;
- tijden waarop de therapeut bereikbaar is voor de huisarts;
- wie een kopie van het verslag krijgt.

B.3 De KNGF-richtlijn Informatieverstrekking Huisarts

De in 1997 verschenen 'KNGF-richtlijn Informatieverstrekking Huisarts' heeft betrekking op die informatie van de fysiotherapeut aan de huisarts die noodzakelijk is voor verantwoorde zorgverlening.⁵ Met als uitgangspunt de fasering van het methodisch fysiotherapeutisch handelen brengt deze richtlijn de meest basale aspecten in kaart van het verstrekken van informatie door de fysiotherapeut aan de huisarts.

Fysiotherapeuten kunnen hun eigen werkwijze vergelijken met die zoals beschreven in de 'KNGF-richtlijn

Informatieverstrekking Huisarts' en, op basis van deze vergelijking, hun werkwijze eventueel bijstellen ter verbetering van hun communicatie met de huisarts.

Samengevat stelt de richtlijn dat de fysiotherapeut, in overleg met de patiënt, in de volgende vijftien gevallen contact opneemt met de huisarts met het verzoek om verduidelijking van verstrekte gegevens, om nadere informatie in verband met ontbrekende gegevens, om een voorstel van de fysiotherapeut toe te lichten of om andere voorkomende redenen voor overleg:

- 1) geen verwijzing (aanmelding);
- 2) onvolledige verwijzing (aanmelding);
- 3) onduidelijke verwijzing (aanmelding);
- 4) ontbreken van informatie (anamnese + onderzoek);
- 5) fysiotherapeutische diagnose sluit niet aan bij verwijsdiagnose (analyse);
- 6) voor specifieke behandeling onvoldoende bekwaam (analyse);
- 7) geen indicatie fysiotherapie (analyse);
- 8) op verzoek huisarts (analyse);
- 9) afwijkend van verwachting huisarts (behandelplan);
- 10) acute problemen (behandelen);
- 11) onvoldoende resultaat (evalueren);
- 12) problemen (evalueren);
- 13) op verzoek huisarts (evalueren);
- 14) verlenging (evalueren);
- 15) beëindiging behandelaflevering (afsluiten).

In het kader van de fysiotherapeutische verslaglegging is het van belang dat de uitkomsten van overleg met de huisarts consequent worden vastgelegd.

Er is ook een aantal situaties waarin de informatieverstrekking aan de huisarts (bij voorkeur) schriftelijk plaatsvindt. Dit betreft verslaggeving aan de huisarts na een consultvraag, tussentijdse verslaggeving al dan niet op verzoek van de huisarts en de verslaggeving nadat de fysiotherapeut de behandelaflevering in samenspraak met de patiënt heeft afgesloten. Het laatste verslag moet binnen twee weken na afloop bij de verwijzer zijn.

In het eindverslag vermeldt de fysiotherapeut het volgende:

- gegevens van fysiotherapiepraktijk, huisarts en patiënt;
- datum;

- verwijfsdiagnose;
- reden van verwijfing;
- fysiotherapeutische diagnose;
- behandeldeel;
- verrichtingen;
- resultaat;
- adviezen aan de patiënt;
- prognose en
- reden van afsluiting.

Een eindverslag beslaat in principe maximaal één bladzijde A4.

De 'KNGF-richtlijn Informatieverstrekking Huisarts' sluit hiermee direct aan op de 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging' en de handreikingen zoals ontwikkeld in het HOF-project.

C Omgaan met verslaglegging

Aan de verslaglegging door fysiotherapeuten kunnen eisen worden gesteld door de wetgever of door de beroepsgroep (al dan niet bindend). Daarbij kan sprake zijn van globale eisen, gedetailleerde eisen, inhoudelijke eisen of procedurele eisen.

Dit gedeelte van de 'Verantwoording en toelichting' geeft een nadere toelichting op de globale eisen die aan verslaglegging worden gesteld en de eisen van de wetgever. Hierbij ligt de nadruk niet zozeer op de inhoud van de verslaglegging, zoals in voorgaande delen van richtlijn, maar veel meer op de wijze waarop de fysiotherapeut dient om te gaan met patiëntgegevens die hem, in het kader van de fysiotherapeutische zorgverlening, zijn toevertrouwd.

C.1 Globale eisen aan verslaglegging

Alvorens in te gaan op de eisen die vanuit de wetgeving worden gesteld, formuleert deze richtlijn eerst een aantal globale eisen. Globale eisen die gesteld worden aan de verslaglegging zijn: beschikbaarheid, leesbaarheid, volledigheid en beknoptheid, betrouwbaarheid en inzichtelijkheid.*

Beschikbaarheid

Beschikbaarheid van de verslaglegging is noodzakelijk voor een goede continue zorgverlening. Een logisch opbergsysteem en discipline bij het opbergen zijn

daartoe vereist. Dit geldt niet alleen voor het door de fysiotherapeut zelf opgetekende materiaal, maar ook ten aanzien van de ontvangen correspondentie. Het is wenselijk dat gegevens van patiënten voor de waarnemer toegankelijk zijn.

Leesbaarheid

Een duidelijk handschrift of het gebruik van machinisch is, zowel voor de fysiotherapeut als de waarnemer, nodig om gebruik te kunnen maken van vastgelegde gegevens. Daarnaast moet worden gelet op het gebruik van afkortingen (worden deze door iedereen begrepen en betekenen deze afkortingen voor iedereen ieder hetzelfde) en eenduidig taalgebruik (anders wordt de boodschap niet of verkeerd begrepen).

Volledigheid en beknoptheid

De verslaglegging dient zo volledig mogelijk te zijn, terwijl zij tegelijkertijd beknopt moet zijn ter wille van het overzicht. De fysiotherapeut dient te streven naar het opnemen van alle relevante gegevens. Beknoptheid mag zeker niet leiden tot het kritiekloos gebruiken van onbekende afkortingen, aangezien dan de inzichtelijkheid in het geding komt.

Betrouwbaarheid

Op grond van de genoteerde gegevens moet de essentie van de fysiotherapeutische hulpverlening reproduceerbaar zijn. De verslaglegging moet in overeenstemming zijn met de werkelijkheid en mag geen aanleiding geven tot twijfel over wat wordt bedoeld.

Inzichtelijkheid

De gegevens zoals vastgelegd dienen helder te zijn weergegeven en zodanig bij elkaar aan te sluiten dat duidelijk inzicht in het gevolgde denkproces mogelijk is. Zowel de fasen die de fysiotherapeut bij het methodisch handelen doorloopt, als de manier van handelen om een bepaald doel te bereiken, dienen in de verslaglegging herkenbaar te zijn.

C.2 Wettelijke eisen aan verslaglegging

Eisen die worden gesteld aan het omgaan met patiëntgegevens zijn direct of indirect af te leiden van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet Bescherming Persoonsgegevens

* Deze globale eisen zijn ontleend aan de 'Standaard Medische Verslaglegging van het Nederlands Huisartsen Genootschap'.²⁴

(WBP). De WGBO en de WBP hebben enige overlap. Voorzover van belang voor de richtlijn bespreekt deze paragraaf de desbetreffende artikelen van genoemde wetten.

De consequenties van de Wet op Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) voor verslaglegging zijn al besproken in deel A. Andere wetten zoals de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) en de Kwaliteitswet Zorginstellingen die ook eisen stellen aan het zorgvuldig handelen van de fysiotherapeut maar minder betrekking hebben op de verslaglegging, worden hier buiten beschouwing gelaten.

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

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

Betekenis van de WGBO voor de fysiotherapeutische verslaglegging

De WGBO stelt aan de fysiotherapeut een aantal verplichtingen:

- informatieplicht;
- toestemmingsvereiste;
 - onder andere toestemming bij minderjarigen;
- dossierplicht;
 - dossiervorming en de behandeling van

persoonlijke gegevens zijn expliciet geregeld in de 'Modelregeling fysiotherapeut-patiënt'¹⁹;

- recht op inzage (een recht van de patiënt);

- bewaarplicht;
- geheimhoudingsplicht;
- vernietigingsrecht (een recht van de patiënt).

Informatieplicht

De fysiotherapeut verstrekt de patiënt die informatie die de patiënt nodig heeft om zelf op een verantwoorde manier beslissingen te nemen over zijn gezondheid. Dit houdt in dat de fysiotherapeut de patiënt duidelijk behoort te informeren over:

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

Op verzoek dient de fysiotherapeut de patiënt schriftelijk te informeren.

Hierop bestaan twee uitzonderingen:

- 1 als de fysiotherapeut van mening is dat informatieverstrekking ernstig nadeel oplevert voor de patiënt;
- 2 als de patiënt aangeeft geen inlichtingen te willen ontvangen.

De fysiotherapeut bepaalt zelf de dosering en timing van de informatieverstrekking. Dit dient te worden afgestemd op de persoonlijke situatie van de patiënt en laat zich uiteraard niet in strakke regels vastleggen. De fysiotherapeut heeft, indien hij een patiënt behandelt jonger dan zestien jaar, de plicht desgevraagd beide ouders te voorzien van informatie. Dit onafhankelijk van het feit of de desbetreffende ouder met het ouderlijk gezag is bekleed.*

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.

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

Toestemmingsvereiste

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

Toestemming bij minderjarigen

Bij minderjarigen tussen de twaalf en zestien jaar is toestemming nodig van zowel het kind als de ouders. Behandeling van kinderen jonger dan twaalf jaar vereist alleen toestemming van de ouders. Voor beide categorieën geldt dat, wanneer de ouders gescheiden zijn, er toestemming vereist is van beide ouders.

Dossierplicht

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

Dossievorming en de behandeling van persoonlijke gegevens

De 'Modelregeling fysiotherapeut-patiënt' verwoordt in artikel 16 t/m 23 welke eisen aan de privacy en dossievorming worden gesteld.¹⁹ Artikel 18 t/m 25 zijn relevant in het kader van de fysiotherapeutische verslaglegging. De fysiotherapeut maakt aantekening van de

gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen, voorzover dit voor een goede hulpverlening noodzakelijk is en registreert deze gegevens zorgvuldig in een dossier.

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

Recht op inzage

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

Persoonlijke werkaantekeningen die een geheugensteun vormen voor de voorlopige gedachtegang van de fysiotherapeut en die niet zijn bedoeld voor derden, worden niet tot het dossier gerekend.

Bewaarplicht

Het dossier moet tien jaar worden bewaard, te rekenen vanaf het tijdstip waarop de gegevens zijn vervaardigd, of zoveel langer als 'de hulp van een goede zorgverlener' (WGBO, artikel 7:454) met zich meebrengt.

Het langer bewaren kan met name van belang zijn 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.

Geheimhouding

Paramedische en medische gegevens zijn hoogstpersoonlijk en de fysiotherapeut dient hier uiterst zorgvuldig mee om te gaan. De gegevens mogen alleen door bevoegde personen worden ingezien (de behandelend fysiotherapeut, de waarnemer of stagiaire) en de patiënt. Alleen wanneer de patiënt daar uitdrukkelijk toestemming voor geeft, mogen anderen ook het dossier inzien.

Wanneer gegevens worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek of voor intercollegiale toetsing, moet de anonimiteit gewaarborgd zijn en blijven (de gegevens mogen niet herleidbaar zijn tot de individuele patiënt). Alleen die gegevens mogen worden gebruikt waar de patiënt (schriftelijk) toestemming voor heeft gegeven of waarbij de anonimiteit van de patiënt is gewaarborgd. Ook indien verzekeringsmaatschappijen of juridische adviseurs een verzoek doen tot informatieverstrekking over patiënten, de behandeling en de prognose, is toestemming van de patiënt vereist. Deze toestemming wordt voorondersteld in het geval de adviserend geneeskundige van een zorgverzekeraar, op grond van de Ziekenfondswet of AWBZ, inzage wenst. Deze inzage kan nodig zijn in verband met de controle- en toetsingsverplichtingen die de zorgverzekeraar als uitvoerder van de Ziekenfondswet of AWBZ heeft. De patiënt moet echter wel op de hoogte zijn van deze gang van zaken.

De geheimhoudingsplicht van de hulpverlener is niet absoluut. Doppegieter zegt hierover: *'Het beroepsgeheim van de hulpverlener is niet absoluut. Hij is verplicht tot gegevensverstrekking indien een wettelijk voorschrift of op een wet gebaseerde uitvoeringsregeling dat vereist. Voorbeelden daarvan zijn onder meer te vinden in de Wet op de lijkbezorging (verstrekken van de doodsoorzaak aan de medisch ambtenaar van het Centraal Bureau voor de Statistiek) en in de Ziekenfondswet (gegevens verstrekking ten behoeve van controle door de zorgverzekeraar op te verrichten of verrichte prestaties en de juistheid van de daar-*

*voor in rekening gebrachte bedragen). In geval van een conflict van plichten kan de hulpverlener besluiten zijn beroepsgeheim te doorbreken en dus te spreken, omdat een ander hoger belang dan dat van zijn patiënt hem daartoe verplicht. Uiteraard moet hij voor de onderbouwing daarvan sterke argumenten hebben. Incest of kindermishandeling zijn voorbeelden van situaties, die doorbreking van de zwijgplicht kunnen rechtvaardigen in het belang van het kind. De geheimhoudingsplicht geldt niet ten aanzien van andere hulpverleners, die rechtstreeks bij de behandeling of begeleiding van de patiënt zijn betrokken (art. 7:457 lid 2). Zo zullen de collega-arts, de verpleegkundige, de logopedist, de fysiotherapeut of de arbeidsdeskundige informatie moeten ontvangen over die zaken die voor hun functioneren in relatie tot de behandeling of begeleiding van de patiënt van belang zijn. De hoofdbehandelaar die in de regel ook het aanspreekpunt voor de patiënt is, overlegt met de andere hulpverleners welke gegevens dat zijn. Ook de vervanger of waarnemer van de hulpverlener kan informatie over de patiënt ontvangen zonder dat daarvoor eerst toestemming van de patiënt nodig is. Naast deze 'rechtstreeks betrokkenen' maakt de WGBO een uitzondering op de geheimhoudingsplicht voor de wettelijke vertegenwoordigers van de patiënt (ouders, voogd, curator) en de door de patiënt schriftelijk gemachtigden. Als uitzondering daarop geldt, dat de hulpverlener de gegevens niet afgeeft als de zorg van een goed hulpverlener dat met zich brengt (art. 7:457 lid 3). Het belang van de patiënt dient daarbij centraal te staan.*²⁵*

Hoewel de geheimhoudingsplicht niet geldt ten aanzien van andere hulpverleners die rechtstreeks bij de behandeling of begeleiding van de patiënt zijn betrokken, ligt het in de sfeer van de wet en is het aan te bevelen om de patiënt wel te informeren over het feit dat gegevens aan medebehandelaars worden verstrekt. De 'medebehandelaars' mogen overigens slechts worden ingelicht voorzover dit noodzakelijk is voor hun onderdeel van de behandeling (WGBO artikel 7:457 lid 1 en 2*).

* WGBO artikel 7:457 luidt:

lid 1 'Onverminderd het in artikel 448 lid 3, tweede volzin, bepaalde draagt de hulpverlener zorg, dat aan anderen dan de patiënt geen inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van de bescheiden, bedoeld in artikel 454, worden verstrekt dan met toestemming van de patiënt. Indien verstrekking plaatsvindt, geschiedt deze slechts voorzover daardoor de persoonlijke levenssfeer van een ander niet wordt geschaad. De verstrekking kan geschieden zonder inachtneming van de beperkingen, bedoeld in de voorgaande volzinnen, indien het bij of krachtens de wet bepaalde daartoe verplicht.'

lid 2 'Onder anderen dan de patiënt zijn niet begrepen degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst en degene die optreedt als vervanger van de hulpverlener, voorzover de verstrekking noodzakelijk is voor de door hen in dat kader te verrichten werkzaamheden.'

lid 3 'Daaronder zijn evenmin begrepen degenen wier toestemming ter zake van de uitvoering van de behandelovereenkomst op grond van artikel 450 en 465 is vereist. Indien de hulpverlener door inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van de bescheiden te verstrekken niet geacht kan worden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen, laat hij zulks achterwege.'

Vernietiging

De patiënt kan de fysiotherapeut verzoeken (een deel van) zijn dossier te vernietigen. Aan dit verzoek moet binnen drie maanden worden voldaan. Alleen als er een wettelijk voorschrift of het aanmerkelijk belang van een ander dan de patiënt tegen vernietiging is, wordt het dossier bewaard (WGBO artikel 7:455). De wet stelt de eis dat de gegevens in ieder geval na tien jaar moeten worden vernietigd. In speciale situaties (bijvoorbeeld patiënten met een chronische ziekte) vervalt deze plicht.

In verband met controle door de zorgverzekeraar en de fiscus is het aan te raden financiële gegevens apart op te slaan.

De Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP)

Op 1 september 2001 is de Wet Bescherming Persoonsgegevens in werking getreden.¹⁸ Deze wet vervangt de Wet Persoonsregistraties (WPR), ook wel Privacywet genoemd.

De strekking van zowel de WPR als de WBP was c.q. is erop gericht de privacy van personen te beschermen door onrechtmatig gebruik van persoonsgegevens tegen te gaan.

Een belangrijke aanleiding om de WPR te vervangen door de WBP was gelegen in het feit dat Nederland met de WPR niet voldeed aan de Europese regelgeving op het gebied van privacy.

Waar in de WPR wordt gesproken over het houden van persoonsregistraties, gaat het in de WBP om de verwerking van persoonsgegevens. Onder die verwerking valt onder meer de verkrijging, verzameling, het opvragen, raadplegen en wijzigen van gegevens. Dit is een belangrijk verschil met de WPR. De verwerker moet bij het totale proces van gegevensverwerking, dus ook bij het verkrijgen en verzamelen van persoonsgegevens, rekening houden met bepaalde regels.

De WBP kent een zekere overlap met de WGBO waar het gaat om het vastleggen, inzien en verstrekken van persoonsgegevens. De WGBO is vooral gericht op de versterking van de positie van de patiënt; de WBP waarborgt de privacy rond het vastleggen en verstrekken van persoonsgegevens.

Uitgangspunten van de WBP

De WBP heeft betrekking op de verwerking van persoonsgegevens en stelt daarbij dat 'persoonsgegevens

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

Diegene die verantwoordelijk is voor de verwerking van de persoonsgegevens neemt passende technische en organisatorische maatregelen om persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking (artikel 13).

Bewerking van patiëntgegevens

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

Informatieverstrekking aan de patiënt

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

Registratiekamer wordt College Bescherming Persoonsgegevens

Onder de WPR waren fysiotherapeuten als houder van een persoonsregistratie verplicht om deze registratie aan te melden bij de registratiekamer. Onder de WBP is dit niet meer het geval. Op grond van een ministeriële beschikking zijn (onder andere) fysiotherapiepraktijken vrijgesteld van de meldingsplicht. In een artikel van Van den Heuvel in Fysiopraxis staan de precieze voorwaarden omschreven waaraan fysiotherapeuten moeten voldoen opdat zij hun patiëntenadministratie niet hoeven te melden.²⁶

De Registratiekamer krijgt onder de WBP een nieuwe naam 'College Bescherming Persoonsgegevens' (CBP). Zij heeft grotendeels dezelfde taken als de Registratiekamer, namelijk: toezicht houden op de uitvoering van de WBP, adviseren van de regering, voorlichting geven aan burgers, uitvoeren van onderzoeken en audits en beoordeling van gedragscodes. Deze gedragscodes kunnen door houders van persoonsregistraties, ook wanneer deze niet aangemeld hoeven te worden, worden gemaakt om de eigen handelwijze transparant te maken en te voldoen aan de informatieplicht jegens de patiënt.

C.3 Klachtenbehandeling

Als de patiënt vindt dat de fysiotherapeut niet voldoet aan de normen van de WGBO of van de WBP kan hij tegen deze schending van zijn rechtspositie opkomen bij de rechter. Gezien het feit dat burgers dat vaak een te hoge drempel vinden, kan de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) uitkomst bie-

den. Deze Klachtwet biedt de mogelijkheid om klachten aan de orde te stellen langs de betrekkelijk eenvoudige en laagdrempelige procedure van klachtenbehandeling.

Iedere fysiotherapeut dient bij een klachtenregeling te zijn aangesloten. Het KNGF heeft een landelijke klachtencommissie waar leden en niet-leden zich bij kunnen aansluiten. Voor intramuraal werkzame fysiotherapeuten is de klachtenregeling van de instelling van toepassing.

Daarnaast kunnen patiënten voor het indienen van klachten terecht bij de Regionale Tuchtcolleges, ingesteld op grond van de Wet BIG, en bij het verenigingstuchtrecht van het KNGF. Er kan alleen een beroep worden gedaan bij het verenigingstuchtrecht van het KNGF voorzover de klacht is gericht tegen een fysiotherapeut die lid is van het KNGF of staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister van het KNGF. (Voor meer informatie over de verschillende mogelijkheden van klachtbehandeling kunnen patiënten zich wenden tot de afdeling Ledenadvies van het KNGF.)

Wanneer een patiënt reden ziet tot klagen, biedt een goede verslaglegging de fysiotherapeut de mogelijkheid zich te verweren. Aan de hand van een adequate verslaglegging kan de fysiotherapeut duidelijk maken welke beslissingen hij heeft genomen tijdens het zorgverleningproces, op welke gronden en hoe het zorgverleningproces is verlopen. Bij het ontbreken van deze verslaglegging zal het moeilijk zijn voor de fysiotherapeut de door patiënt gestelde feiten te weerleggen. Bij beoordeling van klachten wordt er over het algemeen van uitgegaan dat niet de patiënt de door hem gestelde feiten moet bewijzen, maar dat de zorgverlener, aan de hand van de verslaglegging, moet kunnen aantonen dat datgene wat de patiënt stelt, onjuist is.

D Literatuur

- 1 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Richtlijnen voor de Fysiotherapeutische Verslaglegging. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 1993.
- 2 Hendriks HJM, Ettekoven H van, Reitsma ER, Verhoeven ALL, Wees PhJ van der. KNGF-Richtlijnen; Methode. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 1998.
- 3 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. ICF; Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2002.
- 4 World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.
- 5 Verhoeven ALL, Heuvel CMF van den. KNGF-richtlijn Informatieverstrekking Huisarts. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 1997.
- 6 Heuvel CMF van den, Vogels EMHM, Wams HWA. Verslag van het HOF-project: Handreikingen voor huisartsen, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten Mensendieck, fysiotherapeuten. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut; 1999.
- 7 Nationale raad voor de Volksgezondheid / Vaste Commissie voor Classificaties en Definities. Voorlopige WCC-Standaardclassificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen. Zoetermeer: Nationale raad voor de volksgezondheid; 1995.
- 8 Ravensberg CD van, Oostendorp RAB, Heerkens YF. Diagnostiek, basis voor behandelplan en evaluatie. In: Jaarboek Fysiotherapie Kinesitherapie 1997. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut; 1997. p. 302-25.
- 9 Heerkens YF, Vogels EMHM, Wiarda VL, Ravensberg CD van. Fysiotherapeutische Diagnose. Rapport van het project Fysiotherapeutische Diagnose. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie / Nederlands Paramedisch Instituut; 1997.
- 10 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Fysiotherapeutische Diagnose [brochure] Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 1997.
- 11 Hagenaars L, Schmitt M, Vroegindewey D. Moduul Methodisch Handelen. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 1999.
- 12 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Adviesbrochure 'Zorgvuldig handelen bij bijzondere en voorbehouden handelingen'. Amersfoort: Bureau Fysiotherapie; 1998.
- 13 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Handreiking Informatieverstrekking aan derden. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2001.
- 14 Brouwer T, Boiten JC, Uilenreef-Tobi FC. Diagnostiek in de fysiotherapie, Proces en werkwijze. Tweede licht gewijzigde druk. Maarssen: Elsevier/Bunge; 1999.
- 15 Vektis. Standaard Externe Integratie Declaraties Paramedische Hulp. Zeist: Vektis; 2001.
- 16 Wet op de beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, houdende regelen inzake beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), wet van 11 november 1993, Stb. nr. 656.
- 17 Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Stb. 1994, nr. 838.
- 18 Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP), 2000; Stb. 2000, nr. 302.
- 19 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Modelregeling fysiotherapeut-patiënt, Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie en Landelijk Patiënten / Consumenten Platform; 1998.
- 20 Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied fysiotherapeut, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de fysiotherapeut, besluit van 13 oktober 1997, Stb. 1997, nr. 516.
- 21 Berg A van den. Uitspraak Commissie van Toezicht Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Fysiopraxis 2000;(4):22-3.
- 22 Berg A van den. Uitspraak Commissie van Toezicht en Commissie van Beroep. Fysiopraxis 2000;(10):26-9.
- 23 Berg A van den. Tuchtcollege krijgt weinig klachten te verwerken. Fysiopraxis 2001;(7):34-35.
- 24 Nederlands Huisartsengenootschap. Medische Verslaglegging; Standaard 002 van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Utrecht: Nederlands Huisartsengenootschap. In: Huisarts & Wetenschap 1990;33(3):114-7.
- 25 Doppegieter RMS. Vraagstukken rond het dossier en de uitwisseling van gegevens, In: De WGBO: van tekst naar toepassing, onder redactie van Prof.mr. J. Legemaate. Houten/Diegen: Bohn Stafleu van Loghum; 1995. p. 62-75.
- 26 Heuvel D van den. Nieuwe privacywet van kracht. Fysiopraxis 2001;(10):14-6.

Bijlage 1

Totstandkoming van de KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging

De 'Richtlijnen voor de Fysiotherapeutische Verslaglegging'¹ uit 1993 werden in 2000/2001 bijgesteld volgens de methodiek van de KNGF-richtlijnen.

Toetsing

De auteurs toetsten, in de loop van het schrijfproces, de tussenproducten aan een klankbordgroep.

De klankbordgroep was samengesteld uit de volgende leden:

- De heer P. van den Berg, fysiotherapeut Groot-Schuylenburg, centrum voor mensen met een verstandelijke beperking, 's Heeren Loo Midden-Nederland, locatie Schuylenburg).
- Mevrouw T. Brouwer, fysiotherapeut/supervisor docentenopleiding HGZO, Vrije Universiteit Amsterdam; Huisarts- en Verpleeghuisartsopleiding Universiteit Leiden.
- De heer A. van Eupen, fysiotherapeut/manueeltherapeut, fysiotherapiepraktijk Heeswijk-Dinther.
- De heer A. Groenevelt, fysiotherapeut/manueeltherapeut, Praktijk voor (sport)fysiotherapie en manuele therapie Lochem.
- De heer drs. E. Hulzebos, fysiotherapeut/gezondheidswetenschapper, Universitair Medisch Centrum Utrecht.
- De heer drs. A.A.J. van Klaveren, fysiotherapeut/bewegingswetenschapper, Universitair Medisch Centrum Utrecht.
- De heer F. van Kuppeveld, fysiotherapeut, sivoz (verpleeghuis) St. Elisabeth, Beneden Leeuwen.
- De heer H. van Maasakkers, fysiotherapeut/manueeltherapeut, rugcentrum Uden.
- Mevrouw R. Nijhuis-van der Sanden, kinderfysiotherapeut / docent Universitair Medisch Centrum St Radboud Nijmegen, Modulaire Opleiding Kinderfysiotherapie Breda.
- De heer drs. J. Verhoef, fysiotherapeut/bewegingswetenschapper, Leids Universitair Medisch Centrum.
- De heer G. Wensveen, fysiotherapeut, Hogeschool Rotterdam, opleiding fysiotherapie.

Validering

Verschillende beleidscommissies van het KNGF hebben de conceptrichtlijn gevalideerd.

Bijlage 2

Afkortingen

BIG	Wet op Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg	LPCP	Landelijke Patiënten / Consumenten Platform (thans: NPCF)
CBP	College Bescherming Persoonsgegevens	NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
CFO	Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek	NPi	Nederlands Paramedisch Instituut
CVPB	Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen	NVOM	Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten Mensendieck
HOF	Handreikingen voor de communicatie tussen Huisarts, Oefentherapeut Cesar / Oefentherapeut-Mensendieck, Fysiotherapeut	RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health	UZI	Unieke Zorgverlener Identificatienummer
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps (thans ICF)	VBC	Vereniging Bewegingsleer Cesar
IOF	Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie	WBP	Wet Bescherming Persoonsgegevens
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie	WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging	WKCZ	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
		WPR	Wet Persoonregistraties (thans: WBP)
		ZIN	Zorgidentificatienummer
		ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 3

Verklarende woordenlijst

- Fysiotherapeutische diagnose:** De fysiotherapeutische diagnose is een beroepsspecifiek oordeel van de fysiotherapeut over het gezondheidsprofiel van de patiënt, als basis voor het – in samenspraak met de patiënt (of betrokkene(n)) – op te stellen behandelplan.⁹
- KNGF-richtlijn:** Een KNGF-richtlijn is gedefinieerd als: 'Een systematisch ontwikkelde, vanaf centraal niveau geformuleerde leidraad, die door deskundigen is opgesteld en is gericht op de inhoud van het methodisch fysiotherapeutisch handelen bij bepaalde gezondheidsproblemen en op (organisatorische) aspecten die met de beroepsuitoefening te maken hebben.'²
- Verslaglegging:** Onder verslaglegging wordt verstaan het vastleggen van het besprokene, c.q. het gebeurde. Het gaat om het systematisch vastleggen van gegevens en bevindingen met betrekking tot de fysiotherapeutische hulpverlening.
- Verwijsdiagnose:** De verwijsdiagnose / diagnostische gegevens van de verwijzer zijn die gegevens, die de verwijzer van belang acht voor de discipline waarnaar hij verwijst. De diagnostische verwijsgegevens kunnen bestaan uit de medische diagnose en resultaten van medisch onderzoek, de gezondheidsproblemen op grond waarvan de arts de indicatie voor verwijzing heeft gesteld, een samenvatting van de ziekten/aandoeningen waaraan de patiënt lijdt of heeft geleden, en/of psychosociale informatie.⁸

KNGF-richtlijn

Fysiotherapeutische Verslaglegging

ISSN

1567-6137

KNGF-richtlijnnummer

O-01/2003

Uitgave

Maart 2003

Herzien t.o.v. versie 1993

Bezoekadres

Stadsring 159b, Amersfoort

Correspondentieadres

Postbus 248, 3800 AE Amersfoort

E-mail hoofdkantoor@kngf.nl

Internet www.kngf.nl



Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie