

Richtlijn Verslaglegging

Initiatief

VvOCM (Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck)

Organisatie

VvOCM

Financiering

Deze richtlijn is gefinancierd door de VvOCM

Colofon

Richtlijn Verslaglegging
Versie juni 2018

© Copyright 2014

VvOCM (Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck)

Kaap Hoorndreef 28

3563 AT Utrecht

tel: 030-2625627

Website: www.vvocm.nl

E-mailadres: info@vvocm.nl

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

De Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck heeft als doel om de voorwaarden te scheppen waardoor oefentherapeutische zorg van goede kwaliteit gerealiseerd wordt, die toegankelijk is voor de gehele Nederlandse bevolking, met erkenning van de professionele deskundigheid van de oefentherapeut.

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Hoofdstuk 1. Dossier	9
1.1 Relevante wet- en regelgeving	9
1.2 Dossiereisen	10
1.3 Standaardisatie van gegevens en eenheid van taal	11
1.4 Vastleggen van gegevens verstrekt door derden	11
1.5 Optioneel op te nemen gegevens	12
1.6 (Bijna) Incidenten	12
1.7 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	12
1.8 Meer behandeltrajecten	12
Hoofdstuk 2. Vast te leggen gegevens	14
2.1 Type gegevens	14
2.2 Administratieve gegevens	15
2.3 Methodisch oefentherapeutisch handelen in schema	17
2.4 Vast te leggen gegevens methodisch handelen en klinische besluitvorming	19
2.5 Klinimetrie	27
2.6 Verslaglegging in relatie tot richtlijnen en protocollen	28
2.7 Rapportages	29
Afkortingen	31
Geraadpleegde bronnen	32
Bijlagen	
Bijlage 1. Onderwerpen waarop de werkgroep is bevraagd	33
Bijlage 2. Relevante wet- en regelgeving	34
Bijlage 3. ICF	42
Bijlage 4. Zorgverleningsproces bij Directe Toegankelijkheid Oefentherapie	44
Bijlage 5. Eisen aan een protocol	46

Participerenden

Stuurgroep

Mw. drs. M.M.E. Biesta	Adviseur, inhoudelijk adviseur Platform Kinderoefentherapie
Mw. drs. S.C.N. Akihary	Beleidsmedewerker VvOCM
Mw. G. Buis	Trainer, adviseur

Werkgroep

Dhr. R. Adam	Oefentherapeut Cesar, 'Praktijk Oefentherapie Rosmalen', Rosmalen
Mw. S. van der Drift	Oefentherapeut Cesar, thuiszorgtherapeut, Haarlemmermeer
Mw. J. van Eendenburg	Psychosomatisch oefentherapeut Mensendieck, 'Mensendieckpraktijk Van Eendenburg', Bosgroep, Badhoevedorp
Mw. S. Evers	Oefentherapeut Cesar, 'Cesar Amsterdam', Amsterdam
Mw. M. Voorthuijsen-Geschiere	Kinderoefentherapeut Cesar, Intraverte, Zwolle
Mw. drs. B.M.A. Kroon	Oefentherapeut Mensendieck, Praktijk voor oefentherapie Mensendieck Vries', Vries (Drenthe)
Mw. A. Krijnen	Oefentherapeut Cesar, waarnemend oefentherapeut, Bussum
Mw. N. van Loon	Oefentherapeut Mensendieck, Magentazorg, Alkmaar
Mw. T. Schermer	Oefentherapeut Mensendieck, 'Oefentherapie Broekpolder', GZC Broekpolder, Heemskerk
Mw. N. Sengers-Twisk	Psychosomatisch oefentherapeut Mensendieck, 'Oefentherapie Broekpolder', GZC Broekpolder, Heemskerk
Mw. C. Visser, M	Oefentherapeut Cesar, Zorgspectrum, Geinsche Hof, Nieuwegein
Mw. A. de Vos	Oefentherapeut Cesar, 'De Vos Oefentherapie', Heemskerk
Dhr. P. Vrehan	Oefentherapeut Mensendieck, 'Mensendieckpraktijk Veghel', Veghel
Mw. L.E. Wiesenhaan	Oefentherapeut Mensendieck, multidisciplinaire praktijk, 'Maatschap van Tongeren', Zeist
Mw. drs. M.S.H. Wortman	Psychosomatisch oefentherapeut Cesar, 'Praktijk Warmenhuizen' en GZC Tuitjenhorn; Klinisch epidemioloog
Mw. E.J. van Zuilen-Hof	Kinderoefentherapeut Cesar, Kind en Motoriek, Utrecht

Contactpersonen bestuur VvOCM

Mw. M. Joosten, MSc	Portefeuillehouder professionaliteit en wetenschap
Dhr. F. Koornberg	Portefeuillehouder samenwerking en bekendheid

Auteur

Mw. G. Buis

Eindredactie

Mw. drs. G. de Witte	Beleidsmedewerker VvOCM
Mw. R. Dorgelo	Aanvulling m.b.t. AVG juni 2018

Met dank aan de opleidingen oefentherapie Cesar en Mensendieck voor hun bijdrage in aanloop naar de ontwikkeling van deze richtlijn.

Inleiding

Binnen elke praktijk of organisatie waar oefentherapeuten werkzaam zijn, wordt een praktijkadministratie en een cliëntenadministratie gevoerd (*Beroepsprofiel Oefentherapeut, 2011*). Bij het oefentherapeutisch handelen komen gegevens beschikbaar die worden vastgelegd als integraal onderdeel van dat oefentherapeutisch handelen. Enerzijds om het eigen handelen te onderbouwen en te verantwoorden (bewaken, sturen en evalueren). Anderzijds voor een heldere gegevensoverdracht aan anderen.

Doelen van de richtlijn Verslaglegging

- Leidraad voor oefentherapeuten om het systematisch vastleggen van gegevens en bevindingen met betrekking tot de oefentherapeutische zorg inzichtelijk te maken.
- Het bevorderen van uniforme verslaglegging over cliëntenzorg.
- Basis voor te actualiseren of nieuw te ontwikkelen zorginhoudelijke richtlijnen (mono- en multidisciplinair), waar het gaat om de informatiestandaard.¹

Aanleiding

Nadenken en afspraken maken over verslaglegging is altijd een punt van aandacht geweest binnen de paramedische beroepsgroepen. Met de komst van wet- en regelgeving over dossiers begin jaren 90 en van landelijke afspraken, werden nieuwe of andere eisen gesteld aan de dossiervoering door zorgverleners. In 1999 heeft een door het NPi geleid project 'Paramedische Verslaglegging Patiëntenzorg'² geresulteerd in handleidingen verslaglegging voor oefentherapeuten Mensendieck en voor oefentherapeuten Cesar. Daarbij werd per beroepsgroep een verslagleggingsformulier aangeleverd, vergezeld van een opsomming van minimaal te registreren gegevens. Met het samengaan van de beroepsverenigingen en door de opkomst van administratieprogramma's en ontwikkelingen in wet- en regelgeving ontstond de behoefte aan actualisatie van de richtlijn uit 1999. De VvOCM heeft daarom in 2009 een verslagleggingsformulier ontwikkeld voorzien van een toelichting en verantwoording die voor alle oefentherapeuten (en de softwareleveranciers) als basis heeft gediend voor verslaglegging.

Omdat in de afgelopen jaren is gebleken dat niet voor iedereen duidelijk is wat er vastgelegd moet worden en wat vastgelegd kan worden en vanwege de behoefte aan een eigentijdse richtlijn, is deze richtlijn verslaglegging geschreven.

Eisen aan verslaglegging en dossier

Vanuit wet- en regelgeving en kwaliteitsbeleid van de beroepsvereniging zijn eisen gesteld aan dossiervoering en verslaglegging die gelden voor alle oefentherapeuten.

In deze richtlijn wordt vanuit het methodisch handelen (*Beroepsprofiel Oefentherapeut, 2015*) aangegeven welke gegevens in het dossier moeten worden vastgelegd. Er worden geen

¹ Nieuwe standaard als onderdeel van het Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten. De informatiestandaard in een zorginhoudelijke richtlijn beschrijft welke informatie in het primair proces wordt geregistreerd, met welke geaccepteerde codestelsels (eenheid van taal) deze registratie wordt gedaan en met welke zorgverleners welke informatie wordt uitgewisseld.

² Aan dit project namen een aantal beroepsverenigingen deel: NVOM, VBC, EN, NVvO, NVvP.

bindende uitspraken gedaan over de vorm van vastleggen. Het staat iedere oefentherapeut vrij te kiezen voor vrije tekst of voorgeprogrammeerde keuzes.

Doelgroepen en reikwijdte

Een richtlijn is een document dat beroepsbeoefenaren ondersteunt bij de zorgverlening aan de cliënt. Een richtlijn biedt houvast bij het nemen van beslissingen en het leveren van goede zorg. De richtlijn is opgesteld voor alle oefentherapeuten. De richtlijn is in de basis van toepassing op elk zorgtraject, waarbij uiteraard nuancering nodig zal zijn voor verschillende cliëntgroepen. Het staat de oefentherapeut vrij meer vast te leggen dan in deze richtlijn is aangegeven. Nuancering kan ook nodig zijn op basis van afspraken binnen het platform Kinderoefentherapie (KinderOT), het platform Psychosomatisch Oefentherapie (PSOT), netwerken zoals het 'Netwerk Chronisch Pijn', of als gevolg van afspraken binnen ketenzorg of binnen intramurale multidisciplinaire werksettings.

Werkwijze en voortgang

Bij het samenstellen van de werkgroep is bewust gekozen voor oefentherapeuten uit het werkveld. Hierbij zijn de volgende criteria gehanteerd:

- Naast algemene oefentherapeuten minimaal twee kinderoefentherapeuten, twee psychosomatische oefentherapeuten en een intramuraal werkende en een thuiszorgtherapeut.
- Een evenwichtige verdeling in oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.
- Een evenwichtige verdeling in jaar van afstuderen.

Alle deelnemers aan de werkgroep hebben in twee schriftelijke vragenrondes over verslaglegging, prioriteiten aangegeven over verschillende onderwerpen. Voor bevroegde onderwerpen: zie *bijlage 1*.

Er is een conceptdocument opgesteld aan de hand van bestaande stukken³, huidige en te verwachten eisen aan richtlijnen⁴, ontwikkelingen in zorgregistraties⁵ en de inbreng van de werkgroep. Op diverse onderdelen is gebruik gemaakt van externe bronnen.

De conceptversie is eind maart 2014 naar de werkgroep gestuurd ter becommentariëring. Ook deze commentaarronde heeft plaatsgevonden aan de hand van een vragenlijst, met de optie voor suggesties ter verbetering. Het geheel van antwoorden en suggesties ter verbetering gaven geen aanleiding tot het nogmaals raadplegen van de werkgroep. In april / mei 2014 zijn de commentaren door de stuurgroep verwerkt.

Cliëntenperspectief

Deze richtlijn gaat over de schriftelijke weergave van het methodisch handelen en de klinische besluitvorming en over het omgaan met dossiers volgens wet- en regelgeving. Om deze redenen zijn cliëntenorganisaties niet actief betrokken bij de totstandkoming van deze actuele

³ *Richtlijn Verslaglegging, 1999 / verslagleggingsformulier met toelichting, 2009 / themanieuwsbrief verslaglegging, 2010 / Beroepsprofiel oefentherapeut, 2015*

⁴ *Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten, 2014 / Richtlijn voor richtlijnen, 2012*

⁵ zoals bijvoorbeeld de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

richtlijn verslaglegging.

Opbouw van de richtlijn

Deze richtlijn bevat regels en adviezen over welke gegevens in het dossier moeten worden vastgelegd. Enkele onderwerpen worden vanwege de leesbaarheid van de richtlijn besproken in aparte paragrafen. Extra informatie is opgenomen in de vorm van bijlagen. De samenvatting van vast te leggen gegevens in de vorm van een schema is beschikbaar als apart document. Bij gebruik van externe bronnen wordt direct in de tekst naar de bron verwezen. Bij het overnemen van tekstdelen van bestaande interne stukken is dat niet het geval. Alle geraadpleegde bronnen zijn opgenomen in de lijst met geraadpleegde bronnen.

Implementatie en evaluatie

De richtlijn zal worden verspreid onder oefentherapeuten. In 'Beweegreden', het vakblad van de VvOCM, zal aandacht besteed worden aan dit onderwerp. Ook wordt de richtlijn op de website van de VvOCM geplaatst. De regioteams van de VvOCM zullen de richtlijn onder de aandacht brengen bij hun achterban. Om de implementatie en evaluatie van deze richtlijn te stimuleren is voorzien in scholing.

Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar onderbouwde en breed gedragen inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners geacht worden te voldoen. Breed gedragen en erkende richtlijnen, zoals deze richtlijn verslaglegging, maken deel uit van de professionele standaard van beroepsbeoefenaren. Dit betekent dat van oefentherapeuten wordt verwacht dat zij deze richtlijn toepassen. Voor een richtlijn als deze geldt dat de toepasbaarheid voor intramuraal werkende oefentherapeuten mede bepaald wordt door keuzes van de instelling waar men werkzaam is. In die situaties is het van belang dat oefentherapeuten er naar streven zoveel mogelijk recht te doen aan de inhoud van deze richtlijn verslaglegging.

Levende richtlijn

Het actualiseren van richtlijnen is een continu proces. Op basis van onder andere nieuwe wet- en regelgeving, ontwikkelingen in zorgregistraties en nieuwe eisen aan richtlijnen zal het document indien nodig worden aangepast.

Externe partijen

Zorgverzekeraars

In de huidige tijd wordt door veel zorgverzekeraars een kwaliteitsparagraaf opgenomen in het contract dat de zorgverzekeraar en de oefentherapeut sluiten. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat de oefentherapeut een aantal administratieve gegevens vastlegt en dat de beroepsinhoudelijke gegevens worden vastgelegd volgens de richtlijnen van de beroepsgroep.

Bij dossiertoetsing op initiatief van een oefentherapeut, of op initiatief van een zorgverzekeraar, is de richtlijn verslaglegging een basis voor de te hanteren toetsingscriteria en dienen de uitgangspunten van deze richtlijn gerespecteerd te worden.

NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

NIVEL Zorgregistraties maakt gebruik van gegevens die routinematig in de zorg worden verzameld bij verschillende eerstelijnsdisciplines. Anno 2014 nemen 49 oefentherapiepraktijken deel aan deze zorgregistratie met gezamenlijk jaarlijks 4000 cliënten (www.nivel.nl/NZR/zorgregistraties-eerstelijns).

Aanbieders administratieprogramma's

In 2011 heeft de VvOCM een eisenpakket opgesteld om een optimale afstemming te creëren tussen de stappen van het methodisch handelen van de oefentherapeut en de weergave ervan in de digitale verslaglegging.

In de periode 2012-2013 is er opnieuw contact geweest met een aantal aanbieders van administratieprogramma's voor oefentherapeuten om de laatste versie van de programma's te beoordelen en gewenste verbeteringen te bespreken. De huidige richtlijn verslaglegging zal na goedkeuring door de leden op de Algemene Vergadering (AV) naar de softwareleveranciers worden gestuurd.

Verantwoording voor vastleggen van cliëntgegevens

De richtlijn bevat aanbevelingen, die de oefentherapeut dient te volgen. Het is mogelijk ervan af te wijken, mits beargumenteerd. De verantwoordelijkheid voor de eigen verslaglegging blijft in beginsel bij de individuele oefentherapeut⁶.

In instellingen, grotere praktijken en gezondheidscentra zullen de persoonsgegevens, de verzekeringsgegevens en de verwijsgegevens van de cliënt, vaak niet door de behandelend oefentherapeut zelf worden vastgelegd, maar bijvoorbeeld door een administratief medewerker. Ook in dat geval berust de verantwoordelijkheid voor de vastlegging in het kader van de oefentherapeutische verslaglegging bij de oefentherapeut of diens waarnemer.

⁶ Bij externe verantwoording is de praktijk eigenaar ook verantwoordelijk voor de kwaliteit van de dossiers van collega's die al of niet in loondienst werken onder dezelfde praktijk AGB.

Hoofdstuk 1. Dossier

Dit hoofdstuk gaat over verschillende aspecten van dossiervoering in relatie tot verslaglegging.

- § 1.1 Relevante wet- en regelgeving
- § 1.2 Dossiereisen
- § 1.3 Standaardisatie van gegevens en eenheid van taal
- § 1.4 Vastleggen van gegevens verstrekt door derden
- § 1.5 Optioneel op te nemen gegevens
- § 1.6 (Bijna) Incidenten
- § 1.7 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
- § 1.8 Meer behandeltrajecten

1.1 Relevante wet- en regelgeving

De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) zijn de belangrijkste wetten die van invloed zijn op het (para)medisch handelen en op de zorgvuldigheidseisen voor de verslaglegging. Hieronder zijn de WGBO en AVG kort weergegeven. In *bijlage 2* worden deze en andere relevante wet- en regelgeving uitgebreider beschreven.

Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

De WGBO (onderdeel van het Burgerlijk Wetboek) geeft regels voor de hulpverleningsrelatie tussen een individuele cliënt en de hulpverlener. De WGBO geeft onder andere regels voor het dossier, het inzagerecht, de informatieplicht, de toestemming voor een behandeling en het beroepsgeheim. Op basis van de WGBO is de hulpverlener verplicht de zorg van goed hulpverleners in acht te nemen. Goed hulpverlenerschap wil zeggen dat er gehandeld wordt conform de professionele standaard, volgens de recente inzichten van de medische wetenschap, met inachtneming van de rechten van de cliënt.

Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)

De AVG is de privacywet die per 25-5-2018 de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) vervangt en geldt in de hele Europese Unie. Dankzij de AVG is de bescherming van persoonsgegevens in alle landen van de EU op dezelfde manier geregeld en gelden in alle lidstaten dezelfde regels.

Belangrijk in de AVG is dat de veiligheid bij het omgaan met de persoonsgegevens beter wordt gegarandeerd. Als verwerkingsverantwoordelijke van persoonsgegevens dien je bewuste keuzes te maken over hoe je met gegevens omgaat. Deze keuzes moet je ook kunnen verantwoorden als daar naar gevraagd wordt.

Voor het verzamelen van persoonsgegevens heb je een wettelijke grondslag nodig. De oefentherapeut kan zich beroepen op:

De gegevensverwerking is noodzakelijk voor de uitvoering van een (behandelings)overeenkomst;

Gebruik van gegevens

De therapeut dient de cliënt te informeren over:

- doel(en) gegevens vastleggen;
- deelname aan wetenschappelijk onderzoek;
- het belang van de gegevens van de patiënt voor het onderzoek;
- de privacyreglementen die van toepassing zijn.

Gegevens mogen alleen aan derden, niet zijnde medebehandelaars, worden verstrekt na toestemming van de cliënt.

1.2 Dossiereisen

Eisen die aan dossiers gesteld worden naast de inhoudelijke eisen (zie *hoofdstuk 2*) zijn: 'beschikbaarheid', 'leesbaarheid', 'volledigheid en beknoptheid', 'betrouwbaarheid', 'inzichtelijkheid' en 'veiligheid' (*Richtlijn verslaglegging, 1999* en *Toelichting verslaglegging, 2009*).

Beschikbaarheid

Beschikbaarheid van de verslaglegging is noodzakelijk voor een goede en continue zorgverlening. Gegevens van cliënten moeten voor een eventuele waarnemer toegankelijk zijn. Ook stagiaires moeten inzicht kunnen hebben in dossiers. Een logisch opbergsysteem en discipline bij het opbergen zijn daartoe vereist. Dit geldt niet alleen voor het door de oefentherapeut opgetekende, maar ook ten aanzien van ontvangen/verstuurd correspondentie.

Leesbaarheid

Een goed leesbaar dossier is zowel voor de oefentherapeut, de waarnemer als de stagiair van belang om gebruik te kunnen maken van de vastgelegde gegevens. Er dient daarbij tevens aandacht te zijn voor gebruikte afkortingen en eenduidig taalgebruik, zodat de informatie door iedereen begrepen kan worden. Een voorbeeld hiervan is het begrippenkader van de ICF (zie §1.3).

Volledigheid en beknoptheid

De verslaglegging moet zo volledig mogelijk en tegelijkertijd ook zo beknopt mogelijk zijn, omwille van het overzicht. Er dient te worden gestreefd naar het opnemen van alle relevante gegevens. Beknoptheid mag daarbij niet leiden tot gebruik van onbekende afkortingen, aangezien de inzichtelijkheid dan in het geding komt.

Betrouwbaarheid

Op grond van de geregistreerde gegevens moet de essentie van de oefentherapeutische hulpverlening reproduceerbaar zijn. De verslaglegging dient in overeenstemming te zijn met de werkelijkheid en mag geen aanleiding geven tot twijfel over wat wordt bedoeld. Voor de dagelijkse praktijk betekent dit dat de gegevens zo objectief mogelijk en zo snel mogelijk (tijdens of direct na onderzoek en behandeling) worden vastgelegd.

Inzichtelijkheid

In het dossier moeten de gegevens helder zijn weergegeven en zodanig bij elkaar aansluiten dat duidelijk inzicht in het gevolgde behandelproces mogelijk is. De fasen die de oefentherapeut bij het methodisch handelen doorloopt om het einddoel te bereiken dienen in de verslaglegging herkenbaar te zijn.

Veiligheid

Dossiers dienen goed beveiligd te worden opgeslagen en te worden gebruikt en dienen uitsluitend toegankelijk te zijn voor de bij de behandeling betrokkenen.

Onder informatiebeveiliging in de zorg wordt verstaan, 'het waarborgen van de beschikbaarheid, integriteit en vertrouwelijkheid van alle informatie die benodigd is om patiënten verantwoorde zorg te kunnen bieden' (Zie *bijlage 2* voor meer informatie over o.a. beveiligingsplicht).

1.3 Standaardisatie van gegevens en eenheid van taal

Om invulling te geven aan de eisen zoals hierboven beschreven, is uniform taalgebruik gewenst. Eenheid van taal is ook een voorwaarde voor de ontwikkeling van richtlijnen, onderzoeksprojecten en toetsing. Een manier om uniform taalgebruik binnen de beroepsgroep te creëren is het hanteren van coderingsstandaarden, zoals een classificatie. Een andere reden voor standaardisatie van registratie vormt de wenselijkheid deel te nemen aan onderzoek met behulp van zorgregistraties, zoals de eerder genoemde NIVEL zorgregistraties eerste lijn.

In het kader van machtigings- en declaratieverkeer, dient de zorgverlener gegevens om te zetten in codes (zie §2.2).

Voor het vastleggen van gegevens over het methodisch handelen lijken de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) en de ICF-CY (Children & Youth) de meest bruikbare classificaties. Het dagelijks functioneren in relatie tot ziekte of dreiging van ziekte kan worden bekeken met behulp van de ICF.

Het ICF is een bio-psycho sociaal model dat uitgaat van het gegeven dat omgevingsfactoren en persoonlijke factoren de gezondheidstoestand van mensen beïnvloeden. Binnen de zorginhoudelijke richtlijnen van de oefentherapie wordt de ICF (of diens voorloper de ICIDH) gehanteerd om gezondheidsproblemen in kaart te brengen en behandeldoelen en behandelplan te formuleren. In de dagelijkse praktijk van de oefentherapeut gaat het bij gebruik van de ICF om het gebruik van het begrippenkader. Voor informatie over ICF, de domeinen en classificaties zie *bijlage 3* en de website van het RIVM, www.rivm.nl.

Oefentherapeuten die deelnemen aan 'NIVEL zorgregistraties eerste lijn' registreren wat zij tijdens de behandelingen gedaan hebben, dit zijn de zogenoemde verrichtingen. Deze verrichtingen zijn gebaseerd op de CVPB (*Classificatie Verrichtingen Paramedische Bewegingsberoepen, 2009*). De meest genoemde verrichtingen zijn sturen en oefenen van functies en/of vaardigheden en begeleidende verrichtingen als informeren en adviseren (*LiPZ⁷ Zorgregistraties, 2012*).

1.4 Vastleggen van gegevens verstrekt door derden

Vastleggen houdt ook in dat gegevens die al door een ander zijn opgeschreven worden overgenomen in de verslaglegging of in het zorgdossier worden gevoegd. Gegevens van de verwijzer (zoals bijvoorbeeld verwijsdiagnose, consultvraag, uitslagen van onderzoek) die makkelijk en overzichtelijk beschikbaar zijn in het dossier hoeven niet overgenomen te worden in de verslaglegging. Of deze gegevens voor de therapeut zelf en diens waarnemers of stagiaires makkelijk beschikbaar zijn hangt af de mogelijkheden binnen het gehanteerde administratieprogramma. Dit is ter beoordeling van de behandelend oefentherapeut. Overzichtelijkheid voor de betrokken zorgverleners en waarborging van de cliëntveiligheid door doeltreffend en doelmatig handelen zouden hierbij leidend moeten zijn.

1.5 Optioneel op te nemen gegevens

Oefentherapeuten genereren ook gegevens die niet vanuit wet- en regelgeving, of vanuit kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep vastgelegd hoeven te worden in het zorgdossier. Het gaat om persoonlijke werkaantekeningen die de therapeut als tijdelijke geheugensteun maakt en niet met anderen deelt. Deze behoren niet tot het dossier. Een te volgen protocol hoeft niet in het zorgdossier van de cliënt te worden opgenomen, mits het protocol genoemd wordt én makkelijk oproepbaar is én het protocol aan minimale eisen voldoet (zie §2.6).

1.6 (Bijna) Incidenten

In het kader van het melden van incidenten moeten zorgverleners informatie over incidenten die tot schade aan de patiënt hebben geleid of nog zouden kunnen leiden, opnemen in het dossier. Het gaat daarbij om alle gegevens die noodzakelijk zijn voor een goede hulpverlening aan de patiënt. Voor eerstelijnszorg therapeuten: zie brochure '*vanzelfsprekende veiligheid*' (VWS) en het modelprotocol Veilig Incident Melden op de website van de VvOCM.

In de intramurale zorg wordt gebruik gemaakt van formulieren om incidenten te melden. In verpleeg- en verzorgingshuizen dient het MIC-formulier ingevuld te worden (Melding Incidenten Cliënten). In ziekenhuizen past men de VIM-methode toe (Veilig Incidenten Melden).

1.7 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en afwegingskader (2018)

⁷ LiPZ (Landelijke informatievoorziening Paramedische Zorg) is in 2013 overgegaan in NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

Volgens *'Meldcode oefentherapeuten HG en KMH, mei 2011'*⁸, stappenplan. Stap 1: In kaart brengen van signalen, *verslaglegging*: 'De oefentherapeut beschrijft de signalen zo feitelijk mogelijk en maakt daarbij onderscheid tussen vaststaande feiten en vermoedens. Hij maakt een vervolgaantekening. Bij vastlegging van informatie van derden vermeldt de oefentherapeut de bron. Diagnoses worden alleen vastgelegd als ze zijn gesteld door een bevoegde beroepskracht'.

De stukken / formulieren betreffende een melding dienen in het dossier bewaard te worden. Meer informatie over de meldcode, het stappenplan met afwegingskader, de kindcheck en het SPUTOVAMO formulier is te vinden op de website van de VvOCM.

1.8 Meer behandeltrajecten

Een zorgdossier wordt afgesloten na beëindiging van het behandeltraject. Wanneer de cliënt later opnieuw voor een intake en/of behandeling komt, wordt het dossier heropend. Administratieve gegevens worden waar nodig aangepast.

Indien de cliënt komt vanwege dezelfde aandoening of klachten worden de gegevens over het methodisch handelen bijgesteld op basis van de actualiteit, zoals: reden van komst, hulpvraag, aanvullende of actuele onderzoeksgegevens, oefentherapeutisch diagnose, behandeldeel- en plan. Indien de cliënt komt vanwege een andere klacht of aandoening wordt met een nieuw behandeltraject gestart.

⁸ Op het moment van schrijven wordt nog gewerkt aan een aangepaste meldcode met afwegingskader. Eind 2018 zal deze beschikbaar zijn en per januari 2019 is het een verplichting om deze meldcode als beroepsnorm geïmplementeerd te hebben

Hoofdstuk 2. Vast te leggen gegevens

Tijdens alle stappen van het methodisch oefentherapeutisch handelen dient de oefentherapeut gegevens vast te leggen. In deze richtlijn verslaglegging is onderscheid gemaakt in verschillende type gegevens om aan te geven wat verplicht vast te leggen gegevens zijn en waar oefentherapeuten meer flexibiliteit hebben.

§ 2.1 Type gegevens

§ 2.2 Administratieve gegevens

§ 2.3 Methodisch oefentherapeutisch handelen in schema

§ 2.4 Vast te leggen gegevens methodisch handelen en klinische besluitvorming

§ 2.5 Klinimetrie

§ 2.6 Verslaglegging in relatie tot richtlijnen en protocollen

§ 2.7 Rapportages

2.1 Type gegevens

Verplicht vast te leggen gegevens zijn gegevens die door zorgverleners altijd vastgelegd dienen te worden op basis van wet- en regelgeving en de daarvan voor de beroepsgroep afgeleide afspraken.

Ook zijn er verplichte gegevens die aanwezig *kunnen* zijn. Dit betekent dat als deze gegevens aanwezig zijn, deze in het zorgdossier moeten worden vastgelegd. Voorbeelden hiervan zijn: consultvraag verwijzer, medische achtergrondinformatie verstrekt door verwijzer of huisarts. Binnen de verkregen gegevens uit het methodisch handelen bepaalt de oefentherapeut de relevantie van die gegevens. Aanwezige gegevens die niet relevant zijn, hoeven niet te worden vastgelegd. Voorbeeld hiervan is: als een cliënt veel medicijnen gebruikt hoeven alleen de relevante medicijnen te worden geregistreerd. Met relevant wordt bedoeld: alle medicatie voorgeschreven naar aanleiding van de verwijsindicatie en die van invloed kunnen zijn op de klacht, de veiligheid, het verloop en het resultaat van de behandeling.

Het hiervoor genoemde onderscheid wordt in beeld gebracht via onderstaande indeling en wordt uitgewerkt in de volgende paragrafen. Een schema met vast te leggen gegevens is beschikbaar als apart document (*Overzicht Gegevens dossiervorming*).

1. Administratieve gegevens:
 - a. verplichte gegevens voor machtigings- en declaratieverkeer;
 - b. overige gegevens: verplichte gegevens en verplicht indien (i) aanwezig, aangeduid met (i).
2. Gegevens over methodisch handelen en de klinische besluitvorming:
 - a. verplicht, er moet dus altijd iets worden ingevuld;
 - b. indien (i) aanwezig en relevant, aangeduid met (i).
3. Gegevens die niet in het zorgdossier van de cliënt hoeven te worden opgenomen:
 - a. maar die wel (w) aanwezig moeten zijn en makkelijk beschikbaar, aangeduid met (w);
 - b. persoonlijke notities (niet vallend onder 1b en 2a en 2b) als geheugensteun hoeven niet in het dossier te worden opgenomen (zie §1.5).

4. Gegevens die niet (altijd) direct onderdeel vormen van het oefentherapeutisch methodisch handelen maar die wettelijk wel verplicht zijn vast te leggen, bijvoorbeeld in geval van (bijna) incidenten en bij het vermoeden van huiselijk geweld en kindermishandeling (zie *hoofdstuk 1*).

Een gegeven dat niet van toepassing is op de betreffende cliënt wordt aangeduid als 'n.v.t.' of indien er geen bijzonderheden zijn met 'g.b'.

2.2 Administratieve gegevens

Administratieve gegevens zijn te onderscheiden in:

- Gegevens die nodig zijn voor machtigings- en declaratieverkeer.
- Overige gegevens: verplicht én verplicht indien aanwezig aangeduid met (i).

Gegevens die nodig zijn voor machtigings- en declaratieverkeer

In de standaard Externe Integratie Declaraties Paramedische Hulp is weergegeven welke gegevens verplicht moeten worden vastgelegd ten behoeve van het declaratieverkeer en welk type record daaraan verbonden is. Een aantal van deze gegevens hoeven niet per definitie deel uit te maken van het zorgdossier. Wel moet er voor gezorgd worden dat die gegevens zo nodig zijn op te halen uit het administratieve systeem.

Verplicht vast te leggen voor machtigings- en declaratieverkeer

- Cliënt/verzekerde⁹: naam en voorletters, geslacht, geboortedatum, adres, Burgerservicenummer (BSN), patiënt identificatienummer.
- Zorgverlener: Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI) behandelaar/ AGB-nummer.
- Zorgverzekeraar: Unieke Zorgverzekeraar Identificatie (UZOVI nummer).
- Geleverde zorg: verwijzdatum, datum prestatie(s); code prestatie(s); aantal prestaties; bedrag declaratie.
- Indicatie (code). Indicatie ongeval (i).
- Diagnosecode volgens het diagnose coderingssysteem paramedische hulp (DCSPH) / VNZ code.

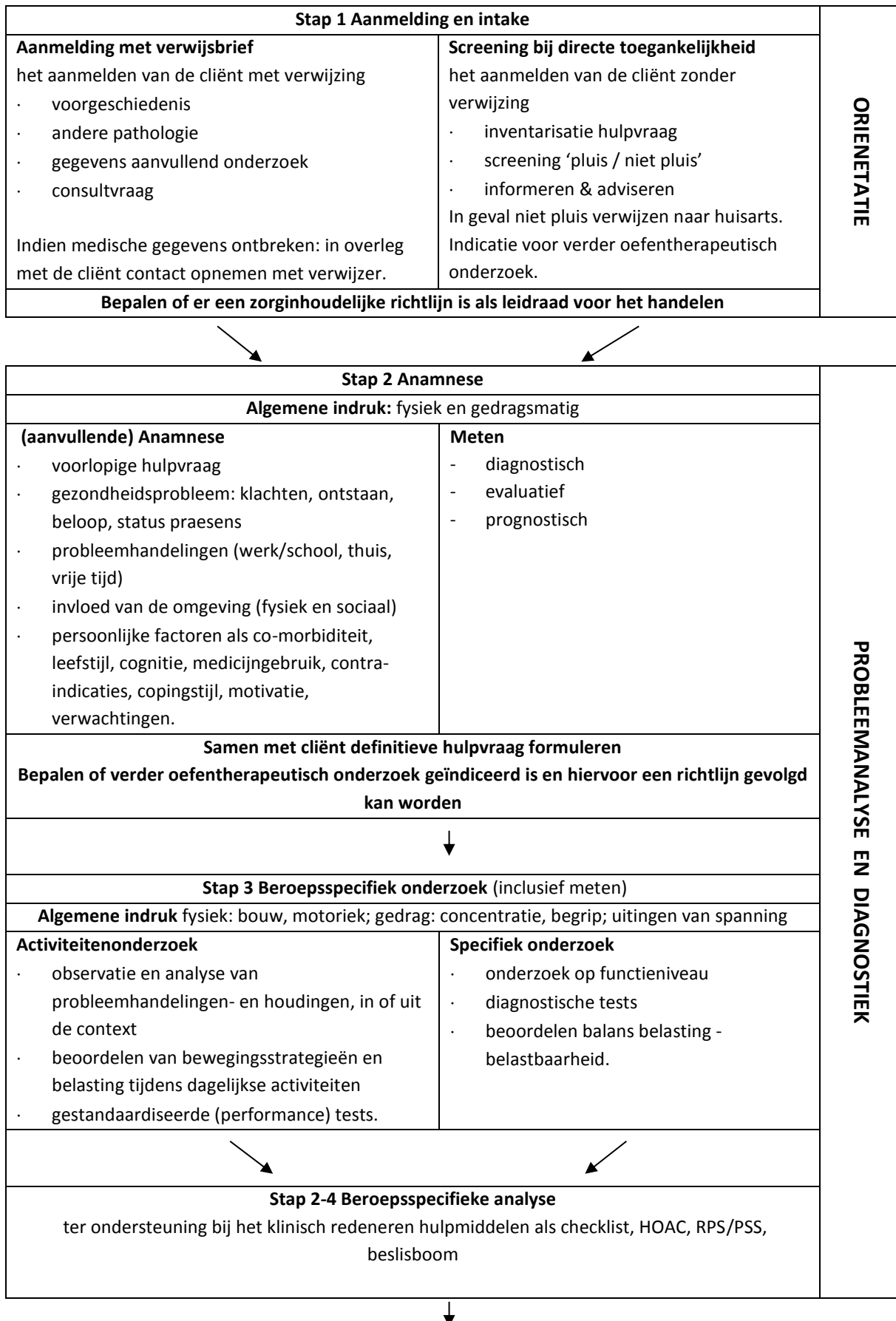
⁹ De cliëntgegevens dienen altijd vastgelegd te worden, ook los van het machtigings-en declaratieverkeer

Overige verplichte gegevens en verplicht indien aanwezige gegevens.

Hierbij is onderscheid gemaakt in gegevens bij verwijzing en gegevens bij DTO.

Vast te leggen gegevens bij verwijzing	Vast te leggen gegevens bij DTO
Datum aanmelding en datum afronding	Datum aanmelding en datum afronding
Huisarts: naam	Huisarts: naam
Huisarts: adres, AGB /UZI (w)	Huisarts: adres, AGB /UZI (w)
Huisarts bereikbaarheid (w)	Huisarts bereikbaarheid (w)
Verwijzer: naam en specialisatie	
Verwijzer: adres, AGB /UZI (w)	
Verwijzer: bereikbaarheid (i)(w)	
Verwijsdiagnose	Contactreden
Consultvraag door verwijzer (i)	
Handelen volgens richtlijn of protocol (i)	Handelen volgens richtlijn of protocol (i)
Toestemming, akkoord opvragen gegevens	Toestemming, akkoord opvragen gegevens
Toestemming, akkoord verstrekken gegevens	Toestemming, akkoord verstrekken gegevens
Afspraken met andere zorgverleners over communicatie (i) (w)	Afspraken met andere zorgverleners over communicatie (i) (w)
Akkoord behandelplan	Akkoord behandelplan
Reden einde behandeling	Reden einde behandeling
Behandelresultaat	Behandelresultaat

2.3 Methodisch oefentherapeutisch handelen in schema



Stap 4 Opstellen oefentherapeutische diagnose en vaststellen indicatie voor oefentherapie	PROBLEEMDEFINITIE
<p>Oefentherapeutische diagnose: beroepsspecifiek oordeel op basis van de beroepsspecifieke analyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> · m/v, leeftijd, verwijzing/klacht (DTO), hulpvraag · relevante bevindingen uit anamnese en onderzoek: behandelbare aspecten in relatie tot de hulpvraag, de probleemhandelingen in samenhang, ofwel beroepsspecifieke analyse · eventuele belemmerende en bevorderende factoren · (eventueel) prognose voor herstel <p>Vaststellen of er een indicatie is voor oefentherapeutische interventie</p> <ul style="list-style-type: none"> · nee →terugverwijzen naar huisarts · ja, door gespecialiseerde collega →doorverwijzen · ja, bepalen of er gehandeld kan worden volgen een richtlijn 	
Interventiefase starten al dan niet volgens een richtlijn	



Stap 5 Planning: behandeldoel en behandelplan	PROBLEEMOPLOSSING / INTERVENTIE
<p>Behandeldoel Samen met cliënt algemeen behandeldoel vaststellen: op activiteiten /participatieniveau het beoogde resultaat; concreet, betekenisvol, aansluitend bij de oefentherapeutische diagnose (inclusief hulpvraag).</p> <p>Behandelplan, een strategie bepalen om behandeldoel te bereiken:</p> <ul style="list-style-type: none"> · aandachtsgebieden verrichtingen en/of voorwaardelijke subdoelen · volgorde/ opbouw, tijdsplanning / indeling in behandelphasen · evaluatiesystematiek (wanneer, welke meetinstrumenten, beslisriteria) · afspraken met cliënt en andere betrokkenen 	
Bespreken behandelplan met cliënt en vaststellen prognose in de tijd (verwacht aantal behelssessies)	
↓	
Stap 6 Planning (programma) en uitvoering (proces)	
<p>Behandelprogramma</p> <ul style="list-style-type: none"> · verrichtingen aansluiten op behandelplan · tussentijdse evaluatie volgens plan <p>Verloop behandelproces /journaal</p> <ul style="list-style-type: none"> · informeren naar ervaring cliënt · verrichtingen: informeren, adviseren, sturen, oefenen · beoordelen stand van zaken m.b.t. voortgang (of stabilisatie) · bepalen of plan voorgezet kan worden of bijstelling nodig is van plan en prognose in de tijd 	



Stappen 7 en 8 Eindevaluatie en afsluiting	EVALUATIE
<p>Behandelresultaat</p> <ul style="list-style-type: none"> · vaststellen effect van de behandeling en evaluatie van het behandelproces · objectivering resultaten met gebruik van meetinstrumenten <p>Afsluiting</p> <ul style="list-style-type: none"> · adviezen zelfmanagement, mogelijkheden eventuele nazorg, recidivebeleid · eindrapportage (verslaggeving) 	

2.4 Vast te leggen gegevens methodisch handelen en klinische besluitvorming

Het methodisch handelen van zorgverleners bij het oplossen van een klinisch probleem kenmerkt zich door doelgerichtheid, systematiek, procesmatigheid en bewust handelen. Kenmerkend voor het 'methodisch handelen' is dat de zorgverlener zich bewust is van de manier waarop hij handelt en bewust probeert dat handelen aan te passen aan de situatie waarin hij handelt. Vaardigheden die daarbij een rol spelen zijn evidence based handelen (EBP), reflecteren op het beroepsmatig handelen en klinisch redeneren.

Bij EBP gaat het om klinische beslissingen op basis van het best beschikbare bewijs, de kennis en ervaring van de professional en de waarde(n) en voorkeuren van de individuele cliënt.

Door inzet van klinimetrie kan een bijdrage geleverd worden aan verdere verbetering van kwaliteit van de oefentherapeutische zorg. Resultaten van oefentherapeutische zorg kunnen inzichtelijk worden gemaakt. Ook kunnen data gebruikt worden bij het maken van resultaatafspraken en/of maatwerkafspraken.

Belangrijk is dat de oefentherapeut relevante gegevens vastlegt over het zorgproces van de individuele cliënt die essentieel zijn binnen het methodisch handelen en de klinische besluitvorming en die van belang zijn in de communicatie met de cliënt (en/of diens verzorgers, begeleiders), collega's en andere zorgverleners.

2.4.1 Diagnostische fase: oriëntatie op, analyse en definitie van het probleem

In deze fase tracht de oefentherapeut inzicht te krijgen in het gezondheidsprobleem van de cliënt, diens hulpvraag, ervaren problemen en factoren die het gezondheidsprobleem (mogelijk) beïnvloeden.

De diagnostische fase wordt (zo mogelijk) geheel doorlopen. De oefentherapeut bepaalt of er wel of geen indicatie is voor oefentherapie én of het in kaart brengen en het oplossen van het probleem binnen de eigen deskundigheid valt.

Aanmelding en Anamnese (stappen 1 en 2)

De cliënt komt op verwijzing van (huis)arts of medisch specialist of op eigen initiatief (of op advies van derden) bij de oefentherapeut (DTO).

Indien een cliënt gebruik maakt van de DTO wordt het screeningsproces gevolgd om te bepalen of oefentherapeutische behandeling geïndiceerd is, of nadere medische informatie over de algehele gezondheidstoestand van de patiënt wenselijk is en om te achterhalen of er aanwijzingen zijn voor de aanwezigheid van een (ernstige) specifieke aandoening (zie *bijlage 4* voor meer informatie over het zorgverleningsproces bij Directe Toegankelijkheid Oefentherapie).

Vast te leggen gegevens bij aanmelding / intake (anders dan administratieve gegevens)

Bij verwijzing

- Verwijsdiagnose;
- Consultvraag verwijzer (i);
- Door verwijzer verstrekte aanvullende (medische) gegevens (i).

Bij DTO

- Conclusie screening DTO;
- Indicatie voor verder oefentherapeutisch handelen.

De anamnese vindt plaats tijdens de eerste sessie, maar kan zich ook uitstrekken over de volgende sessies. Om de ervaringen van de cliënt over de eigen gezondheid te objectiveren en het resultaat van de behandeling te evalueren, wordt aanbevolen gebruik te maken van meetinstrumenten. De hulpvraag kan samen met de cliënt definitief worden geformuleerd na de anamnese en het bespreken van de door de cliënt ingevulde vragenlijst(en).

Vast te leggen gegevens (hetero)anamnese

- Gezondheidsprobleem/ klacht in relatie tot contactredenen.
- Problemen in functioneren: korte analyse van de aard en de ernst van het probleem in relatie tot de dagelijkse context. In de eigen bewoordingen van de cliënt of vastgesteld via een meetinstrument.
- Hulpvraag van de cliënt (of diens begeleider).
- Relevante informatie over het ontstaan van de klachten en/of probleem en het verloop tot nu toe; inclusief eerdere interventies (i).
- Relevante medisch achtergrondinformatie: co-morbiditeit, contra-indicaties, medicijngebruik (type en hoeveelheid van medicijnen die invloed kunnen hebben op het herstelproces of waar de therapeut rekening mee dient te houden bij de keuze van interventies).
- Persoonlijke factoren, zoals: beroep, co-morbiditeit, copingstijl, motivatie, leefstijl, cognitie, stemming, gedrag, sociale en/of culturele achtergrond, ervaringen, karakter, opleidingsniveau (i).
- Externe factoren: invloed sociale en fysieke omgeving (voor zover niet al aangegeven bij problemen in functioneren) (i); beschrijving werksituatie, thuisituatie en de risicofactoren (i).
- Verwachtingen cliënt (i).
- Uitkomst gehanteerd(e) meetinstrument(en).

Oefentherapeutisch onderzoek (stap 3)

Oefentherapeuten maken gebruik van zowel kwantitatieve als kwalitatieve diagnostiek en analyse, omdat vanuit de visie van de oefentherapie het louter op kwantiteit meten niet voldoende is om tot een gedegen analyse te komen van de ervaren problemen in relatie tot de context¹⁰.

¹⁰ De context is de totale omgeving van de individuele cliënt waarin iets zijn betekenis krijgt, rekening houdend met: situationele factoren, personen, taken, etc.

Activiteitenonderzoek

Op basis van de hulpvraag en de door de cliënt aangegeven probleemhandelingen en mogelijk nog te verwachten probleemhandelingen voert de therapeut een activiteitenonderzoek uit om zich een beeld te vormen van de mogelijke relaties tussen ervaren klachten (zoals pijn), bewegings(on)mogelijkheden, bewegingsgedrag en (fysieke) omgevingsfactoren. Via observaties in de (fysieke)omgeving of een nabootsing van die omgeving, of via gestandaardiseerde performancetesten krijgt de therapeut een indruk van de specifieke manier van belasten en de belastbaarheid van de cliënt op dat moment.

Vast te leggen gegevens activiteitenonderzoek

- Uitkomsten gehanteerde meetinstrumenten en observaties.
- Kwantitatief: testscore gestandaardiseerde performance tests.
- Kwalitatief: belangrijkste bevindingen uit observaties probleemhandelingen.

Indien het activiteitenonderzoek onvoldoende informatie geeft voor hypothesevorming, voert de oefentherapeut een specifiek onderzoek uit naar mogelijk onderliggende stoornissen in functies van het bewegingssysteem en aan beweging verwante systemen (en zo nodig andere systemen)¹¹.

Specifiek onderzoek

Het specifiek onderzoek is gericht op de aan- of afwezigheid van stoornissen in functies en structuren, de ernst van aanwezige stoornissen en de (mogelijke) gevolgen. Doel is om (andere) pathologie uit te sluiten, de diagnose te bevestigen, de fysieke belastbaarheid in te schatten en te achterhalen of er sprake is van compensaties en adaptaties.

Vast te leggen gegevens specifiek onderzoek

- Resultaten /uitkomsten diagnostische tests en palpaties (veelal kwantitatief).
- Kwalitatieve gegevens (i).

Het onderzoek blijft niet beperkt tot de diagnostische fase. De oefentherapeut observeert het bewegingsgedrag van de cliënt gedurende het gehele zorgproces, om stoornissen en veranderingen in belasting versus belastbaarheid te monitoren en de cliënt (via feedback) daarvan bewust te maken. Het onderzoek kan bovendien (gedeeltelijk) worden herhaald ter evaluatie van het behandelverloop of het beloop van de klachten.

Indien relevant wordt bij bevindingen van uitgevoerde tests de tijd, plaats en toestand van de cliënt vermeld (i).

Vast te leggen gegevens bij later uitgevoerd of herhaald onderzoek

Bevindingen uit later verricht onderzoek die relevant zijn voor het herstelproces. Zoals uitslagen van diagnostische tests en andere metingen. En indien aan de orde, op basis van deze nieuw verkregen gegevens: bijstelling van de oefentherapeutische diagnose, het behandeldoel en/of het behandelplan.

¹¹ Indeling volgens ICF

Oefentherapeutische analyse (stap 4)

Als ondersteuning bij het klinisch redeneren heeft de oefentherapeut diverse hulpmiddelen ter beschikking, waarbij het klinisch redeneren en besluitvorming plaatsvindt op basis van beschikbare wetenschappelijke kennis en praktijkervaring.

Checklist analyse

De checklist bevat een set basisvragen ter ondersteuning van de oefentherapeut tijdens de analysefase. Deze kan gebruikt worden om te komen tot een probleemdefinitie, weergegeven in de oefentherapeutische diagnose. Deze checklist is opgenomen in de (meeste) zorginhoudelijke richtlijnen oefentherapie, en bevat (met enige variaties) de onderstaande vragen (*Richtlijnen VvOCM / Oefentherapie, een therapie in beweging, 2008*):

- Is de hulpvraag van de betrokkene duidelijk?
- Zijn de belangrijkste gezondheidsproblemen helder?
- In hoeverre zijn de problemen het gevolg van de aandoening?
- Is de problemtaak of probleemhandeling duidelijk?
- Is de context waar en/of wanneer het probleem zich voordoet duidelijk?
- Is het ervaren probleem omgevingsafhankelijk of bewegingsafhankelijk?
- Is het een houdings- en bewegingsprobleem of een gedragsprobleem?
- Is er sprake van (in)adequate omgang met de klachten?
- Zijn er bepaalde bewegingsstrategieën die de cliënt gebruikt om met het probleem om te gaan?
- Welke behandelbare componenten zijn er?
- Zijn er (door de oefentherapie) onbehandelbare aspecten die (mogelijk) een belemmerende (of vertragende) invloed hebben op het herstelproces?
- Is de motivatie van de cliënt voor oefentherapie duidelijk?

Het Rehabilitation Problem Solving formulier (RPS, 2002)

Het RPS-formulier, gebaseerd op het ICF-model, is een hulpmiddel om in de diagnostische fase gefundeerde keuzes in kaart te brengen voor de behandelstrategie en de gekozen strategie zo nodig in de behandelperiode bij te stellen.

Het PsychoSomatiek Screening Formulier (PSS, 2011)

Een bewerking van het RPS-formulier (*Beroepsprofiel Oefentherapeut, 2011*).

Beslisboom psychosomatiek

De beslisboom psychosomatiek is een screeningsinstrument dat klachten, problemen en functioneren getrapt inventariseert en beoordeelt; de beslisboom geeft tevens indicatie voor terugverwijzen of voor 'samen behandelen' (*Beroepsprofiel Oefentherapeut, 2011*).

De Hypothesis-oriented algorithm for clinicians (HOAC II)

De HOAC kan worden gebruikt om het klinisch redeneerproces transparant en gestructureerd te laten plaatsvinden tijdens het gehele zorgproces. Het HOAC-II model is een hypothese gestuurd model: vanaf het begin formuleert en toetst de therapeut hypothesen over mogelijke causale relaties tussen de aanwezige problemen.

Oefentherapeutische diagnose (stap 4)

De oefentherapeutische diagnose is het beroepsspecifieke oordeel op basis van het klinisch redeneerproces. Tijdens het diagnostisch proces analyseert, ordent en interpreteert de therapeut de informatie uit interviews en observaties. De therapeut beschrijft het gezondheidsprobleem in relatie tot de bevindingen van alle (relevante) ICF-domeinen. Veronderstelde relaties tussen de verschillende bevindingen worden gelegd op basis van evidence en ervaring of aannames.

Vast te leggen onderdelen in de oefentherapeutische diagnose

- De cliënt: geslacht, leeftijd, verwijsdiagnose / klacht (DTO), hulpvraag.
- Relevante bevindingen uit anamnese en onderzoek in samenhang (behandelbare aspecten in relatie tot de hulpvraag en probleemhandelingen), ofwel: de beroepsspecifieke analyse.
- Belemmerende factoren (i) die van invloed kunnen zijn op de behandeling. Bijvoorbeeld persoonlijke factoren als co-morbiditeit, medicijngebruik, leefstijl, motivatie. En externe factoren gevormd door de fysieke en sociale omgeving van de cliënt.
- Bevorderende factoren (i) die van invloed kunnen zijn op de behandeling. Bijvoorbeeld persoonlijke factoren als leefstijl en motivatie. En externe factoren gevormd door de fysieke en sociale omgeving van de cliënt.
- Prognose voor herstel (volledig herstel, herstel met restklachten, stabilisatie) (i).

Op basis van de bevindingen informeert de therapeut de cliënt over de mogelijkheden en prognose van een oefentherapeutische behandeling of adviseert de cliënt zich te wenden tot de huisarts of een andere zorgverlener.

Vast te leggen gegevens

- Indicatie voor oefentherapie ja /nee;
- Verwijzing naar collega oefentherapeut of (terugverwijzing) huisarts of ander advies (i).

2.4.2 Interventiefase: oplossing van het probleem

Indien er een indicatie is voor oefentherapie wordt in stap vijf van het zorgverleningsproces het behandelplan en een behandelplan opgesteld. De oefentherapeut hanteert hierbij beschikbare richtlijnen als leidraad voor het opstellen van het behandelplan. Vervolgens wordt het plan uitgevoerd, tussentijds geëvalueerd en zo nodig bijgesteld (stap 6) en in samenspraak met de cliënt afgesloten en afgerond (stap 7 en 8).

Behandelplan en behandelplan (stap 5 planningsfase)

Het algemene behandelplan geeft concreet het beoogde eindresultaat weer en is betekenisvol voor de cliënt (relatie met hulpvraag en ervaren problemen in functioneren). Doelen hebben betrekking op het opheffen, verminderen, voorkomen of stabiliseren van beperkingen (ICF).

Naast doelen op niveau van activiteiten en participatie kunnen doelen op functieniveau en gedragsgerichte doelen (cognitie, motivatie/emotie, omgeving) onderdeel vormen van de in te zetten interventie. Het zijn voorwaarden om het beoogde effect in de reële context van de cliënt mogelijk te maken. Het zijn daarom tussenstappen of subdoelen waarmee het behandelplan vorm krijgt.

Vast te leggen gegevens behandeldoel en behandelplan

Een **hoofddoel** waarin concreet het beoogde (eind)resultaat is aangegeven. De relatie met de hulpvraag en bevindingen uit het onderzoek is duidelijk.

Het **behandelplan**: de gekozen behandelstrategie om het beoogde behandeldoel te bereiken bevat:

- Verrichtingen, uitgewerkt in relevante aandachtsgebieden: activiteiten/participatie, functies en stoornissen en gedrag (i).
- Een indeling in fasen of een basisplanning voor een volgorde in de tijd met aandacht voor verantwoord opvoeren van fysieke belasting en dergelijke (i); Eventueel geformuleerd in tijdsgebonden subdoelen.
- Mogelijke aanpassingen/hulpmiddelen die nodig zijn om de doelen te bereiken (i).
- Een evaluatiesystematiek:
 - afspraken over momenten van evaluatie en de wijze waarop / met welke meetinstrumenten;
 - criteria op basis waarvan welke stappen worden genomen (i), bijv. beëindiging van de behandeling.

Prognose in de tijd

- Een schatting van het aantal benodigde behandelsessies om het behandeldoel te bereiken.
- Duur in weken of maanden van het behandelproces (i). Frequentie per week/maand (i). Afbouwende reeks(i).

Afspraken

- Met andere disciplines (i).
- Met de cliënt (i).

Akkoord behandelplan

De oefentherapeut bespreekt met de cliënt het te voeren beleid: behandeldoel- en plan, de prognose in de tijd, de evaluatiesystematiek. De therapeut verifieert of de cliënt de informatie heeft begrepen en akkoord gaat en noteert dit met datum in het dossier. Bij kinderen < 12 jaar is de toestemming van één of beide ouders/voogden (gezagsdragers) vereist. Bij kinderen van 12 t/m 15 jaar is toestemming van ouder(s)/voogd(en) én jongere vereist (zie *bijlage 2 WGBO*)

Formulering van het hoofddoel

SMART¹² *denken* helpt, maar de formulering hoeft niet star de SMART te volgen. Zeker niet als dit leidt tot een versimpeling van de weergave van wat oefentherapeuten met de oefentherapie beogen.

Het specifieke komt tot uiting door in concrete bewoordingen een voor de cliënt betekenisvol doel te formuleren in relatie tot de hulpvraag en de context. Of een doel acceptabel en realistisch is, is al besloten voor het doel wordt vastgelegd in het dossier.

De tijd krijgt vorm bij de prognose voor het aantal behandelingen (eventueel in een tijdspanne) en hoeft dus niet nogmaals in het doel te staan.

Natuurlijk is het gewenst een meetbaar doel te formuleren. Het is echter (om verschillende redenen) niet altijd mogelijk om een met de cliënt afgesproken doel te meten met een valide en gebruikersvriendelijk meetinstrument. In die gevallen kunnen therapeut en cliënt alleen samen bespreken of het beoogde eindresultaat is behaald. Voortgang meten op bijvoorbeeld klinische verschijnselen en ervaren beperkingen met valide meetinstrumenten kan (in de meest zorgtrajecten) wel op subdoelniveau. Het meten met (valide¹³) meetinstrumenten kan op subdoelniveau zelfs zeer nuttig en gewenst zijn. Ook, of misschien juist, hiermee wordt het al dan niet voortzetten van het behandelplan onderbouwd.

Behandelproces (stap 6 uitvoeringsfase)

Met het behandelplan als leidraad vindt in deze fase de daadwerkelijk behandeling plaats. De therapeut bepaalt sessiedoelen, een opbouw van de behandelsessies en voert verschillende verrichtingen uit.

Gegevens over de uitvoering worden vastgelegd in de dagjournals. In de journals moet op systematische wijze kort worden aangegeven wat de ervaringen zijn van de cliënt, wat de inhoud van de behandelsessie is geweest en hoe dat verliep.

¹² S=specifiek, M=meetbaar, A=acceptabel, R=realistisch, T=tijdgebonden

¹³ Door cliënten te gebruiken apps zijn (nog) niet altijd op validiteit getest, maar kunnen wel bijdragen aan het inzicht

Vast te leggen gegevens in de dagjournaals

- Ervaring cliënt sinds vorige sessie.
- Uitgevoerde verrichtingen en het verloop daarvan volgens therapeut en cliënt.
- Aandachtspunten volgende behandelsessie / afwijken plan (i).

En afhankelijk van vóórkomen:

- Afspraken met cliënt voor periode tot volgende behandeling (i).
- Resultaat mondeling overleg huisarts /verwijzer (i).
- Tussentijdse meetresultaten volgens gekozen evaluatiesystematiek (alleen indien deze resultaten niet elders in het dossier zichtbaar zijn met datum).
- Beslissing al dan niet continueren behandelplan op basis van de meetresultaten (i).

Indien het behandelplan sterk wordt aangepast verdient het de voorkeur de wijziging toe te voegen aan het behandelplan (voorzien van datum) i.p.v. in het dagjournaal.

Het staat de oefentherapeut vrij de journaals in te delen volgens de SOEPA¹⁴ of een andere indeling te hanteren met de in het kader hierboven genoemde gegevens. SOEPA is net als SMART slechts een hulpmiddel.

Evaluaties & afsluiten behandel episode (stappen 7 en 8)

De oefentherapeut zal regelmatig de vorderingen van de cliënt en de behandeling evalueren. In de *eindfase* van het behandelproces vindt een eindmeting plaats met de eerder ingezette (evaluatieve) meetinstrumenten. Op basis van deze meting beslist de therapeut samen met de cliënt of de behandeling afgerond kan gaan worden.

De oefentherapeut geeft na afloop van de behandeling een eindbeoordeling van de behandelresultaten.

De oefentherapeut sluit de behandel episode samen met de cliënt af. Hierbij bespreekt de therapeut recidivebeleid, eventuele nazorg, en de verslaggeving of rapportage. De therapeut correspondeert over de behaalde resultaten / beëindigen van de therapie met de verwijzer (bij verwijzing) dan wel huisarts (bij DTO). De cliënt dient toestemming te geven voor deze gegevensuitwisseling. Deze toestemming is niet nodig bij uitwisseling van gegevens met zorgverleners die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst. Hierbij mag toestemming van de patiënt verondersteld worden. Deze toestemming kan zowel mondeling als schriftelijk gegeven worden. Wel is het van belang dat de patiënt duidelijk geïnformeerd wordt over welke gegevens er gedeeld worden en met welk doel dit gebeurt. De bespreking van een behandeling in tijdschrift of vakkring valt buiten deze beperkingen, mits de identiteit van de cliënt niet uit de verstrekte gegevens kan worden opgemaakt.

¹⁴ S=subjectief, O=objectief, E= evaluatie, P=plan, A=activiteiten

Vast te leggen gegevens bij afsluiting

- Behandelresultaat: mate waarin het behandeldoel is behaald; objectief meetresultaat(i).
- Behandelproces (i).
- Reden afsluiten behandeling.
- Recidivebeleid (i).
- Mogelijkheden nazorg (i).
- Verslaggeving: eindrapportage naar verwijzer.

2.5 Klinimetrie

Het gebruik van meetinstrumenten is één van de onderdelen van het professioneel handelen van de oefentherapeut. Metingen bij de cliënt kunnen een bijdrage leveren aan de diagnostiek, het inschatten van (on)mogelijkheden voor de cliënt, het inzichtelijk maken van de cliëntervaring en het inzichtelijk maken van het effect van de behandeling. Op basis van de uitkomsten kunnen therapeut en (zo mogelijk) cliënt gezamenlijk beslissingen nemen over het te volgen behandeltraject.

Hiervoor is een scala aan (gevalideerde) vragenlijsten, observaties, gestandaardiseerde (performance) testen en meetinstrumenten in de vorm van door de cliënt zelf te gebruiken apps beschikbaar. De keuze voor het aantal en type te gebruiken meetinstrumenten is afhankelijk van een aantal factoren (*Metten in de praktijk, stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de zorg, 2008*).

- de doelstelling van het meetinstrument: diagnostisch, prognostisch, evaluatief
- de doelen van het meten¹⁵: inzicht vergroten bij de cliënt en/of ter ondersteuning van het eigen handelen
- het te meten concept en de uitkomstmaat die de therapeut wil weten
- de setting (omgeving, tijd, gebruikersvriendelijkheid) waarin informatie verzameld of gemeten wordt

Bij het selecteren van geschikte meetinstrumenten raadpleegt de therapeut de zorginhoudelijke richtlijnen of protocollen van de eigen beroepsgroep of van verwante beroepsgroepen, evenals gevolgde (actuele) professionele scholing en speciale professionele websites over meetinstrumenten¹⁶.

Er is geen regel te geven voor de frequentie van meten (*Metten in de praktijk, stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de zorg, 2008*). Het is evident dat om effect van het handelen te meten er naast een eerste meting in de diagnostische fase minimaal in de eindfase opnieuw wordt gemeten. Bij een langer zorgtraject lijkt het redelijk vaker te meten om voortgang van de ingezette behandeling te kunnen onderbouwen. De beslissing om vaker te meten kan genomen worden op basis van een aantal factoren zoals:

- de behoefte van de therapeut aan het objectiveren van cliëntervaring of klinische verschijnselen om (samen met de cliënt) beslissingen te nemen over al dan niet

¹⁵ Het gebruik van meetinstrumenten in het kader van wetenschappelijk onderzoek valt buiten deze richtlijn.

¹⁶ Zoals meetinstrumentenzorg.nl van Zuyd Hogeschool en fysiostart.nl van de Hogeschool Arnhem Nijmegen.

- voortzetten van het behandelplan;
- de behoefte van de therapeut om het inzicht bij de cliënt vergroten;
- aanbevelingen in een richtlijn of protocol;
- de gebruikersvriendelijkheid van het meetinstrument.

Ook bij cliënten met een sterk invaliderende aandoening die langdurig zorg¹⁷ nodig hebben om functies te behouden of achteruitgang te vertragen, is het belangrijk om te meten en hierbij met name te kijken naar het nut, de waarde en effect van de therapie.

2.6 Verslaglegging in relatie tot richtlijnen en protocollen

Richtlijnen en protocollen vallen onder professionele standaarden, zoals bedoeld in de WGBO. 'Professionele standaarden zijn beschrijvingen van de beste manier van handelen in een specifieke situatie met inachtneming van recente inzichten en evidence, zoals neergelegd in richtlijnen en protocollen van de beroepsgroep, dan wel het handelen zoals van een gemiddeld ervaren en bekwame beroepsgenoot in gelijke omstandigheden mag worden verwacht'. (www.thesauruszorgenwelzijn.nl/professionelestandaarden.htm)

Gebruik zorginhoudelijke richtlijnen

'Een richtlijn is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering in de gezondheidszorg, berustend op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van goed verpleegkundig en (para)medisch handelen' (*Beroepsprofiel Oefentherapeut, 2011*).

Naast de zorginhoudelijke richtlijnen voor oefentherapeuten kunnen ook richtlijnen van verwante beroepsgroepen geraadpleegd en gevolgd worden¹⁸.

De oefentherapeut kan beargumenteerd afwijken van een richtlijn:

- In individuele gevallen, waarbij de oefentherapeut beslist dat het volgen van de richtlijn bij die cliënt niet gewenst is. Hier kunnen meerdere redenen aan ten grondslag liggen, zoals bijvoorbeeld multimorbiditeit.
- In geval de richtlijn op onderdelen niet meer past bij de actualiteit (op basis van wetenschappelijk onderzoek aangeboden in professionele scholing of in de literatuur).

Vast te leggen gegevens gebruik richtlijn

- Titel van de richtlijn.
- Afwijken van de aanbevelingen m.b.t. diagnostische tests en evaluatieve meetinstrumenten¹⁹ (i).
- Afwijken van aanbevelingen over (type) behandelinterventies en contra-indicaties (i).

¹⁷ Zorg die langer dan één jaar duurt voor mensen met een beperking, chronisch zieken en ouderen en die professionele zorg en/of begeleiding nodig hebben in hun dagelijks leven (*Toetsingskader kwaliteitsinstrumenten en meetinstrumenten, 2014*).

¹⁸ M.u.v. de eventueel daarin genoemde voorbehouden handelingen volgens de wet BIG.

¹⁹ In enkele richtlijnen worden veel meetinstrumenten genoemd zonder expliciet aan te geven hoeveel en welke (wanneer) gebruikt dienen te worden. De betreffende richtlijn laat in dat geval dus ruimte aan de oefentherapeut daar zelf keuzes in te maken. Dat valt nog steeds onder het volgen van de richtlijn en geldt dus niet als 'afwijken'.

Gebruik protocollen

Er bestaan geen wettelijke kaders voor protocollen. De meeste protocollen komen tot stand door middel van 'evidence based practice'. Onder 'evidence based practice' wordt hier een proces verstaan waarin beroepsbeoefenaren op basis van hun klinische ervaringen, de voorkeuren van de cliënt, de aanwezigheid van beschikbare hulpmiddelen en waar mogelijk op basis van onderzoeksresultaten tot het opstellen van een protocol zijn gekomen.

Er zijn verschillende typen protocollen te onderscheiden:

- Protocollen: vastgestelde voorschriften en regels die aangeven welke handelingen en procedures in welke volgorde en onder welke omstandigheden verricht worden.
- Behandelprotocollen: beschrijvingen van de gestandaardiseerde aanpak van de behandeling van een bepaald klinisch probleem.
- Zorgprotocollen: geheel van op schrift gestelde taakafspraken en organisatorische procedures tussen zorgaanbieders; om de kwaliteit van het zorgaanbod te optimaliseren.

In deze richtlijn verslaglegging wordt alleen aangeven hoe in de verslaglegging om te gaan met behandelprotocollen in relatie tot de verslaglegging.

Behandeldoelen dienen specifiek voor de individuele cliënt te zijn geformuleerd. Het behandelplan met voorkeursverrichtingen, zoals beschreven in het protocol, hoeft niet in het dossier opnieuw te worden geformuleerd. De beschrijving van het protocol dient dan wel in de praktijk digitaal oproepbaar te zijn (w) en aan de minimale eisen te voldoen (voor eisen, *zie bijlage 5*). Dit staat los van het feit dat de inhoud van een nieuw protocol in veel gevallen getoetst dient te worden door een kenniscentrum.

Vast te leggen gegevens bij gebruik behandelprotocol

- Volgens welk protocol wordt gewerkt (titel, versienummer of datum verschijnen).
- Bevindingen diagnostische fase.
- Behandeldoel specifiek voor de individuele cliënt.
- Gegevens die in het protocol ontbreken (i).
- Argumentatie indien op onderdelen wordt afgeweken van het protocol (i).
- Verloop van de behandeling in de dagjournals.

2.7 Rapportages²⁰

Rapporteren aan verwijzer en/of huisarts dient schriftelijk te gebeuren na DTO-screening en bij afsluiting van het behandeltraject (zie §2.4). Daarnaast op momenten zoals afgesproken binnen bijvoorbeeld een platform voor oefentherapeuten, netwerken, regionale afspraken of afspraken met verwijzers.

Jaarlijkse rapportage naar verwijzer

²⁰ Rapportage of verslaggeving;

Tenminste één keer per jaar wordt gerapporteerd naar de verwijzer (startdatum is het eerste consult). In deze rapportage zijn in ieder geval de medische diagnose, oefentherapeutische diagnose, hulpvraag cliënt, behandelgoal(en), evaluatie en voorstel voor vervolg (afsluiten of voortzetten behandeling) opgenomen.

Tussenrapportages kunnen zowel schriftelijk als mondeling plaatsvinden. In het laatste geval noteert de therapeut de datum van het mondeling overleg en de conclusie uit het overleg in het dossier. Naast de jaarlijkse rapportage naar verwijzer, is het vooralsnog²¹ aan de individuele therapeuten, de platforms en netwerken om mono- of multidisciplinaire afspraken te maken over tijdstippen en frequentie van schriftelijk rapporteren en over de inhoud daarvan.

²¹ Mogelijk wijzigt dit in de toekomst door de informatiestandaard in zorginhoudelijke richtlijnen (zie inleiding).

Afkortingen

AGB	Algemeen Gegevens Beheer-code
ALV	Algemene Leden Vergadering
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
BSN	Burgerservicenummer
CVPB	Classificatie Verrichtingen Paramedische Bewegingsberoepen
DCSPH	Diagnosecode volgens het diagnose coderingssysteem paramedische hulp
DTO	Directe Toegankelijkheid Oefentherapie
CVPB	Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen
EBP	Evidence Based Practice
HOAC II	de Hypothesis Orientated Algorithm for Clinicians II
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICF-CY	International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth
ICIDH	International Classification of Impairments, Disability and Handicaps
KNGF	Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KWZ	Kwaliteitswet zorginstellingen
LIPZ	Landelijke informatievoorziening Paramedische Zorg
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NPI	Nederlands Paramedisch instituut
EN	Ergotherapie Nederland
NVLF	Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
NVOM	Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten Mensendieck (nu VvOCM)
NVvO	Nederlandse Vereniging van Orthoptisten
NVvP	Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten
PSS	PsychoSomatiek Screening Formulier
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezond en Milieu
RPS	Rehabilitation Problem Solving formulier
SPUTOVAMO	Soort letsel, Plaats, Uiterlijke kenmerken, Tijdstip, Oorzaak, Veroorzaker, Andere aanwezigen, Maatregelen ouders, Oude letsels.
VBC	Vereniging Bewegingsleer Cesar (nu VvOCM)
VNZ-code	Verwijsdiagnosecode paramedische hulp
VvOCM	Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
UZI	Unieke Zorgverlener Identificatie
UZOVI	Unieke Zorgverzekeraar Identificatie
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wbsn-z	Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WHO	World Health Organisation
WKZCZ	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
Wkkgz	wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

Geraadpleegde bronnen

- *Beroepsprofiel Oefentherapeut*, Den Haag, Boom Lemma, 2015
- *Gezond bewegen kun je leren*, Poelgeest A, Noordstar J, Mares M, Luijtenburg-Kroes P, Den Haag, Boom Lemma, 2010.
- *Hypothesis-oriented algorithm for clinicians. A method for evaluation and treatment planning*, Rothstein JM, Echternach JL, Phys.Ther. 1986;66(9):1388-94
- *ICF, Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health, Compilatie*, WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, RIVM, Bilthoven, 2002
- *Internationale classificaties in Nederland, Nut, toepassing en noodzaak*, Hirs WM et al. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2011
- *Klinisch redeneren volgens de HOAC II*, Engelbert R, Wittink H, Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2010
- *KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging*, KNGF, 2011
- *Melding Incidenten Cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen*, Arcares, 2002
- *Meten in de praktijk, stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de zorg*, S. Beurskens et al; Bohn Stafleu Van Loghum, 2008
- *NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging*, NVLF, 2009
- *Oefentherapie, een therapie in beweging*, Ober C, Lemma, 2008
- *Paramedische verslaglegging door oefentherapeuten Mensendieck en Cesar*, NPi, 1999
- *Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*, V&VN, 2011
- *Richtlijn voor richtlijnen*, Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012
- *Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten*, College voor Zorgverzekeringen, 2014
- *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 4 Toegang tot Patiëntengegevens*, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), juni 2004
- *'Vanzelfsprekende Veiligheid'* (Brochure), bestuurlijke afspraak eerstelijnszorgpartijen, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport , oktober 2009
- *Verslagleggingsformulier en toelichting en verantwoording*, VvOCM, 2009

De richtlijnen van KNGF, NVLF en V&VN zijn door de stuurgroep ingezien omdat een deel van de oefentherapeuten werkzaam is in een multidisciplinaire setting en werkt met hetzelfde administratieprogramma. Er is niets letterlijk overgenomen uit deze richtlijnen, behalve de tekst over ketenzorg in bijlage 2 wet- en regelgeving. De bron: V&VN, is daar vermeld.

Websites

- www.vvocm.nl
- www.zorginstituutnederland.nl
- www.nivel.nl/NZR/zorgregistraties-eerstelijns
- www.nivel.nl/sites/default/files/Jaarcijfers%20OTC_OTM%202012_def.pdf
- www.rivm.nl
- www.wetten.overheid.nl
- www.npi.org
- www.vektis.nl
- www.vecozo.nl
- www.achmeazorg.nl
- www.kmin-vumc.nl/promis_13_0.html
- www.dutchflemishpromis.nl/index.php
- www.meetinstrumentenzorg.nl
- www.fysiostart.nl
- www.thesauruszorgenwelzijn.nl/professionelestandaarden.htm

Bijlage 1. Onderwerpen waarover de werkgroep is bevroegd

De leden van de werkgroep zijn individueel, schriftelijk bevroegd op:

Feitelijke gegevens:

Werkplek, administratieprogramma, tijdsbesteding verslaglegging en rapportage, gebruik classificaties.

Hun mening over:

- Belangrijke aspecten van verslaglegging binnen de eigen setting waar ook collega's zich aan zouden moeten houden.
- Overbodige gegevens op het verslagleggingsformulier uit 2009.
- Te besteden aandacht in deze richtlijn voor de onderwerpen: ICF, hulpmiddelen als klinimetrie en RPS /HOAC e.d. en verslaglegging bij langdurige zorg.

Hun mening over de concepttekst aan de hand van vragen over de inhoud m.b.t:

- Duidelijkheid, volledigheid, fouten; daarbij werd gevraagd naar suggesties ter verbetering.
- De mogelijkheid tot aansluiting op de richtlijn binnen een specifieke werksetting.

Resultaat

Alle 16 deelnemers hebben aan alle vragenrondes deelgenomen.

De antwoorden van de eerste en tweede vragenronde zijn vastgelegd in een schematisch overzicht. De vragenronde bij de concepttekst is gebeurd via Survey Monkey.

De gegeven antwoorden over ICF, RPS, klinimetrie en rapportage hebben mede geleid tot de beslissing van de stuurgroep om tekst op te nemen in een aparte paragraaf of in een bijlage.

Gegeven antwoorden op enkele vragen hebben de beslissingen van de stuurgroep ondersteund over de indeling van gegevens (in verplicht, verplicht indien aanwezig en indien aanwezig en relevant).

Bijlage 2. Relevante wet- en regelgeving en cliëntveiligheid

De meest gangbare wetten voor de zorg, die een relatie hebben met oefentherapeutische verslaglegging staan hieronder genoemd en worden vervolgens nader toegelicht:

- Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG);
- Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO);
- Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)
- Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg (Wbsn-z);
- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg;
- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- Patiëntveiligheid.

De praktijk leert dat de interpretatie en toepassing van een wet lastig kan zijn. Dit is dan ook weggelegd voor de juridisch deskundigen op dit terrein.

Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG)

De Wet BIG geeft regels voor de handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Onder individuele gezondheidszorg vallen alle activiteiten in de zorg die worden verricht in verband met de gezondheid van een individuele persoon, inclusief het doen van onderzoek en het geven van advies. De Wet BIG richt zich vooral op de kwaliteit van de individuele beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg.

De Wet BIG is een kaderwet: specifieke onderdelen worden geregeld bij een Algemene Maatregel van Bestuur. Bij AMvB van 18 juni 2008 is de beschrijving van het deskundigheidsgebied van de oefentherapeut gewijzigd (*artikel 21*) met het oog op de invoering van de directe toegankelijkheid per 1 juli 2008. Het zelfstandig stellen van een diagnose en het herkennen van de noodzaak de patiënt te verwijzen naar een arts is hier wettelijk vastgelegd als onderdeel van het deskundigheidsgebied van de oefentherapeut.

Wet Geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

Onderdeel van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Deze Wet geeft regels voor de hulpverleningsrelatie tussen een individuele patiënt en de hulpverlener. De WGBO heeft gevolgen voor de oefentherapeutische verslaglegging aangezien ze de oefentherapeut de volgende verplichtingen oplegt:

- a) Informatieplicht
- b) Toestemmingsvereiste, onder andere toestemming bij minderjarigen
- c) Dossierplicht
- d) Recht op inzage (van de patiënt)
- e) Bewaarplicht
- f) Vernietigingsrecht (een recht van de patiënt)
- g) Geheimhoudingsplicht

a) Informatieplicht

De oefentherapeut verstrekt de patiënt de informatie die hij nodig heeft om zelf op een verantwoorde manier beslissingen te nemen over zijn gezondheid. Dit houdt in dat de

oefentherapeut de patiënt duidelijk behoort te informeren over:

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

Op deze regel zijn de volgende twee uitzonderingen van toepassing:

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

Op verzoek van de patiënt dient de oefentherapeut deze schriftelijk te informeren.

De oefentherapeut stemt de dosering en timing van de informatieverstrekking af op de persoonlijke situatie van de patiënt.

Indien een patiënt jonger dan 16 jaar wordt behandeld, heeft de oefentherapeut de plicht desgevraagd beide ouders te voorzien van informatie, of de desbetreffende ouder nu met het ouderlijk gezag heeft of niet.

De patiënt heeft de plicht om informatie te verstrekken aan de oefentherapeut over zaken die betrekking hebben op de uitvoering van de behandeling. In de anamnese vraagt de oefentherapeut zelf om deze informatie, omdat niet van de patiënt verwacht mag worden dat hij weet om welke informatie het gaat.

b) Toestemmingsvereiste

Voor iedere oefentherapeutische (be)handeling is toestemming van de patiënt vereist voor het starten of vervolgen van de behandeling. De oefentherapeut moet de patiënt dusdanig informeren (zie informatieplicht) dat de patiënt in staat is zijn besluit weloverwogen te nemen. Bij niet-ingrijpende handelingen mag de toestemming als gegeven worden verondersteld. Het is echter van belang dat de oefentherapeut er op let dat de patiënt instemt met zowel het onderzoek als de behandeling en het vervolg.

Toestemming bij minderjarigen:

Voor een onderzoek of behandeling van een kind jonger dan 12 jaar is toestemming van ouder(s)/ voogd(en) vereist. Het kind hoeft zelf geen toestemming te geven, maar heeft wel recht op informatie.

Bij een onderzoek of behandeling van jongeren van 12 tot en met 15 jaar geldt als hoofdregel dubbele toestemming, dat wil zeggen dat toestemming van de ouder(s)/ voogd(en) én de jongere is vereist.

Voor beide categorieën geldt, dat wanneer de ouders gescheiden zijn, er toestemming vereist is van beide ouders of diens wettelijke vertegenwoordiger.

Vanaf 16 jaar hebben jongeren zelfstandig recht op informatie. Toestemming moeten zij zelf geven. Het beroepsgeheim geldt ook tegenover hun vertegenwoordigers.

c) Dossierplicht

De oefentherapeut is verplicht een dossier bij te houden met gegevens over de patiënt. WGBO-artikel 7-454: “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 voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is”.

De juridische status van een elektronisch dossier is niet anders dan die van een papieren dossier. Omdat er geen vormvereiste in de wet is opgenomen, luidt de hoofdregel dat een ingescand dossier volstaat. Er hoeft dus geen papieren versie bewaard te worden naast een elektronische versie. Vanuit een oogpunt van medische geheimhouding en de bescherming van de (kwaliteit van de) opgeslagen patiëntgegevens is het zelfs wenselijk dat er geen schaduw dossiers bestaan. In het algemeen mogen immers niet meer gegevens worden verzameld (en bewaard) dan noodzakelijk is voor een goede hulpverlening aan de patiënt.

Er is echter een uitzondering op die hoofdregel voor belangrijke originele documenten. Nadat die gescand zijn, doet men er goed aan om die apart te bewaren. Soms kan het ook verstandig zijn om belangrijke informatie uit gescande documenten over te nemen in het digitale dossier. In de praktijk echter zal dat bij een oefentherapiepraktijk zelden voorkomen.

Het advies is om van verwijsbrieven ook het origineel te bewaren. Het komt voor dat bijvoorbeeld zorgverzekeraars hier nog naar vragen.²²

d) Recht op inzage

De patiënt heeft recht op inzage van zijn dossier. Het betreft een rechtstreeks recht op inzage en afschrift zonder tussenkomst van derden. De patiënt mag in principe alles inzien wat over hem geschreven is: alleen wanneer de privacy van een ander in het geding is of de informatie een gevaar voor de patiënt zelf oplevert, is de hulpverlener niet gehouden inzage te geven in het dossier. Op een verzoek tot inzage moet zo snel mogelijk worden ingegaan, in ieder geval binnen een maand. Voor de afschriften mag een redelijke onkostenvergoeding worden gevraagd. Persoonlijke werkaantekeningen die niet bedoeld zijn voor derden, inclusief de patiënt, dienen apart van het dossier bewaard te worden.

e) Bewaarplicht

Het dossier moet 15 jaar worden bewaard. Ook bij het overlijden van de patiënt geldt deze bewaartermijn. Soms kan een dossier langer bewaard worden dan 15 jaar, bijvoorbeeld in het geval van erfelijke aandoeningen of chronische ziekten. Voor minderjarigen geldt dat dit bewaartermijn pas in gaat bij het bereiken van de meerderjarigheidsgrens (>18). De 15 jaar wordt gerekend vanaf het moment dat de laatste notitie in het dossier is vastgelegd (meestal bij afsluiting van de behandeling). Bij het stoppen van een praktijk of bij overlijden geldt dezelfde termijn van 15 jaar. Bij een praktijkoverdracht worden alle dossiers overgenomen,

²² Zorgverzekeraars kunnen hierover een bepaling opnemen in hun contract met de oefentherapeut.

ook die van patiënten bij wie de therapie afgesloten is.

f) Vernietiging

De patiënt kan de oefentherapeut verzoeken (een deel van) zijn dossier te vernietigen. Aan dit verzoek moet binnen drie maanden worden voldaan. De Wet stelt de eis dat de gegevens in ieder geval na 15 jaar moeten worden vernietigd. In speciale situaties (bijvoorbeeld patiënten met een erfelijke aandoening) vervalt deze plicht.

g) Geheimhoudingsplicht

Paramedische en medische gegevens zijn hoogstpersoonlijk en de hulpverlener dient hier uiterst zorgvuldig mee om te gaan. Alleen bevoegde personen (de behandelend oefentherapeut, de waarnemer of de stagiair) mogen de gegevens inzien. Alleen wanneer de patiënt daar uitdrukkelijk toestemming voor geeft, mogen anderen dan hiervoor genoemden het dossier inzien. Geadviseerd wordt deze toestemming op schrift te vragen in verband met eventuele bewijsvoering bij een geschil.

Het medisch beroepsgeheim mag slechts in een beperkt aantal gevallen worden doorbroken: bij gerichte toestemming van de patiënt of wanneer dit krachtens een wettelijke bepaling wordt verplicht (*WGBO art. 7.457*). Sinds 1 januari 2006 is de zorgaanbieder volgens de Zorgverzekeringswet verplicht (medische) informatie te verstrekken aan de zorgverzekeraar. De wettelijke waarborgen zijn: alle bij de zorgverzekeraar werkzame personen zijn verplicht tot geheimhouding van de gegevens. Waar het gaat om het toetsen van doelmatigheid van de behandeling, worden in de praktijk geanonimiseerde dossiers ter beschikking gesteld aan de zorgverzekeraars.

De geheimhoudingsplicht geldt niet ten aanzien van andere hulpverleners die rechtstreeks bij de behandeling of begeleiding van de patiënt zijn betrokken. Het is desalniettemin aan te bevelen de patiënt wel te informeren dat informatie aan medebehandelaars wordt verstrekt. Laatstgenoemden mogen overigens slechts worden geïnformeerd voor zover dit een noodzakelijk onderdeel is voor hun onderdeel van de behandeling.

Ook mag informatie verstrekt worden aan degene die als vertegenwoordiger van de patiënt toestemming moet geven voor de behandeling (*WGBO art. 7.457*). Dat kan zijn de curator of mentor, een schriftelijk door de patiënt gemachtigde, de echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel, een ouder, kind, broer of zus (*WGBO art. 7.465*).

Onder bepaalde in de WGBO genoemde voorwaarden mag een zorgprofessional zonder toestemming van de patiënt informatie verstrekken ten behoeve van statistiek of wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de volksgezondheid (*WGBO art. 7.458*). Een zorgprofessional mag haar beroepsgeheim doorbreken als zij een conflict van plichten ervaart (*KNMG Implementatie van de WGBO, 2004*). Denk hierbij aan het melden bij Veilig Thuis bij een vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling.

Ketenzorg

Bij ketenzorg is sprake van opeenvolging van verschillende soorten zorg die diverse zorgaanbieders aanbieden aan een cliënt die lijdt aan een bepaalde aandoening. Daarbij

kunnen meerdere behandelingsovereenkomsten ontstaan. Juridisch gezien zou een zorgverlener in zo'n situatie opnieuw expliciet toestemming moeten vragen aan de cliënt voor het verstrekken van gegevens. Echter: een zorgprofessional die in het kader van ketenzorg gegevens wil of moet verstrekken aan een opvolgende zorgverlener mag er vanuit gaan dat de cliënt hier toestemming voor heeft gegeven onder de volgende voorwaarden (*KNMG Implementatie van de WGBO, 2004*):

- De patiënt moet van tevoren goed zijn geïnformeerd over de reikwijdte van de keten en over de hulpverleners die over zijn gegevens moeten kunnen beschikken wanneer dat noodzakelijk is voor een goede behandeling of verzorging.
- Het moet gaan om concrete situaties.
- Het moet voor de patiënt duidelijk zijn dat gegevens voor zorgdoeleinden worden verstrekt.
- De patiënt heeft geen bezwaar gemaakt.
- De gegevensverstrekking blijft beperkt tot gegevens die noodzakelijk zijn voor de ontvanger.

NB: voor het verstrekken van gegevens aan een andere hulpverlener in verband met een nieuwe hulpvraag buiten de keten moet de cliënt expliciet toestemming geven.

(*V&VN Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging, 2011*)

Algemene Verordening Gegevensbescherming

Doelstelling van deze Wet is de privacy van personen te beschermen. In de AVG gaat het om verwerking van persoonsgegevens. Onder die verwerking valt onder meer verkrijging, verzameling, het opvragen, raadplegen en wijzigen van gegevens. In het gehele proces dient de verwerker rekening te houden met de voorschriften uit de AVG. De AVG is van toepassing op vrijwel alle gegevensverwerkingen die zijn te herleiden tot patiënten of cliënten. Dit geldt zowel voor elektronische als handmatige verwerkingen.

Overlap WGBO

Er is wel een zekere overlap met de WGBO. De WGBO is vooral gericht op de versterking van de positie van de patiënt (patiëntrechten); de AVG waarborgt de privacy rond het vastleggen en verstrekken van persoonsgegevens (privacyrechten).

Ingevolge de AVG moet de patiënt worden ingelicht over de doelen van de gegevensverwerking en de wijze waarop de verwerking plaatsvindt. Ook moet duidelijk zijn, wie de verantwoordelijke is. Tevens moet de patiënt gewezen worden op de rechten waarop hij zich kan beroepen. De patiënt heeft onder andere recht op:

- Recht op dataportabiliteit; het recht op persoonsgegevens over te dragen
- Recht op vergetelheid; het recht om 'vergeten' te worden
- Recht op inzage; het recht om de door de therapeut verwerkte persoonsgegevens in te zien
- Recht op rectificatie en aanvulling; het recht om de verwerkte persoonsgegevens te laten wijzigen
- Het recht op beperking van de verwerking; het recht om minder gegevens te laten verwerken
- Afschrift en vernietiging van gegevens (hiervoor kunnen kosten in rekening worden gebracht)

- Het recht met betrekking tot geautomatiseerde besluitvorming en profilering; het recht op een menselijke blik bij besluiten
- Recht om bezwaar te maken tegen gegevensverwerking
- Recht op informatie
- Recht op privacy en bescherming van de privacy
- Recht op een behandeling in overeenstemming met de wetenschappelijke standaard
- Recht om een behandeling te weigeren of stop te zetten
- Recht op vrije keuze van hulpverlener
- Recht om een klacht in te dienen

Verantwoordingsplicht

De AVG legt meer verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieder/ zorgverlener om aan te tonen dat aan de privacyregels wordt voldaan. Door te voldoen aan de verantwoordingsplicht wordt een belangrijke bijdrage aan de bescherming van het grondrecht van personen op privacy gewaarborgd. Deze verantwoordingsplicht betekent dat de zorgaanbieder/zorgverlener moet kunnen aantonen op welke manier de gegevensverwerkingen aan de AVG regels voldoen en waarom bepaalde keuzes zijn gemaakt.

Beveiligingsplicht

Oefentherapeuten dienen passende technische en organisatorische maatregelen te nemen om persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking. Passend betekent in dit verband dat de beveiliging overeenkomt met de stand van de techniek. De beveiligingsplicht is in de AVG ruim geformuleerd. Voor concrete eisen kunnen zorgaanbieders aansluiting zoeken bij bestaande normen voor informatiebeveiliging in de gezondheidszorg (*NEN7510, 7512 en 7513*). In de zorg wordt bij het versturen van elektronische berichten tussen zorgverleners vaak gebruik gemaakt van 'ZorgMail', 'Zorgdomein' en 'Zivver'. Uitwisseling van persoonsgegevens via een onbeveiligd mailprogramma wordt afgeraden.

Wet algemene bepalingen burgerservicenummer

Op grond van de Wet algemene bepalingen burgerservicenummer (Wabb) kunnen overheidsorganen het BSN gebruiken voor hun werkzaamheden. Omdat ook de zorgsector gebruik maakt van een uniek persoonlijk nummer, is een aparte wet gemaakt: de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg. Een uniek persoonsnummer is in de zorg van groot belang om te kunnen vaststellen welke gegevens bij welke cliënt horen. Zo kan de kwaliteit van de onderlinge communicatie en uiteindelijk ook de kwaliteit van zorg worden verbeterd. Het nummer is ook nodig om het declaratieverkeer te vereenvoudigen en een betere bescherming te bieden tegen identiteitsfraude. Op basis van de combinatie van de Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI) en het BSN kunnen van de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) bijvoorbeeld de meest actuele adresgegevens en systemen van verzekeraars worden gebruikt ter vaststelling van de verzekeringsgerechtigdheid van patiënten. Zorgverleners en -instellingen zijn verplicht te werken met BSN's die geverifieerd zijn.

De Wbsn-z verplicht zorgaanbieders om:

- In alle berichtgevingen, zowel digitaal als op papier, tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars het BSN van de patiënt te gebruiken.
- Het BSN van de patiënt te gebruiken om er zeker van te zijn dat de verwerking van de persoonsgegevens betrekking heeft op de patiënt.
- De identiteit van de patiënt vast te stellen met een wettelijk identificatiedocument dat wordt getoond bij het eerste contact met de zorgverlener.
- Het BSN van de patiënt te registreren in de administratie wanneer hij zorg verleent aan de patiënt.

Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

In deze wet is vastgelegd wat wordt verstaan onder goede en veilige zorg. Belangrijke elementen van goede zorg zijn daarbij geïmplementeerd hebben van een veilig incident meldsystematiek (VIM) een uitbreiding van de meldplicht en het beter en sneller aanpakken van klachten en geschillen van cliënten. Op grond van deze wet zijn alle zorginstellingen en individuele zorgverleners verplicht om een procedure geïmplementeerd te hebben voor het melden van incidenten; de VvOCM heeft op haar website tools en informatie beschikbaar gemaakt ten aanzien van het veilig Incident melden. Daarnaast dienen zorgverleners aangesloten te zijn bij een goedgekeurde klachten- en geschillenregeling. Oefentherapeuten kunnen zich aansluiten bij de [Klachten- en geschillenregeling Paramedici](#) (oefentherapeuten die lid zijn van de VvOCM zijn hier automatisch bij aangesloten). Niet-leden van de VvOCM kunnen zich via de VvOCM hiervoor aanmelden. Zorgverleners, dus ook oefentherapeuten zijn verplicht cliënten te wijzen op de mogelijkheid om een klacht in te dienen en waar zij dat kunnen doen. De uitspraak van een geschilleninstantie is bindend voor zowel klager als zorgverlener. Een ander belangrijk element van deze wet is de zogenaamde vergewisplicht. Oefentherapeuten die, ofwel een collega in dienst nemen, ofwel een collega voor een korte of langere periode in de praktijk nemen, dienen zich er van te vergewissen dat de collega aan de geldende kwaliteitseisen en normen voldoet. Dit kan bijvoorbeeld door informatie in te winnen bij vorige werkgevers of opdrachtgevers.

Wet Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vanaf 2018 aangevuld met een afwegingskader.

Sinds 1 juli 2013 zijn oefentherapeuten wettelijk verplicht om te beschikken over een meldcode waarmee zij in actie kunnen komen tegen huiselijk geweld en kindermishandeling.

Dit betekent dat alle organisaties en zelfstandig beroepsbeoefenaren geacht worden de meldcode te kennen en hiernaar te handelen. De VvOCM heeft in dit kader de 'Meldcode Oefentherapeuten Huiselijk Geweld en Kindermishandeling' met stappenplan opgesteld. In het kader van de aanscherping van deze wet in 2017 heeft de VvOCM samen met de PPN-partners en het KNGF in 2018 gewerkt aan een afwegingskader dat als aanvulling op het reeds bestaande stappenplan gezien kan worden. Vanaf januari 2019 zijn de oefentherapeuten verplicht te handelen volgens de aangepaste meldcode.

Geraadpleegde bronnen:

1. Wet- en regelgeving in de zorg (2^e druk), Nictiz, mei 2013
2. Juridische analyse elektronische gegevensuitwisseling in de zorg, Rijksoverheid, juni 2013

Websites

1. Overheid, www.wetten.overheid.nl
2. Nictiz, www.nictiz.nl
3. VZVZ (Vereniging Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie), www.vzvz.nl
4. Autoriteit Persoonsgegevens, www.autoriteitpersoonsgegevens.nl/

Bijlage 3. ICF

In het WHO-classificatiesysteem wordt het menselijk functioneren gestandaardiseerd beschreven. In de ICF worden aspecten van het 'menselijk functioneren' die gerelateerd kunnen zijn aan een gezondheidsprobleem vanuit drie perspectieven geordend:

1. het perspectief van het menselijk organisme
2. het perspectief van het menselijk handelen
3. het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven

Het eerste perspectief is uitgewerkt met de classificatie van functies van het organisme en de classificatie van de anatomische eigenschappen. Het tweede en derde perspectief zijn uitgewerkt in de classificatie van activiteiten en van participatie. Naast de domeinen functies, activiteiten en participatie bevat de ICF een lijst externe factoren. De persoonlijke factoren zijn (nog) niet uitgewerkt²³.

Anatomische eigenschappen en functies en stoornissen in o.a.	Activiteiten en beperkingen in de uitvoering of in het vermogen*	Participatie en problemen met
<ul style="list-style-type: none"> · Anatomische structuren verwant aan beweging · Anatomische eigenschappen stelsels (zenuw, ademhaling, hart- en bloedvaten, urogenitaal) · Mentale functies · Sensorische functies en pijn · Functies van het bewegingsapparaat · Functies van het ademhalingsstelsel · Functies hart- en bloedvaten · Functies urogenitaal stelsel 	<ul style="list-style-type: none"> · Mobiliteit · lichaamshouding veranderen en handhaven · lopen en zich verplaatsen · dragen, iets verplaatsen · Zelfverzorging · Huishouden · Ontwikkelen van vaardigheden · Dagelijkse routinehandelingen · Eenvoudige of complexe taken · Omgaan met stress · Communicatie 	<ul style="list-style-type: none"> · Maatschappelijk en sociaal burgerlijk leven · Belangrijke levensgebieden · Tussenmenselijke interacties en relaties · Communicatie
<p>Persoonlijke factoren Leeftijd, geslacht, levensstijl, comorbiditeit levensgewoonten, coping gedrag, beroep, interesses, attitude, ervaringen, sociaal-culturele achtergrond, waarden</p>	<p>Externe of omgevingsfactoren Woon-, werk-, leefomstandigheden; (technische) hulpmiddelen en aanpassingen; medicatie; benaderingswijze van omgeving (familie, werk, school); wet- en regelgeving (voorzieningen, systemen en beleid)</p>	

* (ICF <http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-nl.cla>)

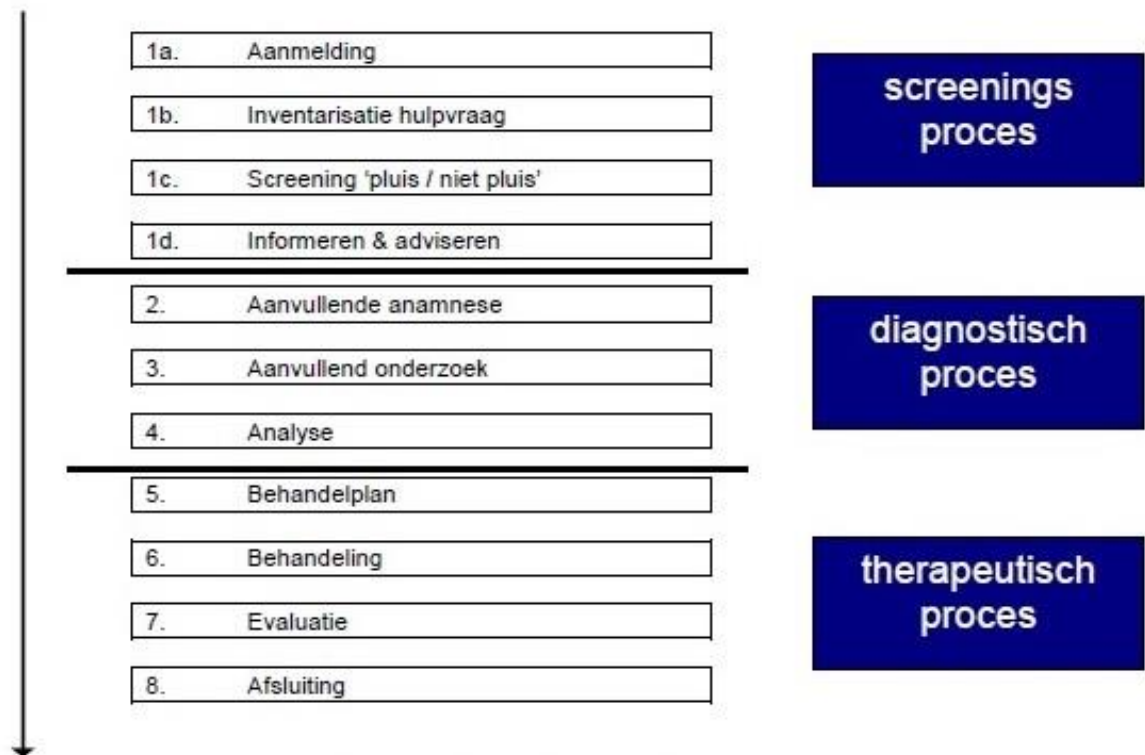
Met de typering *uitvoering* kan worden geklasseerd wat iemand in de eigen omgeving doet. Omdat de eigen omgeving een sociale context inhoudt kan uitvoering ook worden opgevat als 'deelname aan het maatschappelijk leven', of als 'beleefde ervaring' van personen in de context van de eigen omgeving. Deze context bevat de externe factoren -alle aspecten van

²³ Een lijst persoonlijk factoren en een lijst externe werk gerelateerde factoren worden door het NPi uitgewerkt (bron NPi, jaarverslagen 2012 en 2013).

de fysieke en sociale omgeving (inclusief gewoonten) die kunnen worden geklasseerd via de lijst externe factoren.

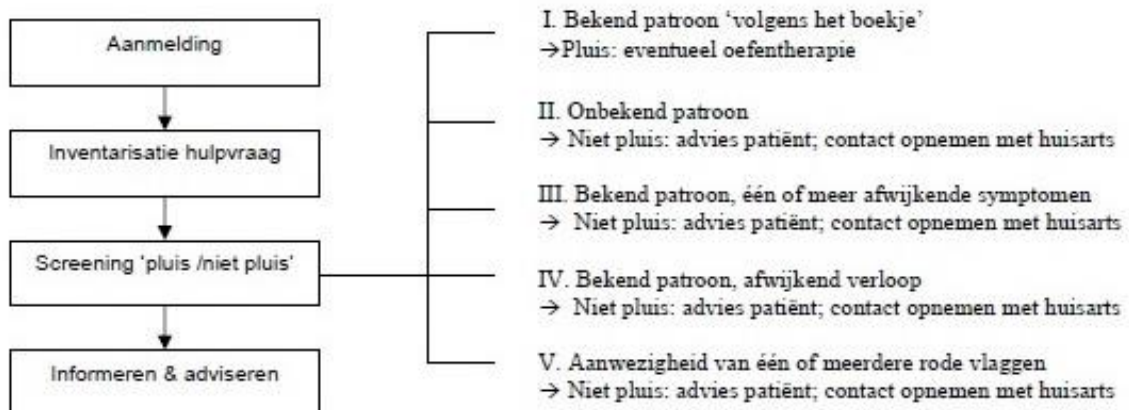
Met de typering *vermogen* kan worden geklasseerd of iemand een taak of activiteit wel of niet kan uitvoeren. Met deze typering kan het optimale niveau van iemands functioneren in een gegeven domein op een gegeven tijdstip worden geklasseerd. Het vermogen wordt in een uniforme of standaard omgeving gemeten. De lijst externe factoren kan worden gebruikt om de eigenschappen van deze uniforme of standaardomgeving te beschrijven.

Bijlage 4. Zorgverleningsproces bij Directe Toegankelijkheid Oefentherapie



Het screeningsproces staat op zich.
Het is mogelijk dat het patiëntencontact wordt afgerond na het screeningsproces.

Screeningsproces



Definitie screening:

'Screening is een proces dat de oefentherapeut leidt tot de beslissing of verder oefentherapeutisch onderzoek geïndiceerd is. Bij screenen wordt door middel van gerichte vragen, tests of andere diagnostische verrichtingen binnen een beperkte tijd vastgesteld of er al dan niet sprake is van het binnen een competentiegebied van de individuele oefentherapeut vallend patroon van tekens en/of symptomen.'

Er kan verschil bestaan in wat voor de individuele oefentherapeut een herkenbaar patroon is. Dit is afhankelijk van onder andere ervaring en aanvullende scholing.

Screeningsproces

<p>Stap 1a: aanmelding</p>	<p>De patiënt die gebruik maakt van de DTO wordt geïnformeerd over de procedure van het screeningsproces.</p>
<p>Stap 1b: inventarisatie hulpvraag</p> <p>Stap 1c: screening 'pluis / niet-pluis'</p>	<p>Inventarisatie van redenen om contact te zoeken met de oefentherapeut en bespreken van de concrete hulpvraag, samengevat en na instemming van de patiënt vastgesteld.</p> <p>In algemene zin is de oefentherapeut bij de screening 'pluis/niet-pluis' alert op patroonherkenning en op het identificeren van eventueel aanwezige rode vlaggen. Tijdens de screening kunnen zich vijf situaties voordoen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situatie I: Indien de gepresenteerde symptomen een voor de oefentherapeut herkenbaar patroon vormen, overlegt en besluit de oefentherapeut of verder oefentherapeutisch onderzoek zinvol en noodzakelijk is. • Situatie II: Wanneer de gepresenteerde symptomen een voor de oefentherapeut onherkenbaar patroon vormen, zal de oefentherapeut de patiënt hiervan op de hoogte stellen en adviseren contact op te nemen met de huisarts. • Situatie III: In deze situatie geldt dat de gepresenteerde symptomen weliswaar een bekend patroon vormen, maar één of meerdere symptomen passen niet binnen dit patroon. Ook nu zal de oefentherapeut de patiënt hiervan op de hoogte stellen en adviseren contact op te nemen met de huisarts. • Situatie IV: In deze situatie is het beloop van één of meer symptomen volgens de oefentherapeut afwijkend. In dit geval geldt dezelfde handelwijze als in situatie III. • Situatie V: De oefentherapeut constateert dat er één of meer 'rode vlaggen' zijn (al dan niet met behulp van een itemlijst). <p>Aandachtspunten: Pijn moet worden gezien als een rode vlag indien de pijn niet te provoceren of reduceren is door houdingen en/of bewegingen. Wanneer één of meerdere van de volgende symptomen niet verklaard zijn, is alertheid geboden: koorts, (nachtelijk) transpireren, misselijkheid, braken, diarree, (onnatuurlijke) bleekheid, duizeligheid/flauwvallen, moeheid en gewichtsverlies.</p> <p>Leidraad is onbekend = onbekwaam = onbevoegd (zie ook Wet BIG)</p> <p>Het is denkbaar dat oefentherapeutische advisering en/of behandeling tot de mogelijkheden behoort wanneer met de aanvullende informatie van de huisarts een voor de oefentherapeut voldoende verklaard patroon van symptomen is ontstaan.</p>
<p>Stap 1d: informeren & adviseren</p>	<p>Wanneer de oefentherapeut tot de conclusie 'niet-pluis' komt, informeert hij de patiënt hierover en adviseert hij contact op te nemen met de huisarts. Met informeren wordt hier bedoeld dat hij de patiënt mededeelt dat één of meer symptomen qua aard of beloop door hem niet als onderdeel van een bekend patroon worden herkend.</p> <p>Bij de conclusie 'pluis' maakt de oefentherapeut een afweging of verdere oefentherapeutische diagnostiek zinvol en noodzakelijk is. Zo ja, dan volgt stap 2 van het zorgverleningsproces bij DTO.</p>
<p>Verslaglegging</p>	<p>Het resultaat van stap 1c en 1d maakt deel uit van de oefentherapeutische verslaglegging (zie bijlage 2, voorbeeld rapportageformulier screening).</p>
<p>Informatieverstrekking</p>	<p>Als een patiënt zonder verwijzing bij de oefentherapeut komt, dient de oefentherapeut voor het geven van informatie aan bijvoorbeeld de huisarts altijd toestemming aan de patiënt te vragen. De oefentherapeut behoort hiervan een notitie in het eigen verslag te maken.</p> <p>Op rode vlaggen screent u altijd, op gele vlaggen wordt niet standaard gescreend. Gele vlaggen zijn slechts zelden een contra-indicatie voor oefentherapie, niet zelden zijn ze zelfs indicatie. Vaker nog zijn het factoren om rekening mee te houden bij het oefentherapeutisch handelen, en nodigen ze uit tot nauwkeurige monitoring van het behandelproces en tot regelmatige evaluatie. Dit is dan ook de reden dat in het screeningsproces geen plaats is ingeruimd voor een screening op psychosociale factoren.</p> <p>Wanneer er na het screenen (nog) geen redenen zijn om de patiënt te adviseren contact op te nemen met de huisarts, kunt u, uiteraard binnen het oefentherapeutisch diagnostisch proces (zie figuur 1), gebruik maken van instrumenten (bijv. vragenlijsten) om een indruk te krijgen van de eerdergenoemde psychosociale risicofactoren (gele vlaggen).</p>

Bijlage 4. Eisen aan een protocol

Het protocol bevat:

1. Een inleiding met daarin:
 - Een titel, versienummer en datum.
 - De aanleiding en zorgverlenersdoelgroep.
 - Type protocol; Is het een evidence-based of practice based protocol waaraan meer zorgverleners hebben gewerkt bij de totstandkoming.
 - Globale inhoud / structuur van het protocol.
 - Naam van de richtlijn als het protocol gebaseerd is op een bestaande richtlijn.
2. Algemene informatie en randvoorwaarden:
 - Doel vanuit cliëntperspectief en vanuit zorgverlenersperspectief ; mono- of multidisciplinaire doelstelling.
 - Omschrijving van de doelgroep:
 - Diagnosen en beperkingen in activiteiten en/of participatie; leeftijdscategorie.
 - Definitie van de diagnose. Informatie over de aandoening (eventueel in bijlage).
 - Beschrijving van de eisen aan de therapeut : benodigde kennis en vaardigheden, eventueel gevolgde scholing.
 - Beschrijving van de eisen aan de oefenruimte: toegankelijkheid, relevante apparatuur, klinimetrische testmiddelen; geschiktheid voor behandeling aan huis.
 - Eisen aan de verslaglegging indien aanvullend op afwijkend van de richtlijn verslaglegging van de VvOCM 2014. Eisen aan de verslaglegging indien aanvullend op of afwijkend van de richtlijn verslaglegging van de VvOCM 2014. Bij afwijkend: beargumenteerd.
 - Eventuele afspraken over rapportage(s) over frequentie, tijdstip en inhoud.
3. Inclusiecriteria en exclusiecriteria.
 - Inclusiecriteria, bijvoorbeeld: volwassenen, eventueel leeftijdscategorie; is bekend met diagnose gesteld door huisarts of specialist; door cliënt ervaren beperkingen in activiteiten en/of participatie; mate van zelfstandigheid e.d.
 - Exclusiecriteria, bijvoorbeeld: de cliënt voldoet niet aan de inclusiecriteria; er is sprake van multimorbiditeit waardoor sterk afgeweken dient te worden van het protocol; er is sprake van cognitief disfunctioneren.
4. Per fase van het methodisch handelen een omschrijving van de belangrijkste verrichtingen.
 - Diagnostische fase: aandachtspunten anamnese en onderzoek, (keuze uit) te hanteren meetinstrumenten.
 - Interventiefase: algemeen behandeldoel en aandachtsgebieden behandelplan gekoppeld aan de ICF-domeinen; Prognose: behandelaantal en frequentie; Opbouw in fasen, eventueel gekoppeld aan subdoelen en aantal sessies; Contra-indicaties; Hulpmiddelen; Informatie voor de cliënt; Evaluatiesystematiek: meetmomenten en meetinstrumenten en beslisriteria. Toelichting op meetinstrumenten en het meetinstrument zelf eventueel opnemen in de bijlagen.
 - Specifieke onderdelen argumentatie met bronvermelding.
 - In geval aanwezigheid van een richtlijn: waar wordt de richtlijn gevolgd en waar niet. Bij niet volgen van de richtlijn: argumentatie met bron van de huidige opvatting.