Richtlijn Verslaglegging



Initiatief
VvOCM (Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck)

Organisatie
VvOCM

Financiering
Deze richtlijn is gefinancierd door VvOCM

VvOCM
Vereniging van Oefentherapeuten

Colofon

Richtlijn Verslaglegging
Geactualiseerde versie voorjaar 2022

© Copyright 2022
VvOCM (Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck)
Orteliuslaan 750
3528 BB Utrecht
tel: 030-2625627
Website: www.vvocm.nl
E-mailadres: info@vvocm.nl

Alle rechten voorbehouden.
De tekst uit deze publicatie mag niet 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

Betrokken personen **4**

Inleiding **5**

Deel I – Praktijkrichtlijn Verslaglegging **7**
- Het oefentherapeutisch methodisch handelen 8
- Stappen 1 en 2 – Aanmelding en anamnese 9
- Stap 3 – Oefentherapeutisch onderzoek 11
- Stap 4 – oefentherapeutische diagnose 12
- Stap 5 – Behandeldoel en behandelplan 13
- Stap 6 – behandeling 14
- Stappen 7 en 8 – Evaluatie en afsluiting 15

Deel II – Toelichting en Verantwoording **16**
- Inleiding 16
- Toelichting dossiereisen methodisch handelen 18
  - Klinimetrie 18
  - SMART formuleren 19
  - SOEP/SOAP-structuur 19
  - Verslaglegging in relatie tot richtlijnen en protocollen 20
  - Rapportages 21
  - Meerdere behandeltrajecten 21
- Relevante wet- en regelgeving 22
  - Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) 22
  - Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) 26
  - Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en afwegingskader 27
  - Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) 28
  - Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg (Wbsn-z) 28
  - Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) 29

Afkortingen **30**

Referenties **31**

Betrokken personen

Auteurs

Mw. T.J.M. Kooiman	Beleidsmedewerker/richtlijnadviseur VvOCM
Mw. G. Buis	Adviseur, auteur richtlijn verslaglegging 2014
Mw. D. Conijn	Beleidsmedewerker/richtlijnadviseur VvOCM

Inhoudelijke ondersteuning

Mw. N.T.A. Smorenburg	Docent opleiding Oefentherapie Cesar, Hogeschool Utrecht en oefentherapeut bij Oefentherapie Cesar Zaltbommel, Zaltbommel

Klankbordgroep

Opleidingen Oefentherapie

Mw. N.T.A. Smorenburg	Docent opleiding Oefentherapie Cesar, Hogeschool Utrecht
Mw. M.S.H. Wortman	Docent-onderzoeker Lectoraat 'Oefentherapie-dagelijks bewegen!', Hogeschool van Amsterdam en mede-ontwikkelaar opleiding Oefentherapie, Hogeschool Windesheim

Werkveld

Mw. L.A. Alberts	Oefentherapeut Mensendieck, Therapie Wolf, Texel
Mw. M. Bavelaar	Oefentherapeut Mensendieck, Oefentherapie Alphen, Alphen aan den Rijn
Dhr. H.G. van den Boogaard	Oefentherapeut Mensendieck, Oefentherapie van den Boogaard, Almere
Mw. S. van der Drift	Oefentherapeut Cesar, Pract'S Oefentherapie, Haarlem
Mw. T.P.M. Hillebrink	Psychosomatisch Oefentherapeut, Oefentherapie Zaanstad, Zaandam
Mw. C.J. Kunis-Loos	Oefentherapeut Mensendieck, oefentherapie TOBB, Heerhugowaard
Mw. H.L. van Schie	Oefentherapeut, bekkenoefentherapeut, (kinder)slaapoefentherapeut, praktijk Bewuster Bewegen, Koudekerk aan den Rijn
Mw. F. van der Velde	Oefentherapeut Cesar, OCG, Groningen

Contactpersonen bureau VvOCM

Mw. T.J.M. Kooiman	Beleidsmedewerker/richtlijnadviseur VvOCM
Mw. V. Zegers	Directeur VvOCM

Inleiding

Aanleiding

Het brede gezondheidsdomein waarin de oefentherapeut werkzaam is, is continu in ontwikkeling. Vanuit de Bestuurlijke Afspraken Paramedische Zorg 2019-2022 (Rijksoverheid.nl, 2019) wordt aangestuurd op paramedie-brede afstemming op informatieoverdracht en gegevensuitwisseling. Een voorbeeld is het uitkomen van de richtlijn HASP-paramedicus in 2020, waarin de informatie-uitwisseling tussen de huisarts en paramedicus is beschreven. Deze ontwikkelingen hebben gevolgen voor hoe de oefentherapeut informatie verwerkt in het patiëntdossier.
Tegelijkertijd is uit onderzoek van VvOCM gebleken dat oefentherapeuten behoefte hebben aan administratieve lastenverlichting, om zo de productiviteit (declarabele uren) en het werkplezier te verhogen.
Tezamen vormden deze ontwikkelingen de aanleiding om de Richtlijn Verslaglegging voor oefen-therapeuten te actualiseren.

Doelen van de Richtlijn Verslaglegging

- Houvast bieden aan oefentherapeuten voor het systematisch vastleggen van gegevens en bevindingen met betrekking tot de oefentherapeutische zorg zodat deze zorg inzichtelijk en overdraagbaar is, en voldoet aan van toepassing zijnde wet- en regelgeving.
- Het bevorderen van uniforme verslaglegging over cliëntenzorg, ook paramedie-breed.
- Basis bieden voor te actualiseren of nieuw te ontwikkelen zorginhoudelijke richtlijnen.
- Als basis dienen voor NIVEL-zorgregistraties en de Landelijke Database Oefentherapie.
- Als basis dienen voor toetsingscriteria in geval van dossiertoetsing.

In deze richtlijn wordt zowel vanuit het methodisch handelen vanuit het Beroepsprofiel Oefentherapeut (VvOCM, 2019) als vanuit wet- en regelgeving aangegeven welke gegevens in het dossier moeten worden vastgelegd.

Doelgroep

De richtlijn is opgesteld voor alle oefentherapeuten in zowel de eerste- als tweedelijnszorg. De richtlijn is in de basis van toepassing op elk zorgtraject, waarbij vanzelfsprekend aanpassingen nodig kunnen zijn voor specifieke cliëntgroepen. Aanpassing in verslaglegging kan ook nodig zijn op basis van afspraken binnen de verschillende specialisaties van de oefentherapie (het platform Kinderoefentherapie, het platform Psychosomatische Oefentherapie, het platform Geriatrie-Oefentherapie, het platform Bekkenoefentherapie) en netwerken zoals het Netwerk Chronische Pijn. Ook kan er afgeweken worden van de richtlijn als gevolg van afspraken binnen ketenzorg, andere interdisciplinaire samenwerkingsverbanden of binnen intramurale interprofessionele werksettingen.

Geschiedenis Richtlijn Verslaglegging

De Richtlijn Verslaglegging is in 2014 tot stand gekomen met behulp van een brede werkgroep die het gehele werkveld vertegenwoordigde. Er is een conceptversie opgesteld aan de hand van bestaande stukken, toenmalige eisen aan richtlijnen, ontwikkelingen in zorgregistraties (bijv. bij het NIVEL) en de inbreng van de werkgroep. Deze conceptversie is vervolgens in meerdere rondes becommentarieerd door de werkgroep en stuurgroep en vervolgens hierop aangepast.
In 2017 en 2019 is de richtlijn geactualiseerd op basis van nieuwe wet- en regelgeving, zoals de AVG en de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Werkwijze ter actualisatie van de Richtlijn Verslaglegging 2022

Ten behoeve van het verminderen van administratieve lasten is het gebruikersgemak van een richtlijn van belang. Wanneer informatie in een richtlijn eenvoudig op te zoeken is kan deze op een meer tijdsefficiënte manier worden toegepast.
Voor de huidige update wordt daarom de KNGF-VvOCM richtlijnenmethodiek (Vreeken et al, 2022) gebruikt ter aanpassing van de gehele structuur van de richtlijn. In Deel I (Praktijkrichtlijn) kan de oefentherapeut direct toepasbare informatie vinden t.a.v. verslaglegging in het dossier. De dossiereisen zijn hierbij gekoppeld aan belangrijke modellen binnen de oefentherapie, namelijk het Oefentherapeutisch Diagnostiek en Interventie Model (ODIM) en het ICF-model. Hierbij zal de richtlijn ook handvatten bieden voor het kernachtig noteren van gegevens, wat ook tijdswinst oplevert. In Deel II (Toelichting en Verantwoording) staat informatie over relevante paramedie-brede ontwikkelingen, een toelichting op de dossiereisen binnen het methodisch handelen, en relevante wet- en regelgeving.
Daarnaast is aangesloten bij interdisciplinaire, paramedie-brede taakgroepen zodat de huidige versie van de richtlijn aansluiting vindt bij de nieuwste ontwikkelingen.
De huidige klankbordgroep Richtlijn Verslaglegging bestond uit drie deelnemers van de klankbordgroep uit 2014 en een aantal andere oefentherapeuten. De klankbordgroep heeft de huidige aangepaste richtlijn in één ronde beoordeeld. Deze feedback is vervolgens verwerkt in de richtlijn. Op 11 maart 2022 is deze geactualiseerde richtlijn aangeboden aan het bestuur van VvOCM ter accordering. Op 15 juni 2022 is deze richtlijn tijdens de Algemene Vergadering (AV) aangenomen door de leden van VvOCM.

Implementatie

Een cruciaal onderdeel van implementatie van de Richtlijn Verslaglegging is opnieuw aansluiting vinden bij EPD-systemen. Alle EPD-leveranciers zullen benaderd worden om gewenste aanpassingen door te voeren in de softwaresystemen. Ook wordt aansluiting bij de EPD-leveranciers paramedie-breed opgepakt binnen de werkgroep 'generieke dataset'. Daarnaast is er contact met EPD-leveranciers in het traject richtlijnimplementatie om algemene implementatie richtlijnen in EPD-systemen te bevorderen.

Deel 1

Praktijkrichtlijn Verslaglegging

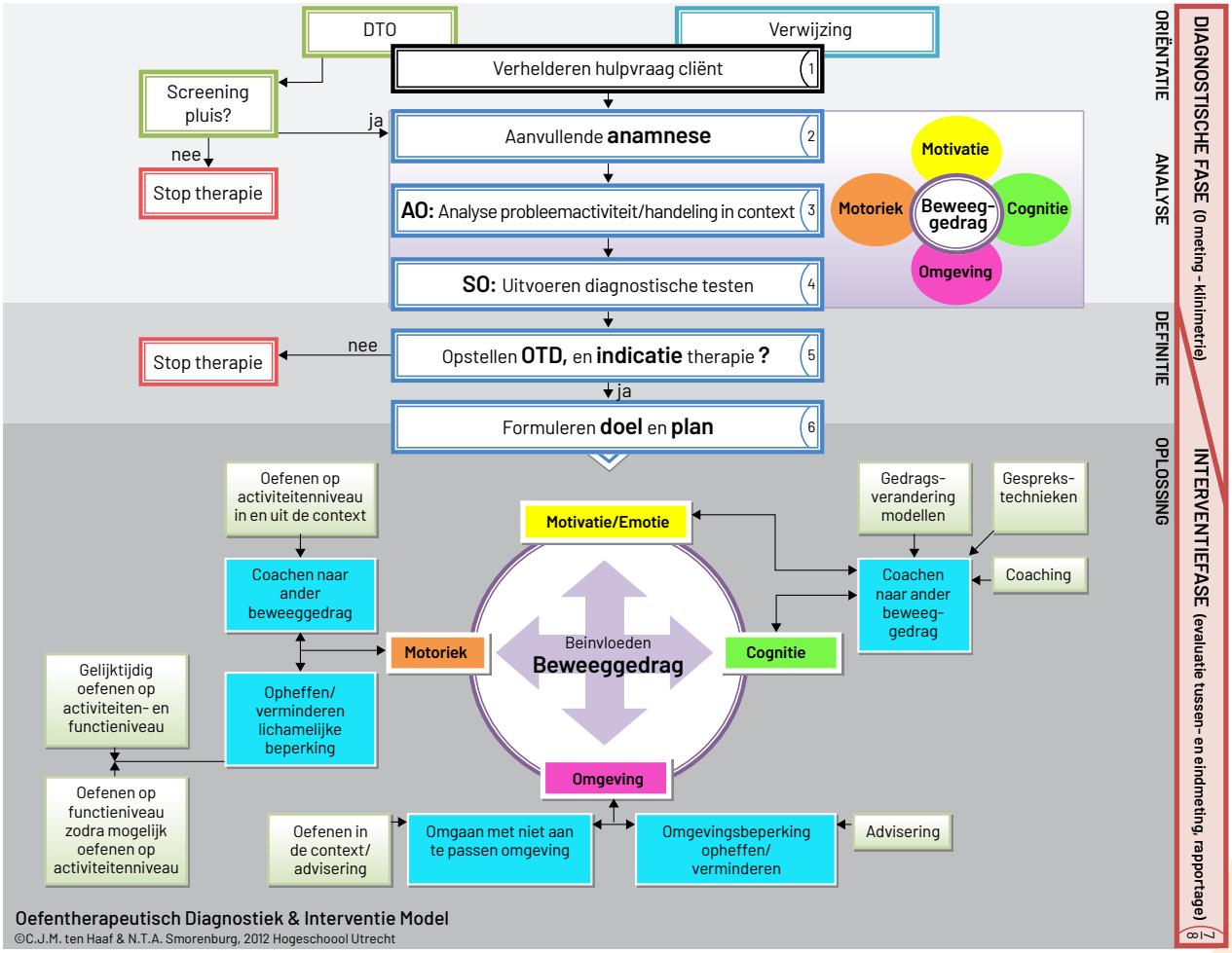
In dit hoofdstuk staan alle gegevens beschreven die de oefentherapeut tijdens alle stappen van het methodisch oefentherapeutisch handelen vastlegt. Dit zijn zowel administratieve als zorginhoudelijke gegevens.

Er wordt hierbij onderscheid gemaakt in:

- Verplichte gegevens (v): deze gegevens zijn altijd verplicht *(vanuit de Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO))* en kunnen zowel administratief als zorginhoudelijk van aard zijn.
- Verplichte gegevens ***indien deze aanwezig en relevant zijn*** (i). Deze gegevens zijn niet altijd bij elke cliënt van toepassing, en zijn daarom alleen verplicht wanneer er sprake van is. Dit kunnen zowel administratieve als zorginhoudelijke gegevens zijn.
- Optionele gegevens. Dit zijn bijv. persoonlijke werkaantekeningen die de therapeut als tijdelijke geheugensteun gebruikt. Dit valt buiten de scope van deze richtlijn.

Het oefentherapeutisch methodisch handelen

Figuur 1 geeft het Oefentherapeutisch Diagnostiek en Interventie Model (ODIM) weer (Bastiaansen-ten Haaf, C., Smorenburg, 2015). Dit model illustreert het totale zorgverlenersproces van de oefentherapeut. Vervolgens worden de te noteren gegevens per fase en stappen van het methodisch handelen beschreven.



Figuur 1. Oefentherapeutisch Diagnostiek & Interventie Model

Diagnostische fase

In deze fase wil de oefentherapeut inzicht krijgen in het gezondheidsprobleem, de hulpvraag en factoren die het gezondheidsprobleem mogelijk beïnvloeden. De oefentherapeut vormt zich een beeld over de behandelbare componenten (motoriek, omgeving, motivatie, cognitie) in relatie tot de hulpvraag en probleemhandeling(en) en over mogelijke herstel bevorderende en herstel belemmerende factoren. Ook bepaalt de oefentherapeut of er wel of geen indicatie is voor oefentherapie en of het probleem binnen de eigen deskundigheid valt (VvOCM, 2019).

De oefentherapeut maakt bij klinische keuzevorming gebruik van meetinstrumenten. Deze meetinstrumenten worden gebaseerd op aanbevelingen uit een van toepassing zijnde richtlijn of worden naar eigen inzicht toegepast. Zie voor een verdere toelichting Deel II Toelichting & Verantwoording.

Stappen 1 en 2 – Aanmelding en anamnese

De cliënt komt op verwijzing van de (huis)arts of medisch specialist of op eigen initiatief (of op advies van derden) bij de oefentherapeut (DTO). Indien de cliënt zich aanmeldt via DTO zal de oefentherapeut een screening uitvoeren (VvOCM en KNGF, 2006). De wijze van aanmelding heeft hierdoor gevolgen voor de vast te leggen gegevens.

Vast te leggen gegevens (zowel bij verwijzing als DTO) (v)

- Achternaam + voorletters
- Geboortedatum cliënt
- BSN-nummer
- Datum aanmelding
- Huisarts: naam
- Hulpvraag van de cliënt. *De hulpvraag wordt definitief geformuleerd na de anamnese.*

Aanvullend vast te leggen gegevens bij DTO (v)

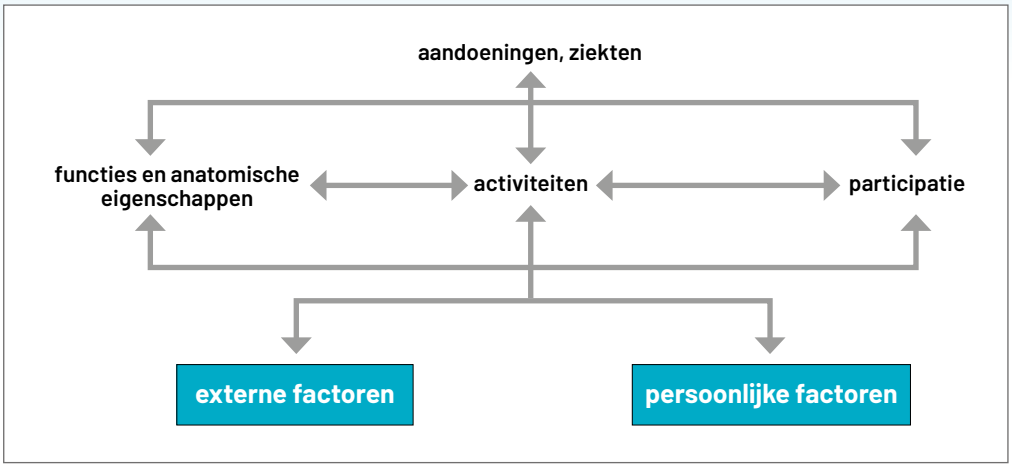
- Contactreden.
- Conclusie screening *(pluis/niet-pluis).*
- Afwijkende symptomen/afwijkend beloop (i) *(indien conclusie screening 'niet pluis').*
- Indicatie voor verder oefentherapeutisch handelen *(ja/nee).*
- Bewijsvoering van chronische aandoening (i).
- Toestemming cliënt voor delen van gegevens met of door de huisarts *(ja/nee).*
- Het DTO-bericht wat verstuurd is naar de huisarts *(alleen indien toestemming gegeven).*

Binnen de Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen arts en paramedicus (NHG, 2020) is afgesproken een bericht te sturen naar de huisarts bij Directe Toegang (NHG, 2020). Dit kan heel beknopt.

Aanvullend vast te leggen bij verwijzing (v)

- Verwijzer: naam en specialisatie.
  Bij voorkeur incl. de eerste twee posities AGB-zorgverlenerscode, bv 01=huisarts, 03=medisch specialist.
- Reden + context verwijzing.
- Door verwijzer verstrekte aanvullende (medische) gegevens (i).
- Procedurevoorstel (i) *(dit is de vraagstelling van de verwijzer).*

Vast te leggen gegevens uit de aanvullende anamnese (v)
In de aanvullende anamnese wordt het gezondheidsprobleem/de klachten en de hulpvraag verder verhelderd. Hierbij maakt de oefentherapeut gebruik van het ICF-model (figuur 2) en het ODIM (figuur 1). Om de samenhang met de ICF en het ODIM te verduidelijken zijn de vast te leggen gegevens schematisch weergegeven in relatie tot deze modellen. Hiernaast worden de uitkomsten uit afgenomen meetinstrumenten tijdens de anamnese genoteerd in het dossier incl. de datum (i).



Figuur 2. Het ICF-model

ICF-domein	ODIM-domein	Vast te leggen gegevens
Aandoeningen/ziekte		• De aandoening of ziekte waarvoor de cliënt in behandeling komt (i).
Functies & anatomische eigenschappen	Motoriek	• Gezondheidsprobleem/klacht in relatie tot contactreden. • Relevante informatie over het ontstaan van de klachten en/of probleem incl. duur, beloop, recidief *(ja/nee)* en eerdere interventies(i).
Activiteiten	Motoriek & Omgeving	• Functioneringsproblemen: de aard en ernst van het probleem i.r.t. de dagelijkse context, incl. het beweeggedrag(i).
Participatie	Motoriek & Omgeving	• Participatieproblemen in relatie tot het gezondheidsprobleem/de klachten (i).
Persoonlijke factoren	Motivatie/emotie & Cognitie	• Relevante persoonlijke factoren zoals nevenpathologie, contra-indicaties, medicijngebruik*, beroep, copingstijl, motivatie, leefstijl (BRAVO-factoren), cognitie, stemming/emoties (incl. psychosociale factoren), gedrag, sociale en/of culturele achtergrond, ervaringen, karakter, opleidingsniveau (i).
Externe factoren	Motivatie/emotie & Omgeving	• Relevante omgevingsfactoren zoals invloed sociale en fysieke omgeving, beschrijving werksituatie, thuissituatie en risicofactoren (i). ** Type en hoeveelheid van medicijnen die invloed kunnen hebben op het herstelproces of bij de keuze van interventies*

Overige gegevens verplicht voor machtigings- en declaratieverkeer

- Overige cliënt/verzekerde gegevens: geslacht, adres, cliënt identificatienummer.
  Het cliënt identificatienummer wordt automatisch gegeneerd door het EPD-programma.
- Zorgverlener: Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI) behandelaar/AGB-nummer.
- Zorgverzekeraar: Unieke Zorgverzekeraar Identificatie (UZOVI-nummer).
- Geleverde zorg: verwijsdatum, datum prestatie(s); code prestatie(s); bedrag declaratie.
- Indicatie (code).
- Indicatie ongeval (i).
- Diagnosecode volgens het diagnose coderingssysteem paramedische hulp (DCSPH).

Stap 3 – Oefentherapeutisch onderzoek

Het oefentherapeutisch onderzoek bestaat uit een Activiteitenonderzoek (AO) en een Specifiek Onderzoek (SO).

Activiteitenonderzoek

In het activiteitenonderzoek vormt de oefentherapeut zich een beeld van de probleemhandeling door middel van een taakanalyse en een omgevingsanalyse om te bepalen in hoeverre de taak en/ of omgeving (context) van invloed is op het beweeggedrag. Via observaties in de (fysieke) omgeving of een nabootsing van die omgeving of via gestandaardiseerde performancetesten (bijv. de Timed Up & Go test) krijgt de therapeut een indruk van de specifieke manier van belasten en de belastbaarheid van de cliënt op dat moment.

Specifiek onderzoek

In het specifiek onderzoek vormt de oefentherapeut zich door middel van observaties, fysieke metingen en gestandaardiseerde tests een beeld van de gegeneraliseerde en lokale toestand van het bewegingssysteem (en aan beweging verwante systemen): soort, en mate van variabiliteit van bewegingsstrategieën, (dis) balans in belasting-belastbaarheid, deficiënties in bijvoorbeeld proprioceptie, coördinatie, kracht, lenigheid, alertheid, spieractiviteit, ontspanning en ademhaling. Het doel is (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 activiteiten- en specifiek onderzoek (v)

- Alle diagnostische verrichtingen die naar beoordeling van de oefentherapeut relevant zijn voor het komen tot een oefentherapeutische diagnose worden genoteerd.
  - Belangrijkste bevindingen uit observaties probleemhandelingen.
  - Uitkomsten/testscores van gehanteerde meetinstrumenten, observaties, diagnostische tests, palpaties en/of gestandaardiseerde performance tests.
- Alle diagnostische verrichtingen die op een later moment worden uitgevoerd en relevant zijn voor het herstelproces (incl. datum, plaats en toestand van de cliënt) (i).

Stap 4 – oefentherapeutische diagnose

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 de anamnese en het onderzoek. De therapeut beschrijft het gezondheidsprobleem in relatie tot de bevindingen van alle (relevante) ICF- en ODIM-domeinen. De oefentherapeut kan hierbij gebruik maken van diverse hulpmiddelen, zoals het Rehabilitation Problem Solving formulier (RPS).

Vast te leggen gegevens in de oefentherapeutische diagnose (v)

- De cliënt: geslacht, leeftijd, verwijsdiagnose/klacht (DTO), hulpvraag.
- Relevante bevindingen uit anamnese en onderzoek in samenhang, ofwel: de beroepsspecifieke analyse + conclusie.
  De conclusie omvat een kernachtige samenvatting van de oefentherapeutische diagnose waarin de behandelbare componenten van de client casuïstiek zichtbaar worden. Deze conclusie wordt ook gebruikt bij correspondentie naar de huisarts/verwijzer.
- Herstelbelemmerende factoren (i) die van invloed kunnen zijn op de behandeling.
  - *Persoonlijke factoren als leefstijl, motivatie, cognitie, psychosociale factoren en co-morbiditeit.*
  - *Externe factoren zoals de fysieke en sociale omgeving.*
- Herstelbevorderende factoren (i) die van invloed kunnen zijn op de behandeling.
  - *Persoonlijke factoren als leefstijl en motivatie.*
  - *Externe factoren zoals de fysieke en sociale omgeving.*
- Prognose voor herstel (i) (volledig herstel, reductie van klachten, stabilisatie, niet te bepalen).

Op basis van de bevindingen beslist de oefentherapeut of er een indicatie is voor een oefentherapeutische behandeling, of dat (terug)verwijzing naar de huisarts of andere zorgverlener noodzakelijk is.

Overige vast te leggen gegevens (v)

- Indicatie voor oefentherapie (ja/nee).
- Verwijzing naar collega-oefentherapeut/andere discipline of (terug) verwijzing huisarts/ander advies (i).

Interventiefase

Indien er een indicatie is voor oefentherapie wordt in stap vijf van het zorgverleningsproces het behandeldoel 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 geëvalueerd en afgerond (stap 7 en 8).

Stap 5 – Behandeldoel en behandelplan

Het algemene behandeldoel geeft concreet het beoogde eindresultaat weer en heeft bij voorkeur betrekking op het oplossen van beperkingen in activiteiten en participatie (ICF). De oefentherapeut formuleert subdoelen op functieniveau (Motoriek) en op activiteiten- en participatieniveau (Motoriek & Omgeving; motorische vaardigheden binnen activiteiten en omgevingsfactoren). Ook kunnen er gedragsgerichte doelen gesteld worden om het beweeggedrag te verbeteren en/of motivatie, percepties, leefstijl en zelfmanagement te bevorderen (Motivatie/emotie & Cognitie). Het behalen van subdoelen draagt bij aan het behalen van het algemene behandeldoel.

Vast te leggen gegevens behandeldoel en behandelplan (v)

- Een ***hoofddoel*** waarin concreet het beoogde (eind)resultaat is aangegeven. De relatie met de hulpvraag en bevindingen uit het onderzoek is duidelijk. Het hoofddoel wordt indien mogelijk SMART geformuleerd (zie Deel II Toelichting & Verantwoording voor een toelichting/nuancering op het gebruik van SMART).
- Het ***behandelplan***: de gekozen behandelstrategie om het beoogde behandeldoel te bereiken.
  Uit het behandelplan blijkt een basisplanning van de volgorde in de tijd. Het behandelplan omvat:
  - Subdoelen vanuit relevante aandachtsgebieden: functies, activiteiten/ participatie (motoriek en omgeving) en gedrag (motivatie/emotie en cognitie).
    Een mogelijke uitzondering hierop is een eenvoudige hulpvraag en korte behandeltijd.
  - 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.
- Gebruik van protocollen en richtlijnen (i)
  - Volgens welk protocol of richtlijn wordt gewerkt (titel, versienummer of datum verschijnen) (i).
  - Afwijken van expliciete aanbevelingen m.b.t. diagnostische tests en evaluatieve meetinstrumenten (i).
  - Afwijken van expliciete aanbevelingen over (type) behandelinterventies en contra-indicaties (i).
- Prognose in 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 inclusief eventuele afbouw (i).
- Gemaakte afspraken
  - Met de cliënt (i).
  - Met andere disciplines (i).
- Besproken met en akkoord van cliënt.
  Hier volstaat een vinkje in het dossier, eventueel met (digitale) handtekening van de client. In Deel II staat een toelichting op het wettelijke toestemmingsvereiste.

Overige vast te leggen gegevens (v)

- Toestemming, akkoord opvragen/verstrekken gegevens.

Stap 6 – behandeling

Met het behandelplan als leidraad vindt in deze fase de daadwerkelijke behandeling plaats. De therapeut bepaalt sessiedoelen, een opbouw van de behandelsessies en voert verschillende verrichtingen uit. Gegevens over de uitvoering worden vastgelegd in de dagjournaals. In de journaals 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 (v). Overige gegevens zijn alleen verplicht indien er sprake van is/het relevant is (i).

In de praktijk maken de meeste EPD's gebruik van de SOEP(A)/SOAP-structuur. Deze staat voor Subjectief-Objectief-Evaluatie/Analyse-Plan-(Activiteiten). De vast te leggen gegevens worden hieronder weergeven in relatie tot deze structuur. *Het gebruik van de SOEP(A)-structuur is dus geen verplichting, maar een hulpmiddel. Het dagjournaal kan ook binnen een enkel invulveld ingevoerd worden binnen het EPD.* Zie deel II (Achtergrond en Toelichting) voor meer informatie en achtergrond over de SOEP(A)-structuur.

Vast te leggen gegevens (v)

Subjectief

- Ervaring cliënt sinds vorige sessie.

Objectief

- Uitgevoerde verrichtingen tijdens de behandelsessie.
  Indien er gebruikt gemaakt wordt van SOEPA, valt dit onder Activiteiten.
- Tussentijdse diagnostiek of meetresultaten volgens gekozen evaluatiesystematiek (i).
  Alleen indien deze resultaten niet elders in het dossier zichtbaar zijn met datum.

Evaluatie

- Evaluatie op het verloop van uitgevoerde verrichtingen volgens therapeut en cliënt.
  Bijv. een evaluatie op het leergedrag van de cliënt, verloop van de behandelsessie of zo nodig op het eigen handelen/ de toegepaste didactiek.

Plan

- Afspraken met cliënt voor periode tot volgende behandeling (i).
- Aandachtspunten volgende behandelsessie/afwijken plan (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.
- Beslissing al dan niet continueren behandelplan op basis van de meetresultaten(i).

Overig

- Resultaat (mondeling) overleg huisarts/verwijzer (i).
  De uitkomsten van een overleg kunnen ook onder 'Objectief' neergezet worden.
- Update van voortgang behandeling naar de verwijzer (i).
  Het bericht/de tussenevaluatie verstuurd aan de verwijzer.

Binnen de Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen arts en paramedicus wordt aanbevolen dat indien een cliënt langdurig in behandeling is, er jaarlijks een update/voortgangsrapportage wordt verstuurd naar de huisarts (NHG, 2020).

Stappen 7 en 8 – Evaluatie en afsluiting

De evaluatie bestaat uit een productevaluatie en een procesevaluatie (stap 7). De productevaluatie betreft de mate waarin de gestelde doelen zijn gehaald, het oordeel van de cliënt over de verandering van de klacht en het oordeel van de oefentherapeut over de gedragsverandering. Ook hierbij maakt de oefentherapeut gebruik van meetinstrumenten.
De procesevaluatie is het nagaan hoe alle activiteiten die deel hebben uitgemaakt van het methodisch oefentherapeutisch handelen zijn verlopen in inhoudelijk en organisatorisch opzicht en wat betreft bejegeningsaspecten.
De oefentherapeut sluit de behandelepisode samen met cliënt af (stap 8). Hierbij bespreekt de therapeut recidivebeleid, eventuele nazorg en de verslaggeving. 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 kan zowel mondeling als schriftelijk gegeven worden.

Vast te leggen gegevens bij evaluatie en afsluiting (v)
- Datum eindevaluatie.
- Reden einde zorg.
- Behandelresultaat: behalen van behandeldoel; objectief meetresultaat (i).
- Behandelproces (i).
- Recidivebeleid (i).
- Mogelijkheden nazorg (i).
- Verslaggeving: de verstuurde eindrapportage naar de huisarts/verwijzer.

Bij informatie-uitwisseling met de huisarts maakt de oefentherapeut bij voorkeur gebruik van de Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen arts en paramedicus (HASP-paramedicus) (NHG, 2020). Zie Deel II Toelichting en Verantwoording voor een toelichting op deze richtlijn.

Deel II

Toelichting en Verantwoording

Inleiding

In Deel II van de Richtlijn Verslaglegging worden de vast te leggen gegevens in de oefentherapeutische cliëntendossiers en relevante wet- en regelgeving nader toegelicht. Ook wordt hier een toelichting gegeven op afspraken die gemaakt zijn binnen de Bestuurlijke Afspraken Paramedische Zorg 2019-2022, welke van invloed (kunnen) zijn op de oefentherapeutische verslaglegging.

Bestuurlijke Afspraken

In het strategisch beleidsplan 2021-2023 heeft VvOCM de participatie beschreven vanuit Paramedisch Platform Nederland (PPN) in de Bestuurlijke Afspraken (VvOCM, 2020). Deelnemende partijen zijn VWS, Patiëntenfederatie, ZN, PPN, en het KNGF (incl. SKF). De Bestuurlijke Afspraken bestaan uit zes hoofdstukken:

1. De juiste zorg op de juiste plek
2. Kwaliteit van zorg
3. Informatie voor de patiënt
4. Organisatiegraad
5. Digitalisering
6. Overig (diverse afspraken over regeldruk, kostenonderzoek en tariefontwikkeling).

Voor de VvOCM-portefeuille Kwaliteit en Wetenschap is er een actieve participatie in werk- en taakgroepen vanuit het hoofdstuk 2 'Kwaliteit van Zorg'. VvOCM heeft hierbij de taak om:

- Kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen en (stroomlijning van) richtlijnontwikkeling te bevorderen.
- De kennis die ontwikkeld is te implementeren in de zorgpraktijk van de oefentherapeut.
- Het stimuleren van dataverzameling waarmee gestructureerd gegevens worden vastgelegd ten behoeve van transparantie van de kwaliteit van zorg.

In het kader van deze doelstellingen participeert VvOCM onder andere in de ontwikkeling en implementatie van de Richtlijn informatie-uitwisseling Huisarts-Paramedicus (HASP-paramedicus) en de Taakgroep 'Generieke dataset voor de Paramedische Zorg' (GDPZ). Het doel van deze taakgroep is om een generieke dataset voor paramedici te ontwikkelen, zodat informatie-uitwisseling vereenvoudigd wordt en deelname aan onderzoek mogelijk wordt.
Deze ontwikkelingen zijn verwerkt in de huidige actualisatie van de Richtlijn Verslaglegging, zodat huidige ontwikkelingen geïmplementeerd worden in de zorgpraktijk van de oefentherapeut. Naar verwachting zal de Richtlijn Verslaglegging in de toekomst nogmaals geactualiseerd worden op basis van verdere uitkomsten van deze projecten. Hetzelfde geldt voor toekomstige ontwikkelingen in bijv. de Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO).

Werkagenda VvOCM

Hiernaast is uit het extern uitgevoerde kostenonderzoek onder oefentherapeuten gebleken dat de productiviteit (percentage declarabele uren t.o.v. totaal aantal gewerkte uren) van de oefentherapeut met 49% lager ligt dan de normproductiviteit van 61%. Vanuit de werkagenda van VvOCM wordt daarom onderzocht hoe de oefentherapeut dagelijkse werkprocessen kan optimaliseren, om zo minder tijd kwijt te zijn aan administratieve taken. Met de huidige update van de Richtlijn Verslaglegging wordt beoogd een efficiënte dossiervoering te kunnen bevorderen. Hierbij is tevens het optimaal gebruik van alle digitale mogelijkheden (zoals het gebruik van digitale vragenlijsten en het gebruik van Zorgdomein) van groot belang.

(Ont)regel de zorg

De vraag naar administratieve lastenverlichting is een breed gedragen standpunt binnen de zorg en heeft aansluiting gevonden bij het landelijke actieplan (ont)regel de zorg. Hier zijn een aantal concrete verbeterpunten uit voortgekomen en ingevoerd (Stichting (Ont)Regel de Zorg, 2019). Voor oefentherapeuten hebben deze verbeterpunten betrekking op:

- Beperking van verplichte elementen in de verwijzing naar paramedische zorg; het ontbreken van bepaalde elementen heeft hierbij geen gevolgen meer voor de declaraties door de paramedicus.
- Beperking van materiële controles door zorgverzekeraars tot maximaal twee kalenderjaren na de acceptatiedatum.
- Het schrappen van het verbod om door twee paramedische disciplines op dezelfde dag te behandelen.
- Het schrappen van de plicht om de verwijzing, onderzoekgegevens en behandelovereenkomst in papieren vorm te bewaren als deze digitaal beschikbaar (te maken) zijn.
- Het overnemen van het debiteurenrisico door zorgverzekeraars in de 1e maand waarin blijkt dat de patiënt geen recht meer heeft op vergoeding. Echter zijn niet alle zorgverzekeraars hierin meegegaan.

Deze verbeterpunten hebben dus met name betrekking op administratieve verslagleggingstaken; niet op inhoudelijke verslaglegging vanuit het methodisch handelen.

Toelichting dossiereisen methodisch handelen

Klinimetrie

Oefentherapeuten maken gebruik van zowel kwantitatieve als kwalitatieve diagnostiek en analyse, omdat vanuit de visie van de oefentherapie alleen op kwantiteit meten niet voldoende is om tot een gedegen analyse te komen van de ervaren problemen in relatie tot de context. Kwalitatieve diagnostiek omvat bijvoorbeeld het houdings- en bewegingsonderzoek.

Ten aanzien van kwantitatieve diagnostiek is het gebruik van meetinstrumenten 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. Hiernaast zijn meetinstrumenten onmisbaar om het effect van Oefentherapie op brede schaal in kaart te brengen. In lijn hiermee leveren veel oefentherapeuten al data aan het LDO (landelijke database oefentherapie).

Ten aanzien van klinimetrie 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 (Beurskens et al., 2008).

- De doelstelling van het meetinstrument: diagnostisch, prognostisch, evaluatief.
- De doelen van het meten: 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 meetinstrumenten. Een bekend voorbeeld is www.meetinstrumentenzorg.nl.

Er is geen regel te geven voor de frequentie van meten (Beurskens et al., 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 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 zorg 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.

SMART formuleren

Zoals benoemd bij Deel I – Praktijkrichtlijn, formuleert de oefentherapeut bij voorkeur en indien toepasbaar met behulp van de SMART-methode.

SMART staat voor Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden.

Specifiek:	Het is duidelijk waar het doel om gaat en wat het beoogde resultaat is.
Meetbaar:	Het is inzichtelijk wanneer het doel gerealiseerd is of waar het resultaat aan zou moeten voldoen.
Acceptabel:	Het doel is acceptabel voor de betrokkenen.
Realistisch:	Het doel is haalbaar.
Tijdsgeboden:	Het is duidelijk wanneer beoogd wordt het doel te bereiken.

SMART *denken* helpt, maar de formulering hoeft niet strak 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. Het is aan de oefentherapeut om te bepalen of het hoofddoel objectief ***meetbaar*** opgesteld kan worden, of dat dit alleen mogelijk is op het niveau van subdoelen.

SOEP/SOAP-structuur

De SOEP/SOAP-structuur is van oorsprong een medisch hulpmiddel en wordt sinds een aantal jaren ook toegepast in de paramedische zorg. Echter omdat de aard van een diagnosestelling en behandeling door een medicus verschilt met een paramedische behandeling, is de oorspronkelijke betekenis van alle SOEP/SOAP domeinen niet geheel van toepassing op de oefentherapeutische behandeling. Oorspronkelijk staat de SOEP/SOAP voor: (NHG, 2021; Verenso, 2009)

- Subjectief: de klacht en hulpvraag van de patiënt en de anamnestische gegevens.
- Objectief: de bevindingen uit het lichamelijk en aanvullend onderzoek.
- Evaluatie of Analyse: de werkhypothese en het denkproces, bijvoorbeeld een differentiaaldiagnose van de zorgverlener.
- Plan: het diagnostisch plan of behandelplan en wat met de patiënt is besproken of afgesproken.

De SOEP/SOAP is dus gericht op diagnosestelling en vervolgens het instellen van het beleid hierop. Binnen een oefentherapeutische behandeling doorloopt de cliënt een motorisch leerproces, waarop binnen elke sessie geëvalueerd en bijgesteld wordt. Hierbij is het minder passend om alle verrichtingen en evaluatie hierop binnen het Plan te omschrijven. Om deze reden is binnen de Richtlijn Verslaglegging voor oefentherapeuten de toepassing van de SOEP/SOAP domeinen aangepast op de oefentherapeutische setting (zie Deel I – Praktijkrichtlijn).

Verslaglegging in relatie tot richtlijnen en protocollen

Richtlijnen en protocollen vallen onder professionele standaarden, zoals bedoeld in de WGBO.

> *"Een richtlijn is een document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor-en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met de expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers" (Zorginstituut Nederland, 2021)*

Een richtlijn is geen dwingend voorschrift. Het is een middel om aan te geven welke handelingen aanbevolen worden, en onder welke omstandigheden. Een richtlijn bevat expliciete, zo veel mogelijk op evidentie gebaseerde aanbevelingen en inzichten waaraan zorgverleners behoren te voldoen om kwalitatief optimale zorg te verlenen.
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 voor zijn, 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).

Naast de zorginhoudelijke richtlijnen voor oefentherapeuten kunnen ook richtlijnen van verwante beroepsgroepen geraadpleegd en gevolgd worden. Indien de oefentherapeut een richtlijn volgt, wordt dit vermeld in het dossier.

> *"Een protocol is een document waarin stapsgewijs beschreven staat hoe, met welke materialen en door wie een handeling moet worden uitgevoerd.*
> *Een protocol is sterk sturend en geeft stap voor stap aan hoe iets gedaan zou moeten worden (en door wie). Dit document hoort weinig ruimte te bieden voor interpretatie en is dus zo helder en concreet mogelijk." (NHG, 2015)*

Indien de oefentherapeut een protocol volgt, wordt in het dossier van de cliënt vermeldt om welk protocol het gaat. In het behandelplan van de cliënt dienen altijd alsnog individuele behandeldoelen geformuleerd te worden. Bij het volgen van een protocol hoeft echter geen tijdsplanning en evaluatiesystematiek (zie Deel I, Praktijkrichtlijn) toegevoegd te worden, indien deze in het gebruikte protocol staan beschreven.

Rapportages

Rapporteren aan de verwijzer en/of huisarts dient schriftelijk te gebeuren na DTO-screening en bij afsluiting van het behandeltraject (VvOCM, 2019; NHG, 2020). De patiënt kan wel altijd bezwaar maken tegen uitwisseling. Het is aan de oefentherapeut om deze wens af te wegen tegen de noodzaak van uitwisseling (NHG, 2020). Andere momenten voor rapporteren zijn momenten wanneer de oefentherapeut dit nodig acht (bijv. bij een afwijkend beloop of wanneer de cliënt een controleafspraak heeft bij de huisarts/verwijzer), en/of zoals afgesproken binnen bijvoorbeeld een platform voor oefentherapeuten, netwerken, regionale afspraken of afspraken met verwijzers.
Bij langdurige behandeltrajecten wordt aanbevolen jaarlijks een update van de behandeling te sturen naar de verwijzer (NHG, 2020).

Zoals in Deel I benoemd maakt de oefentherapeut bij informatie-uitwisseling met de huisarts bij voorkeur gebruik van de Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-paramedicus (HASP-paramedicus) (NHG, 2020). De richtlijn beschrijft drie type berichten waarvoor informatie uitgewisseld kan worden door de paramedicus:

- Het DT-bericht (voor oefentherapeuten het DTO-bericht).
- Een Update door paramedicus (een tussenevaluatie).
- De Eindrapportage.

Indien er gebruik wordt gemaakt van Zorgdomein vult de oefentherapeut het DTO-bericht, de tussenevaluatie en de eindrapportage al in volgens het format van deze richtlijn. Hierbij worden de velden op de envelop automatisch door Zorgdomein ingevuld. Er wordt bij elk type bericht onderscheid gemaakt in:

- Envelop (met gegevens van de verzender, geadresseerde en betreffende cliënt).
- Kern (waarin de belangrijkste huidige gegevens van het behandeltraject staan).
- Dossiersamenvatting (waarin verdere toelichting gegeven kan worden op het dossier van de cliënt).

Binnen de online viewer van de HASP-paramedicus en binnen Zorgdomein staat toelichting gegeven op de verschillende invulvelden.

Meerdere 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, behandeldoel- en plan.
Indien de cliënt komt vanwege een andere klacht of aandoening wordt met een nieuw behandeltraject gestart.

Relevante wet- en regelgeving

De volgende wet- en regelgeving is van invloed op het oefentherapeutisch handelen en de oefentherapeutische verslaglegging:

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

Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

De WGBO (onderdeel van boek 7 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 hulpverlenen 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.

De WGBO heeft gevolgen voor de oefentherapeutische verslaglegging aangezien ze de oefentherapeut de volgende verplichtingen oplegt:

- Informatieplicht
- Toestemmingsvereiste, onder andere toestemming bij minderjarigen
- Dossierplicht
- Recht op inzage (van de patiënt)
- Bewaarplicht (deze is recent verlengd van 15 naar 20 jaar)
- Vernietigingsrecht (een recht van de patiënt)
- Geheimhoudingsplicht.

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 mogelijkheid af te zien van de behandeling.
- De eventuele alternatieven (andere onderzoeken en behandelingen door andere hulpverleners).
- De prognose, uitvoeringstermijn van de behandeling en de verwachte tijdsduur daarvan.

In een aanvulling op de WGBO per 1 januari 2020 ligt hierbij de nadruk op het ‘samen beslissen’. De oefentherapeut is verplicht tijdig overleg te voeren met de patiënt waarbij de patiënt ook wordt uitgenodigd tot het stellen van vragen. De oefentherapeut hoeft niet in het dossier te noteren dat er aan de informatieplicht is voldaan.

Er zijn twee uitzonderingen op de informatieplicht:
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 12 jaar wordt behandeld, heeft de oefentherapeut de plicht desgevraagd beide ouders te voorzien van informatie, of de desbetreffende ouder nu het ouderlijk gezag heeft of niet. Bij kinderen van 12 t/m 15 jaar is toestemming van het kind nodig om de ouder(s)/voogd te voorzien van informatie (of inzage te geven in het dossier). Dit is alleen anders als de ouder informatie nodig heeft om toestemming te geven voor een behandeling (zie toestemmingsvereiste). 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.

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 erop let dat de patiënt instemt met zowel het onderzoek als de behandeling en het vervolg.

De therapeut verifieert en noteert of de cliënt de informatie heeft begrepen en akkoord gaat met het behandelplan. 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. (In het dossier is noteren dat er toestemming is gegeven voldoende; de naam van de betreffende ouder hoeft niet verplicht genoteerd te worden). Vanaf 16 jaar hebben jongeren zelfstandig recht op informatie. Toestemming moeten zij zelf geven. Het beroepsgeheim geldt ook tegenover hun vertegenwoordigers.

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".*

Hierbij zijn naast inhoudelijke eisen aan deze dossiervoering, ook de leesbaarheid, volledigheid, beknoptheid, betrouwbaarheid en inzichtelijkheid van de gegevens van groot belang. Een goed leesbaar dossier is van groot belang voor een waarnemer of stagiair. Dit houdt ook in dat het

dossier tegelijkertijd volledig en beknopt is. Kernachtig formuleren is van groot belang voor een efficiënte dossiervoering. Tegelijkertijd moet dit niet leiden tot het gebruik van afkortingen welke de leesbaarheid ondermijnen.
Qua betrouwbaarheid dient de verslaglegging in overeenstemming te zijn met de werkelijkheid en mag geen aanleiding geven tot twijfel over wat wordt bedoeld.

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. Zoals bij informatieplicht benoemd is bij kinderen van 12 t/m 16 jaar toestemming van het kind nodig als de ouder/voogd het dossier wil inzien.
Ouders hebben geen recht op inzage in het medisch dossier van kinders >16 jaar, tenzij het kind toestemming geeft. 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.
Sinds 1 januari 2020 hebben vanuit de WGBO ook nabestaanden een wettelijk recht op inzage in het dossier van een overleden patiënt. Omstandigheden waaronder nabestaanden inzage kunnen krijgen:

- Wanneer de patiënt bij leven hiervoor toestemming heeft gegeven.
- Wanneer op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een mededeling van een incident is ontvangen.
- 'Voor eenieder' op grond van een zwaarwegend belang.
- Voor de ouders en voogd van een overleden kind <16 geldt een bijzondere regeling voor inzage.

Bewaarplicht

Per 1 januari 2020 is de wettelijke bewaartermijn van het dossier verlengd van 15 jaar naar 20 jaar. Ook alle dossiers die voor 2020 afgerond zijn moeten nu 20 jaar bewaard blijven. De 20 jaar wordt gerekend vanaf het moment dat de laatste notitie in het dossier is vastgelegd (meestal bij afsluiting van de behandeling). De bewaartermijn geldt ook bij het overlijden van de patiënt. Soms kan een dossier langer bewaard worden dan 20 jaar, bijvoorbeeld in het geval van erfelijke aandoeningen of chronische ziekten. Voor minderjarigen geldt dat de bewaartermijn pas in gaat bij het bereiken van de meerderjarigheids-grens (>18).

Bewaarplicht bij het stoppen van een praktijk

Bij het stoppen van een praktijk of bij overlijden geldt dezelfde termijn van 20 jaar. Bij een praktijkoverdracht worden alle dossiers overgenomen, ook die van patiënten bij wie de therapie afgesloten is. Echter moet in het kader van de AVG hier wel toestemming voor gevraagd worden aan elke patiënt. Dit mag ook middels een bezwaarsysteem: patiënten kunnen (per mail of brief) over de beoogde praktijkovername worden geïnformeerd, waarbij gelegenheid wordt geboden om binnen een redelijke termijn (bijv. 4 weken) bezwaar te kunnen maken tegen de overdracht van het dossier. Zonder reactie binnen deze termijn kunnen de dossiers aan de praktijkopvolger worden overgedragen (KNMG, 2021; VvAA, 2019).

Als toestemming wordt gegeven en de verkopende oefentherapeut dossiers overdraagt aan een opvolger, is het belangrijk hierover goede afspraken te maken in de vorm van een bewerkersovereenkomst. De afspraken hebben betrekking op toegang tot de medische gegevens mocht op enig moment een klacht of schadeclaim worden ingediend, de bewaartermijn, beveiligingsmaatregelen et cetera.
Een andere mogelijkheid is om als verkopende partij zelf de medische dossiers te bewaren van de cliënten waarvan de therapie al is beëindigd. Indien dit digitale dossiers zijn kunnen hiervoor afspraken worden gemaakt met de softwareleverancier. Wanneer er dan op enig moment nog een klacht of schadeclaim wordt ingediend, is er nog beschikking over de medische gegevens. Ook hoeven de oud-cliënten dan niet geïnformeerd te worden en hoeven er geen nadere afspraken over het bewaren van deze medische dossiers te worden gemaakt.

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 20 jaar moeten worden vernietigd. In speciale situaties (bijvoorbeeld patiënten met een erfelijke aandoening) vervalt deze plicht.

Geheimhoudingsplicht

Paramedische en medische gegevens zijn privacygevoelig 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 *(WBGO 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 bezien 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, 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 (Paans, 2020).

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. Voor het verzamelen van persoonsgegevens heb je een wettelijke grondslag nodig. De oefentherapeut kan zich beroepen op het feit dat:
"de gegevensverwerking noodzakelijk is voor de uitvoering van een (behandelings) overeenkomst".
Belangrijk in de AVG is dat de veiligheid bij het verwerken van persoonsgegevens beter wordt gegarandeerd. Onder 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.

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

Overlap WGBO

Er is 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 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 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.

Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en 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 (Kroezen-Brenkman, 2018). Deze meldcode is toegelicht in de Beweegreden van november 2018 (Dalen, 2018). Vanaf januari 2019 zijn de oefentherapeuten verplicht te handelen volgens de aangepaste meldcode.

Ten behoeve van de verslaglegging bij stap 1 'in kaart brengen van signalen' staat in de meldcode beschreven:
'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 en het stappenplan met afwegingskader is te vinden op de website van VvOCM (VvOCM, 2021).

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 gebruik burgerservicenummer in de zorg (Wbsn-z)

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 (Wbsn-z). 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 verzekeringsgerechtigheid 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)

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verplicht zorgaanbieders om een laagdrempelige en effectieve klachtenafhandeling te hebben en aandacht te besteden aan patiëntveiligheid. Belangrijke elementen van goede en veilige zorg zijn daarbij het 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: via www.klachtenloketparamedici.nl. 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 ervan 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.

Melden van incidenten

Onderdeel van de Wkkgz is ook dat zorgverleners veilig een incident kunnen melden.
In het kader van het melden van incidenten moeten oefentherapeuten 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, 2010) en het meldformulier *'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, (Arcares, 2002)). In ziekenhuizen past men de VIM-methode toe (Veilig Incidenten Melden).

Geraadpleegde bronnen

1. Wet- en regelgeving in de zorg (2e druk), Nictiz, mei 2013
2. Juridische analyse elektronische gegevensuitwisseling in de zorg, Rijksoverheid, juni 2013
3. Overheid, wetten.overheid.nl
4. Nictiz, www.nictiz.nl
5. VZVZ (Vereniging Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie), www.vzvz.nl
6. Autoriteit Persoonsgegevens, www.autoriteitpersoonsgegevens.nl/

Afkortingen

AGB	Algemeen Gegevens Beheer-code
ALV	Algemene Leden Vergadering
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
BSN	Burgerservicenummer
DCSPH	Diagnosecode volgens het diagnose coderingssysteem paramedische hulp
DTO	Directe Toegankelijkheid Oefentherapie
EBP	Evidence Based Practice
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NPI	Nederlands Paramedisch instituut
ODIM	Oefentherapeutisch Diagnostiek en Interventie Model
PPN	Paramedisch Platform Nederland
RPS	Rehabilitation Problem Solving formulier
SKF	Stichting Keurmerk Fysiotherapie
VvOCM	Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck
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
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Referenties

Arcares. (2002). *Melding Incidenten Cliënten In verpleeg- en verzorgingshuizen.*

Bastiaansen-ten Haaf, C., Smorenburg, N. (2015). Het Oefentherapeutisch Diagnostiek en Interventie Model. *Beweegreden, 3.*

Beurskens et al. (2008). *Meten in de praktijk, stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de zorg.* Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-313-6557-9

KNMG. (2004). *Implementatie van de WGBO Deel 4 - Toegang tot patiëntengegevens. Implementatie van de WGBO.* https://www.knmg.nl/

KNMG. (2021). *Omgaan met medische gegevens.* www.knmg.nl

NHG. (2020). Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen arts en paramedicus (Richtlijn HASP-paramedicus).

NHG. (2021). Medisch gegeven SOEP-verslag | HIS-Referentiemodel. https://referentiemodel.nhg.org/node/19/publieksversie/published

Paans, W. (2020). Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging.

Rijksoverheid.nl. (2019). Bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019-2022. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/06/20/kamerbrief-bestuurlijke-afspraken-paramedische-zorg-2019-2022

Stichting (Ont)Regel de Zorg. (2019). *(ont)Regel de paramedie - Opbrengst schrapsessies.* https://www.paramedischplatform.nl/

Verenso. (2009). Medische Verslaglegging Nota Dossiervoering door de specialist ouderengeneeskunde.

Vreeken, H. et al. (n.d.). *KNGF-richtlijnenmethodiek 2022.* www.kngf.nl

VvAA. (2019). Privacyregels staan overdracht patiëntendossiers niet in de weg. https://www.vvaa.nl/voor-leden/nieuws/europese-privacyregels-staan-overdracht-patientendossiers-niet-in-de-weg
VvOCM. (2019). Beroepsprofiel Oefentherapeut. Retrieved from www.vvocm.nl

VvOCM. (2020). *STRATEGISCH BELEIDSPLAN 2021-2023.* https://vvocm.nl/Portals/2/VvOCM Strategisch beleidsplan 2021-2023 def.pdf

VvOCM. (2021). Meldcode HG & KMH. https://www.vvocm.nl/Praktijkvoering/Meldcode-HG-KMH

VvOCM en KNGF. (2006). *Rode Vlaggen Cursus Directe Toegankelijkheid Oefentherapie.*

VWS. (2010). Vanzelfsprekende Veiligheid (Brochure).

Zorginstituut Nederland. (2021). AQUA-Leidraad.

Vereniging van Oefentherapeuten

T (030) 262 56 27 I www.vvocm.nl E info@vvocm.nl