

RICHTLIJN VERSLAGLEGGING ERGOTHERAPIE

Werkgroep Richtlijn Verslaglegging

Richtlijn
Verslaglegging Ergotherapie

Wergroep Richtlijn Verslaglegging

in opdracht van Ergotherapie Nederland

Op de volgende wijze kunt u refereren aan de Ergotherapie Richtlijn Verslaglegging:

Bouma-Wepster, J.M., Langelaan, M. en Wissels-Dik, M.G. (2016). Richtlijn Verslaglegging Ergotherapie.

Utrecht. Ergotherapie Nederland.

Uitgave: Richtlijn Verslaglegging Ergotherapie

Uitgever: Ergotherapie Nederland

Eindredactie: Miranda Wissels, Annemarieke Bouma en Maaïke Langelaan

Omslagontwerp: De Vormstrateeg, 's-Hertogenbosch

Opmaak binnenwerk: De Vormstrateeg, 's-Hertogenbosch

Drukwerk: EMP Grafimedia, Houten

ISBN/EAN: 978-90-823027-3-8

© 2016 Ergotherapie Nederland

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Ergotherapie Nederland

Orteliuslaan 750

3528 BB Utrecht

www.ergotherapie.nl

Voorwoord

MET GEPASTE TROTS presenteren wij u de nieuwe *Richtlijn Verslaglegging*. De *Richtlijn Verslaglegging* is een vervolg en herziening van het document 'Minimumeisen Verslaglegging Ergotherapie' uit 2000 en is bedoeld voor alle ergotherapeuten die behandelen of een adviserende functie hebben.

Het belangrijkste doel van Richtlijnontwikkeling is het verbeteren van de zorg voor de cliënt via het formuleren van aanbevelingen en het maken van afspraken. Richtlijnen helpen zorgprofessionals bij het overzien en beoordelen van de al- maar groeiende wetenschappelijke literatuur en ondersteunen professionals (en de cliënt) in de besluitvorming over passende zorg. De zorg wordt hiermee doeltref- fender en doelmatiger.

Verslaglegging ondersteunt het methodisch handelen van de ergotherapeut. Het biedt de ergotherapeut de mogelijkheid het eigen handelen te bewaken, te sturen en te evalueren. Als een al eerder behandelde cliënt start met een nieuwe behandel- periode kan de voorgaande verslaglegging dienen als geheugensteun. Tevens biedt verslaglegging ondersteuning bij de overdracht van gegevens aan andere bij de zorg betrokken hulpverleners of aan de cliënt zelf. Doordat collega's op grond van de vastgelegde gegevens de behandeling kunnen overnemen bij afwe- zigheid van de behandelend of adviserende ergotherapeut wordt de continuïteit van de zorg gewaarborgd.

Het tot stand komen van een Richtlijn is vaak een lang en arbeidsintensief proces. De implementatie in de praktijk is echter minstens even belangrijk. De waarde van de Richtlijn blijkt immers uit de praktijk. Daar ligt een belangrijke taak voor ons als beroepsvereniging; ervoor zorg te dragen dat deze Richtlijn zo breed mogelijk toe- gepast wordt in de praktijk.

Ik wil tot slot de auteurs van de Richtlijn, de werkgroep Verslaglegging, een groot compliment maken voor een voorbeeldig samenwerkingsproces en voor hun grote inzet met dit mooie resultaat tot gevolg. Daarnaast wil ik de klankbordgroep bedan- ken voor hun constructieve opmerkingen en adviezen.

*Theo van der Bom,
directeur-bestuurder van EN*

Inhoud

Voorwoord	3	Bijlage 1: Wetgeving en kwaliteitsbeleid in relatie tot verslaglegging	45
1. Inleiding	8	De Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)	45
Doel verslaglegging	9	Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)	47
Wet- en regelgeving	9	Kwaliteitswet Zorginstelling (KWZ)	51
Beroepsprofiel ergotherapeut en de Beroepscode Ergotherapie	10	Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)	52
Eenheid van taal en het gebruik van classificaties	10	Wet Klachtenrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)	53
Leeswijzer	11	Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg (Wbsn-z)	55
2. Door de ergotherapeut vast te leggen gegevens	14	Bijlage 2: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	56
o. Persoonsgegevens	16	De ICF	56
1. Gegevens verwijzers / opdrachtgevers	18	Bijlage 3: Samenvattingskaart	60
2. Aanmelding	23	Afkortingen	66
3. (Hetero) anamnese	27	Verantwoording	67
4. Aanvullend onderzoek	30	Werkgroepleden	68
5. Analyse	31		
6. Behandelplan	32		
7. Behandeling	34		
8. Eindevaluatie	37		
9. Afsluiting	38		
3. Tot slot	42		
Literatuur	44		

1. INLEIDING

1. Inleiding

BINNEN DE BEROEPSGROEP ergotherapie is behoefte aan een richtlijn voor verslaglegging binnen de ergotherapie. Het bestaande document 'Minimumeisen Verslaglegging Ergotherapie' uit 2000 is daarom herzien.

Deze '*Richtlijn verslaglegging ergotherapie*' beschrijft de afspraken die binnen de beroepsgroep zijn gemaakt over welke gegevens vastgelegd moeten worden. Het gaat hierbij dus om de verslagleggingseisen die gelden voor elke ergotherapeut en voor elk werkveld. Waar nodig kunnen deze eisen uitgebreid worden met specifieke items voor de verschillende werkvelden.

Richtlijnen zijn landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale zorg voor een cliënt en bieden zorgverleners ondersteuning bij de klinische besluitvorming. Richtlijnen worden zoveel mogelijk wetenschappelijk onderbouwd (evidence based), maar dit is niet noodzakelijk. Een richtlijn kan ook gebaseerd zijn op bijvoorbeeld best practice, waarbij zorginhoudelijke gegevens en het methodisch ergotherapeutisch handelen worden vastgelegd. Een richtlijn bevat geen vrijblijvende aanwijzingen, maar is ook niet bedoeld als keurslijf. Het is mogelijk ervan af te wijken, mits voldoende beargumenteerd.

Deze *richtlijn verslaglegging* is opgesteld om de uniformiteit in de werkwijze van de ergotherapeut te bevorderen, met als doel de kwaliteit van de ergotherapeutische zorgverlening te verbeteren. Kernwoorden hierbij zijn: doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht.

Deze richtlijn is bedoeld voor alle ergotherapeuten die behandelen of een adviserende functie hebben.

Doel verslaglegging

Verslaglegging ondersteunt het methodisch handelen. Het biedt de ergotherapeut de mogelijkheid het eigen handelen te bewaken, te sturen en te evalueren. Verslaglegging onderbouwt het eigen handelen tijdens een behandelperiode. Als een al eerder behandelde cliënt start met een nieuwe behandelperiode kan de voorgaande verslaglegging dienen als geheugensteun. Tevens biedt verslaglegging ondersteuning bij de overdracht van gegevens aan andere bij de zorg betrokken hulpverleners (waaronder de verwijzer), aan de cliënt zelf of aan de zorgverzekeraar. Doordat collega's op grond van de vastgelegde gegevens de behandeling (tijdelijk) kunnen overnemen bij (plotselinge) afwezigheid van de behandelend ergotherapeut wordt de continuïteit van de zorg gewaarborgd.

Samengevat zijn de hoofddoelen van verslaglegging:

- het ondersteunen van het eigen handelen van de ergotherapeut (het bieden van een geheugensteun);
- het ondersteunen van gegevensoverdracht aan derden (het bieden van een middel tot communicatie).

Andere belangrijke doelen van verslaglegging, zoals onderlinge toetsing, wetenschappelijk onderzoek en externe verantwoording (bijvoorbeeld aan de hand van kwaliteitsindicatoren) zijn buiten deze richtlijn gehouden.

Bij het opstellen van de *richtlijn Verslaglegging* is uitgegaan van de wet- en regelgeving in 2015, het Beroepsprofiel ergotherapeut, en de Beroepscode Ergotherapie (van Hartingsveldt e.a., 2010, de Leeuw e.a., 2015).

Wet- en regelgeving

Het vastleggen van gegevens gebeurt binnen de kaders van de wetgeving. De volgende wetten bevatten bepalingen die van invloed zijn op de verslaglegging van professionals in de gezondheidszorg en daarmee ook op die van ergotherapeuten:

- Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)
- Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)
- Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP),
- Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg (Wbsn-z)
- Kwaliteitswet zorginstellingen

Het vastleggen van cliëntgegevens komt in alle genoemde wetten aan de orde.

In bijlage 1 wordt een beschrijving gegeven van de relevante nationale wetten en regelgeving voor de ergotherapeutische verslaglegging.

Beroepsprofiel ergotherapeut en de Beroepscode Ergotherapie

In het Beroepsprofiel ergotherapeut wordt de huidige stand van zaken van het beroep van ergotherapeut en de verwachte toekomstige ontwikkelingen van de ergotherapie beschreven. De ergotherapeut werkt volgens de beschreven uitgangspunten (van Hartingsveldt e.a., 2010). Het Beroepsprofiel en de Beroepscode zijn geschreven om een hoge kwaliteit van de ergotherapeutische dienstverlening te waarborgen. De Beroepscode Ergotherapie beschrijft in hoofdstuk 5 'Professioneel werken' het volgende over verslaglegging (de Leeuw e.a., 2015):

De ergotherapeut

- kent en handelt naar de rechten van de cliënt zoals vastgelegd in de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) en de Wet Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO).
- verzamelt gegevens over de cliënt en legt dit vast in het dossier.
- biedt de cliënt mogelijkheid tot inzage in zijn eigen dossier.
- vraagt altijd toestemming aan de cliënt bij het openbaar maken van informatie.
- verstrekt uitsluitend gegevens aan betrokken personen bij het ergotherapeutisch traject zover dit noodzakelijk is.
- draagt verantwoordelijkheid voor de vertrouwelijkheid van de gegevens van de cliënt.

10

Eenheid van taal en het gebruik van classificaties

In de richtlijn worden geen bindende uitspraken gedaan over de wijze waarop de ergotherapeut gegevens moet vastleggen, bijvoorbeeld in vrije tekst, met behulp van eigen codes of met behulp van classificaties. Wel wordt in de richtlijn met klem aangeraden om – waar dit van toepassing is – gegevens gestandaardiseerd vast te leggen door gebruik te maken van bestaande coderingsstandaarden. Een voorbeeld van een coderingsstandaard is de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Een classificatie is een begrippenstelsel waarin begrippen, op grond van indelingscriteria, steeds verder worden onderverdeeld in klassen en subklassen. De Nederlandse vertaling van de ICF is een belangrijke classificatie als het gaat om:

- het vastleggen van de functioneringsproblemen (zoals verwoord door de cliënt);
- de onderzoeksgegevens van de ergotherapeut voortvloeiend uit het ergotherapeutisch onderzoek;
- de ergotherapeutische diagnose;
- de behandeldoelen en de behandelresultaten.

In bijlage 2 is de ICF nader toegelicht.

Leeswijzer

De richtlijn is ingedeeld in verschillende fasen. Naast aanwijzingen voor het vastleggen van de administratieve gegevens en gegevens zorgverlener/opdrachtgevers zijn de fasen van het methodisch werken aangehouden. De fasen zijn:

0. persoonsgegevens
1. gegevens verwijzers /opdrachtgevers
2. aanmelding
3. (hetero) anamnese
4. aanvullend onderzoek
5. analyse
6. behandelplan
7. behandeling
8. eindevaluatie
9. afsluiting.

Deze richtlijn hoeft niet in chronologische volgorde gelezen te worden.

De term 'cliënt' is een verzamelbegrip voor het individu en groepen individuen die gebruikmaken van ergotherapie. Andere synoniemen voor de individuele cliënt zijn: patiënt, revalidant, bewoner, zorgvrager, consument, leerling, werknemer, wijkbewoner, de wettelijke vertegenwoordiger, het sociale netwerk van de cliënt, de opdrachtgever. Groepen individuen kunnen ook organisaties en populaties zijn (van Hartingsveldt e.a., 2010). Overal waar in mannelijke stijl geschreven is, kan 'hij', 'hem' en 'zijn' vervangen worden door 'zij' en 'haar'.

11

In de richtlijn wordt onderscheid gemaakt tussen 'basisgegevens' en 'plusgegevens'. Basisgegevens zijn:

- gegevens die de werkgroep noodzakelijk acht voor een professionele verslaglegging gebaseerd op de informatie beschreven in de beroepscode en de gedragsregels van de ergotherapeut;
- gegevens die moeten worden vastgelegd uit hoofde van wet- en regelgeving;
- gegevens die moeten worden vastgelegd ten behoeve van de verplichte machtiging of toestemming van de verzekeraar en het declaratieverkeer.

Plusgegevens zijn:

- alle overige gegevens die aanwezig en relevant zijn voor verslaglegging. ➔

2. DOOR DE ERGOTHERAPEUT VAST TE LEGGEN GEGEVENS

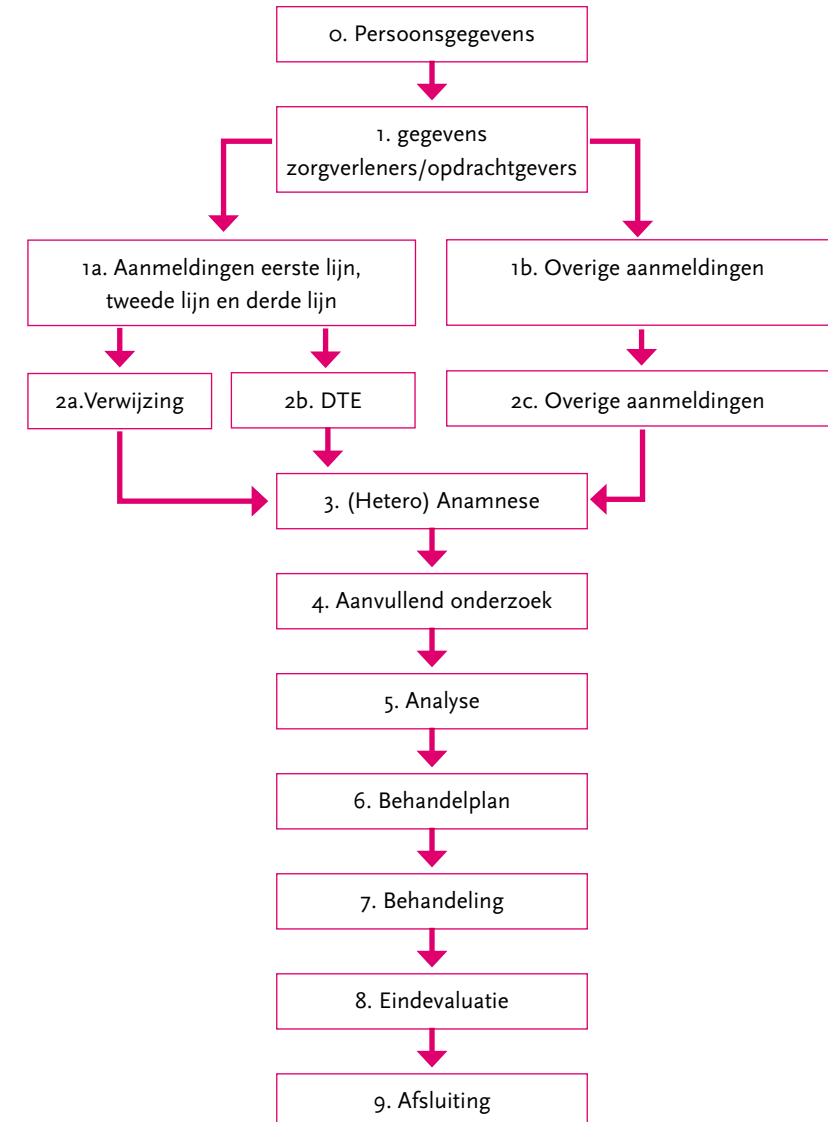
2. Door de ergotherapeut vast te leggen gegevens

IN DIT HOOFDSTUK wordt aangegeven welke gegevens per fase van het ergotherapeutische zorgverleningsproces minimaal vastgelegd moeten worden. In de tabellen op de volgende pagina's worden de minimale eisen per fase van het methodisch werken apart uitgewerkt.

Er is een fase 0 (Persoonsgegevens) en een fase 1 (Gegevens zorgverleners en/of opdrachtgevers) toegevoegd aan het methodisch werken (Figuur 1). Deze gegevens kunnen worden verzameld door het raadplegen van de administratieve gegevens van de instelling, via andere zorgverleners of via de cliënt zelf.

Bijlage 3 bevat een totaaloverzicht van alle minimaal vast te leggen gegevens.

Figuur 1: Stroomdiagram fases ergotherapeutische verslaglegging. DTE= Directe Toegang Ergotherapie. Overige aanmeldingen = alle aanmeldingen die niet bij eerste, tweede of derde lijn horen, zoals aanmeldingen bij de gemeente.



o. Persoonsgegevens

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Naam en voorletters	Basis
2	Adres	Basis
3	Telefoon	Basis
4	Email	Plus
5	Geboortedatum	Basis
6	Geslacht	Basis
7	Burgerservicenummer	Basis
8	Identiteitsbewijs en nummer	Basis
9	Gegevens contactpersoon	Plus

Toelichting Persoonsgegevens

Onafhankelijk van de aanmelding worden de bovenstaande administratieve gegevens vastgelegd. Dit wordt vastgelegd door de ergotherapeut of een andere functionaris binnen de organisatie waar de ergotherapeut werkt.

2	Adres	Basis
3	Telefoon	Basis

Vastgelegd wordt het postadres (straat, huisnummer, postcode, woonplaats) en één of meerdere telefoonnummers.

7	Burgerservicenummer	Basis
---	---------------------	-------

Het gebruik van het burgerservicenummer (BSN) in de zorg is sinds 1 juni 2009 verplicht volgens de Wet burgerservicenummer in de zorg (Wbsn-z). Alle zorgaanbieders moeten het BSN gebruiken bij het uitwisselen van gegevens over cliënten. Het gebruik van het BSN voorkomt persoonsverwisselingen en medische fouten als gevolg van persoonsverwisselingen, het maakt declareren eenvoudiger en zorgt voor een betere bescherming tegen identiteitsfraude. Dit betekent dat zorgverleners verplicht zijn om:

- in alle berichtgevingen, zowel digitaal als op papier, tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars het burgerservicenummer van de cliënt te gebruiken;
- het BSN van een cliënt te gebruiken om er zeker van te zijn dat de verwerking van de persoonsgegevens betrekking heeft op de cliënt;
- de identiteit van de cliënt vast te stellen met een wettelijk identificatiedocument

dat wordt getoond bij het eerste contact met de zorgverlener (zie ook punt 8). Dit kan een geldig rijbewijs, paspoort of identiteitskaart zijn. Welk document wordt gebruikt en het nummer van het document wordt in de administratie vastgelegd;

- het burgerservicenummer van de cliënt te registreren in hun administratie wanneer hij zorg verleent aan de cliënt.

8	Identiteitsbewijs en nummer	Basis
---	-----------------------------	-------

Zorgverleners zijn verplicht zich te vergewissen van de identiteit van de cliënt. De identificatieplicht in de zorg houdt in dat de cliënt zich moet kunnen identificeren met een geldig identiteitsbewijs als hij medische en paramedische zorg ontvangt. Dit betekent dat de zorgverlener moet controleren of de cliënt correspondeert met het BSN-nummer voordat het nummer gebruikt mag worden in de administratie. Controle houdt in dat de zorgverlener de cliënt vraagt een geldig identiteitsbewijs te tonen. Soort identiteitsbewijs en het identiteitsnummer moet door de zorgverlener vastgelegd worden.

Let op: het maken van een kopie en/of foto van het identiteitsbewijs is niet toegestaan! Zie voor meer informatie de website van het College Bescherming Persoonsgegevens (www.cbppweb.nl).

9	Gegevens contactpersoon	Plus
---	-------------------------	------

Indien nodig kunnen de gegevens van een contactpersoon worden vastgelegd, met toestemming van de cliënt. Wanneer er sprake is van een wettelijk vertegenwoordiger kan dit ook zonder de toestemming van de cliënt.

1. Gegevens verwijzers/opdrachtgevers

In sommige gevallen zijn er andere verwijzers/opdrachtgevers voor ergotherapie dan een huisarts of medisch specialist. Voorbeelden van andere opdrachtgevers zijn de gemeente of een werkgever.

1A. Aanmeldingen eerste tot en met derde lijn

	Gegevens	Soort Gegevens
Gegevens huisarts		
1	Naam	Basis
2	Adres	Basis
3	Telefoonnummer	Basis
4	AGB-code	Basis
5	UZI nummer	Basis
6	Emailadres	Plus
7	Toestemming cliënt voor overleg met (huis)arts en/of opvragen gegevens bij (huis)arts en/of versturen DTE-bericht.	Basis
Gegevens behandelend ergotherapeut		
8	Naam	Basis
9	AGB-code	Basis
Gegevens verzekering		
10	Naam verzekeraar	Basis
11	Polisnummer	Basis
12	UZOVI nummer	Plus
Gegevens overige zorgverleners		
13	Contactgegevens overige zorgverleners	Plus
14	Toestemming cliënt voor overleg met overige zorgverleners en/of opvragen gegevens.	Plus

18

1B. Overige

	Gegevens	Soort Gegevens
Gegevens huisarts		
1	Naam	Plus
2	Adres	Plus
3	Telefoonnummer	Plus
4	AGB-code	Plus
5	UZI nummer	Plus
6	Emailadres	Plus
7	Toestemming cliënt voor overleg met (huis)arts en/of opvragen gegevens bij (huis)arts.	Plus
Gegevens behandelend ergotherapeut		
8	Naam	Basis
9	AGB-code	Basis
Gegevens verzekering		
10	Naam verzekeraar	Plus
11	Polisnummer	Plus
12	UZOVI nummer	Plus
Gegevens overige zorgverleners		
13	Contactgegevens overige zorgverleners	Plus
14	Toestemming cliënt voor overleg met overige zorgverleners en/of opvragen gegevens.	Plus

19

Toelichting 1A Aanmeldingen eerste tot en met derde lijn

Toelichting Gegevens huisarts

1	Naam	Basis
2	Adres	Basis
3	Telefoonnummer	Basis
4	AGB-code	Basis
5	UZI nummer	Basis
6	Emailadres	Plus

Vastgelegd worden de naam en ook het adres, telefoonnummer en de AGB-code van de huisarts, wanneer deze niet elders beschikbaar zijn. Eventueel wordt het Unieke Zorgverleners Identificatie (UZI)-nummer van de huisarts vastgelegd.

7	Toestemming cliënt voor overleg met (huis)arts en/of opvragen gegevens bij (huis)arts en/of versturen DTE-bericht.	Basis
---	--	-------

In de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) staat dat voor het versturen van informatie naar de huisarts of voor het opvragen van gegevens toestemming van de cliënt noodzakelijk is. Hier staat niet beschreven hoe deze uitdrukkelijke toestemming vastgelegd moet worden. Het aangeven dat toestemming is gevraagd en dat cliënt akkoord is of niet, is daarmee voldoende. Een handtekening hiervoor is vanuit de wetgeving niet vereist.

Toelichting Gegevens Behandelend Ergotherapeut

8	Naam	Basis
9	AGB-code	Basis

Vastgelegd wordt de naam en de AGB-code en eventueel het nummer op de Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI)-pas.

Toelichting Gegevens Verzekering

10	Naam verzekeraar	Basis
11	Polisnummer	Basis
12	UZOVI nummer	Plus

Vastgelegd worden de naam en het nummer van de zorgverzekeraar en eventueel het UZOVI nummer van de zorgverzekeraar ten behoeve van financieel-administratieve handelingen. In sommige zorgsettings (bijvoorbeeld verpleeghuizen en ziekenhuizen) hoeven deze verzekeringsgegevens niet door de ergotherapeut te worden vastgelegd; vastlegging gebeurt dan elders in de organisatie.

Toelichting Gegevens overige zorgverleners

13	Contactgegevens overige zorgverleners	Plus
14	Toestemming cliënt voor overleg met overige zorgverleners en/of opvragen gegevens.	Plus

Volgens de Wet inzake geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) ingevolge artikel 7:457, lid 1 van het Burgerlijk Wetboek heeft de ergotherapeut een geheimhoudingsplicht. Zonder toestemming van de cliënt is het de ergotherapeut dus in beginsel niet toegestaan aan anderen dan de cliënt inlichtingen over de cliënt dan wel inzage in of afschrift van het medisch dossier te geven. Als de cliënt toestemming heeft verleend voor het verstrekken of opvragen van informatie geldt dit als uitzondering op de geheimhoudingsplicht. Wanneer informatie verstrekt wordt is het, op basis van jurisprudentie, noodzakelijk om vast te leggen aan wie, wanneer en welke informatie is verstrekt. Dit geldt voor overleg en voor schriftelijk verstrekte

informatie. Bij het uitwisselen van gegevens over cliënten moet het burgerservice-nummer gebruikt worden.

Toelichting 1B Overige

In sommige gevallen zijn er andere opdrachtgevers voor ergotherapie dan een huisarts of medisch specialist. Voorbeelden van andere opdrachtgevers zijn de gemeente, een werkgever of een ketenregisseur binnen een zorgketen. In die gevallen zijn de gegevens van huisarts of overige zorgverleners niet altijd relevant. Dit kan per situatie verschillen.

Toelichting Gegevens huisarts

1	Naam	Plus
2	Adres	Plus
3	Telefoonnummer	Plus
4	AGB-code	Plus
5	UZI nummer	Plus
6	Emailadres	Plus
7	Toestemming cliënt voor overleg met (huis)arts en/of opvragen gegevens bij (huis)arts.	Plus

Vastgelegd worden de naam en ook het adres, telefoonnummer en de AGB-code van de huisarts, wanneer deze niet elders beschikbaar zijn. Eventueel wordt het Unieke Zorgverleners Identificatie (UZI)-nummer van de huisarts vastgelegd.

Toelichting Gegevens Behandelend Ergotherapeut

8	Naam	Basis
9	AGB-code	Basis

Toelichting Gegevens verzekering

10	Naam verzekeraar	Plus
11	Polisnummer	Plus
12	UZOVI nummer	Plus

Wanneer nodig worden de naam van de zorgverzekeraar en het polisnummer van de verzekerde vastgelegd en eventueel het Unieke Zorgverzekeraar Identificatie (UZOVI)-nummer van de zorgverzekeraar.

Toelichting Gegevens overige zorgverleners

13	Contactgegevens overige zorgverleners	Plus
----	---------------------------------------	------

In sommige gevallen kan gekozen worden voor het vastleggen van de contactgegevens van andere betrokken zorgverleners.

14	Toestemming cliënt voor overleg met overige zorgverleners en/of opvragen gegevens.	Plus
----	--	------

Volgens de Wet inzake geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) in-gevolge artikel 7:457, lid 1 van het Burgerlijk Wetboek heeft de ergotherapeut een geheimhoudingsplicht. Zonder toestemming van de cliënt is het de ergotherapeut dus in beginsel niet toegestaan aan anderen dan de cliënt inlichtingen over de cliënt dan wel inzage in of afschrift van het medisch dossier te geven. Als de cliënt toestemming heeft verleend voor het verstrekken of opvragen van informatie geldt dit als uitzondering op de geheimhoudingsplicht. Wanneer informatie verstrekt wordt, is het, op basis van jurisprudentie, noodzakelijk om vast te leggen aan wie, wanneer en welke informatie is verstrekt. Dit geldt voor overleg en voor schriftelijk verstrekte informatie. Bij het uitwisselen van gegevens over cliënten moet het burgerservice-nummer gebruikt worden.

2. Aanmelding**2a. Aanmelding**

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Datum aanmelding	Plus
2	Verwijsdatum	Basis
3	Naam verwijzer	Basis
4	Specialisme verwijzer	Basis
5	Adres verwijzer	Plus
6	AGB-code verwijzer	Plus
7	UZI-code verwijzer	Plus
8	Verwijsdiagnose/diagnostische gegevens	Basis
9	Beleid verwijzer tot nu toe	Plus
10	Reden voor verwijzing	Plus
11	Reden voor opname (intramuraal)	Plus
12	Indicatie ongeval	Basis

2b. Aanmelding Directe Toegankelijkheid Ergotherapie (DTE)

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Datum screening	Plus
2	Screeningsformulier DTE	Basis
3	Rapportageformulier DTE	Basis
4	Indicatie ongeval	Basis

2c. Overige

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Datum aanmelding	Basis
2	Naam opdrachtgever	Basis
3	Adres opdrachtgever	Basis
4	Verwijsdiagnose	Basis
5	(consult) vraag	Basis

Toelichting Aanmelding met verwijzing

Als de cliënt zich aanmeldt bij de ergotherapie met een verwijzing van een arts, stelt de ergotherapeut vast of de verwijzing volledig en duidelijk is en, of op basis daarvan, het behandeltraject gestart kan worden. Zo nodig kan de ergotherapeut contact opnemen met de verwijzer. Een volledige verwijzing is schriftelijk, van datum voorzien, ondertekend door de arts en bevat de diagnostische gegevens die relevant zijn voor ergotherapeutisch onderzoek en behandeling. Het proces van verslaglegging zal hetzelfde zijn, ongeacht in welke setting de ergotherapeutische behandeling plaatsvindt. In de verslaglegging is het van belang dat alle gegevens opgenomen zijn die nodig zijn.

1	Datum aanmelding	Plus
---	------------------	------

Vul hier de datum in waarop de cliënt zichzelf aanmeldt of aangemeld wordt voor ergotherapie. Dit in verband met het verkrijgen van inzicht in de periode tussen de verwijzdatum en de aanmelding en tussen de aanmelding en de eerste behandeling. De datum van aanmelding hoeft niet overeen te komen met de datum van de verwijzing.

2	Verwijsdatum	Basis
---	--------------	-------

Leg hier de datum vast die de verwijzer vermeld heeft op de verwijzing.

3	Naam verwijzer	Basis
4	Specialisme verwijzer	Basis
5	Adres verwijzer	Plus
6	AGB-code verwijze	Plus
7	UZI-code verwijzer	Plus

Vermeld bij dit onderdeel de gevraagde gegevens van de verwijzer.

De AGB-code van de verwijzer is niet bij wet verplicht. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft wel vastgesteld dat de AGB-code van de zorgaanbieder die een patiënt gericht verwijst naar een tweedelijns zorgaanbieder op het verwijzdocument vermeld moet worden.

Indien gewenst het telefoonnummer, e-mailadres en de bereikbare tijden toevoegen bij adres verwijzer.

8	Verwijsdiagnose/diagnostische gegevens	Basis
---	--	-------

Vermeld bij dit onderdeel een eventuele diagnose of diagnostische gegevens die de verwijzer heeft aangegeven op de verwijzing.

9	Beleid verwijzer tot nu toe	Plus
---	-----------------------------	------

Indien de verwijzer een beleid heeft vastgelegd, kan dit overgenomen worden bij dit onderdeel in de verslaglegging. Ook eerdere behandelingen die de verwijzer heeft geïnitieerd maar die niet het gewenste resultaat hebben gehad, kunnen hier beschreven worden.

10	Reden voor verwijzing	Plus
----	-----------------------	------

Indien aanwezig kan bij dit onderdeel de vraag vermeld worden die de verwijzer heeft opgesteld bij het in consult vragen van de ergotherapeut.

11	Reden voor opname (intramuraal)	Plus
----	---------------------------------	------

Dit onderdeel is enkel van toepassing bij intramurale behandeling van de cliënt. Hier kan de reden van opname worden vermeld.

12	Indicatie ongeval	Basis
----	-------------------	-------

Indien de behandeling gestart is naar aanleiding van een ongeval vult u 'ja' in bij dit onderdeel. Zo niet, vult u 'nee' in.

Toelichting aanmelding Directe Toegankelijkheid Ergotherapie (DTE)

1	Datum screening	Plus
---	-----------------	------

Vul hier de datum in waarop de DTE screening plaatsvindt.

2	Screeningsformulier DTE	Basis
---	-------------------------	-------

Benoem wat de resultaten van de screening voor DTE zijn.

3	Rapportageformulier DTE	Basis
---	-------------------------	-------

Leg vast dát en op welke datum de rapportage naar de huisarts is gestuurd.

4	Indicatie ongeval	Basis
---	-------------------	-------

Indien de behandeling gestart is naar aanleiding van een ongeval vult u 'ja' in bij dit onderdeel. Zo niet, vult u 'nee' in.

Toelichting overige aanmeldingen

1	Datum aanmelding	Basis
---	------------------	-------

Vul hier de datum in waarop de cliënt zichzelf aanmeldt of de datum waarop de vraag voor ergotherapie wordt gesteld door de opdrachtgever.

2	Naam opdrachtgever	Basis
---	--------------------	-------

3	Adres opdrachtgever	Basis
---	---------------------	-------

Deze gegevens zijn van belang voor het versturen van informatie en contact houden met de opdrachtgever. Indien gewenst het telefoonnummer, e-mailadres en de bereikbare tijden toevoegen bij adres opdrachtgever.

4	Verwijsdiagnose	Basis
---	-----------------	-------

Vermeld bij dit onderdeel een eventuele diagnose of diagnostische gegevens die de opdrachtgever heeft aangegeven.

5	(consult) vraag	Basis
---	-----------------	-------

Geef hier aan welke vraag de aanmelder gesteld heeft bij het inschakelen van de ergotherapeut.

3. (Hetero) anamnese

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Hulpvraag van cliënt	Basis
2	Hulpvraag van cliëntstelsysteem	Plus
3	Verwachtingen van cliënt	Basis
4	Verwachtingen van cliëntstelsysteem	Plus
5	Gehanteerd meetinstrument	Basis
6	Aanvullende medische gegevens	Plus
7	Medicatie	Plus
8	Mening cliënt over gezondheidstoestand	Plus
9	Andere/eerdere zorg	Plus
10	Opleiding/school/werk	Plus
11	Sociale omgeving	Basis
12	Fysieke omgeving	Plus
13	Aanwezige voorzieningen	Plus
14	Huidig functioneren	Basis

Toelichting (hetero)anamnese

Om meer inzicht te krijgen in wie de cliënt is, wat de reden van de ergotherapieaanvraag is en hoe het leven van de cliënt er nu globaal uit ziet is een (hetero)anamnese nodig. Met deze gegevens kan straks een keuze gemaakt worden waarmee het ergotherapeutisch onderzoek begint.

1	Hulpvraag van cliënt	Basis
---	----------------------	-------

Beschrijf wat de reden is dat de cliënt de ergotherapeut bezoekt.

2	Hulpvraag van cliëntstelsysteem	Plus
---	---------------------------------	------

Geef aan wat volgens het cliëntstelsysteem de reden is dat de cliënt de ergotherapeut bezoekt. NB: In het geval van kindergotherapie is het denkbaar dat de hulpvraag van het cliëntstelsysteem een basisgegeven is.

3	Verwachtingen van cliënt	Basis
4	Verwachtingen van cliëntstelsysteem	Plus

Vermeld wat de cliënt zelf en het cliëntsysteem verwachten dat de cliënt bereikt met de ergotherapiebehandeling.

5	Gehanteerd meetinstrument	Basis
---	---------------------------	-------

De werkgroep beveelt aan dat er (een) meetinstrument(en) wordt/worden gebruikt voor de (hetero)anamnese en eventueel volgens welke richtlijn de keuze voor dit instrument gemaakt is. Vul het meetinstrument dat gebruikt is in. Indien geen instrument gebruikt, vul in: 'geen meetinstrument'.

6	Aanvullende medische gegevens	Plus
---	-------------------------------	------

Vermeld hier nevenpathologie, eerdere ziekten/aandoeningen, familiale ziekten/aandoeningen en overige relevante medische verrichtingen.

7	Medicatie	Plus
---	-----------	------

Vermeld de relevante medicatie die gebruikt wordt door de cliënt.

8	Mening cliënt over gezondheidstoestand	Plus
---	--	------

Geef aan wat de mening is van de cliënt over zijn eigen gezondheidstoestand.

9	Andere/eerdere zorg	Plus
---	---------------------	------

Geef aan welke therapieën of behandelingen de cliënt in het verleden heeft ontvangen en benoem de huidig betrokken zorgverleners.

10	Opleiding/school/werk	Plus
----	-----------------------	------

Beschrijf hierbij afgeronde en huidige opleidingen, beroep, werkplek (fysieke, psychische en sociale omstandigheden).

11	Sociale omgeving	Basis
----	------------------	-------

Vermeld hier de burgerlijke staat, de samenstelling van het gezin/woonsituatie, welke rollen en sociale contacten de cliënt heeft en of een mantelzorger betrokken is. Omdat de sociale omgeving belangrijk is bij ergotherapie, is dit een basisgegeven.

12	Fysieke omgeving	Plus
----	------------------	------

Hier kan worden beschreven het (type) woning, de toegankelijkheid en de door-gankelijkheid hiervan, maar ook bereikbaarheid van winkels, burens en/of sociale contacten en overige informatie over de fysieke omgeving.

13	Aanwezige voorzieningen	Plus
----	-------------------------	------

Geef aan welke voorzieningen of hulpmiddelen aanwezig zijn. Beschrijf eventueel ook op welke wijze deze voorziening/dit hulpmiddel gefinancierd is.

14	Huidig functioneren	Basis
----	---------------------	-------

Beschrijf het huidig functioneren van de cliënt op het gebied van persoon, omgeving, handelen en beschrijf de ervaren beperkingen in het handelen. Geef een beschrijving op activiteiten- en participatieniveau, en zo nodig ook op stoornisniveau. Hieronder valt ook een beschrijving van de bevorderende en belemmerende factoren voor de behandeling. Deze informatie is een basis voor de ergotherapeutische diagnose (zie 5.1).

4. Aanvullend onderzoek

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Diagnostisch onderzoek	Basis
2	Gehanteerd meetinstrument	Basis

Toelichting Aanvullend onderzoek

In aanvullend onderzoek worden de gebruikte meetinstrumenten, vragenlijsten en testen en hun uitkomsten beschreven. Daarnaast worden de ergotherapeutische observaties beschreven, waarbij aangesloten wordt bij bestaande (ergotherapeutische) terminologie.

1	Diagnostisch onderzoek	Basis
---	------------------------	-------

Beschrijf het verrichte diagnostisch onderzoek, waarbij het met name gaat om de aard van de verrichtingen (o.a. observatie, gespreksvoering, vragenlijst, gebruik van testen en meetinstrumenten).

2	Gehanteerd meetinstrument	Basis
---	---------------------------	-------

De werkgroep beveelt aan dat er (een) meetinstrument(en) wordt/worden gebruikt. Benoem de gehanteerde meetinstrumenten, vragenlijsten, testen en hun uitkomsten. Vermeld hier eventueel gebruikte richtlijnen op basis waarvan de keuze voor het meetinstrument is gemaakt. Indien geen meetinstrument is gebruikt, vul dan in 'geen meetinstrument'.

De bevindingen worden waar mogelijk in maat en/of getal (mate van ernst) en bij voorkeur in termen van (beperkingen in) activiteiten en/of participatieproblemen (ICF) uitgedrukt.

5. Analyse

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Ergotherapeutische probleemanalyse/diagnose	Basis
2	Ontslagbestemming	Plus
3	Indicatie ergotherapie ja/nee	Basis

Toelichting Analyse

In de analyse wordt de ergotherapeutische probleemanalyse geformuleerd. De ergotherapeutische probleemanalyse is een samenvatting en interpretatie van de verzamelde gegevens.

1	Ergotherapeutische probleemanalyse/diagnose	Basis
---	---	-------

De ergotherapeutische probleemanalyse is de samenvatting en conclusie/interpretatie van eerder verzamelde gegevens. Beschreven wordt onder andere naam, leeftijd en cliëntensysteem. Daarnaast wordt beschreven welke handelings- en participatieproblemen aanwezig zijn op het gebied van wonen/zorgen, werken/school en vrije tijd/spel. Er wordt uitleg gegeven over de belemmerende en bevorderende factoren (persoonlijkheidsfactoren, omgevingsinvloeden, leerbaarheid, motivatie, leefstijl etc.) met betrekking tot het probleem en van de beperkingen die dit met zich meebrengt. Indien mogelijk wordt een uitspraak gedaan over de prognose van de aandoening en/of de verwachte eindsituatie. Er wordt afgesloten met de wensen en vragen van de cliënt en het cliëntensysteem met betrekking tot zijn/haar toekomstig handelen.

2	Ontslagbestemming	Plus
---	-------------------	------

Geef een korte beschrijving van de ontslagbestemming, zoals bepaald in het multidisciplinair overleg (MDO).

3	Indicatie ergotherapie ja/nee	Basis
---	-------------------------------	-------

Geef aan of een ergotherapeutische behandeling opgestart gaat worden.

6. Behandelplan

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Hoofddoel	Basis
2	Subdoelen	Plus
3	Multidisciplinair resultaat/doel	Plus
4	Multidisciplinaire afspraken	Plus
5	Geplande verrichtingen/prestaties	Plus
6	Besproken met/akkoord cliënt	Basis
7	Toestemming voor voorbehouden/ risicovolle handeling	Plus
8	Verwacht aantal sessies	Plus
9	Verwachte/geplande evaluatiemoment(en)	Plus

Toelichting Behandelplan

Om een goed ergotherapeutisch proces te waarborgen is een duidelijk behandelplan noodzakelijk. Hier wordt vastgelegd welke doelen worden nagestreefd. De doelen worden opgesteld in overleg met de cliënt. De doelen worden opgeschreven vanuit het perspectief van de cliënt. De cliënt zal expliciet zijn goedkeuring ten aanzien van de doelen en het behandelplan moeten geven.

1	Hoofddoel	Basis
---	-----------	-------

Bij het hoofddoel wordt vastgelegd wat het beoogde eindresultaat of belangrijkste doel is van de ergotherapeutische behandeling als geheel. De doelen worden via de SMART-methode beschreven vanuit het perspectief van de cliënt (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden).

2	Subdoelen	Plus
---	-----------	------

Vastgelegd worden de subdoelen waarmee het hoofddoel bereikt zal worden. Deze worden net zoals het hoofddoel SMART omschreven.

3	Multidisciplinair resultaat/doel	Plus
---	----------------------------------	------

Vastgelegd wordt welke multidisciplinaire doelen er zijn, SMART-geformuleerd. Hier legt het behandelteam vast wat het te verwachten resultaat van de gezamenlijke behandeling is.

4	Multidisciplinaire afspraken	Plus
---	------------------------------	------

Er wordt hier vastgelegd welke afspraken er zijn met andere professionals over het behandelproces.

5	Geplande verrichtingen/prestaties	Plus
---	-----------------------------------	------

Vastgelegd wordt de aard van de gekozen ergotherapeutische verrichtingen en expliciete gegevens over informatie of adviezen die worden verstrekt aan de cliënt of de direct betrokkenen. Ook wordt vastgelegd welke relevante interventies/strategieën wel besproken zijn, maar niet gekozen en de reden waarom hiervan is afgezien.

6	Besproken met/akkoord cliënt	Basis
---	------------------------------	-------

Vastgelegd wordt dat het behandelplan besproken is met de cliënt en dat de cliënt akkoord gaat met het voorgestelde behandelplan. Een handtekening van de cliënt is niet vereist.

7	Toestemming voor voorbehouden/ risicovolle handeling	Plus
---	---	------

De toestemming voor de voorbehouden/risicovolle handelingen wordt vastgelegd. Deze toestemming moet zowel van de verwijzer als van de cliënt vastgelegd worden (inclusief de datum waarop de toestemming gegeven werd verkregen en van wie). Voorbeeld van voorbehouden of risicovolle handelingen is het verwijderen van hechtingen bij een handletsel op voorschrift arts.

8	Verwacht aantal sessies	Plus
---	-------------------------	------

Het aantal te verwachte sessies die nodig zijn om de (sub)doelen te behalen wordt hier vastgelegd. De te verwachte duur van de behandeling is te halen uit de SMART geformuleerde doelen.

9	Verwachte/geplande evaluatiemoment(en)	Plus
---	--	------

Vastgelegd wordt op welke termijn naar verwachting een (tussen)evaluatie ten aanzien van de ingezette behandeling wordt uitgevoerd. Op basis van de (tussen)evaluatie wordt de behandeling eventueel bijgesteld.

7. Behandeling

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Datum sessie	Basis
2	Behandellocatie	Plus
3	Naam behandelend ergotherapeut	Basis
4	Sessieverslag a) Beloop functioneren b) Uitgevoerde verrichtingen c) Evaluatie/beoordeling therapeut d) Plan voor volgende sessie	Basis
5	Bijstelling ergotherapeutische diagnose	Plus
6	Bijstelling behandelplan	Plus
7	Overleggegevens	Plus
8	Tussenresultaten	Plus
9	Datum tussenverslag aan verwijzer	Plus

Toelichting Behandeling

Van elk ergotherapeut-cliëntcontact noteert de ergotherapeut de gegevens die een weergave zijn van dat contact. Deze gegevens zijn de zogeheten sessiegegevens. Tijdens de behandeling worden de volgende gegevens vastgelegd:

1	Datum sessie	Basis
---	--------------	-------

Vastgelegd wordt de datum van elke behandelsessie. De datum van de eerste sessie is de start van de ergotherapeutische zorgverlening.

2	Behandellocatie	Plus
---	-----------------	------

Vastgelegd wordt de behandellocatie. Dit is alleen noodzakelijk als de behandellocatie in deze sessie afwijkt van de standaard locatie.

3	Naam behandelend ergotherapeut	Basis
---	--------------------------------	-------

Vastgelegd wordt de naam of initialen van de behandelend ergotherapeut. Uit het dossier moet helder zijn welke ergotherapeut in de desbetreffende sessie de ergotherapeutische zorg heeft gegeven. Als de ergotherapeutische zorg wordt verleend door een stagiair dan wordt de naam van de begeleidend ergotherapeut vastgelegd, dus niet die van de stagiair.

4	Sessieverslag a) Beloop functioneren	Basis Basis
---	---	----------------

Hierbij geeft de therapeut de subjectieve gegevens aan. Vastgelegd wordt de mate van verandering in functioneren, zoals die door de cliënt zelf wordt ervaren. Hoe heeft de cliënt de afgelopen periode ervaren, waar is de cliënt tegen aangelopen, wat gaat goed en wat is nog lastig?

4	b) Uitgevoerde verrichtingen	Basis
---	------------------------------	-------

Hierbij geeft de therapeut aan wat er objectief tijdens de sessie is gedaan en aan welke doelen is gewerkt. Vastgelegd wordt de inhoud van de ergotherapeutische behandeling, aan de hand van de uitgevoerde verrichtingen (bijv. cliënt(-systeem) gericht adviseren, behandelen, observatie, screening of coaching).

4	c) Evaluatie/beoordeling therapeut	Basis
---	------------------------------------	-------

Hierbij geeft de therapeut aan wat opvalt, waar op te letten in volgende contacten. De therapeut legt zijn eigen beoordeling van het verloop van de behandeling vast.

4	d) Plan voor volgende sessie - vastgelegd wordt het behandelplan voor de volgende behandelsessie. - vastgelegd worden de met de cliënt gemaakte afspraken.	Basis
---	--	-------

- Hierbij gaat het om het plan voor de volgende behandelsessie. Wat is het doel, de aanpak en de aandachtspunten voor de volgende behandelsessie.
- Hierbij gaat het onder andere om adviezen die zijn gegeven voor het gemakkelijker maken en/of aanpassen van een activiteit, om de uitvoering van huiswerk oefeningen, of om afspraken die zijn gemaakt ter bevordering van de motivatie van de cliënt.

De richtlijn stelt expliciet dat het van belang is vast te leggen welke informatie wordt verstrekt en welke adviezen worden gegeven (bijvoorbeeld in de vorm van leefregels). Met informatie wordt zowel mondelinge als schriftelijke informatie bedoeld over de klacht en het gezondheidsprobleem, of uitleg over het doel van de behandeling en de inhoud van de ergotherapeutische behandeling. Met adviezen worden instructies bedoeld ten aanzien van ADL, productiviteit, ontspanning, leefregels en zelfmanagement.

5	Bijstelling ergotherapeutische diagnose	Plus
6	Bijstelling behandelplan	Plus

Indien aanwezig worden veranderingen vastgelegd die in de loop van de behandeling optreden, zoals: bijstelling van de ergotherapeutische diagnose, bijstelling in het behandelplan en verandering van behandelend ergotherapeut. Als er sprake is van bijstellingen dient opnieuw de toestemming van de cliënt te worden vastgelegd.

7	Overleggegevens	Plus
---	-----------------	------

Indien aanwezig wordt vastgelegd met wie (verwijzers, collegae of andere zorgverleners) is overlegd. De datum van het overleg, het besprokene en de eventueel gemaakte afspraken worden vastgelegd.

8	Tussenresultaten	Plus
---	------------------	------

Indien gewenst worden gegevens vastgelegd die betrekking hebben op veranderingen in de functioneringsproblemen van de cliënt tijdens de behandelingsperiode, zoals die zijn vastgelegd door de ergotherapeut (waar mogelijk in samenspraak met de cliënt). Ook het niet veranderen van het functioneren kan relevante informatie zijn.

9	Datum tussenverslag aan verwijzer	Plus
---	-----------------------------------	------

Indien aanwezig wordt de datum vastgelegd die staat vermeld op het tussenverslag aan de verwijzer.

8. Eindevaluatie

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Datum eindevaluatie	Basis
2	Gehanteerd meetinstrument ten behoeve van evaluatie	Basis
3	Realisatie behandeldoelen/behandelresultaat	Basis
4	Afwijkingen verwacht behandelbeloop	Plus
5	Oordeel over samenwerking en behandelproces	Plus

Toelichting Eindevaluatie

Bij de eindevaluatie gaat het om de beoordeling van het effect van de ergotherapeutische behandeling als geheel. Het behandelproces en het behandelresultaat worden door de cliënt en de ergotherapeut geëvalueerd.

1	Datum eindevaluatie	Basis
---	---------------------	-------

De datum waarop de ergotherapeut de resultaten van de eindevaluatie schriftelijk vastlegt.

2	Gehanteerd meetinstrument ten behoeve van evaluatie	Basis
---	---	-------

Benoem het meetinstrument dat gebruikt is voor de evaluatie van het effect van de gehele behandeling. Het heeft de voorkeur om een eerder gebruikt meetinstrument nogmaals te gebruiken, zodat het effect van de behandeling objectief kan worden vastgelegd. Wanneer geen meetinstrument gebruikt is, vermeld: 'geen' of 'niet van toepassing'.

3	Realisatie behandeldoelen/behandelresultaat	Basis
---	---	-------

- Beschrijf de mate waarin de behandeldoelen zijn behaald. Dit wordt door zowel de cliënt als de ergotherapeut beoordeeld.
- Beschrijf de veranderingen in het functioneren van de cliënt op het moment van evaluatie in vergelijking met het functioneren aan het begin van de behandelperiode. Deze gegevens worden zo veel mogelijk objectief vastgelegd.

4	Afwijkingen verwacht behandelbeloop	Plus
---	-------------------------------------	------

Indien gewenst worden duidelijke, niet-voorzien afwijkingen van het verwachte behandelbeloop vastgelegd. Inclusief de eventuele oorzaken van die afwijkingen.

5	Oordeel over samenwerking en behandelproces	Plus
---	---	------

Indien gewenst wordt:

- de evaluatie van de samenwerking tussen cliënt en ergotherapeut vastgelegd. Onderwerpen kunnen zijn: communicatie, informatiebereidheid, therapietrouw, de taakverdeling tussen ergotherapeut en cliënt, de uitvoering van de (afgesproken) taken door de ergotherapeut en de taken (medewerking) van de cliënt (zoals het opvolgen van de adviezen en het doen van oefeningen).
- de evaluatie van het behandelproces door cliënt en ergotherapeut vastgelegd. Onderwerp kan zijn: hoe heeft de cliënt het verloop van de behandeling ervaren. De ergotherapeut evalueert voor zichzelf het gevolgde proces van handelen en evalueren (zelftoetsing).

9. Afsluiting

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Datum afsluiting	Basis
2	Reden einde zorg	Basis
3	Nazorg of afspraken	Plus
4	Datum verslaggeving verwijzer	Plus
5	Datum cliënttevredenheidsonderzoek	Plus

Toelichting Afsluiting

Het gaat hier om het afsluiten van een bepaalde, afgebakende periode waarin de hulpvraag van de cliënt aan de ergotherapeut is voorgelegd en de cliënt hiervoor is behandeld door een ergotherapeut.

1	Datum afsluiting	Basis
---	------------------	-------

Vastgelegd wordt op welke datum de behandelperiode wordt afgesloten. Vul hier de datum in van de laatste behandeling.

2	Reden einde zorg	Basis
---	------------------	-------

Noteer op wiens initiatief de behandelperiode wordt beëindigd. Daarnaast wordt vermeld op welke grond de behandelperiode wordt beëindigd, bijvoorbeeld behandeldoelen behaald, overlijden of op medische, financiële of andere gronden.

3	Nazorg of afspraken	Plus
---	---------------------	------

Indien gewenst worden de afspraken vastgelegd die met de cliënt zijn gemaakt, bijvoorbeeld een afspraak na een bepaalde periode of een overdracht.

4	Datum verslaggeving verwijzer	Basis
---	-------------------------------	-------

Vastgelegd wordt op welke datum (schriftelijke of telefonische) terugkoppeling naar de verwijzer heeft plaatsgevonden. Een kopie van dit verslag zal in het dossier van de cliënt worden opgenomen. Wanneer het een DTE-aanmelding betreft zal terugkoppeling plaatsvinden aan de huisarts. Dit enkel met toestemming van de cliënt. De zorgaanbieder rapporteert minimaal één keer per jaar aan de verwijzer.

5	Datum cliënttevredenheidsonderzoek	Plus
---	------------------------------------	------

Vastgelegd wordt op welke datum de vragenlijst of inloggegevens voor een cliënttevredenheidsonderzoek, zoals cliënt ervaringsonderzoek (CEO) en patient related outcome measurements (PROMS), is meegegeven of verstuurd aan de cliënt. ↻

3. TOT SLOT

3. Tot slot

HET IS HEEL goed voorstelbaar dat na het lezen van deze richtlijn de vraag rijst hoe de *richtlijn verslaglegging* in de praktijk geïmplementeerd moet worden. Immers, op veel werkplekken is de werkwijze binnen verslagleggen anders geregeld en binnen Nederland is uniformiteit niet tot nauwelijks aanwezig. Ook het elektronisch vastleggen van alle gegevens wordt nog niet overal gedaan.

De werkgroep ‘*Richtlijn Verslaglegging Ergotherapie*’ is van mening dat Ergotherapie Nederland (EN) een grote rol kan spelen in het aanbrengen van meer uniformiteit binnen de manier van verslaglegging. Een ergotherapeut die op verschillende werkplekken werkzaam is, zou op iedere werkplek een gelijksoortige rode draad in de verslaglegging moeten herkennen. Ergotherapie Nederland is in 2015 de Commissie ICT gestart om de *Richtlijn Verslaglegging Ergotherapie* verder te implementeren in verschillende softwareprogramma’s en hiermee de markt te bedienen van meer uniformiteit.

Daarnaast kan er op verschillende manieren omgegaan worden met de verslaglegging. Ten aanzien van het daadwerkelijk registreren kunnen verschillende algemene eisen gesteld worden. Het betreft beschikbaarheid van de informatie, leesbaarheid, volledigheid, beknoptheid, betrouwbaarheid, inzichtelijkheid en bewaarplicht. In bijlage 1 wordt de wetgeving en het kwaliteitsbeleid in relatie tot verslaglegging uitgebreid beschreven.

Beschikbaarheid van de verslaglegging

Beschikbaarheid van de verslaglegging is noodzakelijk voor een continue zorgverlening. Gegevens over cliënten moeten voor een eventuele waarnemer toegankelijk zijn. Een logisch opbergsysteem en discipline bij het opbergen zijn daartoe vereist. Dit geldt niet alleen voor wat de ergotherapeut zelf opgetekend heeft, maar ook ten aanzien van de ontvangen correspondentie.

Leesbaarheid van de verslaglegging

Om gebruik te kunnen maken van de gegevens door bijvoorbeeld een waarnemer is eenduidige (ergotherapie)terminologie en wanneer sprake is van een geschreven dossier een duidelijk handschrift van belang.

Volledigheid en beknoptheid van de verslaglegging

De verslaglegging moet zo volledig, maar ook zo beknopt mogelijk zijn. Er moet gestreefd worden naar het opnemen van alle relevante gegevens. Beknoptheid mag echter niet leiden tot het kritiekloos gebruiken van onbekende afkortingen, aangezien de leesbaarheid dan in het geding komt.

Betrouwbaarheid van de verslaglegging

Op grond van de geregistreerde gegevens moet de essentie van de ergotherapeutische hulpverlening reproduceerbaar zijn. De verslaglegging moet in overeenstemming zijn met de werkelijkheid en mag geen aanleiding geven tot twijfel. Voor de dagelijkse praktijk betekent dit dat men moet zorgen dat de gegevens zo objectief mogelijk worden weergegeven en zo snel mogelijk worden vastgelegd (op het moment van het onderzoek of de behandeling en niet pas veel later).

Inzichtelijkheid in de verslaglegging

In het dossier moeten de gegevens helder zijn weergegeven en zodanig bij elkaar aansluiten dat men duidelijk inzicht kan krijgen in wat het gevolgde denkproces is. De fasen van het ergotherapeutisch zorgverleningsproces die doorlopen zijn om het einddoel te bereiken, moeten in de verslaglegging herkenbaar zijn.

Bewaarplicht

De gegevens moeten bij wet 15 jaar bewaard blijven in een (digitaal) archief (www.rijksoverheid.nl).

Geldigheidsduur van deze richtlijn

Deze richtlijn zal net als andere EN-richtlijnen regelmatig geactualiseerd moeten worden. De knelpunten bij de implementatie in de praktijk zullen nieuwe informatie opleveren. Daarnaast is de organisatie van de ergotherapeut en van de gezondheidszorg als geheel voortdurend in beweging. Tenslotte kunnen inzichten in de automatisering snel veranderen. Hierdoor zal het noodzakelijk zijn deze richtlijn binnen enkele jaren door te lichten en zo nodig bij te stellen (van Everdingen e.a., 2013).

Literatuur

de Leeuw, M., Saenger, S., Vanlaerhoven, I. en de Vries-Uiterweerd, A. (2015). *Beroepscode en gedragsregels ergotherapeut*. Utrecht, Ergotherapie Nederland.

le Granse, M. en van Hartingsveldt, M. (2012). *Grondslagen van de ergotherapie*, Reed

Business. Napel, H. en Vrankrijker, K. (2009). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health, Children & Youth Version*, Bohn Stafleu van Loghum.

van Everdingen, J., Dreesens, D., Burgers, J., Swinkels, J., van Barneveld, T. en Weijden, T. (2013). *Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling: Een leidraad voor de praktijk*, Bohn Stafleu van Loghum.

van Hartingsveldt, M., Logister-Proost, I. en Kinébanian, A. (2010). *Beroepsprofiel ergotherapeut*, Ergotherapie Nederland.

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

Bijlage 1

Wetgeving en kwaliteitsbeleid in relatie tot verslaglegging

In dit hoofdstuk wordt een beknopte beschrijving gegeven van een aantal wetten en de daaruit voortvloeiende consequenties voor de verslaglegging van cliëntgegevens.

De Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)

De Wet BIG geeft regels voor de handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. De Wet BIG is gericht op het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het beschermen van de patiënt tegen ondeskundig handelen in de gezondheidszorg. In de Wet BIG zijn een aantal waarborgen opgenomen zoals titelbescherming, (her)registratie van beroepsbeoefenaren, de voorbehouden handelingen en het tuchtrecht.

In de Wet BIG staat de 'bekwaamheid' van de beroepsbeoefenaar centraal. De wet omschrijft dan ook voornamelijk het deskundigheidssterrein waarop de beroepsbeoefenaar werkzaam is. De wet geeft iedereen de mogelijkheid geneeskundige handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg te verrichten. Iedereen die zich deskundig acht in het geven van ergotherapie mag het beroep uitoefenen. Alleen diegenen die voldoen aan de door de wet gestelde opleidingseisen mogen zich echter ook daadwerkelijk ergotherapeut noemen (titelbescherming).

Door het behalen van een specifiek opleidingsdiploma is het mogelijk zich als beroepsbeoefenaar te onderscheiden binnen het deskundigheidsgebied. Het diploma van de betreffende hbo-opleiding geeft de beroepsbeoefenaar het recht de titel van bijvoorbeeld ergotherapeut te gebruiken.

De Wet BIG geeft een aantal beroepen de mogelijkheid tot titelbescherming en stelt daarom inhoudelijke eisen aan de desbetreffende (hbo)-opleiding. Deze opleidingseisen zijn/worden beschreven in een Algemene Maatregel van Bestuur.

Ergotherapeuten die aantoonbaar kwalitatief goede zorg leveren staan geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Het deskundigheidsgebied van de ergotherapeut staat beschreven in artikel 34 van de Wet BIG. Voor elk van de in artikel 34 genoemde beroepen geldt dat beroepsbe-

oefenaren deskundig zijn om op verwijzing van een (huis)arts te behandelen. Naast het onderzoeken en behandelen van cliënten betreft hun deskundigheid ook het geven van advies, instructie en voorlichting aan individuele personen.

Vanaf 1 januari 2012 is geen verwijfsbrief meer nodig (tenzij de verzekeraar dat anders omschrijft in zijn polisvoorwaarden). De minister van VWS heeft op 7 december 2010 in een brief aan de Tweede Kamer besloten dat cliënten zonder verwijfsbrief van de huisarts naar de ergotherapeut kunnen. Deze directe toegankelijkheid is een belangrijke erkenning van de kwaliteit van de ergotherapie in Nederland.

Het gebied van deskundigheid van de ergotherapie

Tot het gebied van deskundigheid van de ergotherapeut wordt gerekend:

- het herkennen van risicofactoren en symptomen bij de patiënt die wijzen op de mogelijke aanwezigheid van een aandoening waarvoor deskundigheid van een andere discipline gewenst of noodzakelijk is en bij constatering daarvan verwijzen naar die andere discipline;
- het onderzoeken van de patiënt of en in hoeverre de vermogens of vaardigheden aanwezig zijn om handelingen te verrichten, ontleend aan het dagelijkse leven of aan de arbeid, en het op basis van de verkregen gegevens opstellen van een behandelplan;
- het behandelen van de patiënt met als doel het opheffen, verminderen of compenseren van lichamelijke of psychische stoornissen, beperkingen of handicaps door het doen verkrijgen of optimaliseren van vaardigheden vereist voor het verrichten van handelingen als bedoeld onder a, of door het geven van informatie, instructie en advies aan de patiënt en in daarvoor in aanmerking komende gevallen aan diens naaste betrekkingen, strekkende tot het zo zelfstandig mogelijk functioneren van de patiënt in diens leef-, woon- of werksituatie;
- het in daarvoor in aanmerking komende gevallen vervaardigen voor de patiënt van hulpmiddelen of het adviseren van de patiënt over te treffen voorzieningen in of aanpassingen van diens leef-, woon- of werksituatie, in het kader van de behandeling bedoeld onder b;
- het geven van advies, voorlichting en instructie aan een persoon, met als doel belemmeringen in het zelfstandig functioneren in leef-, woon- of werksituatie te voorkomen.

Algemene Maatregel van Bestuur

Inhoudelijke aspecten en onderdelen van de Wet BIG worden via een Algemene Maatregel van Bestuur (AMVB) per beroepsgroep nader uitgewerkt. Dit betreft bijvoorbeeld onderwerpen als opleidingseisen en specifieke kwaliteitsaspecten van de beroepsuitoefening zoals bijscholing, intercollegiale toetsing, waarnemingsmaatregelen en technische uitrusting van een praktijkruimte. De opleidingseisen omvatten steeds het centrale vakgebied, medische vakken, vakken op gebied van de gedrags- en maatschappijwetenschappen en ondersteunende vakken. Ook worden eisen gesteld aan de beroepsvoorbereidende periode in het werkveld (stage).

Ten aanzien van de verslaglegging van gegevens van patiënten wordt in de wet BIG aangegeven dat dit in een Algemene Maatregel van Bestuur geregeld wordt. In artikel 40 staat beschreven dat in deze Algemene Maatregel van Bestuur voorschriften moeten worden beschreven ten aanzien van het houden van aantekeningen van gegevens omtrent de toestand van de patiënt en de gegeven behandeling, de inrichting, het beheer en de bewaring van het dossier van de betreffende patiënt.

Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

Per 1 april 1995 is de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) in werking getreden. Hierin worden de hieronder genoemde aspecten van zorg binnen de individuele relatie tussen cliënt en zorgverlener geregeld. De wet is vooral gericht op de versterking van de positie van de cliënt.

De wet is van toepassing op alle handelingen op het gebied van de geneeskunst, dat wil zeggen alle verrichtingen – inclusief onderzoek en advies – die rechtstreeks betrekking hebben op een persoon en het verbeteren van zijn gezondheid.

Uitgangspunt

Deze wet heeft vooral de rechten van de individuele cliënt als uitgangspunt, maar er zijn ook artikelen in te vinden die een relatie hebben met de kwaliteit van zorg. In een algemene bepaling (Algemene bepaling 1653g) wordt gesteld dat de hulpverlener bij zijn/haar werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard'.

Daarnaast worden – vanuit de wens naar versterking van de positie van de individuele cliënt – nadere eisen gesteld ten aanzien van informatie, toestemming en inzage. De wet gaat uit van een vertrouwensrelatie waarin ergotherapeut en cliënt op basis van gelijkwaardigheid zoveel mogelijk samen overleggen en beslissen.

Wat betekent de WGBO voor de ergotherapeut?

De WGBO regelt diverse privacy-aspecten ten aanzien van de behandeling, de dossiervoering en het verstrekken van gegevens aan derden (artikel 453).

De wet stelt aan de ergotherapeut een aantal verplichtingen die hierna worden toegelicht:

- Informatieplicht;
- Toestemmingsvereiste;
- Dossierplicht;
- Bewaarplicht;
- Geheimhoudingsplicht.

De cliënt heeft een aantal rechten waarmee de ergotherapeut rekening moet houden:

- Inzagerecht;
- Vernietigingsrecht.

Voor wat betreft verslaglegging zijn al deze aspecten van belang!

Informatieplicht

De ergotherapeut verstrekt de informatie die de cliënt nodig heeft om zelf op een verantwoorde manier beslissingen te kunnen nemen over zijn gezondheid. Dit houdt in dat de ergotherapeut de cliënt duidelijk hoort te informeren over de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling, de te verwachten risico's en de eventuele alternatieven.

Er bestaan twee uitzonderingen: informatieverstrekking kan achterwege blijven als de ergotherapeut van mening is dat het ernstig nadeel oplevert voor de cliënt óf als de cliënt aangeeft geen inlichtingen te willen ontvangen.

De cliënt geeft op zijn beurt weer inlichtingen die de ergotherapeut nodig heeft voor het uitvoeren van de behandeling. Over het algemeen zal de ergotherapeut daar dan wel naar moeten vragen in de anamnese; van de cliënt kan niet verwacht worden dat hij weet welke informatie nodig is. Van de cliënt mag verwacht worden dat hij meewerkt aan de behandeling.

Overigens is aan de ergotherapeut de nodige vrijheid gelaten over de dosering en de timing van informatieverstrekking. Eén en ander dient uiteraard te worden afgestemd op de persoonlijke situatie van de cliënt en laat zich niet in strakke regels vastleggen.

Toestemmingsvereiste

Voor iedere geneeskundige behandeling is de toestemming van de cliënt vereist. De cliënt moet dus toestemming geven voor het starten of vervolgen van de behandeling. De ergotherapeut moet de cliënt dus zodanig informeren (zie informatieplicht) dat de cliënt in staat is zijn besluit weloverwogen te geven. Bij niet-ingrijpende veranderingen mag de toestemming als gegeven worden verondersteld.

Minderjarigen

Minderjarigen van 16 jaar en ouder worden bekwaam geacht tot het aangaan van een geneeskundige behandelingsovereenkomst ten behoeve van zichzelf.

Minderjarigen van 12 tot 16 jaar zijn nog niet juridisch bekwaam om zelfstandig een behandelingsovereenkomst aan te gaan. Zowel de minderjarige als zijn ouders of voogd moeten in beginsel toestemming geven. Dat betekent dat ook de ouders moeten worden geïnformeerd.

Bij kinderen jonger dan 12 jaar is het systeem eenvoudig: de ouders (of voogd) ver-

tegenwoordigen het kind en nemen voor hem de cliëntenrechten waar. Het kind zal wel zelf moeten worden geïnformeerd, voor zover hij het kan bevatten.

De meerderjarige wilsonbekwame cliënt

Iemand is wilsonbekwaam indien hij:

niet in staat is om de voor de beslissing noodzakelijke informatie te begrijpen en te waarderen, in het kader van de voor deze persoon aanvaardbare uitgangspunten over de inrichting van zijn leven en/of op basis daarvan geen beslissing kan nemen (Van Lomwell & Van Veen, 1996). Indien iemand wilsonbekwaam wordt, zullen zijn cliëntenrechten door een ander moeten worden waargenomen. De WGBO bepaalt dat dit een door de rechter benoemde vertegenwoordiger kan zijn (curator of mentor), een door de cliënt zelf daartoe gemachtigde, de echtgenoot of de partner van de cliënt of een ouder, kind, broer of zus.

De cliënt wordt vertegenwoordigd door deze ander, tenzij:

- Hij een schriftelijke wilsverklaring heeft opgesteld waarin is bepaald hoe in de onderhavige situatie moet worden gehandeld;
- Er sprake is van een spoedsituatie waarin, om ernstig nadeel van de cliënt te voorkomen, door de hulpverlener moet worden gehandeld, zonder de beslissing van de vertegenwoordiger af te wachten;
- De vertegenwoordiger beslist in strijd met de "zorg van een goede hulpverlener" die de hulpverlener jegens de cliënt moet betrachten (Van Lomwell & Van Veen, 1996).

De vertegenwoordiger neemt namens de cliënt alle cliëntenrechten waar.

Dossierplicht

De ergotherapeut is verplicht om een dossier aan te leggen waarin hij gegevens opneemt over de behandeling van de patiënt (artikel 7:454 Burgerlijk Wetboek). De wettelijke term dossier staat voor de verzameling van patiëntgegevens, ongeacht de informatiedrager. De gegevens kunnen elektronisch zijn vastgelegd, op papier, of gedeeltelijk op papier en gedeeltelijk elektronisch. Voor de wettelijke regels is dat niet van belang, de regels over het dossier gelden gewoon voor alle door de hulpverlener of de instelling vastgelegde patiëntgegevens.

Het dossier omvat alle gegevens die voor de zorg aan de patiënt van belang zijn: verwijfsbrieven, diagnoses, uitslagen van onderzoeken, aantekeningen over eigen bevindingen, over contacten met de patiënt en met andere hulpverleners over de patiënt, enzovoort. Beschikt de hulpverlener over uitslagen, verslagen en rapporten over de patiënt afkomstig van andere beroepskrachten al dan niet van buiten de eigen instelling, dan maken ook deze gegevens deel uit van het dossier van de patiënt.

Persoonlijke werkaantekeningen behoren niet tot het dossier en zijn dus ook niet ter inzage voor de patiënt.

Inzagerecht

De cliënt heeft recht op inzage van zijn dossier. In de wet wordt uitgegaan van een rechtstreeks recht op inzage en afschrift van de cliënt, zonder tussenkomst van derden (Staatsblad 1994, 837-838: artikel 7: 456). Het inzagerecht is in principe zonder beperking, de cliënt mag alles zien wat er over hem geschreven is.

Er is slechts één uitzondering: als de bescherming van de privacy van een ander dit met zich meebrengt of als de cliënt een gevaar voor zichzelf of anderen zal worden.

Persoonlijke werkaantekeningen zijn van het dossier én daarmee van het inzage-recht uitgezonderd. Dat zijn aantekeningen die niet bedoeld zijn onder ogen van derden te komen: geheugensteuntjes voor de voorlopige gedachtevorming van de ergotherapeut die na korte tijd vernietigd kunnen worden. Een dossier alleen voor gebruik van de ergotherapeut of het behandelteam (een zogenaamd 'schaduw-dossier') valt wel gewoon onder het inzagerecht.

Op een verzoek tot inzage dient zo spoedig mogelijk te worden ingegaan, in elk geval binnen een maand. Voor de afschriften mag een redelijke kostenvergoeding worden gevraagd (kopieer- of administratiekosten en werktijd).

Bewaarplicht

Het dossier moet 15 jaar worden bewaard, te rekenen vanaf het tijdstip waarop de gegevens zijn vervaardigd, of zoveel langer als 'de hulp van een goede zorgverlener' (Staatsblad 1994, 837-838: artikel 7: 454) met zich meebrengt. Het langer bewaren kan met name van belang zijn bij chronische ziekten of erfelijke aandoeningen. Ook bij overlijden van de cliënt geldt de wettelijke aangegeven bewaartermijn. Het overlijden van de cliënt vormt dus geen reden om de gegevens te vernietigen.

Vernietiging

De cliënt kan de ergotherapeut verzoeken (een deel van) zijn dossier te vernietigen. Aan dit verzoek moet binnen drie maanden worden voldaan. Alleen als een wettelijk voorschrift of het aanmerkelijke belang van een ander dan de cliënt tegen vernietiging is, wordt het dossier bewaard (Staatsblad 1994, 837-838: artikel: 455).

Gegevensuitwisseling

De ergotherapeut is verplicht te zwijgen over cliëntgegevens tegenover anderen dan de cliënt. Inlichtingen over, inzage in of kopie van gegevens aan anderen dan de cliënt kunnen alleen gegeven worden als daartoe uitdrukkelijke toestemming van de cliënt is verkregen (Staatsblad 1994, 837-838: artikel 7:457). Die geheimhoudingsplicht geldt niet ten aanzien van andere hulpverleners, die rechtstreeks bij de

behandeling of begeleiding van de cliënt zijn betrokken (Staatsblad 1994, 837-838: artikel 7:457, lid 2). De (huis)arts, fysiotherapeut of de arbeidsdeskundige moeten uiteraard informatie ontvangen over die zaken die voor hun functioneren in relatie tot de behandeling of begeleiding van de cliënt van belang zijn. Ook de vervanger of waarnemer van de ergotherapeut kan informatie over de cliënt ontvangen zonder dat daarvoor eerst toestemming van de cliënt nodig is.

Daarnaast maakt de WGBO uitzonderingen voor de wettelijke vertegenwoordigers van de cliënt en door de cliënt schriftelijk gemachtigden; ook zij mogen informatie ontvangen zonder dat daarvoor eerst toestemming van de cliënt wordt gevraagd.

De ergotherapeut is verplicht tot gegevensverstrekking indien een wettelijk voorschrift of op een wet gebaseerde uitvoeringsregeling dat vereist (bijvoorbeeld de Zorgverzekeringswet die het de zorgverzekeraar mogelijk maakt controle uit te oefenen op verrichte prestaties). Steeds vaker verzoeken verzekeringsmaatschappijen of juridische adviseurs om informatie over cliënten (bijvoorbeeld bij whiplash-letsel), over de behandeling en de prognose. Voor het verstrekken van deze gegevens is toestemming van de cliënt vereist.

Klachtbehandeling

Als de cliënt vindt dat de ergotherapeut niet voldoet aan de normen van de WGBO kan hij tegen deze schending van zijn rechtspositie een aanklacht indienen bij de rechter. Gezien het feit dat burgers dat vaak een te hoge drempel vinden kan de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector dan uitkomst bieden: de Klachtwet biedt de cliënt de mogelijkheid om klachten langs de betrekkelijk eenvoudige en laagdrempelige procedure van klachtbehandeling aan de orde te stellen. Met het oog op het behandelen van klachten is adequate dossiervorming een belangrijk hulpmiddel.

Kwaliteitswet Zorginstelling (KWZ)

De Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht zorginstellingen hun eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren. De wet noemt vier kwaliteitseisen waaraan een instelling moet voldoen: verantwoorde zorg, op kwaliteit gericht beleid, het opzetten van een kwaliteitssysteem en het maken van een jaarverslag.

Een zorginstelling moet verantwoorde zorg leveren. Het beleid dat de instelling voert, moet daarom gericht zijn op het in stand houden en verbeteren van de kwaliteit van de zorg.

Alle instellingen die zorg leveren zoals omschreven in de Wet langdurige zorg (Wlz) moeten voldoen aan de eisen uit de Kwaliteitswet zorginstellingen. Dit zijn onder andere: verantwoorde zorg leveren, het zorgplan bespreken met de cliënten, medezeggenschap regelen en beschikken over een klachtenregeling.

Definiëring van begrippen

Een instelling is volgens de wet 'het organisatorisch verband dat dient voor de verlening van zorg'.

Onder zorg wordt verstaan de zorg die verleend wordt in instellingen als ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen, ergotherapiepraktijken, enzovoort.

De wet heeft alleen betrekking op zorg die verleend wordt in een organisatorisch verband waarin meer dan één persoon werkzaam is. Een solopraktijk van een ergotherapeut valt dan ook niet onder deze wet. Voor deze groep worden in artikel 40 van de Wet BIG eisen gesteld aan het kwaliteitsbeleid.

Heeft de praktijk één medewerker of is er sprake van een maatschap dan moet de praktijk wel voldoen aan de eisen van deze wet. Een organisatorisch verband (bijvoorbeeld een paramedische afdeling of een maatschap) binnen een ander organisatorisch verband (bijvoorbeeld een ziekenhuis) wordt door de wet niet apart als een instelling gezien.

Verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg is de zorgaanbieder. Onder de zorgaanbieder wordt verstaan de (natuurlijke of rechts-)personen die een instelling in stand houden of vormen.

Conclusie voor verslaglegging

De wet bepaalt niet dat een zorginstelling meer aan kwaliteitsbeleid moet doen, wel dat ze dat op een systematische wijze moet doen. Een belangrijke consequentie van deze wet voor het praktijkveld is dat het de instellingen zijn die een kwaliteitsjaarverslag moeten schrijven. Intramuraal werkende ergotherapeuten hoeven niet zelf het verslag te schrijven. Het is wel mogelijk dat ze gegevens moeten aanleveren voor het verslag dat door de instelling wordt opgesteld. Een registratiesysteem is hierbij een belangrijk hulpmiddel.

Overigens is voor een deel van de ergotherapeuten de Kwaliteitswet niet direct van toepassing omdat deze een solopraktijk hebben. Wat betreft de verplichting tot het leveren van verantwoorde zorg geldt artikel 40 van de Wet BIG voor de individuele ergotherapeut.

Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)

De Nederlandse Wet bescherming persoonsgegevens, afgekort Wbp, geeft regels ter bescherming van de privacy van burgers. De wet is op 1 september 2001 in werking getreden en verving de Wet persoonsregistratie (1989). De Wbp is voor een groot deel gebaseerd op de Europese dataprotectierichtlijn (95/46/EG).

De Wbp geeft de burger bepaalde rechten, zoals het recht om te weten wat er met zijn persoonsgegevens gebeurt. De burger mag zijn gegevens - tegen betaling conform het Besluit kostenvergoeding Wbp - te allen tijde inzien en mag ook verzoeken tot onder andere correctie van zijn gegevens en bezwaar maken tegen de verwerking van zijn persoonsgegevens.

Organisaties die persoonsgegevens verwerken hebben bepaalde plichten. Zo mogen persoonsgegevens, kort gezegd, verzameld en verder verwerkt worden, mits daarvoor welbepaalde en uitdrukkelijk omschreven doelen zijn en deze doelen gerechtvaardigd zijn door bijvoorbeeld toestemming van de betrokken burger. Ook moeten zij - uitzonderingsgevallen daargelaten - de burger laten weten wat zij met zijn gegevens (gaan) doen.

De persoonsgegevens moeten beveiligd worden in een afgesloten ruimte/kast en zijn alleen in te zien door bevoegde personen ofwel ze bevinden zich op de computer, beveiligd met een wachtwoord.

De wet is van toepassing op alle vormen van het verwerken van persoonsgegevens, ongeacht of die verwerking nu op papier of in computerbestanden gebeurt. Verwerken is een heel ruim begrip: het omvat het gehele proces van verkrijgen, combineren, bewerken, opslaan, doorgeven tot vernietigen van gegevens. Het geheel of gedeeltelijk geautomatiseerd verwerken van persoonsgegevens moet in principe gemeld worden aan het College bescherming persoonsgegevens (CBP). Het CBP neemt die meldingen op in een openbaar register. Deze opname is geen rechtmatigheidstoets, dat wil zeggen opname betekent niet dat het CBP vindt dat de verwerking plaatsvindt in overeenstemming met de Wbp.

De Wbp is niet van toepassing op gegevensverwerking voor persoonlijk of huiselijk gebruik en slechts beperkt van toepassing op bijvoorbeeld journalistiek gebruik van persoonsgegevens.

Op de naleving van de Wbp wordt toezicht gehouden door het College bescherming persoonsgegevens.

Wet Klachtenrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ): Deze vervalt per 1 januari 2017**Inhoud van de wet**

De Wet Klachtenrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) is in werking getreden per 1 augustus 1995. Het doel van de WKCZ is de positie van de cliënt te verstevigen. De WKCZ verplicht zorgaanbieders tot een regeling voor de behandeling van klachten. De klachtenregeling moet voorzien in een onafhankelijke

behandeling van de klacht door een klachtencommissie. De te volgen procedure voor klachtenbehandeling is vrij nauwkeurig omschreven in de wet.

Een klacht kan betrekking hebben op de gekozen behandeling, de wijze waarop de behandeling is uitgevoerd, maar het kan ook gaan over hoe de cliënt is bejegend.

De wet in de praktijk

In de praktijk verplicht de WKCZ de individuele zorgaanbieder en instellingen tot een klachtenregeling en klachtencommissie. De wijze waarop de klachtregeling wordt opgezet en er inhoud aan wordt gegeven is overgelaten aan de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder.

Beroepsbeoefenaren in de intramurale zorg vallen onder de klachtenregeling die de instelling waarin zij werken, bijvoorbeeld het ziekenhuis, heeft getroffen. Beroepsbeoefenaren in de extramurale zorg hebben veelal binnen het verband van hun beroepsgroep een landelijke of regionale klachtenprocedure opgezet.

Het Kwaliteitsregister Paramedici vervult het secretariaat van de Landelijke Klachtencommissie Paramedici Eerstelijns. Deze gezamenlijke klachtencommissie is geformeerd door de volgende beroepsverenigingen:

- Diëtisten Coöperatie Nederland (DCN)
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- Ergotherapie Nederland (EN)
- Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM)
- Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH)
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)
- Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP)

Voor ergotherapeuten geldt in de meeste gevallen de klachtenregeling van de instelling waar de ergotherapeut zijn beroep uitoefent.

Raakvlakken met andere wetten

De WKCZ heeft raakvlakken met verschillende andere wetten, zoals de WGBO, de Wet BIG en de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

- Als de cliënt vindt dat de ergotherapeut niet voldoet aan de normen van de WGBO kan hij tegen deze schending van zijn rechtspositie protesteren bij de rechter. Als de cliënt het inschakelen van een rechter een te hoge drempel vindt, kan de WKCZ uitkomst bieden. De WKCZ geeft de mogelijkheid om klachten laagdrempelig en middels een betrekkelijk eenvoudige procedure van klachtbehandeling aan de orde te stellen.
- Zowel de Wet BIG als de Kwaliteitswet stellen eisen aan het op systematische wijze bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van de zorg. De WKCZ is een belangrijk instrument om te bewaken dat aan die eis wordt voldaan. Een

goede klachtenregeling vormt een onmisbaar onderdeel van het kwaliteitsbewakende systeem van de beroepsbeoefenaren. Klachten zijn te beschouwen als gratis adviezen voor de verbetering van de kwaliteit.

Conclusie voor verslaglegging

Over alle aspecten van de zorg waarbij een hulpverlener of organisatie is betrokken, kan in principe een klacht worden ingediend. Alle klachten moeten op zorgvuldige wijze behandeld worden door een onafhankelijke klachtencommissie.

Een goede verslaglegging draagt bij tot de mogelijkheid van een effectieve en eerlijke afhandeling van een klacht. Als een klacht betrekking heeft op de verleende zorg is de ergotherapeut die het zorgverleningsproces zorgvuldig heeft vastgelegd in het voordeel. Bij de behandeling van de klacht door de klachtencommissie kan de situatie op eenvoudige wijze gereconstrueerd worden wanneer die gegevens beschikbaar zijn.

Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg (Wbsn-z):

Het gebruik van het BSN in de zorg is verplicht volgens de Wet burgerservicenummer in de zorg (Wbsn-z) vanaf 1 juni 2009.

Alle zorgaanbieders moeten vanaf 1 juni 2009 het BSN gebruiken bij het uitwisselen van gegevens over cliënten. Het gebruik van het BSN voorkomt persoonsverwisselingen en medische fouten als gevolg van persoonsverwisselingen, het maakt declareren eenvoudiger en zorgt voor een betere bescherming tegen identiteitsfraude. Dit betekent dat zorgverleners verplicht zijn om:

- in alle berichtgevingen, zowel digitaal als op papier, tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars het burgerservicenummer van de cliënt te gebruiken;
- het burgerservicenummer van een cliënt te gebruiken om er zeker van te zijn dat de verwerking van de persoonsgegevens betrekking heeft op de cliënt;
- de identiteit van de patiënt vast te stellen met een wettelijk identificatiedocument dat wordt getoond bij het eerste contact met de zorgverlener: dit kan een geldig rijbewijs, paspoort of identiteitskaart zijn. De zorgaanbieder neemt de aard en het nummer van het gebruikte document op in de administratie. Het is niet toegestaan om een kopie, scan of foto te maken van het identiteitsbewijs;
- het burgerservicenummer van de cliënt te registreren in hun administratie.

Bijlage 2

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Om de kwaliteit van de zorgverlening door ergotherapeuten verder te verbeteren en om naar zorgverzekeraars, verwijzers, cliënten en de overheid toe de aangrijpingspunten, de inhoud en het effect van de zorgverlening inzichtelijk te maken, is een systematisch begrippenkader nodig dat te gebruiken is voor het creëren van helder taalgebruik. Ook vraaggestuurde zorg en de nadruk op multidisciplinaire zorg en ketenzorg vragen om een gemeenschappelijk begrippenkader.

Van bijzonder belang is een classificatie om het functioneren van cliënten te beschrijven. De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de wereld gezondheidsorganisatie (World Health Organisation (WHO) is een belangrijke classificatie die wereldwijd hét uitgangspunt is voor het beschrijven van het functioneren (World Health Organization, 2001).

Ook de Commissie Prestatiecoderingen van Ergotherapie Nederland (2015) gaat bij de ontwikkeling van een nieuwe 'lijst ergotherapeutische behandelcodes' uit van de categorieën van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

De ICF

Het doel van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is het verschaffen van een algemeen kader voor alle beroepen in de gezondheidszorg om de gezondheidsstatus te beschrijven door middel van een gezamenlijke standaardtaal. De ICF wordt gebruikt door vrijwel alle (para)medische en verpleegkundige beroepsgroepen, zoals o.a. fysiotherapie en logopedie.

De ICF bestaat uit een raamwerk van classificaties die tezamen een gestandaardiseerd begrippenapparaat vormen voor het beschrijven van het menselijk functioneren en de problemen die daarin kunnen optreden. De ICF bestaat uit 2 delen, namelijk deel 1. Het functioneren en deel 2. Factoren.

In deel 1, het functioneren, van de ICF worden twee componenten onderscheiden: "functies en anatomische eigenschappen" en "activiteiten en participatie" (WHO, 2001). Tabel 1 geeft een overzicht van de aspecten van het functioneren volgens de ICF. Het component "activiteiten en participatie" is het belangrijkste aandachts-

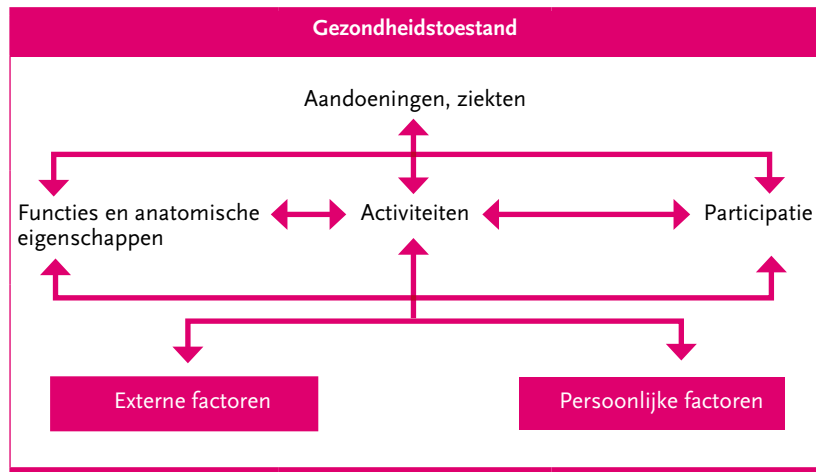
gebied binnen de ergotherapie. In Figuur 1 zijn de componenten van de ICF in een figuur weergegeven.

Een compilatie van de Nederlandse versie van de ICF is te downloaden via www.rivm.nl/who-fic/icf.htm (Napel & Vrankrijker, 2009). Hierin staan de categorieën op het eerste en op het tweede niveau genoemd. De categorieën op het derde en vierde niveau staan niet in deze compilatie, maar die zijn wel in de online-versie terug te vinden.

Tabel 1: Overzicht van de aspecten van het functioneren

Componenten	Deel 1: Functioneren		Deel 2: Factoren	
	Functies en anatomische eigenschappen	Activiteiten en Participatie	Externe factoren	Persoonlijke factoren
Classificaties	Functies Anatomische eigenschappen	Taken Handelingen Levensgebieden	Externe invloeden op het functioneren	Interne invloeden op het functioneren
Constructen	Afwijkingen in en verlies van fysiologische en mentale functies Afwijkingen in en het verlies van anatomische eigenschappen	Vermogen Uitvoering	Invloed van fysieke en sociale omgeving	Kenmerken van het individu
Positieve/ neutrale aspecten	Functionele en structurele integriteit Functioneren	Activiteiten Participatie	Ondersteunende factoren	Ondersteunende factoren
Negatieve aspecten	Stoornissen Functioneringsproblemen	Beperkingen Participatieproblemen	Belemmerende factoren	Belemmerende factoren

Figuur 1: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Activiteiten en participatie



De ICF definieert 'activiteiten' als: "onderdelen van iemands handelen." 'Participatie' wordt gedefinieerd als: "iemands deelname aan het maatschappelijk leven" (WHO, 2001). De ICF onderscheidt binnen de activiteiten en participatie van personen de volgende negen domeinen/classificaties (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2002; van Wel, 2002):

1. **Leren en toepassen van kennis:** dit gaat over het leren en het toepassen van het geleerde, het denken, het oplossen van problemen en het maken van beslissingen.
2. **Algemene taken en eisen:** dit heeft betrekking op het uitvoeren van eenvoudige en complexe taken, het organiseren van dagelijkse werkzaamheden en het omgaan met stress.
3. **Communicatie:** richt zich op alle algemene en specifieke vormen van communiceren, zoals het gebruik van taal, symbolen, het voeren van gesprekken en het gebruik van communicatiemiddelen.
4. **Mobiliteit:** varieert van het gebruik van een lichaamsdeel tot het bedienen van voertuigen.
5. **Zelfverzorging:** gaat over het wassen en verzorgen van het lichaam, over voedselgebruik en over aandacht hebben voor de eigen gezondheid, zoals bijvoorbeeld blijkt uit het opvolgen van gezondheidsadviezen.
6. **Huishouden:** bestaat uit het uitvoeren van dagelijkse werkzaamheden met betrekking tot de woning, voedselvoorziening en het ondersteunen van direct betrokkenen.

7. **Tussenmenselijke interacties en relaties:** gaat over alle vormen van vaardigheden van intermenselijk gedrag.
8. **Belangrijke levensgebieden:** is de samenvoeging van drie gebieden. Dit zijn alle vormen van educatie, werk (ook training en vrijwilligerswerk) en handelingen die belangrijk zijn in het economisch verkeer.
9. **Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven:** richt zich op het leven in de samenleving buiten de familie, zoals in de vrije tijd, religie en politiek.

'Occupation' staat centraal in de ergotherapie en wordt in de Nederlandse ergotherapieliteratuur vertaald als 'handelen'. De essentie is dat occupation-based ergotherapie gericht is op het mogelijk maken van de participatie van de cliënt van zijn betekenisvol handelen in zijn sociale omgeving. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de interactie persoon – omgeving – handelen (van Hartingsveldt e.a., 2010, le Granse & van Hartingsveldt, 2012). Bij het begrip 'occupation', oftewel het 'handelen', spelen de begrippen 'activiteiten', 'participatie' en 'externe factoren' uit het ICF een belangrijke rol (van Hartingsveldt e.a., 2010, le Granse & van Hartingsveldt, 2012).

Bijlage 3

Samenvattingskaart

o. Persoonsgegevens

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Naam en voorletters	Basis
2	Adres	Basis
3	Telefoon	Basis
4	Email	Plus
5	Geboortedatum	Basis
6	Geslacht	Basis
7	Burgerservicenummer	Basis
8	Identiteitsbewijs en nummer	Basis
9	Gegevens contactpersoon	Plus

1. Gegevens verwijzers/opdrachtgevers

1A. Aanmeldingen eerste, tot en met derde lijn

	Gegevens	Soort Gegevens
Gegevens huisarts		
1	Naam	Basis
2	Adres	Basis
3	Telefoonnummer	Basis
4	AGB-code	Basis
5	UZI nummer	Basis
6	Emailadres	Plus
7	Toestemming cliënt voor overleg met (huis)arts en/of opvragen gegevens bij (huis)arts en/of versturen DTE-bericht.	Basis

Gegevens behandelend ergotherapeut		
8	Naam	Basis
9	AGB-code	Basis
Gegevens verzekering		
10	Naam verzekeraar	Basis
11	Polisnummer	Basis
12	UZOVI nummer	Plus
Gegevens overige zorgverleners		
13	Contactgegevens overige zorgverleners	Plus
14	Toestemming cliënt voor overleg met overige zorgverleners en/of opvragen gegevens.	Plus

1B. Overige

	Gegevens	Soort Gegevens
Gegevens huisarts		
1	Naam	Plus
2	Adres	Plus
3	Telefoonnummer	Plus
4	AGB-code	Plus
5	UZI nummer	Plus
6	Emailadres	Plus
7	Toestemming cliënt voor overleg met (huis)arts en/of opvragen gegevens bij (huis)arts.	Plus
Gegevens behandelend ergotherapeut		
8	Naam	Basis
9	AGB-code	Basis
Gegevens verzekering		
10	Naam verzekeraar	Plus
11	Polisnummer	Plus
12	UZOVI nummer	Plus
Gegevens overige zorgverleners		
13	Contactgegevens overige zorgverleners	Plus
14	Toestemming cliënt voor overleg met overige zorgverleners en/of opvragen gegevens.	Plus

2. Aanmelding

2a. Aanmelding

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Datum aanmelding	Plus
2	Verwijsdatum	Basis
3	Naam verwijzer	Basis
4	Specialisme verwijzer	Basis
5	Adres verwijzer	Plus
6	AGB-code verwijzer	Plus
7	UZI-code verwijzer	Plus
8	Verwijsdiagnose/diagnostische gegevens	Basis
9	Beleid verwijzer tot nu toe	Plus
10	Reden voor verwijzing	Plus
11	Reden voor opname (intramuraal)	Plus
12	Indicatie ongeval	Basis

2b. Aanmelding Directe Toegankelijkheid Ergotherapie (DTE)

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Datum screening	Plus
2	Screeningsformulier DTE	Basis
3	Rapportageformulier DTE	Basis
4	Indicatie ongeval	Basis

2c. Overige

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Datum aanmelding	Basis
2	Naam opdrachtgever	Basis
3	Adres opdrachtgever	Basis
4	Verwijsdiagnose	Basis
5	(consult) vraag	Basis

3. (Hetero) anamnese

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Hulpvraag van cliënt	Basis
2	Hulpvraag van cliëntstelsysteem	Plus
3	Verwachtingen van cliënt	Basis
4	Verwachtingen van cliëntstelsysteem	Plus
5	Gehanteerd meetinstrument	Basis
6	Aanvullende medische gegevens	Plus
7	Medicatie	Plus
8	Mening cliënt over gezondheidstoestand	Plus
9	Andere/eerdere zorg	Plus
10	Opleiding/school/werk	Plus
11	Sociale omgeving	Basis
12	Fysieke omgeving	Plus
13	Aanwezige voorzieningen	Plus
14	Huidig functioneren	Basis

4. Aanvullend onderzoek

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Diagnostisch onderzoek	Basis
2	Gehanteerd meetinstrument	Basis

5. Analyse

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Ergotherapeutische probleemanalyse/diagnose	Basis
2	Ontslagbestemming	Plus
3	Indicatie ergotherapie ja/nee	Basis

6. Behandelplan

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Hoofddoel	Basis
2	Subdoelen	Plus
3	Multidisciplinair resultaat/doel	Plus
4	Multidisciplinaire afspraken	Plus
5	Geplande verrichtingen/prestaties	Plus
6	Besproken met/akkoord cliënt	Basis
7	Toestemming voor voorbehouden/ risicovolle handeling	Plus
8	Verwacht aantal sessies	Plus
9	Verwachte/geplande evaluatiemoment(en)	Plus

7. Behandeling

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Datum sessie	Basis
2	Behandellocatie	Plus
3	Naam behandelend ergotherapeut	Basis
4	Sessieverslag a) Beloop functioneren b) Uitgevoerde verrichtingen c) Evaluatie/beoordeling therapeut d) Plan voor volgende sessie	Basis
5	Bijstelling ergotherapeutische diagnose	Plus
6	Bijstelling behandelplan	Plus
7	Overleggegevens	Plus
8	Tussenresultaten	Plus
9	Datum tussenverslag aan verwijzer	Plus

8. Eindevaluatie

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Datum eindevaluatie	Basis
2	Gehanteerd meetinstrument ten behoeve van evaluatie	Basis
3	Realisatie behandeldoelen/behandelresultaat	Basis
4	Afwijkingen verwacht behandelbeloop	Plus
5	Oordeel over samenwerking en behandelproces	Plus

9. Afsluiting

	Gegevens	Soort Gegevens
1	Datum afsluiting	Basis
2	Reden einde zorg	Basis
3	Nazorg of afspraken	Plus
4	Datum verslaggeving verwijzer	Plus
5	Datum cliënttevredenheidsonderzoek	Plus

Afkortingen

AGB	Algemeen Gegevens Beheer
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Gezondheidszorg
BSN	Burgerservicenummer
CBP	College Bescherming Persoonsgegevens
CEO	Cliënt Ervaringsonderzoek
DCN	Diëtisten Coöperatie Nederland
DTE	Directe Toegang Ergotherapie
EN	Ergotherapie Nederland
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
KWZ	Kwaliteitswet Zorginstellingen
MDO	Multidisciplinair Overleg
NVD	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
NVH	Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten
NVM	Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist
NVvP	Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PROM	Patient Related Outcome Measurement
SMART	Specifiek; Meetbaar; Acceptabel; Realistisch; Tijdgebonden
UZI	Unieke Zorgverlener Identificatie
UZOVI	Unieke ZorgVerzekeraars Identificatie
VBC	Vereniging Bewegingsleer Cesar
VvOCM	Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBP	Wet bescherming persoonsgegevens
Wbsn-z	Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WHO	World Health Organization
WKCZ	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
Wlz	Wet langdurige zorg

Verantwoording

De *Richtlijn Verslaglegging* is een volledig herziene versie van de Minimumeisen Verslaglegging Ergotherapie uit 2000. De richtlijn is tot stand gekomen in de 'Werkgroep Verslaglegging' onder leiding van Ergotherapie Nederland. De werkgroep bestaat uit ergotherapeuten uit diverse werkvelden, te weten eerstelijns, tweedelijns, en diverse doelgroepen (kinderen, volwassenen, ouderen). De werkgroep is 9 keer bijeen gekomen over de periode april 2014 tot mei 2015. De richtlijn is voorafgaand aan publicatie getoetst door een klankbordgroep bestaande uit ergotherapeuten uit diverse werkvelden. Aan de hand van de feedback van de klankbordgroep is de richtlijn aangepast en verbeterd.

Werkgroepleden

Eindredactie

Annemarieke Bouma	Ergotherapiepraktijk Plan4
Maaïke Langelaan	Commissie richtlijnen Ergotherapie Nederland
Miranda Wissels-Dik	Omring Advies- en BehandelCentrum, Hoorn, ouderenzorg

Werkgroepleden Richtlijn Verslaglegging

Annemarie Koopman	Rijnhoven
Annemarieke Bouma	Ergotherapiepraktijk Plan4
Annemiek Jacobs	Zorgteam MC groep, Lelystad
Carla van Berkel	Kinderergotherapie Parkstad, Heerlen
Cathalijn Blaas	Eerstelijns praktijk 'ergotherapiemaatwerk'
Gera Lambrechts	ErgoCentraal, Deventer
Ilona Zwaan-Cuperus	Handpolscentrum Diakonessenhuis Zeist/Utrecht
Ilse Daamen	Ergotherapie Ilse Daamen, Rotterdam
Jacqueline Leenders	De Hoogstraat, revalidatie, Utrecht
Karin van Panhuis	znwv
Lies Bouwmeester	Praktijk voor Ergotherapie
Linda Hölzel - Slort	Kinderergotherapie in Beweging, Lelystad
Maaïke Langelaan	Commissie richtlijnen Ergotherapie Nederland
Maaïke van de	
Wetering-Wolswinkel	Norschoten
Marjan Boon	Amstelring, eerstelijns therapeut
Marjolein Kuiper	Kinderergotherapie ZiP
Miranda Wissels-Dik	Omring Advies- en BehandelCentrum, Hoorn, ouderenzorg

Klankbordgroep

Theo van der Borm	Directeur-bestuurder Ergotherapie Nederland
Lucelle van de Ven-Stevens	Beleidsmedewerker Ergotherapie Nederland
Angelie Sanders	Projectleider project EiS
Marieke Huson - Kramer	Ergotherapeut De Haere
Ingrid Sturkenboom	Lid Commissie Richtlijnen Ergotherapie Nederland
Therese van Gelder	Lid Commissie Richtlijnen Ergotherapie Nederland
Brigitte van	
Meggelen-Boelaars	Ergotherapeut Rijndam Revalidatiecentrum
Rosan Pitstra	Praktijkhouder Ergotherapie, De Zorgcirkel
Ketp werkgroep	

DE RICHTLIJN VERSLAGLEGGING ERGOTHERAPIE is een volledig herziene versie van de Minimumeisen Verslaglegging Ergotherapie uit 2000.

Deze *Richtlijn verslaglegging* beschrijft de afspraken die binnen de beroepsgroep zijn gemaakt over welke gegevens vastgelegd moeten worden. Het gaat hierbij dus om de verslagleggingseisen die gelden voor elke ergotherapeut en voor elk werkveld. Waar nodig kunnen deze eisen uitgebreid worden met specifieke items voor de verschillende werkvelden.

Deze richtlijn verslaglegging is opgesteld om de uniformiteit in de werkwijze van de ergotherapeut te bevorderen, met als doel de kwaliteit van de ergotherapeutische behandeling te verbeteren. Kernwoorden hierbij zijn: doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht. De vast te leggen gegevens worden per fase van het ergotherapeutisch behandelingsproces beschreven. De samenvattingskaart biedt een totaaloverzicht van alle minimaal vast te leggen gegevens.

Deze richtlijn is tot stand gekomen in de 'Werkgroep Verslaglegging' onder leiding van Ergotherapie Nederland en is bedoeld voor alle ergotherapeuten die behandelen of een adviserende functie hebben.