

NVO Concept Richtlijn Osteopathische Verslaglegging



Voorwoord

Om de maatschappelijke positie van de osteopathie in Nederland te verbeteren zijn op verschillende vlakken ontwikkelingen noodzakelijk.

Het vak zal verder wetenschappelijk onderbouwd moeten worden, er zal blijvend geïnvesteerd moeten worden in de organisatie van bestuur en register, en niet in de laatste plaats zal de praktijkvoering verder geprofessionaliseerd moeten worden.

Wat dit laatste aspect betreft neemt het dossier een belangrijke plaats in.

Los van de juridische verplichting biedt het goed bijhouden van het dossier ook veel voordelen.

Allereerst natuurlijk voor de patiëntveiligheid. Daarnaast geeft het ook beter inzicht in het proces van de behandeling en daarmee de mogelijkheid te reflecteren op het eigen handelen.

Hoewel de meeste osteopaten reeds dossier bijhouden wordt door deze richtlijn voor iedereen inzichtelijk waar eventueel verbeteringen mogelijk zijn. Hoewel er individuele interpretaties mogelijk blijven zal de eenduidigheid toenemen, wat de communicatie binnen de beroepsgroep ten goede zal komen. Verder biedt het dossier mogelijkheden voor het opzetten van een database waardoor inzichtelijk gemaakt kan worden waar de kracht van de osteopathie ligt.

Kortom een belangrijke stap in de richting van een gezonde toekomst voor de osteopathie.

Mendel Blokland

Inhoud

Voorwoord	1
1 Inleiding.....	3
2 Totstandkoming	4
Een richtlijn, wat is dat?	4
Werkgroep	4
Procedure.....	4
Implementatie.....	5
Evaluatie.....	5
3 Doelstellingen van verslaglegging	6
4 Juridische aspecten van verslaglegging.....	7
Wettelijk kader alternatieve behandelaars.....	7
Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens	7
Dossierplicht	7
Globale inhoud van het dossier	7
Beheer van het dossier	8
Bewaartermijnen	8
Meldingsplicht.....	8
Patiëntenrechten met betrekking tot het dossier	9
5 Verantwoording	10
Wijze van vastleggen.....	10
Welke gegevens moeten worden vastgelegd?	10
Verslaglegging per stap in het osteopathische behandelproces.....	10
Diagnostische fase de aanmelding.....	11
Diagnostische fase de Anamnese.....	11
Diagnostische fase het Onderzoek.....	12
Diagnostische fase de Osteopathische diagnose	12
Therapeutische fase het Behandelplan.....	13
Therapeutische fase de Behandeling	13
Therapeutische fase de Evaluatie	14
Therapeutische fase de Afsluiting	14
6 Aanbevelingen	15
7 Referentielijst.....	16
Bijlage Samenvattingskaart Richtlijn	17

1 Inleiding

Dit document beschrijft de (concept) richtlijn voor osteopathische verslaglegging.

Naar aanleiding van een aantal tuchtzaken is in 2011 door het NRO College van Toezicht (CvT) aan de NVO gevraagd om een richtlijn uit te werken voor osteopathische verslaglegging. Tevens is voor een goede onderbouwing van ons vak een gedegen dossiervorming van belang.

In een dossier worden op systematische wijze gegevens genoteerd en bewaard. Een dossier dat is opgezet volgens dit model kan voor verschillende doelen worden gebruikt:

- Ondersteuning methodische werkwijze: de structuur van het dossier en de onderdelen die hierin zijn opgenomen, ondersteunen de osteopaat bij een methodische werkwijze.
- Reflectie: het dossier geeft de osteopaat inzicht in zijn eigen handelen (kwaliteitsverbetering).
- Wetenschappelijk onderzoek: een meer eenduidige wijze van noteren van gegevens is voorwaarde voor het doen van wetenschappelijk onderzoek.
- Professionalisering: door middel van een dossier expliciteert de beroepsgroep haar specifieke werkwijze en kan zij zich onderscheiden van andere beroepsgroepen (1).

De Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) verplicht iedere hulpverlener aantekeningen in een dossier bij te houden voor zover die van belang zijn voor een goede hulpverlening. In de WGBO wordt eveneens gesteld dat het behandelplan, dat een onderdeel is van het dossier, in overleg met de cliënt wordt opgesteld. Hierna geeft de patiënt (al dan geen) toestemming voor de behandeling (2).

De opbouw van het modeldossier in de richtlijn bestaat uit een aantal delen, te weten de aanmelding, diagnostiek, osteopathische diagnose, behandelplan, behandeling, evaluatie en afsluiting. Deze onderdelen worden nader toegelicht.

Een samenvatting van het dossier vindt u in hoofdstuk 5

In de ontwikkelingsfase van de richtlijn hebben we ons breed georiënteerd en staan we uitvoerig stil bij de totstandkoming, de doelstellingen de juridische aspecten en de verantwoording van de concept richtlijn richtlijn.

Tot slot worden er een aantal aanbevelingen gedaan die bij kunnen dragen aan de verbetering en actualisatie van de richtlijn.

2 Totstandkoming

Dit document is de eerste Nederlandse NVO-richtlijn Osteopathische Verslaglegging. Naar aanleiding van een aantal tuchtzaken is in 2011 door het NRO College van Toezicht (CvT) aan de NVO gevraagd om een richtlijn uit te werken voor osteopathische verslaglegging. Reden hiervoor was de constatering van het CvT dat in een aantal tuchtzaken sprake was van zeer gebrekkige verslaglegging. Met een Richtlijn Osteopathische Verslaglegging geeft de NVO een advies voor de verslaglegging en zal het NRO verzocht worden regelgeving te verzorgen t.b.v. het visitatie- en registratiebeleid.

Een richtlijn, wat is dat?

De Regieraad Kwaliteit van Zorg heeft de volgende definitie van een richtlijn geformuleerd: “Een richtlijn is een document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en patiënten, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op wetenschappelijk onderzoek, expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers.” (3)

Wat is het verschil tussen een richtlijn en een protocol? De vrijheid van handelen is bij een protocol beperkt, in tegenstelling tot bij een richtlijn. Richtlijnen zijn richtinggevend. Richtlijnen geven aan **wat** er gedaan **kan** worden. Een protocol geeft stap voor stap aan **hoe** iets gedaan **moet** worden. Een protocol is een voorschrift of middel om tot kwalitatief goede en verantwoorde zorg te komen. Een richtlijn is een hulpmiddel om tot kwalitatief goede en verantwoorde zorg te komen (4).

Werkgroep

De NVO heeft het verzoek van het NRO opgepakt en via de SWOO is een werkgroep samengesteld voor de uitwerking van een richtlijn voor verslaglegging in de osteopathische praktijk. De opdracht van de werkgroep was een richtlijn uit te werken waarin de minimum eisen voor verslaglegging zijn uitgewerkt en onderbouwd aan de hand van wet- en regelgeving. Met het uitwerken van een conceptversie voor het dossier is de werkgroep aan de slag gegaan, is er een verantwoording geschreven en is het concept dossier uitgetoetst door een testgroep bestaande uit osteopaten.

De werkgroep bestaat uit de volgende leden:

Mendel Blokland, Osteopaat D.O.-MRO, bestuurslid NVO (leider werkgroep SWOO)

Sander Tolenaar, Osteopaat D.O.-MRO (SWOO)

Harold Launspach, Osteopaat D.O.-MRO (SWOO)

Procedure

Het concept dossier is tot stand gekomen door bestaande richtlijnen voor (para-) medische verslaglegging als basis te nemen en aan te passen aan het osteopathische behandelproces.

Voor de ontwikkeling van deze richtlijn was het uitgangspunt te komen tot een document waarin een advies wordt gegeven voor wat minimaal mag worden verwacht van osteopathische verslaglegging. Via mail is namens het bestuur een oproep gedaan aan alle NVO-leden om mee te werken aan een pilot verslaglegging. Hiermee werden osteopaten uitgenodigd om gedurende 3 maanden met een conceptversie van het dossier te gaan werken. Er was een representatieve respons van bijna 30

praktijken die zich aanmeldden voor de pilot. Alle aangemelde praktijken kregen een instructie en een digitale of schriftelijke versie van het dossier bedoeld om te gebruiken voor de verslaglegging. Gedurende de testperiode werd besloten deze te verlengen tot 5 maanden om de testgroep wat ruimer de tijd te gunnen het dossier te leren kennen en toe te passen. Tijdens en na afloop van deze periode werden alle op- en aanmerkingen van de gebruikers geïnventariseerd en aangepast in de eindversie. Hiermee heeft de werkgroep gemeend een breed gedragen richtlijn osteopathische verslaglegging te kunnen voorstellen. Deze richtlijn is voorzien van een onderbouwing waarbij is gekeken naar wet- en regelgeving (o.a. WGBO) en bestaande richtlijnen van (para-) medische beroepsgroepen zoals KNMG, NHG en KNGF.

Deze richtlijn kan door de osteopaat gebruikt worden om de eigen verslaglegging onder de loep te nemen en indien nodig aan te passen. Het is een leidraad voor softwareontwikkelaars en kan dus ook gezien worden als een pakket van eisen van minimaal op te nemen stappen in de elektronische verslaglegging.

Implementatie

Het is het voornemen van de NVO om deze Richtlijn Osteopathische Verslaglegging op korte termijn als advies richtlijn voor te stellen aan haar leden. Het doel is om de richtlijn per 1-1-2013 onder alle leden verspreid te hebben en hen het advies te geven met de richtlijn aan het werk te gaan. Natuurlijk vergt dit veel aanpassingen voor de osteopaat in de dagelijkse praktijk: er bestaat in de meeste gevallen al een systeem voor de verslaglegging en dat moet nu tegen het licht gehouden worden. Het is geenszins de bedoeling van de werkgroep noch de NVO om uw bestaande methodieken overhoop te gooien. Deze richtlijn is wel een meetlat en waarlangs u uw bestaande wijze van verslagleggen kunt leggen en indien nodig kunt aanpassen. Ook softwareleveranciers dienen mogelijk aanpassingen te doen op basis van deze richtlijn. Dit proces kost tijd en iedereen moet voldoende gelegenheid hebben om zich dit eigen te maken. De werkgroep zal hiermee in haar advies aan het NRO rekening houden. De laatste kan de richtlijn in een later stadium meenemen in de visitatie/registratie van de leden. De NVO stelt een verplichte implementatie voor per 1-1-2014 nadat in de loop van 2013 resultaten van een evaluatie zijn verwerkt.

Evaluatie

Een richtlijn is altijd in ontwikkeling en zal regelmatig geëvalueerd moeten worden op haar effectiviteit en doelstellingen. Binnen andere beroepsgroepen en organisaties wordt er vaak in overleg met de betrokken beroepsverenigingen bepaald wanneer een richtlijn geactualiseerd zou moeten worden (5; 6; 3). Om dit moment te bepalen dient met een bepaalde frequentie, bijvoorbeeld jaarlijks, beoordeeld te worden of de richtlijn nog actueel is (7).

3 Doelstellingen van verslaglegging

In een dossier worden op systematische wijze gegevens genoteerd en bewaard. Een dossier dat is opgezet in de lijn van deze richtlijn kan voor verschillende doeleinden worden gebruikt:

- *Methodisch handelen*
Verslaglegging ondersteunt het eigen methodisch handelen van de osteopaat. Door het registreren van behandel- en neveneffecten biedt het een instrument ter reflectie op het eigen handelen. Voorts wordt hierdoor de voortgang van de osteopathische behandeling bewaakt (5).
- *Voldoen aan wet- en regelgeving*
Er zijn een aantal wetten en regelingen van toepassing op het osteopathische zorgverleningsproces. Deze juridische aspecten worden uitgewerkt in een apart hoofdstuk.
- *Bescherming van cliënt en osteopaat*
Naast de wettelijke plicht van het verslagleggen, biedt een goed onderhouden dossier de hulpverlener een uitstekend verweermiddel wanneer er een klacht tegen hem wordt ingediend. Hij zal zich in dat geval gemakkelijk voldoende rekenschap kunnen geven van de uitgevoerde behandeling (5).
- *Intercollegiaal overleg, interdisciplinair overleg*
Van belang is dat de osteopaat de verwijzer, medebehandelaar of waarnemer adequaat kan informeren (5; 2).
- *Statistiekfunctie*
Uniformiteit in verslaglegging is essentieel voor het kunnen verkrijgen van data voor wetenschappelijk onderzoek. Het meenemen van een advies voor statistiek in het kader van wetenschappelijk onderzoek was voor deze richtlijn nog geen doelstelling maar kan in volgende versies worden uitgewerkt
- *Professionalisering*
Door middel van een dossier expliciteert de beroepsgroep haar specifieke werkwijze en kan zij zich onderscheiden van andere beroepsgroepen (1).

4 Juridische aspecten van verslaglegging

Wettelijk kader alternatieve behandelaars

Alternatieve behandelaars hebben met verschillende wetten te maken. De hieronder beschreven 'juridische aspecten' staan beschreven in de volgende wetten: BIG -Beroepen Individuele Gezondheidszorg (8), KZI-Kwaliteitswet Zorginstellingen (9), WBP-Wet Bescherming Persoonsgegevens (10), WGBO (2), WKCZ (11) en Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens (12).

Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens

In de 'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens', kortweg 'de Richtlijnen' genoemd, komen de uitwisseling, opslag en vernietiging van medische gegevens aan bod. Bestaande wetgeving wordt beschreven, evenals de interpretatie en de aanvulling daarvan (12).

De Richtlijnen vormen de basis voor de juridische onderbouwing voor de verslaglegging, zoals deze wordt gebruikt voor de osteopathie aangevuld met opmerkingen uit bovenstaande wetten.

Hoewel de alternatieve behandelwijzen niet vanuit overheidswege gereguleerd zijn, is er een maatschappelijke opvatting ontstaan dat zij geacht worden volgens de geest van de wet te werken, dus ook te doen aan kwaliteitszorg.

Dossierplicht

De Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO) verplicht hulpverleners om met betrekking tot de behandeling van een patiënt een dossier in te richten (2).

In het dossier moet de osteopaat alle gegevens betreffende de behandeling en de begeleiding van de patiënt bijhouden, voor zover dit voor een goede hulpverlener noodzakelijk is.

Deze verplichting is er, omdat een zorgvuldig bijgehouden dossier van belang is voor zowel de kwaliteit als de continuïteit van zorg aan de patiënt. De dossierplicht dient ook het recht van de patiënt op goede informatievoorziening. De patiënt kan dit recht effectueren via het recht op inzage en het recht op afschrift. Het dossier kan tevens een rol spelen bij de verantwoording en toetsbaarheid van het therapeutisch handelen van de osteopaat in bijvoorbeeld juridische procedures (2).

Voor het afhandelen van klachten is een zorgvuldig bijgehouden dossier van groot belang. Uit jurisprudentie blijkt dat van een hulpverlener mag worden verlangd dat hij voldoende feitelijke gegevens verstrekt en ervoor zorgt dat de patiënt bij de bewijslevering niet met lege handen staat.

Globale inhoud van het dossier

De wet eist dat in het dossier gegevens worden opgenomen betreffende de gezondheid van de patiënt en de verrichtingen die bij de patiënt zijn uitgevoerd voor zover dit voor een goede hulpverlening aan de patiënt noodzakelijk is (2).

Over het algemeen worden in het dossier de volgende gegevens vastgelegd: de inhoud van het therapeutisch handelen, gegevens die een rol spelen bij het onderhouden van de continuïteit van zorg, gegevens die voor een patiënt ook bij de volgende behandeling of onderzoek relevant kunnen zijn (12).

Op grond van de artikelen 7:448 en 7:450 BW moet de patiënt op duidelijke wijze geïnformeerd worden over het voorgenomen onderzoek of de voorgenomen behandeling. De patiënt kan op basis van die informatie namelijk besluiten om toestemming te geven voor een behandeling. De osteopaat noteert in het dossier of en welke informatie gegeven is.

Ook wordt in het dossier vastgelegd of de patiënt (of zijn vertegenwoordiger) toestemming heeft gegeven voor de behandeling (2).

Op verzoek van de patiënt moet de osteopaat noteren voor welke verrichtingen van ingrijpende aard (denk aan inwendige technieken) toestemming is gegeven. Dit geldt alleen voor verrichtingen van ingrijpende aard.

Beheer van het dossier

De dossierplicht rust ingevolge artikel 7:454 BW op de hulpverlener (2). Werkt de osteopaat niet in een instelling, dan is hij 'verantwoordelijke' voor het dossier. Binnen een instelling is dat de Raad van Bestuur. De verantwoordelijke dient het dossier in stand te houden en te beheren. Naast de instelling blijft de individuele hulpverlener medeverantwoordelijk voor het beheer van de dossiers. Bovendien is de hulpverlener aanspreekbaar op de inhoud van het dossier en moet betrokken worden als de patiënt gebruik wil maken van zijn patiëntrechten.

De alternatieve behandelaar valt onder de wet KZI (9) zodra hij in een in de wet genoemde instelling werkt.

De verantwoordelijke heeft een informatieplicht jegens degene van wie hij gegevens bewaart. Deze informatieplicht omvat de identiteit van de verantwoordelijke en het doel van de gegevensverwerking. Daarnaast moet de verantwoordelijke overige gegevens verstrekken die relevant zijn.

Ook moet de verantwoordelijke passende beveiligingsmaatregelen treffen, zodat gewaarborgd is dat een onbevoegde geen toegang tot de dossiers heeft (13).

Bewaartermijnen

Medische dossiers worden volgens de wet tenminste gedurende vijftien jaar bewaard.

Algemeen wordt aangenomen dat het begin van de bewaartermijn start op het moment dat de behandeling is afgerond. Na vijftien jaar moeten de gegevens vernietigd worden, tenzij er sprake is van een uitzondering (12).

Meldingsplicht

In principe dienen gegevensverwerkingen gemeld te worden aan het College Bescherming Persoonsgegevens. Deze verplichting geldt voor gegevens die op wat voor wijze dan ook in een computer verwerkt worden, niet voor handgeschreven administraties.

Vrijstelling van deze meldingsplicht zijn geregeld in het Vrijstellingsbesluit. Art. 16 van dit besluit stelt beroepsbeoefenaren onder de wet BIG vrij (8). Dat zou betekenen dat alternatieve behandelaars niet zijn vrijgesteld.

Echter, de strekking van het vrijstellingsbesluit is om die gegevensverwerkingen vrij te stellen die veel voorkomen en waarvan het bestaan algemeen bekend mag worden verondersteld.

De voorzichtige conclusie is dan ook dat alternatieve behandelaars zijn vrijgesteld van melding zolang ze binnen de grenzen blijven van art.13 van de WGBBO (2; 8).

Patiëntenrechten met betrekking tot het dossier

Inzage en afschrift van het dossier

De patiënt heeft recht op inzage in en afschrift van zijn dossier. In de WGBO (2) is aan de patiënt het recht toegekend op inzage in en afschrift van zijn medisch dossier. Het recht van de patiënt op kennisneming van de gegevens, die over hem worden opgeslagen heeft een fundamenteel karakter. Dit betekent dat het de patiënt niet onthouden mag worden zijn dossier in te zien en/of daarvan een kopie op te vragen.

Uitzondering

Op de hoofdregel dat de patiënt zijn dossier mag inzien, bestaat slechts één uitzondering: Geen inzage in, of afschrift van (een deel van) het dossier wordt verleend als de persoonlijke levenssfeer van een ander daardoor wordt geschaad, en diens belang een overwegend karakter heeft. Dit is van toepassing bij gegevens die door de partner van de patiënt of door een familielid aan de osteopaat zijn verstrekt in het vertrouwen dat de patiënt ze niet te zien krijgt.

De genoemde uitzondering kan zich ook voordoen bij gescheiden ouders, die gezamenlijk gezag over een kind hebben. Beiden hebben dan als vertegenwoordiger recht op inzage in het dossier. Het inzagerecht mag door de hulpverlener worden beperkt als het geven van inzage aan de ene ouder, de privacy van de andere ouder zou schaden.

Als de patiënt om inzage of afschrift vraagt moet de hulpverlener hier zo spoedig mogelijk gehoor aan geven. Algemeen wordt aangenomen dat dit binnen twee tot vier weken dient te gebeuren.

Verklaring toevoegen aan dossier, recht op correctie en afscherming

Op verzoek van de patiënt voegt de hulpverlener een door de patiënt afgegeven verklaring aan het dossier toe, die betrekking heeft op de in het dossier opgenomen stukken.

De patiënt heeft het recht feitelijke onjuistheden in het dossier te corrigeren. Met feitelijke onjuistheden wordt bijvoorbeeld bedoeld een foute vermelding van adresgegevens of onjuiste gegevens over onderzoeken en behandelingen in het verleden.

De hulpverlener dient op verzoek van de patiënt gegevens af te schermen die feitelijk onjuist zijn, voor het doel of de doeleinden van de verwerking onvolledig of niet ter zake dienend zijn. Afschermen kan bijvoorbeeld nodig zijn als de verwerking van de persoonsgegevens weliswaar onrechtmatig is, maar de gegevens toch bewaard moeten blijven met het oog op mogelijke gerechtelijke procedures.

Recht op verwijdering en vernietiging

De patiënt heeft het recht om de op hem betrekking hebbende patiëntengegevens te laten vernietigen. Een verzoek daartoe dient in beginsel te worden gehonoreerd.

Het beroepsgeheim en het recht op geheimhouding

De hulpverlener heeft de plicht te zwijgen over alles wat hem bekend wordt in het kader van de behandeling.

5 Verantwoording

Het systematisch vastleggen van gegevens over het osteopathische zorgverleningsproces ondersteunt de methodische werkwijze. Zoveel diversiteit als er enerzijds bestaat in de praktische handelswijze (t.g.v. variaties in de gekozen nascholingsroute), anderzijds werkt de Nederlandse osteopaat procesmatig op overeenkomstige wijze. Deze richtlijn stelt geen eisen voor de inhoud van de diagnostische of behandelkeuzes maar geeft een advies voor de registratie van het diagnostisch en behandelproces. Hier is gekozen aan te sluiten bij de indeling zoals bij (para-)medische beroepsgroepen gebruikelijk is, in het bijzonder de fysiotherapeuten (5).

Wijze van vastleggen

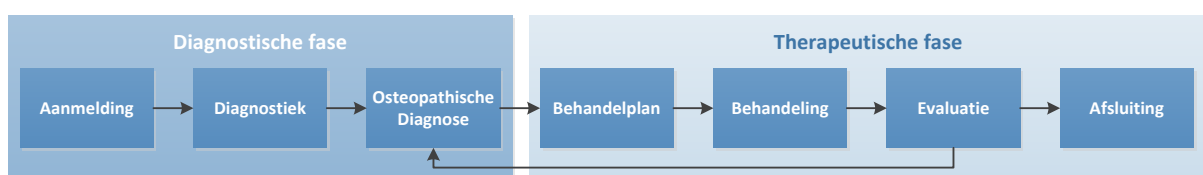
De richtlijn stelt geen eisen aan de wijze van vastleggen m.b.t. de notatie van gegevens. D.w.z. dat het de osteopaat vrij staat diens eigen notatiesystematiek en gebruik van symbolen, afkortingen etc. te gebruiken. Wel adviseert de werkgroep hierin zoveel mogelijk standaardisatie na te streven.

Welke gegevens moeten worden vastgelegd?

Het osteopathische zorgverleningsproces wordt gekenmerkt door een aantal fases (bv. diagnostische en therapeutische fase, etc.). In elk van deze fases zijn een aantal stappen die worden doorlopen (bv. anamnese, onderzoek, etc.). In dit hoofdstuk zal een indeling van deze fases met de bijbehorende stappen worden beschreven en zal per stap worden gemotiveerd welke gegevens dienen te worden vastgelegd. Deze indeling zorgt er voor dat de osteopathische verslaglegging voor de gehele beroepsgroep transparant wordt. Dit doet recht aan de eerder beschreven vraag van de NRO commissies.

Verslaglegging per stap in het osteopathische behandelproces

Per stap zal nu worden aangegeven welke gegevens minimaal moeten worden vastgelegd. Het gaat er om dat het voor uzelf en eventueel voor de patiënt (bij inzagerecht) of indien nodig ook externen (zoals een klachtcommissie), achteraf duidelijk te toetsen is op welke wijze gebeurtenissen hebben plaatsgevonden of afspraken zijn gemaakt. Het zal geregeld voorkomen dat een vraag niet van toepassing blijkt of dat een vraag geen antwoorden oplevert (bv. de vraag naar medicatie wordt negatief beantwoordt). In dit geval adviseert de werkgroep om hiervan notitie te maken door een symbool (-) of afkorting (zoals n.v.t. –niet van toepassing of g.d.a.-geen duidelijke afwijkingen) te gebruiken. Het is hierdoor transparant uit het dossier op te maken dat u in ieder geval naar deze gegevens heeft gevraagd.



Diagnostische fase de aanmelding

Wanneer de patiënt zich aanmeldt legt u de administratieve gegevens (naw-gegevens) vast. Om op voorhand te kunnen inschatten of de patiënt bij de osteopaat in het algemeen of bij u op de juiste plaats is kan hier al gevraagd worden naar de reden van aanmelding. Hiermee kan een vertraging in het verkrijgen van de juiste (wellicht andere dan osteopathische) zorg worden voorkomen.

Aanmelding	
Achternaam	Omschrijving klacht
Initialen	i.v.t. vraagstelling verwijzer
Geboortedatum	
Adres- en contactgegevens	
Huisartsgegevens	

Diagnostische fase de Anamnese

In de anamnese legt u alle gegevens vast die tijdens het eerste consult worden gevraagd. Ook gegevens die verkregen zijn met vragenlijsten, relevante onderzoeksgegevens die de patiënt mee brengt (röntgenverslagen, overdrachten, etc.) of op een later moment verkregen relevante informatie worden hier vastgelegd.

Reden van contact/hulpvraag: Tijdens het eerste consult zal de patiënt de reden van het bezoek aan de osteopaat verwoorden en zal de osteopaat vragen stellen om deze hulpvraag duidelijk te krijgen. Het advies is om de hulpvraag zo exact mogelijk vast te leggen.

Klachtbeschrijving, ontstaansgeschiedenis, beloop: De osteopaat zal vragen stellen over de aard, het ontstaan en de evolutie van de klachten. De osteopaat kan volstaan met een samenvattende omschrijving en zal hiervoor door ervaring een eigen methodiek van noteren hebben ontwikkeld. Wat hier genoteerd wordt ondersteunt het klinisch redeneren en de uiteindelijke analyse van het gezondheidsprobleem, de osteopathische diagnose.

Medische voorgeschiedenis: Hier wordt gevraagd naar alle (relevante) gegevens die betrekking hebben op de medische voorgeschiedenis van de patiënt. Het advies is van elk item de aard, datum en/of periode en de reden te noteren. Bv. bij een knieoperatie noteert de osteopaat: "TKP rechts, 4-2011, posttraumatische artrose"

Overige factoren:

Dit betreft alle overige factoren die in de beoordeling van het gezondheidsprobleem relevant kunnen zijn. Het advies is deze gegevens samenvattend vast te leggen.

Tractusanamnese:

Een essentieel onderdeel van het osteopathische diagnostische proces is de tractusanamnese. Hier wordt doorggevraagd naar alle gegevens op het gebied van doorgemaakte ziektes, aandoeningen en klachten. Er is in de richtlijn een structuur in *tracti* voorgesteld om aan te sluiten bij regulier taalgebruik. Veel osteopaten gebruiken uitgebreide vragenlijsten die de patiënt voorafgaand aan het eerste consult invult. Het staat de osteopaat vrij hiervoor een geschikte methode te gebruiken. Omdat gegevens die hier worden verkregen gevolgen kunnen hebben voor het klinisch redeneren, de osteopathische diagnose maar in het bijzonder ook voor het bepalen van de aanwezigheid van contra-indicaties (red & yellow flags) moeten relevante gegevens zijn vastgelegd in het dossier.

Diagnostische fase het Onderzoek

Tijdens het osteopathische onderzoek verkrijgt de osteopaat gegevens die leiden tot de uiteindelijke diagnose. Het advies is alle relevante bevindingen vast te leggen en liefst ook de wijze waarop deze zijn gedaan wat betekent dat ook de gebruikte test wordt beschreven. Dit is vooral van belang voor safetytesten. Het komt voor dat een test een negatief resultaat op levert maar dat dit zo van belang is dat ook dit negatieve resultaat wordt genoteerd. Hiermee wordt inzichtelijk dat zogenaamde safetytesten zijn uitgevoerd. Denk hierbij bv. aan auscultatie, percussie, provocatietesten, etc).

Diagnostiek	
Anamnese Reden van contact/hulpvraag Klachtbeschrijving, ontstaansgeschiedenis, beloop Verwachtingen patiënt Medische voorgeschiedenis <ul style="list-style-type: none"> • Andere/eerdere (para-)medische zorg • Medische verrichtingen • Medicatie • Aanvullend onderzoek • Trauma's • Nevenpathologie • Familieanamnese Overige factoren <ul style="list-style-type: none"> • Woon- en thuissituatie • Beroep • Sport • Hobby's • Psychosociale aspecten • evt. voorlopige conclusie Tractusanamnese <ul style="list-style-type: none"> • Tractus respiratorius • Tractus circulatorius • Tractus digestivus • Tractus urogenitalis • Endocrien systeem • Tractus locomotorius • Huidafwijkingen • Voeding • Overige informatie 	Onderzoek Relevante onderzoeksgegevens: <ul style="list-style-type: none"> • Evt. gebruikte meetinstrumenten • Inspectie • Palpatie, percussie, auscultatie, neurologisch onderzoek, provocatietesten • Red & yellow flags Osteopathisch onderzoek: <ul style="list-style-type: none"> • Parietaal onderzoeksgegevens • Viscerale onderzoeksgegevens • Craniale onderzoeksgegevens

Diagnostische fase de Osteopathische diagnose

Deze stap geeft de osteopathische diagnose. Het advies is om de diagnose beknopt maar zo duidelijk mogelijk vast te leggen. Ook kan een verwachting m.b.t. het herstel worden aangegeven. Indien er een diagnose kon worden gesteld is het van belang te noteren of er een indicatie voor osteopathie is. De beroepscode osteopathie (14) zegt hierover: De osteopaat geeft in voorkomende gevallen tevens aan wanneer voor enige handeling geen osteopathie maar een andere methode gebruikt zou kunnen worden. In principe behandelt een osteopaat alleen met osteopathie, en verwijst hij voor andere methoden naar betreffende beroepsbeoefenaren.

Osteopathische diagnose

Osteopathische conclusie
Verwachtingen m.b.t. herstel
Indicatie voor osteopathie?

Therapeutische fase het Behandelplan

Er is een osteopathische diagnose gesteld en er wordt een plan van aanpak met de patiënt besproken. Dit behandelplan wordt vastgelegd door de osteopathische diagnose, de behandeldoelstellingen en de geplande verrichtingen te noteren. Er is pas sprake van een behandelingsovereenkomst indien de patiënt akkoord heeft gegeven (2; 14). Dit akkoord wordt genoteerd in het dossier en is ook juridisch een belangrijk aandachtspunt. Indien de patiënt minderjarig of handelingsonbekwaam is, dient de osteopaat deze instemming te krijgen van de ouder of voogd.

Voor een patiënt tot 12 jaar beslissen de ouders/voogd. Voor een patiënt tussen 12 tot 16 jaar wordt er zo mogelijk samen met patiënt en ouders besloten. Een patiënt ouder dan 16 jaar beslist zelf. In het geval van een meerderjarige wilsonbekwame patiënt dient overlegd te worden met de wettelijke vertegenwoordiger of de (kennelijk) geautoriseerde begeleider (2; 14).

Er bestaan in de Nederlandse Osteopathie (nog) geen formele richtlijnen of protocollen voor handelingen van ingrijpende aard. Dit kunnen voorbehouden handelingen zijn zoals op het gebied van de intieme zones c.q. inwendige technieken (voor dit onderwerp is een richtlijn in ontwikkeling). De toestemmingsverklaring bij deze handelingen van ingrijpende aard betreft dan een informed consent procedure welke moet voldoen aan strengere eisen dan het 'akkoord voor behandelplan' zoals in deze richtlijn is bedoeld. De werkgroep adviseert de NVO om voor handelingen van ingrijpende aard richtlijnen op te stellen waarin de op het onderwerp toegespitste informed consent procedure is uitgewerkt.

Behandelplan

Conclusie en doelstelling

- Osteopathische conclusie
- Beoogd eindresultaat/hoofddoel
- Beoogde tussenresultaten/tussendoelen
- Verwacht aantal sessies

Geplande verrichtingen

Behandelafspraken patiënt:

- Behandelplan besproken met patiënt?
- i.v.t. toestemming voorbehouden handeling?
- Startdatum behandeling
- Patiënt akkoord met behandelplan?

Tarieven en voorwaarden overhandigd?

Therapeutische fase de Behandeling

Van elk patiëntencontact dienen gegevens te worden vastgelegd. Hier worden niet alleen de effecten (positieve en negatieve) van de ingestelde behandeling en het beloop van de klachten gedocumenteerd maar kunnen ook gegevens m.b.t. de uitgevoerde verrichtingen worden vastgelegd (14). Ook gegevens m.b.t. wijzigingen in het behandelplan of gegeven adviezen worden hier genoteerd. Indien er overleg heeft plaatsgevonden met andere zorgverleners wordt daar melding van gemaakt.

Behandeling

Journaal

- Klachtbeloop
- Aard behandeling
- Afspraken/adviezen patiënt
- Patiëntencontact n.a.v. behandeling

i.v.t. overleggegevens andere zorgverleners

Therapeutische fase de Evaluatie

Een evaluatie vindt eigenlijk bij elk patiëntencontact plaats door te vragen naar het effect van de behandeling en het beloop van de klacht en wordt als zodanig in het journaal vastgelegd. Een evaluatie kan ook na een serie behandelingen plaats vinden als controlemiddel of de behandeldoelen en de behandeling nog in overeenstemming zijn. Tevens vraagt de osteopaat zich hier af of osteopathie nog steeds de aangewezen therapie is of wellicht een andere discipline moet worden overwogen. Lange termijn controles kunnen ook worden vastgelegd in de evaluatie.

Evaluatie

Resultaat t.a.v. hoofddoel

Datum

i.v.t. reden niet bereikte doelen

Therapeutische fase de Afsluiting

Wanneer de behandeldoelen zijn bereikt of om andere redenen geen verdere behandeling plaats vindt wordt het behandelproces afgesloten. Eventuele afspraken die met de patiënt zijn gemaakt kunnen worden genoteerd en indien een verslag aan een andere zorgverlener wordt geschreven wordt dit hier aangegeven.

Afsluiting

Datum

Verslaglegging aan andere zorgverlener?

Afspraken met patiënt/nazorg?

6 Aanbevelingen

Na het voltooien van deze conceptrichtlijn voor osteopathische verslaglegging wil de werkgroep een aantal aanbevelingen doen aan de NVO die bijdragen aan verbeteringen en een continu proces van actualisatie en toetsing van de richtlijn.

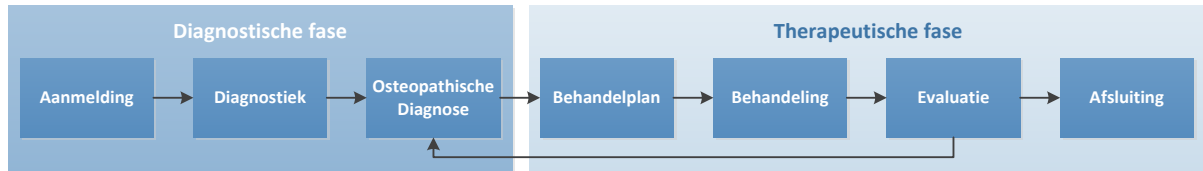
- Draagvlak onder de gebruikers van de richtlijn is van doorslaggevend belang voor het succes van implementatie. Blijf daarom als NVO in contact met de beroepsgroep en eventuele andere stakeholders (softwareontwikkelaars, opleidingen). Evalueer de concept richtlijn uiterlijk na 12 maanden in overleg met deze gebruikersgroepen alvorens een definitieve versie vast te stellen.
- Evalueer ook op langere termijn of de richtlijn nog actueel is.
- Zorg voor regelgeving (NRO) per invoeringsdatum van de definitieve richtlijn.
- Werk voor osteopathische onderwerpen waarin handelingen van ingrijpende aard (kunnen) voorkomen standaardprocedures uit waarvan de informed consent procedure deel uitmaakt.
- Werk een gestandaardiseerde lijst uit met per lichaamsregio en/of per gezondheidsprobleem de contra-indicaties en red & yellow flags zodat deze als addendum aan de richtlijn kan worden toegevoegd. Dit kan het osteopathische methodisch handelen ondersteunen.
- Osteopaten behandelen regelmatig kinderen. Werk een richtlijn uit voor het handelen bij vermoeden van kindermishandeling. Stel hierbij ook eisen op m.b.t. de wijze waarop gegevens moeten worden vastgelegd.
- Een aanvulling op de richtlijn zou kunnen bestaan uit gestandaardiseerde vragenlijsten voor specifieke doelgroepen/gezondheidsproblemen zoals bv. pasgeborenen en kinderen
- Communiceer de richtlijn aan de opleidingen zodat de richtlijn in het curriculum kan worden meegenomen. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van het BCP (beroepscompetentieprofiel).
- Veel osteopaten zullen hun verslaglegging digitaal doen middels een van de gangbare (para-) medische softwarepakketen. Zorg dat er contact blijft tussen de softwareontwikkelaars en de beroepsgroep zodat wijzigingen in de richtlijn effectief kunnen worden verwerkt.
- Verslaglegging kan worden gebruikt t.b.v. wetenschappelijk onderzoek (statistiek). Er bestaan regels en wetten m.b.t. wetenschappelijk onderzoek. In dit kader kunnen in een volgende versie van de richtlijn adviezen voor statistiek worden uitgewerkt.

7 Referentielijst

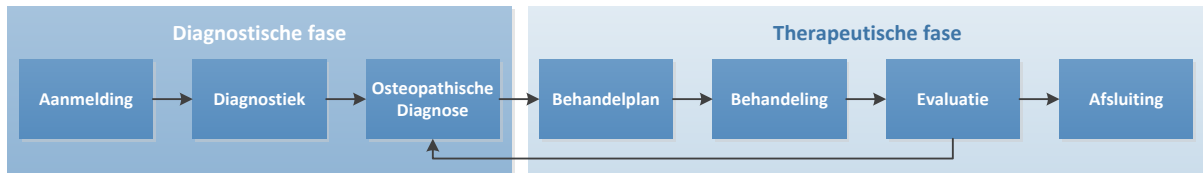
1. **Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.** *Model cliëntendossier modelproduct van OKAB, ondersteuning kwaliteitszorg alternatieve behandelwijzen.* 2002.
2. **WGBO.** Burgerlijk Wetboek, Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). www.wetten.overheid.nl. [Online] [Citaat van: 20 11 2012.]
http://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/Boek7/Titel7/Afdeling5/geldigheidsdatum_20-11-2012.
3. **Kremer LCM, e.a.** *Richtlijn voor richtlijnen.* Den Haag : Regieraad voor de Kwaliteit van Zorg, www.regieraad.nl, 2010.
4. **CBO.** www.cbo.nl/thema/Richtlijnen. www.cbo.nl. [Online]
5. **Heerkens YF, e.a.** *KNGF Richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging.* Amersfoort : KNGF, 2011.
6. **NHG.** *Richtlijn adequate Dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier, 2e versie.* Utrecht : NHG Publicatie automatisering, 2009.
7. **Post P, e.a.** *Levende richtlijn, actueel houden van richtlijnen.* Utrecht : Regieraad voor de Kwaliteit van Zorg, www.regieraad.nl, 2010.
8. **Wet BIG.** http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/geldigheidsdatum_20-11-2012. www.wetten.overheid.nl. [Online] 1993. [Citaat van: 20 11 2012.]
9. **KZI-Kwaliteitswet Zorginstellingen.**
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavinginstrumenten/wetten/kwaliteitswet_zorginstellingen/. www.igz.nl. [Online] 1996. [Citaat van: 20 11 2012.]
10. **WBP-Wet Bescherming Persoonsgegevens.**
http://wetten.overheid.nl/BWBR0011468/geldigheidsdatum_20-11-2012. www.wetten.overheid.nl. [Online] [Citaat van: 20 11 2012.]
11. **WKCZ-Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector.**
http://wetten.overheid.nl/BWBR0007414/geldigheidsdatum_20-11-2012. www.overheid.nl. [Online] [Citaat van: 20 11 2012.]
12. **KNMG.** *Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens.* Utrecht : sn, 2010.
13. **KNMG.** *Privacy-wetgeving en het omgaan met patientengegevens.* Utrecht : sn, 2001.
14. **NRO.** *Beroepscode Osteopathie.* sl : NVO-NRO, 2006.

Bijlage Samenvattingskaart Richtlijn

Samenvattingskaart Richtlijn Osteopathische Verslaglegging



Aanmelding	
Achternaam	Omschrijving klacht
Initialen	i.v.t. vraagstelling verwijzer
Geboortedatum	
Adres- en contactgegevens	
Huisartsgegevens	
Diagnostiek	
Anamnese	Onderzoek
Reden van contact/hulpvraag	Relevante onderzoeksgegevens:
Klachtbeschrijving, ontstaansgeschiedenis, beloop	<ul style="list-style-type: none"> Evt. gebruikte meetinstrumenten Inspectie Palpatie, percussie, auscultatie, neurologisch onderzoek, provocatietesten Red & yellow flags
Verwachtingen cliënt	Osteopathisch onderzoek:
Medische voorgeschiedenis	<ul style="list-style-type: none"> Parietaal onderzoeksgegevens Viscerale onderzoeksgegevens Craniale onderzoeksgegevens
<ul style="list-style-type: none"> Andere/eerdere (para-)medische zorg Medische verrichtingen Medicatie Aanvullend onderzoek Trauma's Nevenpathologie Familieanamnese 	
Overige factoren	
<ul style="list-style-type: none"> Woon- en thuissituatie Beroep Sport Hobby's Psychosociale aspecten evt. voorlopige conclusie 	
Tractusanamnese	
<ul style="list-style-type: none"> Tractus respiratorius Tractus circulatorius Tractus digestivus Tractus urogenitalis Endocrien systeem Tractus locomotorius Huidafwijkingen Voeding Overige informatie 	
Osteopathische diagnose	
Osteopathische conclusie	
Verwachtingen m.b.t. herstel	
Indicatie voor osteopathie?	



Behandelplan

Conclusie en doelstelling

- Osteopathische conclusie
- Beoogd eindresultaat/hoofddoel
- Beoogde tussenresultaten/tussendoelen
- Verwacht aantal sessies

Geplande verrichtingen

Behandelafspraken client:

- Behandelplan besproken met client?
- i.v.t. toestemming voorbehouden handeling?
- Startdatum behandeling
- Client akkoord met behandelplan?

Tarieven en voorwaarden overhandigd?

Behandeling

Journal

- Klachtbeloop
- Aard behandeling
- Afspraken/adviezen client
- Clientencontact n.a.v. behandeling

i.v.t. overleggegevens andere zorgverleners

Evaluatie

Resultaat t.a.v. hoofddoel

Datum

i.v.t. reden niet bereikte doelen

Afsluiting

Datum

Verslaglegging aan andere zorgverlener?

Afspraken met client/nazorg?