NEDERLANDSE VERENIGING
VOOR OSTEOPATHIE

NVO RICHTLIJN

OSTEOPATHISCHE VERSLAGLEGGING

Richtlijn osteopathische verslaglegging

Februari 2021

NVO
Janssoniuslaan 32
3528 AJ Utrecht
Tel.: 030 - 30 40 063
nvo@osteopathie.nl
www.osteopathie.nl

Inhoud

- **Richtlijn osteopathische verslaglegging** 2
- **Colofon** 2
- **Hoofdstuk 1: Inleiding** 3
- **Hoofdstuk 2: Flowchart** 6
- **Hoofdstuk 3: Diagnostische fase vastleggen** 8
- **Hoofdstuk 4: Behandelfase verslagleggen** 11
- **Hoofdstuk 5: Heldere Taal** 16
- **Hoofdstuk 6: Juridisch verplichtingen** 19
- **Referentielijst** 25
- **Bijlagen** 28
- **Bijlage 1: Voorbeeld formulier informed consent** 28
- **Bijlage 2: Voorbeeldbrief aan huisarts** 29

Colofon

Hoofdredactie: Sander Kales
Eindredactie: Paulien Bakker
Samenstellers: Liesbeth van den Berg, Nadi Blokhuis, Joppe ten Brink en Joost Veldhuizen.
Vormgeving: ontwerpburo grafiKa

Hoofdstuk 1: Inleiding

Na een aantal tuchtzaken vroeg het NRO College van Toezicht (CvT) de NVO om een richtlijn uit te werken voor osteopathische verslaglegging. Het CvT constateerde namelijk dat er soms sprake is van gebrekkige verslaglegging. Iedere vijf jaar dient een richtlijn ge-update te worden. Op basis van onder andere nieuwe wet- en regelgeving, ontwikkelingen in zorgregistraties en nieuwe eisen is het document aangepast en ligt nu de tweede versie voor u.

Richtlijn

Richtlijnen geven globaal aan wat binnen de beroepsgroep als state of the art mag gelden. Deze richtlijn is dus een hulpmiddel voor het uitvoeren van professionele werkzaamheden op een overeengekomen niveau. De richtlijn maakt het voor de professional mogelijk zijn werkzaamheden aan dat niveau aan te passen en geeft anderen inzicht in de geldende eisen aan de uitvoering van het beroep. Richtlijnen zijn geen wetten; ze zijn richting gevend, geven aan wat er gedaan "kan" worden. Het is voor een professional altijd mogelijk om gemotiveerd van een richtlijn af te wijken. Een transparante motivatie is daarbij echter wel essentieel.

Plichten

1. Dossierplicht

In deze richtlijn is gekozen voor gebruik van het woord "patiënt". Waar patiënt staat, kan ook cliënt, vertegenwoordiger, ouder(s) of verzorgende gelezen worden. Volgens artikel 454 BW van de WGBO wordt "de zorgverlener (de osteopaat) geacht een dossier in te richten dat gegevens bevat over de gezondheid van de patiënt, de uitgevoerde verrichtingen en andere gegevens die voor een goede hulpverlening noodzakelijk zijn".

2. Informatieplicht

In de WGBO wordt eveneens gesteld dat het behandelplan, dat onderdeel is van het dossier, in overleg met de cliënt wordt opgesteld. Hierna geeft de patiënt (al dan geen) toestemming voor de behandeling. Het ligt voor de hand om de verslaglegging in alle fasen van het osteopathische proces te bespreken; gestreefd wordt naar patiënt georiënteerde zorg.

3. Bewaarplicht

Men is wettelijk verplicht om gegevens 20 jaar te bewaren. Bij kinderen geldt dit tot hun 25e levensjaar.

Doelen

1. Ondersteuning eigen handelen osteopaat (methodische werkwijze):

- Reflectie: het dossier geeft de osteopaat inzicht in zijn eigen handelen (kwaliteitsverbetering).
- Wetenschappelijk onderzoek: een meer eenduidige wijze van gegevens noteren is voorwaarde voor het doen van wetenschappelijk onderzoek.
- Professionalisering: door middel van een dossier expliceert de beroepsgroep haar specifieke werkwijze en kan zij zich onderscheiden van andere beroepsgroepen. Het gaat hierbij om:
  - Uniforme werkwijze: dit heeft kwaliteitsverbetering tot gevolg.
  - Klinimetrie. Het gebruik van meetinstrumenten als PROMs (Patient Reported Outcome Measures) is één van de onderdelen van het professioneel handelen van de osteopathie. Bij het selecteren van geschikte meetinstrumenten raadpleegt de osteopaat de zorginhoudelijke richtlijnen van de eigen beroepsgroep of van verwante beroepsgroepen, evenals gevolgde (actuele) professionele scholing en speciale professionele websites over meetinstrumenten.
  - Vastleggen voor klinische audits.
  - Verbetering van het klinisch redeneren. Hamilton (2003) heeft gevonden dat als men het dossier digitaal bijhoudt, er meer geregistreerd wordt. Beeuwkes (2011) laat in een review zien dat 92% van de studies een positieve conclusie trekken over het digitaliseren van het dossier.
  - Verzamelen van gegevens voor kosteneffectiviteit en klinische effecten.

2. Ondersteunen van gegevensoverdracht aan anderen.

- Overdracht
- Eenduidig taalgebruik
- Informed Consent
- Incidenten (Veilig Incident Melding, mishandeling verdenking). Veilig Incident Melden (VIM) is geen doel van de verslaglegging maar onderdeel van het veiligheidsmanagement systeem dat elke praktijk dient te hebben. In het dossier legt de osteopaat vast dát er een incident was en dát er een VIM is gedaan.
- Vastleggen van gegevens verstrekt door derden.
- Verslagen voor verzekeraars in verband met letselschade.

We nodigen osteopaten met klem uit om op de portal ook melding te doen van kleine incidenten of bijeffecten, de Veilig Incident Melding.

Het verslagleggingsproces

De tijdsinvestering die verslagleggen vereist is een integraal onderdeel van kwalitatief hoogwaardige zorg. Zegers (2011) laat zien dat in ziekenhuizen waar minder aandacht is voor verslaglegging, het aantal adverse events ook groter zijn. Amos (2015) vond dat het trainen van tandheelkunde studenten in verslaglegging zinvol was voor de kwaliteit van handelen. Beach (2014) benadrukt daarnaast dat wanneer

patiënten meer deelgenoot worden van het verslagleggingsproces, dit leidde tot betere kwaliteit. Het ondersteunen van het eigen handelen leidt dus tot betere kwaliteit. De gegevensoverdracht heeft ook duidelijk een medisch juridische component. Deze twee aspecten zijn de drijfveren voor een verbetering van de verslaglegging. Het gaat dus zowel om de zaken op een juiste manier te doen, als om het juiste te doen.
Wij gaan uit van de volgende dossiereisen: beschikbaarheid, leesbaarheid, volledigheid en beknoptheid, betrouwbaarheid, inzichtelijkheid en veiligheid.
De opbouw van het modeldossier in deze richtlijn bestaat uit een aantal delen, te weten de aanmelding, diagnostiek, osteopathische diagnose, behandelplan, behandeling, evaluatie en afsluiting. Deze onderdelen staan beschreven in het beroepscompetentieprofiel (BCP) osteopathie. Daarnaast baseert de richtlijn zich op drie principes en vijf modellen (Chila 2011). De drie principes zijn: zelf genezend vermogen, het lichaam als eenheid en het structuur functie denken. De vijf modellen zijn: biomechanisch, respiratoir/circulatoir, biochemisch, neurologisch en biopsychosociaal.

Over de totstandkoming van deze richtlijn

Aan de basis van deze richtlijn ligt de eerste versie en de bestaande richtlijnen voor (para-) medische verslaglegging. De werkgroep voor de eerste richtlijn bestond uit: Mendel Blokland, Sander Tolenaar en Harold Launspach. De tweede editie van de richtlijn is samengesteld (in het najaar van 2020) door Liesbeth van den Berg, Nadi Blokhuis, Joppe ten Brink, Sander Kales en Joost Veldhuizen.

Hoofdstuk 2: Flowchart

Flowchart dossiervorming	Noteren altijd verplicht	Noteren indien relevant
Aanmelding		
Achternaam + voorletter(s) patiënt*	✓	
BSN-patiënt (geen kopie paspoort of identiteitskaart)*	✓	
Geboortedatum patiënt*	✓	
Geslacht (in het kader van onderzoek)		✓
Etniciteit (land van herkomst) (in het kader van onderzoek)		✓
Genoten opleiding (in het kader van onderzoek)		✓
Adres- en contactgegevens	✓	
Diagnostische fase		
Reden van contact/hulpvraag*	✓	
Verwijzing/verwijsdatum		✓
Klachtbeschrijving, ontstaansgeschiedenis, beloop	✓	
Medische voorgeschiedenis*		✓
Andere/eerdere (para-)medische zorg		✓
Medische verrichtingen		✓
Medicatie		✓
Aanvullend onderzoek		✓
Trauma's		✓
Nevenpathologie		✓
Familieanamnese		✓
Tractusanamnese	✓	
Biomechanische anamnese	✓	
Respiratoire en circulatoire anamnese	✓	
Metabole anamnese	✓	
Endocriene anamnese	✓	
Immunologische anamnese	✓	
Voeding	✓	
Neurologische anamnese	✓	
Biopsychosociale anamnese	✓	
Overige factoren (persoonsgebonden en/of omgevingsfactoren		✓
Uitsluitingsdiagnostiek	✓	
Klinimetrie (bijvoorbeeld pijnprovocatietesten)	✓	
Klassiek en algemeen lichamelijk onderzoek	✓	
(lokaal, regionaal en globaal)	✓	

Vervolg flowchart dossiervorming	**Noteren altijd verplicht**	**Noteren indien relevant**
Biomechanisch onderzoek	✓	
Respiratoir onderzoek	✓	
Metabool onderzoek	✓	
Neurologisch onderzoek	✓	
Contra-indicaties (red & yellow flags)*	✓	
Verwachtingen patiënt en/of verklaring*	✓	
Osteopathische diagnose en vaststellen osteopathische behandelindicatie*	✓	
Therapeutische fase		
Behandelplan*	✓	
Hoofddoel en subdoel(en)	✓	
Osteopathische verrichtingen	✓	
Tijdsduur (aantal sessies/weken)	✓	
Risicoanalyse en veiligheidstest voor voorbehouden behandelingen*	✓	
Toestemming voorbehouden behandelingen (informed consent opslaan in dossier)*	✓	
Accordering patiënt voor behandelplan (indien de patiënt ouder is dan 12 en jonger dan 16 jaar, is toestemming vereist van de ouders die het gezag over hem uitoefenen of de voogd)*	✓	
Evaluatie of verslag		
Inhoud verwijzing	✓	
Algemeen:		
• BSN, naam, adres, geboortedatum van de patiënt	✓	
Bij osteopathische behandelindicatie benoem:		
• Hulpvraag	✓	
• Samenvatting anamnese	✓	
• Uitkomsten osteopathisch onderzoek	✓	
• De osteopathische diagnose	✓	
• Het behandelplan	✓	
Bij geen osteopathische behandelindicatie benoem:		
• Hulpvraag	✓	
Samenvatting anamnese	✓	
Uitkomsten osteopathisch onderzoek	✓	
Conclusie	✓	
Verzoek aan huisarts of verwijzer	✓	

* verplicht in het dossier (Wbgo, AVG en richtlijnen NVO)

Hoofdstuk 3: Diagnostische fase vastleggen

Wanneer de patiënt zich aanmeldt legt u de administratieve gegevens (NAW-gegevens) vast. Deze vallen onder de patiëntgegevens en blijven altijd van toepassing. Daarnaast zijn er de episodegegevens die te maken hebben met de hulpvraag op dat moment.

Omdat osteopaten direct toegankelijk zijn als eerstelijnsgezondheidszorg, hebben ze de verantwoordelijkheid om een diagnose te stellen en te onderscheiden wat wel en niet binnen de bekwaamheid en de bevoegdheid van de osteopaat valt. Daarom stellen ze indicaties en contra-indicaties vast. Dit staat zo beschrijven in het beroepscompetentieprofiel (BCP).

- **Diagnostische fase**
- **Screening**
- **Anamnese**
- **Onderzoek**
- **Klinisch redeneren**
- **Diagnose stellen**

Toelichting diagnostische fase

Een goed hulpmiddel is het vijf structuur-functie model van Lunghi (2020). In het stellen van de diagnose van de patiënt gaat de osteopaat langs:

- biomechanisch aspecten van de klacht en de ziektegeschiedenis;
- respiratoir/circulatoire aspecten van de klacht en de ziektegeschiedenis;
- biochemische aspecten van de klacht en de ziektegeschiedenis;
- neurologisch aspecten van de klacht en de ziektegeschiedenis;
- biopsychosociaal aspecten van de klacht en de ziektegeschiedenis.

Verwijzingsfase (screening)

Tijdens de screening verzamelt de osteopaat gegevens die nodig zijn voor het nemen van de beslissing of verder osteopathisch onderzoek al dan niet geïndiceerd is. Het gaat om de volgende gegevens:

Aanmelding
Achternaam, initialen
Geslacht *
Geboortedatum
Adres- en contactgegevens
Huisartsgegevens
Etniciteit (land van herkomst) *
Genoten opleiding *
Verwijzing/verwijsdatum
Omschrijving klacht
i.v.t. vraagstelling verwijzer

* Deze gegevens worden vastgelegd als er ook een PROM/PREM wordt gebruikt in het EPD.

Anamnese

In de anamnese legt de osteopaat alle gegevens vast die tijdens het eerste consult worden uitgevraagd. Ook gegevens die verkregen zijn met vragenlijsten, relevante onderzoeksgegevens die de patiënt meebrengt (röntgenverslagen, overdrachten, etc.) of op een later moment verkregen relevante informatie worden hierin vastgelegd. Verder bestaat de anamnese uit de volgende vragen:

- Reden van contact/hulpvraag: Tijdens het eerste consult verwoordt de patiënt de reden van het bezoek aan de osteopaat en stelt de osteopaat vragen om de hulpvraag duidelijk te krijgen. Het advies is om de hulpvraag zo exact mogelijk vast te leggen.
- Klachtbeschrijving, ontstaansgeschiedenis, beloop: De osteopaat stelt vragen 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.
- Medische voorgeschiedenis: Hier wordt gevraagd naar alle (relevante) gegevens die betrekking hebben op de medische voorgeschiedenis van de patiënt. Een veel gevolgde methodiek hier is ZOOM (ziektegeschiedenis, ongevallen, operaties, medicatie). We adviseren om van elk item de aard, datum en/of periode en de reden te noteren. Bij een knieoperatie noteert de osteopaat bijvoorbeeld: “TKP rechts, 4-2011, posttraumatische artrose”.
- Overige factoren: Dit betreft alle overige factoren die in de beoordeling van de fysieke aandoening relevant kunnen zijn. Het advies is deze gegevens samenvattend vast te leggen.
- Tractusanamnese: Een essentieel onderdeel van het osteopathische diagnostische proces is de uitvoer van de anamnese, gebaseerd op de vijf modellen (Lunghi 2020). Hier wordt doorgevraagd naar alle gegevens van doorgemaakte ziektes, aandoeningen en klachten in de deelgebieden (biomechanisch, respiratoir/circulatoir, biochemisch, neurologisch en biopsychosociaal). 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 (zie hoofdstuk 6 juridische aspecten).

Het onderzoek

Nadat de osteopaat uit zijn onderzoek hypotheses heeft gevormd, maakt hij/zij op basis van deze hypotheses keuzes in zijn onderzoeksmethode. 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 safety-testen. Het komt voor dat een test een negatief resultaat oplevert en dat dit zo van belang is dat ook dit negatieve resultaat wordt genoteerd. Hiermee wordt inzichtelijk dat zogenaamde safety-testen zijn uitgevoerd. Denk hierbij bijvoorbeeld aan auscultatie, percussie of provocatietesten.

Onderzoeksfase
Onderzoek
Relevante onderzoeksgegevens:
Evt. gebruikte meetinstrumenten
Inspectie
Palpatie, percussie, auscultatie, neurologisch onderzoek, provocatietesten
Red & yellow flags
Osteopathisch onderzoek:
Bevindingen worden gerangschikt volgens de vijf modellen (zie BCP): • biomechanisch • respiratoir/circulatoir • biochemisch • neurologisch • biopsychosociaal

Na afloop van de onderzoeksfase wordt er afgerond met het stellen van een osteopathische diagnose. Hierbij formuleert men de diagnose aan de hand van de Glossary of Terms (2017). Deze wordt vervolgens met de patiënt gedeeld.

Hoofdstuk 4: Behandelfase verslagleggen

Na de diagnostische fase volgt de behandelfase. Deze bestaat uit: het opstellen van het behandelplan, de behandelingen en de evaluatie.

Opstellen van het behandelplan

Het behandelplan wordt opgesteld in samenspraak met de patiënt en eventueel andere disciplines. Het behandelplan vermeldt de osteopathische diagnose, het hoofddoel van de behandeling, meerdere subdoelen en de hierbij behorende osteopathische verrichtingen. Het advies is om aan de doelstellingen ook een indicatie van het aantal benodigde behandelingen te koppelen.
Als het behandelplan is samengesteld, wordt er akkoord gevraagd aan de patiënt over het behandelplan en de eventuele risico's van de behandeling; ook dit wordt in het behandelplan vermeld. Zie hiervoor het informed consent-formulier in de bijlage. Deze dient te worden ondertekend en toegevoegd aan het dossier. Overigens volstaat ook een mondeling akkoord.
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.

- **Behandelplan**
- **Conclusie en doelstelling**
- **Osteopathische conclusie**
- **Hoofddoel**
- **Subdoelen om hoofddoelstelling te behalen en de hierbij behorende verrichtingen**
- **Verwachte aantal sessies/weken**

- **Akkoord patiënt**
  - **Behandelplan besproken met patiënt**
  - **Akkoord van patiënt**
  - **Risicoanalyse en veiligheidstest voor voorgenomen behandelingen (informed consent)**

Start behandelplan

Toelichting gegevens behandelplan

Osteopathische conclusie

In het diagnostisch proces wordt naar aanleiding van de onderzoeksresultaten een osteopathische conclusie gesteld. Vanuit de osteopathische conclusie kan het behandelplan worden opgesteld.

Beoogd resultaat/hoofddoel

Het gaat hier om het vastleggen van wat er in essentie met de osteopathische behandeling wordt beoogd. Gedurende de behandelingen wordt tussentijds geëvalueerd met de patiënt. Dit maakt het proces inzichtelijker voor patiënt en osteopaat.

Formuleren hoofddoel

Het beoogd resultaat/hoofddoel wordt SMART vastgelegd; dat wil zeggen specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden (O'Neill, 2000).

- **S – Specifiek** Formulier de doelstelling duidelijk en concreet.
- **M – Meetbaar** Gebruik zo mogelijk een nulmeting en vervolgmetingen.
- **A – Acceptabe**l Sluit de doelstelling aan bij de praktijk?
- **R – Realistisch** Is het doel haalbaar?
- **T – Tijdsgebonden** Geef een datum aan waarop de doelstelling bereikt moet zijn en beschrijf ook tussentijdse mijlpalen en evaluatiepunten.

Subdoelen en bijbehorende verrichtingen

Hier gaat het om meerdere subdoelen die worden gesteld om zo het hoofddoel te behalen. Ook deze doelen dienen SMART te worden opgesteld. Om deze subdoelen te behalen worden er verrichtingen aan gekoppeld. Deze verrichtingen zijn osteopathische handelingen die nodig zijn om het subdoel te behalen. Vaak zijn er meerdere soorten verrichtingen nodig om het subdoel te behalen. Osteopathie is een dynamisch proces en behandelbare grootheden kunnen veranderen gedurende de behandeling. Er ontstaat dus telkens een nieuw 'speelveld', waarop het behandelplan weer moet worden bijgesteld.

- - -Voorbeeld - - -

Subdoel 1: Binnen 4 weken is er een toename in de ROM met 50 graden bij flexie van de linkerknie (biomechanisch).

Verrichting 1: Actief/passief mobiliseren van de knie naar flexie

Verrichting 2: Oefeningen voor thuis voor verbetering ROM naar flexie.

Subdoel 2: Binnen 2 weken is er een vermindering van pijn rondom de knie NRS 7>3 (neurologisch)

Verrichting 1: …..

Subdoelen worden bij voorkeur ingedeeld in het model van vijf (biomechanisch, neurologisch, respiratoir/circulatoir, biopsychosociaal, bio-energetisch).

Akkoord patiënt

Nadat het behandelplan is opgesteld wordt dit besproken met de patiënt, deze dient zijn akkoord te geven. Vermeld dit in het dossier. Als er sprake is van een behandeling waar risico's aan verbonden zijn, dient er een informed consent-formulier te worden getekend door de patiënt.

De behandeling

Van elk patiëntencontact dienen gegevens te worden vastgelegd. Hierbij gaat het om het effect dat de patiënt van de behandeling(en) ervaart, maar ook gegevens met betrekking tot de uitgevoerde verrichtingen, eventuele wijzigingen in het behandelplan of gegeven adviezen. Als er overleg heeft plaatsgevonden met andere zorgverleners, wordt dit ook vermeld bij de behandeling.

Behandeling

- Journaal
- Klachtenbeloop
- Verrichtingen gedurende behandeling
- Afspraken/adviezen patiënt
- Contact andere zorgverleners

Toelichting Behandelingen

- **Journaal**

Voor het invullen van het journaal maken we gebruik van SOEP (Van der Werf, 1996).

- **S – subjectief:** wat de patiënt ervaart of heeft ervaren
- **O – objectief:** wat de osteopaat terugvindt in zijn lichamelijke onderzoek
- **E – evaluatie:** wat is de diagnose, wat heb ik als osteopaat gedaan qua handelingen tijdens de behandeling
- **P – plan van aanpak:** adviezen, huiswerkoefeningen en wat het plan is voor een volgende behandeling of eventueel afsluiten van de behandelserie.

Dit helpt om vast te leggen wat de osteopaat daadwerkelijk heeft gedaan tijdens een behandelsessie. Ook afspraken die zijn gemaakt met de patiënt, eventuele adviezen/huiswerk en het beloop van de behandeling worden genoteerd of eventueel contact met andere zorgverleners.

De evaluatie

Een evaluatie vindt bij elk patiëntencontact plaats, door te vragen naar het effect van de behandeling en het beloop van de klacht. Dit wordt in het journaal vastgelegd. Een evaluatie kan ook na een serie behandelingen plaatsvinden, om na te gaan of de behandeldoelen en de behandeling nog in overeenstemming zijn. Dit kan gekoppeld worden aan meetinstrumenten. Voor specifieke vragenlijsten per klacht verwijzen we naar de al verschenen richtlijnen. Ook vraagt de osteopaat zich af of osteopathie nog steeds de aangewezen therapie is, of dat wellicht een andere zorgaanbieder moet worden overwogen.

- **Evaluatie**
- Resultaat ten aanzien van hoofddoel
- Resultaat ten aanzien van subdoelen (meetinstrumenten)
- Indien van toepassing toelichting waarom doelen niet behaald

Toelichting Evaluatie

- **Resultaat ten aanzien van hoofddoel**

Het hoofddoel kan op twee manieren worden geëvalueerd:

- het hoofddoel is gehaald
- de veranderingen van de klacht(en) op het moment van de evaluatie in vergelijking met de klacht(en) aan het begin van de behandelepisode.

De mate waarin het hoofddoel is gehaald, wordt zowel door de patiënt als door de osteopaat beoordeeld. Veranderingen ten aanzien van de klacht van de patiënt worden zoveel mogelijk objectief vastgelegd, waar mogelijk onderbouwd met meetgegevens. Voor specifieke vragenlijsten of meetinstrumenten zie de bijbehorende richtlijnen.

- **Resultaat ten aanzien van subdoelen**

De subdoelen die zijn gesteld bij het opstellen van het behandelplan worden geëvalueerd binnen enkele behandelingen of weken waarin ze gesteld zijn. Zijn de verrichtingen voldaan? Als alles verrichtingen zijn voldaan: is het subdoel ook behaald? Mocht het subdoel gekoppeld zijn aan een vragenlijst of meetinstrument, dan kunt u deze opnieuw uitvoeren of laten invullen door de patiënt. Mocht een subdoel niet zijn behaald binnen de gestelde periode, dan noteert u waarom het niet behaald is en wordt zo nodig het subdoel aangepast. Als alle subdoelen zijn voldaan en het hoofddoel hiermee behaald is, volgt de afsluiting van het behandeltraject.

De afsluiting

Wanneer de behandeldoelen zijn bereikt of er om andere redenen geen verdere behandeling plaats vindt, wordt het behandelproces afgesloten. Eventuele afspraken die met de patiënt zijn gemaakt kunnen worden genoteerd. Daarnaast kan er een afsluitende brief naar de verwijzer gestuurd worden.

- **Afsluiting**
- Afsluiten behandelplan
- Verslaglegging naar huisarts/derde
- Afspraken met patiënt/nazorg?

Toelichting afsluiting

- **Afsluiten behandelplan**

Bij het afsluiten van het behandelplan zijn de subdoelen dan wel het hoofddoel geëvalueerd in combinatie met meetinstrumenten en vragenlijsten. Mocht er een andere reden zijn voor het vroegtijdig stoppen van de behandeling, dan dient dit duidelijk in het journaal vermeld te worden.

- **Verslaglegging naar huisarts/derde**

Indien er een afsluitende brief is verzonden naar de verwijzer, meestal de huisarts, wordt de datum van verzending vastgelegd. Als dit in de brief is opgenomen, hoeft dit niet nogmaals elders te worden vastgelegd. Een kopie van dit verslag wordt bewaard. Vermeld gegevens patiënt, reden van contact, belangrijkste bevindingen, diagnose/conclusie en de reden van uitbehandelen. Zie bijlage voor een voorbeeldbrief.

- **Afspraken met patiënt/nazorg?**

De afspraken die met de patiënt zijn gemaakt worden vastgelegd, zoals een verwijzing naar de huisarts of een derde. Afspraken kunnen ook adviezen en/of huiswerkoefeningen zijn die aan de patiënt worden meegegeven, of afspraken rond het weer contact opnemen met de osteopaat, zoals bij terugkerende klachten.

Hoofdstuk 5: Heldere Taal

Het systematisch vastleggen van gegevens zorgt voor een optimale zorgverlening en gegevensoverdracht met patiënten, collega's, andere zorgverleners en verwijzers. Om overdracht en inzicht te kunnen geven in gegevens, dient dit op een systematische manier te gebeuren. Ook is een ontwikkeling naar een eenduidige manier van noteren van gegevens een voorwaarde voor het doen van wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast ondersteunt het systematisch vastleggen van gegevens de gegevensoverdracht aan anderen. Effectieve communicatie is een belangrijke basisvoorwaarde voor kwalitatief hoogstaande medische zorg. We waarborgen hiermee de kwaliteit van onze zorg.

Verslaglegging van eigen handelen

Met het vijf structuur-functie model van de Ecop (zie Chila, 2011), kunnen we binnen het vak osteopathie op een systematische wijze onze bevindingen concreet weergeven, waardoor het voor alle partijen leesbaar is. Ook kunnen we daarmee diverse meetinstrumenten gestructureerd invoeren, waardoor we beter onze gegevens kunnen verzamelen en weergeven. Zowel het biomedische als het palpatoire osteopathische onderzoek zijn geïntegreerd in het vak osteopathie om zoveel mogelijk concrete bevindingen te verzamelen voor het systematisch opstellen van het behandelplan. Deze gegevens kunnen gebruikt worden om op een accurate en concrete wijze op een kwalitatief hoog niveau te rapporteren.
Om klinisch relevante informatie op een consistente, betrouwbare en volledige manier weer te geven als integraal onderdeel van het elektronische patiëntendossier, zullen dezelfde taal moeten gaan spreken. Bij het vastleggen van onze bevindingen van het lichamelijk onderzoek, maken we bij voorkeur gebruik van SMART: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden (zie voor de toelichting het vorige hoofdstuk).
Het is te adviseren om geen stap over te slaan bij het gebruik van deze klinische methode. Door deze punten telkens allemaal vast te leggen, kunnen anderen begrijpen waarom je op deze wijze hebt gehandeld. Ook het gebruik van hetzelfde jargon is noodzakelijk, zodat een collega het juist kan interpreteren. Maak daarbij gebruik van de "Glossery of Osteopathic Terminology" van de American Association of Colleges of Osteopathic Medicine: https://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/got2011ed.pdf.

Wetenschappelijk onderzoek

Onderzoek naar het gebruik van zorg, de organisatie van de zorgverlening en de inrichting van het zorgsysteem dragen bij aan een kwalitatief goed en gezond leven. Om te kunnen bouwen aan het vak osteopathie is het noodzakelijk om via kwaliteitsmetingen een optimaal kwaliteitsbeleid te bepalen, waarbij de patiënt centraal staat en de zorg patiëntgericht is. Dit zorgt ervoor dat we verantwoording kunnen afleggen over datgene wat we bereiken. Iedere osteopaat kan bijdragen aan het verzamelen van meer kennis over het effect van osteopathie, met name door gebruik te maken van PREMS en PROMS.

PREMs:Patient Reported Experience Measures

Dit zijn patiëntervaringsvragenlijsten: korte en generieke vragenlijsten over de ervaringen van patiënten met de zorg. Het gaat dan om zaken als communicatie en bejegening, informatievoorziening, wachttijden, algemene oordelen over de zorg etc. PREMs hebben betrekking op structuur en procesaspecten van de zorg.

PROMs: Patient Reported Outcome Measures

Dit zijn korte en gevalideerde patiëntervaringsvragenlijsten, waarbij we meten hoe patiënten hun eigen functioneren beoordelen en hoe ze de veranderingen in hun gezondheid ervaren. Het kan gaan om fysiek, mentaal en sociaal functioneren. PROMs gaan over de uitkomsten van de behandelingen.

Gegevensoverdracht aan derden

Voor de samenwerking met andere zorgverleners is het van belang om het behandeltraject af te sluiten met een verslag, zodat de andere partij op de hoogte gebracht wordt van het verloop en het behandeltraject van de patiënt. In het belang van, en na afstemming met de patiënt, zorgt de osteopaat ervoor dat de andere zorgverlener op de hoogte raakt van het resultaat van zijn behandeling, aangezien de meeste patiënten op eigen initiatief komen. Het is aan de inschatting van de osteopaat of een verslag versturen noodzakelijk is, maar bij voorkeur wel, digitaal en uiteraard beknopt. Via Zorgmail kan deze rapportage veilig en praktisch direct gekoppeld worden aan het dossier van de betreffende patiënt.

Aandachtspunten voor goede communicatie met andere zorgverleners, zoals opgesteld in het COCOZ-project (Communicatie en Verwijzing Complementaire Zorg; zie kaart 4):

- Rapporteer op een herkenbare, gestructureerde manier (zie voorbeeldbrief in de bijlage);
- Schrijf zo beknopt en concreet mogelijk;
- Schrijf de brief puntsgewijs;
- Beschrijf het klinisch redeneren van de diagnose (vanuit de diagnostische en therapeutische fase) en het beleid zoveel mogelijk in termen die aansluiten bij de taal van de verwijzer;

- Kies relevante, valide meetmethoden;
- Geef indien relevant gele en rode vlaggen aan;
- Beschrijf de conclusie zo concreet mogelijk. Vraag de patiënt bijvoorbeeld bij lage rugpijn een pijnscore te geven, zowel bij de start als na afloop van de behandeling. Of beschrijf welke beweging de patiënt weer kan maken in relatie tot het behandeldoel;
- De conclusie is het belangrijkste. Het is aan de zorgverlener om te bepalen of hij alleen de conclusie leest, of ook de rest. In de anamnese kunnen ook relevante gegevens staan. Bijvoorbeeld als er een samenhang van de lage rugpijn vastgesteld wordt met een vroegere sectio caesarea. Sommige huisartsen zullen deze verbanden vanuit de complementaire context interessant vinden maar verwoord deze in ieder geval op een reguliere manier;
- Geef duidelijk aan of de behandeling is beëindigd, dan wel of er andere afspraken zijn gemaakt;
- Bied de mogelijkheid om contact op te nemen bij vragen;
- In de communicatie met andere zorgverleners is het noodzakelijk om eenduidig klachten vast te leggen, evenals symptomen, interventies, diagnoses en resultaten. Via het internationaal medisch coderingsstelsel SNOMED-CT zorgen we ervoor dat we dezelfde taal spreken: https://www.nictiz.nl/standaardisatie/terminologiecentrum/snomed-ct/licenties-en-downloads/.

Hoofdstuk 6: Juridisch verplichtingen

De osteopaat

Waarom is er een dossierplicht?

De Nederlandse Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) verplicht hulpverleners om als ze een patiënt behandelen daarvan een dossier bij te houden. In het dossier noteert de osteopaat alle gegevens betreffende de behandeling en de begeleiding van de patiënt bij, voor zover dit voor een goede hulpverlening noodzakelijk is. Een zorgvuldig bijgehouden dossier is van belang voor zowel de kwaliteit als de continuïteit van de zorg. De dossierplicht maakt ook deel uit van het recht van de patiënt op een goede informatievoorziening en kan eventueel in het geval van een klacht een rol spelen bij de verantwoording en toetsbaarheid van het therapeutisch handelen van de osteopaat. Tegelijk dient men ook de privacy van de patiënt te waarborgen, zoals vastgelegd in de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

Wat moet er in het dossier staan?

Zoals bepaald in het Burger wetboek (artikelen 7:448 en 7:4550) worden in het dossier gegevens opgenomen over de gezondheid van de patiënt en de verrichtingen die bij de patiënt zijn uitgevoerd. Over het algemeen worden in het dossier de volgende gegevens vastgelegd: de inhoud van het therapeutisch handelen, informatie die een rol speelt bij het onderhouden van de continuïteit van zorg, en gegevens die voor een patiënt ook bij de volgende behandelingen of onderzoeken relevant zijn. Zie voor meer informatie https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/gezondheid/medisch-dossier.

Beheer van het dossier

De gegevens die worden gedocumenteerd zijn privacygevoelig. Het gaat om persoonsgegevens, aan de hand waarvan de patiënt zowel direct als indirect geïdentificeerd kan worden. Om hiermee op een verantwoorde wijze om te gaan en te voldoen aan de privacywetgeving, dient de osteopaat een zogeheten AVG-protocol te hanteren. Het AVG-protocol behandelt onder meer: de rechten van de patiënt; een overzicht van verwerkingen; gegevensbescherming; en een meldplicht voor datalekken. Deze is te vinden op https://www.osteopathie.nl/leden-login/ledeninfo/avg.

Bewaartermijn

De bewaartermijn is in 2020 verhoogd naar 20 jaar voor zowel papieren als elektronische dossiers. De termijn gaat in vanaf de laatste wijziging in het dossier.

Privacy

Waar de WGBO de zorgverlener verplicht om een dossier bij te houden, stelt de AVG dat de zorgverlener zo min mogelijk gegevens vastlegt en onnodige gegevens weer verwijdert. Kortom, de zorgverlener:

- minimaliseert de verwerking van persoonsgegevens;
- noteert slechts het BSN-nummer en maakt geen kopie van paspoort/ID kaart;
- is transparant met betrekking tot de functies en de verwerking van persoonsgegevens;
- stelt de betrokkene in staat om controle uit te oefenen op de informatieverwerking;
- en zorgt dat het dossier goed beveiligd is.

Beveiliging

De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) schrijft voor dat zorgverleners medische dossiers goed beveiligen. Zij moeten erop toezien dat ze alle maatregelen hebben genomen en dat persoonsgegevens enkel ingezien kunnen worden door bevoegde personen. De gegevens mogen niet voor andere doeleinden gebruikt worden.

Elektronische dossier beveiligen

Denkt u bij het beveiligen van uw digitale dossiers en dus uw computer aan het volgende:

- Verander minstens eens per drie maanden het wachtwoord van uw computer.
- Stel in dat uw scherm automatisch na enkele minuten overschakelt op wachtstand.
- Zorg dat als u de kamer uitgaat, uw scherm uitgeschakeld staat, zodat niemand toegang heeft tot uw dossiers.
- En let erop dat u geen namen van patiënten over WhatsApp of email naar collega's stuurt; doe dit alleen via een beveiligd systeem zoals Crossuite of Intramed.

Meldplicht voor datalekken

Een datalek betekent dat er gegevens uit een dossier naar buiten zijn gekomen, en dat daarmee inbreuk is gemaakt op de privacy van patiënt(en). Het is voor de kwalificatie "inbreuk in verband met persoonsgegevens" niet relevant of er al dan niet boze opzet in het spel is. Gegevens kunnen bijvoorbeeld ook gehackt worden of gevonden op een verloren laptop. De zorgverlener dient ieder datalek binnen 72 uur te melden aan de AP. Het datalek wordt daarnaast ook door de zorgverlener gedocumenteerd binnen de eigen praktijk in een overzicht van datalekken die zich hebben voorgedaan, inclusief de corrigerende maatregelen die zijn genomen. Voor het doorgeven van een datalek ga naar: https://datalekken.autoriteitpersoonsgegevens.nl/actionpage?0.

Toestemming

Voor het verwerken van gegevens over de gezondheid van de patiënt is toestemming nodig van de patiënt. Zo ook voor het registreren van het nationaal identificatienummer (BSN). De zorgverlener verwerkt het BSN-nummer van patiënten omdat zorgverleners verplicht zijn dit nummer te gebruiken in correspondentie met andere zorgverleners. Bij voorkeur wordt hierover op voorhand met de betreffende patiënt gesproken en zijn expliciete toestemming gevraagd. Het advies is om als er een vervolgafspraak met de patiënt gemaakt wordt, tegelijk een concreet overzicht te sturen van wat de patiënt kan verwachten. Het gaat om het volgende:

- dat patiënt is gewezen op het feit dat persoonsgegevens verwerkt zullen worden en om welke persoonsgegevens het gaat;
- dat patiënt expliciet toestemming verleend voor die verwerking;
- dat patiënt rechten heeft ten aanzien van het verwerken van persoonsgegevens en dat patiënt deze en de verdere werkwijze van praktijk X met betrekking tot die persoonsgegevens kan nalezen in het onderhavige reglement zoals op de website van praktijk X staat vermeld;
- dat patiënt gewezen wordt op de bewaartermijn(en) van de persoonsgegevens;
- dat patiënt de mogelijkheid heeft een klacht tegen praktijk X in te dienen bij het kwaliteitsregister waar de zorgverlener bij aangesloten is, zoals het NRO of NOF;
- wat het consulttarief en de algemene voorwaarden zijn van de praktijk.

De patiënt

Rechten van de patiënt

De rechten van patiënten ten aanzien van hun medisch dossier zijn opgenomen in de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO), de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en in de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz). Patiënten hebben bijvoorbeeld het recht om hun dossier in te zien, en om een correctie of aanvulling te vragen of zelfs delen ervan te vernietigen. Daarnaast kunnen ze vragen om hun gegevens over te dragen (recht op dataportabiliteit). Het dossier dient dus deelbaar te zijn. Dit geldt zowel voor het papieren dossier, maar gegevens zijn veel makkelijker overdraagbaar als men gebruik maakt van een elektronisch dossier. Het recht op dataportabiliteit geldt niet voor de conclusies, diagnoses, vermoedens en/of behandelplannen die de zorgverlener heeft vastgesteld. Als de patiënt het niet eens is met indrukken, meningen of conclusies van de zorgverlener, dan kan de patiënt deze niet laten corrigeren.
De patiënt heeft recht om te weten wie zijn dossier heeft ingezien, bijvoorbeeld bij de overdracht naar een andere zorgaanbieder. Hiertoe kan hij per mail een verzoek indienen en daarbij moet hij zich legitimeren. De zorgaanbieder dient binnen een maand na ontvangst van het verzoek de patiënt te

informeren over de uitvoering van het verzoek. Bij complexe of een veelvoud aan verzoeken kan deze termijn verlengd worden met maximaal twee maanden. De patiënt dient daarover schriftelijk te worden geïnformeerd. De wet maakt een uitzondering als de aanvraag van de patiënt de privacy van een ander schaadt.

Kinderen

Bij kinderen tot twaalf jaar heeft de ouder recht op inzage van het medische dossier van het kind. Bij kinderen tussen 12-15 jaar hebben ouder en kind gezamenlijk recht op inzage of vernietiging van (delen van) het dossier. Het kind kan bezwaar maken tegen het verzoek van de ouder. Ook kan het kind zelf een verzoek doen. Kinderen van 16 jaar en ouder hebben het recht om hun dossier zelf in te zien of te eisen dat het deels of zelfs geheel wordt vernietigd.

Scheiding

Na een (echt)scheiding houden beide ouders het gezag over hun kind, ook al is de zorg voor het kind soms hoofdzakelijk in handen van één van de ouders. Beiden hebben dan als vertegenwoordiger recht op inzage in het dossier. Het inzagerecht mag door hulpverleners worden beperkt als het geven van inzage aan de ene ouder, de privacy van de andere ouder schaadt.

Kindermishandeling

Bij een vermoeden van kindermishandeling of huiselijk geweld, is de osteopaat verplicht om dit te melden. Zie voor meer informatie de NVO Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (https://www.osteopathie.nl/leden-login/ledeninfo/wkkgz, onderaan). Voor overleg of advies kunt u ook 24 uur per dag bellen met Telefoon Veilig thuis op 0800-2000.

Weigeren van gegevensverstrekking door zorgverlener

In sommige gevallen mag de zorgverlener het verzoek om gegevens te verstrekken weigeren, dan wel daarvoor kosten in rekening brengen. Er mogen kosten in rekening worden gebracht als het niet om het in één keer doorsturen van het gehele dossier gaat, maar een verslag moet worden gemaakt.

Derden

Verwerkersovereenkomsten

Als de zorgverlener gebruik maakt van een elektronisch patiëntendossier, dan heeft de zorgverlener een verwerkingsovereenkomst afgesloten met de desbetreffende provider om er zeker van te zijn dat dit bedrijf zich houdt aan de vereisten van de Avg.

Beroepsgeheim en geheimhoudingsplicht

De patiënt moet erop kunnen rekenen dat alles wat in vertrouwen aan een zorgverlener is verteld, geheim blijft. Daarom geldt een geheimhoudingsplicht. Deze geheimhoudingsplicht is voor de

osteopathie geregeld in de beroepscode. Osteopaten zijn daarnaast ook gehouden aan het tuchtrecht. Eventuele secretariële ondersteuning is ook gehouden aan de geheimhoudingsplicht. De osteopaat mag het dossier wel delen met mede-zorgverleners, zoals een waarnemer.
De zorgverlener mag het medisch beroepsgeheim doorbreken en de medische gegevens van de patiënt aan anderen verstrekken als de patiënt hierover geïnformeerd is én expliciet zijn toestemming geeft. Daarnaast mag de zorgverlener zijn medisch beroepsgeheim doorbreken als dit moet vanwege een wettelijk voorschrift, te denken valt aan de Wet op de lijkbezorging, de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet publieke gezondheid. Op grond van de laatstgenoemde wet moet de zorgverlener bijvoorbeeld bepaalde besmettelijke ziekten direct melden bij de GGD. Tot slot mag een zorgverlener het medisch beroepsgeheim doorbreken als er sprake is van een conflict van plichten, zoals wanneer er sprake is van kindermishandeling. Wel moet de zorgverlener eerst al het mogelijke geprobeerd hebben om het probleem op te lossen of toestemming te verkrijgen van de patiënt om het dossier te delen.
Medische gegevens van de patiënt gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek mag alleen als de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven. Slechts onder nadere voorwaarden mag dit ook zonder toestemming, bijvoorbeeld als toestemming van de patiënt redelijkerwijs niet gevraagd kan worden.

Contact met de zorgverzekeraar

De osteopaat is verplicht bepaalde gegevens te verstrekken aan de zorgverzekeraar van de patiënt, denk aan gegevens die noodzakelijk zijn om de rekeningen van de patiënt te kunnen afhandelen. De medische gegevens die zorgverzekeraars mogen ontvangen, zijn vastgelegd in de ministeriële regelingen op grond van de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en de Wet marktordening gezondheidszorg. Diagnosebehandelcombinaties (DBC's) die door ziekenhuizen worden gebruikt, zijn een voorbeeld van gegevens die zorgverleners moeten doorgeven aan zorgverzekeraars.
Zorgverzekeraars mogen controleren of de zorgnota klopt. De zorgverzekeraar kijkt bij een formele controle bijvoorbeeld of de gedeclareerde zorg wel onderdeel is van het verzekerd pakket. Zorgverzekeraars mogen onder voorwaarden ook een materiële controle uitvoeren. Dit betekent dat zij controleren of een zorgverlener een gedeclareerde behandeling daadwerkelijk heeft uitgevoerd (rechtmatigheid). En of de behandeling paste bij de zorgvraag (doelmatigheid).

Opheffen van de praktijk

Ook bij opheffing van een praktijk is men aan de AVG gebonden. Er zijn daarbij verschillende mogelijkheden. De osteopaat staakt de praktijk of de osteopaat draagt deze over aan een andere osteopaat, binnen of buiten de praktijk. In alle gevallen krijgt de osteopaat te maken met de wettelijke bewaartermijn voor medische dossiers. De bewaartermijn is 20 jaar, in gevolge de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO). Staakt de osteopaat de praktijk zonder overdracht, dan dient deze de dossiers zelf te bewaren gedurende de wettelijke bewaartermijn. Uiteraard kan een patiënt wel vragen het dossier aan een opvolgende behandelaar toe te zenden, of het zelf meenemen.
Als de patiënt wordt overgedragen aan een andere osteopaat, wordt aanbevolen om een nieuwe opdrachtbevestiging te maken, met melding van de nieuwe behandelaar en melding dat gebruik zal

worden gemaakt van het al binnen de praktijk bestaande dossier. Draagt de osteopaat in kwestie diens gehele praktijk over naar een derde osteopaat, dan geldt dat de bewaartermijn overgaat naar de opvolger. In dat geval dienen de volgende regels in acht genomen te worden:

- de osteopaat dient de patiënten te informeren over de overdracht naar een andere praktijk;
- daarbij dient de osteopaat zich ervan te vergewissen dat de opvolger aan de privacyregels voldoet. Dit heeft betrekking tot: het bewaren van patiëntgegevens, het niet delen met derden van patiëntgegevens, het hebben van een verwerkersovereenkomst indien gebruik wordt gemaakt van derden die de patiëntgegevens verwerken (zoals bijvoorbeeld een boekhouder, of een administratief systeem waar gebruik van wordt gemaakt);
- de osteopaat dient ruim van tevoren aan te kondigen aan patiënten dat de praktijk wordt overgedragen en dat aan alle vereisten voor privacy is voldaan. Te denken valt aan een mail/brief aan patiënten, vermelding van de overdracht op de website, een aankondiging in de praktijk, en het mondeling mededelen aan patiënten die behandeld worden.
- Patiënten moeten weten wanneer de overname plaatsvindt: wie, wat, waar, wanneer. Ze dienen informatie te ontvangen over hoe de nieuwe zorgverlener omgaat met privacygegevens en waar dit kan worden nagezien (website zorgverlener, opdrachtbevestiging). Ze dienen bericht te ontvangen over het recht op inzage en vernietiging van hun dossier, of het dossier zelf op te halen is of dat het overgaat naar een andere zorgverlener. En tot slot kan men berichten dat als de patiënt voor een bepaalde datum (redelijke termijn van bijvoorbeeld 2 weken tot een maand) niets van zich heeft laten horen, dat in dat geval het dossier overgedragen wordt aan de opvolger en dat toestemming van de patiënt met diens stilzwijgen verondersteld wordt.

Referentielijst

Geraadpleegde websites

- https://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/got2011ed.pdf
- https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/gezondheid/zorgverleners-en-de-avg
- https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/gezondheid/medisch-dossier
- www.cbo.nl/thema/Richtlijnen
- https://datalekken.autoriteitpersoonsgegevens.nl/actionpage?0
- http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/wetten/kwaliteitswet_zorginstellingen/
- https://www.louisbolk.org/nl/voeding-en-gezondheid/onderzoek-integrative-medicine/cocoz
- https://meetinstrumentenzorg.nl/
- https://www.nictiz.nl/standaardisatie/terminologiecentrum/snomed-ct/
- https://www.nictiz.nl/standaardisatie/terminologiecentrum/snomed-ct/licenties-en-downloads/
- https://www.nictiz.nl/standaardisatie/terminologiecentrum/snomed-ct/licenties-en-downloads/
- https://www.osteopathie.nl/leden-login/ledeninfo/avg
- https://www.osteopathie.nl/leden-login/ledeninfo/wkkgz
- https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/rechten-van-patient-en-privacy/rechten-bij-een-medische-behandeling/rechten-en-plichten-bij-medische-behandeling
- http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/geldigheidsdatum_20-11-2012
- http://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/Boek7/Titel7/Afdeling5/geldigheidsdatum_20-11-2012
- http://wetten.overheid.nl/BWBR0011468/geldigheidsdatum_20-11-2012. www.wetten.overheid.nl
- http://wetten.overheid.nl/BWBR0007414/geldigheidsdatum_20-11-2012. www.overheid.nl
- www.wetten.overheid.nl

Overige referenties

- American Academy of Osteopathy (2005). Outpatient Osteopathic SOAP Note Form Series, Usage Guide second edition.
- Amos, K. J., Bearman, M., & Palermo, C. (2015). Evidence regarding teaching and assessment of record-keeping skills in training of dental students. Journal of dental education, 79(10), 1222-1229.
- Beach, J., & Oates, J. (2014). Maintaining best practice in record-keeping and documentation. Nursing Standard (2014+), 28(36), 45.
- Buntin, M. B., Burke, M. F., Hoaglin, M. C., & Blumenthal, D. (2011). The benefits of health information technology: a review of the recent literature shows predominantly positive results. Health affairs, 30(3), 464-471.

- Black, A. D., Car, J., Pagliari, C., Anandan, C., Cresswell, K., Bokun, T., ... & Sheikh, A. (2011). The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview. PLoS med, 8(1), e1000387.
- Chila, A. (2011). Foundation of Osteopathic Medicine, Philadelphia, VS; Lippincott Williams & Wilkins
- Cathie, A.G., D.O. (1974). Papers selected from the writings and lectures of Angus G. Cathie (1902-1970) American Academy of Osteopathy's 1974 Yearbook.
- ECOP (2017). Glossary of Osteopathic Terminology, www.aacom.org/resources/bookstore/Pages/glossary.aspx.
- Fawkes, C.A., et al., (2011). Identifying the minimum requirements for patient record cards in osteopathy, NCOR.
- Gustings, N, 2019, AVG-protocol NVO.
- Hamilton, W. T., Round, A. P., Sharp, D., & Peters, T. J. (2003). The quality of record keeping in primary care: a comparison of computerised, paper and hybrid systems. Br J Gen Pract, 53(497), 929-933.
- Heerkens YF, e.a. (2011). KNGF Richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging. Amersfoort: KNGF.
- Hruby R, Tozzi P, Lunghi C, Fusco G., (2017). The 5 osteopathic models: Rational, Application, Integration. From tradition to innovation for a centered person osteopathy. Handspring publishing. Pencaitland, UK.
- KNGF-richtlijn (2019). Fysiotherapeutische dossiervorming
- KNMG (2010). Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens, Utrecht.
- KNMG (2004). Van Wet naar Praktijk, Implementatie van de WGBO.
- KNMG (2001). Privacywetgeving en het omgaan met patiëntengegevens, Utrecht.
- Kremer LCM, e.a. (2010). Richtlijn voor richtlijnen. Den Haag: Regieraad voor de Kwaliteit van Zorg, www.regieraad.nl.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2002). Model cliëntendossier modelproduct van OKAB, ondersteuning kwaliteitszorg alternatieve behandelwijzen.
- Lunghi, C., Consorti, G., Tramontano, M., Esteves, J. E., & Cerritelli, F. (2020). Perspectives on tissue adaptation related to allostatic load: scoping review and integrative hypothesis with a focus on osteopathic palpation. J Bodyw Mov Ther. In Press.
- NHG (2009). Richtlijn adequate Dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier, 2e versie. Utrecht: NHG Publicatie automatisering.
- NVO (2013). Richtlijn verslaglegging versie 1.
- NVO (2018). Beroepscompetentie profiel Osteopaat, BCP-1A.
- NHG-KNGF (2012). NHG-Richtlijn Gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut.
- NRO (2006). Beroepscode Osteopathie.
- NVLF (2019). Richtlijn Logopedische Dossiervorming versie 2.0.
- NVO (2017). Beroepscompetentieprofiel osteopaat.

- NVO en NRO (2009). College van Advies Beroepscompetentieprofiel Osteopathie.
- NVMSR (2016). Richtlijn medisch specialistische rapportage in bestuurs- en civielrechtelijk verband.
- O'Neill, J. (2000). SMART Goals, SMART Schools, Educational Leadership, v57 n5 p46-50.
- OCNZ (2017). Guidelines for Clinical Recordkeeping, https://www.osteopathiccouncil.org.nz/policies-and-guidelines.
- Osteopathy Board of Australia (2012). Guidelines on clinical records.
- Post P, e.a. (2010). Levende richtlijn, actueel houden van richtlijnen. Utrecht: Regieraad voor de Kwaliteit van Zorg, www.regieraad.nl.
- Richoz, C., Ayer, A., Berchtold, A., & Richoz, S. (2011). Record keeping by Swiss physiotherapists--a national survey of knowledge regarding legal requirements. Swiss medical weekly, 141.
- Sleszynski (2002). AAO, SOAP Note Series Usage Form. Version 5: 091102cw.
- Van der Werf, G. (1996). Probleemlijst, SOEP en ICPC, Huisarts Wet; 39(6): 265-70.
- VvOCM (Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck) (2019). Richtlijn Verslaglegging.
- V&VN (2020). Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging
- WGBO, artikel 454 BW.
- Zegers, M., de Bruijne, M. C., Spreeuwenberg, P., Wagner, C., Groenewegen, P. P., & van der Wal, G. (2011). Quality of patient record keeping: an indicator of the quality of care?. BMJ quality & safety, 20(4), 314-318.

Bijlagen

Bijlage 1: Voorbeeld formulier informed consent

Met het ondertekenen van het formulier stemt u in met het onderzoek en de behandeling.
Uw osteopaat zal samen met u de onderstaande punten doornemen.

1. Uw osteopaat zal u over zijn/haar bevindingen tot nu toe informeren en zal u uitleggen welke redenen er zijn om het onderzoek/de behandeling toe te passen en welke resultaten u kunt verwachten.
   Eventuele risico's zullen genoemd worden. U kunt zelf besluiten of het onderzoek/de behandeling bij u gedaan wordt of niet.
2. Als u dit prettig vindt, kan een door u vertrouwd persoon aanwezig zijn tijdens het uitvoeren van onderzoek en behandeling.
3. Als u wilt dat het onderzoek/de behandeling gedaan wordt door iemand van uw eigen/ander geslacht zal uw osteopaat u helpen zoeken naar een geschikt persoon.
4. U kunt op ieder moment besluiten het onderzoek/de behandeling af te breken. De behandelaar zal hier onmiddellijk gehoor aan geven.
5. Uw osteopaat geeft u na uitleg over bovengenoemde punten graag bedenktijd. Deze bedenktijd kan, als u dat wenst, duren tot de volgende afspraak.
6. Desgewenst kunt u een kopie van dit formulier ontvangen.
7. In het kader van zorgvuldigheid volgen geregistreerde osteopaten deze procedure. Bij vragen of klachten kunt u zich wenden tot het beroepsregister waar uw osteopaat bij ingeschreven staat.

In te vullen:
Vertrouwd persoon aanwezig: ja/nee

- Ik ben door de osteopaat mondeling geïnformeerd over de onderzoeksresultaten tot nu toe en de bovenstaande punten. Ik heb deze informatie begrepen.
- Ik geef toestemming voor de uitvoering van het onderzoek/de behandeling.

Datum:

Naam patiënt:
Handtekening:

Naam osteopaat:
Handtekening:

(Bij minderjarige patiënt)
Naam ouder/verzorger:
Handtekening:

Bijlage 2: Voorbeeldbrief aan huisarts

Aan: Dhr./mw. <naam>, huisarts
<adres + woonplaats>

Betreft: <naam patiënt>, <geboortedatum>, <adres + woonplaats>

<Woonplaats, datum>

Geachte heer/mevrouw <naam>,

Bovenstaande patiënt consulteerde mij op 8 maart jl. vanwege lage rugklachten, uitstralend in de voorzijde van het rechterbeen. Ook was er sprake van een subjectief krachtverlies in het rechterbeen, met name bij traplopen. De klachten zijn ontstaan na een geforceerde 'boxjump' in de sportschool.

Belangrijkste bevindingen

1. Anamnese/lichamelijk onderzoek
   - Mobiliteit LWK normaal en pijnvrij * Exorotatie van de rechterheup is provocerend * Knieflexie in buiklig (m. rectus femoris stretch) is zeer pijnlijk * Reflexen symmetrisch opwekbaar, proef van Lasèque en Slump test verlopen negatief * Krachttest van de rechter m. iliopsoas gr. 4 en provocerend, m. rectus femoris idem.
2. Osteopathische diagnose
   - * Graad 1 spierscheuring van de rectus femoris
3. Beleid
   - * Datum start behandeling: ….
   - * 6 maal behandeld met manipulaties van het bekken, heupmobilisaties en myofasciale technieken.

Conclusie

Op basis van een graad 1 spierscheuring van de rectus femoris heb ik patiënt 6 maal behandeld met manipulaties van het bekken, heupmobilisaties, myofasciale technieken. Inmiddels is patiënt nagenoeg vrij van klachten, de behandeling is afgesloten.

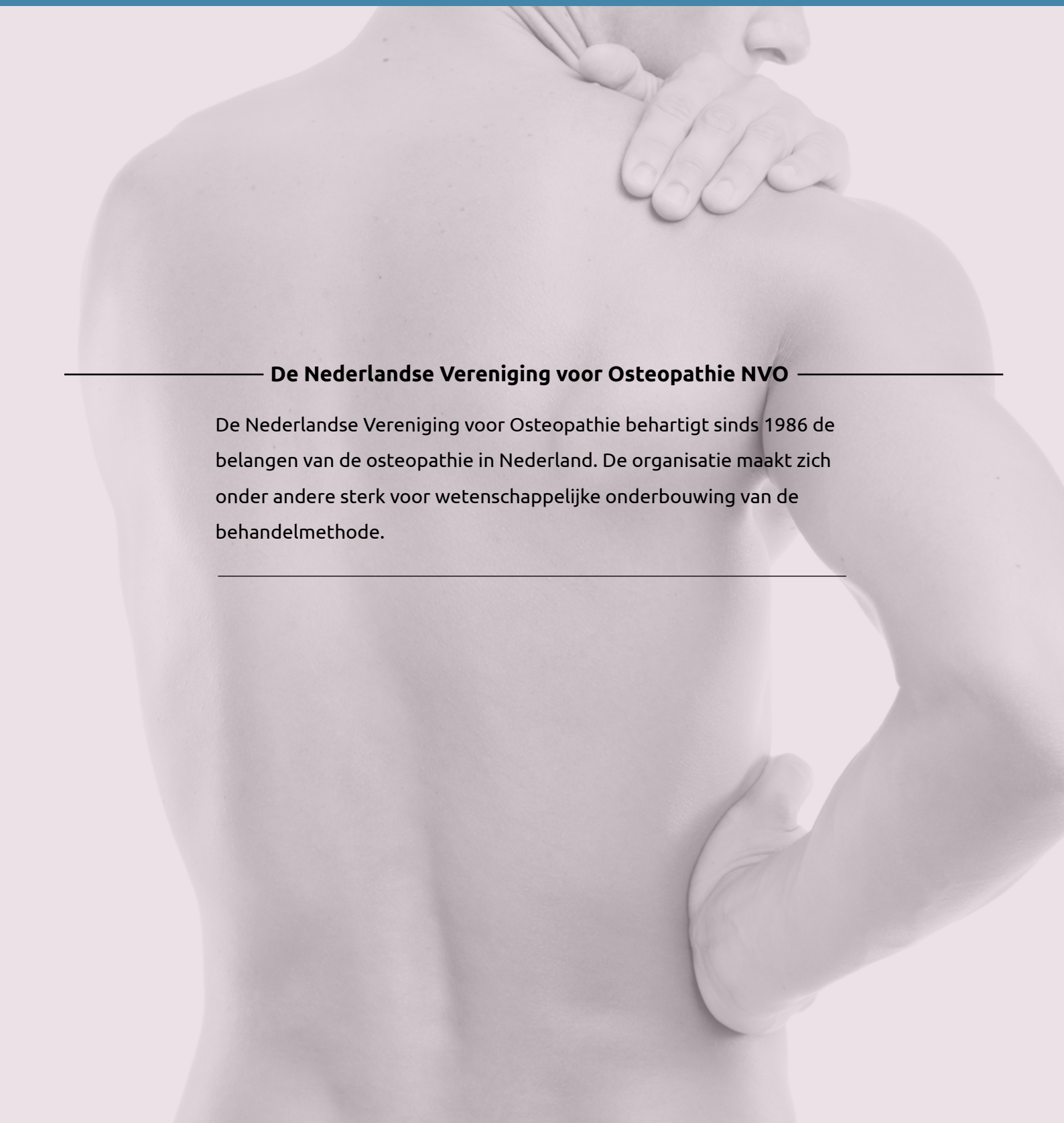
Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Mochten er nog vragen zijn, dan kunt u altijd telefonisch contact opnemen.
Met vriendelijke groet,
<naam behandelaar>
<beroep>
<contactgegevens>

Meer informatie over osteopathie bij de verschillende klachten vindt u op de website van de Nederlandse Vereniging voor Osteopathie op www.osteopathie.nl en op de site van de Stichting Wetenschappelijk Osteopathisch Onderzoek, http://swoo.nl/nl.

NEDERLANDSE VERENIGING
VOOR OSTEOPATHIE

CONTACT NVO

Janssoniuslaan 32
3528 AJ Utrecht
Tel.: 030 - 30 40 063
nvo@osteopathie.nl



De Nederlandse Vereniging voor Osteopathie NVO

De Nederlandse Vereniging voor Osteopathie behartigt sinds 1986 de belangen van de osteopathie in Nederland. De organisatie maakt zich onder andere sterk voor wetenschappelijke onderbouwing van de behandelmethode.