

NVLF-Richtlijn Logopedische Dossiervorming 2016

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	2
2	Verslaglegging in relatie tot het zorgverleningsproces.....	9
3	Verslaglegging per stap	
3.1	Stap 1: Aanmelding.....	11
3.1.1	Aanmelding en screening bij Directe Toegankelijkheid Logopedie	11
3.1.2	Verslaglegging bij aanmelding en screening bij DTL	13
3.1.3	Toelichting gegevens aanmelding en screening DTL	14
3.1.4	Aanmelding met een verwijzing van de (huis)arts	16
3.1.5	Verslaglegging bij aanmelding met een verwijzing van de (huis)arts	16
3.1.6	Toelichting gegevens aanmelding met een verwijzing van de (huis)arts.....	18
3.1.7	Verslaglegging van gegevens niet behorend tot een specifieke stap van het methodisch handelen	19
3.1.8	Toelichting op gegevens niet behorend tot een specifieke stap van het methodisch handelen	19
3.2	Stap 2: Anamnese.....	20
3.2.1	Verslaglegging anamnese.....	20
3.2.2	Toelichting gegevens anamnese	21
3.3	Stap 3: Onderzoek	22
3.3.1	Verslaglegging onderzoek	23
3.3.2	Toelichting gegevens onderzoek.....	23
3.4	Stap 4: Analyse	23
3.4.1	Verslaglegging analyse	23
3.4.2	Toelichting gegevens analyse.....	23
3.5	Stap 5: Behandelplan.....	24
3.5.1	Verslaglegging behandelplan	25
3.5.2	Toelichting gegevens behandelplan.....	25
3.6	Stap 6: Behandeling.....	26
3.6.1	Verslaglegging behandeling	27
3.6.2	Toelichting gegevens behandeling.....	27
3.7	Stap 7: Evaluatie	28
3.7.1	Verslaglegging evaluatie	28
3.7.2	Toelichting gegevens evaluatie	28
3.8	Stap 8: Afsluiting.....	29
3.8.1	Verslaglegging afsluiting	29
3.8.2	Toelichting gegevens afsluiting.....	29
4	Literatuur	31
Bijlage 1	Totstandkoming van de NVLF-Richtlijn Logopedische Dossiervorming 2016.....	32
Bijlage 2	Afkortingen.....	33
Bijlage 3	Verklarende woordenlijst	34

1 Inleiding

Met deze nieuwe versie van de ‘NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging’ - de NVLF-Richtlijn Logopedische Dossievorming 2016¹ - wil de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) logopedisten een leidraad geven bij het logopedisch handelen en het vastleggen van gegevens die in dat kader van de dossievorming² relevant zijn, maar tegelijkertijd de ervaren administratieve belasting terugdringen. Dat betekent dat kritisch is gekeken naar de bestaande NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging uit 2009 en dat daaruit is weggehaald wat overbodig was, dan wel er vereenvoudigd is waar dat kon³. Verder is het taalgebruik kritisch bezien en meer aangepast op het dagelijks taalgebruik van logopedisten.

Bij het logopedisch handelen komen gegevens beschikbaar die, waar nodig, vastgelegd⁴ worden, als integraal onderdeel van dat logopedisch handelen. Dit systematisch vastleggen van zorginhoudelijke gegevens wordt de ‘logopedische verslaglegging’ genoemd. Onder verslaglegging wordt verstaan het vastleggen van het besprokene c.q. het gebeurde. Het gaat bij *logopedische* verslaglegging om het systematisch vastleggen van gegevens en bevindingen met betrekking tot de logopedische hulpverlening in het logopedisch dossier. Deze NVLF-richtlijn beoogt hierbij een leidraad te zijn.

Er zijn drie documenten ontwikkeld:

1. de NVLF-Richtlijn Logopedische Dossievorming 2016 zelf (Hoofdstuk 1 t/m 4), met als bijlagen de wijze van totstandkoming van deze richtlijn, een lijst met afkortingen en een lijst met omschrijvingen van enkele begrippen die in de richtlijn worden gebruikt;
2. een Verantwoording en toelichting, waarin de keuzes die in de richtlijn zijn gemaakt worden uiteengezet (paragraaf A t/m D);
3. de Samenvatting, bestaande uit een bij de richtlijn ingesloten kaart.

De NVLF-Richtlijn Logopedische Dossievorming 2016 en de ‘Verantwoording en toelichting’ zijn beide als zelfstandig stuk te lezen.

Bij het ontwikkelen van de NVLF-Richtlijn Logopedische Dossievorming 2016 is gebruik gemaakt van onder meer het Beroepsprofiel Logopedie (NVLF, 2013) en de KNGF-Richtlijn Fysiotherapeutische dossievorming 2016 (KNGF, 2015).

Definitie NVLF-richtlijn

De NVLF is van mening dat richtlijnen waar mogelijk moeten zijn gebaseerd op wetenschappelijke evidentie. In het boek *Dialog*, hanteert de Beer (naar analogie van Van Everdingen et al., 2014) de volgende omschrijving van een richtlijn: Een ‘richtlijn’ is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals in de zorg en patiënten, berustend op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig medisch handelen (de Beer, 2014).

Vertaald naar de logopedie: Een ‘logopedische richtlijn’ is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van logopedisten in de zorg en cliënten, berustend op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek (indien aanwezig) met daarop gebaseerde discussie

¹ Naar analogie van de recent gepubliceerde KNGF-Richtlijn Fysiotherapeutische dossievorming (KNGF, 2015).

² De dossierplicht van de logopedist komt voort uit de WGBO, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Volgens deze wet is de logopedist verplicht een statuskaart bij te houden met daarin gegevens over de cliënt. WGBO, Artikel 7:454 zegt hierover het volgende: “De hulpverlener richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de cliënt. Hij houdt daarin aantekeningen bij van de gegevens omtrent de gezondheid van de cliënt en de te dien aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens (brieven van andere hulpverleners, e.d.) daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is.”

³ Zo zijn er gegevens bij elkaar gevoegd, waardoor er meer vrijheid is voor de logopedist om dat vast te leggen wat als relevant wordt beschouwd.

⁴ Vastleggen kan ook betekenen dat gegevens (die al door een ander zijn opgeschreven) bij het dossier worden gevoegd (bijvoorbeeld de verwijsggegevens in de vorm van een verwijfsbrief). De gegevens hoeven dus niet op een en hetzelfde formulier c.q. in hetzelfde bestand te staan. Wel moet helder zijn welke gegevens waar te vinden zijn.

en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig logopedisch handelen.

Een NVLF-richtlijn is bedoeld om de logopedist houvast te bieden en om uniformiteit in de werkwijze van logopedisten te bevorderen, teneinde de kwaliteit te verbeteren van de logopedische zorgverlening (met als kernwoorden: doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht). Een richtlijn bevat geen vrijblijvende aanwijzingen, maar is ook niet bedoeld als keurslijf. Het is mogelijk ervan af te wijken, mits voldoende gemotiveerd. De verantwoordelijkheid voor de eigen verslaglegging blijft daarmee bij de individuele logopedist.⁵

Doelgroep

De richtlijn is bedoeld voor logopedisten werkzaam in de werkvelden **speciaal (basis)onderwijs**, de **preventieve logopedie**, de **eerstelijnszorg** en de **intramurale gezondheidszorg** (zoals omschreven in het Beroepsprofiel Logopedist (NVLF, 2013)). De richtlijn is niet bedoeld voor logopedisten die vallen onder de categorie **overige werkgebieden**.⁶

Er wordt vanuit gegaan dat het methodisch handelen voor de logopedisten genoemd in de werkvelden waarvoor de richtlijn van toepassing is in wezen hetzelfde is, al verschilt de zorg uiteraard per werkveld. Zo zal de zorg in een ziekenhuis vaak kortdurend zijn, tegenover meestal langdurend in het onderwijs of in een verpleeghuis. Ook gegevens betreffende het machtiging- en declaratieverkeer worden situatie- en werkveldafhankelijk vastgelegd.

Relatie met zorginhoudelijke richtlijnen

In deze richtlijn wordt vanuit het methodisch handelen (Kuiper, 2013; NVLF, 2013) aangegeven welke voor de logopedie relevante gegevens in het dossier moeten worden vastgelegd.

Voorkeursverrichtingen/-behandelingen (behandelwijze) zoals beschreven in de inhoudelijke NVLF-richtlijnen⁷, die door de logopedist daadwerkelijk bij die individuele cliënt⁸ worden gebruikt c.q. toegepast, hoeven niet te worden vastgelegd in het dossier, op voorwaarde dat in het dossier wel is opgenomen dat men volgens de betreffende richtlijn of het betreffende protocol werkt. Dat geldt ook voor gegevens die worden vastgelegd volgens lokaal protocol. Behandeldoelen moeten wel per cliënt worden vastgelegd omdat behandeldoelen in de meeste richtlijnen en protocollen alleen algemeen / globaal worden beschreven.

Met andere woorden, als volgens een inhoudelijke richtlijn of protocol wordt gewerkt, hoeven alleen te worden vastgelegd:

- de richtlijn of het protocol volgens welke wordt gewerkt;
- gegevens waarvan de waarde niet al in de richtlijn of het protocol staan;
- gegevens die afwijken van de richtlijn of het protocol.

Wijze van vastleggen

In de richtlijn worden geen bindende uitspraken gedaan over de wijze waarop de logopedist gegevens moet vastleggen, bijvoorbeeld in vrije tekst, met behulp van eigen codes of met behulp van coderingsstandaarden, zoals classificaties. Wel wordt in de richtlijn met klem aangeraden om – waar dit van toepassing is – gegevens gestandaardiseerd vast te leggen door gebruik te maken van bestaande coderingsstandaarden, zoals classificaties (zie ook *Verantwoording en toelichting*, paragraaf B.5). Een classificatie is een begrippenstelsel waarin begrippen, op grond van indelingscriteria, steeds verder worden onderverdeeld in klassen en

⁵ Hierbij dient de logopedist zich er wel rekenschap van te geven dat ten minste wordt voldaan aan de wetgeving, aan de eisen van de financier/zorgverzekeraar en, indien van toepassing, de eisen van de instelling/organisatie waar de logopedist werkzaam is.

⁶ Hiermee worden die logopedisten bedoeld die specifiek werk verrichten zonder dat er sprake is van het behandelen of adviseren van een cliënt op basis van een verwijzing of medische noodzaak. Deze werkzaamheden vallen derhalve niet onder de werking van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) of de Wet op de Collectieve Preventie. Deze logopedisten werken bijvoorbeeld op HBO-instellingen (lerarenopleidingen, pedagogische academies voor het basisonderwijs, theaterschool, conservatorium), als freelancers, of zijn in dienst van een trainings- of adviesbureau (NVLF, 2013; blz. 7).

⁷ Op dit moment zijn er enkele zorginhoudelijke richtlijnen voor de logopedist beschikbaar. De verwachting is dat het aantal de komende jaren gaat toenemen.

⁸ Overal waar cliënt staat kan ook patiënt gelezen worden en overal waar cliënt staat mag 'cliënt en/of andere betrokkene(n)' (zoals ouder / begeleider / partner / kind(eren) / familie / wettelijk vertegenwoordiger) worden gelezen.

subklassen. De Nederlandse vertaling van de ICF⁹, en de daarvan afgeleide ICF-logopedie (NVLf, 2009), lijkt vooralsnog de meest bruikbare classificatie als het gaat om het vastleggen van de functioneringsproblemen zoals verwoord door de cliënt, de onderzoeksgegevens van de logopedist voortvloeiend uit het logopedisch onderzoek, (een deel van) de logopedische diagnose en, indirect, de behandoelen en de behandelresultaten (Heerkens et al., 2014; NVLF, 2013); zie *Verantwoording en toelichting*, paragraaf B.5).

Daarnaast zijn eventueel andere classificaties en codelijsten te gebruiken, zoals de Ontwerpclassificatie Verrichtingen voor de Logopedie (voor het vastleggen van de diagnostische en de therapeutische/preventieve handelingen van logopedisten) (Heerkens et al., 1998; NVLF, 2013).

Vooralsnog staat het de logopedist vrij om zelf een keuze te maken in de wijze van verslagleggen.

Functie / doelen van verslaglegging

Verslaglegging ondersteunt het methodisch handelen, aangezien het dossier de logopedist de mogelijkheid biedt het eigen handelen te bewaken, te sturen en te evalueren. Het onderbouwt daarmee het eigen handelen van de logopedist tijdens een behandelingsperiode¹⁰ of als een reeds eerder behandelde cliënt start met een nieuwe behandelingsperiode. De verslagen dienen dan als geheugensteun.

Verslaglegging biedt tevens ondersteuning bij de overdracht van gegevens aan andere bij de zorg betrokken hulpverleners (waaronder de verwijzer), aan de cliënt zelf of aan de zorgverzekeraar (wat overigens niet betekent dat de zorgverzekeraar of de hulpverleners zonder meer toegang hebben tot het dossier, zie *Verantwoording en toelichting*, paragraaf C.2). De verslaglegging dient hierbij als communicatiemiddel. Doordat collega's, op grond van de informatie in de verslagen, de behandeling (tijdelijk) kunnen overnemen bij (plotselinge) afwezigheid van de behandelend logopedist, wordt de continuïteit van de zorg gewaarborgd.

Samengevat zijn de hoofddoelen van verslaglegging:

- 1 het ondersteunen van het eigen handelen van de logopedist (het bieden van een geheugensteun);
- 2 het ondersteunen van gegevensoverdracht aan anderen (het bieden van een middel tot communicatie).

Andere mogelijke, eveneens belangrijke doelen van verslaglegging, zoals onderlinge toetsing, wetenschappelijk onderzoek en externe verantwoording (bijvoorbeeld aan de hand van prestatie-indicatoren), zijn vooralsnog buiten de voorliggende richtlijn gehouden.¹¹

Welke gegevens moeten worden vastgelegd?

Op grond van de twee hoofddoelen van verslaglegging zijn de volgende criteria gehanteerd bij het bepalen van de vast te leggen gegevens:

- gegevens die essentieel zijn in het kader van beslismomenten voortvloeiend uit het methodisch logopedisch handelen;
- gegevens die noodzakelijk zijn in het kader van communicatie met:
 - verwijzers (volgens de *NVLf-richtlijn Verslaggeving Huisarts-Logopedist* (NVLf, 2010), zie *Verantwoording en toelichting*, paragraaf A.2);
 - cliënten;
 - collegae en andere zorgverleners (continuïteit van zorg);
 - zorgverzekeraars, voor zover het gaat om het (verplichte) machtiging- en declaratieverkeer (zie *Verantwoording en toelichting*, paragraaf A.3).

Op grond hiervan zijn gegevens samengesteld die zijn onderverdeeld in **basisgegevens** (die altijd moeten worden vastgelegd) en **mogelijk relevante gegevens** (deze worden alléén vastgelegd als ze volgens de logopedist daadwerkelijk relevant blijken te zijn voor de logopedische zorg van deze specifieke cliënt) (Figuur 1).

⁹ International Classification of Functioning, Disability and Health (RIVM, 2002 ; WHO, 2001).

¹⁰ Een *behandelingsperiode* is een bepaalde, afgebakende periode waarin het probleem van de cliënt aan de logopedist is voorgelegd en de cliënt voor dit probleem door de logopedist is behandeld. Als de behandelingsperiode langer duurt dan zes maanden, wordt de periode 'opgeknipt' in *behandelingsperiodes* van maximaal zes maanden. Zie voor verdere toelichting paragraaf 3.5.

¹¹ Hierbij kan natuurlijk wel gebruik worden gemaakt van de door de logopedist vastgelegde gegevens; denk aan de zorgregistratie zoals die door het Nivel wordt gevoerd (<http://www.nivel.nl/NZR/clone-of-logopedist>).

Daarnaast is besloten om onderscheid te maken tussen **administratieve gegevens**, gegevens relevant in het kader van het machtiging- en declaratieverkeer, en **inhoudelijke gegevens**, gegevens relevant in het kader van de logopedische zorg.

Zoals al aangegeven in voetnoot 4 kunnen gegevens behalve in het dossier ook elders zijn vastgelegd; dat geldt met name voor de administratieve gegevens.

Als basisgegevens moeten worden vastgelegd:

- gegevens die moeten worden vastgelegd uit hoofde van wet- en regelgeving (zie *Verantwoording en toelichting*, paragraaf A.2);
- gegevens die volgens de beroepsgroep zelf noodzakelijk zijn voor het beloop van het logopedisch zorgproces.

De gegevens die verplicht moeten worden vastgelegd in het kader van machtiging- en declaratieverkeer staan bij administratieve basisgegevens.

Mogelijk relevante gegevens¹² zijn alle overige gegevens die relevant *kunnen* zijn voor het bereiken van de hoofddoelen van verslaglegging, die voldoen aan de hiervoor genoemde criteria, en die niet vallen onder basisgegevens. Mogelijk relevante gegevens moeten door de logopedist worden vastgelegd als ze volgens de logopedist daadwerkelijk relevant blijken te zijn voor de logopedische zorg van deze specifieke cliënt.

Dat betekent dat er onderscheid wordt gemaakt tussen vier typen gegevens (zie tabel 1):

- 1 basis administratieve gegevens
- 2 basis inhoudelijke gegevens
- 3 mogelijk relevante administratieve gegevens
- 4 mogelijk relevante inhoudelijke gegevens.

Het is verplicht om type 1 en 2 vast te leggen; het vastleggen van type 3 en 4 is alleen aan de orde als deze gegevens, volgens de logopedist, relevant zijn in de logopedische zorg voor deze specifieke cliënt. Indien de gegevens bij type 3 en 4 relevant zijn, is de logopedist verplicht om deze vast te leggen; net als bij de basisgegevens.

Tijdens het logopedisch zorgproces moeten alle gegevens (basis- en mogelijk relevante gegevens) door de logopedist in beeld worden gebracht. De basisgegevens worden vastgelegd. De mogelijk relevante gegevens worden wel uitgevraagd en alleen indien deze relevant zijn voor de logopedische behandeling vastgelegd. Dit is ter beoordeling aan de logopedist.

Tabel 1 gegevenstypen

Type gegevens	Administratieve gegevens Administratieve gegevens zijn gegevens die worden vastgelegd ten behoeve van het machtiging- en declaratieverkeer. Deze gegevens zijn vaak al beschikbaar in het gebruikte systeem – bijvoorbeeld naam en adres van huisarts staan in een adresbestand – maar deze gegevens moeten wel te koppelen zijn aan de cliënt.	Inhoudelijke gegevens Inhoudelijke gegevens zijn gegevens die inhoudelijk van belang zijn voor het logopedisch zorgverleningstraject en op dat traject betrekking hebben.
Basis gegevens	Basis administratieve gegevens Basis administratieve gegevens zijn gegevens die de logopedist ten	Basis inhoudelijke gegevens Basis inhoudelijke gegevens vormen het fundament van het logopedisch dossier en mogen daarin, op basis van wet- en regelgeving en op basis van de

¹² Deze gegevens werden in de eerdere versie van de richtlijn 'plusgegevens' genoemd, maar deze term bleek - onterecht - te worden geassocieerd met de term 'pluspraktijk'.



	behoefte van het machtiging- en declaratieverkeer altijd nodig heeft.	<p>hoofddoelen van logopedische verslaglegging¹³, niet ontbreken.</p> <p>De meeste basisinhoudelijke gegevens dienen altijd te worden vastgelegd, zoals naam logopedist, contactredenen/hulpvraag cliënt, logopedische diagnose en behandeldoel.</p> <p>Een klein aantal basis inhoudelijke gegevens hoeft alleen vastgelegd te worden als ze van toepassing zijn.</p> <p>Deze laatste categorie basisgegevens bestaat uit de volgende gegevens:</p> <ul style="list-style-type: none">• naam gehanteerde richtlijn / gehanteerd protocol¹⁴• afwijking van richtlijn / protocol• contra-indicaties voor verder(e) logopedisch(e) onderzoek / behandeling• bijstellingen tijdens behandelingsperiode• overleggegevens tijdens behandelingsperiode <p>Als bij deze gegevens niets is ingevuld betekent dit dat het betreffende gegeven niet aan de orde is (niet van toepassing).</p>
Mogelijk relevante gegevens	<p>Mogelijk relevante administratieve gegevens</p> <p>Mogelijk relevante administratieve gegevens zijn gegevens die niet of niet altijd nodig zijn voor het machtiging- en declaratieverkeer. Het is de verantwoordelijkheid van de logopedist zelf om te beslissen welke mogelijk relevante administratieve gegevens wel of niet in het dossier of elders in het (administratieve) systeem worden opgenomen.</p> <p>NB Daarbij moet ook rekening gehouden worden met dat wat er in de eventueel gehanteerde zorginhoudelijke richtlijn staat vermeld.</p>	<p>Mogelijk relevante inhoudelijke gegevens</p> <p>Mogelijk relevante inhoudelijke gegevens kunnen belangrijk zijn voor het logopedisch zorgverleningsproject maar zijn dat niet altijd. Het is de professionele verantwoordelijkheid van de logopedist zelf om te beslissen welke mogelijke gegevens relevant zijn voor de logopedische behandeling en opgenomen dienen te worden in het dossier. Als bij een mogelijk relevant inhoudelijk gegeven niets is ingevuld, kan dit twee dingen betekenen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. het gegeven was niet aan de orde (bijvoorbeeld er zijn geen aanvullende medische gegevens beschikbaar) of2. het gegeven was wel aan de orde maar wordt door de logopedist <i>niet</i> relevant geacht voor het logopedisch zorgproces (bijvoorbeeld informatie over een operatieve ingreep aan het bewegingsapparaat of informatie over medicatie die niet van invloed is op het logopedisch zorgproces). <p>Mogelijk relevante gegevens worden altijd uitgevraagd / in kaart gebracht, maar het is aan de</p>

¹³ De doelen van de logopedische verslaglegging zijn: 1) het ondersteunen van het eigen handelen van de logopedist (het bieden van geheugensteun) en 2) het ondersteunen van gegevensoverdracht aan anderen (het bieden van een middel tot communicatie).

¹⁴ Het kan zijn dat in een inhoudelijke richtlijn extra gegevens staan vermeld die vastgelegd moeten worden; dat kunnen mogelijk relevante gegevens zijn – die bij gebruik van de betreffende richtlijn dus een basisgegeven worden – of gegevens die niet in voorliggende richtlijn zijn opgenomen. De inhoudelijke richtlijn gaat altijd voor!

		logopedist om te beslissen of de gegevens relevant zijn voor de behandeling en dus worden vastgelegd.
--	--	---

De splitsing in basisgegevens en mogelijk relevante gegevens komt tegemoet aan de situatie waarin er voor verslaglegging beperkte tijd beschikbaar is. Afhankelijk van de werksetting, de beschikbare mogelijkheden, de afspraken binnen de werksetting en de verschillende cliëntcategorieën, kan de logopedist kiezen welke gegevens er relevant zijn en dus naast de basisgegevens worden vastgelegd.

Iedere logopedist wordt geacht te werken volgens deze richtlijn. Om hieraan te voldoen moeten in ieder geval de basisgegevens op zorgvuldige en betrouwbare wijze worden vastgelegd en alle mogelijk relevante gegevens die volgens de logopedist relevant zijn in het kader van logopedische zorg. Hiermee wordt in principe voldaan aan de basale eisen die aan de verslaglegging door logopedisten worden gesteld.

Voor een klein aantal gegevens geldt dat ze in bepaalde sectoren niet van toepassing zijn. Dit staat er tussen haakjes achter vermeld. Zo is de reden voor opname alleen intramuraal relevant; dit staat aangeduid als 'reden voor opname (intramuraal)'.

In de *Verantwoording en toelichting* is beschreven op welke gronden het onderscheid tussen basisgegevens en mogelijk relevante gegevens tot stand is gekomen.

Wie moet gegevens vastleggen?

De kwaliteit van de gegevens is in belangrijke mate gekoppeld aan het 'vastleggen bij de bron': degene die de gegevens 'produceert' legt deze vast. Dat betekent in dit geval de behandelend logopedist of diens waarnemer. Persoonsgegevens, verzekeringsgegevens en verwijzingsgegevens van de cliënt mogen, evenals behandeldata, ook door anderen worden vastgelegd, bijvoorbeeld door een administratief medewerker. Ook in dat geval berust de verantwoordelijkheid voor de vastlegging in het kader van de logopedische verslaglegging echter bij de logopedist of diens waarnemer.

Tijdsinvestering

Verslaglegging is een integraal onderdeel van kwalitatief hoogwaardige logopedische zorg die vraagt om een substantiële tijdsinvestering. De tijd nodig voor het achterhalen van gegevens, moet in verhouding staan tot het belang van de gegevens.

Verkrijgen van gegevens

De logopedist mag er op vertrouwen dat de cliënt tijdens het diagnostisch proces de juiste gegevens verstrekt. Als de cliënt is verwezen, mag de logopedist zonder expliciete toestemming van de cliënt gegevens opvragen bij de verwijzer (c.q. het dossier indien de logopedist werkt in een instelling) (de toestemming van de cliënt mag dan als gegeven worden beschouwd). Als de cliënt bij Directe Toegankelijkheid Logopedie (DTL) (zie paragraaf 3.1.1) geen toestemming verleent om medische gegevens op te vragen / in te zien, is het aan de logopedist ter beoordeling of hij¹⁵ al dan niet overgaat tot behandeling.

Toetsing door zorgverzekeraars

Aangezien de zorgverzekeraars verplicht zijn kwalitatief verantwoorde (doeltreffende én doelmatige) zorg in te kopen, komt het steeds vaker voor dat er een kwaliteitsparagraaf wordt opgenomen in het contract dat de zorgverzekeraar en de logopedist sluiten. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat de logopedist een aantal administratieve gegevens vastlegt en dat de beroepsinhoudelijke gegevens worden vastgelegd (een behandel-/zorgdossier wordt aangelegd) volgens de richtlijnen van de beroepsgroep (zowel zorginhoudelijke richtlijnen als specifiek de voorliggende NVLF-Richtlijn Logopedische Dossiervorming 2016).

¹⁵ De logopedist wordt aangeduid met "hij" en "hem"; vanzelfsprekend kan daar waar hij/hem staat ook zij/haar worden gelezen. Ook overige personen (verwijzers, cliënten, contactpersonen) worden aangeduid met hij/hem en ook daar kan zij/haar worden gelezen.

De voorliggende richtlijn is uitdrukkelijk bedoeld als richtlijn voor de logopedisten zelf bij het inrichten en uitvoeren van de eigen verslaglegging, als geheugensteun en als hulpmiddel bij de communicatie met de cliënt, de verwijzer en anderen die direct betrokken zijn bij de logopedische zorg.

Het is de verantwoordelijkheid van de logopedist zelf om bij het afsluiten van overeenkomsten, met name de kwaliteitsparagraaf goed te bestuderen.

2 Verslaglegging in relatie tot het zorgverleningsproces

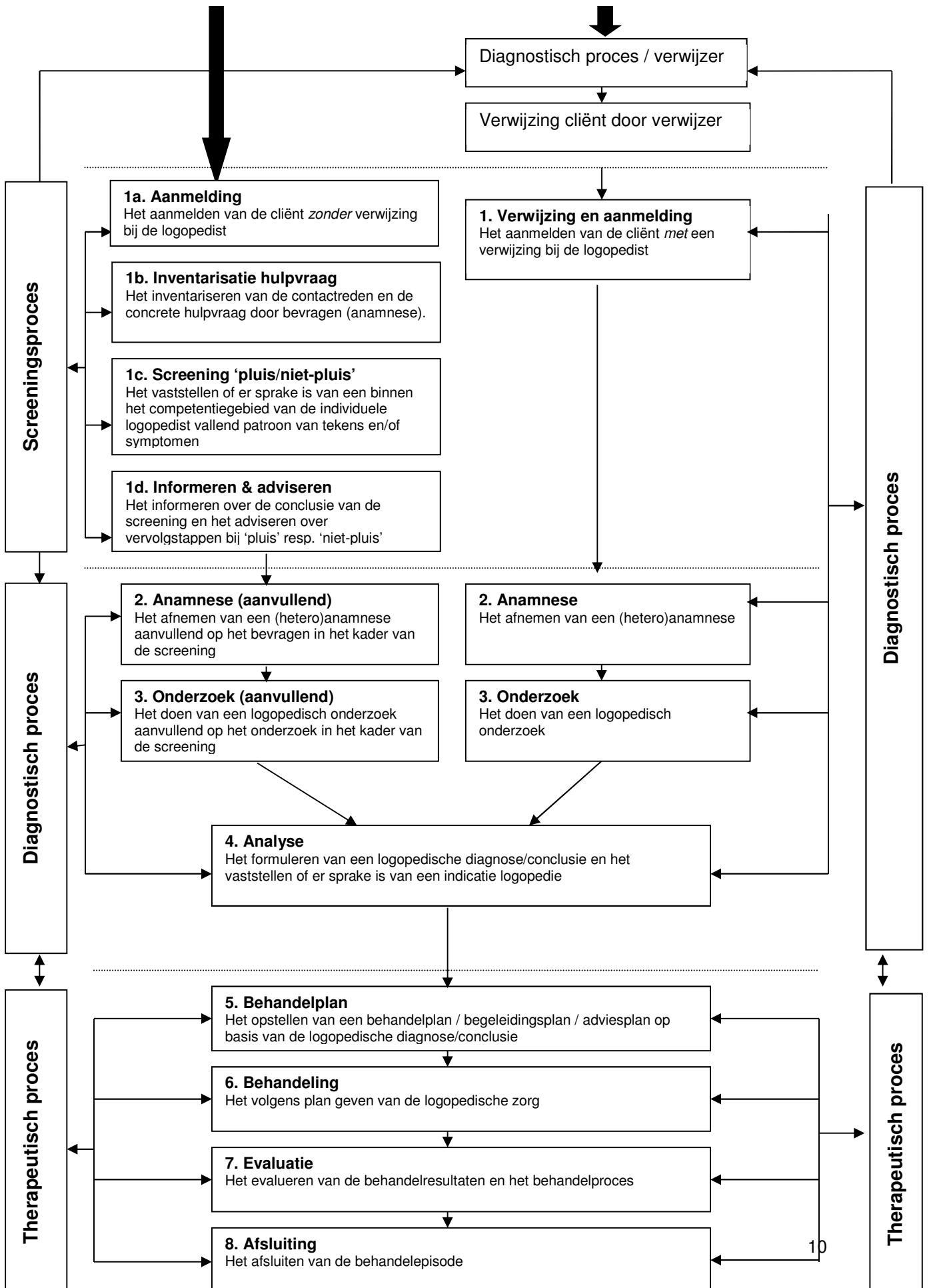
Methodisch handelen ligt ten grondslag aan het zorgverleningsproces en daarmee aan de logopedische verslaglegging. Deze richtlijn beschrijft de stappen van het methodisch handelen en de gegevens die per stap moeten worden vastgelegd als basis- of mogelijk relevante gegevens, met daarbij een toelichting.¹⁶

Figuur 2 geeft het logopedisch zorgverleningsproces schematisch weer.

Figuur 2 Het zorgverleningsproces.

Het diagnostisch proces van de logopedist is anders voor cliënten die worden verwezen (rechts) dan voor cliënten die zich zonder verwijzing bij de logopedist melden (links). In beide gevallen wordt het diagnostisch proces afgesloten met de formulering van de logopedische diagnose en het vaststellen of er al dan niet een indicatie is voor logopedie. Als dat laatste niet het geval is, zal de logopedist de cliënt terugsturen naar de verwijzer (bij cliënten die verwezen zijn), dan wel adviseren contact op te nemen met de huisarts (bij DTL) (dit vindt meestal al plaats aan het einde van stap 1). Daarmee is het diagnostisch proces afgerond. Als er wel een indicatie is voor logopedie zal de logopedist – in overleg met de cliënt – een behandelplan opstellen. Het behandelplan vormt hiermee de eerste stap van het therapeutisch proces. Bij een eenmalig onderzoek heeft de verwijzer een gerichte schriftelijke vraag. Het doel van eenmalig onderzoek is om meer informatie te genereren ten behoeve van de diagnose en prognose met het oog op het (be)handelbeleid en de logopedische (on)mogelijkheden. Het eenmalige onderzoek wordt niet opgevolgd door een zitting voor dezelfde aandoening. Er is in feite (nog) geen sprake is van een therapeutisch proces.

¹⁶ De term screening, zoals gebruikt in het kader van DTL, is qua aard anders dan de screening zoals die plaatsvindt bij bijvoorbeeld kleuters (spraak / taal) of bij verstandelijk gehandicapten (gehoor) (zie verder paragraaf 3.1.1).



3 Verslaglegging per stap

3.1 Stap 1: Aanmelding

3.1.1 Aanmelding en screening bij Directe Toegankelijkheid Logopedie (DTL)

Cliënten hebben de wettelijke mogelijkheid om zonder verwijzing van een arts de logopedist te consulteren. Als een cliënt¹⁷ zich bij de logopedist meldt zonder verwijzing zal de logopedist een screening uitvoeren. Tijdens de screening verzamelt de logopedist gegevens die nodig zijn voor het nemen van een beslissing of verder logopedisch onderzoek al dan niet geïndiceerd is.

“Screening is een proces dat de logopedist leidt tot de beslissing of verder logopedisch onderzoek geïndiceerd is. Bij DTL-screening wordt door middel van gerichte vragen binnen een beperkte tijd vastgesteld of er al dan niet sprake is van een binnen het competentiegebied van de individuele logopedist vallend patroon van tekens en/of symptomen.” (Doornik & Koolhaas, 2010)

Wat een herkenbaar patroon is, hangt af van onder andere ervaring en aanvullende scholing. Dit verschilt dus per logopedist.

In zijn algemeenheid verdient het aanbeveling om regionaal of lokaal werkafspraken te maken over de wijze waarop vorm en inhoud kan worden gegeven aan de onderlinge samenwerking tussen logopedist en huisarts in het kader van de directe toegankelijkheid.

De stappen van het screeningsproces

- *Aanmelding (stap 1a).* De cliënt meldt zich op eigen initiatief bij de logopedist. Bij een aanmelding zonder verwijzing van een arts volgt een screening door de logopedist. De logopedist informeert de cliënt over de screeningsprocedure.
- *Inventarisatie hulpvraag (stap 1b).* Deze stap bestaat uit inventarisatie van de contactredenen en de concrete hulpvraag. De logopedist vraagt daartoe naar de belangrijkste klachten of problemen in het functioneren en de doelstellingen en verwachtingen van de cliënt. Wanneer de logopedist bepaalde medische gegevens nodig heeft in het kader van de screening, zal hij de cliënt daarnaar vragen. Als er naar de inschatting van de individuele logopedist onvoldoende of onduidelijke medische gegevens zijn, wordt er, in overleg met de cliënt, contact gezocht met de huisarts of behandelend medisch specialist. Na een opname in het ziekenhuis kan de cliënt gevraagd worden de ontslagbrief mee te nemen.
- *Screening ‘pluis/niet-pluis’ (stap 1c).* De logopedist is bij de screening alert op patroonherkenning en op identificatie van eventuele rode vlaggen of alarmsignalen. De conclusie ‘pluis’ of ‘niet-pluis’ wordt getrokken vanuit het perspectief van de individuele logopedist. Tijdens de screening kunnen zich de volgende vijf situaties voordoen.

¹⁷ Niet altijd is de cliënt zelf in staat om zich aan te melden, dit kan ook gebeuren door een ouder / begeleider, een wettelijk vertegenwoordiger of door een partner of familielid (bij ouderen). Ook bij het geven van toestemming voor de behandeling geldt dit. Overal waar in deze richtlijn cliënt staat mag ook ‘cliënt en/of andere betrokkene(n)’ (ouder / begeleider / partner / kind(eren) / familie / wettelijk vertegenwoordiger) worden gelezen.

Situaties die zich kunnen voordoen tijdens stap 1 van het screeningsproces

Gepresenteerde symptomen	Actie
1 passen volledig in een voor de logopedist bekend patroon: 'pluis'	overleg met de cliënt en besluit of verder logopedisch onderzoek zinvol en noodzakelijk is
2 passen niet in een voor de logopedist bekend patroon: 'niet-pluis'	cliënt informeren en adviseren contact op te nemen met de (huis)arts
3 passen in een voor de logopedist bekend patroon, er wijken echter één of meerdere symptomen af van het patroon: 'niet-pluis'	cliënt informeren en adviseren contact op te nemen met de (huis)arts.
4 passen in een voor de logopedist bekend patroon, echter het beloop is afwijkend: 'niet-pluis'	cliënt informeren en adviseren contact op te nemen met de (huis)arts.
5 er zijn één of meer rode vlaggen aanwezig: 'niet-pluis'	cliënt informeren en adviseren contact op te nemen met de (huis)arts

- Informeren & adviseren (stap 1d).* Wanneer de logopedist tot de conclusie 'niet-pluis' komt, informeert hij de cliënt hierover en adviseert hij contact op te nemen met de (huis)arts. Met informeren wordt hier bedoeld dat de logopedist de cliënt meedeelt dat één of meer symptomen qua aard of beloop door hem niet als onderdeel van een bekend patroon worden herkend of dat hij de cliënt informeert over de aanwezige rode vlaggen. De arts kan alsnog aanvullende diagnostiek verrichten c.q. aanvragen om vervolgens het te voeren beleid te bepalen. Logopedische advisering en/of behandeling behoort dan nog steeds tot de mogelijkheden.

Wanneer de logopedist tot de conclusie 'pluis' komt, informeert hij de cliënt over de mogelijkheid om, zonder tussenkomst van een arts, door te gaan met het diagnostisch proces.

De logopedist wordt aangeraden om bij complexe problematiek, (chronische) ziekten of aandoeningen met veel co morbiditeit en/of aandoeningen waar vele zorgverleners bij betrokken zijn (bijvoorbeeld COPD, status na CVA, ziekte van Parkinson), ook wanneer de conclusie 'pluis' is, met instemming van de cliënt contact op te nemen met de huisarts en/of behandelend medisch specialist in het kader van de onderlinge afstemming van de zorg.

Ook wordt de logopedist aangeraden om bij verdenking van ernstige pathologie ook zelf, met instemming van de cliënt, contact op te nemen met de huisarts.

3.1.2 Verslaglegging bij aanmelding en screening bij DTL

Als de cliënt gebruikmaakt van DTL worden de volgende gegevens vastgelegd.

Stap 1 / aanmelding en screening bij DTL	Administratieve gegevens		Zorginhoudelijke gegevens	
	basis	mogelijk relevant	basis	mogelijk relevant
Gegevens				
Datum aanmelding		X		
Persoonsgegevens cliënt				
• naam cliënt			X	
• geboortedatum cliënt			X	
• geslacht cliënt			X	
• legitimatie op orde (ja/nee)	X			
• code cliënt / Burgerservicenummer	X			
• adres cliënt		X		
• telefoonnummer cliënt		X		
• e-mailadres cliënt		X		
Gegevens contactpersoon				
• naam contactpersoon	X ¹⁸	X		
• relatie contactpersoon met cliënt		X		
• telefoonnummer contactpersoon		X		
Verzekeringsgegevens cliënt (niet voor intramuraal)				
• naam zorgverzekeraar	X			
• code zorgverzekeraar (UZOV)	X			
• indicatie ongeval (nee/ja) ¹⁹	X			
Gegevens behandelend logopedist				
• naam behandelend logopedist			X	
• code behandelend logopedist (AGB-code/UZI-code)	X			
Gegevens huisarts				
• naam huisarts			X	
• adres huisarts		X		
• code huisarts (AGB-code/UZI-code huisarts of praktijk)		X ²⁰		
Gegevens behandelend medisch specialist				
• naam behandelend medisch specialist		X		
• adres behandelend medisch specialist		X		
Contactreden / hulpvraag*			X	
Verwachtingen cliënt ²¹ *			X	
Door cliënt ervaren functioneringsproblemen*			X	
Factoren die volgens cliënt van invloed zijn op functioneren*				X
Medische (voor)geschiedenis cliënt*				X
Resultaten screening				

¹⁸ Bij kinderen t/m 16 jaar en bij wilsonbekwame cliënten zal altijd de naam van de ouder(s)/verzorger(s) of voogd worden genoteerd. Voor andere cliënten is de naam van de contactpersoon een mogelijk relevant gegeven.

¹⁹ Hoewel de meeste logopedisten dit niet vastleggen, staat het wel als verplicht gegeven vermeld in de Standaard Externe Integratie (zie Verantwoording en toelichting; paragraaf A.3). Om die reden is het toch opgenomen. In de softwareprogramma's zou dit gegeven standaard op 'nee' ingesteld kunnen worden, met de optie om daar, zo nodig, 'ja' van te maken.

²⁰ In het kader van 'het roer gaat om' worden huisartsen mogelijk verplicht om in de communicatie met anderen hun AGB-code te gebruiken. Als dat gaat gebeuren, kan dit ook van invloed zijn op het vastleggen van de AGB-code door logopedisten; voornamelijk wordt het vastleggen bij screening als een mogelijk relevant gegeven gezien; bij een cliënt die wordt verwezen is de AGB-code van de verwijzer wel een basisgegeven.

²¹ Verwachtingen cliënt is geen wettelijk verplicht gegeven, maar wordt door logopedisten zelf als zo belangrijk ervaren voor het logopedisch handelen dat het als basis inhoudelijk gegeven is opgenomen.

• Conclusie screening		X
• Toelichting op conclusie screening		X
Toestemming cliënt voor overleg met (huis)arts en/of andere professional en voor sturen DTL-verslag		X
Resultaat overleg met (huis)arts en/of andere professional		X
Aanvraag voor nadere diagnostiek of aanvullende (medische) gegevens		X
Resultaat overleg met cliënt		X

BSN = Burgerservicenummer; AGB = Algemeen Gegevensbeheer Zorgverleners; UZI = Unieke Zorgverlener Identificatienummer; UZOVI = Unieke Zorgverzekeraars Identificatie.

* gegevens die terugkomen bij stap 2 Anamnese

3.1.3 Toelichting gegevens aanmelding en screening bij DTL

Datum aanmelding

Vastgelegd wordt de datum waarop de cliënt zich meldt bij de logopedische praktijk/afdeling. Dit gegeven kan nuttige informatie opleveren over wachttijden binnen de praktijk, maar is voor het logopedisch zorgproces geen item en ook niet relevant in het kader van machtiging- en declaratieverkeer; vandaar gescoord als een mogelijk relevant administratief gegeven.

Persoonsgegevens cliënt

Basis inhoudelijke gegevens zijn:

Naam cliënt Het gaat hierbij om achternaam + voorletters zoals vermeld op de legitimatie.

Geboortedatum cliënt

Geslacht cliënt (mede mogelijk van belang bij specifieke aandoeningen)

Basis administratieve gegevens zijn:

Legitimatie op orde (ja/nee) Ter identificatie moet de cliënt bij het eerste bezoek ook een legitimatie tonen.

Code cliënt Het gaat hier om het Burgerservicenummer (BSN) ter identificatie van de cliënt en ten behoeve van financieel-administratieve handelingen.

Mogelijk relevante administratieve gegevens zijn:

Adres cliënt (straat, huisnummer, postcode, woonplaats)

Telefoonnummer cliënt Mobiel of vast nummer waarop hij bereikbaar is.

E-mailadres cliënt

Gegevens contactpersoon

Van de contactpersoon kunnen de volgende gegevens vastgelegd worden:

Naam contactpersoon Alleen een basisgegeven als het gaat om kinderen t/m 16 jaar en om wilsonbekwame cliënten, anders een mogelijk relevant gegeven.

Relatie met cliënt (bijv. partner, kind, ouder)

Telefoonnummer contactpersoon Mobiel of vast nummer waarop hij bereikbaar is.

Verzekeringsgegevens cliënt (niet voor intramuraal)

*Naam en code zorgverzekeraar*²²

Indicatie ongeval (nee/ja) Vastgelegd moet worden wanneer een ongeval aanleiding was voor de zorgvraag. Deze gegevens worden vastgelegd ten behoeve van financieel-administratieve handelingen; het zijn basis administratieve gegevens. In bepaalde sectoren, bijvoorbeeld ziekenhuizen en verpleeghuizen, worden verzekeringsgegevens soms elders in de organisatie vastgelegd.

²² Iedere zorgverzekeraar heeft een nummer, het UZOVI (Unieke Zorgverzekeraar Identificatie). Het UZOVI bestand wordt beheerd door Vektis: zie <http://www.vektis.nl/index.php/producten-en-diensten/referentieproducten/uzovi>

Gegevens behandelend logopedist

*Naam en code behandelend logopedist*²³ De behandelend logopedist is de logopedist die verantwoordelijk is voor de screening van de betrokken cliënt.

Gegevens huisarts

Naam huisarts Staat meestal in het dossier zelf. Hoewel het bij DTL niet verplicht is om de huisarts op de hoogte te stellen van de logopedische behandeling en daarvoor altijd de toestemming van de cliënt nodig is, is de naam van de huisarts wel een basisgegeven.

Adres en code huisarts Deze gegevens worden meestal elders in de organisatie vastgelegd (bijvoorbeeld in een adresbestand).²⁴ Het gaat hier om mogelijk relevante administratieve gegevens. Bij gebruik van de AGB-code kan meestal worden volstaan met het noteren van de startcode (geeft het specialisme aan); er zijn huisartsen die in plaats van hun eigen code de praktijkcode gebruiken.

In een aantal situaties fungeert de medisch specialist als huisarts, bijvoorbeeld de AVG (arts verstandelijk gehandicapten) in de zorg voor verstandelijk gehandicapten of de verpleeghuisarts binnen de verpleeghuiszorg.

Gegevens behandelend medisch specialist

Naam behandeling medisch specialist Bij DTL kan het relevant zijn te weten wie eventueel de behandelend medisch specialist is. Het is niet verplicht om de medisch specialist op de hoogte te stellen van de logopedische behandeling en daarvoor is altijd de toestemming van de cliënt nodig is.

Adres medisch specialist Dit gegeven wordt meestal elders in de organisatie vastgelegd (bijvoorbeeld in een adresbestand).²⁵

Contactreden / hulpvraag

Vastgelegd wordt de reden voor de komst van de cliënt naar de praktijk/afdeling. Aangezien de cliënt de contactreden doorgaans formuleert als een omschrijving van zijn vraag om hulp (hulpvraag), zal de logopedist de hulpvraag veelal eerst dienen te verhelderen.

Verwachtingen cliënt

Vastgelegd worden de verwachtingen van de cliënt over het resultaat van de logopedische behandeling (bijvoorbeeld afname van klachten, hervatting van hobby, terugkeer naar werk). Deze verwachtingen zijn belangrijk, aangezien de resultaten bij te hoge verwachtingen van de logopedische zorg wellicht tegenvallen, terwijl bij te lage verwachtingen de motivatie van de cliënt mogelijk te wensen overlaat.

Door cliënt ervaren functioneringsproblemen

Vastgelegd worden de belangrijkste functioneringsproblemen die de cliënt zelf ervaart. Daarbij gaat het om

- de aard van de problemen: in termen van stoornissen in functies of anatomische eigenschappen en/of beperkingen in activiteiten en/of participatieproblemen
- de ernst van de problemen: in de eigen bewoordingen van de cliënt, dan wel vastgesteld via een meetinstrument
- beloop van de problemen: wijze en moment van aanvang en het beloop van de functioneringsproblemen van de cliënt tot nu toe.

Factoren die volgens cliënt van invloed zijn op functioneren

Vastgelegd worden bevorderende of belemmerende (persoonlijke, externe of medische) factoren die het functioneren volgens de cliënt positief dan wel negatief beïnvloeden. In het kader van screening is het vastleggen van deze gegevens een keuze van de logopedist (mogelijk relevante gegevens).

²³ Het UZI nummer is een 9-cijferig nummer dat de pashouder of het servicecertificaat uniek identificeert: <https://www.uziregister.nl/veelgestelde vragen/uziregister/algemeen/>. Logopedisten die werkzaam zijn in de eerstelijnszorg dienen, in het kader van machtigings- en declaratieverkeer, het AGB-nummer te vermelden. Op de website <http://www.agbcode.nl> staat informatie over de AGB-code en het AGB-register. Daarop wordt gesteld dat de AGB-code hét identificerende register is in de zorg, met de AGB-code als unieke sleutel. "In dit register staat alle noodzakelijke (zorg) informatie vermeld om het declareren, de zorginkoop, het contracteren en het 'gidsen' van de zorg mogelijk te maken."

²⁴ Ook de huisarts kan een UZI-nummer krijgen.

²⁵ Ook de medisch specialist kan een UZI-nummer krijgen.

Medische (voor)geschiedenis cliënt

Vastgelegd worden de huidige pathologie, eventuele nevenpathologie, eerdere ziekten/aandoeningen, familiale ziekten/aandoeningen, medische verrichtingen (inclusief operaties, diagnostische verrichtingen, zoals röntgenfoto's, andere therapeutische en/of preventieve verrichtingen, zoals laboratorium en scopisch onderzoek) en medicatiegebruik, voor zover nodig in verband met de screening en voor zover bekend bij de cliënt.

Resultaten screening

Hieronder vallen:

Conclusie screening Vastgelegd worden de resultaten van de screening op plus/niet-plus en of er indicatie is voor verder onderzoek.

Toelichting op conclusie screening Hier is ruimte voor de logopedist om de conclusie van de screening nader toe te lichten. Zo kunnen bij niet-plus de afwijkende symptomen, het afwijkend beloop en/of aanwezige vlaggen worden genoteerd.

Toestemming cliënt voor overleg met (huis)arts en/of andere professional en voor sturen DTL-verslag

Als de individuele logopedist inschat dat er onvoldoende of onduidelijke medische gegevens zijn, zoekt de logopedist in overleg met de cliënt (toestemming van de cliënt is vereist) contact met de huisarts of medisch specialist dan wel met een andere professional. De genoemde toestemming wordt vastgelegd (onder vermelding van datum, van wie de toestemming is verkregen en waarvoor).

Ook wordt cliënt om toestemming gevraagd voor het sturen van een DTL-verslag aan huisarts en/of behandelend medisch specialist. Ook deze toestemming wordt vastgelegd / aangevinkt in dossier (onder vermelding van datum en van wie de toestemming is verkregen).

Resultaat overleg met (huis)arts en/of andere professional

Vastgelegd wordt wanneer, met wie en wat er is afgesproken.

Aanvraag voor nadere diagnostiek of aanvullende (medische) gegevens

Het gaat hier om de vraag van de logopedist aan de (huis)arts of andere professional naar extra diagnostiek of andere aanvullende (medische) gegevens.

Resultaat overleg met cliënt

Vastgelegd worden welke informatie en welk advies is gegeven aan de cliënt.

3.1.4 Aanmelding met een verwijzing van de (huis)arts

Als de cliënt zich met een verwijzing van de arts meldt bij de logopedische praktijk/afdeling stelt de logopedist tijdens stap 1 vast of de verwijzing volledig en duidelijk is, en of, op basis daarvan, kan worden doorgegaan met stap 2, de anamnese. Zo nodig neemt de logopedist contact op met de verwijzer.

In het primaire proces van de eerstelijnspraktijk is de werkwijze doorgaans goed herkenbaar. In ziekenhuizen, verpleeghuizen, revalidatiecentra en andere instellingen in de tweedelijnszorg is dat niet altijd het geval. Door andere procedures rond verwijzing en aanmelding en kortere communicatielijnen is de beschreven werkwijze soms minder expliciet en minder herkenbaar. Zo kan het hele proces en de volledige besluitvorming rond verwijzing en aanmelding plaatsvinden in één multiprofessioneel overleg.

Voor de verslaglegging maakt het echter geen verschil hoe het proces georganiseerd is en of de vast te leggen gegevens in het dossier van de logopedist, in het informatiesysteem van de instelling of in het multiprofessioneel dossier zijn vastgelegd, zolang de logopedist maar kan beschikken over de gegevens die nodig zijn voor het methodisch logopedisch handelen.

3.1.5 Verslaglegging bij aanmelding met een verwijzing van de (huis)arts

Als de cliënt zich aanmeldt via een verwijzing van de (huis)arts worden de volgende gegevens vastgelegd.

Stap 1 / aanmelding met een verwijzing van de (huis)arts	Administratieve gegevens		Zorginhoudelijke gegevens	
	Basis	Mogelijk relevant	Basis	Mogelijk relevant
Datum aanmelding		X		

Persoonsgegevens cliënt		
• naam cliënt		X
• geboortedatum cliënt		X
• geslacht cliënt		X
• legitimatie op orde (ja/nee)	X	
• code cliënt / Burgerservicenummer	X	
• adres cliënt		X
• telefoonnummer cliënt		X
• e-mailadres cliënt		X
Gegevens contactpersoon		
• naam contactpersoon	X ²⁶	X
• relatie contactpersoon met cliënt		X
• telefoonnummer contactpersoon		X
Verzekeringsgegevens cliënt		
• naam zorgverzekeraar	X	
• code zorgverzekeraar (UZOVI)	X	
• indicatie ongeval ²⁷	X	
Gegevens behandelend logopedist		
• naam behandelend logopedist		X
• code behandelend logopedist (AGB-code/UZI-code)	X	
Gegevens verwijzer		
• naam verwijzer	X	
• specialisme verwijzer / code verwijzer (AGB-code/UZI-code)		X
• adres verwijzer		X
Verwijsgegevens		
• verwijsdatum	X	
• verwijsdiagnose / verwijsindicatie		X
• aanvullende medische gegevens cliënt		X
• beleid verwijzer tot nu toe		X
• dienst / verrichting (behandeling) gewenst door verwijzer		X
• gerichte schriftelijke vraag van verwijzer voor eenmalig logopedisch onderzoek		X
Reden voor opname (intramuraal)		
		X
Gegevens huisarts		
• naam huisarts		X
• code huisarts (AGB-code/UZI-code huisarts of praktijk)		X ²⁸
• adres huisarts		X

BSN = Burgerservicenummer; AGB = Algemeen Gegevensbeheer Zorgverleners; UZI = Unieke Zorgverlener Identificatienummer; UZOVI = Unieke Zorgverzekeraarsidentificatie.

²⁶ Bij kinderen t/m 16 jaar en bij wilsonbekwame cliënten zal altijd de naam van de ouder(s)/verzorger(s) of voogd worden genoteerd. Voor andere cliënten is de naam van de contactpersoon een mogelijk relevant gegeven.

²⁷ Hoewel de meeste logopedisten dit niet vastleggen staat het wel als verplicht gegeven vermeld in de Standaard Externe Integratie (zie Verantwoording en Toelichting; paragraaf A.3). Om die reden is het toch opgenomen. In de softwareprogramma's zou dit gegeven standaard op 'nee' ingesteld kunnen worden, met de optie om daar, zo nodig, 'ja' van te maken.

²⁸ In het kader van 'het roer gaat om' worden huisartsen mogelijk verplicht om in de communicatie met anderen hun AGB-code te gebruiken. Als dat gaat gebeuren, kan dit ook van invloed zijn op het vastleggen van de AGB-code door logopedisten; voornamelijk wordt het vastleggen bij screening als optioneel gezien; bij een cliënt die wordt verwezen is de AGB-code van de verwijzer wel een basisgegeven.

3.1.6 Toelichting gegevens aanmelding met een verwijzing van de (huis)arts

Datum aanmelding

De datum van aanmelding is de datum waarop de cliënt zich aanmeldt c.q. wordt aangemeld bij de logopedische praktijk/afdeling. Dit hoeft niet de datum te zijn van de verwijfsbrief. De datum van aanmelding is van belang om zicht te krijgen op de periode tussen verwijfsdatum en aanmelding (de tijd dat de cliënt ermee wacht zich aan te melden bij de praktijk/afdeling) en de periode die verstrijkt tussen aanmelding en eerste behandeling (de wachttijd).

Persoonsgegevens cliënt

Basis inhoudelijke gegevens zijn:

Naam cliënt (achternaam + voorletters)

Geboortedatum cliënt

Geslacht cliënt (mede mogelijk van belang bij specifieke aandoeningen)

Basis administratieve gegevens zijn:

Legitimatie op orde (ja/nee) Ter identificatie moet de cliënt bij het eerste bezoek ook een legitimatie tonen.

Code cliënt (meestal het Burgerservicenummer (BSN) ter identificatie van de cliënt en ten behoeve van financieel-administratieve handelingen.

Mogelijk relevante administratieve gegevens zijn:

Adres cliënt (straat, huisnummer, postcode, woonplaats)

Telefoonnummer cliënt Mobiel of vast nummer waarop hij bereikbaar is.

E-mailadres cliënt

Gegevens contactpersoon

Van de contactpersoon kunnen de volgende gegevens vastgelegd worden:

Naam contactpersoon Alleen een basisgegeven als het gaat om kinderen t/m 16 jaar en om wilsonbekwame cliënten, anders een mogelijk relevant gegeven.

Zijn/haar relatie met cliënt (bijvoorbeeld partner, kind, ouder)

Telefoonnummer contactpersoon

Verzekeringsgegevens cliënt (niet voor intramuraal)

*Naam en code zorgverzekeraar*²⁹

Indicatie ongeval Vastgelegd moet worden wanneer een ongeval aanleiding was voor de zorgvraag.

Deze gegevens worden vastgelegd ten behoeve van financieel-administratieve handelingen; het zijn basis administratieve gegevens. In bepaalde sectoren, bijvoorbeeld ziekenhuizen en verpleeghuizen, worden verzekeringsgegevens soms elders in de organisatie vastgelegd.

Gegevens behandelend logopedist

Verplicht vastgelegd worden:

*Naam en code behandelend logopedist*³⁰ De behandelend logopedist is de logopedist die verantwoordelijk is voor de logopedische zorg aan de betrokken cliënt.

Gegevens verwijzer

Vastgelegd worden altijd:

²⁹ Iedere zorgverzekeraar heeft een nummer, het UZOVI (Unieke Zorgverzekeraar Identificatie). Het UZOVI bestand wordt beheerd door Vektis: zie <http://www.vektis.nl/index.php/producten-en-diensten/referentieproducten/uzovi>

³⁰ Het UZI nummer is een 9-cijferig nummer dat de pashouder of het servicecertificaat uniek identificeert:

<https://www.uziregister.nl/veelgestelde vragen/uziregister/algemeen/>.

Logopedisten die werkzaam zijn in de eerstelijnszorg dienen, in het kader van machtigings- en declaratieverkeer, het AGB-nummer te vermelden. Op de website <http://www.agbcode.nl> staat informatie over de AGB-code en het AGB-register. Daarop wordt gesteld dat de AGB-code hét identificerende register is in de zorg, met de AGB-code als unieke sleutel. "In dit register staat alle noodzakelijke (zorg) informatie vermeld om het declareren, de zorginkoop, het contracteren en het 'gidsen' van de zorg mogelijk te maken."

Naam verwijzer

Specialisme en code verwijzer De verwijzer kan zijn een huisarts, medisch specialist of anderszins. Omdat de eerste twee cijfers van de AGB code het specialisme aangeven, kan net als bij de huisarts, meestal worden volstaan met het noteren van de eerste twee cijfers.

Verwijsgegevens

De verwijzing is het vertrekpunt voor de logopedische zorg.

Verwijsdatum Dit is de afgiftedatum van de verwijzing door de verwijzer.

Verwijsdiagnose / verwijsindicatie Dit is de reden voor de verwijzer om de cliënt te verwijzen voor logopedische zorg. Dat wat de verwijzer heeft opgeschreven, neemt de logopedist over in het dossier (of de verwijsbrief / het verwijsbericht wordt bij het dossier gevoegd).

Aanvullende medische gegevens cliënt De extra informatie – naast de verwijsdiagnose / verwijsindicatie - die de verwijzer van belang acht voor de logopedist, zoals medicatiegebruik, nevenpathologie of psychosociale gegevens van de cliënt.

Beleid verwijzer tot nu toe Dat wat de verwijzer tot nu toe heeft gedaan.

Dienst / verrichting (behandeling) gewenst door verwijzer Vastgelegd wordt het verzoek dat de verwijzer doet tot het verlenen van een bepaalde dienst of verrichting (behandeling).

Gerichte schriftelijke vraag van verwijzer voor eenmalig logopedisch onderzoek Bij een eenmalig logopedisch onderzoek wordt de vraag van de verwijzer vastgelegd.³¹

Reden voor opname (intramuraal)

Bij intramurale behandeling van de cliënt is het vaak van belang de reden van opname te noteren.

Gegevens huisarts

Naam huisarts Naam van de huisarts is een basisgegeven; de naam staat meestal in het dossier zelf ook als de huisarts niet de verwijzer is.

Adres en code huisarts Adres en code worden meestal elders in de organisatie vastgelegd (bijvoorbeeld in een adresbestand). Het gaat hier om mogelijk relevante administratieve gegevens. Bij gebruik van de AGB-code kan meestal worden volstaan met het noteren van de startcode (geeft het specialisme aan); er zijn huisartsen die in plaats van hun eigen code de praktijkcode gebruiken.

In een aantal situaties fungeert de medisch specialist als huisarts, bijvoorbeeld de AVG (arts verstandelijk gehandicapten) in de zorg voor verstandelijk gehandicapten of de verpleeghuisarts in de verpleeghuiszorg.

3.1.7 Verslaglegging van gegevens niet behorend tot een specifieke stap van het methodisch handelen

Een aantal gegevens, bijvoorbeeld gekoppeld aan het gebruik van richtlijn/protocol, is niet gekoppeld aan een bepaald moment in het logopedisch zorgproces. Deze gegevens staan hier vermeld.

Verslaglegging van gegevens niet behorend tot een specifieke stap van het methodisch handelen	Administratieve gegevens		Zorginhoudelijke gegevens	
	Basis	Mogelijk relevant	Basis	Mogelijk relevant
Gegevens				
Gegevens gehanteerde richtlijn / gehanteerd protocol				
• naam gehanteerde richtlijn / gehanteerd protocol			X	
• afwijking van richtlijn / protocol			X	
Contra-indicaties voor verder(e) logopedisch(e) onderzoek / behandeling			X	

3.1.8 Toelichting op gegevens niet behorend tot een specifieke stap van het methodisch handelen

Gegevens gehanteerde richtlijn / gehanteerd protocol

³¹ Er is een apart tarief voor eenmalig logopedisch onderzoek (zie tarievenlijst logopedie). Het tarief voor eenmalig logopedisch onderzoek (op medische indicatie), ongeacht of er een behandeling volgt, kan alleen in rekening gebracht worden indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- Er moet sprake zijn van een gerichte schriftelijke vraag van de verwijzer voor een eenmalig onderzoek;
- Er moet sprake zijn van een schriftelijke rapportage van de logopedist aan de verwijzer.

Naam gehanteerde richtlijn / gehanteerd protocol De logopedist legt vast welke richtlijn (bijvoorbeeld een NVLF-richtlijn), danwel welk protocol (bijvoorbeeld een lokaal ontwikkeld protocol) hij hanteert (althans, bij gebruik ervan).

Omdat de meeste richtlijnen/protocollen zijn gebaseerd op de medische diagnose kan de logopedist vóór het afnemen van de anamnese reeds bezien of er een richtlijn/protocol beschikbaar is en of hij deze gaat gebruiken. De keuze van een richtlijn/protocol maakt als zodanig geen deel uit van de verwijzing en de aanmelding. Om die reden wordt dit gegeven vermeld als 'niet behorend tot een specifieke stap van het methodisch handelen'.

Afwijking van richtlijn / protocol Als de logopedist besluit af te wijken van de richtlijn of het protocol, dient hij dit beargumenteerd te beschrijven (uiteraard is dit slechts relevant indien de logopedist een richtlijn of een protocol volgt). Hij moet ook aangeven in welke zin hij ervan afwijkt.

Zowel naam als afwijking van richtlijn / protocol zijn basis inhoudelijke gegevens; als deze gegevens aan de orde zijn moet de waarde ervan worden ingevuld. Dat betekent dat als er bij een dergelijk gegeven niets is ingevuld dit gegeven voor de betreffende cliënt niet aan de orde is.

Contra-indicaties voor verder(e) logopedisch(e) onderzoek / behandeling

Tijdens het diagnostisch of therapeutisch proces kunnen gegevens beschikbaar komen die voortzetting van de logopedische diagnostiek dan wel behandeling (tijdelijk) ongewenst maken. De aard van deze contra-indicaties voor verder(e) logopedisch(e) onderzoek of behandeling legt de logopedist vast. Contra-indicaties kunnen ook tot gevolg hebben dat verder(e) logopedisch(e) onderzoek of behandeling slechts onder bepaalde voorwaarden kan plaatsvinden. Ook dit is een basis inhoudelijk gegeven en moet dus worden vastgelegd als het aan de orde is.

3.2 Stap 2: Anamnese

Stap 2 van het methodisch handelen bestaat uit het afnemen van de anamnese³². In deze fase wordt gezocht naar gegevens rond het ervaren gezondheidsprobleem die richting kunnen geven aan het logopedisch onderzoek. Als een cliënt gebruik heeft gemaakt van de DTL is een deel van de anamnestiche gegevens reeds verzameld bij de inventarisatie van de hulpvraag (deze gegevens zijn gemarkeerd met een *). De logopedist vraagt in stap 2 dan alleen nog naar aanvullende gegevens die nodig zijn om gericht diagnostische verrichtingen³³ te kunnen selecteren.

Belangrijk is dat tijdens de anamnese alle gegevens (basis- en mogelijk relevante gegevens) door de logopedist in beeld moeten worden gebracht. Alleen voor de mogelijk relevante gegevens geldt dat, ook als deze gegevens wel aan de orde zijn, het aan de logopedist zelf is om te bepalen of hij deze gegevens vastlegt.

In de eerstelijnspraktijk heeft de anamnese vaak een ander karakter dan in de tweedelijnspraktijk, waarin de logopedist een deel van de benodigde gegevens mogelijk al krijgt aangereikt door andere betrokken disciplines. In ziekenhuizen bijvoorbeeld, waar veelal volgens protocol gewerkt wordt en waar de opnameduur steeds korter wordt, kan sprake zijn van een beperkte anamnese, waarbij de nadruk ligt op de gegevens die nodig zijn in verband met het gebruikte protocol.

3.2.1 Verslaglegging anamnese

Van de anamnese worden de volgende gegevens vastgelegd.

Stap 2 / anamnese	Administratieve gegevens		Zorginhoudelijke gegevens	
	Basis	Mogelijk relevant	Basis	Mogelijk relevant
Contactredenen / hulpvraag*			X	

³² Als de cliënt niet zelf in staat is tot het beantwoorden van de vragen, kan dit worden gedaan door een 'betrokkene'; in dit geval spreekt men van een heteroanamnese.

³³ Verrichtingen zijn direct of indirect cliëntgebonden handelingen van de logopedist.

Verwachtingen cliënt ^{34*}		X
Door cliënt ervaren functioneringsproblemen*		X
Factoren die volgens cliënt van invloed zijn op functioneren*		X
Medische (voor)geschiedenis cliënt*		X
Andere of eerder verleende, niet-medische zorg		X
Overige externe factoren		
• privésituatie		X
• werk & opleiding		X
• gebruikte hulpmiddelen		X
Overige persoonlijke factoren		
• achtergrond		X
• leefstijl		X
• fysieke en mentale belastbaarheid		X
• wijze van omgang met en mening over gezondheidsproblemen		X
Gehanteerd anamnese-instrument		X
Voorlopige conclusie / hypothese(n)		X

* Deze gegevens kunnen in het kader van DTL al (deels) verzameld en vastgelegd zijn.

3.2.2 Toelichting gegevens anamnese

Contactreden / hulpvraag

Vastgelegd wordt de reden voor de komst van de cliënt naar de praktijk/afdeling. Aangezien de cliënt de contactreden doorgaans formuleert als een omschrijving van zijn vraag om hulp (hulpvraag), zal de logopedist de hulpvraag veelal eerst dienen te verhelderen.

Verwachtingen cliënt

Vastgelegd worden de verwachtingen van de cliënt over het resultaat van de logopedische behandeling (bijvoorbeeld afname van klachten, hervatting van hobby, terugkeer naar werk). Deze verwachtingen zijn belangrijk, aangezien de resultaten bij te hoge verwachtingen van de logopedische zorg wellicht tegenvallen, terwijl bij te lage verwachtingen de motivatie van de cliënt mogelijk te wensen overlaat.

Door cliënt ervaren functioneringsproblemen

Vastgelegd worden de belangrijkste functioneringsproblemen die de cliënt zelf ervaart. Daarbij gaat het dan om:

- de aard van de problemen: in termen van stoornissen in functies of anatomische eigenschappen en/of beperkingen in activiteiten en/of participatieproblemen
- de ernst van de problemen: in de eigen bewoordingen van de cliënt, dan wel vastgesteld via een meetinstrument
- beloop van de problemen: wijze en moment van aanvang en het beloop van de functioneringsproblemen van de cliënt tot nu toe (gelijkblijvende functioneringsproblemen, nieuwe functioneringsproblemen, toenemende functioneringsproblemen etc.).

Factoren die volgens cliënt van invloed zijn op functioneren

Vastgelegd worden bevorderende of belemmerende (persoonlijke, externe of medische) factoren die het functioneren volgens de cliënt positief dan wel negatief beïnvloeden.

In het kader van de anamnese zijn dit basisgegevens; dat betekent dat er iets moet worden vastgelegd.

Medische (voor)geschiedenis cliënt

Vastgelegd worden de huidige pathologie, eventuele nevenpathologie, eerdere ziekten/aandoeningen, familiale ziekten/aandoeningen, medische verrichtingen inclusief operaties, diagnostische verrichtingen, zoals röntgenfoto's, andere therapeutische en/of preventieve verrichtingen zoals bijvoorbeeld laboratorium en

³⁴ Verwachtingen cliënt is geen wettelijk verplicht gegeven, maar wordt door logopedisten zelf als zo belangrijk ervaren voor het logopedisch handelen dat het als basis inhoudelijk gegeven is opgenomen.

scopisch onderzoek en medicatiegebruik, voor zover nodig in verband met het diagnostisch proces en voor zover bekend bij de cliënt.

De logopedist dient zich bij het vastleggen te beperken tot gegevens die, gezien de verwijfsdiagnose en/of de contactreden/hulpvraag, direct of indirect van invloed zijn op de logopedische zorg. Het is niet nodig om de gehele medische (voor)geschiedenis van een cliënt vast te leggen.

Andere of eerder verleende, niet-medische zorg

Vastgelegd worden gegevens over zorg van andere zorgverleners die direct of indirect in relatie staan tot het huidige gezondheidsprobleem - zoals zorg van andere paramedici, de thuiszorg of het algemeen maatschappelijk werk - en in dit verband eerder verleende zorg (zowel eerder verleende logopedische als andere eerder verleende zorg).

De *medische* zorg die de cliënt heeft of heeft gehad, wordt vastgelegd bij de medische (voor)geschiedenis.

Overige externe factoren

Van de omgevingsfactoren worden alleen gegevens vastgelegd die direct of indirect relevant zijn voor de logopedische zorg. Het gaat om factoren die van (grote) invloed zijn op het functioneren van de cliënt. Bij enkelvoudige, kortdurende problematiek is de noodzaak tot vastlegging van deze gegevens mogelijk minder groot dan bij complexe, langdurige problematiek, waarbij (bevorderende of belemmerende) externe factoren nogal eens van grote invloed zijn op het gezondheidsprobleem.

Privésituatie Het gaat hier om een hele brede groep factoren; zowel de thuissituatie (woonomgeving, gezinssamenstelling) als het sociale netwerk.

Werk & opleiding Het gaat hier om die factoren die gekoppeld zijn aan (betaald en onbetaald) werk en het volgen van een opleiding; het kan bijvoorbeeld gaan om de fysieke en psychosociale omstandigheden op de opleiding of op het werk.

Gebruikte hulpmiddelen De hulpmiddelen die de cliënt gebruikt in relatie tot het huidige gezondheidsprobleem, zoals communicatie ondersteunende hulpmiddelen of dyslexie hulpmiddelen.

Overige persoonlijke factoren

Van de persoonlijke factoren worden alleen gegevens vastgelegd die direct of indirect relevant zijn voor de logopedische zorg. De noodzaak van het vastleggen van persoonlijke factoren varieert met de mate waarin deze factoren van invloed zijn op het functioneren van de cliënt. Het is aan de logopedist een keuze te maken.

Achtergrond Het gaat hier om persoonlijke factoren als opleidingsniveau en sociaaleconomische status. Deze gegevens kunnen van invloed zijn op de aard en de benodigde hoeveelheid zorg.

Leefstijl Tot leefstijl worden de BRAVO-factoren gerekend: bewegen, roken, alcoholgebruik, voeding en ontspanning. Deze factoren kunnen voor de logopedische zorg relevant zijn en worden dan vastgelegd.

Fysieke en mentale belastbaarheid Om te kunnen bepalen of de belasting van de cliënt niet te hoog (of te laag) is, dient naast de belasting ook een inschatting te worden gemaakt van de belastbaarheid van de cliënt. Het gaat dan om zowel fysieke als mentale belastbaarheid in het algemeen, maar ook om bijv. belastbaarheid van de stem.

Wijze van omgang met en mening over gezondheidsproblemen De manier waarop de cliënt omgaat met problemen aangaande eigen functioneren, wat de cliënt er tot nu toe zelf aan heeft gedaan en welk beeld de cliënt zelf heeft van de functioneringsproblemen, de oorzaak van deze problemen en de prognose.

Gehanteerd anamnese-instrument

Als gebruik wordt gemaakt van een specifiek anamneseformulier of van een door de cliënt vooraf in te vullen lijst, kan dat hier worden vastgelegd.

Voorlopige conclusie / hypothese(n)

De anamnese mondt vaak uit in een voorlopige conclusie die wordt verwoord als één of meer voorlopige hypothesen. Deze zijn richtinggevend voor het verdere proces (onderzoek en analyse). De conclusie en/of de hypothese(n) worden vastgelegd.

3.3 Stap 3: Onderzoek

Stap 3 van het methodisch handelen bestaat uit het uitvoeren van een logopedisch onderzoek, waar mogelijk aansluitend bij de in de anamnese geformuleerde voorlopige conclusie/hypothese(n). Tijdens het logopedisch

onderzoek objectiveert de logopedist de aard en de ernst van de functioneringsproblemen van de cliënt, waarmee hij de voorlopige hypothese(n) toetst die uit de anamnese voortkom(t)(en).

3.3.1 Verslaglegging onderzoek

Van het onderzoek worden de volgende gegevens vastgelegd.

Stap 3 / onderzoek	Administratieve gegevens		Zorginhoudelijke gegevens	
	Basis	Mogelijk relevant	Basis	Mogelijk relevant
Gegevens				
Onderzoeksgegevens			X	

3.3.2 Toelichting gegevens onderzoek

Onderzoeksgegevens

Hier komen alle gegevens te staan die relevant zijn in het kader van het onderzoek. Daarbij valt te denken aan wat is onderzocht, hoe het is onderzocht (test, meting, gebruikt meetinstrument) en wat de resultaten zijn van het onderzoek (qua aard en ernst).

NB hier moet zoveel worden vastgelegd als nodig is om in stap 4 de logopedische diagnose te kunnen formuleren.

3.4 Stap 4: Analyse

Tijdens stap 4 in het methodisch handelen vindt een analyse plaats van de tot dan toe verkregen gegevens. Op basis van de analyse formuleert de logopedist een logopedische diagnose/conclusie³⁵. Hierbij gaat het om de samenvatting en interpretatie van de verzamelde gegevens (verwijsgegevens en bevindingen uit de logopedische anamnese en het logopedisch onderzoek) en het op basis hiervan vaststellen of er al dan niet sprake is van een indicatie voor logopedie.

Indien de cliënt is verwezen voor een eenmalig logopedisch onderzoek dienen de bij deze stap verkregen gegevens, of een selectie daarvan, ertoe om de gerichte schriftelijke vraag van de verwijzer te beantwoorden.³⁶

3.4.1 Verslaglegging analyse

Van de analyse worden de volgende gegevens vastgelegd.

Stap 4 / analyse	Administratieve gegevens		Zorginhoudelijke gegevens	
	Basis	Mogelijk relevant	Basis	Mogelijk relevant
Gegevens				
Logopedische diagnose / conclusie			X	
Indicatie voor logopedie (ja/nee)			X	
Conclusie eenmalig logopedisch onderzoek			X	

3.4.2 Toelichting gegevens analyse

Logopedische diagnose / conclusie

Hier staat, bij voorkeur in 'verhalende vorm' het professionele oordeel van de logopedist over het functioneren van de cliënt inclusief de factoren die daarop van invloed zijn. Belangrijk is dat de relatie tussen losse elementen wordt benoemd. Concreet betekent dit dat de logopedische diagnose in verhaalvorm niet verplicht

³⁵ De logopedische diagnose is een beroeps specifiek oordeel over de cliënt op basis waarvan de logopedist de cliënt adviseert over de mogelijkheden van een logopedische behandeling, dan wel de cliënt adviseert zich te wenden tot een andere beroepsbeoefenaar (bijvoorbeeld: remedial teacher, gespecialiseerde logopedist) (NVLF, 2013).

³⁶ Het antwoord op de vraag wordt verstuurd aan de verwijzer, die vervolgens bepaalt of de cliënt wordt verwezen voor behandeling.

is. Wel is het belangrijk dat eventuele relaties tussen losse elementen, die hebben geleid tot de logopedische diagnose / conclusie hier duidelijk worden beschreven.

Dat betekent dat dit verhaal de volgende elementen bevat:

- eventueel aanwezige stoornissen, beperkingen en participatieproblemen: voor zover relevant, met daarbij aangegeven: aard, ernst en beloop. Onder 'beloop' kunnen worden vermeld eventuele afwijkingen in het natuurlijk beloop (herstel) tot nu toe zowel wat betreft tijdsduur als symptomen, het verwachte herstel (natuurlijk herstel plus de mate waarin logopedie dit veranderingsproces kan beïnvloeden) en de kans op recidivering. Geadviseerd wordt om alleen de stoornissen, beperkingen en participatieproblemen te benoemen die nodig zijn voor het opstellen van het behandelplan bij stap 5.
- niet aangedane of juist bijzonder goede functies, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie.
- alle voor de logopedische behandeling relevant bevonden medische, externe en persoonlijke factoren die op het functioneren van de cliënt van invloed zijn.
 - Bij externe factoren kan worden gedacht aan de aan de functioneringsproblemen van de cliënt ten grondslag liggende, dan wel met het functioneren samenhangende belemmerende en/of bevorderende externe factoren, zoals gezinssituatie, werksituatie en beschikbaarheid van adequate hulpmiddelen en aanpassingen in de omgeving.
 - Bij persoonlijke factoren gaat het om de aan de functioneringsproblemen van de cliënt ten grondslag liggende, dan wel met het functioneren samenhangende belemmerende en/of bevorderende persoonlijke factoren, zoals fysieke en psychische belasting-belastbaarheid, ontwikkelingsproblematiek, leervermogen, ideeën van de cliënt over gezondheid en ziekte in het algemeen, ideeën van de cliënt over zijn eigen rol in de ervaren gezondheidsproblemen en de oorzakelijke factoren van die problemen, vroegere (traumatische) ervaringen, omgang met klachten, motivatie van de cliënt en leefstijl.
- (Onderdelen van) de door de cliënt verwoorde contactredenen / hulpvraag (maken) maakt, voor zover relevant, onderdeel uit van de logopedische diagnose.

Indicatie voor logopedie (ja/nee)

Indien de logopedist concludeert, op basis van de interpretatie van de voorliggende gegevens, dat logopedie voor de gezondheidsproblemen van de cliënt zinvol is (indicatie logopedie), gaat hij door naar stap 5 (behandelplan). Indien de logopedist concludeert dat logopedie niet zinvol is, noteert hij 'geen indicatie voor logopedie' en gaat hij verder naar stap 8 (Afsluiting).

Indien onvoldoende informatie beschikbaar is om te komen tot een diagnose/conclusie of een indicatie, kan de logopedist de cliënt terugsturen naar de verwijzer (of in geval van DTL naar de huisarts) voor aanvullend onderzoek, dan wel zelf aanvullende informatie verzamelen via anamnese en/of onderzoek. De beslissing of er sprake is van een indicatie voor logopedie wordt dan uitgesteld tot er wel voldoende informatie beschikbaar is.

Conclusie eenmalig logopedisch onderzoek

Bij een eenmalig logopedisch onderzoek (waarbij gevraagd wordt om een oordeel van de logopedist over het functioneren van de cliënt plus een indicatie of logopedie al dan niet een aangewezen vorm van behandeling is) dient de conclusie altijd te worden vastgelegd en te worden teruggekoppeld aan de verwijzer.

3.5 Stap 5: Behandelplan

Stap 5 van het methodisch handelen bestaat uit het formuleren van het behandel- of zorgplan³⁷.

De logopedist formuleert een resultaat / hoofddoel voor een periode van maximaal 6 maanden, waarna een evaluatie plaats vindt en het doel zo nodig wordt bijgesteld. Als het gehele behandeltraject langer duurt dan zes maanden, wordt voor iedere periode van maximaal zes maanden geëvalueerd en het doel zo nodig bijgesteld.

Dit behandelplan – dat in samenspraak met de cliënt en eventueel andere disciplines wordt opgesteld – start met het beoogde doel voor over maximaal 6 maanden en – voor zover van toepassing – multiprofessionele doelen. Verder staat in het behandelplan vermeld welke logopedische behandeling wordt gegeven, gegevens over duur en frequentie van de behandeling en het geplande evaluatiemoment. Verder moet de cliënt akkoord

³⁷ In multiprofessionele settings kan het logopedisch behandelplan een afzonderlijk deel zijn van een multiprofessioneel plan, dan wel kunnen de logopedische gegevens een integraal onderdeel vormen van een zorgplan.

gaan met het behandelplan en met eventuele voorbehouden handelingen; ook dit wordt in het behandelplan vermeld. De behandeling wordt in het behandelplan nauwkeurig omschreven, zowel als geheugensteun, als ten behoeve van de overdracht van gegevens aan derden.

3.5.1 Verslaglegging behandelplan

Van het behandelplan worden de volgende gegevens vastgelegd.

Stap 5 / behandelplan	Administratieve gegevens		Zorginhoudelijke gegevens	
	Basis	Mogelijk relevant	Basis	Mogelijk relevant
Beoogd resultaat / hoofddoel voor maximaal 6 maanden.			X	
Beoogde korte termijn resultaten			X	
Beoogde multiprofessionele resultaten / doelen				X
Multiprofessionele afspraken				X
Geplande behandeling			X	
Verwacht aantal sessies / verwachte duur voor maximaal 6 maanden.			X	
Geplande behandellocatie				X
Geplande duur sessie				X
Besproken met / akkoord van cliënt, inclusief toestemming voor voorbehouden handeling			X	
Gepland evaluatiemoment ³⁸			X	

3.5.2 Toelichting gegevens behandelplan

Beoogd resultaat / hoofddoel

Het gaat hier om het vastleggen van datgene wat in essentie met de logopedische behandeling wordt beoogd behaald te zijn aan het einde van maximaal 6 maanden. Het beoogd resultaat / hoofddoel wordt SMART³⁹ vastgelegd; dat betekent dat – in overleg met en met toestemming van de cliënt ('acceptabel') - het 'wat' wordt vastgelegd (het logopedisch probleem dat de logopedist wil aanpakken), de mate waarin (hetgeen bereikt moet worden, waar mogelijk gekwantificeerd ('meetbaar') en haalbaar ('realistisch')) en de periode waarbinnen het doel / resultaat moet zijn behaald ('tijdgebonden')⁴⁰. Het is aan de logopedist om een inschatting te maken van wat 'realistisch' is, waarbij, indien beschikbaar, gebruik gemaakt kan worden van zorginhoudelijke richtlijnen.

Beoogde korte termijn resultaten

Met de beoogde korte termijn resultaten expliciteert de logopedist het stappenplan dat hij volgt om het hoofddoel te bereiken. Concreet betekent dit dat de logopedist kort beschrijft welke stappen de cliënt de komende, maximaal 6 maanden, gaat zetten om het doel te bereiken. De voortgang wordt door de logopedist gemonitord tijdens het logopedisch behandelproces. Als de logopedist afwijkingen signaleert tijdens het monitoren of andere signalen krijgt dat het behalen van het hoofddoel niet realistisch is, past de logopedist tussentijds het behandelplan aan. Hiervoor wordt niet gewacht tot de geplande evaluatie.

Beoogde multiprofessionele resultaten / doelen

In multiprofessionele settings is het van belang om, naast de eigen doelen, ook vast te leggen wat men als multiprofessioneel team denkt te bereiken (doel of doelen van de behandeling van alle hulp-/zorgverleners tezamen).

³⁸ Gepland evaluatiemoment is geen wettelijk verplicht gegeven, maar wordt door logopedisten zelf als zo belangrijk ervaren voor het logopedisch handelen dat het als basis inhoudelijk gegeven is opgenomen.

³⁹ SMART: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden.

⁴⁰ Als een einddoel niet SMART kan worden geformuleerd, moet dit worden toegelicht in het dossier.

Multiprofessionele afspraken

Vastgelegd wordt welke afspraken zijn gemaakt met andere professies over het behandelproces.

Geplande behandeling

Het gaat hier om het vastleggen van de geplande behandeling (behandelmethode, interventies, verrichtingen). Het kan zijn dat er verschillende behandelmethoden worden gebruikt. Vastgelegd wordt de aard van de gekozen logopedische behandeling (het begeleiden, sturen/oefenen en manuele verrichtingen) en informatie / adviezen die zullen worden verstrekt aan de cliënt.

Verwachte aantal sessies / verwachte duur voor max. 6 maanden

Om een perspectief te schetsen voor de loop van het behandelplan wordt hier het aantal sessies vastgelegd dat de logopedist denkt nodig te hebben voor het realiseren van het hoofddoel voor maximaal 6 maanden (bijvoorbeeld: 10 à 12 sessies, circa 18 sessies).

Een andere mogelijkheid is het vastleggen van de verwachte duur van de behandelperiode (bijvoorbeeld: 6 weken of (maximaal) een half jaar). Het verwachte aantal sessies of de verwachte duur van de behandelperiode geeft een indicatie van het aantal sessies, dan wel de tijd waarin de logopedist verwacht het hoofddoel te bereiken. Onder een sessie wordt één enkele zitting binnen een behandelperiode verstaan.

Geplande behandellocatie

De behandellocatie wordt vastgelegd als de plaats waar de behandeling zal plaatsvinden. Dit kan de praktijk van de logopedist zijn, maar ook de woning van de cliënt of een andere locatie. In de eerstelijnszorg heeft de behandellocatie invloed op de vergoeding.

Geplande duur sessie

Vastlegging van de geplande duur van de sessie is vooral van belang in het kader van de overdracht van cliënten, en daarmee de continuïteit van de zorg. De duur van de sessie is een tijdseenheid. Bij een variabele sessieduur worden de minimum- en maximumduur vastgelegd.

Besproken met / akkoord van cliënt, inclusief toestemming voor voorbehouden handeling

Er wordt vastgelegd dat het behandelplan is besproken met de cliënt, dan wel dat de cliënt zich akkoord heeft verklaard met het behandelplan. Daarbij is geen handtekening van de cliënt vereist. Als de cliënt daarom vraagt, is de logopedist, ingevolge de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)*, verplicht schriftelijk vast te leggen voor welke verrichtingen / behandeling de cliënt toestemming heeft gegeven.

Voor een voorbehouden handeling⁴¹ is van tevoren toestemming vereist, zowel van de verwijzer als van de cliënt. De verkregen toestemming (de datum waarop de toestemming werd verkregen en van wie) moet schriftelijk worden vastgelegd (zie *Verantwoording en toelichting*, paragraaf A.1).

Gepland evaluatiemoment

Evaluatie vindt plaats maximaal 6 maanden na start behandeling en maximaal iedere 6 maanden hierop volgend.

3.6 Stap 6: Behandeling

Bij Stap 6 gaat het om het behandelen zelf. Van elk logopedist-clientcontact (sessie) noteert de logopedist de gegevens die een weergave zijn van dat contact. Deze gegevens zijn de zogeheten journalgegevens.

Er zijn verschillende systemen in omloop om behandelgegevens gestructureerd vast te leggen, bijvoorbeeld SOAP (S: situatie; O: observatie; A: analyse; P: plan), SOEP (S: staat voor subjectief behandelresultaat (volgens cliënt); O voor objectief behandelresultaat (volgens logopedist); E: voor evaluatie van de behandeling (is er vooruitgang of juist niet); en P: het aanpassen van plan van aanpak (worden er veranderingen aangebracht in de behandelmethodes)) of SOEPI, waarbij de 'I' staat voor instructie.

⁴¹ Logopedisten zijn voor geen enkele voorbehouden handeling (wet BIG) zelfstandig bevoegd (Janssen, 2014). Voor het uitvoeren van een dergelijke handeling (bijvoorbeeld flexibele endoscopische evaluatie van de slikbeweging / FEES) moet aan de eisen van de wet BIG worden voldaan. Denk hierbij aan het verkrijgen van bekwaamheid (scholing), het onderhouden hiervan en afspraken voor ingrijpen van anderen in geval van een calamiteit.

Het is aan de logopedist zelf om al dan niet voor een dergelijk systeem te kiezen en dit in het dossier in te bouwen.

3.6.1 Verslaglegging behandeling

Van de behandeling worden de volgende gegevens vastgelegd.

Stap 6 / behandeling	Administratieve gegevens		Zorginhoudelijke gegevens	
	Basis	Mogelijk relevant	Basis	Mogelijk relevant
Datum sessie	X			
Klachtbeloop / ervaringen cliënt			X	
Uitgevoerde behandeling			X	
Behandellocatie				X
Duur sessie				X
Bijstellingen tijdens behandelperiode				X
Overleggegevens tijdens behandelperiode			X	

3.6.2 Toelichting gegevens behandeling

Datum sessie

Vastgelegd wordt de datum van de sessie. De datum van de eerste sessie is de start van de logopedische zorgverlening.

Klachtbeloop / ervaringen cliënt

Vastgelegd worden gegevens die betrekking hebben op veranderingen in de functioneringsproblemen van de cliënt tijdens de loop van de behandeling, inclusief eventueel behaalde korte termijn resultaten. Ook het niet veranderen van het functioneren is relevante informatie. Onder deze kop kunnen ook de bevindingen van de cliënt met de behandeling en het huiswerk en eventuele 'life events' (zoals overlijden van een familielid, scheiding, verhuizing, verandering van baan) worden genoteerd.

Uitgevoerde behandeling

Het gaat er hier om vast te leggen wat de logopedist daadwerkelijk heeft gedaan tijdens een behandelsessie; dat kan – om veel verschillende redenen – anders zijn dan dat wat was gepland.

Hier kunnen ook de afspraken die zijn gemaakt met de cliënt, eventuele adviezen / huiswerk en het beloop van de behandeling worden vastgelegd.

De uitgebreidheid van wat wordt vastgelegd verschilt per situatie, het is aan de logopedist een keuze te maken wat wel en niet wordt vastgelegd, zij het dat er altijd iets moet worden vastgelegd (het is een basis inhoudelijk gegeven). Het is daarbij ook van belang vast te leggen *welke* informatie (mondeling of schriftelijk) aan de cliënt wordt verstrekt en *welke* adviezen worden gegeven (bijvoorbeeld in de vorm van leefregels (belasting, rust enzovoort), instructies ten aanzien van algemene dagelijkse levensverrichtingen, beroep, sport, hobby en 'huiswerk'.

Behandellocatie

De plaats waar de behandelsessie plaatsvindt wordt alleen vastgelegd, indien deze afwijkt van die in het behandelplan.

Duur sessie

De duur van de behandelsessie wordt alleen vastgelegd indien deze afwijkt van het behandelplan.

Bijstellingen tijdens behandelperiode

De voortgang van de behandeling wordt gemonitord tijdens het logopedisch behandelproces. Als de logopedist afwijkingen in de voortgang signaleert of andere signalen krijgt dat het behalen van het doel niet realistisch is, vindt bijstelling plaats. .. Hiervoor wordt niet gewacht tot het geplande evaluatiemoment.

Als er sprake is van een bijstelling wordt vastgelegd om welke bijstelling het gaat, zoals: bijstelling van de logopedische diagnose/conclusie (zie stap 4), bijstelling van het behandelplan (zie stap 5) en verandering van behandelend logopedist (zie stap 1).

Bijstellingen kunnen op ieder moment in het behandelproces plaatsvinden. Om die reden staan ze in stap 6 vermeld. Als er sprake is van bijstellingen van het behandelplan dient opnieuw de toestemming van de cliënt te worden vastgelegd (zie stap 5).

Overleggegevens tijdens behandelperiode

De logopedist legt vast met wie (verwijzers, collega's en zorgverleners uit andere professies) is overlegd, de datum van het overleg, het besprokene en de eventueel gemaakte afspraken.

Het is belangrijk dat de logopedist zich realiseert dat in veel gevallen de cliënt toestemming moet verlenen voor het verstrekken van informatie aan derden, zoals schadeverzekeraars en letselschadeadvocaten. Het is in ieder geval – op basis van jurisprudentie – noodzakelijk om vast te leggen met wie, wanneer en waarover overleg is gepleegd. Dat geldt ook voor informatie die schriftelijk aan anderen is verstrekt (zie ook *Verantwoording en toelichting*, paragraaf C.2).

3.7 Stap 7: Evaluatie

Bij stap 7 kan het gaan het om de evaluatie van de logopedische behandeling.

Het logopedisch handelen wordt periodiek geëvalueerd, minimaal 1 maal per 6 maanden en (en *moet* in ieder geval bij het beëindigen van de behandelperiode worden geëvalueerd (eindevaluatie). Bij een evaluatie gaat het om de beoordeling van het behandelproces en het behandelresultaat (volgens de cliënt en volgens de logopedist). Als de behandelperiode zes maanden of korter duurt, is er slechts één evaluatie (de eindevaluatie).

3.7.1 Verslaglegging evaluatie

Van de evaluatie worden de volgende gegevens vastgelegd.

Stap 7 / evaluatie	Administratieve gegevens		Zorginhoudelijke gegevens	
	Basis	Mogelijk relevant	Basis	Mogelijk relevant
Datum evaluatie			X	
Realisatie resultaat / hoofddoel			X	
Afwijkingen verwacht behandelverloop				X
Oordeel over samenwerking en behandelproces				X
Evaluatiemethode				X

3.7.2 Toelichting gegevens evaluatie

Datum evaluatie

Als evaluatiedatum wordt de datum vastgelegd waarop de logopedist de evaluatie (schriftelijk) vastlegt.

Realisatie resultaat / hoofddoel

Het resultaat kan worden opgedeeld in de mate waarin

1. het hoofddoel is gehaald⁴² en
2. de veranderingen in de gezondheidstoestand⁴³ op het moment van de evaluatie in vergelijking met de gezondheidstoestand aan het begin van de behandelperiode.

De mate waarin het hoofddoel is gehaald, wordt zowel door de cliënt als door de logopedist beoordeeld. Veranderingen in de gezondheidstoestand van de cliënt worden zo veel mogelijk objectief vastgelegd, waar mogelijk onderbouwd met meetgegevens. Hierbij kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van een VAS meting.

⁴² Hierbij wordt gebruikgemaakt van dezelfde meetinstrumenten als tijdens anamnese of onderzoek.

⁴³ Het gaat daarbij om veranderingen in de eventueel aanwezige ziekte / aandoening, veranderingen in het functioneren en eventuele veranderingen in factoren die op het functioneren van invloed zijn.

Afwijkingen verwacht behandelverloop

Vastgelegd worden duidelijke afwijkingen van het verwachte behandelbeloop die niet waren voorzien, inclusief de eventuele oorzaken van die afwijkingen. Dit kan een reden zijn waarom de behandeldoelen niet zijn gerealiseerd.

Oordeel over samenwerking en behandelproces

Het oordeel over de samenwerking en het behandelproces betreft de eindevaluatie van de samenwerking tussen de logopedist en de cliënt en de gevolgde werkwijze (het behandelproces) (Boiten et al., 2015). Bij samenwerking gaat het vooral om de communicatie, de informatiebereidheid, de therapietrouw, de taakverdeling tussen logopedist en cliënt, de uitvoering van de (afgesproken) taken door de logopedist en de taken (medewerking) van de cliënt (zoals het opvolgen van adviezen en het doen van huiswerk oefeningen). Zowel de cliënt als de logopedist beoordelen het behandelproces. Bij het oordeel van de cliënt wordt vastgelegd hoe het verloop van de behandeling is ervaren. De logopedist evalueert voor zichzelf het gevolgde proces van handelen en evalueren (zelftoetsing).

Wijze van evaluatie

Vastgelegd worden de handelingen die de logopedist uitvoert om de behandelresultaten vast te stellen c.q. de wijze waarop de evaluatie is uitgevoerd, inclusief de daarbij gebruikte diagnostische hulpmiddelen c.q. meetinstrumenten.

3.8 Stap 8: Afsluiting

Bij deze laatste stap gaat het om het moment waarop de behandelafsluiting wordt afgesloten.

3.8.1 Verslaglegging afsluiting

Van de afsluiting worden de volgende gegevens vastgelegd.

Stap 8 / afsluiting	Administratieve gegevens		Zorginhoudelijke gegevens	
	Basis	Mogelijk relevant	Basis	Mogelijk relevant
Datum afsluiting	X			
Datum verslaggeving aan verwijzer	X			
Nazorg / afspraken			X	
Reden einde zorg			X	

3.8.2 Toelichting gegevens afsluiting

Datum afsluiting

Als datum van de afsluiting wordt de datum vastgelegd waarop de behandelafsluiting wordt afgesloten, namelijk de datum van de laatste behandeling.⁴⁴

Als de cliënt niet op de laatste afgesproken behandelsessie verschijnt, wordt het dossier binnen 60 dagen⁴⁵ nadat de laatste behandeling heeft plaatsgevonden gesloten.

Datum verslaggeving aan verwijzer

Vastgelegd wordt de datum waarop het verslag aan de verwijzer wordt toegezonden. Een kopie van dit verslag wordt bewaard. Zie ook de NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaggeving (NVLF, 2010). Ook de verslaggeving vindt plaats binnen 60 dagen nadat de laatste behandeling heeft plaatsgevonden gesloten..⁴⁶

⁴⁴ Als er sprake is van een 'pauze' in de behandeling, is de behandeling in feite niet afgesloten en wordt dus ook de behandelafsluiting nog niet afgesloten.

⁴⁵ Dit in verband met het eindverslag en de geldigheid van de cliënttevredenheidsonderzoeken.

⁴⁶ Voor informatie over de gegevens die naar de verwijzer en/of de huisarts gaan en wanneer informatie-uitwisseling plaatsvindt, wordt verwezen naar de NVLF-Richtlijn Verslaggeving (NVLF, 2010).

Nazorg / afspraken

De afspraken die met de cliënt zijn gemaakt worden vastgelegd, bijvoorbeeld een verwijzing voor groepsbehandeling. Afspraken kunnen ook betreffen: adviezen, leefregels en huiswerk oefeningen die aan de cliënt worden meegegeven aan het einde van de behandelperiode of afspraken rond het weer contact opnemen met logopedist, zoals bij terugkeer klachten.

Reden einde zorg

Vastgelegd wordt op wiens initiatief de behandelperiode wordt beëindigd, door de arts, de cliënt of door de logopedist en op grond waarvan, bijvoorbeeld behandelresultaat bereikt of een financiële reden.

4 Literatuur

- Beer J de. Standaarden en richtlijnen. In: Meulenberg-Brouwer A, Pol H van der (red). *Dialogo. Een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist*. Den Haag: Lemma, 2014, p. 223-49.
- Boiten J, Brouwer T, Bunschoek M. Diagnostiek in de fysiotherapie, proces en werkwijze. S.l.: Reed Business Education; 2015.
- Doornik A. van Koolhaas C. Handleiding DTL. Woerden: NVLF, 2010.
- Everdingen JJE van, Burgers JS, Assendelf WJJ, Swinkels JA, Barneveld TA van, Klundert JLM van de (red). Evidence based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2014
- Heerkens, Y.F., M.C. Spijker, A. Klein, C.D. van Ravensberg. (aanzet tot een) Ontwerpclassificatie Verrichtingen voor de Logopedie (Ontwerp CV-logopedie). Amersfoort : Nederlands Paramedisch Instituut, mei 1998.
- Heerkens Y, Huinck WJ, Beer J de. Logopedie en het menselijk functioneren. In: Meulenberg-Brouwer A, Pol H van der (red). *Dialogo. Een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist*. Den Haag: Lemma, 2014, p. 251-68.
- Janssen L. Logopedie en wettelijke kaders. In: Meulenberg-Brouwer A, Pol H van der (red). *Dialogo. Een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist*. Den Haag: Lemma, 2014, p. 269-97.
- KNGF. Zorgverleningsproces bij Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie. Amersfoort: KNGF; 2005.
- KNGF. KNGF-Richtlijn Fysiotherapeutische Dossiervorming 2016. Amersfoort: Koninklijk Nederlands genootschap voor Fysiotherapie; 2015; <http://www.fysionet-evidencebased.nl/index.php/richtlijnen/richtlijnen/fysiotherapeutische-dossiervoering>
- Kuiper H. Methodisch handelen in de logopedie. Assen: Koninklijke van Gorkum; 2013
- NVLF. ICF-logopedie. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 2009.
- NVLF. NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaggeving. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 2010.
- NVLF. Beroepsprofiel logopedist. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, mei 2013.
- NZa. Beleidsregels BR/CU-7151 – Logopedie. [s.l.]: Nederlandse Zorgautoriteit; ingegaan per 1 januari 2016. https://www.nza.nl/1048076/1048090/BR_CU_7151__Beleidsregel_logopedie.pdf
- RIVM. ICF. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2002.
- WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.

Websites

- http://wetten.overheid.nl/BWBR0008974/geldigheidsdatum_17-03-2013
- <http://www.agbcode.nl>
- <http://www.nivel.nl/NZR/clone-of-logopedist>
- <http://www.vektis.nl/index.php/producten-en-diensten/referentieproducten/uzovi>
- <https://www.uziregister.nl/veelgestelde vragen/uziregister/algemeen/>

Bijlage 1 Totstandkoming van de NVLF-Richtlijn Logopedische Dossiervorming 2016

De NVLF-Richtlijn Logopedische Dossiervorming 2016 is op de volgende wijze tot stand gekomen. De werkgroep herziening richtlijn verslaglegging, bestaande uit vertegenwoordigers van de verschillende velden van de logopedie onder leiding van Y.F. Heerkens van het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI) en met ondersteuning vanuit de NVLF in de persoon van C. Koolhaas, heeft de herziening van de richtlijn voorbereid. Een concept van de herziene richtlijn is voorgelegd aan de commissie SEB en commissie vakinhoud van de NVLF. Tevens is een conceptversie voorgelegd aan zorgverzekeraars en auditbureaus. Het verenigingsbestuur van de NVLF heeft de richtlijn goedgekeurd.

De volgende personen hebben deel uitgemaakt van de werkgroep:

naam	werkveld
Boxtel, M.G.A.P. van	Verpleeghuiszorg
Delsing, H.R.M.	Vrijgevestigd logopedist
Eversteijn, I.	In dienst van praktijk
Ferwerda, R.H.E.M.	Vrijgevestigd logopedist
Gelder, M.E. van	Docent / Vertegenwoordiger Studie Richting Overleg Logopedie (SRO-L) en vrijgevestigd logopedist
Leijenaar, B.	Vrijgevestigd logopedist
Velpen, E.M. van der	Vrijgevestigd logopedist
Vermeulen, N.	Verstandelijk Gehandicaptenzorg
Vriens-Bol, A.M.	Vrijgevestigd logopedist
Wouters, B.	In dienst van praktijk

Bijlage 2 Afkortingen

Afkortingen

AGB	Algemeen Gegevensbeheer Zorgverleners
AVG	Arts Verstandelijk Gehandicapten
BIG	(Wet op) Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BRAVO	bewegen, roken, alcoholgebruik, voeding en ontspanning
BSN	Burgerservicenummer
DTL	Directe Toegankelijkheid Logopedie
FEES	flexibele endoscopische evaluatie van de slikbeweging
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
NPi	Nederlands Paramedisch Instituut
NVLF	Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden
SOAP	S: situatie; O: observatie; A: analyse; P: plan
SOEP	S: subjectief behandelresultaat; O: objectief behandelresultaat; E: evaluatie van de behandeling; P: aanpassen van plan van aanpak
SOEPI	S: subjectief behandelresultaat; O: objectief behandelresultaat; E: evaluatie van de behandeling; P: aanpassen van plan van aanpak; I: instructie
UZI	Unieke Zorgverlener Identificatie
UZOVI	Unieke Zorgverzekeraar Identificatie
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

Bijlage 3 Verklarende woordenlijst

Administratieve gegevens

Administratieve gegevens zijn gegevens die worden vastgelegd ten behoeve van het machtiging- en declaratieverkeer. Deze gegevens zijn vaak al beschikbaar in het gebruikte systeem – bijvoorbeeld naam en adres van huisarts staan in een adresbestand – maar deze gegevens moeten wel te koppelen zijn aan de cliënt.

Basisgegevens

Basisgegevens zijn de gegevens die nodig zijn om de doelen van verslaglegging te realiseren en die moeten worden vastgelegd ten behoeve van machtiging- en declaratieverkeer en in het kader van wet- en regelgeving. Onderscheid wordt gemaakt tussen basis administratieve gegevens en basis inhoudelijke gegevens.

Behandeling

Bij behandeling gaat het om een bepaalde, afgebakende periode waarin het probleem van de cliënt aan de logopedist is voorgelegd en de cliënt voor dit probleem door de logopedist is behandeld. De behandeling is dus het totaal aan logopedische zorg, zowel in verrichtingen als in tijd.

Behandelepisode

De behandelepisode is een bepaalde, afgebakende periode waarin de cliënt door de logopedist wordt behandeld voor een probleem.

Behandelperiode

De behandelperiode is de periode die wordt gedekt door een behandelplan en bedraagt maximaal zes maanden. Bij behandelingen die zes maanden of korter duren vallen de behandelepisode en de behandelperiode samen.

Classificatie

Een classificatie is een begrippenstelsel waarin begrippen op grond van indelingscriteria steeds verder worden onderverdeeld in klassen en subklassen.

Contra-indicatie

Een contra-indicatie is een ziekte of aandoening, een stoornis, een beperking, een participatieprobleem, een persoonlijke factor van de cliënt, of een externe factor, die logopedische zorg (voorlopig) ongewenst maakt.

Gezondheidsprofiel

Het totale beeld van de gezondheid van de cliënt: de eventueel aanwezige ziekte(n)/aandoening(en) en de problemen in het functioneren van de cliënt.

Gezondheidstoestand

De eventueel aanwezige ziekte / aandoening, het functioneren en de factoren die op het functioneren van invloed zijn.

Heteroanamnese

Een heteroanamnese is een anamnese, die de zorgverlener afneemt bij iemand anders dan de cliënt, zoals ouder(s) of verzorger(s), een partner of een wettelijke vertegenwoordiger, bijvoorbeeld wanneer de cliënt zichzelf niet kan verwoorden.

Hulpmiddel

Een hulpmiddel is een product dat de logopedist in de behandeling, of de cliënt thuis gebruikt om tot een optimaal behandelresultaat te komen en dat resultaat te consolideren.

Informed Consent

De cliënt behoort adequaat geïnformeerd te zijn. De cliënt geeft expliciet toestemming voor de behandeling en geeft aan dat hij de risico's en belasting van de behandeling begrijpt. Deze op informatie gebaseerde toestemming wordt informed consent genoemd. In de meeste gevallen wordt de cliënt verzocht, deze informed consent te ondertekenen.

Inhoudelijke gegevens

Inhoudelijke gegevens zijn gegevens die inhoudelijk van belang zijn voor het logopedisch zorgverleningstraject en op dat traject betrekking hebben.

Journalgegevens

Gegevens die de logopedist noteert in het cliëntendossier en die een weergave zijn van elk contact met de cliënt (m.n. stap 6 van methodische handelen).

Leefstijl

Leefstijl is het gedrag, dat de gezondheid van iemand beïnvloedt. Dit zijn de BRAVO-factoren: bewegingsgewoonten, roken, alcoholgebruik, voedingsgewoonten en ontspanning. Hieronder vallen ook het gebruik van genotmiddelen (alcohol, roken, drugs) en gebruik medicatie/zelfzorgmiddelen.

Logopedische diagnose

De logopedische diagnose is een beroeps specifiek oordeel van de logopedist over het gezondheidsprofiel van de cliënt, als basis voor het - in samenspraak met de cliënt (of betrokkene(n)) - op te stellen behandelplan (NVLF, 2013).

Mogelijk relevante gegevens

Mogelijk relevante gegevens zijn alle gegevens die niet tot de basisgegevens behoren maar die wel relevant zijn voor het bereiken van de hoofddoelen van verslaglegging – geheugensteun en communicatie – en die voldoen aan de twee criteria van: essentieel zijn in het kader van beslismomenten die voortvloeien uit het logopedisch methodisch handelen en noodzakelijk zijn in het kader van communicatie met verwijzers, cliënten, andere zorg-/hulpverleners en zorgverzekeraars.

Multiprofessioneel behandeldoel

Een multiprofessioneel behandeldoel is het doel of de doelen van de behandeling van alle zorg-/hulpverleners tezamen.

Multiprofessionele afspraken

Multiprofessionele afspraken zijn de afspraken die de logopedist met andere professionals uit de zorg over het behandelproces maakt.

NVLF-Richtlijn

Een 'richtlijn' is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals in de zorg en patiënten, berustend op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig medisch handelen (de Beer, 2014).

Primaire proces

Het primaire proces is de directe zorg aan de individuele cliënt.

Screening

Screening is een proces dat de logopedist leidt tot de beslissing of verder logopedisch onderzoek geïndiceerd is. Bij DTL-screening wordt door middel van gerichte vragen binnen een beperkte tijd vastgesteld of er al dan niet sprake is van een binnen het competentiegebied van de individuele logopedist vallend patroon van tekens en/of symptomen. (Doornik & Koolhaas, 2010)

Secundaire proces

Het secundaire proces betreft de indirecte en ondersteunende handelingen.

Sessie

Eén enkele zitting binnen een behandelperiode.

Verslaglegging

Onder verslaglegging wordt verstaan het vastleggen van het besprokene, c.q. het gebeurde. Het gaat hier om het systematisch vastleggen van zorginhoudelijke gegevens en bevindingen met betrekking tot de logopedische hulpverlening.

Verrichting

Een verrichting is een handeling. Zo zijn medische verrichtingen: handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg in de zin van de Wet BIG (http://wetten.overheid.nl/BWBR0008974/geldigheidsdatum_17-03-2013). Logopedische verrichtingen zijn dus handelingen van de logopedist in het kader van de beroepsuitoefening. Er zijn zowel direct cliëntgebonden verrichtingen, zoals diagnostische verrichtingen en therapeutische verrichtingen, als indirect cliëntgebonden verrichtingen zoals overleg met een verwijzer of andere hulpverlener.

Verwijsdiagnose

De verwijsdiagnose ofwel de diagnostische gegevens van de verwijzer zijn die gegevens, die de verwijzer van belang acht voor de professie waar naar hij verwijst. De diagnose van de arts (medische diagnose) bevat de ziekte of aandoening van de cliënt, indien van toepassing de operatie of andere medische verrichting. Eventueel vult de arts deze gegevens aan met de klacht of het symptoom (verwijsdiagnose). In sommige gevallen zal de diagnose alleen maar bestaan uit een klacht of een symptoom. Hierom, én omdat het gegeven 'verwijsdiagnose' breder is dan 'medische diagnose', wordt 'verwijsdiagnose' gehanteerd.

Voorbehouden handeling

Voorbehouden handelingen zijn handelingen die zoveel deskundigheid vragen, dat de uitvoering ervan door leken te veel risico's met zich meebrengt voor de cliënt (Janssen, 2014). Voorbehouden handelingen, opgesomd in artikel 36 van de Wet BIG zijn: heilkundige handelingen; verloskundige handelingen; endoscopieën; katheterisaties; injecties; puncties; narcose; het gebruik van radioactieve stoffen en ioniserende straling; electieve cardioversie; defibrillatie; elektroconvulsieve therapie; steenvergruizing; kunstmatige fertilisatie en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.