

# NVLF - Richtlijn logopedische Verslaglegging

November 2009

## Inhoud

<b>1.</b>	<b>INLEIDING .....</b>	<b>4</b>
	Definitie NVLF-richtlijn .....	5
	Wijze van vastleggen .....	6
	Functie / doelen van verslaglegging .....	7
	Welke gegevens moeten worden vastgelegd? .....	7
	Wie moet gegevens vastleggen? .....	9
	Tijdsinvestering .....	9
	Toetsing door zorgverzekeraars .....	9
<b>2.</b>	<b>VERSLAGLEGGING IN RELATIE TOT HET ZORGVERLENINGSPROCES .....</b>	<b>11</b>
<b>3.</b>	<b>VERSLAGLEGGING PER STAP .....</b>	<b>13</b>
<b>3.1.</b>	<b>Stap 1: Aanmelding.....</b>	<b>13</b>
3.1.1.	<i>Aanmelding en screening bij Directe Toegankelijkheid Logopedie (DTL).....</i>	<i>13</i>
3.1.2.	<i>Verslaglegging bij aanmelding en screening bij DTL.....</i>	<i>14</i>
3.1.3.	<i>Toelichting basisgegevens(groepen) aanmelding en screening bij DTL.....</i>	<i>15</i>
3.1.4.	<i>Toelichting plusgegevens(groepen) aanmelding en screening bij DTL.....</i>	<i>16</i>
3.1.5.	<i>Aanmelding met een verwijzing van de (huis)arts.....</i>	<i>16</i>
3.1.6.	<i>Verslaglegging bij aanmelding met een verwijzing van de (huis)arts.....</i>	<i>17</i>
3.1.7.	<i>Toelichting basisgegevens(groepen) aanmelding met een verwijzing van de (huis)arts.....</i>	<i>18</i>
3.1.8.	<i>Toelichting plusgegevens(groepen) aanmelding met een verwijzing van de (huis)arts .....</i>	<i>19</i>
3.1.9.	<i>Verslaglegging van niet aan een fase gebonden gegevens(groepen).....</i>	<i>20</i>
3.1.10.	<i>Toelichting niet aan een fase gebonden gegevens .....</i>	<i>20</i>
<b>3.2.</b>	<b>Stap 2: (Aanvullende) anamnese.....</b>	<b>20</b>
3.2.1.	<i>Verslaglegging (aanvullende) anamnese.....</i>	<i>21</i>
3.2.2.	<i>Toelichting basisgegevens(groepen) (aanvullende) anamnese .....</i>	<i>22</i>
3.2.3.	<i>Toelichting plusgegevens(groepen) (aanvullende) anamnese.....</i>	<i>23</i>
<b>3.3.</b>	<b>Stap 3: (Aanvullend) onderzoek .....</b>	<b>24</b>
3.3.1.	<i>Verslaglegging (aanvullend) onderzoek.....</i>	<i>24</i>
3.3.2.	<i>Toelichting basisgegevens(groepen) (aanvullend) onderzoek .....</i>	<i>24</i>
<b>3.4.</b>	<b>Stap 4: Analyse.....</b>	<b>25</b>
3.4.1.	<i>Verslaglegging analyse .....</i>	<i>25</i>
<b>3.5.</b>	<b>Stap 5: Behandelplan.....</b>	<b>27</b>
3.5.1.	<i>Verslaglegging behandelplan .....</i>	<i>27</i>
3.5.2.	<i>Toelichting basisgegevens(groepen) behandelplan.....</i>	<i>27</i>
3.5.3.	<i>Toelichting plusgegevens(groepen) behandelplan.....</i>	<i>28</i>

<b>3.6. Stap 6: Behandeling</b> .....	<b>28</b>
3.6.1. <i>Verslaglegging behandeling</i> .....	29
3.6.2. <i>Toelichting basisgegevens(groepen) behandeling</i> .....	29
3.6.3. <i>Toelichting plusgegevens(groepen) behandeling</i> .....	30
<b>3.7. Stap 7: Evaluatie</b> .....	<b>30</b>
3.7.1. <i>Verslaglegging evaluatie</i> .....	30
3.7.2. <i>Toelichting basisgegevens(groepen) evaluatie</i> .....	31
3.7.3. <i>Toelichting plusgegevens(groepen) evaluatie</i> .....	31
<b>3.8. Stap 8: Afsluiting</b> .....	<b>31</b>
3.8.1. <i>Verslaglegging afsluiting</i> .....	31
3.8.2. <i>Toelichting basisgegevens(groepen) afsluiting</i> .....	32
<b>4. LITERATUUR</b> .....	<b>33</b>
<b>5. BIJLAGE AFKORTINGEN EN VERKLARENDE WOORDENLIJST</b> .....	<b>35</b>

## 1. Inleiding

Met deze 'NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging' 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 relevant zijn.

Bij het logopedisch handelen komen gegevens beschikbaar die, waar nodig, vastgelegd<sup>1</sup> 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. Deze NVLF-richtlijn beoogt hierbij een leidraad te zijn.

Dit rapport bestaat uit de volgende onderdelen:

1. de NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging zelf (Hoofdstuk 1 t/m 4);
2. een Verantwoording en toelichting, waarin de keuzes die in de richtlijn zijn gemaakt worden uiteengezet (Hoofdstuk A t/m D);
3. de Samenvatting, bestaande uit een bij de richtlijn behorende kaart.

De NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging is, evenals de 'Verantwoording en toelichting', als zelfstandig stuk te lezen.

De NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging bevat als bijlage een lijst met afkortingen en een omschrijving van enkele begrippen die in de richtlijn worden gebruikt.

De gehanteerde procedure bij het ontwikkelen van de richtlijn, een korte uitleg over de (Nederlandse vertaling van de) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) en die in de Verantwoording en toelichting gebruikte afkortingen zijn als bijlagen toegevoegd aan de Verantwoording en toelichting.

De NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging is gebaseerd op de KNGF-Richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging (KNGF, 2007) (zie kader 1). Voor het gebruik van de KNGF-Richtlijn is toestemming gevraagd aan het bestuur van het KNGF. Hierop volgde een positieve reactie. Langs deze weg nogmaals onze dank daarvoor. Daarnaast is bij het opstellen van de NVLF-Richtlijn is gebruik gemaakt van het Beroepsprofiel Logopedie (NVLF, 2003) en de NVLF-Richtlijnen Verslaggeving Logopedist-Huisarts (NVLF, 2003).

In de richtlijn zijn meegenomen de van overheidswege in gang gezette ontwikkelingen rond het elektronisch patiënten dossier (EPD), waaronder de invoering van het Burgerservicenummer (BSN), het Unieke Zorgverlener Identificatienummer (UZI) en de UZI-pas<sup>2</sup>.

1 Vastleggen kan ook betekenen dat gegevens (die al door een ander zijn opgeschreven) bij het dossier worden gevoegd (bij voorbeeld de verwijsgegevens in vorm van een verwijsbrief). De gegevens hoeven dus niet op een en hetzelfde formulier te staan, wel moet helder zijn welke gegevens waar te vinden zijn.

2 Een pas waarmee de logopedist zich, via zijn UZI-nummer, kan legitimeren en toegang krijgt tot allerlei gegevens van de cliënt. De huidige ontwikkelingen rond de UZI-pas worden kort besproken in paragraaf B.4 van de 'Verantwoording en toelichting'.

In 1993 publiceerde het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), haar allereerste richtlijn, de Richtlijnen voor de Fysiotherapeutische Verslaglegging (KNGF, 1993). Het KNGF wilde daarmee aan fysiotherapeuten een leidraad bieden bij het methodisch fysiotherapeutisch handelen en het vastleggen van gegevens die in dat kader relevant waren. De richtlijn beschreef – per stap van het methodisch handelen – welke gegevens(groepen) relevant waren in het kader van verslaglegging, waarbij de nadruk werd gelegd op datgene wat minimaal moest worden vastgelegd. Tien jaar later, in 2003, publiceerde het KNGF – na een uitgebreide discussie met het veld – een nieuwe, herziene versie, de KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging (KNGF, 2003). Deze nieuwe versie was noodzakelijk, gezien de ontwikkelingen die het beroep sinds 1993 had doorgemaakt en de veranderingen in de gezondheidszorg als geheel, inclusief die op het gebied van wet- en regelgeving.

Vier jaar later werd – met name door de introductie van de Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF) per januari 2006 en de op stapel staande invoering van de wetgeving rond het burgerservicenummer (BSN)<sup>3</sup> – besloten tot een nieuwe herziening (KNGF, 2007).

De KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging is met ingang van 2008 een richtlijn die jaarlijks wordt beoordeeld op haar actualiteit, waarmee het een ‘levende’ richtlijn wordt. Het methodisch handelen moet immers steeds aansluiten bij de meest actuele ontwikkelingen in het fysiotherapeutisch handelen die worden beschreven in de zorginhoudelijke richtlijnen van het KNGF.

## Definitie NVLF-richtlijn

De NVLF is van mening dat richtlijnen daar waar mogelijk moeten zijn gebaseerd op wetenschappelijke evidentie. De NVLF gebruikt daarvoor de term evidence based richtlijn en hanteert hiervoor de volgende omschrijving:

Een evidence based richtlijn is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals in de zorg en cliënten, berustend op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig (para)medisch handelen (naar: van Everdingen 2004; de Beer, 2008).

Met andere woorden: richtlijnen zijn landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale zorg voor een patiënt. Ze bieden zorgverleners ondersteuning bij de klinische besluitvorming. Tegenwoordig worden de aanbevelingen in de richtlijnen zoveel mogelijk wetenschappelijk onderbouwd (evidence based), maar is dit niet noodzakelijk. Een richtlijn kan ook gebaseerd zijn op bijvoorbeeld best practice.

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.

<sup>3</sup> Vanaf 1 juni 2008 is de Wet Gebruik Burger Service Nummer (BSN) in de zorg van kracht. Vanaf 1 juni 2009 moeten zorgaanbieders het BSN gebruiken om (landelijk) patiëntgegevens te kunnen uitwisselen (zie verantwoording en toelichting, paragraaf A.1 en B.2.)

De verantwoordelijkheid voor de eigen verslaglegging blijft daarmee bij de individuele logopedist.<sup>4</sup>

### Doelgroep

De richtlijn is bedoeld voor logopedisten werkzaam in de werkvelden 'vrije vestiging', 'onderwijs' en 'intramurale gezondheidszorg' (zoals omschreven in het Beroepsprofiel Logopedist (NVLf, 2003)). De richtlijn is niet bedoeld voor logopedisten die vallen onder de categorie 'overige werkgebieden'.<sup>5</sup> Er wordt vanuit gegaan dat het methodisch handelen voor de logopedisten genoemd in de drie 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 langdurig in het onderwijs of in een verpleeghuis. In de ziekenhuiszorg is veel handelen in protocollen vastgelegd, terwijl in een verpleeghuis veelal multiprofessioneel gewerkt wordt. Dit heeft natuurlijk consequenties voor de verslaglegging. 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, 2004; NVLF, 2003) aangegeven welke voor de logopedie relevante gegevens in het dossier moeten worden vastgelegd.

Behandeldoelen en voorkeursverrichtingen (behandelwijze) zoals beschreven in de inhoudelijke NVLF-richtlijnen<sup>6</sup>, die door de logopedist daadwerkelijk bij die individuele cliënt<sup>7</sup> worden gebruikt c.q. toegepast, hoeven niet te worden vermeld 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.

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 die 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.1). Een classificatie is een begrippenstelsel waarin begrippen, op grond van indelingscriteria, steeds verder worden onderverdeeld in klassen en subklassen. De Nederlandse vertaling van de ICF lijkt voornamelijk 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 behandeldoelen en de behandelresultaten (NVLf, 2009; RIVM, 2002). Zie voor toelichting Bijlage 2 bij de Verantwoording en toelichting.

- 
- 4 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.
- 5 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 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, 2003; blz. 20).
- 6 Op dit moment zijn er nog weinig zorginhoudelijke richtlijnen voor de logopedist beschikbaar, maar de verwachting is dat het aantal de komende jaren gaat toenemen.
- 7 Overall waar cliënt staat kan ook patiënt gelezen worden.

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).

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 de verslagen de logopedist de mogelijkheid bieden het eigen handelen te bewaken, te sturen en te evalueren. Het onderbouwt daarmee het eigen handelen van de logopedist tijdens een behandelperiode of als een reeds eerder behandelde cliënt start met een nieuwe behandelperiode. 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) (Verhoeven, 1997). De verslagen dienen 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).

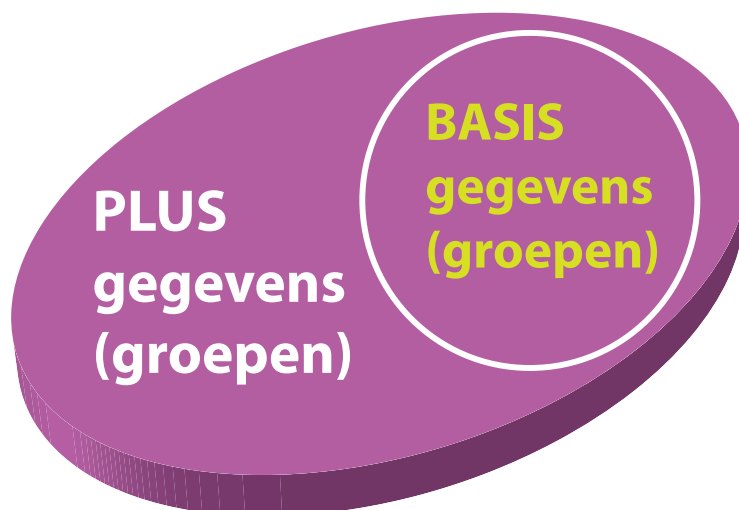
Andere mogelijke, eveneens belangrijke doelen van verslaglegging, zoals onderlinge toetsing, wetenschappelijk onderzoek en externe verantwoording (bijvoorbeeld aan de hand van prestatie-indicatoren, zijn vooralsnog buiten de voorliggende richtlijn gehouden).

## **Welke gegevens moeten worden vastgelegd?**

Op grond van de twee hoofddoelen van verslaglegging en op grond van de geldende kwaliteitseisen voor het logopedisch handelen, waarvan verslaglegging integraal deel uitmaakt, 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*, zie *Verantwoording en toelichting*, paragraaf B.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.4).

Op grond hiervan zijn gegevens(groepen) samengesteld die zijn onderverdeeld in basis- en plusgegevens(groepen) (Figuur 1).



**Figuur 1.** De vast te leggen gegevens\*: basisgegevens(groepen) en plusgegevens(groepen).  
 \* Aan een 'gegeven' kan een specifieke, te omschrijven waarde of waarden worden toegekend (het gegeven 'geslacht' kan de waarde 'man' hebben; het gegeven 'type gebruikte hulpmiddelen' de waarden 'voorleesapparaat' en 'orthese'). Een gegevensgroep, zoals 'verwijsgegevens', bestaat uit één of meerdere gegevens (zoals verwijsdiagnose, verwijsdatum).

Als basisgegevens(groepen) moeten worden vastgelegd:

- gegevens die moeten worden vastgelegd uit hoofde van wet- en regelgeving (zie *Verantwoording en toelichting*, paragraaf A.3);
- gegevens die moeten worden vastgelegd ten behoeve van het verplichte machtiging- en declaratieverkeer.

Plusgegevens(groepen) zijn alle overige gegevens(groepen) die relevant zijn voor het bereiken van de hoofddoelen van verslaglegging, die voldoen aan de hiervoor genoemde criteria.

De splitsing in basis- en plusgegevens(groepen) komt tegemoet aan de situatie waarin er voor verslaglegging maar een 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 naast de basisgegevens zullen worden vastgelegd.

Iedere logopedist wordt geacht te werken volgens de *NVLF-Praktijkrichtlijn Logopedische Verslaglegging*. Om hieraan te voldoen moeten in ieder geval de basisgegevens(groepen) op zorgvuldige en betrouwbare wijze worden opgenomen in de verslaglegging. Hiermee wordt in principe voldaan aan de basale eisen die aan de verslaglegging door logopedisten worden gesteld.

*Een gegeven dat niet van toepassing is op de betreffende cliënt wordt gemeld als 'n.v.t.' (bijvoorbeeld als er geen richtlijn wordt gebruikt) of 'g.b.' (geen bijzonderheden).*

Hoewel plusgegevens zeer relevant kunnen zijn (afhankelijk van onder meer type cliënt en locatie), bestaat er voor de plusgegevens meer vrijheid; het is aan de logopedist om te beslissen wanneer het van wezenlijk belang is om deze gegevens vast te leggen.

Logopedisten die hogere eisen stellen aan de kwaliteit van hun verslaglegging worden gestimuleerd om tevens de voor hun werksetting en voor de betreffende cliëntcategorie relevante plusgegevens(groepen) vast te leggen.

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 plusgegevens 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. In de dagelijkse praktijk zullen de persoonsgegevens, de verzekeringsgegevens en de verwijsgegevens van de cliënt, evenals de behandeldata, vaak niet door de logopedist zelf worden vastgelegd, maar door anderen, 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 discrepantie tussen de hoeveelheid tijd die beschikbaar is voor verslaglegging en de hoeveelheid tijd die nodig is voor het daadwerkelijk vastleggen van gegevens en de manier waarop daarmee in de onderhandeling over de tarieven moet worden omgegaan, zijn onderwerp van discussie binnen de beroepsgroep. Uitgangspunt in de discussies moet zijn dat:

- de verslaglegging een substantieel onderdeel uitmaakt van het totale handelingstraject;
- dat een goede verslaglegging de kwaliteit van het primaire proces positief beïnvloedt;
- dat kwalitatief goede zorg met een goede verslaglegging zichtbaar kan worden gemaakt;
- dat de kwaliteit van de verslaglegging is gekoppeld aan de beschikbare tijd.

De tijd nodig voor het achterhalen van gegevens moet in verhouding staan tot het belang van de 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 inzien indien de logopedist werkt in een instelling) (de toestemming van de cliënt mag dan als gegeven worden beschouwd) (zie *Verantwoording en toelichting*, paragraaf C.2). 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 zij<sup>8</sup> al dan niet overgaat tot behandeling.

## Toetsing door zorgverzekeraars

Aangezien de zorgverzekeraars verplicht zijn doelmatige en kwalitatief verantwoorde zorg in te kopen, komt het steeds vaker voor dat er een kwaliteitsparagraaf wordt opgenomen in het contract dat de zorgverzekeraar en de paramedicus sluiten.

8 De logopedist wordt aangeduid met 'zij' en 'haar'+ vanzelfsprekend kan waar 'zij/haar' staat ook 'hij/hem' gelezen worden. Overige personen (verwijzers, cliënten, contactpersonen) worden aangeduid met 'hij/hem'; daar kan ook 'zij/haar' gelezen worden.

Daarbij wordt er vanuit gegaan dat de paramedicus een aantal administratieve gegevens vastlegt en dat de beroepsinhoudelijke gegevens worden vastgelegd (een behandel-/zorgdossier wordt aangelegd) volgens de richtlijnen van de beroepsgroep (waaronder richtlijnen rond het methodisch handelen en verslaglegging). 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.

Zorgverzekeraars die gebruik willen maken van de NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging als instrument bij het toetsen van de kwaliteit van de logopedische zorg dienen de uitgangspunten van deze richtlijn te respecteren. Zo zullen zorgverzekeraars bijvoorbeeld alleen cliëntendossiers valide kunnen toetsen aan de hand van criteria die betrekking hebben op het vastleggen van gegevens die in de richtlijn zijn opgenomen als basisgegevens(groepen) en niet op gegevens die in de richtlijn zijn opgenomen als plusgegevens(groepen). Daarnaast is het van belang zorgvuldige overweging in acht te nemen bij het maken van afspraken over interpretatie van de toetsingsresultaten en de eventuele conclusies die daarop kunnen worden gebaseerd, om te waarborgen dat toepassing van de NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging in lijn is met de geest waarin de richtlijn is ontwikkeld en de doelen ervan. Zie voor meer informatie over toetsing van verslaglegging Verantwoording en toelichting, paragraaf B.3.

Het is de verantwoordelijkheid van de logopedist zelf om bij het afsluiten van contracten, met name de kwaliteitsparagraaf goed te bestuderen. Dit om na te gaan of de zorgverzekeraar correct omgaat met de toetsing van verslaglegging.

## 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 plusgegevens(groepen), met daarbij een toelichting.<sup>9</sup>

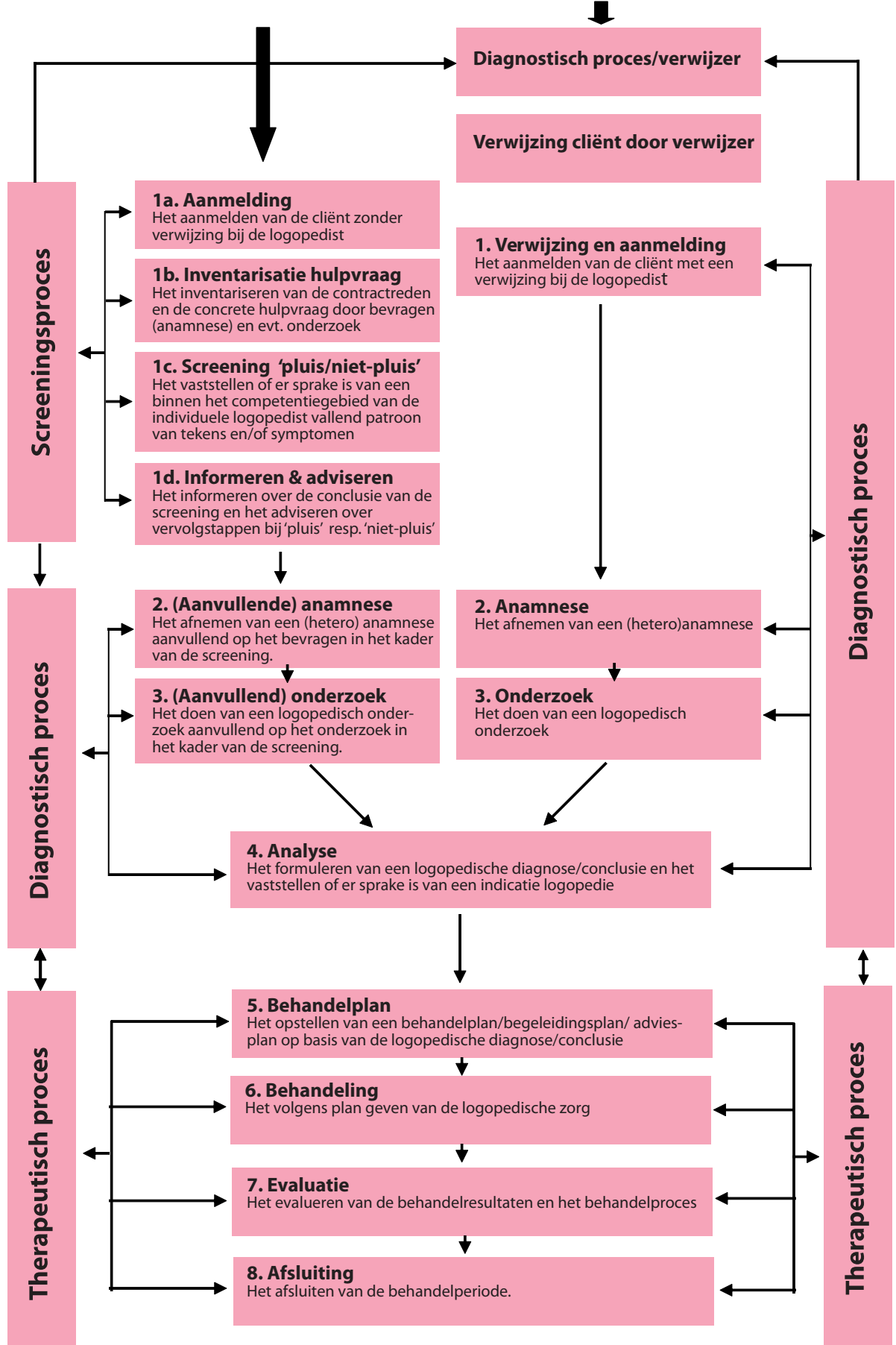
Figuur 2 geeft het logopedisch zorgverleningsproces schematisch weer.

### 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 logopedisch consult wordt vaak op verzoek van de verwijzer een behandelplan opgesteld om een indruk te geven van behandeldoelen en het aantal benodigde sessies c.q. de behandelduur terwijl er in feite (nog) geen sprake is van een therapeutisch proces.

<sup>9</sup> De term screening zoals gebruikt in het kader van DTL, is qua aard anders dan de screening zoals die plaatsvindt bij b.v. kleuters (spraak/taal) of bij verstandelijk gehandicapten (gehoor) (zie verder paragraaf 3.1.1.) Het is aan de NVLf om te bepalen of deze term geschikt is om (ook) te worden gebruikt in het kader van DTL.

**DIRECTE TOEGANKELIJKHEID OP VERWIJZING VAN ARTS**



**KWALITEIT**

### 3. Verslaglegging per stap

#### 3.1. Stap 1: Aanmelding

##### 3.1.1. Aanmelding en screening bij Directe Toegankelijkheid Logopedie (DTL)

Naar verwachting zullen cliënten per 1 januari 2011 de wettelijke mogelijkheid hebben om zonder verwijzing van een arts de logopedist te consulteren. Als een cliënt<sup>10</sup> 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 screening wordt door middel van gerichte vragen, tests of andere diagnostische verrichtingen 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.'* (n.a.v. KNGF, 2005)

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 zij 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 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<sup>11</sup> 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.

10 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 cliënt staat mag ook ouder / begeleider / partner / familie / wettelijk vertegenwoordiger worden gelezen.

11 De termen patroonherkenning en rode vlaggen zijn binnen de logopedie nu (half 2009) nog onbekend. Omdat de verwachting is dat vanaf 1-1-2011 de logopedie ook direct toegankelijk zal zijn voor de cliënt, worden deze termen op dit moment verder uitgewerkt.

### 3.1.2. Verslaglegging bij aanmelding en screening bij DTL

Als de cliënt gebruikmaakt van DTL worden de volgende gegevens(groepen) vastgelegd.

<b>Basisgegevens(groepen)</b>	
persoonsgegevens cliënt	naam cliënt
	adres cliënt
	geboortedatum cliënt
	geslacht cliënt
	telefoonnummer cliënt
	e-mailadres cliënt
	code cliënt (BSN)
gegevens contactpersoon	naam contactpersoon
	relatie met cliënt van contactpersoon
	telefoonnummer contactpersoon
verzekeringsgegevens cliënt (niet voor intramuraal)	naam zorgverzekeraar
	nummer zorgverzekeraar (UZOVI)
	indicatie ongeval
gegevens behandelend logopedist	naam logopedist
	nummer logopedist (AGB-code/UZI-code)
gegevens huisarts	naam huisarts
	adres huisarts
	nummer huisarts (AGB-code/UZI-code)
contactreden / ervaren functioneringsproblemen cliënt en/of betrokkene(n)	contactreden/hulpvraag
	ervaren functioneringsproblemen
	ernst ervaren functioneringsproblemen
	factoren van invloed op ervaren functioneringsproblemen
	beloop ervaren functioneringsproblemen
medische (voor)geschiedenis cliënt	(neven)pathologie
	eerdere ziekten/aandoeningen
	familiaire ziekten/aandoeningen
	medicatie
overige basisgegevens aanmelding en screening	conclusie screening
	indicatie voor verder onderzoek (ja/nee)
	toestemming cliënt voor overleg met (huis)arts en/of andere professional
	aanvraag voor nadere diagnostiek of aanvullende (medische) gegevens
	resultaat overleg met cliënt
<b>Plusgegevens(groepen)</b>	
algemene plusgegevens aanmelding en screening	datum aanmelding
	verwachtingen cliënt

BSN = burgerservicenummer; AGB = Algemeen Gegevensbeheer Zorgverleners; UZI = Unieke Zorgverlener Identificatienummer; UZOVI = Unieke ZorgverzekeraarsIdentificatie.

### 3.1.3. Toelichting basisgegevens(groepen) aanmelding en screening bij DTL

#### Persoonsgegevens cliënt

Vastgelegd worden de naam (achternaam + voorletters), het adres (straat, huisnummer, postcode, woonplaats), het telefoonnummer (vast of mobiel), het e-mailadres, de geboortedatum en het geslacht (mede mogelijk van belang bij specifieke aandoeningen) en vanaf juni 2009 het BSN<sup>12</sup> van de cliënt ter identificatie van de cliënt en ten behoeve van financieel-administratieve handelingen.

#### Gegevens contactpersoon

Vastgelegd worden de naam van de contactpersoon, zijn relatie met de cliënt (b.v. partner, kind, ouder) en het telefoonnummer waarop hij bereikbaar is.

#### Verzekeringsgegevens cliënt (niet voor intramuraal)

Naam en nummer zorgverzekeraar De naam en het nummer van de zorgverzekeraar<sup>13</sup> worden vastgelegd ten behoeve van financieel-administratieve handelingen.

Indicatie ongeval Tevens wordt vastgelegd wanneer een ongeval aanleiding was voor de zorgvraag.

In bepaalde sectoren, bijvoorbeeld verpleeghuizen en ziekenhuizen, worden verzekeringsgegevens soms elders binnen de organisatie vastgelegd.

#### Gegevens behandelend logopedist

Vastgelegd worden de naam en het nummer van de logopedist<sup>14</sup> die verantwoordelijk is voor de screening van de betrokken cliënt.

#### Gegevens huisarts

De naam en eventueel de adresgegevens van de huisarts worden vastgelegd wanneer deze niet elders in de organisatie (bijvoorbeeld in een adresbestand) beschikbaar zijn, plus het nummer van de huisarts.<sup>15</sup> 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.

#### Gegevens contactreden / ervaren functioneringsproblemen cliënt en/of betrokkene(n)

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

*Ervaren functioneringsproblemen cliënt en/of betrokkene(n)* Vastgelegd worden de belangrijkste functioneringsproblemen die de cliënt zelf ervaart, zoals:

- de aard van de problemen: in termen van stoornissen in functies of anatomische eigenschappen en/of beperkingen in activiteiten en/of participatieproblemen

12 Zie voetnoot 3

13 Iedere zorgverzekeraar heeft een nummer, het UZOVI (Unieke Zorgverzekeraar Identificatie).

14 Een belangrijke ontwikkeling in het kader van elektronische verslaglegging is het gebruik van de Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI). De bedoeling is dat op termijn alle zorgverleners een dergelijk nummer krijgen (zie verder Verantwoording en toelichting, paragraaf B.2). Logopedisten die werkzaam zijn in de eerstelijnszorg dienen, in het kader van machtigings- en declaratieverkeer, vooralsnog het AGB-nummer te vermelden.

15 De huisarts zal te zijner tijd een UZI-nummer krijgen (zie Verantwoording en toelichting, paragraaf B.2).

- de ernst van de problemen: in de eigen bewoordingen van de cliënt, dan wel vastgesteld via een meetinstrument;
- invloeden die bestaan op de problemen (+/-): bevorderende of belemmerende (persoonlijke of externe) factoren die de functioneringsproblemen positief dan wel negatief beïnvloeden;
- beloop van de problemen: wijze en moment van aanvang en het beloop van de functioneringsproblemen van de cliënt tot nu toe.

### **Medische (voor)geschiedenis cliënt**

Vastgelegd worden de huidige pathologie, eventuele nevenpathologie, eerdere ziekten/aandoeningen, familiale ziekten/aandoeningen en medicatiegebruik, voor zover nodig in verband met de screening en voorzover bekend bij de cliënt.

### **Overige basisgegevens aanmelding en screening**

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

*Toestemming cliënt voor overleg met (huis)arts en/of andere professional* 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 specialist dan wel met een andere professional. De genoemde toestemming wordt vastgelegd (onder vermelding van datum, en van wie de toestemming is verkregen).

*Aanvraag voor nadere diagnostiek of aanvullende (medische) gegevens* De vraag van de logopedist aan de (huis) arts of andere professional

*Resultaat overleg met cliënt* Vastgelegd wordt welke informatie en welk advies is gegeven aan de cliënt.

### **3.1.4. Toelichting plusgegevens(groepen) aanmelding en screening bij DTL**

#### **Algemene plusgegevens aanmelding en screening**

*Datum aanmelding* Vastgelegd wordt de datum waarop de cliënt zich meldt bij de logopedische praktijk/ afdeling.

*Verwachtingen cliënt* Vastgelegd worden de verwachtingen van de cliënt over het proces en het resultaat van de logopedische behandeling. 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.

#### **3.1.5. 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.

### 3.1.6. 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(groepen) vastgelegd.

<b>Basisgegevens(groepen)</b>	
persoonsgegevens cliënt	naam cliënt
	adres cliënt
	geboortedatum cliënt
	geslacht cliënt
	telefoonnummer cliënt
	e-mailadres cliënt
	code cliënt (BSN)
gegevens contactpersoon	naam contactpersoon
	relatie met cliënt van contactpersoon
	telefoonnummer contactpersoon
verzekeringsgegevens cliënt (niet voor intramuraal)	naam zorgverzekeraar
	nummer zorgverzekeraar (UZOVI)
	indicatie ongeval
gegevens behandelend logopedist	naam logopedist
	nummer logopedist (AGB-code/UZI-code)
gegevens huisarts	naam huisarts
	adres huisarts
	nummer huisarts (AGB-code/UZI-code)
gegevens verwijzer	naam verwijzer
	adres verwijzer
	specialisme verwijzer
	nummer verwijzer (AGB-code/UZI-code)
basisverwijsgegevens	verwijsdatum
	verwijsdiagnose / diagnostische gegevens
	gerichte schriftelijke vraag van verwijzer voor eenmalig logopedisch onderzoek
<b>Plusgegevens (groepen)</b>	
algemene plusgegevens verwijzing en aanmelding	gegevens verwijzer
	datum aanmelding
	reden voor opname (intramuraal)
aanvullende plusgegevens verwijzer	aanvullende medische gegevens cliënt
	beleid verwijzer tot nu toe
	dienst/verrichting gewenst door verwijzer

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

### 3.1.7. Toelichting basisgegevens(groepen) aanmelding met een verwijzing van de (huis)arts

#### Persoonsgegevens cliënt

Vastgelegd worden de naam (achternaam + voorletters), het adres (straat, huisnummer, postcode, woonplaats), de geboortedatum en het geslacht (mede mogelijk van belang bij specifieke aandoeningen) en vanaf 1 juni 2009 het BSN van de cliënt ter identificatie van de cliënt en ten behoeve van financieel-administratieve handelingen.

#### Gegevens contactpersoon

Vastgelegd worden de naam van de contactpersoon, zijn relatie met de cliënt (b.v. partner, kind, ouder) en het telefoonnummer waarop hij bereikbaar is.

#### Verzekeringsgegevens cliënt

*Naam en nummer zorgverzekeraar* De naam en het nummer van de zorgverzekeraar<sup>16</sup> worden vastgelegd ten behoeve van financieel-administratieve handelingen.

*Indicatie ongeval* Tevens wordt vastgelegd wanneer een ongeval aanleiding was voor de zorgvraag.

In bepaalde sectoren, bijvoorbeeld verpleeghuizen en ziekenhuizen, worden verzekeringsgegevens soms elders binnen de organisatie vastgelegd.

#### Gegevens behandelend logopedist

De naam en het nummer van de logopedist<sup>17</sup> worden vastgelegd die verantwoordelijk is voor de behandeling van de betrokken cliënt.

#### Gegevens huisarts

De naam en eventueel de adresgegevens van de huisarts worden vastgelegd wanneer deze niet elders beschikbaar zijn, plus het nummer van de huisarts.

#### Gegevens verwijzer

Het specialisme van de verwijzer is huisarts, medisch specialist of anderszins. Ook het nummer van de verwijzer wordt vastgelegd.

#### Basisverwijsgegevens

De verwijzing is het vertrekpunt voor de logopedische zorg.

*Verwijsdatum* Dit is de afgiftedatum van de verwijzing door de verwijzer wordt vastgelegd.

*Verwijsdiagnose / diagnostische gegevens* Vastgelegd wordt de informatie die de verwijzer van belang acht voor de logopedist (zie tevens de Verantwoording en toelichting, paragraaf B.5).

*Gerichte schriftelijke vraag van verwijzer voor eenmalig logopedisch onderzoek* Bij een eenmalig logopedisch onderzoek wordt de vraag van de verwijzer vastgelegd.<sup>18</sup>

16 Iedere zorgverzekeraar heeft een nummer, het UZOVI (Unieke Zorgverzekeraar Identificatie).

17 Zie voetnoot 16

18 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 zorgaanbieder aan de verwijzer.

### 3.1.8. Toelichting plusgegevens(groepen) aanmelding met een verwijzing van de (huis)arts

#### **Algemene plusgegevens verwijzing en aanmelding**

*Gegevens verwijzer* Dit betreffen adresgegevens en bereikbaarheidsgegevens.

*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 verwijzingsbrief. De datum van aanmelding is van belang om zicht te krijgen op de periode tussen verwijzingsdatum 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).

*Reden voor opname (intramuraal)* Bij intramurale behandeling van de cliënt is het vaak van belang de reden van opname te noteren.

#### **Aanvullende plusgegevens verwijzer**

*Aanvullende medische gegevens cliënt* Hierbij kunnen aanvullende verwijzingsgegevens worden vastgelegd, 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 gewenst door verwijzer* Vastgelegd wordt het verzoek dat de verwijzer doet tot het verlenen van een bepaalde dienst of verrichting.

### 3.1.9. Verslaglegging van niet aan een fase gebonden gegevens(groepen)

Het besluit om gebruik te maken van een richtlijn/protocol kan op meerdere momenten worden genomen. Van de niet aan een fase gebonden gegevens(groepen) wordt het volgende vastgelegd.

Basisgegevens(groepen)	
gegevens gehanteerde richtlijn / gehanteerd protocol	naam gehanteerde richtlijn / gehanteerd protocol
	afwijking van richtlijn/protocol
overige niet aan een fase gebonden basisgegevens	contra-indicaties voor verder(e) logopedisch(e) onderzoek/ behandeling

### 3.1.10. Toelichting niet aan een fase gebonden gegevens

#### Gegevens gehanteerde richtlijn / gehanteerd protocol

*Naam gehanteerde richtlijn / gehanteerd protocol* De logopedist legt vast welke richtlijn (bijvoorbeeld een NVLF-richtlijn), dan wel welk protocol (bijvoorbeeld een lokaal ontwikkeld protocol) zij 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 zij 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 aan een fase gebonden'.

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

#### Overige niet aan een fase gebonden basisgegevens(groepen)

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.

## 3.2. Stap 2: (Aanvullende) anamnese

Stap 2 van het methodisch handelen bestaat uit het afnemen van de anamnese. 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 anamnese gegevens reeds verzameld bij de inventarisatie van de hulpvraag. De logopedist vraagt in stap 2 dan alleen nog naar aanvullende gegevens die nodig zijn om gericht diagnostische verrichtingen te kunnen selecteren.

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 (aanvullende) anamnese

Van de (aanvullende) anamnese worden de volgende gegevens(groepen) vastgelegd.

<b>Basisgegevens(groepen)</b>	
contactreden / ervaren functioneringsproblemen cliënt en/of betrokkene(n)*	contactreden/hulpvraag
	ervaren functioneringsproblemen
	ernst ervaren functioneringsproblemen
	factoren van invloed op ervaren functioneringsproblemen
	beloop ervaren functioneringsproblemen
medische (voor)geschiedenis cliënt*	nevenpathologie
	eerdere ziekten/aandoeningen
	familiaire ziekten/aandoeningen
	medische verrichtingen
	medicatie
andere of eerder verleende zorg	aard eerdere (para)medische zorg
	tijdstip/periode eerdere (para)medische zorg
	resultaten eerdere (para)medische zorg
<b>Plusgegevens(groepen)</b>	
overige externe factoren	woonomgeving/-situatie
	thuisituatie
	soort werk/school/bezigheden
	gebruikte hulpmiddelen
overige persoonlijke factoren	opleidingsniveau
	leefstijl
	sociaaleconomische status
	wijze van omgang met functioneringsproblemen
	fysieke en mentale belastbaarheid
overige plusgegevens anamnese	mening cliënt over gezondheidstoestand
	verwachtingen cliënt*
	gehanteerd anamnese-instrument
	voorlopige conclusie / hypothese(n)

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

### 3.2.2. Toelichting basisgegevens(groepen) (aanvullende) anamnese

#### Gegevens contactredenen / ervaren functioneringsproblemen cliënt en/of betrokkene(n)

*Contactredenen/hulpvraag* De logopedist probeert de reden van de komst van de cliënt en/of betrokkene(n) naar de praktijk/afdeling te verhelderen. Doorgaans formuleert de cliënt de contactredenen als een omschrijving van zijn vraag om hulp (hulpvraag). Na de anamnese moet de cliënt de reden van zijn komst naar de praktijk/afdeling herkennen in de verwoording van de contactredenen en/of hulpvraag door de logopedist. Soms heeft de cliënt zelf geen hulpvraag, maar heeft de huisarts de cliënt verwezen ("de huisarts stuurt me naar u toe"), of komt de cliënt op grond van een standaard ziekenhuisprotocol of op aanraden van bijvoorbeeld zijn partner of werkgever. Soms kan de cliënt zijn contactredenen/hulpvraag niet zelf verwoorden, en wordt dit gedaan door ouder(s) of verzorger(s), een partner of een wettelijk vertegenwoordiger.<sup>19</sup>

*Ervaren functioneringsproblemen* De logopedist probeert duidelijkheid te krijgen over de belangrijkste functioneringsproblemen die de cliënt zelf ervaart, zoals:

- de aard van de problemen, in termen van stoornissen in functies of anatomische eigenschappen en/of beperkingen in activiteiten en/of participatieproblemen (pijn, adl-problemen, niet kunnen werken en hobby's niet kunnen uitoefenen, enzovoort);
- de ernst van de problemen, in de eigen bewoordingen van de cliënt, dan wel vastgesteld via een meetinstrument;
- invloeden op de problemen (+/-), namelijk bevorderende of belemmerende (persoonlijke of externe) factoren die de functioneringsproblemen positief dan wel negatief beïnvloeden;
- beloop van de problemen, namelijk het beloop van de functioneringsproblemen van de cliënt tot nu toe.

#### Medische (voor)geschiedenis cliënt

Het is van belang om gegevens vast te leggen die te maken hebben met het medisch verleden van de cliënt en de invloed daarvan op de huidige medische toestand, zoals:

*Nevenpathologie* Vastgelegd wordt de relevante nevenpathologie.

*Eerdere ziekten/aandoeningen* Vastgelegd wordt de doorgemaakte of reeds vroeger opgedane ziekten/aandoeningen voor zover relevant voor de huidige gezondheidstoestand<sup>20</sup> c.q. de logopedische zorg.

*Familiaire ziekten/aandoeningen* Bij sommige ziekten/aandoeningen is het van belang te bepalen of er sprake is van een erfelijke of familiale aanleg. Dit gegeven wordt vastgelegd.

*Medische verrichtingen* Deze worden vastgelegd voor zover relevant voor de huidige gezondheidstoestand, inclusief operaties, diagnostische verrichtingen, zoals röntgenfoto's, andere therapeutische en/of preventieve verrichtingen, zoals laboratorium en scopisch onderzoek.

*Medicatie* Alleen vastgelegd wordt medicatie die relevant is in het kader van de huidige gezondheidstoestand van de cliënt.

De logopedist dient zich te beperken tot gegevens die, gezien de verwijfsdiagnose en/of de contactredenen/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.

19 Men spreekt dan ook wel van een hetero-anamnese.

20 In de ICF wordt de term 'gezondheidstoestand' gebruikt ter aanduiding van 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 (RIVM, 2002).

**Andere of eerder verleende zorg**

Vastgelegd worden gegevens over zorg van andere zorgverleners die direct of indirect in relatie staan tot het huidige gezondheidsprobleem, 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.

**3.2.3. Toelichting plusgegevens(groepen) (aanvullende) anamnese****Overige externe factoren**

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

*Woonomgeving/-situatie* Vastgelegd worden kenmerken van de woning, de straat of de buurt, het dorp of de stad, enzovoort.

*Thuisituatie* Vastgelegd wordt onder meer de gezinssamenstelling.

*Soort werk/school/bezigheden* Vastgelegd wordt het soort werk (arbeidsomstandigheden, -inhoud, -verhoudingen, -voorwaarden), het soort school waarop de cliënt zit, de overige bezigheden (waaronder het type en de intensiteit van het vrijwilligerswerk) voor zover relevant in het kader van de logopedische zorg. Het gaat hier om factoren die van invloed zijn op de belasting van de cliënt.

*Gebruikte hulpmiddelen* De hulpmiddelen die de cliënt gebruikt in relatie tot het huidige gezondheidsprobleem worden vastgelegd.

**Overige persoonlijke factoren**

De noodzaak van het vastleggen van persoonlijke factoren varieert met de mate waarin deze factoren van invloed zijn op het functioneren van de cliënt.

*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.

*Sociaal-economische status* Vastgelegd wordt de sociale achtergrond van de cliënt voor zover relevant voor het logopedisch zorgproces.

*Wijze van omgang met functioneringsproblemen* Vastgelegd wordt de manier waarop de cliënt omgaat met problemen aangaande eigen functioneren en wat de cliënt er tot nu toe zelf aan heeft gedaan.

*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 b.v. belastbaarheid van de stem.

*Mening cliënt over gezondheidstoestand* Vastgelegd wordt het beeld dat de cliënt zelf heeft van de functioneringsproblemen, de oorzaak van deze problemen en de prognose.

*Verwachtingen cliënt* De verwachtingen van de cliënt over het proces en het resultaat van de logopedische behandeling zijn belangrijk: bij te hoge verwachtingen zullen de resultaten van de logopedische zorg wellicht tegenvallen, bij te lage verwachtingen zal de motivatie van de cliënt mogelijk te wensen overlaten. Aanbevolen wordt deze verwachtingen met de cliënt te bespreken en vast te leggen.

**Overige plusgegevens anamnese**

*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 een of meer voorlopige hypothesen. Deze zijn richtinggevend voor het verdere proces (onderzoek en analyse). Zowel de conclusie als de hypothese(n) worden vastgelegd.

**3.3. Stap 3: (Aanvullend) 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 objectificeert de logopedist de aard en de ernst van de functioneringsproblemen van de cliënt, waarmee zij de voorlopige hypothese(n) toetst die uit de anamnese voortkomt.

**3.3.1. Verslaglegging (aanvullend) onderzoek**

Van het (aanvullend) onderzoek worden de volgende gegevens(groepen) vastgelegd.

Basisgegevens(groepen)	
algemene basisgegevens onderzoek	diagnostische verrichtingen
	gebruikte hulpmiddelen (inclusief meetinstrumenten)
bevindingen logopedist / resultaten onderzoek	aard bevindingen
	ernst bevindingen

**3.3.2. Toelichting basisgegevens(groepen) (aanvullend) onderzoek**

**Algemene basisgegevens onderzoek**

*Diagnostische verrichtingen* Vastgelegd worden de handelingen die de logopedist uitvoert ten behoeve van de diagnostiek, waarbij het met name gaat om de aard van de verrichting.

*Gebruikte hulpmiddelen (inclusief meetinstrumenten)* Indien van toepassing wordt ook vastgelegd welke diagnostische hulpmiddelen c.q. meetinstrumenten zijn gebruikt (zoals vragenlijsten, observatieschalen, tests).

**Bevindingen logopedist / resultaten onderzoek**

*Aard en ernst bevindingen* De bevindingen van de logopedist die zijn verzameld tijdens het logopedisch onderzoek worden vastgelegd, waar mogelijk in maat en getal (mate van ernst) en bij voorkeur in termen van (stoornissen in) functies of anatomische eigenschappen en/of (beperkingen in) activiteiten en/of participatie(problemen) en/of de invloed van onderliggende factoren.

### 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/conclusie<sup>21</sup>. 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.<sup>22</sup>

#### 3.4.1. Verslaglegging analyse

Van de analyse worden de volgende gegevens(groepen) vastgelegd.

Basisgegevens(groepen)	
logopedische diagnose/conclusie	functioneringsproblemen in termen van beperkingen en participatieproblemen
	functioneringsproblemen in termen van stoornissen
	lokalisatie stoornissen
	ernst functioneringsproblemen
	onderliggende medische factoren
	onderliggende externe factoren
	onderliggende persoonlijke factoren
	beloop tot nu toe
overige basisgegevens analyse	verwacht herstel
	indicatie voor logopedie (ja/nee)
	conclusie eenmalig logopedisch onderzoek

#### 3.4.2 Toelichting basisgegevens(groepen) analyse

##### Logopedische diagnose/conclusie

De logopedische diagnose wordt, met toelichting en motivatie, beknopt genoteerd. Bij deze diagnose spelen – naast leeftijd en contactreden die al bij de anamnese staan – de volgende gegevens een rol:<sup>23</sup>

*Functioneringsproblemen in termen van beperkingen, participatieproblemen en stoornissen* De aard van de problemen wordt, waar mogelijk, vastgelegd in termen van beperkingen, participatieproblemen en stoornissen (ICF) (NVLF, 2009; RIVM, 2002; WHO, 2001).

Het gaat hier om de meest kenmerkende en voor de behandeling meest relevante beperkingen,

- 21 De logopedische diagnose is een beroepsspecifiek oordeel over de cliënt op basis waarvan de logopedist haar cliënt adviseert over de mogelijkheden van een logopedische behandeling, dan wel de cliënt adviseert zich te wenden tot een andere beroeps beoefenaar (bijvoorbeeld: remedial teacher, gespecialiseerde logopedist) (naar: blz. 11 beroepsprofiel; NVLF, 2003).
- 22 Het antwoord op de vraag wordt verstuurd aan de verwijzer die vervolgens bepaalt of de cliënt wordt verwezen voor behandeling.
- 23 Naar analogie van de fysiotherapeutische conclusie/diagnose kan worden gesteld dat de logopedische diagnose bestaat, naast de hierna genoemde gegevensgroepen, ook uit leeftijd en contactreden/hulpvraag cliënt en/of betrokkene(n). Omdat deze gegevens al eerder zijn vastgelegd, worden ze hier niet opnieuw genoemd. Deze gegevens zijn wel van groot belang bij het opstellen van het behandelplan. Als de logopedist het handig vindt de volledige logopedische conclusie/diagnose op één plaats te kunnen terugvinden, dient zij – in een handmatig systeem – beide gegevens hier opnieuw vast te leggen (zie Verantwoording en toelichting, paragraaf B.1).

participatieproblemen en stoornissen. Geadviseerd wordt het aantal per categorie beperkt te houden.

*Ernst functioneringsproblemen* De ernst van de functioneringsproblemen wordt vastgelegd.

*Onderliggende medische factoren* Alleen vastgelegd worden de aan de functioneringsproblemen van de cliënt ten grondslag liggende, dan wel met deze problemen samenhangende medische factoren, zoals ziekten/aandoeningen/syndromen, operaties en medicamenten. Deze kunnen deel uitmaken van de verwijsgegevens, of later op verzoek door de arts verstrekt zijn, of tijdens het diagnostisch proces in kaart zijn gebracht.

*Onderliggende externe factoren* Vastgelegd wordt de invloed van de aan de functioneringsproblemen van de cliënt ten grondslag liggende, dan wel met deze problemen samenhangende belemmerende en/of bevorderende externe factoren die tijdens de anamnese of het onderzoek in kaart zijn gebracht, zoals:

- omgevingsinvloeden (zoals gezinssituatie en werksituatie);
- beschikbaarheid van adequate hulpmiddelen en aanpassingen in de omgeving.

*Onderliggende persoonlijke factoren* Vastgelegd wordt de invloed van de aan de functioneringsproblemen van de cliënt ten grondslag liggende, dan wel met deze problemen samenhangende belemmerende en/of bevorderende persoonlijke factoren, die tijdens de anamnese of het onderzoek in kaart zijn gebracht, 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;
- leefstijl.

*Beloop tot nu toe* Vastgelegd worden eventuele afwijkingen in het natuurlijk beloop (herstel), zowel wat betreft tijdsduur als symptomen van de belangrijkste functioneringsproblemen van de cliënt tot nu toe.

*Verwacht herstel* Een aanduiding - voor zover mogelijk op dat moment - van de mate waarin en de snelheid waarmee de functioneringsproblemen kunnen veranderen wordt vastgelegd en de mate waarin logopedie dit veranderingsproces kan beïnvloeden, alsmede de kans op recidivering.

### **Overige basisgegevens analyse**

*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 zij door naar stap 5 (Behandelplan). Indien de logopedist concludeert dat logopedie niet zinvol is, noteert zij 'geen indicatie voor logopedie' en gaat zij 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* Hier noteert de logopedist het antwoord op de schriftelijke vraag van de verwijzer voor een eenmalig logopedisch onderzoek.

### 3.5. Stap 5: Behandelplan

Stap 5 van het methodisch handelen bestaat uit het formuleren van het behandelplan. In samenspraak met de cliënt of diens vertegenwoordiger en eventueel andere disciplines wordt een behandel- of zorgplan<sup>24</sup> opgesteld. 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(groepen) vastgelegd.

<b>Basisgegevens(groepen)</b>	
beoogd eindresultaat/hoofddoel	eindresultaat / hoofddoel (aard, mate waarin, tijdsperiode)
overige basisgegevens behandelplan	geplande verrichtingen/prestatie (inclusief te verstrekken informatie/adviezen) toestemming voor voorbehouden handeling besproken met / akkoord van cliënt
<b>Plusgegevens(groepen)</b>	
beoogde tussenresultaat/subdoel	tussenresultaat / subdoel (aard, mate waarin, tijdsperiode)
overige plusgegevens behandelplan	multiprofessioneel resultaat/doel multiprofessionele afspraken verwacht aantal sessies / verwachte duur behandel episode geplande behandellocatie geplande duur sessie verwacht/gepland evaluatiemoment

#### 3.5.2. Toelichting basisgegevens(groepen) behandelplan

##### Beoogd eindresultaat / hoofddoel

Eindresultaat / hoofddoel (aard, mate waarin, tijdsperiode) Met de vastlegging van het beoogd eindresultaat of hoofddoel geeft de logopedist aan wat zij nastreeft met de logopedische behandel episode als geheel. Aangeraden wordt om het doel zo concreet mogelijk – in maat en getal (SMART)<sup>25</sup> – vast te leggen inclusief de aard van het doel/resultaat en de mate waarin en de periode waarbinnen het doel/resultaat moet zijn behaald.

##### Overige basisgegevens behandelplan

*Geplande verrichtingen/prestatie (inclusief te verstrekken informatie/adviezen)* Vastgelegd wordt de aard van de gekozen logopedische verrichtingen (het begeleiden, sturen/oefenen en manuele verrichtingen) en expliciet gegevens over informatie/adviezen die worden verstrekt aan de cliënt, dan wel aan (een) direct betrokkene(n).

*Toestemming voor voorbehouden handeling* Voor het verrichten van een voorbehouden handeling is van tevoren toestemming vereist, zowel van de verwijzer als van de cliënt<sup>26</sup>.

24 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.

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

26 Voorbehouden handelingen zijn b.v. flexibele endoscopische evaluatie van de slikbeweging (FEES) en het maken van oorstukjes na instructie / fiat van audicien.

De verkregen toestemming (de datum waarop de toestemming werd verkregen, van wie) moet schriftelijk worden vastgelegd (zie Verantwoording en toelichting, paragraaf A.1).

*Besproken met / akkoord van cliënt* Er wordt vastgelegd dat het behandelplan is besproken met de cliënt en/of andere betrokkene(n), 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 de cliënt toestemming heeft gegeven.

### 3.5.3. Toelichting plusgegevens(groepen) behandelplan

#### Beoogd tussenresultaat / subdoel

*Tussenresultaat / subdoel* Vastgelegd wordt bijvoorbeeld het subdoel 'het verbeteren van kauwbeweging', om het hoofddoel 'veilig eten' mogelijk te maken. Met de beoogde tussenresultaten c.q. subdoelen expliciteert de logopedist het stappenplan dat zij volgt om het eindresultaat/hoofddoel te bereiken. Ook de tussenresultaten / subdoelen worden zoveel mogelijk SMART geformuleerd.

#### Overige plusgegevens behandelplan

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

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

*Verwacht aantal sessies / verwachte duur behandelaflevering* Om een perspectief te schetsen voor de loop van het behandelplan kan hier het aantal sessies worden vastgelegd dat de logopedist denkt nodig te hebben voor het realiseren van de behandeldoelen (bijvoorbeeld: 10 à 12 sessies, circa 18 sessies). Een andere mogelijkheid is het vastleggen van de verwachte duur van de behandelaflevering (bijvoorbeeld: 6 weken of een half jaar). Het verwachte aantal sessies of de verwachte duur van de behandelaflevering geeft een indicatie van het aantal sessies, dan wel de tijd waarin de logopedist verwacht het hoofddoel te bereiken, mogelijk gefaseerd aan de hand van subdoelen. Onder een behandelaflevering wordt één enkele zitting binnen een behandelaflevering 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 wordt de minimum- en maximumduur vastgelegd.

*Verwacht/gepland evaluatiemoment* Vastgelegd wordt op welke termijn naar verwachting een (tussen)evaluatie ten aanzien van de ingezette behandeling wordt uitgevoerd om, op basis daarvan, de behandeling eventueel bij te stellen.

### 3.6. Stap 6: Behandeling

Bij Stap 6 gaat het om het behandelen zelf. Van elk logopedist-cliantcontact noteert de logopedist de gegevens die een weergave zijn van dat contact. Deze gegevens zijn de zogeheten journaalgegevens.

### 3.6.1. Verslaglegging behandeling

Van de behandeling worden de volgende gegevens(groepen) vastgelegd.

Basisgegevens(groepen)	
algemene basisgegevens sessie	datum sessie
	afspraken met cliënt
	uitgevoerde verrichtingen/prestatie (inclusief verstrekte informatie/adviezen)
bijstellingen tijdens behandelproces	bijstelling (ja/nee)
overleggegevens	datum overleg
	naam overlegpartner(s)
	gemaakte afspraken
Plusgegevens(groepen)	
algemene plusgegevens sessie	klachtbeloop
	behandellocatie
	duur sessie

### 3.6.2. Toelichting basisgegevens(groepen) behandeling

#### Algemene basisgegevens sessie

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

*Afspraken met cliënt* De met de cliënt gemaakte afspraken worden vastgelegd. Hierbij gaat het onder andere om de uitvoering van huiswerk oefeningen en de afspraken die zijn gemaakt ter bevordering van de motivatie van de cliënt.

*Uitgevoerde verrichtingen/prestatie (inclusief verstrekte informatie/adviezen)* De inhoud van de logopedische behandeling wordt vastgelegd aan de hand van de uitgevoerde verrichtingen, waaronder begeleiden, sturen/oefenen, manuele verrichtingen en informeren/adviseren, maar alleen wanneer deze afwijken van het behandelplan. De richtlijn stelt expliciet dat het van belang is vast te leggen *welke* informatie wordt verstrekt en *welke* adviezen worden gegeven (bijvoorbeeld in de vorm van leefregels). Met informatie wordt zowel mondelinge als schriftelijke informatie bedoeld over de klacht en het gezondheidsprobleem, of uitleg over het doel van de behandeling en de inhoud van de logopedische behandeling (logopedische verrichtingen). Met adviezen worden instructies bedoeld ten aanzien van adl, beroep, sport, hobby en leefregels (belasting, rust enzovoort).

#### Bijstellingen tijdens behandelproces

*Bijstelling ja/nee* De logopedist houdt de voortgang van de logopedische zorg bij en zorgt voor vastlegging van wijzigingen van gegevens uit voorgaande fasen. Als er sprake is van een bijstelling moet worden 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 proces plaatsvinden. Om die reden staan ze in stap 6 vermeld. Er is in dit opzicht echter overlap met stap 7.

Als er sprake is van bijstellingen dient opnieuw de toestemming van de cliënt te worden vastgelegd (zie stap 5).

**Overleggegevens**

*Datum overleg, naam overlegpartner(s) en gemaakte afspraken* 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).

**3.6.3. Toelichting plusgegevens(groepen) behandeling**

**Algemene plusgegevens sessie**

*Klachtbeloop* Vastgelegd worden gegevens die betrekking hebben op veranderingen in de functioneringsproblemen van de cliënt tijdens de behandelperiode. Ook het niet veranderen van het functioneren is relevante informatie.

*Behandellocatie* De plaats waar de behandeling 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.

**3.7. Stap 7: Evaluatie**

Bij stap 7 gaat het om de evaluatie van de logopedische behandeling als geheel. Het logopedisch handelen wordt periodiek geëvalueerd en *moet* in ieder geval bij het beëindigen van de behandelperiode worden geëvalueerd. Bij de evaluatie gaat het om de beoordeling van het behandelproces en het behandelresultaat (volgens de cliënt en volgens de logopedist).

**3.7.1. Verslaglegging evaluatie**

Van de evaluatie worden de volgende gegevens(groepen) vastgelegd.

<b>Basisgegevens(groepen)</b>	
algemene basisgegevens evaluatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>● realisatie behandeldoelen/-resultaat</li> </ul>
<b>Plusgegevens(groepen)</b>	
algemene plusgegevens evaluatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>● datum evaluatie</li> <li>● afwijkingen verwacht behandelbeloop</li> <li>● oordeel over samenwerking en behandelproces</li> <li>● uitgevoerde verrichtingen (inclusief gebruikte meetinstrumenten)</li> </ul>

### 3.7.2. Toelichting basisgegevens(groepen) evaluatie

#### Algemene basisgegevens evaluatie

*Realisatie behandeldoelen/-resultaat* Het behandelresultaat kan worden opgedeeld in de mate waarin de behandeldoelen (hoofd- of subdoelen) zijn gehaald en de veranderingen in de gezondheidstoestand op het moment van evaluatie in vergelijking met de gezondheidstoestand aan het begin van de behandelperiode. De mate waarin de behandeldoelen zijn 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 in maat en getal.

### 3.7.3. Toelichting plusgegevens(groepen) evaluatie

#### Algemene plusgegevens evaluatie

*Datum evaluatie* Als evaluatiedatum wordt de datum vastgelegd waarop de logopedist de evaluatie schriftelijk vastlegt.

*Afwijkingen verwacht behandelverloop* Vastgelegd worden duidelijke afwijkingen van het verwachte behandelbeloop die niet waren voorzien, inclusief de eventuele oorzaken van die afwijkingen.

*Oordeel over samenwerking en behandelproces* Het oordeel over de samenwerking en het behandelproces betreft de evaluatie van de samenwerking tussen de logopedist en de cliënt en de gevolgde werkwijze (het behandelproces) (Brouwer et al, 1999). 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).

*Uitgevoerde verrichtingen (inclusief gebruikte meetinstrumenten)* Vastgelegd worden de handelingen die de logopedist uitvoert om de behandelresultaten vast te stellen, 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 behandelperiode wordt afgesloten. Gekozen is voor de term *behandelperiode*, omdat het hier gaat 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.

### 3.8.1. Verslaglegging afsluiting

Van de afsluiting worden de volgende gegevens(groepen) vastgelegd.

Basisgegevens(groepen)	
algemene basisgegevens afsluiting	datum afsluiting datum verslaggeving aan verwijzer nazorg/afspraken reden einde zorg

### 3.8.2. Toelichting basisgegevens(groepen) afsluiting

#### Algemene basisgegevens afsluiting

*Datum afsluiting* Als datum van de afsluiting wordt de datum vastgelegd waarop de behandelingsperiode wordt afgesloten, namelijk de datum van de laatste behandeling.

*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 Verslaggeving logopedist-huisarts* (zie *Verantwoording en toelichting*, paragraaf B.2).

*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 behandelingsperiode of afspraken rond het weer contact opnemen met logopedist, zoals bij terugkeer klachten.

*Reden einde zorg* Vastgelegd wordt op wiens initiatief de behandelingsperiode 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: Kuijper C, Meulenberg A, Pol H van der (red). *Dialogoog. Een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist*. Den Haag: Lemma, 2008, p. 209-40.

Brouwer T, Boiten JC, Uilenreef-Tobi FC. Diagnostiek in de fysiotherapie, proces en werkwijze. Tweede licht gewijzigde druk. Maarssen: Elsevier/Bunge; 1999.

Everdingen van. 2004 zoals opgenomen in boek Implementatie, Effectieve verbetering van de patiëntenzorg van Richard Grol en Michael Wensing (Elsevier 2006

Heerkens YF, Vogels EMHM, Wiarda VL, Ravensberg CD van. Fysiotherapeutische Diagnose. Rapport van het project Fysiotherapeutische Diagnose. Amersfoort: KNGF/NPi; 1997.

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, Lakerveld-Heyl K, Verhoeven A, Hendriks H. KNGF-Richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging. Ned Tijdschr Fysiother. 2003. Supplement (1).

Heerkens YF, Lakerveld-Heyl K, Wimmers RH, Ende E van der. Verslag Fase 3 van het project 'Ontwikkeling van een codering voor de fysiotherapeutische diagnose'. Amersfoort/Utrecht: Nederlands Paramedisch Instituut/NIVEL; 2003b.

Heerkens Y, Huinck WJ, Beer J de. Logopedie en het menselijk functioneren. In: Kuijper C, Meulenberg A, Pol H van der (red). *Dialogoog. Een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist*. Den Haag: Lemma, 2008, p. 241-57.

KNGF. Richtlijnen voor de Fysiotherapeutische Verslaglegging. Amersfoort: Koninklijk Nederlands genootschap voor Fysiotherapie; 1993.

KNGF. Fysiotherapeutische Diagnose (brochure). Amersfoort: Koninklijk Nederlands genootschap voor Fysiotherapie; 1997.

KNGF. Handreiking Informatieverstrekking aan derden. Amersfoort: Koninklijk Nederlands genootschap voor Fysiotherapie; 2001.

KNGF. Zorgverleningsproces bij Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie. Amersfoort: KNGF; 2005.

Koolhaas C. Ben je bekwaam om voorbehouden handelingen te verrichten? Logopedie en Foniatrie 2009; nr. 5.

Kuiper H. Methodisch handelen in de logopedie. Assen: Koninklijke van Gorkum; 2004.

NVLF/NPi. Ontwikkeling Richtlijnen 'Verslaggeving logopedist-huisarts'. Projectverslag. Dijke I van, Zoontjes L, Wams HWA. Amersfoort: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie / Nederlands Paramedisch Instituut; 2003.

NVLF. Beroepsprofiel logopedist. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 2003.

NVLF. ICF-logopedie. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 2009.

RIVM. ICF. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2002.

Verhoeven ALJ, Heuvel CMF van der. KNGF-richtlijn Informatieverstrekking Huisarts. 1997. Supplement Ned Tijdschr Fysiother. 2005;115(1).

WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.

## 5. Bijlage Afkortingen en verklarende woordenlijst

### Afkortingen

AGB	Algemeen Gegevensbeheer Zorgverleners
AVG	Arts Verstandelijk Gehandicapten
BSN	Burgerservicenummer
CVPB	Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen
DTF	Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie
DTL	Directe Toegankelijkheid Logopedie
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
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
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden
UZI	Unieke Zorgverlener Identificatie
UZOVI	Unieke Zorgverzekeraar Identificatie
VWS	ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

### Verklarende woordenlijst

#### Basisgegevens(groepen)

Basisgegevens(groepen) zijn:

- de gegevens(groepen) die vastgelegd dienen te worden op grond van wet- en regelgeving;
- de zorginhoudelijke gegevens(groepen) die vastgelegd worden ten behoeve van het machtigings- en declaratieverkeer.

#### 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.

#### Behandelperiode

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

#### 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.

**Gegevengroep**

Een gegevensgroep is een cluster van gegevens. Zo bestaat de gegevensgroep 'Verwijsgegevens' uit: 'gegevens van de verwijzer', 'datum van verwijzing' en 'medische diagnose'.

**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.

**Hetero-anamnese**

Een hetero-anamnese 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.

**Journaalgegevens**

Gegevens die de logopedist noteert in het cliëntendossier en die een weergave zijn van elk contact met de cliënt.

**Leefstijl**

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

**Logopedische diagnose**

De logopedische diagnose is een beroepsspecifiek 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.

**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 evidence based richtlijn is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals in de zorg en cliënten, berustend op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig (para)medisch handelen (van Everdingen 2004; de Beer, 2008).

**Overleggegevens**

Overleggegevens zijn gegevens met betrekking tot overleg dat de logopedist heeft met bijvoorbeeld verwijzers, collega's en andere zorg-/hulpverleners.

**Plusgegevens(groepen)**

Plusgegevens(groepen) zijn alle gegevens(groepen) die niet tot de basisgegevens(groepen) 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.

**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 screening wordt door middel van gerichte vragen, tests of andere diagnostische verrichtingen 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.

**Secundaire proces**

Het secundaire proces betreft de indirecte en ondersteunende handelingen.

**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.

**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.

**Vorbehouden handeling**

Handeling op het terrein van de gezondheidszorg die, indien uitgevoerd door onvoldoende gekwalificeerde beroepsbeoefenaars, risico's voor de cliënt kunnen inhouden. Voorbehouden handelingen, opgesomd in artikel 36 van de Wet BIG zijn: heilkundige handelingen; verloskundige handelingen; endoscopieën; catheterisaties; injecties; puncties; narcose; het gebruik van radioactieve stoffen en ioniserende straling; electieve cardioversie; defibrillatie; electroconvulsieve therapie; steenvergruizing; kunstmatige fertilisatie en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. (Koolhaas, 2009)

**Zitting**

Eén enkele sessie binnen de logopedische behandeling als geheel.