

Het logopedisch patiëntendossier

Welke gegevens mogen/moeten er wel of niet in?

Deze vraag is onderdeel van een groter geheel; namelijk dossiervoering in het algemeen. Er zijn verschillende wettelijke regelingen van toepassing op deze vraag; de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO), de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg

De omvang van de dossierplicht in het algemeen:

In de WGBO (artikel 7:454 lid 1 Burgerlijk Wetboek) staat *dat de hulpverlener een dossier inricht met betrekking tot de behandeling van een patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan de patiënt noodzakelijk is.*

Wat houdt deze bepaling nu concreet in voor de logopedist?

Het betekent dat de logopedist verplicht is om een dossier bij te houden. Een dossier heeft vele vormen, mede afhankelijk van de setting waarin een logopedist werkt. Elke beroepsgroep en elke instelling in de gezondheidszorg kent zijn eigen dossiertype, dossierdrager (Het type dossier dat wordt gebruikt en de software die daar voor nodig is, is mede afhankelijk van de setting waarin men werkt) en dossiervoorschriften. De dossiervoorschriften komen aan bod in de NVLF-richtlijn Logopedische Dossiervorming. Het belangrijkste doel van het bijhouden van een dossier is uiteraard een goede hulpverlening aan de patiënt. Uit de wettelijke bepaling van hierboven vloeit voort dat alleen die gegevens in het dossier worden opgenomen die *voor goede hulpverlening noodzakelijk* zijn. Niet minder, maar ook niet meer. Het vereiste dat er niet meer in mag staan dan noodzakelijk vloeit tevens voort uit artikel 5 AVG. De logopedist dient het dossier en het gegevensbestand zo in te richten en te beheren dat geheimhouding van de inhoud en bescherming van de persoonlijke levenssfeer verzekerd zijn.

Aanvulling van de informatieplicht

De informatieplicht van de hulpverlener wordt aangevuld met de verplichting tijdig overleg te voeren met de patiënt waarbij de patiënt ook wordt uitgenodigd tot het stellen van vragen. Daarnaast dient de patiënt geïnformeerd te worden over: de mogelijkheid af te zien van behandeling, andere onderzoeken en behandelingen door andere hulpverleners, de uitvoeringstermijn van de behandeling en de verwachte tijdsduur daarvan.

De nadruk ligt op het 'samen beslissen'.

De globale inhoud van het dossier

Over het algemeen worden in het dossier de volgende gegevens vastgelegd:

- Persoonsgebonden gegevens d.w.z. gegevens die voor volgende behandelingen, onderzoek en begeleiding relevant. Ook dient het burgerservicenummer van de patiënt te worden vastgelegd (artikel 6 lid 2 Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg).
- De inhoud van het paramedisch handelen. De historie, anamnese, het logopedisch onderzoek, de diagnose, het behandelplan of zorgplan, de evaluatie van de behandeling, de correspondentie en verslaggeving naar derden, de behandeling en de resultaten van de behandeling.

Of een gegeven relevant is voor opslag in het dossier wordt aan de beoordeling van de logopedist overgelaten. Dit kan betekenen dat bijvoorbeeld geluidsopnames van de stem tot het dossier behoren als de logopedist dit relevante onderzoeksgegevens vindt. Testuitslagen vallen ook onder relevante onderzoeksgegevens. De basisgegevens die vastgelegd moeten worden staan schematisch in de NVLF-richtlijn Logopedische Dossiervorming onder A.2. blz. 9. Zie tabel 1.

Tabel 1 Vast te leggen gegevens op grond van wet- en regelgeving in relatie tot het zorgverleningsproces

STAP	VAST TE LEGGEN GEGEVENS (Basisgegevens(groepen)) op grond van wet- en regelgeving
1 Aanmelding en screening bij DTL	<ul style="list-style-type: none"> • persoonsgegevens patiënt <ul style="list-style-type: none"> • naam patiënt • geslacht patiënt • geboortedatum patiënt • legitimatie op orde ja/nee • burgerservicenummer patiënt • verzekeringsgegevens van de patiënt <ul style="list-style-type: none"> • naam zorgverzekeraar • code zorgverzekeraar (UZOVI) • behandelend logopedist <ul style="list-style-type: none"> • naam behandelend logopedist • code behandelend logopedist (AGB-code/UZI-code) • huisarts <ul style="list-style-type: none"> • naam huisarts • contactreden/hulpvraag patiënt • door patiënt ervaren functioneringsproblemen • resultaten screening <ul style="list-style-type: none"> • conclusie screening • toestemming patiënt voor overleg met (huis)arts en/of professional en voor sturen DTL-verslag.
1b Aanmelding en verwijzing	<ul style="list-style-type: none"> • persoonsgegevens patiënt <ul style="list-style-type: none"> • naam patiënt • geslacht patiënt • geboortedatum patiënt • legitimatie op orde ja/nee • burgerservicenummer patiënt • verzekeringsgegevens patiënt <ul style="list-style-type: none"> • naam zorgverzekeraar • code zorgverzekeraar (UZOVI)

STAP	VAST TE LEGGEN GEGEVENS (Basisgegevens(groepen)) op grond van wet- en regelgeving
	<ul style="list-style-type: none"> • behandelend logopedist <ul style="list-style-type: none"> • naam behandelend logopedist • code behandelend logopedist (AGB-code/UZI-code) • huisarts <ul style="list-style-type: none"> • naam huisarts • gegevens verwijzer <ul style="list-style-type: none"> • naam verwijzer • specialisatie • verwijsgegevens <ul style="list-style-type: none"> • verwijsdatum • verwijsdiagnose/verwijsindicatie • gericht schriftelijke vraag van verwijzer voor eenmalig logopedisch onderzoek
2 Anamnese	<ul style="list-style-type: none"> • hulpvraag van de patiënt¹ • door patiënt ervaren functioneringsproblemen • factoren die volgens patiënt van invloed zijn op functioneren
3 Onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> • onderzoeksgegevens
4 Analyse	<ul style="list-style-type: none"> • logopedische diagnose/conclusie • indicatie voor logopedie (ja/nee) • conclusie eenmalig logopedisch onderzoek
5 Behandelplan	<ul style="list-style-type: none"> • beoogd eindresultaat/hoofddoel • geplande behandeling • besproken met/akkoord van patiënt
6 Behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • datum sessie • uitgevoerde behandeling • bijstellingen tijdens behandelproces • overleggegevens
7 Evaluatie	<ul style="list-style-type: none"> • datum evaluatie • realisatie resultaat/hoofddoel
8 Afsluiting	<ul style="list-style-type: none"> • datum afsluiting • datum verslaggeving aan verwijzer

¹ Niet altijd is de patiënt zelf in staat om de gevraagde informatie te geven, dit kan ook gebeuren door een (wettelijk) vertegenwoordiger, zoals de ouders van een minderjarige, curator, mentor of door een partner of familielid bij ouderen die wilsonbekwaam zijn. Ook bij het geven van toestemming voor de behandeling geldt dit. Overal waar patiënt staat mag in dat geval de wettelijk vertegenwoordiger worden gelezen (en overal waar patiënt staat mag ook cliënt worden gelezen).

STAP	VAST TE LEGGEN GEGEVENS (Basisgegevens(groepen)) op grond van wet- en regelgeving
Niet aan fase gebonden	<ul style="list-style-type: none"> • gehanteerde richtlijn/gehanteerd protocol • afwijking van de richtlijn of het protocol • contra-indicaties voor verder logopedisch onderzoek of behandeling

- Als er een schriftelijke behandelingsovereenkomst is en/of op enig moment wordt tijdens/na de behandeling aan de patiënt gevraagd om toestemming te geven voor het verstrekken van medische gegevens aan derden door middel van een schriftelijke medische machtiging, dan maken deze gegevens deel uit van het medisch dossier. En dan geldt ook voor deze gegevens de bewaartermijn van ten minste twintig jaar vanaf het tijdstip waarop de laatste wijziging in het dossier heeft plaatsgevonden (artikel 7:454 lid 3 Burgerlijk Wetboek).
- Een dossier bijhouden, met als doel goede hulpverlening, houdt ook in dat logopedisten gegevens in het dossier moeten plaatsen ter continuïteit van de hulpverlening.

Als een dossier wordt overgedragen aan een waarnemer of aan een logopedist die de behandeling gaat overnemen moet uit het dossier kunnen blijken hoe de behandeling (verder) dient te geschieden.

- Er moet in het dossier duidelijk worden vastgelegd wie, welke informatie, op welk moment aan de patiënt heeft verstrekt. Het moet voor een waarnemer of opvolger duidelijk zijn wat er is gebeurd en wie daarvan op de hoogte is. Dit is van belang voor de overdracht en samenwerking tussen hulpverleners. De logopedist mag medische gegevens delen met anderen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst en degene die optreedt als zijn vervanger, voor zover het delen noodzakelijk is voor een goede zorgverlening.

Als logopedisten contact hebben met derden over de behandeling van een patiënt, is hiervoor toestemming van de patiënt vereist. Het is van belang om in het dossier vast te leggen dat voor dit contact toestemming is gevraagd, op welke manier de informatieoverdracht heeft plaatsgevonden en wie, welke informatie heeft verkregen, dan wel de toestemmingsverklaring in het dossier op te nemen.

- Op grond van de WGBO is de logopedist verplicht is om desgevraagd een verklaring met betrekking tot de in het dossier opgenomen bescheiden in het dossier op te nemen (artikel 7:454 lid 2 Burgerlijk Wetboek). Die verklaring kan een zienswijze van een patiënt over een aangelegenheid bevatten die een andere is dan van de betrokken logopedist. De logopedist is verplicht om het verzoek van de patiënt in te willigen. (MvT, Kamerstukken II, 21561, nr 3, p. 36) Betwijfelt de patiënt of de verklaring inderdaad is opgenomen, dan kan hij om inzage vragen (artikel 7:456 Burgerlijk Wetboek en artikel 12 AVG e.v.).

Er kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een ouder die het niet eens is met een logopedisch verslag en dit vermeld wil hebben in het dossier.

- Schriftelijke wilsverklaringen van de patiënt.

Logopedisten krijgen hier soms mee te maken bij bijvoorbeeld eet- en drinkproblematiek. De verklaring van een patiënt die, tegen het advies van arts en logopedist, oraal voedsel tot zich wil blijven nemen, valt onder deze wilsverklaringen.

Verder heeft het dossier nog andere functies zoals algehele kwaliteitsbewaking en in geval van een conflict met de patiënt, het afleggen van verantwoording voor het handelen. Naast de wettelijke plicht om in het kader van goede zorgverlening een dossier bij te houden, zorgt een degelijk onderhouden dossier ervoor dat de logopedist zich kan verantwoorden indien er een klacht tegen hem of haar wordt ingediend.

Welke gegevens horen **NIET** in het logopedisch dossier thuis?

De hierboven beschreven 'noodzakelijksnorm' die bij de dossiervoering gehanteerd wordt brengt met zich mee dat sommige gegevens *niet* thuis horen in een dossier.

- Als eerste uiteraard persoonsgegevens die voor de goede behandeling en zorg van de patiënt niet noodzakelijk zijn. Op grond van de AVG geldt er een verbod om persoonsgegevens vast te leggen betreffende iemands godsdienst of levensovertuiging, ras, politieke gezindheid, gezondheid, seksuele leven en lidmaatschap van vakverenigingen. Hier wordt een uitzondering op gemaakt indien de registratie noodzakelijk is voor hulpverleners voor zover dat met het oog op een goede behandeling of verzorging van de betrokkene, dan wel het beheer van de desbetreffende instelling of beroepspraktijk noodzakelijk is. (artikel 9 AVG en artikel 30 lid 3 Uitvoeringswet AVG). Logopedisten moeten dus aandacht schenken aan de vraag of de gegevens die zij in het dossier willen vastleggen noodzakelijk zijn voor een goede zorgverlening.

Veel vragen die standaard in een anamnese/vragenlijst zitten zijn privacygevoelige vragen. Het registreren ervan moet een onderzoeksdoel dienen of gerelateerd zijn aan het opstellen en uitvoeren van een behandelplan. Indien er vragen zijn opgenomen omtrent bijvoorbeeld de godsdienst of levensovertuiging moeten logopedisten zich dus (iedere keer weer) afvragen of dit soort vragen echt relevant zijn voor een goede behandeling en zo nee, dan mogen deze gegevens ook niet in het dossier worden vastgelegd.

- Als tweede correspondentie over schadeclaims en klachten ten aanzien van de logopedist zelf en ten aanzien van anderen.

Deze informatie heeft geen betrekking op de behandeling (dient niet het doel van een goede behandeling), maar betreft een dispuut tussen logopedist en patiënt. Deze gegevens behoren niet in het dossier te worden vastgelegd.

- Persoonlijke werkaantekeningen.

Wat zijn persoonlijke werkaantekeningen? Ze dienen als geheugensteun voor de eigen gedachtevorming van de hulpverlener. Het gaat om indrukken, vermoedens of vragen die bij de hulpverlener leven en kunnen na korte tijd, bijvoorbeeld als de diagnose bekend is vernietigd worden. Deze persoonlijke werkaantekeningen moeten altijd gescheiden van het dossier worden bewaard en kunnen na korte tijd, bijvoorbeeld als de diagnose duidelijk is, vernietigd worden. Zodra de logopedist denkt dat de persoonlijke werkaantekeningen wel relevant zijn voor de kwaliteit of continuïteit van de behandeling van de patiënt of wanneer ze worden gedeeld met collega's, moeten ze in het dossier worden opgenomen. Op dat moment zijn de patiëntenrechten, zoals recht op inzage en vernietiging, van toepassing. Indien persoonlijke werkaantekeningen in het dossier worden vastgelegd, maken deze gegevens vanaf dat moment deel uit van het dossier.

Tot slot:

Er zijn geen absolute normen te geven hoe de logopedist een dossier moet bijhouden. De wet beschrijft de uitgangspunten en benoemt de minimumeisen waar de logopedist aan moet voldoen (zoals hierboven beschreven). Het is echter in het belang van de patiënt en de logopedist zelf deze eisen ook echt als minimum te zien en zelf (wellicht meer dan dat nu het geval is) bewust bij te dragen aan een gedegen dossier dat alle relevante gegevens die nodig zijn voor een goede zorgverlening bevat.