



**RICHTLIJN  
LOGOPEDISCHE  
DOSSIERVORMING**

**Juli 2019**

## Inhoud

1. Inleiding.....	4
1.1 Doel richtlijn .....	4
1.2 Doelen van verslaglegging.....	4
1.3 Beoogde gebruikers.....	5
1.4 Wijze van vastleggen .....	5
1.5 Welke gegevens moeten worden vastgelegd?.....	5
1.6 Wie moet gegevens vastleggen?.....	8
1.7 Tijdsinvestering .....	8
1.8 Verkrijgen van gegevens .....	8
1.9 Toetsing door zorgverzekeraars .....	8
2. Verslaglegging in relatie tot het zorgverleningsproces .....	9
3. Verslaglegging per stap .....	11
3.1 Stap 1: Aanmelding .....	11
3.1.1 Aanmelding en screening bij Directe Toegankelijkheid Logopedie (DTL) .....	11
3.1.2 Verslaglegging bij aanmelding en screening bij DTL .....	11
3.1.3 Toelichting gegevens aanmelding en screening bij DTL.....	12
3.1.4 Aanmelding met een verwijzing van de (huis)arts .....	15
3.1.5 Verslaglegging bij aanmelding met een verwijzing van de (huis)arts .....	15
3.1.6 Toelichting gegevens aanmelding met een verwijzing van de (huis)arts.....	17
3.1.7 Verslaglegging van gegevens niet behorend tot een specifieke stap van het methodisch handelen.....	18
3.1.8 Toelichting op gegevens niet behorend tot een specifieke stap van het methodisch handelen.....	19
3.2 Stap 2: Anamnese.....	19
3.2.1 Verslaglegging anamnese.....	20
3.2.2 Toelichting gegevens anamnese .....	20
3.3 Stap 3: Onderzoek .....	22
3.3.1 Verslaglegging onderzoek .....	23
3.3.2 Toelichting gegevens onderzoek.....	23
3.4 Stap 4: Analyse .....	23
3.4.1 Verslaglegging analyse .....	23
3.4.2 Toelichting gegevens analyse .....	24
3.5 Stap 5: Behandelplan.....	24
3.5.1 Verslaglegging behandelplan .....	25

3.5.2 Toelichting gegevens behandelplan .....	25
3.6 Stap 6: Behandeling.....	27
3.6.1 Verslaglegging behandeling.....	27
3.6.2 Toelichting gegevens behandeling .....	27
3.7 Stap 7: Evaluatie .....	28
3.7.1 Verslaglegging evaluatie.....	29
3.7.2 Toelichting gegevens evaluatie .....	29
3.8 Stap 8: Afsluiting.....	30
3.8.1 Verslaglegging afsluiting.....	30
3.8.2 Toelichting gegevens afsluiting .....	30
4 Literatuur .....	32
Bijlage 1 Afkortingen .....	33

# 1. Inleiding

Met deze nieuwe versie van de NVLF-richtlijn Logopedische Dossiervorming 2019 wil de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) logopedisten een leidraad geven bij het logopedisch handelen en het vastleggen van gegevens die in dat kader van de dossiervorming<sup>1</sup> relevant zijn. Tegelijkertijd wil de NVLF de ervaren administratieve last terugdringen.

Dat betekent dat kritisch is gekeken naar de bestaande NVLF-richtlijn Logopedische Dossiervorming uit 2016 en dat daaruit is weggehaald wat overbodig was. Verder is gekeken welke vragen veelvuldig zijn gesteld naar aanleiding van de richtlijn uit 2016 en zijn zaken verduidelijkt.

Bij het logopedisch handelen komen gegevens beschikbaar die, waar nodig, vastgelegd<sup>2</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 in het logopedisch dossier. Deze NVLF-richtlijn beoogt hierbij een leidraad te zijn.

Er zijn twee documenten ontwikkeld:

1. de NVLF-richtlijn Logopedische Dossiervorming 2019
2. de samenvattingskaart

## 1.1 Doel richtlijn

Deze 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. Kernwoorden hierbij zijn: doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht. Een richtlijn bevat geen vrijblijvende aanwijzingen, maar is ook niet bedoeld als keurslijf. Het is mogelijk ervan af te wijken, mits voldoende gemotiveerd. De verantwoordelijkheid voor de eigen verslaglegging blijft daarmee bij de individuele logopedist. Hierbij dient de logopedist te kijken of er 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.

## 1.2 Doelen van verslaglegging

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).

---

<sup>1</sup> De dossierplicht van de logopedist komt voort uit de [WGBO](#), de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Volgens deze wet is de logopedist verplicht een statuskaart bij te houden met daarin gegevens over de cliënt. WGBO, Artikel 7:454 zegt hierover het volgende: "De hulpverlener richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de cliënt. Hij houdt daarin aantekeningen bij van de gegevens omtrent de gezondheid van de cliënt en de te dien aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens (brieven van andere hulpverleners, e.d.) daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is."

<sup>2</sup> Vastleggen kan ook betekenen dat gegevens (die al door een ander zijn opgeschreven) bij het dossier worden gevoegd (bijvoorbeeld de verwijsggegevens in de vorm van een verwijsbrief). De gegevens hoeven dus niet op een en hetzelfde formulier c.q. in hetzelfde bestand te staan. Wel moet helder zijn welke gegevens waar te vinden zijn.

Andere doelen van verslaglegging voor de logopedist / de praktijk kunnen zijn:

- onderlinge vergelijking / toetsing
- wetenschappelijk onderzoek
- externe verantwoording

### 1.3 Beoogde gebruikers

De richtlijn is bedoeld voor logopedisten werkzaam in de werkvelden **speciaal (basis)onderwijs**, de **preventieve logopedie**, de **eerstelijnszorg** en de **intramurale gezondheidszorg** (zoals omschreven in het Beroepsprofiel Logopedist (NVLF, 2013)). De richtlijn is niet bedoeld voor logopedisten die vallen onder de categorie **overige werkgebieden**.<sup>3</sup>

Er wordt vanuit gegaan dat het methodisch handelen voor de logopedisten genoemd in de werkvelden waarvoor de richtlijn van toepassing is in wezen hetzelfde is, al verschilt de zorg uiteraard per werkveld. Ook gegevens betreffende het machtiging- en declaratieverkeer worden situatie- en werkveldafhankelijk vastgelegd.

### 1.4 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](#). De Nederlandse vertaling van de [ICF](#)<sup>4</sup>, en de daarvan afgeleide ICF-logopedie (NVLF, 2009), lijkt voorsnog 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 (Heerkens et al., 2014; NVLF, 2013).

### 1.5 Welke gegevens moeten worden vastgelegd?

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

- gegevens die essentieel zijn in het kader van beslismomenten voortvloeiend uit het methodisch logopedisch handelen;
- gegevens die noodzakelijk zijn in het kader van communicatie met:
  - o verwijzers (volgens de *NVLF-richtlijn Verslaggeving Huisarts-Logopedist* (NVLF, 2010));
  - o cliënten;
  - o collega's en andere zorgverleners (continuïteit van zorg);
  - o zorgverzekeraars (bijvoorbeeld declaratieverkeer en materiële controle).

Op grond hiervan zijn gegevens samengesteld die zijn onderverdeeld in [basisgegevens](#) (die altijd moeten worden vastgelegd) en [mogelijk relevante gegevens](#) (deze worden alléén vastgelegd als ze volgens de logopedist daadwerkelijk relevant blijken te zijn voor de logopedische zorg van deze

<sup>3</sup> Hiermee worden die logopedisten bedoeld die specifiek werk verrichten zonder dat er sprake is van het behandelen of adviseren van een cliënt op basis van een verwijzing of medische noodzaak. Deze werkzaamheden vallen derhalve niet onder de werking van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg ([BIG](#)) of de Wet op de Collectieve Preventie. Deze logopedisten werken bijvoorbeeld op HBO-instellingen (lerarenopleidingen, pedagogische academies voor het basisonderwijs, theaterschool, conservatorium), als freelancers, of zijn in dienst van een trainings- of adviesbureau (NVLF, 2013; blz. 7).

<sup>4</sup> International Classification of Functioning, Disability and Health (RIVM, 2002 ; WHO, 2001).

specifieke cliënt) (figuur 1).

Daarnaast is een onderscheid gemaakt tussen administratieve gegevens, gegevens relevant in het kader van het machtiging- en declaratieverkeer, en inhoudelijke gegevens, gegevens relevant in het kader van de logopedische zorg.

Zoals al aangegeven in voetnoot 2 kunnen gegevens behalve in het dossier ook elders zijn vastgelegd; dat geldt met name voor de administratieve gegevens.

Als basisgegevens moeten worden vastgelegd:

- gegevens die moeten worden vastgelegd uit hoofde van wet- en regelgeving;
- gegevens die volgens de beroepsgroep zelf noodzakelijk zijn voor het beloop van het logopedisch zorgproces.

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

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

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

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

Tabel 1 gegevenstypen

<b>Basis gegevens</b>	<b>1. Basis administratieve gegevens</b>	<b>2. Basis inhoudelijke gegevens</b>
	Basis administratieve gegevens zijn gegevens die de logopedist ten behoeve van het machtiging- en declaratieverkeer altijd nodig heeft.	Basis inhoudelijke gegevens vormen het fundament van het logopedisch dossier en mogen daarin, op basis van wet- en regelgeving en op basis van de hoofddoelen van logopedische verslaglegging <sup>5</sup> , niet ontbreken. De meeste basisinhoudelijke gegevens dienen altijd te worden vastgelegd, zoals naam logopedist, contactreden / hulpvraag cliënt, logopedische diagnose en behandeldoel. Een klein aantal basis inhoudelijke gegevens hoeft alleen vastgelegd te worden als ze van toepassing zijn. Deze laatste categorie basisgegevens bestaat

<sup>5</sup> De doelen van de logopedische verslaglegging zijn: 1) het ondersteunen van het eigen handelen van de logopedist (het bieden van geheugensteun) en 2) het ondersteunen van gegevensoverdracht aan anderen (het bieden van een middel tot communicatie).

		<p>uit de volgende gegevens:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- naam gehanteerde richtlijn / gehanteerd</li> <li>- protocol<sup>6</sup></li> <li>- afwijking van richtlijn / protocol</li> <li>- onderzoek / behandeling</li> <li>- bijstellingen tijdens <a href="#">behandelepisode</a></li> <li>- overleggegevens tijdens behandlepisode</li> <li>- Als bij deze gegevens niets is ingevuld betekent dit dat het desbetreffende gegeven niet aan de orde is (niet van toepassing).</li> </ul>
<p><b>Mogelijk relevante administratieve gegevens</b></p>	<p><b>3. Mogelijk relevante administratieve gegevens</b></p> <p>Mogelijk relevante administratieve gegevens zijn gegevens die niet of niet altijd nodig zijn voor het machtiging- en declaratieverkeer. Het is de verantwoordelijkheid van de logopedist zelf om te beslissen welke mogelijk relevante administratieve gegevens wel of niet in het dossier of elders in het (administratieve) systeem worden opgenomen.</p> <p>NB Daarbij moet ook rekening gehouden worden met dat wat er in de eventueel gehanteerde zorginhoudelijke richtlijn staat vermeld.</p>	<p><b>4. Mogelijk relevante inhoudelijke gegevens</b></p> <p>Mogelijk relevante inhoudelijke gegevens kunnen belangrijk zijn voor het logopedisch zorgproces, maar zijn dat niet altijd. Het is de professionele verantwoordelijkheid van de logopedist zelf om te beslissen welke gegevens mogelijk relevant zijn voor de logopedische behandeling en opgenomen dienen te worden in het dossier. Als bij een mogelijk relevant inhoudelijk gegeven niets is ingevuld, kan dit twee dingen betekenen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het gegeven was niet aan de orde (bijvoorbeeld er zijn geen aanvullende medische gegevens beschikbaar) of</li> <li>- het gegeven was wel aan de orde, maar wordt door de logopedist niet relevant geacht voor het logopedisch zorgproces (bijvoorbeeld informatie over een operatieve ingreep aan het bewegingsapparaat of informatie over medicatie die niet van invloed is op het logopedisch zorgproces).</li> </ul> <p>Mogelijk relevante gegevens worden altijd uitgevraagd / in kaart gebracht, maar het is aan de logopedist om te beslissen of de gegevens relevant zijn voor de behandeling en dus worden vastgelegd.</p>

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)’.

<sup>6</sup> Het kan zijn dat in een inhoudelijke richtlijn extra gegevens staan vermeld die vastgelegd moeten worden; dat kunnen mogelijk relevante gegevens zijn – die bij gebruik van de desbetreffende richtlijn dus een basisgegeven worden – of gegevens die niet in voorliggende richtlijn zijn opgenomen. De inhoudelijke richtlijn gaat altijd voor!

## 1.6 Wie moet gegevens vastleggen?

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

## 1.7 Tijdsinvestering

Verslaglegging is een integraal onderdeel van kwalitatief hoogwaardige logopedische zorg die vraagt om een substantiële tijdsinvestering.

## 1.8 Verkrijgen van gegevens

De logopedist mag er op vertrouwen dat de cliënt tijdens het diagnostisch proces de juiste gegevens verstrekt. Als de cliënt is verwezen, mag de logopedist zonder expliciete toestemming van de cliënt gegevens opvragen bij de verwijzer (c.q. het dossier inzien indien de logopedist werkt in een instelling). De toestemming van de cliënt mag dan als gegeven worden beschouwd. Als de cliënt bij Directe Toegankelijkheid Logopedie ([DTL](#)) (zie paragraaf 3.1.1) geen toestemming verleent om medische gegevens op te vragen / in te zien, is het aan de logopedist ter beoordeling of hij<sup>7</sup> al dan niet overgaat tot behandeling.

## 1.9 Toetsing door zorgverzekeraars

Aangezien de zorgverzekeraars verplicht zijn kwalitatief verantwoorde (doeltreffende én doelmatige) zorg in te kopen, komt het steeds vaker voor dat er een kwaliteitsparagraaf wordt opgenomen in het contract dat de zorgverzekeraar en de logopedist sluiten. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat de logopedist een aantal administratieve gegevens vastlegt en dat de beroepsinhoudelijke gegevens worden vastgelegd (een behandel-/zorgdossier wordt aangelegd) volgens de richtlijnen van de beroepsgroep (zowel zorginhoudelijke richtlijnen als specifiek de voorliggende NVLF-richtlijn Logopedische Dossievorming 2019). Het is de verantwoordelijkheid van de logopedist zelf om bij het afsluiten van overeenkomsten, met name de kwaliteitsparagraaf goed te lezen. Het kan voorkomen dat bij een materiële controle een dossiercontrole plaats vindt.

---

<sup>7</sup> De logopedist wordt aangeduid met 'hij' en 'hem'; vanzelfsprekend kan daar waar hij/hem staat ook zij/haar worden gelezen. Ook overige personen (verwijzers, cliënten, contactpersonen) worden aangeduid met hij/hem en ook daar kan zij/haar worden gelezen.



## 2. Verslaglegging in relatie tot het zorgverleningsproces

Methodisch handelen ligt ten grondslag aan het zorgverleningsproces en daarmee aan de logopedische verslaglegging. Deze richtlijn beschrijft de stappen van het methodisch handelen en de gegevens die per stap moeten worden vastgelegd als basis- of mogelijk relevante gegevens, met daarbij een toelichting.<sup>8</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 er wel een indicatie is voor logopedie stelt de logopedist – in overleg met de cliënt – een behandelplan op. Het behandelplan vormt hiermee de eerste stap van het therapeutisch proces. Het proces in figuur 2 wordt dan in het geheel doorlopen.*

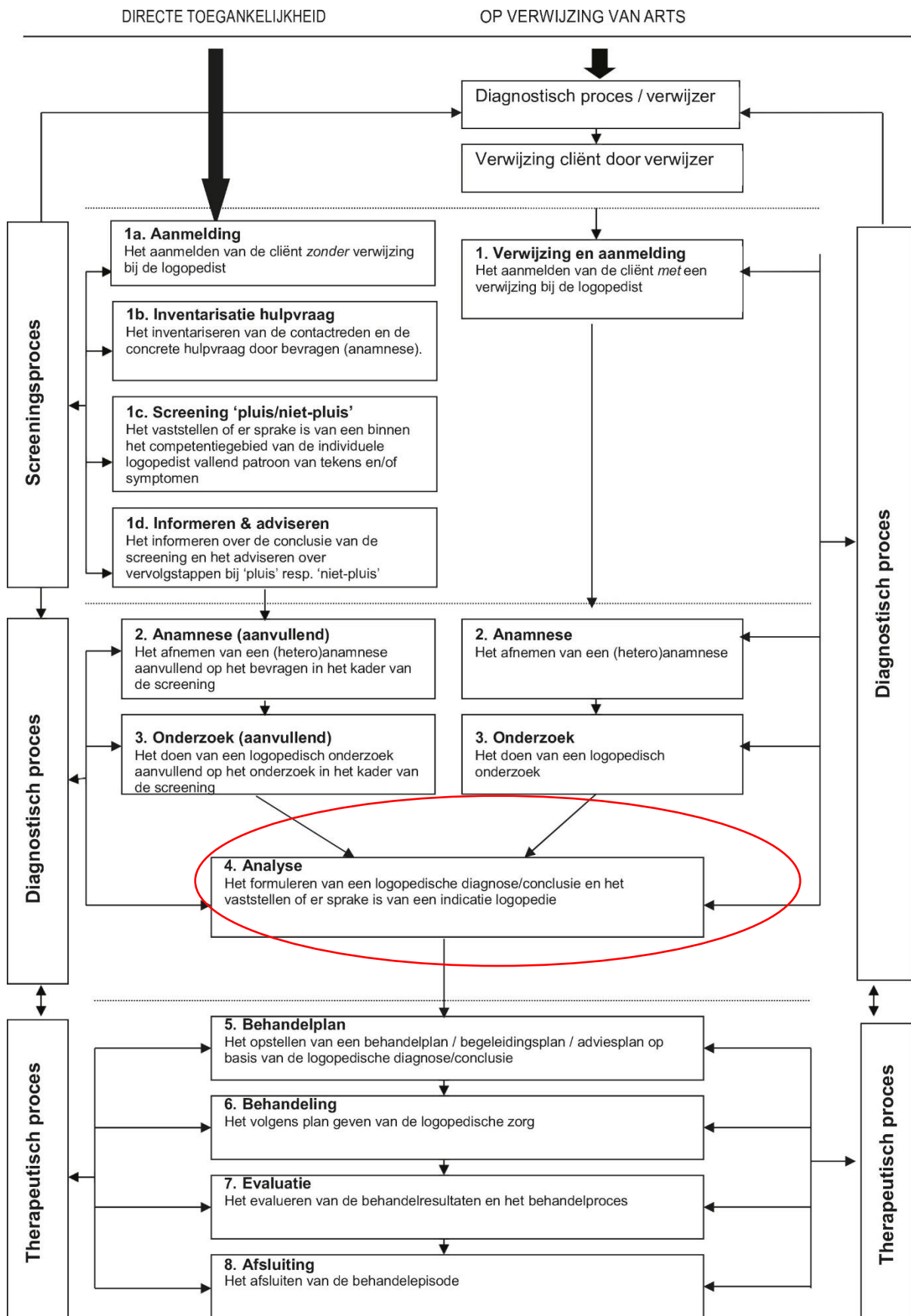
*Als er geen indicatie is voor logopedie, stuurt de logopedist de cliënt terug naar de verwijzer (bij cliënten die verwezen zijn), dan wel adviseren contact op te nemen met de huisarts (bij DTL). Dit vindt meestal plaats bij*

- stap 1 einde [screeningsproces](#) of
- stap 4 einde analyse. Daarmee is het diagnostisch proces afgerond. Er is dan sprake van een verkort logopedisch dossier.

*Bij een eenmalig onderzoek heeft de verwijzer een gerichte schriftelijke vraag. Het doel van eenmalig onderzoek is om meer informatie te genereren ten behoeve van de diagnose en prognose met het oog op het (be)handelbeleid en de logopedische (on)mogelijkheden. Het eenmalige onderzoek wordt niet opgevolgd door een zitting voor dezelfde aandoening. Er is in feite (nog) geen sprake van een therapeutisch proces. Het proces wordt meestal afgerond aan het einde van stap 4; analyse en tevens afsluiting. Daarmee is het diagnostisch proces afgerond. Er is dan sprake van een verkort logopedisch dossier.*

---

<sup>8</sup> De term screening, zoals gebruikt in het kader van DTL, is qua aard anders dan de screening zoals die plaatsvindt bij bijvoorbeeld kleuters (spraak / taal) of bij verstandelijk gehandicapten (gehoor) (zie verder paragraaf 3.1.1).



De rode cirkel geeft aan dat dit een punt is waar een verkort logopedisch dossier kan worden afgesloten. Denk hierbij aan een eenmalig onderzoek of korte behandeling bij bijvoorbeeld preverbale logopedie, slikken. Bij DTL kan het logopedisch dossier ook al worden afgesloten na stap 1d.

### 3. Verslaglegging per stap

#### 3.1 Stap 1: Aanmelding

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

Cliënten hebben de wettelijke mogelijkheid om zonder verwijzing van een arts de logopedist te consulteren. Als een cliënt<sup>9</sup> zich bij de logopedist meldt zonder verwijzing voert de logopedist een screening uit.

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.

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

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

Stap 1 / aanmelding en screening bij DTL	Administratieve gegevens		Zorginhoudelijke gegevens	
	Basis	Mogelijk relevant	Basis	Mogelijk relevant
<b>Gegevens</b>				
Datum aanmelding		X		
<b>Persoonsgegevens cliënt</b>				
- naam cliënt			X	
- geboortedatum cliënt			X	
- geslacht cliënt			X	
- legitimatie op orde (ja/nee) <sup>10</sup>	X			
- code cliënt / <a href="#">BSN</a>	X			
- adres cliënt		X		
- telefoonnummer cliënt		X		
- e-mailadres cliënt		X		
<b>Gegevens contactpersoon</b>				
- naam contactpersoon	X <sup>11</sup>	X		
- relatie contactpersoon met cliënt		X		
- telefoonnummer contactpersoon		X		
<b>Verzekeringsgegevens cliënt (niet voor intramuraal)</b>				
- naam zorgverzekeraar	X			
- code zorgverzekeraar ( <a href="#">UZOVl</a> )	X			
- indicatie ongeval (nee/ja) <sup>12</sup>	X			

<sup>9</sup> Niet altijd is de cliënt zelf in staat om zich aan te melden, dit kan ook gebeuren door een ouder / begeleider, een wettelijk vertegenwoordiger of door een partner of familielid (bij ouderen). Ook bij het geven van toestemming voor de behandeling geldt dit. Overal waar in deze richtlijn cliënt staat mag ook 'cliënt en/of andere betrokkene(n)' (ouder / begeleider / partner / kind(eren) / familie / wettelijk vertegenwoordiger) worden gelezen.

<sup>10</sup> Verplicht item gebaseerd op wetgeving; 1) De zorgaanbieder stelt de identiteit van de cliënt vast aan de hand van een document als bedoeld in artikel 1 van de Wet op de identificatieplicht, dat de cliënt hem desgevraagd ter inzage geeft. 2) De zorgaanbieder neemt aard en nummer van het in het eerste lid bedoelde document in zijn administratie op.

<sup>11</sup> Bij kinderen t/m 16 jaar en bij wilsonbekwame cliënten zal altijd de naam van de ouder(s)/verzorger(s) of voogd worden genoteerd. Voor andere cliënten is de naam van de contactpersoon een mogelijk relevant gegeven.

<sup>12</sup> Hoewel de meeste logopedisten dit niet vastleggen, staat het wel als verplicht gegeven vermeld in de Standaard Externe Integratie. Om die reden is het toch opgenomen. In de softwareprogramma's zou dit gegeven standaard op 'nee' ingesteld kunnen worden, met de optie om daar, zo nodig, 'ja' van te maken.

<https://www.vektis.nl/streams/standaardisatie/standaarden/PM304-3.2>

Stap 1 / aanmelding en screening bij DTL	Administratieve gegevens		Zorginhoudelijke gegevens	
	Basis	Mogelijk relevant	Basis	Mogelijk relevant
<b>Gegevens</b>				
Gegevens behandelend logopedist				
- naam behandelend logopedist			X	
- code behandelend logopedist (AGB-code)	X			
Gegevens huisarts				
- naam huisarts			X	
- adres huisarts		X		
- code huisarts (AGB-code huisarts of praktijk)		X <sup>13</sup>		
Gegevens behandelend medisch specialist				
- naam behandelend medisch specialist		X		
- adres behandelend medisch specialist		X		
Contactreden / hulpvraag*			X	
Verwachtingen cliënt*				X
Door cliënt ervaren functioneringsproblemen*			X	
Factoren die volgens cliënt van invloed zijn op functioneren*				X
Medische (voor)geschiedenis cliënt*				X
Resultaten screening				
- conclusie screening			X	
- toelichting op conclusie screening				X
Toestemming cliënt voor overleg met (huis)arts en/of andere professional en voor sturen DTL-verslag			X	
Resultaat overleg met (huis)arts en/of andere professional				X
Aanvraag voor nadere diagnostiek of aanvullende (medische) gegevens				X

\* gegevens die terugkomen bij stap 2 Anamnese

### 3.1.3 Toelichting gegevens aanmelding en screening bij DTL

#### **Datum aanmelding**

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

Dit gegeven kan nuttige informatie opleveren over wachttijden binnen de praktijk, maar is voor het logopedisch zorgproces geen item en ook niet relevant in het kader van machtiging- en declaratieverkeer; daarom is dit een mogelijk relevant administratief gegeven.

#### **Persoonsgegevens cliënt**

Basis inhoudelijke gegevens zijn:

- *Naam cliënt* Het gaat hierbij om achternaam + voorletters zoals vermeld op de legitimatie.
- *Geboortedatum cliënt*
- *Geslacht cliënt* (mede mogelijk van belang bij specifieke aandoeningen).
- Basis administratieve gegevens zijn:
  - o *Legitimatie op orde (ja/nee)* Ter identificatie moet de cliënt bij het eerste bezoek ook een legitimatie tonen.
  - o *Code cliënt* Het gaat hier meestal om het Burgerservicenummer (BSN) ter

<sup>13</sup> Bij een cliënt die wordt verwezen naar de logopedie is de AGB-code van de verwijzer wel een basisgegeven.

identificatie van de cliënt en ten behoeve van financieel-administratieve handelingen.

Mogelijk relevante administratieve gegevens zijn:

- *Adres cliënt* (straat, huisnummer, postcode, woonplaats).
- *Telefoonnummer cliënt* Mobiel of vast nummer waarop hij bereikbaar is.
- *E-mailadres cliënt*

### **Gegevens contactpersoon**

Van de contactpersoon kunnen de volgende gegevens vastgelegd worden:

- *Naam contactpersoon* Alleen een basisgegeven als het gaat om kinderen tot en met 16 jaar en om wilsonbekwame cliënten, anders een mogelijk relevant gegeven.
- *Relatie met cliënt* (bijv. partner, kind, ouder).
- *Telefoonnummer contactpersoon* Mobiel of vast nummer waarop hij bereikbaar is.

### **Verzekeringsgegevens cliënt (niet voor intramuraal)**

- *Naam en code zorgverzekeraar*<sup>14</sup>
- *Indicatie ongeval (nee/ja)* Vastgelegd moet worden wanneer een ongeval aanleiding was voor de zorgvraag. Deze gegevens worden vastgelegd ten behoeve van financieel-administratieve handelingen; het zijn basis administratieve gegevens. In bepaalde sectoren, bijvoorbeeld ziekenhuizen en verpleeghuizen, worden verzekeringsgegevens soms elders in de organisatie vastgelegd.

### **Gegevens behandelend logopedist**

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

### **Gegevens huisarts**

- *Naam huisarts* Staat meestal in het dossier zelf. Hoewel het bij DTL niet verplicht is om de huisarts op de hoogte te stellen van de logopedische behandeling en daarvoor altijd de toestemming van de cliënt nodig is, is de naam van de huisarts wel een basisgegeven.
- *Adres en code huisarts* Deze gegevens worden meestal elders in de organisatie vastgelegd (bijvoorbeeld in een adresbestand). Het gaat hier om mogelijk relevante administratieve gegevens. Bij gebruik van de AGB-code kan meestal worden volstaan met het noteren van de startcode (geeft het specialisme aan); er zijn huisartsen die in plaats van hun eigen code de praktijkcode gebruiken.

In een aantal situaties fungeert de medisch specialist als huisarts, bijvoorbeeld de [AVG](#) (arts verstandelijk gehandicapten) in de zorg voor verstandelijk gehandicapten of de specialist ouderengeneeskunde binnen de ouderenzorg.

### **Gegevens behandelend medisch specialist**

- *Naam behandeling medisch specialist* Bij DTL kan het relevant zijn te weten wie eventueel de behandelend medisch specialist is. Het is niet verplicht om de medisch specialist op de hoogte te stellen van de logopedische behandeling. Hiervoor is altijd toestemming van de cliënt nodig.
- *Adres medisch specialist* Dit gegeven wordt meestal elders in de organisatie vastgelegd (bijvoorbeeld in een adresbestand).

---

<sup>14</sup> Iedere zorgverzekeraar heeft een nummer, het UZOVI (Unieke Zorgverzekeraar Identificatie). Het UZOVI bestand wordt beheerd door Vektis: zie <http://www.vektis.nl/index.php/producten-en-diensten/referentieproducten/uzovi>

### **Contactreden / hulpvraag**

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

### **Verwachtingen cliënt**

De verwachtingen van de cliënt over het resultaat van de logopedische behandeling, bijvoorbeeld afname van klachten, hervatting van hobby, terugkeer naar werk, worden uitgevraagd en als de uitkomsten mogelijk relevant zijn voor de behandeling worden ze vastgelegd. Deze verwachtingen zijn belangrijk, aangezien de resultaten bij te hoge verwachtingen van de logopedische zorg wellicht tegenvallen, terwijl bij te lage verwachtingen de motivatie van de cliënt mogelijk te wensen overlaat.

### **Door cliënt ervaren functioneringsproblemen**

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

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

Als de cliënt geen functioneringsproblemen ervaart kan in het dossier niet van toepassing worden genoteerd.

### **Factoren die volgens cliënt van invloed zijn op functioneren**

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

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

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

### **Resultaten screening**

Hieronder vallen:

- *Conclusie screening* Vastgelegd worden de resultaten van de screening op pluis/niet-pluis en of er indicatie is voor verder onderzoek.
- *Toelichting op conclusie screening* Hier is ruimte voor de logopedist om de conclusie van de screening nader toe te lichten. Zo kunnen bij niet-pluis de afwijkende symptomen, het afwijkend beloop en/of aanwezige vlaggen worden genoteerd.

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

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

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

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

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

### **Aanvraag voor nadere diagnostiek of aanvullende (medische) gegevens**

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

## 3.1.4 Aanmelding met een verwijzing van de (huis)arts

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

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

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

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

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

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



Stap 1 / aanmelding met een verwijzing van de (huis)arts	Administratieve gegevens		Zorginhoudelijke gegevens	
	Basis	Mogelijk relevant	Basis	Mogelijk relevant
<b>Gegevens</b>				
- geboortedatum cliënt			X	
- geslacht cliënt			X	
- legitimatie op orde (ja/nee)	X			
- code cliënt / Burgerservicenummer	X			
- adres cliënt		X		
- telefoonnummer cliënt		X		
- e-mailadres cliënt		X		
<b>Gegevens contactpersoon</b>				
- naam contactpersoon	X <sup>15</sup>	X		
- relatie contactpersoon met cliënt		X		
- telefoonnummer contactpersoon		X		
<b>Verzekeringsgegevens cliënt</b>				
- naam zorgverzekeraar	X			
- code zorgverzekeraar (UZOVl)	X			
- indicatie ongeval <sup>16</sup>	X			
<b>Gegevens behandelend logopedist</b>				
- naam behandelend logopedist			X	
- code behandelend logopedist (AGB-code)	X			
<b>Gegevens verwijzer</b>				
- naam verwijzer	X			
- code verwijzer (AGB-code) (specialisme verwijzer volgt automatisch door AGB-code)	X			
- adres verwijzer		X		
<b>Verwijsgegevens</b>				
- verwijsdatum	X			
- <u>verwijsdiagnose</u> / verwijsindicatie			X	
- aanvullende medische gegevens cliënt				X
- beleid verwijzer tot nu toe				X
- dienst / verrichting (behandeling) gewenst door verwijzer				X
- gerichte schriftelijke vraag van verwijzer voor eenmalig logopedisch onderzoek <sup>17</sup>			X	
<b>Reden voor opname (intramuraal)</b>				
<b>Gegevens huisarts</b>				
- naam huisarts			X	
- code huisarts (AGB-code huisarts of praktijk)	X			
- adres huisarts		X		

<sup>15</sup> Bij kinderen t/m 16 jaar en bij wilsonbekwame cliënten zal altijd de naam van de ouder(s)/verzorger(s) of voogd worden genoteerd. Voor andere cliënten is de naam van de contactpersoon een mogelijk relevant gegeven.

<sup>16</sup> Indicatie ongeval: Hoewel de meeste logopedisten dit niet vastleggen staat het wel als verplicht gegeven vermeld in de Standaard Externe Integratie. Om die reden is het toch opgenomen. In de softwareprogramma's zou dit gegeven standaard op 'nee' ingesteld kunnen worden, met de optie om daar, zo nodig, 'ja' van te maken.

<sup>17</sup> In de softwareprogramma's zou dit gegeven standaard op 'nee' (of NVT) ingesteld kunnen worden, met de optie om daar, zo nodig, 'ja' van te maken.



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

#### **Datum aanmelding**

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

#### **Persoonsgegevens cliënt**

Basis inhoudelijke gegevens zijn:

- *Naam cliënt* (achternaam + voorletters).
- *Geboortedatum cliënt*
- *Geslacht cliënt* (mede mogelijk van belang bij specifieke aandoeningen).

Basis administratieve gegevens zijn:

- *Legitimatie op orde (ja/nee)* Ter identificatie moet de cliënt bij het eerste bezoek ook een legitimatie tonen.
- *Code cliënt* (meestal het Burgerservicenummer (BSN) ter identificatie van de cliënt en ten behoeve van financieel-administratieve handelingen.

Mogelijk relevante administratieve gegevens zijn:

- *Adres cliënt* (straat, huisnummer, postcode, woonplaats).
- *Telefoonnummer cliënt* Mobiel of vast nummer waarop hij bereikbaar is.
- *E-mailadres cliënt*

#### **Gegevens contactpersoon**

Van de contactpersoon kunnen de volgende gegevens vastgelegd worden:

- *Naam contactpersoon* Alleen een basisgegeven als het gaat om kinderen t/m 16 jaar en om wilsonbekwame cliënten, anders een mogelijk relevant gegeven.
- *Zijn/haar relatie met cliënt* (bijvoorbeeld partner, kind, ouder).
- *Telefoonnummer contactpersoon*

#### **Verzekeringsgegevens cliënt (niet voor intramuraal)**

- *Naam en code zorgverzekeraar<sup>18</sup>*
- *Indicatie ongeval* Vastgelegd moet worden wanneer een ongeval aanleiding was voor de zorgvraag. Deze gegevens worden vastgelegd ten behoeve van financieel-administratieve handelingen; het zijn basis administratieve gegevens. In bepaalde sectoren, bijvoorbeeld ziekenhuizen en verpleeghuizen, worden verzekeringsgegevens soms elders in de organisatie vastgelegd.

#### **Gegevens behandelend logopedist**

Verplicht vastgelegd worden:

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

---

<sup>18</sup> Iedere zorgverzekeraar heeft een nummer, het UZOVI (Unieke Zorgverzekeraar Identificatie). Het UZOVI-bestand wordt beheerd door Vektis: zie <http://www.vektis.nl/index.php/producten-en-diensten/referentieproducten/uzovi>

### **Gegevens verwijzer**

Verplicht vastgelegd worden:

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

### **Verwijsgegevens**

De verwijzing is het vertrekpunt voor de logopedische zorg.

- *Verwijsdatum* Dit is de afgiftedatum van de verwijzing door de verwijzer.
- *Verwijsdiagnose / verwijsindicatie* Dit is de reden voor de verwijzer om de cliënt te verwijzen voor logopedische zorg. De logopedist archiveert de verwijzing. De verwijsbrief / het verwijsbericht wordt bij het dossier gevoegd.
- *Aanvullende medische gegevens cliënt* De extra informatie – naast de verwijsdiagnose / verwijsindicatie - die de verwijzer van belang acht voor de logopedist, zoals medicatiegebruik, nevenpathologie of psychosociale gegevens van de cliënt.
- *Beleid verwijzer tot nu toe* Dat wat de verwijzer tot nu toe heeft gedaan.
- *Dienst / verrichting (behandeling) gewenst door verwijzer* Vastgelegd wordt het verzoek dat de verwijzer doet tot het verlenen van een bepaalde dienst of verrichting (behandeling).
- *Gerichte schriftelijke vraag van verwijzer voor eenmalig logopedisch onderzoek* Bij een eenmalig logopedisch onderzoek wordt de vraag van de verwijzer vastgelegd.<sup>19</sup>

### **Reden voor opname (intramuraal)**

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

### **Gegevens huisarts**

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

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

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

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

---

<sup>19</sup> Er is een apart tarief voor eenmalig logopedisch onderzoek (zie tarievenlijst logopedie). Het tarief voor eenmalig logopedisch onderzoek (op medische indicatie), ongeacht of er een behandeling volgt, kan alleen in rekening gebracht worden indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

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

Verslaglegging van gegevens niet behorend tot een specifieke stap van het methodisch handelen		Administratieve gegevens		Zorginhoudelijke gegevens	
Gegevens		Basis	Mogelijk relevant	Basis	Mogelijk relevant
Gegevens gehanteerde richtlijn / gehanteerd protocol					
-	naam gehanteerde richtlijn / gehanteerd protocol			X	
-	afwijking van richtlijn / protocol			X	

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

#### **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) hij hanteert (althans, bij gebruik ervan).

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

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

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

## 3.2 Stap 2: Anamnese

Stap 2 van het methodisch handelen bestaat uit het afnemen van de anamnese<sup>20</sup>. In deze fase wordt gezocht naar gegevens rond het ervaren gezondheidsprobleem die richting kunnen geven aan het logopedisch onderzoek. Als een cliënt gebruik heeft gemaakt van de DTL is een deel van de anamnestiche gegevens reeds verzameld bij de inventarisatie van de hulpvraag (deze gegevens zijn gemarkeerd met een \*). De logopedist vraagt in stap 2 dan alleen nog naar aanvullende gegevens die nodig zijn om gericht diagnostische verrichtingen<sup>21</sup> te kunnen selecteren.

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

<sup>20</sup> Als de cliënt niet zelf in staat is tot het beantwoorden van de vragen, kan dit worden gedaan door een 'betrokkene'; in dit geval spreekt men van een [heteroanamnese](#).

<sup>21</sup> Verrichtingen zijn direct of indirect cliëntgebonden handelingen van de logopedist.

deze gegevens vastlegt.

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

### 3.2.1 Verslaglegging anamnese

Van de anamnese worden de volgende gegevens vastgelegd.

Stap 2 / anamnese	Administratieve gegevens		Zorginhoudelijke gegevens	
	Basis	Mogelijk relevant	Basis	Mogelijk relevant
Contactredenen / hulpvraag*			X	
Verwachtingen cliënt*				X
Door cliënt ervaren functioneringsproblemen*			X	
Factoren die volgens cliënt van invloed zijn op functioneren*				X
Medische (voor)geschiedenis cliënt*				X
Andere of eerder verleende, niet-medische zorg				X
Overige externe factoren				
- privésituatie				X
- werk & opleiding				X
- gebruikte <u>hulpmiddelen</u>				X
Overige persoonlijke factoren				
- achtergrond				X
- <u>leefstijl</u>				X
- fysieke en mentale belastbaarheid				X
- wijze van omgang met en mening over gezondheidsproblemen				X
Gehanteerd anamnese-instrument				X
Voorlopige conclusie / hypothese(n)				X

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

### 3.2.2 Toelichting gegevens anamnese

#### **Contactredenen / hulpvraag**

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

#### **Verwachtingen cliënt**

De verwachtingen van de cliënt over het resultaat van de logopedische behandeling, bijvoorbeeld afname van klachten, hervatting van hobby, terugkeer naar werk, worden uitgevraagd en als de uitkomsten mogelijk relevant zijn voor de behandeling worden ze vastgelegd. Deze verwachtingen zijn belangrijk, aangezien de resultaten bij te hoge verwachtingen van de logopedische zorg wellicht tegenvallen, terwijl bij te lage verwachtingen de motivatie van de cliënt mogelijk te wensen overlaat.

### ***Door cliënt ervaren functioneringsproblemen***

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

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

Als de cliënt geen functioneringsproblemen ervaart kan in het dossier niet van toepassing worden genoteerd.

### ***Factoren die volgens cliënt van invloed zijn op functioneren***

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

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

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

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

### ***Andere of eerder verleende, niet-medische zorg***

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

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

### ***Overige externe factoren***

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

- *Privésituatie* Het gaat hier om een hele brede groep factoren; zowel de thuissituatie (woonomgeving, gezinssamenstelling) als het sociale netwerk.
- *Werk & opleiding* Het gaat hier om die factoren die gekoppeld zijn aan (betaald en onbetaald) werk en het volgen van een opleiding; het kan bijvoorbeeld gaan om de fysieke en psychosociale omstandigheden op de opleiding of op het werk.

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

### **Overige persoonlijke factoren**

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

- *Achtergrond* Het gaat hier om persoonlijke factoren als opleidingsniveau en sociaaleconomische status. Deze gegevens kunnen van invloed zijn op de aard en de benodigde hoeveelheid zorg.
- *Leefstijl* Tot leefstijl worden de **BRAVO**-factoren gerekend: bewegen, roken, alcoholgebruik, voeding en ontspanning. Deze factoren kunnen voor de logopedische zorg relevant zijn en worden dan vastgelegd.
- *Fysieke en mentale belastbaarheid* Om te kunnen bepalen of de belasting van de cliënt niet te hoog (of te laag) is, dient naast de belasting ook een inschatting te worden gemaakt van de belastbaarheid van de cliënt. Het gaat dan om zowel fysieke als mentale belastbaarheid in het algemeen, maar ook om bijv. belastbaarheid van de stem.
- *Wijze van omgang met en mening over gezondheidsproblemen* De manier waarop de cliënt omgaat met problemen aangaande eigen functioneren, wat de cliënt er tot nu toe zelf aan heeft gedaan en welk beeld de cliënt zelf heeft van de functioneringsproblemen, de oorzaak van deze problemen en de prognose.

### **Gehanteerd anamnese-instrument**

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

### **Voorlopige conclusie / hypothese(n)**

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

## **3.3 Stap 3: Onderzoek**

Stap 3 van het methodisch handelen bestaat uit het uitvoeren van een logopedisch onderzoek, waar mogelijk aansluitend bij de in de anamnese geformuleerde voorlopige conclusie/hypothese(n). Tijdens het logopedisch onderzoek objectificeert de logopedist de aard en de ernst van de functioneringsproblemen van de cliënt, waarmee hij de voorlopige hypothese(n) toetst die uit de anamnese voortkom(t)(en).

### 3.3.1 Verslaglegging onderzoek

Van het onderzoek worden de volgende gegevens vastgelegd.

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

### 3.3.2 Toelichting gegevens onderzoek

#### **Onderzoeksgegevens**

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

N.B. hier moet zo veel worden vastgelegd als nodig is om in stap 4 de logopedische diagnose te kunnen formuleren.

## 3.4 Stap 4: Analyse

Tijdens stap 4 in het methodisch handelen vindt een analyse plaats van de tot dan toe verkregen gegevens. Op basis van de analyse formuleert de logopedist een logopedische diagnose / conclusie<sup>22</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>23</sup> De behandeling wordt dan na de analysefase afgesloten (verkort logopedisch dossier).

### 3.4.1 Verslaglegging analyse

Van de analyse worden de volgende gegevens vastgelegd.

Stap 4 / analyse	Administratieve gegevens		Zorginhoudelijke gegevens	
	Basis	Mogelijk relevant	Basis	Mogelijk relevant
Gegevens				
Logopedische diagnose / conclusie			X	
Conclusie eenmalig logopedisch onderzoek <sup>24</sup>			X	

<sup>22</sup> De logopedische diagnose is een beroeps specifiek oordeel over de cliënt op basis waarvan de logopedist de cliënt adviseert over de mogelijkheden van een logopedische behandeling, dan wel de cliënt adviseert zich te wenden tot een andere beroepsbeoefenaar (bijvoorbeeld: remedial teacher, logopedist met specifiek aandachtsgebied) (NVLf, 2013).

<sup>23</sup> Het antwoord op de vraag wordt verstuurd aan de verwijzer, die vervolgens bepaalt of de cliënt wordt verwezen voor behandeling.

<sup>24</sup> In de softwareprogramma's zou dit gegeven standaard op NVT ingesteld kunnen worden, met de optie om daar, zo nodig, wel iets in te kunnen vullen.



### 3.4.2 Toelichting gegevens analyse

#### **Logopedische diagnose / conclusie**

Hier staat het professionele oordeel van de logopedist over het functioneren van de cliënt inclusief de factoren die daarop van invloed zijn. Belangrijk is dat de relatie tussen losse elementen wordt benoemd. Het is niet verplicht om de logopedische diagnose in verhaalvorm te beschrijven .

De logopedische diagnose / conclusie bevat de volgende elementen (voor zover relevant):

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

#### **Conclusie eenmalig logopedisch onderzoek**

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

Let op: aan een eenmalig logopedisch onderzoek zijn prestatiecodes gekoppeld.

### 3.5 Stap 5: Behandelplan

Stap 5 van het methodisch handelen bestaat uit het formuleren van het behandel- of zorgplan.<sup>25</sup>

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

---

<sup>25</sup> 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.



Dit behandelplan – dat in samenspraak met de cliënt en eventueel andere disciplines wordt opgesteld - start met het beoogde doel voor over maximaal zes maanden en – voor zover van toepassing – [multiprofessionele doelen](#). Verder staat in het behandelplan vermeld welke logopedische [behandeling](#) wordt gegeven en gegevens over duur en frequentie van de behandeling. Verder moet de cliënt akkoord gaan met het behandelplan en met eventuele [voorbehouden handelingen](#); ook dit wordt in het behandelplan vermeld.

### 3.5.1 Verslaglegging behandelplan

Van het behandelplan worden de volgende gegevens vastgelegd.

Stap 5 / behandelplan	Administratieve gegevens		Zorginhoudelijke gegevens	
	Basis	Mogelijk relevant	Basis	Mogelijk relevant
Beoogd resultaat / hoofddoel voor maximaal 6 maanden			X	
Beoogde multiprofessionele resultaten / doelen				X
<a href="#">Multiprofessionele afspraken</a>				X
<a href="#">Geplande behandellocatie</a>				X
<a href="#">Geplande duur sessie</a>				X
<a href="#">Besproken met / akkoord van cliënt</a>			X	
<a href="#">Toestemming voor voorbehouden handeling</a>				X

### 3.5.2 Toelichting gegevens behandelplan

#### **Beoogd resultaat / hoofddoel**

Het gaat hier om het vastleggen van datgene wat in essentie met de logopedische behandeling wordt beoogd behaald te zijn aan het einde van maximaal zes maanden. Behandelingen die langer duren dan zes maanden zijn vaak moeilijk te overzien. Er kunnen immers talloze factoren zijn die er voor zorgen dat het geformuleerde doel niet gehaald wordt. De logopedist knipt de behandeling op in kortere perioden en deze worden tussentijds geëvalueerd met de cliënt. Dit maakt het proces inzichtelijker voor cliënt en logopedist.

#### *Formuleren hoofddoel*

Het beoogd resultaat / hoofddoel wordt [SMART](#)<sup>26</sup> vastgelegd; dat betekent dat – in overleg met en met toestemming van de cliënt ('acceptabel') - het 'wat' wordt vastgelegd (het logopedisch probleem dat de logopedist wil aanpakken), de mate waarin (hetgeen bereikt moet worden, waar mogelijk gekwantificeerd ('meetbaar') en haalbaar ('realistisch')) en de periode waarbinnen het doel / resultaat moet zijn behaald ('tijdgebonden')<sup>27</sup>. Het is aan de logopedist om een inschatting te maken van wat 'realistisch' is, waarbij, indien beschikbaar, gebruik gemaakt kan worden van zorginhoudelijke richtlijnen.

Het hoofddoel moet binnen maximaal vijf sessies met de cliënt vastgelegd zijn. Deze afspraak is gekomen om een doelmatige en efficiënte behandeling te stimuleren. Het aantal van vijf behandelingen is gebaseerd op het feit dat het merendeel van de logopedische testen binnen vijf behandelingen afgenomen kan worden.

<sup>26</sup> SMART: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden.

<sup>27</sup> Als een hoofddoel niet SMART kan worden geformuleerd, moet dit worden toegelicht in het dossier.

### *Planning evaluatie*

De eerste evaluatie vindt altijd binnen maximaal zes maanden plaats. Daarbij wordt gerekend vanaf de eerste afspraak (sessie) met de cliënt. Dat geldt ook als het proces van anamnese, onderzoek, analyse tot en met het vaststellen van het behandelplan met hoofddoel meer tijd in beslag neemt dan één sessie. Dus stel dat voor het opstellen van een behandelplan één maand nodig is, dan vindt de eerste evaluatie maximaal vijf maanden na het vaststellen van het hoofddoel plaats. Op basis van de resultaten wordt een nieuw behandelplan, inclusief een hoofddoel, gemaakt voor wederom maximaal zes maanden (maar het mag ook korter). Dit proces herhaalt zich.

### *Inhoud evaluatie*

Tijdens de evaluatie is aandacht voor zowel het behandelproces als het behandelresultaat volgens de cliënt en de logopedist. Dit betekent niet dat alle testen en onderzoeken herhaald moeten worden, maar alleen die testen en onderzoeken die nodig zijn om te bepalen of het hoofddoel voor de desbetreffende periode is gehaald. De nieuwe afspraken moet alle betrokkenen meer duidelijkheid geven over de doelmatigheid van de behandeling en deze doelmatigheid bevorderen.

### ***Beoogde multiprofessionele resultaten / doelen***

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

### ***Multiprofessionele afspraken***

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

### ***Geplande behandellocatie***

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

### ***Geplande duur sessie***

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

### ***Besproken met / akkoord van cliënt***

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

### ***Toestemming voor voorbehouden handeling***

Voor een voorbehouden handeling<sup>28</sup> is van tevoren toestemming vereist, zowel van de verwijzer als van de cliënt. De verkregen toestemming (de datum waarop de toestemming werd verkregen en van wie) moet schriftelijk worden vastgelegd.

---

<sup>28</sup> Logopedisten zijn voor geen enkele voorbehouden handeling (wet BIG) zelfstandig bevoegd (Janssen, 2014). Voor het uitvoeren van een dergelijke handeling (bijvoorbeeld flexibele endoscopische evaluatie van de slikbeweging / FEES) moet aan de eisen van de wet BIG worden voldaan. Denk hierbij aan het verkrijgen van bekwaamheid (scholing), het onderhouden hiervan en afspraken voor ingrijpen van anderen in geval van een calamiteit.

## 3.6 Stap 6: Behandeling

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

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

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

### 3.6.1 Verslaglegging behandeling

Van de behandeling worden de volgende gegevens vastgelegd.

Stap 6 / behandeling	Administratieve gegevens		Zorginhoudelijke gegevens	
	Basis	Mogelijk relevant	Basis	Mogelijk relevant
Gegevens				
Datum sessie	X			
Uitgevoerde behandeling			X	
Behandellocatie				X
Duur sessie				X
Bijstellingen tijdens <a href="#">behandelperiode</a>				X
Overleggegevens tijdens <a href="#">behandelperiode</a>				X

### 3.6.2 Toelichting gegevens behandeling

#### ***Datum sessie***

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

#### ***Uitgevoerde behandeling***

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

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

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

#### ***Behandellocatie***

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

#### ***Duur sessie***

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

#### ***Bijstellingen tijdens behandelperiode***

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

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

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

#### ***Overleggegevens tijdens behandelperiode***

De logopedist legt, indien dit mogelijk relevant is voor de behandeling, 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.

### **3.7 Stap 7: Evaluatie**

Bij stap 7 gaat het om de evaluatie van de logopedische behandeling.

Het logopedisch handelen wordt periodiek geëvalueerd, minimaal eenmaal per zes maanden en moet in ieder geval bij het beëindigen van de behandelperiode worden geëvalueerd (eindevaluatie). Tijdens de evaluatie kijkt de logopedist samen met de cliënt in welke mate het hoofddoel voor de afgelopen periode is behaald. Een evaluatie bestaat uit datgene wat op dat moment relevant is. Dit kan bijvoorbeeld zijn: een beoordeling van het behandelproces en resultaat (volgens de patiënt en volgens de logopedist) tot nu toe. Dit betekent niet dat alle testen en onderzoeken herhaald moeten worden.

Het hoofddoel kan aangepast worden op alle onderdelen van SMART, denk hierbij aan inhoud of tijd. Als de behandelperiode zes maanden of korter duurt, is er slechts één evaluatie (de eindevaluatie).

### 3.7.1 Verslaglegging evaluatie

Van de evaluatie worden de volgende gegevens vastgelegd.

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

### 3.7.2 Toelichting gegevens evaluatie

#### **Datum evaluatie**

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

#### **Realisatie resultaat / hoofddoel**

Het resultaat kan worden opgedeeld in de mate waarin

1. het hoofddoel is gehaald<sup>29</sup> en
2. de veranderingen in de [gezondheidstoestand](#)<sup>30</sup> op het moment van de evaluatie in vergelijking met de gezondheidstoestand aan het begin van de behandelperiode.

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

#### **Afwijkingen verwacht behandelverloop**

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

#### **Oordeel over samenwerking en behandelproces**

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

<sup>29</sup> Hierbij wordt gebruikgemaakt van dezelfde meetinstrumenten als tijdens anamnese of onderzoek.

<sup>30</sup> Het gaat daarbij om veranderingen in de eventueel aanwezige ziekte / aandoening, veranderingen in het functioneren en eventuele veranderingen in factoren die op het functioneren van invloed zijn.

het verloop van de behandeling is ervaren. De logopedist evalueert voor zichzelf het gevolgde proces van handelen en evalueren (zelftoetsing).

### **Wijze van evaluatie**

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

## 3.8 Stap 8: Afsluiting

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

### 3.8.1 Verslaglegging afsluiting

Van de afsluiting worden de volgende gegevens vastgelegd.

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

### 3.8.2 Toelichting gegevens afsluiting

#### **Datum afsluiting**

Als datum van de afsluiting wordt de datum vastgelegd waarop de behandelperiode wordt afgesloten, namelijk de datum van de laatste behandeling.<sup>31</sup>

Als de cliënt niet op de laatst afgesproken behandelsessie verschijnt, wordt het dossier binnen 60 dagen<sup>32</sup> nadat de laatste behandeling heeft plaatsgevonden gesloten.

#### **Datum verslaggeving aan verwijzer**

Vastgelegd wordt de datum waarop het verslag aan de verwijzer wordt toegezonden. Als dit in de brief is opgenomen hoeft dit gegeven niet nogmaals ergens anders vastgelegd te worden. Een kopie van dit verslag wordt bewaard. Ook de verslaggeving vindt plaats binnen 60 dagen nadat de laatste behandeling heeft plaatsgevonden.<sup>33</sup>

#### **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

<sup>31</sup> Als er sprake is van een 'pauze' in de behandeling, is de behandeling in feite niet afgesloten en wordt dus ook de behandelperiode nog niet afgesloten.

<sup>32</sup> Dit in verband met het eindverslag en de geldigheid van de klantvervalsonderzoeken.

<sup>33</sup> Voor informatie over de gegevens die naar de verwijzer en/of de huisarts gaan en wanneer informatie-uitwisseling plaatsvindt, wordt verwezen naar de NVLF-Richtlijn Verslaggeving (NVLF, 2010).

die aan de cliënt worden meegegeven aan het einde van de behandelperiode of afspraken rond het weer contact opnemen met logopedist, zoals bij terugkeer klachten.

***Reden einde zorg***

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

## 4 Literatuur

Boiten J, Brouwer T, Bunskoek M. Diagnostiek in de fysiotherapie, proces en werkwijze. S.l.: Reed Business Education; 2015.

Heerkens Y, Huinck WJ, Beer J de. Logopedie en het menselijk functioneren. In: Meulenberg-Brouwer A, Pol H van der (red). *Dialog. Een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist*. Den Haag: Lemma, 2014, p. 251-68.

Janssen L. Logopedie en wettelijke kaders. In: Meulenberg-Brouwer A, Pol H van der (red). *Dialog. Een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist*. Den Haag: Lemma, 2014, p. 269-97.

NVLF. Beroepsprofiel logopedist. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, mei 2013.

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

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



## Bijlage 1 Afkortingen

### Afkortingen

AGB	Algemeen Gegevensbeheer Zorgverleners
AVG	Arts Verstandelijk Gehandicapten
BIG	(Wet op) Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BRAVO	Bewegen, Roken, Alcoholgebruik, Voeding en Ontspanning
BSN	Burgerservicenummer
DTL	Directe Toegankelijkheid Logopedie
FEES	Flexibele Endoscopische Evaluatie van de Slikbeweging
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
NVLF	Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden
SOAP	S: situatie; O: observatie; A: analyse; P: plan
SOEP	S: subjectief behandelresultaat; O: objectief behandelresultaat; E: evaluatie van de behandeling; P: aanpassen van plan van aanpak
SOEPI	S: subjectief behandelresultaat; O: objectief behandelresultaat; E: evaluatie van de behandeling; P: aanpassen van plan van aanpak; I: instructie
UZOVI	Unieke Zorgverzekeraar Identificatie
WGBO	Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst