

NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaggeving

November 2010

Inhoudsopgave

1. INLEIDING	3
2. BRIEVEN EN GEGEVENS	5
3. FORMATS.....	14
Brief 1 Format brief 'niet pluis'	15
Brief 2 Format brief 'pluis'	16
Brief 3 Format brief 'geen indicatie'	17
Brief 4 Format brief 'beginverslag'	19
Brief 5 Format brief 'conclusie éénmalig logopedisch onderzoek'	21
Brief 6 Format brief 'tussentijdse rapportage'	23
Brief 7 Format brief 'eindrapportage'	27
4. OMSCHRIJVINGEN EN VOORBEELDEN	31
5. ACHTERLIGGENDE ONTWIKKELINGEN	47
5.1 Eenheid van taal	47
5.2 NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging	47
5.3 Het Programma e-Paramedici	48
5.4 NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut ..	49
6. TIPS VOOR SCHRIFTELIJKE EN ELEKTRONISCHE COMMUNICATIE	53
7. REFERENTIES	54
BIJLAGE 1 BETROKKENEN	56
BIJLAGE 2 AFKORTINGEN	57
BIJLAGE 3 VERKLARENDE WOORDENLIJST	58
BIJLAGE 4 SUGGESTIES VANUIT HET PROJECT VOOR DE UPDATE VAN DE NVLF-RICHTLIJN LOGOPEDISCHE VERSLAGLEGGING	61
BIJLAGE 5 INHOUD VAN DE BRIEVEN IN DE NHG/KNGF-RICHTLIJN GESTRUCTUREERDE INFORMATIE-UITWISSELING TUSSEN HUISARTS EN FYSIOTHERAPEUT	62

1. Inleiding

In 2002 verscheen het rapport Richtlijnen 'Verslaggeving logopedist – huisarts', een gezamenlijk product van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) en het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI) (NVLF, 2002).

Het rapport bevat drie richtlijnen:

- een richtlijn voor het verslag na anamnese en onderzoek;
- een richtlijn voor een tussenverslag;
- een richtlijn voor het eindverslag.

Alle drie de richtlijnen hebben de vorm van een brief op A4 formaat.

Om logopedisch vakjargon in verslagen aan de huisarts te vermijden zijn daar alternatieven voor gegeven, zodat wat de logopedist schrijft 'overkomt' bij de arts.

Nu, acht jaar later, is er een aantal redenen waarom het belangrijk is de richtlijnen aan te passen. Die redenen hebben te maken met ontwikkelingen rond het elektronische patiëntendossier (EPD), veranderende wetgeving, het Programma e-Paramedici (zie paragraaf 5.3), de voorgenomen invoering van de Directe Toegankelijkheid Logopedie (DTL) (NVLF, 2009a) en de publicatie van de NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaggeving (NVLF, 2009b).

Met deze ontwikkelingen is rekening gehouden bij de ontwikkeling van de nu voorliggende 'NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaggeving'. Met deze nieuwe richtlijn wil de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) logopedisten¹ een leidraad geven bij de communicatie met de huisarts en de verwijzer.

De richtlijn is in het voorjaar van 2010 ontwikkeld door een werkgroep van logopedisten uit de verschillende logopedische werkvelden (zie voor namen bijlage 1) en het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI).

Definitie NVLF-richtlijn

De NVLF is van mening dat richtlijnen waar mogelijk moeten zijn gebaseerd op wetenschappelijke evidentie.

De NVLF hanteert hiervoor de volgende omschrijving:

Een document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers. (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2010).

Onderscheid kan worden gemaakt tussen zorginhoudelijke en procesmatige richtlijnen. De NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaggeving is, net als de NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaggeving een procesmatige richtlijn.

Een NVLF-richtlijn is bedoeld om de logopedist houvast te bieden bij verslaggeving richting huisartsen en verwijzers en om uniformiteit in de werkwijze van logopedisten te bevorderen, teneinde de kwaliteit te verbeteren van de logopedische zorgverlening (met als kernwoorden: doeltre__end, 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 verslaggeving blijft daarmee bij de individuele logopedist².

¹ Voor de hele richtlijn geldt dat voor het aanduiden van de logopedist wordt gebruik gemaakt van 'zij' en 'haar', maar daar kan ook 'hij' of 'zijn' gelezen worden. Voor overige personen (zoals verwijzers en cliënten) wordt 'hij' en 'zijn' gebruikt, maar daar kan ook 'zij' of 'haar' worden gelezen.

² 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.

Doelgroep Richtlijn

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'³. 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 verleende 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. In revalidatiecentra en verpleeghuizen wordt veelal multiprofessioneel gewerkt. Dit heeft natuurlijk consequenties niet alleen voor de verslaglegging, maar zeker ook voor de verslaggeving, het uitwisselen van informatie met andere hulpverleners betrokken bij de cliënt.

In deze richtlijn wordt vanuit het methodisch logopedisch handelen (Kuiper, 2004; NVLF, 2003) aangegeven welke voor de logopedie relevante gegevens in de communicatie met de huisarts/verwijzer van belang zijn.

Huisarts / verwijzer

In de voorliggende NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaggeving wordt de informatie beschreven van de logopedist aan de huisarts en/of de verwijzer. Daarmee is het domein van de richtlijn breder dan van de eerdere richtlijn uit 2002 die alleen betrekking had op de huisarts. Als de huisarts de verwijzer is gelden de brieven zoals vermeld bij de verwijzer!

Functie / doelen van verslaggeving

Goede samenwerking tussen logopedisten en huisartsen / verwijzers vraagt veel inzet, maar levert – naast tevredenheid en voldoening - een kwalitatief goede zorgverlening op.

Een goede verslaggeving van logopedisten aan huisartsen / verwijzers is een belangrijk onderdeel van hun samenwerking. Een huisarts / verwijzer wil, in zijn contact met de cliënt, op een bepaald moment over specifieke informatie beschikken. De Richtlijnen voor Verslaggeving zijn een hulpmiddel om huisartsen / verwijzers adequaat, transparant en efficiënt te informeren. Bij het opstellen van de Richtlijnen in 2002 is geïnventariseerd wat de wensen van huisartsen in deze zijn en daarmee is bij het opstellen van de Richtlijnen rekening gehouden.

Tijdens het huidige traject zijn – vanwege de beperkte tijd die voor het project beschikbaar was - de wensen van huisartsen / verwijzers niet (opnieuw) in beeld gebracht.

Bij het toepassen van de NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaggeving wordt er vanuit gegaan dat de logopedist zo nodig contact op zal nemen met huisartsen / verwijzers om overleg en/of afstemming over verslaggeving te hebben. Dit kan iedere logopedist individueel doen, maar ook een kwaliteitskring die met een min of meer vaste groep huisartsen / verwijzers te maken heeft kan in overleg treden. Binnen een ziekenhuis, revalidatiecentrum of verzorg-/verpleeghuis, kan de afdeling logopedie of de paramedische afdeling daartoe het initiatief nemen. Daarbij is het doel om afstemming te bereiken over inhoud, vorm en frequentie van verslaggeving van de logopedist naar de huisarts / verwijzer en andersom. Waar het om gaat is dat er een contact tot stand komt met een wederzijds belang en doel. Individuele logopedisten of een groep logopedisten kunnen hierin de eerste stap zetten.

Definitie:

“Goede samenwerking is de situatie waarin mensen hun inspanningen zodanig op elkaar weten af te stemmen, dat deze inspanningen synchroon verlopen, waardoor het mogelijk wordt dat deze inspanningen positief met elkaar interfereren.” (naar: Van Hal, 1999)

³ 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).

2. Brieven en gegevens

In de Richtlijnen Verslaggeving logopedist-huisarts (NVLF, 2002) staan drie verslagen beschreven:

- verslag na anamnese en onderzoek;
- tussenverslag;
- eindverslag.

Op grond van de beschrijving van het logopedisch proces (figuur 1) is opnieuw in beeld gebracht op welke momenten in het proces het logisch en/of gewenst is een brief⁴ te sturen. Dit is gevisualiseerd in figuur 2. In totaal zijn zeven momenten onderscheiden waarop een logopedist een brief stuurt aan een huisarts / verwijzer.

Deze brieven staan in tabel 1. Het grotere aantal brieven in vergelijking met de richtlijnen uit 2002 hangt in belangrijke mate samen met de invoering van de DTL, Directe Toegankelijkheid Logopedie, waardoor de verhouding met de huisarts gaat veranderen.

NB In de gehele richtlijn wordt de screening in het kader van DTL aangeduid als 'DTL-screening'. Er is ook een screening op spraak- en taalstoornissen. De DTL screening moet daarom niet verward worden met de screening spraak- en taalstoornissen.

Figuur 1 Het zorgverleningsproces

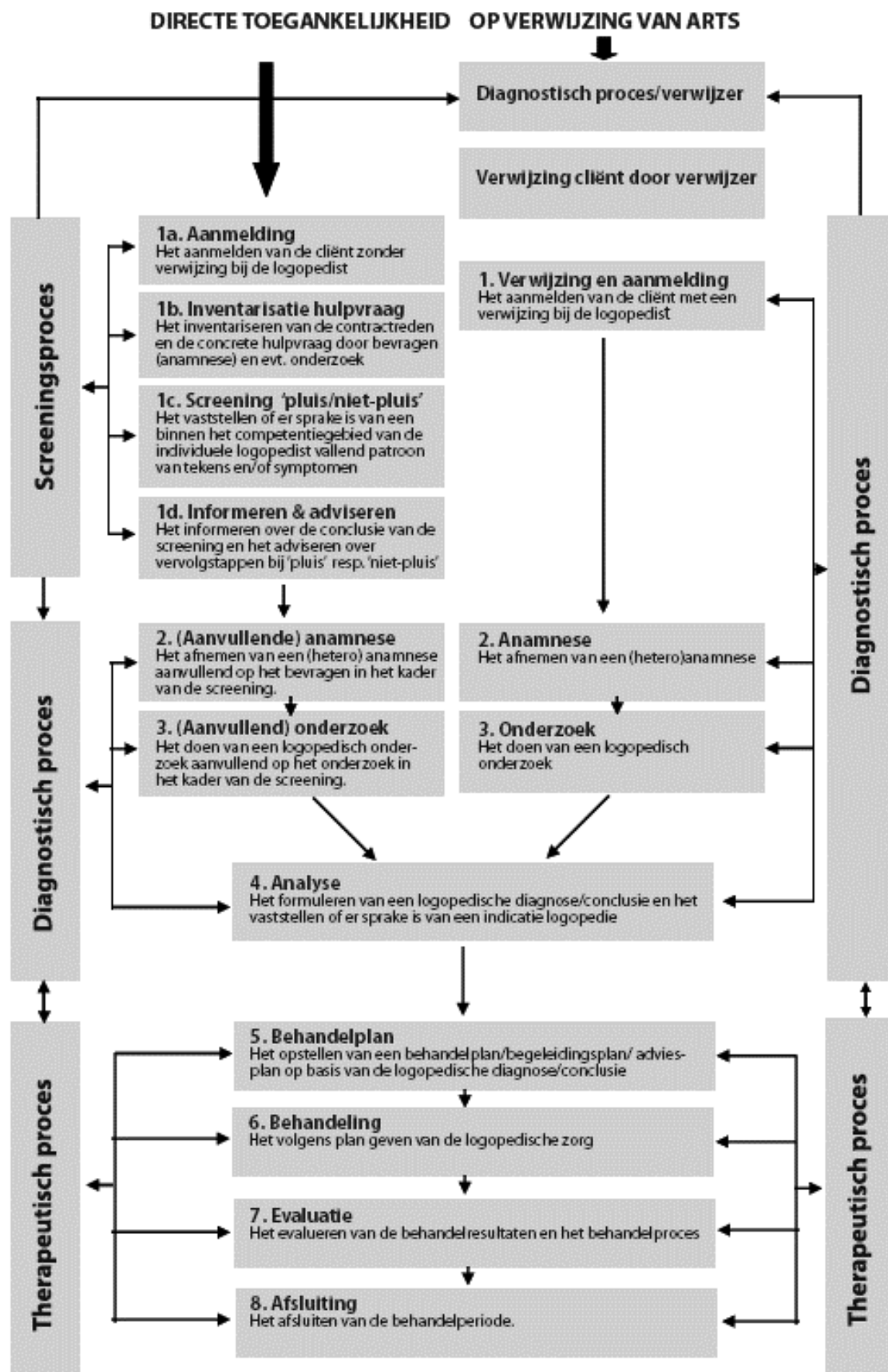
Het diagnostisch proces van de logopedist is anders voor cliënten die worden verwezen (rechts) dan voor cliënten die zich zonder verwijzing bij de logopedist melden (links). In beide gevallen wordt het diagnostisch proces afgesloten met de formulering van de logopedische diagnose en het vaststellen of er al dan niet een indicatie is voor logopedie.

Als dat laatste niet het geval is, zal de logopedist de cliënt adviseren om terug te gaan naar de verwijzer (bij cliënten die verwezen zijn), dan wel om 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 éénmalig onderzoek wordt op een gerichte schriftelijke vraag van de verwijzer een onderzoek (op medische indicatie) gedaan ongeacht of er een behandeling volgt. De logopedist stuurt een schriftelijke rapportage aan de verwijzer.

Het eenmalig onderzoek heeft als doel om meer informatie te genereren ten behoeve van de diagnose en prognose met het oog op het (be)handelbeleid en de logopedische (on)mogelijkheden.

⁴ Een brief kan per post worden verstuurd, maar het kan ook – in het kader van bijvoorbeeld een multiprofessioneel dossier – gaan om een elektronisch bericht; voor datgene wat de logopedist vastlegt in het kader van logopedische verslaggeving wordt verwezen naar de NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaggeving (NVLF, 2009b).



Tabel 1 Relevante brieven

Gearceerd: stappen worden niet doorlopen! Als op basis van het éénmalig logopedisch onderzoek de cliënt voor behandeling wordt verwezen is er sprake van een 'normale' verwijzing.

De brieven aangeduid met een 'a' geven de situatie weer waarbij sprake is van DTL, bij de brieven met een 'b' is sprake van een verwijzing.

Stap	Zonder verwijzing / DTL	Met verwijzing voor behandeling	Met verwijzing voor éénmalig logopedisch onderzoek
1 aanmelding	1 Brief 'niet pluis' 2 Brief 'pluis'		
2 anamnese			
3 onderzoek			
4 analyse	3a Brief 'geen indicatie' 4a Brief 'beginverslag'	3b Brief 'geen indicatie' 4b Brief 'beginverslag'	5 Brief 'conclusie éénmalig logopedisch onderzoek'
5 behandelplan			
6 behandeling			
7 evaluatie	6a Brief 'tussentijdse rapportage'	6b Brief 'tussentijdse rapportage'	
8 afsluiting	7a Brief 'eindrapportage'	7b Brief 'eindrapportage'	



Geeft aan dat de brief ook aan het einde van de volgende stap van het methodisch handelen kan worden geschreven.

Doelgroep

- Bij DTL is er geen verwijzing en dus ook geen verwijzer. De brieven zijn bedoeld voor de huisarts.
- Bij verwijzing (voor behandeling of voor een éénmalig logopedisch onderzoek) is er wel sprake van een verwijzer. Binnen scholen voor speciaal onderwijs volstaat verwijzing van een schoolarts. Indien de kosten worden gedeclareerd bij de zorgverzekering, moet de verwijzing door een huisarts of medisch specialist (waaronder ook tandartsen, bedrijfsartsen en orthodontisten vallen)⁵.

Toestemming

- Brieven gestuurd bij cliënten die via DTL binnenkomen kunnen per de _ nitie alleen worden gestuurd als de cliënt daarvoor expliciet toestemming verleent. De brieven zijn in deze zin ook niet 'verplicht'. De NVLF raadt dringend aan de brieven te schrijven, onder voorwaarde dat de cliënt ermee akkoord gaat.
- Bij verwezen cliënten mag de toestemming voor contact met de verwijzer als gegeven worden beschouwd en is expliciete toestemming van de cliënt voor het versturen van een brief aan de verwijzer niet vereist. Als de verwijzer niet de huisarts is, kan aan de huisarts desgewenst (zie hoofdstuk 3 voor de verschillende brieven) een kopie worden gestuurd (huisarts cc).

⁵ Logopedie is opgenomen in het basispakket van de ziektekostenverzekeraars. De precieze vergoeding verschilt per verzekeraar. Bij opname in een instelling of bij dagbehandeling wordt logopedie altijd vergoed.

Toelichting op de brieven

1. Brief 'niet pluis'; dit is de brief die door de logopedist wordt gestuurd aan de huisarts van de cliënt als blijkt dat er bij DTL-screening sprake is van een onbekend patroon van tekens en symptomen en/of beloop ervan of als er rode en/of gele vlaggen aanwezig zijn. Hierdoor kan de logopedist niet verder en moet de cliënt eerst worden gezien door de huisarts. Deze brief kan alleen worden verstuurd als de cliënt daarvoor expliciet toestemming verleent.
2. Brief 'pluis'; dit is de brief die door de logopedist wordt gestuurd aan de huisarts van de cliënt als er geen sprake is van een onbekend patroon van tekens en symptomen en/of beloop ervan en er geen rode en/of gele vlaggen worden gesignaleerd. In dit geval kan de logopedist dus besluiten om het diagnostisch proces in gang te zetten en te starten met de aanvullende anamnese. Deze brief wordt gestuurd ter informatie van de huisarts. Hoewel de NVLF adviseert om de huisarts altijd te informeren over zorg rond een cliënt, is deze brief niet 'verplicht'. Vaak zal er sprake zijn van een combinatie met brief 3a of 4a. Ook de brief 'pluis' kan alleen worden verstuurd als de cliënt daarvoor expliciet toestemming verleent.
3. Brief 'geen indicatie': deze brief wordt gestuurd als aan het einde van het logopedisch diagnostisch proces de conclusie van de logopedist is dat er geen indicatie is voor verdere logopedische zorg. Het kan zijn dat bij de DTL-screening er een 'pluis' als resultaat is geweest, maar dat er bij nadere diagnostiek alsnog geen indicatie voor logopedische zorg wordt gevonden.
 - a. bij DTL wordt deze brief alleen gestuurd met expliciete toestemming van de cliënt.
 - b. bij verwezen cliënten mag de toestemming als gegeven worden beschouwd en is expliciete toestemming van de cliënt niet nodig.
4. Brief 'beginverslag' wordt in sommige settings gestuurd aan het einde van het diagnostisch proces (eind stap 4) of als een behandelplan is geformuleerd (eind stap 5) om de arts / verwijzer op de hoogte te stellen van de bevindingen van de logopedist en eventueel van de voorgenomen behandeling.
 - a. net als voor de brieven 'niet-pluis' en 'pluis' geldt dat het beginverslag bij DTL alleen mag worden gestuurd met expliciete toestemming van de cliënt. De brief is niet verplicht⁶.
 - b. bij verwezen cliënten mag de toestemming voor contact met de verwijzer als gegeven worden beschouwd en is expliciete toestemming van de cliënt niet vereist.
5. Brief 'conclusie éénmalig logopedisch onderzoek': deze brief wordt gestuurd aan het einde van een éénmalig logopedisch onderzoek door de logopedist op verzoek van een verwijzer. In de brief wordt antwoord gegeven op de consultvraag van de verwijzer en wordt (eventueel) ook al een voorstel gedaan voor een behandeling; in dat laatste geval wordt de brief pas gestuurd aan het einde van stap 5 (zie de pijl in tabel 1). Ook in dit geval mag de toestemming voor contact met de verwijzer als gegeven worden beschouwd en is expliciete toestemming van de cliënt niet nodig.
6. Brief 'tussentijdse rapportage': het al dan niet schrijven van een tussentijds verslag is optioneel en varieert al naar gelang de afspraken die er in de praktijk worden gemaakt. In multidisciplinaire settings is het vaak zo dat cliënten iedere X weken worden besproken. Zeker bij langdurige behandelingen is het goed als de logopedist zich regelmatig bezint op de vraag hoe de behandeling loopt (gekoppeld aan de tussentijdse evaluatie kan dan ook een tussenrapportage worden geschreven).
 - a. bij DTL mag de tussenrapportage alleen worden gestuurd met expliciete toestemming van de cliënt.
 - b. bij verwezen cliënten mag de toestemming als gegeven worden beschouwd en is expliciete toestemming van de cliënt niet nodig.
7. Brief 'eindrapportage' De brief 'eindrapportage' wordt verstuurd bij de afsluiting van de behandelperiode en bevat een beschrijving van de resultaten van het behandelproces en eventuele afspraken die met de cliënt zijn gemaakt.
 - a. bij een cliënt die komt via DTL wordt er alleen een eindrapportage verstuurd als de cliënt daarmee expliciet akkoord is.
 - b. bij een verwezen cliënt wordt er altijd een eindrapportage geschreven en mag de toestemming als gegeven worden beschouwd en is expliciete toestemming van de cliënt niet nodig.

⁶ Naar verwachting zal deze brief niet heel vaak gestuurd worden.

Welke gegevens moeten worden uitgewisseld?

Bij het in kaart brengen van de gegevens die op de verschillende momenten in het logopedisch zorgproces en dus in de verschillende brieven belangrijk zijn, is gebruik gemaakt van de NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging die in 2009 is ontwikkeld (NVLF, 2009b). In die richtlijn wordt onderscheid gemaakt tussen basisgegevens(groepen) en plusgegevens(groepen).

Basisgegevens(groepen) zijn:

- gegevens die moeten worden vastgelegd uit hoofde van wet- en regelgeving;
- 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.

Vanuit de filosofie 'eenmalige gegevensvastlegging bij de bron', wordt er vanuit gegaan dat bij de communicatie met de huisarts / verwijzer waar mogelijk gebruik wordt gemaakt van de altijd vastgelegde basisgegevens.

Het staat de logopedist vrij om daarnaast ook plusgegevens in de brief op te nemen als die relevant zijn voor de huisarts / verwijzer. Ook de uitgebreidheid waarmee de gegevens worden vastgelegd is ter keuze aan de logopedist, die daarover afspraken kan maken met de huisarts / verwijzer.

Voor de brieven geschreven in het kader van Directe Toegankelijkheid Logopedie wordt in het Werkboek Directe Toegankelijkheid Logopedie (werkboek behorende bij de training DTL/verslaglegging/ICF) (NVLF, 2009a) een voorbeeld rapportageformulier 'Rapportageformulier Directe Toegankelijkheid Logopedie' geboden. Daarin staan de volgende gegevens:

Persoonsgegevens cliënt:	Naam Geb. datum Adres Postcode + Plaats Datum
Reden contact logopedist	Reden contact Belangrijkste logopedische problemen Beloop van de logopedische problemen
DTL-screening	Het door de cliënt gepresenteerde patroon van tekens en symptomen en/of het beloop ervan zijn vanuit logopedisch perspectief/oogpunt: bekend / onbekend / bekend, echter een aantal tekens/symptomen en/of het beloop ervan zijn onbekend
Rode vlaggen aanwezig?	Ja/Nee Zo ja, welke?
Conclusie	Er is een indicatie voor verder logopedisch onderzoek/er is geen indicatie voor verder logopedisch onderzoek, cliënt is geadviseerd contact op te nemen met huisarts er is mogelijk een indicatie voor verder logopedisch onderzoek, maar ik wil graag eerst aanvullende informatie Vraag Anders, toelichting

Daaronder staat dan nog vermeld of het formulier besproken is met de cliënt en of de cliënt akkoord gaat met verzending aan de huisarts⁷.

⁷ Als een brief verstuurd wordt aan de huisarts, dient de cliënt akkoord te zijn met de inhoud van de brief en met het verzenden ervan. Dat betekent dat per definitie de cliënt toestemming heeft gegeven als de brief wordt verstuurd. Het gegeven is dan ook redundant.

Het merendeel van deze gegevens staat als basisgegevens vermeld in de NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging, op de gegevens na onder de kop DTL-screening. Deze gegevens staan ook niet in de plusgegevens. Voorgesteld wordt om in de eerstvolgende update van de richtlijn verslaglegging deze gegevens alsnog daar toe te voegen (zie bijlage 4).

In Tabel 2 staat een overzicht van de basisgegevens per stap van het methodisch handelen en de brieven waarin deze gegevens zijn opgenomen.

Tabel 2 Basisgegevens opgenomen in de verschillende brieven (blz. 10 e.v.)

1. *Brief 'niet pluis'*
2. *Brief 'pluis'*
3. *Brief 'geen indicatie'*
4. *Brief 'beginverslag'*
5. *Brief 'conclusie éénmalig logopedisch onderzoek'*
6. *Brief 'tussentijdse rapportage'*
7. *Brief 'eindrapportage'.*

Via 'a' en 'b' wordt aangegeven of het gaat om een cliënt die wordt gezien in het kader van DTL; bij 'b' gaat het om naar de logopedist verwezen cliënten.

Als een gegeven tussen haakjes staat betekent het dat het in een eerdere brief is opgenomen en dat eventueel naar die eerdere brief verwezen kan worden.

Toegevoegde en/of veranderde basisgegevens (ten opzichte van de NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging) staan grijs en vet gedrukt; extra informatie over een gegeven staat in grijs en cursief.

Basisgegevens(groepen) voorkomend bij DTL en bij verwijzing (stap 1a en 1b)

Basisgegevensgroepen	Basisgegevens	1 a	2 a	3 a&b	4 a&b	5 b	6 a&b	7 a&b
Persoonsgegevens cliënt	Naam cliënt	a	a	a&b	a&b	b	a&b	a&b
	Adres cliënt							
	Geboortedatum cliënt							
	Geslacht cliënt							
	Telefoonnummer cliënt							
	E-mailadres cliënt							
	Code cliënt (BSN)	a	a	a&b	a&b	b	a&b	a&b
Gegevens contactpersoon	Naam contactpersoon							
	Relatie met cliënt van contactpersoon							
	Telefoonnummer contactpersoon							
Verzekeringsgegevens cliënt	Naam zorgverzekeraar							
	Nummer zorgverzekeraar (UZOV)							
	Indicatie ongeval							
Gegevens behandelend logopedist	Naam logopedist	a	a	a&b	a&b	b	a&b	a&b
	Nummer logopedist (AGB-code/UZI-code)							
Gegevens huisarts	Naam huisarts <i>In brieven geschreven in het kader van DTL is de huisarts de aangeschreven persoon; in het kader van verwijzing is de huisarts alleen de aangeschreven persoon als hij de verwijzer is; anders krijgt de huisarts de brief cc</i>	a	a	a&b	a&b	b	a&b	a&b
	Adres huisarts <i>in een cc wordt alleen vermeld: naam huisarts met toevoeging 'huisarts'</i>	a	a	a	a		a	a
	Nummer huisarts (AGB-code/UZI-code)							
Contactreden / ervaren functioneringsproblemen cliënt en/of betrokkene(n)	Contactreden/hulpvraag	a	a	a	a		a	a
	Ervaren functioneringsproblemen	a	a					
	Ernst ervaren functioneringsproblemen	a	a					
	Factoren van invloed op ervaren functioneringsproblemen	a	a					
	Beloop ervaren functioneringsproblemen	a	a					
Medische (voor)geschiedenis cliënt	(Neven)pathologie							
	Eerdere ziekten/aandoeningen							
	Familiaire ziekten/aandoeningen							
	Medicatie							
Overige basisgegevens aanmelding en DTL-screening	Bekendheid patroon tekens en symptomen en/of beloop ervan (bekend / onbekend / bekend, echter ...)	a						
	Aanwezigheid rode vlaggen (ja/nee)	a						
	Aard rode vlaggen	a						
	Aanwezigheid gele vlaggen (ja/nee)	a						
	Aard gele vlaggen	a						
	Conclusie DTL-screening	a	a	a	a		a	a
	Indicatie voor verder onderzoek (ja/nee)	a						
	Toestemming cliënt voor overleg met huisarts en/of andere professional							
	Aanvraag voor nadere diagnostiek of aanvullende (medische) gegevens	a						
	Resultaat overleg met cliënt							
Gegevens verwijzer	Naam verwijzer			b	b	b	b	b
	Adres verwijzer			b	b	b	b	b
	Specialisme verwijzer							
	Nummer verwijzer (AGB-code/UZI-code)							
Basisverwijsgegevens	Verwijsdatum			b	b	b	b	b
	Verwijsdiagnose / diagnostische gegevens			b	b	b	b	b
	Gerichte schriftelijke vraag van verwijzer voor eenmalig logopedisch onderzoek					b		
Basisgegevensgroepen	Basisgegevens	1 a	2 a	3 a&b	4 a&b	5 b	6 a&b	7 a&b

Basisgegevens(groepen) voorkomend bij stap 2 t/m 4

Basisgegevensgroep	Basisgegevens	1 a	2 a	3 a&b	4 a&b	5 b	6 a&b	7 a&b
Contactredenen / ervaren functioneringsproblemen cliënt en/of betrokkene(n)	Contactredenen/hulpvraag			b	b	b	(b)	(b)
	Ervaren functioneringsproblemen			b		b		
	Ernst ervaren functioneringsproblemen			b		b		
	Factoren van invloed op ervaren functioneringsproblemen			b		b		
	Beloop ervaren functioneringsproblemen			b		b		
Medische (voor) geschiedenis cliënt	Nevenpathologie							
	Eerdere ziekten/aandoeningen							
	Familiaire ziekten/aandoeningen							
	Medische verrichtingen							
	Medicatie							
Andere of eerder verleende zorg	Aard andere of eerdere (para)medische zorg <i>M.n. eerdere logopedische zorg voor zover relevant</i>			a&b	a&b	b		
	Tijdstip/periode andere of eerdere (para)medische zorg			a&b	a&b	b		
	Resultaten andere of eerdere (para)medische zorg <i>M.n. resultaten van eerdere logopedische zorg voor zover relevant en voor zover niet al bekend bij de betrokken huisarts of verwijzer</i>			a&b	a&b	b		
Algemene basisgegevens onderzoek	Diagnostische verrichtingen							
	Gebruikte hulpmiddelen (inclusief meetinstrumenten)							
Bevindingen logopedist / resultaten onderzoek	Aard bevindingen			a&b	a&b	b	(a&b)	(a&b)
	Ernst bevindingen			a&b	a&b	b	(a&b)	(a&b)
Logopedische diagnose/ conclusie	Functioneren en functioneringsproblemen ⁸				a&b	b	(a&b)	(a&b)
	Ernst functioneringsproblemen				a&b	b	(a&b)	(a&b)
	Onderliggende medische factoren				a&b	b	(a&b)	(a&b)
	Onderliggende externe factoren				a&b	b	(a&b)	(a&b)
	Onderliggende persoonlijke factoren				a&b	b	(a&b)	(a&b)
	Beloop tot nu toe				a&b	b	(a&b)	(a&b)
	Verwacht herstel				a&b	b	(a&b)	(a&b)
Overige basisgegevens analyse	Indicatie voor logopedie (ja/nee)			a&b		b		
	Conclusie eenmalig logopedisch onderzoek					b		
Basisgegevensgroep	Basisgegevens	1 a	2 a	3 a&b	4 a&b	5 b	6 a&b	7 a&b

⁸ Dit item komt in plaats van de drie items in de NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging: Functioneringsproblemen in termen van beperkingen en participatieproblemen; Functioneringsproblemen in termen van stoornissen; en Lokalisatie stoornissen

Basisgegevens(groepen) voorkomend bij stap 5 t/m 8 + basisgegevens(groepen) niet gekoppeld aan een bepaalde stap

Basisgegevensgroep	Basisgegeven	1 a	2 a	3 a&b	4 a&b	5 b	6 b	7 a&b
Beoogd eindresultaat/ hoofddoel	Eindresultaat / hoofddoel (aard, mate waarin, tijdsperiode)				a&b	b	a&b	(a&b)
Overige basisgegevens behandelplan	Geplande verrichtingen/prestatie (inclusief te verstrekken informatie/adviezen)				a&b	b	a&b	
	Toestemming voor voorbehouden handeling							
	Besproken met / akkoord van cliënt							
Algemene basisgegevens sessie	Datum sessie <i>Bij cliënten in het kader van DTL gaat het om de screeningsdatum; bij verwezen cliënten om de 1e sessie. Bij de brieven 6 en 7 moet op basis hiervan ook het aantal sessies wat (tot dan toe) heeft plaatsgevonden worden berekend; en bij brief 7 gaat het ook om de datum van de laatste sessie</i>	a	a	a&b	a&b	b	a&b	a&b
	Afspraken met cliënt							
	Uitgevoerde verrichtingen/prestatie (inclusief verstrekte informatie/adviezen)							
Bijstellingen tijdens behandelproces	Bijstelling (ja/nee)						a&b	a&b
Overleggegevens	Datum overleg							
	Naam overlegpartner(s)							
	Gemaakte afspraken							
Algemene basisgegevens evaluatie	Realisatie behandeldoelen/-resultaat						a&b	a&b
Algemene basisgegevens afsluiting	Datum afsluiting							a&b
	Nazorg/afspraken							a&b
	Reden einde zorg							a&b
Gegevens gehanteerde richtlijn / gehanteerd protocol	Naam gehanteerde richtlijn / gehanteerd protocol ⁹							
	Afwijking van richtlijn/protocol ⁹							
Overige niet aan een fase gebonden basisgegevens	Contra-indicaties voor verder(e) logopedisch(e) onderzoek/behandeling					b		
	Datum verslaggeving aan huisarts / verwijzer ¹⁰	a	a	a&b	a&b	b	a&b	a&b
Basisgegevensgroep	Basisgegeven	1 a	2 a	3 a&b	4 a&b	5 b	6 a&b	7 a&b

⁹ Omdat het aantal voor de logopedie beschikbare richtlijnen nog gering is, is besloten dit gegeven niet op te nemen in de brieven. De NVLF werkgroep kan zich voorstellen dat zodra er meer richtlijnen beschikbaar komen dit gegeven en het volgende gegeven wel worden opgenomen.

¹⁰ Omdat verslaggeving niet alleen plaatsvindt bij afsluiting maar ook tijdens eerdere fasen, staat het gegeven bij de gegevensgroep 'overige niet aan een fase gebonden basisgegevens' (in de NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaggeving staat het gegeven in de groep 'algemene basisgegevens afsluiting').

3. Formats

Op basis van het soort brieven en de gegevens die in de brieven moeten worden opgenomen volgens tabel X worden hieronder formats aangegeven voor de zeven verschillende brieven:

1. Brief 'niet pluis'
2. Brief 'pluis'
3. Brief 'geen indicatie'
4. Brief 'beginverslag'
5. Brief 'conclusie éénmalig logopedisch onderzoek'
6. Brief 'tussentijdse rapportage'
7. Brief 'eindrapportage'.

Bij de brieven 3, 4, 6 en 7 zijn er zowel een a-versie (DTL) als een b-versie (verwijzing); de brieven 1 en 2 worden alleen gestuurd in het kader van DTL.

Brief 1 Format brief 'niet pluis'

Geadresseerde:
<naam huisarts>
<adres huisarts>

Datum: <datum verslaggeving aan huisarts / verwijzer>

Betreft: Bevinding 'niet pluis' na DTL-screening van
<naam cliënt>, BSN: <code cliënt (BSN)>

Geachte mijnheer/mevrouw <naam huisarts>,

Op <datum sessie> kwam <naam cliënt> in het kader van de Directe Toegankelijkheid Logopedie bij mij met de volgende hulpvraag <contactreden/hulpvraag>

Op basis van de DTL-screening zijn de volgende problemen in beeld gebracht:

Aard problemen: <ervaren functioneringsproblemen>

Ernst problemen: <ernst functioneringsproblemen>

Factoren van invloed op problemen: <factoren van invloed op ervaren functioneringsproblemen>

Beloop problemen: <beloop ervaren functioneringsproblemen>

Het door de cliënt gepresenteerde patroon van tekens en symptomen en/of het beloop ervan zijn vanuit logopedisch oogpunt: < bekendheid patroon tekens en symptomen en/of beloop ervan: bekend / onbekend / bekend, echter ...>

Aanwezigheid rode vlaggen: <rode vlaggen (ja/nee)>

Het gaat om de volgende rode vlaggen: <aard rode vlaggen>

Aanwezigheid gele vlaggen: <gele vlaggen (ja/nee)>

Het gaat om de volgende gele vlaggen: <aard gele vlaggen>

DTL-Screening leverde de volgende conclusie op: <conclusie DTL-screening>

Er is m.i. een indicatie voor nader onderzoek: <indicatie voor verder onderzoek (ja/nee)>

Bij deze verzoek ik u het volgende: <aanvraag voor nadere diagnostiek of aanvullende (medische) gegevens>

Op basis van deze conclusie heb ik de cliënt aangeraden contact met u op te nemen.

Ik hoop u voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groeten,

<naam logopedist>, logopedist

Brief 2 Format brief 'pluis'

Geadresseerde:

<naam huisarts>

<adres huisarts>

Datum: <datum verslaggeving aan huisarts / verwijzer>

Betreft: Bevinding 'pluis' na screening van
<naam cliënt>, BSN: <code cliënt (BSN)>

Geachte mijnheer/mevrouw <naam huisarts>,

Op <datum sessie> kwam <naam cliënt> in het kader van de Directe Toegankelijkheid Logopedie bij mij met de volgende hulpvraag <contactreden/hulpvraag>

Op basis van de DTL-screening zijn de volgende problemen in beeld gebracht:

- Aard problemen: <ervaren functioneringsproblemen>
- Ernst problemen: <ernst functioneringsproblemen>
- Factoren van invloed op problemen: <factoren van invloed op ervaren functioneringsproblemen>
- Beloop problemen: <beloop ervaren functioneringsproblemen>

DTL-Screening leverde de volgende conclusie op: het door de cliënt gepresenteerde patroon van tekens en symptomen en/of het beloop ervan zijn vanuit logopedisch oogpunt bekend en er zijn geen rode en gele vlaggen aanwezig.

Op basis van deze conclusie heb ik de cliënt in behandeling genomen.

Ik hoop u voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groeten,

<naam logopedist>, logopedist

Brief 3 Format brief 'geen indicatie'

Brief 3a indien sprake is van DTL

Geadresseerde:

<naam huisarts>

<adres huisarts>

Datum: <datum verslaggeving aan huisarts / verwijzer>

Betreft: verwijzing van

<naam cliënt>, BSN: <code cliënt (BSN)>

Geachte mijnheer/mevrouw <naam huisarts>,

Op <datum sessie> kwam <naam cliënt> in het kader van de Directe Toegankelijkheid Logopedie bij mij

met de volgende hulpvraag: <contactreden/hulpvraag>

DTL-Screening leverde de volgende conclusie op: <conclusie DTL-screening>

Optioneel

De details van de DTL-screening zijn u toegestuurd op <datum brief 2>.

Op basis van deze conclusie heb ik de cliënt in behandeling genomen.

Reeds eerder gegeven (para)medische zorg: <aard andere of eerdere (para)medische zorg>

Tijdstip/periode eerdere logopedische zorg en/of andere (para)medische zorg: <tijdstip/periode eerdere (para)medische zorg>

Resultaten eerdere logopedische zorg en/of andere (para)medische zorg: <resultaten eerdere (para) medische zorg>

Anamnese en onderzoek leverde de volgende bevindingen op:

- Aard problemen: <aard bevindingen>
- Ernst problemen: <ernst bevindingen>

Op basis van de bevindingen ben ik van mening dat er geen indicatie is voor logopedische behandeling.

Ik hoop u voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groeten,

<naam logopedist>, logopedist

Brief 3b indien sprake is van verwijzing

Geadresseerde:
<naam verwijzer>
<adres verwijzer>

Datum: <datum verslaggeving aan huisarts / verwijzer>

Betreft: behandeling van
<naam cliënt>, BSN: <code cliënt (BSN)>

Geachte mijnheer/mevrouw <naam verwijzer>,

Op <datum eerste contact> heb ik <naam cliënt> gezien op basis van uw verwijsdiagnose en verwijsgegevens: <verwijsdiagnose / diagnostische gegevens>

Datum verwijzing: <verwijsdatum>

De contactreden / hulpvraag van de cliënt luidde als volgt: <contactreden/hulpvraag>

De cliënt uitte de volgende problemen:

- Aard problemen: <ervaren functioneringsproblemen>
- Ernst problemen: <ernst functioneringsproblemen>
- Factoren van invloed op problemen: <factoren van invloed op ervaren functioneringsproblemen>
- Beloop problemen: <beloop ervaren functioneringsproblemen>

Reeds eerder gegeven (para)medische zorg: <aard andere of eerdere (para)medische zorg>

Tijdstip/periode eerdere logopedische zorg en/of andere (para)medische zorg: <tijdstip/periode eerdere (para)medische zorg>

Resultaten eerdere logopedische zorg en/of andere (para)medische zorg: <resultaten eerdere (para) medische zorg>

Anamnese en onderzoek leverde de volgende bevindingen op:

- Aard problemen: <aard bevindingen>
- Ernst problemen: <ernst bevindingen>

Op basis van de bevindingen ben ik van mening dat er geen indicatie is voor logopedische behandeling.

Ik hoop u voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groeten,

<naam logopedist>, logopedist

Cc. <naam huisarts>, huisarts*

*Als de huisarts de verwijzer is kan de cc worden weggelaten.

Brief 4 Format brief 'beginverslag'**Brief 4a bij DTL**

Geadresseerde:

<naam huisarts>

<adres huisarts>

Datum: <datum verslaggeving aan huisarts / verwijzer>

Betreft: behandeling van

<naam cliënt>, BSN: <code cliënt (BSN)>

Geachte mijnheer/mevrouw <naam huisarts>,

Op <datum sessie> kwam <naam cliënt> in het kader van de Directe Toegankelijkheid Logopedie bij mij met de volgende hulpvraag: <contactreden/hulpvraag>

DTL-Screening leverde de volgende conclusie op: <conclusie DTL-screening>

Optioneel

De details van de DTL-screening zijn u toegestuurd op <datum brief 2>.

Op basis van de conclusie heb ik de cliënt in behandeling genomen.

Reeds eerder gegeven (para)medische zorg: <aard andere of eerdere (para)medische zorg>

Tijdstip/periode eerdere logopedische zorg en/of andere (para)medische zorg: <tijdstip/periode eerdere (para) medische zorg>

Resultaten eerdere logopedische zorg en/of andere (para)medische zorg: <resultaten eerdere (para)medische zorg>

Anamnese en onderzoek leverde de volgende bevindingen op:

- Aard problemen: <aard bevindingen>
- Ernst problemen: <ernst bevindingen>

Op basis van anamnese en onderzoek is de logopedische diagnose geformuleerd:

- Functioneren en problemen in het functioneren: <functioneren en functioneringsproblemen>
- Ernst functioneringsproblemen: <ernst functioneringsproblemen>
- Onderliggende medische factoren: <onderliggende medische factoren>
- Onderliggende externe factoren: <onderliggende externe factoren>
- Onderliggende persoonlijke factoren: <onderliggende persoonlijke factoren>
- Beloop problemen tot nu toe: <beloop tot nu toe>
- Verwacht herstel: <verwacht herstel>

Op basis van de logopedische diagnose heb ik geconcludeerd dat er sprake is van een indicatie logopedie en is het volgende behandelplan opgesteld:

- Behandeldoelen: <eindresultaat / hoofddoel (aard mate waarin, tijdsperiode)>
- Geplande logopedische zorg: <geplande verrichtingen / prestatie (inclusief te verstrekken informatie / adviezen)>

Ik hoop u voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groeten,

<naam logopedist>, logopedist

Brief 4b indien sprake is van verwijzing

Geadresseerde:
<naam verwijzer>
<adres verwijzer>

Datum: <datum verslaggeving aan huisarts / verwijzer>

Betreft: behandeling van
<naam cliënt>, BSN: <code cliënt (BSN)>

Geachte mijnheer/mevrouw <naam verwijzer>,

Op <datum eerste contact> heb ik <naam cliënt> gezien op basis van uw verwijdsdiagnose en
verwijsgegevens: <verwijsdiagnose / diagnostische gegevens>
Datum verwijzing: <verwijsdatum>

De contactreden / hulpvraag van de cliënt luidde als volgt: <contactreden/hulpvraag>

Reeds eerder gegeven (para)medische zorg: <aard andere of eerdere (para)medische zorg>
Tijdstip/periode eerdere logopedische zorg en/of andere (para)medische zorg: <tijdstip/periode
eerdere (para)medische zorg>
Resultaten eerdere logopedische zorg en/of andere (para)medische zorg: <resultaten eerdere
(para) medische zorg>

Anamnese en onderzoek leverde de volgende bevindingen op:

- Aard problemen: <aard bevindingen>
- Ernst problemen: <ernst bevindingen>

Op basis van anamnese en onderzoek is de logopedische diagnose geformuleerd:

- Functioneren en problemen in het functioneren: <functioneren en functioneringsproblemen>
- Ernst functioneringsproblemen: <ernst functioneringsproblemen>
- Onderliggende medische factoren: <onderliggende medische factoren>
- Onderliggende externe factoren: <onderliggende externe factoren>
- Onderliggende persoonlijke factoren: <onderliggende persoonlijke factoren>
- Beloop problemen tot nu toe: <beloop tot nu toe>
- Verwacht herstel: <verwacht herstel>

Op basis van de logopedische diagnose heb ik geconcludeerd dat er sprake is van een indicatie
logopedie en is het volgende behandelplan opgesteld:

- Behandeldoelen: <eindresultaat / hoofddoel (aard mate waarin, tijdsperiode)>
- Geplande logopedische zorg: <geplande verrichtingen / prestatie (inclusief te verstrekken
informatie / adviezen)>

Ik hoop u voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groeten,

<naam logopedist>, logopedist

Cc. <naam huisarts>, huisarts*

* als de huisarts de verwijzer is kan de cc worden weggelaten

Brief 5 Format brief 'conclusie éénmalig logopedisch onderzoek'

Geadresseerde:
<naam verwijzer>
<adres verwijzer>

Datum: <datum verslaggeving aan huisarts / verwijzer>

Betreft: resultaten éénmalig logopedisch onderzoek van:
<naam cliënt>, BSN: <code cliënt (BSN)>

Geachte mijnheer/mevrouw <naam verwijzer>,

Op <datum eerste contact> heb ik <naam cliënt> gezien op basis van uw verwijsdiagnose en verwijsgegevens: <verwijsdiagnose / diagnostische gegevens>

Datum verwijzing: <verwijsdatum>

Op basis van uw consultvraag - <gerichte schriftelijke vraag van verwijzer voor eenmalig logopedisch onderzoek> - heb ik deze patiënt logopedisch onderzocht.

De contactreden / hulpvraag van de cliënt luidde als volgt: <contactreden/hulpvraag>

De cliënt uitte de volgende problemen:

- Aard problemen: <ervaren functioneringsproblemen>
- Ernst problemen: <ernst functioneringsproblemen>
- Factoren van invloed op problemen: <factoren van invloed op ervaren functioneringsproblemen>
- Beloop problemen: <beloop ervaren functioneringsproblemen>

Reeds eerder gegeven (para)medische zorg: <aard andere of eerdere (para)medische zorg>

Tijdstip/periode eerdere logopedische zorg en/of andere (para)medische zorg: <tijdstip/periode eerdere (para)medische zorg>

Resultaten eerdere logopedische zorg en/of andere (para)medische zorg: <resultaten eerdere (para) medische zorg>

Anamnese en onderzoek leverde de volgende bevindingen op:

- Aard problemen: <aard bevindingen>
- Ernst problemen: <ernst bevindingen>

Er is sprake van de volgende contra-indicaties voor verdere logopedische zorg: <contra-indicaties voor verder(e) logopedisch(e) onderzoek/behandeling>

Op basis van anamnese en onderzoek is de logopedische diagnose geformuleerd:

- Functioneren en problemen in het functioneren: <functioneren en functioneringsproblemen>
- Ernst functioneringsproblemen: <ernst functioneringsproblemen>
- Onderliggende medische factoren: <onderliggende medische factoren>
- Onderliggende externe factoren: <onderliggende externe factoren>
- Onderliggende persoonlijke factoren: <onderliggende persoonlijke factoren>
- Beloop problemen tot nu toe: <beloop tot nu toe>
- Verwacht herstel: <verwacht herstel>

Op grond van bovenstaande is er <indicatie voor logopedie (ja / nee)> indicatie voor logopedie.

Samenvattend luidt mijn conclusie: <conclusie eenmalig logopedisch onderzoek>

Op basis van logopedische diagnose en mijn conclusie stel ik het volgende behandelplan voor*:

- Behandeldoelen: <eindresultaat / hoofddoel (aard mate waarin, tijdsperiode)>
- Geplande logopedische zorg: <geplande verrichtingen / prestatie (inclusief te verstrekken informatie / adviezen)>

Ik hoop u voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groeten,

<naam logopedist>, logopedist

Cc. <naam huisarts>, huisarts**

* alleen als de conclusie daar aanleiding toe geeft en als de verwijzer daarom heeft gevraagd

** als de huisarts de verwijzer is kan de cc worden weggelaten

Brief 6 Format brief 'tussentijdse rapportage'

Brief 6a Bij DTL

Geadresseerde:
<naam huisarts>
<adres huisarts>

Datum: <datum verslaggeving aan huisarts / verwijzer>

Betreft: tussentijdse rapportage van
<naam cliënt>, BSN: <code cliënt (BSN)>

Geachte mijnheer/mevrouw <naam huisarts>,

Op <datum sessie> kwam <naam cliënt> in het kader van de directe toegankelijkheid logopedie bij mij met de volgende hulpvraag: <contactreden/hulpvraag>

DTL-screening leverde de volgende conclusie op: <conclusie DTL-screening>

Optioneel

De details van de DTL-screening zijn u toegestuurd op <datum brief 2>

Keuze

Mijn conclusie op basis van het logopedisch onderzoek is u toegestuurd op <datum brief 3a of 4a>

OF

Anamnese en onderzoek leverde de volgende bevindingen op:

- Aard problemen: <aard bevindingen>
- Ernst problemen: <ernst bevindingen>

De logopedische diagnose luidde als volgt:

- Functioneren en problemen in het functioneren: <functioneren en functioneringsproblemen>
- Ernst functioneringsproblemen: <ernst functioneringsproblemen>
- Onderliggende medische factoren: <onderliggende medische factoren>
- Onderliggende externe factoren: <onderliggende externe factoren>
- Onderliggende persoonlijke factoren: <onderliggende persoonlijke factoren>
- Beloop problemen tot nu toe: <beloop tot nu toe>
- Verwacht herstel: <verwacht herstel>

Op basis van de logopedische diagnose heb ik geconcludeerd dat er sprake is van een indicatie logopedie en is het volgende behandelplan opgesteld:

- Behandeldoelen: <eindresultaat / hoofddoel (aard mate waarin, tijdsperiode)>
- Geplande logopedische zorg: <geplande verrichtingen / prestatie (inclusief te verstrekken informatie / adviezen)>

Tot nu toe hebben X* sessies plaatsgevonden.

In het behandelplan hebben zich wijzigingen voorgedaan: <bijstelling (ja/nee)>

Tot nu toe zijn de volgende resultaten behaald: <realisatie behandeldoelen/-resultaat>

Ik hoop u voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groeten,

<naam logopedist>, logopedist

* moet worden berekend op basis van de <datum sessie>

Alternatief

Tot nu toe hebben op de volgende data sessies plaatsgevonden: <datum sessie>, <datum sessie>,

Brief 6b Indien sprake is van verwijzing

Geadresseerde:
<naam verwijzer>
<adres verwijzer>

Datum: <datum verslaggeving aan huisarts / verwijzer>

Betreft: tussentijdse rapportage van
<naam cliënt>, BSN: <code cliënt (BSN)>

Geachte mijnheer/mevrouw <naam verwijzer>,

Op <datum eerste contact> heb ik <naam cliënt> gezien op basis van uw verwijdsdiagnose en
verwijsgegevens: <verwijsdiagnose / diagnostische gegevens>
Datum verwijzing: <verwijsdatum>

De contactreden / hulpvraag van de cliënt luidde als volgt: <contactreden/hulpvraag>

Keuze

Mijn conclusie op basis van het logopedisch onderzoek is u toegestuurd op <datum brief 3b of 4b>

OF

Anamnese en onderzoek leverde de volgende bevindingen op:

- Aard problemen: <aard bevindingen>
- Ernst problemen: <ernst bevindingen>

De logopedische diagnose luidde als volgt:

- Functioneren en problemen in het functioneren: <functioneren en functioneringsproblemen>
- Ernst functioneringsproblemen: <ernst functioneringsproblemen>
- Onderliggende medische factoren: <onderliggende medische factoren>
- Onderliggende externe factoren: <onderliggende externe factoren>
- Onderliggende persoonlijke factoren: <onderliggende persoonlijke factoren>
- Beloop problemen tot nu toe: <beloop tot nu toe>
- Verwacht herstel: <verwacht herstel>

Op basis van de logopedische diagnose heb ik geconcludeerd dat er sprake is van een indicatie logopedie en is het volgende behandelplan opgesteld:

- Behandeldoelen: <eindresultaat / hoofddoel (aard mate waarin, tijdsperiode)>
- Geplande logopedische zorg: <geplande verrichtingen / prestatie (inclusief te verstrekken informatie / adviezen)>

In het behandelplan hebben zich wijzigingen voorgedaan: <bijstelling (ja/nee)>

Tot nu toe hebben X* sessies plaatsgevonden

Tot nu toe zijn de volgende resultaten behaald: <realisatie behandeldoelen/-resultaat>

Ik hoop u voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groeten,

<naam logopedist>, logopedist

Cc. <naam huisarts>, huisarts**

* moet worden berekend op basis van de <datum sessie>

Alternatief

Tot nu toe hebben op de volgende data sessies plaatsgevonden: <datum sessie>, <datum sessie>,

** als de huisarts de verwijzer is kan de cc worden weggelaten

Brief 7 Format brief 'eindrapportage'

Brief 7a Bij DTL

Geadresseerde:

<naam huisarts>

<adres huisarts>

Datum: <datum verslaggeving aan huisarts / verwijzer>

Betreft: eindrapportage van

<naam cliënt>, BSN: <code cliënt (BSN)>

Geachte mijnheer/mevrouw <naam huisarts>,

Op <datum sessie> kwam <naam cliënt> in het kader van de directe toegankelijkheid logopedie bij mij met de volgende hulpvraag: <contactreden/hulpvraag>

DTL-screening leverde de volgende conclusie op: <conclusie DTL-screening>

Optioneel

De details van de DTL-screening zijn u toegestuurd op <datum brief 2>

Keuze

Mijn conclusie op basis van het logopedisch onderzoek is u toegestuurd op <datum brief 3a of 4a>

OF

Anamnese en onderzoek leverde de volgende bevindingen op:

- Aard problemen: <aard bevindingen>
- Ernst problemen: <ernst bevindingen>

De logopedische diagnose luidde als volgt:

- Functioneren en problemen in het functioneren: <functioneren en functioneringsproblemen>
- Ernst functioneringsproblemen: <ernst functioneringsproblemen>
- Onderliggende medische factoren: <onderliggende medische factoren>
- Onderliggende externe factoren: <onderliggende externe factoren>
- Onderliggende persoonlijke factoren: <onderliggende persoonlijke factoren>
- Beloop problemen tot nu toe: <beloop tot nu toe>

Op basis van de conclusie heb ik de cliënt in behandeling genomen.

De behandeldoelen bij deze cliënt luiden als volgt: <eindresultaat / hoofddoel (aard mate waarin, tijdsperiode)>

De volgende behandeling heeft plaatsgevonden:

- Aantal sessies: <datum sessie>*
- Gegeven behandeling: <uitgevoerde verrichtingen/prestatie (inclusief verstrekte informatie/adviezen)>

In het behandelplan hebben zich wijzigingen voorgedaan: <bijstelling (ja/nee)>

Er hebben X* sessies plaatsgevonden

Afsluiting behandelperiode

- Op <datum sessie> heeft de laatste behandeling plaatsgevonden
- De reden om de behandeling af te sluiten was: <reden einde zorg>
- De volgende resultaten/behandeldoelen zijn gehaald: <realisatie behandeldoelen / -resultaat>
- Met de cliënt zijn de volgende afspraken gemaakt rond nazorg: <nazorg / afspraken>

Ik hoop u voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groeten

<naam logopedist>, logopedist

* moet worden betekend op basis van <datum sessie>

Alternatief

Tot nu toe hebben op de volgende data sessies plaatsgevonden: <datum sessie>, <datum sessie>,

Brief 7b indien sprake is van verwijzing

Geadresseerde:
<naam verwijzer>
<adres verwijzer>

Datum: <datum verslaggeving aan huisarts / verwijzer>

Betreft: eindrapportage van
<naam cliënt>, BSN: <code cliënt (BSN)>

Geachte mijnheer/mevrouw <naam verwijzer>,

Op <datum eerste contact> heb ik <naam cliënt> gezien op basis van uw verwijsdiagnose en verwijsgegevens: <verwijsdiagnose / diagnostische gegevens>
Datum verwijzing: <verwijsdatum>

De contactreden / hulpvraag van de cliënt luidde als volgt: <contactreden/hulpvraag>

Keuze

Mijn conclusie op basis van het logopedisch onderzoek is u toegestuurd op <datum brief 3b of 4b>

OF

Anamnese en onderzoek leverde de volgende bevindingen op:

- Aard problemen: <aard bevindingen>
- Ernst problemen: <ernst bevindingen>

De logopedische diagnose luidde als volgt:

- Functioneren en problemen in het functioneren: <functioneren en functioneringsproblemen>
- Ernst functioneringsproblemen: <ernst functioneringsproblemen>
- Onderliggende medische factoren: <onderliggende medische factoren>
- Onderliggende externe factoren: <onderliggende externe factoren>
- Onderliggende persoonlijke factoren: <onderliggende persoonlijke factoren>
- Beloop problemen tot nu toe: <beloop tot nu toe>
- Verwacht herstel: <verwacht herstel>

De behandeldoelen bij deze cliënt luiden als volgt: <eindresultaat / hoofddoel (aard mate waarin, tijdsperiode)>

De volgende behandeling heeft plaatsgevonden:

- Aantal sessies: <datum sessie>*
- Gegeven behandeling: <uitgevoerde verrichtingen/prestatie (inclusief verstrekte informatie/adviezen)>

In het behandelplan hebben zich wijzigingen voorgedaan: <bijstelling (ja/nee)>

Er hebben X* sessies plaatsgevonden

Afsluiting behandelperiode

- Op <datum sessie> heeft de laatste behandeling plaatsgevonden
- De reden om de behandeling af te sluiten was: <reden einde zorg>
- De volgende resultaten/behandeldoelen zijn gehaald: <realisatie behandeldoelen / -resultaat>
- Met de cliënt zijn de volgende afspraken gemaakt rond nazorg: <nazorg / afspraken>

Ik hoop u voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groeten,

<naam logopedist>, logopedist

Cc. <naam huisarts>, huisarts**

* moet worden berekend op basis van <datum sessie>

Alternatief

Tot nu toe hebben op de volgende data sessies plaatsgevonden: <datum sessie>, <datum sessie>,

** als de huisarts de verwijzer is kan de cc worden weggelaten

4. Omschrijvingen en voorbeelden

In tabel 3 staat de omschrijving van de basisgegevens(groepen) zoals opgenomen in de NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging (NVLF, 2009b) plus, waar relevant (vanaf het gegeven contactreden/hulpvraag, een aantal voorbeelden).

In tabel 1 kan worden nagelezen welke gegevens in welke brief worden opgenomen. Daarnaast staat het de logopedist natuurlijk vrij om ook andere gegevens, waar relevant, in de brief te vermelden (basisgegevens én plusgegevens).

Tabel 3 Omschrijving basisgegevens

In de tabel zijn alle basisgegevens opgenomen zoals die in de NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging zijn beschreven; niet alle basisgegevens komen voor in één of meer brieven zoals die in voorliggende richtlijn worden beschreven!

Net als in tabel 2 staan toegevoegde en/of veranderde basisgegevens (ten opzichte van de NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging) grijs en vet gedrukt; extra informatie over een gegeven staat in grijs en cursief.

Persoonsgegevens cliënt (Stap 1a Aanmelding en screening bij DTL & 1b Aanmelding en verwijzing)

Gegeven	toelichting
<naam cliënt>	achternaam + voorletters
<adres cliënt>	straat, huisnummer, postcode, woonplaats
<telefoonnummer cliënt>	vast of mobiel
<e-mailadres cliënt>	
<geboortedatum cliënt>	
<geslacht cliënt>	
<code cliënt (BSN)>	

Gegevens contactpersoon (Stap 1a Aanmelding en screening bij DTL & 1b Aanmelding en verwijzing)

Gegeven	toelichting
<naam contactpersoon>	
<relatie met cliënt van contactpersoon>	bijv. partner, kind, ouder
<telefoonnummer contactpersoon>	telefoonnummer waarop contactpersoon bereikbaar is

Verzekeringsgegevens cliënt (niet voor intramuraal) (Stap 1a Aanmelding en screening bij DTL & 1b Aanmelding en verwijzing)

Gegeven	toelichting
<naam zorgverzekeraar>	naam van de zorgverzekeraar waarbij cliënt is verzekerd
<nummer zorgverzekeraar (UZOV)>	iedere zorgverzekeraar heeft een nummer, het UZOV (Unieke Zorgverzekeraar Identificatie)
<indicatie ongeval>	wanneer een ongeval aanleiding was voor de zorgvraag

In bepaalde sectoren, bijvoorbeeld verpleeghuizen en ziekenhuizen, worden verzekeringsgegevens meestal elders binnen de organisatie vastgelegd. Dat betekent dat die gegevens van elders moeten worden 'opgehaald' als ze nodig zijn in verband met de verslaggeving.

Gegevens behandelend logopedist (Stap 1a Aanmelding en screening bij DTL & 1b Aanmelding en verwijzing)

Gegeven	toelichting
<naam logopedist>	naam van de logopedist verantwoordelijk voor de DTL-screening van de betrokken cliënt
<nummer logopedist (AGB-code/ UZI-code)>	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. Logopedisten die werkzaam zijn in de eerstelijnszorg dienen, in het kader van machtigings- en declaratieverkeer, vooralsnog het AGB-nummer te vermelden

Gegevens huisarts (Stap 1a Aanmelding en screening bij DTL & 1b Aanmelding en verwijzing)

Gegeven	toelichting
<naam huisarts>	
<adres huisarts>	het kan zijn dat deze gegevens elders in de organisatie (bijvoorbeeld in een adresbestand) zijn vastgelegd
<nummer huisarts (AGB-code/ UZI-code)>	de huisarts zal te zijner tijd een UZI-nummer krijgen. 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) (Stap 1a Aanmelding en screening bij DTL & 1b Aanmelding en verwijzing + Stap 2 (Aanvullende) anamnese)

Gegeven	toelichting	Voorbeelden
<contactreden/hulpvraag>	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	● Volgens zijn moeder durft J met 2 jaar nog niet te spreken tegen vreemden; hij praat onvoldoende. ● Mevrouw K zegt dat ze na een uur lesgeven schor is.
<ervaren functioneringsproblemen>	De aard van de belangrijkste functioneringsproblemen die de cliënt zelf ervaart in termen van stoornissen in functies of anatomische eigenschappen en/ of beperkingen in activiteiten en/of participatieproblemen	● I eet volgens zijn moeder alleen zacht voedsel. ● Ernstig en dwingend.
<ernst ervaren functioneringsproblemen>	de ernst van de problemen in de eigen bewoordingen van de cliënt, dan wel vastgesteld via een meetinstrument <i>N.B. over het algemeen volstaat een korte samenvatting; het is in de meeste gevallen niet nodig om alle testresultaten te melden</i>	Het eten van een boterham duurt langer dan een half uur. Het eten van de warme maaltijd duurt 3 kwartier - 1uur.
<factoren van invloed op ervaren functioneringsproblemen>	bevorderende of belemmerende (persoonlijke of externe) factoren die de functioneringsproblemen positief dan wel negatief beïnvloeden	● De thuistaal van de ouders van R is Berbers, maar de zesjarige zus spreekt vooral Nederlands. ● De interactie tussen moeder en M is voldoende, maar moeder heeft weinig tijd om te spelen. ● De leerkracht speelt goed in op de communicatieve behoeften van B.
<beloop ervaren functioneringsproblemen>	wijze en moment van aanvang en het beloop van de functioneringsproblemen van de cliënt tot nu toe	Bij aanvang was de stem na een week lesgeven hees momenteel na één dag lesgeven.

Medische (voor)geschiedenis cliënt (Stap 1a Aanmelding en screening bij DTL & 1b Aanmelding en verwijzing + Stap 2 (Aanvullende) anamnese)

Gegeven	toelichting	Voorbeelden
<(neven)pathologie>	de huidige pathologie en eventuele nevenpathologie	Lui oog.
<eerdere ziekten/aandoeningen>	de doorgemaakte of reeds vroeger opgedane ziekten/aandoeningen voor zover relevant voor de huidige gezondheidstoestand c.q. de logopedische zorg	● Heeft op tweejarige leeftijd een milde meningitis doorgemaakt. ● Is prematuur geboren (28 weken).
<familiaire ziekten/aandoeningen>	bij sommige ziekten/aandoeningen is het van belang te bepalen of er sprake is van een erfelijke of familiale aanleg	● Drie van de vier kinderen uit het gezin hebben het syndroom van Asperger. ● Vader heeft ook dyslexie.
<medicatie>	alleen vastgelegd wordt medicatie die relevant is in het kader van de huidige gezondheidstoestand ¹¹ van de cliënt	Ritalin sinds 13 maanden.
<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	● Er zijn twee jaar geleden buisjes geplaatst. ● Gehemeltespleet is op 1-jarige leeftijd operatief gesloten.

¹¹ 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).

Overige basisgegevens aanmelding en DTL-screening (Stap 1a Aanmelding en screening bij DTL)

Gegeven	toelichting	Voorbeelden
< bekendheid patroon tekens en symptomen en/of beloop ervan (bekend / onbekend / bekend, echter ...)>	hier wordt vastgelegd of er al dan niet sprake is van een bekend patroon van tekens en symptomen, zowel qua aard als qua beloop	
<rode vlaggen (Ja/nee)>	hier wordt vastgelegd <u>of</u> er sprake is van rode vlaggen ¹²	
<aard rode vlaggen> ¹³	hier wordt vastgelegd <u>welke</u> rode vlaggen aanwezig zijn	Onverklaard of ongewenst gewichtsverlies
<gele vlaggen (Ja/nee)>	hier wordt vastgelegd <u>of</u> er sprake is van gele vlaggen ¹⁴	
<aard gele vlaggen> ¹⁵	hier wordt vastgelegd <u>welke</u> gele vlaggen aanwezig zijn	De cliënt zegt het gevoel te hebben dat het eten blijft hangen/niet zakt
<conclusie DTL-screening>	de resultaten van de DTL-screening op pluis/niet-pluis ¹⁶	Nog niet uitgesloten of er sprake is van gehoorverlies
<indicatie voor verder onderzoek>		
<toestemming cliënt voor overleg met huisarts 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)	

¹² Zie voor een omschrijving van wat wordt bedoeld met rode en gele vlaggen bijlage 3.

¹³ Zie voor overzicht rode en gele vlaggen bij volwassenen en kinderen in het werkboek behorende bij de training DTL/verslaglegging/ICF (NVLF, 2010).

¹⁴ Zie voor een omschrijving van wat wordt bedoeld met rode en gele vlaggen bijlage 3.

¹⁵ Zie voor overzicht rode en gele vlaggen bij volwassenen en kinderen in het werkboek behorende bij de training DTL/verslaglegging/ICF (NVLF, 2010).

¹⁶ Zie voor een omschrijving van pluis en niet pluis bijlage 3.

<aanvraag voor nadere diagnostiek of aanvullende (medische) gegevens>	de vraag van de logopedist aan de huisarts of andere professional	Graag zou ik J onderzocht willen hebben door een kinderfysiotherapeut. In spraak merk ik hoge spierspanning aan het tonggedrag en de hoge, luide en te gespannen stemgeving. M.i. zien we de hoge spierspanning en coördinatieproblemen terug in de totale motoriek.
<resultaat overleg met cliënt>	informatie en advies gegeven aan de cliënt	

Gegevens verwijzer (Stap 1b Aanmelding en verwijzing)

Gegeven	toelichting	Voorbeelden
<naam verwijzer>		
<adres verwijzer>		
<specialisme verwijzer>	het specialisme van de verwijzer is huisarts, medisch specialist of anderszins	
<nummer verwijzer (AGB-code/UZI-code)>	artsen zullen te zijner tijd een UZI-nummer krijgen	

Basisverwijsgegevens (Stap 1b Aanmelding en verwijzing)

Gegeven	toelichting	Voorbeelden
<verwijsdatum>	dit is de afgiftedatum van de verwijzing door de verwijzer wordt vastgelegd	
<verwijsdiagnose / diagnostische gegevens>	de informatie die de verwijzer van belang acht voor de logopedist	● Onduidelijk spreken en twijfels over de zinsbouw. ● Afasie ten gevolge van een CVA op 11 december jl.
<gerichte schriftelijke vraag van verwijzer voor eenmalig logopedisch onderzoek>	bij een eenmalig logopedisch onderzoek wordt de vraag van de verwijzer vastgelegd. ¹⁷	

¹⁷ 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.

Andere of eerder verleende zorg (Stap 2 (Aanvullende) anamnese)

Gegeven	toelichting	Voorbeelden
<aard andere of eerdere (para)medische zorg>	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	● P heeft kinderfysiotherapie van O te B vanwege motorische onhandigheid. ● O krijgt op school extra begeleiding bij het lezen door een remedial teacher (2 maal per week). ● Vorig jaar behandeld door een orthoptist in verband met een lui oog.
<tijdstip/periode andere of eerdere (para)medische zorg>		K wordt vanaf 18 maanden behandeld door een oefentherapeut.
<resultaten andere of eerdere (para)medische zorg>		● Door de begeleiding door de kinderfysiotherapeut is de tonus verminderd, maar nog wel verhoogd. ● Geen verschil meer aantoonbaar tussen beide ogen.

Algemene basisgegevens onderzoek (Stap 3 (Aanvullend) onderzoek)

Gegeven	toelichting	voorbeeld
<diagnostische verrichtingen>	de handelingen die de logopedist uitvoert ten behoeve van de diagnostiek, waarbij het met name gaat om de aard van de verrichting	Onderzocht zijn taalbegrip, taalproductie, mondmotoriek, auditieve functies en spraak.
<gebruikte hulpmiddelen (inclusief meetinstrumenten)>	de diagnostische hulpmiddelen c.q. meetinstrumenten die zijn gebruikt (zoals vragenlijsten, observatieschalen, tests).	● Taaltest voor Alle Kinderen (TAK) afgenomen op 3 maart j.l. en aanvullende productieve zinsbouw (TARSP) ● Fluistertest ● Reynell, Test voor taalbegrip ● Schlichting, Test voor taalproductie

Bevindingen logopedist / resultaten onderzoek (Stap 3 (Aanvullend) onderzoek)

Gegeven	toelichting	voorbeeld
<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	● TAK: Klankonderscheiding: niveau E; Passieve woordenschat: niveau E; productieve zinsbouw (TARSP) is matig. ● S vermijdt oogcontact.

Logopedische diagnose/conclusie (Stap 4 Analyse)

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 rol¹⁸.

Gegeven	toelichting	voorbeeld
<functioneren en functioneringsproblemen>	het functioneren van de cliënt, zowel in positieve/neutrale zin (welke functies, activiteiten en participatie zijn mogelijk) als de aard van de problemen, waar mogelijk, vastgelegd in termen van beperkingen, participatieproblemen en stoornissen (ICF) (NVLF, 2009a; RIVM, 2002; WHO, 2001). Het gaat hier om de meest kenmerkende en voor de behandeling meest relevante (beperkingen in) activiteiten, participatie(problemen) en (stoornissen in) functies en anatomische eigenschappen. Geadviseerd wordt het aantal per categorie beperkt te houden	● Er is sprake van vertraagde spraak- en taalontwikkeling zowel in de moedertaal (Engels) als in het Nederlands. ● Fonologische articulatiestoornis. ● Z heeft een lichte articulatiestoornis en een matige stoornis in de zinsbouw. Deze stoornis belemmert hem niet in zijn ontwikkeling, omdat hij steeds met succes probeert om te communiceren. ● T fietst nog met zijwieltjes. ● De eerste woordjes en zinnestjes kwamen 'op tijd'. ● M is iets zelfstandiger dan zijn tweelingbroertje W en ontwikkelt zich iets sneller, maar de vooruitgang bij beide is onvoldoende.

¹⁸ 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 belang bij het opstellen van het behandelplan en als de logopedist het handig kunnen zij hier (opnieuw) worden vermeld.

<ernst functioneringsproblemen>	de ernst van de functioneringsproblemen wordt vastgelegd	• Leeftijdsequivalent 5;5 jaar, percentage 86, + 1 sd. • Vertelvaardigheid, niveau B • Begrip erg zwak (somscore 11 van de 42)
<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.	• Motorische achterstand. • Keelamandelen zijn verwijderd op 4-jarige leeftijd. • Geen KNO-klachten. • Frequent verkouden.
<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	• Gezinssamenstelling: vader, moeder, oudere broer en jonger broertje. • P is de oudste van drie kinderen; broertje M van 4,5 jaar is behoorlijk slim en heeft maar een half jaar over groep 1 gedaan. • P zit op school op een wiebelkussen. • T werkt in een 'open kantoortuin' met 20 collegae en veel lawaai. • Moeder geeft aan dat zijn, op grond van argumenten van persoonlijke aard, op dit moment nog geen onderzoek wil.

<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 en / of betrokkene(n) over gezondheid en ziekte in het algemeen; ● ideeën van de cliënt en / of betrokkene(n) 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	● Als baby was T erg onrustig en huilerig ● L is zich bewust van haar onvermogen en dit heeft gevolgen voor haar gedrag en sociaal-emotionele ontwikkeling. ● E is intrinsiek gemotiveerd. ● Rookt ongeveer 10 sigaretten per dag.
<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	De achterstand t.o.v. haar leeftijdsgenoten neemt toe op spraak- en taalgebied.
<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 (Stap 4 Analyse)

Gegeven	toelichting	Voorbeelden
<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 de 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 adviseren om terug te gaan naar de verwijzer (of in geval van DTL contact op te nemen met 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	Er zijn geen aanknopingspunten voor logopedische begeleiding. Omdat de ouders zich zorgen blijven maken over de leesontwikkeling van D, hebben zij besloten om met de huisarts het probleem te bespreken en een verwijzing voor de kinderarts te vragen.
<conclusie eenmalig logopedisch onderzoek>	hier noteert de logopedist het antwoord op de schriftelijke vraag van de verwijzer voor een eenmalig logopedisch onderzoek	P zou gebaat zijn bij logopedische behandeling en begeleiding (binnen school en evt thuis) die op hem is toegesneden. De behandeling kan plaatsvinden in de praktijk en er zullen schoolbezoeken worden afgelegd om het individuele traject op school te ondersteunen.

Beoogd eindresultaat / hoofddoel (Stap 5 Behandelplan)

Gegeven	toelichting	Voorbeelden
<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 behandelingsperiode als geheel. Aangeraden wordt om het doel zo concreet mogelijk – in maat en getal (SMART) ¹⁹ – vast te leggen inclusief de aard van het doel/resultaat en de mate waarin en de periode waarbinnen het doel/resultaat moet zijn behaald	In de komende zes maanden het taalbegrip vergroten gemeten met Schlichting Test voor Taalbegrip, score > 85.

Overige basisgegevens behandelplan (Stap 5 Behandelplan)

Gegeven	toelichting	Voorbeelden
<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)	Ademoefeningen P succeservaringen laten opdoen, door bijvoorbeeld RALF-lezen en boekjes van dyslexie zoeklicht (makkelijk te lezen, 'hogere' onderwerpen)
<toestemming voor voorbehouden handeling>	voor het verrichten van een voorbehouden handeling is van tevoren toestemming vereist, zowel van de verwijzer als van de cliënt ²⁰ . De verkregen toestemming (de datum waarop de toestemming werd verkregen, van wie) moet schriftelijk worden vastgelegd (zie <i>Verantwoording en toelichting</i> , 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 <i>Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)</i> , verplicht schriftelijk vast te leggen voor welke verrichtingen de cliënt toestemming heeft gegeven	

¹⁹ SMART: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden

²⁰ Voorbehouden handelingen zijn bijv. flexibele endoscopische evaluatie van de slikbeweging (FEES) en het maken van oorstukjes na instructie / flat van audicien.

Algemene basisgegevens sessie (Stap 6 Behandeling)

Gegeven	toelichting	Voorbeelden
<datum sessie>	vastgelegd wordt de datum van de behandelsessie. De datum van de eerste sessie is de start van de logopedische zorgverlening; Bij cliënten in het kader van DTL gaat het om de screeningsdatum; bij verwezen cliënten om de 1^e sessie. Bij de brieven 6 en 7 moet op basis hiervan ook het aantal sessies wat (tot dan toe) heeft plaatsgevonden worden berekend; en bij brief 7 gaat het ook om de datum van de laatste sessie NB op basis van de vastgelegde data moet ook worden vastgesteld hoeveel sessies er hebben plaatsgevonden	
<afspraken met cliënt>	de met de cliënt gemaakte afspraken worden vastgelegd. Hierbij gaat het onder andere om de uitvoering van huiswerkoefeningen 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)	● Articulatie en zinsbouw oefeningen. ● De juf is aangeraden F te laten verwoorden van zijn emoties en gedachten

Bijstellingen tijdens behandelproces (Stap 6 Behandeling)

Gegeven	toelichting	Voorbeelden
<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 Evaluatie. Als er sprake is van bijstellingen dan dient opnieuw de toestemming van de cliënt te worden vastgelegd (zie stap 5 Behandelplan).

Overleggegevens (Stap 6 Behandeling)

Gegeven	toelichting	voorbeelden
<datum overleg>	datum waarop overleg heeft plaatsgevonden	Telefonisch overleg met de leerkracht d.d.....
<naam overlegpartner(s)>	met wie (verwijzers, collega's en zorgverleners uit andere professies) is overlegd	
<gemaakte afspraken>	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 derden is verstrekt.

Algemene basisgegevens evaluatie (Stap 7 Evaluatie)

Gegeven	toelichting	Voorbeelden
<realisatie behandeldoelen/-resultaat>	het behandelresultaat kan worden opgedeeld in de mate waarin de behandeldoelen (hoofd- of subdoelen) zijn behaald 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 behaald, 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	● A kan de medeklinkercombinaties, met uitzondering van de combinaties met de /r/, correct uitspreken en past dit over het algemeen ook toe tijdens het spontane spreken ● Soms denkt moeder dat L meer kan dan ze laat horen en zien, maar het soms gewoon niet doet of wil. ● Mondmotoriek is genormaliseerd en de spraak- en taalontwikkeling van W is leeftijdsadequaat.

Algemene basisgegevens afsluiting (Stap 8 Afsluiting)

Gegeven	toelichting	Voorbeelden
<datum afsluiting>	als datum van de afsluiting wordt de datum vastgelegd waarop de behandelperiode wordt afgesloten, namelijk de datum van de laatste behandeling	
<nazorg/afspraken>	de afspraken die met de cliënt zijn gemaakt worden vastgelegd, bijvoorbeeld een verwijzing voor groepsbehandeling. Afspraken kunnen ook betreffen: adviezen, leefregels en huiswerk oefeningen die aan de cliënt worden meegegeven aan het einde van de behandelperiode of afspraken rond het weer contact opnemen met logopedist, zoals bij terugkeer klachten	De ouders van A zullen zelf in de komende maanden met de /r/ blijven oefenen. Zo nodig zullen ze A opnieuw aanmelden voor logopedie als de uitspraak van de /r/ in december 2010 nog niet voldoende is.
<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	● Geen verdere vooruitgang verwacht. ● De therapiedoelen zijn gehaald: de mondmotoriek is genormaliseerd en de spraak- en taalontwikkeling is leeftijdsadequaat.

Gegevens gehanteerde richtlijn / gehanteerd protocol (niet aan een fase gekoppelde basisgegevens(groep))

Gegeven	toelichting	Voorbeelden
<naam gehanteerde richtlijn / gehanteerd protocol>	de richtlijn (bijvoorbeeld een NVLF-richtlijn), dan wel welk protocol (bijvoorbeeld een lokaal ontwikkeld protocol) dat de logopedist hanteert (althans, bij gebruik ervan)	Logopedie bij de ziekte van Parkinson (NVLF, 2008)
<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) (niet aan een fase gekoppelde basisgegevens(groep))

Gegeven	toelichting	Voorbeelden
<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. Het gaat hier om de aard van deze contra-indicaties voor verder(e) logopedisch(e) onderzoek of behandeling. Contra-indicaties kunnen ook tot gevolg hebben dat verder(e) logopedisch(e) onderzoek of behandeling slechts onder bepaalde voorwaarden kan plaatsvinden	
<datum verslaggeving aan huisarts / verwijzer> ²¹	vastgelegd wordt de datum <i>die op de brief staat vermeld zoals die aan de huisarts / verwijzer wordt toegezonden</i> . Een kopie van dit verslag wordt bewaard.	

²¹ Dit item is verplaatst (zie eerder)

5. Achterliggende ontwikkelingen

5.1 Eenheid van taal

Om de kwaliteit van de zorgverlening door logopedisten verder te verbeteren en om naar zorgverzekeraars, verwijzers, cliënten en de overheid toe de aangrijpingspunten, de inhoud en het effect van de zorgverlening inzichtelijk te maken is een systematisch begrippenapparaat nodig dat te gebruiken is voor het creëren van helder taalgebruik. Uitgangspunt daarbij is de veronderstelling dat adequate communicatie, het doel van taalgebruik, een positieve relatie heeft met de kwaliteit van de zorgverlening. Bij het streven naar eenduidig taalgebruik kunnen classificaties en codelijsten een belangrijke rol spelen. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat alleen die begrippen in aanmerking komen voor opname in een classificatie, die een groot aantal en/of ingewikkelde verschijningsvormen kennen. Voor de overige begrippen kan worden volstaan met een codelijst of vrije tekst. Voor de logopedie relevante classificaties zijn; een classificatie met ziekten/aandoeningen, een classificatie voor het beschrijven van het functioneren van cliënten, een classificatie logopedische verrichtingen en een classificatie hulpmiddelen (Heerkens et al, 1998b,c,d). Van bijzonder belang is een classificatie om het functioneren van cliënten te beschrijven. Internationaal is op dit moment de ICF, de International Classification of Functioning, Disability and Health, daarvoor de meest geschikte classificatie. De ICF biedt een eenduidig en wereldwijd bruikbaar begrippenkader voor het vastleggen van het functioneren van mensen en de factoren die daarop van invloed zijn. Ook vraaggestuurde zorg en de nadruk op multiprofessionele zorg en ketenzorg vragen om een gemeenschappelijk begrippenkader. Het feit dat steeds meer (para)medische en verpleegkundige beroepsgroepen de ICF omarmen, maakt het gebruik van de ICF ook voor de logopedie nuttig. Internationaal is er de afgelopen tijd veel aandacht voor het gebruik van de ICF in de spraak-taalpathologie. Een voorbeeld is het themanummer over de ICF van de International Journal of Speech-Language Pathology (vol. 10, nr.1-2, 2008).

De logopedie besteedde indertijd als eerste paramedische beroepsgroep uitgebreid aandacht aan het gebruik van de ICIDH, de voorloper van de ICF. Al in 1993 publiceerde het Nivel de ICIDH-L, een afgeleide van de ICIDH voor gebruik in de logopedie (Raaijmakers & Dekker, 1993). De 'diagnosekaart' voor de communicatie met de zorgverzekeraars en het Logopedie Informatie Systeem (LIS) (Graetz et al, 1995) zijn beide gebaseerd op de ICIDH-L.

Na de publicatie van de Ontwerp ICIDH voor de logopedie in 1998 (Heerkens et al, 1998a) is het in logopedisch Nederland redelijk stil geworden rond de ICIDH en zijn opvolger de ICF. De Bureaulegger met ICIDH-coderingen (NVLF) – de opvolger van de diagnosekaart – is anno 2008 nog steeds gebaseerd op de ICIDH-L. Wel is de ICF gebruikt bij het opstellen van het Beroepsprofiel Logopedist (NVLF, 2003).

In 2008 heeft de NVLF een groep logopedisten samengesteld uit alle werkvelden van de logopedie. Deze groep heeft zich onder leiding van het NPi enthousiast en voortvarend gestort op de ICF en de ICF-CY (Children & Youth) (WHO, 2007). Per onderdeel van de ICF is bekeken waar selecties en extensies nuttig en wenselijk zijn. In onderlinge consensus is besloten wat voor de logopedie overbodige klassen zijn en waar extra klassen moeten worden toegevoegd. Dit heeft geleid tot een van de ICF afgeleide versie voor de logopedie (verder aangeduid als ICF-logopedie). Deze omzetting moet een meer integrale beschrijving van het functioneren van cliënten mogelijk maken. Uitgangspunt is dat de ICF voor de logopedie een nuttig begrippenkader is bij de verdere onderbouwing en profilering van het beroep. Vanzelfsprekend is bij de omzetting gebruikt gemaakt van reeds beschikbare rapporten op het gebied van de logopedie.

Voor de ICF-logopedie wordt verwezen naar de website van de NVLF waar, voor leden, een aanvraagformulier is te downloaden.

5.2 NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging

Met de '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 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.

In de verantwoording bij de richtlijn wordt ook een aantal wetten behandeld die van invloed zijn op (elektronische) communicatie. Deze wetten, waaronder de Wet algemene bepalingen Burgerservicenummer, de Wet gebruik Burgerservicenummer in de zorg en de Wet op het EPD (door de 2e kamer geaccepteerd maar nog niet door de 1e kamer), zijn ook van belang in het kader van de voorliggende richtlijn. Voor informatie over deze wetten wordt verwezen naar de NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging te vinden op de website van de NVLF.

5.3 Het Programma e-Paramedici²²

De ontwikkeling van de NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaggeving maakt onderdeel uit van het Programma e-Paramedici.

In de paramedische sector zijn de afgelopen jaren goede bottom-up ICT-initiatieven ontstaan en zijn verschillende ICT-systemen ontwikkeld. Toch was de paramedische sector tot nu toe slechts beperkt betrokken bij de landelijke ICT-ontwikkelingen in de gezondheidszorg. In eerste instantie is de aandacht daarbij namelijk uitgegaan naar huisartsen, apothekers en ziekenhuizen. Gezien de werkterreinen en positie van de paramedici in de zorg is recent een traject gestart om initiatieven op paramedisch terrein in kaart te brengen en de paramedische sector ondersteuning te bieden in de richting van landelijke ICT-ontwikkelingen.

Geïntegreerde zorg betekent ook aansluiting bij EPD-ontwikkelingen

De toekomst is gericht op het leveren van geïntegreerde zorg in verband met complexe problematiek. Paramedische beroepsgroepen maken een belangrijk onderdeel uit van zorgketens, zowel preventief als curatief gezien. De beroepsgroepen in de paramedische sector leveren een wezenlijke bijdrage aan (keten)zorg in de eerste en tweede lijn. Aansluiting van de paramedische sector bij landelijke ICT-ontwikkelingen leek dus zeer voor de hand liggend. Samen met KNGF, NVLF en NPi heeft Nictiz, het Nationaal ICT Instituut in de Zorg, in 2007 ICT-ontwikkelingen in de paramedische sector globaal geïnventariseerd. Op basis daarvan is een masterplan geschreven voor het programma e-Paramedici, met als doel het ontwerpen van een specifiek programma voor de paramedische beroepsgroepen, zodat deze in de toekomst kunnen aansluiten op landelijke ontwikkelingen inzake het EPD en de daarvoor benodigde infrastructuur. Dit voorstel is eind 2007 / begin 2008 door zowel het Platform ICT & Innovatie als ook door de Stuurgroep ICT & Innovatie - ingesteld door het Ministerie van VWS - positief ontvangen en goedgekeurd.

Het programma, gestart in november 2008, kent vier fasen:

- Fase 1: Inventarisatie van behoeften in de paramedische sector en ontwikkelen van randvoorwaarden voor een voorbeeldtoepassing.
- Fase 2: Vaststellen welke toepassingen prioriteit hebben en daarvoor de benodigde voorzieningen ontwikkelen.
- Fase 3: Voorzieningen voor de eerste set toepassingen beschikbaar stellen aan zorgverleners en softwareleveranciers; en ontwikkelen van voorzieningen voor een tweede set toepassingen.
- Fase 4: Beschikbaar stellen van de voorzieningen voor de tweede set toepassingen.

In Fase 1 zijn drie projecten uitgevoerd:

- een inventariserende studie naar de stand van zaken rond (geautomatiseerde) informatie-uitwisseling en uitwisselingsbehoeften, zowel in beleid als in de praktijk. Relevante vragen in dit kader zijn: Wat is de stand van zaken betreffende onder andere deze onderwerpen? Wat zijn de ambities van de beroepsgroep ten aanzien van dit onderwerp voor de toekomst? Welke stappen moeten genomen worden en wat is daarvoor nodig? Voor dit onderzoek zijn door medewerkers van Nictiz en NPi vertegenwoordigers van alle paramedische beroepsverenigingen geïnterviewd en per beroepsgroep zijn één of meer diepteinterviews gehouden met beroepsbeoefenaren die al ver zijn gevorderd met elektronische verslaglegging en communicatie (best practices). Het rapport

²² Ontleend aan Heerkens & Harmsen, 2009 en informatie op de website van Nictiz (www.nictiz.nl).

van deze inventariserende fase is te vinden op de website van Nictiz (www.nictiz.nl) (Nictiz, 2009a)

- een 'Nulmeting goed beheerd zorgsysteem bij paramedici. Wat zijn de technische uitdagingen voor aansluiting op het landelijk elektronisch patiëntendossier?' waarin van een aantal al ver ontwikkelde systemen gebruikt in de paramedische zorg is nagegaan in hoeverre zij al voldoen aan de eisen van een goed beheerd zorgsysteem (GBZ). Ook dit rapport is te vinden op de website van Nictiz (www.nictiz.nl) (Nictiz, 2009b).
- een project van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het KNGF waarin een 'Richtlijn gestructureerd informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut' is ontwikkeld ter vervanging van de al bestaande richtlijnen op dit gebied. In paragraaf 5.4 wordt deze richtlijn toegelicht.

Hoewel fase 2 officieel van start is gegaan, is nog niet duidelijk welke activiteiten er in het kader van het programma e-paramedici op dit moment plaatsvinden.

5.4 NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut

In de NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut staat zowel omschreven welke informatie er van de fysiotherapeut naar de huisarts gaat en op welk moment alsmede de informatie die van de huisarts naar de fysiotherapeut gaat (NHG/KNGF, 2010). Het doel van de richtlijn is: voor de huisarts en de fysiotherapeut vastleggen op welke momenten zij informatie uitwisselen bij een consult aan de fysiotherapeut, bij een verwijzing naar de fysiotherapeut en bij directe toegang tot de fysiotherapie (DTF). De richtlijn beschrijft daarbij steeds om welke informatie het gaat bij elk van die momenten. Daarnaast biedt de richtlijn houvast aan leveranciers van IT-producten en -diensten voor huisartsen en fysiotherapeuten.

Logische momenten in het zorgproces waarin informatie wordt uitgewisseld:

- eenmalig consult bij de fysiotherapeut: consultvraag en antwoord;
- verwijzing naar de fysiotherapeut: verwijsbrief en eindverslag (soms tussentijds voortgangsverslag of
- extra informatie; ook bij verwijzing door specialist);
- directe toegang tot de fysiotherapie' (DTF):
 - altijd: een DTF-bericht
 - bij behandeling: een eindverslag (soms tussentijds voortgangsverslag of extra informatie).

Tabel 4 Momenten waarop informatie wordt uitgewisseld tussen huisarts en fysiotherapeut, ontleend aan NHG/ KNGF-richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut



Inhoud brieven

De informatie wordt uitgewisseld tussen huisarts en fysiotherapeut via brieven met omgeschreven rubrieken. Model en inhoud zijn afhankelijk van het zorgmoment, maar de brief kent een vaste driedeling: envelop, kern en bijlage. Voor de gegevens in die drie onderdelen wordt verwezen naar Bijlage 5.

Vergelijking brieven NHG/KNGF-Richtlijn met de brieven uit de voorliggende NVLF-Richtlijn

Zoals is af te leiden uit tabel 4, zijn er 11 mogelijke brieven van fysiotherapeut naar huisarts en op basis daarvan zijn er twee model berichten: II model DTF-bericht; en III Model verslag fysiotherapeut²³.

In onderstaande tabel worden die vergeleken met de brieven zoals die in de voorliggende richtlijn voor logopedisten zijn geformuleerd:

Tabel 5 Vergelijking tussen de brieven opgenomen in de NHG/KNGF-Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut met de brieven uit de voorliggende NVLF-Richtlijn

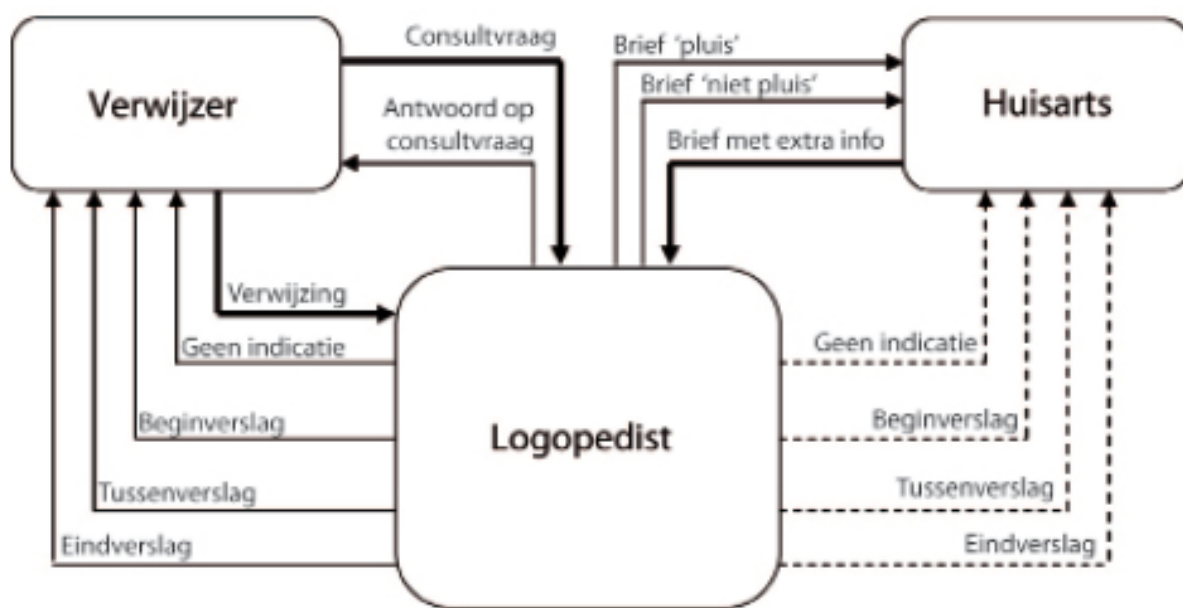
Mogelijke brieven van fysiotherapeut naar huisarts (bericht)	Brieven van logopedist naar huisarts en/of verwijzer
Patient verwezen door huisarts	
Consultantwoord (III)	Brief 5 conclusie consult
Voortgangsverslag (III)	Brief 6b tussentijdse rapportage
Eindverslag (III)	Brief 7b eindrapportage
Patient via DTF	
DTF niet pluis (II)	Brief 1 brief 'niet pluis'
DTF onvoldoende informatie (II)	Brief 1 brief 'niet pluis'
DTF geen indicatie ft (II)	Brief 3a brief 'geen indicatie'
DTF indicatie ft (II)	Brief 2 brief 'pluis'
Patient verwezen via medisch specialist	
Voortgangsverslag (III)	Brief 6a tussentijdse rapportage
Eindverslag (III)	Brief 7a eindrapportage
Kopie van voortgangsverslag aan specialist (III)	Brief 6a tussentijdse rapportage
Kopie van eindverslag aan specialist (III)	Brief 7a eindrapportage

In de voorliggende NVLF richtlijn zijn alleen de brieven opgenomen die door de logopedist worden geschreven. De brieven van de huisarts of de verwijzer naar de logopedist (met de vetgedrukte pijlen in figuur 2) staan dus *niet* in de NVLF-richtlijn vermeld.

²³ Model I consultvraag/verwijzing heeft alleen betrekking op de door de huisarts verstuurd berichten.

Brieven in het kader van verwijzing

Brieven bij DTL



Figuur 2 Informatiestromen over cliënt tussen logopedist en huisarts / verwijzer

De brieven aan de linkerkant van de figuur worden geschreven in het kader van een verwijzing; die aan de rechterkant als er sprake is van DTL / Directe Toegankelijkheid Logopedie. De vetgedrukte pijlen geven de informatiestroom aan van de huisarts / verwijzer naar de logopedist; de inhoud van deze brieven wordt in deze richtlijn niet beschreven.

Als de huisarts de verwijzer is, krijgt en verstuurt hij de brieven zoals beschreven bij verwijzer; de gestippelde brieven zijn brieven die in een situatie van verwijzing alleen als cc naar de huisarts worden gestuurd.

6. Tips voor schriftelijke en elektronische communicatie

Het uitwisselen van informatie met de verwijzer en/of huisarts kan op verschillende manieren:

- schriftelijk, via een brief (meestal meegegeven aan cliënt, maar ook via de fax of via reguliere post)
- telefonisch
- elektronisch: via beveiligde e-mail c.q. specifieke netwerken.

In de Richtlijnen 'Verslaggeving logopedist-huisarts' (NVLF, 2002) staat een aantal taal- en schrijfvaardigheidstips voor het opstellen van een goed en leesbaar verslag. Deze tips zijn in paragraaf 6.1 opgenomen. In de huidige tijd is het schrijven van een apart verslag steeds minder gebruikelijk. Door de ontwikkelingen rond het elektronisch dossier ontstaat de mogelijkheid brieven 'automatisch' te laten genereren doordat stukken uit de verslaglegging achter elkaar in een brief worden geplaatst. Het enige dat de logopedist dan nog moet doen is controleren of er een logisch verhaal staat. Als dat nodig is kunnen extra gegevens worden toegevoegd (waaronder ook plusgegevens) en ook kan er voor gekozen worden om een wat meer 'persoonlijke' in- of uitleidende zin te vermelden of een bijzonderheid die voor de verwijzer / huisarts relevant kan zijn.

Taal- en schrijfvaardigheidstips

Voor het opstellen van een goed, leesbaar verslag is een zekere taal- en schrijfvaardigheid vereist. Stijl, tekstopbouw, zinsbouw, woordkeus en spelling spelen daarin een belangrijke rol. Hieronder volgen enkele tips voor het schrijven.

Er zijn zeven stijlregels:

Formuleer: 1 eenvoudig, 2 nauwkeurig, 3 bondig, 4 levendig, 5 foutloos (gebruik spellingscontrole op de PC), 6 zuiver (Nederlands), 7 verzorgd (verslag is visitekaartje).

Tekstopbouw: zie formats.

Zinsbouw:

- gebruik niet steeds zinnen met bijzinnen of toevoegingen; gemiddelde zinlengte 15 woorden;
- zet woorden bij elkaar die bij elkaar horen;
- vermijd te veel moeilijke woorden;
- let op het gebruik van afkortingen in een verslag (zijn die voor de lezer duidelijk?);
- formuleer positief, gebruik geen ontkenningen.

Woordkeus:

Actieve werkwoordsvormen maken een tekst leesbaarder; werkwoorden als 'worden' en 'zijn' zijn passieve werkwoordsvormen.

Voorbeeld: De oefeningen worden door de patiënt goed gedaan. (passief)

Of: De patiënt oefent goed. (actief)

Een logopedist kan haar eigen taal- en schrijfvaardigheid onder andere verrijken door veel (vakliteratuur) te lezen.

Elektronische communicatie

Het is belangrijk dat de logopedist zich realiseert dat het bij elektronische communicatie met de verwijzer en/ of huisarts gaat om privacygevoelige gegevens. Het is belangrijk dat het eigen dossier voldoet aan de eisen die er rond dit thema zijn, maar dat dit wellicht nog sterker geldt voor wanneer gegevens (elektronisch) worden uitgewisseld. Het verdient de voorkeur om gebruik te maken van systemen die via het Landelijk Schakelpunt te benaderen zijn. E-mailverkeer kan alleen als er sprake is van een beveiligd netwerk, zoals ZorgMail (www.zorgmail.nl).

Hoewel het elektronisch eenvoudig is om grote hoeveelheden data over te hevelen, geldt ook zeker voor elektronische uitwisseling van gegevens dat er sprake moet zijn van een consistent verhaal zonder overbodige details die de ontvanger ontmoedigen om het verslag in zijn geheel door te lezen. Kernwoorden zijn beknopt, consistent, transparant (helder moet zijn hoe het proces is verlopen), verzorgd en foutloos.

7. Referenties

- Arnold P, Dolder R van, Mutsaers B, Wittink H. 'Rode en gele vlaggen' bij patiënten met lage rugpijn: een overzicht van de literatuur. *Ned Tijdschr Fysiother* 2008;118(1):19-27.
- Hal N van. *Zorg op maat*. Eindhoven; 1999.
- Heerkens Y, Harmsen J. Aansluiting paramedische sector bij EPD stap dichterbij. *Issue* 2009;(1):3.
- Heerkens Y, Lakerveld-Heyl K, Verhoeven A, Hendriks H. KNGF-Richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging. *Ned Tijdschr Fysiother*. 2003. Supplement (1).
- Heerkens YF, Beer J de. International Classification of Functioning Disability and Health. Gebruik van de ICF in de logopedie. *Logopedie en Foniatrie* 2007;(4):112-9.
- Heerkens YF, Koolhaas C. ICF voor de logopedie. *Issue* 2008;(3):4.
- Heerkens, Y.F., A. Klein, M.C. Spijker, C.D. van Ravensberg. Ontwerpclassificatie Hulpmiddelen voor de Logopedie (Ontwerp CH-logopedie). Amersfoort : Nederlands Paramedisch Instituut, mei 1998d.
- 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 1998c.
- Heerkens, Y.F., M.C. Spijker, A. Klein, C.D. van Ravensberg. Ontwerpclassificatie Gezondheidstoestand voor de Logopedie (Ontwerp ICIDH-logopedie). Amersfoort : Nederlands Paramedisch Instituut, mei 1998a.
- Heerkens, Y.F., M.C. Spijker, A. Klein, C.D. van Ravensberg. Ontwerpclassificatie Medische Termen voor de Logopedie (Ontwerp CMT-logopedie). Amersfoort : Nederlands Paramedisch Instituut, mei 1998b.
- Janssen L. Logopedie en wettelijke kaders. In: Kuijper C, Meulenberg A, Pol H van der (red). *Dialog. Een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist*. Den Haag: Lemma, 2008, p. 259-84.
- KNGF. Richtlijnen voor de Fysiotherapeutische Verslaglegging. Amersfoort: Koninklijk Nederlands genootschap voor Fysiotherapie; 1993.
- KNGF. Handreiking Informatieverstrekking aan derden. Amersfoort: Koninklijk Nederlands genootschap voor Fysiotherapie; 2001.
- KNGF. KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging. Supplement bij het *Ned Tijdschr Fysiother*; 2003.
- KNGF. Zorgverleningsproces bij Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie. Amersfoort: KNGF; 2005.
- KNGF. KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging, versie 2006. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2007.
- 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.
- Nederlands Huisartsengenootschap. Medische Verslaglegging; Standaard 002 van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Huisarts en Wetenschap*. 1990;(3):114-7.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. Nr 3, jaargang 116. Fysiotherapeutische verslaglegging: de Achilleshiel voor Evidence-based Practice (EBP)?; 2006.

NHG/KNGF. NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut.

Buiting C, Rijnierse P, Stadt R. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2010.

Nictiz. Informatievoorziening in de paramedische zorg: Een analyse van de huidige situatie, de wensen en behoeften. Den Haag: Nationaal ICT Instituut in de Zorg; 2009a.

Nictiz. Nulmeting goed beheerd zorgsysteem bij paramedici. Wat zijn de technische uitdagingen voor aansluiting op het landelijk elektronisch patiëntendossier? Den Haag: Nationaal ICT Instituut in de Zorg; november 2009b.

NVH/NPi. NVH-Richtlijn Huidtherapeutische Verslaglegging – versie 1.0. Amersfoort: Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten/Nederlands Paramedisch Instituut; 2007.

NVLF. Richtlijnen ‘Verslaggeving logopedist-huisarts’. Dijke I van, Zoontjes L, Wams HWA, Landa S. Amersfoort: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie / Nederlands Paramedisch Instituut; 2002.

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

NVLF. Logopedie bij de ziekte van Parkinson. Een richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. Den Haag: Uitgeverij Lemma; 2008.

NVLF. DTL-training 2010. Handleiding voor docenten. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 2009a.

NVLF. NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaglegging. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 2009b.

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

Regieraad, Kwaliteit van Zorg. Richtlijn voor Richtlijnen. Den Haag: Regieraad kwaliteit van zorg; 2010.

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

RIVM. ICF-C. Nederlandse vertaling van de ICF. International Classification of Functioning, Disability and Health. Children & Youth Version. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2008.

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

WHO. ICF-CY. International Classification of Functioning, Disability and Health – for children and youth. Geneva: World Health Organization; 2007.

Bijlage 1 Betrokkenen

Werkgroep

De volgende logopedisten hebben deel uitgemaakt van de werkgroep:

- Astrid van Hoof
- Susanne Kohlleppel
- Hermine Kos
- Clazien Sonneveld
- Anneke Tromp
- Liesbeth Verkade
- Astrid Vriend

NVLF

Vanuit de NVFL was bij het project betrokken:

- Cindy Koolhaas
- Annika van Hemert

NPi

Vanuit het NPi was als projectleider betrokken bij het project:

- Yvonne Heerkens

Bijlage 2 **Afkortingen**

AGB	Algemeen Gegevensbeheer Zorgverleners
AVG	Arts Verstandelijk Gehandicapten
BSN	Burgerservicenummer
CVPB	Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen
DTF	Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie Meer recent: Directe Toegang Fysiotherapie
DTL	Directe Toegankelijkheid Logopedie
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
Nictiz	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
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

Bijlage 3 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.

Directe toegankelijkheid logopedie

De wettelijke mogelijkheid om zonder verwijzing van een arts een logopedist te consulteren.

DTL-Screening

DTL-screening is een proces, uitgevoerd in het kader van de Directe Toegankelijkheid Logopedie, dat de logopedist leidt tot de beslissing of verder logopedisch onderzoek geïndiceerd is. Bij DTL-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.

Gegevensgroep

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 zelf niet kan verwoorden wat er aan de hand is.

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 in ieder geval de BRAVOfactoren: bewegingsgewoonten, roken, alcoholgebruik, voedingsgewoonten en ontspanning. Tot leefstijl worden ook gerekend drugsgebruik, 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).

Pluis en niet pluis²⁴

Er kunnen zich bij DTL-screening vijf situaties voordoen

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

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.

²⁴ Ontleend aan KNGF, 2007.

Primaire proces

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

Screening

Zie DTL-screening.

Secundaire proces

Het secundaire proces betreft de indirecte en ondersteunende handelingen.

Verslaggeving

Het mondeling of schriftelijk (post, elektronisch) verstrekken van informatie over een cliënt door de ene zorgprofessional aan de andere zorgprofessional.

NB in het kader van de voorliggende richtlijn gaat het om het verstrekken van informatie door de logopedist aan huisartsen / verwijzers.

Verslaglegging

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.

Vlaggen

Arnold et al (2008) komen in een onderzoek naar rode en gele vlaggen bij chronische lage rugpijn tot de conclusie dat er in de literatuur verschillende omschrijvingen van rode en gele vlaggen worden gegeven. Een gemeenschappelijk kenmerk van alle omschrijvingen is een associatie met een grotere kans op de aanwezigheid van een specifieke ziekte of aandoening.

- Gele vlaggen: Psychosociale verschijnselen die verband houden met een grotere kans op de aanwezigheid van een specifieke ziekte of aandoening.
- Rode vlaggen: Fysieke verschijnselen die verband houden met een grotere kans op de aanwezigheid van een specifieke ziekte of aandoening.

Voorbehouden 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.

Bijlage 4 Suggesties vanuit het project voor de update van de NVLFRichtlijn Logopedische Verslaggeving

Op basis van de discussies gevoerd tijdens de ontwikkeling van de voorliggende NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaggeving wordt voorgesteld om bij de komende update van de NVLF-Richtlijn Logopedische Verslaggeving de volgende veranderingen door te voeren:

Gegevens die moeten worden toegevoegd:

- bekendheid patroon tekens en symptomen en/of beloop ervan (bekend/onbekend/bekend, echter...)
- aanwezigheid rode vlaggen (ja/nee)
- aard rode vlaggen
- aanwezigheid gele vlaggen (ja/nee)
- aard gele vlaggen

De naam van bepaalde gegevens te veranderen

<u>Oud</u>	<u>voorstel</u>
aard functioneringsproblemen	aard functioneren
datum verslaggeving aan verwijzer	datum verslaggeving aan huisarts/verwijzer
functioneringsproblemen in termen van beperkingen, participatieproblemen en stoornissen + lokalisatie stoornissen	functioneren en functioneringsproblemen
screening	DTL-screening

Plaats van gegevens te veranderen

- datum verslaggeving aan huisarts/verwijzer verplaatsen naar 'Overige niet aan een fase gekoppelde basisgegevens'

Aanpassing van de omschrijving van:

- onderliggende persoonlijke factoren
- indicatie voor logopedie
- datum sessie
- realisatie behandeldoelen/-resultaat
- datum verslaggeving aan huisarts/verwijzer
- legenda Figuur 1.

Bijlage 5 Inhoud van de brieven in de NHG/KNGF-Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut²⁵

De informatie wordt uitgewisseld via brieven met omgeschreven rubrieken. Model en inhoud zijn afhankelijk van het zorgmoment, maar de brief kent een vaste driedeling:

- **envelop:** bevat rubrieken voor de overdracht van administratieve gegevens. Daarnaast is er ruimte voor contactgegevens: wanneer en hoe kan de huisarts de fysiotherapeut bereiken.
- **kern:** rubrieken om de boodschap kernachtig te beschrijven
- **bijlage:** overige medisch inhoudelijke rubrieken.

Onderscheiden zijn de volgende rubrieken:

DTF-bericht

De **kern** van het DTF-bericht omvat de volgende rubrieken:

Reden contact

- in korte bewoordingen de belangrijkste klacht(en) of hulpvraag van de patiënt in relatie tot het raadplegen van de fysiotherapeut.

Screening risicofactoren

- wat is de uitkomst van het screeningsproces door de fysiotherapeut?; de fysiotherapeut selecteert uit de volgende mogelijkheden:
 - I bekend patroon ('volgens het boekje')
 - II onbekend patroon
 - III bekend patroon, een of meerdere afwijkende symptomen
 - IV bekend patroon, afwijkend beloop
 - V aanwezigheid één of meer rode vlaggen

Anamnese

- voor de klacht relevante bevindingen uit de anamnese;
- de voorgeschiedenis voor zover deze is gerelateerd aan de klacht;
- indien relevant: ook het tijdstip van ontstaan, de duur van de klacht, het beloop van de klacht, een eerdere behandeling en het effect hiervan; indien relevant ook negatieve bevindingen;
- een vermelding indien het een heteroanamnese betreft.

Lichamelijk onderzoek

- relevante bevindingen uit het lichamelijk onderzoek; zowel positieve als negatieve bevindingen.

Conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)

- een kernachtige samenvatting van de conclusie, of de fysiotherapeutische (werk)diagnose; het gaat hier om het eigen oordeel van de fysiotherapeut. Als de diagnose elders is gesteld dan moet dit vermeld worden;
- indien relevant en bekend: ook de prognose vermelden;
- bij 'niet pluis' deze term vermelden en een toelichting waarom de fysiotherapeut deze kwalificatie toekent.

Beleid/behandelplan

- het beleid of behandelplan van de fysiotherapeut, de ingestelde behandeling;
- al ingestelde of geplande interventies door de fysiotherapeut;
- verwachte tijdsduur tot gedeeltelijk of volledig herstel.

Advies gegeven aan patiënt

- indien relevant: het advies dat de patiënt heeft gekregen, zo letterlijk mogelijk geformuleerd;
- verder vermelden wat is besproken met de patiënt, ook dat de patiënt is geadviseerd een (spoed-) afspraak met de huisarts te maken.

Procedurevoorstel

- voorstel van de fysiotherapeut voor de verdere voortgang, bijvoorbeeld:
 - verder fysiotherapeutisch onderzoek is niet geïndiceerd, geen verwijzing naar anderen;
 - verder fysiotherapeutisch onderzoek is niet geïndiceerd, patiënt is geadviseerd contact op te nemen met de huisarts;
 - verder fysiotherapeutisch onderzoek is geïndiceerd, ik start met behandeling ...

²⁵ Ontleend aan NHG/KNGF, 2010.

- verder fysiotherapeutisch onderzoek is geïndiceerd, maar ik wil graag aanvullende informatie;
- verder fysiotherapeutisch onderzoek is geïndiceerd, de patiënt wordt doorgestuurd naar een collega fysiotherapeut.

De **bijlage** ontbreekt in het DTF-bericht.

Verslag fysiotherapeut

De **kern** van het verslag fysiotherapeut bevat de volgende rubrieken:

Vraagstelling, reden verwijzing/contact

- in korte bewoordingen de belangrijkste klacht(en) of reden verwijzing voor consultatie fysiotherapeut.

Conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)

- de werkdiagnose van de fysiotherapeut.

Beleid/behandelplan

- het voorgestelde of actuele behandelplan of beleid van de fysiotherapeut;
- bijgestelde of verlengde behandeling;
- gevraagde behandeling van de huisarts, bijvoorbeeld injectie;
- al ingestelde of geplande interventies door de fysiotherapeut;
- verwachte tijdsduur tot gedeeltelijk of volledig herstel.

Behandelverloop/resultaat

- bij *tussentijds* verslag: (korte) vermelding of de behandeling volgens verwachting verloopt. Vermelding of de fysiotherapeut verlenging van de behandeling overweegt. Indien belemmerende factoren voor herstel bestaan deze vermelden;
- bij *eindverslag*: (kort) ingaan op de vraag van de huisarts of de specialist; eventueel een samenvatting. Indien belemmerende factoren voor herstel bestaan deze vermelden.

Aanbeveling vervolg huisarts

- eventueel een voorstel voor doorverwijzing;
- ook mogelijk: een verzoek om informatie, om aanvullende diagnostiek of om therapeutische interventie.

Advies gegeven aan patiënt

- indien relevant: het advies dat de patiënt heeft gekregen, zo letterlijk mogelijk geformuleerd;
- verder vermelden wat is besproken met de patiënt.

De bijlage van het verslag fysiotherapeut bevat de volgende rubrieken:

Anamnese

- eventueel een samenvatting van de voor de klacht relevante bevindingen uit de anamnese;
- de voorgeschiedenis voor zover deze is gerelateerd aan de klacht;
- indien relevant het tijdstip van ontstaan, duur en beloop van de klacht, eerdere behandeling en effect;
- indien relevant ook negatieve bevindingen;
- een vermelding indien het een heteroanamnese betreft.

Psychosociale anamnese

- psychosociale factoren indien van toegevoegde waarde (terughoudend omgaan met deze rubriek).

Lichamelijk onderzoek

- relevante positieve en negatieve bevindingen uit het lichamelijk onderzoek.

Beeldvormend onderzoek

- relevante uitslagen van onderzoek, met per onderzoek datum, plaats, type onderzoek en uitslag;
- Indien relevant ook nadere details vermelden, zoals methode, uitvoerder, eenheid en normaalwaarden.
Betreft bijvoorbeeld een echo.

Overig onderzoek

- bijvoorbeeld vragenlijsten en score.

Beloop/interventie

- belangrijke punten uit het beloop en/of de toegepaste interventie; hier meer op detailniveau mogelijk.

In tabel B5.1 staan de rubrieken per brief van de fysiotherapeut aan de huisarts.

B5.1 Rubrieken per brief van de fysiotherapeut aan de huisarts, ontleend aan NHG/KNGF Richtlijn gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut (NHG/KNGF, 2010)

Rubriek	DTF: niet pluis	DTF: ver- zoek aan huisarts	DTF: pluis; geen indicatie FT	DTF: pluis; indica- tie FT	consult- antwoord	Tussen- tijds verslag FT	Eind- verslag FT
kern							
Reden contact	*	*	*	*			
Vraagstelling, reden verwijzing/contact					*	*	*
Screening risicofactoren	*	*	*	*			
Anamnese	+	*	*	*	(1)	(1)	(1)
Lichamelijk onderzoek	+	+	*	*	(1)	(1)	(1)
Conclusie (of: fysiotherapeutische diagnose)	*	+	*	*	*	*	*
Beleid/behandelplan		+		*	+	*	
Behandelverloop/ resultaat						*	*
Aanbeveling vervolg huisarts					+		*
Advies gegeven aan patiënt	*		+			+	*
Procedurevoorstel		*	*	*			
bijlage							
Anamnese					+	+	+
Beloop/interventie						+	+
Psychosociale anamnese					+	+	+
Lichamelijk onderzoek					+	+	+
Beeldvormend onderzoek					+	+	+
Overig onderzoek					+	+	+

+ optioneel in dit bericht

* verplicht in dit bericht

(1) deze rubriek staat in dit bericht in de bijlage