

SCN Vereisten dossiervoering

Auteurs 01-04-2019:

Monique van der Marck, commissielid Visitatiecommissie SCN
Jakob van Vlijmen, voorzitter Kwaliteitscommissie NCA

Herzien 01-07-2023 en 17-01-2024:

Brenda van der Vossen, lid Raad van Bestuur SCN, portefeuille visitatie
Esther Frijters, manager secretariaat SCN

Inleiding

Voor wie zijn deze vereisten?

Deze vereisten zijn ontwikkeld door de SCN in samenwerking met de NCA en zijn van toepassing op alle SCN-chiropractoren en het personeel onder hun toezicht. In deze vereisten wordt beschreven hoe chiropractoren klinische gegevens betreffende hun werkzaamheden het beste kunnen bijhouden.

Overzicht

Het bijhouden van doelmatige klinische gegevens is essentieel voor de veilige en effectieve zorg voor een patiënt, waarbij het welzijn van de patiënt voorop staat. Goede klinische gegevens kunnen bijdragen aan de veiligheid en continuïteit van de zorg, ook kunnen zij een onderzoek of geschillenbeslechting vergemakkelijken.

Om een veilige en effectieve zorg te bevorderen, moeten patiëntendossiers nauwkeurig, leesbaar en begrijpelijk zijn en tevens zo gedetailleerd, dat een andere chiropractor, indien nodig, de zorg voor de patiënt kan overnemen. In deze richtlijnen staan de minimale vereisten voor klinische gegevens.

Opmerking: de term 'patiënt' wordt gebruikt voor de persoon die de behandeling of (gezondheids)zorg van de chiropractor ontvangt.

Door chiropractoren bijgehouden klinische gegevens

1. Verantwoordelijkheden

Chiropractoren hebben zowel de professionele als wettelijke verantwoordelijkheid om:

- a. Op doelmatige en adequate wijze klinische gegevens voor elke patiënt bij te houden.
- b. De gegevens die ze over patiënten verzamelen vertrouwelijk te houden en de gegevens te bewaren, over te dragen, te verwijderen of beschikbaar te stellen in overeenstemming met de vereisten van relevante wetgeving inzake privacy- en medische gegevens.
- c. Op de hoogte te zijn van de bepalingen in de relevante wetgeving inzake privacy- en medische gegevens, inclusief maar niet beperkt tot de WGBO (Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst), de WKKGZ (Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen in de Zorg) en de AVG (Algemene Verordening Gegevensbescherming).

2. Algemene principes

- a. Klinische dossiers kunnen in papieren of elektronische vorm worden bijgehouden. Een elektronisch dossier moet afgedrukt kunnen worden.
- b. Elke patiënt moet een afzonderlijk gezondheidsdossier hebben, met alle over hem of haar verzamelde gezondheidsgegevens.
- c. Het dossier moet worden gecreëerd bij het consult, zo snel mogelijk daarna of zodra gegevens (zoals testresultaten) beschikbaar zijn. Het moet een nauwkeurige en actuele weergave van de consulten en interacties zijn. Als de datum waarop een dossier wordt aangemaakt afwijkt van de datum van de consultatie, moeten de datum van dossieraanmaak en de datum en tijd van de consultatie worden genoteerd.
- d. Gegevens moeten op chronologische volgorde in een klinisch dossier worden opgenomen.
- e. Dossiers moeten leesbaar en begrijpelijk zijn. De kwaliteit moet zodanig zijn dat een andere chiropractor de terminologie en afkortingen zou begrijpen en met de geleverde informatie, de zorg voor de patiënt zou kunnen overnemen. Het kan nuttig zijn voor een behandelaar om een makkelijk toegankelijke lijst met veelgebruikte afkortingen te maken, die aan een volgende behandelaar gegeven kan worden.
- f. Als gescande documenten, zoals externe verslagen, aan het dossier worden toegevoegd, moet de leesbaarheid van het originele document gewaarborgd blijven.
- g. Dossiers zijn in principe in het Nederlands, mogelijke uitzonderingen zijn:
 1. Als de patiënt anderstalig is en de consulten worden in deze taal gevoerd.
 2. Anderstalige vaktermen of vaktechnische afkortingen.
- h. Dossiers moeten indien nodig direct kunnen worden ingezien.
- i. Dossiers moeten veilig worden opgeslagen en worden beschermd tegen verlies of schade, wat onder meer een proces voor veilige overdracht en een back-up van elektronische dossiers inhoudt.
- j. Alle opmerkingen in het dossier moeten klinisch relevant zijn, respectvol naar de patiënt toe en in geschikte klinische, objectieve bewoordingen.
- k. Er kunnen op het moment van invoer of daarna correcties worden aangebracht aan het dossier. De correctie moet door de behandelaar worden geïnitieerd en gedateerd en de originele invoer moet nog steeds zichtbaar of digitaal te traceren zijn.
- l. Een behandelend chiropractor mag de verantwoordelijkheid voor de nauwkeurigheid van de gegevens in het dossier niet aan iemand anders delegeren.
- m. Een behandelend chiropractor moet het recht van een patiënt tot toegang van de gegevens in zijn/haar klinische dossier erkennen en mogelijk maken.
- n. Als de patiënt een schriftelijk verzoek tot overdracht van medische informatie doet, moet dat tijdig en veilig worden gedaan en indien verzocht moet de patiënt worden geïnformeerd over de locatie van het dossier. Behandelaars moeten zulke verzoeken registreren.
- o. Conform de [Wegiz](#) moet gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders elektronisch verlopen in plaats van via fax, dvd of op papier.

3. Vast te leggen naw-gegevens

1. Volledige naam met initialen
2. Geslacht
3. Geboortedatum
4. Volledig adres
5. Telefoonnummer
6. E-mailadres
7. Bsn-nummer, alsook het soort document en het documentnummer waar het BSN-nummer vanaf wordt gehaald
8. Verzekering
9. Verzekeringsnummer van de patiënt

Optioneel

10. Huisarts
11. Naam en gegevens van de contactpersoon in geval van calamiteiten

4. Vast te leggen gegevens bij een initiële of nieuwe presentatie

De volgende gegevens zijn onderdeel van het klinische dossier en moeten worden opgenomen bij de initiële presentatie, of bij presentatie van een nieuwe klacht.

Anamnese (noteren bij eerste consult en/of wanneer er zich een nieuwe klacht voordoet):

- a. Reden van consult/klacht
 1. Locatie
 2. Omschrijving pijn
 3. Pijnintensiteit/soort pijn
 4. Verergerende en verminderende factoren
- b. Oorzaak klacht
- c. Andere behandelingen en het resultaat, naam behandelaar
- d. Andere klachten
- e. Medische geschiedenis en mogelijke contra-indicaties
- f. Medicijnen
- g. Ongelukken
- h. Familiegeschiedenis
- i. Relevante sociale en levensstijl geschiedenis

Onderzoek (noteren bij eerste consult en/of wanneer er zich een nieuwe klacht voordoet):

- a. Uitgevoerd onderzoek en relevante klinische bevindingen

Diagnose:

- a. Werkdiagnose, differentieel diagnose(n), andere diagnostische onderzoeken

Behandelplan:

- a. Frequentie
- b. Behandeltechnieken of welke juist niet te gebruiken
- c. Wanneer her-evaluatie van het behandelplan plaatsvindt
- d. Eventuele oefeningen & adviezen, hieronder zorgmanagementplan, co-management met andere hulpverleners

Prognose:

- a. Ten opzichte van de hulpvraag van de patiënt

Akkoord behandeling (informed consent):

- a. Schriftelijk voor cervicale onderzoek/behandeling (verplicht)
- b. Schriftelijk of mondeling voor Dry needling (niet verplicht)
- c. Mondeling voor de verdere behandelingen

5. Vast te leggen gegevens bij een vervolgconsult

Bij elke presentatie moeten gegevens die relevant zijn voor die consultatie, duidelijk worden gedocumenteerd, waaronder de volgende:

- a. Datum van het consult
- b. Naam behandelaar
- c. Naam van de persoon die informatie levert indien dit niet de patiënt zelf is, bijvoorbeeld een ouder of voogd
- d. Reden voor het consult wanneer een bestaande patiënt met een nieuwe klacht komt
- e. Relevante subjectieve gegevens, waaronder reactie op de behandeling, ook als die door een andere behandelaar wordt geleverd
- f. Relevante objectieve gegevens over een uitgevoerd (evt. beeldvormend) onderzoek en relevante klinische bevindingen
- g. Wijzigingen of toevoegingen van eerdere Informed Consent (bijvoorbeeld ingetrokken, uitgebreid, gewijzigd), samen met opmerkingen over de omvang van de wijziging
- h. Wijziging van een gedocumenteerde werkdiagnose/ behandelplan
- i. Uitgevoerde procedures, gebruikte technieken en gegeven advies/instructies. Behandeling noteren:
 1. Niveaus en technieken
 2. Behandelde musculatuur
 3. Adviezen en oefeningen
- j. Doorverwijzingen, brieven, correspondentie, klinische gegevens, verslagen of relevante communicatie betreffende de patiënt
- k. Wijzigingen of toevoegingen op de contra-indicaties of gezondheidswaarschuwingen
- l. Setting en context (bijvoorbeeld buiten werkuren, huisbezoek of een sportevenement)