

## SCN Vereisten dossiervoering

### Auteurs 01-04-2019:

Monique van der Marck, commissielid Visitatiecommissie SCN

Jakob van Vlijmen, voorzitter Kwaliteitscommissie NCA

### Herzien 01-07-2023, 14-02-2024, 28-05-2024

Brenda van der Vossen, lid Raad van Bestuur SCN, portefeuille visitatie

Esther Frijters, manager secretariaat SCN

Herzien 28-05-2025

Marie-Louise Stassen, voorzitter visitatiecommissie SCN

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 bij te houden klinische gegevens

#### 1. Verantwoordelijkheden

Chiropractoren hebben zowel de professionele als wettelijke verantwoordelijkheid om:

- a. Op doelmatige en adequate wijze klinische gegevens over elke patiënt bij te houden.
- b. De gegevens die ze over patiënten verzamelen vertrouwelijk te houden en deze 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), de AVG (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Wegiz (Wet elektronische

gegevensuitwisseling in de zorg) en de Wabvpz (Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg).

## 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, die alle over hem of haar verzamelde gezondheidsgegevens bevat.
- c. Het dossier moet worden gecreëerd bij het eerste 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 in deze taal gevoerd worden.
  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 voorzien van zijn initialen 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
- e. Eventueel co-management met andere hulpverleners

##### Prognose:

- a. Ten opzichte van de hulpvraag van de patiënt

##### Akkoord behandeling (informed consent):

- a. Schriftelijk voor cervicaal onderzoek/behandeling (verplicht)
- b. Schriftelijk of mondeling voor Dry needling (niet verplicht)
- c. Mondeling voor de verdere behandelingen
- d. In geval van behandeling in een open plan praktijk; schriftelijke instemming van de patiënt met behandeling in een open plan setting i.p.v. een 1-op-1 behandeling.

## 5. Informatieplicht

Gedocumenteerd wordt dat de patiënt voorafgaand aan de start van de behandeling over onderstaande is geïnformeerd:

- a. De inhoud van de behandeling
- b. De voordelen van de behandeling
- c. Mogelijke bijwerkingen van de behandeling
- d. Alternatieven voor chiropractie
- e. Het opstellen van een behandelplan en de bijbehorende kosten
- f. Daarnaast wordt de patiënt geattendeerd op het recht op zelfbeschikking en vrije keuze van behandelaar.
- g. De kosten van één behandeling

## 6. Vast te leggen gegevens bij een vervolgconsult

Bij elk vervolgconsult moeten gegevens, die relevant zijn voor die consultatie, duidelijk worden gedocumenteerd, waaronder het 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 of werd 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 notities bevatten in ieder geval:
  - 1. Behandelde niveaus en gebruikte 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)

## 7. Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)

### Identiteit controleren

In de gezondheidszorg bestaat een identificatieplicht. Een hulpverlener controleert aan de hand van het identiteitsbewijs de identiteit van een patiënt. Een kopie of scan maken van het identiteitsbewijs mag niet. De soort en het nummer van het identiteitsbewijs in de administratie opnemen mag wel. Zie verder: Identiteitsbewijs in de zorg.

Hulpverleners zijn ook wettelijk verplicht het burgerservicenummer (BSN) te gebruiken. De hulpverlener legt het BSN vast in de administratie en gebruikt het bij het uitwisselen van patiëntgegevens met andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zie verder: BSN in de zorg.

### **Geheimhoudingsplicht**

Wie in de gezondheidszorg betrokken is bij de verwerking van gezondheidsgegevens, heeft een geheimhoudingsplicht. Zo'n geheimhoudingsplicht kan bijvoorbeeld voortkomen uit:

- Het beroep van de hulpverlener;
- De behandelingsovereenkomst die is afgesloten met de patiënt;
- Een arbeidsovereenkomst;
- De wet.

De geheimhoudingsplicht betekent voor zorgaanbieders dat zij alleen gezondheidsgegevens aan anderen mogen verstrekken met toestemming van de patiënt of als het verplicht is op grond van de wet.

Voor verschillende soorten beroepen geldt een (vorm van) geheimhoudingsplicht. Daarnaast mogen gezondheidsgegevens niet door onbevoegden worden ingezien. Dat geldt ook op grond van de AVG.

### **Toestemming patiënt**

De meeste gegevensverwerkingen in de zorg zijn voldoende geregeld in de wet. Toestemming vragen is dan niet nodig. De AVG vereist alleen toestemming als er geen andere grondslag is om gezondheidsgegevens te verwerken,

### **Toestemming vereist uitwisseling medische gegevens**

Voor het doorbreken van het beroepsgeheim is toestemming nodig van de patiënt. Deze toestemming is bijvoorbeeld nodig als de gezondheidsgegevens moeten worden gedeeld met hulpverleners die niet betrokken zijn bij de behandeling.

### **Toestemming vereist verwerking van persoonsgegevens**

Voor het verwerken van persoonsgegevens dient u ook de toestemming te hebben van de patiënt. Denkt u bijvoorbeeld aan het maken van een afspraak, bellen met een patiënt, een factuur sturen of aan het versturen van een nieuwsbrief.

### **Beveiliging gezondheidsgegevens**

In de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) staat dat zorgaanbieders maatregelen moeten nemen om gezondheidsgegevens goed te beveiligen (artikel 32 AVG). In de norm NEN 7510 staat hoe zorgaanbieders dat moeten doen. Zo mogen alleen bevoegde medewerkers toegang hebben tot het dossier van een patiënt. En moeten zorgaanbieders dat controleren.

### **Bewaartermijn patiëntendossier**

In de AVG is de hoofdregel dat persoonsgegevens niet langer mogen worden bewaard dan noodzakelijk is voor het doel waarvoor ze zijn vastgelegd (artikel 5 lid 1 onder e AVG). Die bewaartermijn is in specifieke wetten vastgelegd. Zo staat in de WGBO een bewaartermijn van in principe 20 jaar voor patiëntendossiers.

### **Rechten van patiënten**

Op het moment dat de persoonsgegevens van mensen worden verwerkt, hebben zij bepaalde rechten. De rechten van patiënten staan in de WGBO, de Wabvpz en de AVG.

- In de WGBO staat dat patiënten het recht hebben om hun dossier met gezondheidsgegevens in te zien en om correctie, aanvulling of vernietiging van hun dossier te vragen. Het wissen van gezondheidsgegevens is niet altijd mogelijk. De zorgaanbieder maakt deze afweging per geval en houdt zich daarbij aan de AVG.
- De Wabvpz geeft patiënten het recht om hun dossier elektronisch in te zien.
- Ook in de AVG staan verschillende privacy-rechten.