

Hoe schrijf ik een behandel- verslag?

Ruth Willems

Hoe schrijf ik een behandelverslag?

Ruth Willems

ISBN 978 90 8560 361 0

NUR 770 / THEMA MKM / BISAC PSY000000

© 2024 Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Tekst- en datamining niet toegestaan.

Inhoudsopgave

Inleiding	7
1 Algemene richtlijnen	9
1.1 Anonimiseren	9
1.2 Evidence based	10
1.3 Leesbaar en begrijpelijk	11
1.4 Feitelijk	11
1.5 Bewaartermijn	11
2 Onderdelen in het behandelverslag	13
2.1 Persoonsgegevens	14
2.2 Reden van aanmelding	16
2.3 Intake	18
2.4 Behandelplan	41
2.5 Behandelverloop	65
2.6 Resultaten	69
2.7 Aanbevelingen	72
2.8 Follow-up	73
3 Bijlages behandelverslag	75
3.1 Resultaten voor- en nametingen	75
3.2 Samenvatting sessies	77
3.3 Literatuurlijst	80
3.4 Reflectie	81
4 Aanvullende informatie	83
4.1 De Brug: over identiteit	83
4.2 Identiteitsbevorderend kindgesprek	85
4.3 Interview met Yaron Kaldenbach	88
4.4 Interview met Noëlle Pameijer	93
Literatuurlijst	99

Inleiding

Om goede psychologische zorg te (kunnen) bieden, is het belangrijk een behandelverslag te schrijven. Het verslag biedt een overzicht van de doelen, interventies en resultaten van de behandeling, hetgeen de motivatie en betrokkenheid kan vergroten. Als een cliënt overstapt naar een nieuwe zorgverlener kan een verslag bovendien een soepele overdracht ondersteunen. Voor therapeuten is het, naast het houden van overzicht, een manier om op hun eigen handelen te reflecteren. Het helpt hen om kritisch naar hun eigen werk te kijken en aanpassingen te doen.

In opleidingstrajecten zoals de route tot Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP, de registratie als cognitief gedragstherapeut of een stage tijdens de universitaire studie, is het schrijven van een behandelverslag daarom vaak een verplicht onderdeel.

Dit boek is een praktische handleiding voor het opstellen van behandelverslagen. Het beschrijft het proces van verslaglegging, beginnend bij algemene richtlijnen, via het formuleren en onderbouwen van doelen, naar het rapporteren van de resultaten en de reflectie op het proces. Steeds wordt een concreet voorbeeld gegeven. De voorbeelden in het boek zijn gefingeerd of een combinatie van verschillende casussen.

Afhankelijk van de wijzen van rapporteren en eisen die de verschillende opleidingen en werkplekken hanteren, kan de lezer zelf bepalen welke onderdelen hij integreert in het verslag, overslaat of toevoegt. Sommige delen zijn voor het cliëntverslag, andere voor de therapeut zelf of voor de professionele beoordelaar van het verslag.

Dit boek is daarom zeer geschikt voor studenten, psychologen en orthopedagogen die voor hun opleiding casuïstiekverslagen moeten schrijven. Ervaren professionals kunnen dit boek gebruiken als hulpmiddel bij het schrijven van hun eigen behandelverslagen en bij de begeleiding van supervisanten.

Ik wil Yaron Kaldenbach, Noëlle Pameijer, Annelies Spek, Lisa van Schijndel, Richard Amos, Amber Bakker, Marieke van den Hooven, Jeanine Versteegh-Bervoets, Deborah Hakvoort-Ng, Noor Terwindt en Remco bedanken voor hun waardevolle bijdrages.

Voor de leesbaarheid is in dit boek meestal de mannelijke vorm gebruikt, in de casussen meestal de vrouwelijke vorm. Daar waar *hij* staat kan ook *zij*, of andersom, en *die* of *hen* worden gelezen.

Algemene richtlijnen

Je kunt een behandelverslag voor een opleiding op verschillende manieren schrijven, maar de volgende richtlijnen zijn op elk verslag van toepassing:

- Anonimiseer.
- Maak zo veel mogelijk gebruik van evidence based-behandelingen en leg uit wanneer je hiervan afwijkt.
- Schrijf leesbaar en begrijpelijk.
- Schrijf feitelijk en geef helder aan wie wat zegt.
- Vermeld de geldigheidsduur van het rapport en de bewaartermijn.

1.1 Anonimiseren

Als een dataset/verslag persoonsgegevens bevat, dan geldt de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG): Europese regels over wat wel en niet mag bij de verwerking van gegevens die over personen gaan, ter bescherming van persoonsgegevens (AVG, 2016). De AVG staat de lidstaten toe om specifieke nationale wetgeving te maken. In Nederland gebeurt dit via de Nederlandse Uitvoeringswet (UAVG, 2018).

Bij een behandelverslag gaat de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO, 1994) boven de AVG, omdat de WGBO expliciet regels stelt hoe je omgaat met gezondheidsgegevens in het kader van geneeskundige behandelingen. De WGBO schrijft voor dat alleen personen die direct bij de behandeling betrokken zijn, zoals behandelaren, het secretariaat, de kwaliteitsafdeling en de ICT-afdeling, cliëntgegevens mogen inzien. Dit inzien is alleen toegestaan wanneer het noodzakelijk is voor hun taken binnen het behandelproces (artikel 7:457 Burgerlijk Wetboek).

Een behandelingscasus mag daarom niet worden gedeeld met een commissie voor opleidingsdoeleinden als er identificeerbare kenmerken van de cliënt in staan. De casus moet volledig worden geanonimiseerd en niet herleidbaar zijn tot een individueel persoon. Als aan deze voorwaarden is voldaan, worden de gegevens niet

langer als persoonsgegevens beschouwd volgens de AVG en WGBO. In dat geval kan de casus worden gedeeld zonder dat specifieke toestemming van de cliënt nodig is.

Sommige behandelaren vragen de cliënt alsnog toestemming om de casus voor te leggen aan de commissie. Maar ook bij toestemming moet je de casus anonimiseren. In paragraaf 2.1 staan voorbeelden hoe je een casus kunt anonimiseren.

1.2 Evidence based

Een therapie mag zich evidence based noemen wanneer er voldoende verantwoord wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar de effecten van de therapie en het onderzoek aantoonde dat de therapie een positief effect heeft. Wanneer een evidence based behandeling voorhanden is, heeft deze de voorkeur.

Soms is een therapie niet evidence based, maar wordt deze beschouwd als *best practice*, wat betekent dat het de best beschikbare optie is op basis van de huidige kennis en klinische ervaring. In de gezondheidszorg komen wetenschappelijke inzichten en klinische ervaring samen in zorgstandaarden en richtlijnen.

Een zorgstandaard geeft op hoofdlijnen weer waar goede zorg bij een bepaalde aandoening minimaal aan moet voldoen en richt zich op de organisatie van de gehele zorgketen. Zorgstandaarden zijn zoveel mogelijk geschreven vanuit het perspectief van de cliënt en gebaseerd op actuele, liefst wetenschappelijk onderbouwde inzichten. Richtlijnen zijn onderdeel van een zorgstandaard.

Richtlijnen zijn aanbevelingen die evidence based inzichten (wetenschappelijk) combineren met practice based kennis (praktijk) om zorgverleners te helpen bij het nemen van beslissingen over de beste behandeling voor specifieke aandoeningen.

Dit zijn vaak geraadpleegde standaarden en (multidisciplinaire) richtlijnen:

- ggz-standaarden. Zie <https://ggzstandaarden.nl>
- Databank Richtlijnen van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI).
Zie <https://www.nji.nl/richtlijnen>
- Hier staan ook de richtlijnen jeugdhulp in: <https://richtlijnenjeugdhulp.nl>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE):
<https://www.nice.org.uk>

Veel geraadpleegde bronnen voor wetenschappelijke onderbouwing zijn:

- PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Cochrane Library: <https://www.cochranelibrary.com>
- American Psychological Association (APA): <https://www.apa.org>
- Wetenschappelijke tijdschriften

Een nieuwe mogelijkheid biedt EvidenceHunt, dat met behulp van AI de 35 miljoen medisch-wetenschappelijke artikelen die Pubmed momenteel telt, doorzoekt. (<https://evidencehunt.com>).

1.3 Leesbaar en begrijpelijk

Dit is natuurlijk een breed begrip. In grote lijnen betekent het:

- Neem de lezer mee in het verhaal; leg uit wat je doet en waarom.
- Houd een duidelijke structuur aan met kopjes en subkopjes.
- Let op spelling, grammatica en zinslengte.
- Vermijd nodeloos ingewikkelde woorden.

1.4 Feitelijk

Houd je aan de feiten en onderbouw interpretaties en conclusies met concrete voorbeelden.

1.5 Bewaartermijn

Op 1 januari 2020 is de wettelijke bewaartermijn van het medisch dossier verlengd van vijftien naar twintig jaar (artikel 7:454 lid 3 BW). Dit komt voort uit de WGBO, die op een aantal punten is aangepast. Een dossier moet hierdoor ten minste twintig jaar worden bewaard na de laatste wijziging of zoveel langer als nodig wordt geacht.

Onderdelen in het behandelverslag

Een behandelverslag bestaat uit verschillende onderdelen, die hierna worden beschreven. De hoofdthema's geven structuur aan het verslag. Het is niet altijd noodzakelijk om alle subthema's op te nemen en deze kunnen ook integraal aan de orde komen (onder een ander kopje). Je kunt de kopjes aanvullen of aanpassen, naar eigen inzicht en afhankelijk van de richtlijnen die voor jou van toepassing zijn.

- **Persoonsgegevens**
- **Reden van aanmelding**
- **Intake**
 - Informatie van cliënt (en gezin)
 - Informatie van derden (school, instelling, naasten)
 - Voorgeschiedenis
 - Verklarende en instandhoudende factoren
 - Eventueel een classificatie
 - Samenvatting/integratie
- **Behandelplan**
 - Proces van indicatiestelling
 - Behandeldoelen
 - Interventies
 - Plan van aanpak in de tijd
 - Voormeting
- **Behandelverloop**
- **Resultaten**
- **Aanbevelingen**
- **Follow-up**

- **Bijlages behandelverslag**
 - Resultaten voor- en nametingen
 - Samenvatting sessies
 - Literatuurlijst
 - Reflectie

2.1 Persoonsgegevens

Wanneer je een behandelverslag schrijft in het kader van een opleiding moet je het verslag anonimiseren. Hierna staat beschreven hoe je de data zo kunt rapporteren dat die niet herleidbaar zijn tot een persoon.

Namen (cliënt, betrokkenen, school, instelling)

Het doel is dat de cliënt niet herkenbaar of herleidbaar is, om zo diens privacy te waarborgen. Daarom worden alle namen in het verslag afgekort tot een letter of een symbool.

Een gefingeerde naam mag ook, maar dit moet wel worden vermeld. Bedenk wel dat ook een gefingeerde naam herleidbaar kan zijn of informatie kan suggereren. Men zal van de naam Diederick sneller Lodewijk maken dan Abdullah. Het is daarom handiger de cliënt een letter of symbool toe te kennen en geen verzonnen naam. Dit geldt ook voor de ouders en andere betrokkenen.

Het land van herkomst kan ook met een letter worden aangeduid of in algemene termen worden beschreven. Wees ook dan terughoudend met het delen van (algemene) informatie. Sommige landen zijn zo klein dat hun inwoners elkaar in Nederland soms kennen (bijvoorbeeld Monaco of Liechtenstein). Andere landen hebben een hechte gemeenschap in Nederland (bijvoorbeeld de Molukse of Antilliaanse gemeenschap).

Namen van instellingen en hun plaatsnaam mogen ook niet worden genoemd en moeten worden aangegeven met een letter of symbool. Vooral in kleine plaatsen kan een cliënt al met minimale informatie worden herkend.

De naam van de school en de plaatsnaam van de school noem je niet, maar je vermeldt wel of het speciaal of regulier onderwijs betreft en welk niveau, bijvoorbeeld havo, mbo 2-niveau 2 et cetera. Je anonimiseert ook de naam van de leerkracht(en) of docent(en).

Geboortedatum (niet noodzakelijk)

De geboortedatum kan met het geboortjaar en eventueel met de maand worden aangegeven. De geboortedag is te specifiek en daarom mogelijk herleidbaar. De kalenderleeftijd kan verschillen van de paspoortleeftijd, zoals bij adoptie- en asielkinderen regelmatig het geval is. Geef een eventueel verschil aan in het verslag.

Leeftijd

Noem de hele jaren en eventueel het aantal maanden. De dag kan met een x worden aangeduid.

Geslacht

Afstemming over de wijze waarop het geslacht bij de persoonsgegevens en in de rapportage (niet) wordt genoemd, kan wenselijk zijn.

Aanleiding tot overleg kan zijn:

- Een cliënt wil niet dat het geslacht wordt genoemd in het verslag.
- Een cliënt identificeert zich anders dan het biologische geslacht en wil met het ervaren geslacht in de rapportage worden beschreven.
- Een cliënt identificeert zich als non-binair (zowel mannelijk als vrouwelijk of juist geen van beide).
- Een cliënt is een intersekse persoon, geboren met mannelijke en vrouwelijke geslachtskenmerken.
- De cliënt duidt zichzelf anders aan dan de betrokkenen in het verslag. Zo kan een cliënt zichzelf als vrouwelijk beschrijven en zij/haar genoemd willen worden, terwijl de ouders spreken over hun zoon en hem/zijn.

Sommige cliënten geven er de voorkeur aan om in het verslag te worden aangeduid met 'die' of 'hen'.

Datum onderzoek

Vermeld alleen het jaar en de maand(en) van het onderzoek. De dag kan worden aangegeven met een x.

Groep/klas

Noem het leerjaar en het schoolverloop als dat van toepassing is. 1, 2, 3, 3, 4 betekent dat het kind groep drie heeft gedoubleerd.

Bij een jongere kan de opsomming van het schoolverloop bijvoorbeeld zijn: basisschool: 1, 2, 3, 3, 4, 5, 6, 7, 8; voortgezet onderwijs: 1 vmbo-t, 2 vmbo-k.