

**KENNISPLEIN**  
gehandicaptensector

verbeterprogramma

## Deel 2: Verdieping op wet- en regelgeving

# De overeenkomsten en verschillen tussen het Besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg en de Wlz.

Besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg (oud)	Hoofdstuk 8 Wet langdurige zorg (nieuw)
Is van toepassing bij zorg die verleend wordt aan cliënten aan wie de zorgaanbieder voor een <i>periode langer dan drie maanden</i> AWBZ-zorg verleent.	Is van toepassing bij een cliënt die kiest voor een van de leveringsvormen van <i>Wlz- zorg in natura</i> . Voor cliënten die kiezen voor Wlz-zorg in de vorm van een PGB, <i>dus niet wettelijk verplicht!</i>
<p>De zorgaanbieder organiseert <i>zo spoedig mogelijk na de aanvang van de zorgverlening</i> een bespreking met de cliënt waarin de volgende onderwerpen aan bod komen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) welke doelen worden met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode gesteld, <i>gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt;</i></li> <li>b) op welke concrete wijze zullen de zorgaanbieder en de cliënt de gestelde doelen proberen te bereiken;</li> <li>c) wie is voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk; op welke wijze vindt afstemming plaats tussen meerdere zorgverleners en andere betrokkenen; wie kan de cliënt op die afstemming aanspreken;</li> <li>d) met welke frequentie en onder welke omstandigheden gaat de zorgaanbieder de zorgverlening in samenspraak met de cliënt evalueren en actualiseren.</li> </ul>	<p>Cliënt heeft er recht op dat de zorgaanbieder <i>vóór, dan wel zo spoedig mogelijk na aanvang van de zorgverlening</i>, een bespreking met de cliënt organiseert, om afspraken te maken over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) de doelen die met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode worden gesteld, en de wijze waarop de zorgaanbieder en de cliënt de gestelde doelen trachten te bereiken;</li> <li>b) de zorgverleners die voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk zijn, de wijze waarop afstemming tussen de zorgverleners plaatsvindt, en wie de cliënt op die afstemming kan aanspreken;</li> <li>c) de wijze <i>waarop de cliënt zijn leven wenst in te richten</i> en de ondersteuning die de cliënt daarbij van de zorgaanbieder zal ontvangen;</li> <li>d) de frequentie waarmee en de omstandigheden waaronder de zorg en/of ondersteuning met de cliënt zal worden geëvalueerd en geactualiseerd.</li> </ul>
n.v.t.	<p><i>Naast de bovengenoemde bespreekpunten dient tijdens de ondersteuningsplanbespreking ook aandacht d te worden besteed aan onderstaande gespreksonderwerpen (Besluit Langdurige zorg):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>zeggenschap</i> van de cliënt over de inrichting van zijn leven, waaronder de <i>betrokkenheid van mantelzorgers en vrijwilligers;</i></li> <li>b) de mogelijkheid om <i>dagelijks te douchen, tijdige hulp bij toiletgang en het tijdig verwisselen van incontinentiemateriaal;</i></li> <li>c) <i>voldoende en gezonde voeding en drinken;</i></li> <li>d) <i>een schone en verzorgde leefruimte;</i></li> <li>e) <i>een respectvolle bejegening, passend bij</i></li> </ul>

Toelichtingen bij Handreiking Ondersteuningsplannen 2013  
Deel 2: Verdieping op het gebied van wet- en regelgeving.

Versie: 08 april 2015

	<p>de eigenheid van de cliënt, en een veilige en aangename leefsfeer;</p> <p>f) mogelijkheden voor de cliënt tot het beleven van en leven overeenkomstig zijn godsdienst of levensovertuiging;</p> <p>g) een zinvolle dag invulling en beweging;</p> <p>h) de mogelijkheid om dagelijks in de buitenlucht te verkeren; en</p> <p>i) ontwikkeling en ontplooiing van de cliënt waaronder, in geval van deelname aan onderwijs, afstemming met de school waar verzekerde is aangemeld of toegelaten.</p> <p>Toelichting Besluit Langdurige zorg: [...] het is niet de bedoeling dat bovenstaande onderwerpen als een afvinklijst worden gebruikt. Het uitgangspunt is dat de cliënt minimaal op bovengenoemde onderwerpen zeggenschap krijgt over de inrichting van zijn leven en hier zelf keuzes in maakt.</p>
N.v.t.	<p>Voorafgaand aan de bespreking kan de cliënt andere gespreksonderwerpen aandragen door het indienen van een persoonlijk plan.</p> <p>De zorgaanbieder moet de cliënt op deze mogelijkheid wijzen en de cliënt hierna zeven dagen de tijd geven voor het indienen van dit plan. Tijdens de bespreking wordt uiteraard rekening gehouden met de wensen uit het persoonlijk plan van de cliënt.</p>
N.v.t.	<p>De zorgaanbieder respecteert de wensen van de cliënt om zijn leven in te richten zoals hij dit wenst, tenzij dit in redelijkheid niet van de zorgaanbieder kan worden verlangd in verband met:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>beperkingen op grond van andere wetgeving;</li> <li>de lichamelijke of geestelijke mogelijkheden of beperkingen van de cliënt;</li> <li>de verplichting om op te treden als een goed zorgverlener en de betrokken zorgprofessional daarover een andere zorgprofessional heeft geraadpleegd;</li> <li>het respecteren van de rechten van andere cliënten; of</li> <li>een goede en ordelijke gang van zaken.</li> </ol> <p>Bovendien heeft de cliënt niet meer recht op zorg dan waarop hij redelijkerwijs aanspraak kan maken op grond van zijn indicatiebesluit en hetgeen de cliënt met de zorgaanbieder is overeengekomen in het zorgarrangement.</p>
Is de cliënt of zijn vertegenwoordigers niet bereid tot bespreking van de hierboven genoemde onderwerpen, dan houdt de zorgaanbieder bij vastlegging zoveel mogelijk rekening met de veronderstelde wensen en de bekende mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	Indien de cliënt en/of zijn wettelijk vertegenwoordiger niet bereid is om bij de ondersteuningsplanbespreking aanwezig te zijn, houdt de zorgaanbieder bij de vastlegging, evaluatie en actualisatie van het ondersteuningsplan, zoveel mogelijk rekening met de veronderstelde en bekende mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.
De zorgaanbieder moet binnen zes weken na aanvang van de zorgverlening het resultaat van de bespreking vastleggen in het zorgplan.	Binnen zes weken na aanvang van de zorg, of de evaluatie en actualisatie van het plan, legt de zorgaanbieder de gemaakte afspraken uit de

*Toelichtingen bij Handreiking Ondersteuningsplannen 2013  
Deel 2: Verdieping op het gebied van wet- en regelgeving.*

*Versie: 08 april 2015*

	<p>ondersteuningsplanbespreking vast in een ondersteuningsplan.</p>
<p>Na de fase van overleg met de cliënt moet de cliënt in de gelegenheid worden gesteld om die delen van het concept zorgplan die betrekking hebben op de persoon van de cliënt zelf, zijn leefomgeving en dagritme in te zien en te becommentariëren:</p>	<p>De zorgaanbieder verstrekt direct - of op verzoek later - een <a href="#">afschrift van het ondersteuningsplan aan de cliënt en/of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger</a>.</p>
	<p>De cliënt heeft er recht op dat <a href="#">minimaal twee maal per jaar</a> de afspraken uit zijn ondersteuningsplan met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger en <a href="#">zijn mantelzorger(s)</a> worden geëvalueerd. Indien een cliënt niet van zijn recht gebruik wil maken, kan de zorgaanbieder indien dit professioneel verantwoord is, in de wens van de cliënt meegaan.</p>
Nvt.	<p>De volgende punten moeten in het ondersteuningsplan worden vastgelegd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de beslissing van de zorgverlener (of behandelteam) op <a href="#">welke onderdelen van de zorgverlening en de mate waarin de cliënt niet in staat acht tot een redelijke waardering van zijn belangen en welke persoon de cliënt op dit onderdeel vertegenwoordigt</a>.</li> <li>• De <a href="#">schriftelijke wilsuiting</a> die is opgesteld toen de cliënt nog wilsbekwaam ter zake was en waarin hij geen toestemming geeft voor zorgverlening.</li> <li>• Het <a href="#">niet geven van toestemming door de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger voor de uitvoering van de zorgverlening</a>.</li> <li>• De beslissing dat de zorgaanbieder om <a href="#">geen gevolg te geven aan de weloverwogen wens van de cliënt om op genoemde gespreksonderwerpen zijn leven in te richten</a> zoals hij dit wenst.</li> </ul> <p>Zorgkantoor dient cliëntondersteuning aan te bieden bij het opstellen, actualiseren en evalueren van het ondersteuningsplan tijdens de cliëntbespreking.</p>

# 2A: De transities in de zorg: de toegang tot en de omvang van de Wet langdurige zorg

Sinds 1 januari 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) ingevoerd. De Wlz is een nieuwe volksverzekering die de oude Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) uit 1968 vervangt. De Wlz heeft als doelstelling dat ouderen met een blijvende somatische aandoening of psychogeriatrische beperking en mensen met blijvende verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen passende zorg of ondersteuning krijgen, met aandacht voor het individuele welzijn.

De Wlz maakt onderdeel uit van een omvangrijke hervorming van de zorg in Nederland. Naar mening van de regering sloot de AWBZ niet meer aan bij de huidige tijd. Het medisch perspectief was te dominant en bij de zorgverlening werd te weinig rekening gehouden met het welzijn van de cliënt, de informele zorg en ondersteuning die hij ontving. Ook de financiële houdbaarheid en daarmee de solidariteit dreigde in gevaar te komen.

In de Wlz staan regie naar vermogen, maatwerk, keuzevrijheid en zeggenschap van de cliënt centraal. De Wlz moet een vangnet bieden voor mensen die – ook met steun uit hun sociale netwerk of van de gemeente niet (meer) zelfredzaam zijn.

## De transities in de zorg

Volwassen mensen met een lichte ondersteuningsbehoefte kunnen bij de gemeente een beroep doen op maatschappelijke ondersteuning uit de nieuwe Wet Maatschappelijk Ondersteuning 2015 (Wmo 2015). Het doel van de Wmo2015 is dat iedere burger zo lang mogelijk kan meedoen in de samenleving (participeren) en zoveel mogelijk in zijn eigen omgeving kan blijven wonen.

Daarnaast is de gemeente sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor alle vormen van jeugdhulp, inclusief specialistische hulp voor jongeren met een verstandelijke beperking, de uitvoering van kinderschermingsmaatregelen en de uitvoering van de jeugdreclassering. Alleen de zorg voor kinderen en jongeren met ernstige verstandelijke, lichamelijke, zintuiglijke of meervoudige beperkingen valt nog onder de Wlz. Het gaat dan om kinderen en jongeren die blijvend de hele dag zorg en toezicht dichtbij nodig hebben. Daarnaast hebben volwassenen met een lichte verstandelijke beperking - tijdelijk- voor maximaal 3 jaar toegang tot de Wlz

Onder de nieuwe aanspraak 'wijkverpleging' zijn de extramurale verpleging en de meeste verzorging ondergebracht in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Een groot deel van de extramurale behandeling voor volwassenen en kinderen met een zintuiglijke beperking is ook ondergebracht bij de Zvw. De extramurale behandeling en het vervoer voor onder andere volwassenen met een lichamelijke of verstandelijke beperking vallen onder een tijdelijke Wlz-subsidieregeling vanwege de voorgenomen overheveling naar de Zvw.

## Het verzekerde pakket Wet langdurige zorg

De zorg die op grond van de Wlz kan worden verleend bestaat uit een integraal pakket dat de volgende onderdelen kan omvatten: verblijf in een zorginstelling (inclusief een aantal voorzieningen), behandeling (Wlz-specifiek), persoonlijke verzorging, begeleiding, vervoer voor begeleiding of behandeling, logeeropvang ter ontlasting van mantelzorgers en (mobiliteits)hulpmiddelen. Als de verzekerde in de instelling verblijft én de Wlz- specifieke behandeling krijgt, omvat de aanspraak ook de algemeen medische zorg (huisartsenzorg), de behandeling van een psychische stoornis, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, tandheelkunde, individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen en eventueel kleding. Ook aanpassing van de woning valt onder de Wlz-aanspraak. Het gaat hierbij om cliënten met Wlz-zorg die door aanpassing van de woning en met zorg langer thuis kunnen blijven wonen.

*Toelichtingen bij Handreiking Ondersteuningsplannen 2013  
Deel 2: Verdieping op het gebied van wet- en regelgeving.*

*Versie: 08 april 2015*

## De toegang

In de Wlz is de volgende tekst over de toegang tot de Wlz opgenomen: een verzekerde heeft recht op zorg die op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden is afgestemd. Dat geldt in zoverre dat hij naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening op die zorg is aangewezen omdat hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan:

- a. permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de persoon zelf; of
- b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen,
  1. door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of
  2. door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.

Een verzekerde, zijn vertegenwoordiger of een door de verzekerde gemachtigde derde kunnen mondeling of schriftelijk een aanvraag doen voor een Wlz-indicatie bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het CIZ zal een onderzoek uitvoeren naar de relevante feiten en omstandigheden bij het bepalen van de noodzaak van permanent toezicht of 24-uur zorg in nabijheid.

Het CIZ doet het onderzoek in persoon. Dit houdt in dat het CIZ persoonlijk met de verzekerde in gesprek gaat of telefonisch contact opneemt. Het CIZ zal aan de verzekerde toestemming vragen voor het opvragen van reeds aanwezige gegevens bij (zorg)professionals. Indien de verzekerde dit weigert, kan het CIZ deze gegevens niet raadplegen en ook niet gebruiken voor het stellen van de Wlz-indicatie. De verzekerde is verplicht om alle relevante informatie ten behoeve van een goede indicatiestelling aan het CIZ te verstrekken. Ook is de verzekerde verplicht bij de aanvraag zijn Burger Service Nummer (BSN) te verstrekken.

## De Wlz-indicatie

De noodzaak van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uur zorg in nabijheid, is volledig gebaseerd op zorginhoudelijke criteria. Het sociale netwerk van de verzekerde mag geen rol spelen bij de indicatiestelling. Wel betreft het CIZ in haar onderzoek de gebruikelijke zorg van ouders (de zorg die ouders gewoonlijk hun kind moeten bieden) en het aanbod van algemeen gebruikelijke voorzieningen. Het sociale netwerk van de verzekerde speelt wel een belangrijke rol bij de keuze voor de vorm waarin de zorg geleverd gaat worden, de ondersteuningsplanbespreking en de uiteindelijk te leveren zorg en/of ondersteuning. Het indicatiebesluit bevat de resultaten van het onderzoek van het CIZ en op grond van welke aandoeningen, beperkingen of stoornissen de verzekerde is aangewezen op zorg en/of ondersteuning. Het CIZ geeft in het indicatiebesluit tevens aan welk zorgprofiel het meest van toepassing is. Het zorgprofiel omvat de samenhangende zorg waarop de verzekerde is aangewezen. Daarnaast geeft het CIZ aan vanaf welke datum de verzekerde recht heeft op Wlz-zorg en tot welke datum de indicatie geldig is. Een indicatiebesluit voor Wlz-zorg wordt in principe afgegeven voor onbepaalde tijd. Alleen als het aangewezen zorgprofiel niet meer passend is, zal een nieuw indicatiebesluit bij het CIZ moeten worden aangevraagd. Een uitzondering vormt de indicatie voor integrale behandelen met verblijf voor licht verstandelijke beperkten en voor sterk gedragsgestoord licht verstandelijk beperkten. Hiervoor geldt een geldigheidsduur van de indicatie van/ voor hoogstens drie jaar. Bij deze groep cliënten is niet in alle gevallen sprake van een blijvende behoefte aan zorg, maar toch heeft de regering bepaald dat deze groep licht verstandelijk beperkten onder de reikwijdte van de Wlz valt.

## De leveringsvormen van Wlz-zorg

Nieuw in de Wlz zijn de leveringsvormen en de leveringsbeschikking van het zorgkantoor. Op zijn aanvraag voor de gewenste leveringsvorm geeft het zorgkantoor aan de verzekerde een beschikking af. Een cliënt kan kiezen uit de volgende leveringsvormen: Zorg in Natura, bestaande uit zorg met verblijf in een zorginstelling, een Volledig Pakket Thuis (VPT), een Persoonsgebonden budget (PGB) of een Modulair Pakket Thuis (MPT). Een MPT kan eventueel worden gecombineerd met een PGB.

Een VPT houdt in dat (bijna) dezelfde zorg thuis in natura wordt geleverd als in de zorginstelling. Een MPT bestaat uit een aantal onderdelen van zorg in natura thuis, eventueel gecombineerd met een PGB. Bij zowel het MPT als het VPT is de inhoud van de geboden zorg en/of ondersteuning niet helemaal gelijk aan de zorg

*Toelichtingen bij Handreiking Ondersteuningsplannen 2013  
Deel 2: Verdieping op het gebied van wet- en regelgeving.*

*Versie: 08 april 2015*

in de zorginstelling. De cliënt betaalt zijn verblijf (woning) zelf en de algemeen gebruikelijke medische zorg (huisartsenzorg) met de farmaceutische zorg, tandheelkunde en meer (zie eerste alinea van pagina 2) moet hij declareren bij zijn zorgverzekeraar.

Verder is nieuw in de Wlz dat een cliënt in een persoonlijk plan bij het zorgkantoor kan aangeven hoe hij het VPT of het MPT wenst in te vullen. Het zorgkantoor moet de verzekerde op deze mogelijkheid wijzen en met de inhoud van het persoonlijk plan rekening houden bij de afgifte van de leveringsbeschikking. Bij elk van bovengenoemde leveringsvormen bepaalt het zorgkantoor vooraf of de leveringsvorm verantwoord en doelmatig kan worden geleverd. Het zorgkantoor kan de zorgaanbieder om advies vragen voor zijn oordeel of het VPT of MPT verantwoord thuis kan worden geboden. Omdat in de leveringsbeschikking staat welke leveringsvorm de verzekerde krijgt, kan op basis daarvan de zorgaanbieder met de verzekerde afspraken maken over de te leveren zorg- en/of ondersteuning.

Bij de aanvraag van een PGB ziet cliënt af van het recht op verblijf en de daarbij gepaard gaande voorzieningen, alsmede het recht op Wlz-behandeling en algemene medische zorg (huisartsenzorg). Ook moet de cliënt vooraf een budgetplan aan het zorgkantoor overhandigen, hoe hij zijn PGB wenst te besteden. Bij de verstrekking van een PGB, beoordeelt het zorgkantoor daarnaast of de cliënt, zijn vertegenwoordiger of belangenbehartiger wel in staat is tot het verantwoord uitvoeren van de taken en verplichtingen die bij het PGB horen. Het zorgkantoor kan het PGB weigeren op specifiek benoemde weigeringsgronden, bijvoorbeeld als de verzekerde volgens de basisregistratie personen geen woonadres heeft of in het verleden zich niet heeft gehouden aan de opgelegde verplichtingen bij de verstrekking van een PGB.

Het PGB wordt sinds 1 januari 2015 niet meer verstrekt aan de PGB-houder zelf, maar in de vorm van een trekkingsrecht. Het trekkingsrecht houdt in dat de Sociale Verzekeringsbank (SVB) namens de verzekerde het persoonsgebonden budget op een rekening houdt. Na het doorsturen van de factuur door de PGB-houder aan de SVB, controleert de SVB of de geboden zorg overeenkomt met het afgesloten zorgcontract tussen de PGB-houder en de zorgverlener. Na controle betaalt de SVB rechtstreeks uit aan de zorgverlener.

Let op! Voor cliënten die voor 1 januari 2015 recht hadden op AWBZ-zorg is het overgangsrecht van toepassing. Zie hiervoor [www.hoeverandertmijnzorg.nl](http://www.hoeverandertmijnzorg.nl).

# 2B: De nakoming van de verplichtingen uit de zorgovereenkomst tegenover cliënt en/of zijn vertegenwoordiger

Zo spoedig mogelijk na aanvang van de zorg bespreekt de zorgaanbieder met de cliënt de invulling van zijn ondersteuningsplan. Uitgangspunt hierbij is dat een cliënt wilsbekwaam is, tenzij het tegendeel blijkt. Is de cliënt jonger dan 12 jaar, dan wordt de cliënt vertegenwoordigd door zijn ouder(s) of voogd. Is de cliënt ouder dan 12 maar jonger dan 16 jaar, dan wordt de invulling van het ondersteuningsplan besproken met de cliënt, zijn ouders of voogd samen. Vanaf 16 jaar bespreekt de zorgaanbieder de invulling van het ondersteuningsplan met de cliënt zelf.

Soms is een cliënt niet bekwaam (wilsbekwaam) om in een bepaalde situatie een weloverwogen beslissing te nemen. De cliënt is dan niet in staat tot een redelijke waardering van zijn belangen in die situatie. Wilsbekwaamheid hangt dus altijd af van de situatie en van welke beslissing er moet worden genomen. De besluitvorming over de mate van wilsbekwaamheid van de cliënt door de zorgprofessional (of indien van toepassing het behandelteam) dient zorgvuldig en gemotiveerd te worden genomen.

Een wilsbekwame cliënt is niet in staat om zelfstandig met de zorgaanbieder over de invulling van zijn ondersteuningsplan te praten. De cliënt begrijpt de gegeven informatie niet, ondanks pogingen om de informatie op zijn niveau af te stemmen. Hij kan op basis van de gegeven informatie geen keuze maken en niet zelfstandig met de zorgaanbieder tot afspraken komen over de invulling van zijn ondersteuningsplan.

In de Wet langdurige zorg (Wlz) is vastgelegd dat de zorgprofessional de verplichtingen die hij heeft ten aanzien van de wilsbekwame cliënt, moet nakomen aan zijn vertegenwoordiger. Alleen als deze nakoming niet verenigbaar is met de zorg van een goed zorgprofessional en nadat hij een andere zorgprofessional heeft geraadpleegd, kan hij hier vanaf zien. Indien van dit laatste sprake is, tekent de zorgprofessional de redenen hiervoor op in het ondersteuningsplan van de cliënt.

Een vertegenwoordiger dient altijd in het belang van de cliënt te handelen en dient de cliënt zoveel mogelijk te betrekken bij het nemen van zijn beslissingen. Dit houdt in dat hij beslissingen neemt die gebaseerd zijn op de waarden en normen van de cliënt en geen beslissingen neemt die tegen het belang van de cliënt ingaan. De Wlz noemt dit 'handelen als een goed vertegenwoordiger'.

Alleen als door de zorgprofessional van een meerderjarige cliënt de wilsbekwaamheid over de invulling van zijn ondersteuningsplan of voor bepaalde onderdelen van de zorgverlening heeft vastgesteld, vindt de bespreking plaats met zijn vertegenwoordiger. De vertegenwoordiger moet de wilsbekwame cliënt zoveel mogelijk bij het opstellen en evalueren van zijn ondersteuningsplan betrekken en daarbij zoveel mogelijk rekening houden met de (veronderstelde) wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

In de Wlz worden mogelijke vertegenwoordigers van de cliënt benoemd. Een wilsbekwame minderjarige cliënt wordt vertegenwoordigd door zijn ouder(s) of voogd.

*Toelichtingen bij Handreiking Ondersteuningsplannen 2013  
Deel 2: Verdieping op het gebied van wet- en regelgeving.*

*Versie: 08 april 2015*



Bij een meerderjarige wilsonbekwame cliënten vindt de bespreking in eerste instantie plaats met de curator of mentor van de cliënt, of, wanneer deze er niet is, met de persoon die door de cliënt schriftelijk is gemachtigd om in zijn plaats op te treden. Als deze ook ontbreekt of niet aanwezig kan zijn, kan de cliënt bij de bespreking vertegenwoordigd worden door zijn echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel, dan wel met de ouder, kind, broer of zus van de cliënt, tenzij de cliënt dit niet wenst.

Als er geen (familie) vertegenwoordiger beschikbaar is, en dit wel noodzakelijk is voor het behartigen van de persoonlijke belangen van de cliënt, kan de zorginstelling de rechter verzoeken om een mentor voor de cliënt te benoemen. De zorginstelling dient dan wel aan te geven waarom de familie dit verzoek niet zelf indient. Naast professionele bureaus zijn er ook organisaties die vrijwilligers opleiden voor de functie van mentor (zie voor meer informatie over vertegenwoordiging [www.goedvertegenwoordigd.nl](http://www.goedvertegenwoordigd.nl) en de aanvraagformulieren staan op [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl) ).

Soms is een vertegenwoordiger het niet eens met de beoordeling van de zorgprofessional (of het behandelteam) over de (gedeeltelijke) wilsonbekwaamheid van de cliënt. Het oordeel van de vertegenwoordiger dient als een zwaarwegend advies te worden meegenomen in de beslissing van de zorgprofessional. Uiteindelijk is het de verantwoordelijkheid van de zorgprofessional of het behandelteam om deze beslissing te nemen in de zorgverlenersrelatie tussen zorgprofessional en de cliënt.

Als de vertegenwoordiger het nog steeds niet eens is met de beslissing van de zorgprofessional kan hij eventueel een 'second opinion' aanvragen bij een zorgprofessional van een andere zorginstelling, een klachtgesprek met ondersteuning van een klachtenfunctionaris plaatsvinden of een klacht worden ingediend bij de klachtencommissie (Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz)).

# 2C: Overeenkomst - Ondersteuningsplanbespreking - Ondersteuningsplan – overeenstemming en instemming

## Zorgovereenkomst Wet langdurige zorg

Een cliënt met een Wlz-indicatie kan met een zorgaanbieder een zorgverleningsovereenkomst Wlz (zorgovereenkomst) aangaan. Zorgkantoren spreken met elkaar af dat de zorgaanbieders een zorgovereenkomst sluiten met de cliënt met de Wlz-indicatie voor het leveren van zorg in natura.

Een Wlz-indicatie geeft de cliënt recht op Wlz-zorg en de leveringsbeschikking bepaalt de vorm waarin de Wlz zorg kan worden verleend. De leveringsvorm kan zijn:

- a. Zorg in natura (keuze uit zorg met verblijf in een zorginstelling, een Volledig Pakket Thuis (VPT) of een Modulair Pakket Thuis (MPT)); of
- b. zorg op basis van een Persoonsgebonden budget (PGB).

Alleen een MPT kan met een PGB worden gecombineerd.

In de Wlz-indicatie staat het meest aangewezen zorgprofiel. In het zorgprofiel wordt niet het aantal uren zorg en/of ondersteuning genoemd waar de cliënt recht op heeft. Hierdoor hebben de zorgaanbieder en de cliënt meer ruimte om met elkaar afspraken te maken over de levering van zorg en/of ondersteuning. In de zorgovereenkomst kan bijvoorbeeld aangesloten worden bij het zorgprofiel en de leveringsbeschikking. De uitwerking van het zorgprofiel staat in het ondersteuningsplan van de cliënt. In de zorgovereenkomst wordt verder de duur/einde van de overeenkomst vastgelegd met eventueel af te nemen aanvullende diensten en de wijze van facturering. Bij een PGB moet de PGB houder zich houden aan de wettelijke voorschriften. Naast de zorgbeschrijving (zorgsoort) moet ook de te leveren uren en tarieven vastgelegd worden. Algemene (en eventueel bijzondere) voorwaarden kunnen onderdeel van de zorgovereenkomst uitmaken. In de voorwaarden worden onder meer de rechten en plichten van de zorgaanbieder en de cliënt nader uitgewerkt.

De zorgovereenkomst moet ondertekend worden door de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger en de zorgaanbieder. Een cliënt die nog geen 16 jaar oud is, wordt hierbij vertegenwoordigd door zijn ouder(s) of voogd. Ditzelfde geldt voor een 16 of 17-jarige wilsonbekwame cliënt. Een wilsonbekwame cliënt van 18 jaar of ouder, wordt vertegenwoordigd door zijn vertegenwoordiger. In eerste instantie is dit zijn curator of mentor. Wenst deze persoon niet op te treden of is hij niet aanwezig, dan kan de cliënt achtereenvolgens vertegenwoordigd worden door zijn schriftelijk gemachtigde, partner/levensgezel, broer/zus of kind.

In de Wlz is hoofdstuk 8 helemaal gewijd aan zeggenschap van de cliënt over zijn leven. Hierin is geregeld dat, indien een cliënt kiest voor zorg in natura, zo spoedig mogelijk na aanvang van de zorg een ondersteuningsplanbespreking wordt georganiseerd. In deze bespreking worden nadere afspraken gemaakt over de inhoud, evaluatie en actualisatie van de te leveren zorg en/of ondersteuning door de zorgaanbieder.

Voor cliënten die op basis van een PGB zorg en/of ondersteuning inkopen, geldt het vereiste van hoofdstuk 8 van de Wlz niet. Toch kan ook voor deze cliënten een bespreking georganiseerd worden en kunnen de hierin gemaakte afspraken worden vastgelegd in een ondersteuningsplan. Het gaat immers om een plan waarin afspraken worden vastgelegd over de zorg en/of ondersteuning die afgestemd is op de behoeften, wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

*Toelichtingen bij Handreiking Ondersteuningsplannen 2013  
Deel 2: Verdieping op het gebied van wet- en regelgeving.*

*Versie: 08 april 2015*

Voorafgaand aan de bespreking van het ondersteuningsplan, of later bij de evaluatie en actualisatie, wijst de zorgaanbieder de cliënt, zijn vertegenwoordiger en/of zijn mantelzorger erop, dat zij gebruik kunnen maken van cliëntondersteuning. Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor de cliëntondersteuning.

## De ondersteuningsplanbespreking

Een cliënt die kiest voor één van de leveringsvormen van Wlz-zorg in natura heeft er recht op dat de zorgaanbieder vóór, dan wel zo spoedig mogelijk na aanvang van de zorgverlening, een bespreking met de cliënt organiseert, om afspraken te maken over:

- a. de doelen die met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode worden gesteld, en de wijze waarop de zorgaanbieder en de cliënt de gestelde doelen trachten te bereiken;
- b. de zorgverleners die voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk zijn, de wijze waarop afstemming tussen de zorgverleners plaatsvindt, en wie de cliënt op die afstemming kan aanspreken;
- c. de wijze waarop de cliënt zijn leven wenst in te richten en de ondersteuning die de cliënt daarbij van de zorgaanbieder zal ontvangen;
- d. de frequentie waarmee en de omstandigheden waaronder de zorg en/of ondersteuning met de cliënt zal worden geëvalueerd en geactualiseerd.

De regering ziet het als een plicht voor de zorgaanbieder om met iedere cliënt een bespreking over de zorgverlening te organiseren en de resultaten daarvan vast te leggen in een ondersteuningsplan. Het perspectief, de drijfveren en de mogelijkheden van de cliënt zijn het uitgangspunt, waarna het gesprek over de wijze waarop de zorgverlening daarbij kan aansluiten plaatsvindt.. Volgens de regering moet de ondersteuningsplanbespreking worden beschouwd als een terugkerend gesprek waarin de dialoog over een zinvol leven wordt gevoerd tussen cliënt en de zorgverlener(s).

In het Besluit langdurige zorg is opgenomen dat naast bovengenoemde besprekpunten tijdens de ondersteuningsplanbespreking ook aandacht dient te worden besteed aan onderstaande gespreksonderwerpen:

- a. zeggenschap van de cliënt over de inrichting van zijn leven, waaronder de betrokkenheid van mantelzorgers en vrijwilligers;
- b. de mogelijkheid om dagelijks te douchen, tijdsige hulp bij toiletgang en het tijdig verwisselen van incontinentiemateriaal;
- c. voldoende en gezonde voeding en drinken;
- d. een schone en verzorgde leefruimte;
- e. een respectvolle bejegening, passend bij de eigenheid van de cliënt, en een veilige en aangename sfeer;
- f. mogelijkheden voor de cliënt tot het beleven van en leven overeenkomstig zijn godsdienst of levensovertuiging;
- g. een zinvolle daginvulling en beweging;
- h. de mogelijkheid om dagelijks in de buitenlucht te verkeren; en
- i. ontwikkeling en ontplooiing van de cliënt waaronder, in geval van deelname aan onderwijs, afstemming met de school waar verzekerde is aangemeld of toegelaten.

In de toelichting bij het Besluit langdurige zorg staat dat bovenstaande verplichte gespreksonderwerpen cruciaal zijn voor de kwaliteit van het bestaan van de cliënt. Er is aansluiting gezocht bij de bestaande kwaliteitskaders in de zorg. Voor de gehandicaptenzorg is dit het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Verder staat in de toelichting dat het niet de bedoeling is dat bovenstaande onderwerpen als een afvinklijst worden gebruikt. Het uitgangspunt is dat de cliënt minimaal op bovengenoemde onderwerpen zeggenschap krijgt over de inrichting van zijn leven en hier zelf eigen keuzes in maakt. De cliënt hoeft zich niet aan te passen aan de zorgverlening, maar de zorg moet ondersteunend zijn aan het leven dat de cliënt nastreeft. Mantelzorgers en vrijwilligers dienen vanzelfsprekend bij de zorgverlening betrokken te worden. Zij moeten in staat worden gesteld om aanwezig te zijn bij de ondersteuningsplanbespreking van de cliënt.

Niet elk gespreksonderwerp zal voor iedere cliënt passend zijn. Het is aan de cliënt en eventueel zijn vertegenwoordiger, om dit aan de zorgaanbieder kenbaar te maken en - indien gewenst- andere gespreksonderwerpen aan te geven. Voorafgaand aan de ondersteuningsplanbespreking kan de cliënt dit doen door het indienen van een persoonlijk plan. De zorgaanbieder moet de cliënt op deze mogelijkheid

*Toelichtingen bij Handreiking Ondersteuningsplannen 2013  
Deel 2: Verdieping op het gebied van wet- en regelgeving.*

*Versie: 08 april 2015*

wijzen en de cliënt hierna zeven dagen de tijd geven voor het indienen van dit plan. Tijdens de bespreking wordt uiteraard rekening gehouden met de wensen uit het persoonlijk plan van de cliënt.

De zorgaanbieder respecteert de wensen van de cliënt om zijn leven in te richten zoals hij dit wenst, tenzij dit in redelijkheid niet van de zorgaanbieder kan worden verlangd in verband met:

- a. beperkingen op grond van andere wetgeving;
- b. de lichamelijke of geestelijke mogelijkheden of beperkingen van de cliënt;
- c. de verplichting om op te treden als een goed zorgverlener en de betrokken zorgprofessional daarover een andere zorgprofessional heeft geraadpleegd;
- d. het respecteren van de rechten van andere cliënten; of
- e. een goede en ordelijke gang van zaken.

Bovendien heeft de cliënt niet meer recht op zorg dan waarop hij redelijkerwijs aanspraak kan maken op grond van zijn indicatiebesluit en hetgeen de cliënt met de zorgaanbieder is overeengekomen in het zorgarrangement.

## Het ondersteuningsplan

De regering geeft in de Memorie van Toelichting van de Wlz aan dat het ondersteuningsplan geen doel op zich is, maar een middel om goede, integrale zorg en het overleg tussen cliënt en zorgaanbieder te realiseren. Het ondersteuningsplan dient vooral geen door de overheid opgelegde blauwdruk te zijn. Het achterliggend principe van het ondersteuningsplan moet zijn dat elke cliënt met zijn zorgaanbieder een ondersteuningsplan opstelt waarin de doelen op het gebied van gezondheid en welzijn van de cliënt worden beschreven. Om die doelen te realiseren wordt ook de route via zorgverlening en risicomanagement beschreven. De inzet van de cliënt en de zorgaanbieder wordt in het ondersteuningsplan vastgelegd. De zorgstandaard en de richtlijnen vormen daarbij het kwaliteitskader.

Binnen zes weken na aanvang van de zorg, of de evaluatie en actualisatie van het plan, legt de zorgaanbieder de gemaakte afspraken uit de ondersteuningsplanbespreking vast in een ondersteuningsplan. Indien de cliënt aan de zorgaanbieder een persoonlijk plan heeft overhandigd, betreft hij de inhoud van het persoonlijk plan bij het opstellen van het ondersteuningsplan.

De zorgaanbieder verstrekt direct - of op verzoek later - een afschrift van het ondersteuningsplan aan de cliënt en/of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger. De cliënt heeft dus altijd zelf de beschikking over de tekst van het ondersteuningsplan en is hierdoor in staat om familie of vrienden de gelegenheid te bieden om de tekst van het ondersteuningsplan in te zien of daarover te beschikken.

Indien de cliënt en/of zijn wettelijk vertegenwoordiger niet bereid is om bij de ondersteuningsplanbespreking aanwezig te zijn, houdt de zorgaanbieder bij de vastlegging, evaluatie en actualisatie van het ondersteuningsplan, zoveel mogelijk rekening met de veronderstelde en bekende mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

De volgende punten moeten in het ondersteuningsplan worden vastgelegd:

- de beslissing van de zorgverlener (of behandelteam) op welke onderdelen van de zorgverlening en de mate waarin de cliënt niet in staat acht tot een redelijke waardering van zijn belangen en welke persoon de cliënt op dit onderdeel vertegenwoordigt.
- de schriftelijke wilsuiting die is opgesteld toen de cliënt nog wilsbekwaam ter zake was en waarin hij geen toestemming geeft voor zorgverlening.
- het niet geven van toestemming door de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger voor de uitvoering van de zorgverlening.
- de beslissing dat de zorgaanbieder om geen gevolg te geven aan de weloverwogen wens van de cliënt om op genoemde gespreksonderwerpen zijn leven in te richten zoals hij dit wenst.

De cliënt heeft er recht op dat minimaal twee maal per jaar de afspraken uit zijn ondersteuningsplan met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger en zijn mantelzorger(s) worden geëvalueerd en geactualiseerd. De zorgaanbieder is verplicht om minimaal twee maal per jaar een bespreking aan de cliënt aan te bieden, maar het kan zijn dat een cliënt van zijn recht afziet. Als dit voor de cliënt professioneel verantwoord is, kan de zorgaanbieder de wens van de cliënt volgen en de bespreking één keer per jaar organiseren. De zorgaanbieder dient dit dan wel goed in het dossier van de cliënt te documenteren. Bij deze bespreking zijn

*Toelichtingen bij Handreiking Ondersteuningsplannen 2013  
Deel 2: Verdieping op het gebied van wet- en regelgeving.*

*Versie: 08 april 2015*

bij voorkeur de betrokken disciplines aanwezig. Indien één of meerdere van de betrokken disciplines niet aanwezig kunnen zijn, worden deze voorafgaand aan de ondersteuningsplanbespreking geraadpleegd.

## Overeenstemming en instemming

De zorgaanbieder dient op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz) 'verantwoorde zorg' te bieden. De Kwaliteitswet verstaat onder verantwoorde zorg: 'zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt'. Als onderdeel van het begrip 'verantwoorde zorg' is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor de totstandkoming en de inhoud van het ondersteuningsplan.

Over het algemeen zullen de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger en de zorgaanbieder samen tot overeenstemming komen over de inhoud van de te verlenen zorg. Er zijn echter cliënten die (om hun moverende redenen) niet mee willen praten over de inhoud van het ondersteuningsplan. Ook dan is de zorgaanbieder verplicht een ondersteuningsplan vast te stellen. Het ondersteuningsplan kan dus zonder instemming van de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger worden vastgesteld. In het ondersteuningsplan moet worden aangegeven voor welke onderdelen van de zorgverlening geen toestemming is verleend en op welke manier de zorgaanbieder geprobeerd heeft om toch de instemming van de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger te verkrijgen.

Wat nu als de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger blijft weigeren in te stemmen met de inhoud van het zorgplan? In de praktijk leidt dit tot een lastige situatie. Als de zorgverleningsovereenkomst wel is ondertekend, maar over het vastgestelde ondersteuningsplan bestaat geen overeenstemming. Hoe moet de zorgaanbieder dan handelen?

In het model Algemene Voorwaarden (AV) bij zorgverleningsovereenkomst VGN is vastgelegd dat het ondersteuningsplan een onderdeel vormt van de overeenkomst. De normen van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) zijn van overeenkomstige toepassing. Dit houdt onder andere in dat voor het verlenen van zorg de toestemming van de cliënt is vereist, op basis van de gegeven informatie, aangepast op zijn of haar bevattingvermogen. Een uitzondering hierop vormt handelen in een noodsituatie of in het geval van veronderstelde toestemming. Zonder toestemming (de Wgbo regelt niet dat dit schriftelijk moet) kan de zorg of ondersteuning uit het vastgestelde ondersteuningsplan niet worden verleend.

In de praktijk is dus wel degelijk de instemming van een cliënt of zijn vertegenwoordiger nodig voor het uitvoeren van de afspraken uit het ondersteuningsplan. De zorgaanbieder zal er dus alles aan moeten doen deze instemming in overleg te bereiken, anders kan de zorg niet conform de afspraken worden geleverd. Een mondelinge instemming is ook voldoende. Het is aan te bevelen dit goed in het ondersteuningsplan te beschrijven.

Om vervelende situaties achteraf te voorkomen is het aan te bevelen om bij de intake en het moment van aangaan van de overeenkomst al informatie uit te wisselen en wederzijdse verwachtingen te bespreken. Ook is het raadzaam de organisatie- of huisafspraken te bespreken. Voorbeelden hiervan zijn: regels over het gebruik van alcohol of drugs, schoonmaken of bezoek.

Het is landelijk beleid van de zorgkantoren dat de zorgaanbieder een overeenkomst sluit met zijn cliënten. Ook dat die overeenkomst en het ondersteuningsplan schriftelijk ondertekend dienen te zijn door de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger. De zorgkantoren verplichten de zorgaanbieder om aantekening te maken in het ondersteuningsplan als hij zich herhaaldelijk heeft ingespannen voor ondertekening, maar de cliënt blijft weigeren zonder opgave van redenen.

# 2D: De Wet Bopz /Wetsvoorstel Zorg en Dwang

## De wet Bopz (Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen)

Op 17 januari 1994 is de wet Bopz in werking getreden. Deze wet maakt het mogelijk om personen die in hun geestvermogens zijn gestoord (bijvoorbeeld door een verstandelijke beperking) en daardoor een gevaar voor zichzelf, anderen of de algemene veiligheid van personen of goederen vormen, tegen hun wil op te nemen in een psychiatrisch ziekenhuis of inrichting.<sup>1</sup> Hieronder wordt ook een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg onder verstaan.

Voor personen (vanaf 12 jaar) die niet zelf kunnen aangeven dat zij bereid zijn tot opname of zich niet verzetten tegen opname, geldt het criterium dat de persoon zich niet buiten de zorginstelling kan handhaven.<sup>2</sup> De noodzaak hiertoe wordt bepaald door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en verloopt zonder rechterlijke tussenkomst.

De wet Bopz is niet van toepassing voor kinderen jonger dan 12 jaar. Voor deze kinderen beslissen de ouder(s) (of de voogd) over de opname. Het doet niet ter zake of het kind zelf opgenomen wil worden. Ook over de inhoud van de aan het kind geleverde zorg treden de ouder(s) als plaatsvervangende toestemmingsgever op. Het kind heeft wel recht op informatie over de hem geboden zorg in voor hem begrijpelijke taal.

De wet Bopz heeft ook als doel de rechten van de onvrijwillig opgenomen cliënten te waarborgen, als hun recht op zelfbeschikking wordt ingeperkt. De waarborgen van de wet Bopz zijn alleen van toepassing op cliënten die in een Bopz-aangemerkte instelling wonen en met een Bopz-titel onvrijwillig zijn opgenomen.<sup>3</sup> Bij vrijwillig opgenomen cliënten gelden de bepalingen van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo).

De Wet Bopz verplicht de geneesheer-directeur van de zorginstelling (vaak de Bopz-arts) dat zo spoedig mogelijk na de onvrijwillige opname een behandelplan wordt opgesteld door de voor behandeling verantwoordelijke behandelaar. De behandelaar doet dit in overleg met de cliënt en na consultatie van de psychiater of zorginstelling die de cliënt eerder begeleidde, en de huisarts.

Als de cliënt wilsonbekwaam ter zake van zijn behandelplan is, overlegt de behandelaar met de wettelijk vertegenwoordiger, schriftelijk gemachtigde of een niet-benoemde vertegenwoordiger (zoals de partner, ouder, kind, broer of zus), voor zover dit overleg verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener.<sup>4</sup>

Het behandelplan is er op gericht de geestelijke stoornis, die het gevaar deed veroorzaken, weg te nemen. Indien er geen overeenstemming over het behandelplan is bereikt, stelt de behandelaar de Bopz-arts op de hoogte.<sup>5</sup>

Een onvrijwillige opname betekent niet altijd ook een onvrijwillige behandeling. Als er met de cliënt of zijn vertegenwoordiger geen overeenstemming over de behandeling is bereikt, mag er geen behandeling plaatsvinden. Ook mag er geen behandeling plaatsvinden indien er wel overeenstemming was, maar de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzetten tegen de toepassing.

---

1 Art 1 lid 1 onder f jo art. 2 lid 1, 2 en 3 Wet Bopz.

2 Art. 60 lid 1, 2, 3 en 4 Wet Bopz.

3 Een Bopz-titel voor opname kan zijn: een (voorlopige) rechterlijke machtiging (RM) art. 2 e.v. Wet Bopz, een inbewaringstelling (IBS) art. 2 e.v. Wet Bopz of via de artikel 60 Wet Bopz procedure van geen bereidheid/geen bezwaar.

4 Art. 38 lid 1 en 2 Wet Bopz.

5 Art. 38 lid 3 en 4 Wet Bopz.

*Toelichtingen bij Handreiking Ondersteuningsplannen 2013  
Deel 2: Verdieping op het gebied van wet- en regelgeving.*

Eén uitzondering op het bovenstaande is wanneer de behandeling volstrekt noodzakelijk is om het gevaar (veroorzaakt door de geestesstoornis), voor de cliënt of andere personen in de zorginstelling, weg te nemen. Dit heet een dwangbehandeling. Een dwangbehandeling dient geregistreerd te worden en aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gemeld te worden.<sup>6</sup> De Inspectie beoordeelt achteraf of de beslissing voor dwangbehandeling zorgvuldig is genomen.

Bij toepassing van een dwangbehandeling dienen altijd de beginselen van proportionaliteit (er moet sprake zijn van een redelijke verhouding tussen het doel en de behandeling), subsidiariteit (de minst ingrijpende vorm van behandeling moet worden gekozen) en doelmatigheid (de behandeling moet bijdragen aan het doel) gevolgd te worden.

Indien de behandeling niet in het behandelingsplan is opgenomen, kunnen ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie die door de geestesstoornis van de cliënt wordt veroorzaakt, Middelen en Maatregelen (M&M) worden toegepast. De M&M's worden limitatief opgenoemd in het Besluit middelen en maatregelen Bopz. Het zijn: afzonderen, separeren, fixatie en het gedwongen geven van medicatie, vocht of voeding. Ook hier gelden de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid.

De M&M's mogen ten hoogste voor zeven opeenvolgende dagen worden toegepast. Hierna dienen zij met instemming in het behandelplan te worden opgenomen of te worden gestopt.<sup>7</sup> Het opleggen van M&M in een tijdelijke noodsituatie (M&M nood) dient geregistreerd te worden en gemeld te worden aan de IGZ. In de toelichting van het Besluit is vastgelegd dat bij afzondering doorlopend toezicht aanwezig dient te zijn. Ondanks het feit dat de wet Bopz bij kinderen jonger dan 12 jaar niet van toepassing is, gelden bij het toepassen van M&M's wel de BOPZ-criteria. Kinderen jonger dan 12 jaar mogen alleen in aanwezigheid van een begeleider in een afzonderingsruimte verblijven (dit staat niet in de wet Bopz, maar is op grond van advies van VWS en de IGZ besloten). Op grond van goed hulpverlenerschap dient te allen tijde op een verantwoorde wijze met de toepassing van vrijheidsbeperkingen te worden omgegaan.

## Het wetsvoorstel Zorg en Dwang

Uit de tweede wetsevaluatie van de Wet Bopz in 2002 bleek al dat de wet Bopz niet de juiste rechtsbescherming bood aan cliënten met een verstandelijke beperking of dementie die in hun vrijheid worden beperkt. In haar eindoordeel kwam de begeleidingscommissie tot de conclusie dat voor de toepassing van de Wet Bopz in de VG sector en Psychogeriatric een aanzienlijke discrepantie bestaat tussen wet en praktijk.

Een wetsvoorstel Zorg en Dwang, waarin aan de bezwaren wordt tegemoet gekomen, is in behandeling bij de Tweede Kamer. De Wet Zorg en Dwang gaat de wet Bopz voor de VG sector en de Psychogeriatric vervangen. Voor de Psychiatrie is de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WVGGZ) in voorbereiding.

Vooruitlopend op de Wet Zorg en Dwang is door VWS in 2008 het 'Richtinggevend kader vrijheidsbeperkende maatregelen' en door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) het themarapport 'Zorg voor vrijheid, terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen kan én moet' uitgebracht. Deze publicaties hebben tot doel dat toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen binnen de zorgsector op een verantwoorde manier wordt teruggedrongen.

Nieuw in het wetsvoorstel Zorg en Dwang is dat geen onderscheid meer wordt gemaakt tussen vrijwillig en onvrijwillig opgenomen cliënten. Iedereen heeft recht op dezelfde rechtsbescherming. Verder wordt 'het

---

<sup>6</sup> Art. 38 lid 5 en 6 Wet Bopz.

<sup>7</sup> Art. 39 Wet Bopz jo artt. 2 en 3 Besluit middelen en maatregelen Bopz.

gevaarcriterium' vervangen door 'het ernstig nadeel criterium' en wordt het begrip 'onvrijwillige zorg' geïntroduceerd en uitgebreid. In het wetsvoorstel staat centraal dat onvrijwillige zorg een uitzondering moet zijn. Er is sprake van een opschalend model van besluitvorming over het opnemen van onvrijwillige zorg in het ondersteuningsplan. Opnemen in het ondersteuningsplan van onvrijwillige zorg mag alleen als is aangetoond dat er sprake is van ernstig nadeel. Uit het ondersteuningsplan moet blijken welke situatie dwang rechtvaardigt en waarom andere, minder ingrijpende middelen, niet toereikend zijn.

Binnen zes weken na aanvang van de zorg stelt de zorgverantwoordelijke een ondersteuningsplan vast, na een overleg met de cliënt of vertegenwoordiger. Dit ondersteuningsplan is gericht op instemming en er worden afspraken vastgelegd. Indien noodzakelijk betreft de zorgverantwoordelijke de deskundigheid van anderen bij het opstellen van het plan. Wensen en voorkeuren van de cliënt of zijn vertegenwoordiger dienen altijd het uitgangspunt te zijn. Als er nog geen ondersteuningsplan is, mag alleen vrijwillige zorg worden toegepast, met uitzondering van een noodsituatie voor maximaal twee weken. De cliënt, of zijn vertegenwoordiger, wordt in de gelegenheid gesteld gehoord te worden over de evaluatie van het zorgplan. Het ondersteuningsplan wordt zo vaak als nodig geëvalueerd, in ieder geval binnen vier weken en hierna minimaal iedere zes maanden.

Het is de plicht van een zorgaanbieder om in een multidisciplinair overleg (mdo) een ondersteuningsplan op te stellen dat voldoende alternatieven voor onvrijwillige zorg bevat. Tijdens het mdo dienen de volgende kwalitatieve afwegingen te worden gemaakt:

1. Wat is het ernstig nadeel voor de cliënt (risico-inventarisatie)?
2. Wat zou de oorzaak van het gedrag van de cliënt kunnen zijn dat ernstig nadeel veroorzaakt?
3. Welke rol speelt de interactie tussen de cliënt en zijn omgeving hierbij?
4. Welke mogelijkheden van vrijwillige zorg kunnen worden benut om ernstig nadeel te voorkomen, waardoor minder of geen onvrijwillige zorg nodig is?

Als uit dit mdo blijkt dat er geen alternatieven voor vrijwillige zorg meer zijn, dient een model gevolgd te worden van zorginhoudelijke besluitvorming over onvrijwillige zorg. De afwegingen zijn bij iedere stap gelijk, maar de deskundigheid die bij de afweging betrokken moet worden neemt toe, evenals de onafhankelijkheid.



# 2E: Het eigendoms- en inzage-recht

De rechterlijke uitspraken over eigenaarschap van het medisch dossier zijn duidelijk: de opsteller, dat wil zeggen de zorginstelling of de arts, is de eigenaar van het medisch dossier. Maar zijn op het ondersteuningsplan dezelfde wettelijke regels van toepassing als op het medisch dossier?

**Het ondersteuningsplan vormt, net als het medisch dossier, een onderdeel van het dossier van de cliënt.** Het ondersteuningsplan kan verwijzingen naar medisch of gedragsmatige behandelplannen bevatten en - indien noodzakelijk voor de dagelijkse begeleidingspraktijk- ook een interpretatie van diagnostiek, verslagen van consulten en belangrijke gegevens over de gezondheidstoestand van de cliënt.

De Wet geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo) is de wet die de relatie regelt tussen de hulpverlener en de patiënt bij een geneeskundige behandeling. De Wgbo was oorspronkelijk niet van toepassing op de Gehandicaptensector; er werd een groter accent op ondersteuning dan op zorgverlening gelegd. De zorg en ondersteuning van zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg viel soms wel en soms niet onder de definitie van geneeskundige behandeling, en daarmee wisselde het wettelijke regime. Dit leverde onduidelijkheid en onzekerheid op over de rechtspositie van zowel de zorgaanbieder als van de cliënt.

Om deze reden is op de Algemene Leden Vergadering (ALV) van de VGN besloten dat vanaf 1 januari 2009 de regels van de Wgbo ook van toepassing zijn op de zorgverleningsovereenkomst in de Gehandicaptenzorg.

---

**In de algemene voorwaarden (AV) bij de zorgverleningsovereenkomst in de Gehandicaptenzorg is opgenomen dat het ondersteuningsplan een onderdeel vormt van de zorgverleningsovereenkomst. De rechten en plichten van de hulpverlener en de cliënt uit de Wgbo zijn dus ook van toepassing op het ondersteuningsplan. Analoog aan de rechterlijke uitspraak over het medisch dossier kun je stellen dat de zorginstelling of de hulpverlener (en dus niet de cliënt) eigenaar is van het ondersteuningsplan. De cliënt heeft wel recht op inzage en op een afschrift.**

---

Volgens de Wgbo moet een hulpverlener een dossier van de cliënt inrichten, waarbij hij de gegevens omtrent de gezondheid van de cliënt en de uitgevoerde verrichtingen bijhoudt. De hulpverlener neemt andere, voor een goede hulpverlening noodzakelijke stukken in het dossier op. Het goed bijhouden van een dossier is niet alleen noodzakelijk voor een goede kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening, maar ook vanwege verantwoording en toetsbaarheid. Het ondersteuningsplan vormt een onderdeel van het dossier van de cliënt.

**De cliënt heeft te allen tijde het recht op inzage in het dossier en op het verkrijgen van een afschrift of een kopie, maar heeft daarmee dus niet het eigendomsrecht.** Voor de verstrekking van een afschrift mogen redelijke kopieerkosten in rekening worden gebracht. Het inzage-recht van een cliënt in zijn ondersteuningsplan berust deels op zijn recht op informatie, maar ook op het recht op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer. Het recht op inzage kan alleen beperkt worden indien de persoonlijke levenssfeer van een ander dit noodzakelijk maakt. Het achterhouden van gevraagde cliëntgegevens is niet toegestaan. Brieven en berichten van andere hulpverleners over de cliënt vallen ook onder het inzage-recht.

De cliënt heeft recht op vernietiging van zijn ondersteuningsplan binnen drie maanden na zijn verzoek. Dit laatste geldt niet als bewaring van groot belang is voor andere personen dan de cliënt of een wettelijke regeling dit verbiedt.

---

**Een cliënt kan niet zijn eigen ondersteuningsplan aanvullen of wijzigen. De cliënt kan wel een aanvulling of zijn zienswijze aan het ondersteuningsplan door de hulpverlener laten toevoegen.**

---

*Toelichtingen bij Handreiking Ondersteuningsplannen 2013  
Deel 2: Verdieping op het gebied van wet- en regelgeving.*

*Versie: 08 april 2015*

*Toelichtingen bij Handreiking Ondersteuningsplannen 2013  
Deel 2: Verdieping op het gebied van wet- en regelgeving.*

*Versie: 08 april 2015*

# 2F: Privacy aspecten & medisch beroepsgeheim

In de gezondheidszorg zijn inbreuken op privacy potentieel groot, met name bij cliënten die langduriger worden behandeld of verblijven in een zorginstelling. Het begrip privacy valt op te delen in twee gebieden: het recht op ruimtelijke privacy en het recht op informationele privacy.

## **Ruimtelijke privacy**

Het recht op ruimtelijke privacy is geregeld in de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo). De zorgaanbieder dient de behandeling of de ondersteuning uit te voeren buiten de waarneming van anderen dan de cliënt, tenzij de cliënt hier zelf toestemming voor heeft gegeven. Een voorbeeld hiervan is dat een cliënt in een aparte ruimte met zijn begeleider moet kunnen praten, zonder dat andere personen hierbij aanwezig zijn of kunnen meeluisteren.

## **Informationele privacy**

Het recht op informationele privacy omvat het verzamelen, vastleggen en uitwisselen van informatie over de cliënt en het hier zorgvuldig mee omgaan. Dit recht is geregeld in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp), de Wgbo en de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG).

## Medisch beroepsgeheim

De privacy van de cliënt wordt ook gewaarborgd door het medisch beroepsgeheim. Uitgangspunt voor het medisch beroepsgeheim is dat ieder die hulp nodig heeft zich vrij kan uiten met het vertrouwen dat geheim blijft, wat besproken is. Het medisch beroepsgeheim omvat alles wat de hulpverlener tijdens zijn beroepsuitoefening te weten is gekomen, ook niet medische zaken. Iedere hulpverlener die individuele gezondheidszorg aan een cliënt verleent, heeft een zelfstandig medisch beroepsgeheim.<sup>8</sup> Voor andere medewerkers, die kennis nemen van behandelgegevens uit hoofde van hun functie, geldt een afgeleid medisch beroepsgeheim.

Het medisch beroepsgeheim mag alleen doorbroken worden als de cliënt toestemming geeft, een wettelijke regeling dit vereist of de hulpverlener in een conflict van plichten komt. Er moet dan wel sprake zijn van zeer uitzonderlijke omstandigheden die een doorbreking van het beroepsgeheim rechtvaardigen, zelfs als de cliënt toestemming heeft gegeven. Meer informatie over het medisch beroepsgeheim staat in de VGN brochure 'Medisch beroepsgeheim en verschoningsrecht in de gehandicaptenzorg'. De Wgbo wordt analoog van toepassing verklaard op de zorg- en dienstverleningsovereenkomst in het kader van de dienstverlening door de zorginstellingen in de gehandicaptenzorg. De regels met betrekking tot geheimhouding en privacy uit de Wgbo worden dus nageleefd. Dit houdt in dat er geen inlichtingen over de cliënt, dan wel inzage of afschrift van onderdelen van het ondersteuningsplan, aan anderen dan de cliënt worden verstrekt, zonder dat de cliënt hier zijn toestemming voor heeft gegeven.

Hier bestaan twee uitzonderingen op: de medebehandelaars, voor zover de verstrekking daarvan noodzakelijk is voor door hen te verrichten werkzaamheden en de wettelijke vertegenwoordigers. De zorgaanbieder verstrekt echter geen gegevens aan deze personen, als hij daardoor niet de zorg van een goed hulpverlener in acht neemt.

---

<sup>8</sup> Artikel 88 Wet BIG.

*Toelichtingen bij Handreiking Ondersteuningsplannen 2013  
Deel 2: Verdieping op het gebied van wet- en regelgeving.*

In de praktijk rijst de vraag hoe om te gaan met het beroepsgeheim als er sprake is van risico-aspecten (agressie, seksueel geweld of gezondheidszaken). Bijvoorbeeld bij de communicatie tussen wonen en dagbesteding, ongeacht of dit nu bij één of meerdere zorginstellingen is.

Het beroepsgeheim dient het individuele belang van de cliënt om zijn vertrouwen en privacy te waarborgen. De zorgaanbieder is echter op grond van goed hulpverlenerschap en de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz) verplicht om bij risico-aspecten bij een cliënt wel te communiceren, om ernstige zaken te voorkomen. Dit kan leiden tot een conflict van plichten bij de zorgaanbieder. Een ander belang (bijvoorbeeld de veiligheid van andere personen) kan dan zwaarder wegen dan het individuele belang van de cliënt.

De zorgaanbieder moet zich dan de volgende vraag stellen: hoe kan ik door zo min mogelijk inbreuk te maken op mijn geheimhoudingsplicht, de beoogde bescherming van andere personen bereiken? Om zijn medisch beroepsgeheim te doorbreken op grond van een conflict van plichten moet de zorgaanbieder eerst aan alle volgende voorwaarden voldoen:

- eerst toestemming van de cliënt (proberen te) verkrijgen;
- niet doorbreken van de geheimhoudingsplicht leidt tot ernstige schade bij een andere persoon;
- er is geen andere manier om het probleem op te lossen;
- de zorgaanbieder is in gewetensnood;
- het doorbreken van het geheim voorkomt/beperkt schade voor een ander;
- het geheim dient zo min mogelijk te worden geschonden.

# 2G: De rol van de Wlz-uitvoerder (het zorgkantoor)

Voor cliënten met een Wlz-indicatie geldt nog steeds dat de Wlz-uitvoerder (het zorgkantoor) een zorgplicht heeft en er verantwoordelijk voor is dat aan hen voldoende keuzemogelijkheid wordt geboden om hun aanspraak op Wlz-zorg tot gelding te brengen. Het moet daarbij gaan om kwalitatief goede zorg.

De Wlz-uitvoerder (het zorgkantoor) is daarnaast ook verantwoordelijk voor het geven van informatie over de diverse leveringsvormen van Wlz-zorg, bij de levering van Wlz-zorg in natura en het beschikbaar hebben van zorg binnen een redelijk termijn en redelijke afstand waar cliënt wenst te wonen (of bemiddeling naar) en het beschikbaar zijn voor cliëntondersteuning voor de verzekerde en/of zijn mantelzorgers.

Wlz-uitvoerders (zorgkantoren) maken bij de zorginkoop van Wlz-zorg op sommige onderdelen afspraken die zij allen hanteren. Voor 2015 hebben alle Wlz-uitvoerders (zorgkantoren) in Deel III- Algemeen deel van de overeenkomst zorgkantoor—zorgaanbieder verplichtingen opgenomen voor zorgaanbieders. Hierin staat onder andere dat de zorgaanbieder het ondersteuningsplan evalueert met de frequentie zoals beschreven in de landelijke wetgeving binnen de langdurige zorg.

In de Wlz is verder geregeld dat de Wlz-uitvoerders (zorgkantoren) formele en materiële controles mogen uitvoeren. Zie hiervoor artikel 9.1.2, eerste lid, onder i, Wlz juncto artikel 7.2 en verder, de Regeling langdurige zorg.

# 2H: Rechtsbeschermende maatregelen

In Nederland is in de wet geregeld dat iedereen van 18 jaar en ouder handelingsbekwaam is. Dat betekent dat deze persoon zelfstandig kan handelen en ook zelf verantwoordelijk is voor alles wat hij doet en laat. Dit geldt ook voor mensen met een verstandelijke beperking. Zij zijn, als ze 18 jaar zijn geworden, voor de wet handelingsbekwaam. Het ouderlijk gezag of voogdij stopt als iemand 18 jaar wordt en meerderjarig is geworden.

Indien een meerderjarige persoon met een verstandelijke beperking tijdelijk of blijvend niet in staat is zijn persoonlijke of financiële belangen te behartigen, kan de rechter een vorm van rechtsbescherming uitspreken. We kennen in Nederland drie beschermingsmaatregelen: curatele, mentorschap en bewindvoering.

## Curatele

De meest vergaande vorm van rechtsbescherming is een ondercuratelestelling. Deze kan worden uitgesproken over iemand die wegens een geestelijke stoornis (bijvoorbeeld een verstandelijke beperking) niet zelf zijn financiële, algemene en persoonlijke belangen tijdelijk of blijvend kan behartigen. Bij curatele wordt iemand volledig handelingsonbekwaam. Hieronder verstaat men dat de curator alle rechtshandelingen (bijvoorbeeld iets kopen, huren of lenen) achteraf kan vernietigen. Dit hoeft echter niet altijd het geval te zijn. Handelingsonbekwaamheid is dus iets anders dan de wilsonbekwaamheid uit de Wgbo (zie Toelichtingen 2B).

Een curator behartigt de belangen van zijn curandus op persoonlijk, algemeen of financieel vlak. Een curator dient dus altijd bij de bespreking van een ondersteuningsplan aanwezig te zijn. De curator betreft de curandus zoveel mogelijk bij zijn taak. Als een rechter een ondercuratelestelling uitspreekt, wordt dit opgenomen in het curatele register ([www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl)) en volgt publicatie.

## Mentorschap & Bewindvoering

Twee minder vergaande vormen van rechtsbescherming zijn het mentorschap en bewindvoering. Mentorschap wordt door de rechter uitgesproken als iemand zijn persoonlijke belangen, door zijn lichamelijke of geestelijke toestand, tijdelijk of blijvend niet meer kan behartigen. Persoonlijke belangen gaan niet over geld of goederen, maar over verzorging, verpleging, behandeling of begeleiding. Een mentor dient dan altijd bij een bespreking over het ondersteuningsplan aanwezig te zijn. De mentor neemt, zoveel mogelijk in overleg met de betrokkene, beslissingen over de invulling van persoonlijke zaken in het leven van de betrokkene.

Een bewindvoerder behartigt alleen in financiële zaken de belangen van de cliënt, als deze hiertoe door zijn lichamelijke of geestelijke toestand tijdelijk of blijvend niet in staat is. Een bewindvoerder speelt dus geen rol bij een bespreking over het ondersteuningsplan.

Curatele kan niet samengaan met andere vormen van rechtsbescherming, terwijl bewindvoering en mentorschap wel gecombineerd kunnen worden.

*Toelichtingen bij Handreiking Ondersteuningsplannen 2013  
Deel 2: Verdieping op het gebied van wet- en regelgeving.*

*Versie: 08 april 2015*

*Toelichtingen bij Handreiking Ondersteuningsplannen 2013  
Deel 2: Verdieping op het gebied van wet- en regelgeving.*

*Versie: 08 april 2015*

# 2I: Informatieplicht en toestemming (Informed Consent)

Voor het verlenen van de afgesproken zorg of ondersteuning is de toestemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger vereist. Dit op basis van de hem aangeboden informatie, die is aangepast op zijn bevattingvermogen (Informed Consent).<sup>9</sup> Hierbij kan gebruik worden gemaakt van ondersteunende communicatie, zoals picto's of gebarentaal.

## De plicht van de zorgaanbieder

---

**Een cliënt heeft recht op informatie in begrijpelijke taal over zijn ondersteuning of zorg, over de gevolgen en risico's van die ondersteuning of zorg en over mogelijke alternatieve zorg.**

---

Een zorgaanbieder zal, indien dit gewenst of noodzakelijk is, de informatie schriftelijk verstrekken, zodat de cliënt of zijn vertegenwoordiger de informatie nog eens rustig kan nalezen. Alleen met voldoende en begrijpelijke informatie kan de cliënt goed meedenken en meebeslissen over de zorg en ondersteuning in zijn ondersteuningsplan. De cliënt beslist samen met de zorgaanbieder welke zorg en ondersteuning geleverd gaat worden.

Een cliënt heeft ook het recht om geen informatie te willen ontvangen. De zorgaanbieder verstrekt in dat geval geen informatie, met uitzondering van een situatie waarin het belang voor de cliënt niet opweegt tegen het nadeel voor hemzelf of voor andere personen.<sup>10</sup>

De zorgaanbieder mag geen informatie voor de cliënt achterhouden. Eén **uitzondering** hierop is mogelijk: therapeutische exceptie.<sup>11</sup> Hiervan is sprake wanneer de zorgaanbieder ervan overtuigd is dat de informatie ernstig nadeel oplevert voor de cliënt. **De zorgaanbieder is verplicht hierover eerst met een collega of zorgverlener van een andere zorginstelling te overleggen.** Indien het belang van de cliënt dit vereist, verstrekt de zorgaanbieder de informatie aan een ander dan de cliënt. Indien het ernstig nadeel is geweken, dient de zorgaanbieder alsnog de informatie aan de cliënt te verstrekken.

Door instemming met zijn ondersteuningsplan geeft de cliënt toestemming voor de uitvoering van de afspraken die deel uitmaken van het ondersteuningsplan. De toestemming hoeft volgens de Wgbo niet perse schriftelijk te worden gegeven. Het is wel aan te raden de mondelinge toestemming duidelijk te omschrijven en in het ondersteuningsplan te vermelden.

De zorgaanbieder komt de verplichtingen uit de Wgbo jegens de (wettelijk) vertegenwoordiger na, tenzij deze nakoming niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener.<sup>12</sup> De wettelijk en niet-benoemde vertegenwoordigers van de cliënt zijn verplicht hun verplichtingen ten aanzien van de cliënt na te komen en de zorg van een goed vertegenwoordiger te betrachten.<sup>13</sup>

---

<sup>9</sup> Art. 7:448 lid 1 en 2 BW jo art. 7:450 BW.

<sup>10</sup> Art. 7: 449 BW.

<sup>11</sup> Art 7: 448 lid 3 BW.

<sup>12</sup> Art 7: 465 lid 4 BW.

<sup>13</sup> Art 7: 465 lid 5 BW.

*Toelichtingen bij Handreiking Ondersteuningsplannen 2013  
Deel 2: Verdieping op het gebied van wet- en regelgeving.*



## Plicht van de cliënt

De cliënt moet de zorgaanbieder goed, eerlijk en volledig op de hoogte stellen van zijn problematiek. Met de juiste en volledige informatie kan de zorgaanbieder sneller en beter een diagnose, prognose of beeld krijgen en zijn ondersteuning beter op de behoeften afstemmen. Dit klinkt logisch en redelijk, maar vaak worden uit schaamte, gemakzucht of onverschilligheid, of in de overtuiging dat het onbelangrijk is, zaken verzwegen of anders voorgesteld. De cliënt moet zoveel mogelijk met de zorgaanbieder meewerken en adviezen opvolgen.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Art 7: 452 BW.

*Toelichtingen bij Handreiking Ondersteuningsplannen 2013  
Deel 2: Verdieping op het gebied van wet- en regelgeving.*

# 2J: Vernieuwde werkwijze Kwaliteitskader en ondersteuningsplan

## Basis: Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg

Aan de basis van de vernieuwde werkwijze ligt de gezamenlijke visie op kwaliteit van zorg en ondersteuning in de gehandicaptenzorg, die neergelegd is in het Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (2007). Uitgangspunten van deze visie zijn: „eigen regie en kwaliteit van bestaan” en ze zijn uitgewerkt tot acht domeinen van kwaliteit van bestaan en vier thema’s die betrekking hebben op de voorwaarden voor het kunnen bieden van verantwoorde zorg en ondersteuning. Een van die voorwaarden betreft ‘zorgafspraken en ondersteuningsplan’.

### **Zorgafspraken en ondersteuningsplan**

Voor iedere cliënt is een individueel ondersteuningsplan en/of een individueel activiteitenplan beschikbaar, dat aansluit op zijn ondersteuningsvragen en dat vanuit het cliëntperspectief concreet geformuleerde doelen bevat. Het ondersteuningsplan en/of activiteitenplan is tot stand gekomen in samenwerking met de cliënt en zo nodig in samenspraak met zijn wettelijke vertegenwoordiger. De voor de cliënt relevante disciplines hebben een zichtbare bijdrage geleverd aan het formuleren van doelen. Hierbij is er aandacht voor de professionele standaarden en is duidelijk welke zorg en ondersteuning een cliënt van de zorgverlener vraagt. Bovendien wordt uit het ondersteuningsplan en/of activiteitenplan duidelijk welke professionele ondersteuning nodig is om deze doelen te halen, wie waarvoor verantwoordelijk is, wanneer evaluatiemomenten nodig zijn en wanneer bijstelling van het ondersteuningsplan en/of activiteitenplan nodig is.

## Box 1: kwaliteitsthema ‘Zorgafspraken en ondersteuningsplan’ uit het Visiedocument Kwaliteitskader

Zorg- en ondersteuningsplan als vertrekpunt

Het zorg- en ondersteuningsplan van iedere individuele cliënt vormt het vertrekpunt voor de vernieuwde werkwijze van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Op deze manier wordt het werken met het Kwaliteitskader een natuurlijk onderdeel van de verbetercyclus. Objectieve kerngegevens die op het niveau van de cliënt worden uitgevraagd, worden gedestilleerd uit het zorg- en ondersteuningsplan. Daarnaast is het verzamelen van cliëntervaringsgegevens gekoppeld aan de jaarlijkse evaluatie van het zorg- en ondersteuningsplan.

### **Pijler 1: Objectieve kerngegevens**

- 5.1 Heeft uw organisatie de zorg- en ondersteuningsplansystematiek beschreven?
- 5.2 Wordt deze zorg- en ondersteuningsplansystematiek periodiek (volgens een intern vastgestelde frequentie) geëvalueerd en bijgesteld?
- 5.3 Kunt u aantonen dat de zorg- en ondersteuningsafspraken bij alle cliënten, die langer dan drie maanden in zorg zijn, binnen 6 weken na aanvang van zorg in een ondersteuningsplan zijn vastgelegd?
- 5.4 Kunt u aantonen dat het ondersteuningsplan bij alle cliënten, die langer dan drie maanden in zorg zijn, minimaal een keer per jaar geëvalueerd en bijgesteld wordt?
- 5.5 Hebben alle cliënten<sup>15</sup>, die langer dan drie maanden in zorg zijn, ingestemd met hun ondersteuningsplan of kunt u aantonen dat u meerdere keren geprobeerd heeft deze instemming te verkrijgen?
- 6.4 Maakt de risico-inventarisatie onderdeel uit van uw zorg- en ondersteuningsplansystematiek?
- 9.5 Heeft u op cliëntniveau in het ondersteuningsplan beschreven voor welke onderdelen van de medicatie u verantwoordelijk bent?

<sup>15</sup> Als de cliënt en/of zijn wettelijk vertegenwoordigers niet tot bespreking van de evaluatie of het actualiseren van het ondersteuningsplan bereid zijn, houdt de zorgaanbieder bij de vastlegging, evaluatie of actualisering van het ondersteuningsplan zoveel mogelijk rekening met de veronderstelde wensen en de bekende mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. (Besluit Zorgplanbespreking AWBZ zorg, artikel 2 lid 3)

*Toelichtingen bij Handreiking Ondersteuningsplannen 2013  
Deel 2: Verdieping op het gebied van wet- en regelgeving.*

*Versie: 08 april 2015*

10.7 Is in de zorg- en ondersteuningsplansystematiek van uw organisatie het onderwerp seksualiteit (lichaamsbeleving, intimiteit en seksualiteit) opgenomen?

Box 2: Pijler 1: kerngegevens kwaliteit op organisatieniveau uitvraag 2013 (over verslagjaar 2012)

### **Pijler 2a: Kerngegevens cliëntniveau**

1. Is er aantoonbaar (mondelinge of schriftelijke) overeenstemming met de cliënt(-vertegenwoordiger) over de zorg en ondersteuning die de organisatie verleent?

2. Is het ondersteuningsplan de afgelopen 12 maanden aantoonbaar geëvalueerd?

3. Risico-inventarisatie, basis:

- Medicijngebruik waarvoor de organisatie (deels) verantwoordelijk is: Indien JA, zijn afspraken over medicatie voor het deel waarvoor de organisatie verantwoordelijk is aantoonbaar in het ondersteuningsplan/dossier opgenomen?
- Vrijheidsbeperkende maatregelen in het kader van BOPZ: Indien JA, is de maatregel aantoonbaar beschreven in het ondersteuningsplan /dossier ?

4. Risico-inventarisatie, thema psychische gezondheid: (vermoeden van) seksueel misbruik

4.3 Is een risico-inschatting van seksueel misbruik van of door de cliënt in het ondersteuningsplan aanwezig?

Box 3: Pijler 2a: kerngegevens kwaliteit op cliëntniveau uitvraag 2013 (invulling parallel aan de jaarlijkse bespreking van het zorg- en ondersteuningsplan, over de afgelopen 12 maanden).

### **Pijler 2b: cliëntervaringsgegevens**

De cliëntervaringsgegevens worden minimaal eens per drie jaar gemeten aan hand van meetinstrumenten die zijn toegelaten tot de waaier. Van deze instrumenten is vastgesteld dat ze voldoen aan de navolgende criteria:

1. Meet ervaringen van individuele cliënten over de kwaliteit van de zorg en dienstverlening van de organisatie (in het licht van domeinen van kwaliteit van bestaan)
2. Genereert verbeterinformatie op individueel cliëntniveau. Deze verbeterinformatie kan worden geaggregeerd naar de organisatorische eenheid en/of naar de organisatie als geheel
3. Er wordt systematisch gewerkt aan validiteit, verbetering en onderbouwing van het instrument.