

**KENNISPLEIN**  
gehandicaptensector

verbeterprogramma



# Toelichting bij de Handreiking Ondersteuningsplannen 2013

# Verbeterprogramma gehandicaptenzorg

‘Goed gebruik van het ondersteuningsplan in de  
gehandicaptenzorg’

Kennisplein

Auteurs:

W. Buntinx (Buntinx Training & Consultancy)

M. Herps (Vilans)

M. de Ruiter (Cordaan)

Juridische teksten:

M. de Visser (Juridisch Adviesbureau Smaragd / Stichting 's Heerenloo)

M. Delwig (VGN)

# Leeswijzer

De Toelichtingen bij de Handreiking Ondersteuningsplannen bevatten achtergrondinformatie en hulpmiddelen om beleidsmedewerkers en professionals op weg te helpen bij het ontwikkelen, toetsen en gebruiken van de zorgplansystematiek in eigen organisatie. Hier vermelde informatie dient ter oriëntatie en is niet bedoeld als ‘gebruiksklaar’ instrument. Toepassing van vermelde modellen, methoden en instrumenten vereist veelal (verdere) verdieping van professionele kennis en vaardigheden; daarvoor worden bronnen vermeld.

Bij het noemen van modellen, methoden en instrumenten is niet gestreefd naar volledigheid maar naar het aangeven van ‘type’ instrumenten of methoden. Het al dan niet vermelden van een methode of instrument houdt geen waardeoordeel in over de relevantie ervan voor de gebruiker. Voor de keuze van methoden en instrumenten is het laatste woord aan de verantwoordelijke professionals in de praktijk van de ondersteuning.

Inrichting van de toelichtingen:

Deel 1: Toelichtingen bij aspecten in het ondersteuningsproces

Deel 2: Verdieping op het gebied van wet- en regelgeving

Deel 3: Samenwerking met cliënten

Deel 4: Begrippen en afkortingen

# Deel 1

## Toelichtingen bij aspecten van het ondersteuningsproces

# 1A: Beeldvorming functioneren

## WAT

Het doel van beeldvorming met betrekking tot het functioneren is de beperkingen en mogelijkheden van de persoon in kaart te brengen. Dit gebeurt in principe multidisciplinair.

## HOE

Er zijn twee professionele referentiekaders beschikbaar die richtinggevend kunnen zijn bij de beeldvorming over het functioneren: het ICF en het AAIDD model. Het ICF model met bijhorende classificatie is een algemeen model. Het AAIDD model is toegespitst op mensen met verstandelijke beperkingen.

### ICF (en ICF voor kinderen)

Aandoening – etiologie ('grondslag' voor zorg)

Stoornissen – afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen

Beperkingen bij uitvoeren van activiteiten

Participatieproblemen (problemen met deelname aan maatschappij)

Externe factoren (belemmerende en bevorderende factoren – individueel en sociaal)

Persoonlijke factoren (problemen en/of risico's die samenhangen met de achtergrond van de persoon zoals leeftijd, geslacht, ras, opleiding, karakter, levensstijl, levensgewoonten, opvoeding, ervaringen in het verleden, et cetera)

### AAIDD

Verstandelijk functioneren – intelligentie

Adaptieve vaardigheden (mogelijkheden en beperkingen in 'competenties', 'sociale redzaamheid')

Sociaal functioneren in de samenleving en participatieproblemen

Gezondheid (lichamelijk en geestelijk) en etiologie

Context (sociaal netwerk, belemmerende en bevorderende omgevingsfactoren, persoonlijke factoren en levensgeschiedenis)

Een hulpmiddel bij de beeldvorming met betrekking tot het functioneren is 'Handelingsgerichte diagnostiek'. Deze methodiek is congruent met bovenstaande modellen en bevat een praktisch uitgewerkte handreiking voor gedragsdeskundigen.

Pameijer, N. & Laar-Bijman, E. van (2007). *Handelingsgerichte diagnostiek. Een handreiking voor orthopedagogen en psychologen werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: Lemma.

Oorspronkelijke bronnen:

WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF)*. Geneva: WHO.

WHO. (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health. Children & Youth Version*. Geneva: WHO.

Schalock, R.L., Borthwick-Duffy, S.A., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E., Coulter, et al. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports* (11th edition). Washington, D.C.: AAIDD.

Schalock, R., Luckasson, R., Bradley, V., Buntinx, W., Lachapelle, Y. et al. (2012). *User's Guide to Accompany the 11th Edition of Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports. Applications for Clinicians, Educators, Organizations Providing Supports, Policymakers, Family members and Advocates, and Health Care Professionals*. Washington: AAIDD.

# 1B: Beeldvorming functioneren aan de hand van de ICF: ‘Internationale classificatie van het menselijk functioneren’

(Basisschema van de ICF classificatie)

## Gezondheidsproblemen

Problemen in gezondheid: aandoeningen, ziekten, etiologie van de handicap.

Het ICF model kent zelf geen classificatiesysteem voor de gezondheidstoestand maar maakt gebruik van de ICD-10. Het ICF-model leidt tot een professioneel oordeel over aanwezige gezondheidsproblemen en etiologie.

## Functies en anatomische eigenschappen

Problemen (stoornissen) op het gebied van:

Functies	Anatomische eigenschappen
Mentale functies	Zenuwstelsel
Sensorische functies en pijn	Structuren van oog, oor
Stem en spraak	Structuren bij stem en spraak
Hart, bloedvatstelsel	Anatomie van hart en bloedvaten
Spijsverteringstelsel	Anatomie van spijsverteringstelsel
Urogenitaal stelsel	Anatomie van urogenitaal stelsel
Bewegingssysteem	Structuren verwant aan beweging
Huid en verwante structuren	Huid en aanverwante structuren

Leidt tot een professioneel oordeel over aanwezige stoornissen.

## Activiteiten

Problemen (beperkingen) op het gebied van:

Activiteiten (capaciteiten/vaardigheden)
Leren en toepassen van kennis
Algemene taken
Communicatie
Mobiliteit
Zelfverzorging
Huishouden
Interpersoonlijke interacties en relaties
Belangrijke levensgebieden
Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven

Leidt tot een professioneel oordeel over aanwezige beperkingen en mogelijkheden in activiteiten.

## Participatie

Participatieproblemen op het gebied van:

---

### Participatie (activiteiten)

Leren en toepassen van kennis

Algemene taken

Communicatie

Mobiliteit

Zelfverzorging

Huishouden

Interpersoonlijke interacties en relaties

Belangrijke levensgebieden

Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven

---

Leidt tot een professioneel oordeel over participatie beperkingen en mogelijkheden.

### Externe factoren

---

#### Bevorderende en belemmerende factoren op gebied van:

Externe factoren

Producten en technologie (o.m. domotica)

Natuurlijke omgeving

Ondersteuning en relaties

Attitudes

Diensten, systemen en beleid

---

Leidt tot een professioneel oordeel over belemmerende en bevorderende omgevingsfactoren.

### Persoonlijke factoren

---

#### Factoren met positief of negatief effect op het functioneren:

Persoonlijke factoren (individuele levensachtergrond)

Leeftijd, ras, geslacht

Opleiding, ervaringen

Lichamelijke conditie in het algemeen

Levensstijl en levensgewoonten [de ICF bevat hiervoor geen classificatie]

---

Leidt tot een professioneel oordeel over persoonlijke risico- en beschermende factoren.

De ICF-Taksatieschaal kan gebruikt worden om vast te stellen op welke domeinen er sprake is van geen, lichte, matige, ernstige of zeer ernstige problemen met betrekking tot de functies, activiteiten, participatie en externe factoren.

# 1B: Beeldvorming aan de hand van de vijf dimensies van het AAIDD model

## Verstandelijk functioneren

<b>Betreft</b>	Intelligentie
Individueel intelligentieonderzoek met een gevalideerde en betrouwbare test.	bijvoorbeeld: WAIS, WISC, Leiter, SON-R, WPPSI-R, AIT.
<b>Ook/alternatief:</b>	Onderzoek aan de hand van ontwikkelingsschaal – observatie en klinisch oordeel van een gedragsdeskundige.

Leidt tot een professioneel oordeel over: cognitieve, sociale, praktische intelligentie. (Sterke en zwakke domeinen van intelligentie).

## Adaptieve vaardigheden (mogelijkheden en beperkingen in 'competenties', 'sociale redzaamheid').

<b>Betreft</b>	In kaart brengen van vaardigheden.
Individueel onderzoek aan de hand van gevalideerde en betrouwbare schaal.	bijvoorbeeld: SRZ, Vineland ABS, ESSEON, SEO.
<b>Ook/alternatief</b>	Observatie en klinisch oordeel van een gedragswetenschapper.

Leidt tot een professioneel oordeel over: cognitieve, sociaal-emotionele en praktische vaardigheden (sterke en zwakke domeinen van vaardigheden).

## Sociaal functioneren in de samenleving / participatie?

<b>Betreft</b>	Sociale interacties in de praktijk; sociale rollen; participatie in de samenleving
Aan welke activiteiten in de samenleving neemt de persoon deel? Mate van participatie: van welke gewone voorzieningen maakt de persoon gebruik? Op welke manier neemt de persoon deel aan woon-, leer-, werk-, vrije tijd situaties? Wat zijn zijn/haar interesses?	
<b>Onderzoek aan de hand van</b>	Interview, sociogram en andere technieken voor in kaart brengen netwerk, dossieronderzoek, gesprekken met relevante informanten

Leidt tot een professioneel oordeel over sterke en zwakke aspecten m.b.t. participatie en sociale relaties.

## Gezondheid en etiologie

<b>Betreft</b>	De lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand van de persoon en de etiologie (oorzaak) van de verstandelijke beperking.
<b>Vaststellen</b>	Algemeen onderzoek door arts (AVG); psychiatrisch onderzoek en bijvoorbeeld DSM-diagnose(s). Wat is bekend over etiologie (genetisch onderzoek, etiologische risicofactoren)? Comorbiditeit?
<b>Ook</b>	Observatie en klinisch oordeel van een arts/specialist.

Leidt tot een professioneel oordeel over sterke en zwakke aspecten van gezondheid en etiologische risicofactoren.



---

### **Omgeving en persoonlijke factoren**

**Betreft** Bevorderende en belemmerende factoren in de omgeving van de persoon: fysiek, attitudes van de omgeving, gebruik van hulpmiddelen, toegang tot voorzieningen, ondersteuningsbronnen, persoonlijke levensstijl, leeftijd, opleiding, levensgeschiedenis.

Leidt tot een professioneel oordeel over belemmerende en bevorderende factoren in de omgeving en in leefstijl van de persoon; risicofactoren en beschermende factoren.

# 1C: Levensgeschiedenis en levensverhaal

## WAT

De levensgeschiedenis is een meer feitelijke beschrijving van het verleden van de cliënt, terwijl het levensverhaal laat zien wat de betekenis van gebeurtenissen uit het verleden is voor de persoon zelf. Levensgeschiedenis en levensverhaal vormen de 'tijd-context' van de persoon.

## HOE

### Levensgeschiedenis

Een levensgeschiedenis is een korte beschrijving van het verleden van de cliënt; van wat hij/zij heeft meegemaakt. Het is een feitelijke weergave in de vorm van een chronologisch verslag van de verzamelde informatie.

Het is belangrijk om te beseffen dat de persoonlijke geschiedenis confronterend kan zijn voor de cliënt. Dit kan voor de cliënt een reden zijn om de informatie alleen in de 'klinische en basisadministratie' op te laten nemen en niet in het ondersteuningsplan zelf. De cliënt kan er zelfs voor kiezen deze informatie niet prijs te geven aan de opsteller van het plan. Een selectieve weergave van de voorgeschiedenis van de cliënt is mogelijk.

### Levensverhaal

Een levensverhaal is een belevingsverhaal: het vertelt wat iemand vroeger leuk vond en zich graag blijft herinneren, bijvoorbeeld lievelingsdieren, lievelingseten, oude gewoonten en rituelen die dierbaar zijn. Het helpt cliënten om hun geheugen op te frissen. Het helpt professionals om op een andere manier te kijken naar gedragingen van cliënten. Het levensverhaal van de cliënt is 'zijn' of 'haar' verhaal en hoeft niet noodzakelijk overeen te komen met de feitelijke levensgeschiedenis.

#### Thema's m.b.t. levensgeschiedenis

Datum en plaats geboorte.
Eerdere/huidige gezinssituatie.
Eerdere woonplaatsen.
Eerdere/huidige school, dagbesteding, werk.
Medische voorgeschiedenis.
Bijzonderheden gedrag en ontwikkeling.
Afgenomen schalen, testen en uitslagen.
Eerder ontvangen professionele hulp/ondersteuning.
Belangrijke personen in het leven van de cliënt.
Bijzondere gebeurtenissen in het leven van de persoon.

# 1D: In beeld brengen van ondersteuningsbehoeften en risico's

## WAT

Ondersteuningsbehoeften geven aan welke en hoeveel ondersteuning nodig is om te kunnen functioneren als persoon in de samenleving. Daarbij wordt de vraag gesteld wat voor deze cliënt nodig is om een 'goede kwaliteit van bestaan' te bereiken. Dit gebeurt voor verschillende domeinen. Bij elk domein kun je kijken wat de persoon zelf wenst te bereiken of wenst te ervaren (wensen, 'wants') en welke ondersteuning daarbij volgens professionals nodig is ('needs'). Advies is om ook in elk domein te bekijken welke risico's aanwezig zijn als niet voldoende of geen juiste ondersteuning wordt gegeven.

De volgende overzichten zijn bedoeld als algemene referentiekaders. De uitkomsten van het in beeld brengen van de (subjectieve en objectieve) ondersteuningsbehoeften en van risico's kan met onderstaande kaders worden geordend. De methoden en instrumenten ten behoeve van de beeldvorming zijn veelzijdig (zie HOE).

### Model Kwaliteit van Bestaan (voorbeeld 1)

Kwaliteit van bestaan	Wensen cliënt	Ondersteuningsbehoeften professioneel perspectief	Risico's?
Lichamelijk welbevinden			
Psychisch welbevinden			
Interpersoonlijke relaties			
Deelname aan de samenleving			
Persoonlijke ontwikkeling			
Materieel welzijn			
Zelfbepaling			
Belangen			

### Model ondersteuningsbehoeften (SIS) (voorbeeld 2)

Behoeftte aan ondersteuning bij	Wensen cliënt	Ondersteuningsbehoeften professioneel perspectief	Risico's?
Activiteiten in huis			
Activiteiten in de samenleving			
Leren en vorming / school			
Werken/dagactiviteiten			
Gezondheid en veiligheid			
Sociale activiteiten			
Belangenbehartiging			
Speciale ondersteuningsbehoeften i.v.m. medische en gedrags- problematiek(*)			

(\*) 'Speciaal' betekent dat deze problematiek de 'gewone' dagelijkse ondersteuning door begeleiders overstijgt en gespecialiseerde ondersteuning door medische, verpleegkundige, paramedische en/of gedragsdeskundige professionals noodzakelijk maakt. In deze gevallen is een behandelplan altijd noodzakelijk.

## HOE

Methoden en instrumenten om de ondersteuningsbehoeften in beeld te brengen:

### Vanuit het perspectief van de persoon zelf

- Het Zorgplan Kaartspel (Vraagraak).
- De Supports Intensity Scale (bij klinisch gebruik door ervaren interviewers).
- De ICF-Taksatieschaal.
- Persoonlijke Toekomst Planning.
- PATHS.
- MAPS.

### Vanuit het perspectief van professionals

- De Supports Intensity Scale.
- De ICF-Taksatieschaal.
- Het Kwaliteit van Bestaan model (klinisch gebruik).

## Risico inventarisatie

- Instrument voor Risico Inventarisatie voor Cliëntspecifieke Hulpmiddelen en de Toepassing daarvan in de Gehandicaptenzorg (RICHTING).
- SIS subschaal 'gezondheid en veiligheid' (1.5) – SIS subschalen speciale medische en gedragsmatige risico's (3a en 3b).

Andere checklists (o.m. uit risk-assessment onderzoek); risico's met betrekking tot vallen, verkeer, recreatie en sport, verbranding, brandveiligheid, agressie van anderen (potentieel slachtoffer), agressie naar anderen, vergiftiging, verkeerd gebruik van hulpmiddelen, zich stoten, zelfverwonding.

# 1E: Formuleren van doelen en ondersteunings-afspraken

## WAT

### Doelen stellen

Doelen vormen het hart van het ondersteuningsplan. Ze leiden tot acties in het dagelijks ondersteunen van mensen met een beperking. Doelen stellen, geeft richting aan het handelen van begeleiders en vergemakkelijkt de onderlinge communicatie en afstemming.

---

*Een doel is een situatie, kennis of vaardigheid, waarvan gewenst is dat deze binnen de looptijd van het plan wordt bereikt. Doelen zijn gebaseerd op de ondersteuningsbehoeften en wensen van de cliënt.*

---

### Onderscheid maken tussen doelen en afspraken

- Afspraken behelzen wat de cliënt in de dagelijkse praktijk van de zorgaanbieder mag verwachten. Afspraken omvatten in ieder geval de 'basiszorg' voor de cliënt, bijvoorbeeld blijvende aandachtspunten in de dagelijkse ondersteuning (ADL) en in het managen van risico's.

Doelen behelzen specifiekere onderwerpen. Je kunt ze typeren als:

- persoonlijke doelen (wensen): worden door de cliënt zelf aangereikt
- ontwikkelingsgerichte doelen: uitbreiden van kennis en vaardigheden van de cliënt op het gebied van wonen, leren, werken, vrije tijd, relaties, belangenbehartiging, et cetera.
- probleemgerichte doelen: komen voort uit somatische, psychische- en/of gedragsproblematiek van de cliënt. Deze doelen zijn resultaatgericht, waarbij het vaak gaat om tijdelijke interventies. Probleemgerichte doelen maken vaak deel uit van specifieke behandelplannen.

## HOE

### SMART

Het is van belang om doelen SMART te formuleren. SMART formuleren betekent:

SMART	
<b>SPECIFIEK</b>	Het gewenste effect of de te bereiken situatie wordt zo precies mogelijk beschreven; wat is het doel precies en wat is het niet? Wat zijn de kenmerken van het doel? Wat nemen we waar als het doel is bereikt?
<b>MEETBAAR</b>	Hoe kunnen we zien of het doel dichterbij komt? Hoe weten we of het doel bereikt is? Bijvoorbeeld: 'iemand zit lekker in zijn vel' is niet meetbaar.
<b>ACCEPTABEL</b>	Het gestelde doel is acceptabel voor de cliënt, zijn sociale netwerk en de professionele ondersteuners; het is in overeenstemming met de wensen van de cliënt, wettelijke kaders en professionele 'good practices'.
<b>REALISTISCH</b>	Het doel is haalbaar en houdt rekening met iemands mogelijkheden en beperkingen en met de beschikbare hulpbronnen (kennis, menskracht, hulpmiddelen, financiële middelen).

**TIJDSGEBONDEN** Het toewerken naar het doel is gebonden aan een tijdspad; binnen welke termijn moet het doel gerealiseerd zijn, bijvoorbeeld drie maanden, twee jaar of zes weken? Werken aan een doel kan in kleine stappen (subdoelen) verdeeld worden.

## Structureren van afspraken

Het model 'Kwaliteit van Bestaan' kan dienen als achtergrondstructuur voor ondersteuningsdoelen

Kwaliteit van bestaan	Doelen	Acties	Hulpbronnen	Verantwoordelijkheid
Lichamelijk welbevinden				
Psychisch welbevinden				
Interpersoonlijke relaties				
Deelname aan de samenleving				
Persoonlijke ontwikkeling				
Materieel welzijn				
Zelfbepaling				
Belangen				

Let op!

In een ondersteuningsplan hoeft niet noodzakelijk voor elk domein een doel te worden geformuleerd. Het is wel noodzakelijk om naast de vermelding van de doelen ook per doel te ondernemen acties, te gebruiken hulpbronnen en verantwoordelijkheden aan te geven.

# 1F: Uitvoering van het ondersteuningsplan

## WAT

Wanneer doelen en afspraken duidelijk zijn, moeten deze worden uitgevoerd. Dit hoort tot de kerntaken van professionele begeleiders in de gehandicaptensector. Voor het goed uitvoeren van deze taken zijn verschillende methoden en referentiekaders voorhanden. Ze leggen elk eigen accenten afhankelijk van een bepaalde doelgroep of problematiek. Veel van deze methoden bevatten handreikingen om doelen te identificeren en de ondersteuning te structureren.

## HOE

Zonder volledigheid te pretenderen noemen we een aantal in Nederland bekende methodieken:

- Het 'Opvoedings- en Ondersteuningsprogramma' (voor mensen met ernstige en meervoudige beperkingen – 'methode Vlaskamp')
- Active Support (\*)
- 'Competentiemodel'
- 'Eigen Initiatief Model' (\*)
- 'Geef me de 5' (\*)
- 'Herstel van het gewone leven'
- 'Persoonlijk Activeringprogramma' (Pact)
- 'Kwartiermaken' (\*)
- 'Oplossingsgericht werken' ('Oplossingsgerichte Therapie' / 'Oplossingsgericht Coachen')
- 'Sociale netwerkontwikkeling' (\*)
- 'Gewaardeerde Sociale Rollen' (\*)
- 'Rehabilitatie' (\*)
- 'Werken met Verhalen' (\*)
- 'Hooi op je vork' (voor mensen met NAH) (\*)

De met (\*) gemarkeerde methoden worden besproken in: Verdoorn, P. & Van Vulpen, A. (2012): *Werken aan kwaliteit van bestaan. Bouwstenen voor inclusief ondersteunen*. Amsterdam: Boom/Nelissen.

Sommige van deze methoden bestrijken ook elementen van beeldvorming over functioneren, ondersteuningsbehoeften en eigen wensen van de persoon met beperkingen. Waar dat niet het geval is, kunnen zij eenvoudig worden aangevuld met methodieken op het gebied van beeldvorming of evaluatie van uitkomsten.

Hoewel alle genoemde methodieken al een centrale plaats aan de cliënt toekennen, gaan andere nóg sterker uit van de eigen kracht van de persoon met beperkingen en van zijn/haar sociale omgeving (netwerk). Denk daarbij aan:

- Eigen Kracht Conferenties
- Wraparound Care
- Community Support

Deze methoden zijn soms bekender in de jeugdhulpverlening maar zijn ook toepasbaar in de gehandicaptenzorg. Zeker daar waar de insteek sterk ligt op eigen mogelijkheden van de persoon en zijn/haar netwerk en waar sprake is van coördinatie tussen meerdere hulpverleners / zorgaanbieders.

Voordeel van genoemde methodieken is dat daarin de plannings- en uitvoeringsdynamiek van ondersteuningsafspraken een bepaalde structuur (format) meekrijgt. Dit maakt het samen werken aan ondersteuning inzichtelijker.

Maar het staat professionals ook vrij om eigen formats te ontwikkelen, die in bepaalde situaties, bij bepaalde doelgroepen of bij probleemstellingen mogelijk beter werken.

## Plan – Do – Check – Act

Gemeenschappelijke achtergrond van elke professionele ondersteuningsmethodiek is een systematische werkwijze, ook wel aangeduid als: Plan-Do-Check-Act cyclus.

Deze werkwijze start met het formuleren van een onderbouwd plan dat de aanpak beschrijft (doelen, afspraken), om de kwaliteit van bestaan van de cliënt te bevorderen (PLAN). Daarna wordt aan die doelen gewerkt volgens de gemaakte afspraken en met inzet van de afgesproken hulpbronnen (DO). Tegelijk met de uitvoering vindt monitoring plaats. Evaluatie vindt plaats op vooraf afgesproken momenten: is er (voldoende) gewerkt aan de doelen en komen de doelen dichterbij (CHECK)? Vervolgens vindt, waar nodig, bijstelling van het plan op basis van de uitkomsten van de evaluatie plaats en/of worden volgende doelen uit de planning aangepakt (ACT).



# 1G: Uitkomsten van ondersteuning

## WAT

Ondersteuning heeft tot doel: bijdragen aan / in stand houden van de kwaliteit van bestaan van de persoon met beperkingen. Checken of hiervan daadwerkelijk sprake is, ligt voor de hand. Het betreft hier evaluatie van de *uitkomsten* van ondersteuning voor de persoon.

Regelmatig kijken naar de kwaliteit van bestaan, geeft weer voortschrijdende of nieuwe inzichten over ondersteuningsbehoeften (voor een nieuwe ondersteuningscyclus). Zo'n evaluatie biedt bovendien referentie-informatie om op een later tijdstip te verifiëren of er veranderingen zijn in de kwaliteit van bestaan.

Kijken naar de kwaliteit van bestaan impliceert zowel het kijken naar de wijze waarop de cliënt zelf zijn persoonlijk welzijn ervaart (tevredenheid), als het onafhankelijk toetsen van de omstandigheden waarin de cliënt leeft. Dit zijn twee verschillende zienswijzen. Bij het onafhankelijk toetsen gaat het om de vraag of de omstandigheden van de cliënt in overeenstemming zijn met 'objectieve' normen die in de samenleving ook voor iedere andere burgers gelden? Het gaat zowel over 'harde' normen (wet- en regelgeving en normen voor bijvoorbeeld gezondheid, voeding, huisvesting) als over 'zachte' normen (wat gebruikelijk of 'common sense' is, bijvoorbeeld met betrekking tot groeps grootte, dagbesteding, werk, school, relaties).

## HOE

Een eenvoudige en voor de hand liggende manier om de uitkomsten van ondersteuning vast te stellen is in gesprek gaan met de cliënt en zijn directe sociale omgeving (familie, wettelijke vertegenwoordiger, belangrijke personen uit het sociale netwerk). Dit kan aan de hand van een semigestructureerd gesprek op basis van de 'Kwaliteit van Bestaan' domeinen (zie kader). Daarnaast zijn er methoden die een dergelijk gesprek voorstructureren:

- De BIT (Ben Ik Tevreden) methode biedt een gesprekskader waarin de beleving van eigen kwaliteit van bestaan aspecten aan de orde komt.
- De Persoonlijke Uitkomsten Schaal (POS) is een ander instrument om de kwaliteit van bestaan van personen met verstandelijke beperkingen te evalueren.
- Ook de handreiking 'Een goede kwaliteit – een goed leven' van VraagRaak is een hulpmiddel bij het onderzoeken van de kwaliteit van bestaan.

Als leidraad voor een semigestructureerd gesprek over de tevredenheid van de cliënt met zijn bestaan kunnen de domeinen uit het Visiedocument Kwaliteitskader (2007) worden gebruikt. Dezelfde domeinen kunnen 'buitenstaanders' hanteren bij het evalueren van de kwaliteit van bestaan naar meer objectieve criteria.

Kwaliteit van bestaan	Tevredenheid cliënt met eigen leven op gebied van... Objectief oordeel over kwaliteit van...
Lichamelijk welbevinden	
Psychisch welbevinden	
Interpersoonlijke relaties	
Deelname aan de samenleving	
Persoonlijke ontwikkeling	

---

Materieel welzijn

Zelfbepaling

Belangen en rechten

---

# 1H: Onderzoek van cliëntervaringen met de kwaliteit van dienstverlening

## WAT

Het vernieuwde kwaliteitskader legt een verband tussen (evaluatie van) het ondersteuningsplan en de evaluatie van de ervaren kwaliteit van dienstverlening. Bij evaluatie van de ervaren kwaliteit van dienstverlening kan gebruik worden gemaakt van instrumenten uit de 'waaier' (VGN, 2011).

---

**Let op: kwaliteit van dienstverlening gaat over de prestaties van de zorgaanbieder. Kwaliteit van bestaan gaat over de situatie van de cliënt.**

---

Het gaat hier dus over verschillende zaken. Wanneer een cliënt ondersteuning betreft van verschillende zorgaanbieders of maar een beperkte dienst afneemt van de zorgaanbieder, is duidelijk dat de kwaliteit 'van bestaan' van de cliënt niet noodzakelijk iets zegt over de kwaliteit van 'dienstverlening' door de zorgaanbieder. Ook als een cliënt 'veel' ondersteuning betreft van een zorgaanbieder kunnen er persoonlijke omstandigheden zijn waardoor de cliënt zijn kwaliteit van bestaan als 'laag' ervaart terwijl de kwaliteit van de dienstverlening 'hoog' is. Ter toelichting: in de somatische zorg komt het voor dat de patiënt een lage levenskwaliteit ervaart maar (zeer) tevreden is over de behandelaars en het ziekenhuis. Naar analogie geldt dit ook in de gehandicaptenzorg.

Kwaliteit van de dienstverlening door de zorgaanbieder is dus iets anders dan kwaliteit van bestaan van de cliënt. Dat neemt niet weg dat de door de cliënt ervaren kwaliteit van dienstverlening zeer belangrijk is in de context van het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieder. In dienstverlening is klanttevredenheid een cruciale kwaliteitsfactor. Je kunt de klanttevredenheid onderzoeken op verschillende terreinen: inhoudelijke dienstverlening, faciliterende voorwaarden en bejegening (relatie cliënt-professionals). Omdat de inhoudelijke dienstverlening in de gehandicaptenzorg zich richt op het bevorderen van de kwaliteit van bestaan van cliënten, kan hen dus ook gevraagd worden hoe goed de zorgaanbieder met de geleverde ondersteuning daarin slaagt. Hierin ligt de link met 'kwaliteit van bestaan'. Prestaties van de zorgaanbieder kunnen dus ook (gedeeltelijk) worden beoordeeld vanuit de domeinen van kwaliteit van bestaan. Daarom zijn deze opgenomen in het Visiedocument kwaliteit gehandicaptenzorg (VGN, 2007) en in de vernieuwde Kwaliteitskader (VGN 2011), met name in pijler 2b.

## HOE

Via kwalitatieve of kwantitatieve methoden kunnen de tevredenheid/ervaringen van de cliënt met de ondersteuning worden nagegaan. De vraag is dan: hoe goed draagt de ontvangen ondersteuning bij aan de kwaliteit van bestaan? Hoe tevreden bent u over de dienstverlening van N (organisatie) op het gebied van...; Welke ervaringen heeft u (positief en negatief) met de ontvangen ondersteuning?

<b>Kwaliteit van bestaan</b>	<b>Ervaringen van cliënt met dienstverlening op het gebied van</b>
Lichamelijk welbevinden	
Psychisch welbevinden	
Interpersoonlijke relaties	
Deelname aan de samenleving	
Persoonlijke ontwikkeling	
Materieel welzijn	
Zelfbepaling	
Belangen en rechten	

Binnen de vernieuwde werkwijze kwaliteitskader gehandicaptenzorg (VGN, 2011) wordt verwezen naar een 'waaier' van instrumenten om de ervaren kwaliteit van zorg te onderzoeken.

## 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, dus <i>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> </ul>

	<p>d) een schone en verzorgde leefruimte;  e) een respectvolle bejegening, passend bij de eigenheid van de cliënt, en een veilige en aangename leefsfeer;  f) mogelijkheden voor de cliënt tot het beleven van en leven overeenkomstig zijn godsdienst of levensovertuiging;  g) een zinvolle dag invulling 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.</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> <p>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.</p> <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>
<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.</p>	<p>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.</p>
De zorgaanbieder moet binnen zes weken na	Binnen zes weken na aanvang van de zorg, of de

<p>aanvang van de zorgverlening het resultaat van de bespreking vastleggen in het zorgplan.</p>	<p><b>evaluatie en actualisatie van het plan</b>, legt de zorgaanbieder de gemaakte afspraken uit de 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 <b>afschrift van het ondersteuningsplan aan de cliënt en/of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger</b>.</p>
	<p>De cliënt heeft er recht op dat <b>minimaal twee maal per jaar</b> de afspraken uit zijn ondersteuningsplan met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger en zijn <b>mantelzorger(s)</b> 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>
<p>Nvt.</p>	<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 <b>welke onderdelen van de zorgverlening en de mate waarin</b> de cliënt <b>niet in staat acht tot een redelijke waardering van zijn belangen</b> en <b>welke persoon de cliënt op dit onderdeel vertegenwoordigt</b>.</li> <li>• De <b>schriftelijke wilsuiting</b> die is opgesteld toen de cliënt nog wilsbekwaam ter zake was en waarin hij geen toestemming geeft voor zorgverlening.</li> <li>• Het <b>niet geven van toestemming door de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger voor de uitvoering van de zorgverlening</b>.</li> <li>• De beslissing dat de zorgaanbieder om <b>geen gevolg te geven aan de weloverwogen wens van de cliënt om op genoemde gespreksonderwerpen zijn leven in te richten</b> 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 mobiliteits hulpmiddelen 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.

## 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 zintuigelijke 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 behandelzorg 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

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.

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.

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, tijdige 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

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



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 erop 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.

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

---

6 Art. 38 lid 5 en 6 Wet Bopz.

7 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. Analooq 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.**

---



## 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 informatiele 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 informatiele 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.

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 uitsprekt, 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.



## 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.

## 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.

# 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)

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 waaijer. Van deze instrumenten is vastgesteld dan 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.

# Deel 3

## Samenwerking met cliënten



# 3A: Bejegening

---

## ***Tips bij het maken van een ondersteuningsplan***

- Maak afspraken over hoe de cliënt aangesproken wil worden. In het kader van bejegening is het klantvriendelijk om te bespreken of iemand met meneer, mevrouw of met de voornaam aangesproken wil worden.
- Maak afspraken over de wijze waarop de persoon in het ondersteuningsplan wordt beschreven: met de voornaam of achternaam van de cliënt, in de eerste, tweede of derde persoonsvorm?
- Maak afspraken over het gebruik van namen van derden in het ondersteuningsplan. Gebruik je de naam van medebewoners, de partner, de familie?

---

## ***Tips namens cliënten***

- Houd het persoonsbeeld actueel en herkenbaar.
- Niet iedere cliënt wil in zijn ondersteuningsplan geconfronteerd worden met het eigen verleden, of elk jaar bij de evaluatie van het OP worden geconfronteerd met traumatische gebeurtenissen uit het verleden.
- Geef de cliënt geen onnodige 'stempels', cliënten kunnen veranderen.
- Wees positief en realistisch.

# 3B: Uitleg en hulp voor cliënten

## Samenwerking met cliënten

Sommige methodieken voor de planning van ondersteuning worden helemaal rond de cliënt opgebouwd, zelfs (in eerste instantie) buiten de betrokkenheid van een zorgaanbieder om. Deze activiteit levert dan in de AWBZ-zin van het woord geen 'ondersteuningsplan' op omdat het ondersteuningsplan in de Nederlandse definitie betrekking heeft op afspraken tussen een cliënt en een zorgaanbieder. Toch is deze benadering, waarbij wordt geprobeerd om maximaal gebruik te maken van eigen mogelijkheden en eigen inbreng van de cliënt (en eventueel zijn/haar netwerk), ook relevant voor AWBZ zorgaanbieders.

Deze methoden gaan uit van de eigen kracht van de cliënt en zijn/haar netwerk, ook wanneer die binnen traditionele zorgkaders als 'zwak' worden beoordeeld. Eventueel worden daar (vervolgens) AWBZ-zorgaanbieders bij ingeschakeld. Voorbeelden van dergelijke methoden zijn:

- Eigen Kracht Conferenties ( [www.eigen-kracht.nl](http://www.eigen-kracht.nl) )
- Wraparound Care model (via: [www.onderzoek.hu.nl](http://www.onderzoek.hu.nl) )
- Community Support ( [www.communitysupport.nl](http://www.communitysupport.nl) )

Binnen zorginstellingen is de methode ' Oplossingsgerichte therapie' een voorbeeld van intensieve en doelgerichte samenwerking met de cliënt. Zie:

Roeden, J. & Bannink, F. (2007). Handboek Oplossingsgericht Werken Met Licht Verstandelijk Beperkte Cliënten. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.

Roeden, J. (2012). *De oplossingsgerichte begeleider. Een gids voor oplossingsgericht werken in de verstandelijk gehandicaptenzorg.* Schoorl: Pirola.

## Een agenda als hulpmiddel bij het ondersteuningsplan

Steeds vaker wordt bij de planning en de uitvoering van ondersteuning gebruik gemaakt van agenda-methodieken. Juist omdat het bij ondersteuningsplannen gaat om concrete doelen en het plannen van de weg daar naar toe, samen met betrokken (professionele en niet-professionele ) ondersteuners, kan een agenda een handig hulpmiddel zijn.

In de zorg voor mensen met beperkingen zijn een aantal bijzondere hulpmiddelen beschikbaar zoals de PictoAgenda: met deze agenda bestaat een jarenlange ervaring - [www.pictogenda.nl](http://www.pictogenda.nl). Er zijn verschillende digitale agenda's op de markt; zie leveranciers van ECD producten.

## OPsterk

OPsterk biedt trainingen en bijeenkomsten aan voor cliënten met als doel hun positie bij het opstellen en uitvoeren van ondersteuningsplannen te versterken. Ook biedt OPsterk bijeenkomsten voor vertegenwoordigers en trainingen voor professionals. Daarnaast bieden zij een Train de trainer tot OPsterk-begeleider. Meer informatie op: [www.opsterk.nl](http://www.opsterk.nl)

## KansPlus / VraagRaak

KansPlus/VraagRaak biedt ook trainingen op het gebied van de ondersteuningsplannen voor cliënten, vertegenwoordigers en management en heeft hiervoor ook producten ontwikkeld. Zo is er een coördinatiepunt Specifiek cliëntperspectief. Dit is een onderdeel van het KansPlus kennis- en adviescentrum waar zowel ouders, broers, zussen, als cliënten, andere betrokkenen en zorgverleners terecht kunnen met hun vragen over alle facetten van zorg en dienstverlening. Er wordt bemiddeling geboden bij complexe situaties waarbij het zorgproces vastloopt, met als doel de cliënt en zijn netwerk een toekomstperspectief bieden en de eigen regie versterken. KansPlus/VraagRaak staat dan naast de cliënt en zijn/haar netwerk en coördineert gesprekken met bijvoorbeeld MEE, het zorgkantoor, het CCE, de zorgaanbieder/manager. Een ervaren casemanager biedt de ondersteuning. KansPlus heeft tevens een steunpunt medezeggenschap cliëntenraden (VraagRaak) en ondersteunt en adviseert cliëntenraden die vragen hebben over het verzaamd adviesrecht over de zorgplansystematiek.

## Steffie

Op de website [www.steffie.nl](http://www.steffie.nl) komt informatie voor cliënten over het ondersteuningsplan.

Hier kunnen cliënten terecht voor:

- Een uitlegmodule over wat het ondersteuningsplan is, hoe het werkt, welke informatie nodig is voor de uitvoering en welke mensen daarbij betrokken zijn.
- Een oefenmodule waarmee de cliënt en zijn vertegenwoordiger zelf aan de slag kunnen gaan.

Daarbij wordt voorzien in een praktisch hulpmiddel waarmee het gesprek met de aanbieder kan worden voorbereid. De kwaliteitsdomeinen worden hierin opgenomen.

## 3C: Criteria voor de beoordeling van het cliëntenperspectief in ondersteuningsplannen

### **Is het ondersteuningsplan wel van de cliënt?**



**Regels voor een goed  
ondersteuningsplan voor cliënten  
in de gehandicaptenzorg**

**Handleiding voor cliëntenraden**

# Over deze handleiding

Deze handleiding is een hulpmiddel voor de cliëntenraad om ondersteuningsplannen te beoordelen. De cliëntenraad heeft het recht om hierover zwaarwegend advies aan de directie uit te brengen. Met de handleiding kan de cliëntenraad controleren of de ondersteuningsplannen wel uitgaan van wat voor de cliënten belangrijk is.

Wat er in ondersteuningsplannen staat is overal verschillend. Soms is een ondersteuningsplan een heel dik pak papier, soms is het maar één velletje. De ene manier is niet beter dan de andere.

In deze handleiding staat daarom niet wat er allemaal in het ondersteuningsplan moet staan.

Wat staat er dan wel in?

1. Dat het ondersteuningsplan gaat over dingen die voor de cliënt belangrijk zijn.
2. Dat de cliënt hulp kan krijgen als hij een gesprek heeft over zijn ondersteuningsplan.
3. Dat het gemakkelijk te controleren is of iedereen zich wel aan het ondersteuningsplan houdt.
4. Dat de cliënt zeggenschap heeft bij de afspraken in zijn eigen ondersteuningsplan.

Over deze vier onderwerpen staan in deze handleiding vragen en voorbeelden. Met de vragen en voorbeelden kunt u snel bekijken of een ondersteuningsplan goed is of dat het op bepaalde punten toch beter kan.

Als u als cliëntenraad vindt dat het inderdaad beter zou kunnen dan is de handleiding ook een handig hulpmiddel voor een gesprek met de zorginstelling. U kunt aan de hand van deze handleiding over verbeteringen adviseren.

We wensen u veel succes bij het beoordelen van de ondersteuningsplannen in uw zorginstelling. Wij hopen dat u met deze handleiding goed kunt werken om uw doel te bereiken.

---

*De handleiding **Is het ondersteuningsplan wel echt van de cliënt?** is de eenvoudige versie van de handreiking Beoordeling van het cliëntperspectief in ondersteuningsplannen (gehandicaptenzorg). Vilans heeft de handreiking opgesteld in opdracht van OPsterk.nl. Het project OPsterk.nl wil de rol van de cliënt bij zijn ondersteuningsplan*

versterken. OPsterk.nl wordt uitgevoerd door de CG-Raad, Platform VG en de bij Platform VG aangesloten belangenorganisaties Naar-Keuze, LSR, Dit Koningskind, Helpende Handen, PhiladelphiaSupport, KansPlus/Vraagstuk, LFB en BOSK. Het project maakt deel uit van het kwaliteitsverbeteringstraject “Zorg voor Beter” en wordt gefinancierd door ZonMw.

Meer informatie over OPsterk.nl en de verschillende activiteiten binnen dit project kunt u lezen op [www.OPsterk.nl](http://www.OPsterk.nl)

## **Aan de slag**

De cliëntenraad kan deze handleiding gebruiken om ondersteuningsplannen te beoordelen. Dat kan op drie manieren:

1. U kunt kant en klare ondersteuningsplannen bekijken.
2. U kunt bekijken welke manier (methodiek) de zorginstelling gebruikt om het ondersteuningsplan met de cliënt bespreken.
3. U kunt met cliënten of vertegenwoordigers praten over het ondersteuningsplan.

Het is goed om te weten dat cliënten niet altijd alle onderwerpen belangrijk vinden. Als een cliënt een onderwerp niet belangrijk vindt, hoeft het niet worden besproken.

Als een plan of methodiek niet aan de eisen voldoet denk er dan ook over na over hoe het anders en beter zou kunnen. U kunt dat dan voorstellen tijdens het gesprek met de directie.

Als er in deze tekst cliënt staat, kan het ook om de vertegenwoordiger gaan. En als er ‘hij’ staat, bedoelen wij ook ‘zij’. Want een cliënt kan een man of een vrouw zijn.

---

# De criteria

## Bewijs 1:

### Het ondersteuningsplan gaat over dingen die de cliënt belangrijk vindt

Manieren om dit te onderzoeken:

- Het ingevulde ondersteuningsplan lezen.
- Met de cliënt (vertegenwoordiger) erover praten en vragen stellen.

<i>Voorwaarden:</i>	<i>Concreet:</i>
De cliënt of zijn vertegenwoordiger doet actief mee bij het maken van een ondersteuningsplan.	<ul style="list-style-type: none"><li>⊗ De cliënt heeft inbreng bij het opstellen van het ondersteuningsplan</li><li>⊗ Het ondersteuningsplan gaat over dingen die voor de cliënt belangrijk zijn</li><li>⊗ Hij is bij de bespreking(en) over het ondersteuningsplan aanwezig.</li><li>⊗ Er worden geen moeilijke woorden gebruikt.</li></ul>
De cliënt begrijpt wat er afgesproken en opgeschreven wordt	<ul style="list-style-type: none"><li>⊗ In het ondersteuningsplan staan woorden die hij zelf ook gebruikt</li><li>⊗ Wanneer dat duidelijker is, worden er pictogrammen, foto's of filmpjes in het ondersteuningsplan gebruikt.</li></ul>
De cliënt en de zorgaanbieder maken een plan voor de toekomst. Bij het geven van ondersteuning wordt altijd goed naar het plan gekeken.	<ul style="list-style-type: none"><li>⊗ In het ondersteuningsplan staat wat iemand nu nodig heeft en wat hij wil voor de toekomst. De toekomst kan volgende maand zijn maar ook over een paar jaar.</li><li>⊗ In het ondersteuningsplan staat hoe hier aan gewerkt wordt.</li></ul>

## Bewijs 2:

### De cliënt krijgt hulp wanneer hij meepraat over het ondersteuningsplan

Manieren om dit te onderzoeken:

- De handleiding voor ondersteuningsplannen doornemen.
- Met de cliënt (vertegenwoordiger) erover praten en vragen stellen.
- Het ingevulde ondersteuningsplan lezen.

<i>Voorwaarden:</i>	<i>Concreet:</i>
De cliënt krijgt hulp vanuit de organisatie.	<ul style="list-style-type: none"><li>⊗ Het is vanzelfsprekend dat de cliënt inbreng heeft in zijn ondersteuningsplan. Als het nodig is, is extra hulp mogelijk. Bijvoorbeeld door een dovertolk bij het gesprek te laten zijn. Of door pictogrammen, foto's, filmpjes of andere hulpmiddelen te gebruiken.</li><li>⊗ Hij weet welke begeleider alles weet over het ondersteuningsplan. Hij kan met hem of haar over het plan praten en nieuwe dingen aankaarten.</li></ul>
De cliënt krijgt ondersteuning van familie en vrienden als hij dat wil.	<ul style="list-style-type: none"><li>⊗ De cliënt kan familie en vrienden uitnodigen om met hem mee te denken.</li><li>⊗ Afspraken over hulp van familie en vrienden staan ook in het ondersteuningsplan.</li></ul>
De cliënt bepaalt zelf wie van de familie en vrienden meedoen aan het gesprek.	<ul style="list-style-type: none"><li>⊗ De cliënt bepaalt wie meepraat en meedenkt over het ondersteuningsplan.</li></ul>
De cliënt weet al een ruime tijd voor de bespreking wat een ondersteuningsplan is en wat allemaal kan.	<ul style="list-style-type: none"><li>⊗ Hij weet wat de bedoeling is van een ondersteuningsplan</li><li>⊗ Hij weet dat hij zelf met vragen en onderwerpen kan komen.</li><li>⊗ Hij weet dat hij er familie en vrienden bij kan vragen.</li><li>⊗ Hij kan voordat de bespreking begint, zeggen wat voor hem belangrijke onderwerpen zijn.</li><li>⊗ Hij weet dat hij de bespreking kan voorbereiden. Met zijn persoonlijk begeleider of iemand uit zijn eigen netwerk.</li><li>⊗ Hij weet wat zijn rechten en plichten zijn.</li><li>⊗ Hij weet wat de rechten en plichten van de organisatie zijn.</li><li>⊗ De informatie die hij krijgt, is voor hem begrijpelijk.</li></ul>



### Bewijs 3:

#### De afspraken in het plan worden nagekomen

Manieren om dit te onderzoeken:

- Het ingevulde ondersteuningsplan lezen.
- Met de cliënt (vertegenwoordiger) erover praten en vragen stellen.

<i>Voorwaarden:</i>	<i>Concreet:</i>
In het plan staat duidelijk WIE, WAT en WANNEER doet.	<ul style="list-style-type: none"><li>⊗ In het plan staat duidelijk wat afgesproken is. In het plan staat duidelijk wat iedereen moet doen.</li><li>⊗ Bij iedere afspraak staat wanneer het gebeurt en wanneer het klaar is of geëvalueerd wordt.</li></ul>
Er is iemand aangewezen die weet wat alle afspraken zijn. Hij houdt in de gaten dat het ook gebeurt. Wanneer het niet goed gaat doet hij er iets aan.	<ul style="list-style-type: none"><li>⊗ In het plan staat welke begeleider alle afspraken in de gaten houdt.</li><li>⊗ De instelling zorgt ervoor dat deze begeleider zijn werk goed doet.</li></ul>
Evaluatie (nabespreking) van de afspraken is duidelijk opgenomen in het plan.	<ul style="list-style-type: none"><li>⊗ Minimaal 1 keer per jaar is er een evaluatie. Dit is wettelijk verplicht.</li><li>⊗ De cliënt (en zijn familie/vrienden) en de begeleider bespreken dan of iedereen zich aan de afspraken heeft gehouden en ook of er iets moet veranderen aan de afspraken.</li><li>⊗ De cliënt kan altijd zeggen dat hij iets wil veranderen.</li><li>⊗ De begeleider vraagt tussendoor ook regelmatig aan de cliënt of hij tevreden is en wat zijn mening is.</li><li>⊗ Zodra het nodig is, kunnen er nieuwe acties en afspraken worden gemaakt.</li><li>⊗ Het is duidelijk wat er moet gebeuren als afspraken niet goed gaan.</li><li>⊗ Zorgaanbieder bespreekt met de cliënt (belangrijke) ontwikkelingen die invloed hebben op de afspraken.</li></ul>

**Bewijs 4:**  
**Cliënt is eigenaar van zijn plan**

Manieren om dit te onderzoeken:

- Het ingevulde ondersteuningsplan lezen.
- Met de cliënt (vertegenwoordiger) erover praten en er vragen over stellen.

<i>Voorwaarden:</i>	<i>Concreet:</i>
Cliënt bepaalt wie het plan (of stukken tekst uit het plan) mag lezen.	<ul style="list-style-type: none"><li>⊗ Hij heeft zelf een exemplaar van zijn plan.</li><li>⊗ Hij weet waar zijn plan verder nog bewaard wordt.</li><li>⊗ Hij bepaalt welke informatie niet aan anderen doorgegeven mag worden..</li></ul>
Cliënt kan bij zijn eigen ondersteuningsplan.	<ul style="list-style-type: none"><li>⊗ Hij bewaart zelf zijn plan.</li><li>⊗ Als hij niet zelf zijn plan bewaart, weet hij waar het plan ligt en weet hij dat hij er altijd bij kan.</li></ul>

# Deel 4

## Begrippen en afkortingen

# 4: Begrippenlijst

## ADL: Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen

Dagelijkse activiteiten zoals eten en drinken, aan- en uitkleden en persoonlijke hygiëne.

## Algemene voorziening Wmo 2015

Aanbod van diensten of activiteiten dat, zonder voorafgaand onderzoek naar de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van de gebruikers, toegankelijk is en dat is gericht op het versterken van zelfredzaamheid en participatie, of op opvang van de burger.

## Artikel 60 opname procedure (Wet Bopz)

Sommige cliënten kunnen vanwege hun verstandelijke beperking niet goed aangeven of zij wel of niet in de AWBZ-instelling willen verblijven (geen bereidheid/geen bezwaar). Volgens de artikel 60 procedure van de Wet Bopz kan dan toch een opname geregeld worden. Het criterium hiervoor is dat de cliënt zich, vanwege zijn verstandelijke beperking, niet buiten de instelling kan handhaven. Het CIZ oordeelt over de noodzaak van opname en verblijf.

## AVG: Arts voor Verstandelijk Gehandicapten

De specialist die een driejarige opleiding met goed gevolg heeft afgerond in het specialisme dat zich richt op de aanpak van algemene en handicap gerelateerde gezondheidsvragen van mensen met een verstandelijke handicap, inhoudende doelgroep specifieke preventie, diagnostiek, behandeling en begeleiding, waar nodig in multidisciplinair verband. Deze specialist staat ingeschreven in het register van de specialisten van artsen voor verstandelijk gehandicapten. Dit register wordt beheerd door de huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie.

## AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Is een collectieve ziektekostenverzekering voor niet individueel verzekerbare ziektekostenrisico's. De AWBZ is bedoeld voor mensen die langdurige en complexe zorg nodig hebben vanwege een ziekte of beperking. Iedereen die in Nederland woont of werkt is automatisch verzekerd voor AWBZ-zorg.

## AWBZ-zorg

Dit is de verzamelnaam voor de aanspraken op zorg volgens de AWBZ waar de verzekerde met een indicatie recht op heeft. De zorgaanspraken zijn uitgedrukt in functies. Het zijn onder andere: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling, verblijf, kortdurend verblijf en vervoer. Niet alle aanspraken staan op zichzelf. Het verblijf omvat altijd een daarmee samenhangend pakket van zorg (een zorgzwaartepakket). Indien het zorgzwaartepakket behandeling omvat, dan wordt deze aanspraak uitgebreid met onder andere algemeen medische zorg, farmaceutische zorg en tandheelkundige zorg. De aanspraak op vervoer bestaat alleen in combinatie met begeleiding of behandeling in dagdelen en indien deze ook medisch geïndiceerd is.

## AWBZ-instelling

Een zorginstelling die is toegelaten om de in het Besluit zorgaanspraken AWBZ beschreven zorg aan te bieden. De zorginstelling wordt hiervoor volgens contract met de verzekeraar betaald.

## Behandelplan

Een behandelplan is gerelateerd aan een lichamelijke of psychische stoornis (zie: ICD-10; DSM-IV.TR) en bevat een door een gekwalificeerde professional (medisch, paramedisch, gedragsdeskundige) opgestelde en onder diens verantwoordelijkheid uitgevoerde set van afspraken en/of richtlijnen. Een behandelplan is eigendom van een behandelaar.

### Beschermd wonen Wmo 2015

Wonen in een accommodatie van een instelling met daarbij behorend toezicht en begeleiding, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, het psychisch en psychosociaal functioneren, stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen, bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving.

### Bewindvoerder

Een door de kantonrechter benoemd persoon of rechtspersoon die de financiële belangen behartigt van een meerderjarige, die hiertoe door zijn lichamelijke of geestelijke toestand tijdelijk of blijvend niet in staat is. De bewindvoerder neemt zijn beslissingen zoveel mogelijk samen met de betrokkene en gaat over het beheer van de onder bewind gestelde goederen.

### BIG-register

Het BIG-register is een taak die voortkomt uit de Wet BIG (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Het BIG-register verleent duidelijkheid over de bevoegdheid van een zorgverlener. Voor de volgende beroepen is een register ingesteld:

Apotheker, Arts, Fysiotherapeut, Gezondheidszorgpsycholoog, Psychotherapeut, Tandarts, Verloskundige en Verpleegkundige. De zorgverleners die in deze categorieën vallen, zijn verplicht zich in het BIG-register in te schrijven.

Alleen de zorgverleners die in het BIG-register geregistreerd staan, mogen een beschermde medische titel voeren en bepaalde risicovolle (voorbehouden) handelingen verrichten. Ook vallen zij onder het Tuchtrecht.

### Blijvend (Wlz)

Van niet-voorbijgaande aard.

### CCE: Centrum voor Consultatie en Expertise

Het CCE is een landelijke organisatie die inspringt bij complexe zorgvragen in de langdurige zorg, waarbij de kwaliteit van leven ernstig in het geding is.

### CIZ: Centrum Indicatiestelling Zorg

Het CIZ onderzoekt en bepaalt of er een indicatie is voor AWBZ-zorg en indien dit zo is, in welke vorm en hoeveel. Het CIZ is een onafhankelijke organisatie.

### Cliënt ondersteuning Wmo 2015

Ondersteuning met informatie, advies en algemene ondersteuning die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdzorg, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen.

### Curandus

Een persoon die onder curatele is gesteld.

### Curator

Een door de kantonrechter benoemd persoon die de financiële en persoonlijke belangen behartigt van een meerderjarige, die wegens een geestelijke stoornis (verstandelijke beperking) hier tijdelijk of blijvend niet toe in staat is. De curator betreft de curandus zoveel mogelijk bij zijn taak.

Een curandus, is handelingsonbekwaam. De curandus kan zonder toestemming van de curator, geen rechtshandelingen meer verrichten. Als iemand onder curatele is gesteld, wordt dit gepubliceerd. Alle lopende ondercuratelestellingen zijn opgenomen in het openbare curatelerregister.

### Doel

Een doel is een situatie, kennis of vaardigheid, waarvan de wens is dat deze binnen de looptijd van het ondersteuningsplan bereikt wordt. Doelen zijn gebaseerd op de ondersteuningsbehoeften (wensen en ondersteuningsbehoeften/behandelbehoeften) van de cliënt.

### Dossier

Het 'dossier' is de verzameling van alle cliënt gerelateerde informatie die noodzakelijk is voor een goede hulpverlening in het kader van de zorgverleningsovereenkomst, inclusief alle informatie voor professionele verantwoording en toetsbaarheid. Het dossier omvat zowel de klinische en administratieve basisinformatie, als behandel- en werkplannen en het ondersteuningsplan.

### Dwangbehandeling

Een gedwongen opname betekent niet dat de cliënt ook een gedwongen behandeling krijgt. Bij een onvrijwillig opgenomen cliënt kan alleen onder strikte voorwaarden een behandeling zonder instemming van de cliënt plaatsvinden. De behandeling dient in het overeengekomen behandelplan te zijn opgenomen en volstrekt noodzakelijk te zijn om gevaar voor de cliënt of anderen, voortkomend uit de stoornis van geestvermogens (verstandelijke beperking), af te wenden. Een dwangbehandeling dient te worden geregistreerd en te worden gemeld t aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

### Ernstig nadeel (Wlz)

Een situatie waarin de verzekerde:

1. zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten;
2. zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen;
3. ernstig lichamelijk letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen;
4. ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad of dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet onder de invloed van een ander.

### HKZ: Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector

Stichting die zorgt dat de kwaliteit in de zorg genormeerd en toetsbaar wordt. Dit vanuit de noodzaak van een samenhangend kwaliteitsbeleid en kwaliteitsborging in de zorg.

### IBS: Inbewaringstelling

Een IBS is een spoedmaatregel om iemand gedwongen op te nemen in een instelling. Dit kan alleen als er echt geen andere oplossing is. Deskundigen hebben vastgesteld dat er sprake is van een acuut gevaarlijke situatie voor de persoon zelf of voor anderen als gevolg van de geestesstoornis (verstandelijke beperking) van de betrokkene. De procedure voor het aanvragen van een voorlopige Rechterlijke Machtiging (RM) kan niet worden afgewacht. Een inbewaringstelling wordt afgegeven door de burgemeester van de gemeente waar de betrokkene op dat moment verblijft.

### IGZ: Inspectie voor de Gezondheidszorg

Nederlandse overheidsinstantie die toezicht houdt op en adviseert over de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg in Nederland. De IGZ bevordert de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. De inspectie adviseert de bewindspersonen en maakt ten opzichte van de zorgaanbieders gebruik van advies, stimulans, drang en dwang als bijdrage aan verantwoorde zorg.

### Indicatie voor AWBZ-zorg

Een indicatie voor AWBZ-zorg kan bestaan uit één of meerdere functies. Voor de gehandicaptenzorg stelt het CIZ deze vast. De inhoud van de indicatie hangt af van de aard van de aandoening, stoornis, beperking en de sociale omgeving. Voor begeleiding van licht verstandelijk beperkte jongeren met ernstige gedragsproblematiek door een orthopedagogisch centrum is ook een AWBZ-indicatie nodig.

### Handelingsbekwaam

Iedere persoon is bekwaam tot het verrichten van rechtshandelingen, tenzij in de wet is geregeld dat dit niet zo is (zie onder handelingsonbekwaam). Voorbeelden van rechtshandelingen zijn: kopen, huren, trouwen of

het afsluiten van een lening.

### Handelingsonbekwaam

Volgens de wet zijn minderjarigen en personen die onder curatele zijn gesteld, handelingsonbekwaam. Dit betekent dat rechtshandelingen die door hen zijn verricht vernietigbaar zijn. Het gevolg van vernietiging is dat de rechtshandeling met terugwerkende kracht wordt teruggedraaid.

Een minderjarige moet toestemming hebben van zijn ouders of voogd om rechtshandelingen te verrichten, tenzij deze toestemming wordt verondersteld. Dit laatste is het geval als het een rechtshandeling betreft, waarvan in het maatschappelijk verkeer gebruikelijk is dat een minderjarige deze zelfstandig doet. Een curandus kan alleen met toestemming van de curator zelfstandig een rechtshandeling verrichten. Een curator kan een rechtshandeling van de betrokkene achteraf vernietigen.

### Jeugdhulp

1. ondersteuning van hulp en zorg, niet zijnde preventie, aan jeugdigen en hun ouders bij het verminderen, stabiliseren, behandelen en opheffen van of omgaan met de gevolgen van psychische problemen en stoornissen, psychosociale problemen, gedragsproblemen of een verstandelijke beperking van de jeugdige, opvoedingsproblemen van de ouders of adoptie gerelateerde problemen;
2. het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van jeugdigen met een somatische, verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking, een chronisch psychisch of een psychosociaal probleem en die de leeftijd van achttien jaar nog niet hebben bereikt, en
3. het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij jeugdigen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking of een somatische of psychiatrische aandoening of beperking, die de leeftijd van achttien jaar nog niet hebben bereikt.

met dien verstande dat de leeftijdsgrens van achttien jaar niet geldt voor jeugdhulp in het kader van jeugdstrafrecht.

### Jeugdhulpaanbieder:

1. natuurlijke persoon die, het verband van natuurlijke personen dat of de rechtspersoon die bedrijfsmatig jeugdhulp doet verlenen onder verantwoordelijkheid van het college;
2. solistisch werkende jeugdhulpverlener onder verantwoordelijkheid van het college.

### Kwz: Kwaliteitswet zorginstellingen

De Kwz bepaalt dat een zorgaanbieder verantwoorde zorg moet aanbieden. Onder verantwoorde zorg verstaat de wet: zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

### Maatwerkvoorziening Wmo2015

Op de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van een persoon afgestemd geheel van diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen:

1. ten behoeve van zelfredzaamheid, daaronder begrepen kortdurend verblijf in een instelling ter ontlasting van de mantelzorger, het daarvoor noodzakelijke vervoer, alsmede hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen,
2. ten behoeve van participatie, daaronder begrepen het daarvoor noodzakelijke vervoer, alsmede hulpmiddelen en andere maatregelen,
3. ten behoeve van beschermd wonen en opvang.

### Mantelzorg

Hulp ten behoeve van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen of opvang, rechtstreeks voortvloeiend uit een tussen personen bestaande sociale relatie en die niet wordt verleend in het kader van een hulpverlenend beroep.

### Meerderjarig

Een persoon die de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt. Een meerderjarige is handelingsbekwaam, tenzij hij door de kantonrechter onder curatele is geplaatst.

### Mentor

Een mentor is een door de kantonrechter benoemd persoon die de persoonlijke belangen behartigt van een meerderjarige, die hiertoe door zijn lichamelijke of geestelijke toestand tijdelijk of blijvend niet in staat is. De mentor neemt, zoveel mogelijk in overleg met de betrokkene, beslissingen over zijn verzorging, begeleiding, behandeling en verpleging.

### Met verblijf gepaard gaande behandeling, waaronder wordt begrepen(Wlz) :

1. geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg,
2. behandeling van een psychische stoornis indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van minstens één van de in artikel 3.2.1 Wlz genoemde aandoeningen of beperkingen;
3. farmaceutische zorg;
4. het gebruik van hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;
5. tandheelkundige zorg;
6. kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling.

### M&M: Middel en Maatregel

Vrijheidsbeperkende maatregelen die worden beschreven in de Wet Bopz/Besluit middelen en maatregelen Bopz. De toepassing wordt geregistreerd en gemeld bij de Inspectie voor de gezondheidszorg. De M&M's die in de wet zijn beschreven: afzondering, separatie, fixatie, onder dwang toedienen van medicatie, voeding of vocht. M&M's mogen uitsluitend in een tijdelijke noodsituatie worden toegepast om gevaar voor de cliënt zelf of voor anderen af te wenden. Dit gevaar wordt veroorzaakt door de geestesstoornis (verstandelijke beperking). Een M&M mag maximaal gedurende zeven opeenvolgende dagen worden toegepast.

### Minderjarig

Minderjarigen zijn personen die de leeftijd van achttien jaar nog niet hebben bereikt, niet gehuwd zijn of een geregistreerd partnerschap zijn aangegaan, of door de kinderrechter meerderjarig zijn verklaard. Een minderjarige is handelingsonbekwaam.

### MPT

Modulair Pakket Thuis: onderdelen van de zorgverlening die thuis in natura worden verstrekt. Eventueel is het MPT te combineren met een PGB.

### Ondersteuningsplan

Schriftelijk of elektronisch als zodanig vastgelegde uitkomsten van hetgeen met de verzekerde dan wel een vertegenwoordiger van de verzekerde is besproken met betrekking tot de in artikel 8.1.1 genoemde onderwerpen.

### Onvrijwillige zorg

In het wetsvoorstel Zorg en Dwang wordt het begrip onvrijwillige zorg geïntroduceerd en gedefinieerd als een manier van ingrijpen die een aantasting betekent van fundamentele rechten zoals het recht op vrijheid en recht op eerbiediging van het privéleven. Onvrijwillige zorg mag alleen worden toegepast als van andere (lichtere) maatregelen is vastgesteld dat ze niet werken.

Er zijn vijf vormen van onvrijwillige zorg. Het gaat om zorg waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet heeft ingestemd of waartegen de cliënt zich verzet en die zich richt op: toedienen van vocht, medicatie of voeding voor een somatische aandoening, toedienen van medicatie die van invloed is op gedrag of bewegingsvrijheid, maatregelen die de bewegingsvrijheid beperken of waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden en beperkingen om je eigen leven zo in te richten zoals je wilt en waarvoor de cliënt iets moet doen of laten.

Ook is er sprake van onvrijwillige zorg als een cliënt zich **niet** verzet bij het toedienen van medicatie die het



gedrag of de bewegingsvrijheid beïnvloedt en bij bewegingsvrijheidbeperkende maatregelen.

#### Opnamestatus

In principe verblijft iedere cliënt vrijwillig in een AWBZ-instelling. Soms is echter een gedwongen opname noodzakelijk. Dit kan alleen ter afwending van gevaar veroorzaakt door de geestesstoornis (verstandelijke beperking) en als dit gevaar niet buiten de instelling kan worden weggenomen. Voor mensen met een verstandelijke beperking geldt als criterium, dat zij zich niet buiten de instelling kunnen handhaven. Gedwongen opname van personen vanaf 12 jaar kan plaatsvinden via een artikel 60 procedure, een voorlopige rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling. Bij een artikel 60 procedure toetst het CIZ, in andere gevallen de rechter. Voor cliënten onder de 12 jaar dienen de voogd of de gezaghebbende ouder(s) toestemming te verlenen.

#### Orthopedagogisch centrum

Een orthopedagogisch centrum begeleidt jongeren met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen. De begeleiding kan thuis of in het centrum plaatsvinden. De ouders worden ook bij de behandeling betrokken. Voor deze begeleiding is een indicatie AWBZ-zorg van het CIZ nodig.

#### Ouderlijk gezag/voogdij

Een minderjarige staat onder ouderlijk gezag of voogdij. De gezaghebbende ouder of voogd is de wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige.

#### Participatie

Deelnemen aan het maatschappelijke verkeer.

#### Permanent toezicht (Wlz)

Onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen.

#### PGB (Wlz)

Persoonsgebonden budget: een subsidie waarmee de Wlz- verzekerde onder de bij of krachtens artikel 3.3.3. Wlz gestelde voorwaarden aan hem te verlenen zorg kan inkopen.

#### Platform VG

Koepelorganisatie voor collectieve belangenbehartiging van mensen met een verstandelijke beperking, hun ouders en vertegenwoordigers.

#### Regieproblemen (Wlz)

Beperkingen in het vermogen om een adequaat oordeel te vormen over dagelijks voorkomende situaties op het gebied van sociale redzaamheid, probleemgedrag, psychisch functioneren of geheugen en oriëntatie.

### RM: Rechterlijke machtiging

Een door de rechter afgegeven machtiging waardoor mensen gedwongen kunnen worden opgenomen in een AWBZ-instelling met een Bopz-aanmerking. De grondslag voor de opname is 'het gevaarcriterium'. Er is dan sprake van door de geestesstoornis (verstandelijke beperking) veroorzaakt gevaar voor de cliënt, voor andere personen of voor de omgeving, dat niet buiten de instelling kan worden weggenomen. Ook ontbreekt de bereidheid tot opname en is de cliënt 12 jaar of ouder. Voor jongeren onder de 12 jaar dienen de gezaghebbende ouder(s) of voogd toestemming te verlenen.

### Verblijfsindicatie:

Een door het CIZ afgegeven indicatie voor verblijf met samenhangende zorg in een AWBZ-instelling. De totale zorg wordt uitgedrukt in een zorgzwaartepakket.

### Vernieuwde Kwaliteitskader VGN 2011

Een zinvolle en bij de sector passende wijze van gegevensverzameling. Dit moet zorginstellingen leer- en verbeterinformatie opleveren, zicht geven op de kwaliteit van zorg en ondersteuning in de sector en op cliëntervaring. Als uitgangspunten dienen: (1) de individuele cliënt en zijn ondersteuningsplan, (2) verantwoording in het verlengde van verbeteren en (3) eenvoud.

Het vaststellen van kwaliteit gebeurt langs drie pijlers:

Pijler 1: kerngegevens kwaliteit op organisatieniveau.

Pijler 2: kerngegevens kwaliteit op cliëntniveau (Pijler 2A) en cliëntervaringsgegevens (Pijler 2B).

Pijler 3: gegevens over de relatie tussen cliënt en professional.

### Vertrouwenspersoon (Jeugdwet)

Persoon die jeugdigen, ouders of pleegouders op hun verzoek ondersteunt in aangelegenheden die samenhangen met de wettelijke taken en verantwoordelijkheden van het college, de jeugdhulpaanbieder, de gecertificeerde instelling en het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling.

### VGN: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) is de brancheorganisatie voor de aanbieders van zorg- en dienstverlening aan mensen met een handicap. De VGN behartigt proactief de collectieve belangen van haar leden.

### VPT (Wlz)

Volledig Pakket Thuis: de verstrekking van zorg in natura thuis die (bijna) hetzelfde is als de zorg die in een zorginstelling wordt aangeboden. Kosten van verblijf en algemene medische zorg zijn van VPT uitgesloten.

### Vbm: vrijheidsbeperkende maatregel

Iedere ingreep die de individuele grondrechten van mensen met een beperking beperkt.

### Werkplan

Een werkplan is de uitwerking van een doel in de vorm van acties, hulpbronnen en concrete afspraken over de uitvoering. Een werkplan bevat richtlijnen of stappen met aanwijzingen voor de begeleiders over hoe bijvoorbeeld een leerproces moet worden begeleid of op welke manier wordt geprobeerd een situatie te bereiken die als doel in het ondersteuningsplan wordt genoemd (zoals 'zelfstandig wonen', 'nieuwe werksituatie', 'uitbreiding sociale netwerk', 'relaties met medebewoners verbeteren'). Het werkplan is eigendom van de begeleiders.

### Wetsvoorstel Zorg en Dwang

De opvolger van de Wet Bopz voor de VG sector en Psychogeriatric. Nieuw in deze wet is dat geen onderscheid meer wordt gemaakt tussen vrijwillig en onvrijwillig opgenomen cliënten. Iedereen heeft recht op dezelfde rechtsbescherming. Verder wordt 'het 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 is. 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.

### Wcz: Wetsvoorstel cliëntenrechten zorg

In dit wetsvoorstel wordt de rechtspositie van de cliënt vastgelegd en verduidelijkt. Ook worden regels over de relatie tussen zorgaanbieder en cliënt vastgesteld. Dit wetsvoorstel komt ter vervanging van huidige cliëntenwetten zoals de wet Klachtrecht cliënten zorgsector, de Kwaliteitswet zorginstellingen en de wet Medezeggenschap cliënten zorginstellingen. De Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst blijft naast de Wcz bestaan.

### Wettelijk vertegenwoordiger

Een minderjarige wordt door zijn gezaghebbende ouder(s) of voogd vertegenwoordigd. De rechter kan bij wilsonbekwaamheid op bepaalde gebieden een mentor, bewindvoerder of curator benoemen. Dit zijn de formeel juridisch vastgelegde vormen van wettelijke vertegenwoordiging.

De Wgbo biedt ook naast van de cliënt de mogelijkheid om als vertegenwoordiger zijn belangen te behartigen. Ook kan de cliënt zelf, op een moment dat hij nog wilsbekwaam ter zake is, een persoon schriftelijk machtigen.

### Wet Bopz: Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

De wet Bopz geeft de juridische voorwaarden aan voor gedwongen opname wanneer iemand een gevaar vormt voor zichzelf, voor anderen of voor de omgeving. Daarnaast biedt de wet Bopz bescherming aan de rechten van mensen die gedwongen opgenomen zijn.

### Wet BIG: Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

De wet BIG heeft als doel om cliënten te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door zorgverleners. De Wet BIG geeft regels om de kwaliteit van de gezondheidszorg te bewaken.

### Wlz

Wet langdurige zorg.

### Wlz-behandeling

Behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking of handicap van de verzekerde.

### Wilsbekwaam

Het uitgangspunt is dat iedere mens wilsbekwaam is. Wilsbekwaam is het vermogen om een weloverwogen beslissing te nemen. De cliënt begrijpt de op zijn niveau gegeven informatie over zijn behandeling, de alternatieven en de gevolgen van niet-behandelen en kan op basis van de gegeven informatie een weloverwogen beslissing nemen en deze ook kenbaar kan maken.

### Wilsonbekwaam

Niet wilsbekwaam ter zake van een specifieke beslissing.

### Wkcz: Wet klachtrecht cliënten zorgsector

Op grond van deze wet is de zorgaanbieder verplicht een klachtenregeling op te stellen. Het doel van de wet is enerzijds het bieden van een laagdrempelige klachtenmogelijkheid, anderzijds de mogelijkheid voor de zorgaanbieders om te leren van klachten en daarmee de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren.

### Wbp: Wet bescherming persoonsgegevens

De Wet bescherming persoonsgegevens regelt onder welke voorwaarden persoonsgegevens verwerkt mogen worden. Persoonsgegevens zijn alle gegevens die herleidbaar zijn tot een bepaald persoon.

### Wgbo: Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst

In de Wgbo zijn de rechten van de cliënt en de plichten van de hulpverlener opgenomen. De belangrijkste cliëntenrechten zijn: het recht op informatie en toestemming over de behandeling, eventuele alternatieven en risico's (Informed Consent), inzage en afschrift van zijn dossier, recht op privacy, keuze in hulpverlener en recht op een second opinion. Niet alle rechten staan letterlijk benoemd, maar vloeien voort uit rechterlijke uitspraken of aanvullende richtlijnen van beroepsorganisaties. De belangrijkste plicht van de hulpverlener is om te handelen als 'een goed hulpverlener' volgens de professionele standaard.

### Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning

De Wet maatschappelijke ondersteuning is een participatiewet. Het begrip maatschappelijke ondersteuning wordt uitgedrukt in negen prestatievelden. Voor mensen met een beperking betekent dit dat zij zo volwaardig mogelijk mee moeten kunnen doen in de samenleving. Gemeenten voeren de Wmo uit en op hen rust de verplichting om mensen met een beperking, die een ondersteuningsvraag hebben, tegemoet te komen (compensatieplicht).

In 2012 geldt de compensatieplicht op het gebied van: een huishouden voeren, zich verplaatsen in en om de woning en lokaal verplaatsen per vervoermiddel, medemensen ontmoeten en daarmee sociale verbanden aangaan. Iedere gemeente legt bij de compensatieplicht andere accenten.

Met de voorgestelde wetwijziging wordt de begeleiding uit de AWBZ geschrapt en gedecentraliseerd naar de gemeenten onder de Wmo. De wetwijziging voegt aan de compensatieplicht toe: dagelijkse levensverrichtingen uit voeren en het persoonlijk leven structureren en daarover regie voeren.

### Woningaanpassing:

Bouwkundige of woontechnische ingreep in of aan een woonruimte.

### Zelfredzaamheid

In staat zijn tot het uitvoeren van de noodzakelijke algemene dagelijkse levensverrichtingen en het voeren van een gestructureerd huishouden.

### ZIN: zorg in natura

De levering van zorg aan een cliënt met een AWBZ indicatie door een zorgaanbieder, waarmee de zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt. Via de zorgverzekeraar worden de kosten direct aan de zorgaanbieder betaald

### Zorgaanbieder

Een instelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener.

### Zorgplan

Het zorgplan is een andere naam voor een ondersteuningsplan.

### ZZP: Zorgzwaartepakket

Een zorgzwaartepakket is een volledig pakket van zorg met verblijf, dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en de soort zorg die de cliënt nodig heeft. Een zorgzwaartepakket bestaat uit een beschrijving van het type cliënt (een cliëntprofiel), het aantal uren zorg dat bij dit cliëntprofiel beschikbaar wordt gesteld en een beschrijving van die zorg. In de gehandicaptenzorg bestaan in totaal 22 verschillende zorgzwaartepakketten.

