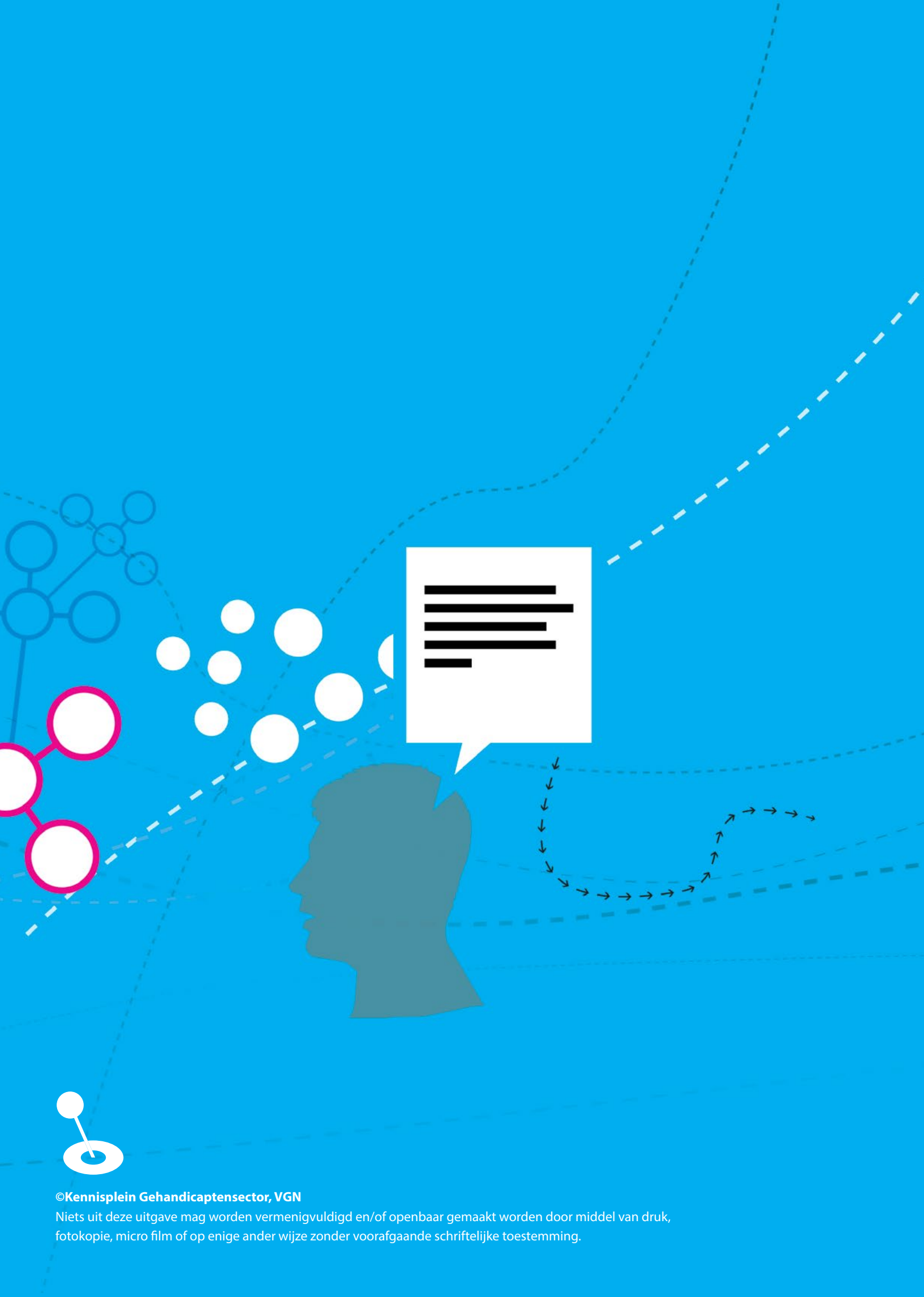


KENNISPLEIN
gehandicaptensector

verbeterprogramma

Handreiking Ondersteuningsplannen 2013



Colofon

Deze publicatie is tot stand gekomen in opdracht van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) in een werkplaats van het Kennisplein Gehandicaptensector als onderdeel van het Verbeterprogramma Gehandicaptenzorg.

November 2012

Auteurs

W. Buntinx (Buntinx Training & Consultancy)

M. Herps (Vilans)

M. de Ruiter (Cordaan)

Juridische teksten

M. de Visser (Juridisch Adviesbureau Smaragd /

Stichting Leekerweide)

M. Delwig (VGN)

Klankbordgroep

D. van der Kaa	(KansPlus)
C. Aarnoutse	(OPsterk)
A. Bons	(LSR)
P. Nicolay	(NOVO)
R. Brekelmans	(ASVZ/ Carante Groep)
C. van Staaveren	(Hartekamp groep)
M. Sollie	(Helpende Handen)
H. Kerkhof	(MEE Nederland)
M. van Toornburg	(CIZ)
K. Blankman	(UvA)

Redacteur/samensteller

M. Kersten (VGN)

H. Balsters (Kennisplein Gehandicaptensector)

Tekstredactie

M. Keizer (Vilans)

De dank van de auteurs gaat uit naar alle personen en organisaties die kritisch meekeken en hun feedback gaven.

In deze werkplaats zijn ook Toelichtingen, extra informatie en verdieping op de Handreiking, ontwikkeld. De toelichtingen zijn online te raadplegen en te downloaden via:

www.kennispleingehandicaptensector.nl/ondersteuningsplannen

© Kennispleingehandicaptensector, VGN

Vormgeving

Studio Tween

Drukwerk

www.drukwerkdeal.nl

Publicatienummer: 712.226

ISBN: 978-90-8839-600-7

Kennisplein Gehandicaptensector

p/a Catharijnesingel 47

3511 GC Utrecht

Telefoon (030) 789 23 00

E-mail info@kennispleingehandicaptensector.nl

Website www.kennispleingehandicaptensector.nl

Deze handreiking is tot stand gekomen in opdracht van de VGN.



Voorwoord

Ondersteuningsplan, zorg(leef)plan, persoonlijk plan... onder welke naam u het ook kent, feit is dat dit plan de laatste jaren veel aandacht krijgt in beleid. En dat geldt ook voor het gesprek dat wordt gevoerd om te komen tot dit plan. Denk bijvoorbeeld aan het Besluit Zorgplanbespreking, de Kwaliteitscriteria voor beoordeling van het cliëntenperspectief in ondersteuningsplannen en de Vernieuwde werkwijze Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.

Een heldere, praktische standaard

Het is niet makkelijk om deze kaders te vertalen naar het dagelijks handelen in de praktijk. De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) is dan ook blij dat instellingen hierbij ondersteuning kregen in het leernetwerk 'Goed gebruik van het ondersteuningsplan' uit het Verbeterprogramma voor de Gehandicaptenzorg (VWS, ZonMw). Dat we hiermee gelijk onze handreiking Ondersteuningsplannen uit 2007 konden actualiseren, was een mooie bijkomstigheid.

Deze nieuwe handreiking Ondersteuningsplannen ligt nu voor u. Dankzij het meedenken van zeer velen is het een heldere en praktische standaard geworden, waarvan gehandicaptenzorginstellingen veel profijt kunnen hebben. De inhoud en praktische uitleg van het Besluit Zorgplanbespreking, de Kwaliteitscriteria van OPsterk en de Vernieuwde werkwijze Kwaliteitskader, relevante wetgeving en vele aanwijzingen zijn hierin te vinden.

Waarden, houdingsaspecten en vaardigheden

Maar met deze kaders alleen zijn we er niet. Het is minstens even belangrijk in de praktijk van alledag ook aandacht te geven aan de 'zachte' kant. In de kern hebben we het dan over een goede relatie met de cliënt en verwant(en). We vroegen de deelnemers aan het symposium Medezeggenschap en ondersteuningsplannen (14 maart 2012) wat er nog meer nodig is dan alleen een nieuwe handreiking.

Op de eerste plaats noemden zij waarden waarover professionals zouden moeten beschikken. Veelvuldig noteerden ze: respect, mededogen en medeleven, aansluiten, nabijheid bij individuele cliënt, veiligheid, wederzijds vertrouwen, gelijkwaardigheid tussen cliënt en ondersteuning, nadrukkelijk samenwerking zoeken, openheid, aandacht en ontmoeting.

De deelnemers vonden ook houdingsaspecten van professionals belangrijk: zoeken, luisteren naar de cliënt en naar het netwerk, een basishouding waarin de medewerker zich realiseert dat de ander een ander mens is en er ruimte voor een ander is, de unieke cliënt op het netvlies hebben, gezond verstand, empathie, lef, de cliënt centraal stellen met zijn mogelijkheden en onmogelijkheden en samenwerkingsbereidheid.

Ook is een hele reeks vaardigheden van professionals essentieel: om tot dialoog te komen met alle betrokkenen en de dialoogpartner te kunnen uitnodigen om te dromen, het vermogen om buiten de kaders te denken en een frisse kijk te hebben, om goed te communiceren en om de cliënt te lezen, observeren, doorvragen, luisteren, afweging maken, grenzen stellen, praten vanuit mogelijkheden in plaats van beperkingen, duidelijk kunnen zijn naar de cliënt en cliëntvertegenwoordigers.

Ik hoop dat deze handreiking een goed hulpmiddel voor u is en wens u veel succes met het werken met ondersteuningsplannen in uw praktijk.

Hans Schirmbeck, directeur VGN

Inhoudsopgave

●	Voorwoord	2
●	Inhoudsopgave	3
●	Leeswijzer	4
	Aanleiding	5
	Ontwikkelingsproces	5
	Toepassing	6
1.	Wat is een ondersteuningsplan?	7
1.1	Wat verstaan we onder een ondersteuningsplan?	7
1.2	Verhouding tussen ondersteuningsplan, behandel-/werkplannen en basale klinische en administratieve informatie	8
2.	Waarom werken met ondersteuningsplannen?	10
2.1	Wetten en regels	10
2.2	Functies van het ondersteuningsplan	12
2.2.1	Het ondersteuningsplan: instrument van cliëntgerichte ondersteuning	12
2.2.2	Basis voor professioneel en methodisch handelen	12
2.2.3	De relatie met de Vernieuwde werkwijze Kwaliteitskader	12
2.2.4	Aanvullend gebruik van het ondersteuningsplan	13
2.3	Ondersteuningsplannen voor verschillende doelgroepen	14
3.	Het ondersteuningsplan in het ondersteuningsproces	15
3.1	Beeldvorming	16
3.1.1	Het functioneren in beeld brengen	16
3.1.2	Ondersteuningsbehoeften en risico's in beeld brengen	16
3.2	Ondersteuning plannen en uitvoeren	16
3.2.1	Ondersteuningsafspraken maken in het ondersteuningsplan	16
3.2.2	Afspraken uitvoeren en ondersteuning coördineren	17
3.2.3	Rapporteren over geleverde ondersteuning	18
3.2.4	Vorm of 'format' van het ondersteuningsplan	18
3.3	Uitkomsten van de ondersteuning vaststellen	18
4.	Rol van cliënt, sociaal netwerk en zorgaanbieder	20
4.1	De cliënt	21
4.2	Het sociale netwerk	21
4.3	Gespecialiseerde dienstverlening (zorgaanbieder)	22
4.4	Interne afstemming	23
●	Literatuur	24

De Handreiking Ondersteuningsplannen is bedoeld voor beleidsmedewerkers en voor functionarissen verantwoordelijk voor systematiek en kwaliteit van ondersteuningsplannen in de gehandicaptensector (LG, ZG, VG, NAH, EMB). Deze handreiking is niet primair geschreven voor cliënten, verwanten, managers en begeleiders.

Ondersteuningsplannen kun je benaderen vanuit verschillende perspectieven: vanuit professioneel-, juridisch-, bekostigings- (zorgkantoren), toezicht- (IGZ), en belangenbehartigingsperspectief (cliënten en cliëntvertegenwoordigers). Hoewel deze Handreiking met de verschillende perspectieven rekening houdt, lopen deze niet noodzakelijk parallel.

De handreiking beschrijft een kader voor ondersteuningsplannen en vermeldt elementen die inhoudelijk, procesmatig en qua regelgeving een rol spelen. Maar dit kader laat ook bewust ruimte om binnen de eigen organisatiemethodiek accenten te leggen en andere invullingen te geven. Specifieke afspraken van zorgkantoren en/of IGZ met zorgaanbieders over ondersteuningsplannen staan niet in deze algemene handreiking vermeld.

De handreiking is dus geen kant-en-klaar 'sjabloon' of 'protocol' maar een publicatie met aanwijzingen en criteria, om als zorgaanbieder een eigen ondersteuningsplansystematiek te ontwikkelen of toetsen.

In de handreiking staan verwijzingen naar achtergrondinformatie en hulpmiddelen, bij onderdelen die een rol spelen in het ondersteuningsplan. Deze Toelichtingen kunt u via internet raadplegen: www.kennispleingehandicaptensector.nl/ondersteuningsplannen. U vindt hierin de volgende informatie:

Deel 1: Toelichtingen bij het ondersteuningsproces

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

Deel 3: Samenwerking met cliënten

Deel 4: Begrippen en afkortingen

Deze handreiking bestaat uit vier hoofdstukken.

In **hoofdstuk 1** staat wat een ondersteuningsplan is (en wat het niet is). Aangegeven is wat de verhouding is tussen ondersteuningsplannen en werk- / behandelplannen.

In **hoofdstuk 2** beschrijven we waarom ondersteuningsplannen gebruikt worden en komen de functies van het ondersteuningsplan aan bod.

Hoofdstuk 3 beschrijft het ondersteuningsplan binnen de context van het ondersteuningsproces. Ook behandelen we hier een aantal in acht te nemen regels.

Hoofdstuk 4 bespreekt de rol van de cliënt, het sociale netwerk en de zorgaanbieder. Daarbij komt ook de interne afstemming tussen disciplines aan de orde.

Deze handreiking licht kernwaarden en essentiële onderdelen van het ondersteuningsplan in de gehandicaptensector toe. De zorgaanbieder kan eigen accenten leggen, passend bij specifieke doelgroepen en/of functies. Zolang wordt voldaan aan de wettelijke eisen voor ondersteuningsplannen, staat het zorgaanbieders vrij een werkwijze te ontwikkelen/kiezen die het beste overeenkomt met de visie, cultuur en functie van de organisatie.

Deze handreiking is geen 'handleiding' en bevat geen protocollen of voorschriften, maar biedt een algemeen referentiekader gebaseerd op geldende wet- en regelgeving, praktijkervaring en professionele 'best practices'.

Aanleiding

Het werken met ondersteuningsplannen riep de afgelopen jaren bij zorgaanbieders ook vragen op: Wat is precies de functie van het plan? Is het een instrument voor de cliënt, of is het een instrument voor de zorgaanbieder? Is het ondersteuningsplan 'van' de cliënt of 'van' de zorgaanbieder, of is sprake van mede-eigenaarschap? Welke informatie 'moet' er in en welke niet? Hoe omvangrijk moet/kan een ondersteuningsplan zijn? Hoe voldoet het plan aan de eisen van verschillende partijen (wet- en regelgeving, zorgkantoren, belangenverenigingen)? Er ontstond een grote verscheidenheid aan formats waardoor ondersteuningsplannen soms in omvang variëren van enkele A4-tjes tot meer dan 75 pagina's. De Handreiking Ondersteuningsplannen geeft antwoord op deze vragen en reikt oplossingsrichtingen aan.

De gehandicaptenzorg kent zo'n verscheidenheid aan problematiek, aard en intensiteit van zorg en ondersteuning dat het top-down vaststellen van één vast format voor de hele sector niet mogelijk en niet wenselijk is. Het oogmerk van een ondersteuningsplan aangeven is wel mogelijk. Evenals de elementen die qua regelgeving, stand van professionele kennis en 'good practices' in een ondersteuningsplan aan de orde moeten komen.

Ontwikkelingsproces

Het startpunt voor deze handreiking was de 'Handreiking Ondersteuningsplannen' uit 2007 (Schippers, Van Boheemen en Wielenga). Deze is tegen het licht gehouden van:

- ontwikkelingen in sectoraal beleid (onder meer het Vernieuwd Kwaliteitskader VGN 2011);
- wetenschap, wet- en regelgeving (waaronder Besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg 2009);
- visies van belangenorganisaties (met name handreikingen door KansPlus en OPsterk opgesteld voor hun doelgroepen).

Bij het schrijven van de Handreiking Ondersteuningsplannen 2013 waren verschillende partijen betrokken. Een 1e concept, gebaseerd op de handreiking uit 2007, werd door de auteurs voorgelegd aan de klankbordgroep Handreiking Ondersteuningsplannen. Deze klankbordgroep bestond uit vertegenwoordigers van de volgende organisaties: KansPlus, OPsterk, LSR, NOVO, ASVZ/Carante Groep, Hartekamp Groep, Helpende Handen, MEE Nederland, CIZ en de Universiteit van Amsterdam.

De feedback van de klankbordgroep werd door de auteurs verwerkt in een conceptversie die rekening hield met de verschillende perspectieven van werken met een ondersteuningsplan. Deze bijgewerkte versie werd bij de start van het Leernetwerk Ondersteuningsplannen gepresenteerd. Deelnemers aan het Leernetwerk testten de conceptversie daarna op bruikbaarheid, helderheid en volledigheid, tijdens het werken aan / verbeteren van ondersteuningsplannen in de eigen organisatie. Dezelfde conceptversie werd ook gepresenteerd aan het veld op de Kennismarkt, aan het Juristenplatform van de VGN en op bijeenkomsten Kwaliteit vanuit de VGN (alle in mei 2012). Aanwezig werden geïnformeerd over de belangrijkste veranderingen en ontvingen een exemplaar om feedback te geven.

In september 2012 verzamelden de auteurs alle feedback en verwerkten de opmerkingen in een tweede conceptversie. Begin oktober 2012 gaf de Klankbordgroep hierop opnieuw feedback, die werd verwerkt in een derde conceptversie. Deze is tenslotte voorgelegd aan de AKO (Adviescommissie Kwaliteit en Onderzoek van de VGN), waarna de definitieve Handreiking Ondersteuningsplannen 2013 kon worden vastgesteld.

Toepassing

Tot slot wijzen de samenstellers op de volgende vier punten:

- 1** Professionele ondersteuning van mensen met beperkingen is een zaak van menselijke waarden en van professionele kennis, vaardigheden en houding. Bij het maken van een ondersteuningsplan gelden dezelfde (voor)waarden. Het samen met de cliënt opstellen van een ondersteuningsplan gaat dus niet alleen om 'reageren op een hulpvraag' maar vooral ook om luisteren, empathie, interesse en betrokkenheid tonen, respecteren, accepteren en creatief meedenken.
- 2** Bij het opstellen en uitvoeren van een ondersteuningsplan spelen niet alleen AWBZ hulpbronnen een rol. Professionele hulpverleners dienen rekening te houden met alle beschikbare hulpbronnen, ook buiten de AWBZ.
- 3** Bij het opstellen van een ondersteuningsplan spelen verwachtingen van de verschillende betrokken partijen een grote rol. Het is belangrijk om deze verwachtingen uit te spreken en om in dialoog met elkaar te komen tot een haalbaar en uitvoerbaar ondersteuningsplan.
- 4** Deze handreiking vervangt de Handreiking Ondersteuningsplannen 2007.



1. Wat is een ondersteuningsplan?

Samenvatting

Afspraken tussen cliënt en zorgaanbieder vormen de kern van het ondersteuningsplan. Met wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zelf wordt zoveel mogelijk rekening gehouden, binnen de wettelijke kaders en binnen de mogelijkheden van de zorgaanbieder. Afspraken over doelen bevorderen de kwaliteit van bestaan van de cliënt zo optimaal mogelijk. De cliënt en zijn/haar sociale netwerk worden actief betrokken bij het ondersteuningsplan. Het ondersteuningsplan moet begrijpelijk zijn voor de cliënt.

1.1 Wat verstaan we onder een ondersteuningsplan?

In de praktijk zijn er verschillende benamingen in omloop voor het ondersteuningsplan zoals ondersteuningsplan, zorgplan, persoonlijk plan. De VGN geeft de voorkeur aan het begrip 'ondersteuningsplan' (Algemene Voorwaarden -AV- bij de zorg- en dienstverleningsovereenkomst VGN). Het begrip 'ondersteuning' doet recht aan de eigen regie van de cliënt en aan de faciliterende rol van de professional. Ook internationaal is het begrip 'ondersteuning' ('support' / 'soutien') in de 'gehandicaptenzorg' ingeburgerd.¹

De definitie van ondersteuningsplan is als volgt:

Een weergave van de afspraken tussen cliënt en zorgaanbieder over de doelen van de ondersteuning en de wijze waarop getracht wordt deze te bereiken (Besluit Zorgplanbespreking AWBZ, 2009).

Kenmerken van de afspraken in het ondersteuningsplan zijn:

- Ze zijn gebaseerd op de mogelijkheden, beperkingen, wensen en behoeften van de cliënt;
- Ze zijn gericht op het in stand houden of verbeteren van diens kwaliteit van bestaan;
- Ze omvatten de aan te wenden strategieën en hulpbronnen;
- Er is aangegeven wie de cliënt kan aanspreken met betrekking tot de voortgang en coördinatie van de uitvoering van het ondersteuningsplan;
- Het ondersteuningsplan benoemt betrokken (professionele en niet-professionele) personen, die bij het werken aan de doelen en afspraken betrokken zijn;
- Er is aangegeven wie voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk is.

Deze definitie maakt een duidelijk onderscheid tussen een dossier en een ondersteuningsplan. In het dossier is alle cliënt gerelateerde informatie verzameld die nodig is voor een goede hulpverlening. In de volgende paragraaf wordt dit nader toegelicht.

¹ De AWBZ spreekt van 'zorg' en van een 'zorgplan'. Hoewel gebruikte benamingen kunnen verschillen geldt in alle gevallen de in paragraaf 1.2.1 gegeven omschrijving. In deze handreiking wordt de voorkeur gegeven aan de begrippen 'ondersteuningsplan' en 'ondersteuning'. Ondersteuning omvat ook de zorg aan mensen met een ernstige (en meervoudige) beperking. Waar wordt verwezen naar het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg en juridische context wordt het begrip 'zorgplan' soms gehanteerd. Inhoudelijk is er geen verschil.

Kenmerken van een ondersteuningsplan:

- Komt tot stand in dialoog.
- Is persoonlijk (gaat over 1 persoon).
- Kent een belangrijke rol toe aan de regie van de cliënt.
- Geeft afspraken over wensen en doelen weer.
- Is gericht op het bevorderen van de kwaliteit van bestaan.
- Is toekomstgericht.
- Bevordert zeggenschap.

- Is begrijpelijk en toegankelijk voor zowel de cliënt als de zorgorganisatie.
- Is overzichtelijk.
- Is bruikbaar voor verschillende betrokkenen.
- Wordt zo ingericht dat dit ook rekening houdt met hulpbronnen in het netwerk rond de cliënt; is dus niet alleen intern georiënteerd.

- Baseert afspraken op beeldvorming m.b.t. functioneren en ondersteuningsbehoeften.
- Is flexibel en komt tegemoet aan veranderingen in vragen en behoeften.
- Is doelgericht, methodisch en heeft een cyclisch karakter.
- Is integraal en kan alle domeinen van het bestaan bestrijken.
- Maakt gebruik van de aan de cliënt toegekende ZZP middelen maar kan ook andere hulpbronnen omvatten.

Een ondersteuningsplan is dus NIET:

- Een patiënt- of cliëntregistratiesysteem.
- Een volledig 'dossier'.
- Een behandelplan.
- Een werkplan of leerplan of actieplan.
- Vaststaand (statisch).
- Een uniform sjabloon voor alle mensen met beperkingen.
- Een invulformulier.
- Een zorgverleningsovereenkomst.
- Een 'noodzakelijk kwaad' om te voldoen aan regels.
- Een financieel verantwoordingsinstrument (het ondersteuningsplan houdt rekening met beschikbare middelen maar is geen boekhoudkundig instrument).

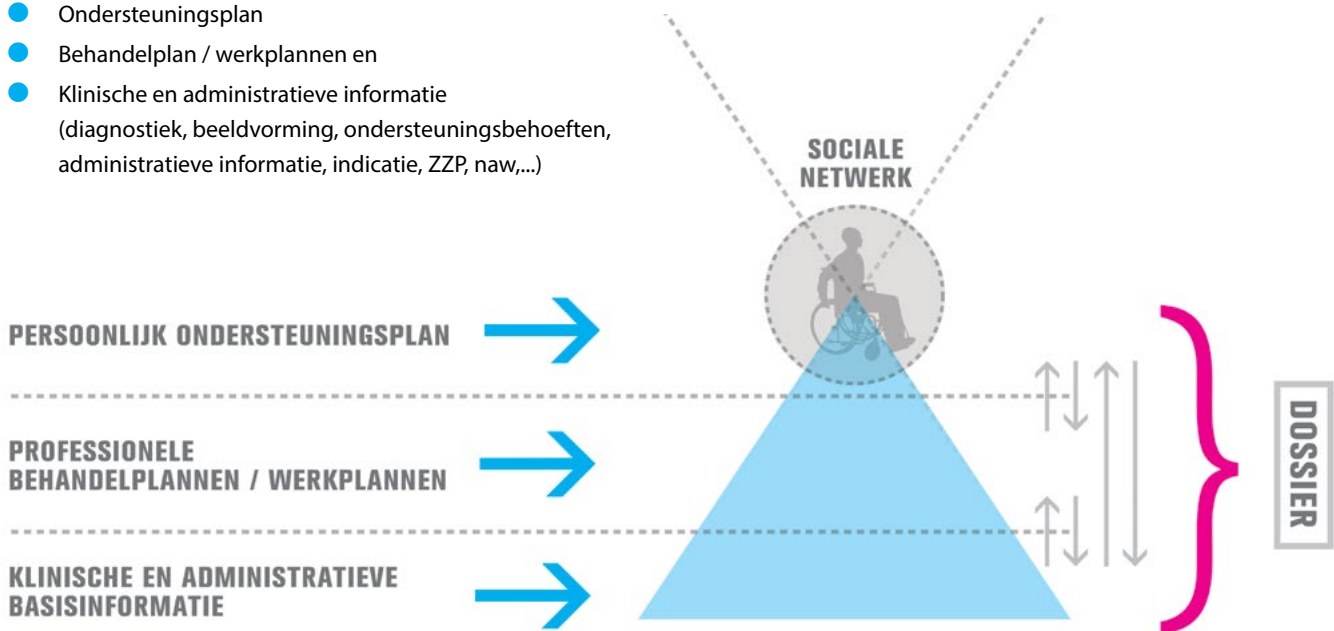
1.2 Verhouding tussen ondersteuningsplan, behandel-/werkplannen en basale klinische en administratieve informatie

Het ondersteuningsplan bevat voor betrokken partijen begrijpelijke en goed toegankelijke informatie over de doelen en afspraken. Op die manier weten alle bij de ondersteuning betrokkenen op elk moment waarom ondersteuning wordt gegeven, welke afspraken daarover werden gemaakt en wie, wat doet in het kader van de afspraken. De informatie die nodig is om een professioneel ondersteuningsplan te ontwikkelen bevindt zich op verschillende niveaus en dient verschillende doelen.

Figuur 1 illustreert dit. Voor de praktijk betekent deze opsplitsing een beperking van de omvang van het ondersteuningsplan, waardoor ook de zorgplanbespreking meer 'to the point' kan zijn.

Verhouding tussen:

- Ondersteuningsplan
- Behandelplan / werkplannen en
- Klinische en administratieve informatie (diagnostiek, beeldvorming, ondersteuningsbehoeften, administratieve informatie, indicatie, ZZP, naw,...)



© BTC 2011

Figuur 1. Relatie tussen de informatie op het niveau van (1) het persoonlijk ondersteuningsplan, (2) professionele behandel- en werkplannen en (3) klinische en administratieve basisinformatie.

In het ondersteuningsplandocument is geen plaats voor gedetailleerde of 'technische' aspecten van speciale behandelplannen (medisch, gedragsmatig), of voor werkplannen van begeleiders. Maar deze behandel- en werkplannen zijn wel belangrijk voor de dagelijkse uitvoering van zorg en ondersteuning. Betrokken disciplines, zoals begeleiders, AVG, gedragsdeskundige, paramedici, verpleegkundige of maatschappelijk werker, dragen daarom een bijzondere verantwoordelijkheid voor het opstellen en hanteren van behandel- en werkplannen, waar nodig en waar dit voortvloeit uit gemaakte afspraken in het ondersteuningsplan. Het ondersteuningsplan verwijst in dat geval naar deze plannen. De cliënt en zijn vertegenwoordiger zijn zo altijd op de hoogte van de plannen en kunnen hierover met betrokken disciplines communiceren. Behandel- of werkplannen hoeven dus niet uitgewerkt in het ondersteuningsplan te staan, maar kunnen er zo nodig worden 'aangehecht'.

Dus wel:

Verwijzingen naar behandel- en werkplannen

Maar geen:

Breed uitgeschreven behandel- en werkplannen

Hetzelfde geldt voor klinische en administratieve informatie; informatie over of in relatie tot diagnoses, test- en schaaluitslagen, uitkomsten van screeningslijsten, verslagen van consulten, levensgeschiedenis, levensverhaal en dergelijke. Deze informatie is van belang voor professionele ondersteuning en moet voor betrokken professionals goed (interdisciplinair) toegankelijk zijn, maar hoeft niet in het ondersteuningsplan te staan. Sommige informatie, zoals de uitslagen van bepaalde tests, zijn voor begeleiders sec niet van belang, maar wat die uitslagen betekenen voor de dagelijkse praktijk is wel belangrijk. Welke begeleidingsadviezen je bijvoorbeeld moet ontleen aan een bepaalde uitslag hoort wel in het ondersteuningsplan.

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

Het dossier is onderworpen aan het recht op informatie privacy en vereist zorgvuldige omgang met betrekking tot toegankelijkheid, invoeren, raadplegen en uitwisselen van informatie over de cliënt. Dit recht is geregeld in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp), de Wgbo en de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG).

(Voor meer informatie zie de Toelichtingen 2F en Deel 4)

2. Waarom werken met ondersteuningsplannen?

Samenvatting

Een ondersteuningsplan wordt voor verschillende doeleinden gebruikt. Het is onder andere een instrument om cliëntgerichte zorg en ondersteuning vorm te geven en om professioneel en methodisch handelen te bevorderen. Zowel intern als extern (bijvoorbeeld IGZ) verantwoordt het ondersteuningsplan de (aan)geboden ondersteuning. Aan evaluatie van het ondersteuningsplan kan tegelijk evaluatie van de ervaren kwaliteit van de ondersteuning gekoppeld worden. Verschillende wet- en regelgeving heeft aandacht voor de werkwijze en de inhoud van het ondersteuningsplan. Het werken met ondersteuningsplannen is een wettelijke verplichting op grond van het Besluit Zorgplanbespreking AWBZ-Zorg.

In de professionele zorg voor mensen met beperkingen wordt sinds enkele decennia met ondersteuningsplannen gewerkt. Aan het begin van de jaren negentig werden deze vooral beschouwd als een instrument om het methodisch werken te versterken. Tegenwoordig ligt meer nadruk op het versterken van cliëntgerichtheid.

Dit past bij belangrijke waarden / uitgangspunten in de zorg zoals eigen regie en zeggenschap over zorg en ondersteuning door de cliënt (Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg VGN et al., 2007). Het ondersteuningsplan geeft de persoonlijke ondersteuningsbehoefte van cliënten weer en tracht een antwoord te geven. Daarmee is het bij uitstek een instrument om cliëntgerichte zorg vorm te geven.

In het ondersteuningsplan wordt afgesproken hoe ondersteuning op één of meerdere levensgebieden eruit ziet. Vragen en behoeften van de cliënt vormen hiervoor de basis. Dat betekent echter niet dat zorgaanbieders een louter volgende rol hebben. Zij hebben juist een actieve rol om vanuit professioneel perspectief problematiek, mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften van de cliënt mee in kaart te brengen en verantwoorde ondersteuningsantwoorden voor te stellen. Kortom: het ondersteuningsplan is het product van een dialoog tussen cliënt (of zijn vertegenwoordiger) en professional. Resultaat van deze dialoog is een afgewogen set van afspraken over zorg en ondersteuning, waarbij het de taak van de professional is om financiële, juridische en andere kaders in acht te nemen.

2.1 Wetten en regels

Naast deze inhoudelijke visie op de functie van ondersteuningsplannen is er ook een formele reden voor het gebruik ervan: sinds maart 2009 zijn zorgaanbieders op grond van het Besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg verplicht wensen en behoeften van cliënten te bespreken en vast te leggen in een ondersteuningsplan.

Inhoud en vereisten van het Besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg behandelen we hier kort.

Raadpleeg voor meer achtergrondinformatie over dit Besluit en andere wetten (WGBO- en BOPZ) de 'Toelichtingen'.

(Voor meer informatie zie de Toelichtingen 2) Omdat de wetgeving de term 'zorgplan' hanteert, houden we deze term aan wanneer gerefereerd wordt aan wetgeving. Inhoudelijk zijn er geen verschillen met het begrip 'ondersteuningsplan'.

Besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg

Zorgaanbieders zijn in beginsel vrij om de wettelijke plicht om verantwoorde zorg te bieden (artikel 2 Kwaliteitswet) naar eigen inzicht in te vullen. Het Besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg legt hen echter één verplichting op: zij moeten de cliënt actief betrekken bij het opstellen van het zorgplan.

Dit 'Besluit' heeft als doel de positie van de cliënt te verbeteren en richt zich uitdrukkelijk op de rol van de cliënt bij het tot stand komen van het zorgplan. Het Besluit beoogt de zorgverlening cliëntgericht te maken en daarmee de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het 'Besluit' is van toepassing wanneer een zorgaanbieder langer dan drie maanden AWBZ-zorg verleent aan een cliënt. Cliënten die slechts kortdurend zorg nodig hebben, vallen buiten deze verplichting.

Vereisten:

1. De zorgaanbieder organiseert zo spoedig mogelijk na aanvang van de zorgverlening een bespreking met de cliënt waarin de volgende onderwerpen aan bod komen:
 - a. Welke doelen worden qua zorgverlening voor een bepaalde periode gesteld, gebaseerd op wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt?
 - b. Op welke concrete wijze proberen zorgaanbieder en cliënt gestelde doelen te bereiken?
 - 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?
 - d. Met welke frequentie en onder welke omstandigheden evalueert en actualiseert de zorgaanbieder de zorgverlening in samenspraak met de cliënt?
2. De zorgaanbieder moet binnen zes weken na aanvang van de zorgverlening het resultaat van de bespreking vastleggen in het zorgplan.
3. Is de cliënt of zijn vertegenwoordigers niet bereid tot bespreking van hierboven genoemde onderwerpen, dan houdt de zorgaanbieder bij vastlegging zoveel mogelijk rekening met veronderstelde wensen en bekende mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Na de fase van overleg, moet de cliënt de gelegenheid krijgen om delen van het concept zorgplan (weergave van het gesprek tussen zorgaanbieder en cliënt) in te zien en te commentariëren. Denk aan delen die gaan over de cliënt zelf, haar/zijn leefomgeving en dagritme.

Cliënt wilsonbekwaam (Zie voor meer informatie de Toelichtingen 2B)

De zorgaanbieder voert de bespreking over de invulling van het zorgplan met de cliënt. Daarbij moeten de omstandigheden zo zijn dat de cliënt tijdens dit gesprek een zinvolle bijdrage kan leveren. Als de cliënt niet in staat is om zelfstandig met de zorgaanbieder over de invulling van zijn zorgplan te praten (hij is hiertoe wilsonbekwaam), voert de zorgaanbieder de bespreking met de vertegenwoordiger van de cliënt. Het 'Besluit' geeft de volgorde aan van mogelijke vertegenwoordigers. Bij een meerderjarige (16 jaar of ouder), wilsonbekwame cliënt is die volgorde: ouders/voogd (tot 18 jaar), curator of mentor, schriftelijk gemachtigde, echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel, ouder, kind, broer of zus. Bij een cliënt jonger dan 12 jaar wordt deze vertegenwoordigd door zijn ouders/voogd. Is de cliënt ouder dan 12 en jonger dan 16 jaar en wilsonbekwaam dan moet de hulpverlener met zowel de cliënt als de ouders/voogd het gesprek over de invulling van het zorgplan voeren. Is deze cliënt wilsonbekwaam dan vertegenwoordigen de ouders/voogd de cliënt. De impact van het ondersteuningsplan en de zorgvuldigheid en aandacht voor de positie en waardigheid van cliënten in het ondersteuningsproces vragen om creativiteit. Creativiteit in de manier waarop de cliënt betrokken wordt bij het in kaart brengen van ondersteuningsbehoeften en bij het maken van afspraken. Dat hoeft niet per se in de vorm van 'verbale gesprekken'. Het 'horen' van de cliënt en 'betrekken' van de cliënt bij het ondersteuningsplan is een morele inspanningsverplichting van de zorgaanbieder.

Zorgplan geen overeenkomst (Zie voor meer informatie de Toelichtingen 2C)

Het zorgplan is geen overeenkomst in juridische zin. Er bestaat geen wettelijke verplichting tot ondertekening van het zorgplan. Een zorgplan kan ook zonder instemming van de cliënt tot stand komen. Omdat de zorgaanbieder verantwoorde zorg moet leveren, is hij verantwoordelijk voor de totstandkoming en de inhoud van het zorgplan.

Bij cliënten die niet willen meepraten over de inhoud van hun eigen zorgplan, is de zorgaanbieder dus toch verplicht een zorgplan te maken. De zorgaanbieder beschrijft in dat geval in het zorgplan hoe hij de cliënt heeft geprobeerd te betrekken bij het opstellen van het zorgplan en wat de reactie van de cliënt was. Uitgangspunt is dat de zorgaanbieder zich altijd tot het uiterste inspannt om in dialoog tot consensus te komen. Maar uiteindelijk beslist de cliënt of hij/zij gebruik maakt van de zorgverlening van de zorgaanbieder (met dat zorgplan).

In de Toelichtingen wordt verder ingegaan op de volgende regels die van toepassing zijn op het ondersteuningsplan:

- Nieuwe wetgeving (**Meer informatie zie Toelichtingen 2D**)
- Eigendomsrecht en inzagerecht (**Meer informatie zie Toelichtingen 2E**)
- Privacy aspecten en beroepsgeheim (**Meer informatie zie Toelichtingen 2F**)
- Rol van de zorgverzekeraar (**Meer informatie zie Toelichtingen 2G**)
- Rechtsbeschermende maatregelen (**Meer informatie zie Toelichtingen 2H**)
- Informatieplicht en toestemming (**Meer informatie zie Toelichtingen 2I**)

2.2 Functies van het ondersteuningsplan

2.2.1 Het ondersteuningsplan: instrument van cliëntgerichte ondersteuning

Zoals beschreven in paragraaf 2.1 bevordert het ondersteuningsplan in de eerste plaats cliëntgericht werken (zie de Nota van Toelichting op de Algemene Maatregel van Bestuur uit 2009) en vergroot het de eigen invloed van mensen die afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning. Dit uitgangspunt sluit aan bij de in Nederland breed geaccepteerde visie op zorg voor mensen met beperkingen, waarin begrippen als 'gelijkwaardigheid', 'eigen regie' en 'kwaliteit van bestaan' centraal staan.

Het ondersteuningsplan komt tot stand *in dialoog tussen de zorgaanbieder en de cliënt* en eventueel andere betrokkenen. Dit proces vraagt om creativiteit, bijvoorbeeld door ook actief op zoek te gaan naar hulpbronnen buiten de zorgaanbieder, wanneer die een bijdrage kunnen leveren aan de ondersteuning en kwaliteit van bestaan van de cliënt. Het is een uitdaging voor zorgaanbieders de dialoog met de cliënt binnen de wettelijke en financiële kaders te voeren en daarmee maximaal recht te doen aan eigen regie van cliënten. Kenmerken van een cliëntgerichte benadering zijn:

- Het actief betrekken van de persoon met een beperking bij het maken van voor hem of haar belangrijke keuzes.
- Plaatsing van de cliënt binnen de context van zijn eigen sociale netwerk en omgeving. Dit natuurlijke netwerk is, waar mogelijk, de eerste hulpbron voor ondersteuning. Zorgaanbieders moeten ook aandacht schenken aan samenwerking met dit natuurlijke netwerk.
- Het gericht zijn op instandhouding of verbetering van de kwaliteit van het bestaan.
- Het ontwerpen van ondersteuning rond de cliënt die rekening houdt met zijn/haar behoeften en persoonlijke doelen.

2.2.2 Basis voor professioneel en methodisch handelen

In de gehandicaptenzorg legt het ondersteuningsplan al ruim twintig jaar als werkmethode de basis voor methodisch en professioneel handelen (Barnhard e.a., 1992). Het ondersteuningsplan maakt systematisch en gestructureerd vaststellen van doelen, het plannen van acties en evaluatie mogelijk. De professional wordt zo door de inhoud van het plan geleid, dat dit het handelen en de doelgerichtheid in zijn werk bevordert. Daarnaast biedt het ondersteuningsplan de mogelijkheid meer eenduidig (lees: efficiënt en effectief) en cyclisch te werken. Door een plan te maken, kunnen verschillende disciplines hun werkwijze afstemmen. Daarmee is het ondersteuningsplan ook een leidraad (maar geen 'handleiding') voor de dagelijkse praktijk.

2.2.3 De relatie met de Vernieuwde werkwijze Kwaliteitskader

(Zie voor meer informatie de Toelichtingen 2J)

Een persoonsgerichte benadering betekent:

1. continue betrokkenheid van de persoon met een beperking bij het ondersteuningsproces;
2. regelmatig peilen van de (tevredenheid met zijn of haar) kwaliteit van bestaan;
3. regelmatig peilen van de ervaringen van de cliënt met de geboden ondersteuning.

Dit laatste sluit aan bij de Vernieuwde werkwijze Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (VGN, 2011).

Kwaliteit van ondersteuning vanuit het cliëntperspectief kan in deze context omschreven worden als: het consequent voldoen aan de verwachting(en) van de cliënt over te leveren ondersteuning, binnen het kader van gemaakte afspraken met de zorgaanbieder.

De Vernieuwde werkwijze Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (pijler 2) legt in dit verband twee accenten:

1. De uitkomsten van de ondersteuning:

Wanneer de zorgaanbieder inspanningen levert om de cliënt te ondersteunen bij het bevorderen van zijn/haar kwaliteit van bestaan, ligt regelmatige evaluatie voor de hand.

Hoe staat het met de 'kwaliteit van bestaan van de cliënt' en hoe ervaart de cliënt zijn/haar 'kwaliteit van bestaan' zelf?

In welke mate is de cliënt tevreden met zijn/haar leven.

Het draait hier om de uitkomsten van de ondersteuning en de vraag: 'is de cliënt beter geworden van de geboden ondersteuning?'

2. De prestaties van de zorgaanbieder:

Hoe ervaart de cliënt 'de geboden ondersteuning?' Het maken van afspraken schept verwachtingen over de levering van ondersteuning, zowel inhoudelijk, qua voorwaardenscheppende zaken, als qua bejegening. Het gaat hier om de prestaties van de zorgaanbieder en de ervaring/beleving van de geleverde ondersteuning.

In de Vernieuwde werkwijze Kwaliteitskader wordt de evaluatie van de kwaliteit van ondersteuning in de pijlers 1, 2a en 2b verbonden met (de evaluatie van) het ondersteuningsplan.

Voor evaluatie van de ervaren kwaliteit bij geboden ondersteuning, door cliënten en hun sociale netwerk, komt een 'waaier van meetinstrumenten' beschikbaar (VGN, 2011; 'pijler 2b'). De uitwerking hiervan maakt geen deel uit van deze handreiking².

2.2.4 Aanvullend gebruik van het ondersteuningsplan

Naast al genoemde functies, wordt het ondersteuningsplan ook gebruikt voor andere doeleinden. Dit gebeurt vooral om te voldoen aan externe eisen. Deze zijn deels landelijk bepaald maar kunnen ook regionaal verschillen. In sommige gevallen hebben externe eisen verregaande gevolgen voor de ondersteuningsplansystematiek. Maar voldoen aan externe eisen mag het primaire doel van het ondersteuningsplan niet in gevaar brengen. Voor specifieke doeleinden (bijvoorbeeld in het kader van behandeling) is het mogelijk bijlagen aan het ondersteuningsplan toe te voegen om de administratieve lasten te beperken. Denk bijvoorbeeld aan meer gedetailleerde informatie over diagnoses, behandelbehoeften, behandelkenmerken of andere relevante zaken waar extern om gevraagd wordt.

Waar wordt een ondersteuningsplan nog meer voor gebruikt?

- Verantwoording aan het zorgkantoor zoals bepaald in het algemene, landelijke inkoopbeleid.
- Verantwoording aan de IGZ.
- Verantwoording binnen het Vernieuwde werkwijze Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (zie 2.2.3).
- Aanvragen 'extreme zorgzwaarte' / 'meerzorg' (ten behoeve van het zorgkantoor).

Feit of Fabel?

- Een ondersteuningsplan is nodig voor het aanvragen van een (her)indicatie bij het CIZ.
Dit is een fabel. Het CIZ heeft wel informatie nodig over het functioneren van de cliënt en de hulp/ondersteuning die hij/zij hierbij nodig heeft, maar deze informatie hoeft niet de vorm van een zorgplan te hebben. Let wel: verschillende CIZ-kantoren maken hierin afwijkende keuze.
- Het zorgkantoor heeft het ondersteuningsplan wel nodig bij een aanvraag om 'meerzorg' (extreme zorgzwaarte).
Dit is een feit. Dit ondersteuningsplan mag dan maximaal 1 jaar oud zijn en moet een omschrijving en grondslag bevatten van de ernstige gedragsproblematiek. Ook moet in het ondersteuningsplan terug te vinden zijn welke interventies al zijn uitgevoerd en met welk resultaat. Verder moet uit het ondersteuningsplan blijken dat de gedragsproblematiek ernstig en chronisch is en niet behandeld kan worden met reguliere middelen. Ook een advies van het CCE is daarbij vereist. Van het ondersteuningsplan wordt in dit geval verwacht dat het informatie over diagnose en anamnese bevat.
- Zorgkantoren stellen inhoudelijke eisen aan het ondersteuningsplan.
Dit is deels waar. Landelijk is bepaald aan welke eisen een zorgaanbieder moet voldoen voor het verkrijgen van de basisfinanciering. Over het ondersteuningsplan staat hierover: 'De zorgaanbieder hanteert een vaste zorg(leef) plansystematiek, waarbij met iedere cliënt een minimaal jaarlijks bij te stellen zorg(leef)plan wordt afgesproken' (Zorgverzekeraars Nederland, 2008, p. 16). Naast de basisfinanciering is het echter mogelijk om extra middelen te verwerven door te voldoen aan criteria die een zorgkantoor stelt. Het staat zorgkantoren vrij deze eisen naar eigen inzicht in te vullen. Zo kan een zorgkantoor de eis stellen dat het ondersteuningsplan beschrijft hoe het sociaal netwerk eruit ziet en/of uitgebreid wordt.

² Voor het in kaart brengen van kwaliteitservaringen met betrekking tot prestaties van zorgaanbieders wordt verwezen naar het Vernieuwde werkwijze Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, in het bijzonder pijler 2 en 3 (VGN, 2011, p. 18).

2.3 Ondersteuningsplannen voor verschillende doelgroepen

De doelgroep 'mensen met een beperking' is zeer divers. De ondersteuningsvragen van individuele cliënten van zorgaanbieders liggen soms ver uit elkaar. Zo zijn er verschillen op het gebied van de aard van de beperking: verstandelijk, zintuiglijk, motorisch en/of communicatief, NAH (Niet Aangeboren Hersenletsel), lichamelijk en ernstig meervoudig beperkt. Er zijn verschillen tussen kinderen/jeugdigen, volwassenen en ouderen en ook voor aandachtsgebieden als wonen en werken, dagbesteding en school verschilt de aard en intensiteit van de ondersteuning(sbehoefte). Het is steeds gebruikelijker dat zorg en ondersteuning ook vanuit andere hulpbronnen dan (AWBZ) zorgaanbieders worden geleverd. Denk aan het natuurlijke netwerk van de persoon met een beperking, vrijwilligers en reguliere en publieke voorzieningen zoals de huisarts of gemeentelijke diensten. Voor zorgorganisaties is het vaak handig om zoveel mogelijk met eenzelfde format te werken voor alle cliënten binnen de zorgorganisatie maar 'verplicht' is dat niet. Er zijn altijd specifieke aandachtspunten mogelijk, zowel naar doelgroep als individueel. Dit sluit niet uit dat de grote lijnen van een ondersteuningsplan worden gevolgd (hoofdstuk 3 en 4).

Ondersteuningsplannen voor kinderen en jeugdigen leggen het accent op ontwikkeling, zoals de spraak/taal ontwikkeling, motorische en sociaal-emotionele ontwikkeling. Vanwege het belang van een goede voortgang vindt evaluatie en bijstelling van ondersteuningsplannen voor deze personen vaker dan eens per jaar plaats. Dit geldt ook voor meerderjarigen in een behandelsetting. Indicatie is dat evaluatie minimaal twee maal per jaar plaatsvindt.

De plannen voor mensen met een verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperking of NAH komen overeen qua opzet en structuur. Gesprekspartner in de totstandkoming van het plan is bij deze doelgroepen in de eerste plaats de persoon met een beperking zelf. Zie ook paragraaf 1.1 en Toelichtingen 2 B: 'de cliënt is (gedeeltelijk) wilsonbekwaam'.

De intensiteit van de geboden ondersteuning is medebepalend voor de mate van uitwerking van ondersteuningsplannen. Voor cliënten met incidentele ondersteuning en/of een enkelvoudige vraag volstaat een veel kortere weergave, omdat alleen relevante gebieden voor de ondersteuning worden beschreven en uitgewerkt. Denk bijvoorbeeld aan cliënten die in een eigen huis wonen en ondersteuning krijgen bij het op orde brengen en houden van hun administratie.

Cliënten met een complexe problematiek hebben een uitgebreider ondersteuningsplan, wanneer zij intensieve(re) en extensieve(re) ondersteuning ontvangen van de zorgaanbieder.

Voor wonen en dagbesteding komen in de praktijk soms afzonderlijke ondersteuningsplannen voor, of worden de aandachtsgebieden wonen en dagbesteding binnen één ondersteuningsplan apart weergegeven. In het laatste geval zijn de werkdoelen voor wonen en dagbesteding verschillend, maar de hoofddoelen hetzelfde.

Er zijn steeds meer cliënten die ondersteuning vanuit de WMO krijgen. Het Besluit Zorgplanbespreking AWBZ reikt echter niet zover. Een ondersteuningsplan is voor deze groep dus niet wettelijk verplicht. Maar uit het oogpunt van cliëntgerichtheid en professionaliteit is het wel aan te bevelen om regelmatig met de cliënt over de ondersteuning en de aanleidingen en effecten daarvan in gesprek te gaan, afspraken vast te leggen en dus een analoge werkwijze te volgen.

3. Het ondersteuningsplan in het ondersteuningsproces

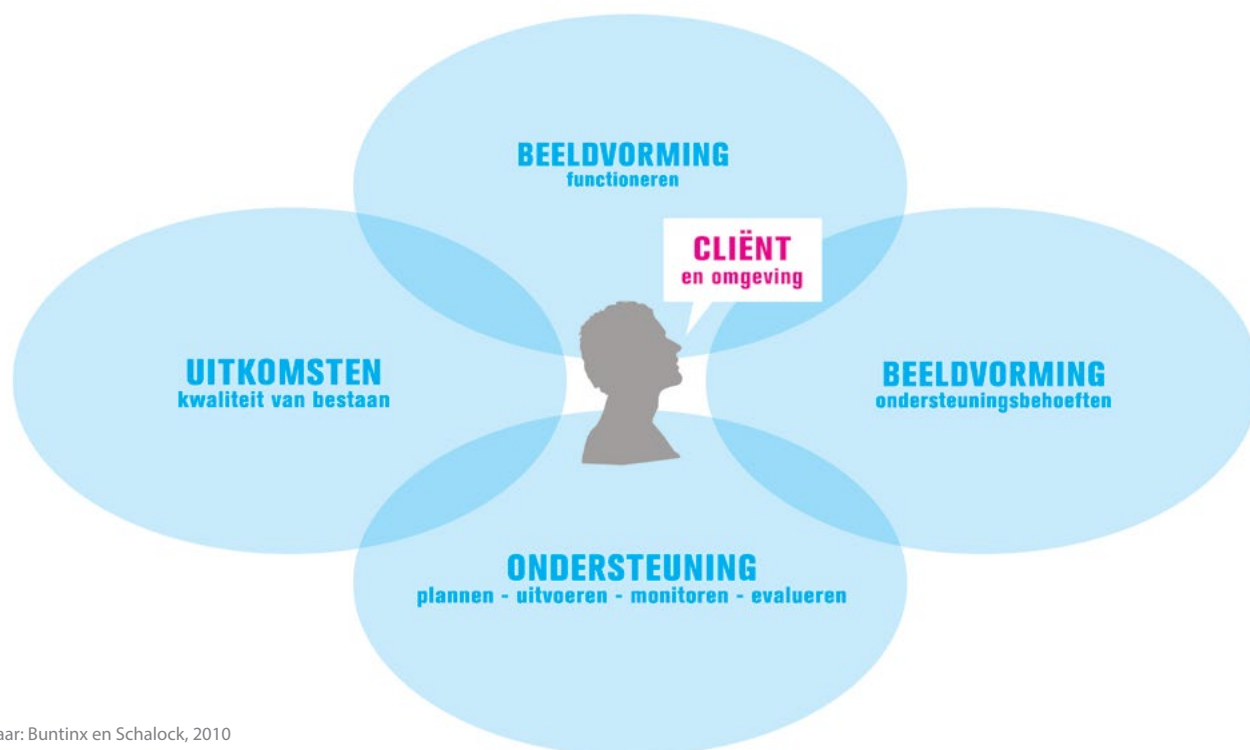
Samenvatting

Het ondersteuningsproces bestaat uit vier aspecten.

De aspecten 1 en 2 betreffen beeldvorming over functioneren en ondersteuningsbehoeften. Ze vormen de basis voor de vraagstelling aan de zorgaanbieder en voor de aan te vragen indicatie CIZ. Aspect 3 betreft het eigenlijke ondersteuningsplan en bevat te maken/gemaakte afspraken. Daarbij spelen toegekende AWBZ middelen (onder meer ZZP) een rol, maar ook andere hulpbronnen voor ondersteuning moeten worden bekeken.

Bij aspect 4 vindt tijdens de evaluatie toetsing van gemaakte afspraken plaats; zijn ze uitgevoerd, zijn de doelen bereikt? Ondersteuningsuitkomsten en de status van 'kwaliteit van bestaan' worden bekeken. De evaluatie-uitkomsten kunnen vragen om aanvullende beeldvorming en om nieuwe of aangepaste doelen in de volgende cyclus van het ondersteuningsplan. Het ondersteuningsplan verloopt in een cyclisch proces maar niet noodzakelijk 'lineair'. Hierdoor is het niet nodig met bijstelling te wachten zodra nieuwe informatie over functioneren of ondersteuningsbehoeften bekend wordt. De uitvoering van het ondersteuningsplan wordt gedocumenteerd aan de hand van rapportages. De cliënt heeft een eigen exemplaar van zijn/haar ondersteuningsplan.

Het ondersteuningsplan maakt deel uit van het professionele ondersteuningsproces. In dit proces belichten vier hoofdvragen ieder een eigen aspect van het ondersteuningsproces. In figuur 2. wordt dit modelmatig weergegeven. In dit model begint ondersteuning met beeldvorming over functioneren, het perspectief en ondersteuningsbehoeften van het cliëntsysteem. Dit sluit niet uit dat in de praktijk ook tijdens de uitvoering van een ondersteuningsplan of na evaluatie aanvullende beeldvorming nodig is. Hieronder bespreken we de aspecten van het ondersteuningsproces afzonderlijk.



naar: Buntinx en Schalock, 2010

Figuur 2. Vier aspecten van het ondersteuningsproces.

3.1 Beeldvorming

Het ondersteuningsproces start bij beeldvorming. Beeldvorming kent twee elementen: in beeld brengen van het functioneren en in beeld brengen van ondersteuningsbehoeften en risico's. Er wordt zowel naar het heden als naar de toekomst gekeken (perspectief). Beeldvorming is een dynamisch proces waarbij gebruik wordt gemaakt van verschillende bronnen.

Het gesprek met de cliënt en zijn of haar netwerk vormt een belangrijke bron van informatie, maar ook diagnostiek en assessment. Bij beeldvorming is het van belang alleen die informatie te verzamelen die nodig is om een antwoord te kunnen geven op de ondersteuningsvraag.

3.1.1 Het functioneren in beeld brengen

Cliënten doen een beroep op de diensten van zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg in relatie tot problemen in hun functioneren. Het is van belang dat de zorgaanbieder een goed beeld heeft van deze functioneringsproblemen (oftewel: beperkingen), maar ook van aanwezige mogelijkheden. Hierbij gaat het vooral om diagnostische en assessment informatie, waarmee de zorgaanbieder zich een beeld kan vormen over de aard van de beperkingen en mogelijkheden van een cliënt. Beeldvorming ontstaat op basis van beschikbare informatie (dossier), (aanvullend) onderzoek van professionals, maar ook van gesprekken met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger. Bij dit laatste gaat het om vragen als: hoe ziet de cliënt zichzelf? Wat kan de cliënt vertellen over zijn of haar eigen beperkingen? Een samenvatting van de beeldvorming van de zorgaanbieder, over het functioneren en de mogelijkheden van de cliënt, is terug te vinden in het ondersteuningsplan.

(Zie voor meer informatie de Toelichtingen 1A, 1B, 1C)

3.1.2 Ondersteuningsbehoeften en risico's in beeld brengen

Uit de informatie over 'beperkingen' en 'mogelijkheden' vloeit niet direct voort welke en hoeveel ondersteuning iemand in zijn/haar leven nodig heeft. Daarvoor is kennis van de ondersteuningsbehoeften nodig. Deze kennis komt in de eerste plaats van de cliënt zelf. Hiervoor vindt een gesprek plaats met de cliënt en/of zijn netwerk, om de wensen, interesses, voorkeuren en ambities in kaart te brengen. Dit gebeurt voor verschillende levensgebieden zoals wonen, leren en ontwikkeling, participatie in de samenleving, gezondheid, werk, belangenbehartiging en sociale relaties. Zo ontstaat een perspectief op de toekomst en een beeld van welke ondersteuning nodig is om dat perspectief dichterbij te brengen. Door deze dialoog ontstaat een beeld van de ondersteuningsbehoeften vanuit cliëntperspectief. Het beeld dat professionele ondersteuners zich vormen van de ondersteuningsbehoeften van de cliënt hoeft niet overeen te komen met het beeld van de cliënt zelf en/of van zijn netwerk. **(Zie voor meer informatie de Toelichtingen 1D)**

Vanuit het oogpunt van 'cliëntveiligheid' is ook de vraag naar aanwezige risico's relevant, waarmee in de ondersteuning rekening moet worden gehouden (risicoanalyse). Denk aan cliëntgebonden risico's op het gebied van gezondheid, sociale kwetsbaarheid (beïnvloedbaarheid) of grensoverschrijdend gedrag. Ook dit is een aspect van professionele beeldvorming van ondersteuningsbehoeften van de cliënt.

De perspectieven van de cliënt, de zorgaanbieder en de indicatie zullen niet altijd met elkaar in balans zijn. Dit maakt het noodzakelijk om in het ondersteuningsplan afwegingen te maken tussen veiligheid, risico's en zelfbeschikking. Hiervoor is goede beeldvorming over ondersteuningsbehoeften en risico's essentieel.

Informatie voortkomend uit beeldvorming over het functioneren en de ondersteuningsbehoeften van de cliënt, vormt de basis voor de indicatie-aanvragen bij het CIZ. Dit is echter niet de (enige) basis voor de aanvraag. Informatie uit de indicatie/ZZP wordt ook betrokken bij het maken van de ondersteuningsafspraken in het ondersteuningsplan.

3.2 Ondersteuning plannen en uitvoeren

3.2.1 Ondersteuningsafspraken maken in het ondersteuningsplan

(Zie voor meer informatie de Toelichtingen 1E)

Op basis van beeldvorming en ondersteuningsbehoeften maken zorgaanbieder en cliënt afspraken over de ondersteuning. De ondersteuningsbehoeften vormen daarbij het uitgangspunt. Bij het maken van afspraken stellen zorgaanbieder en cliënt doelen en leggen zij vast hoe deze doelen nagestreefd worden en welke hulpbronnen daarvoor worden ingezet. Wat doet het natuurlijke netwerk, wat doet de cliënt zelf, wat doet de zorgaanbieder en hoe wordt dat gecoördineerd?

Samen spreken zij de best haalbare strategie af, die tegemoet komt aan de wensen en behoeften van de cliënt.

Zij spreken ook af wanneer en hoe evaluatie plaatsvindt. Tijdens de evaluatie van het ondersteuningsplan toetsen zij of gemaakte afspraken zijn uitgevoerd en of gestelde doelen zijn bereikt. Deze fase in het ondersteuningsproces omvat daadwerkelijke uitvoering van de afspraken en continue voortgangsbewaking. Uitvoering van het ondersteuningsplan impliceert monitoren en evalueren: volgen of afspraken uitgevoerd worden, of alle noodzakelijke voorwaarden aanwezig blijven en of de doelen bereikt worden of dat tactisch bijsturen noodzakelijk is. Bij het opstellen, uitvoeren en evalueren van het ondersteuningsplan zijn meerdere disciplines betrokken (interdisciplinaire samenwerking).

Uitwerken van doelen (behandelplan, werkplan)

Om de doelen te bereiken en de ondersteuning volgens afspraak te leveren, is het soms nodig meer gedetailleerde werkplannen of behandelplannen op te stellen. Deze bevatten meer specialistische informatie en gedetailleerde instructies voor behandelaars, begeleiders en eventueel cliënten zelf.

In een werkplan of behandelingsplan staat wie, wat, wanneer, met welke middelen gaat ondernemen om de afspraken uit het ondersteuningsplan volgens professionele regels uit te voeren.

Werkplannen en behandelplannen worden toegevoegd als bijlage bij het ondersteuningsplan.

Wanneer de BOPZ van toepassing is, wordt per definitie een behandelplan gehecht aan het ondersteuningsplan. Hierin staan dan de behandeldoelen, behandelstrategieën en afspraken (bijvoorbeeld m.b.t. vrijheidsbeperkingen) vermeld. Let er op dat naast een behandelplan, dat meestal op een specifiek probleem is gericht, ook andere ondersteuningsbehoeften aanwezig zijn die in het ondersteuningsplan aan de orde komen. Het ondersteuningsplan is dus meer dan een behandelplan. Zie te zijner tijd ook de bepalingen van de Wet Zorg en Dwang.

3.2.2 Afspraken uitvoeren en ondersteuning coördineren

Wanneer het ondersteuningsplan is vastgesteld, start de uitvoering van de geplande ondersteuning en van de actie- en/of behandelplannen. Alle betrokken professionals moeten op de hoogte zijn van de afspraken met de cliënt. Dat betekent dat de begeleider die verantwoordelijk is voor het opstellen van het ondersteuningsplan zijn collega's, gedragsdeskundigen, medici, therapeuten en eventueel de activiteitenbegeleider hiervan op de hoogte stelt. Deze begeleider voorziet anderen (collega's maar ook de cliënt) van informatie en gaat na of iedereen volgens de afspraken werkt. Hierbij kan een cliëntagenda behulpzaam zijn, waarmee het werken volgens het ondersteuningsplan continu getoetst, bewaakt en waar nodig bijgesteld wordt. Doordat een ondersteuningsplan in begrijpelijke taal en handzaam aan de cliënt en wettelijke vertegenwoordiger ter hand moet worden gesteld, kunnen alle betrokkenen 'toezicht' houden op de voortgang.

Aan het maken van afspraken liggen verwachtingen tussen partijen ten grondslag. Gemaakte afspraken leiden tot verwachtingen over de uitvoering en te bereiken resultaten. Het is belangrijk dat geen overtrokken of irreële verwachtingen ontstaan. Afspraken impliceren verantwoordelijkheden van partijen. Betrokkenen moeten zich verantwoordelijk voelen en verantwoordelijkheid nemen voor hun aandeel in de afspraken.

Doelen moeten realistisch zijn, maar ook de strategie en daarbij noodzakelijke menselijke, financiële, technische en andere hulpbronnen moeten beschikbaar en bereikbaar zijn.

Bij planning van ondersteuning voor mensen met beperkingen is het nodig een evenwicht te vinden tussen ambities en haalbaarheid van de afspraken. Ondersteuning is een dynamisch en continu proces. Bij de planning van ondersteuning moet daarmee rekening worden gehouden.

Denk eraan dat cliënten en hun vertegenwoordigers gesprekken rond het ondersteuningsplan en het spreken met (meerdere) professionals als spannend of moeilijk kunnen ervaren. Besteed aandacht aan de sfeer van de gesprekken, stel betrokkenen op hun gemak, toon interesse, luister met aandacht, geef ruimte en denk creatief mee.

3.2.3 Rapporteren over geleverde ondersteuning

Om de voortgang van het ondersteuningsplan te monitoren, rapporteren betrokkenen over de gemaakte doelen en afspraken in het ondersteuningsplan. Bij het maken van de afspraken is het zinvol om per doel/actie vast te leggen hoe gerapporteerd wordt; waar moet de rapporteur op letten, wat moet zeker in de rapportage terugkomen? Rapportage moet informatie bevatten die relevant is voor de ondersteuning. De rapportages fungeren als communicatiemiddel tussen verschillende betrokkenen en dienen als 'databron' voor evaluatie.

Voor de rapportages bestaan geen algemene richtlijnen. Iedere organisatie kan daaraan naar eigen inzicht vorm geven. In de Toelichtingen (deel 3) staan enkele voorbeelden van vormen van follow-up en rapportage. Soms worden door IGZ of zorgkantoor met een zorgorganisatie specifieke afspraken gemaakt over wat er in bepaalde gevallen in de rapportage moet staan. Bijvoorbeeld of het doel bereikt is.

Rapportagevragen

- Zijn afgesproken acties uitgevoerd of niet? Waarom niet?
- Welk effect hadden de acties?
- Welke observaties zijn relevant in het kader van de afgesproken acties en van het welzijn van de persoon als geheel?

3.2.4 Vorm of 'format' van het ondersteuningsplan

Voor de vorm (format – 'indeling') van een ondersteuningsplan bestaan geen regels. In de praktijk komt een grote verscheidenheid aan formats voor. Door het gebruik van beeldmateriaal, tablet applicaties en elektronische agenda's, krijgt het ondersteuningsplan een steeds dynamischer karakter. Hierdoor volgen ondersteuningsplannen niet noodzakelijk 'lineaire' processen maar wordt tussen verschillende 'fasen' uit figuur 2. soepel geschakeld. Afspraken kunnen zo snel worden bijgesteld. Formats verschillen in de praktijk ook naar doelgroep, functie en gehanteerde methodieken.

In deze handreiking formuleren wij dan ook geen 'voorschriften' voor een ondersteuningsplan. Maar op basis van inhoudelijke, wettelijke en aan regels gerelateerde normen noemen wij wel een aantal basiscriteria:

1. De gemaakte afspraken vormen de kern van het ondersteuningsplan: worden de afspraken duidelijk vermeld?
2. De afspraken moeten rekening houden met de persoonlijke wensen van de cliënt en met door professionals ingeschatte ondersteuningsbehoeften: blijkt dit uit het ondersteuningsplan?
3. De ondersteuningsbehoeften vloeien voort uit de beeldvorming over de cliënt (grondslag voor betaalde ondersteuning): worden de beperkingen en grondslag genoemd in het ondersteuningsplan?
4. Evaluatie van de ondersteuning moet plaatsvinden naar proces; zijn de afspraken uitgevoerd, zijn de doelen gehaald, 'werken' de afspraken? Maar ook naar uitkomsten: is de cliënt er 'beter van geworden', is de kwaliteit van bestaan behouden of verbeterd, is de kwaliteit van bestaan ook bij progressieve aandoeningen voldoende bewaakt, zoals bij dementie?

3.3 Uitkomsten van de ondersteuning vaststellen

(Zie voor meer informatie de Toelichtingen 1G)

Uiteindelijk moet worden geëvalueerd wat de geboden ondersteuning oplevert voor de kwaliteit van bestaan van de cliënt. Dit is niet hetzelfde als bekijken of afspraken correct worden/zijn uitgevoerd en of specifieke doelen worden/zijn gehaald (zie 3.1.3). Deze evaluatie gaat over de uitkomsten van de ondersteuning voor het leven van de cliënt als geheel: is zijn/haar kwaliteit van bestaan er op vooruit gegaan (dan wel: is achteruitgang voorkomen)? Ook evaluatie van de ondersteuningsuitkomsten gebeurt in dialoog.

De uitkomsten van dit gesprek vormen een aanvulling op eventuele nieuwe informatie en beeldvorming over functioneringsproblemen en ondersteuningsbehoeften. Hierbij kan ook de vraag of de indicatie nog passend is aan de orde komen.

Voorbeelden zijn:

- De cliënt is zelfstandiger geworden en heeft minder ondersteuning nodig op bepaalde gebieden.
- Er doet zich een nieuw gezondheidsprobleem voor waardoor de cliënt meer ondersteuning nodig heeft.
- De cliënt heeft nieuwe wensen.
- Er doen zich veranderingen voor in het sociale netwerk van de cliënt.

In de huidige praktijk van veel zorgaanbieders in Nederland is het evaluatiemoment een belangrijk moment. Een evaluatiemoment heeft vaak een formeel karakter waarbij verschillende deskundigen/disciplines betrokken zijn, vergaderd wordt aan een vergadertafel en vergaderstukken besproken worden. Zo'n setting past meestal niet goed bij de vraag en behoefte van de cliënt. Wanneer een zorgaanbieder een persoonsgerichte benadering uitdraagt, kiest zij bij evaluatie voor andere vormen. Vertrekpunt is dan de cliënt en het creëren van een setting waarin hij/zij echt op een gelijkwaardige manier bijdraagt aan het gesprek. Misschien betekent dit afwijken van een standaard locatie, minder of andere aanwezigen, of een andere communicatiewijze. Oogmerk van deze evaluatie is dat alle betrokkenen de evaluatie volledig begrijpen en dat de verschillende betrokkenen invloed hebben.

Voortvloeiend uit de Vernieuwde werkwijze Kwaliteitskader VGN (2011) wordt aan evaluatie van het ondersteuningsplan de vraag gekoppeld hoe de cliënt de geboden ondersteuning ervaart (pijler 2b). Zie daarvoor paragraaf 2.2.3.

Tot slot

Het gehanteerde model van het ondersteuningsproces is – zoals elk model – een vereenvoudigde voorstelling van de werkelijkheid. Bij een eerste ondersteuningsplan ligt voor de hand dat de vier vragen in de hier gehanteerde volgorde van bespreking aan bod komen. Later kan soepel en flexibel tussen de vier 'aspecten' geschakeld worden. Wanneer betrokkenen eenzelfde 'mentaal model' van het ondersteuningsproces hanteren, bevordert dit de communicatie en coördinatie. Het ondersteuningsplan wordt zo een dynamisch 'document'.

4. Rol van cliënt, sociaal netwerk en zorgaanbieder

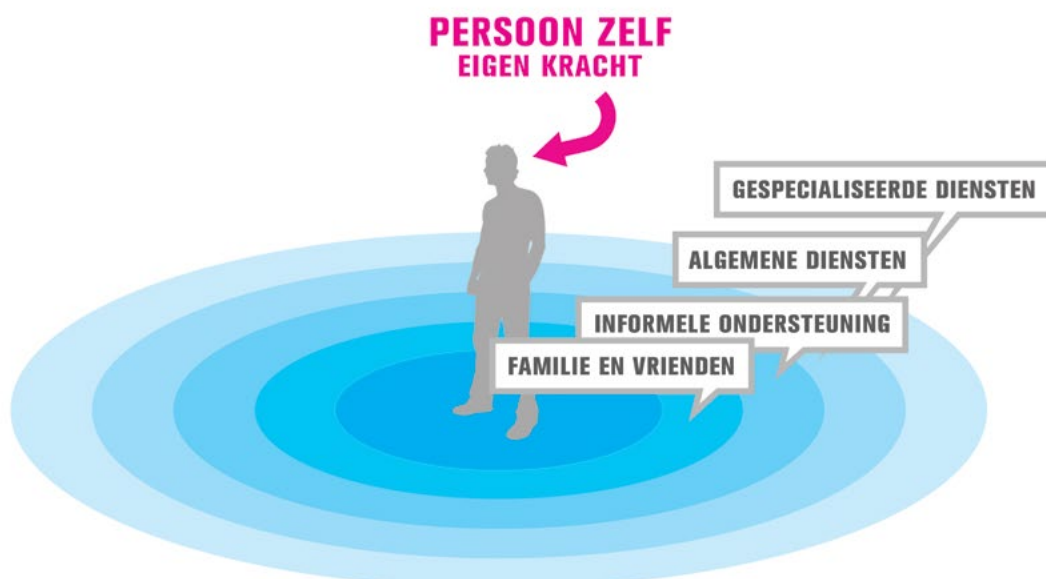
Samenvatting

Het ondersteuningsplan komt tot stand in de driehoek van de cliënt, zijn/haar sociale netwerk en de zorgaanbieder. Elke partij heeft eigen rollen en verantwoordelijkheden. Samen wordt een strategie bepaald om de kwaliteit van bestaan van de cliënt te bevorderen. De coördinator van het ondersteuningsplan heeft een regierol in de communicatie en afstemming tussen partijen en tussen betrokken professionele disciplines.

De ondersteuning van de cliënt is een interactief proces met als betrokkenen de cliënt zelf, zijn/haar sociale netwerk en de professionals en zorgaanbieder(s). In dit systeem kunnen verschillende personen en organisaties als hulpbron betrokken worden bij het ondersteuningsplan. Daarbij valt onderscheid te maken tussen natuurlijke hulpbronnen (cliënt zelf; familie en vrienden; informele ondersteuning; algemene, publieke diensten) en gespecialiseerde hulpbronnen (zoals AWBZ en WMO gefinancierde zorg).

In figuur 4. zijn deze hulpbronnen weergegeven:

- de cliënt zelf (gebruik van aanwezige competenties en 'eigen kracht');
- familie en vrienden;
- informele ondersteuning van burens, collega's, medebewoners, medeleerlingen en vrijwilligers;
- algemene zorg- en dienstverlening, toegankelijk voor alle burgers (huisvesting, onderwijs, werk, gezondheidszorg, verenigingsleven);
- gespecialiseerde zorg- en dienstverlening.



bron: AAIDD

Figuur 3. Hulpbronnen bij de ondersteuning

4.1 De cliënt

(Zie voor meer informatie de Toelichtingen 3A en 3B)

Het Besluit Zorgplanbespreking AWBZ (2009) is bedoeld om de invloed van de cliënt/het cliëntsysteem op de zorg en ondersteuning te vergroten. Bij het maken van afspraken over de zorg en ondersteuning speelt de cliënt als vanzelfsprekend een centrale en actieve rol. Het gesprek wordt zoveel mogelijk met de cliënt zelf gevoerd.

Een 'gesprek' over het ondersteuningsplan kun je breed op vatten. Het spreekt voor zich dat gespreksvorm en gespreksinhoud afgestemd worden op de mogelijkheden, beperkingen en behoeften van de cliënt. Zie ook 2.1.3 van deze handreiking. Bij het maken van afspraken gaat het over de toekomst en zijn afspraken erop gericht zoveel mogelijk de eigen regie, participatie en inclusie te bevorderen. Een methodiek zoals persoonlijke toekomstplanning kan hierbij een hulpmiddel vormen.

Wat nog wel eens vergeten wordt, is dat mensen met een beperking in veel gevallen niet geleerd hebben om keuzes te maken of om de consequenties van die keuzes te overzien. Vaak weten zij niet eens dat er een keuze is of welke keuzes dat zijn of kunnen zij hun keuzes niet (goed) uiten. Ook kost het mensen met een beperking vaak moeite om op te komen voor zichzelf en om te spreken in groepen (Herps et al., 2010). Ben je er ook van bewust dat een traditioneel ondersteuningsplangesprek vaak plaatsvindt met mensen met wie de persoon een afhankelijkheidsrelatie heeft.

Om over na te denken:

- **Wat heeft de cliënt nodig om het gesprek goed in te gaan?**
 - Weet hij bijvoorbeeld (nog) wat het ondersteuningsplan is?
 - Is er voldoende voorbereidingstijd voor en met de cliënt?
- **Hoe ziet het gesprek eruit?**
- **Wat doen we om het gesprek te laten aansluiten bij de cliënt?**
 - Welke ondersteunende communicatie is nodig?
 - Welke inhoud is noodzakelijk om te bespreken?
 - Welke personen moeten erbij betrokken zijn?
 - Waar vindt het gesprek plaats?
 - Wie bepaalt bovenstaande zaken?

4.2 Het sociale netwerk

Ondersteuning vindt normaal gesproken vooral plaats door en in het natuurlijke netwerk (gezin, familie, vrienden, et cetera) van de persoon met een beperking. De rol van ouders, broers en zussen, grootouders en familieleden mag door professionals niet worden onderschat. Ook de emotionele verbondenheid van de cliënt met zijn natuurlijke 'niche' mag niet worden onderschat. Het professionele ondersteuningsproces moet de sociale en emotionele verbondenheid van de cliënt met zijn netwerk en omgeving zoveel mogelijk respecteren en in overleg rekening houden met het netwerk bij de planning van ondersteuning.

Vanzelfsprekend hebben ouders, familie en vrienden waar mogelijk een rol in het ondersteuningsproces en in het ondersteuningsplan.

Mensen uit het sociale netwerk van de cliënt, steungroep of mantelzorgers, kunnen ook een deel van de ondersteuning voor hun rekening nemen. Het is daarom niet ongewoon om in het ondersteuningsplan aan te geven wie uit het natuurlijke netwerk van de cliënt mee ondersteuning biedt en welke mogelijkheden aanwezig zijn, bijvoorbeeld voor het betrekken van mantelzorgers of vrijwilligers bij de ondersteuning. Het kan inspirerend zijn hierbij methodieken zoals Person-centred planning, Eigen Kracht Conferenties (Van Beek et al., 2010) of Wraparound Care (Hermanns, 2009) te betrekken.

Het natuurlijke netwerk betrekken bij het plannen van de ondersteuning betekent dat de verantwoordelijke voor het ondersteuningsplan met de cliënt bespreekt welke mensen uit zijn netwerk belangrijk zijn en wie een rol kan spelen in de ondersteuning. Het in kaart brengen van mogelijke 'externe' hulpbronnen is ook aan de orde bij de beeldvorming (context).

In sommige situaties is het niet mogelijk of niet wenselijk om het sociale netwerk (intensief) te betrekken bij het ondersteuningsplan en de ondersteuning van de cliënt. In die gevallen moet het naar redelijkheid herstellen of opbouwen van het sociale netwerk een streven zijn. Een cliënt zonder sociale contacten of met uitsluitend contacten met professionele krachten van de eigen zorgaanbieder, loopt een hoog risico op vereenzaming en/of verwaarlozing in de behartiging van zijn/haar belangen. Professionals moeten de betrokkenheid van het sociale netwerk van de cliënt bij elk ondersteuningsplan zorgvuldig afwegen

Sommige cliënten willen niet dat hun naasten betrokken zijn bij de ondersteuning. Omdat de relatie zich daar niet toe leent, of omdat ze hun familie niet nog meer willen belasten: 'ze hebben al zoveel met me te stellen gehad'. Ook in die gevallen is het aan de professionals om, rekening houdend met de wensen van de cliënt, de mogelijkheden van 'herstel' te onderzoeken, of op zoek te gaan naar anderen in het netwerk die zo'n bijdrage wel kunnen leveren.

4.3 Gespecialiseerde dienstverlening (zorgaanbieder)

Het is de plicht van de professionele zorgaanbieder in de gehandicaptenzorg om het gesprek met de cliënt en zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger te initiëren. Het proces van voorbereiden en opstellen van het ondersteuningsplan is vaak de verantwoordelijkheid van een daarvoor aangewezen, coördinerend medewerker van de zorgaanbieder. De benamingen van deze functie lopen uiteen. Voorbeelden zijn: 'persoonlijk begeleider', 'coördinerend begeleider', 'dienstverleningscoördinator', 'persoonlijk assistent'.

Binnen een zorgorganisatie bestaat meestal een vast format voor proces en inhoud van het ondersteuningsplan. Het is aan de professionele vaardigheden van de coördinator van het ondersteuningsplan om een format ondersteunend en niet leidend te laten zijn in de bespreking met de cliënt.

De zorgaanbieder stelt het ondersteuningsplan op samen met de cliënt en voor zijn/haar ondersteuning relevante personen uit het sociale netwerk. De tendens tot meer participatie en vermaatschappelijking brengt met zich mee dat het 'team' dat bij de ondersteuning betrokken is zich niet beperkt tot de contouren van de zorgorganisatie. Ook personen van buiten de zorgaanbieder, van andere zorgaanbieders of van andere organisaties, zoals MEE, jeugdhulpverlening en thuiszorg, kunnen betrokken zijn bij de ondersteuning. Zorg en ondersteuning zijn steeds meer ketenactiviteiten waarbij meerdere professionele en niet-professionele hulpverleners betrokken zijn. Vanuit cliëntperspectief is samenhang en afstemming een belangrijke voorwaarde voor het slagen van de gezamenlijke inspanningen.

Er is geen algemene regel om 'externen' te committeren aan het (AWBZ) zorgplan. Het vermelden van afspraken en verantwoordelijken voor de coördinatie, uitvoering en voortgang is wel aan te bevelen, zonder dat dit betekent dat de primaire zorgaanbieder (AWBZ) daardoor verantwoordelijk kan worden gesteld voor de (kwaliteit van de) prestaties van derden.

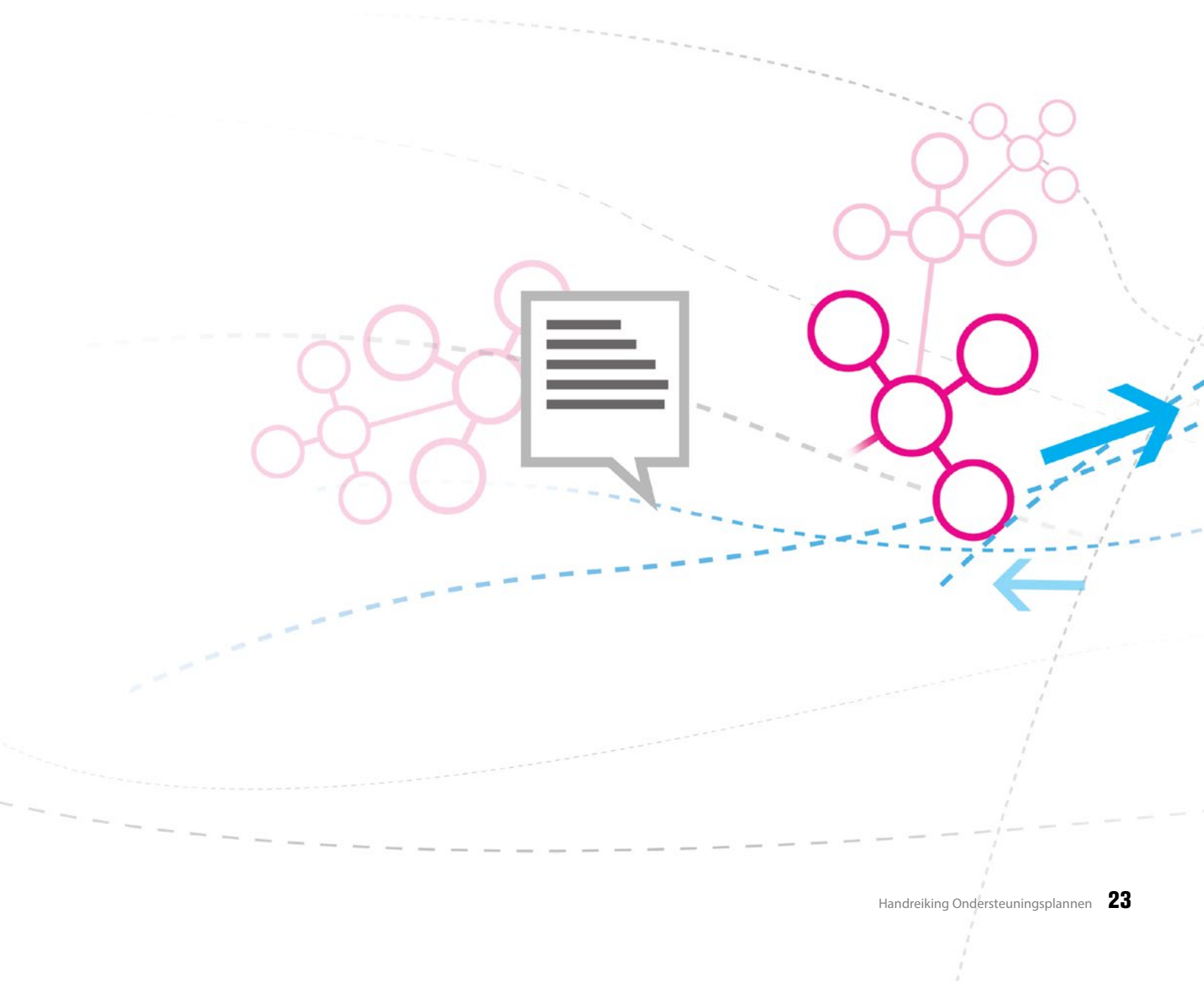
Communicatie tussen alle betrokkenen (zowel binnen als buiten de zorgaanbieder) vormt een cruciaal element in het leveren van adequate ondersteuning. Het betrekken van het sociale netwerk en andere hulpbronnen dan de zorgaanbieder stelt andere eisen aan de competenties en professionele autonomie van medewerkers. Ook stelt het andere eisen aan de organisatie van de ondersteuning.

4.4 Interne afstemming

Bij de totstandkoming van het ondersteuningsplan zijn, waar nodig, verschillende disciplines betrokken. De mogelijkheid tot het werken in een multidisciplinaire context is hierbij van belang om de hulpvraag van de cliënt te kunnen beantwoorden. Vooral als het gaat om de ondersteuning van mensen met een specifieke beperking, zoals een zintuiglijke beperking, lichamelijke beperking of een combinatie van bijvoorbeeld gedrags- en/of medische problematiek, is het belangrijk dat meerdere disciplines betrokken worden om goed aan de ondersteuningsvraag te beantwoorden.

De coördinator van het ondersteuningsplan heeft de regie in dit proces, ook als het gaat om de communicatie en afstemming met andere disciplines. Hij vervult een belangrijke rol bij het verzamelen van alle informatie die nodig is voor het plan.

De cliëntenraad heeft als taak de gemeenschappelijke belangen van de cliënten van een zorgaanbieder te behartigen. De specifieke rol en taak die zij hebben ten aanzien van de ondersteuningsplansystematiek worden nader toegelicht in Toelichtingen 3c.



Arends, A.P. et al. (2002). *Tweede evaluatie Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen, deelonderzoek 3: Interne rechtspositie in de psychiatrie en de verstandelijk gehandicapten*, Den Haag: ZonMW.

Beek, F. van, & Schuurman, M. (2010). Eigen Kracht-conferenties: kansen en mogelijkheden in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. *NTZ*, 197-208.

Besluit zorgplanbespreking ABWZ-zorg (2009).

Barnhard, M.C. & Meerveld, J.H.C.M. (1992). *Handleiding Zorgplannen. Methodisch werken in de zorg voor verstandelijk gehandicapten*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut.

Buntinx, W.H.E. & Schalock, R. (2010). Models of Disability, Quality of Life, and Individualized Supports: Implications for Professional Practice in Intellectual Disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7 (4), 283–294.

Calis, J. (2012). *Werk Wijzer: Beoordelen van wilsonbekwaamheid binnen Reinaerde en bijbehorende protocol*, Reinaerde: mei 2012.

CIZ (2012). *CIZ Indicatiewijzer. Toelichting op de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2012, zoals vastgesteld door het ministerie van VWS. Versie:5.0*, CIZ: januari 2012.

College voor zorgverzekeringen (2012), *AWBZ-kompas*, Diemen: CVZ.

Dijk, K.R. van (2012). *Juridische Aspecten van informele zorg*, Utrecht: ActiZ:.

Frederiks, B. (2012). *Factsheet Wetgeving*, Utrecht: Vilans/VUmc

Gemert, G. van, & Dekkers-van der Veen, M. (2011). *Persoonlijke Ondersteuningsplanning in de Praktijk*. Assen: Van Gorcum.

Hermanns, J. (2009). Het wraparound care model en de vraag naar nieuwe jeugdzorgprofessionals. In J. Gerris & R. Engels (Eds.), *Professionele kwaliteit in jeugdzorg en jeugdonderzoek* (pp. 85-98). Assen: Van Gorcum.

Herps, M.A., Buntinx, W.H.E. & Curfs, L.M.G. (2010). Ontwikkelingen in het ondersteuningsplan in Nederland. *NTZ*, 36(2), p.111-136.

Herps, M.A., Buntinx, W.H.E. & Curfs, L.M.G. (2012). In dialoog over het ondersteuningsplan. Een exploratief onderzoek naar de betrokkenheid van mensen met verstandelijke beperkingen bij het opstellen, uitvoeren en evalueren van hun ondersteuningsplan. *NTZ*, 38(1), p. 2-14.

HHM (2009). *Handreiking Zorgplan 2.0*. Enschede: HHM.

KansPlus, Vraagstuk & Platform VG, (2010). *Handreiking - Het Zorgplan (met kaartspel en opschrijfboek)*. Utrecht: Kansplus.

Leenen, H.J.J., Gevers, H.J.J. & Legemaate, J. (2007). *Handboek gezondheidsrecht, Rechten van mensen in de gezondheidszorg Deel I*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Leenen, H.J.J., Dute, J.C.J., & Kastelein, W.R. (2008). *Handboek gezondheidsrecht, Gezondheidszorg en recht Deel II*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2008.

Ministerie van Veiligheid en Justitie (2012). *Informatieblad. Curatele, bewind en mentorschap, informatieblad*, Den Haag: MVJ Directie voorlichting.

NAVG (2012). *Zorgaanbod van de AVG. Wat doet de arts voor verstandelijk gehandicapten?*, Enschede: NVAVG.

Opsterk Ondersteuningsplan, <http://www.opsterk.nl/Ondersteuningsplan>, geraadpleegd op 13.03.2012.

Opsterk / Vilans (2010). *Is het ondersteuningsplan wel echt van de cliënt? Regels voor een goed ondersteuningsplan voor cliënten in de gehandicaptenzorg*. Utrecht: Opsterk & Vilans.

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.

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*. Washington: AAIDD.

Schalock, R.L., Gardner, J.F. & Bradley, V.J. (2007). *Quality of Life for People with Intellectual and Other Developmental Disabilities. Applications across individuals, organizations, communities, and systems*. Washington: AAIDD.

Schippers, A., Boheemen, M. & Wielenga, F. (2007). *Handreiking ondersteuningsplan voor de gehandicaptenzorg*. Christelijke Hogeschool Nederland.

Scholten, C. & Dijk, K van (2012). *Grenzen verleggen. Belemmeringen en mogelijkheden voor samenspel tussen informele en formele zorg*, Utrecht: Vilans

Thompson, J.R., Bradley, V., Buntinx, W.H.E., Schalock, R.L., Shogren, K.A., Snell, M., & Wehmeyer M.L. (2009). Conceptualizing Supports and the Support Needs of People with Intellectual Disabilities. *Intellectual Disability*. 47 (2), 135–146.

Transitiebureau Begeleiding in de WMO (2011). *Begrippenboek Begeleiding in de AWBZ*. Den Haag: VNG.

VGN et al. (2007). *Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg*. Utrecht: VGN et al.

VGN (2008). *Handreiking Bezinnen over beginnen of stoppen en Voorlegger over het Niet-aangaan/beëindigen zorg- en dienstverleningsovereenkomst*. Utrecht: VGN.

VGN (2008). *Richtlijn Wgbo met modelovereenkomst zorg en dienstverlening en algemene voorwaarden*. Utrecht: VGN.

VGN (2011). *Projectplan vernieuwde werkwijze Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg*. Utrecht: VGN

VraagRaak (s.d.). *Van medezeggenschap naar zeggenschap*. Handreiking. Houten: VraagRaak.

VraagRaak (s.d.). *Het zorgplan*. Handreiking. Houten: VraagRaak

