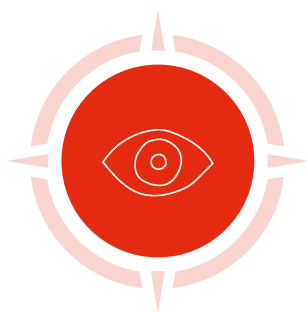


Handreiking Ondersteuningsplannen

Voor (beleids)medewerkers die verantwoordelijk zijn voor de systematiek en kwaliteit van het ondersteuningsplan



1. Over de handreiking



2. Visie



3. Wat is het
ondersteuningsplan?



4. Werken met het
ondersteuningsplan



5. Het ondersteuningsplan
in het ondersteuningsproces



6. Methodisch werken en
doelen formuleren



7. Het ondersteuningsplan
in het ECD



8. Het ondersteuningsplan
en kwaliteitservaringen



9. Rollen en
verantwoordelijkheden



10. Het ondersteuningsplan
in begrijpelijke taal



11. Fabels en FAQ's

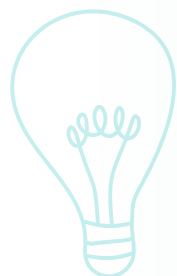


12. Wet- en regelgeving

1. Over de handreiking

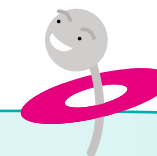
De Handreiking Ondersteuningsplannen is bedoeld voor beleidsmedewerkers in de gehandicaptenzorg die verantwoordelijk zijn voor de systematiek en de kwaliteit van de ondersteuningsplannen binnen hun eigen zorgorganisatie. De handreiking draagt zo bij aan het inrichten van een goed zorgproces rond individuele personen.

De handreiking is voor beleidsmedewerkers een hulpmiddel om een eigen ondersteuningsplansystematiek te ontwikkelen of om een bestaande systematiek te toetsen of aan te passen. Het is beslist geen kant-en-klaar sjabloon, omdat de gehandicaptensector zich kenmerkt door een grote diversiteit in doelgroepen en dus ook een grote diversiteit in ondersteuningsbehoeften. Goede zorg en ondersteuning is persoonsgericht en zet mensen centraal.



Het onderdeel 'Over de handreiking' is onderverdeeld in drie onderwerpen:

- **Over de handreiking:** de handreiking is bedoeld voor beleidsmedewerkers die verantwoordelijk zijn voor de systematiek en de kwaliteit van het ondersteuningsplan.
- **Actualisaties:** de belangrijkste aanpassingen in de Handreiking Ondersteuningsplannen 2023 op een rij, ten opzichte van de Handreiking Ondersteuningsplannen 2013.
- **Leeswijzer:** over hoe de handreiking is opgebouwd en vormgegeven.





1. Over de handreiking

1.1 Over de Handreiking Ondersteuningsplannen 2023

Goede zorg en ondersteuning is persoonsgericht: professionals zetten de mens centraal en sluiten aan op de mogelijkheden, de wensen, behoeften en het leven van mensen met een beperking.

Samen maken mensen met een beperking met waar mogelijk en nodig hun verwanten, vertegenwoordiger en sociaal netwerk, en professionals afspraken over de manier waarop zorg en ondersteuning plaatsvindt. Dat zijn afspraken over hoe het gaat in het gewone leven, en doelen over een gewenste ontwikkeling. Het persoonlijke ondersteuningsplan geeft aan alle betrokkenen inzicht en duidelijkheid.

De Handreiking Ondersteuningsplannen is bedoeld voor beleidsmedewerkers in de gehandicaptenzorg die verantwoordelijk zijn voor de systematiek en de kwaliteit van de ondersteuningsplannen binnen hun eigen zorgorganisatie. Het is voor hen een hulp- en een toetsingsmiddel. De handreiking draagt zo bij aan het inrichten van een goed zorgproces rond individuele personen en is daarmee een waardevolle bron van informatie en inspiratie.

Essentieel in het ondersteuningsplan zijn de eigen inbreng, ideeën, wensen en behoeften van mensen met een beperking, hun verwanten, vertegenwoordiger en sociaal netwerk. Dat maakt een plan persoonlijk en zet de mens centraal. Op die manier krijgt het ondersteuningsplan meerwaarde voor mensen met een beperking: het is hún plan. En met dit plan wordt de eigen invloed van hen op de zorg en ondersteuning vergroot.

De handreiking beschrijft de wettelijke eisen en op welke wijze professionals samen met mensen met een beperking, verwanten en de vertegenwoordiger invulling kunnen geven aan het ondersteuningsplan. Het is beslist geen kant-en-klaar sjabloon, juist omdat goede zorg en ondersteuning persoonsgericht is en de mens centraal zet. De gehandicaptensector kenmerkt zich door een grote diversiteit in doelgroepen, met daarbij dus ook een grote diversiteit in ondersteuningsbehoeften. Daarom geeft deze handreiking ruimte voor eigen accenten en invulling voor en door zorgorganisaties.

De vorige Handreiking Ondersteuningsplannen werd in 2013 opgesteld. Deze handreiking was onderdeel van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022. Dit Kwaliteitskader werd in 2022 geactualiseerd en omgedoopt tot het Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028. Als onderdeel van het Kwaliteitskompas, werd ook de Handreiking Ondersteuningsplannen geactualiseerd.

Onderdeel van het [Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028](#) zijn:

- Handreiking Ondersteuningsplannen (dit document)
- [Handreiking Inzicht in Kwaliteit](#)
- [Leidraad Perspectief op persoonsgerichte zorg](#)

1. Over de handreiking

1.2 Actualisaties in de Handreiking Ondersteuningsplannen 2023

De vorige Handreiking Ondersteuningsplannen werd in 2013 opgesteld. Deze handreiking was onderdeel van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022. Dit Kwaliteitskader werd in 2022 geactualiseerd en omgedoopt tot het [Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028](#). Omdat de Handreiking Ondersteuningsplannen onderdeel is van het Kwaliteitskompas, werd ook deze handreiking geactualiseerd.

In de handreiking zijn extra onderwerpen meegenomen: de totstandkoming van het ondersteuningsplan en het ondersteuningsplan in digitale vorm in het elektronisch cliëntendossier (ECD), waardoor de inhoud beter aansluit op de praktijk van alledag.

Net als in het vernieuwde Kwaliteitskompas is in deze handreiking meer aandacht voor het perspectief, de rol en de inbreng van mensen met een beperking en hun verwanten. Ook is er meer ruimte gekomen voor eigen invulling van de zorgaanbieder, passend bij de cultuur van de organisatie. Het is een uitnodiging om te blijven zoeken naar wat beter kan en een oproep om te koesteren wat goed gaat.



‘Meer aandacht voor het perspectief, de rol en de inbreng van mensen met een beperking en hun verwanten’



1. Over de handreiking

1.3 Leeswijzer

De Handreiking Ondersteuningsplannen biedt veel informatie, maar niet iedereen is op zoek naar dezelfde informatie of naar alle informatie uit de handreiking. Daarom is ervoor gekozen om de handreiking modulair op te stellen. Zo kunnen beleidsmedewerkers en professionals snel en pragmatisch met de handreiking werken.

Bij elk onderdeel is eerst de kernboodschap te lezen. Vervolgens zijn er specifieke aandachtspunten en tips voor professionals. Ook komt het perspectief van mensen met een beperking naar voren, ter inspiratie voor professionals. Tot slot is er bij elk onderdeel een verwijzing naar aanvullende informatiebronnen of aansprekende voorbeelden.

Terminologie

Wensen, behoeften, doelen en afspraken

In de Handreiking Ondersteuningsplannen hebben we het over wensen, behoeften, doelen en afspraken. Uitgangspunt hierbij is dat in het ondersteuningsplan doelen en afspraken worden vastgelegd, waar de wensen en de behoeften van mensen met een beperking aan ten grondslag liggen.

Mensen met een beperking

De gehandicaptenzorg ondersteunt mensen die verstandelijke, lichamelijke, zintuiglijke of meervoudige beperkingen hebben, of niet aangeboren hersenletsel. Het gaat om een grote, diverse en unieke groep mensen die allemaal eigen zorg- en ondersteuningsvragen hebben. In deze handreiking gebruiken we consequent de term mensen met een beperking. Daarmee bedoelen we iedereen die binnen de gehandicaptenzorg professionele ondersteuning, begeleiding of zorg ontvangt, zowel jongeren als ouderen.

Verwanten en sociaal netwerk

In deze handreiking hanteren we de termen verwanten en sociaal netwerk als het gaat om de mensen in de directe omgeving van mensen met een beperking. Met verwanten bedoelen we partners en iedereen die door een familieband met elkaar verbonden is. Met het sociaal netwerk bedoelen we iedereen die betrokken is bij het leven van mensen met een beperking naast verwanten, zoals: vrienden, burens, medebewoners, groepsgenoten, vrijwilligers, collega's en andere mensen in iemands omgeving.

Vertegenwoordiger

In deze handreiking hanteren we de term vertegenwoordiger. Daarmee bedoelen we de belangenbehartiger van mensen met een beperking. De vertegenwoordiger neemt indien mogelijk zorgbeslissingen samen met mensen met een beperking als zij dit zelf moeilijk vinden, niet kunnen of niet wensen. De vertegenwoordiger stelt hierin de wensen en behoefte van de persoon voorop.

Professionals

In de gehandicaptensector werken diverse beroepsgroepen, zoals: begeleiders, verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, artsen VG, paramedici en gedragsdeskundigen. In deze handreiking spreken we consequent over professionals. Hiermee bedoelen we iedereen die binnen de gehandicaptenzorg professionele ondersteuning, begeleiding of behandeling biedt op (para)medisch, verpleegkundig, pedagogisch of agogisch vlak. Soms staat een specifieke rol van een specifieke doelgroep beschreven, in dat geval gebruiken we wel de functienaam.

2. Visie Handreiking Ondersteuningsplannen

De Handreiking Ondersteuningsplannen gaat in op de kernwaarden en de essentiële onderdelen van het ondersteuningsplan. Het inhoudelijke uitgangspunt hierbij is dat het ondersteuningsplan altijd persoonsgericht is en vanuit dialoog met mensen met een beperking, hun verwanten en de vertegenwoordiger tot stand komt én actueel blijft. Daarom is een ondersteuningsplan een dynamisch plan.

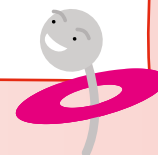
Procesmatig is het uitgangspunt dat zorgaanbieders voor het opstellen van een ondersteuningsplan een werkwijze hanteren die het beste overeenkomt met de eigen visie, cultuur en functie. Zij kunnen eigen accenten leggen passend bij specifieke doelgroepen en functies. In deze handreiking wordt daarom nadrukkelijk stilgestaan bij de ruimte die zorgaanbieders hebben voor eigen invulling. De enige voorwaarde hierbij is dat wordt voldaan aan de wettelijke eisen voor het ondersteuningsplan. Meer informatie over de wettelijke eisen is te lezen in [onderdeel 12 Wet- en regelgeving](#).

Met deze uitgangspunten alleen zijn we er niet. Professionele ondersteuning van mensen met een beperking is een zaak van menselijke waarden en van professionele kennis, vaardigheden, handelen en houding. Bij het maken van een ondersteuningsplan geldt dit net zo goed. Samen met mensen met een beperking een ondersteuningsplan maken, gaat daarmee ook over luisteren, empathie, interesse en betrokkenheid, respecteren, accepteren, veiligheid, wederzijds vertrouwen, gelijkwaardigheid, samenwerken, creatief meedenken, eigen inbreng en dialoog.



Het onderdeel 'Visie handreiking ondersteuningsplannen' is onderverdeeld in drie onderwerpen:

- **De persoon centraal:** de inbreng van mensen met een beperking, hun verwanten, vertegenwoordiger en sociaal netwerk is essentieel bij het maken en evalueren van een ondersteuningsplan.
- **Samen verantwoordelijk:** de inhoud van het ondersteuningsplan is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van mensen met een beperking, verwanten, vertegenwoordiger en betrokken professionals.
- **Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028:** kwaliteit en kwaliteitsverbetering zijn belangrijke waarden binnen de gehandicaptenzorg. Daarom is er het Kwaliteitskompas met als doel om samen te blijven werken aan kwaliteit.





2. Visie Handreiking Ondersteuningsplannen


2.1 De persoon centraal

Kernboodschap

Het ondersteuningsplan is de basis van de zorg en ondersteuning aan mensen met een beperking.

Essentieel in het ondersteuningsplan zijn de eigen inbreng, ideeën, wensen en behoeften van mensen met een beperking, hun verwanten en vertegenwoordiger. Dat maakt een plan persoonlijk en zet de mens centraal. Op die manier krijgt het plan meerwaarde voor mensen met een beperking: het is hún plan. En met dit plan wordt de eigen invloed van hen op de zorg en ondersteuning vergroot.

Het ondersteuningsplan helpt professionals in hun dagelijks werk om aansluiting te vinden bij individuele personen en persoonsgericht te ondersteunen. Daarmee is het ondersteuningsplan een hulpmiddel voor professionals. Een persoonlijk ondersteuningsplan ontstaat vanuit dialoog. Het zet de mens centraal, is voor iedereen begrijpelijk en is toegankelijk en inzichtelijk voor professionals en mensen met een beperking, en als zij daar toestemming voor hebben of een wettelijk recht op inzage, ook hun verwanten en de vertegenwoordiger.



Een ondersteuningsplan is een dynamisch plan omdat het is afgestemd op persoonlijke ontwikkelingen. De zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat het plan continu aandacht heeft én dat het regelmatig wordt besproken met mensen met een beperking, verwanten en de vertegenwoordiger. Ook zij kunnen en mogen hier een rol in pakken: een plan waarvan mensen met een beperking zich mede-eigenaar voelen zal eerder vanuit hun initiatief ter sprake komen. Vanzelfsprekend moet het plan actueel zijn.

In een levend plan past het niet om kunstmatig doelen op te nemen uit een verplichting. Juist omdat de mens in het plan centraal staat, is het passend de doelen en de termijnen die daaraan hangen te laten aansluiten bij de beleving van mensen met een beperking. Doelen worden opgenomen als er een ontwikkeling wordt nagestreefd op een bepaald gebied. Doelen hoeven niet allemaal groot of vérrijkend te zijn en er hoeven ook niet voor een heel jaar nieuwe doelen geformuleerd te worden. Doelen in kleine stappen kunnen meer houvast geven dan een groter doel voor de lange termijn. Ook kan de terugkerende ondersteuning als doel worden gedefinieerd.



Aandachtspunten

De inbreng van mensen met een beperking, hun verwanten, vertegenwoordiger en sociaal netwerk is essentieel voor een persoonlijk ondersteuningsplan. Minstens zo belangrijk is de manier waarop zij hun inbreng kunnen geven, namelijk op een manier die bij hen past. Vraag aan hen hoe zij betrokken willen zijn. En die betrokkenheid kan dus per persoon verschillen. Eigen inbreng maakt het plan persoonlijk: het is het plan van mensen met een beperking. Toch kan het zijn dat een professional en degene aan wie hij of zij zorg verleent, verwant of vertegenwoordiger, het niet eens worden over de inhoud, maar dit wel in het ondersteuningsplan komt te staan. In dat geval is er de mogelijkheid om een eigen verklaring aan het dossier toe te voegen.

Tips

Hoewel het ondersteuningsplan een wettelijke verplichting is, is de vorm vrij. Een ondersteuningsplan hoeft niet altijd een schriftelijk plan te zijn. Er zijn andere vormen denkbaar. Ook tekeningen, pictogrammen, films, gesprekskaarten, geluidsopnames, foto's, korte teksten (al dan niet in braille) kunnen de wensen van mensen met een beperking verbeelden en ondersteunen.

Perspectief van de zorgvrager

- [Meer informatie over sociale rolversterking](#)
- [Voorlichtingsfilmje ASVZ: het Individueel Plan](#)
- [Het ondersteuningsplan uitgelegd door Steffie](#)
- [Kennislein Gehandicaptensector: Met gesprekskaarten praten over je ondersteuningsplan](#)
- [Het toekomstplan bij Pluryn: een visuele weergave van iemand wensen en dromen](#)
- [De essentie van driehoekskunde](#)

Informatiebronnen en praktijkvoorbeelden

- [Meer informatie over het ondersteuningsplan nieuwe stijl op het Kennislein Gehandicaptensector](#)
- [Meer informatie over eigen regie op het Kennislein Gehandicaptensector](#)
- [LSR: Goede voorbeelden van het ondersteuningsplan – verhalen uit de praktijk](#)
- Het boek 'Op je blauwe ogen' van Judith Coolen, Jac de Bruijn en Marijke Doevendans - Uitgeverij SWP Amsterdam, 2020
- [Praktijkvoorbeeld: het leefplan bij zorgorganisatie Actolei](#)
- [Zorgplan met beelden in plaats van tekst | Kennislein Gehandicaptensector](#)
- [Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd: deskundigheid en inzet personeel](#)

2. Visie Handreiking Ondersteuningsplannen

2.2 Samen verantwoordelijk

Kernboodschap

De doelen en afspraken tussen mensen met een beperking, hun verwanten, vertegenwoordiger, sociaal netwerk en professionals vormen de kern van het ondersteuningsplan. Belangrijke uitgangspunten voor het maken en het werken met het ondersteuningsplan zijn de zelfbepaling van mensen met een beperking, de toegankelijkheid van het ondersteuningsplan en de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de mensen met een beperking en de professionals.

Het ondersteuningsplan vergroot de eigen invloed van mensen met beperkingen op hun leven. Het geeft namelijk weer wat zijzelf belangrijk vinden, niet wat een ander voor hen belangrijk vindt. De wensen en de behoeften van mensen met een beperking zijn voor professionals het uitgangspunt in hun werk. Op basis daarvan kunnen zij, vanuit hun expertise, de mens centraal zetten: welke behoefte zit achter de wens of vraag? Daarmee is het ondersteuningsplan helpend voor professionals.

Het ondersteuningsplan geeft aan alle betrokkenen duidelijkheid over zorg, ondersteuning, doelen en (ontwikkel)mogelijkheden. Voorwaarde daarvoor is dat het ondersteuningsplan praktisch, begrijpelijk en overzichtelijk is, en toegankelijk voor de betrokken professionals, mensen met een beperking en als zij daar toestemming voor hebben gekregen ook verwanten en de vertegenwoordiger. Zij zijn samen verantwoordelijk voor het maken en het werken met het ondersteuningsplan. Zij kunnen en moeten elkaar wijzen op de doelen en afspraken in het plan.

Aandachtspunten

Bij mensen met een beperking die wilsonbekwaam zijn, is het ondersteuningsplan inzichtelijk voor zijn of haar vertegenwoordiger. Bij mensen met een beperking die wilsbekwaam zijn is het ondersteuningsplan alleen inzichtelijk voor de vertegenwoordiger als die daar toestemming voor heeft gekregen van de persoon met een beperking, en dan alleen voor zover noodzakelijk voor de taak van de vertegenwoordiger.

Niet iedereen is in staat om wensen en doelen te definiëren. Het kan voor mensen met een beperking en hun netwerk helpend zijn om na te gaan welke wensen en behoeften er zijn op verschillende aspecten van het leven, persoonlijke ontwikkeling en kwaliteit van bestaan.



Tips

Hulpmiddelen zoals tekeningen, pictogrammen, films, gesprekskaarten, geluidsopnames, foto's, korte teksten (al dan niet in braille) en een spraakcomputer kunnen helpend zijn om erachter te komen wat mensen met een beperking wensen. Net als observaties van non-verbale communicatie. Ook het doorvragen bij schijnbaar onmogelijke wensen helpt om de wens achter de wens naar voren te halen. Het levensverhaal met daarin belangrijke gebeurtenissen in het leven biedt aanknopingspunten. Denk ook aan de inbreng van verwanten, de vertegenwoordiger en het sociaal netwerk. Voor sommige mensen met een beperking is die inbreng onmisbaar, omdat zij vaak niet volledig zelfstandig in staat zijn om doelen of mogelijkheden te formuleren.

Perspectief van de zorgvrager

- [Meer informatie over sociale rolversterking](#)
- [Voorlichtingsfilmje ASVZ: het Individueel Plan](#)
- [Het ondersteuningsplan uitgelegd door Steffie](#)
- [Kennisplein Gehandicaptensector: Met gesprekskaarten praten over je ondersteuningsplan](#)
- [Familie enzo, een hulpmiddel om het sociale netwerk in kaart te brengen](#)
- [De essentie van driehoekskunde](#)
- [Aan de slag met Positieve Gezondheid](#)

Informatiebronnen en praktijkvoorbeelden

- [Ondersteuningsplan | Kennisplein Gehandicaptensector](#)
- [Informeel zorg | Kennisplein Gehandicaptensector](#)
- [LSR: Goede voorbeelden van het ondersteuningsplan – verhalen uit de praktijk](#)
- [Zorgplan met beelden in plaats van tekst | Kennisplein Gehandicaptensector](#)
- [Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd: deskundigheid en inzet personeel](#)

2. Visie Handreiking Ondersteuningsplannen

2.3 Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg

Kernboodschap

Kwaliteit en kwaliteitsverbetering zijn belangrijke waarden binnen de gehandicaptenzorg. Daarom werken we binnen de gehandicaptenzorg met een Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023 - 2028. Het is de opvolger van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017 - 2022.

Het doel van dit landelijk kompas is om mensen met een beperking die professionele zorg, ondersteuning of begeleiding krijgen, duidelijkheid te geven. Wat mogen zij verwachten van professionals? En van de organisaties waar zij wonen of waarvan zij zorg en ondersteuning ontvangen?

Het Kwaliteitskompas helpt professionals en teams om zorg te verbeteren en te blijven leren en reflecteren. Het helpt leidinggevendenden om voorwaarden voor kwaliteit te scheppen. En het biedt zorgaanbieders inzicht in de kwaliteit van de organisatie.

Het Kwaliteitskompas bestaat uit vier bouwstenen. Dat zijn aanknopingspunten om dagelijks te werken aan kwaliteit en zicht te krijgen op kwaliteit. De Handreiking Ondersteuningsplannen is onderdeel van bouwsteen 1.

- **Bouwsteen 1:** Het zorgproces rond de individuele persoon
- **Bouwsteen 2:** Onderzoek naar de ervaringen van mensen met een beperking
- **Bouwsteen 3:** Professionele ontwikkeling
- **Bouwsteen 4:** Inzicht in kwaliteit

Het Kwaliteitskader werd omgedoopt tot een Kwaliteitskompas. Voor deze nieuwe term is gekozen, omdat een kader als beperkend kan worden ervaren, terwijl een kompas richting geeft. Het gaat om sturing in een tijd waarin de gehandicaptenzorg te maken heeft met urgente vraagstukken. En in een tijd waarin er meer dan ooit een beroep gedaan wordt op de creativiteit en de veerkracht van zorgaanbieders, professionals, mensen met een beperking, hun verwanten en sociaal netwerk en ook van de maatschappij.





Aandachtspunten

In het Kwaliteitskompas 2023-2028 is veel ruimte gekomen voor eigen inbreng en eigen invulling van organisaties. Deze visie is ook van toepassing bij de Handreiking Ondersteuningsplannen. Zorgorganisaties kunnen, zolang wordt voldaan aan de wettelijke eisen voor ondersteuningsplannen, eigen accenten leggen, passend bij specifieke doelgroepen en functies.

Tips

In relatie tot het ondersteuningsplan is het Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg een belangrijk document voor (beleids) medewerkers. Nog meer dan voorheen ligt de nadruk binnen dit Kwaliteitskompas op het inzetten van ervaringskennis, op eigen regie, op gelijkwaardigheid, op de mens. Want uiteindelijk gaat het om de mensen die iets vinden van de zorg en ondersteuning die zij ontvangen. Net als hun verwanten.

Perspectief van de zorgvrager

- [Het Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg voor en door mensen met een beperking](#)

Informatiebronnen en praktijkvoorbeelden

- [Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023 - 2028](#)
- [Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017 - 2022](#)



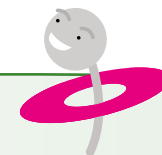
3. Wat is het ondersteuningsplan?

De ene organisatie noemt het een ondersteuningsplan, de ander een zorgplan, weer een ander een persoonlijk plan. De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) geeft de voorkeur aan ondersteuningsplan, omdat de term ondersteuning recht doet aan de eigen regie van mensen met een beperking en aan de faciliterende rol van de professionals.



Het onderdeel 'Wat is het ondersteuningsplan?' is onderverdeeld in drie onderwerpen:

- **Wat is het ondersteuningsplan?:**
een ondersteuningsplan beschrijft de afspraken en de doelen over de ondersteuning die gebaseerd zijn op de wensen en behoeften van mensen met een beperking.
- **De totstandkoming van een ondersteuningsplan:**
vanuit dialoog met mensen met een beperking, verwanten, vertegenwoordigers en professionals.
- **Verskil ondersteuningsplan en behandelplan:**
het ondersteuningsplan geeft de doelen en afspraken van mensen met een beperking weer. Het behandelplan is gericht op behandelaren: wie doet wat om de afspraken uit het ondersteuningsplan volgens professionele regels uit te voeren?



3. Wat is het ondersteuningsplan?

3.1 Wat is het ondersteuningsplan?

Kernboodschap

In het ondersteuningsplan staat beschreven waarom zorg en ondersteuning nodig is, welke wensen en doelen mensen met een beperking hebben, welke afspraken daarover zijn gemaakt en wie welke taken oppakt. Het ondersteuningsplan is een onderdeel van het volledige cliëntdossier, dat bestaat uit alle informatie voor hulpverlening en professionele verantwoording.

De doelen en afspraken in het ondersteuningsplan maken mensen met een beperking, verwanten, de vertegenwoordiger en professionals in gezamenlijkheid en vanuit dialoog. In de dialoog is er ruimte en respect voor verschillen in inzicht, wensen en prioritering. In gezamenlijkheid worden daarover afspraken gemaakt. Doelen en afspraken dragen bij aan het bevorderen van de kwaliteit van bestaan van mensen met een beperking (of op zijn minst het in stand houden ervan), omdat het weergeeft wat zij zelf belangrijk vinden. Voor professionals is het ondersteuningsplan helpend in hun dagelijkse werk.

Vanuit hun professionele expertise en rekening houdend met de beschikbare hulpbronnen, kunnen zij de mens met al haar wensen en behoeften centraal zetten en de beste ondersteuning geven.

Bij het maken van deze doelen en afspraken worden, waar mogelijk en wenselijk, en na toestemming van mensen met een beperking, de verwanten, de vertegenwoordiger en het sociaal netwerk actief betrokken. Soms is dat noodzakelijk omdat mensen met een beperking zelf niet in staat zijn om doelen te formuleren, soms is de inbreng van verwanten en de vertegenwoordiger aanvullend en levert het nieuwe ideeën op. Uiteraard moeten de afspraken binnen de wettelijke kaders en binnen de mogelijkheden van de zorgaanbieder vallen. Dat laatste is de verantwoordelijkheid van de professional.

De afspraken in het ondersteuningsplan:

- komen altijd tot stand vanuit dialoog;
- zijn gebaseerd op de wensen en behoeften van mensen met een beperking;
- zijn gericht op het verbeteren of in stand houden van de kwaliteit van bestaan van mensen met een beperking;
- geven aan wie waar verantwoordelijk voor is;
- benoemen de functie van alle bij de doelen en afspraken betrokken personen (eventueel met naam).



Dit is het ondersteuningsplan wel:

- Het is gemaakt op basis van de dialoog met mensen met een beperking, verwanten en de vertegenwoordiger.
- Het is persoonlijk.
- Het zet de eigen regie van mensen met een beperking centraal.
- Het geeft afspraken weer over wensen en behoeften van mensen met een beperking.
- Het is gericht op het bevorderen van de kwaliteit van bestaan van mensen met een beperking.
- Het is toekomstgericht en wordt actueel gehouden: een levend plan.
- Het bevordert zeggenschap van mensen met een beperking, verwanten en de vertegenwoordiger.
- Het is begrijpelijk en toegankelijk voor mensen met een beperking, verwanten, vertegenwoordiger en professionals.
- Het is overzichtelijk en afgestemd op de beleving van mensen met een beperking.
- Het is bruikbaar voor verschillende betrokkenen.
- Het is niet alleen intern georiënteerd, maar houdt ook rekening met het sociale netwerk rond mensen met een beperking.
- Het baseert afspraken op beeldvorming met betrekking tot het functioneren en de ondersteuningsbehoeften.
- Het is flexibel, actueel en dynamisch, omdat het is afgestemd op persoonlijke ontwikkelingen en wensen.
- Het is doelgericht, methodisch en heeft een cyclisch karakter.
- Het is integraal en kan alle domeinen van het bestaan bestrijken.
- Het maakt gebruik van de aan mensen met een beperking toegekende middelen vanuit de Wlz (dus het zorgzwaartepakket (zzp)), maar kan ook andere hulpbronnen omvatten (bijvoorbeeld een vrijwilliger).
- Het is een hulpmiddel voor professionals om te rapporteren over methodisch werken, samenwerken en professionele overdracht.



Dit is het ondersteuningsplan niet:

- Een cliëntregistratiesysteem.
- Een volledig dossier.
- Een behandelplan.
- Een werk-, leer- of actieplan.
- Een statisch plan.
- Een uniform sjabloon voor alle mensen met beperkingen.
- Een invulformulier of een afvinklijst.
- Een zorgverleningsovereenkomst.
- Een noodzakelijk kwaad om te voldoen aan regels.
- Een financieel verantwoordingsinstrument. Het houdt weliswaar rekening met beschikbare middelen, maar het is geen boekhoudkundig instrument.

Zo is er een duidelijk onderscheid tussen een cliëntdossier en een ondersteuningsplan. Het ondersteuningsplan is onderdeel van het dossier, niet hét dossier. In het dossier is alle informatie rondom de persoon verzameld die nodig is voor goede zorg en ondersteuning.


Aandachtspunten

Het is voor alle betrokkenen een uitdaging om wel of geen termijnen aan een doel te hangen. Is er geen termijn gedefinieerd dan bestaat het risico dat het doel niet concreet genoeg is. Is er wel een termijn gedefinieerd dan kan dit als te veel dwang ervaren worden. Het kan dan helpend zijn om te checken of een doel vanuit mensen met een beperking geformuleerd is en aansluit bij hun wensen. Bovendien is er een verschil tussen doelen en afspraken. Een doel heeft te maken met wat iemand wil bereiken. Over hoe daar te komen, maak je afspraken.

Tips

In het ondersteuningsplan staan doelen en afspraken die met mensen met een beperking en eventueel hun verwanten, vertegenwoordiger en sociaal netwerk zijn opgesteld. Maak ze reëel, concreet en behapbaar, en maak ook duidelijk wie waar verantwoordelijk voor is. Zie ook [onderdeel 6 'Methodisch werken en doelen formuleren'](#).

Doelen positief formuleren werkt motiverend. Het geeft een beeld van waarnaar toegewerkt wordt.



‘Ik ben tevreden met mijn plan. Het is veel kleiner en duidelijker nu. Doelgericht. Werkt motiverend. Zeker voor onzekere mensen is de drempel lager.’

Perspectief van de zorgvrager

- [Meer informatie over sociale rolversterking](#)
- [Voorlichtingsfilmje ASVZ: het Individueel Plan](#)
- [Het ondersteuningsplan uitgelegd door Steffie](#)
- [Kennisplein Gehandicaptensector: Met gesprekskaarten praten over je ondersteuningsplan](#)
- [Kennisplein Gehandicaptensector: Cultuursensitief werken](#)

Informatiebronnen en praktijkvoorbeelden

- [\(Digitale\) middelen en methoden voor dagelijkse communicatie en het ondersteuningsplan](#)
- [Meer informatie over het ondersteuningsplan nieuwe stijl op het Kennisplein Gehandicaptensector](#)
- [LSR: Goede voorbeelden van het ondersteuningsplan – verhalen uit de praktijk](#)
- [Ondersteuningsplan | Kennisplein Gehandicaptensector](#)
- [Zorgportaal ‘Caren Zorgt’ bij Middin](#)



3. Wat is het ondersteuningsplan?

3.2 De totstandkoming van een ondersteuningsplan

Kernboodschap

Het ondersteuningsplan komt tot stand vanuit dialoog met mensen met een beperking, verwanten, vertegenwoordigers, sociaal netwerk en professionals. De wensen en de behoeften van mensen met een beperking (en eventueel hun verwanten, vertegenwoordiger en sociaal netwerk) vormen hiervoor de basis. Dat maakt een plan persoonlijk en daarmee wordt de eigen invloed van mensen met een beperking op de zorg en ondersteuning vergroot.

De verantwoordelijke professional voor het ondersteuningsplan, zoals een coördinerend begeleider, heeft een regierol in de communicatie en de afstemming tussen iedereen die betrokken is bij het ondersteuningsplan. Dat zijn de mensen met een beperking, hun verwanten, vertegenwoordiger en soms is het aan te raden om ook andere personen uit het sociaal netwerk erbij te betrekken. Daarnaast zijn professionals betrokken zoals begeleiders, een arts VG of een gedragsdeskundige.

De verantwoordelijke professional initieert de gesprekken over het ondersteuningsplan en stemt de gespreksvorm en gespreksinhoud af op de mogelijkheden en de behoeften van mensen met een beperking, verwanten en de vertegenwoordiger. Hij of zij is er ook verantwoordelijk voor dat een ondersteuningsplan in samenwerking gemaakt wordt en dat het plan begrijpelijk en toegankelijk is voor iedereen.

Samen zijn mensen met een beperking, verwanten, de vertegenwoordiger en professionals verantwoordelijk voor het naleven van de gemaakte afspraken om zo de vastgestelde doelen te behalen. Mensen met een beperking hebben er recht op dat het ondersteuningsplan twee keer per jaar wordt besproken, maar in samenspraak kan daarvan afgeweken worden. Met name de dagelijkse gesprekken tussen professionals en mensen met een beperking of hun verwanten of vertegenwoordiger kunnen helpend zijn bij de totstandkoming en de naleving van het ondersteuningsplan.

De zorgaanbieder zorgt ervoor dat het plan continu aandacht heeft én regelmatig door professionals besproken wordt met mensen met een beperking, verwanten en de vertegenwoordiger.

Meer informatie over het methodisch werken volgens de PDCA-cyclus en het formuleren van doelen, is te vinden in [onderdeel 6 van deze handreiking](#). Meer informatie over de rollen en de verantwoordelijkheden van de betrokkenen staat in [onderdeel 9](#).





Aandachtspunten

Het ondersteuningsplan is een middel om gezamenlijk afspraken te maken en die in de dagelijkse zorg en ondersteuning vorm te geven. Het is geen doel op zichzelf. Juist het gezamenlijke proces en de gezamenlijke dialoog in de praktijk van alle dag, waarin de afstemming over zorg en kwaliteit van bestaan plaatsvindt, staat centraal.

Tips

Het gaat dus om een goede uitwisseling tussen mensen met een beperking, verwanten, vertegenwoordiger en professionals. Dat hoeft niet altijd in de vorm van een vergadering, en een ondersteuningsplan hoeft niet altijd een schriftelijk plan te zijn. De vorm van het ondersteuningsplan is vrij. Dat mag een plan op papier zijn, maar kan ook een andere vorm krijgen zoals bijvoorbeeld tekeningen, pictogrammen, films, gesprekskaarten, geluidsopnames, foto's en korte teksten (al dan niet in braille).

Hulpmiddelen zoals tekeningen, pictogrammen, films, gesprekskaarten, geluidsopnames, foto's en een spraakcomputer kunnen helpend zijn om erachter te komen wat mensen met een beperking wensen. Net als het observeren van non-verbaal gedrag. Ook het doorvragen bij schijnbaar onmogelijke wensen helpt om de wens achter de wens naar

voren te halen. Het levensverhaal met daarin belangrijke gebeurtenissen in het leven biedt aanknopingspunten. Denk ook aan de inbreng uit het sociaal netwerk. Voor sommige mensen met een beperking is die inbreng onmisbaar, omdat zij zelf niet in staat zijn om doelen of mogelijkheden te formuleren.

Perspectief van de zorgvrager

- [Meer informatie over sociale rolversterking](#)
- [Voorlichtingsfilmje ASVZ: het Individueel Plan](#)
- [Het ondersteuningsplan uitgelegd door Steffie](#)
- [Kennislein Gehandicaptensector: Met gesprekskaarten praten over je ondersteuningsplan](#)
- [Methodische werkwijze bij Cavent: 'Steeds meer Claudia'](#)
- [Het toekomstplan bij Pluryn: een visuele weergave van iemand wensen en dromen](#)
- [De essentie van driehoekskunde](#)

Informatiebronnen en praktijkvoorbeelden

- [Zorgportaal Caren bij Middin](#)
- [\(Digitale\) middelen en methoden voor dagelijkse communicatie en het ondersteuningsplan](#)
- [Meer informatie over het ondersteuningsplan nieuwe stijl op het Kennislein Gehandicaptensector](#)
- [Informeel zorg | Kennislein Gehandicaptensector](#)
- [Zorgplan met beelden in plaats van tekst | Kennislein Gehandicaptensector](#)

3. Wat is het ondersteuningsplan?

3.3 Verschil ondersteuningsplan en behandelplan

Kernboodschap

In het ondersteuningsplan staat beschreven waarom ondersteuning wordt gegeven, welke wensen en doelen mensen met een beperking hebben, welke afspraken daarover zijn gemaakt en wie welke taken oppakt. Het ondersteuningsplan is een onderdeel van het volledige cliëntdossier, dat bestaat uit alle informatie voor hulpverlening en professionele verantwoording.

In het ondersteuningsplan is géén plaats voor gedetailleerde en technische aspecten van speciale behandelplannen of voor werkplannen van begeleiders: plannen waarin beschreven staat wie wat, wanneer en met welke middelen onderneemt om de afspraken uit het ondersteuningsplan volgens professionele regels uit te voeren. Omdat behandel- en werkplannen wel belangrijk zijn voor de dagelijkse zorg en ondersteuning, verwijst het ondersteuningsplan naar deze plannen waar nodig en vice versa. Dit zorgt voor duidelijkheid en transparantie.

In het ondersteuningsplan wordt géén klinische en administratieve informatie opgenomen, zoals informatie over diagnoses, test- en schaaluitslagen, uitkomsten van screeningslijsten, verslagen van consulten, levensgeschiedenis of levensverhaal. Deze informatie is van belang voor professionele ondersteuning, maar hoeft niet in het ondersteuningsplan te staan. Tenzij het gaat om informatie die voor de uitvoering of het werken volgens het ondersteuningsplan wel belangrijk is, zoals begeleidingsadviezen op basis van een bepaalde uitslag.

Het dossier is de verzameling van alle informatie die noodzakelijk is voor goede zorg en ondersteuning, inclusief alle informatie voor professionele verantwoording. Het dossier omvat dus klinische en administratieve basisinformatie, behandel- en werkplannen en het ondersteuningsplan. Op het dossier is informatie privacy van toepassing. Het vereist dus een zorgvuldige omgang met betrekking tot toegankelijkheid, invoeren, raadplegen en uitwisselen van informatie over mensen met een beperking. Dit recht is geregeld in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) en de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Meer informatie over de wettelijke eisen is te lezen in [onderdeel 12 Wet- en regelgeving](#).



Aandachtspunten

Voor specifieke doeleinden (bijvoorbeeld in het kader van behandeling) is het mogelijk bijlagen aan het ondersteuningsplan toe te voegen om zo de administratieve lasten te beperken. Denk bijvoorbeeld aan gedetailleerdere informatie over diagnoses, behandelbehoeften, behandelkenmerken of andere relevante zaken waar extern om gevraagd wordt.

De informatie die nodig is voor een professioneel ondersteuningsplan bevindt zich op verschillende niveaus en dient verschillende doelen. Onderstaande afbeelding illustreert dit. Dit betekent dat het ondersteuningsplan een onderdeel is van het volledige dossier. Meer informatie hierover staat in [onderdeel 3.1 Wat is een ondersteuningsplan](#).

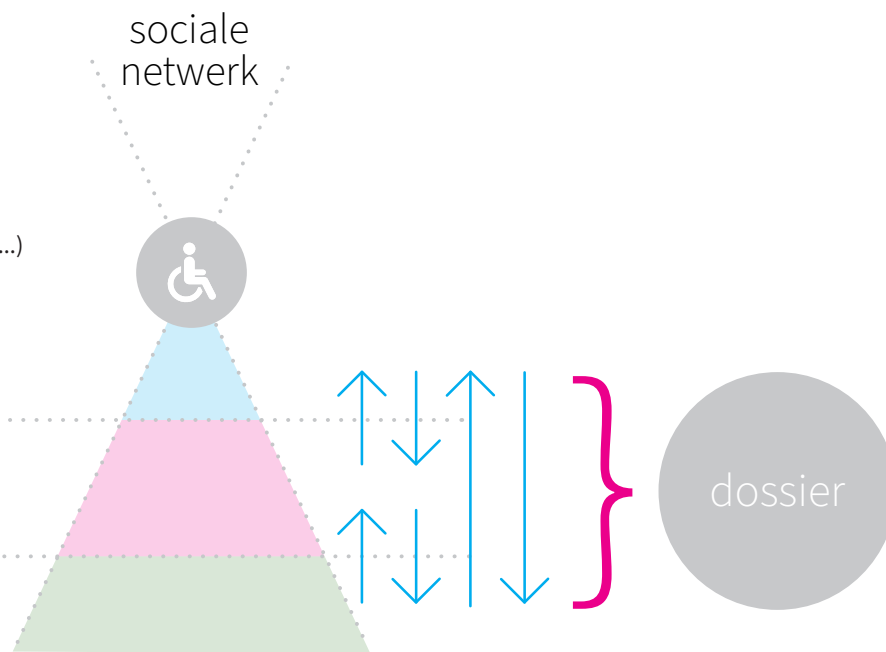
Verhouding tussen:

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

persoonlijk ondersteuningsplan →

professionele behandelplannen/
werkplannen →

klinische en administratieve
basisinformatie →





Tips

Op basis van de wensen en de behoeften van mensen met een beperking, worden doelen en afspraken geformuleerd in het ondersteuningsplan. Het is belangrijk om te checken of de afspraken helder zijn voor mensen met een beperking en of ze daadwerkelijk aansluiten bij hun beleving. Net als dat het duidelijk is wanneer wat gerealiseerd moet zijn en met behulp van wie.

Het kan zijn dat mensen met een beperking aangeven dat een doel niet per se binnen een bepaalde tijd gehaald hoeft te zijn. Vermeld dat ook, maar probeer het doel wel zo concreet mogelijk te beschrijven met waar mogelijk concrete acties of stappen richting het behalen van het doel.

Perspectief van de zorgvrager

- [Voorlichtingsfilmpje ASVZ: het Individueel Plan](#)
- [Het ondersteuningsplan uitgelegd door Steffie](#)

Informatiebronnen en praktijkvoorbeelden

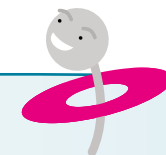
- [Meer informatie over het ondersteuningsplan nieuwe stijl op het Kennisplein Gehandicaptensector](#)
- [LSR: Goede voorbeelden van het ondersteuningsplan – verhalen uit de praktijk](#)
- [Praktijkvoorbeeld: het leefplan bij zorgorganisatie Actolei](#)

4. Werken met het ondersteuningsplan

Het ondersteuningsplan is een wettelijke verplichting en wordt voor verschillende doeleinden gebruikt. Zo is het een manier om persoonsgericht te werken, het is een hulpbron voor de professional in het dagelijks werk en het is een middel om kennis over mensen met een beperking door te geven aan collega's.

Het onderdeel 'Werken met het ondersteuningsplan' is onderverdeeld in drie onderwerpen:

- **Functies van het ondersteuningsplan:**
het ondersteuningsplan is essentieel voor persoonlijke ondersteuning en daarmee een hulpbron voor professionals.
- **Aanvullend gebruik van het ondersteuningsplan:**
ook externe instanties stellen eisen aan de ondersteuning van mensen met een beperking en daarmee aan het ondersteuningsplan.
- **Het ondersteuningsplan voor verschillende doelgroepen:**
De doelgroep mensen met een beperking is zeer divers, hun ondersteuningsbehoeften dus ook. Voor zorgorganisaties is het handig om met eenzelfde format voor de verschillende ondersteuningsplannen te werken, maar dat hoeft niet.



4. Werken met het ondersteuningsplan

4.1 Functies van het ondersteuningsplan

Kernboodschap

Het ondersteuningsplan wordt voor verschillende doeleinden gebruikt. Allereerst is het een middel om persoonlijke zorg en ondersteuning vorm te geven: de doelen en de afspraken in het ondersteuningsplan zijn namelijk gebaseerd op de wensen en de behoeften van mensen met een beperking. Daarbij kan het voorkomen dat er verschil in inzicht, wensen en prioritering is. Juist daarom is de dialoog zo belangrijk waarin ruimte en respect is voor deze verschillen, en waarin in gezamenlijkheid (de persoon met een beperking, verwanten en/of de vertegenwoordiger en de professionals) afspraken kunnen worden gemaakt. Het ondersteuningsplan vergroot daarmee de eigen invloed en de eigen regie van mensen met een beperking. En voor professionals is het een manier om iemand beter te leren kennen.

Het ondersteuningsplan is voor professionals een belangrijk hulpmiddel voor de dagelijkse zorg en ondersteuning aan mensen met een beperking. Zij onderzoeken vanuit hun professionele expertise en rekening houdend met de beschikbare hulpbronnen, wat de mogelijkheden zijn om de vastgestelde doelen en afspraken na te komen. Daarbij kijken zij naar wat wél kan in plaats van wat niet kan. Dat is het wezenlijk onderscheid tussen een ondersteuningsplan en een cliëntdossier.

Zorgprofessionals komen en gaan, maar dit mag niet ten koste gaan van de aandacht voor de behoeften en de wensen van mensen met een beperking. Voor zorgprofessionals is het ondersteuningsplan de manier om kennis over de wensen, behoeften, doelen en afspraken met elkaar te delen; het is als het ware een compact en praktisch overdrachtsdocument. Ook daarom is het goed bijhouden van de ontwikkelingen van mensen met een beperking in het belang van de zorgprofessional.

Aandachtspunten

Het ondersteuningsplan is bij uitstek het instrument om cliëntgerichte zorg vorm te geven. Belangrijk daarbij is om:

- Mensen met een beperking actief te betrekken bij het maken van de voor hen belangrijke keuzes.
- De persoonlijke wensen en behoeften van mensen met een beperking het uitgangspunt te laten zijn voor doelen en afspraken.
- Gericht te zijn op verbetering van de kwaliteit van het bestaan of instandhouding.



Wat helpt bij een goede verankering van het perspectief van mensen met een beperking, is een integrale aanpak. Als je bijvoorbeeld fotokaarten gebruikt om iemand zijn of haar wensen te ontdekken of te formuleren, geef deze fotokaarten dan ook een plek in het ondersteuningsplan en gebruik ze tijdens de planbesprekingen.

De inzet van technologie in de zorg en ondersteuning kan helpend zijn om de eigen regie en zelfredzaamheid van mensen met een beperking te vergroten en de werkdruk bij professionals te verlichten. Technologie kan een heel positieve uitwerking hebben op diverse aspecten van het leven: beter slapen, sociale contacten, beter begrepen worden en het aanbrengen of naleven van dagstructuur. Door technologie een vast onderdeel te laten zijn van het ondersteuningsplan en terug te laten komen tijdens de planbesprekingen, wordt het een vanzelfsprekender onderdeel van de zorg en ondersteuning.

Tips

In het ondersteuningsplan wordt afgesproken hoe ondersteuning op één of meerdere levensgebieden eruitziet. De wensen en de behoeften van mensen met een beperking vormen hiervoor de basis. Dat betekent niet dat zorgaanbieders alleen maar een volgende rol hebben. Sterker

nog: zij hebben juist een proactieve rol om vanuit professioneel perspectief de ondersteuningsbehoeften en de mogelijkheden van mensen met een beperking in kaart te brengen.

Het ondersteuningsplan is het product van een dialoog tussen mensen met een beperking, hun verwanten, vertegenwoordiger, sociaal netwerk en professionals. Resultaat van deze dialoog is een afgewogen set van doelen en afspraken over zorg en ondersteuning. De professional heeft daarbij de taak om financiële, juridische en andere kaders in acht te nemen.

Het ondersteuningsplan is voor professionals (begeleiders, verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, artsen VG, paramedici en gedragsdeskundigen) een hulpmiddel om de zorg en ondersteuning vorm te geven en onderling goed af te stemmen. Juist in een tijd van personeelstekorten en de inzet van tijdelijke krachten is het ondersteuningsplan een goed middel in de overdracht van werkzaamheden bij het wisselen van diensten. En helpt het om de prioriteiten van de dag scherp te krijgen.

‘Wat maakt dat ik blij word van mijn ondersteuningsplan, is dat ik zelfstandiger ben en meer consequenties heb. Dat ik zelf mag kiezen wat ik wil. Als ik dan iets verkeerd doe, dan krijg ik de consequenties zelf.’



Perspectief van de zorgvrager

- [Het ondersteuningsplan uitgelegd door Steffie](#)
- [Het toekomstplan bij Pluryn: een visuele weergave van iemand wensen en dromen](#)
- [Zorgportaal 'Caren Zorgt' bij Middin](#)
- [Kennisplein Gehandicaptensector: Met gesprekskaarten praten over je ondersteuningsplan](#)

‘Ik stel mijn eigen ondersteuningsplan op. De punten die voor mij belangrijk zijn schrijf ik op, zonder hulp. Ik bepaal zelf waar het gesprek over gaat. Nu voelt het ondersteuningsplan meer als van mij, omdat ik zelf de regie heb. De orthopedagoog kan wel beslissen, maar dan voelt het niet als ik!’



Informatiebronnen en praktijkvoorbeelden

- [Ondersteuningsplan | Kennisplein Gehandicaptensector](#)
- [Meer informatie over het ondersteuningsplan nieuwe stijl op het Kennisplein Gehandicaptensector](#)
- [LSR: Goede voorbeelden van het ondersteuningsplan – verhalen uit de praktijk](#)
- [Zorgplan met beelden in plaats van tekst | Kennisplein Gehandicaptensector](#)



4. Werken met het ondersteuningsplan

4.2 Aanvullend gebruik externe verantwoording

Kernboodschap

Het ondersteuningsplan is een middel om persoonlijke zorg en ondersteuning vorm te geven. Het is daarnaast voor professionals een belangrijke hulpbron voor de dagelijkse zorg en ondersteuning aan mensen met een beperking, en bovendien de manier om kennis over de wensen en behoeften van mensen met een beperking en de doelen en afspraken te delen.

Maar, het ondersteuningsplan wordt ook gebruikt voor andere doeleinden. Dit gebeurt vooral om de geboden ondersteuning te verantwoorden en om te voldoen aan de eisen van externe organisaties.

Bijvoorbeeld:

- Verantwoording aan het zorgkantoor zoals bepaald in het algemene, landelijke inkoopbeleid en in de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit.
- Verantwoording aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).
- Verantwoording binnen de vernieuwde werkwijze Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg (2023-2028).

Aandachtspunten

In sommige gevallen hebben externe eisen verregaande gevolgen voor de ondersteuningsplansystematiek. 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 zo de administratieve lasten te beperken. Denk bijvoorbeeld aan gedetailleerdere informatie over diagnoses, behandelbehoeften, behandelkenmerken of andere relevante zaken waar extern om gevraagd wordt.

Tips

Aan de evaluatie van het ondersteuningsplan kan tegelijk de evaluatie van de ervaren kwaliteit van de ondersteuning gekoppeld worden. Meer informatie daarover lees je in het [onderdeel 'Het ondersteuningsplan en kwaliteitservaringen'](#).



Perspectief van de zorgvrager

- [Het ondersteuningsplan uitgelegd door Steffie](#)
- [Kennisplein Gehandicaptensector: Cultuursensitief werken](#)

Informatiebronnen en praktijkvoorbeelden

- [LSR: Goede voorbeelden van het ondersteuningsplan – verhalen uit de praktijk](#)
- [Bouwsteen 2 van het Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028](#)
- [Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd: deskundigheid en inzet personeel](#)



4. Werken met het ondersteuningsplan

4.3 Ondersteuningsplannen voor verschillende doelgroepen

Kernboodschap

De gehandicaptensector kenmerkt zich door een grote diversiteit. Die grote diversiteit impliceert ook een grote diversiteit in wensen, in ondersteuningsbehoeften en dus in verschillen in ondersteuningsplannen.

Zo zijn er verschillende beperkingen: mensen kunnen een verstandelijke, lichamelijke, zintuiglijke of meervoudige beperking hebben, of niet-aangeboren hersenletsel. Ook komen er steeds meer meervoudige problematieken op het snijvlak van de geestelijke gezondheidszorg, forensische zorg en verslavingszorg voor. Er zijn verschillen tussen kinderen, jeugdigen, volwassenen en ouderen. En ook voor aandachtsgebieden als wonen en werken, dagbesteding en school verschilt de aard en de intensiteit van de ondersteuning en ondersteuningsbehoeften.

Zorg en ondersteuning wordt vanuit diverse hulpbronnen geleverd: Wet langdurige zorg (Wlz), Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo), de Jeugdwet, en ook vanuit het natuurlijke netwerk van mensen met een beperking: verwanten, vertegenwoordiger, vrijwilliger en reguliere en publieke voorzieningen zoals de huisarts of gemeentelijke diensten.

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

Mensen met complexe problematieken en intensieve ondersteuning hebben veelal een uitgebreider ondersteuningsplan, hoewel het juist ook van toegevoegde waarde kan zijn om het simpel en concreet te houden: voor deze groep is het belangrijk dat zij zich herkennen in het ondersteuningsplan zodat het voelt als hún plan. Voor wonen en dagbesteding komen in de praktijk soms afzonderlijke ondersteuningsplannen voor of ze worden apart binnen één ondersteuningsplan weergegeven. In het laatste geval zijn de werkdoelen voor wonen en dagbesteding verschillend, maar de hoofddoelen hetzelfde.



Aandachtspunten

Voor zorgorganisaties is het handig om met eenzelfde format te werken voor alle mensen met een beperking binnen de zorgorganisatie, maar dat hoeft niet. Er zijn altijd specifieke aandachtspunten mogelijk, zowel naar doelgroep als individueel.

Tips

Een ondersteuningsplan is voor mensen met een beperking binnen de Wmo 2015 niet wettelijk verplicht. Maar uit het oogpunt van persoonsgerichte zorg is het wel aan te bevelen om regelmatig met mensen met een beperking over de ondersteuning in gesprek te gaan en afspraken vast te leggen. Als het ondersteuningsplan wel een contracteis is, is het belangrijk dat de omvang hiervan passend is bij de geboden ondersteuning.

Perspectief van de zorgvrager

- [Voorlichtingsfilmpje ASVZ: het Individueel Plan](#)
- [Het ondersteuningsplan uitgelegd door Steffie](#)

Informatiebronnen en praktijkvoorbeelden

- [LSR: Goede voorbeelden van het ondersteuningsplan – verhalen uit de praktijk](#)
- [Informeel zorg | Kennisplein Gehandicaptensector](#)



5. Het ondersteuningsplan in het ondersteuningsproces

Kernboodschap

Het onderdeel ‘Het ondersteuningsplan in het ondersteuningsproces’ beschrijft de vier aspecten waar het ondersteuningsproces uit bestaat. En de plek die het ondersteuningsplan daarbinnen heeft.



1. Beeldvorming over functioneren

Goede zorg en ondersteuning begint bij beeldvorming over het functioneren van mensen met een beperking én beeldvorming over hun wensen en behoeften. Hiervoor is de dialoog tussen mensen met een beperking, hun verwanten, vertegenwoordiger en professionals het uitgangspunt. Samen kijken zij naar het verleden, het heden en de toekomst. Dat levert, aangevuld met diagnostiek, risico-inventarisatie en assessment, een integraal beeld op van de mens achter de zorg- en ondersteuningsvraag. Daarmee leren professionals iemand beter kennen en te kijken naar wat iemand wel kan in plaats van wat iemand niet kan.

2. Beeldvorming over ondersteuningsbehoeften

Om te bepalen hoeveel ondersteuning iemand nodig heeft, kijken professionals samen met mensen met een beperking, hun verwanten en de vertegenwoordiger naar de wensen en de mogelijkheden op levensgebieden zoals wonen, leren, werk, zingeving, meedoen in de samenleving, gezondheid en het sociale netwerk om iemand heen. Onderdeel van de beeldvorming over ondersteuningsbehoeften is ook de veiligheid van mensen met een beperking: wat zijn aanwezige risico's waarmee in de ondersteuning rekening moet worden gehouden? Denk aan gezondheid, kwetsbaarheid of grensoverschrijdend gedrag. Een samenvatting van

de beeldvorming, en dan specifiek die elementen die leiden tot afspraken over de ondersteuning, is terug te vinden in het ondersteuningsplan.

3. Het ondersteuningsplan met doelen en afspraken

Samen maken mensen met een beperking, verwanten, de vertegenwoordiger en professionals afspraken over de ondersteuning. Zij formuleren doelen en spreken af hoe deze doelen behaald gaan worden en wie welke rol daarin heeft. Wat doet het natuurlijke netwerk, wat doen mensen met een beperking, wat doen professionals, wat doet de zorgaanbieder en hoe wordt dat gecoördineerd? Samen spreken zij ook af wanneer en hoe evaluatie plaatsvindt. Tijdens de evaluatie toetsen zij of gemaakte afspraken zijn uitgevoerd en of gestelde doelen zijn bereikt.

Om de doelen te bereiken is het soms nodig gedetailleerdere werkplannen of behandelplannen op te stellen: wie gaat wat, wanneer en met welke middelen ondernemen om de afspraken uit het ondersteuningsplan volgens professionele regels uit te voeren? Werkplannen en behandelplannen kunnen worden toegevoegd als bijlage bij het ondersteuningsplan.

Alle betrokken professionals moeten op de hoogte zijn van de doelen en de afspraken in het ondersteuningsplan. De begeleider die verantwoordelijk is voor het opstellen van het ondersteuningsplan stelt zijn collega's, gedragsdeskundigen, medici, therapeuten en eventueel de activiteiten- of werkbegeleider op de hoogte van de doelen en afspraken, en checkt of iedereen volgens de afspraken werkt. Doordat een ondersteuningsplan begrijpelijk en toegankelijk is voor mensen met een beperking, hun verwanten en de vertegenwoordiger, kunnen alle betrokken de voortgang van de doelen en de afspraken in de gaten houden.

4. Rapporteren en evalueren

Om de voortgang van het ondersteuningsplan te monitoren, rapporteren betrokkenen over de gemaakte doelen en afspraken. Organisaties kunnen de rapportages naar eigen inzicht vormgeven. Wel is het zo dat de rapportages voor alle betrokkenen begrijpelijk en toegankelijk moeten zijn omdat de rapportages de bron zijn voor evaluatie. Bij het maken van de afspraken is het zinvol om per doel of afspraak vast te leggen hoe gerapporteerd wordt; waar moet de rapporteur op letten, wat moet zeker in de rapportage terugkomen?

Bij de evaluatie wordt gezamenlijk gekeken naar de ervaren kwaliteit van bestaan, en de doelen en afspraken: zijn ze uitgevoerd en bereikt? Het ondersteuningsplan wordt op basis van de evaluatie-uitkomsten bijgewerkt, zodat het ondersteuningsplan actueel blijft.



Aandachtspunten

Wensen, behoeften en ondersteuningsvraagstukken veranderen, daarom is ondersteuning een dynamisch proces. Past de geleverde zorg en ondersteuning nog bij de vragen en de wensen? Zijn er technologieën die ingezet kunnen worden met als doel de eigen regie te vergroten? En ook: past de geleverde zorg en ondersteuning nog binnen de afgegeven indicatie?

De perspectieven van mensen met een beperking, verwanten, vertegenwoordiger, professionals en de verkregen indicatie zullen niet altijd met elkaar in balans zijn. Dit maakt het noodzakelijk om in het ondersteuningsplan afwegingen te maken tussen veiligheid, risico's, krachten en zelfbeschikking. En daarvoor is goede beeldvorming over ondersteuningsbehoeften, risico's en krachten essentieel.

Gemaakte afspraken leiden tot verwachtingen. Het is belangrijk om die verwachtingen te managen bij alle betrokkenen en een balans te vinden tussen ambitie en haalbaarheid.

Het ondersteuningsplan is voor professionals (onder andere begeleiders, verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, artsen VG, paramedici en gedragsdeskundigen) een hulpmiddel om de zorg en ondersteuning vorm te geven en onderling goed af te stemmen. Juist in een tijd van

personeelstekorten en de inzet van tijdelijke krachten is het ondersteuningsplan een goed middel in de overdracht van werkzaamheden bij het wisselen van diensten. En helpt het om de prioriteiten van de dag scherp te krijgen.

Tips

Sommige mensen zullen (evaluatie)gesprekken rond het ondersteuningsplan en het spreken met professionals als spannend of moeilijk ervaren. Besteed aandacht aan de sfeer van de gesprekken, gelijkwaardigheid, stel betrokkenen op hun gemak, toon interesse, luister met aandacht, geef ruimte en denk creatief mee. Misschien betekent dit afwijken van een standaard locatie, minder of andere aanwezigen, of een andere communicatiewijze. Een evaluatie met verwanten of de vertegenwoordiger kan ook in de vorm van een laagdrempelig telefoongesprek.

Met de methode Persoonlijke Toekomst Planning (PTP) kunnen professionals dromen en wensen van iemand achterhalen. Het doel van persoonlijke toekomstplanning is dat mensen met een beperking zelf invulling geven aan hun eigen leven. Zij kiezen dan ook zelf wie daarbij betrokken worden (de vertegenwoordiger of wie van de verwanten of wie uit het sociaal netwerk). Persoonlijke toekomstplanning is een gezamenlijk proces met meerdere ontmoetingen en gesprekssessies.



‘Dat papier is voor mij het bewijs dat ik daaraan werk. Wie ik ben en wat ik nodig heb. Dit is wat ik wil. Daar ga ik mij voor inzetten. Niet alleen praten. Papier is echt.’

Perspectief van de zorgvrager

- [Het ondersteuningsplan uitgelegd door Steffie](#)
- [Meer informatie over sociale rolversterking](#)
- [Voorlichtingsfilmpje ASVZ: het Individueel Plan](#)
- [Kennisplein Gehandicaptensector: Met gesprekskaarten praten over je ondersteuningsplan](#)
- [Het toekomstplan bij Pluryn: een visuele weergave van iemand wensen en dromen](#)
- [De essentie van driehoekskunde](#)

Informatiebronnen en praktijkvoorbeelden

- [Meer informatie over persoonlijke toekomstplanning](#)
- [LSR: Goede voorbeelden van het ondersteuningsplan – verhalen uit de praktijk](#)

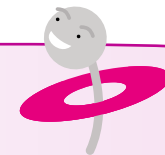


6. Methodisch werken en doelen formuleren

Het ondersteuningsplan is voor professionals een manier om systematisch en gestructureerd vast te stellen welke doelen mensen met een beperking, hun verwanten en de vertegenwoordiger hebben, en welke afspraken gemaakt moeten worden om die doelen te behalen. Wie is waar verantwoordelijk voor en wanneer is een doel behaald?

Het onderdeel 'Methodisch werken en doelen formuleren' is onderverdeeld in twee onderwerpen:

- **Methodisch werken:**
Stel het ondersteuningsplan op, voer het uit, check het en breng wijzigingen aan als dat nodig blijkt.
- **Doelen formuleren:**
Er zijn verschillende soorten doelen en verschillende methodes om doelen te formuleren en eraan te werken.



6. Methodisch werken en doelen formuleren

6.1 Methodisch werken met de PDCA-cyclus

Kernboodschap

Het ondersteuningsplan komt tot stand vanuit dialoog met mensen met een beperking, verwanten, de vertegenwoordiger en professionals. Dat maakt een plan persoonlijk en daarmee wordt de eigen invloed van mensen met een beperking op de zorg en ondersteuning vergroot.

Tegelijkertijd is het ondersteuningsplan voor professionals een manier om methodisch vast te stellen en vast te leggen welke afspraken er zijn gemaakt en wie welke taak daarin heeft. Daarmee is het ondersteuningsplan een belangrijk hulpmiddel voor de dagelijkse zorg en ondersteuning.

Methodisch werken geeft inzicht, zorgt voor continuïteit en dient als verantwoording naar mensen met een beperking. Methodisch werken is het elke keer opnieuw doorlopen van een aantal stappen. Dat begint met het verzamelen van informatie, observeren, het vaststellen van behoeften, wensen, problemen, krachten en risico's. Aan de hand daarvan worden doelen vastgesteld en afspraken gemaakt, waar alle betrokkenen vervolgens aan gaan werken. Na een evaluatie worden plannen eventueel bijgesteld en alle stappen opnieuw doorlopen.

Het methodisch werken aan de hand van een PDCA-cyclus kan helpen bij het maken van doelen en afspraken en bij het inzichtelijk maken of de ondersteuning aansluit bij de wensen en de behoeften:

- **Plan:** samen maken mensen met een beperking, verwanten, de vertegenwoordiger en professionals het ondersteuningsplan.
- **Do:** samen werken zij aan de gemaakte doelen en afspraken en vervolgens rapporteert de professional daarover.
- **Check:** betrokkenen bespreken en evalueren het ondersteuningsplan.
- **Act:** waar nodig worden doelen en afspraken bijgesteld of gewijzigd, afhankelijk van de wensen en de behoeften van mensen met een beperking.



Aandachtspunten

Het ondersteuningsplan biedt professionals de mogelijkheid om eenduidig en effectief te werken, want door een ondersteuningsplan te maken kunnen verschillende disciplines hun werkwijze op elkaar afstemmen.

De inzet van technologie in de zorg en ondersteuning kan helpend zijn om de eigen regie en zelfredzaamheid van mensen met een beperking te vergroten en de werkdruk bij professionals te verlichten. Technologie kan een heel positieve uitwerking hebben op diverse aspecten van het leven: beter slapen, sociale contacten, beter begrepen worden en het aanbrengen of naleven van dagstructuur. Door technologie een vast onderdeel te laten zijn van het ondersteuningsplan en terug te laten komen tijdens de planbesprekingen, wordt het een vanzelfsprekender onderdeel van de zorg en ondersteuning.

Tips

Of en hoe organisaties de PDCA-cyclus vormgeven is afgestemd op de verschillende doelgroepen en passend binnen de organisatie.

Met de methode Persoonlijke Toekomst Planning (PTP) kunnen professionals dromen en wensen van iemand achterhalen. Het doel van persoonlijke toekomstplanning is dat mensen met een beperking zelf invulling geven aan hun eigen leven. Zij kiezen dan ook zelf wie daarbij betrokken worden (de vertegenwoordiger of wie van de verwanten of wie uit het sociaal netwerk). Persoonlijke toekomstplanning is een gezamenlijk proces met meerdere ontmoetingen en gespreksessies.

Perspectief van de zorgvrager

- [Het ondersteuningsplan uitgelegd door Steffie](#)
- [Methodische werkwijze bij Cavent: 'Steeds meer Claudia'](#)
- [Kennisplein Gehandicaptensector: Met gesprekskaarten praten over je ondersteuningsplan](#)
- [Kennisplein Gehandicaptensector: Samenwerken met familie](#)

Informatiebronnen en praktijkvoorbeelden

- [Het ondersteuningsplan: Een cyclisch proces van 4 stappen](#)
- [Methodische werkwijze Cavent](#)
- [Strategieën bij werken aan inclusie: Persoonlijke Toekomst Planning \(PTP\)](#)



6. Methodisch werken en doelen formuleren

6.2 Doelen formuleren

Kernboodschap

De wensen en de behoeften van mensen met een beperking, hun verwanten en de vertegenwoordiger, zijn het hart van het ondersteuningsplan. Vanuit daar worden doelen geformuleerd: een situatie die iemand wil bereiken, bepaalde kennis die iemand wil opdoen of een vaardigheid die iemand wil gaan beheersen.

Doelen kunnen groot of klein zijn. Praktisch of zingevend. Voor de lange termijn afgesproken worden of voor bijvoorbeeld een maand. Doelen zijn er niet altijd om te bereiken. Vaak zijn ze er ook om richting te geven. Sommige mensen weten precies wat ze nodig hebben. Bij anderen wordt dat gaandeweg duidelijk(er). De kunst is om verschillende aanpakken te kunnen kiezen in het formuleren en hanteren van doelen.

Hoe concreter het doel is, hoe duidelijker er afspraken gemaakt kunnen worden over de stappen en de acties daar naartoe, en hoe duidelijker het is wie waar verantwoordelijk voor is. Dat zorgt voor focus.

Aandachtspunten

In een levend plan – zoals het ondersteuningsplan is bedoeld – past het niet om kunstmatig doelen op te nemen uit een verplichting. Juist omdat de mens in het plan centraal staat, is het passend de doelen en de termijnen die daaraan hangen te laten aansluiten bij de beleving van mensen met een beperking.

Een manier om doelen te formuleren is de SMART-methode:

- **Specifiek:** Is duidelijk wat het doel is en wat het niet is?
- **Meetbaar:** Hoe kun je zien, meten of aantonen of het doel bereikt is?
- **Acceptabel:** Is het in overeenstemming met de wensen van mensen met een beperking, maar ook met wettelijke kaders?
- **Realistisch:** Is het doel daadwerkelijk haalbaar?
- **Tijdsgebonden:** Wanneer is het doel bereikt?

SMART formuleren helpt resultaatgericht te werken. Toch is er ook kritiek op de SMART-methode: sommigen vinden het te dwingend. Bovendien laten wensen en behoeften laten zich niet altijd in SMART-doelen vangen.

Soms willen mensen met een beperking een groter doel opnemen in het ondersteuningsplan, maar zonder tijdsdruk. Of een doel dat niet zo makkelijk meetbaar is, maar wel merkbaar. In dat geval kun je gebruik maken van de GOZ-methode:

- **Globaal**
- **Observeer**
- **Zinvol**





De eerste stap is het formuleren van een globaal doel, om vervolgens met gezond verstand en intuïtie te observeren of er merkbare veranderingen zijn die zinvol lijken voor het globale doel. Als dat zo is worden op basis daarvan vervolgstappen afgesproken. Het zorgvuldig observeren en ervaren wat er gebeurt, en het waar nodig bijstellen, is hierbij een continu proces.

Tips

Het toevoegen van plaatjes bij doelen kan extra bijdragen aan de begrijpelijkheid.

Doelen hoeven niet altijd te gaan over ontwikkeling, maar kunnen ook gaan over het behouden van vaardigheden of kennis. Ook kan de terugkerende ondersteuning als doel worden gedefinieerd.

Doelen positief formuleren werkt motiverend. Het geeft een beeld van waarnaar toegewerkt wordt.

‘Wensen en behoeften laten zich niet altijd vangen in doelen.’

Doelen hoeven niet allemaal groot of vérrijkend te zijn en er hoeven ook niet voor een heel jaar nieuwe doelen geformuleerd te worden.

En... het leven is meer dan een optelsom van behaalde doelen!


Perspectief van de zorgvrager

- [Meer informatie over sociale rolversterking](#)
- [Kennisplein Gehandicaptensector: Met gesprekskaarten praten over je ondersteuningsplan](#)
- [Het toekomstplan bij Pluryn: een visuele weergave van iemand wensen en dromen](#)

Informatiebronnen en praktijkvoorbeelden

- [SMARTI doelen stellen](#)

7. Het ondersteuningsplan in het ECD



Het onderdeel ‘Het ondersteuningsplan in het ECD’ gaat in op de noodzaak van een overzichtelijk en toegankelijk ECD en de plek die het ondersteuningsplan daarin heeft.

Kernboodschap

De bedoeling van het elektronisch cliëntendossier (ECD) en van het ondersteuningsplan is dat het professionals faciliteert en helpt in het dagelijks werk. Dat lukt alleen als het ECD een overzichtelijke plek is waar snel (met zo min mogelijk doorklikken) een totaaloverzicht van mensen met een beperking wordt gegeven, inclusief het ondersteuningsplan.

De personele bezetting is voor veel organisaties in de gehandicaptenzorg een uitdaging: er zijn veel tekorten, wisselingen en professionals ervaren een hoge werkdruk. Juist in die hectiek is het van belang dat zorgprofessionals snel

kunnen beschikken over actuele en volledige informatie over mensen met een beperking. Een compact en toegankelijk ondersteuningsplan is dan helpend.

Alle informatie rond een specifiek persoon wordt gebundeld in zijn of haar ECD, ook informatie voor het ondersteuningsplan. Daarmee is het ECD de plek waar zowel qua visie als in de uitvoering het werken met ondersteuningsplannen zichtbaar wordt. In de praktijk blijkt het werken met het ondersteuningsplan in het ECD een uitdaging. Het aantal registraties, dubbele registraties en ingewikkelde processen rond het ondersteuningsplan zijn een bron van ergernis en werkdruk.

Aandachtspunten

Het ECD is het instrument dat professionals dagelijks gebruiken. Een zo persoonlijk en standaard mogelijk ECD waarbij zij snel bij de juiste en praktische informatie komen die nodig is om het dagelijks werk uit te voeren, is helpend. Daarnaast is een belangrijke randvoorwaarde dat professionals digivaardig zijn en efficiënt met het ECD kunnen werken. Zorgorganisaties doen er goed aan hun professionals hiervoor op te leiden.



De informatie in het ECD en in het ondersteuningsplan staat niet op zichzelf. Er worden gegevens overgenomen uit andere ICT-systemen, zoals bijvoorbeeld cliëntgegevens of medicatiegegevens. Ook worden gegevens uit het ECD en het ondersteuningsplan beschikbaar gesteld aan andere ICT-systemen, zoals bijvoorbeeld gegevens die worden opgenomen in de elektronische verpleegkundige overdracht (eOverdacht) of beschikbaar worden gesteld aan mensen met een beperking, verwanten en de vertegenwoordiger via het cliëntenportaal of de Persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO).

Tips

In de praktijk is de informatieontsluiting tussen het ECD en het ondersteuningsplan vaak nog niet ideaal. Het ECD bepaalt en beperkt de ruimte van het ondersteuningsplan. Let bij de actualisatie of vernieuwing van het ECD daarom op de vereisten van het ondersteuningsplan en de aansluiting hiervan binnen het ECD. En betrek de gebruikers van een ECD bij de inrichting en bij de implementatie. Dat waarborgt een bruikbaar en cliëntgericht ondersteuningsplan, gebruiksvriendelijkheid en een verlaging van de administratieve lasten.

Perspectief van de zorgvrager

- [Het ondersteuningsplan uitgelegd door Steffie](#)

Informatiebronnen en praktijkvoorbeelden

- [VGN: Ontwikkelingen op het gebied van gegevensuitwisseling in de zorg](#)
- [VGN: Professionele omgeving voor zorgprofessionals](#)
- [Kennisplein Gehandicaptensector: het ECD](#)



8. Het ondersteuningsplan in relatie tot kwaliteitservaringen

Het onderdeel ‘Het ondersteuningsplan in relatie tot kwaliteitservaringen’ gaat over het belang van de ervaringen van mensen die zorg en ondersteuning ontvangen.



Kernboodschap

Het doel van zorg en ondersteuning is het bijdragen aan de kwaliteit van het bestaan van mensen met een beperking. De afspraken die daarover worden gemaakt, scheppen verwachtingen.

In het ondersteuningsplan wordt op belangrijke domeinen van kwaliteit van bestaan bekeken welke wensen en ondersteuningsbehoeften er zijn. En hoe de kwaliteit van zorg en ondersteuning wordt ervaren door mensen met een beperking, hun verwanten en de vertegenwoordiger.

Zelf vertellen wat belangrijk is en zelf vertellen over eigen ervaringen, is een belangrijk aspect in de regie over eigen leven.

De stem centraal zetten van mensen die zorg en ondersteuning krijgen over de ervaren kwaliteit van die zorg en ondersteuning, gebeurt ook door middel van de minimaal driejaarlijkse cliëntervaringsonderzoeken met een (erkend) cliëntervaringsinstrument. De opbrengsten van die kwaliteitservaringen kunnen elkaar versterken. Gebruik daarom voor het opstellen van het ondersteuningsplan ook de resultaten van het cliëntervaringsonderzoek. En andersom.



Aandachtspunten

In de praktijk lopen de processen van het cliëntvervalsonderzoek en het opstellen en evalueren van het ondersteuningsplan weliswaar parallel, maar vaak in gescheiden banen. Een samenspel van het ondersteuningsplan en het cliëntvervalsonderzoek kan de werkdruk voor professionals voor het verzamelen van data verminderen.

Tip

Er zijn veel manieren om de ervaringen van mensen met een beperking, hun verwanten en de vertegenwoordiger te achterhalen. Uiteindelijk draait het om de vraag of de mensen aan wie zorg en ondersteuning verleend wordt, beter zijn geworden van die zorg en ondersteuning.

Perspectief van de zorgvrager

- [Het ondersteuningsplan uitgelegd door Steffie](#)
- [Meer informatie over sociale rolversterking](#)
- [Voorlichtingsfilmje ASVZ: het Individueel Plan](#)
- [Kennisplein Gehandicaptensector: Met gesprekskaarten praten over je ondersteuningsplan](#)
- [Het toekomstplan bij Pluryn: een visuele weergave van iemand wensen en dromen](#)
- [Kennisplein Gehandicaptensector: Cultuursensitief werken](#)

Informatiebronnen en praktijkvoorbeelden

- [Overzicht VGN-waaier Cliëntvervaling](#)
- [Vilans: Kennisbundel Begeleidingsplannen in de langdurende zorg](#)
- [\(Digitale\) middelen en methoden voor dagelijkse communicatie en het ondersteuningsplan](#)



9. Rollen en verantwoordelijkheden

Het onderdeel 'Rollen en verantwoordelijkheden' beschrijft welke personen betrokken zijn bij de totstandkoming van het ondersteuningsplan en de rollen en de verantwoordelijkheden die zijn hebben.



Een gelijkwaardig samenspel tussen beroepsmatige zorgverleners en niet-beroepsmatige zorgverleners is essentieel voor de best mogelijke zorg en ondersteuning en daarmee voor kwaliteit van bestaan van mensen met een beperking.

Het ondersteuningsplan komt ook in dat samenspel tot stand. Ieder heeft hierin een eigen rol en verantwoordelijkheid.

Kernboodschap

Meer dan voorheen is het nodig om zorg- en ondersteuningsvragen niet alleen vanuit de zorgaanbieder (beroepsmatige zorgverleners) te beantwoorden, maar ook vanuit het natuurlijke netwerk om mensen met een beperking heen: familie, vrienden, burens, collega's en vrijwilligers (niet-beroepsmatige zorgverleners).

De verantwoordelijke professional voor het ondersteuningsplan (begeleider)

De verantwoordelijke professional voor het ondersteuningsplan, vaak de eerstverantwoordelijke persoonlijk begeleider, heeft een regierol in de communicatie en de afstemming tussen alle betrokkenen. De verantwoordelijke professional initieert de gesprekken over het ondersteuningsplan en stemt gespreksvorm en gespreksinhoud af op de mogelijkheden en de behoeften van mensen met een beperking. Hij of zij is er ook verantwoordelijk voor dat er een ondersteuningsplan gemaakt wordt in samenwerking met betrokkenen.



Mensen met een beperking

Omdat het ondersteuningsplan draait om de mensen met een beperking, hebben zij (waar mogelijk) een actieve rol in het maken van doelen en afspraken. Ook worden mensen met een beperking betrokken bij de vormgeving en het begrijpelijk maken van het ondersteuningsplan: wordt het een plan op papier of krijgt het een andere vorm zoals bijvoorbeeld een film, een fotoverslag of een gesproken tekst?

De rol van verwanten en het sociaal netwerk

Verwanten en het sociale netwerk om iemand heen, spelen een belangrijke rol in de zorg en ondersteuning. Dus is het goed om dat netwerk, daar waar mogelijk, te betrekken bij het ondersteuningsplan. Bijvoorbeeld: familie, vrienden, burens, collega's en vrijwilligers. Zij kunnen meedenken over doelen en afspraken.

Professionals moeten die betrokkenheid wel zorgvuldig afwegen. Soms is het niet mogelijk of niet wenselijk om het sociale netwerk (intensief) te betrekken. Soms wil iemand zelf niet dat naasten betrokken worden, omdat zij hen niet nog meer willen belasten of hun bemoeienis niet wensen.

Omdat de kans op vereenzaming dan groter is, is het naar redelijkheid herstellen of opbouwen van het sociale netwerk

een streven. Het is aan de professionals om, rekening houdend met de wensen, de mogelijkheden van inzet te onderzoeken of op zoek te gaan naar anderen die zo'n bijdrage wel kunnen of mogen leveren.

Vertegenwoordiger

Een (wettelijk) vertegenwoordiger is de belangenbehartiger van mensen met een beperking. De vertegenwoordiger neemt indien mogelijk zorgbeslissingen samen met mensen met een beperking als zij dit zelf moeilijk vinden, niet kunnen of niet wensen. De vertegenwoordiger stelt hierin de wensen en behoefte van de persoon voorop.

Begeleiders

Begeleiders geven samen met mensen met een beperking, verwanten en vertegenwoordiger concreet vorm aan de doelen en de afspraken uit het ondersteuningsplan in de dagelijkse praktijk. Juist de gezamenlijke dialoog in de praktijk van alle dag kan waardevolle input opleveren.

Gedragsdeskundige

De gedragsdeskundige kan meedenken over doelen en afspraken en houdt daar waar mogelijk de ontwikkeling en mogelijkheden bij mensen met een beperking in de gaten. Desgewenst kan de gedragsdeskundige ook meehelpen met het maken van het ondersteuningsplan. De rol van de gedragsdeskundige neemt toe naarmate de zorgvragen intensiever worden.



Arts VG en andere (para)medisch specialisten

In overleg met de gedragsdeskundige of de clustermanager kan de arts VG of een andere (para)medisch specialist een inhoudelijke bijdrage aan het ondersteuningsplan leveren en de evaluatie daarvan. De rol van de arts VG en (para)medisch specialisten neemt toe naarmate de zorgvragen intensiever worden.

De rol van de zorgaanbieder

Ook andere hulpbronnen zoals algemene en gespecialiseerde zorg- en dienstverleners kunnen betrokken zijn bij de ondersteuning, zoals MEE, jeugdhulpverlening en thuiszorg. Er is geen algemene regel om externen te committeren aan het ondersteuningsplan, maar als dat gebeurt dan gebeurt dat doorgaans op initiatief van de zorgaanbieder. Het vermelden van afspraken en verantwoordelijken is dan aan te bevelen. Hoewel dat niet betekent dat de initiatief nemende zorgaanbieder daarmee verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de prestaties van derden.

Interne afstemming

Bij de totstandkoming van het ondersteuningsplan is het belangrijk meerdere disciplines te betrekken om zo de ondersteuningsvraag goed te kunnen beantwoorden. De verantwoordelijke professional voor het ondersteuningsplan heeft de regie in dit proces, ook als het gaat om het verzamelen van alle informatie die nodig is voor het plan.

Aandachtspunten

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

Tips

Het goede gesprek staat centraal in het proces van het ondersteuningsplan, maar hoe voer je een goed gesprek? In de eerste plaats zijn de juiste mensen nodig: mensen met een beperking, hun verwanten, de vertegenwoordiger, sociaal netwerk en professionals. Zijn er daarnaast anderen waarvan mensen met een beperking het fijn vinden als diegenen aansluiten? In de tweede plaats is een veilige omgeving belangrijk. Een omgeving waar ruimte is voor openheid, waar op een gelijkwaardige manier wordt gecommuniceerd zodat iedereen het begrijpt, waar gesprekspartners kunnen omgaan met verschillende opvattingen en waar iedereen tot zijn recht komt.



Perspectief van de zorgvrager

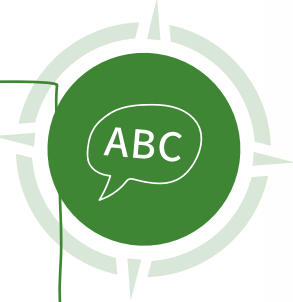
- [Het ondersteuningsplan uitgelegd door Steffie](#)
- [Methodische werkwijze bij Cavent: ‘Steeds meer Claudia’](#)
- [Meer informatie over sociale rolversterking](#)
- [Kennislein Gehandicaptensector: Met gesprekskaarten praten over je ondersteuningsplan](#)
- [Breng je sociale netwerk in kaart](#)
- [Voorlichtingsfilmpje ASVZ: het Individueel Plan](#)
- [Het toekomstplan bij Pluryn: een visuele weergave van iemand wensen en dromen](#)
- [De essentie van driehoekskunde](#)
- [Kennislein Gehandicaptensector: Cultuursensitief werken](#)

Informatiebronnen en praktijkvoorbeelden

- [Meer informatie over eigen regie op het Kennislein Gehandicaptensector](#)
- [Informeel zorg | Kennislein Gehandicaptensector](#)
- [Kennislein Gehandicaptenzorg: Goede voorbeelden ondersteuningsplan](#)
- [LSR: Goede voorbeelden van het ondersteuningsplan – verhalen uit de praktijk](#)
- [\(Digitale\) middelen en methoden voor dagelijkse communicatie en het ondersteuningsplan](#)
- [Zorgplan met beelden in plaats van tekst | Kennislein Gehandicaptensector](#)
- [Familie enzo, een hulpmiddel om het sociale netwerk in kaart te brengen](#)



10. Het ondersteuningsplan in begrijpelijke taal



Het onderdeel 'Het ondersteuningsplan in begrijpelijke taal' gaat over het belang van duidelijke en begrijpelijke communicatie.

Kernboodschap

Het ondersteuningsplan vergroot de eigen invloed van mensen met een beperking op hun zorgproces. Het geeft namelijk weer wat zij en hun verwanten en de vertegenwoordiger belangrijk vinden. Dat staat centraal in het ondersteuningsplan en dat is voor professionals het uitgangspunt in hun werk.

Door het ondersteuningsplan ook daadwerkelijk samen met mensen met een beperking, hun verwanten en de vertegenwoordiger te maken, krijgt het plan voor hen meerwaarde. Zij voelen zich eigenaar. Door het samen op te stellen, is er ook continu de check of de informatie voor alle

betrokkenen duidelijk en begrijpelijk is verwoord. 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.

Een ondersteuningsplan hoeft niet altijd een schriftelijk plan te zijn. Er zijn andere vormen denkbaar, zoals een film of andere visuele of auditieve weergaves. Samen met alle betrokkenen kan gekeken worden welke vorm het beste aansluit bij de wensen en behoeften van mensen met een beperking, hun verwanten en de vertegenwoordiger, en welke vorm het beste bijdraagt aan de begrijpelijkheid.

Aandachtspunten

Goede zorg zet de mens centraal. Iedereen heeft daarom recht op een ondersteuningsplan dat begrijpelijk en toegankelijk is.

Tip

De cliëntenraad kan helpen bij het begrijpelijk maken van het ondersteuningsplan.



Perspectief van de zorgvrager

- [Meer informatie over sociale rolversterking](#)
- [Het toekomstplan bij Pluryn: een visuele weergave van iemand wensen en dromen](#)
- [Een cliëntvriendelijk ondersteuningsplan: Verhalen uit de praktijk](#)
- [Voorlichtingsfilmpje ASVZ: het Individueel Plan](#)
- [Het ondersteuningsplan uitgelegd door Steffie](#)
- [Kennisplein Gehandicaptensector: Met gesprekskaarten praten over je ondersteuningsplan](#)

Informatiebronnen en praktijkvoorbeelden

- [Zorgplan met beelden in plaats van tekst | Kennisplein Gehandicaptensector](#)
- [Een eenvoudig, flexibel en werkbaar ondersteuningsplan? Het kan! | Kennisplein Gehandicaptensector](#)
- [Meer informatie over eigen regie op het Kennisplein Gehandicaptensector](#)
- [LSR: Goede voorbeelden van het ondersteuningsplan – verhalen uit de praktijk](#)



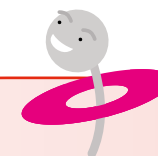


11. Fabels en FAQ's

Wat moet er wel en niet in een ondersteuningsplan komen te staan? Moet een ondersteuningsplan ondertekend worden? Moeten de namen van zorgverleners in het ondersteuningsplan komen te staan? Er zijn veel vragen over het ondersteuningsplan en het werken met het plan.

Het onderdeel 'Fabels en FAQ's' is onderverdeeld in twee subonderdelen:

- **Fabels:** Er zijn voorwaarden voor de inhoud van het ondersteuningsplan, maar er zijn ook hardnekkige misverstanden.
- **FAQ:** Een verzameling van veel gestelde vragen en de bijbehorende antwoorden





11. Fabels en FAQ's

11.1 Fabels over het ondersteuningsplan

Kernboodschap

Er zijn voorwaarden voor de inhoud van het ondersteuningsplan, maar er zijn ook hardnekkige misverstanden over wat er wel en niet in moet komen te staan.

Fabel 1: Het ondersteuningsplan moet ondertekend worden. Dat klopt niet. Het is vanaf 1 oktober 2018 officieel niet meer verplicht om een handtekening te hebben onder het zorgplan en iedere wijziging daarvan.

Fabel 2: Een ondersteuningsplan is nodig voor het aanvragen van een (her)indicatie bij het CIZ. Dat klopt niet. Het CIZ heeft wel informatie nodig over het functioneren van mensen met een beperking en de ondersteuning die zij nodig hebben, maar deze informatie hoeft niet in de vorm van een ondersteuningsplan.

Fabel 3: 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. 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.

Fabel 4: Een handtekening van de arts is verplicht bij een rechterlijke machtiging, inbewaringstelling of een besluit tot opname en verblijf (artikel 21 Wet Zorg en Dwang). Dat klopt niet. In De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) was een handtekening bij een dergelijke maatregel verplicht. Per 1 januari 2020 is de Wet Bopz vervangen door de Wet verplichte ggz (Wvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd). Met de komst van de Wzd is het niet verplicht dat een arts een handtekening zet onder het ondersteuningsplan.

Aandachtspunten

Wees je ervan bewust wat wel en niet in ondersteuningsplannen moet komen te staan: er zijn hardnekkige misverstanden.

Tip

In het [onderdeel FAQ](#) staan de antwoorden op veel gestelde vragen over het ondersteuningsplan.

Informatiebronnen en praktijkvoorbeelden

- [Minder regels én een goed gesprek](#)
- [Regeldruk: Feiten en fabels](#)



11. Fabels en FAQ's

11.2 FAQ's

1. Wat moet er in een ondersteuningsplan staan?
2. Moet een cliënt een ondersteuningsplan ondertekenen?
3. Wie geeft toestemming voor de zorg en/of ondersteuning uit het plan?
4. Wat nu als cliënt en/of diens vertegenwoordiger geen toestemming verleent?
5. Wie beoordeelt of een cliënt ter zake van zijn ondersteuningsplan wilsonbekwaam is?
6. Moeten de namen van de zorgverleners in het ondersteuningsplan worden opgenomen?
7. Heeft een vertegenwoordiger altijd recht op inzage- en afschrift van het ondersteuningsplan van de cliënt?
8. Moet de zorgverlener informatie uit het ondersteuningsplan delen met:
 - a. De gezinsvoogd
 - b. De Raad van de Kinderbescherming
 - c. De vertegenwoordiger
 - d. De politie, OM of Justitie
 - e. De gemeente
9. Heeft de familie na het overlijden van de cliënt nog inzage in het ondersteuningsplan?
10. Hoe lang moet het ondersteuningsplan worden bewaard?
11. Kan de cliënt zijn ondersteuningsplan laten vernietigen, ook als hij nog zorg en/of ondersteuning afneemt?
12. Wat valt onder persoonlijke werkaantekeningen en waar worden deze bewaard?
13. Waarom is er een beroepsgeheim, wat valt hier onder en wie heeft deze?
14. Hoe vaak moet de inhoud van het ondersteuningsplan worden besproken?
15. Wat betekent wilsonbekwaamheid ter zake van het ondersteuningsplan en wie beoordeelt dit?
16. Wat is geïnformeerde toestemming?
17. Wat te doen als een vertegenwoordiger informatie uit het dossier opvraagt en de cliënt niet wenst dat zijn vertegenwoordiger deze informatie ontvangt?
18. Wat moet je doen als de client geen ondersteuningsplan wil? Ben je verplicht om er toch een op de stellen?



1. Wat moet er in een ondersteuningsplan staan?

Het ondersteuningsplan is onderdeel van het cliëntdossier. In [hoofdstuk 1a van onderdeel 'wet- en regelgeving'](#) staan de wettelijke eisen van een cliëntdossier. In een cliëntdossier moeten alle gegevens over de gezondheid van de cliënt en de daaraan verbonden verleende zorg staan, maar ook alle andere stukken en gegevens die noodzakelijk zijn voor een goede zorgverlening aan de cliënt. Het ondersteuningsplan is dat deel van het cliëntdossier dat de basis vormt van de zorg en ondersteuning aan mensen met een beperking. De eigen inbreng, ideeën, wensen en behoeften van mensen met een beperking en hun verwanten staan hierbij centraal. In de Wet langdurige zorg (Wlz) is verder het recht van de cliënt opgenomen dat er een ondersteuningsplanbespreking met de zorgaanbieder plaatsvindt en dat de gemaakte afspraken worden vastgelegd in een ondersteuningsplan. Zie hiervoor [hoofdstuk 3 van onderdeel wet- en regelgeving](#).

2. Moet een cliënt een ondersteuningsplan ondertekenen?

In [hoofdstuk 1d van onderdeel 'wet- en regelgeving'](#) staat een toelichting over het ondertekenen van het ondersteuningsplan. Vanaf 1 oktober 2018 hoeft een ondersteuningsplan niet meer door cliënt en/of diens vertegenwoordiger te worden ondertekend. Dit was destijds een eis van het zorgkantoor. Soms vraagt de gemeente wel om een ondertekening. Dit is dan specifiek met de gemeente afgesproken.

Het zorgkantoor vereist nog wel dat van elk evaluatiegesprek met de cliënt in het ondersteuningsplan wordt opgenomen wanneer het gesprek heeft plaatsgevonden, wie daarbij aanwezig waren en wat is besproken. Verder staat er ook of de cliënt instemt met de gemaakte afspraken, die zijn verwerkt in het ondersteuningsplan. De instemming kan worden aangetoond door het ondersteuningsplan te ondertekenen of door een aantekening in het cliëntdossier te maken.

3. Wie geeft toestemming voor de zorg en/of ondersteuning uit het plan?

Op basis van de gegeven informatie geeft de cliënt toestemming voor de zorg en/of ondersteuning in zijn plan. Als de cliënt ter zake van de zorg als wilsonbekwaam is beoordeeld, kan de vertegenwoordiger namens de cliënt toestemming verlenen. Door wie toestemming wordt verleend en vanaf welke leeftijd staat in deze tabel: [tabel leeftijd en toestemming voor zorg](#).



4. Wat nu als cliënt en/of diens vertegenwoordiger geen toestemming voor het opstellen en/of uitvoeren van een ondersteuningsplan verleent?

Als de cliënt niet akkoord gaat met de inhoud van zijn ondersteuningsplan, zal de zorgaanbieder het ondersteuningsplan toch vaststellen, hierbij zoveel mogelijk rekening houdend met de (veronderstelde) wensen van de cliënt. Ook als de cliënt niet bereid is om met de zorgverlener te overleggen, zal de zorgverlener toch in het zorgplan moeten vastleggen welke inhoudelijke doelen hij met de zorgverlening in een bepaalde periode wil bereiken en hoe hij hierbij zoveel mogelijk rekening houdt met de wensen van de cliënt. Het gaat hierbij alleen om het vaststellen van het zorgplan en niet over instemming met de uitvoering daarvan.

De zorgverlener kan de zorg zonder instemming van cliënt alleen uitvoeren als het gedrag van de cliënt ten gevolge van zijn beperking leidt tot (een aanzienlijk risico op) ernstig nadeel voor hemzelf of een ander persoon en er echt geen lichter alternatief voorhanden is conform de voorwaarden van de Wet zorg en dwang (Wzd). Zie [hoofdstuk 4 van onderdeel wet- en regelgeving](#).

5. Wie beoordeelt of een cliënt ter zake van zijn ondersteuningsplan wilsonbekwaam is

Volgens de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) kan iedere zorgverlener een beoordeling doen van de wilsonbekwaamheid van de cliënt ter zake van een bepaalde beslissing of situatie. De zorgverlener moet wel bekwaam zijn om dit te doen. De Wet zorg en dwang schrijft voor dat als het gaat om onvrijwillige zorg de beoordeling door een ter zake kundige zorgverlener moet gebeuren, in overleg met de vertegenwoordiger van de cliënt. Als zij er samen niet uitkomen, neemt een niet bij de zorg aan cliënt betrokken zorgverlener de beslissing over wilsonbekwaamheid ter zake.

6. Moeten de namen van de zorgverleners in het ondersteuningsplan worden opgenomen?

Om goede zorg te kunnen verlenen moet de zorgaanbieder in beginsel de namen van de zorgverleners van de cliënt in het cliëntdossier opnemen. De cliënt moet immers weten wie welke de zorg heeft verleend. Daarnaast is het voor de continuïteit van de zorgverlening belangrijk dat collega zorgverleners weten door wie welke zorg aan de cliënt is verleend.



7. Heeft een vertegenwoordiger van een cliënt altijd recht op inzage- en afschrift van het ondersteuningsplan van de cliënt?

Een vertegenwoordiger heeft informatie uit het dossier van de cliënt nodig om zijn taak als vertegenwoordiger goed uit te kunnen voeren. Vanaf de leeftijd van 12 jaar moet een cliënt voor het delen van informatie met zijn vertegenwoordiger toestemming verlenen, tenzij de cliënt ter zake als wilsonbekwaam ter zake is beoordeeld. In dat laatste geval is toestemming niet nodig.

Als de cliënt geen toestemming verleent, moet de zorgverlener afwegen wat het in de gegeven situatie zwaarder weegt. Het beschermen van de privacy van de cliënt of het verstrekken van noodzakelijke informatie aan de vertegenwoordiger van de cliënt. Deze afweging moet in het cliëntdossier worden opgenomen.

Probeer in een dergelijke situatie af te wegen welke informatie de vertegenwoordiger echt nodig heeft om de belangen van de cliënt goed te kunnen behartigen met zo min mogelijke inbreuk op de privacy van de cliënt. Soms kan de informatie worden samengevat in plaats van alle details te vermelden.

8. Moet de zorgverlener informatie uit het ondersteuningsplan delen met:

a. De gezinsvoogd op diens verzoek

Om de veiligheid van het kind te waarborgen wordt van zorgverlener verwacht dat zij informatie over kind en ouders delen met de jeugdbeschermer (gezinsvoogd), zowel gevraagd al ongevraagd. Ook als hiermee het beroepsgeheim moet worden doorbroken. De Jeugdwet geeft aan dat het om informatie moet gaan die noodzakelijk is voor de uitvoering van een ondertoezichtstelling (ots). Ouders en kind worden altijd over de verstrekking geïnformeerd, tenzij dit de veiligheid van het kind in gevaar brengt of in strijd is met goed hulpverlenerschap. Het is aan de gezinsvoogd om aan te geven waarom de informatie noodzakelijk is voor de uitvoering van de ots.

b. De Raad van de Kinderbescherming

Als de Raad van de Kinderbescherming (RvK) informatie vraagt voor het doen van onderzoek, moet de zorgverlener de gevraagde informatie verstrekken, tenzij dit strijdig is met goed hulpverlenerschap. Ouders en kind worden altijd over de verstrekking geïnformeerd, tenzij dit de veiligheid van het kind in gevaar brengt of in strijd is met goed hulpverlenerschap.

c. De vertegenwoordiger

De vertegenwoordiger heeft alleen recht op informatie als dit noodzakelijk is voor de uitvoering van zijn taak als vertegenwoordiger en de wilsbekwame cliënt van 12+ jaar geeft toestemming. Zie het antwoord op [vraag 7](#).



d. De politie, OM of Justitie

Informatie delen met derden (waaronder de politie, het OM en Justitie) kan alleen met toestemming van de cliënt en bij wilsonbekwame cliënt met toestemming van zijn vertegenwoordiger. Alleen als de rechter (-commissaris) om informatie vraagt, kan het zijn dat de zorgverlener informatie wel moet verstrekken. Neem in dat geval contact op met de jurist van de zorginstelling of met de VGN voor juridisch advies.

e. De gemeente

De gemeente is een derde met wie zonder toestemming van de cliënt en/of diens vertegenwoordiger geen informatie mag worden gedeeld. Als de gemeente bepaalde informatie wil ontvangen in het kader van een toets op de recht- en doelmatigheid van de verleende zorg en/of diensten, vraag dan eerst naar het protocol dat de gemeente hiervoor heeft. Het protocol dient zorgvuldig te worden nagekomen.

9. Heeft de familie na het overlijden van de cliënt nog inzage in het ondersteuningsplan?

Na overlijden van een cliënt stopt de vertegenwoordiging en is geen inzage- of afschrift van het dossier meer mogelijk. De cliënt kan dan ook geen toestemming meer verlenen. Er zijn een aantal uitzonderingen waarin een nabestaande toch nog inzage- en afschriftrecht heeft. Dit zijn:

- De cliënt heeft bij leven schriftelijk of elektronisch toestemming verleend.
- De nabestaande is geïnformeerd dat er een incident heeft plaatsgevonden
- De nabestaande is de ouder van een kind jonger dan 16 jaar’.
- Er is sprake van een zwaarwegend belang voor de nabestaande (vaak een erfeniskwestie).

10. Hoelang moet het ondersteuningsplan worden bewaard?

De zorgverlener bewaart het dossier (waarvan het ondersteuningsplan onderdeel van uitmaakt) twintig jaar, gerekend na de laatste wijziging, of zoveel langer als goed hulpverlenerschap dit vereist, of langer indien dit in het belang is van een ander persoon. Bij dit laatste wordt gedacht aan de aanwezigheid van een erfelijke ziekte. Zie [hoofdstuk 1c van onderdeel ‘wet- en regelgeving’](#).



11. Kan de cliënt zijn ondersteuningsplan laten vernietigen, ook als hij nog zorg en/of ondersteuning afneemt?

Dat kan. Het is wel belangrijk om cliënt te wijzen op de gevolgen van de vernietiging. Daarnaast in het overgebleven deel van het cliëntdossier een aantekening te maken dat op verzoek van cliënt delen van het dossier zijn vernietigd.

12. Wat valt onder persoonlijke werkaantekeningen en waar worden deze bewaard?

Persoonlijke werkaantekeningen, zoals het tijdelijk opschrijven van een vermoeden van een bepaalde diagnose of aantekening om een collega te bellen, zijn geen onderdeel van het cliëntdossier. Nadat het vermoeden is onderzocht of de collega is gebeld, moeten de persoonlijke werkaantekening worden vernietigd.

13. Waarom is er een beroepsgeheim, wat valt hier onder en wie heeft deze?

Iedere zorgverlener heeft een (medisch)beroepsgeheim. Eenieder die werkt in de zorg voor mensen met een beperking heeft een afgeleid beroepsgeheim. Onder het beroepsgeheim valt alle informatie die je weet over een cliënt, dus niet alleen medische informatie. Zonder toestemming van de cliënt en/of diens vertegenwoordiger mag de zorgverlener geen informatie delen met derden. Onder derden vallen niet de noodzakelijk bij de zorg betrokken zorgverleners en de vertegenwoordiger van een ter zake wilsonbekwame cliënt, voor zover de informatief noodzakelijk is voor het uitoefenen van hun taak.

14. Hoe vaak moet de inhoud van het ondersteuningsplan worden besproken?

Volgens de Wlz heeft de cliënt heeft het recht om minimaal twee keer per jaar zijn ondersteuningsplan met de zorgaanbieder te bespreken, te evalueren en zo nodig te wijzigen. Na het eerste gesprek en na de evaluatiegesprekken moeten gemaakte afspraken in het ondersteuningsplan worden vastgelegd. In afstemming met cliënt en/of diens vertegenwoordiger kun je van deze wettelijke eis afwijken. De cliënt en/of diens vertegenwoordiger zal dan wel geïnformeerd moeten worden dat hij/zij afziet van een recht. In de praktijk wordt vaak iedere 3 of 6 maanden een informeel evaluatiegesprek gehouden (afhankelijk van de problematiek) en 1 keer per jaar een grote evaluatie. Het is nu eenmaal lastig om alle betrokken zorgverleners op één moment bij elkaar te krijgen. Zeker gezien de huidige krapte in medewerkers.



Voor het evalueren van het opnemen van onvrijwillige zorg in het dossier van de cliënt hanteert de Wzd de wettelijke maximale termijnen van het Wzd-stappenplan (zie <https://www.vilans.nl/kennis/stappenplan-wet-zorg-en-dwang>).

15. Wat betekent wilsonbekwaamheid ter zake van het ondersteuningsplan en wie beoordeelt dit?

In de wetgeving staat dat een cliënt wilsonbekwaam ter zake is als hij niet in staat is om zijn belangen ter zake van een bepaalde beslissing of situatie redelijk te waarderen.

Wat betekent dit nu? Uitgangspunt is dat ieder mens - met of zonder beperking - wilsbekwaam is en zijn eigen keuzes of beslissingen maakt. Soms kan een cliënt ter zake van een bepaalde situatie of beslissing geen weloverwogen beslissing nemen of de gevolgen daarvan niet overzien. Dan noemen we een cliënt ter zake van die beslissing of keuze wilsonbekwaam. De zorgverlener beoordeelt de wils(on)bekwaamheid van een cliënt. Daarbij wordt ook rekening gehouden met andere belangrijke zaken van de cliënt, zoals zijn levensgeschiedenis.

16. Wat is geïnformeerde toestemming?

Voor het bieden van zorg en/of ondersteuning is toestemming van de cliënt noodzakelijk. Voordat een cliënt toestemming kan geven, moet hij eerst alle noodzakelijke informatie van de zorgverlener ontvangen. Deze informatie omvat de verschillende mogelijkheden van zorg, de risico's en eventuele alternatieven. De informatie moet altijd worden afgestemd op het bevattingsniveau van de cliënt.

17. Wat te doen als een vertegenwoordiger informatie uit het dossier opvraagt en de cliënt niet wenst dat zijn vertegenwoordiger deze informatie ontvangt?

Dan moet de zorgverlener een afweging maken tussen de noodzaak van de informatie voor het uitvoeren van de taak als vertegenwoordiger en de bescherming van de privacy van de cliënt. Zie het antwoord op [vraag 7](#).

18. Wat moet je doen als de client geen ondersteuningsplan wil? Ben je verplicht om er toch een op de stellen?

Zie het antwoord op [vraag 4](#).

12. Wet- en regelgeving

Het onderdeel 'Wet- en regelgeving' gaat over de wettelijke eisen die aan het ondersteuningsplan worden gesteld.



Kernboodschap

Het ondersteuningsplan is noodzakelijk voor goede zorgverlening aan mensen met een beperking. Het is ook een onderdeel van het complete dossier van mensen met een beperking. Daarom is wet- en regelgeving van toepassing op het ondersteuningsplan.

In dit hoofdstuk is te lezen aan welke wettelijke eisen het ondersteuningsplan moet voldoen. Omdat het hier gaat om een juridische tekst, onderscheidt deze tekst zich in formulering. Bijvoorbeeld door het gebruik van de term cliënten, daar waar we in de overige teksten van de Handreiking Ondersteuningsplannen consequent spreken over mensen met een beperking.

Hoofdstukindeling

1. Rechten van de cliënt en plichten van de zorgverlener

a. Dossierplicht en de inhoud van het cliëntdossier

- [Dossierplicht](#)
- [Inhoud cliëntdossier](#)

b. Rechten van de cliënt met betrekking tot het cliëntdossier

- [Inleiding](#)
- [Recht op \(elektronische\) inzage/afschrift](#)
- [Inzage- en afschriftrecht door nabestaanden](#)
- [Recht op correctie](#)
- [Recht op vernietiging](#)
- [Recht op dataportabiliteit](#)



c. Plichten van de zorgverlener

- [Goed hulpverlenerschap](#)
- [De professionele standaard](#)
- [De bewaarplicht](#)
- [Het beroepsgeheim](#)

d. Geïnformeerde toestemming (Informed consent)

- [Informatie verstrekken](#)
- [Toestemming](#)
- [Samen beslissen \(shared decision making\)](#)
- [Vastleggen van de toestemming](#)
- [Ondertekenen van het ondersteuningsplan](#)

e. Wils(on)bekwaam en vertegenwoordiging

- [Vertegenwoordiging](#)

2. Goede zorg

- [Definitie cliëntdossier en professionele standaard](#)
- [Goede zorg](#)
- [Verantwoordelijkheidsverdeling](#)

3. Het ondersteuningsplan in wetten over het zorgstelsel

- [Ondersteuningsplan\(-bespreking\) in de Wlz en het Besluit langdurige zorg](#)
- [Het \(ondersteunings\)plan in de Jeugdwet](#)
- [Het ondersteuningsplan in de Wmo 2015](#)
- [Het Kwaliteitskompas gehandicaptenzorg 2023-2028](#)

4. Het ondersteuningsplan en de Wet zorg en dwang (Wzd)

- [Inleiding](#)
- [Beoordeling wilsonbekwaamheid](#)

5. Het VN-Verdrag Handicap (Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap)

- [Inleiding](#)
- [Begrip wilsonbekwaam](#)

6. Richtlijnen, protocollen en beroepsstandaarden

- [Inleiding](#)



Inleiding

Het ondersteuningsplan is noodzakelijk voor goede zorgverlening aan de cliënt en is een onderdeel van het dossier van de cliënt. Wet- en regelgeving over het cliëntdossier is daarom op het ondersteuningsplan van toepassing.

De wettelijke eisen aan het cliëntdossier en de rechten en plichten die hieraan zijn verbonden staan in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst ([Wgbo](#)). Volgens de [richtlijn Wgbo van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland](#) handelen de leden (zorgorganisaties) van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) in overeenstemming met de Wgbo bij het bieden van zorg en ondersteuning aan hun cliënt, tenzij een wet anders bepaalt. Aanvullend zijn de privacyregels uit de Algemene Verordening Gegevensbescherming ([AVG](#)) en de Uitvoeringswet AVG ([UAVG](#)) van toepassing. In de Wet en het Besluit wet langdurige zorg (Wlz) worden eisen gesteld aan de onderwerpen die in een [ondersteuningsplanbespreking](#) aan de orde moeten komen.

De gehandicaptenzorg heeft de opgave om mensen te ondersteunen, zodat zij een waardevol leven kunnen leiden [Een betekenisvol leven, gewoon meedoen. Visiedocument VGN 2030](#). Het ondersteuningsplan vormt het fundament van het zorgproces rondom de individuele cliënt en is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zijn bestaan.

In hoofdstuk 1 staan de rechten van de cliënt en plichten van de zorgverlener. Iedere zorgverlener is verplicht om een [cliëntdossier](#) bij te houden. Dit kan schriftelijk of elektronisch. De cliënt heeft rechten met betrekking tot zijn [dossier](#). De zorgverlener heeft meerdere [plichten](#). De zorgverlener biedt zorg en ondersteuning op basis van geïnformeerde toestemming. Voor het geven van toestemming hanteert de wetgever strikte [leeftijdsgrenzen](#). Als een cliënt ter zake van een bepaalde situatie of beslissing wilsonbekwaam is, moet de vertegenwoordiger van de cliënt deze toestemming verlenen, tenzij dit in strijd is met het handelen als een goede [zorgverlener](#).

In hoofdstuk 2 worden de eisen van goede zorg uiteengezet. Een cliëntdossier is noodzakelijk voor het bieden van goede zorg aan de cliënt op grond van [de Wet kwaliteit klachten en geschillen \(Wkkgz\)](#).

Naast genoemde wetten is op het ondersteuningsplan ook wet- en regelgeving over het zorgstelsel van toepassing: de Wet langdurige zorg ([Wlz](#)), de [Jeugdwet](#) en de [Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 \(Wmo 2015\)](#). Dit wordt in hoofdstuk 3 behandeld.



Uitgangspunt is dat de zorg en ondersteuning aan de cliënt is gebaseerd op vrijwillige zorg op grond van geïnformeerde toestemming. Pas als het gedrag van de cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking leidt tot of een aanzienlijk risico op ernstig nadeel, kan onvrijwillige zorg op grond van de Wet zorg en dwang ([Wzd](#)) worden ingezet. In hoofdstuk 4 staan de [aanvullende registratie-eisen op grond van de Wzd](#).

Hoofdstuk 5 behandelt het VN-Verdrag voor mensen met een handicap. In 2016 heeft Nederland het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap ([VN-Verdrag](#)) geratificeerd. [Het Verdrag](#) geeft erkenning dat mensen met een beperking recht hebben om zonder enige vorm van discriminatie op grond van hun handicap ten volle alle fundamentele vrijheden te kunnen uitoefenen.

Naast wetten en lagere regels maken richtlijnen, protocollen en beroepsstandaarden onderdeel uit van de professionele standaard van de zorgverlener. Soms worden in deze documenten aanvullende eisen gesteld aan [registratie van zorgverlening](#).



12. Wet- en regelgeving

12.1 Rechten van de cliënt en plichten van de zorgverlener

A. Dossierplicht en de inhoud van het cliëntdossier

Dossierplicht

In de Wgbo ([artikel 7:454 lid 1 BW](#)) en in de Jeugdwet ([artikel 7.3.8 Jeugdwet](#)) staat dat iedere zorgverlener (waaronder de ambulant begeleider, begeleider dagbesteding/wonen, arts of fysiotherapeut) verplicht is om een dossier over zijn cliënt bij te houden. Al deze gegevens bij elkaar vormen het cliëntdossier, dat dus niet noodzakelijk op één plek bij elkaar bewaard of digitaal opgeslagen hoeft te worden. Daarnaast is de zorgverlener die Wlz-zorg in natura biedt, verplicht de resultaten van de ondersteuningsplanbespreking vast te leggen ([Hoofdstuk 8 Wlz: zeggenschap van de verzekerde over zijn leven](#)).

Vanuit de wet is er geen dossierplicht voor zorg en ondersteuning op grond van de Wmo 2015 en Wlz-zorg op basis van een persoonsgebonden budget. Op grond van de Wgbo-richtlijn van de VGN geldt de dossierplicht echter ook voor het bieden van Wlz-zorg op basis van een persoonsgebonden budget. Daarnaast is het op grond van goed hulpverlenerschap en methodisch werken wenselijk om de met de cliënt gemaakte afspraken en de voortgang omtrent de geleverde zorg vast te leggen.

Inhoud cliëntdossier

In het cliëntdossier staan gegevens over de gezondheid van de cliënt en de daaraan verbonden verleende zorg, maar ook alle andere stukken en gegevens die noodzakelijk zijn voor een goede zorgverlening aan de cliënt. Hieronder vallen diverse documenten, zoals het ondersteuningsplan, de levensgeschiedenis en het medicatieoverzicht van de cliënt. Ook relevante correspondentie met een vertegenwoordiger of een andere zorgverlener van de cliënt hoort in het cliëntdossier te zijn opgenomen.

Verder staat in het cliëntdossier basisinformatie over de cliënt, zoals naam, adres, burgerservicenummer, de beschikking van de rechter over vertegenwoordigerschap en een afschrift van zijn Wlz-indicatie of de beschikking van de gemeente.

Persoonlijke werkaantekeningen, zoals het tijdelijk opschrijven van een vermoeden of aantekening om een collega te bellen, zijn geen onderdeel van het cliëntdossier. Nadat het vermoeden is onderzocht of de collega is gebeld, wordt de persoonlijke werkaantekening vernietigd.



De zogenaamde MIC-meldingen (Melding Incident Cliënt) zijn voor het veilig melden van incidenten door zorgverleners met als doel het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Deze meldingen maken geen deel uit van het cliëntdossier.

Daarnaast zijn ook uitspraken van klachtencommissies geen onderdeel van het cliëntdossier.

B. Rechten van de cliënt met betrekking tot het cliëntdossier

Inleiding

In de Wgbo, de Jeugdwet en de Wmo 2015 wordt het recht op inzage in en afschrift van het cliëntdossier aan de cliënt toegekend. In de Wlz is bovendien bepaald dat de cliënt of vertegenwoordiger indien gewenst een afschrift van het ondersteuningsplan ontvangt ([Deel B Cliëntdossier: recht op inzage en afschrift, bewaartermijn, vernietiging uit VGN Handreiking privacy, bescherming van persoonsgegevens van cliënten in de gehandicaptenzorg, VGN, juli 2019](#)).

Recht op (elektronische) inzage/afschrift

Een cliënt heeft recht op (elektronische) inzage in en afschrift van zijn dossier ([artikel 7:456 BW](#)) en ([Artikel 15d Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg Wabvpz](#)). Het recht van de cliënt op elektronische inzage houdt niet per definitie in dat de inzage online (via internet) moet worden gegeven. De vorm waarop er elektronisch inzage kan worden verleend is niet expliciet in de Wabvpz beschreven. Dit betekent dat verstrekking in de vorm van een PDF ook mag. Hier mogen echter geen kosten voor in rekening worden gebracht. Als de rechten of vrijheden van een ander persoon hierdoor worden geschonden, kan de zorgverlener besluiten om onderdelen van het dossier niet te laten inzien of niet te verstrekken. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de situatie dat in een dossier over een kind informatie over de vader staat en de moeder het dossier graag wil meelesen.

Een andere grond voor het beperken van het recht op inzage in of afschrift van het cliëntdossier, is dat het verstrekken van informatie in strijd is met goed hulpverlenerschap. Het is raadzaam om de argumenten hiervoor met een collega zorgverlener te bespreken en goed in het cliëntdossier te registreren.



Inzage- en afschrijfrecht door nabestaanden

Sinds 2020 hebben nabestaanden van een cliënt recht op inzage- of afschrift in het cliëntdossier ([artikel 7:458a BW](#)) als:

- de cliënt bij leven schriftelijk of elektronisch hiervoor toestemming heeft verleend;
- de nabestaande van de zorgaanbieder een mededeling heeft ontvangen over een incident;
- de nabestaande een zwaarwegend belang heeft en kan aantonen dat dit belang zwaarwegender is dan het beroepsgeheim;
- de nabestaanden ouders zijn van een kind dat jonger is dan 16 jaar en de inzage niet strijdig is met goed hulpverlenerschap.

Behoudens bovenstaande uitzonderingen heeft de nabestaande geen recht op inzage- of afschrift in het cliëntdossier.

Recht op correctie

Als de cliënt het niet eens is met de inhoud van het cliëntdossier, kan de cliënt aan de zorgverlener vragen een eigen verklaring aan het dossier toe te voegen ([artikel 7:454 lid 2 BW](#)). De zorgverlener is verplicht om deze verklaring ook daadwerkelijk in het dossier op te nemen. De zorgverlener is echter niet verplicht om zijn professionele bevindingen te wijzigen op grond van een andere zienswijze van de cliënt. Het is immers een professioneel zorgdossier. De zorgverlener is op basis van de privacywetgeving wel verplicht om onjuistheden in het dossier, zoals een verkeerde geboortedatum of een verkeerde naam van partner of kind, te corrigeren.

Recht op vernietiging

De cliënt kan vragen de inhoud van zijn dossier te vernietigen ([artikel 7:455 BW](#)). De zorgverlener hoeft hier niet aan te voldoen als dit in strijd is met het belang van een ander persoon, met de continuïteit van de zorgverlening of met een specifieke wettelijke regel. Het gaat hierbij om de zorggerelateerde gegevens, dus niet de financiële gegevens die de zorgaanbieder moet bewaren in het kader van haar wettelijke verantwoordingsplicht naar haar financierder.

Recht op dataportabiliteit

Het recht op dataportabiliteit betekent dat een cliënt het recht heeft om (digitale) gegevens mee te nemen en over te dragen aan een andere zorginstelling. Het gaat dan wel om gegevens die een cliënt zelf heeft verstrekt ([artikel 20 AVG](#)).



C) Plichten van de zorgverlener

Goed hulpverlenerschap

De zorgverlener is verplicht te handelen als een goede zorgverlener. De Wgbo noemt dit goed hulpverlenerschap. Dit houdt concreet in: handelen conform de professionele standaard ([artikel 7:453 lid 1 BW](#)).

De professionele standaard

Onder de professionele standaard vallen onder meer richtlijnen, beroepscodes of -standaarden, zorgstandaarden, modules, normen en kwaliteitsindicatoren die betrekking hebben op het zorgproces en die vastleggen wat noodzakelijk is vanuit het perspectief van de cliënt.

Iedere zorgverlener moet op de hoogte zijn van en handelen conform de professionele standaard. Als goede zorg dit vereist, mag van de professionele standaard worden afgeweken. Dan moet de zorgverlener dit wel in het dossier toelichten. Het is aan te bevelen om deze afweging multidisciplinair te maken ([artikel 1 lid 1 Wkkgz](#)).

De bewaarplicht

De zorgverlener bewaart het dossier twintig jaar, gerekend na de laatste wijziging, of zoveel langer als goed

hulpverlenerschap dit vereist, of langer indien dit in het belang is van een ander persoon. Bij dit laatste wordt gedacht aan de aanwezigheid van een erfelijke ziekte. [artikel 7:454 lid 1, 2 en 3 BW](#).

Het beroepsgeheim

Iedere zorgverlener is gebonden aan het beroepsgeheim. Andere personen die bij de zorg aan de cliënt betrokken zijn, zoals medewerkers van een secretariaat, schoonmakers of managers van de zorginstelling, hebben een afgeleid beroepsgeheim ([artikel 7:457 BW](#)). De reden voor het beroepsgeheim is dat een cliënt zich vrij tot een zorgverlener moet kunnen wenden, zonder vrees dat informatie over hem met andere personen wordt gedeeld. Als dit recht niet gegarandeerd wordt bestaat het risico dat mensen die dringend hulp nodig hebben zorg mijden. Daarnaast is natuurlijk de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van cliënten belangrijk.

Het beroepsgeheim heeft betrekking op alle informatie die de zorgverlener in de uitoefening van zijn beroep over de cliënt te weten is gekomen, niet alleen medische informatie.

Zonder uitdrukkelijke toestemming van de cliënt mag een zorgverlener geen informatie delen met andere personen. Een uitzondering is dat de zorgverlener zonder toestemming informatie mag delen met rechtstreeks bij de zorg aan de cliënt betrokken zorgverleners of diens waarnemers en met de vertegenwoordiger van een ter zake wilsonbekwame cliënt. De informatie moet dan wel noodzakelijk zijn voor de uitoefening van hun taak als zorgverlener of vertegenwoordiger.



Soms verplicht een wet om informatie te verstrekken. Een voorbeeld staat in de Wet publieke gezondheid (Wpg): de zorginstelling is verplicht om aan de GGD door te geven dat een patiënt Covid-19 heeft. Daarnaast kan er in uitzonderlijke omstandigheden sprake zijn van een situatie van overmacht, waardoor de zorgverlener in een conflict van plichten komt. ([Het beroepsgeheim en het verschoningsrecht in de gehandicaptenzorg](#)).

Als laatste uitzondering kan er sprake zijn van een ander belang dat zwaarwegender is dan het beroepsgeheim. Dit wordt echter alleen in zeer uitzonderlijke situaties door de rechter toegekend.

D) Geïnformeerde toestemming (Informed consent)

([artikel 7:448 BW jo 7:450 BW](#))

Informatie verstrekken

De zorgverlener licht de cliënt tijdig en op duidelijke wijze (afgestemd op zijn bevattingsvermogen) in over de voorgestelde behandeling. Ook moet de cliënt over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en zijn gezondheidstoestand op de hoogte worden gehouden.

De zorgverlener informeert de cliënt over:

1. zijn ziekte of aandoening en de prognose;
2. voorgestelde behandelingen of onderzoeken en het doel daarvan;
3. eventueel andere behandel mogelijkheden;
4. de gevolgen en eventuele risico's van behandelingen of onderzoeken, en ook van medicatie;
5. de ontwikkelingen rond het verloop van de behandeling;
6. de termijn waarop de onderzoeken of behandelingen kunnen worden uitgevoerd en de verwachte tijdsduur ervan.

De zorgverlener stelt zich tijdens het overleg op de hoogte van de situatie en behoeften van de cliënt, nodigt de cliënt uit om vragen te stellen en verstrekt desgevraagd schriftelijk of elektronisch aanvullende uitleg.

Toestemming

Op basis van de gegeven informatie geeft de cliënt toestemming voor de zorg. Als de cliënt ter zake als wilsonbekwaam is beoordeeld, kan de vertegenwoordiger namens de cliënt toestemming verlenen. Door wie toestemming wordt verleend en vanaf welke leeftijd staat in deze tabel: [tabel leeftijd en toestemming voor zorg](#).



Samen beslissen (shared decision making)

Beslissen vindt niet alleen plaats in de spreekkamer van de dokter, maar op meerdere momenten in het (langdurig) zorgtraject en met meerdere zorgverleners. Bij 'shared decision making' komen zorgverlener en cliënt samen tot een besluit over de zorg aan de cliënt. Door deze gezamenlijke besluitvorming kunnen zowel cliënt als zorgverlener beter inschatten welke zorg het beste past bij de individuele situatie van de cliënt. Uiteindelijk geeft – na het gezamenlijk overleg – de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger toestemming over de in het ondersteuningsplan opgenomen zorg en ondersteuning.

Vastleggen van de toestemming

De toestemming voor de zorg en ondersteuning aan de cliënt hoeft niet schriftelijk te worden vastgelegd, maar is vormvrij. Dit wil zeggen dat de toestemming bijvoorbeeld ook mondeling of via een gebaar, app of mail kan worden gegeven. In bepaalde situaties kan de zorgverlener ervoor kiezen om van de gegeven toestemming een aantekening te maken in het dossier. De zorgverlener is echter wel verplicht om, als de cliënt hierom vraagt, de toestemming van een cliënt voor een ingrijpende behandeling in het dossier aan te tekenen ([artikel 7:451 lid 1 BW](#)).

Ondertekenen van het ondersteuningsplan

Tot 1 oktober 2018 stelde het zorgkantoor verplicht dat bij iedere wijziging van het ondersteuningsplan de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger zijn handtekening onder het plan zette. Alhoewel deze verplichting vanaf 2018 vervallen is, vragen veel zorgaanbieders nog steeds om een handtekening van de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger. Soms vraagt een andere financierder, bijvoorbeeld de gemeente, wel om ondertekening van een ondersteuningsplan. Dit is dan specifiek met de gemeente afgesproken.

In het Voorschrift zorgtoewijzing staat dat van elk evaluatiegesprek in het (digitale) ondersteuningsplan wordt opgenomen wanneer het gesprek heeft plaatsgevonden, wie daarbij aanwezig waren en wat is besproken. Verder staat er ook of de cliënt instemt met de gemaakte afspraken, die zijn verwerkt in het (digitale) ondersteuningsplan. Dat kan bijvoorbeeld door ondertekening van het (digitale) ondersteuningsplan of door een aantekening in het (digitale) ondersteuningsplan waaruit aantoonbaar blijkt dat dit met de cliënt is besproken. Een voorbeeld van een aantekening is: 'Samen met meneer/mevrouw zijn de volgende onderwerpen besproken...'. Zie [hoofdstuk 3](#).

Als de cliënt onder de reikwijdte van de Wzd valt, is de zorgverantwoordelijke verplicht om in het cliëntdossier te vermelden dat de cliënt niet instemt met de zorg uit het ondersteuningsplan en wat de reden is van het niet verwerven van de instemming van de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger ([artikel 16 lid 2 sub 2 Wzd](#)). Zie voor meer informatie over [de Wet zorg en dwang](#).



E) Wils(on)bekwaam en vertegenwoordiging

Vertegenwoordiging

Als de minderjarige cliënt ter zake van zijn zorg en ondersteuning als wilsonbekwaam is beoordeeld, worden de rechten van de cliënt uitgeoefend door zijn beide gezaghebbende ouders of voogd ([artikel 7:465 BW](#)).

Als de meerderjarige cliënt ter zake van zijn zorg en ondersteuning als wilsonbekwaam is beoordeeld, worden de rechten van de cliënt ten aanzien van zijn ondersteuningsplan uitgeoefend in samenspraak met zijn vertegenwoordiger(s). Dat is in eerste instantie zijn mentor of curator. Indien deze persoon ontbreekt of niet optreedt, valt deze taak toe aan de schriftelijk gemachtigde. Als er geen gemachtigde is of hij treedt niet op, dan worden de rechten van cliënt uitgeoefend door de geregistreerd partner of de levensgezel van de cliënt. Als deze ontbreekt of niet optreedt kunnen de ouders, broer of zus, grootouder of kleinkind optreden als vertegenwoordiger op het gebied van de zorg en ondersteuning aan de cliënt. In sommige gevallen kunnen er ook twee vertegenwoordigers zijn, bijvoorbeeld twee co-mentoren die ieder zelfstandig beslissingsbevoegd zijn over de zorg als een cliënt zelf geen weloverwogen beslissing kan nemen.

De beslissingen vinden altijd plaats in samenspraak en afstemming tussen de persoon met de beperking en zijn naasten. Mocht dit niet kunnen, dan beslist de vertegenwoordiger vanuit de wensen en de behoeften van de persoon met een beperking.

Zie voor toestemming en leeftijd: [tabel leeftijd en toestemming](#).

Een vertegenwoordiger moet handelen als een goed vertegenwoordiger. Dit houdt in dat hij de cliënt zoveel mogelijk betreft bij het nemen van zorgbeslissingen en het belang van de cliënt voor zijn eigen belang zet.

Op de [website goed vertegenwoordigd](#) staat veel informatie over de verschillende vormen van vertegenwoordiging en welke rechten en plichten een vertegenwoordiger heeft.



12. Wet- en regelgeving

12.2 Goede zorg

Definitie cliëntdossier en professionele standaard

In de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) staan de definities van het cliëntdossier en de professionele standaard.

Het cliëntdossier omvat de schriftelijk of elektronisch vastgelegde gegevens met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt. De professionele standaard is het geheel van maatschappelijke normen en regels, medische wetenschappelijke inzichten en ervaringen dat invulling geeft aan het professioneel handelen van zorgverleners of zorgaanbieders ([artikel 1 lid 1 Wkkgz](#)). Zie voor een uitgebreide definitie [H1e](#).

Goede zorg

In de Wkkgz staat dat iedere zorgaanbieder (zowel de zorginstelling als de solistisch werkende zorgverlener) verplicht is om goede zorg te verlenen. Goede zorg is zorg van goede kwaliteit en goed niveau. Dit houdt in dat de zorg in ieder geval veilig, beschikbaar en niet te duur is, tijdig wordt verleend, een goed resultaat heeft en is afgestemd op de reële behoefte

van de cliënt. Daarnaast moeten zorgverleners de rechten van cliënten kennen en respecteren, en cliënten met respect behandelen ([artikel 2 Wkkgz](#)).

Verantwoordelijkheidsverdeling

De zorgaanbieder is eindverantwoordelijk voor het bieden van goede zorg aan de cliënt, maar ook voor een goede organisatie van de zorg. De zorgaanbieder moet zorgen voor een kwalitatief en kwantitatief goed personeelsbestand en voor een goede verdeling van de verschillende verantwoordelijkheden (verantwoordelijkheids-toedeling) ([artikel 3 Wkkgz](#)).

De zorgaanbieder is verplicht de kwaliteit van de zorg systematisch te bewaken, beheersen en verbeteren (kwaliteitssysteem) en een interne procedure te hebben voor het registreren en analyseren van incidenten. De zorgaanbieder is verplicht de aard, de toedracht en het tijdstip van een incident dat voor de cliënt merkbare gevolgen heeft gehad of daartoe had kunnen leiden of zou kunnen leiden, te noteren in het cliëntdossier. Ook de namen van de bij het incident betrokken zorgverleners moeten in het dossier worden genoteerd ([artikel 10 lid 3 Wkkgz](#)).

De inspectie gezondheidszorg en jeugd (IGJ) houdt toezicht op de naleving van de Wkkgz door zorgverleners ([Toezicht op de gehandicaptenzorg](#)).



12. Wet- en regelgeving

12.3 Het ondersteuningsplan in wetten over het zorgstelsel

Ondersteuningsplan(-bespreking) in de Wlz en het Besluit langdurige zorg

In de Wlz en het Besluit langdurige zorg is het recht van de cliënt opgenomen dat er een ondersteuningsplanbespreking met de zorgaanbieder plaatsvindt en dat de gemaakte afspraken worden vastgelegd in een ondersteuningsplan ([Zeggenschap van de cliënt over zijn leven](#)) en ([Zorgplanbespreking](#)).

Als de cliënt Wlz-zorg in natura afneemt is de zorgaanbieder verplicht om een ondersteuningsplan op te stellen dat aansluit bij de wensen en voorkeuren van de cliënt. Tijdens de ondersteuningsplanbespreking moet in ieder geval, indien van toepassing, aandacht worden besteed aan de volgende onderwerpen: [Onderwerpen ondersteuningsplanbespreking](#).

Vóór de start van de zorgverlening, of anders zo snel mogelijk maar in ieder geval binnen zes weken nadat de zorg is begonnen, heeft de zorgverlener een gesprek met de cliënt over het op te stellen ondersteuningsplan en zijn de resultaten hiervan vastgelegd. Als de cliënt om een kopie van het ondersteuningsplan vraagt, moet de zorgaanbieder deze kosteloos verstrekken.

Een ondersteuningsplan bevat de schriftelijke of elektronische weergave van de uitkomsten van de bespreking die met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger zijn gevoerd over ([Zeggenschap van de cliënt over zijn leven](#)).

De cliënt heeft het recht om minimaal twee keer per jaar zijn ondersteuningsplan met de zorgaanbieder te bespreken, te evalueren en zo nodig te wijzigen. Na het eerste gesprek en na de evaluatiegesprekken moeten gemaakte afspraken in het ondersteuningsplan worden vastgelegd.

In de Wlz staat dat de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger een persoonlijk plan kan opstellen. Een persoonlijk plan is een plan dat de cliënt zelf opstelt en dat moet worden meegenomen bij het opstellen van het ondersteuningsplan door de zorgaanbieder. De cliënt moet door de zorgaanbieder van deze mogelijkheid op de hoogte worden gesteld. Ook heeft de cliënt recht op een onafhankelijk cliëntondersteuner ([De onafhankelijk cliëntondersteuner](#)).

Als de cliënt niet akkoord gaat met de inhoud van zijn ondersteuningsplan, zal de zorgaanbieder het ondersteuningsplan toch vaststellen, hierbij zoveel mogelijk rekening houdend met de (veronderstelde) wensen van de cliënt. Ook als de cliënt niet bereid is om met de zorgverlener te overleggen, zal de zorgverlener toch in het zorgplan moeten vastleggen welke inhoudelijke doelen hij met de zorgverlening in een bepaalde periode wil bereiken en hoe hij hierbij zoveel mogelijk rekening houdt met de wensen van de cliënt. Het gaat hierbij alleen om het vaststellen van het zorgplan en niet over instemming met de uitvoering daarvan. De zorgverlener kan de zorg zonder



instemming van cliënt alleen uitvoeren als het gedrag van de cliënt ten gevolge van zijn beperking leidt tot (een aanzienlijk risico op) ernstig nadeel voor hemzelf of een ander persoon en er echt geen lichter alternatief voorhanden is conform de voorwaarden van de [Wzd](#).

Het (ondersteunings)plan in de Jeugdwet

Sinds 1 januari 2015 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van alle vormen van jeugdhulp, de uitvoering van kindbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering.

De doelen van de Jeugdwet zijn: [De doelen van de Jeugdwet](#).

Bij vroegsignalering van opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen biedt de jeugdhulpaanbieder als eerste de mogelijkheid om, binnen een redelijke termijn, een familiegroepsplan op te stellen. Dit is niet van toepassing als er sprake is van gezagsbeëindiging van de ouders. Slechts indien de ouders aan de jeugdhulpaanbieder te kennen hebben gegeven dat zij geen gebruik wensen te maken van deze mogelijkheid, concrete bedreigingen in de ontwikkeling van het kind hiertoe aanleiding geven, of de belangen van het kind anderszins geschaad worden, kan de jeugdhulpaanbieder hier vanaf zien. Zie: [Familiegroepsplan artikel 4.1.2. Jeugdwet](#).

Als wordt afgezien van het opstellen van een familiegroepsplan wordt binnen zes weken een (hulpverlenings)plan of plan van aanpak opgesteld met de jeugdige en de ouders, dat is afgestemd op de behoeften van de jeugdige. Eventuele pleegouders worden betrokken bij het opstellen van het plan. Het plan mag mondeling worden overeengekomen, maar op verzoek van de jeugdige of ouders wordt het plan binnen twee weken op schrift gesteld ([Plan artikel 4.1.3. Jeugdwet](#)).

Als er sprake is van het bieden van een medische behandeling, zijn de regels van de Wgbo op het plan van toepassing. In de Jeugdwet zijn gelijke bepalingen opgesteld voor het geven van geïnformeerde toestemming, het inrichten van een dossier en privacybescherming ([Hoofdstuk 7.3 Jeugdwet](#)).

Voor het bieden van jeugdhulp is echter geen toestemming van de jeugdige en/of zijn ouders/voogd nodig als het gaat om jeugdhulp in het kader van een machtiging gesloten jeugdhulp, een spoedmachtiging gesloten jeugdhulp, een kindbeschermingsmaatregel of jeugdreclassering.

De jeugdige en zijn ouders hebben recht op ondersteuning van een vertrouwenspersoon: [De vertrouwenspersoon in de Jeugdwet](#).



Het ondersteuningsplan in de Wmo 2015

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. Het gaat dan bijvoorbeeld om:

- begeleiding en dagbesteding;
- ondersteuning om de mantelzorger tijdelijk te ontlasten;
- een plaats in een beschermde woonomgeving;
- opvang in geval van huiselijk geweld en mensen die dakloos zijn.

Iedere gemeente organiseert de toegang tot ondersteuning op zijn eigen manier. Sommige gemeenten kiezen voor het Wmo-loket. Andere gemeenten kiezen voor sociale wijkteams, waar mensen terecht kunnen met hun hulpvraag. Wat het wijkteam precies doet, verschilt per gemeente ([Informatie over de Wmo 2015](#)). Bij het aanvragen van maatschappelijke ondersteuning heeft de cliënt (burger) het recht om een persoonlijk plan in te dienen, waarin hij zijn wensen en behoeften aan maatschappelijke ondersteuning beschrijft. De gemeente houdt bij het doen van onderzoek naar de behoefte van maatschappelijke ondersteuning rekening met dit persoonlijk plan. Verder heeft de cliënt (burger) recht op ondersteuning van een onafhankelijke cliëntondersteuner ([artikel 2.2.4 Wmo 2015](#)) en ([Handreiking Cliëntondersteuning VNG](#)).

Het Kwaliteitskompas gehandicaptenzorg 2023-2028

Het uitgangspunt van het [Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg](#) is persoonsgerichte zorg op basis van de dialoog tussen cliënt, verwanten en medewerkers. Persoonsgerichte zorg bestaat uit zorgverlening die aansluit op de wensen en voorkeuren van de persoon met een beperking, die is afgestemd op het leven van de individuele persoon en waarbij ouders en andere verwanten experts zijn en daarmee partners in de zorg. Veilige zorg is een onderdeel van persoonsgerichte zorg en ondersteuning.

Het ondersteuningsplan helpt mensen met een beperking, hun verwanten en professionals om samen te bepalen wat belangrijk is en om hier samen over in gesprek te gaan. Aandachtsvelden bij dat individuele plan zijn:

- Integrale beeldvorming met aandacht voor de levensgeschiedenis
- Gezondheid: lichamelijk welbevinden
- Gezondheid: psychisch welbevinden
- Betekenisvolle contacten en interpersoonlijke relaties
- Deelname aan de samenleving door bijvoorbeeld wonen, werken, activiteiten en vrijetijdsbesteding
- Persoonlijke ontwikkeling en zelfbepaling



12. Wet- en regelgeving

12.4 Het ondersteuningsplan en de Wet zorg en dwang (Wzd)

In de Wet zorg en dwang zal als gevolg van de [Wetsevaluatie](#) nog een aantal wijzigingen plaatsvinden. Vermoedelijk zullen deze gedurende 2024 worden ingevoerd.

Inleiding

De Wzd regelt de rechten van cliënten met de diagnose verstandelijke beperking of psychogeriatric als bij hen onvrijwillige zorg wordt toegepast of zij gedwongen worden opgenomen. De Wzd is ook van toepassing bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH), Korsakov of Huntington die soortgelijke gedragsproblemen en regieverlies ervaren en die Wzd-zorg ontvangen. Als er geen Wlz-indicatie VG/PG voor een cliënt is afgegeven, zal een ter zake kundige arts een verklaring moeten afgeven met hierin de reden waarom deze cliënten onder de reikwijdte van de Wzd wordt gebracht.

De Wzd gaat uit van het principe: ‘Nee, tenzij’. Alleen wanneer vrijwillige zorg echt niet mogelijk is en het gedrag van de cliënt leidt tot ernstig nadeel ([definitie: het bestaan van of het aanzienlijk risico op ernstig gevaar, letsel of bedreiging voor de veiligheid van hemzelf of zijn omgeving](#)), kan onvrijwillige zorg worden verleend ter voorkoming of beperking van dit ernstig nadeel. Voordat onvrijwillige zorg mag worden toegepast, moet een multidisciplinaire besluitvormingsprocedure ([Stappenplan Wzd Vilans](#)) en ([Stappenplan VGN](#)) worden doorlopen.

Het zorgplan (ondersteuningsplan) vormt de basis van de aan de cliënt te verlenen zorg en ondersteuning. In de Wzd staat dat aan een cliënt alleen zorg mag worden verleend als hij ermee instemt. Onvrijwillige zorg mag dus in de eerste periode van de zorgverlening niet worden verleend, tenzij het gaat om een noodsituatie.

In aansluiting op de [dossierplicht van de Wgbo](#) staat in de Wzd zorgverantwoordelijke moet het zorgplan binnen zes weken na aanvang van de zorg hebben opgesteld, in overleg met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger. Daarbij houdt de zorgverantwoordelijke zoveel mogelijk rekening met de wensen en behoeften van de cliënt. De zorgverantwoordelijke voegt een afschrift van de schriftelijke wilsverklaring van de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger toe aan het zorgplan.



Als het niet mogelijk is om rekening te houden met de wensen en behoeften van de cliënt, stelt de zorgverantwoordelijke gemotiveerd de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger hiervan op de hoogte. Binnen vier weken na de start van de zorg moet het zorgplan worden geëvalueerd. Hierna is de evaluatietermijn zes maanden of eerder als dit noodzakelijk is. Bij het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt voorgeschreven welke zorgverlener met welke expertise moet aansluiten en welke afwegingen worden gemaakt. Voor deze overleggen wordt ook de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger uitgenodigd. Daarnaast geeft de zorgverantwoordelijke aan voor welk termijn de onvrijwillige zorg maximaal mag worden verleend. Na iedere evaluatie registreert de zorgverantwoordelijke de datum van de evaluatie in het cliëntdossier.

Naast de verplichte informatie in het zorgplan moet de zorgverantwoordelijke nog een aantal andere gegevens en documenten in het dossier opnemen.

Dit zijn:

- een afschrift van de bereidheidsverklaring van de door de client schriftelijk gemachtigde van de cliënt om als gemachtigde van de cliënt op te treden ([artikel 3 lid 5 Wzd](#));

- de vermelding van de reden van het niet geven van instemming van de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger met het zorgplan;
- de resultaten van de multidisciplinaire overleggen (evaluaties van het zorgplan), het advies van de onafhankelijk deskundige en de mogelijke aanpassingen van het zorgplan na een evaluatie;
- op welk moment en bij welke vormen van onvrijwillige zorg is afgesproken dat de zorgverantwoordelijke moet instemmen;
- een aantekening over het informeren van de Wzd-functionaris, de vertegenwoordiger en de cliënt over het verlenen van onvrijwillige zorg, en, indien dit niet is gebeurd, de reden daarvoor;
- de aantekening van het ontbreken van de instemming, met dan wel de medewerking van de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger aan de uitvoering van het zorgplan en de reden daarvoor;
- de aantekening dat zonder toestemming van de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger gegevens zijn verstrekt door de zorgaanbieder, de Wzd-functionaris, de zorgverantwoordelijke, het CIZ, de burgemeester en de officier van justitie in het kader van het uitoefenen van hun taak;
- de aantekening dat het CIZ op verzoek van de cliënt heeft vastgesteld dat hij bereid is tot opname en de zorgaanbieder hiervan door het CIZ op de hoogte is gesteld. Verder ook de verklaring van de bij de zorg betrokken arts of de cliënt in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van deze beslissing;
- de aantekening van de beslissing van de zorgverantwoordelijke voor het toepassen van onvrijwillige zorg in een onvoorziene- of noodsituatie en voor welk termijn (maximaal twee weken) die van toepassing is;



- en afschrift van het besluit tot opname en verblijf;
- een afschrift van de (voorwaardelijke) rechterlijke machtiging;
- een afschrift van de beschikking tot inbewaringstelling;
- de opname- en ontslaggegevens, en
- de beoordeling door de Wzd-functionaris van het zorgplan, indien onvrijwillige zorg is opgenomen of de onvrijwillige zorg in het zorgplan is gewijzigd. Indien de Wzd-functionaris de zorgverantwoordelijke verzoekt om geïnformeerd te worden over de verlening van onvrijwillige zorg aan een cliënt, neemt de zorgverantwoordelijke dit in het zorgplan op. De zorgverantwoordelijke informeert de Wzd-functionaris over een evaluatie van het zorgplan.
- het zorgplan vermeldt de wijze waarop de zorgaanbieder en de Wzd-functionaris de kwaliteit van de onvrijwillige zorg bewaken en toezicht houden op de uitvoering van de onvrijwillige zorg.

Het stappenplan stelt ook eisen aan de uitvoering van de onvrijwillige zorg. In eerste instantie kunnen alleen de in het zorgplan van de cliënt opgenomen vormen van vormen van zorg worden verleend. Alleen als de zorgverantwoordelijke van mening is dat de onvrijwillige zorg noodzakelijk is en er geen alternatief is, dan mag de zorgverlener de onvrijwillige zorg toepassen. In het zorgplan staat vermeld of, en zo ja wanneer en waarover, de zorgverantwoordelijke wordt geïnformeerd over de toepassing van onvrijwillige zorg.

Aan het bijhouden van het dossier wordt veel waarde gehecht. De cliënt en/of zijn vertegenwoordiger, of nabestaande van de cliënt, kan een Wzd-klacht indienen over het bijhouden van het dossier voor zover dit betrekking heeft op onvrijwillige zorg.

Beoordeling wilsonbekwaamheid

In de Wzd staat door wie en op welke wijze van de cliënt de wilsonbekwaamheid ter zake wordt bepaald. In eerste instantie beoordeelt de bij de zorg betrokken deskundige de wilsonbekwaamheid ter zake van het verlenen van onvrijwillige zorg. Dit gebeurt in afstemming met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger en volgens de professionele richtlijn. Als er geen overeenstemming met de vertegenwoordiger van de cliënt wordt bereikt, beoordeelt een niet bij de zorg aan de cliënt betrokken deskundige de wilsonbekwaamheid ter zake van de cliënt.



12. Wet- en regelgeving

12.5 Het VN-Verdrag Handicap (Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap)

Inleiding

Door het ratificeren van het [VN-Verdrag inzake rechten van mensen met een handicap](#) heeft de Nederlandse overheid zichzelf verplicht om te waarborgen en te bevorderen dat alle personen met een handicap zonder enige vorm van discriminatie op grond van hun handicap ten volle alle fundamentele vrijheden kunnen uitoefenen.

De ondersteuning richt zich op het optimaliseren van de uitoefening van de rechten als burger en de rechten als cliënt. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om het recht om een klacht in te dienen, het recht op privacy en het recht op goede kwaliteit van de zorg. Daarnaast vraagt het recht op vrijheid om aandacht, vanwege de mate van toezicht en zorg in de persoonlijke levenssfeer. Onvrijwillige zorg mag niet worden ingezet,

tenzij er een aanzienlijk risico bestaat op ernstig nadeel voor de cliënt zelf of diens omgeving. Eventuele maatregelen zijn alleen toegestaan op grond van de regels van de Wzd. Zie hiervoor: [Dwang in de zorg](#).

Begrip wilsonbekwaam

Het VN-Verdrag voor mensen met een handicap geeft duidelijk aan dat een vertegenwoordiger van een cliënt pas optreedt, als de cliënt ter zake van een bepaalde situatie door de (regie)behandelaar als wilsonbekwaam is beoordeeld. Het doel van vertegenwoordiging is het bieden van ondersteuning aan een cliënt, zodat hijzelf een weloverwogen beslissing kan nemen. Pas als de cliënt dit zelf niet kan of wenst, treedt de vertegenwoordiger namens de cliënt op. Zie voor de beoordeling van de wilsonbekwaamheid van een cliënt: [Handreiking beoordeling wilsonbekwaamheid in de Verstandelijk Gehandicaptenzorg september 2020](#).





12. Wet- en regelgeving

12.6 Richtlijnen, protocollen en beroepsstandaarden Inleiding

Naast wet- en regelgeving stellen veel beroepsverenigingen van zorgverleners nadere eisen aan de dossierplicht van de zorgprofessional. Deze beroepsstandaarden geven houvast aan de desbetreffende zorgverlener over hoe de wet- en regelgeving in hun praktijk dient te worden gehanteerd. Daarnaast is er jurisprudentie van de (tucht)rechter beschikbaar over het bijhouden van een cliëntdossier en het invullen van de professionele standaard van de zorgverlener. De richtlijnen, protocollen en beroepsstandaarden worden regelmatig aan de nieuwe jurisprudentie aangepast.

[KNMG verantwoordelijkheidsverdeling](#)

