



Overzicht

Wettelijk verplichte registraties voor begeleiders in de gehandicaptenzorg binnen de **Wlz**



December 2018

INHOUDSOPGAVE

<u>Vooraf</u>	3
<u>Afbakening</u>	4
<u>Begrippenlijst</u>	5
1 <u>Het dossier</u>	10
2 <u>Ondersteuningsplan of zorgplan</u>	15
3 <u>Gedwongen opname en behandeling: Wet Bopz</u>	19
4 <u>Medicatie</u>	22
5 <u>Kwaliteit en veiligheid</u>	24
6 <u>Voedselveiligheid en hygiëne</u>	29
7 <u>Indicatie ClZ en Zorgovereenkomst PGB</u>	32
8 <u>Informatiebeveiliging</u>	34
<u>Tot slot</u>	36
<u>Revisie</u>	37
<u>Colofon</u>	38

Het registreren in de zorg lijkt alleen maar toe te nemen. Begeleiders in de gehandicaptenzorg zijn steeds meer tijd kwijt met het invullen van formulieren en checklists. Kostbare tijd die ze liever met hun cliënten doorbrengen.

Daarnaast is het niet altijd duidelijk waar een registratie vandaan komt. Is het een verplichting vanuit de wet, de professionele standaard of van de zorgorganisatie zelf? En welke registraties zijn nou echt verplicht en welke niet? Vilans en de Zorg Zaken Groep hebben daarom in 2015 een overzicht van wettelijk verplichte registraties voor de verpleging en verzorging opgesteld. De reacties uit de praktijk waren positief. Ook uit de gehandicaptenzorg. Begeleiders en andere medewerkers vroegen ons regelmatig om een dergelijk overzicht ook voor hun sector te ontwikkelen. Dat overzicht ligt nu voor u.

Vilans heeft in 2015 het rapport 'Terugdringen registratielasten in de langdurige zorg' gepubliceerd. Dit rapport is tot stand gekomen in samenwerking met beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), de vakbonden Abvakabo FNV, CNV Zorg & Welzijn en Nu'91. Uit het rapport komt naar voren dat als we daadwerkelijk de registratielasten willen verminderen, we een beweging op gang moeten brengen.

In 2015 heeft een werkgroep een aantal aanbevelingen uit dit rapport uitgewerkt. Eén van deze aanbevelingen was het ontwikkelen van een toolkit die zorgmedewerkers en begeleiders helpt onnodige registraties in hun eigen team op te ruimen. Deze toolkit 'Minder papier, meer tijd voor zorg' is sinds begin 2016 beschikbaar. Het overzicht dat nu voor u ligt, hoort bij deze toolkit. Hiermee willen we helderheid bieden en een discussie op gang brengen over nut en noodzaak van bepaalde registraties, de onnodige afschaffen en andere beter organiseren en naleven.

In dit overzicht gaan we in op de registraties die volgens de wet verplicht zijn. Het overzicht is ingedeeld in acht herkenbare thema's/hoofdstukken:

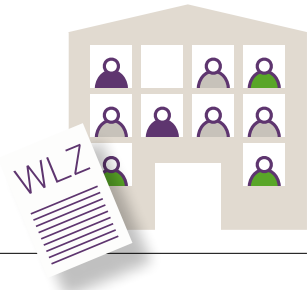
- [dossier](#)
- [ondersteuningsplan of zorgplan](#)
- [gedwongen opname en behandeling](#)
- [medicatie](#)
- [kwaliteit en veiligheid](#)
- [voedselveiligheid en hygiëne](#)
- [indicatie CIZ en zorgovereenkomst PGB](#)
- [informatiebeveiliging](#)

Elk hoofdstuk bestaat uit een inleiding, een korte omschrijving van de van toepassing zijnde wetten en regelgeving, een beschrijving van de wettelijk verplichte registraties die hieruit volgen voor de begeleider en de waarheid achter fabels en misverstanden. Onder regelgeving verstaan wij de in de wet genoemde lagere wetgeving, zoals algemene maatregelen van bestuur, ministeriële regelingen en besluiten.

We willen dit overzicht levend houden en steeds aanvullen met nieuwe inzichten en ontwikkelingen. Dat betekent dat we u van harte uitnodigen om het overzicht te lezen en verder te verspreiden, zodat zoveel mogelijk teams en zorgaanbieders aan de slag gaan met het opruimen van (onnodige) registraties en hun bevindingen met ons delen. Dit betekent ook dat er regelmatig een nieuwe versie van het overzicht verschijnt.

Controleer daarom altijd op de website van Vilans of u de laatste versie voor u hebt. Cliënten, behandelaars, begeleiders, en zorgaanbieders kunnen zowel mannen als vrouwen zijn. Voor de leesbaarheid gebruiken we in dit overzicht steeds de mannelijke vorm. En als we het hebben over cliënten, bedoelen we nadrukkelijk ook hun wettelijk vertegenwoordigers.

Vilans & De Zorg Zaken Groep



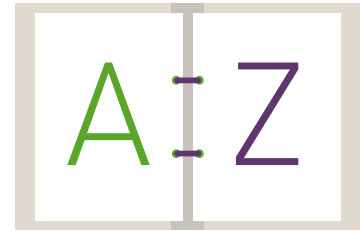
In deze publicatie vindt u een overzicht van wettelijk verplichte registraties voor begeleiders in de gehandicaptenzorg binnen de Wet langdurige zorg (Wlz). In dit overzicht bedoelen wij met gehandicaptenzorg de zorg voor mensen met een verstandelijke, lichamelijke, zintuiglijke of meervoudige beperking. Deze mensen hebben allen een indicatie voor aanspraak op zorg gefinancierd vanuit de Wlz. De indicatiestelling loopt via het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Voor de leesbaarheid en de overzichtelijkheid hebben we de Jeugdwet, de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) niet opgenomen in dit overzicht. Ook registraties die voortvloeien uit wetsvoorstellen hebben we niet opgenomen. Een wetsvoorstel is namelijk geen geldend recht. Dit zou verwarring geven. Deze tekst is opgesteld op basis van een juridische analyse, maar de tekst is zo geschreven dat deze voor iedereen toegankelijk is. Het overzicht is vooral bedoeld voor managers, beleidsmedewerkers en kwaliteitsfunctionarissen.

Sommige wetten leggen de registratieplicht precies vast, zodat exact duidelijk is wat zorgaanbieders en begeleiders moeten registreren. Andere wetten hanteren open normen en geven daarmee opdracht om de regels en registraties zelf uit te werken, bijvoorbeeld bij voedselveiligheid (HACCP). Zorgaanbieders, zorgkantoren en veldpartijen kunnen hier extra eisen aan stellen, waaronder registraties. Zorgaanbieders stellen deze registraties vervolgens verplicht en zo ontstaan soms 'onnodige registraties'. Om verwarring te voorkomen tussen wettelijk verplichte en andere verplichte registraties, hebben we de invulling die door veldpartijen aan de open normen is gegeven niet in dit overzicht opgenomen. Wel laten we de belangrijkste terugkomen bij 'de waarheid achter labels en misverstanden' onder de verschillende hoofdstukken.

Ook zorgaanbieders kunnen registraties verplicht stellen voor hun begeleiders. In artikel 7:660 van het Burgerlijk Wetboek staat dat een werknemer verplicht is om zich te houden aan deze voorschriften. Die moeten dan wel gaan over de arbeid of over de goede orde in de zorgorganisatie. Het gaat dus om door de werkgever opgelegde verplichting aan de begeleider. De begeleider dient zich als goed werknemer te gedragen, dit volgt uit artikel 7:611 van het Burgerlijk Wetboek. Dus als de werkgever een bepaalde registratie verplicht stelt, dan is de begeleider verplicht deze registratie te doen, ook al wordt deze registratie niet in de wet genoemd. Dergelijke registraties worden in dit overzicht niet als wettelijke registraties behandeld en worden daarom ook niet in de lopende tekst genoemd.

In dit overzicht bedoelen wij met de begeleider: degene die als medewerker van de zorgorganisatie cliënten ondersteunt, begeleidt, verzorgt of verpleegt. Onder registraties verstaan wij: het met regelmaat vastleggen van gegevens, zoals bijvoorbeeld afvinklijstjes. Het kan hierbij zowel gaan om verslaglegging op papier als in een elektronisch systeem.



A

Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG)

De arts die zich bezighoudt met de medische zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking. Hij kan worden aangemerkt als BOPZ-arts. De arts voor verstandelijk gehandicapten is onder meer bevoegd om de in de wet BOPZ verplicht gestelde meldingen te doen aan de Inspectie. Strikt genomen is de wettelijke term patiënt in plaats van cliënt wanneer het gaat om medische zorgverlening, in dit overzicht gebruiken we de term cliënt.

B

Begeleider

Degene die als medewerker van de zorgorganisatie cliënten ondersteunt, begeleidt, verzorgt of verpleegt. Een begeleider voert soms handelingen uit die onderdeel zijn van het behandelplan, zoals het verstrekken van medicatie en het verlenen van wondzorg in opdracht van de behandelaar.

Behandelaar in de zin van de WGB0

Degene die voor zijn beroep cliënten geneeskundig behandelt en verantwoordelijk is voor deze behandeling. Bijvoorbeeld de arts of de verpleegkundig specialist die bepaalde medicatie voorschrijft of de fysiotherapeut die een bepaalde therapie aan de cliënt oplegt. Als we het in dit overzicht hebben over de behandelaar bedoelen we dus niet de begeleider, maar deze begeleider kan wel handelingen uitvoeren die onderdeel zijn van het behandelplan (zoals het verstrekken van medicatie en het verlenen van wondzorg). Daarnaast is een categorie verpleegkundigen bevoegd tot het voorschrijven van UR-medicatie (uitsluitend op recept). Wanneer deze verpleegkundige dergelijke medicatie voorschrijft of geneeskundige handelingen uitvoert valt hij onder de term 'behandelaar'. Voor de overige handelingen valt hij onder de term 'begeleider'. Strikt genomen is de wettelijke term patiënt in plaats van cliënt wanneer het gaat om medische zorgverlening, in dit overzicht gebruiken we de term cliënt.

Behandelaar in de zin van de Wet Bopz

Behandeling in de zin van de wet BOPZ is gericht op het verminderen of afwenden van het gevaar dat voortkomt uit de stoornis of de beperking van de cliënt. In de

gehandicaptenzorg is dit meestal een behandeling van een gedragswetenschapper, zoals een orthopedagoog. Behandeling in de zin van de wet BOPZ gaat niet over somatische behandelingen, zoals operaties. Daarop is de WGB0 van toepassing.

Behandeling in de zin van de WGB0

Behandeling in de zin van de WGB0 gaat over handelingen op het gebied van de geneeskunst:

1. Alle verrichtingen die tot doel hebben een cliënt van een ziekte te genezen, voor een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen.
2. Alle andere handelingen die de cliënt ondergaat en die worden verricht door een arts, verpleegkundig specialist of tandarts.
3. Alle aanpalende handelingen die in het kader van geneeskundig handelen worden verricht, zoals het verplegen en verzorgen van de cliënt en het scheppen van materiële omstandigheden (bed/hotelfunctie).

Voor de begeleider die een deel van de behandeling uitvoert, zijn vooral de eerste en de derde categorie van belang.

Behandelingsplan

Het behandelingsplan beschrijft de (geneeskundige) behandeling van de cliënt en gaat in op het doel van deze behandeling. Ook de algemene gegevens van de cliënt, zoals de persoonlijke gegevens, worden hierin geregistreerd. Het behandelingsplan wordt opgesteld door de behandelaar in de zin van de WGB0. In het overzicht gebruiken we de term behandelplan.

Beroepsstandaard

Normen waaraan bepaalde beroepsbeoefenaren in hun professioneel handelen moeten voldoen. Vaak worden beroepsstandaarden opgesteld door beroepsverenigingen.

Bopz-arts

De officiële term vanuit de wet BOPZ is geneesheer-directeur. Een geneesheer-directeur wordt in de praktijk veelal de BOPZ-arts genoemd. Lees verder bij geneesheer-directeur.

C

Calamiteit

Een niet-bedoelde of onverwachte gebeurtenis die



betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.

D

Dataportabiliteit

Dataportabiliteit is een term die volgt uit de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Het recht op dataportabiliteit wordt ook wel het recht op overdraagbaarheid van gegevens genoemd. Het houdt in dat cliënten het recht hebben om een kopie te krijgen van de persoonsgegevens die een organisatie van hen heeft. De kopie moet in een gestructureerde, gangbare en (digitaal) leesbare vorm worden verstrekt.

Dossier

Het dossier is gekoppeld aan de cliënt, niet aan de hulpverlener die het schrijft. Het is immers het dossier van de cliënt, niet dat van de arts, de fysiotherapeut of de begeleider. Iedere behandelaar die bij de behandeling van de cliënt betrokken is, is verplicht een dossier in te richten over de door hem verrichte (deel)behandeling. Dus: de arts heeft een dossier voor de door hem voorgeschreven medicatie, de begeleider heeft een dossier voor de door hem uitgevoerde wondzorg en de fysiotherapeut heeft een dossier voor de door hem gegeven fysiotherapeutische behandeling. De tandarts neemt in het dossier andere informatie op dan de fysiotherapeut. Het dossier bevat ook de medische geschiedenis en de toedienlijst. Al deze (sub)dossiers samen vormen het dossier van de cliënt. Toch is het dossier geen gebundeld document. Het dossier bevat namelijk ook andere stukken en gegevens die voor een goede hulpverlening aan de cliënt noodzakelijk zijn. Zo bevat het dossier de basisinformatie over de cliënt zoals zijn naam, zijn adres en zijn burgerservicenummer. In de praktijk wordt het dossier ook wel het cliëntdossier genoemd.

G

GDS

Geneesmiddelen Distributiesysteem, zoals een medicijn op de rol.

Geneesheer-directeur

De wet BOPZ kent een belangrijke rol toe aan de

geneesheer-directeur. In de gehandicaptenzorg is dat de arts die binnen de zorginstelling is belast met de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied, inclusief het toezicht op de uitvoering van de wet BOPZ. Een geneesheer-directeur hoeft dus geen directeur te zijn en wordt in de praktijk veelal de BOPZ-arts of eerste geneeskundige genoemd.

H

Hulpverlener

De hulpverlener is volgens de WGBO, de natuurlijk persoon of rechtspersoon die zich in de uitoefening van een geneeskundig beroep verbindt aan het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst. De handeling is er dan bijvoorbeeld op gericht om een ziekte te genezen, iemand voor het ontstaan van een ziekte te behoeden, iemands gezondheidstoestand te beoordelen of het in het kader van de geneeskunst de cliënt te verplegen en te verzorgen. Volgens de WGBO kan deze hulpverlener ook een begeleider zijn.

I

Incident/Bijna-Incident

Een incident is een niet-bedoelde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt. Het gaat niet alleen om gebeurtenissen die daadwerkelijk tot schade voor de cliënt hebben geleid, maar ook om 'bijna incidenten'.

K

Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg

De sector gehandicaptenzorg heeft al enige jaren een kwaliteitskader dat in het brede werkveld is ontwikkeld. Sinds de hervorming van de langdurige zorg (2015) is het kwaliteitskader toegespitst op de zorg die onder de Wet langdurige zorg (Wlz) valt. Het uitgangspunt van het kwaliteitskader is een gedeelde visie op de vraag wat goede zorg is voor mensen met langdurige beperkingen. Met ingang van 2017 is het vernieuwde kwaliteitskader van kracht. Het kader heeft betrekking op gehandicaptenzorg die onder de Wlz valt. Zorginstituut Nederland heeft het kader opgenomen in het register Zorginzicht.nl. Dit is:

- Zorg binnen woonlocaties of 'zorg in de wijk' rond



- steunpunten (minimaal 4 dagen per week zorg);
- Integrale zorg en ondersteuning: rond wonen, dagactiviteiten en behandeling;
 - Wlz-zorg in iemands eigen woning via een 'volledig pakket thuis'. Nader valt te bezien of de reikwijdte wordt verruimd met MPT ('modulair pakket thuis') en/of met zorg via een Pgb. Alle domeinen van de gehandicaptenzorg vallen onder het kader.

O

Ondersteuningsplan

Het ondersteuningsplan is een andere naam voor het zorgplan. Lees verder bij Zorgplan.

P

Persoonlijk Plan

Dit is een door de cliënt zelf opgesteld plan dat deel kan uitmaken van het ondersteuningsplan. In een persoonlijk plan gaat de cliënt zelf in op de onderdelen van het ondersteuningsplan: de doelen van de zorgverlening, de manier waarop deze doelen moeten worden bereikt, de namen van de verantwoordelijke zorgverleners en voor welk deel van de zorg zij verantwoordelijk zijn, de manier waarop hij zijn leven wil inrichten, welke ondersteuning hij daarbij wil en hoe vaak en onder welke voorwaarden het ondersteuningsplan ten minste besproken moet worden. De zorgaanbieder moet de cliënt van de mogelijkheid voor zo'n persoonlijk plan op de hoogte stellen.

Persoonsgebonden budget

Het persoonsgebonden budget (pgb) is een bedrag in de vorm van een trekkingsrecht waarmee de cliënt zelf zijn zorg kan inkopen en betalingen kan laten verrichten.

Professionele standaard

Onder de professionele standaard vallen onder meer richtlijnen, beroepsstandaarden, zorgstandaarden, modules, normen en kwaliteitsindicatoren die betrekking hebben op (een deel van) het zorgproces en die vastleggen wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen. De professionele standaard is geen wet, maar een begeleider moet deze als goed hulpverlener wel naleven. Als verantwoordelijke en goede zorgverlener hierom vraagt, mag van de professionele standaard worden afgeweken.

Dit moet de begeleider wel altijd gemotiveerd doen en de reden hiervan registreren in het dossier.

R

Regelgeving

De in de wet genoemde lagere wetgeving, zoals algemene maatregelen van bestuur, ministeriële regelingen en besluiten. In regelgeving wordt de wetgeving verder ingevuld.

Registraties

Het met regelmaat vastleggen van gegevens, bijvoorbeeld in de vorm van afvinklijstjes. Het kan hierbij zowel gaan om verslaglegging op papier als in een elektronisch systeem.

T

Toedienlijst

Door de apotheker opgestelde, landelijk vastgestelde toedienlijst waarop het toedienen van medicijnen wordt geregistreerd.

U

Uitvoeringsverzoek

Een schriftelijk stuk waarin de zelfstandig bevoegde behandelaar - bijvoorbeeld de arts - als opdrachtgever de opdracht geeft aan een opdrachtnemer - bijvoorbeeld een begeleider - om een bepaalde voorbehouden handeling te verrichten. De wet BIG kent veertien voorbehouden handelingen. De voorwaarde is wel dat de opdrachtgever, de opdrachtnemer voldoende bekwaam moet vinden. Ook moet diegene - bijvoorbeeld de bevoegde begeleider - zichzelf voldoende bekwaam vinden.

V

Veldnorm

Veldnormen volgen niet uit de wet. Het zijn onderbouwde en breed gedragen inzichten, standpunten en aanbevelingen van veldpartijen. De kwaliteitsstandaarden die zijn vastgelegd bij het Zorginstituut zijn voorbeelden van veldnormen. Zorgaanbieders en begeleiders worden geacht om aan de veldnormen te voldoen, om zodoende kwalitatief goede zorg te kunnen



verlenen. Veldnormen zijn onderdeel van de professionele standaard. Als goed hulpverlener moet de begeleider de professionele standaard, waaronder veldnormen, naleven. Als verantwoorde en goede zorgverlening daarom vraagt, mag van de veldnorm worden afgeweken. Dit moet de begeleider wel altijd gemotiveerd doen en de reden hiervan registreren in het dossier.

(Wettelijk) Vertegenwoordiger

In de verstandelijke gehandicaptenzorg komt vertegenwoordiging veel voor. Er zijn verschillende vormen van vertegenwoordiging. Om te bepalen wie de vertegenwoordiger van de cliënt is, geldt een wettelijke rangorde:

1. curator of mentor
2. schriftelijk gemachtigde
3. levensgezel
4. ouder, kind, broer of zus van de cliënt

Bij kinderen met een verstandelijke beperking zullen de ouders over het algemeen curator/mentor zijn.

Verzet

Onder verzet verstaan we op enige wijze afwijzen van opname, behandeling, verpleging, verzorging of onderzoek. Hierbij moet gelet worden op zowel de verbale als non-verbale uitingen van de cliënt.

Voorbehouden handelingen

Dit zijn in de wet BIG genoemde handelingen die voorbehouden zijn aan bepaalde zelfstandig bevoegde behandelaars. De begeleider mag alleen in opdracht van een zelfstandig bevoegde behandelaar en wanneer de begeleider meent bekwaam te zijn, deze handeling uitvoeren.

W

Wet

In dit overzicht verstaan we onder 'wet' niet alleen de nationale wet, maar ook Europese verdragen, Europese richtlijnen, Europese verordeningen en Europese besluiten.

Wilsbekwaam

Iemand is wilsbekwaam als hij zelf in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen. Ook een cliënt

met een verstandelijke beperking kan in bepaalde situaties en bij bepaalde handelingen wilsbekwaam zijn. Het uitgangspunt is dat iemand 'wilsbekwaam is, tenzij'. Het beoordelen van iemands wils(on)bekwaamheid is beslissingsgerelateerd. Er wordt per beslissing, situatie of behandeling beoordeeld of de cliënt wils(on)bekwaam is. Beslissingen op het gebied waarop de cliënt wilsonbekwaam is, worden genomen door zijn (wettelijk) vertegenwoordiger.

Wilsonbekwaam

Iemand is wilsonbekwaam als hij zelf niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen. Het uitgangspunt is dat iemand 'wilsbekwaam is, tenzij'. Het beoordelen van iemands wils(on)bekwaamheid is beslissingsgerelateerd. Er wordt per beslissing, situatie of behandeling beoordeeld of de cliënt wils(on)bekwaam is. Beslissingen op het gebied waarop de cliënt wilsonbekwaam is, worden genomen door zijn (wettelijk) vertegenwoordiger.

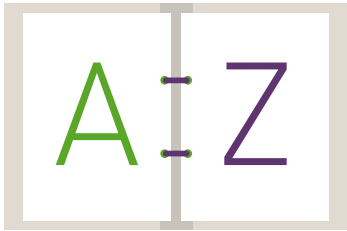
Z

Zelfstandig bevoegd

Iemand die zelfstandig bevoegd is, mag de in de wet BIG omschreven voorbehouden handelingen verrichten. Dit zijn risicovolle, medische handelingen, zoals chirurgische handelingen en het geven van injecties. Artsen, verpleegkundig specialisten, tandartsen en verloskundigen kunnen zelfstandig bevoegd zijn voor handelingen die horen tot hun deskundigheidsgebied. Een bepaalde categorie verpleegkundigen kan ook bevoegd zijn om UR-geneesmiddelen voor te schrijven (een geneesmiddel dat alleen op recept verkrijgbaar is). Als een begeleider niet zelfstandig bevoegd is, dan kan hij in opdracht van een zelfstandig bevoegd persoon toch een voorbehouden handeling verrichten. De voorwaarde is wel dat de zelfstandig bevoegde persoon de begeleider voldoende bekwaam vindt en dat de begeleider zichzelf voldoende bekwaam vindt. De zelfstandig bevoegde persoon blijft verantwoordelijk voor de uitvoering van deze voorbehouden handeling.

Zorgaanbieder

Hieronder verstaan we de zorgorganisatie, waarbij de eindverantwoordelijkheid ligt bij het bestuur, bijgestaan door bijvoorbeeld een beleidsmedewerker.



Zorg- en dienstverleningsovereenkomst

De zorgovereenkomst is de overeenkomst tussen de cliënt en de zorgaanbieder. Hierin wordt afgesproken dat de zorgaanbieder zorg zal verlenen aan de cliënt en onder welke voorwaarden.

Zorg in natura

Bij zorg in natura contracteert de gemeente of het zorgkantoor de zorgaanbieders en de ondersteuning. Cliënten krijgen zorg geleverd van deze gecontracteerde zorgaanbieders. De gemeente of het zorgkantoor regelt de administratie die daarbij hoort.

Zorgplan

Dit is een schriftelijk stuk waarin de zorgaanbieder gegevens opneemt over de cliënt en de behoeften en wensen die de cliënt heeft in kaart brengt. Het zorgplan gaat in op de doelen van de zorgverlening, de manier waarop deze doelen moeten worden bereikt, de namen van de verantwoordelijke zorgverleners en voor welk deel van de zorg zij verantwoordelijk zijn. Ook gaat het in op manier waarop de cliënt zijn leven wil inrichten en welke ondersteuning hij daarbij wil en hoe vaak en onder welke voorwaarden het zorgplan besproken moet worden. In de gehandicaptenzorg wordt het zorgplan ook wel ondersteuningsplan genoemd.

1. HET DOSSIER



Het dossier wordt in de praktijk ook wel het cliëntdossier genoemd. Het dossier heeft betrekking op de (medische) behandeling van de cliënt en de zorg die daarmee samenhangt. Dus ook verpleging, verzorging en nazorg die volgt uit de medische behandeling. Het dossier bevat gegevens over de gezondheid van de cliënt, de uitgevoerde verrichtingen en gegevens die noodzakelijk zijn voor een goede hulpverlening, zoals het behandelplan, de toedienlijst en de medicatielijst (hoofdstuk 4). Voor zover aanwezig wordt in het dossier ook het orthopedagogisch ondersteuningsplan opgenomen. Daarnaast bevat het basisinformatie zoals naam, adres en burgerservicenummer van de cliënt.

In dit hoofdstuk gaan we eerst in op het dossier en de verplichtingen die de wet daaraan verbindt. Vervolgens noemen we de registraties die uit de wet kunnen volgen voor de begeleider.

Beschrijving van wet- en regelgeving

WGBO: De hulpverlener

Het dossier en de rechten en plichten die daaraan zijn verbonden, worden beschreven in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). In het kader van de geneeskundige behandeling wordt soms zorg verleend die samenhangt met deze behandeling. Dergelijke handelingen, zoals het verplegen en verzorgen van de cliënt na een geneeskundige behandeling, worden aanpalende handelingen genoemd. Op deze aanpalende handelingen is de WGBO ook van toepassing. Binnen de gehandicaptensector is veelal geen sprake van geneeskundige behandeling. In de WGBO staat dat het dossier wordt geschreven door de hulpverlener. Dit is de persoon die zich in de uitoefening van een geneeskundig beroep verbindt aan het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst. De hulpverlener is bijvoorbeeld een arts verstandelijk gehandicapten of een gedragskundige die een bepaalde orthopedagogische behandeling/aanpak voorstaat. Volgens de WGBO kan de hulpverlener ook een begeleider zijn. Hiervan is sprake wanneer hulpverlening gedelegeerd wordt aan de begeleider. Iedere bij de zorg betrokken hulpverlener noteert gegevens over zijn (deel)behandeling. Al deze gegevens samen vormen het dossier van de cliënt. Dat hoeft dus niet per se een gebundeld document te zijn.

WGBO en AVG:

Recht op inzage, recht op vernietiging, recht op correctie en recht op dataportabiliteit

Sinds 25 mei 2018 is de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) van toepassing die de rechtmatige en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens regelt. Centraal in de AVG staan de rechten van burgers. Zorgaanbieders moeten cliënten op de hoogte stellen van de rechten die cliënten hebben. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het recht op inzage, correctie, verwijdering en op dataportabiliteit. De zorgaanbieder kan zijn begeleider vragen de cliënt over deze rechten te informeren, maar de zorgaanbieder is verwerkingsverantwoordelijk en blijft daarom het aanspreekpunt voor de Autoriteit Persoonsgegevens (AP).

Het recht op inzage geldt overigens niet voor de persoonlijke werkaantekeningen van een zorgverlener in het dossier. Een zorgverlener kan weigeren om een bepaald gedeelte van het (medisch) dossier te laten inzien als de privacy van iemand anders dan de cliënt wordt geschaad. Een cliënt kan ook vragen om een kopie van zijn dossier. Hier mag geen vergoeding voor gerekend worden. Als de cliënt om extra kopieën verzoekt, kan op basis van de administratieve kosten een redelijke vergoeding gevraagd worden.



Op grond van de AVG hebben cliënten het recht om correctie te vragen van de persoonsgegevens die zijn opgenomen in hun dossier. Dit geldt voor het aanpassen van feitelijke persoonsgegevens, zoals fouten in een naam of geboortedatum, maar ook onjuistheden zoals bijvoorbeeld fouten in de registratie van de gemeten bloeddruk. Een cliënt kan indrukken, meningen of conclusies van zijn hulpverlener niet laten corrigeren. Vanuit de WGBO heeft de cliënt wel het recht om schriftelijk commentaar toe te laten voegen aan het (medisch) dossier.

Het dossier moet vijftien jaar worden bewaard. Hierbij wordt gerekend vanaf het moment waarop de gegevens zijn vervaardigd. Soms is een langere bewaartermijn nodig, als dit redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit. Denk hierbij bijvoorbeeld aan erfelijke ziekten. De cliënt kan de hulpverlener ook vragen zijn dossier te vernietigen. Hieraan moet de zorgverlener het liefst direct voldoen, maar anders in ieder geval binnen één maand. Het is mogelijk om deze termijn te verlengen met maximaal twee maanden als het om veel aanvragen gaat of om ingewikkelde verzoeken. Weigert een zorgverlener het verzoek, dan moet hij de redenen daarvoor aan de verzoeker mededelen. Het verzoek om het dossier te vernietigen kan een cliënt ook doen tijdens de zorgverlening. Het moet voor de hulpverlener echter mogelijk blijven om zijn werkzaamheden als goed hulpverlener te blijven verrichten. Dit is bijvoorbeeld niet mogelijk wanneer een cliënt vraagt om de medicatieoverzichten uit zijn dossier te vernietigen, terwijl het geven van medicatie noodzakelijk is voor de behandeling.

Tot slot is het recht op dataportabiliteit een nieuw recht onder de AVG. Het houdt in dat cliënten het recht hebben om de persoonsgegevens te ontvangen die een zorgorganisatie van hen heeft. Ontvangen gaat een stap verder dan inzage. Een kopie van de gegevens moet dan ook in een gestructureerde, gangbare en (digitaal) leesbare vorm worden verstrekt.

WGBO en AVG: toestemming en geheimhouding

De cliënt moet toestemming geven voordat een verrichting, als onderdeel van een behandelingsovereenkomst, kan worden uitgevoerd. Als de cliënt hierom verzoekt, moet de hulpverlener in het dossier ook de toestemming van de cliënt voor verrichtingen van ingrijpende aard opnemen.

De hulpverlener heeft een geheimhoudingsplicht over het dossier. Alleen de cliënt zelf, degenen aan wie hij toestemming geeft en de personen die direct bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst betrokken zijn, het dossier mogen inzien. Deze toestemming hoeft volgens de wet niet te worden vastgelegd, maar aangezien de toestemming aangetoond moet kunnen worden, is het verstandig om het wel vast te leggen. Het recht om het dossier in te zien geldt enkel voor dát deel van het dossier, waarvoor toestemming is verkregen van de cliënt of voor het deel van het dossier dat voor de behandeling noodzakelijk is. Vooral over deze rechtstreeks bij de behandeling betrokken personen bestaan in de praktijk veel misverstanden. Het gebeurt geregeld dat een hulpverlener bepaalde informatie uit het dossier niet wil delen met andere, rechtstreeks bij de behandeling betrokken hulpverleners, omdat hij meent dat dit 'zijn dossier' is. Dit is echter niet het geval, het gaat om het dossier van de cliënt. Degenen die rechtstreeks bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn, bijvoorbeeld begeleiders, hebben volgens de WGBO toegang tot dat deel van het dossier dat in het kader van de door hen uit te voeren werkzaamheden noodzakelijk is.

Cliënten moeten er tot slot op kunnen vertrouwen dat wat besproken wordt geheim blijft. Het doorbreken van het beroepsgeheim is slechts in zeer uitzonderlijke gevallen mogelijk en is in de wet geregeld.

Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg: elektronisch patiëntendossier
Een zorgverlener is verplicht om aan de cliënt toestemming te vragen voor het beschikbaar stellen van de cliëntgegevens via een elektronisch uitwisselingssysteem. Er wordt dus aan de cliënt gevraagd of hij ermee



akkoord is dat andere behandelaars dan degene die rechtstreeks bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn, ook zijn medische gegevens via het elektronisch uitwisselingssysteem kunnen raadplegen.

WGB0: dossier en begeleider

Behandelaars laten in de praktijk regelmatig (een deel van) de behandeling uitvoeren door een begeleider. Zo kan bijvoorbeeld een arts of verpleegkundig specialist voor verstandelijk gehandicapten een begeleider verzoe- ken de voorgeschreven medicatie aan de cliënt te geven. Als de begeleider tijdens de uitvoering van deze taken opmerkt dat gegevens of documenten in het dossier ontbreken dan registreert hij deze informatie in het dossier.

Wkkgz: Incidenten

Tijdens de zorgverlening kunnen zich incidenten voordoen. Op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is het 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 dossier. De Wkkgz komt in hoofdstuk 5 aan bod.

Wet BOPZ: Aanvullende informatie dossier

Het dossier zal worden aangevuld met verplichte registraties uit de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (wet BOPZ). De registraties die opgenomen moeten worden, worden besproken in hoofdstuk 3.

WGB0: Wilsonbekwaamheid en reanimatie

In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking komen begeleiders in aanraking met cliënten die wilsonbekwaam zijn (zie ook begrippenlijst). De behandelaar beoordeelt per beslissing, situatie of behandeling of de cliënt wils(on)bekwaam is. Deze beoordelingen worden opgenomen in het dossier van de cliënt. Cliënten kunnen alleen een niet-reanimerenverklaring opstellen als zij wilsbekwaam zijn. Deze moet door de begeleider worden opgenomen in het dossier. Een niet-reanimerenverklaring is een beslissing van zeer per- sonlijke aard en kan daarom niet worden afgegeven door de vertegenwoordiger van de cliënt. De begeleider zal daarom de cliënt reanimeren tenzij er een niet-reanimatieverklaring is afgegeven.

Registraties voor de begeleider die kunnen volgen uit de wet

Registraties die in het dossier moeten worden opgenomen:

- Aantekeningen over de gezondheid van de cliënt. Dit is een norm uit de WGB0 die niet helemaal is afgeba- kend, maar in de praktijk zal moeten worden ingevuld naar het doel van deze norm. De aantekeningen over de gezondheid van de cliënt gaan over het belang ervan voor (nieuwe) behandelingen. Zo kan het relevant zijn om te weten of de cliënt een bepaalde allergie heeft en of de cliënt lijdt aan een bepaalde aandoening.
- Aantekeningen over de uitgevoerde verrichtingen. Ook deze norm, afkomstig uit de WGB0, is niet geheel afgebakend, maar moet worden ingevuld naar het doel van deze norm. Het is van belang om te weten welke (deel)behandelingen reeds zijn uitgevoerd, bijvoorbeeld omdat meerdere hulpverleners zijn betrokken bij de zorg of bij vervanging van de hulpverleners. Dit om bijvoorbeeld te voorkomen dat een cliënt tweemaal medicatie krijgt toegediend. Informatie over de medewerking van de cliënt aan eerdere, soortgelijke behande- lingen valt ook onder deze norm. Zo is het belangrijk om te weten dat een cliënt medicatie geregeld vergeet in te nemen en dat hij hier dus begeleiding bij nodig heeft.
- Documenten met gegevens die noodzakelijk zijn voor een goede hulpverlening. Dit is opnieuw een norm uit de WGB0 die niet helemaal is afgebakend en in de praktijk zal moeten worden ingevuld naar het doel van de norm. Het gaat hierbij om documenten die niet onder de voorgaande twee punten vallen, maar wel noodzake- lijk zijn voor de goede hulpverlening. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een donorcodicil of wie de cliëntvertegen- woordiger is.



- Als de cliënt dit verzoekt moet de toestemming van de cliënt voor het uitvoeren van verrichtingen van ingrijpende aard in het dossier worden geregistreerd.
- Een cliënt kan vooraf schriftelijk aangeven geen toestemming te geven voor een bepaalde toekomstige behandeling. Een voorbeeld hiervan is de eerdergenoemde niet-reanimerenverklaring.
- Bij een incident moeten in ieder geval de aard, de toedracht, het tijdstip en de namen van de betrokken personen in het dossier worden geregistreerd. Andere wettelijk verplichte registraties rond incidenten zijn terug te vinden in hoofdstuk 5.
- Registraties die volgen uit de wet BOPZ. De registraties die hieruit voortvloeien zijn opgenomen in hoofdstuk 3.
- Wanneer een cliënt ter zake wilsonbekwaam is beoordeeld, wordt dit in het dossier opgenomen.

FEITEN



Leden van de VGN handelen bij hun zorg en ondersteuning in overeenstemming met de WGBO.

De zorg en ondersteuning van zorgaanbieders binnen de gehandicaptenzorg valt soms wel en soms niet onder de definitie van geneeskundige behandeling. In de gehandicaptenzorg wordt namelijk veel zorg geleverd die niet bestaat uit geneeskundige handelingen in de zin van de WGBO of zorg die samenhangt met geneeskundige handelingen. Dit levert onduidelijkheid en onzekerheid op voor zowel de zorgaanbieder als cliënt. Door het toepassen van de WGBO-richtlijn schept de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) duidelijkheid. In de richtlijn heeft de VGN de WGBO van overeenkomstige toepassing verklaard. Deze richtlijn legt vast dat leden van de VGN bij hun zorg en ondersteuning aan hun cliënten handelen in overeenstemming met de WGBO.

Een lijst met personen die het dossier mogen inzien, is niet wettelijk verplicht.

Het is niet verplicht om een lijst bij te houden van de personen die het dossier mogen inzien. Als een cliënt toestemming geeft aan derden voor inzage, hoeft deze volgens de wet niet te worden vastgelegd, maar het moet wel aangetoond kunnen worden. Ook al is het niet verplicht, een dergelijke lijst is dus wel handig. Zeker ook omdat begeleiders moeten weten wie het dossier wel en niet mogen inzien (zie ook: 'WGBO en AVG: toestemming en geheimhouding').

De begeleider hoeft volgens de wet geen niet-reanimerenformulieren te verstrekken aan de cliënt en een jaarlijkse actualisatie is niet wettelijk verplicht.

Reanimeren is een geneeskundige behandeling waarvoor toestemming nodig is. De wilsonbekwame cliënt is zelf verantwoordelijk voor het eventueel opstellen of wijzigen van zijn niet-reanimerenverklaring. Eventuele afstemming vindt plaats tussen de behandelend arts en de cliënt. Heeft de cliënt een niet-reanimerenverklaring, dan kan alleen de cliënt ervoor kiezen om deze te actualiseren. De zorgaanbieder en de begeleider kunnen dat niet verplicht stellen.

NB: De Richtlijn 'Medische beslissingen rond het levenseinde bij mensen met een verstandelijke beperking' die deel uitmaakt van de professionele standaard, geeft een advies over toepassing in de praktijk. Deze richtlijn stelt voor dat artsen regelmatig genomen besluiten over het levenseinde evalueren, waaronder een niet-reanimeren-besluit. Deze richtlijn bepaalt ook dat begeleiders de wilsuitingen van de cliënt aan de arts moeten doorgeven (zie uitleg afbakening).



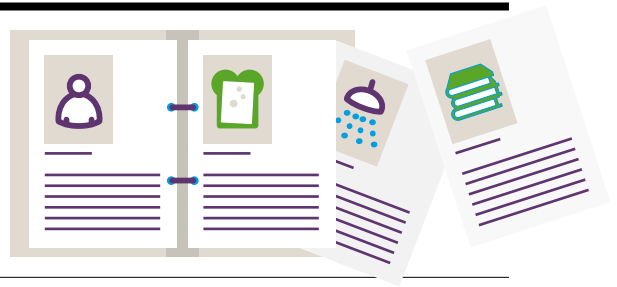
Een op de borst getatoeëerde niet-reanimerenverklaring is geldig.

De niet-reanimatieverklaring moet volgens de WGBO in schrifttekens worden opgesteld. Op welke manier de cliënt dit schriftelijk vastlegt, is daarbij niet van belang. Zolang de verklaring maar herleidbaar is naar de cliënt. Ook een tatoeage valt onder een schriftelijke verklaring en is daarmee een rechtsgeldige weigering van reanimatie. Dat geldt ook voor het dragen van een niet-reanimeren-penning. Onthoud wel dat de cliënt tijdens het vastleggen van een niet-reanimatieverklaring wilsbekwaam moet zijn.

Het dossier is niet verbonden aan een specifieke hulpverlener, maar aan de cliënt.

Het dossier kan verdeeld zijn over verschillende hulpverleners, maar gaat uiteindelijk over de cliënt (zie ook: 'WGBO en AVG: toestemming en geheimhouding').

2. ONDERSTEUNINGS-PLAN OF ZORGPLAN



In de Wlz, het Besluit langdurige zorg (Blz) en het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is gedetailleerd vastgelegd wat in het zorgplan moet worden geregistreerd. In de gehandicaptenzorg wordt meestal de term ondersteuningsplan gebruikt. In dit hoofdstuk gaan we in op de beschrijving van wet en regelgeving voor het ondersteuningsplan. Vervolgens noemen we de registraties die uit de wet voor de begeleider kunnen volgen.

Het ondersteuningsplan wordt naar aanleiding van een gesprek met de cliënt opgesteld en periodiek geëvalueerd en bijgesteld. Het ondersteuningsplan sluit aan bij de persoonlijke wensen en behoeften van de cliënt. Zo kan de begeleider hem beter ondersteunen. Het ondersteuningsplan bevat afspraken over onderwerpen als lichamelijke verzorging, daginvulling en voeding. Ook de resultaten/doelen van de zorg - zoals meer bewegen, zelfstandig reizen om familie te bezoeken, meer contacten in de buurt - en afspraken over het bereiken van deze resultaten/doelen horen in het ondersteuningsplan.

Beschrijving van wet en regelgeving

Wlz, Blz en het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg: verantwoordelijke voor het ondersteuningsplan

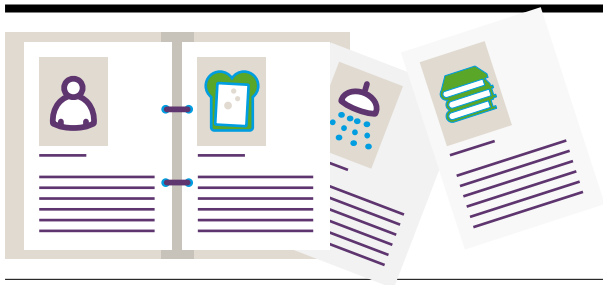
De Wlz en het Blz stellen dat de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor het juist opstellen en bijhouden van het ondersteuningsplan. Het opstellen van een ondersteuningsplan is niet verplicht voor cliënten die zorg krijgen door een pgb (zie ook hoofdstuk 7). In de praktijk laat de zorgaanbieder de met het ondersteuningsplan verband houdende registraties uitvoeren door de begeleider.

De begeleider heeft een gesprek met de cliënt over het op te stellen ondersteuningsplan vóór de zorgverlening is begonnen of anders zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen zes weken nadat met de zorg is begonnen. Het ondersteuningsplan moet binnen zes weken zijn opgesteld en een kopie hiervan moet zo snel mogelijk aan de cliënt worden verstrekt. Het uitgangspunt van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is dat het ondersteuningsplan op basis van de dialoog met de cliënt wordt opgesteld. In het plan wordt alle informatie opgenomen over problemen bij zelfredzaamheid, aanmerkelijke gezondheidsrisico's en de ervaren kwaliteit van bestaan.

Daarnaast worden de doelen van de begeleiding voor een bepaalde periode en de manier waarop de zorgaanbieder en de cliënt deze doelen willen bereiken met de cliënt besproken. De zorgaanbieder geeft aan welke begeleiders voor welke onderdelen van de zorg verantwoordelijk zijn.

Daarnaast moet hij aangeven op welke manier de zorg op elkaar wordt afgestemd en wie de cliënt op de afstemming kan aanspreken. Ook wordt opgenomen hoe de cliënt zijn leven wenst in te richten en welke ondersteuning hij daarbij kan verwachten van de zorgaanbieder. In het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is de verplichting opgenomen om in het ondersteuningsplan te beschrijven welke betrokkenheid mogelijk is vanuit het informele steunnetwerk (familie, vrienden en vrijwilligers) van de cliënt. Ten slotte wordt beschreven hoe vaak de afspraken met de cliënt zullen worden besproken en geactualiseerd. Minimaal twee keer per jaar wordt het ondersteuningsplan besproken, geëvalueerd en, zo nodig, gewijzigd. Na het eerste gesprek en na de evaluatiegesprekken zijn registraties van de gemaakte of aangepaste afspraken verplicht.

De Wlz geeft aan dat de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger een persoonlijk plan kan opstellen. Dit is een door de cliënt zelf opgesteld plan dat moet worden meegenomen bij het opstellen van het zorgplan. De cliënt moet op de hoogte worden gesteld van de mogelijkheid van dit persoonlijk plan.



WLz: Geen toestemmingsvereiste voor ondersteuningsplan

De cliënt hoeft geen toestemming te geven voor het opstellen van het ondersteuningsplan. Ook als hij niet mee wil werken aan het ondersteuningsplan, moet er wel begeleiding worden geboden en een ondersteuningsplan worden opgesteld. Als de cliënt geen toestemming geeft, houdt de begeleider bij het opstellen van het ondersteuningsplan zoveel mogelijk rekening met de veronderstelde wensen en de bekende mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Registraties voor de begeleider die kunnen volgen uit de wet

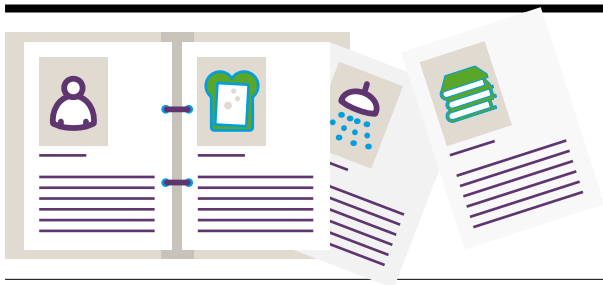
In het ondersteuningsplan moet worden opgenomen:

- De doelen en resultaten van de zorgverlening voor een bepaalde periode en hoe men verwacht deze resultaten te bereiken.
- Wie de verantwoordelijke begeleiders zijn, voor welk deel van de hulpverlening zij verantwoordelijk zijn, hoe zij dit onderling afstemmen en wie de cliënt op deze afstemming kan aanspreken.
- De manier waarop de cliënt zijn leven wil inrichten en de daarbij benodigde ondersteuning. De cliënt voert de regie over zijn leven voor zover hij dat kan. De begeleider heeft tot doel om dit maximaal te ondersteunen.
- De wijze waarop betrokkenheid mogelijk is vanuit het informele steunnetwerk van de cliënt. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan familie, vrienden en vrijwilligers.
- Hoe vaak en onder welke voorwaarden het ondersteuningsplan wordt besproken en gewijzigd. Het ondersteuningsplan moet minimaal één keer per zes maanden geëvalueerd worden.
- Naar aanleiding van het evaluatiegesprek gewijzigde afspraken moeten worden vastgelegd in het ondersteuningsplan.
- Als de cliënt dit aanlevert: een persoonlijk plan. Hierin geeft de cliënt aan hoe hij de bovenstaande onderwerpen ziet.
- Als de cliënt geen toestemming geeft voor de zorgverlening dan moet hiervan een aantekening worden gemaakt in het dossier.
- Als de zorgaanbieder niet tegemoet kan komen aan bepaalde wensen van de cliënt, moet de reden hiervoor worden geregistreerd.

Zorg in Natura

Zorg in natura is zorg die de zorgaanbieder voor de cliënt regelt. De zorgaanbieder bepaalt hoe de cliënt de zorg krijgt en zorgt voor de administratie. Binnen Zorg in natura kan gekozen worden voor de volgende leveringsvormen: zorg in een instelling, volledig pakket thuis en modulair pakket thuis. Tegenover zorg in natura staat het pgb. Hiermee koopt de cliënt zelf de zorg in, bepaalt wie de zorg levert en wie begeleider wordt. De cliënt regelt zelf de administratie. Als de WLz-zorg in natura wordt geleverd, dan moet tevens in het ondersteuningsplan worden opgenomen:

- Of en hoe de cliënt zich wil ontwikkelen en ontplooiën. Te denken valt aan cursussen zoals geheugentraining, muziekles of computertraining.
- Hoe vaak de cliënt wil douchen, of hij tijdige hulp kan krijgen bij de toiletgang en of het incontinentiemateriaal tijdig kan worden verwisseld.
- Wat voor de cliënt voldoende voeding en drinken is.
- Wat voor de cliënt een schone en verzorgde leefruimte is en of hij hierbij hulp nodig heeft.
- Wat voor de cliënt een respectvolle bejegening is en hoe voor hem een veilige en aangename sfeer gecreëerd kan worden.
- Hoe de cliënt kan leven volgens zijn godsdienst of levensovertuiging.
- Wat voor de cliënt een zinvolle dag invulling is en hoeveel beweging hij wil.
- Of en hoe vaak de cliënt in de buitenlucht wil zijn.



FEITEN



De WGBO is niet van toepassing op het volledige ondersteuningsplan.

De WGBO is van toepassing op de geneeskundige behandeling. In het kader van de geneeskundige behandeling wordt soms zorg verleend die samenhangt met deze behandeling. Dergelijke handelingen, zoals het verplegen en verzorgen van de cliënt na een geneeskundige behandeling, worden aanpalende handelingen genoemd. Op deze aanpalende handelingen is de WGBO ook van toepassing. Op de overige onderdelen van het ondersteuningsplan is de WGBO niet van toepassing.

Het ondersteuningsplan is een verplichting die voortvloeit uit de Wlz. In de praktijk worden in de zorg- en dienstverleningsovereenkomst vaak bepalingen uit de WGBO toegepast, voor zover overige wettelijke bepalingen dat toelaten. Een voorbeeld hiervan is de geheimhoudingsplicht.

De toepassing van de WGBO brengt bijvoorbeeld de geheimhoudingsplicht voor het gehele plan met zich mee (zie ook 'WGBO en AVG: toestemming en geheimhouding').

Het ondersteuningsplan is onderdeel van het dossier van de cliënt.

Dit volgt niet uit de wet, maar uit de 'Handreiking ondersteuningsplannen 2013'. Uit de handreiking volgt een ruimere omschrijving van het begrip 'dossier' van de cliënt. Het dossier is de verzameling van alle cliënt-gerelateerde informatie die noodzakelijk is voor goede hulpverlening in het kader van de zorgverleningsovereenkomst, inclusief alle informatie voor professionele verantwoording en toetsbaarheid. Het dossier omvat dus medische en administratieve basisinformatie, behandelplannen en het ondersteuningsplan.

Tijdens het bespreken van het ondersteuningsplan heeft de cliënt recht op cliëntondersteuning.

De zorgaanbieder en het zorgkantoor moeten de cliënt over deze mogelijkheid informeren. Zij moeten dit doen voorafgaand aan de bespreking van het ondersteuningsplan. In ieder geval twee keer per jaar moet het ondersteuningsplan worden geëvalueerd en geactualiseerd. Ook dan heeft de cliënt recht op cliëntondersteuning. In de praktijk wordt het ondersteuningsplan continu afgestemd op de wensen en behoeften van de cliënt zodat de cliënt het beste ondersteund wordt.

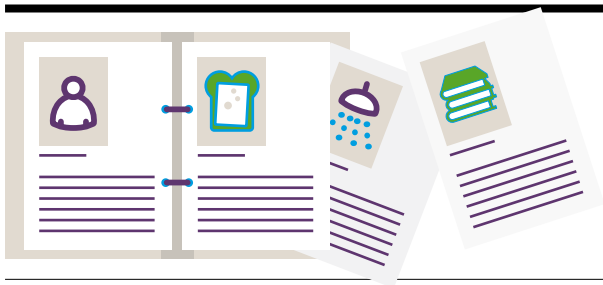
Het ondertekenen van het ondersteuningsplan is niet verplicht.

Het is niet wettelijk verplicht om het ondersteuningsplan te ondertekenen.

Ook de zorgkantoren vragen niet langer om een ondertekend ondersteuningsplan. Wel vragen zorgkantoren om aantoonbaar te maken dat het ondersteuningsplan met de cliënt is besproken bij aanvang van de zorg en bij de evaluatie van het ondersteuningsplan. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) geeft aan dat dit bijvoorbeeld kan worden aangetoond door de zin 'Samen met meneer/mevrouw zijn de volgende onderwerpen besproken:...' op te nemen in het plan.

Begeleiders hoeven volgens de wet niet te rapporteren dat zorg is verleend die in overeenstemming is met het ondersteuningsplan.

Het noteren van de voortgang (bij doelen), afwijkingen en bijzonderheden is voldoende. Maar als een zorgaanbieder deze registratie verplicht stelt, dan is de begeleider op grond van het arbeidsrecht wél verplicht dit te doen.



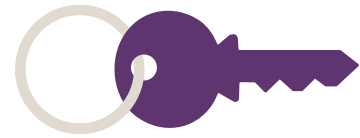
Het opstellen van een uitgebreider verslag over hoe de gestelde doelen uit het ondersteuningsplan worden behaald is niet verplicht.

In het ondersteuningsplan wordt ook opgenomen hoe de gestelde doelen bereikt zullen worden, een aanvullend verslag is wettelijk niet verplicht.

In de AVG zijn geen specifieke bewaartermijnen opgenomen voor het ondersteuningsplan.

Als zorgaanbieder moet je in het ondersteuningsplan persoonsgegevens bewaren. Hoe lang je deze gegevens moet bewaren kan per situatie verschillen. De AVG geeft namelijk geen concrete bewaartermijn voor persoonsgegevens. Zolang er in de wet geen specifieke bewaartermijn is opgenomen geldt de hoofdregel: persoonsgegevens mogen niet langer bewaard worden dan noodzakelijk is voor de doeleinden waarvoor zij verzameld zijn. Een uitzondering op deze hoofdregel komt uit de WGB0. Hierin is opgenomen dat een medisch dossier minimaal 15 jaar moet worden bewaard na het einde van de behandelingsovereenkomst. Voor medische gegevens die niet onder de WGB0 vallen, geldt de algemene regel dat persoonsgegevens niet langer worden bewaard dan noodzakelijk is.

3. GEDWONGEN OPNAME EN BEHANDELING: WET BOPZ



Als een cliënt tegen zijn wil is opgenomen of wordt behandeld, tast dat zijn zelfbeschikkingsrecht aan. Daarom is dit gebonden aan strenge regels en houdt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) hierop toezicht. Deze regels volgen uit de wet BOPZ. Deze wet komt op 1 januari 2020 te vervallen en zal vervangen worden door de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz). In dit hoofdstuk geven we een beschrijving van deze wet- en regelgeving als het gaat om gedwongen opname en behandeling. Ook beschrijven we de registraties voor de begeleider die hieruit voortkomen.

Cliënten met een verstandelijke beperking kunnen gedwongen worden opgenomen als een door het CIZ ingestelde commissie van deskundigen dit noodzakelijk vindt. Het gaat dan meestal om cliënten die geen bereidheid of bezwaar kunnen aangeven. Het CIZ stelt een commissie van maximaal drie leden samen die bepaalt of opname noodzakelijk is en of er sprake is van vrijwilligheid of van geen bereidheid/geen bezwaar. De leden worden benoemd op grond van deskundigheid, maatschappelijke kennis en ervaring. Daarnaast kunnen cliënten gedwongen worden opgenomen in geval de rechter een rechterlijke machtiging afgeeft. Wanneer deze machtiging niet kan worden afgewacht door dreigend gevaar, kan de burgemeester gevraagd worden om een opdracht te geven tot inbewaringstelling. Omdat bij gedwongen opname het zelfbeschikkingsrecht wordt aangetast, blijven ook gedurende het verblijf strenge eisen bestaan om de cliënt zoveel mogelijk te beschermen tegen deze aantasting.

Beschrijving van wet- en regelgeving

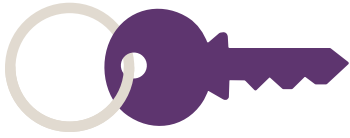
Wet BOPZ: geneesheer-directeur

Met geneesheer-directeur (zie ook begrippenlijst) wordt de arts bedoeld die binnen de zorgorganisatie is belast met de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied, inclusief het toezicht op de uitvoering van de BOPZ. De wet stelt het voeren van verschillende registraties verplicht voor de geneesheer-directeur, zoals registraties in verband met overplaatsing, verlof en ontslag. De geneesheer-directeur kan begeleiders vragen die registraties geheel of gedeeltelijk uit te voeren.

Wet BOPZ: dwangbehandeling

Binnen de wet zijn de begrippen dwangbehandeling, middelen en maatregelen van belang. De geneesheer-directeur zorgt ervoor dat de behandelaren zo snel mogelijk na de aanvang van de zorg een behandelplan opstellen. Wanneer een bepaalde behandeling uit het behandelplan onder dwang plaatsvindt, dan is sprake van een dwangbehandeling. De cliënt moet, als gevolg van een psychische stoornis of een verstandelijke beperking, een gevaar vormen voor zichzelf of voor anderen en de dwangbehandeling moet absoluut noodzakelijk zijn om de cliënt zelf of anderen te beschermen. Behandelaren, zoals artsen, verpleegkundig specialisten, gedragswetenschappers, fysiotherapeuten en daartoe aangewezen verpleegkundigen, nemen in het behandelplan de middelen op die worden toegepast om het gevaar dat voortkomt uit de stoornis of de beperking van de cliënt af te wenden of te verminderen.

Het uitgangspunt is dat dwangbehandeling zo kort mogelijk plaatsvindt maar maximaal 3 maanden. Pas na multidisciplinaire evaluatie en een second opinion mag, als er geen andere oplossing is, dwangbehandeling langer dan drie maanden worden toegepast.



Wet BOPZ en 'Besluit middelen en maatregelen BOPZ': middelen en maatregelen

Als bij een acute noodsituatie een behandeling wordt opgelegd die niet in het behandelplan is opgenomen of als er nog geen behandelplan is geschreven, is er geen sprake van een dwangbehandeling, maar van het opleggen van middelen en maatregelen. Het moet dan wel gaan om een acute noodsituatie waarbij een behandeling noodzakelijk is om gevaar, voortvloeiend uit de stoornis of verstandelijke beperking, voor de cliënt of voor anderen af te wenden. De cliënt is bijvoorbeeld plotseling erg agressief en bedreigt anderen. Volgens het 'Besluit middelen en maatregelen BOPZ' kunnen de volgende middelen en maatregelen in de gehandicaptenzorg worden opgelegd: afzondering, fixatie, toedienen van medicatie, toedienen van vocht of voeding en separatie. Middelen en maatregelen mogen maximaal zeven dagen achter elkaar worden toegepast. Wanneer deze langer dan zeven dagen moeten worden toegepast, moeten de middelen en maatregelen getoetst worden aan de regels van dwangbehandeling.

Registraties voor de begeleider die kunnen volgen uit de wet

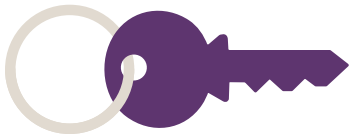
De volgende gegevens over cliënten die gedwongen zijn opgenomen moeten worden geregistreerd en schriftelijk worden gemeld aan de IGJ. Hoewel onderstaande registraties wettelijk aan de geneesheer-directeur worden opgelegd zal de begeleider in de praktijk vaak betrokken zijn bij de registraties. De begeleider zal deze registraties vanuit de zorg van een goed hulpverlener uitvoeren:

- Het moment waarop de dwangbehandeling begint.
- Het moment waarop de dwangbehandeling eindigt.
- Het moment waarop wordt begonnen met de maatregelen en middelen.
- Het moment waarop wordt gestopt met de maatregelen en middelen.
- De beslissing als reactie op klachten over de onvrijwillige opname of behandeling.
- Een afwijzende beslissing op een verzoek om overplaatsing.
- De beslissing op een verzoek om ontslag.
- Wanneer de cliënt ongeoorloofd afwezig is.
- Wanneer de cliënt terugkeert nadat hij ongeoorloofd afwezig was.

Eén keer per maand moet per fax of per e-mail aan de IGJ en aan de bevoegde officier van justitie een overzicht worden gestuurd van de op basis van een rechterlijke machtiging gedwongen opgenomen cliënten bij wie sprake is van:

- Dwangopname, tenzij sprake is van een cliënt die tot opname geen bereidheid toont, maar zich hiertegen ook niet verzet en waarbij het CIZ heeft geoordeeld dat opname noodzakelijk is.
- Verlof langer dan zestig uur en de eventuele voorschriften en/of voorwaarden.
- Voorwaardelijk verlof en de voorwaarden.
- Intrekking verlof en voorwaardelijk verlof.
- Voorwaardelijk ontslag en de voorwaarden.
- Intrekking voorwaardelijk ontslag.
- Ontslag.
- Overlijden, met een vermelding van de doodsoorzaak.
- Beëindigde inbewaringstelling (met een kort verslag over de bevindingen van de begeleider tijdens de opname).

Het uitgangspunt is dat een cliënt het eens moet zijn met een opname in een instelling. Als een cliënt dit niet meer zelf kan aangeven, zal iemand anders het besluit moeten nemen. Dan is een BOPZ-artikel-60-toets mogelijk bij het CIZ. In het maandelijks overzicht aan de IGJ en aan de bevoegde officier van justitie worden géén namen van cliënten vermeld die zijn opgenomen op grond van de artikel 60-toets.



Wet zorg en dwang: 1 januari 2020

De BOPZ komt op 1 januari 2020 te vervallen en wordt vervangen door de Wzd en de Wvvgz. De Wzd is van toepassing op cliënten met een psychogeriatrische aandoening (bijvoorbeeld dementie) en cliënten met een verstandelijke beperking. Voor de geestelijke gezondheidszorg geldt de Wvvgz. Hoewel de Wzd pas op 1 januari 2020 ingaat, gaan we toch kort in op de veranderingen. Ook omdat de wet nu al leeft onder zorgaanbieders. De laatste stand van zaken over de Wzd is te vinden op: www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/31996_wet_zorg_en_dwang.

Wzd: wat gaat er veranderen?

De Wzd brengt nieuwe functies en functiebenamingen met zich mee en voorziet in een regeling in de besluitvorming over onvrijwillige zorg. De focus binnen de nieuwe wet ligt op het methodisch werken. Een verschil met de BOPZ is dat de Wzd ook van toepassing kan zijn op cliënten die niet gedwongen zijn opgenomen. Het gaat dan om cliënten die vrijwillig zijn opgenomen of om cliënten die thuis wonen. Daarnaast zijn de regels uit de Wzd over onvrijwillige zorg soms ook van toepassing op vrijwillige zorg. Dit is het geval als de cliënt wilsonbekwaam is en het specifiek in de wet genoemde vormen van zorg betreft, zoals beperking van de bewegingsvrijheid of insluiting.

FEITEN



Niet alle informatie over cliënten die in hun vrijheid worden beperkt en onder de BOPZ vallen, moet aan de IGJ worden gemeld.

De volgende gegevens hoeft de zorgaanbieder niet aan de IGJ te melden:

1. Het akkoord van de verantwoordelijke behandelaar voor het toepassen van de middelen of maatregelen. Wanneer de verantwoordelijke behandelaar afwezig is, betreft dit het akkoord van zijn plaatsvervanger.
2. Een beperking van de vrijheid, waardoor de cliënt geen bezoek mag krijgen, geen telefoongesprekken mag voeren dan wel in zijn beweging wordt beperkt. Dit moet wél worden gemeld aan de geneesheer-directeur.
3. Individuele meldingen van gedwongen opnemingen. Het maandelijks overzicht is voldoende.
4. Verlof dat korter heeft geduurd dan zestig uur.
5. Aanvragen van rechterlijke machtigheden.
6. Wanneer een cliënt niet instemt met het behandelingsplan. Dit moet natuurlijk wel in het dossier worden geregistreerd, omdat dit van belang is voor de behandeling.

Het behandelplan, het dossier en het ondersteuningsplan zijn verschillende documenten.

In de zorg voor cliënten die tegen hun wil (of zonder bereidheid daartoe te tonen) worden opgenomen, worden de termen behandelplan, dossier en ondersteuningsplan vaak door elkaar gebruikt. Dit zijn echter verschillende documenten. Het behandelplan gaat over de behandeling die een cliënt door een behandelaar krijgt voorgeschreven om het gevaar dat voortkomt uit de stoornis of de beperking af te wenden of te verminderen. Het dossier bevat het behandelplan, gegevens over de gezondheid, uitgevoerde verrichtingen en gegevens over de medicatie. Het ondersteuningsplan gaat over de wensen en doelen van de cliënt, over de manier waarop de cliënt dat wil bereiken en over de zorg die daarbij hoort. Op grond van de wet zijn de onderdelen van het ondersteuningsplan die niet over de medische behandeling gaan, géén onderdeel van het dossier. Uit de veldnorm 'Handreiking ondersteuningsplannen 2013' volgt, dat het ondersteuningsplan wél onderdeel van het dossier van de cliënt is.

4. MEDICATIE



Gegevens over de medicatie moeten worden opgenomen in het dossier. Deze gegevens gaan namelijk over de gezondheid van de cliënt. Het registreren van medicatiegegevens is van belang, omdat het verkeerd gebruik van medicijnen kan leiden tot schade, ziekenhuisopname of zelfs de dood van een cliënt. In dit hoofdstuk gaan we in op de voor medicatie wettelijk verplichte registraties. Hierbij zijn de WGBO en de Europese richtlijn 2001/83 van belang.

Beschrijving van wet- en regelgeving

WGBO: toedienlijst en medicatieoverzicht

Het medicatieoverzicht is een overzicht van alle medicatie die de cliënt gebruikt. Het wordt opgesteld door apothekers op basis van wat de wettelijk bijvoegde voorschrijver, zoals bijvoorbeeld een arts of een verpleegkundig specialist, heeft voorgeschreven. De toedienlijst geeft overzicht welke medicatie een cliënt in welke hoeveelheid op welke tijd in welke vorm moet krijgen, met zo nodig informatie over het toedienen. De apotheker is verantwoordelijk voor het aanleveren van de toedienlijst, ook bij wijzigingen van medicatie. Zowel de toedienlijst als het medicatieoverzicht bevatten gegevens over de gezondheid van de cliënt die noodzakelijk zijn voor goede hulpverlening. Daarom maken beide deel uit van het dossier. Dit betekent dat de rechten van de cliënt uit de WGBO, waaronder de geheimhoudingsplicht (zie ook 'WGBO en AVG: toestemming en geheimhouding'), ook van toepassing zijn op de toedienlijst en het medicatieoverzicht.

Registraties voor de begeleider die kunnen volgen uit de wet

- Het toedienen van medicatie is een behandeling die valt onder de WGBO. Als de begeleider tijdens de uitvoering van deze taken opmerkt dat in het dossier gegevens en/of documenten ontbreken, dan registreert hij deze informatie in het dossier. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de bijwerkingen van medicijnen die een begeleider opmerkt tijdens de uitvoering van zijn taken. Welke informatie moet worden opgenomen in het dossier, is terug te vinden in [hoofdstuk 1](#).
- Als het medicatieoverzicht en de toedienlijst nog geen onderdeel zijn van het dossier, dan moeten deze in het dossier worden opgenomen. Indien de begeleider het ontbreken van de overzichten en lijsten tijdens zijn werkzaamheden opmerkt zal hij deze alsnog toevoegen aan het dossier.
- De begeleider tekent af op de toedienlijst als de medicatie is gegeven.



FEITEN



Uitgezette medicatie moet bij voorkeur door een andere begeleider worden gecontroleerd.

Controle op uitgezette medicatie door een andere begeleider volgt niet uit de wet, maar uit de veldnorm 'Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg'. Dergelijke veldnormen zijn geen wettelijke verplichtingen. Een begeleider moet deze veldnormen als goed hulpverlener in beginsel naleven, tenzij verantwoorde en goede zorgverlening vergt dat van deze veldnorm moet worden afgeweken. De begeleider moet deze afweging zelf maken. Wanneer van een veldnorm wordt afgeweken, moet de begeleider dit wel altijd gemotiveerd vastleggen in het dossier.

De zorgaanbieder en de begeleiders moeten samen een lokaal protocol voor de overdracht van medicatiegegevens opstellen.

Dit volgt uit de richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten'. Sinds 1 januari 2011 moeten zorgaanbieders, volgens het ministerie van VWS, de richtlijn volgen. De zorgaanbieder en de begeleiders stellen voor hun lokale situatie samen met collega's een lokaal protocol 'overdracht van medicatiegegevens' op. Hierin wordt aangegeven hoe in de dagelijkse praktijk gehandeld moet worden bij de overdracht van medicatiegegevens. Registraties die hierin door de zorgaanbieder worden opgenomen, zijn verplicht voor de begeleider.

5. KWALITEIT EN VEILIGHEID



Voor de kwaliteit van zorg en de veiligheid van cliënten bestaan verplichte registraties. Hierop zijn de Wkkgz, het Uitvoeringsbesluit Wkkgz, de wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG), het 'Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling' en het kwaliteitskader Gehandicaptenzorg van belang.

Het gaat in dit hoofdstuk onder meer om goede zorg en het kwaliteitssysteem, het registreren van calamiteiten, de klachtenregeling, geschillen, voorbehouden handelingen en het melden van huiselijk geweld en kindermishandeling.

Beschrijving van wet- en regelgeving

Wkkgz: goede zorg en het kwaliteitssysteem

De Wkkgz geeft een aantal verplichte registraties, maar verplicht zorgaanbieders ook om diverse open normen zelf in te vullen. De zorgaanbieder moet volgens de wet zorgen voor goede zorg. Hij moet zorgen voor een kwalitatief en kwantitatief goed personeelsbestand en voor een goede verdeling van de verschillende verantwoordelijkheden. De zorgaanbieder moet een schriftelijke overeenkomst aangaan met alle begeleiders die voor hem werken. Daarin wordt opgenomen dat de begeleiders zich bij hun werkzaamheden houden aan de voor de zorgaanbieder geldende wettelijke verplichtingen en de regels die de zorgaanbieder zelf over de zorgverlening heeft vastgesteld. Daarnaast moet de zorgaanbieder in het bezit zijn van een verklaring omtrent het gedrag (VOG) van alle begeleiders.

Als cliënten daarom verzoeken, krijgen zij informatie over de aangeboden zorg. De zorgaanbieder geeft dan in ieder geval informatie over tarieven, wachttijden, kwaliteit van de zorg, in hoeverre de behandeling wetenschappelijk bewezen is en informatie over de ervaringen van andere cliënten.

De zorgaanbieder moet binnen zijn zorgorganisatie de kwaliteit van de zorg systematisch bewaken, beheersen en verbeteren. Met andere woorden: er moet een kwaliteitssysteem zijn. De zorgaanbieder moet de gegevens over de kwaliteit van de zorg dusdanig verzamelen en registreren, dat ze kunnen worden vergeleken met de gegevens van andere zorgaanbieders van dezelfde categorie. Het is aan de zorgaanbieder om te kiezen welk kwaliteitssysteem wordt gebruikt.

Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg

Met ingang van 2017 is het vernieuwde Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg in werking getreden. Het Zorginstituut Nederland (ZINL) heeft het kader opgenomen in het wettelijke register Zorginzicht.nl. Het doel is meerledig: het geeft duidelijkheid aan cliënten, het is stimulerend voor de medewerkers die de zorg uitvoeren, het is richtinggevend voor de leiding van de zorgorganisatie en het maakt duidelijk hoe elke zorgorganisatie het zicht op kwaliteit gebruikt voor externe verantwoording.

Het Kwaliteitskader bevat vier 'bouwstenen' die zowel op de werkvloer als in de rest van de organisatie leiden tot zicht op kwaliteit en leren & verbeteren:

1. Zorgproces rondom de individuele cliënt

Op basis van de dialoog tussen begeleider en cliënt wordt het persoonlijk ondersteuningsplan opgesteld. In het plan worden de volgende punten opgenomen:



- zelfredzaamheid en ondersteuningsbehoeften;
- gezondheidsrisico's en veiligheid;
- ervaren kwaliteit van bestaan;
- betrokkenheid van familieleden en belangrijke anderen;
- afspraken over dagelijkse zorg en ondersteuning.

De zorgaanbieder zorgt ervoor dat het ondersteuningsplan in samenspraak met de cliënt wordt opgesteld en dat het plan actueel is.

2. Onderzoek naar cliëntervaringen

De tweede bouwsteen gaat over cliëntervaringen. Elke zorgorganisatie voert minimaal eens per drie jaar een cliënttevredenheidsonderzoek uit bij alle cliënten aan wie zij Wlz-zorg biedt. Bij dit onderzoek wordt een instrument gebruikt dat is opgenomen in de door de sector gekozen 'Waaier van instrumenten'.

3. Zelfreflectie in teams

De kern van de bouwsteen 'reflectie in teams' is dat teams naast het reguliere werkoverleg ook systematisch reflecteren aan de hand van landelijk vastgestelde thema's. De reflectie heeft als doelstelling 'wat doen we goed, wat kan beter' en vindt minimaal jaarlijks plaats, waarbij bevindingen en ontwikkelpunten worden vastgelegd. Vervolgens maken teams een gerichte keuze voor enkel weloverwogen speerpunten. De ontwikkelpunten en bevindingen zijn per team opvraagbaar en beschikbaar voor de IGJ. Op organisatieniveau bestaat er een overzicht van teamreflecties dat beknopte verslagen bevat van de verkregen inzichten en speerpunten voor kwaliteitsverbetering.

4. Kwaliteitsrapport en visitatie

De laatste bouwsteen bevat de opdracht aan het zorgorganisatiebestuur om jaarlijks een bondig kwaliteitsrapport op te stellen op basis van de inzichten uit bouwstenen 1, 2 en 3 en andere relevante informatiebronnen. Dit rapport is uiterlijk op 1 juni van het volgende jaar beschikbaar en wordt openbaar gemaakt. Daarnaast zorgt de zorgorganisatie voor een korte samenvatting van het rapport die begrijpelijk is voor cliënten. Naast het kwaliteitsrapport is het bestuur ook verantwoordelijk voor het regelen van kritische, opbouwende reflectie door het organiseren van een externe visitatie. De visitatie vindt één keer per twee jaar plaats. In het jaar dat geen visitatie plaatsvindt, vermeldt de bestuurder in het kwaliteitsrapport wat er met de inzichten uit de visitatie is gebeurd.

Wkkgz: Intern melden van incidenten

Als zich een incident voordoet, moet dat bij de zorgaanbieder worden gemeld. Zorgaanbieders moeten hiervoor een interne procedure hebben over het registreren en analyseren van de incidenten en het verbeteren van het zorgproces. In de interne procedure moet de zorgaanbieder de volgende onderdelen opnemen:

- Inzicht in de manier waarop incidenten gemeld worden.
- Inzicht in de manier waarop incidenten in kaart worden gebracht.
- Inzicht in de manier waarop incidenten onderzocht worden.
- Hoe besluiten worden genomen over maatregelen om de kwaliteit van de zorg te waarborgen.
- Hoe de betrokken zorgverlener en het betrokken organisatieonderdeel worden ingelicht over de uitkomsten en conclusies van de analyse.

In de interne procedure voor het melden van incidenten neemt de zorgaanbieder eveneens op:

- Bij welke functionaris(sen) de incidenten worden gemeld en de verantwoordelijkheidstoedeling van deze functionarissen.
- Wat de uitgangspunten zijn van de onafhankelijke oordeelsvorming, de deskundigheid en de bij- en nascholing van deze functionarissen.
- Welke waarborgen er bestaan voor de bescherming van de persoonsgegevens, onder andere 'voorkomen van bovenmatige gegevensverwerking', 'zo spoedig mogelijk anonimiseren van gegevens' en 'beveiliging van meldingssysteem'.



- Welke waarborgen er bestaan voor de melder en de functionarissen tegen de gevolgen van het naleven van de interne procedure. Melders moeten incidenten namelijk veilig kunnen melden. Dit betekent dat de melder niet bang hoeft te zijn dat op basis van de melding disciplinaire maatregelen tegen hem zullen worden getroffen. Medewerkers moeten daarom expliciet te horen krijgen dat ze een incident kunnen melden zonder daar persoonlijk op afgerekend te worden.

NB: Het is mogelijk dat uit deze interne procedure registraties volgen voor de begeleider. Dit zal per zorgaanbieder verschillen.

In hoofdstuk 1 kunt u lezen over de verplichtingen betreft het registreren van incidenten in het cliëntdossier.

Wkkgz:

Melden van calamiteiten, geweld in de zorgrelatie en ontslag wegens disfunctioneren

In tegenstelling tot incidenten moeten calamiteiten wel extern worden gemeld. De IGJ houdt toezicht op de uitvoering van de Wkkgz. Hierin is vastgelegd dat de zorgaanbieder verplicht is om iedere calamiteit die bij de zorgverlening heeft plaatsgevonden te melden aan de IGJ. Dit geldt ook voor enige vorm van geweld in de zorgrelatie, waaronder seksueel misbruik en ontslag van een begeleider wegens ernstig disfunctioneren. Voor geweld tussen cliënten onderling gelden aanvullende beleidsregels. Zo hoeven alleen situaties gemeld te worden, waarin sprake is van ernstige lichamelijke of geestelijke geweldsincidenten. Situaties waarin sprake is van minder ernstige geweldsincidenten hoeven niet gemeld te worden, maar dienen wel geregistreerd te worden. Een zorgaanbieder beoordeelt zelf of in een concrete situatie sprake is van een ernstig geweldsincident. De volgende vormen van geweld tussen cliënten moeten in ieder geval wel gemeld worden:

1. Als een medische en/of psychologische dan wel gedragskundige behandeling van het geweld noodzakelijk was, blijkend uit een consult bij een zorg- of jeugdhulpverlener.
2. Wanneer er sprake was van een politie-interventie, dan wel een aangifte bij de politie of het openbaar ministerie.

Voor een zorgaanbieder is het niet altijd direct duidelijk is of er daadwerkelijk sprake is van een situatie die valt onder de definitie van een calamiteit of geweld in de zorgrelatie. In die gevallen dient de zorgaanbieder op basis van eigen onderzoek vast te stellen of hier volgens hem daadwerkelijk sprake van is. Dat eigen onderzoek moet de zorgaanbieder direct starten en zo snel mogelijk afronden. De IGJ hanteert het uitgangspunt dat dat altijd binnen zes weken het geval moet kunnen zijn. Vanaf het moment van vaststelling heeft de zorgaanbieder drie dagen de tijd om hiervan melding te doen bij de IGJ.

Bij meldingen aan de IGJ, zal de begeleider een signalerende rol hebben naar het management van de organisatie.

Wkkgz en Uitvoeringsbesluit Wkkgz: Klachten en geschillen

Als de cliënt niet tevreden is over de zorgverlening, kan hij schriftelijk een klacht indienen. Elke zorgaanbieder moet daarom volgens de Wkkgz een klachtenregeling hebben. In het Uitvoeringsbesluit Wkkgz is opgenomen wat de zorgaanbieder in ieder geval hierin moet opnemen. De klachtenregeling kan worden aangepast aan de aard van de zorg en de categorie cliënten. Verder moet de zorgaanbieder zich aansluiten bij een geschillencommissie en een of meerdere personen aanwijzen als onafhankelijke klachtenfunctionaris. De zorgaanbieder moet de klachtenregeling onder de aandacht van cliënten brengen en de mogelijkheid tot het aandrazen van geschillen bij de geschillencommissie. Uit de klachtenregeling kunnen verschillende registraties voor de begeleider volgen.

Wet BIG: kwaliteit van de individuele beroepsbeoefenaar

De wet BIG bestaat naast de Wkkgz en ziet toe op de bekwaamheid van de individuele beroepsbeoefenaar. In de wet BIG worden veertien voorbehouden handelingen genoemd, die alleen mogen worden uitgevoerd door



zelfstandig bevoegde behandelaars, te weten artsen, verpleegkundig specialisten, tandartsen, verloskundigen en een bepaalde categorie verpleegkundigen bij het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. Begeleiders mogen deze handelingen alleen uitvoeren als zij hiervoor opdracht hebben gekregen van een zelfstandig bevoegde behandelaar die hen bekwaam acht en zij zelf ook vinden dat zij bekwaam zijn om de handeling uit te voeren.

Wkkgz en 'Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling': De meldcode

De zorgaanbieder is verplicht om voor haar begeleiders een meldcode vast te stellen waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe ze met signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling moeten omgaan. In deze meldcode moet de zorgaanbieder in ieder geval de volgende stappen opnemen:

- In kaart brengen van het huiselijk geweld of de kindermishandeling. Dit houdt in dat duidelijk wordt gemaakt dat er sprake is (geweest) van huiselijk geweld. De wet bepaalt de vorm, frequentie, gevolgen en dergelijke niet, dat is aan de zorgaanbieder zelf. Het gaat hier ook en vooral om de thuissituatie van de cliënt.
- Hulp vragen bij deskundige collega's en zo nodig bij Veilig Thuis (het Nederlandse advies- en meldpunt voor huiselijk geweld en kindermishandeling). Eventueel raadplegen van een deskundige op het gebied van letselduiding.
- Een gesprek met de cliënt.
- Afwegen van het risico op en de aard en de ernst van het huiselijk geweld dan wel de kindermishandeling. Bij twijfel wordt Veilig Thuis geraadpleegd.
- Beslissen: zelf hulp bieden, hulp organiseren of melden.

Voor de melding moet de zorgaanbieder verder zorgen voor een eindverantwoordelijke en een verdeling van de verantwoordelijkheden onder begeleiders. De zorgaanbieder moet, indien van toepassing, specifieke aandacht hebben voor bijzondere vormen van geweld, die speciale kennis en vaardigheden van het personeel vragen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan eerwraak. Ten slotte moet de zorgaanbieder specifieke aandacht hebben voor de manier waarop begeleiders omgaan met vertrouwelijke gegevens.

Registraties voor de begeleider die kunnen volgen uit de wet en het kwaliteitskader

- De registraties die de zorgaanbieder in het kwaliteitssysteem verplicht stelt voor de begeleider, moeten op grond van het arbeidsrecht door de begeleider worden uitgevoerd.
- Registraties die voortvloeien uit het Kwaliteitskader zoals de zelfreflectie in teams. De bevindingen en ontwikkelpunten die voortkomen uit de zelfreflecties worden vastgelegd.
- De aard en de toedracht van incidenten bij de zorgverlening moeten direct aan de cliënt worden meegedeeld als ze merkbare gevolgen voor hem (kunnen) hebben. Hiervan wordt ook een aantekening gemaakt in het dossier, zoals omschreven in hoofdstuk 1. Ook wordt het tijdstip waarop het incident heeft plaatsgevonden en de namen van de betrokkenen bij het incident geregistreerd.
- De registraties die de zorgaanbieder in zijn interne procedure voor het melden van incidenten verplicht stelt voor de begeleider, moeten op grond van het arbeidsrecht door de begeleider worden uitgevoerd.
- De registraties die de zorgaanbieder in de klachtenregeling verplicht stelt voor de begeleider, moeten op grond van het arbeidsrecht door de begeleider worden uitgevoerd.
- De registraties die de zorgaanbieder in de meldcode 'Huiselijk geweld en kindermishandeling' verplicht stelt voor de begeleider, moeten op grond van het arbeidsrecht door de begeleider worden uitgevoerd.



FEITEN



Een zorgaanbieder is volgens de wet niet verplicht om PRISMA en/of SIRE te gebruiken bij incidenten.

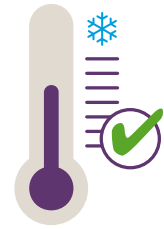
Onderzoeksmethoden als PRISMA en/of SIRE zijn niet wettelijk verplicht, maar als een zorgaanbieder besluit om PRISMA en/of SIRE te gebruiken in de zorgorganisatie, zijn de daaruit volgende registraties, op grond van het arbeidsrecht voor de begeleider wel verplicht.

Een zorgaanbieder is verplicht om een kwalitatief goed onderzoek te doen. Het onderzoek en de rapportage moeten methodisch worden uitgevoerd. De IGJ houdt hierop toezicht.

De zorgaanbieder moet volgens de wet zorgen voor een kwaliteitssysteem, registraties die daaruit volgen zijn voor de begeleider verplicht.

De zorgaanbieder moet volgens de Wkkgz de kwaliteit van de zorg systematisch bewaken, beheersen en verbeteren. Er moet, met andere woorden, een kwaliteitssysteem zijn. Welke vorm dat kwaliteitssysteem moet hebben, staat niet in de wet. Het hoeft bijvoorbeeld geen gecertificeerd kwaliteitssysteem als HKZ, ISO of PREZO te zijn, maar kan ook gaan om een door de zorgaanbieder zelf gemaakt kwaliteitssysteem. Uit het kwaliteitssysteem kunnen registraties volgen voor de begeleider. De begeleider is in dat geval op grond van het arbeidsrecht verplicht om deze uit te voeren.

6. VOEDSELVEILIGHEID EN HYGIËNE



In een zorgorganisatie is het van groot belang dat cliënten veilig zijn en daarom mag voedsel hen niet ziek maken. Het naleven van de Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP) is daarom verplicht. In dit hoofdstuk gaan we in op de verplichte registraties die uit HACCP volgen. Hierbij zijn de verordening (EG) 852/2004 en het 'Warenwetbesluit hygiëne van levensmiddelen' van belang. Verder moeten zorgaanbieders cliënten beschermen tegen legionella. Hiervoor geldt het Drinkwaterbesluit.

Beschrijving van wet- en regelgeving

Verordening (EG) 852/2004 en Warenwetbesluit hygiëne van levensmiddelen: HACCP

HACCP is een risico-inventarisatie voor voedingsmiddelen die vanuit de Europese wetgeving in Nederland verplicht is. De zorgaanbieder moet de zeven kernpunten uit HACCP naleven:

1. Potentiële gevaren inventariseren.
2. Kritische beheerspunten vaststellen: punten in het proces waar het risico kan worden voorkomen of beperkt.
3. Per kritisch beheerspunt de kritieke grenzen aangeven.
4. Vaststellen hoe de kritische beheerspunten bewaakt ofwel 'gemonitord' worden.
5. Per kritisch beheerspunt de correctieve acties vastleggen die moeten zorgen voor een herstel van de veiligheid.
6. Verificatie toepassen: een periodieke check om na te gaan of de HACCP-aanpak goed werkt.
7. Documentatie en registraties bijhouden, vastleggen wat is aangepast en hoe dit is gedaan.

HACCP: hygiëncodes

Zorgaanbieders moeten HACCP naleven in hun zorginstelling. De zorgaanbieder besluit zelf welke registraties uit de HACCP volgen voor de begeleider. Hij is daarbij vrij in zijn keuze, zolang maar wordt voldaan aan de zeven kernpunten uit HACCP. Omdat de HACCP-normen geen vaste kaders geven, ontstaat vaak onzekerheid bij zorgaanbieders of aan de HACCP is voldaan. Om de zorgaanbieder meer zekerheid te bieden zijn er twee hygiëncodes opgesteld. Door een van de twee na te leven, voldoet de zorgaanbieder aan de zeven kernpunten van de HACCP.

Hygiëncode voor de voedingsverzorging in woonvormen (lichtere variant)

Onder woonvorm wordt een groep bewoners in een woonruimte verstaan die te herkennen is als een huis. Ook wordt er een gewoon huishouden gevoerd doordat activiteiten als bijvoorbeeld eten en afwassen samen worden gedaan. Een voorbeeld van een woonvorm is het kleinschalig wonen. Woonvormen moeten de voedselveiligheid structureel regelen en aanpakken. In de hygiëncode worden alleen richtlijnen gegeven ten aanzien van goede hygiënepraktijken. Daar waar er geen complexe handelingen worden verricht ten aanzien van voedingsverzorging zijn registraties dus niet verplicht. Wel moet het personeel voldoende kennis en inzicht hebben om op hygiënische wijze de maaltijden te verzorgen of goede instructies hebben om dit te doen. Deze hygiëncode geldt trouwens ook voor dagbesteding.

Hygiëncode Zorginstellingen en Defensie (zwaardere variant)

De hygiëncode voor voedingsverzorging in woonvormen is niet van toepassing op woonvormen die bij het bereiden van maaltijden 'complexe handelingen' verrichten: bijvoorbeeld het bereiden, koelen en enkele dagen bewaren van meerdere maaltijden om deze later weer op te warmen. Cliënten zijn dan niet betrokken bij het klaarmaken van eten. De Hygiëncode Zorginstellingen en Defensie is in deze situatie van toepassing. Indien de



zorgaanbieder kiest voor het gebruiken van deze hygiënecode om de voedselveiligheid in overeenstemming te laten zijn met de HACCP dan volgen hier registraties uit voort. De registraties die de zorgaanbieder verplicht stelt, zijn verplicht voor de begeleider.

Drinkwaterbesluit: Veiligheid van drinkwater

De zorgaanbieder moet zorgen voor veilig drinkwater. De zorgaanbieder is daarom verplicht een legionella-risicoanalyse uit te laten voeren door een BRL 6010-gecertificeerd bedrijf. Als dit bedrijf een legionella-beheersplan opstelt, dan moet de zorgaanbieder zich hieraan houden en de beheersmaatregelen en controles die hierin zijn opgenomen, periodiek uitvoeren. Bij een vermoeden van een risico op normoverschrijdingen moet het beheersplan worden gevolgd. Is er geen beheersplan gemaakt, dan moet de zorgaanbieder die maatregelen en controles uitvoeren die in de omstandigheden in redelijkheid van hem kunnen worden gevraagd.

Registraties voor de begeleider die kunnen volgen uit de wet

- Alle registraties die de zorgaanbieder verplicht stelt om de voedselveiligheid in zijn zorgorganisatie in overeenstemming te laten zijn met HACCP, zijn verplicht. Hierbij kan gedacht worden aan het noteren van de datum op de verpakking van voedsel. Indien de zorgaanbieder de lichte variant van de hygiënecode (woonvorm) toepast, volgen hier geen registraties uit.
- Het beheersplan voor legionella kan registraties voor de begeleider bevatten. Als een risico op normoverschrijding wordt vermoed, dan zijn deze registraties verplicht.

FEITEN



Zorgaanbieders zijn niet verplicht om een van de hygiënecodes te gebruiken, maar moeten wel aan HACCP voldoen.

Zorgaanbieders moeten voldoen aan de voedselveiligheidseisen (HACCP) conform (Europese) wetgeving in hun zorgorganisatie. Zij mogen zelf weten op welke manier zij dit doen.

Het controleren van de temperatuur van koelkasten op zorglocaties die niet onder de beschrijving van een woonvorm vallen, is verplicht.

Het controleren van de temperatuur van koelkasten in zorgorganisaties is een verplichting die volgt uit HACCP. De verplichting geldt alleen voor locaties die niet onder de beschrijving van een woonvorm vallen (zie voor de beschrijving 'Hygiënecode voor de voedingsverzorging in woonvorm'). Voedsel dat op een te hoge temperatuur in de koelkast heeft gelegen, kan bederven en zo leiden tot ziekte bij de cliënt. Om dit te voorkomen worden de maximale koelkasttemperaturen geregistreerd als grenzen aan de kritieke beheerspunten. De verplichting is dus niet letterlijk in de wet opgenomen, maar volgt hier wel rechtstreeks uit en is dus wél verplicht.

Zorglocaties die niet onder de beschrijving van een woonvorm vallen, zijn verplicht om de datum op de verpakking van voedsel te noteren.

Deze verplichting volgt uit HACCP. Het gaat dan om locaties die niet onder de beschrijving van een woonvorm vallen. Net als een te hoge koelkasttemperatuur kan voedsel waarvan de verpakking al enige tijd open is bederven en zo leiden tot ziekte bij de cliënt. Om dit te voorkomen worden de



maximale bewaartermijnen van aangebroken voedsel geregistreerd als grenzen aan de kritieke beheerspunten. De verplichting is dus niet letterlijk in de wet opgenomen, maar volgt hier wel rechtstreeks uit en is dus wél verplicht.

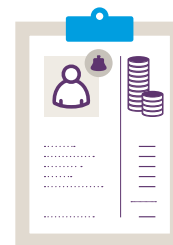
Zorglocaties die niet onder de beschrijving van een woonvorm vallen, kunnen zelf kiezen hoe zij geopende producten markeren (datum en verwijzing), als het maar voor iedereen duidelijk is.

Om te voorkomen dat cliënten bedorven voedsel krijgen, moet op geopende producten worden aangegeven wanneer zij geopend zijn zodat ze op tijd kunnen worden weggegooid. Hiervoor kan een datum-sticker worden gebruikt, maar deze vorm is niet verplicht. De datum mag bijvoorbeeld ook met een stift op een geopend product worden geschreven, zolang maar duidelijk is of het om een productie-, houdbaarheids-, openings-, invries- of ontdooidatum gaat. Bijvoorbeeld de tekst 'geopend op 9 oktober 2018' of 'ontdooid op 8 oktober 2018'. Zorgorganisaties die onder de beschrijving van een woonvorm vallen zijn niet verplicht om geopende producten te markeren.

Familie of cliënten mogen zelfgemaakte of zelf gekochte producten meenemen.

Voorwaarde is wel dat de meegebrachte voedselmiddelen veilig zijn. Hierbij dient gelet te worden op houdbaarheids- of een te-gebruiken-tot-datum. De producten moeten bij binnenkomst meteen gekoeld worden. Ook is het belangrijk om familie en cliënten aan te raden een koeltas te gebruiken voor vervoer.

7. INDICATIE CIZ EN ZORGOVEREENKOMST PGB



In dit hoofdstuk beschrijven we de wet- en regelgeving over de indicatiestelling en de zorgovereenkomst pgb.

Om voor zorg op grond van de Wlz in aanmerking te kunnen komen, dient de cliënt te beschikken over een indicatie die door het CIZ is gesteld. Ook geeft het CIZ een zorgprofiel af. Indien de zorgvraag van de cliënt verandert, kan de zorgaanbieder met de cliënt een andere indicatie aanvragen. Als de cliënt door het CIZ is geïndiceerd, kan hij voor zorg in natura kiezen of zijn zorg zelf regelen met een pgb. De cliënt is dan onder meer zelf verantwoordelijk voor een goed pgb-beheer en voor het inkopen van zorg van goede kwaliteit. Voor de begeleider is vooral van belang dat er een zorgovereenkomst pgb wordt opgesteld met een zorginstelling van de Sociale Verzekeringsbank (SVB), conform het model Zorgovereenkomst.

Beschrijving van de wet- en regelgeving: Indicatiestelling

Het CIZ is op grond van de Wlz ingesteld en onder andere belast met de indicatiestelling. De wijze waarop het CIZ de indicatiestelling uitvoert, is vastgelegd in beleidsregels van het CIZ.

De volgende informatie heeft het CIZ nodig voor het indicatiebesluit en de herindicatie:

- De resultaten van het voorbereidend onderzoek.
- Aandoeningen, beperkingen, stoornissen of handicaps waardoor de zorg nodig is.
- Het zorgprofiel waarop de cliënt is aangewezen.
- De aan het recht op zorg verbonden voorwaarden en beperkingen.
- De datum waarop het recht op zorg ingaat.
- De geldigheidsduur van het indicatiebesluit.

Aan het CIZ kan alleen informatie worden verstrekt, als de cliënt hiervoor uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven. Het gaat dan alleen om de informatie die het CIZ nodig heeft voor het indicatiebesluit en de herindicatie.

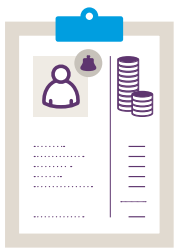
Registraties voor de begeleider die kunnen volgen uit de wet

Begeleiders kunnen betrokken worden bij het vastleggen van de gegevens die nodig zijn voor het verkrijgen van de (her)indicatie.

Beschrijving van wet- en regelgeving: zorgovereenkomst pgb

Regeling langdurige zorg: de zorgovereenkomst

De cliënt die ervoor gekozen heeft de zorg zelf te regelen met een pgb is verplicht een zorgovereenkomst te sluiten met de betrokken zorgaanbieder(s). In deze overeenkomst legt de zorgaanbieder de afspraken met de cliënt vast over de te verlenen zorg, de werktijden en de vergoeding. Voor cliënten met een pgb moet de zorgaanbieder sinds 1 april 2017 verplicht gebruikmaken van het meest recente model Zorgovereenkomst met een zorginstelling van de SVB.



Registraties voor de begeleider die kunnen volgen uit de wet

De gegevens die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van het pgb en daarom aan het zorgkantoor moeten worden verstrekt, zijn:

- Naam, adres, postcode en woonplaats van de cliënt.
- Inschrijving- of verzekerdenummer, burgerservicenummer, geslacht en geboortedatum van de cliënt.
- Het indicatiebesluit van de cliënt.
- Het zorgprofiel van de cliënt.
- De aan de cliënt te leveren of geleverde prestatie.
- Het moment waarop de prestatie aan de cliënt is begonnen, gewijzigd en/of beëindigd.
- Het tarief voor de geleverde prestatie.
- Een specificatie van de rekeningen voor de verrichte prestaties.
- De gegevens die nodig zijn om vast te stellen of de prestatie valt onder het wettelijk verzekerde pakket.
- Het bankrekeningnummer van de cliënt.
- Overige gegevens van de cliënt die noodzakelijk zijn voor het verrichten van een materiële controle of een fraudeonderzoek. Bij een materiële controle wordt door het zorgkantoor onderzocht of de zorgaanbieder de in rekening gebrachte prestaties ook echt heeft verricht en of de geleverde prestatie ook echt de beste prestatie was voor de cliënt.

Een zorgkantoor heeft alleen onder bepaalde voorwaarden toestemming om cliëntgegevens in te mogen zien. Bij een materiële controle moet de zorgverzekeraar eerst middelen inzetten die zo min mogelijk inbreuk maken op de privacy van cliënten (bijvoorbeeld statistisch onderzoek). Alleen wanneer aantoonbaar na eerder onderzoek nog steeds sprake is van een redelijk vermoeden van ondoelmatig of onrechtmatig handelen én dit vermoeden niet op een andere manier kan worden geverifieerd, mag het zorgkantoor inzage in het benodigde deel van het cliëntendossier vragen.

8. INFORMATIEBEVEILIGING



In hoofdstuk 1 en 4 is het dossier toegelicht en is aan de orde gekomen hoe de zorgaanbieder voor een veilige overdracht van medicatiegegevens in het dossier moet zorgen. In dit hoofdstuk gaan we in op de manier waarop de zorgaanbieder het dossier moet beveiligen. Hierbij zijn de WGBO, de AVG en de Wkkgz van belang.

Beschrijving van wet- en regelgeving

WGBO, AVG en Wkkgz: beveiliging van de persoonsgegevens

De cliënt heeft er recht op dat de informatie die de begeleiders over hem registreren, niet aan derden wordt verstrekt. Dit volgt uit de WGBO, de AVG en de Wkkgz. De AP (Autoriteit Persoonsgegevens) is de toezichthouder die de bescherming van persoonsgegevens bewaakt. De IGJ houdt toezicht op informatiebeveiliging in de zorg en toetst in welke mate de vertrouwelijkheid, beschikbaarheid en integriteit van informatie is gewaarborgd door de zorgverlener.

Zorgaanbieders zijn verplicht om passende technische en organisatorische maatregelen te nemen om persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking. Voor zorgaanbieders zijn in dit kader de NEN 7510, NEN 7512 en NEN 7513 van belang. Certificering volgens deze normen is op grond van de AVG niet verplicht, maar een zorgaanbieder heeft wel een verantwoordingsplicht. Dat betekent dat hij moet kunnen aantonen dat de juiste organisatorische en technische maatregelen heeft toegepast om aan de AVG te voldoen. Werken conform de NEN-normen wordt door de AP als voorbeeld genoemd om aan te kunnen tonen dat de juiste maatregelen worden toegepast. Voor zorgaanbieders die burgerservicenummers verwerken geldt volgens het 'Besluit elektronische gegevensverwerking' wel de verplichting om conform de bovengenoemde NEN-normen te werken.

AVG: registreren en melden van datalekken

De AVG stelt dat elk vermoeden van een datalek geregistreerd moet worden in een intern datalekregister. Met een datalek wordt zowel het lekken van gegevens als de onrechtmatige verwerking van gegevens bedoeld. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld een inbraak, gegevensdiefstal door een hacker, het verzenden van een mail naar een verkeerd emailadres of een kwijtgeraakte USB-stick met persoonsgegevens. Wanneer een begeleider een mogelijk datalek constateert, wordt dit gemeld bij de directie en/of aan de onafhankelijke functionaris voor de gegevensbescherming (FG), dan wel een andere verantwoordelijke voor de privacy. Een FG is een onafhankelijk persoon die binnen de organisatie toezicht houdt op de toepassing en naleving van de AVG. De directie en de FG zullen bij een datalek de datalekprocedure starten.

Een zorgorganisatie moet een datalek binnen 72 uur melden aan de AP, tenzij het onwaarschijnlijk is dat het datalek een risico oplevert voor de rechten en vrijheden van de cliënten. Bij de melding moet worden genoemd:

- aard en omvang van de inbreuk;
- categorieën van betrokkenen;
- een benadering van het aantal betrokkenen;
- naam en contactgegevens van de FG of ander contactpunt;
- een beschrijving van de (vermoedelijke) gevolgen;
- aanbevolen maatregelen om de negatieve gevolgen van de inbreuk te voorkomen.

Als er sprake is van een inbreuk die waarschijnlijk ongunstige gevolgen zal hebben voor de persoonlijke levenssfeer van de cliënt, dan moet de zorgaanbieder de betreffende cliënt direct op de hoogte stellen van deze inbreuk. De cliënt hoeft niet geïnformeerd te worden wanneer:



- Er passende technische en organisatorische beschermingsmaatregelen zijn genomen.
- Er achteraf maatregelen zijn genomen waarmee de vastgestelde risico's voor betrokkenen zijn weggenomen.
- De mededeling onevenredig veel inspanning kost.

Registraties voor de begeleiders die kunnen volgen uit de wet

- Registraties rond informatiebeveiliging die de zorgaanbieder verplicht stelt voor de begeleider, moeten door de begeleider worden uitgevoerd.
- Registraties over het melden van datalekken, voor zover de zorgaanbieder daartoe registraties verplicht stelt voor de begeleider.

FEITEN



Een organisatie mag op haar eigen website niet zomaar foto- of videomateriaal plaatsen van haar cliënten.

Het publiceren van foto- of videomateriaal van een cliënt valt onder de werking van de AVG. Deze beelden zijn namelijk persoonsgegevens die herleidbaar zijn tot een natuurlijk persoon. Heeft de cliënt zijn toestemming gegeven voor het publiceren van het foto- of videomateriaal dan is het plaatsen daarvan op de eigen website toegestaan. De zorgaanbieder moet deze toestemming wel kunnen aantonen. Hoewel het registreren van de toestemming niet wettelijk verplicht is, is het in het kader van de aantoonplicht wel verstandig.

Het kwijtraken van een mobiele telefoon met cliëntgegevens is een datalek.

Bij een datalek gaat het om toegang tot of de vernietiging, wijziging of het vrijkomen van persoonsgegevens bij een organisatie zonder dat dit de bedoeling is. Onder een datalek valt dus niet alleen het lekken van gegevens, maar ook het verlies van persoonsgegevens. In deze situatie met de mobiele telefoon komen ongewild persoonsgegevens van cliënten vrij waardoor onbevoegden hiertoe toegang kunnen hebben. De begeleider moet het datalek melden bij de directie en/of aan de onafhankelijke FG of andere verantwoordelijke voor de privacy. De directie en FG zullen vervolgens de datalekprocedure starten.



Registreren is een belangrijk onderdeel van het werk in de langdurige zorg. Denk aan het ondersteuningsplan waar registraties bijdragen aan goede begeleiding door ervoor te zorgen dat het een document is waar continuïteit in gewaarborgd wordt en het methodische proces in bijgehouden wordt (standpunt registratielast, V&VN, 2017). Echter zijn er grenzen aan wat begeleiders aankunnen. Verwarring over de bron en de functie van registraties maakt dat ze als meer belastend ervaren worden (Persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte: van regelreflex naar spiegelreflex., Van de Bovenkamp, 2018). 35% geeft aan de administratieve taken zeer belastend en 53% geeft aan het enigszins belastend te vinden (Berenschot, 2017).

Het is dus de hoogste tijd voor zorgorganisaties om uit te zoeken welke registraties noodzakelijk zijn en welke opgeruimd kunnen worden zonder negatieve gevolgen.

Wat in dit overzicht opvalt, is dat de wet vooral de registraties noemt die nodig zijn om de gezondheid en veiligheid van de cliënt te waarborgen. Zorgverzekeraars, zorgkantoren, beroepsstandaarden, veldnormen, maar ook de zorgaanbieder zelf, breiden deze verplichtingen vaak verder uit. In bepaalde gevallen is dat ook de bedoeling van de wetgever, zoals bij de Wkkgz en bij HACCP. In andere gevallen gaan de registraties verder dan de wetgever had kunnen voorzien, zoals de zorgaanbieder die zijn begeleider vraagt om alle wijzigingen in het ondersteuningsplan door de cliënt te laten ondertekenen.

Vilans roept zorgaanbieders en begeleiders dan ook op zelf de registratielast in hun organisatie aan te pakken. De toolkit 'Minder papier, meer tijd voor zorg' helpt met het stellen van kritische vragen bij registraties in de organisaties en bij het opruimen van onnodige en inefficiënte registraties. Dit overzicht biedt daarnaast helderheid over de verplichte registraties vanuit de wet.

Een overzicht van wettelijk verplichte registraties is aan verandering onderhevig. Op basis van wijzigingen in de wet- en regelgeving zijn er ten opzichte van de vorige versie (versie 1, 15 januari 2017) een aantal wijzigingen doorgevoerd om het overzicht te actualiseren en beter aan te sluiten bij uw vraag.

Wijzigingen in dit herziende overzicht:

- De onlangs inwerking getreden verordeningen en wetten zijn opgenomen. De AVG en de 'Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg' zijn toegevoegd. Daarnaast zijn de wijzigingen uit de WGBO en de 'Beleidsregels meldplicht geweld tussen cliënten' in het overzicht opgenomen.
- De verouderde wetgeving is verwijderd. Zo zijn de 'Wet bescherming persoonsgegevens' en de 'Wet meldplicht datalekken' niet langer in het overzicht opgenomen.
- De voor de begeleider verplichte registraties uit het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg zijn toegevoegd.
- Het begrippenkader is verder uitgebreid.
- De leesbaarheid is verbeterd, onder andere door een andere indeling van de hoofdstukken.
- De labels en misverstanden zijn geactualiseerd.
- Er wordt een korte beschrijving gegeven van de Wzd. Hoewel het overzicht zich beperkt tot registraties die voortvloeien uit de huidige wetgeving wordt kort de stand van zaken over de Wzd belicht.

Dit overzicht is opgesteld in het kader van het programma 'Aanpak Verspilling in de zorg'. Vilans heeft dit overzicht ontwikkeld naar aanleiding van het eerder verschenen rapport 'Terugdringen registratielasten in de langdurige zorg, november 2014'. Daaruit bleek dat er veel onduidelijkheid is over welke registraties vanuit de wet verplicht zijn. Het overzicht is geactualiseerd in het kader van het actieplan (Ont)regel de zorg van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Dit programma is in mei 2018 gelanceerd. Het doel van dit programma en de beschreven acties is het zorgbreed merkbaar verminderen van de ervaren regeldruk voor professionals én patiënt.

De juridische inhoud is opgesteld door de Zorg Zaken Groep.

Bij de ontwikkeling van het overzicht zijn verschillende partijen betrokken geweest, waaronder:

- Ministerie van VWS
- Inspectie gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
- Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO)
- Verzorgenden & verpleegkundigen Nederland (V&VN)

Over Vilans

Vilans, kenniscentrum voor langdurende zorg, ontwikkelt vernieuwende en praktijkgerichte kennis en versnelt de processen die nodig zijn om die kennis succesvol door te voeren. Dat doen we samen met verpleegkundigen, verzorgenden, huisartsen, specialisten, bestuurders, beleidsmakers, managers en patiëntenorganisaties. En in samenwerking met andere kenniscentra en onderzoeksinstituten. Zo houden we de zorg aan ouderen, gehandicapten en chronisch zieken efficiënt, betaalbaar en van goede kwaliteit.

Meer informatie vindt u op www.vilans.nl

Over Zorg Zaken Groep

Zorg Zaken Groep is een gespecialiseerd juridisch adviesbureau voor de zorg. Zorg Zaken Groep ondersteunt zorgaanbieders op het gebied van het gezondheidsrecht, ondernemingsrecht, privacyrecht en arbeidsrecht. Daarnaast verzorgen de juristen van de Zorg Zaken Groep opleidingen en workshops op het gebied van het gezondheidsrecht, de privacy in de zorg, de financieringswetten in de zorg en de impact van nieuwe wet- en regelgeving op zorgaanbieders. Deze en nog veel meer informatie is te vinden op www.zorgzakengroep.nl

Uitgever: Vilans

Projectcoördinatie – Vilans, *Elsbeth Zielman*

Auteurs juridische inhoud – Zorg Zaken Groep, *Wim Wickering & Lis Scholten*

Auteurs overige inhoud – Vilans, *Else Stapersma & Elsbeth Zielman*

Eindredactie – Vilans, *Marit van der Meulen*

Vormgeving – *Carrie Zwarts*

Disclaimer

Deze uitgave is tot stand gekomen met grote zorgvuldigheid en gebruikmakend van de meest actuele informatie tijdens het opstellen van het document. Het is echter niet geheel uitgesloten dat de informatie in deze uitgave onjuistheden en/of onvolkomenheden bevat. Aangezien de wet op een aantal punten aan interpretatie onderhevig is, is een deel van de inhoud een interpretatie van de wet door Zorg Zaken Groep. Vilans en Zorg Zaken Groep aanvaarden geen aansprakelijkheid voor directe of indirecte schade ontstaan door eventuele onjuistheden en/of onvolkomenheden. Aan de inhoud van deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.

Deze uitgave mag zonder toestemming van Vilans voor niet-commercieel gebruik worden gedownload en verveelvoudigd. Delen uit deze tekst mogen worden overgenomen met bronvermelding. Voorts alle rechten voorbehouden.

Vilans, kenniscentrum langdurende zorg

Postbus 8228
3503 RE Utrecht
Catharijnesingel 47
3511 GC Utrecht

t 0031 (0)30 789 23 00
f 0031 (0)30 789 25 99

info@vilans.nl
www.vilans.nl
Twitter (#VilansNL) / LinkedIn / Facebook
@vilans.nl



Zorg Zaken Groep
Juristen & Adviseurs