



Overzicht

Wettelijk verplichte registraties voor zorgmedewerkers in de langdurige intramurale ouderenzorg



Bijgewerkt tot en met
1 januari 2021

INHOUDSOPGAVE

<u>Vooraf</u>	3
<u>Afbakening</u>	4
<u>Begrippenlijst</u>	5
1 <u>Het dossier</u>	10
2 <u>Het zorgplan</u>	17
3 <u>Onvrijwillige zorg</u>	21
4 <u>Medicatie</u>	29
5 <u>Kwaliteit en veiligheid</u>	31
6 <u>Voedselveiligheid en hygiëne</u>	38
7 <u>Indicatiestelling CIZ en (on)vrijwillige opname</u>	41
8 <u>Informatiebeveiliging en gegevensuitwisseling</u>	43
<u>Lijst van gebruikte afkortingen</u>	47
<u>Revisie</u>	48
<u>Colofon</u>	49

Zorgverleners leveren graag kwalitatieve zorg met aandacht voor de cliënt. Regels en protocollen zijn opgesteld over de manier van registreren om hen in dit doel te ondersteunen. Deze regels kunnen ontstaan uit de wet of vanuit organisatie-afspraken. Het naleven van alle regels kan ervoor zorgen dat een zorgverlener minder tijd voor de cliënt heeft. Daarom is het belangrijk om te weten welke regels verplicht zijn voor de zorg van de cliënt. Zodat alleen het noodzakelijke wordt geregistreerd. Op deze manier registreert een zorgverlener alleen dat wat bijdraagt aan de kwalitatieve zorg en kan hij (meer) persoonlijke aandacht geven aan de cliënt.

Dit overzicht laat zien welke registraties verplicht zijn vanwege wet- en regelgeving. Met als doel discussie te stimuleren binnen zorgorganisaties over regels en protocollen die niet verplicht zijn. Hiermee willen we duidelijkheid geven over de herkomst en verplichting van regels, nut en noodzaak. En we bieden tips over waar ruimte zit om processen te veranderen en zo administratieve lasten te verminderen. Goede persoonsgerichte en veilige zorg. Met regels en registraties die daarbij helpen. Daar gaan we voor!

Leeswijzer

Het overzicht is ingedeeld in onderstaande acht thema's. In ieder hoofdstuk wordt een thema uitgewerkt:

- 1. [Het dossier](#)
- 2. [Het zorgplan](#)
- 3. [Onvrijwillige zorg](#)
- 4. [Medicatie](#)
- 5. [Kwaliteit en veiligheid](#)
- 6. [Voedselveiligheid en hygiëne](#)
- 7. [Indicatiestelling Centrum Indicatiestelling Zorg \(CIZ\) en \(on\)vrijwillige opname](#)
- 8. [Informatiebeveiliging en gegevensuitwisseling](#)

Elk hoofdstuk bestaat uit:

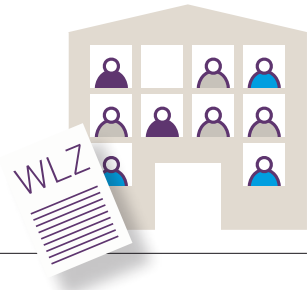
- een inleiding over het onderwerp
- een korte beschrijving van de bijbehorende wetten en regelgeving
- een beschrijving van de wettelijke verplichte registraties voor de zorgmedewerker
- enkele praktijkvraagstukken

Cliënten, behandelaars en zorgmedewerkers kunnen zowel mannen als vrouwen zijn. Voor de leesbaarheid gebruiken we in dit overzicht steeds de mannelijke vorm. Als we spreken over cliënten, bedoelen we nadrukkelijk ook hun wettelijke vertegenwoordigers.

Onder regelgeving verstaan wij de in de wet genoemde lagere wetgeving, zoals algemene maatregelen van bestuur, ministeriële regelingen en besluiten.

Dit overzicht is bijgewerkt tot en met 1 januari 2021

De inhoud van het overzicht is aan verandering onderhevig vanwege wijzigingen in wet- en regelgeving. Periodiek brengen wij een nieuwe versie uit van het overzicht. Controleer op de website van Vilans of u de actuele versie voor u hebt. Een overzicht van de wijzigingen ten opzichte van vorige versies van het overzicht vindt u terug op het revisieblad ([pagina 49](#)).



In deze publicatie vindt u een overzicht van de registraties die volgens de wet verplicht zijn voor zorgmedewerkers in de langdurige intramurale ouderenzorg. Het overzicht is bedoeld als hulpmiddel om het kaf van het koren te scheiden als het gaat om registraties die plaatsvinden op de dagelijkse werkvloer.

Welke wet- en regelgeving is van toepassing? En welke registraties zijn op basis van deze wet- en regelgeving verplicht voor zorgaanbieders en zorgmedewerkers. We willen in deze publicatie volledig zijn, en tegelijkertijd de informatie leesbaar en compact aanbieden. Daarom werken we met een afbakening.

Voor wie is deze publicatie bedoeld?

Het overzicht is opgesteld voor mensen die geïnteresseerd zijn in de wettelijk verplichte registraties die gelden voor zorgmedewerkers in de langdurige intramurale ouderenzorg. De teksten zijn zorgvuldig opgesteld op basis van een juridische analyse. Maar ook zo geschreven dat ze laagdrempelig en breed toegankelijk zijn.

Welke informatie treft u in deze publicatie?

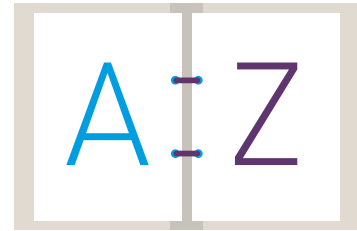
In deze publicatie treft u informatie over wet- en regelgeving en de daaruit ontstane registraties binnen:

- de zorgverlening die zorgmedewerkers in de langdurige intramurale ouderenzorg bieden;
- gefinancierd vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz);
- via de volgende leveringsvorm: verblijf in instelling, volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of deeltijdverblijf (dtv).

Hoewel dit overzicht gaat over de intramurale ouderenzorg betekent deze afbakening dat we ook zorgverlening meenemen die buiten de muren van een zorginstelling gegeven wordt. Mits deze voldoet aan bovenstaande criteria.

Wat u niet aantreft in deze publicatie:

- Registraties in de zorgverlening gefinancierd vanuit Zvw of Wmo.
- In deze publicatie komen wet- en regelgeving en daaruit voortvloeiende binnen de zorgverlening, gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), niet aan bod.
- Registraties van de leveringsvorm persoonsgebonden budget (pgb).
- Registraties die een invulling zijn van wetten met open normen.
- Sommige wetten leggen de registratieplicht precies vast. In zo'n geval is het duidelijk wat zorgaanbieders en zorgmedewerkers moeten registreren. Andere wetten geven minder duidelijk aan welke regels en registraties verplicht zijn. Dit soort wetten hanteren open normen; ze geven zorgaanbieders en andere veldpartijen een opdracht om de regels en registraties die nodig zijn om te voldoen aan de wet, zelf uit te werken. De HACCP voor voedselveiligheid is hiervan een voorbeeld. In deze publicatie gaan we niet in detail in op registraties die een invulling zijn van de uit de wet voortvloeiende open normen, opgesteld door zorgaanbieders en/of veldpartijen.
- Registraties die verplicht zijn gesteld door de werkgever (zorgaanbieder).
- Werkgevers kunnen hun medewerkers verplichten mee te werken aan door hen opgestelde voorschriften. Dit zou dus ook kunnen gaan over het opleggen van registraties van een zorgaanbieder aan de medewerker. Medewerkers zijn verplicht op grond van het arbeidsrecht hieraan mee te werken (artikel 7:660 van het Burgerlijk Wetboek). Dergelijke registraties worden in dit overzicht niet behandeld en (in detail) beschreven.
- Registraties die volgen uit wetgeving die nog in de maak is, op moment van revisie van deze publicatie (januari 2021).



B

Behandelaar

Degene die voor zijn beroep cliënten geneeskundig behandelt en verantwoordelijk is voor de behandeling van de cliënt. Als we het in dit overzicht hebben over de behandelaar wordt hiermee niet de uitvoerend zorgmedewerker verstaan, maar deze kan wel handelingen uitvoeren die onderdeel zijn van het behandelingsplan, zoals het verstrekken van medicatie en het verlenen van wondzorg.

Behandelingsplan

Het behandelingsplan bevat een beschrijving van de behandeling van de cliënt en het doel van deze behandeling. Ook de algemene gegevens van de cliënt worden hierin geregistreerd. De behandelaar stelt het behandelingsplan op.

Behandeling

Onder behandeling wordt in dit overzicht verstaan:

- Alle verrichtingen die een cliënt van een ziekte genezen, een ziekte voorkomen of zijn gezondheidstoestand beoordelen.
- Alle andere handelingen die betrekking hebben op de cliënt, maar een arts of tandarts verricht.
- Alle handelingen die in het kader van het verplegen en verzorgen van de cliënt worden verricht.

Beroepsstandaard

Normen waaraan mensen van een bepaalde beroepsgroep in hun professioneel handelen moeten voldoen. Vaak stellen beroepsverenigingen beroepsstandaarden op.

Bijna-incident

Iets wat gebeurd is tijdens de zorgverlening dat tot schade aan de patiënt had kunnen leiden of (nog) zou kunnen leiden.

C

Calamiteit

Een onverwacht ongeluk dat te maken heeft met de kwaliteit van de zorg en leidt tot de dood of ernstige schade aan een cliënt.

Cliënt

De persoon aan wie zorg wordt verleend. Onder cliënt wordt tevens verstaan diens wettelijk vertegenwoordiger in het geval de cliënt wilsonbekwaam is.

D

Dataportabiliteit

Dataportabiliteit is een term uit de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Het recht op dataportabiliteit wordt ook wel het recht om gegevens over te dragen genoemd. Het houdt in dat cliënten het recht hebben om de persoonsgegevens te ontvangen die een organisatie van hen heeft.

Dossier

Het dossier is een verzamelnaam en de wetten hanteren verschillende definities. Voor de leesbaarheid gaan we uit van de navolgende omschrijving. In het dossier staan gegevens over de gezondheidstoestand van de cliënt en de daaraan verbonden uitgevoerde verrichtingen, maar ook alle andere stukken en gegevens die noodzakelijk zijn voor een goede hulpverlening aan de cliënt. Hieronder vallen diverse documenten, zoals het zorgplan, de medische geschiedenis en de toedienlijst. Verder staat ook de basisinformatie over de cliënt in het dossier, zoals zijn naam, adres en burgerservicenummer. In de praktijk wordt het dossier ook wel het cliëntendossier genoemd. Iedere behandelaar die bij de behandeling van de cliënt betrokken is, richt verplicht een dossier in over de door hem verrichte (deel)behandeling. Dus de arts heeft een dossier voor de door hem voorgeschreven medicatie, de zorgmedewerker heeft een dossier voor de door hem uitgevoerde wondzorg en de fysiotherapeut heeft een dossier voor de door hem gegeven fysiotherapeutische behandeling. Al deze dossiers samen vormen het dossier van de cliënt. Het dossier is dus geen gebundeld document en het hoeft ook niet als zodanig verstrekt te worden.

E

Ernstig nadeel

Onder ernstig nadeel wordt in de Wet zorg en dwang (Wzd) verstaan het bestaan van of het aanzienlijk risico op:

- levensgevaar, ernstig lichamelijk letsel, ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële



schade, ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang, ernstig verstoorde ontwikkeling voor of van de cliënt of een ander;

- bedreiging van de veiligheid van de cliënt al dan niet doordat hij onder invloed van een ander raakt;
- de situatie waarin betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept;
- de situatie waarin de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

Externe deskundige

De externe deskundige is een functionaris uit de Wet zorg en dwang die wordt ingeschakeld indien het niet lukt de onvrijwillige zorg binnen zes maanden af te bouwen. De externe deskundige heeft aantoonbare ervaring in het voorkomen en afbouwen van onvrijwillige zorg. In de ouderenzorg is dit een specialist ouderengeneeskunde, een psychiater, gezondheidszorgpsycholoog of een verpleegkundige. De externe deskundige is niet betrokken bij de zorg van de cliënt en niet in dienst bij de zorgaanbieder. De externe deskundige kijkt mee als onafhankelijk persoon. De Wet zorg en dwang (Wzd) maakt onderscheid tussen de begrippen 'externe deskundige' en 'niet bij de behandeling betrokken behandelaar'. Deze persoon heeft geen rol in de behandeling van de cliënt en mag, in tegenstelling tot de 'externe deskundige' wel in dienst zijn van de zorgaanbieder.

G

GDS

Geneesmiddelen Distributiesysteem, zoals een medicijn op de rol.

H

Hulpverlener

De hulpverlener is volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (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 verplegen en verzorgen van de cliënt.

Volgens de Wgbo kan deze hulpverlener ook een zorgmedewerker zijn.

I

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 Verpleeghuiszorg

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is op 13 januari 2017 opgenomen in het wettelijke Register van het Zorginstituut Nederland (ZiNL) en per direct in werking getreden. Het kwaliteitskader maakt zichtbaar wat zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars hebben afgesproken over wat goede zorg is. Het vormt de basis voor de kwaliteit van zorg waarop toezicht wordt gehouden en verantwoording over moet worden afgelegd.

O

Onvrijwillige zorg

Volgens de Wzd is onvrijwillige zorg zorg waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet instemt, of zorg waarmee de vertegenwoordiger heeft ingestemd maar waartegen de cliënt zich verzet. Deze onvrijwillige zorg kan bestaan uit:

- Medische handelingen en overige therapeutische maatregelen;
- Beperken van de bewegingsvrijheid;
- Insluiten;
- Uitoefenen van toezicht op betrokkene;
- Onderzoek aan kleding of lichaam;
- Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- Controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen;
- Aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder



- begrepen het gebruik van communicatiemiddelen;
– Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

P

Persoonlijk Plan

Door de cliënt zelf opgesteld plan dat onderdeel kan uitmaken van het zorgplan. Hierin gaat de cliënt zelf in op de doelen van de zorgverlening en de manier waarop deze doelen moeten worden bereikt.

Ook staan in een persoonlijk plan de namen van de verantwoordelijke zorgverleners en voor welk deel van de zorg zij verantwoordelijk zijn. Evenals de manier waarop de cliënt zijn leven wil inrichten en welke ondersteuning hij daar bij wil en hoe vaak en onder welke voorwaarden het zorgplan besproken moet worden. De zorgaanbieder moet de cliënt op de hoogte stellen van de mogelijkheid voor een persoonlijk plan.

Pgb

Persoonsgebonden budget. Dit is een bedrag waarmee de cliënt zelf zijn zorg kan betalen en regelen.

Professionele standaard

Onder de professionele standaard vallen onder meer richtlijnen, beroepsstandaarden, zorgstandaarden, modules, normen en kwaliteitsindicatoren die betrekking hebben op 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 zorgmedewerker moet deze wel naleven. Als verantwoorde en goede zorgverlening hierom vraagt, mag van de professionele standaard worden afgeweken. Dit moet de zorgmedewerker wel 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.

Registreren

Het met regelmaat vastleggen van gegevens zoals verslaglegging op papier of in een elektronisch systeem.

T

Toedienlijst

Door apotheker opgestelde lijst waarop de toedienregistratie kan worden uitgevoerd.

U

Uitvoeringsverzoek

Een al dan niet op schrift gestelde opdracht waarin de zelfstandig bevoegde behandelaar, zoals de arts, als opdrachtgever de opdracht geeft aan een opdrachtnemer, bijvoorbeeld een zorgmedewerker, om een bepaalde voorbehouden handeling te verrichten. Zonder deze (vormvrije) opdracht en in het geval de zorgmedewerker meent hiertoe niet bekwaam te zijn, mag de zorgmedewerker een voorbehouden handeling niet uitvoeren.

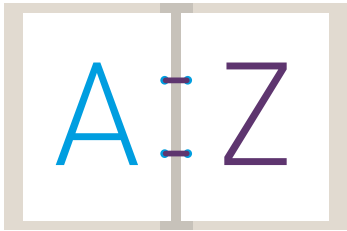
V

Veldnorm

Veldnormen zijn onderbouwde en breed gedragen inzichten en aanbevelingen van veldpartijen. Zorgaanbieders en zorgmedewerkers worden geacht om aan de veldnormen te voldoen, om op deze manier kwalitatief goede zorg te kunnen verlenen. Veldnormen zijn onderdeel van de professionele standaard. Als goed hulpverlener moet de zorgmedewerker de professionele standaard, waaronder veldnormen, naleven. Als verantwoorde en goede zorgverlening daarom vraagt, mag van de veldnorm worden afgeweken. Dit moet de zorgmedewerker wel altijd gemotiveerd doen en de reden hiervan registreren in het dossier.

Verwerken van persoonsgegevens

Volgens de AVG valt onder het verwerken van persoonsgegevens een bewerking of een geheel van bewerkingen van persoonsgegevens of van een geheel van persoonsgegevens, zoals het verzamelen, vastleggen, ordenen, structureren, opslaan, bijwerken of wijzigen, opvragen, raadplegen, gebruiken, verstrekken door middel van doorzending, verspreiden of op andere wijze ter beschikking stellen, aligneren of combineren, afschermen, wissen of vernietigen van gegevens.



(Wettelijk) Vertegenwoordiger

Indien de cliënt wilsonbekwaam is, zal een (wettelijk) vertegenwoordiger de cliënt vertegenwoordigen. Om te bepalen wie de vertegenwoordiger van de cliënt is, geldt een wettelijke rangorde:

- curator of de mentor
- schriftelijk gemachtigde
- levensgezel
- ouder, kind, broer, zus, grootouder of kleinkind van de cliënt.

Verzet

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

In de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) genoemde handelingen die voorbehouden zijn aan bepaalde zelfstandig bevoegde behandelaars. De zorgmedewerker mag deze handeling alleen uitvoeren in opdracht van een zelfstandig bevoegde behandelaar. En alleen wanneer de zorgmedewerker meent bekwaam te zijn in het uitvoeren van de voorbehouden handeling.

W

Wet

In dit overzicht wordt hieronder niet alleen de nationale wet verstaan, maar ook Europese verdragen, richtlijnen, verordeningen en besluiten.

Wilsbekwaam

Iemand is wilsbekwaam als hij zelf in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen. Het uitgangspunt is dat iemand 'wilsbekwaam is, tenzij'.

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 en gebeurt door de behandelaar. Die beoordeelt per beslissing, situatie of behandeling of de cliënt wils(on)bekwaam is. Beslissingen op het gebied waarop de cliënt wils-

onbekwaam is, worden genomen door zijn (wettelijk) vertegenwoordiger.

Wzd-functionaris

De Wzd-functionaris is een ter zake kundige arts, gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog-generalist al dan niet in dienst van de zorgaanbieder, die door de zorgaanbieder is aangewezen om toe te zien op de inzet van de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg en de mogelijke afbouw ervan en die verantwoordelijk is voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg.

Z

Zelfstandig bevoegd

Iemand die zelfstandig bevoegd is, mag de in de Wet BIG omschreven voorbehouden handelingen verrichten, mits zij bekwaam zijn voor de betreffende handelingen. Dit zijn risicovolle, medische handelingen, zoals chirurgische handelingen en injecties. Artsen, tandartsen, physician assistants, verpleegkundig specialisten en verloskundigen kunnen zelfstandig bevoegd zijn voor handelingen die horen tot hun deskundigheidsgebied. Is een zorgmedewerker niet zelfstandig bevoegd, dan kan hij (onder voorwaarden) door het delegeren van taken door een zelfstandig bevoegd persoon, de opdracht krijgen om de voorbehouden handelingen uit te voeren.

Zorgaanbieder

De zorginstelling die de langdurige zorg aanbiedt.

Zorgmedewerker

Een medewerker in de zorg, zoals de helpende, verzorgende en verpleegkundige, die de zorg of ondersteuning uitvoert. Deze medewerker kan ook op verzoek van de behandelaar een deel van de behandeling uitvoeren.

Zorgovereenkomst

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.

Zorgplan

Het zorgplan (in de praktijk soms zorgleefplan) is een



document waarin wordt opgenomen hoe de cliënt zijn leven wil leiden en welke ondersteuning daarbij nodig is. Het zorgplan bevat informatie over de gezondheid en het welzijn van de cliënt en afspraken over de zorg en ondersteuning die geleverd wordt. Ook informatie met betrekking tot cliëntproblemen, doelen, verpleegkundige en verzorgende interventies, evaluatie van bereikte zorgresultaten en eindevaluatie staan beschreven in het zorgplan. Het zorgplan is noodzakelijk voor goede zorgverlening aan de cliënt en is een onderdeel van het dossier van de cliënt.

Zorgverantwoordelijke

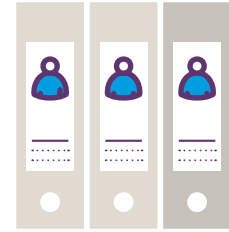
De zorgverantwoordelijke is een functie genoemd in de Wet zorg en dwang. De zorgverantwoordelijke is de voor de zorg van een cliënt verantwoordelijke persoon die per cliënt door de zorgaanbieder wordt aangewezen. De zorgverantwoordelijke is bijvoorbeeld een arts, gezondheidszorgpsycholoog, orthopedagoog-generalist, verpleegkundige, verzorgende 3 IG (VIG: verzorgende individuele gezondheidszorg) of gediplomeerd thuisbegeleider.

De zorgverantwoordelijke draagt onder andere zorg voor het opstellen, vaststellen, uitvoeren en coördineren van het zorgplan. Ook is de zorgverantwoordelijke verantwoordelijk voor de toepassing van het stappenplan als onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt opgenomen of als bepaalde vormen van zorg op vrijwillige basis in het zorgplan van (ter zake) wilsonbekwame cliënten worden opgenomen.

Zorgverlener

Een zorgverlener is volgens de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een natuurlijk persoon die beroepsmatig zorg verleent.

1. HET DOSSIER



In dit hoofdstuk gaan we in op de wettelijk verplichte registraties voor de zorgmedewerker met betrekking tot het dossier. Het dossier wordt in de praktijk ook wel het cliëntendossier of patiëntendossier genoemd. Het dossier heeft betrekking op de medische behandeling en de zorg aan de cliënt.

Het dossier bevat gegevens over de gezondheid van de cliënt, de uitgevoerde verrichtingen, gegevens die noodzakelijk zijn voor een goede zorgverlening en gegevens die betrekking hebben op het welzijn van de cliënt. Het gaat bijvoorbeeld om het zorgplan, het behandelingsplan, de toedienlijst en de medicatielijst. Daarnaast bevat het dossier basisinformatie zoals de naam, het adres en het burgerservicenummer van de cliënt.

Het hoofdstuk start met een uiteenzetting van de wet- en regelgeving die van toepassing is op het dossier en waaruit wettelijk verplichte registraties voor de zorgmedewerker kunnen volgen. Vervolgens noemen we de registraties die uit de wet kunnen volgen voor de zorgmedewerker.

Beschrijving van wet- en regelgeving

We beschrijven hieronder de onderdelen van de wetgeving die relevant zijn voor het dossier en waaruit wettelijk verplichte registraties kunnen volgen voor de zorgmedewerker.

Het gaat om de volgende wetten:

- Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (Wgbo)
- Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)
- Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz)
- Wet langdurige zorg (Wlz) (zie ook [hoofdstuk 2 'Zorgplan'](#))
- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) (zie ook [hoofdstuk 5 'Kwaliteit en veiligheid'](#))
- Wet zorg en dwang (Wzd) (zie ook [hoofdstuk 3 'Onvrijwillige zorg'](#) en [hoofdstuk 7 'Indicatiestelling en \(on\)vrijwillige opname'](#))

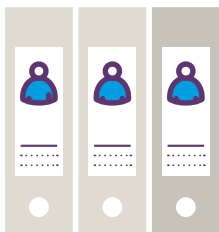
Wgbo: wie schrijft het dossier?

Het dossier en de rechten en plichten die daaraan zijn verbonden, zijn beschreven in de Wgbo. In de Wgbo staat dat het dossier wordt geschreven door de hulpverlener. De hulpverlener 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 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 verplegen en verzorgen van de cliënt. De hulpverlener is bijvoorbeeld een arts, een fysiotherapeut of een psychiater. Volgens de Wgbo kan deze hulpverlener ook een zorgmedewerker zijn, zoals een helpende, verzorgende of verpleegkundige.

Behandelaren laten in de praktijk regelmatig (een deel van) de behandeling uitvoeren door de zorgmedewerker. Zo kan bijvoorbeeld een fysiotherapeut de zorgmedewerker vragen om met de cliënt drie keer per dag oefeningen te doen en dit op een aftekenlijst bij te houden. Zo weten medewerkers uit verschillende diensten dat de oefeningen daadwerkelijk zijn gedaan. Iedere bij de zorg betrokken hulpverlener noteert gegevens over zijn (deel)behandeling. Alle gegevens samen vormen het dossier van de cliënt. Zie ook '[Dossier](#)' in de begrippenlijst voor meer informatie.

Wgbo en AVG: welke rechten heeft de cliënt over zijn dossier?

Sinds 25 mei 2018 is de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) van toepassing. De verordening



regelt de rechtmatige en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens. Centraal in de AVG staan de rechten van burgers. Zorgaanbieders moeten cliënten op de hoogte stellen van de rechten die cliënten hebben. De zorgaanbieder kan zijn zorgmedewerkers vragen de cliënt over deze rechten te informeren. De zorgaanbieder is echter de verwerkingsverantwoordelijke en blijft aanspreekpunt voor de Autoriteit Persoonsgegevens (AP). Als een verzoek wordt gedaan op grond van de AVG, dan kan het gaan om alle persoonsgegevens die de zorgaanbieder verwerkt heeft, niet alleen die uit het dossier. We bespreken in dit hoofdstuk alleen de rechten die betrekking hebben op het dossier.

Het gaat om de volgende rechten:

– Recht op (elektronisch) inzage in het dossier

In de Wgbo en in de AVG is geregeld dat een cliënt recht heeft op (elektronische) inzage in het dossier.

Dat betekent dat de cliënt het recht heeft om zijn dossier te bekijken. Het recht geldt niet voor de persoonlijke werkaantekeningen van een zorgverlener die in het dossier zitten.

Een zorgverlener kan bij uitzondering weigeren een gedeelte van het dossier te laten inzien. Weigeren mag alleen als de privacy van iemand anders dan de cliënt wordt geschaad. Daarnaast kan een cliënt vragen om een kopie van zijn dossier. Een kopie moet worden verstrekt zonder daarvoor een vergoeding te rekenen.

– Inzagerecht voor nabestaanden

Op basis van een in 2020 in werking getreden nieuwe regeling in de Wgbo moet de hulpverlener inzage geven of een afschrift verstrekken uit het dossier van een overledene aan:

- een persoon aan wie de cliënt daarvoor bij leven toestemming heeft gegeven en deze toestemming schriftelijk of elektronisch heeft bevestigd;
- een nabestaande of vertegenwoordiger, die een mededeling heeft gekregen van een zorgaanbieder over een incident;
- een ieder die een zwaarwegend belang heeft en aannemelijk maakt dat dit belang mogelijk wordt geschaad en dat inzage of afschrift van gegevens uit het dossier noodzakelijk is voor de behartiging van dit belang;
- nabestaanden van cliënten die ten tijde van het overlijden de leeftijd van 16 jaar nog niet hebben bereikt (tenzij dit in strijd is met de zorg van een goed zorgverlener).

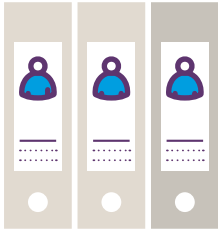
Het inzagerecht voor nabestaanden wordt wel beperkt, doordat de gegevens uitsluitend worden verstrekt voor zover deze gaan over de grond waarvoor inzage wordt verleend. Bijvoorbeeld in verband met een te voeren procedure over een medische fout.

– Recht op correctie

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 of de ziektehistorie. Een cliënt kan diagnoses, indrukken, meningen of conclusies van zijn zorgverlener niet laten corrigeren. De cliënt heeft wel het recht zijn schriftelijk commentaar aan het medisch dossier te laten toevoegen op grond van de Wgbo.

– Recht op vernietiging

Het dossier moet twintig jaar worden bewaard (te rekenen vanaf het tijdstip waarop de laatste wijziging in het dossier heeft plaatsgevonden) of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed zorgverlener voortvloeit. Dit kan bijvoorbeeld aan de orde zijn bij erfelijke ziekten. De cliënt kan de zorgverlener ook (schriftelijk of elektronisch) vragen zijn dossier te vernietigen.



De zorgverlener hoeft op grond van de Wgbo niet aan dit verzoek te voldoen, indien het verzoek gegevens betreft die van aanmerkelijk belang kunnen zijn voor een ander dan de cliënt, of indien vernietiging in strijd is met de wet. Weigert een zorgverlener het verzoek, dan moet hij de redenen daarvoor (liefst schriftelijk) aan de verzoeker mededelen.

Het verzoek om het dossier te vernietigen kan een cliënt ook doen tijdens de zorgverlening. Het moet voor de zorgverlener echter mogelijk blijven om zijn werkzaamheden als goed zorgverlener te blijven verrichten. Dit is bijvoorbeeld niet mogelijk indien een cliënt vraagt om de medicatieoverzichten uit zijn dossier te vernietigen terwijl het geven van medicatie noodzakelijk is voor de behandeling.

– **Recht op dataportabiliteit**

Het recht op dataportabiliteit is een nieuw recht onder de AVG (ingegaan 25 mei 2018). Het wordt ook wel het recht om (digitale) gegevens over te dragen genoemd. Het houdt in dat cliënten het recht hebben om de persoonsgegevens te ontvangen die een zorgorganisatie van hen heeft. In de praktijk zal het ook zeker gebruikt worden om het dossier over te dragen aan een opvolgend behandelaar. Overigens wordt algemeen aangenomen dat de overdracht van het dossier aan een opvolgend behandelaar er niet toe leidt dat de bewaartermijn opnieuw aanvangt.

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 vraagt, moet de zorgverlener in het dossier ook de toestemming van de cliënt voor verrichtingen van ingrijpende aard opnemen.

De zorgverlener 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, mogen het dossier inzien. Deze toestemming van de cliënt hoeft volgens de wet niet te worden vastgelegd. Maar dat is wel verstandig aangezien de toestemming moet kunnen worden aangetoond.

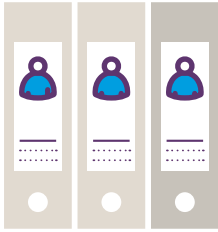
Het recht om het dossier in te zien geldt enkel voor het deel van het dossier waarvoor toestemming is verkregen van de cliënt. Of voor het deel van het dossier dat voor de behandeling noodzakelijk is. Degenen die rechtstreeks bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn, bijvoorbeeld zorgmedewerkers, hebben volgens de Wgbo toegang tot dat deel van het dossier dat zij nodig hebben voor hun werkzaamheden.

De geheimhoudingsplicht is een groot goed, cliënten moeten erop kunnen vertrouwen dat wat besproken wordt geheim blijft. Het doorbreken van het beroepsgeheim is alleen in zeer uitzonderlijke gevallen mogelijk en in de wet geregeld.

Wabvpz: elektronische inzage en uitwisseling van gegevens

Omdat steeds meer gegevens digitaal worden uitgewisseld tussen zorgaanbieders onderling, maar ook naar cliënten en het zorgkantoor, kwam in 2017 de Wabvpz: Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg. Deze wet schept randvoorwaarden waaronder de medische gegevens veilig en elektronisch mogen worden uitgewisseld of ingezien. De wet regelt het verplicht gebruik van het burgerservicenummer en de elektronische uitwisseling van medische gegevens tussen zorgverleners. Daarnaast heeft de cliënt recht op kosteloze elektronische inzage en afschrift van zijn of haar gegevens die de zorgaanbieder via een elektronisch uitwisselingsstelsel beschikbaar stelt.

Een belangrijke bepaling van de Wabvpz is dat een zorgverlener verplicht is om aan de cliënt zijn uitdrukkelijke toestemming te vragen voor het beschikbaar stellen van de cliëntgegevens via een elektronisch uitwisselings-



systeem. Hij hoort aan de cliënt te vragen of de cliënt ermee akkoord is dat andere behandelaars dan degenen die rechtstreeks bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn, zijn medische gegevens via het elektronisch uitwisselingssysteem kunnen raadplegen. Bij het beschikbaar stellen of raadplegen van gegevens door een zorgverlener in het kader van de behandeling hoeft niet apart toestemming te worden gevraagd. Dit is de gewone regeling uit de Wgbo.

De Wabvz stelt daarnaast dat de zorgverlener ervoor moet zorgen dat het elektronisch uitwisselingssysteem dat hij heeft gebruikt, vastlegt wie gegevens beschikbaar heeft gesteld en wie de gegevens heeft ingezien. Dit noemen we 'logging'. De specifieke functionele, technische en organisatorische eisen aan elektronische gegevensuitwisseling staan in een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) gesteld.

Wlz: zorgplan

In de Wlz is het recht van de cliënt opgenomen op een zorgplanbespreking met de zorgaanbieder. Uitgebreid is beschreven wat in het zorgplan moet worden opgenomen, zoals de zorgdoelen en de wijze waarop de cliënt zijn leven wil inrichten en de ondersteuning daarbij van de zorgaanbieder. In [hoofdstuk 2](#) komt het zorgplan verder aan bod.

Wzd: onvrijwillige zorg

Met de invoering van de Wzd is in geval van onvrijwillige zorg (of in de Wzd genoemde situaties) de verplichting opgenomen de verplichte registraties uit deze wet vast te leggen. De Wzd en hieruit voortvloeiende wettelijk verplichte registraties komen in [hoofdstuk 3](#) aan bod.

Wgbo: medicatietoediening

Gegevens over de medicatie moeten worden opgenomen in het dossier. Deze gegevens gaan immers over de gezondheid van de cliënt. Gegevens over medicatie staan in het dossier op twee overzichten: de toedienlijst en het actueel medicatieoverzicht (AMO). Meer informatie over wettelijk verplichte registraties van medicatietoediening volgt in [hoofdstuk 4](#).

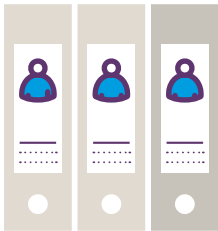
Wkkgz: incidenten in de zorg

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 of kan hebben, te noteren in het dossier. De Wkkgz en hieruit voortvloeiende wettelijk verplichte registraties komen in [hoofdstuk 5](#) aan bod.

Overzicht van registraties die volgen uit de wet

Verplichte registraties met betrekking tot het dossier zijn:

- Aantekeningen over de gezondheid van de cliënt.
Dit is een norm uit de Wgbo die niet geconcretiseerd is, 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.
Dit is een norm uit de Wgbo die niet geconcretiseerd is, maar in de praktijk zal moeten worden ingevuld naar het doel van deze norm. Het is van belang om te weten welke (deel)behandelingen reeds zijn uitgevoerd. Bijvoorbeeld omdat meerdere zorgverleners zijn betrokken bij de zorg of bij vervanging van de zorgverleners. Het is bijvoorbeeld noodzakelijk om te weten of een cliënt zijn medicatie reeds heeft gehad, zodat deze niet



- tweemaal wordt toegediend. Onder deze norm kan ook worden verstaan informatie over de medewerking van de cliënt aan eerdere, soortgelijke behandelingen. Daarnaast kan het (onbewust) handelen van de cliënt ten aanzien van de behandeling relevant zijn. Zo kan het belangrijk zijn om te weten dat een cliënt medicatie geregeld vergeet in te nemen, zodat duidelijk wordt dat hij hierbij begeleiding nodig heeft.
- Aantekeningen en documenten die noodzakelijk zijn voor een goede zorgverlening. Dit is ook een norm uit de Wgbo die niet geconcretiseerd is, maar in de praktijk zal moeten worden ingevuld naar het doel van deze norm. Het doel van de norm is om alle documenten die niet onder de voorgaande twee punten vallen, maar wel noodzakelijk zijn voor de goede zorgverlening, in het dossier te laten opnemen. Bijvoorbeeld informatie over wie de vertegenwoordiger van de cliënt is, of een donorcodicil.
 - 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. Bijvoorbeeld een niet-reanimatieverklaring. Als een wilsbekwame cliënt een dergelijke verklaring heeft opgesteld, dan moet de zorgmedewerker deze in het dossier opnemen.
 - Toestemming van de cliënt aan de persoon of personen die bevoegd zijn het dossier te raadplegen na het overlijden van de cliënt.
 - De toestemming van de cliënt zijn medische gegevens beschikbaar te stellen in elektronisch uitwisselings-systeem.
 - Bij een incident moeten de aard, de toedracht, het tijdstip en de namen van de betrokken personen in het dossier worden geregistreerd. Lees meer hierover in [hoofdstuk 5](#).
 - Registraties die volgen uit de Wet Zorg en dwang moeten worden opgenomen in het dossier. Lees meer hierover in [hoofdstuk 3](#).



PRAKTIJKVRAAGSTUKKEN

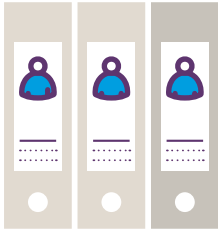
1. Het dossier is niet verbonden aan een specifieke zorgverlener.

Dit is waar. Het dossier kan verdeeld zijn over verschillende zorgverleners, maar gaat uiteindelijk over de cliënt. Het gebeurt regelmatig dat een zorgverlener bepaalde informatie uit het dossier niet wil delen met andere, rechtstreeks bij de behandeling betrokken zorgverleners. Omdat hij meent dat dit 'zijn dossier' is. Dit klopt niet.

Degenen die rechtstreeks bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn, bijvoorbeeld zorg medewerkers, hebben volgens de Wgbo toegang tot dat deel van het dossier dat noodzakelijk is voor hun uit te voeren werkzaamheden. Persoonlijke werkaantekeningen behoren niet tot het dossier en hoeven daarmee ook niet gedeeld te worden.

2. De zorgmedewerker mag een digitaal cliëntdossier bijhouden, zelfs als de cliënt dit weigert.

Dit is waar. De cliënt kan zich niet verzetten tegen het digitaal rapporteren door zijn zorginstelling. De zorginstelling is namelijk verplicht om een dossier bij te houden en deze verplichting prevaleert in dit geval boven de rechten van de cliënt. In de Algemene Verordening Gegevensbescherming



wordt de verwerking van gegevens over de gezondheid van een persoon verboden, maar dit is niet van toepassing wanneer de verwerking noodzakelijk is voor het leveren van gezondheidszorg (art. 9 lid 2 sub h AVG).

Rapportages zijn noodzakelijk voor een goede overdracht tijdens wisselingen van diensten en om ervoor te zorgen dat medewerkers de juiste informatie over alle cliënten beschikbaar hebben. Zorgverleners zijn op grond van de Wgbo dan ook verplicht om een medisch dossier bij te houden.

Over de wijze waarop dossiers en rapportages moeten worden gevormd, schriftelijk of elektronisch, zegt de wet niets. Organisaties gaan echter steeds meer digitaliseren. Vanuit dit oogpunt is het zeer begrijpelijk dat ook (medische) dossiers steeds meer digitaal worden bijgehouden. Dossiers bevatten gevoelige informatie en cliënten moeten er op kunnen vertrouwen dat deze informatie privé blijft. Om dit te waarborgen zijn er vanuit de overheid verplichtingen vastgesteld waaraan zorginstellingen moeten voldoen bij de digitale gegevensverwerking. Deze zijn vastgelegd in het Besluit elektronische gegevensverwerking door zorgaanbieders.

Alleen wanneer aan deze verplichtingen voldaan wordt, mag de zorginstelling gegevens digitaal verwerken. Degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de behandeling van een cliënt, hebben in zo'n geval inzage in het dossier van de cliënt zonder dat hier toestemming voor vereist is. De cliënt kan zich wel verzetten tegen het delen van zijn gegevens met anderen die niet direct betrokken zijn bij zijn/haar behandeling. Daarvoor moet de cliënt ondubbelzinnig toestemming hebben gegeven (art. 15a Wabvpz).

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

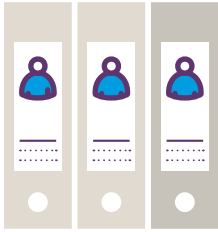
Dit is waar. Het is niet verplicht om een lijst bij te houden van de personen die het dossier mogen inzien. Een dergelijke lijst is alleen wel erg nuttig. Zorgmedewerkers moeten tenslotte weten wie het dossier wel mogen inzien en wie niet. Vanwege de geheimhoudingsplicht is het enerzijds belangrijk ervoor te waken dat personen die niet bevoegd zijn het dossier in te zien, hiertoe de mogelijkheid krijgen. Anderzijds moeten personen die wél bevoegd zijn om het dossier in te zien, geen inzage worden ontzegd.

Alleen de cliënt zelf, de personen die direct bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst betrokken zijn en degenen aan wie de cliënt toestemming geeft, mogen het dossier inzien. Deze toestemming hoeft volgens de wet niet te worden vastgelegd, maar moet wel kunnen worden aangetoond.

4. Een jaarlijkse actualisatie van niet-reanimerenformulieren is niet wettelijk verplicht

Dit is waar. De wilsbekwame cliënt is zelf verantwoordelijk voor het 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 zorgmedewerker kunnen dat niet verplicht stellen. De Multidisciplinaire Richtlijn Besluitvorming over reanimatie, die deel uitmaakt van de professionele standaard, geeft een ander advies dan de wet.

Deze richtlijn bepaalt dat zorgmedewerkers, die merken dat een cliënt vragen heeft over het levenseinde en reanimatie, de cliënt kunnen stimuleren om deze vragen met de behandelend



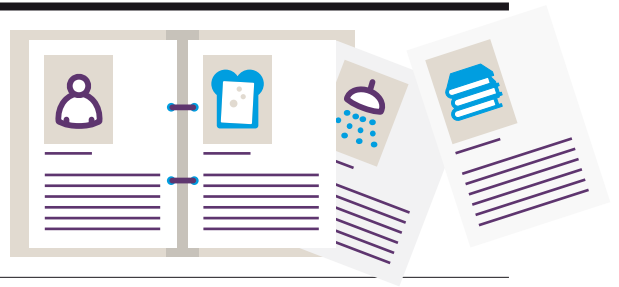
arts te bespreken. Uit deze richtlijn volgt ook een aantal registraties, die we in dit overzicht niet uitwerken (valt buiten de kaders dit overzicht).

Een wilsonbekwame cliënt kan geen niet-reanimerenverklaring afgeven; het medisch oordeel van de behandelend arts is dan doorslaggevend. De arts kan wel de opvattingen van de wettelijk vertegenwoordiger meenemen in het oordeel; dit is echter niet gelijk aan de niet-reanimerenverklaring.

5. Een op de borst getatoeëerde niet-reanimerenverklaring is geldig

Dit is waar. De niet-reanimerenverklaring moet volgens de Wgbo schriftelijk worden opgesteld door de cliënt. Op welke manier de cliënt dit doet, is daarbij niet van belang. Ook een tatoeage valt onder een schriftelijke verklaring en is daarmee volgens de wet geldig als niet-reanimerenverklaring. Dat geldt ook voor het dragen van een niet-reanimerenpenning. Overigens is het vereist dat de cliënt tijdens het vastleggen van een niet-reanimerenverklaring wilsbekwaam is.

2. HET ZORGPLAN



In dit hoofdstuk gaan we in op de wettelijk verplichte registraties voor de zorgmedewerker met betrekking tot het zorgplan. Het zorgplan (in de praktijk soms zorgleefplan) is een document waarin wordt opgenomen hoe de cliënt zijn leven wil leiden en welke ondersteuning daarbij nodig is.

Het zorgplan wordt naar aanleiding van een gesprek met de cliënt en/of zijn naasten opgesteld en periodiek geëvalueerd en bijgesteld om goed aan te sluiten bij de persoonlijke wensen en behoeften van de cliënt. Het zorgplan bevat informatie over de gezondheid en het welzijn van de cliënt en afspraken over de zorg en ondersteuning die geleverd wordt. Ook informatie over zorgvragen, doelen, verpleegkundige en verzorgende interventies en uitkomsten van de zorg (tussentijdse evaluaties en evalueaties) staan in het zorgplan. Het zorgplan is noodzakelijk voor goede zorgverlening aan de cliënt en een onderdeel van het dossier van de cliënt.

Het hoofdstuk start met een uiteenzetting van de wet- en regelgeving die van toepassing is op het zorgplan en waaruit wettelijk verplichte registraties voor de zorgmedewerker kunnen volgen. Vervolgens noemen we de registraties die uit de wet kunnen volgen voor de zorgmedewerker.

Beschrijving van wet- en regelgeving

We beschrijven hieronder de onderdelen van de wetgeving die relevant zijn met betrekking tot het zorgplan en waaruit wettelijk verplichte registraties kunnen volgen voor de zorgmedewerker. Het gaat om de volgende wetten en kaders:

- Wet langdurige zorg (Wlz)
- Besluit langdurige zorg
- Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo)
- Wet zorg en dwang (Wzd)

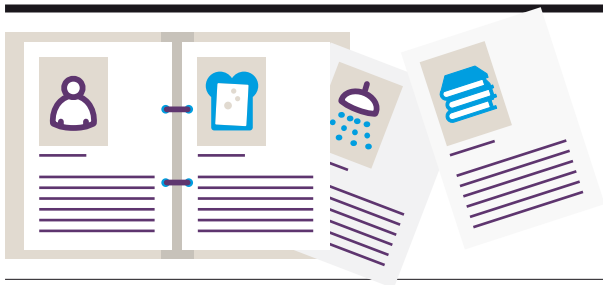
Wlz, Besluit langdurige zorg en Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: verantwoordelijke voor het zorgplan

De Wlz en het Besluit langdurige zorg stellen dat de zorgaanbieder een zorgplanbespreking met de cliënt moet organiseren en de gemaakte afspraken vast moeten leggen in het zorgplan. In de praktijk laat de zorgaanbieder de registraties rond het zorgplan uitvoeren door een zorgmedewerker. In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is bepaald dat een verzorgende van ten minste niveau 3 (IG) verantwoordelijk is voor het opstellen van een zorgplan, of een andere zorgverlener van ten minste niveau 3. Bij voorkeur is dit de contactverzorgende of de eerste verantwoordelijk verzorgende of verpleegkundige.

Wlz, Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: over het zorgplan

Op grond van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg behoort iedere cliënt binnen 24 uur over een voorlopig zorgleefplan te beschikken. In het voorlopig zorgplan worden in ieder geval zaken als medicatie, dieet, primaire hulpvraag, eerste contactpersoon en afspraken over handelen bij calamiteiten vastgelegd. Het zorgplan wordt zo snel mogelijk maar uiterlijk zes weken na de opname volledig gemaakt en definitief vastgesteld. De cliënt krijgt de beschikking over zijn zorgplan.

De cliënt heeft het recht om minimaal tweemaal per jaar het zorgplan met de zorgaanbieder te bespreken, te evalueren en te wijzigen. Na het eerste gesprek en na de evaluatiegesprekken moeten gemaakte of aangepaste



afspraken vastgelegd worden in het zorgplan.

De Wlz geeft aan dat de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger ook een persoonlijk plan kan opstellen. Een persoonlijk plan is een door de cliënt zelf opgesteld plan dat moet worden meegenomen bij het opstellen van het zorgplan. De zorgaanbieder moet de cliënt op de hoogte stellen van de mogelijkheid om zelf een persoonlijk plan aan te dragen.

Wlz en Wgbo: zorgplan als onderdeel van het dossier

Het zorgplan is een noodzakelijk document voor goede hulpverlening en wordt daarom in het dossier opgenomen. De regels uit de Wgbo, die in hoofdstuk 1 aan de orde zijn gekomen, zijn dus ook van toepassing op het zorgplan. Zo heeft de cliënt recht op inzage in en een afschrift van het zorgplan en geldt ook de geheimhoudingsplicht in volle omvang.

Toch kunnen niet alle verplichtingen uit de Wgbo van toepassing zijn op het zorgplan. Als de cliënt of zijn vertegenwoordiger bijvoorbeeld weigert mee te werken aan de totstandkoming van het zorgplan, is het toestemmingsvereiste uit de Wgbo niet van toepassing. De zorgaanbieder moet dan zelf een zorgplan opstellen, dat naar zijn oordeel het best overeenkomt met de wensen van de cliënt.

Wlz, Besluit langdurige zorg: 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 de cliënt kiezen tussen de volgende leveringsvormen: zorg in een instelling, vpt en mpt. Tegenover zorg in natura staat het persoonsgebonden budget (pgb). Met een pgb koopt de cliënt zelf de zorg in, bepaalt wie de zorg levert c.q. wie begeleider wordt, en regelt zelf de administratie.

Als er sprake is van Wlz-zorg in natura, dan is de zorgaanbieder verplicht informatie in het zorgplan op te nemen over de wensen en voorkeuren van de cliënt met betrekking tot onder andere de volgende onderwerpen: doelen van de zorgverlening voor een bepaalde periode, persoonlijke ontwikkeling, persoonlijke verzorging, voeding/drinken, leefruimte, bejegening, godsdienst/levensovertuiging, zinvolle daginvulling, beweging en recreatie in de buitenlucht.

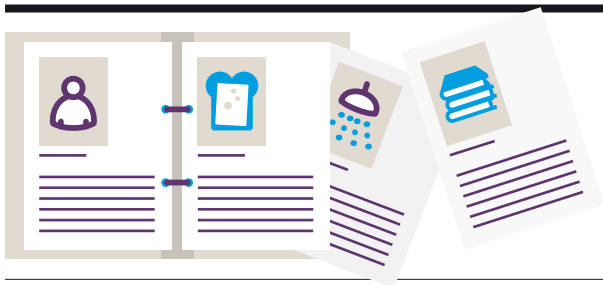
Wlz: deeltijdverblijf als nieuwe leveringsvormen en gevolgen voor dossiervoering

Verzekerden met een indicatie voor Wlz-zorg kunnen ervoor kiezen in een instelling te gaan wonen om de zorg te krijgen. Zij kunnen er onder voorwaarden ook voor kiezen om de zorg thuis te ontvangen met een vpt, een mpt of om de zorg zelf te regelen met een pgb.

Deze mogelijkheden worden leveringsvormen genoemd. Sinds 1 januari 2020 is er een nieuwe leveringsvorm bij gekomen: deeltijdverblijf (dtv). Dtv is een combinatie van thuis wonen (met een mpt of pgb) en in een Wlz-instelling wonen. Het thuis wonen en het wonen in een instelling worden afgewisseld volgens van tevoren vastgestelde tijdsperiodes. Het kan gaan om week op, week af, maar het is ook mogelijk om een aantal dagen per week in een instelling te wonen en een aantal dagen per week thuis te wonen.

Formeel spreken we over dtv bij cliënten die per twee weken (14 dagen) zeven, acht of negen dagen in een instelling verblijven. Minder dan zeven dagen per twee weken in een instelling wonen valt onder 'thuis wonen met gebruik van logeeropvang'. Meer dan negen dagen per twee weken in een instelling verblijven valt onder 'verblijf met gebruik van weekendverlof'.

De mogelijkheid tot dtv van de cliënt heeft gevolgen voor dossiervoering en de overdracht via het zorgplan. De combinatie van thuis wonen en verblijf in een instelling kan betekenen dat er in de praktijk meer zorgverleners betrokken zijn bij de zorg van de cliënt. Een goede overdracht van zorg en ondersteuning wordt daarbij nog



belangrijker. Immers, de zorg en ondersteuning aan de cliënt wordt afwisselend aangeboden in een andere context.

Wzd

Als het gaat om het eventueel toepassen van onvrijwillige zorg (of juist het voorkomen ervan) is het zorgplan een essentieel document. Dit is geregeld in de Wzd die in het volgende hoofdstuk aan bod komt.

Overzicht van registraties die volgen uit de wet

De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het opstellen van het zorgplan, in de praktijk voert de zorgmedewerker de registraties vaak uit. Voor cliënten die zorg in natura ontvangen gelden de volgende registratieverplichtingen:

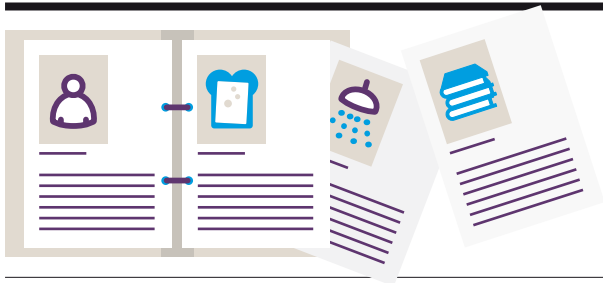
Verplichte registraties met betrekking tot het zorgplan zijn:

- De resultaten van de zorgverlening voor een bepaalde periode en de manier waarop deze resultaten moeten worden bereikt.
- Wie de verantwoordelijke zorgmedewerkers zijn, voor welk deel van de zorgverlening 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 zorgmedewerker heeft tot doel om dit maximaal te ondersteunen.
- De evaluatiemomenten (minimaal twee keer per jaar indien de cliënt hierom verzoekt, of indien noodzakelijk voor het verlenen van goede zorg).
- Als de cliënt geen toestemming geeft voor de zorgverlening dan moet hiervan een aantekening worden gemaakt in het dossier. Meer over onvrijwillige zorg is te lezen in [hoofdstuk 3](#).
- Eventuele redenen van de zorgaanbieder waarom hij niet tegemoet kan komen aan bepaalde wensen van de cliënt met betrekking tot de overige onderwerpen in het zorgplan.
- Wijzigingen in de afspraken naar aanleiding van het evaluatiegesprek.
- Of de cliënt in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van een onderdeel van zijn zorgverlening (wilsonbekwaam).
- Als de cliënt niet meewerkt aan de zorgplanbespreking worden de veronderstelde wensen en de bekende mogelijkheden en beperkingen in het zorgplan opgenomen.

Tevens moet in het zorgplan worden opgenomen (indien van toepassing):

- Of en hoe de cliënt zich wil ontwikkelen en ontplooiën. Denk bijvoorbeeld aan cursussen zoals geheugen-training, muzieklles of computertraining.
- Hoe vaak de cliënt wil douchen, of hij tijdsige 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 leef 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.

Voorgaande heeft betrekking op de zorg in natura uit de Wlz.



PRAKTIJKVRAAGSTUKKEN

1. Het ondertekenen van het zorgplan is niet wettelijk verplicht.

Dit is waar. De zorgaanbieder vraagt de cliënt soms het zorgplan te ondertekenen, maar deze verplichting volgt niet uit de wet. De Algemene Leveringsvoorwaarden van Actiz, Zorgthuisnl (voorheen Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN)), de Consumentenbond, LOC Zeggenschap in de zorg en Patiëntenfederatie Nederland uit 2014 stelden het ondertekenen van het zorgplan in het verleden verplicht.

Echter, deze partijen hebben in samenwerking met BTN, LOC Zeggenschap in zorg, de Consumentenbond en Patiëntenfederatie Nederland de leveringsvoorwaarden aangepast. Sinds 1 oktober 2018 geldt ook voor zorgaanbieders die gebruikmaken van de leveringsvoorwaarden van Actiz en BTN niet langer de verplichting om het zorgplan te laten ondertekenen. Tevens volgt deze verplichting, vanaf november 2018, niet meer uit het Voorschrift Zorgtoewijzing van de zorgkantoren.

2. De cliënt hoeft volgens de wet het zorgplan niet na elke wijziging of bespreking opnieuw te ondertekenen.

Dit is waar. Het is geen wettelijke verplichting om het zorgplan na elke bespreking opnieuw te ondertekenen.

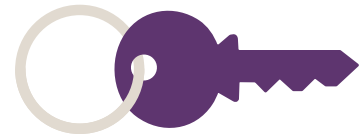
3. Zorgmedewerkers hoeven volgens de wet niet te rapporteren dat zorg is verleend die in overeenstemming is met het zorgplan.

Dit is waar. Het rapporteren bij geen bijzonderheden is niet wettelijk verplicht. Het noteren van de voortgang (bij doelen), afwijkingen en bijzonderheden is voldoende.

4. Het zorgplan mag volgens de wet niet door iedereen op elk moment worden ingezien.

Dit is waar. Alleen zorgmedewerkers die direct bij de behandeling en zorgverlening van de cliënt zijn betrokken en personen die van de cliënt hiervoor toestemming hebben gekregen, mogen het zorgplan inzien. Dit volgt uit de Wgbo. Het zorgplan valt onder de Wgbo. Het is immers een noodzakelijk document voor goede zorgverlening en onderdeel van het dossier. De geheimhoudingsplicht uit de Wgbo is dus ook van toepassing op het zorgplan.

3. ONVRIJWILLIGE ZORG



In dit hoofdstuk gaan we in op de wettelijk verplichte registraties voor de zorgmedewerker met betrekking tot onvrijwillige zorg. De Wzd regelt de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie). De Wzd gaat uit van het principe 'Nee, tenzij'; de zorg moet zoveel mogelijk op vrijwillige basis plaatsvinden, tenzij het niet anders kan.

Wanneer vrijwillige zorg niet mogelijk is en er is sprake van ernstig nadeel voor de cliënt en/of de omgeving, dan kan onvrijwillige zorg nodig zijn om dat ernstige nadeel te voorkomen of te bestrijden. De zorgorganisatie doorloopt in dat geval een stappenplan waarbij de situatie goed wordt geanalyseerd, alternatieven in een multidisciplinair team worden bekeken en (externe) deskundigheid wordt ingeschakeld om mee te denken.

De Wzd is op 1 januari 2020 ingegaan en is samen met de Wet verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (Wvggz) in de plaats van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) gekomen. In dit hoofdstuk wordt de Wzd inhoudelijk besproken. De Wvggz valt buiten de afbakening van dit overzicht.

We beschrijven in dit hoofdstuk alleen de onderdelen van de wetgeving die relevant zijn voor de onvrijwillige zorg en waaruit wettelijk verplichte registraties kunnen volgen voor de zorgmedewerker. We gaan in dit hoofdstuk niet in op de registraties die te maken hebben met de indicatiestelling en (on)vrijwillige opname. Deze informatie komt terug in [hoofdstuk 7](#).

Beschrijving van wet- en regelgeving

Wzd: voor wie en wanneer van toepassing?

De Wzd zorgt voor de rechten van cliënten met een vastgestelde psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking bij wie onvrijwillige zorg wordt overwogen of gegeven. De wet is ook van toepassing bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH), Korsakov of Huntington die dezelfde gedragsproblemen en hetzelfde regieverlies ervaren als mensen met dementie of met een verstandelijke beperking. En die vergelijkbare zorg ontvangen in een zorginstelling. Dit kan bepaald worden door een Wlz-indicatie met een grondslag NAH, Korsakov of Huntington of door een verklaring van een ter zake kundige arts.

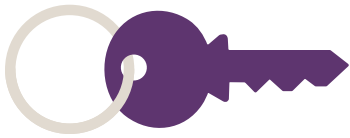
De Wzd regelt ook de opname in een zorginstelling als mensen dit zelf weigeren terwijl een opname wel noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen. Of als mensen zelf niet meer over een opname kunnen beslissen (wilsonbekwaamheid). Zie hiervoor [hoofdstuk 7](#).

De Wzd is cliëntvolgend en geldt overal waar deze cliënten met onvrijwillige zorg of een onvrijwillige opname te maken kunnen krijgen, dus geldt zowel intramuraal als op de dagbesteding of in de thuissituatie. De wet geldt voor professionele zorgverleners. De wet geldt niet voor informele zorgverleners, zoals familieleden die zorg verlenen.

Wzd: begrippen onvrijwillige zorg, verzet en ernstig nadeel

De termen 'onvrijwillige zorg', 'verzet' en 'ernstig nadeel' zijn belangrijke begrippen in de Wzd.

Volgens de Wzd is onvrijwillige zorg zorg waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet instemt, of zorg waarmee de vertegenwoordiger heeft ingestemd maar waartegen de cliënt zich verzet. Als we spreken over onvrijwillige zorg spreken we over zorg waartegen 'verzet' is en die een zorgverlener toch wil inzetten om een



'ernstig nadeel' te voorkomen. Volgens de Wzd is er sprake van verzet als iemand met woorden, gebaren en/of door gedragsverandering aangeeft dat hij bezwaar heeft tegen de situatie waarin hij terecht is gekomen.

Onder ernstig nadeel verstaat de Wzd: het bestaan van of het aanzienlijk risico op ernstig gevaar, letsel of bedreiging van de veiligheid van de cliënt en, of zijn omgeving.

Voor de uitgebreide definities van de termen onvrijwillige zorg, verzet en ernstig nadeel verwijzen we naar de begrippenlijst.

Wzd: wils(on)bekwaamheid ter zake

Iemand is wilsbekwaam ter zake tenzij is bepaald dat diegene wilsonbekwaam ter zake is voor een beslissing. Dat wil zeggen dat hij of zij de informatie niet goed begrijpt, de gevolgen van een besluit niet overziet of geen besluit kan nemen. Ter zake wil zeggen: wilsonbekwaam voor die ene situatie.

Volgens de Wzd beoordeelt 'een daartoe ter zake deskundige' of een cliënt wilsonbekwaam ter zake is. Hierbij overlegt hij met de vertegenwoordiger van de cliënt. Worden de deskundige en de vertegenwoordiger van de cliënt het niet eens over de vraag of de cliënt wilsonbekwaam is, dan beoordeelt de bij de zorg betrokken arts of de cliënt wilsonbekwaam is.

De zorgverantwoordelijke legt de beslissing schriftelijk vast in het dossier. Hij vermeldt de datum, het tijdstip en of met de vertegenwoordiger overeenstemming is bereikt over de beslissing. Hierbij geeft hij aan bij welke beslissing de cliënt wilsonbekwaam is.

Wzd: de zorgverantwoordelijke en de Wzd-functionaris

De zorgverantwoordelijke is de voor de zorg van een cliënt verantwoordelijke persoon die per cliënt door de zorgaanbieder wordt aangewezen. Hij is de spil van het al dan niet toepassen en het registreren van de (onvrijwillige) zorg volgens de Wzd.

De zorgverantwoordelijke is verantwoordelijk voor het opstellen, het vaststellen, het uitvoeren, het evalueren en zo nodig het periodiek aanpassen van een zorgplan en het inrichten van een dossier voor de cliënt. Ook is de zorgverantwoordelijke verantwoordelijk voor de toepassing van het stappenplan als onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt opgenomen of als bepaalde vormen van zorg op vrijwillige basis in het zorgplan van wilsonbekwame cliënten worden opgenomen. Hij is ook verantwoordelijk voor het voeren van overleg met de cliënt of zijn vertegenwoordiger over de zorg. De zorgverantwoordelijke is bijvoorbeeld een arts, gezondheidszorgpsycholoog, orthopedagoog-generalist, verpleegkundige, verzorgende 3 IG of gediplomeerd thuisbegeleider.

Het kan een zorgmedewerker zijn met minimaal een verzorgende IG niveau 3 opleiding, mits deze is opgeleid in het opstellen en coördineren van zorgplannen. Als de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is, mag hij bepaalde vormen van onvrijwillige zorg alleen in het zorgplan opnemen als hij daarvoor instemming heeft gekregen van een bij de zorg betrokken arts. Deze instemming is nodig bij: medisch of therapeutisch handelen, beperking van de bewegingsvrijheid en insluiting.

De Wzd-functionaris toetst de juiste uitvoering van de Wzd. Dit is een arts, GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist, die niet bij de behandeling van de cliënt betrokken is.

Wanneer de zorgverantwoordelijke onvrijwillige zorg in het zorgplan wil opnemen (na het doorlopen van het stappenplan), legt hij het zorgplan voor aan de Wzd-functionaris. Ook indien in het zorgplan al onvrijwillige zorg is opgenomen (na het doorlopen van het stappenplan), of de onvrijwillige zorg in het zorgplan is gewijzigd,



overlegt de zorgverantwoordelijke het zorgplan met de Wzd-functionaris. De Wzd-functionaris beoordeelt of met de zorg die is opgenomen in het zorgplan onvrijwillige zorg en ernstig nadeel zoveel mogelijk wordt voorkomen. Op aanwijzen van de Wzd-functionaris wijzigt de zorgverantwoordelijke zo nodig de zorg die is opgenomen in het zorgplan.

De zorgverantwoordelijke voegt resultaten van adviezen en aanwijzingen uit het overleg met de (externe) deskundige en de Wzd-functionaris toe aan het dossier. De Wzd-functionaris hoeft niet in dienst te zijn van de zorgaanbieder. In de Wzd is opgenomen dat de zorgaanbieder de onafhankelijke rol van de Wzd-functionaris moet borgen. De zorgaanbieder mag de Wzd-functionaris bijvoorbeeld geen instructie geven over de wijze waarop de Wzd-functionaris een zorgplan van een individuele cliënt moet beoordelen.

Wzd: zorgverlening op basis van het zorgplan

De Wzd stelt verplichtingen aan het opstellen van een zorgplan voor álle cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening (zoals dementie) die professionele zorg krijgen in een zorginstelling of ambulante (bijvoorbeeld thuis of bij dagbesteding). De verplichtingen zijn als volgt:

- De zorgverantwoordelijke stelt na overleg met de cliënt of zijn vertegenwoordiger zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen zes weken na het starten van de zorg een zorgplan vast. De afspraken met de cliënt of de vertegenwoordiger legt hij in het zorgplan vast.
- De zorgverantwoordelijke spant zich in om de cliënt of zijn vertegenwoordiger in te laten stemmen met het zorgplan. Dit doet de zorgverantwoordelijke door zo veel mogelijk rekening te houden met de wensen en voorkeuren van de cliënt.
- Als het niet mogelijk is om rekening te houden met de wensen of voorkeuren van de cliënt, laat de zorgverantwoordelijke de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger schriftelijk en goed onderbouwd weten waarom niet.
- De Wzd schrijft voor dat zorg uitsluitend verleend wordt op basis van het zorgplan. Zolang het zorgplan nog niet is opgesteld, wordt uitsluitend zorg verleend waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger heeft ingestemd, of redelijkerwijs geacht kan worden mee in te stemmen.
- De zorgverantwoordelijke voert zo vaak als hiertoe aanleiding is een evaluatie van het zorgplan uit. Volgens de Wzd moet een evaluatie in ieder geval binnen vier weken na de start van de uitvoering van het zorgplan plaatsvinden. Bij toepassing van onvrijwillige zorg moet er ten minste elke drie tot zes maanden een evaluatie worden uitgevoerd (zie stappenplan).

Wzd: (verwacht) risico op ernstig nadeel en onderzoek naar alternatieven

De Wzd gaat uit van het principe 'Nee, tenzij'; onvrijwillige zorg mag niet worden toegepast, tenzij er een risico is op ernstig nadeel voor de cliënt of zijn omgeving en er geen vrijwillige alternatieven zijn die helpen.

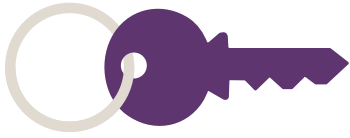
In het geval van een risico op ernstig nadeel bespreekt de zorgverantwoordelijke met een deskundige van een andere discipline de situatie. Bijvoorbeeld een verzorgende (in de rol van zorgverantwoordelijke) bespreekt de situatie met een arts (andere discipline). Het doel hiervan is om te onderzoeken of er alternatieve vrijwillige zorg mogelijk is om (het risico op) ernstig nadeel voor de cliënt en/of zijn omgeving weg te nemen.

De volgende punten komen aan bod:

- Hoe groot is het risico op ernstig nadeel?
- Wat zijn de oorzaken van het gedrag?
- Heeft de omgeving invloed op het ontstaan van ernstig nadeel?
- Zijn er alternatieven die voor deze cliënt vallen onder vrijwillige zorg?
- Als de cliënt thuis woont: is de thussituatie geschikt voor toepassing van de alternatieven?

Er zijn vervolgens twee opties:

1. Zijn er alternatieven mogelijk die (het risico op) ernstig nadeel voor de cliënt en/ of zijn omgeving wegnemen en vallen onder vrijwillige zorg voor de cliënt? Dan wordt deze zorgverlening opgenomen in het zorgplan.



2. Zijn er geen vrijwillige alternatieven mogelijk? Of is er bij de uitvoering van de alternatieve vrijwillige zorg toch sprake van (een risico op) ernstig nadeel of verzet van de cliënt of zijn vertegenwoordiger? Dan mag onvrijwillige zorg overwogen worden als uiterst middel. De gekozen oplossing moet in de praktijk voor de cliënt ook werken, in de lichtste vorm (van onvrijwillige zorg), in verhouding staan tot het ernstig nadeel en zo kort mogelijk ingezet worden. En er moet ook gelijk aan mogelijke afbouw worden gewerkt..

Wzd: stappenplan bij het overwegen en toepassen van onvrijwillige zorg

Het stappenplan van de Wzd regelt de stappen die de zorgverantwoordelijke moet zetten bij de overweging of onvrijwillige zorg noodzakelijk is. In het stappenplan staat ook welke deskundigen de zorgverantwoordelijke daarbij moet betrekken, wanneer evaluaties plaatsvinden en voor welke termijn onvrijwillige zorg na overleg verlengd kan worden.

Het stappenplan staat voor een zorgvuldig besluitvormingsproces, en dat is ook van belang omdat het in de praktijk vaak gaat over complexe situaties van (probleemgedrag van) cliënten met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking. Bij deze situaties is het belangrijk dat meerdere disciplines mee beoordelen en de situatie kunnen analyseren, zodat ze samen kunnen zoeken naar mogelijke vrijwillige oplossingen en de meest passende zorg voor de betreffende cliënt.

Er zijn twee situaties waarin je het stappenplan Wzd volgt:

- Bij onvrijwillige zorg, dus zorg waar iemand zich tegen verzet of waar een vertegenwoordiger niet mee instemt, die nodig is om het bestaan van of het ernstig risico op ernstig nadeel te voorkomen en waarvoor het niet gelukt is om een vrijwillig alternatief te vinden.
- Als je je bij een ter zake wilsonbekwame cliënt overweegt om:
 - gedragsbeïnvloedende medicatie toe te passen buiten de geldende professionele richtlijnen;
 - de bewegingsvrijheid te beperken of;
 - een vorm van insluiting toe te passen, óók als de cliënt of de eerste vertegenwoordiger instemt en zich hiertegen niet verzet.

Wzd: procedure stappenplan

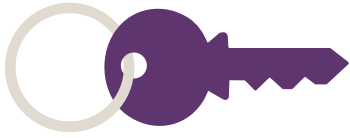
Elke stap uit het stappenplan bestaat uit een zorgvuldig besluitvormingsproces en dit wordt dan ook geregistreerd in het dossier van de cliënt (zie paragraaf: overzicht van registraties die volgen uit de wet). De besluitvorming voorafgaand aan het verlenen van onvrijwillige zorg gebeurt in multidisciplinair overleg waarbij ook telkens de cliënt en zijn vertegenwoordiger worden betrokken. De zorgverantwoordelijke is verantwoordelijk voor het zorgplan en voor het betrekken van de cliënt/vertegenwoordiger. De Wzd-functionaris beoordeelt het zorgplan en houdt toezicht op de uitvoering van onvrijwillige zorg.

De stappen zijn als volgt:

– Stap 1: eerste termijn verlenen onvrijwillige zorg

Bij deze stap zijn de zorgverantwoordelijke, een deskundige van een andere discipline en de Wzd-functionaris betrokken. Ook wordt een arts betrokken als de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is en de overwogen onvrijwillige zorg bestaat uit medisch of therapeutisch handelen, beperking van de bewegingsvrijheid of insluiting. Bij de eerste en elke volgende keer dat overwogen wordt om onvrijwillige zorg toe te passen zijn de bespreekpunten:

- Welk (risico op) ernstig nadeel is er? Voor wie? En hoe ernstig is het?
- Wat veroorzaakt het gedrag?
- Beïnvloed de omgeving het gedrag en kunnen veranderingen hierin de situatie verbeteren?
- Zijn er (nieuwe) alternatieven voor vrijwillige zorg?



- Is de onvrijwillige zorg (nog steeds) noodzakelijk om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden?
- Welke vorm van onvrijwillige zorg is (het meest) effectief om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden?
- Zijn er geen minder ingrijpende mogelijkheden om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden (subsidiariteit)?
- Staat onvrijwillige zorg in verhouding tot het (verwachte) ernstig nadeel (proportionaliteit)?
- Is de cliënt wilsbekwaam of wilsonbekwaam om te kunnen beslissen over de inzet van deze zorg?
- Wat is de impact van de onvrijwillige zorg op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van de cliënt en hoe kun je die verminderen?
- Hoe lang duurt de onvrijwillige zorg en hoe vaak wordt het toegepast?
- Wie past de onvrijwillige zorg toe?
- Is de (thuis)situatie geschikt voor de toepassing van onvrijwillige zorg?
- Is een afbouwplan van de onvrijwillige zorg naar vrijwillige zorg of een minder ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg mogelijk?
- Wordt het advies van de externe deskundige opgevolgd en hoe?
- Hoe vindt het toezicht op de onvrijwillige zorg plaats en hoe wordt de kwaliteit bewaakt?

De maximale periode van de eerste toepassing van de onvrijwillige zorg is drie maanden. Het streven is om de periode van onvrijwillige zorg zo kort mogelijk te houden, passend bij de aard van de zorg en de impact op de cliënt.

Voordat de onvrijwillige zorg voor de eerste keer wordt verleend, informeert de zorgverantwoordelijke de Wzd-functionaris, de vertegenwoordiger en de cliënt over de toepassing. Tenzij het informeren ernstige bezwaren voor de cliënt zou opleveren.

- **Stap 2: verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden**

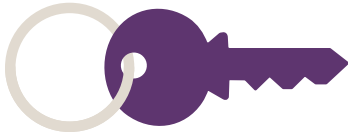
Indien het niet lukt de onvrijwillige zorg binnen drie maanden af te bouwen, wordt de situatie opnieuw multidisciplinair beoordeeld. Bij de besluitvorming zijn net als bij de eerste stap de zorgverantwoordelijke, een deskundige van een andere discipline, de Wzd-functionaris en zo nodig een arts betrokken. Ook denkt er een deskundige die niet bij de zorg betrokken is met een frisse blik mee. De maximale duur van de verlenging is drie maanden en wordt vastgelegd in het zorgplan van de cliënt.

- **Stap 3: tweede verlenging**

Wanneer de inschatting is dat onvrijwillige zorg langer verlengd moet worden, wordt een externe deskundige ingeschakeld om de situatie mee te beoordelen. De zorgverantwoordelijke kan in afwachting van het advies van de externe deskundige de periode van onvrijwillige zorg eenmalig zelfstandig verlengen. De duur van deze verlenging is maximaal drie maanden (of tot extern advies is ingewonnen) en wordt vastgelegd in het zorgplan van de cliënt.

- **Stap 4: derde verlenging**

Bij het besluit voor een derde verlenging van onvrijwillige zorg, weegt het advies van de externe deskundige mee. Bij de beoordeling zijn wederom betrokken: de zorgverantwoordelijke, een deskundige van een andere discipline, zo nodig een arts, een deskundige die niet bij de zorg betrokken is en de Wzd-functionaris. Indien ook met het advies van de externe deskundige (en in multidisciplinair overleg met betrokken zorgverleners uit vorige stappen) blijkt dat onvrijwillige zorg noodzakelijk blijft, bedraagt de termijn van verlenging voor de toepassing van de onvrijwillige zorg maximaal zes maanden. De zorgverantwoordelijke past het zorgplan aan en geeft daarin aan op welke wijze het advies van de externe deskundige nageleefd wordt.



– Stap 5: vierde en iedere volgende verlenging

Blijft onvrijwillige zorg noodzakelijk na de uiterste termijn als afgesproken onder stap 4, dan bedraagt de termijn voor de vierde en iedere volgende verlenging telkens maximaal zes maanden. Iedere zes maanden moet de inzet en de omstandigheden van de onvrijwillige zorg in relatie tot de cliënt opnieuw multidisciplinair beoordeeld worden, zoals ook overige zorgafspraken periodiek geëvalueerd worden. Bij de besluitvorming worden betrokken: zorgverantwoordelijke, deskundige van een andere discipline, zo nodig een arts, deskundige die niet bij de zorg betrokken is en Wzd-functionaris. De Wzd-functionaris blijft toezicht houden op de onvrijwillige zorg.

Wzd: noodsituaties

Soms moet een zorgmedewerker ingrijpen om ernstig nadeel te voorkomen of op te heffen in een nood- of onvoorziene situatie. Het gaat hierbij om situaties met een groot risico op ernstig nadeel voor de cliënt of voor anderen. De Wzd schrijft voor dat in zo'n situatie onvrijwillige zorg kan worden verleend na een beslissing van de zorgverantwoordelijke die overleg heeft gepleegd met de bij de zorg betrokken arts. De zorgverantwoordelijke informeert de Wzd-functionaris, de vertegenwoordiger en de cliënt over de beslissing, tenzij het informeren ernstig nadeel voor de cliënt zou betekenen. De beslissing wordt vastgelegd in het zorgdossier. In deze beslissing wordt aangegeven voor welke termijn de beslissing geldt. Hierbij is de termijn niet langer dan strikt noodzakelijk en in ieder geval niet langer dan twee weken. Wanneer de verwachting is dat de onvrijwillige zorg langer nodig is om ernstig nadeel te voorkomen, moet het stappenplan binnen deze twee weken opgestart worden, waarbij de situatie opnieuw multidisciplinair beoordeeld wordt.

Wzd: Toezicht door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

De Wzd schrijft voor welke gegevens de zorgaanbieder digitaal beschikbaar moet stellen voor de IGJ ten behoeve van het toezicht.

Overzicht van registraties die volgen uit de wet

Hieronder worden de verplichte registraties in het dossier beschreven die gaan over de zorgverlening bij het uitvoeren van de Wzd en specifiek het uitvoeren van onvrijwillige zorg.

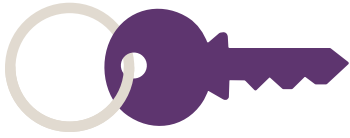
Registratie bij opname, verlof, ontslag:

- Aantekening van verstrekking van gegevens aan CIZ, burgemeester en de officier van justitie zonder toestemming van de cliënt.
- Aantekening van de mededeling van CIZ dat cliënt de bereidheid tot opname heeft uitgesproken.
- Afschriften van de beslissing CIZ, 'geen bereidheid, geen bezwaar', de rechterlijke machtiging of de voorwaardelijke rechterlijke machtiging.
- Opname, verlof en ontslaggegevens.

Registraties bij zorgverlening op basis van het zorgplan

* *Deze registraties maken deel uit van het zorgplan en komen deels overeen met de beschreven verplichte registraties in hoofdstuk 2 (Zorgplan). We noemen ze hier nogmaals op voor een volledig overzicht van wat er verplicht wordt gesteld vanuit de Wzd.*

- Aantekeningen in het zorgplan (onder andere over hoe de cliënt zijn leven wil inrichten, afspraken over de zorg en ondersteuning en doelen. Zie voor een volledig overzicht van de verplichte registraties in het zorgplan [hoofdstuk 2](#)).
- Een kopie van de wensen en voorkeuren van de cliënt in het zorgplan, indien die de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger deze zelf op schrift heeft gezet.



- Registratie bij het afwijken van wensen en voorkeuren van de cliënt die zijn vastgelegd in het zorgplan
- Registratie van de reden dat de cliënt of de vertegenwoordiger niet heeft ingestemd met het zorgplan.
- Registraties die horen bij de evaluatiemomenten van het zorgplan, in het geval van vrijwillige zorg.
Minimaal vier weken na het starten van de zorg vindt een evaluatie plaats zoals beschreven in het zorgplan, en daarna minimaal een keer per zes maanden. De termijnen van evaluatie die gelden bij het toepassen van onvrijwillige zorg staan vermeld onder het kopje 'registratie bij het verlenen van onvrijwillige zorg'.

Registratie bij (verwacht) risico op ernstig nadeel en onderzoek naar alternatieven

In het geval van een risico op ernstig nadeel bespreekt de zorgverantwoordelijke met een deskundige van een andere discipline de situatie. Het doel hiervan is om te onderzoeken of er alternatieve vrijwillige zorg mogelijk is om (het risico op) ernstig nadeel voor de cliënt en/of zijn omgeving weg te nemen. De volgende aantekeningen moeten opgenomen worden in het dossier van de cliënt als dit overleg plaatsvindt:

- Wat het ernstig nadeel voor de cliënt is (een risico-inventarisatie).
- Wat de oorzaak van het gedrag van de cliënt zou kunnen zijn waardoor ernstig nadeel ontstaat.
- Welke rol de interactie tussen cliënt en omgeving speelt bij het ontstaan van ernstig nadeel.
- Welke mogelijkheden voor vrijwillige zorg kunnen worden benut om het ernstig nadeel te voorkomen, waardoor geen of minder onvrijwillige zorg nodig is.

Registratie bij het verlenen van onvrijwillige zorg

In het geval van het overwegen van onvrijwillige zorg, moet het stappenplan gevolgd worden. Hierbij horen verplichte aantekeningen die opgenomen worden in het dossier van de cliënt. Deze registraties zijn nodig bij de start van de onvrijwillige zorg en bij elke verlengingsperiode. Het gaat om de volgende registraties:

- Registratie van de beslissing van wils(on)bekwaamheid. De zorgverantwoordelijke legt de beslissing van de arts inzake wils(on)bekwaamheid schriftelijk vast. Hij vermeldt de datum, het tijdstip en of met de vertegenwoordiger overeenstemming is bereikt over de beslissing. Hierbij wordt aangegeven ten aanzien van welke beslissing de cliënt wilsonbekwaam is.
- De bereidverklaring van de vertegenwoordiger.
- Aantekening van het ontbreken van de instemming met het zorgplan door de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger, of het niet meewerken aan de uitvoering van het zorgplan en de reden daarvoor.
- Aantekening in het dossier dat de Wzd-functionaris, de cliënt en de vertegenwoordiger voorafgaand aan de start van de periode van onvrijwillige zorg zijn geïnformeerd over de inzet van deze zorg. Als voorafgaand informeren niet is gebeurd, wordt aan de aantekening toegevoegd wat de reden hiervan was. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren bij een acute noodsituatie.
- De resultaten van de multidisciplinaire overleggen die zijn gevoerd in het kader van de onvrijwillige zorg. De zorgverantwoordelijke vermeldt de volgende gegevens in het zorgplan:
 - De situaties, vorm, duur en frequentie van de onvrijwillige zorg.
 - De bevoegde zorgverlener voor het toepassen van onvrijwillige zorg.
 - Voor welke termijn de onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt opgenomen.
 - Het afbouwplan van onvrijwillige zorg naar vrijwillige zorg.
 - De aanvullende zorgvuldigheidseisen en maatregelen die worden genomen om de nadelige effecten op de cliënt weg te nemen of te verminderen.
 - De continuïteit van de benadering van de cliënt en de wijze waarop dit geborgd wordt.
 - Een beschrijving van hoe de zorgaanbieder en de Wzd-functionaris de kwaliteit van de onvrijwillige zorg bewaken en hoe zij toezicht houden.
- Aantekening van de beoordeling van de Wzd-functionaris van het zorgplan.
- Resultaten van en adviezen uit het overleg met de Wzd-functionaris.
- Zodra onvrijwillige zorg wordt verleend, maakt de zorgverantwoordelijke hiervan melding in het dossier. Hij motiveert de noodzaak van de verleende zorg.



Bij verlenging van de termijn van de onvrijwillige zorg moeten, naast bovenstaande, ook de volgende aantekeningen opgenomen worden in het zorgplan.

- Aantekening van het besluit en de duur van de eerste, tweede, derde en elke volgende verlenging wordt vastgelegd in het zorgplan. De maximale duur van de eerste, tweede verlenging is drie maanden. De maximale duur van de derde, vierde en volgende verlenging is maximaal zes maanden.
- Aantekening van het advies van de externe deskundige over de toepassing van onvrijwillige zorg en de manier waarop eventueel afgebouwd kan worden. De zorgverantwoordelijke past op basis van dit advies het zorgplan aan en geeft aan hoe het advies wordt gevolgd.

In het geval van een noodsituatie moet de volgende aantekening opgenomen worden in het zorgplan:

- Afschrift van de beslissing onvrijwillige zorg in een noodsituatie en de motivering van de noodzaak tot de acute inzet van onvrijwillige zorg. In deze beslissing wordt aangegeven voor welke termijn de beslissing geldt. Hierbij is de termijn niet langer dan strikt noodzakelijk en in ieder geval niet langer dan twee weken.

Gegevensaanlevering onvrijwillige zorg bij de IGJ

De Wzd schrijft voor dat zorgaanbieders halfjaarlijkse gegevens over het toepassen van onvrijwillige zorg moeten aanleveren bij de IGJ. Het gaat om een digitaal overzicht en analyse van de onvrijwillige zorg.

We verwijzen hiervoor naar de informatie die hierover terug te vinden is op de website van de IGJ (www.igj.nl).



PRAKTIJKVRAAGSTUKKEN

1. Het stappenplan moet gevolgd worden als de cliënt zich verzet, ook als de vertegenwoordiger van de cliënt wel instemt met de zorg

Dit is waar. Onvrijwillige zorg is zorg waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet instemt, of zorg waarmee de vertegenwoordiger heeft ingestemd maar waartegen de cliënt zich verzet. Het stappenplan moet in zo een geval toegepast worden. Het stappenplan moet ook toegepast worden wanneer er sprake is van een van de volgende 3 vormen van zorg bij een (ter zake) niet verzettende wilsonbekwame cliënt (en dus ook als in dit geval de vertegenwoordiger instemt met de zorg); insluiting, beperking van de bewegingsvrijheid of het toedienen van gedragsmedicatie buiten geldende professionele richtlijnen.

4. MEDICATIE



In dit hoofdstuk gaan we in op de wettelijk verplichte registraties voor de zorgmedewerker met betrekking tot medicatietoediening. Het hoofdstuk start met een uiteenzetting van de wet- en regelgeving die van toepassing is op medicatietoediening in de zorg en waaruit wettelijk verplichte registraties voor de zorgmedewerker kunnen volgen. Vervolgens noemen we de registraties die uit de wet kunnen volgen voor de zorgmedewerker.

Beschrijving van wet- en regelgeving

We beschrijven hieronder de onderdelen van de wetgeving die relevant zijn met betrekking tot medicatietoediening in de zorg en waaruit wettelijk verplichte registraties kunnen volgen voor de zorgmedewerker.

Het gaat om de volgende wetten:

- Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (Wgbo)
- de Europese richtlijn 2001/83.
- Kwaliteitsstandaard Overdracht en medicatiegegevens in de keten

Wgbo: Actueel Medicatie Overzicht (AMO) en de toedienlijst

Gegevens over de medicatie moeten worden opgenomen in het dossier. Deze gegevens gaan immers over de gezondheid van de cliënt. Gegevens over medicatie staan in het dossier op twee overzichten: de toedienlijst en het AMO. Het medicatieoverzicht is een overzicht van alle medicatie die de cliënt gebruikt. Apothekers stellen dit op, op basis van wat wettelijk bijvoegde voorschrijvers, zoals bijvoorbeeld een arts, hebben voorgeschreven.

Op de toedienlijst staat welke medicatie een cliënt in welke hoeveelheid op welke tijd in welke vorm moet krijgen, met 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 (hoofdstuk 1), waaronder de geheimhoudingsplicht, ook van toepassing zijn op de toedienlijst en het medicatieoverzicht. Alleen zorgmedewerkers die direct bij de behandeling zijn betrokken en personen die van de cliënt toestemming hebben, mogen de toedienlijst en het medicatieoverzicht inzien.

Kwaliteitsstandaard Overdracht en medicatiegegevens in de keten: basis voor goede farmaceutische patiëntenzorg

De kwaliteitsstandaard 'Overdracht en medicatiegegevens in de keten' vormt de basis voor goede farmaceutische patiëntenzorg op basis van een compleet en actueel digitaal medicatieoverzicht. Deze nieuwe kwaliteitsstandaard is getoetst door het Zorginstituut en op 11 februari 2020 ingeschreven in het Register en zodoende wettelijk afdwingbaar.

Het doel van de kwaliteitsstandaard is dat alle betrokkenen door elektronische gegevensuitwisseling over de relevante actuele medicatiegegevens van de cliënt beschikken bij het voorschrijven, verstrekken of toedienen van medicatie. De verantwoordelijkheden van zorgverleners zijn hiermee aangescherpt en afgestemd op de huidige praktijk en de benodigde basis set medicatiegegevens is uitgebreid.

Andere veranderingen zijn dat, naast voorgeschreven en verstrekte medicatie, geneesmiddelen worden geregistreerd die iemand al heeft gebruikt. De cliënt krijgt meer verantwoordelijkheid, voor het delen van



informatie met betrokken zorgverleners zodat deze de cliënt zo goed mogelijk kunnen helpen. Ofwel de cliënt geeft expliciete toestemming de gegevens te delen, ofwel de cliënt geeft deze toestemming niet en blijft daarmee zelf verantwoordelijk voor het delen van zijn gegevens. Onder regie en met ondersteuning van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wordt gestart met de samenwerking tussen alle betrokken sectoren in de zorg. Het doel is om de elektronische uitwisseling van medicatiegegevens in de komende jaren te realiseren.

Overzicht van registraties die volgen uit de wet

Verplichte registraties met betrekking tot medicatie zijn:

- De zorgmedewerker tekent af op de toedienlijst als hij de medicatie heeft gegeven.
- Het toedienen van medicatie is een behandeling die valt onder de Wgbo. Als de zorgmedewerker tijdens de uitvoering van deze taken iets opmerkt dat in het dossier thuishoort, dan registreert hij deze informatie in het dossier. Bijvoorbeeld bijwerkingen van medicijnen. Welke informatie moet worden opgenomen in het dossier, staat in [hoofdstuk 1](#).



PRAKTIJKVRAAGSTUKKEN

1. Dubbele controle op losse medicatie volgt niet uit de wet.

Dit is waar. Dubbele controle op losse medicatie volgt niet uit de wet, maar uit de veldnorm 'Veilige principes in de medicatieketen'. Dergelijke veldnormen zijn geen wettelijke verplichtingen, maar een zorgmedewerker moet deze veldnormen als goed hulpverlener in beginsel naleven. Uiteraard tenzij verantwoorde en goede zorgverlening juist vergt dat de zorgmedewerker van deze veldnorm afwijkt. De zorgmedewerker moet deze afweging zelf maken. Wanneer hij van een veldnorm afwijkt, dan legt hij dit altijd gemotiveerd vast in het dossier.

5. KWALITEIT EN VEILIGHEID



In dit hoofdstuk gaan we in op de wettelijk verplichte registraties voor de zorgmedewerker met betrekking tot kwaliteit en veiligheid in de zorg. Het gaat in dit hoofdstuk onder meer over wetgeving en registraties voor goede zorg en het kwaliteitssysteem, het registreren van calamiteiten, de klachtenregeling, geschillen, voorbehouden handelingen en het melden van huiselijk geweld.

Het hoofdstuk start met een uiteenzetting van de wet- en regelgeving die van toepassing is op kwaliteit en veiligheid in de zorg en waaruit wettelijk verplichte registraties voor de zorgmedewerker kunnen volgen. Vervolgens noemen we de registraties die uit de wetten kunnen volgen voor de zorgmedewerker.

Beschrijving van wet- en regelgeving

We beschrijven hieronder de onderdelen van de wetgeving die relevant zijn met betrekking tot kwaliteit en veiligheid in de zorg en waaruit wettelijk verplichte registraties kunnen volgen voor de zorgmedewerker.

Het gaat om de volgende wetten en kaders:

- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz
- Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)
- Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
- Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

Wkkgz: verplichting tot leveren van goede zorg

In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is vastgelegd wat goede zorg inhoudt. De Wkkgz stelt een aantal registraties verplicht. De wet verplicht zorgaanbieders daarnaast om enkele open normen zelf in te vullen. De zorgaanbieder moet volgens de wet zorgen voor goede zorg. Zo moet hij zorgen voor een kwalitatief en kwantitatief goed personeelsbestand en voor een goede verdeling van de verschillende verantwoordelijkheden (verantwoordelijkheidstoedeling).

De zorgaanbieder moet een schriftelijke overeenkomst aangaan met alle zorgmedewerkers die voor hem werken. Daarin staat dat de zorgmedewerkers zich bij hun werkzaamheden houden aan de voor de zorgaanbieder geldende wettelijke verplichtingen en de eigen regels die de zorgaanbieder over de zorgverlening stelt. Daarnaast moet de zorgaanbieder in het bezit zijn van een Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG) van alle zorgmedewerkers.

Wkkgz: kwaliteitssysteem

De zorgaanbieder moet de kwaliteit van de zorg systematisch bewaken, beheersen en verbeteren. Met andere woorden: er moet een kwaliteitssysteem zijn. Dit is vanuit de Wkkgz en ook sinds 1 januari 2018 op grond van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg verplicht.

De zorgaanbieder moet de gegevens over de kwaliteit van de zorg zo verzamelen en registreren, dat ze kunnen worden vergeleken met de gegevens van andere zorgaanbieders van dezelfde categorie. De keuze welk kwaliteitssysteem is aan de zorgaanbieder.



Wkkgz: keuze-informatie voor de cliënt

De Wkkgz stelt dat cliënten, als zij daarom verzoeken, informatie over de aangeboden zorg horen te ontvangen. Wanneer de cliënt hierom verzoekt, geeft de zorgaanbieder in ieder geval informatie over de tarieven, de wachttijden, gegevens over de kwaliteit van de zorg, in hoeverre de behandeling wetenschappelijk bewezen is en de ervaringen van andere cliënten.

Wkkgz: intern melden van incidenten

Zorgaanbieders zijn verplicht een interne procedure te hebben voor het registreren en analyseren van de incidenten en het verbeteren van het zorgproces. De zorgaanbieder is verplicht om de cliënt te informeren over incidenten en daarvan een aantekening te maken in het dossier. Als zich een incident voordoet, moeten de betrokken zorgverlener(s) dat bij de zorgaanbieder melden.

In de interne procedure moet de zorgaanbieder de volgende onderdelen opnemen:

- de manier waarop incidenten gemeld worden;
- de manier waarop incidenten in kaart worden gebracht;
- de manier waarop incidenten onderzocht worden;
- hoe besluiten genomen worden over maatregelen om de kwaliteit van de zorg te waarborgen;
- hoe de uitkomsten en conclusies van de analyse bij betrokken zorgverleners en organisatieonderdelen terechtkomen.

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

- Bij wie in de organisatie de incidenten worden gemeld en wat de verantwoordelijkheid is van deze functionaris(sen) bij de melding.
- Wat de uitgangspunten zijn van de (onafhankelijke) beoordeling van het incident.
- De deskundigheid en de bij- en nascholing van de aangewezen functionaris(sen).
- Hoe de bescherming van de persoonsgegevens plaatsvindt. Denk aan zo spoedig mogelijk anonimiseren van gegevens, het beveiligen van het meldingssysteem en niet meer opslaan dan nodig is.
- Hoe de medewerkers worden beschermd, zodat het melden geen negatieve gevolgen heeft voor hen.

Het is mogelijk dat uit deze interne procedure registraties volgen voor de zorgmedewerker. Dit zal per zorgaanbieder verschillen, afhankelijk van de inrichting van de interne procedure voor het melden van incidenten.

Wkkgz: melden van calamiteiten, geweld in de zorgrelatie en ontslag wegens disfunctioneren

Calamiteiten die zich tijdens de zorgverlening voordoen dienen gemeld te worden aan de IGJ.

Andere onderwerpen die verplicht gemeld moeten worden aan de IGJ zijn: vormen van geweld in de zorgrelatie, waaronder seksueel misbruik en ontslag van een zorgmedewerker wegens ernstig disfunctioneren. De zorgmedewerker heeft hierbij een signalerende rol naar het management van de organisatie.

Een zorgaanbieder heeft vaak een eigen calamiteitencommissie. Bij een calamiteit waarbij een cliënt is overleden stelt de zorgaanbieder een externe onafhankelijke voorzitter aan om het onderzoek te leiden. Deze externe voorzitter mag op geen enkele wijze verbonden zijn aan de zorgaanbieder bij wie de calamiteit heeft plaatsgevonden.

Voor het aan de IGJ melden van geweld tussen cliënten onderling gelden aanvullende beleidsregels.

Geweld tussen cliënten moet in ieder geval altijd worden moet in de volgende gevallen:

- Als het geweld leidde tot een noodzakelijke medische, psychologische en/of gedragskundige behandeling, blijkend uit een consult bij een zorg- of jeugdhulpverlener.
- Als er sprake was van een politie-interventie of een aangifte bij de politie of het openbaar ministerie.



Minder ernstige lichamelijke of geestelijke geweldsincidenten tussen cliënten hoeven niet aan de IGJ te worden gemeld. Ze moeten wel altijd intern geregistreerd worden. Een zorgaanbieder beoordeelt deze situaties zelf.

Het is niet altijd direct duidelijk of er daadwerkelijk sprake is van een calamiteit of van geweld in de zorgrelatie. In die gevallen dient de zorgaanbieder op basis van eigen onderzoek helderheid te bieden. Dat eigen onderzoek moet de zorgaanbieder direct starten en zo snel mogelijk afronden, altijd binnen zes weken.

Vanaf het moment dat is vastgesteld dat er sprake is van een calamiteit of geweld in de zorgrelatie, heeft de zorgaanbieder drie dagen de tijd om melding te doen bij de IGJ. Is er na het onderzoek nog twijfel? Dan adviseert de IGJ om wel een melding te doen.

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 volgens de Wkkgz een klachtenregeling hebben. In het Uitvoeringsbesluit Wkkgz is opgenomen wat de zorgaanbieder in ieder geval in deze klachtenregeling 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 één of meerdere personen aanwijzen als onafhankelijke klachtenfunctionaris. De zorgaanbieder moet de mogelijkheid om geschillen bij de geschillencommissie aan te dragen bij de cliënten onder de aandacht brengen. Uit de klachtenregeling kunnen verschillende registraties voor de zorgmedewerker volgen.

Wet BIG: kwaliteit van de individuele beroepsbeoefenaar

Naast de Wkkgz bestaat ook de Wet BIG. De Wet BIG ziet toe op de bekwaamheid van de individuele beroepsbeoefenaar. In de Wet BIG worden veertien voorbehouden handelingen genoemd. Deze handelingen mogen worden verricht door zelfstandig bevoegde behandelaars. De behandelaar moet daartoe ook bekwaam zijn. Afgezien van de artsen, zijn andere behandelaars slechts voor een aantal van de voorbehouden handelingen bevoegd. Bijvoorbeeld artsen, tandartsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants.

Zorgmedewerkers mogen een voorbehouden handeling alleen uitvoeren als zij hiervoor opdracht hebben gekregen van een zelfstandig bevoegde behandelaar die hen bekwaam acht. Voorwaarde is ook dat zij zichzelf bekwaam vinden om de handeling uit te voeren. Ook regelt de Wet BIG, de zogenaamde titelbescherming. Dit is van belang omdat de cliënt er op moet kunnen vertrouwen met bevoegde behandelaars van doen te hebben. Daarnaast zijn er verregaande maatregelen mogelijk op grond van het tuchtrecht.

Wkkgz en Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling: de meldcode met afwegingskader

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

- In kaart brengen van het huiselijk geweld. 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.
- De aard, de ernst en het risico op herhaling van het huiselijk geweld afwegen. Bij twijfel Veilig Thuis raadplegen.
- Beslissen aan de hand van het afwegingskader:
 - Afweging 1: is melden noodzakelijk?



- Afweging 2: is zelf passende of toereikende hulp bieden of organiseren (ook) mogelijk?
- Het is van belang dat er op beide afwegingen een beslissing wordt genomen, in bovenstaande volgorde.

Met de melding wordt de hulpverlening niet overgedragen, maar in afstemming met Veilig Thuis opgepakt. Bij een melding kan Veilig Thuis eerdere, maar ook eventuele toekomstige signalen van huiselijk geweld over de betrokkenen, combineren.

Verder moet de zorgaanbieder zorgen voor een verdeling van de verantwoordelijkheden onder de medewerkers en een eindverantwoordelijke aanwijzen voor de melding. 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 zorgmedewerkers omgaan met vertrouwelijke gegevens.

Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: kaders en verplichtingen omtrent goede zorg

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is op 13 januari 2017 opgenomen in het wettelijke Register van het ZINL en trad per direct in werking. Het kwaliteitskader maakt zichtbaar wat zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars verstaan onder goede zorg en vormt de basis voor toezicht en verantwoording. Het kwaliteitskader geeft kaders en vrijheden om invulling te geven aan zorg en ondersteuning.

Tegelijkertijd kent het kader concrete eisen voor zorgaanbieders en haar zorgverleners. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg onderscheidt de volgende vier thema's op het gebied van kwaliteit en veiligheid:

1. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Bij kwaliteitsverbetering op het terrein van persoonsgerichte zorg en ondersteuning zijn vier onderdelen richtinggevend voor zorgverleners: compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen.

2. Wonen en welzijn

Bij kwaliteitsverbetering op het terrein van wonen en welzijn zijn vijf thema's leidend: zingeving, zinvolle dagbesteding, schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding, familieparticipatie en inzet vrijwilligers en tot slot wooncomfort. De noodzaak tot woningaanpassingen vormen onderdeel van het gesprek tussen de zorgprofessional en de cliënt als het gaat om verantwoord thuis blijven wonen.

3. Veiligheid

Het thema Veiligheid is onderverdeeld in zes indicatoren. Eind 2018 heeft de Stuurgroep Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg de nieuwe indicatoren basisveiligheid verpleeghuiszorg opgesteld. Deze gelden vanaf de meting over verslagjaar 2019. Voor verslagjaar 2019 gelden drie verplichte indicatoren basisveiligheid, namelijk: gezamenlijke afspraken over behandeling bij het levenseinde, bespreken medicatiefouten in het team en voedselvoorkeuren cliënt.

Daarnaast zijn er keuze-indicatoren. Uit deze keuze-indicatoren moeten minimaal twee indicatoren gekozen worden die worden aangeleverd bij het ZINL. Zorgprofessionals en organisaties beslissen zelf welke indicatoren dit zijn. De indicatoren waaruit een keuze moet worden gemaakt zijn voor het verslagjaar 2019 en 2020: decubitus, casuïstiekbespreking decubitus op de afdeling, medicatiereview, middelen en maatregelen rond vrijheid, terugdringen vrijheidsbeperking, werken aan vrijheidsbevordering en continëntie.

4. Leren en verbeteren van kwaliteit

Leren en verbeteren is binnen het kwaliteitskader niet vrijblijvend. Continu werken aan het verbeteren van kwaliteit is de norm voor een goede professionele zorg. Om zorgverleners en de zorgorganisatie samen te laten leren en verbeteren zijn kaders ontwikkeld.



Het kwaliteitskader onderscheidt hierin vijf elementen: een kwaliteitsmanagementsysteem, een jaarlijks geactualiseerd kwaliteitsplan, een jaarlijks opgesteld kwaliteitsverslag, het continu werken in de praktijk aan het verbeteren door zorgverleners en tenslotte het deel uitmaken van een lerend netwerk.

Naast deze vier thema's zijn er nog vier randvoorwaardelijke thema's:

1. thema **Leiderschap, governance en management**
2. thema **Personeelssamenstelling**
3. thema **Gebruik van hulpbronnen**
4. thema **Gebruik van informatie**

De stuurgroep kwaliteitskader verpleeghuiszorg heeft besloten dat aanbieders van verpleeghuiszorg met ingang van 2021 jaarlijks een nieuwe, uniforme methode moeten gaan gebruiken voor het meten van cliëntervaringen: de totaalscore op ZorgkaartNederland.

[Addendum langdurige zorg thuis met Wlz-indicatie bij het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: goede zorg buiten de muren van de zorgorganisatie](#)

Omdat er in de praktijk steeds meer verpleeghuiszorg geleverd wordt in de directe woonomgeving van de cliënt is er in 2019 voor de langdurige zorg thuis een 'Addendum langdurige zorg thuis met Wlz-indicatie' bij het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg opgesteld. Immers, ook buiten de muren van de zorgorganisatie moet het zorgaanbod kwalitatief goed zijn. Onder dit addendum vallen drie leveringsvormen of een combinatie ervan voor zover die niet aangeboden worden in directe samenhang met intramurale Wlz-zorg, namelijk: vpt, mpt en pgb.

Wanneer intramurale zorg niet direct beschikbaar is voor de cliënt, dan ontvangt hij vaak overbruggingszorg in de thuissituatie. Deze overbruggingszorg valt ook onder de reikwijdte van dit addendum. Het Addendum bij het kwaliteitskader verpleeghuiszorg voor langdurige zorg thuis met een Wlz-indicatie noemt nog twee extra thema's – bovenop de vier thema's uit het kwaliteitskader, met bijbehorende vereisten. Het gaat om de volgende twee extra thema's:

1. Multidisciplinaire aanpak

Afstemming tussen de verschillende disciplines die betrokken zijn bij de zorgverlening. Uitgangspunt is dat de juiste geneeskundige zorg beschikbaar en bereikbaar moet zijn voor alle cliënten, ongeacht waar zij wonen. De cliënt bepaalt zelf welke zorgaanbieder zijn eerste aanspreekpunt is. Is er sprake van een Wlz-indicatie voor langdurige zorg thuis, dan mag de cliënt verwachten dat er een mogelijkheid is tot het inschakelen van een specialist ouderengeneeskunde.

2. Verantwoord thuis wonen

Hierbij vormt de inschatting of de zorg nog verantwoord en veilig thuis kan worden geleverd een belangrijk onderdeel. De zorgorganisatie informeert en begeleidt de cliënt over de zorg in de thuissituatie. Daarbij is aandacht voor de borging van 24-uurs toezicht of zorg in de nabijheid, de rol van de mantelzorger(s) en de afstemming in de wijk met andere zorgprofessionals, zoals beschreven in het zorgplan. De cliënt mag 'advance care planning' verwachten. Advance care planning is een proces waarbij zorgverleners cliënten en hun naasten ondersteunen om in terugkerende dialoog – op basis van hun waarden en opvattingen – zinvolle en haalbare doelen voor huidige en toekomstige zorg en behandeling te formuleren.

[Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag, aantoonbare invulling thema's](#)

Elke aanbieder van verpleeghuiszorg en langdurige zorg thuis met een Wlz-indicatie dient aantoonbaar invulling te geven aan de thema's uit het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en deze zichtbaar te maken in het kwaliteits-



plan en het kwaliteitsverslag. De interne en externe verantwoording gebeurt via één kwaliteitsverslag. Dit document verschijnt jaarlijks vóór 1 juli volgend op het rapportagejaar op de website van de organisatie. De zorgaanbieder past jaarlijks het kwaliteitsplan aan op basis van het kwaliteitsverslag. Het aangepaste kwaliteitsplan verschijnt uiterlijk 31 december. Zorgmedewerkers zijn in de praktijk nauw betrokken bij het maken van het kwaliteitsplan en het kwaliteitsverslag.

Elke zorgorganisatie die langdurige zorg thuis met een Wlz-indicatie levert, moet na afloop van het betreffende jaar op een hen passende en toegankelijke manier ook openbaar maken hoe zij invulling geven aan de eisen van het addendum. De zorgorganisatie moet deel uitmaken van een lerend netwerk met ten minste twee andere collega-zorgorganisaties en bovendien ook beschikken over een kwaliteitsmanagementsysteem.

Overzicht van registraties die volgen uit de wet

Verplichte registraties met betrekking tot kwaliteit en veiligheid zijn vastgelegd in de wet- en regelgeving en kunnen per zorgaanbieder verschillend nader ingevuld zijn. De verplichting uit de wet ligt bij de zorgaanbieder; deze zal als werkgever deze verplichting neerleggen bij de zorgmedewerker. De zorgaanbieder kan naast de wettelijk verplichte registraties ook andere registraties verplicht stellen. Als zorgmedewerker ben je in dat geval ook verplicht uitvoering te geven aan de registraties. Denk bijvoorbeeld aan de volgende registraties:

- Als er incidenten bij de zorgverlening plaatsvinden die merkbare gevolgen voor de cliënt (kunnen) hebben, moet dit direct aan de cliënt worden meegedeeld. Er wordt ook een aantekening gemaakt in het dossier, zoals omschreven in [hoofdstuk 1](#). Het tijdstip waarop het incident plaatsvond en de namen van de betrokkenen bij het incident worden geregistreerd.
- De zorgmedewerker moet registraties uitvoeren die de zorgaanbieder verplicht stelt in zijn interne procedure voor het melden van incidenten.
- De zorgmedewerker moet registraties uitvoeren die de zorgaanbieder in de klachtenregeling verplicht stelt.
- De zorgmedewerker moet registraties uitvoeren die de zorgaanbieder in de meldcode huiselijk geweld verplicht stelt.
- De zorgmedewerker moet registraties uitvoeren die de zorgaanbieder ten aanzien van de uitvoering van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg verplicht stelt. Registraties zijn volgens het kwaliteitskader geen doel op zich, maar moeten bijdragen aan kwaliteitsverbetering en ondersteunend zijn aan de directe zorgverlening.
- De zorgmedewerker moet registraties uitvoeren die de zorgaanbieder in het kwaliteitssysteem verplicht stelt.



PRAKTIJKVRAAGSTUKKEN

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

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



2. De zorgaanbieder moet volgens de wet zorgen voor een kwaliteitssysteem. Registraties die daaruit volgen zijn voor de zorgmedewerker verplicht

Dit is waar. De zorgaanbieder moet volgens de Wkkgz de kwaliteit van de zorg systematisch bewaken, beheersen en verbeteren. Met andere woorden er moet, 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. De zorgaanbieder kan ook zelf een kwaliteitssysteem maken. Uit het kwaliteitssysteem kunnen registraties volgen voor de zorgmedewerker. De zorgmedewerker is in dat geval op grond van het arbeidsrecht verplicht om deze uit te voeren.

3. Een uitvoeringsverzoek voor voorbehouden handeling is ook geldig als deze niet schriftelijk is geformuleerd

Dit is waar. Een uitvoeringsverzoek is vormvrij. Een uitvoeringsverzoek biedt de niet zelfstandig bevoegde medewerkers de mogelijkheid om toch voorbehouden handelingen te verrichten. Hieraan worden een aantal voorwaarden gesteld, de medewerker moet bekwaam zijn voor de handeling, maar ook zichzelf bekwaam achten en daarnaast moet degene die zelfstandig bevoegd is die bekwaamheid van de medewerker vaststellen. Het lijkt logisch om dit schriftelijk vast te leggen, de wet verplicht dit echter niet. Ook een mondeling gegeven uitvoeringsverzoek is voldoende. Wel is het in de praktijk aan te bevelen om het verzoek schriftelijk vast te leggen, om misverstanden te voorkomen. Maar dit blijkt niet uit de Wet BIG.

6. VOEDSELVEILIGHEID EN HYGIËNE



In dit hoofdstuk gaan we in op de wettelijk verplichte registraties voor de zorgmedewerker met betrekking tot voedselveiligheid en hygiëne. Het hoofdstuk start met een uiteenzetting van de wet- en regelgeving die van toepassing is op voedselveiligheid en hygiëne en waaruit wettelijk verplichte registraties voor de zorgmedewerker kunnen volgen. Vervolgens noemen we de registraties die uit de wet kunnen volgen voor de zorgmedewerker.

Beschrijving van wet- en regelgeving

We beschrijven hieronder de onderdelen van de wetgeving die relevant zijn met betrekking tot voedselveiligheid en hygiëne en waaruit wettelijk verplichte registraties kunnen volgen voor de zorgmedewerker. Het gaat om de volgende wetten:

- Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP)
- Verordening (EG) 852/2004
- Warenwetbesluit hygiëne van levensmiddelen
- Drinkwaterbesluit

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:

- Potentiële gevaren inventariseren.
- Kritische beheerspunten vaststellen: punten in het proces waar het risico kan worden voorkomen of beperkt.
- Per kritisch beheerspunt de kritieke grenzen aangeven.
- Vaststellen hoe de kritische beheerspunten bewaakt oftewel 'gemonitord' worden.
- Per kritisch beheerspunt de correctieve acties vastleggen die moeten zorgen voor een herstel van de veiligheid.
- Verificatie toepassen: een periodieke check om na te gaan of de HACCP-aanpak goed werkt.
- 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 hierbij zelf welke registraties uit de HACCP volgen voor de zorgmedewerker. Hij is daarbij vrij in zijn keuze, zolang maar wordt voldaan aan de zeven kernpunten uit HACCP. Om de zorgaanbieder meer zekerheid te bieden om te bepalen of aan de HACCP is voldaan, heeft het Voedingscentrum twee hygiëncodes opgesteld. Door een van deze twee hygiëncodes na te leven, voldoet de zorgaanbieder aan de zeven kernpunten van de HACCP.

De twee hygiëncodes zijn:

1. Hygiëncode voor de voedingsverzorging in woonvormen

In een woonvorm is sprake van een groep bewoners in een woonruimte die te herkennen is als een huis en als in de woonvorm een gewoon huishouden wordt gevoerd, door het samen doen van activiteiten zoals eten en afwassen.

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 niet verplicht.



Onder complexe handelingen valt bijvoorbeeld: het bereiden, koelen en enkele dagen bewaren van meerdere maaltijden om deze later weer op te warmen. 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.

2. Hygiëncode zorginstellingen en Defensie

De hygiëncode zorginstellingen en Defensie is 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 niet betrokken bij het klaarmaken van het eten. Indien de zorgaanbieder kiest voor het gebruiken van deze hygiëncode om de voedselveiligheid in overeenstemming te laten zijn met de HACCP, dan komen hier registraties uit voort. De registraties die de zorgaanbieder verplicht stelt om de hygiëncode na te leven, zijn in zo'n geval verplicht voor de zorgmedewerker.

Drinkwaterbesluit: veiligheid van drinkwater

De zorgaanbieder moet zorgen voor veilig drinkwater. De zorgaanbieder is daarom verplicht een legionellarisico-analyse uit te laten voeren door een BRL 6010 gecertificeerd bedrijf. Als dit bedrijf een legionellabeheersplan 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.

Overzicht van registraties die volgen uit de wet

Verplichte registraties met betrekking tot voedselveiligheid en hygiëne zijn:

- Alle registraties die de zorgaanbieder verplicht stelt om de voedselveiligheid in zijn zorginstelling in overeenstemming te laten zijn met HACCP, zijn verplicht. Denk bijvoorbeeld aan het noteren van de datum op de verpakking van voedsel. Indien de zorgaanbieder de lichte variant van de hygiëncode (woonvorm) toepast, volgen hier geen registraties uit.
- Het beheersplan voor veilig drinkwater kan registraties voor de zorgmedewerker bevatten. Als een risico op normoverschrijding wordt vermoed, dan zijn deze registraties verplicht.



PRAKTIJKVRAAGSTUKKEN

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

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



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

Dit is waar. Het controleren van de temperatuur van koelkasten in zorginstellingen is een verplichting die volgt uit HACCP. De verplichting geldt alleen voor locaties die niet onder de beschrijving van een woonvorm vallen. In een woonvorm is sprake van een groep bewoners in een woonruimte die te herkennen is als een huis en waar een gewoon huishouden wordt gevoerd, doordat activiteiten zoals eten en afwassen samen worden gedaan. 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 staat dus niet letterlijk in de wet, maar volgt hier wel rechtstreeks uit. Dit maakt de controle verplicht.

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

Dit is waar. Deze verplichting volgt uit HACCP. Het gaat om locaties die niet onder de beschrijving van een woonvorm vallen. Voedsel waarvan de verpakking al enige tijd open is, kan 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. Dit maakt de registratie dus wél verplicht.

4. 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.

Dit is waar. 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 datumsticker 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 productiedatum, een houdbaarheidsdatum, een openingsdatum, een invriesdatum of een ontdooidatum gaat. Bijvoorbeeld de tekst 'geopend op 9 oktober 2018' of 'ontdood op 8 oktober 2018'. Zorgorganisaties die onder de beschrijving van een woonvorm vallen, zijn niet verplicht om geopende producten te markeren.

7. INDICATIESTELLING CIZ EN (ON)VRIJWILLIGE OPNAME



In dit hoofdstuk gaan we in op de wettelijk verplichte registraties voor de zorgmedewerker met betrekking tot de indicatiestelling bij het CIZ en (on)vrijwillige opname.

Het hoofdstuk start met een uiteenzetting van de wet- en regelgeving die van toepassing is en waaruit wettelijk verplichte registraties voor de zorgmedewerker kunnen volgen. Vervolgens noemen we de registraties die uit de wet kunnen volgen voor de zorgmedewerker.

Indicatiestelling en (on)vrijwillige opname in het kort

De cliënt dient te beschikken over een indicatie om voor zorg op grond van de Wlz in aanmerking te kunnen komen. Het CIZ beoordeelt aanvragen voor voorzieningen uit de Wlz en geeft hier indicaties voor.

In het indicatiebesluit van het CIZ staat vanaf welke datum de cliënt recht heeft op zorg en welke zorgbehoefte de cliënt heeft (het zorgprofiel). 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, verzilvert hij de indicatie door zorg in natura te kiezen of hij kiest ervoor om zijn zorg zelf te regelen via een pgb. Met het pgb regelt de cliënt de zorg zelf.

We spreken van een vrijwillige opname als een cliënt weloverwogen besluit om te verhuizen naar een locatie waar zorg in combinatie met verblijf wordt geboden. Wanneer de cliënt geen weloverwogen besluit kan nemen of zich verzet tegen opname, dan zijn er verschillende andere mogelijkheden, waaronder onvrijwillige opname. Deze mogelijkheden en samenhangende wettelijke verplichtingen komen hieronder aan bod. De Wzd speelt hierin een belangrijke rol.

Beschrijving van de wet- en regelgeving

We beschrijven hieronder de onderdelen van de wetgeving die relevant zijn voor de indicatiestelling in de langdurige zorg, vrijwillige en onvrijwillige opname, en waaruit wettelijk verplichte registraties kunnen volgen voor de zorgmedewerker. Het gaat om de volgende wetten:

- Wet Langdurige Zorg (Wlz)
- Wet zorg en dwang (Wzd)

Wlz: het CIZ

Het CIZ is op grond van de Wlz ingesteld en onder andere belast met de indicatiestelling. De wijze waarop het CIZ de indicatiestelling doet, is vastgelegd in beleidsregels van het CIZ. Het CIZ heeft informatie nodig over de cliënt en zijn situatie voor het indicatiebesluit of de eventuele herindicatie. Zorgmedewerkers worden in de praktijk vaak betrokken bij het vastleggen van deze gegevens. Het gaat om:

- 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 op grond van de AVG uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven. Het gaat dan om de informatie die het CIZ nodig heeft voor het indicatiebesluit en de herindicatie.

Wzd: mogelijkheden bij geen vrijwillige opname

We spreken van een vrijwillige opname als een cliënt weloverwogen besluit om te verhuizen naar een locatie die zorg in combinatie met verblijf biedt. Wanneer de cliënt geen weloverwogen besluit kan nemen of zich verzet, dan zijn er verschillende andere mogelijkheden. Deze mogelijkheden zijn:

- opname op basis van een besluit tot opname en verblijf van het CIZ (artikel 21);
- onvrijwillige opname op basis van een rechterlijke machtiging (RM) of een Inbewaringstelling (IBS).

Beide mogelijkheden worden hieronder toegelicht.

Wzd artikel 21: opname op basis van een besluit tot opname en verblijf van het CIZ

Als er sprake is van een (risico op) ernstig nadeel kan de zorgaanbieder op grond van artikel 21 van de Wzd bij het CIZ een besluit voor opname of verblijf aanvragen. Dit is de opvolger van artikel 60 uit de Wet Bopz (geen bereidheid, geen bezwaar).

Dit besluit wordt genomen als de cliënt zich niet tegen opname verzet, maar ook niet in staat is hierover weloverwogen te beslissen (bijvoorbeeld bij dementie). Hiervoor heeft het CIZ het volgende nodig: een onderbouwing van de aanvraag, de diagnose en beschrijving van de relevante stoornissen en een afschrift van het zorgplan.

RM of IBS:

onvrijwillige opname op basis van een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling

Er is sprake van een onvrijwillige opname als de cliënt of vertegenwoordiger zich verzet tegen opname en het verblijf of tegen de voortzetting van het verblijf. In deze gevallen kan de cliënt alleen worden opgenomen op basis van een RM of een beschikking tot IBS. Deze procedure geldt ook in het geval de cliënt zich verzet tegen voortzetting van het verblijf als deze vrijwillig of op grond van artikel 21 is opgenomen en opname noodzakelijk is in verband met (een risico op) ernstig nadeel.

Onvrijwillige opname of voortzetting van opname aanvragen via een RM verloopt via het CIZ. Het CIZ beoordeelt de aanvraag en onderzoekt of opname of voortzetting van opname noodzakelijk en geschikt is voor de cliënt. En of minder ingrijpende maatregelen mogelijk zijn.

Het CIZ heeft hiervoor de volgende gegevens nodig:

- een medische verklaring van een ter zake kundige arts die de cliënt met het oog op de machtiging kort tevoren heeft onderzocht;
- verklaring van de zorgaanbieder die de cliënt heeft opgenomen;
- afschrift van het zorgplan;
- onderbouwing van de gewenste geldigheidsduur.

De aanvraag voor een RM kan onder andere de zorgaanbieder doen waar de cliënt verblijft.

Overzicht van registraties die volgen uit de wet

Zorgmedewerkers kunnen betrokken worden bij het vastleggen van de gegevens die nodig zijn voor het verkrijgen van een (her)indicatie en, of de aanvragen in het kader van de Wzd. Zie [hoofdstuk 3](#) voor de specifieke registraties.

8. INFORMATIEBEVEILIGING EN GEGEVENSUITWISSELING



In dit hoofdstuk gaan we in op de wettelijk verplichte registraties voor de zorgmedewerker met betrekking tot informatiebeveiliging en gegevensuitwisseling. 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. Het hoofdstuk start met een uiteenzetting van de wet- en regelgeving die van toepassing is op en waaruit wettelijk verplichte registraties voor de zorgmedewerker kunnen volgen. Vervolgens noemen we de registraties die uit de wet kunnen volgen voor de zorgmedewerker.

Beschrijving van wet- en regelgeving

We beschrijven hieronder de onderdelen van de wetgeving die relevant zijn voor informatiebeveiliging en gegevensuitwisseling en waaruit wettelijk verplichte registraties kunnen volgen voor de zorgmedewerker.

Het gaat om de volgende wetten:

- Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (Wgbo)
- Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)
- Wet aanvullende bepalingen verwerkingen persoonsgegevens in de zorg (Wabv pz)
- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz, komt in detail aan bod in [hoofdstuk 5](#))
- Wet langdurige zorg (Wlz)

Wgbo, AVG en Wkkgz: beveiliging van de persoonsgegevens

De cliënt heeft er recht op dat de informatie die de zorgmedewerkers over hem registreren, geheim blijft. Dit is een recht dat volgt uit de Wgbo, de AVG en de Wkkgz. Een zorgaanbieder moet de cliëntgegevens goed beveiligen tegen verlies of vormen van onrechtmatige verwerking.

De Autoriteit Persoonsgegevens (AP) is de toezichthouder die de bescherming van persoonsgegevens bewaakt. Ook voor het elektronisch dossier moet een goede beveiliging bestaan. De IGJ houdt toezicht op informatiebeveiliging in de zorg en toetst in welke mate de zorgverlener de vertrouwelijkheid, beschikbaarheid en integriteit van informatie waarborgt.

AVG: registreren en melden van datalekken

Zorgaanbieders zijn verplicht om passende technische en organisatorische maatregelen te nemen om persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking. Op deze manier proberen zij een datalek te voorkomen. Met een datalek wordt zowel het lekken van gegevens als de onrechtmatige verwerking van gegevens bedoeld. Denk bijvoorbeeld aan bijvoorbeeld een inbraak, gegevensdiefstal door een hacker, het verzenden van een mail naar een verkeerd e-mailadres of een kwijtgeraakte USB-stick met persoonsgegevens.

De AVG stelt dat elk vermoeden van een datalek geregistreerd moet worden in een intern datalekregister. Wanneer een zorgmedewerker een mogelijk datalek constateert, wordt dit gemeld bij de directie en/of (indien



aanwezig) aan de onafhankelijke Functionaris voor de Gegevensbescherming (dan wel een andere verantwoordelijke voor de privacy). De directie en Functionaris voor de Gegevensbescherming zullen vervolgens de datalek-procedure starten.

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

- de aard en omvang van de inbreuk;
- de categorieën van betrokkenen;
- een benadering van het aantal betrokkenen;
- de naam en contactgegevens van de Functionaris voor Gegevensbescherming of ander contactpunt;
- een beschrijving van de (vermoedelijke) gevolgen;
- en de 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, of wanneer de mededeling onevenredig veel inspanning kost.

Wabvpz: elektronische uitwisseling van persoonsgegevens

Voor het uitwisselen van cliëntgegevens gelden wettelijke regels. De algemene regels, zoals neergelegd in de AVG en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo), verplicht de zorgaanbieder, kortgezegd, om zorgvuldig met persoonsgegevens om te gaan. Deze wetten zijn niet specifiek toegeschreven op de elektronische uitwisseling van gegevens. Daarom is de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg in het leven geroepen.

De wet maakt duidelijk welke extra rechten en waarborgen de cliënt heeft bij de elektronische gegevensuitwisseling en beschikbaarheid van persoonsgegevens via een elektronisch uitwisselingssysteem. Daarnaast bevat de wet bepalingen over het gebruik van het burgerservicenummer van de cliënt. De zorgaanbieders dienen immers de identiteit van de cliënt vast te kunnen stellen.

De Wabvpz stelt als voorwaarde dat er sprake moet zijn van een elektronisch uitwisselingssysteem. Dit is een systeem waarmee zorgaanbieders op elektronische wijze dossiers of cliëntgegevens voor andere zorgaanbieders raadpleegbaar kunnen maken. Het bekendste voorbeeld is het Landelijk Schakelpunt (LSP). Via een elektronisch uitwisselingssysteem kan de zorgaanbieder beschikken over de meest actuele en juiste informatie over de cliënt. Bovendien hoeft de cliënt niet steeds zijn verhaal te doen, of dezelfde onderzoeken te ondergaan.

In de zorg wordt gebruik gemaakt van diverse systemen voor elektronische gegevensuitwisseling. Deze systemen moeten niet verward worden met 'interne informatiesystemen'. Een intern informatiesysteem dat de zorgaanbieder gebruikt, zoals het Elektronisch Cliëntendossier (ECD), is geen elektronisch uitwisselingssysteem in de zin van de wet. Een intern informatiesysteem is bedoeld voor intern gebruik om cliëntgegevens overzichtelijk in bij te houden.

Een deel van de wettelijke bepalingen uit de Wabvpz is per 1 juli 2017 in werking getreden, de overige wettelijke bepalingen zijn per 1 juli 2020 in werking getreden. Aanvullend zijn in het 'Besluit elektronische gegevensverwerking door zorgaanbieders' functionele, technische en organisatorische eisen gesteld aan elektronische gegevensuitwisseling.



Wabvpz: wijzigingen vanaf 1 juli 2020

Vanaf 1 juli 2020 heeft de cliënt het recht om kosteloos zijn elektronisch cliëntendossier in te zien en op te vragen. Het is van belang dat het verstrekken van de elektronische gegevens te allen tijde veilig gebeurt. De wet stelt eisen aan de beveiliging van de gegevens.

Vanaf dezelfde datum heeft de cliënt recht op een elektronisch afschrift van de logging, hierin is vastgelegd wie op welke datum informatie beschikbaar heeft gesteld en wie op welke datum bepaalde informatie heeft ingezien of opgevraagd. Het was de bedoeling dat op 1 juli 2020 ook gespecificeerde onderdelen van het dossier toestemming kon worden verleend; dit is echter uitgesteld.

Overzicht van registraties die volgen uit de wet

Verplichte registraties met betrekking tot informatiebeveiliging en gegevensuitwisseling zijn:

- Registraties rond informatiebeveiliging die de zorgaanbieder verplicht stelt voor de zorgmedewerker, moet de zorgmedewerker uitvoeren.
- Registraties van het registreren en melden van datalekken, voor zover de zorgaanbieder daartoe registraties verplicht stelt voor de zorgmedewerker.
- De expliciete toestemming van de cliënt om (deels) zijn gegevens beschikbaar te stellen in een elektronisch uitwisselingsstelsel. Let op: dit gaat niet om de gegevensuitwisseling in het kader van de behandeling; deze is geregeld in de Wgbo.



PRAKTIJKVRAAGSTUKKEN

1. De rapportage in het dossier hoeft niet voorzien te worden van de naam van individuele zorgmedewerkers.

Dit is waar. Tegenover het recht op openheid naar de cliënt staat het recht op privacy van de medewerker. Het koppelen van de rapportage in het dossier aan individuele zorgmedewerkers kan onwenselijke gevolgen hebben voor degenen die rapporteren in het dossier. De privacy van de zorgmedewerker kan in het geding zijn. Omdat het dossier tegenwoordig verplicht digitaal beschikbaar gesteld moet worden en vrij gemakkelijk gedeeld kan worden met derden (andere mensen dan de cliënt zelf). Het is belangrijk dit goed bespreekbaar te maken met personeelsvertegenwoordiging (Ondernemingsraad – OR) en cliëntvertegenwoordiging hoe hiermee om te gaan. Als zij geen probleem ervaren is er niets aan de hand. Mocht dit wel zo zijn dan kan bijvoorbeeld onder de naam van de leidinggevende gecommuniceerd worden naar buiten.

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

Dit is waar. 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. Een zorgaanbieder mag niet zomaar persoonsgegevens van een cliënt op internet publiceren.

Heeft de cliënt zijn of haar toestemming gegeven voor het publiceren van het foto- of video-materiaal, dan is het plaatsen daarvan toegestaan. De zorgaanbieder moet kunnen aantonen dat zij toestemming heeft voor het plaatsen van de foto. Hoewel het registreren van de toestemming niet wettelijk verplicht is, is het in het kader van de aantoonplicht wel verstandig.

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

Dit is waar. 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 van deze organisatie. 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 toegang kunnen hebben tot cliëntgegevens. De zorgmedewerker moet het datalek melden bij de directie en/of (indien aanwezig) aan de onafhankelijke Functionaris voor de Gegevensbescherming (dan wel een andere verantwoordelijke voor de privacy). De directie en Functionaris voor de Gegevensbescherming zullen vervolgens de datalekprocedure starten.

LIJST MET GEBRUIKTE AFKORTINGEN

AMO	Actueel medicatieoverzicht
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
Dtv	Deeltijdverblijf
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Point
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IBS	Inbewaringstelling
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
ISO	International Organization for Standardization
Mpt	Modulair pakket thuis
Pgb	Persoonsgebonden budget
RM	Rechterlijke machtiging
UR-medicatie	Uitsluitend op Recept medicatie
Verzorgende IG	Verzorgende Individuele gezondheidszorg (niveau 3)
VOG	Verklaring Omtrent het Gedrag
Vpt	Volledig pakket thuis
Wabvpz	Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
Wgbo	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wvggz	Wet verplichte Geestelijke Gezondheidszorg
Zvw	Zorgverzekeringswet
Wzd	Wet zorg en dwang

In deze uitgave is ten opzichte van de uitgave van ultimo 2018 (versie 3, november 2018) het volgende gewijzigd:

- Afbakening is aangepast (*onder andere pgb geschrapt*)
- Wgbo, wetswijziging per 1 januari 2020 is verwerkt (*hoofdstuk 1*)
- Wzd ingevoegd, Wet Bopz verwijderd (*begrippenlijst, hoofdstuk 1, 3, 7*)
- Wlz, nieuwe verzilveringsvorm deeltijdverblijf toegevoegd (*hoofdstuk 2*)
- Kwaliteitskader Overdracht van medicatiegegevens in de keten is toegevoegd (*hoofdstuk 4*)
- Afwegingskader huiselijk geweld toegevoegd (*hoofdstuk 5*)
- Gegevens Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg geactualiseerd (*hoofdstuk 5*)
- Kwaliteitskader Addendum langdurige zorg thuis met Wlz-indicatie is toegevoegd (*hoofdstuk 5*)
- Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg is toegevoegd (*hoofdstuk 1, 8*)
- Lijst met gebruikte afkortingen toegevoegd

Het overzicht 'Wettelijk verplichte registraties voor zorgmedewerkers in de langdurige intramurale ouderenzorg' (versie 4, januari 2021) is opgesteld 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 het programma is het zorgbreed merkbaar verminderen van de ervaren regeldruk voor professional én patiënt. Op basis van wijzigingen in wet- en regelgeving wordt het overzicht periodiek geactualiseerd. De eerste versie van het overzicht is ontwikkeld in 2016, binnen het programma 'Aanpak Verspilling in de zorg'.

De juridische inhoud van het overzicht is opgesteld door Zorg Zaken Groep. Vilans was verantwoordelijk voor de projectcoördinatie. Bij de actualisatie van het overzicht zijn verschillende partijen geraadpleegd, waaronder (alfabetische volgorde):

- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden 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. Meer informatie vindt u op: www.zorgzakengroep.nl

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
Churchillaan 11
3527 GV 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