



131

Besluit van 2 maart 2009, houdende verplichtstelling van een bespreking over het zorgplan bij verlening van zorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg)

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 19 november 2008, kenmerk DWJZ/SWW-2894148;

Gelet op artikel 6, eerste lid, van de Kwaliteitswet zorginstellingen;

De Raad van State gehoord (advies van 26 januari 2009, nummer W13.08.0497/l);

Gezien het nader rapport van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 februari 2009, kenmerk DWJZ/SWW2912835;

Hebben goedgevonden en verstaan:

Artikel 1

1. Dit besluit is van toepassing op instellingen die zorg verlenen als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

2. In dit besluit wordt verstaan onder cliënt: een persoon aan wie een zorgaanbieder voor een periode die langer zal duren dan drie maanden zorg verleent als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Artikel 2

1. De zorgaanbieder organiseert zo spoedig mogelijk na de aanvang van de zorgverlening een bespreking met de cliënt waarin in ieder geval de volgende onderwerpen aan bod komen:

a. welke doelen worden met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode gesteld, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt;

b. op welke concrete wijze zullen de zorgaanbieder en de cliënt de gestelde doelen trachten te bereiken;

c. wie is voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk, op welke wijze vindt afstemming tussen meerdere zorgverleners plaats, en wie kan de cliënt op die afstemming aanspreken;

d. met welke frequentie en onder welke omstandigheden gaat de zorgaanbieder de zorgverlening in samenspraak met de cliënt evalueren en actualiseren.

2. De zorgaanbieder legt, na de in het eerste lid bedoelde bespreking met de cliënt, uiterlijk binnen zes weken na aanvang van de zorgverlening het resultaat van de bespreking met de cliënt op de onderscheiden onderwerpen vast in een zorgplan.

3. Indien de cliënt dan wel, indien artikel 3 van toepassing is, de in dat artikel bedoelde persoon of personen niet tot bespreking van de in het eerste lid bedoelde onderwerpen, de evaluatie of het actualiseren van het zorgplan bereid zijn, houdt de zorgaanbieder bij de vastlegging, evaluatie of actualisering van het zorgplan zoveel mogelijk rekening met de veronderstelde wensen en de bekende mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Artikel 3

1. Indien de cliënt de leeftijd van twaalf jaar nog niet heeft bereikt, vindt de in artikel 2, eerste lid, bedoelde bespreking plaats met degene die het gezag over hem uitoefent.

2. Indien het een cliënt betreft die de leeftijd van twaalf jaar heeft bereikt, maar nog geen zestien jaar is, vindt de bespreking plaats met zowel de cliënt als degene die het gezag over hem uitoefent, tenzij de cliënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake.

3. Indien het een cliënt betreft die de leeftijd van twaalf jaar heeft bereikt, maar nog geen achttien is en niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, vindt de bespreking uitsluitend plaats met degene die het gezag over hem uitoefent.

4. Indien een meerderjarige cliënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, vindt de in artikel 2, eerste lid, bedoelde bespreking plaats met de curator of mentor van de cliënt of, indien deze ontbreekt, met de persoon die door de cliënt schriftelijk is gemachtigd in zijn plaats op te treden. Indien zodanige persoon eveneens ontbreekt of niet optreedt, vindt de samenspraak plaats met de echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de cliënt, dan wel, indien ook zodanige persoon ontbreekt of niet optreedt, met een ouder, kind, broer of zus van de cliënt, tenzij deze persoon dat niet wenst.

5. De zorgaanbieder is niet verplicht tot het organiseren van een bespreking met de in dit artikel bedoelde vertegenwoordigers of andere in het vierde lid bedoelde personen, indien een dergelijke bespreking niet verenigbaar is met de verplichting tot het bieden van verantwoorde zorg.

Artikel 4

Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zendt binnen drie jaar na de inwerkingtreding van dit besluit aan de Staten-Generaal een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van dit besluit in de praktijk.

Artikel 5

In afwijking van artikel 2 stelt de zorgaanbieder voor cliënten die op het tijdstip van inwerkingtreding van dit besluit zorg ontvangen, binnen zes maanden na dat tijdstip een zorgplan als bedoeld in dat artikel vast.

Artikel 6

Dit besluit treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin het wordt geplaatst.

Artikel 7

Het advies van de Raad van State is openbaar gemaakt door terinzagelegging bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tevens zal het advies met de daarbij ter inzage gelegde stukken worden opgenomen in de Staatscourant.

Dit besluit wordt aangehaald als: Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 2 maart 2009

Beatrix

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker

Uitgegeven de *vierentwintigste* maart 2009

De Minister van Justitie,
E. M. H. Hirsch Ballin

NOTA VAN TOELICHTING

Algemeen deel

1 Inleiding

In artikel 3 van de Kwaliteitswet is bepaald dat de zorgaanbieder de zorgverlening op een zodanige wijze dient te organiseren dat dat leidt tot verantwoorde zorg. Onder verantwoorde zorg, het centrale begrip uit de Kwaliteitswet, wordt onder meer verstaan zorg die cliëntgericht is. Onderdeel van die cliëntgerichtheid is dat de cliënt weet waar hij aan toe is. Vooral voor mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), moet duidelijk zijn welke zorg en ondersteuning zij krijgen van de zorgaanbieder. Die zorg en ondersteuning zijn namelijk essentiële voorwaarden om hun leven invulling te kunnen geven.

2 Aanleiding voor dit besluit

Bij de bekostiging van de langdurige zorg is overgegaan op een systeem van zorgzwaartebekostiging. Daar is voor gekozen omdat de wijze van financiering van de intramurale AWBZ-zorg waarbij het budget van zorginstellingen gekoppeld is aan de beschikbare capaciteit, te ondoorzichtig is geworden en te weinig aansluit bij de zorgbehoefte van cliënten. Zorgzwaartebekostiging leidt ertoe dat instellingen hun geld zullen krijgen op basis van de verschillende zorgzwaartepakketten van hun cliënten. De omvang van een zorgzwaartepakket is afhankelijk van de kenmerken van de cliënt en de soort en de hoeveelheid zorg die een cliënt nodig heeft. Omdat de zorgzwaartepakketten worden gebruikt voor de indicatiestelling, bekostiging en verantwoording komt er één taal in de gehele keten. Hierdoor neemt de transparantie toe en kunnen werkprocessen vereenvoudigd worden. Het onderscheid naar verschillen in zorgzwaarte maakt aanvullende financiële toeslagen voor specifieke groepen cliënten voor het grootste deel overbodig. Het zorgzwaartepakket biedt ruimte aan zorgverlener en cliënt om keuzes te maken zonder aanpassing van het indicatiebesluit. Concluderend kan worden gesteld dat door de vereenvoudiging die de invoering van zorgzwaartebekostiging met zich meebrengt, de bureaucratie en administratieve lasten naar verwachting op termijn zullen afnemen¹.

Tegelijkertijd zorgt dit nieuwe systeem ervoor dat de noodzaak van een herkenbaar en duidelijk zorgaanbod voor de cliënt toeneemt. Zorgzwaartepakketten zijn namelijk veel minder gedetailleerd in de omschrijving van de benodigde zorg dan het oude indicatiebesluit. Er staat niet langer zwart op wit op welke functies en welke klassen van zorg een cliënt aanspraak heeft. Cliënt en zorgverlener krijgen de kans om samen in te vullen op welke wijze de geïndiceerde zorg concreet wordt geleverd, wat meer flexibiliteit oplevert. Dat vraagt wel om een herkenbaar instrument voor cliënten, waarmee zij hun inspraak vorm kunnen geven.

Het zorgplan is hét document dat in de langdurige zorg wordt gebruikt om de inhoud van de zorg te beschrijven. Gebeurt dat goed en na overleg met de cliënt, dan wordt de concrete zorgverlening die wordt geleverd op basis van het zorgplan cliëntgericht en dus beter van kwaliteit. Dat maakt het zorgplan het geschiktste instrument om de afspraken die cliënt en zorgverlener over de invulling van het zorgzwaartepakket maken, vorm te geven. Maar met zorgplannen is iets aan de hand. Hoewel het overgrote deel van de zorgaanbieders aangeeft te werken met een vorm van een zorgplan, blijken met name het profiel van de cliënt en zijn perspectief, bij uitstek onderdelen die vorm geven aan vraaggestuurde

¹ Zie ook: Resultaten van een eerste inventarisatie van de effecten van de zorgzwaartebekostiging op de administratieve lasten van zorgaanbieders en burgers, PriceWaterhouseCoopers, oktober 2006.

zorg, nauwelijks aan bod te komen in dat zorgplan.² Veel zorgverleners informeren de cliënt wel over de inhoud van het zorgplan, maar betrekken hem niet op actieve wijze bij de totstandkoming ervan. Het zorgplan wordt door de zorgaanbieder opgesteld en vervolgens met de cliënt doorgesproken. De zorgaanbieder geeft daarbij informatie over de door hem waargenomen zorgbehoefte van de cliënt en legt uit op welke wijze hij daar aan tegemoet zal komen. Een logisch gevolg van deze aanpak is dat het perspectief of toekomstbeeld en het profiel van de cliënt (wat zijn zijn mogelijkheden en beperkingen, hoe ontwikkelen die zich en hoe kunnen we de cliënt daar zoveel mogelijk op aanspreken) slechts vanuit de visie van de zorgaanbieder zijn geschetst, of zelfs ontbreken omdat zorgverleners vaak gericht zijn op het «verzorgen» in het hier en nu. Dit terwijl deze onderdelen het uitgangspunt zouden moeten zijn voor het stellen van doelen en het verlenen van cliëntgerichte zorg.

In formele zin onderschrijven alle betrokken veldpartijen het belang van een cliëntgericht zorgplan, maar de praktijk blijkt weerbarstiger. Dat zorgaanbieders cliënten onvoldoende actief betrekken bij het opstellen van het zorgplan kent twee hoofdoorzaken. Allereerst wordt het zorgplan door veel zorgverleners gezien als een instrument om tussen elkaar informatie over te dragen. Deze rol had het zorgplan van oudsher; hij past bij een benadering die meer uitgaat van het medisch model. De rol van de cliënt is in de afgelopen jaren echter sterk veranderd: hij is mondiger geworden en moet op veel meer momenten keuzes gaan maken. Eén van de belangrijkste veranderingen daarin is de introductie van de zorgzwaartebekostiging, zoals hierboven uiteengezet, waardoor de cliënt keuzes moet maken bij de concrete, inhoudelijke invulling van zijn zorgverlening of bij de vertaling daarvan in het zorgplan. De manier waarop veel zorgverleners tegen het zorgplan aankijken is echter niet met deze ontwikkeling meegegaan. In hun ogen is het zorgplan niet het instrument van de cliënt zelf, waardoor het niet vanzelfsprekend is om over de doelen van de zorg een gesprek met de cliënt te voeren.

Dat wordt versterkt door de steeds grotere afstand tussen zorgverleners (de werkvloer) en bestuur van een zorgaanbieder; de tweede dieperliggende oorzaak van het gebrek aan betrokkenheid van cliënten. Zorgaanbieders hebben te maken met schaalvergroting en een inmiddels zeer complex systeem, waarin onder meer Zorgverzekeringswet, Wet maatschappelijke ondersteuning en AWBZ naast elkaar staan. Daardoor opereren bestuurders of management vaak op een ander abstractieniveau en met andere partijen, en komen ze verder af te staan van het primaire zorgproces. Dit terwijl het veranderingsproces op die werkvloer, waarbij de omslag naar een cliëntgerichte invulling van de zorgverlening moet worden gemaakt, gebaat is bij voldoende steun en aandacht vanuit het management. Kortom, voor een systematisch gebruik van zorgplannen waarbij de cliënt wordt betrokken, is het van belang dat het management dat voldoende stimuleert om een bepaalde mate van continuïteit te bereiken.

De constatering dat cliënten onvoldoende worden betrokken bij het zorgplan sluit voor wat betreft de verpleging en verzorging aan bij de jaarlijkse onderzoeken van de Stichting Cliënt en Kwaliteit, waarin 49% van de verpleeghuisbewoners en 31% van de verzorgingshuisbewoners zegt dat het zorgplan niet na overleg met hen is vastgesteld. Eenzelfde conclusie trekt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in de Staat van de Gezondheidszorg 2006. De IGZ vindt het van groot belang dat snel verbetering optreedt in het betrekken van cliënten bij de totstandkoming, het vaststellen en het evalueren van het zorgplan.

² «Inventarisatie gebruik zorgplannen in de langdurige zorg», Prismant, 2006.

Concluderend kan worden gesteld dat de randvoorwaarden om het systeem van zorgzwaartebekostiging succesvol te laten zijn, onvoldoende waren zolang de invloed van de individuele cliënt niet geborgd was. Met de bestaande regels werden de zorginstellingen onvoldoende gestimuleerd om met de cliënt duidelijke afspraken te maken over de levering van zorg.

3 Alternatieven in plaats van wetgeving

De afgelopen periode is op verschillende manieren geprobeerd om de invloed van cliënten op de zorgverlening te vergroten en het gebruik van cliëntgerichte zorgplannen te bevorderen. Verschillende stimuleringsprogramma's en voorlichting hebben getracht verbetering te bereiken, zoals «Ruimte voor eigen leven» (1998–2003) en «Zorg voor beter» (2004–heden). Ondanks de jarenlange looptijd van deze programma's is de invloed van cliënten niet groter geworden. Ook de verschillende zorgplanmodellen en evaluatie-instrumenten, die in de loop van de tijd zijn ontwikkeld om de rol van de cliënt te vergroten, worden slechts door een minderheid van de zorgaanbieders gebruikt. Stimuleringsprogramma's zijn niet in staat geweest om de oorzaken van onvoldoende cliëntbetrokkenheid aan te pakken en de invloed van de cliënt op het zorgplan of de zorgverlening te vergroten. Daarbij is essentieel dat in formele zin cliënten ook geen sterke positie hadden om hier verandering in te brengen: zij konden een zorgplan niet afdwingen, noch hadden ze in juridische termen een duidelijke rol in de totstandkoming van het zorgplan. Nu door de invoering van de zorgzwaartebekostiging het belang van het overleg tussen cliënt en zorgverlener, dat zich vertaalt in een duidelijk zorgplan, voor de individuele cliënt zo duidelijk is toegenomen, is er voor gekozen gebruik te maken van de mogelijkheid in artikel 6 van de Kwaliteitswet om regels te stellen ter uitvoering van artikel 3 van die wet.

4 Doel van het besluit

Om de zorgverlening cliëntgericht te maken en daarmee de kwaliteit van zorg te verbeteren, is het noodzakelijk dat zorgaanbieders het zorgplan zoveel mogelijk samen met de cliënt opstellen. Dit besluit strekt daartoe. De positie van de cliënt wordt versterkt doordat de zorgaanbieder verplicht is de invulling van het zorgplan met de cliënt te bespreken. Hierdoor komt een overlegproces tot stand. De cliënt praat mee over de invulling van zijn dagelijkse zorgverlening en krijgt de mogelijkheid zijn wensen kenbaar te maken. Dat sluit aan bij één van de voornemens uit het Coalitieakkoord, namelijk het zorgen voor een sterkere positie van de cliënt in de zorg.

Dit besluit richt zich uitdrukkelijk op de rol van de cliënt bij het totstandkomen van het zorgplan, niet op de aanwezigheid van een zorgplan. Vanuit de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wordt, in het kader van de administratieve organisatie, al de regel gesteld dat er een zorgplan in het cliëntendossier zit³. Naast het wettelijk regelen van inspraak, verbetert dit besluit de positie van de cliënt op meer manieren. Doordat is bepaald dat het resultaat van het overleg moet worden weergegeven in het zorgplan, zet het besluit namelijk tevens vanuit de kant van de wetgever een basisnorm, waardoor de zorgaanbieders die te weinig aandacht besteden aan de implementatie van het systematisch gebruik van zorgplannen in de zorgverlening, alsnog direct worden aangesproken. Het feit dat het voldoen aan wet- en regelgeving uitdrukkelijk één van de taken van het bestuur of management is, en niet uitsluitend een verantwoordelijkheid van de individuele zorgverlener op de werkvloer, maakt dat alle partijen binnen een zorginstelling worden aangesproken. Daarmee wordt een organisatiecultuur gestimuleerd waarin een cliëntgerichte wijze van de

³ Administratieve organisatie en interne controle van AWBZ-aanbieders (CA/NR-100.063).

invulling van zorg voorop staat. Dit ondersteunt bovendien het proces waarbij via de normen voor verantwoorde zorg de kwaliteit wordt verbeterd.

Ten derde wordt het feit dat er geen bespreking met de cliënt is georganiseerd, of het resultaat van die bespreking niet is vastgelegd in het zorgplan, klachtwaardig. Een cliënt kan in het geweer komen als hij niet wordt betrokken. Ten vierde krijgt de IGZ als toezichthouder meer inzicht in de manier waarop zorgaanbieders cliënten bij het zorgplan betrekken. En tot slot, als vijfde, zorgt het besluit vanwege het feit dat de bespreking onder meer over de doelen van de zorg moet gaan voor meer transparantie voor cliënten.

5 Reikwijdte van het besluit

Dit besluit is niet van toepassing op alle cliënten die langdurig zorg of ondersteuning ontvangen. Allereerst is de reikwijdte beperkt tot cliënten die zorg ontvangen als omschreven bij of krachtens de AWBZ. Ondersteuning die wordt verleend op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) valt daarmee niet onder de werking van dit besluit, waardoor voor cliënten die huishoudelijke verzorging ontvangen geen plicht bestaat een bespreking met de cliënt te organiseren en de resultaten daarvan weer te geven in een zorgplan. Ook cliënten die slechts kortdurend zorg nodig hebben, vallen buiten deze verplichting. Dit blijkt uit het feit dat een cliënt wordt gedefinieerd als iemand die naar verwachting langer dan drie maanden zorg zal ontvangen. Binnen die termijn van drie maanden valt een groot deel van de kortdurende zorg na een ziekenhuisbehandeling, zoals het druppelen van ogen na een staaroperatie, of hulp bij het aantrekken van steunkousen.

Bij de inrichting van het besluit is er uitdrukkelijk voor gekozen om zoveel mogelijk verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieders te laten. Om die reden is in het besluit niet tot in detail voorgeschreven waar de bespreking over moet gaan, of wat er naderhand in het zorgplan moet worden vastgelegd, maar is slechts globaal een aantal onderwerpen aangegeven dat met de cliënt moet worden besproken en vervolgens in het zorgplan moet worden vastgelegd. Het effect daarvan is dat het voor zorgaanbieders mogelijk is om het gesprek met en het zorgplan voor een cliënt die bijvoorbeeld enkelvoudige zorg ontvangt, of slechts zorg geleverd krijgt voor een beperkt aantal uren per week, eenvoudig van opzet te houden. Tegelijkertijd kan het feit dat er over de invulling en evaluatie van het zorgplan moet worden gesproken juist ook in die gevallen ervoor zorgen dat er een signaleringsfunctie ontstaat, wat van pas komt wanneer een cliënt achteruit gaat en meer zorg of ondersteuning nodig heeft. Door het beperken van de reikwijdte van het besluit en door te kiezen voor vormvrijheid bij de inrichting van de bespreking, in plaats van gedetailleerd voor te schrijven hoe het gesprek, en de vastlegging daarvan in een zorgplan, moet worden ingericht, worden zo weinig mogelijk nieuwe administratieve lasten geïntroduceerd. Deze benadering sluit ook het beste aan bij één van de uitgangspunten van de Kwaliteitswet, namelijk zo veel mogelijk de verantwoordelijkheid neer te leggen bij het veld.

6 Relatie met andere patiëntenwetten

Boek 7, titel 7, afdeling 5, van het Burgerlijk Wetboek (ook wel de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst genoemd; WGBO) en de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) kennen een dossierplicht die mogelijk kan samenvallen met de verplichting voortvloeiend uit dit besluit om de resultaten van de bespreking met de cliënt vast te leggen in een zorgplan. Er moet worden

benadrukt dat met dit besluit geenszins wordt beoogd een apart, extra dossier of een soort «zorgovereenkomst» te introduceren; het woord «zorgplan» is niet anders dan een samenvatting van een aantal elementen die bij het invullen van het begrip «verantwoord niveau van zorgverlening» een rol moeten spelen. Het is voldoende als die elementen inhoudelijk al in een ander plan of dossier zijn opgenomen en daarover een bespreking met de cliënt heeft plaatsgevonden; in dat geval heeft de zorgaanbieder voldaan aan de vereisten van dit besluit en behoeft er geen nieuw plan te worden gemaakt. Indien er op grond van de WGBO voor de cliënt een patiëntendossier is aangelegd, staat het de zorgaanbieder vrij dat dossier te integreren met het zorgplan dan wel deze naast elkaar te laten bestaan. Kiest hij voor dat laatste, dan behoort het wel tot zijn verantwoordelijkheid om, waar relevant, verbanden tussen de verschillende plannen en onderdelen te leggen. Is het doel van de zorg om een cliënt met een psychische stoornis terug te geleiden naar de maatschappij, dan zal de wijze waarop hij op medicatie reageert, van invloed zijn op zijn mogelijkheden om bijvoorbeeld scholing te volgen.

Bij veel cliënten in de langdurige zorg is echter geen, of slechts incidenteel, sprake van een geneeskundige behandeling. Bovendien beperken dossiers op basis van bovengenoemde wetten zich vaak tot een specifiek onderdeel van de zorg: de geneeskundige behandeling of de psychische stoornis die gevaar veroorzaakt. Het behandelplan is in die gevallen veelal gekoppeld aan de medische behandeling. De onderwerpen waar dit besluit op ziet en die met de cliënt besproken moeten worden, gaan verder, juist omdat het gaat om langdurige zorg waarin meer facetten dan een medische behandeling aan de orde zijn, zoals scholing of arbeid, woonomgeving, dagritme of levensgeschiedenis.

7 De onderdelen van het gesprek met de cliënt en het zorgplan: kern van het besluit

Zorgaanbieders zijn in beginsel vrij om de plicht tot het leveren van verantwoorde zorg in te vullen zoals zij dat willen, maar dit besluit legt hen een verplichting op ten aanzien van een specifiek onderdeel van die zorg: zij dienen, voordat zij een zorgplan maken, een bespreking met de cliënt te organiseren over de invulling van de zorgverlening en de doelen van de zorg. Van zorgaanbieders wordt dus verwacht dat zij de cliënt of zijn vertegenwoordiger actief betrekken bij het opstellen van het zorgplan, wat kan blijken uit het feit dat zij met hem overleggen over verschillende alternatieven of navragen wat de cliënt vroeger gewend was. Na deze fase van overleg moet de cliënt of zijn vertegenwoordiger de gelegenheid hebben om die delen van het concept-zorgplan die betrekking hebben op de persoon van de cliënt zelf, zijn leefomgeving en dagritme, in te zien en te commentariëren. Dat is immers de weergave van het gesprek dat de zorgaanbieder met hem heeft gevoerd. Daarvoor is het van groot belang dat die onderdelen voor de cliënt op begrijpelijke wijze, in begrijpelijke taal, zijn opgeschreven. Het feit dat de zorgaanbieder het resultaat van de bespreking weergeeft in het zorgplan betekent niet dat het zorgplan zonder instemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet tot stand kan komen. Het zorgplan is geen overeenkomst. Het is uiteindelijk de zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor de totstandkoming en de inhoud van het plan; het is tenslotte een deel van de invulling van het begrip «verantwoorde zorg», waaraan hij is gebonden.

Hoewel het uitgangspunt is dat de cliënt uitsluitend de zorgverlening ondergaat die hij wenst, zijn er ook veel cliënten of vertegenwoordigers die onverschillig of neutraal staan ten opzichte van de invulling van het zorgaanbod of die niet willen meepraten, bijvoorbeeld omdat zij hun verblijf in een instelling moeilijk te accepteren vinden. Daarnaast is het

denkbaar dat de zorgaanbieder niet kan of wil meewerken aan de eisen van de cliënt. Ook in die gevallen, die zich overigens onderscheiden van gevallen waarin sprake is van dwang⁴, zijn zorgaanbieders verplicht een zorgplan te maken vanuit de noodzaak verantwoorde zorg te leveren. De zorgaanbieder beschrijft dan in het zorgplan op welke manier hij getracht heeft de cliënt of vertegenwoordiger bij het opstellen ervan te betrekken, en hoe daarop is gereageerd. Vooral in deze gevallen is het van belang dat de zorgaanbieder transparant is in zijn handelen. Uiteindelijk is het de cliënt die beslist of hij in die omstandigheden, en met dat zorgplan, gebruik wil maken van de zorgverlening van de bewuste zorgaanbieder.

Het zorgplan is ingevolge dit besluit het document waarin, volgend uit de bespreking met de cliënt, voor die cliënt voor de komende periode doelen worden gesteld, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de persoon. Globaal moet worden beschreven hoe de doelen worden bereikt en wie voor de uitvoering verantwoordelijk is. Dat is overigens wat anders dan dat het zorgplan beschrijft wie het uitvoert. In de langdurige zorg wordt een zorgplan over het algemeen door verschillende functionarissen uitgevoerd. Het zou een onevenredige belasting zijn voor zorgaanbieders om limitatief te omschrijven wie dat allemaal zijn. In de praktijk van de langdurige zorg is een aantal modellen ontwikkeld met dezelfde inhoud, maar met een andere naam dan «zorgplan». Ook die documenten kunnen de functie van zorgplan vervullen, mits zij een weergave zijn van de bespreking met de cliënt over de in dit besluit onderscheiden onderwerpen. Zoals uit het onder punt 6 gestelde volgt, verplicht het besluit niet tot gebruik van de naam «zorgplan»; wel moet zijn voldaan aan hetgeen is bepaald ten aanzien van inhoud en proces van vaststelling. Ook een term als zorgleefplan, ondersteuningsplan of begeleidingsplan kan worden gebruikt.

In het geval van complexe zorg zal de totale zorgverlening bestaan uit meerdere onderdelen. Iemand met een verstandelijke beperking kan bijvoorbeeld verzorging krijgen voor de persoonlijke hygiëne, begeleiding bij de dagbesteding en behandeling voor een chronische, somatische aandoening. In dat geval zal de zorgaanbieder in de zorgplanbespreking per onderdeel duidelijk moeten maken wie de cliënt voor dat onderdeel kan aanspreken. Anderzijds is de bespreking met een cliënt die bijvoorbeeld enkelvoudige zorg ontvangt, of slechts zorg geleverd krijgt voor een beperkt aantal uren per week, over het algemeen veel eenvoudiger van opzet en minder uitgebreid. Het besluit bepaalt dat in de zorgplanbespreking eveneens aan de orde komt op welke wijze verschillende verantwoordelijken met elkaar afstemmen over de onderdelen van de zorg. Als bijvoorbeeld één van de doelen van de zorg is om een cliënt met dementie in een verzorgingshuis zo lang mogelijk mobiel te houden, dan zal daaruit niet alleen een opdracht voor de reguliere zorgverleners voortvloeien, maar ook voor de meerzorgafdeling waar die cliënt overdag verblijft. De zorgaanbieder maakt in de bespreking met de cliënt duidelijk op welke wijze er tussen de afdelingen wordt gecommuniceerd over de doelen van de zorg en legt die afspraken vast in het zorgplan.

Uit het voorgaande volgt dat een zorgplan geen voortgangsrapportage is, of de (verpleegkundige) verslaglegging van dag tot dag. Die verslaglegging kan er echter, nadat gestart is met de zorgverlening, wel onderdeel van uitmaken en vormt in ieder geval voeding voor de evaluatie van het zorgplan. Waar het bij de bespreking met de cliënt primair om gaat, is dat de kwaliteit van leven voor de cliënt een centraal thema is.

⁴ Gedwongen opname, onvrijwillig verblijf en gedwongen behandeling zijn gereguleerd door de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.

8 Verantwoording en toezicht

De IGZ is de toezichhoudende instantie wat betreft de kwaliteit van zorg. De onderwerpen die voor de zorgplanbespreking worden voorgeschreven, sluiten mede om die reden aan bij de – door veldpartijen ontwikkelde – normen/indicatoren voor verantwoorde zorg die de IGZ nu reeds als uitgangspunt gebruikt bij haar toezicht in de langdurige zorg. Om die reden brengt dit besluit geen nieuwe kosten voor naleving, handhaving of toezicht met zich mee. Op verschillende manieren integreert de IGZ de wijze waarop de zorgaanbieder de cliënt bij de invulling van de zorgverlening betreft in het toezicht. Allereerst gaat het vanzelfsprekend om het controleren van de aanwezigheid van zorgplannen. Met nadruk zij erop gewezen dat de aanwezigheid van een zorgplan waarbij de cliënt door middel van een bespreking is betrokken weliswaar een goede start van de zorg is, maar geen garantie dat de zorgverlening ook later verantwoord en cliëntgericht zal zijn. Daarom zal in het toezicht op de naleving van de Kwaliteitswet de zorgverlening zelf nog steeds centraal staan; niet uitsluitend de aanwezigheid van een zorgplan waarin aantekening is gemaakt van een bespreking met de cliënt. Dat er afspraken zijn gemaakt tussen zorgaanbieder en cliëntenraad over de manier waarop cliënten door de zorgaanbieder worden betrokken bij het zorgplan, kan ook dienen als indicator voor de IGZ. De IGZ kan informatie halen uit de indicatoren verantwoorde zorg, waarvan het een specifiek onderdeel is om expliciet te vragen naar de betrokkenheid van de cliënt bij zijn zorgplan (de CQ-index⁵). Doordat het besluit een zorgaanbieder opdraagt het gesprek met de cliënt te voeren over de doelen van de zorg, in plaats van de te verrichten taken, kan een cliënt veel beter volgen of de zorgverlening beantwoordt aan zijn verwachtingen. Het is immers makkelijker om te bepalen of is voldaan aan bepaalde zorgdoelen, bijvoorbeeld het schoonhouden van het lichaam of het begeleiden van een cliënt naar zelfstandig wonen, dan te moeten turven en vaststellen of bepaalde taken door de juiste functionaris in voldoende mate zijn uitgevoerd. Dat maakt de kwaliteitsbeoordeling vanuit cliëntenperspectief makkelijker. Tot slot kan de IGZ zorgplannen inzien indien de cliënt of zijn vertegenwoordiger daarvoor toestemming geeft.

Naast het toezicht van de IGZ op het naleven van de verplichting om een bespreking met de cliënt te organiseren die qua inhoud en procedure voldoet aan de eisen van dit besluit en het resultaat daarvan vast te leggen in het zorgplan, kan ook de cliënt zelf actie ondernemen indien er met hem geen bespreking is georganiseerd, of er vervolgens geen zorgplan wordt opgesteld. De cliënt kan zijn zorgverlener hierop aanspreken. Indien dit niet het gewenste effect heeft, is er nog een aantal andere mogelijkheden. Zo zou de cliënt of zijn vertegenwoordiger contact op kunnen nemen met de cliëntenraad of zou de cliënt een klacht kunnen indienen bij de klachtencommissie op grond van artikel 2 van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ). Indien de klacht gaat over een ernstige situatie met een structureel karakter (waarbij dus niet langer sprake is van verantwoorde zorg), moet de klachtencommissie de zorgaanbieder daarvan op de hoogte stellen. Als de commissie vervolgens van mening is dat de zorgaanbieder op grond hiervan onvoldoende maatregelen heeft getroffen, moet de commissie de klacht melden bij de IGZ. Hoewel de IGZ in de WKCZ geen directie relatie heeft met de cliënt, is het wel mogelijk voor de cliënt om bij de IGZ een melding te doen over het functioneren van de patiëntenzorg of de kwaliteitsborging van de zorgaanbieder. Desgewenst kan de cliënt de burgerlijke rechter vragen uitspraak te doen wanneer de zorgverlener door het niet naleven van dit besluit handelt in strijd met een wettelijke verplichting die mede ter bescherming van de belangen van de cliënt is opgelegd.

⁵ Consumer Quality Index: een gestandaardiseerde systematiek voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg die wordt toegepast in landelijke metingen.

Het zorgplan, waarin de resultaten van het overleg met de cliënt zijn vastgelegd, speelt slechts een marginale rol in de verantwoording van de zorgaanbieder aan het zorgkantoor of de zorgverzekeraar over de geleverde zorg. De zorgverzekeraar kan, bijvoorbeeld op basis van de informatie uit de cliëntenraadpleging of de indicatoren verantwoorde zorg, vaststellen of er zorgplannen aanwezig zijn. Deze informatie kan de zorgverzekeraar gebruiken bij zijn zorginkoop. De inhoud van het zorgplan kan echter niet worden gebruikt om vast te stellen of de zorg rechtmatig is geleverd, noch op andere wijze een rol spelen bij de financiële verantwoording. Immers, zorgverzekeraars hebben geen inzagerecht in zorgplannen. Het zorgplan is, gezien het vertrouwelijke karakter van de relatie tussen zorgverlener en cliënt, niet het geëigende document om ook informatie over de verantwoording aan te ontlenen. Dat zou het zorgplan belasten met een rol die op gespannen voet kan staan met de ruimte die zorgaanbieders moeten hebben om flexibel in te spelen op de situatie en zorgbehoefte van een cliënt. Als het gaat om de vraag of de juiste omvang is geleverd, en de verantwoording daarover, kan de overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder of wellicht de zorg(leverings)overeenkomst een bruikbaar instrument zijn. Dat laatste document, dat in verschillende vormen in de langdurige zorg voorkomt, geeft immers uitdrukking aan de contractuele relatie tussen cliënt en zorgaanbieder en zou mogelijkterwils geschikter zijn om duidelijkheid te geven over de omvang van de zorg. Het zorgplan richt zich vooral op de inhoud van de zorg.

9 Externe adviezen

Een concept van dit besluit is ter advisering voorgelegd aan de betrokken brancheorganisaties van zorgaanbieders, cliënten en verzekeraars. In hun reacties geven zij alle aan de inhoud van het besluit te kunnen onderschrijven, maar wel vanuit verschillende perspectieven. Alle betrokken partijen vinden dat de definitie van het begrip «zorgplan» aansluit bij de gangbare definitie in de praktijk. Cliëntenorganisaties zijn in den brede een voorstander van het wettelijk verplichten van zowel het opstellen van een zorgplan als van de samenspraak met de cliënt. Zorgaanbieders erkennen de noodzaak van een in samenspraak opgesteld zorgplan vanuit het oogpunt van verantwoorde zorg, ondanks het feit dat zij daar in de praktijk lang niet altijd aan voldoen. Zij onderschrijven het besluit, omdat het voldoende ruimte laat aan de professional. Verzekeraars vragen nog aandacht voor het punt van de materiële controle; het feit dat zij zorgplannen niet konden en kunnen inzien zonder toestemming van de cliënt maakt dat zij blijven zoeken naar mogelijkheden om hun controlerende taak waar te maken.

Voorts is een concept van dit besluit voorgelegd aan het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal). Daarbij moet worden aangetekend dat dit een versie betrof waarbij de administratieve lasten aanzienlijk hoger uitvielen dan in het onderhavige besluit. Actal adviseerde inzicht te geven in de overwogen alternatieven om de cliënt bij de zorg te betrekken. Daarnaast was Actal van mening dat er bij zorginstellingen aandacht moest worden gevraagd voor de begrijpelijkheid van het zorgplan. Op beide aspecten gaat de toelichting op dit besluit in, te weten in de paragrafen 4 en 7.

In het zorgplan worden persoonsgegevens betreffende de gezondheid van cliënten verwerkt. Om die reden is eveneens advies gevraagd aan het College Bescherming Persoonsgegevens. De artikelen 21 en 23 van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) schrijven limitatief voor wanneer verwerken van persoonsgegevens is toegestaan. In dit geval staat artikel 21, eerste lid, onderdeel a, van de Wbp toe dat deze gegevens

worden verwerkt. Omdat dit besluit geen wijziging aanbrengt in bestaande gegevensstromen en geen verplichting bevat het zorgplan aan derden te verstrekken, heeft het voor het College bescherming persoonsgegevens geen aanleiding gegeven op- of aanmerkingen te maken.

10 Administratieve lasten

10.1 Algemeen

Dit besluit heeft effecten voor burgers (cliënt of vertegenwoordiger) en bedrijven (professionals). Die lasten zijn niet verbonden aan de verplichting om een zorgplan te maken. Zoals immers in paragraaf 3 is gesteld, is in de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) die betrekking heeft op de administratieve organisatie en interne controle van AWBZ-aanbieders (CA/NR-100.063) een bepaling opgenomen over de administratieve verplichtingen rondom het cliëntendossier, die reeds heeft geleid tot een bepaling van administratieve lasten voor zorgaanbieders. Dat is opgenomen in de nulmeting administratieve lasten van de Nza voor een bedrag van € 19.999.800. De administratieve lasten van dit besluit hebben te maken met het feit dat zorgaanbieders een bespreking met de cliënt over de doelen van de zorgverlening en de invulling daarvan moet organiseren.

In paragraaf 3 is reeds aangegeven welke minder belastende alternatieven er zijn uitgetoetst om de invloed van de cliënt op de zorg te vergroten, zoals ook in het advies van Actal werd gevraagd. Daarnaast is overwogen om de verplichting die voortvloeit uit dit besluit uitsluitend te laten gelden voor cliënten die daar zelf om vragen en die dus per definitie bereid of in staat zijn tot het voeren van een gesprek met de zorgaanbieder. De plicht om een zorgplan te maken blijft ingevolge andere regelgeving echter bestaan. Dit alternatief gaat bovendien voorbij aan de vaak kwetsbare en afhankelijke positie waarin cliënten zich in zijn algemeenheid bevinden. De relatie zorgverlener – cliënt is nu eenmaal geen gelijkwaardige relatie. Een cliënt moet dan sterk in zijn schoenen staan om om een bespreking of zorgplan te vragen. Meer specifiek gaat het in de langdurige zorg vaak om extra kwetsbare cliënten die expliciet gevraagd moeten worden naar hun wensen en verwachtingen.

In paragraaf 5 is beschreven op welke manieren de reikwijdte van het besluit is beperkt. Daaraan valt toe te voegen dat wanneer kortdurende, op herstel gerichte zorg in de toekomst via de Zorgverzekeringswet wordt vergoed zoals ook verwoord in de brief «Zeker van zorg, nu en straks»⁶, de lasten van dit besluit lager zullen uitvallen. Van belang is voorts dat onderzoek heeft laten zien dat er ook positieve effecten aan dit besluit verbonden zijn. Enerzijds betreft dat positieve effecten in kwalitatieve zin, zoals een toegenomen cliënttevredenheid of afname van agressiviteit die gepaard gaan met duidelijke verwachtingen over de zorg. Anderzijds zijn ook in bedrijfsmatige zin positieve effecten te verwachten: het aantal bilaterale overleggen neemt af door aan het begin van de zorgverlening te investeren in het overleg met de cliënt. Zorgaanbieders geven bovendien aan een halvering van het aantal klachten op wat langere termijn te verwachten. Dat vermindert de administratieve lasten die gepaard gaan met klachtbehandeling.

10.2 Specifiek

Onderstaande cijfers geven inzicht in de belasting van het organiseren van een bespreking met de cliënt over de in dit besluit aangegeven onderwerpen. Uit het commentaar van de betrokken veldpartijen kan worden afgeleid dat die cijfers gemiddeld een realistisch beeld geven. De

⁶ Kamerstuk 2007–2008, 30597, nr. 15

administratieve lasten zijn te onderscheiden in een incidentele en een structurele component. Het incidentele deel betreft een inhaalslag die gemaakt moet worden om voor de zittende populatie het reeds bestaande zorgplan met de cliënt te bespreken. Daarbij is uitgegaan van een gemiddelde tijd (een half uur) die een zorgverlener besteedt aan samenspraak met de cliënt, voorafgaand aan het bijwerken van het zorgplan. Dat zal gelden voor het gros van de zorginstellingen, vooral die welke nog uitgaan van het meer medische model. Een deel van de zorginstellingen, bijvoorbeeld degene die werken met de systematiek van een zorgleefplan, zullen hun zorgplannen niet hoeven aan te passen, terwijl het kleine percentage dat nog helemaal geen zorgplan heeft, meer dan gemiddeld tijd zal moeten steken in het voeren van overleg met de cliënt (een heel uur in plaats van een half uur).

De structurele lasten betreffen het aantal «nieuwe cliënten» op jaarbasis. Bij de berekening van de lasten is ook gevarieerd tussen intramurale en extramurale zorg, waarbij er vanuit is gegaan dat er voor cliënten die intramuraal verblijven, ruim een uur aan het gesprek met de cliënt wordt besteed. Voor de extramurale zorg is ook weer uitgegaan van een gemiddeld aantal uren dat een professional besteedt aan het zorgplan. Bij een cliënt die een indicatie heeft voor enkelvoudige zorg, zal de bespreking minder omvatten dan bij een cliënt met een complexe zorgvraag.

Incidenteel

Intramuraal	Wijziging	(Loon)kosten	Tijd in uren	Q	Totaal	Toelichting
Burgers	Gering		0,00	49.325	0	Betreft bespreking van de wijziging door de formalisering van het zorgplan; is onderdeel van reguliere contacten en vergt geen extra belasting. In 70% van de gevallen is er al een zorgplan, en zal er over de reeds bekende inhoud overleg met de cliënt worden gevoerd. In 10% is het hele zorgplan nieuw en zal eea goed doorgesproken moeten worden. In 20% van de gevallen is de wijziging een formaliteit. In 70% van de gevallen is men een half uur bezig met het voeren van overleg met de cliënt. Zorgplan bestond al. In 10% is het behoorlijk vernieuwend en zal er een heel uur worden besteed aan overleg met de cliënt. De belasting is wel minder dan bij nieuwe instroom van cliënten, omdat deze cliënten en hun problematiek al bekend zijn bij de zorgaanbieder.
Burgers	Gemiddeld		0,50	172.638	86.319	
	Groot		1,00	24.663	24.663	
Professionals	Gering	45	0,00	49.325	€ 0	
	Gemiddeld	45	0,50	172.638	€ 3.884.355	
	Groot	45	1,00	24.663	€ 1.109.835	

Extramuraal	Wijziging	(Loon)kosten	Tijd in uren	Q	Totaal	Toelichting
Burgers	Gering		0,00	67000	0	Betreft bespreking van de wijziging door de formalisering van het zorgplan; is in 20% onderdeel van reguliere contacten en vergt geen extra belasting

Extramuraal	Wijziging	(Loon)kosten	Tijd in uren	Q	Totaal	
	Gemiddeld		0,25	234.500	58.625	In 70% van de gevallen wordt het bestaande zorgplan doorgesproken met de cliënt en op punten aangepast aan zijn wensen.
	Groot		0,50	33.500	16.750	In 10% is het zorgplan nieuw en zal eea goed doorgesproken moeten worden
Professionals	Gering	45	0,00	33.500	€ 0	In 20% van de gevallen is de wijziging een formaliteit
	Gemiddeld	45	0,25	268.000	€ 3.015.000	In 70% van de gevallen is men een kwartier bezig met het overleg met de cliënt.
	Groot	45	0,50	33.500	€ 753.750	In 10% is het behoorlijk vernieuwend en zal er half uur besteed worden aan het overleg met de cliënt.
Totaal incidenteel «burgers»					186.357	
Totaal incidenteel «bedrijven»					€ 8.762.940	

Structureel

Intramuraal	(Loon)kosten	Tijd in uren	Q	Totaal	
Burgers		1,00	85.000	85.000	Betreft jaarlijkse instroom cliënten
Professionals	45	1,25	85.000	€ 4.781.250	

Extramuraal	(Loon)kosten	Tijd in uren	Q	Totaal		
Burgers		0,40	150.000	60.000	Betreft jaarlijkse instroom cliënten	
Professionals	45	0,60	150.000	€ 4.050.000		
Totaal structureel «burgers»					145.000	
Totaal structureel «bedrijven»					€ 8.831.250	

Artikelsgewijs

Artikel 1

In artikel 1, eerste lid, is in verband met artikel 6 van de Kwaliteitswet bepaald voor welke categorieën van instellingen het besluit verplichtingen in het leven roept. Het besluit geldt ten aanzien van zorg als omschreven bij of krachtens de AWBZ. Met deze ook in de Kwaliteitswet gehanteerde formulering wordt tot uitdrukking gebracht dat ook «particuliere» zorgaanbieders (dat wil zeggen zorgaanbieders die de bedoelde zorg niet op grond van de AWBZ verlenen) gehouden zijn een zorgplan voor hun cliënten te maken. Ook particuliere zorgaanbieders zullen derhalve hun zorgverlening moeten organiseren met het zorgplan als uitgangspunt. In het tweede lid is een definitie van cliënt opgenomen. Daarbij is tot uitdrukking gebracht dat de in het besluit opgenomen verplichting slechts geldt ten aanzien van cliënten die langer dan drie maanden zorg nodig zullen hebben, wat vaak zal blijken uit het indicatiebesluit.

Artikel 2

In artikel 2, eerste lid, zijn de onderwerpen opgesomd die in de bespreking met de cliënt aan de orde moeten komen, alvorens zij kunnen worden vastgelegd in een zorgplan. Ook de termijn waarbinnen een bespreking dient te worden georganiseerd, is in dit artikel bepaald. Die

termijn is uiterlijk zes weken na de aanvang van de zorgverlening. Voor deze termijn is gekozen, omdat voor het vaststellen van een zorgplan nodig is dat de zorgaanbieder de cliënt heeft leren kennen; hij moet immers voordat hij zaken vastlegt het overleg met de cliënt openen. Pas dan kan in het zorgplan rekening worden gehouden met de persoonlijke wensen en de achtergrond van die cliënt. Voorop staat dat de eis van verantwoorde zorg inhoudt dat het resultaat van de bespreking met de cliënt zo snel mogelijk wordt vastgesteld. In veel gevallen zal dat binnen zes weken mogelijk zijn. Zeker de meest essentiële zaken, waaronder bijvoorbeeld vrijheidsbeperkende maatregelen vallen, kunnen vaak al na twee weken op papier staan en met de cliënt of zijn vertegenwoordiger zijn besproken. Voor cliënten die korter dan drie maanden AWBZ-zorg zullen ontvangen, bestaat geen verplichting tot het organiseren van een bespreking of het maken van een zorgplan. Gedacht kan worden aan een kortdurende revalidatie of kortdurende opname in een verzorgingshuis na een ziekenhuisverblijf. Hoewel er geen verplichting bestaat, is het aan te bevelen toch een gesprek met de cliënt te voeren en dat vast te leggen. De keuze daarvoor wordt echter overgelaten aan de zorgaanbieder zelf.

In het derde lid is geregeld dat de zorgaanbieder het zorgplan, in geval de cliënt (of de andere persoon met wie samenspraak is voorgeschreven) niet bereid is tot samenspraak, toch moet opstellen en daarbij dan zoveel mogelijk rekening moet houden met de veronderstelde wensen en bekende mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Artikel 3

Artikel 3 bepaalt, analoog aan het toestemmingsvereiste van het Burgerlijk Wetboek, met wie de samenspraak plaatsvindt ingeval de cliënt minderjarig is of redelijkerwijs niet in staat is zijn belangen te behartigen. Wanneer het een minderjarige cliënt betreft is er altijd een rol weggelegd voor de ouders, de niet-ouder die gezag uitoefent op de voet van artikel 1:253sa of 253t BW, of de voogd of de beide voogden. Bij een cliënt tussen de twaalf en zestien die ten aanzien van het meepraten over de invulling van het zorgplan wilsbekwaam is, heeft degene die het gezag uitoefent een rol náást de cliënt. Heeft deze cliënt eenmaal de leeftijd van zestien jaar bereikt, dan is hij zelf bevoegd om over het zorgplan te overleggen. Een cliënt hoeft niet over de volle breedte wilsbekwaam te zijn; van doorslaggevend belang is of hij in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen waar het specifiek het voeren van overleg met een zorgverlener ten behoeve van het opstellen van een zorgplan betreft.

Artikel 4

In artikel 4 is een evaluatiebepaling opgenomen. Deze heeft tot doel op een vast moment te kunnen vaststellen of het gewenste effect van het besluit wordt bereikt, namelijk een verbetering van de cliëntgerichtheid van de zorg. Voor de termijn van drie jaar is gekozen omdat de betrokken zorgaanbieders enige tijd nodig zullen hebben om geheel thuis te raken in het werken met een georganiseerd overleg met de cliënt voordat een zorgplan wordt opgesteld, mede gezien de invoering van het systeem van zorgzwaartebekostiging.

Artikel 5

Dit artikel bepaalt dat de zorgaanbieder na de inwerkingtreding van dit besluit nog zes maanden heeft om voor alle cliënten die hij thans zorg verleent, een zorgplan vast te stellen dat aan de eisen van het besluit voldoet. Dat betekent dat hij zo spoedig mogelijk met het voeren van

gesprekken met zijn cliënten zal moeten beginnen, om aan het eind van die periode aan zijn verplichting te kunnen voldoen. Deze periode van zes maanden is in overleg met veldpartijen gekozen.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker