



Branchevereniging
Kleinschalige Zorg



Handreiking Clientdossier &
Zorgplan



Inhoud

Cliëntdossier.....	3
<i>Een kort overzicht van de belangrijkste wetten</i>	<i>3</i>
Inhoud cliëntdossier.....	3
<i>NAW-gegevens.....</i>	<i>4</i>
<i>Basisgegevens</i>	<i>4</i>
Wat hoort niet in het cliëntdossier?	4
<i>Werkaantekeningen.....</i>	<i>4</i>
<i>MIC-meldingen.....</i>	<i>4</i>
AVG/Privacy wetgeving.....	4
Bewaartermijnen cliëntendossier.....	4
<i>Correspondentie.....</i>	<i>5</i>
Zorgplan	5
De soorten zorgplannen	6
<i>Begeleidingsplan</i>	<i>6</i>
<i>Zorgleefplan/zorgplan.....</i>	<i>6</i>
<i>Ondersteuningsplan.....</i>	<i>7</i>
Verplicht of niet?	7
Hoe maak je een zorgplan?	7



Cliëntdossier

In het cliëntendossier ligt veel gevoelige informatie vast over de gezondheid en het welzijn van een cliënt. Om te zorgen dat hier zorgvuldig mee wordt omgegaan is wetgeving opgesteld. Hiermee wordt geregeld wat er mag en moet worden vastgelegd en wat er met gegevens mag gebeuren.

Een kort overzicht van de belangrijkste wetten

1. [Algemene Verordening Gegevensbescherming \(AVG\)](#). Dit is de Nederlandse implementatie van Europese regelgeving (de General Data Protection Regulation, oftewel de GDPR). In deze wet is bepaald onder welke voorwaarden gegevens over personen mogen worden verzameld. Cliënt- en zorggegevens die worden vastgelegd in het dossier vallen onder deze wet.
2. [Wet kwaliteit, klachten en geschillen \(Wkkgz\)](#). Volgens deze wet moeten zorginstellingen verantwoorde zorg leveren. Om verantwoording af te kunnen leggen moet het zorgdossier voldoen aan het beleid van de zorginstelling, opgesteld volgens deze wet.
3. [Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst \(WGBO\)](#). Deze wet is van toepassing op medische handelingen en de vastlegging hiervan in het dossier.
4. [Wet Zorg en Dwang \(Wzd\)](#). De Wet Zorg en Dwang beschrijft de bepalingen voor psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten.
5. [Wet van Geestelijke Gezondheidszorg \(Wvggz\)](#) biedt handvatten om meer ambulant en preventief hulp te bieden aan mensen met geestelijke problemen die niet vrijwillig in zorg gaan.
6. Daarnaast zijn er nog diverse wetten die financiering regelen, zoals de [Wet Langdurige Zorg \(Wlz\)](#), de [Wet Maatschappelijke Ondersteuning \(WMO\)](#), de [Zorgverzekeringswet \(Zvw\)](#) en de [JeugdWet \(JW\)](#). Als er registratie plaatsvindt in het dossier zullen de gegevens moeten voldoen aan de wettelijke specificaties om zorg te kunnen declareren.

Inhoud cliëntdossier

Een cliëntdossier bevat zowel medische als niet-medische gegevens. Medische gegevens zijn van belang voor de behandeling en/of begeleiding van de cliënt. De niet-medische gegevens bestaan onder meer uit naam, adres en leeftijd, Burgerservicenummer (BSN) en correspondentie.

De zorgaanbieder is wettelijk verplicht een apart dossier van elke cliënt bij te houden. Een dossier is het geheel aan gegevens dat over een cliënt wordt bijgehouden. Welke gegevens precies in het dossier moeten worden opgenomen, verschilt per zorgsoort/behandeling, per (medische) beroepsgroep en per financiering.

Over het algemeen kan gesteld worden dat:

- ✓ alleen die basisgegevens worden verzameld, waar cliënt of wettelijk vertegenwoordiger schriftelijk toestemming voor heeft gegeven.
- ✓ de verzamelde gegevens ondersteunend zijn voor het de inhoudelijke vormgeving van het traject waarvoor de cliënt met zijn/haar zorgvraag zich tot de zorgaanbieder heeft gericht.
- ✓ de zorgaanbieder op basis van de evaluatie van het cliëntdossier kan verantwoorden.



NAW-gegevens

NAW staat voor "Naam, Adres en Woonplaats"-gegevens. Deze gegevens vormen de basis voor het cliëntdossier.

Basisgegevens

In het dossier moeten in ieder geval de basisgegevens opgenomen worden. Dit zijn onder meer de bevindingen bij:

- medische en niet-medische geschiedenis, achtergronden (voor zover van toepassing bij de actuele hulp –zorg vraag),
- diagnostiek of achtergrondinformatie, mits met toestemming verstrekt door cliënt of vertegenwoordiger,
- aanvullend: bevindingen van vroegere hulpverleners of geraadpleegde deskundigen.

Ook de informatieverstrekking en de afgegeven verklaringen van de cliënt moeten in het dossier worden opgenomen.

Wat hoort niet in het cliëntdossier?

Werkaantekeningen

Persoonlijke werkaantekeningen zijn tijdelijke aantekeningen die bedoeld zijn voor de eigen, voorlopige gedachtevorming en die indrukken, vermoedens of vragen bevatten. Als de inhoud aan een derde wordt verstrekt, dan is geen sprake meer van een persoonlijke werkaantekening. Persoonlijke werkaantekeningen worden gescheiden van het dossier bewaard en na voltooiing van de opdracht vernietigd.

MIC-meldingen

MIC-meldingen zijn geen onderdeel van het cliëntdossier. Alleen de teamleider, de melder en leden van het MIC-team hebben inzage in een MIC-melding.

AVG/Privacy wetgeving

AVG/Privacy wetgeving stelt overkoepelende wettelijke bepalingen op voor het maken en onderhouden van een cliëntdossier. Afhankelijk van de beroepsgroep van zorgverleners en de wetgeving waar die onder valt, zijn specifieke wetten en regels van toepassing.

Bewaartermijnen cliëntendossier

Voor gegevens van niet-medische aard geldt dat ze niet langer bewaard blijven dan noodzakelijk voor de doeleinden waarvoor ze verzameld zijn. De algemene bewaartermijn van een medisch dossier is 20 jaar. Na afloop van de bewaartermijn moet het dossier vernietigd worden. Van uitzonderingen op de algemene bewaartermijn van 20 jaar is sprake bij:

- Noodzakelijk voor goede hulpverlening



De medische gegevens kunnen langer bewaard worden indien dit redelijkerwijs voortvloeit uit de zorg van een goed hulpverlener in het kader van continuïteit van zorg.

- Wettelijke plicht

Voor het dossier van een onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënt geldt een wettelijke bewaartermijn van 5 jaar na beëindiging van de gedwongen opname. Voor vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten geldt wel de algemene bewaartermijn van 20 jaar. Voor bepaalde gegevens in academische ziekenhuizen is de Archiefwet van toepassing.

Documenten zoals het operatieverslag en de ontslagbrief moeten 20 jaar bewaard worden. Gegevens in het kader van een medische keuring moeten bewaard worden zolang het noodzakelijk is voor het doel waarvoor de keuring is gedaan. Dit zal meestal korter zijn dan 20 jaar.

- Verzoek van de cliënt

De cliënt kan de zorgaanbieder verzoeken bepaalde medische gegevens langer dan 20 jaar te bewaren. Maar hij kan de zorgaanbieder ook om vernietiging van zijn gegevens vragen, waarbij de bewaartermijn korter dan 20 jaar wordt.

- Anonieme gegevens

Indien de gegevens worden geanonimiseerd, kunnen ze langer dan 20 jaar worden bewaard. Gegevens zijn anoniem wanneer ze niet, of met onevenredig veel moeite, herleidbaar zijn tot een persoon. Het verwijderen van de naam is niet altijd voldoende. Het bewaren van anonieme gegevens is vooral van belang voor wetenschappelijk onderzoek.

- Van belang voor anderen

Wanneer het gaat om erfelijke aandoeningen kan de zorgaanbieder gegevens langer bewaren in het belang van de kinderen van de patiënt.

Correspondentie

In de opbouw van een cliëntdossier is er regelmatig correspondentie met andere betrokken hulpverleners. Om met deze "derden" te mogen corresponderen, inhoudelijke informatie uit te wisselen en informatie te verwerken, is onder de huidige AVG/Privacy wetgeving uitdrukkelijke toestemming van de client nodig. Hierbij heeft een schriftelijke verklaring de voorkeur, maar een digitale of mondelinge verklaring (met opname) wordt soms ook gebruikt.

Voor meer informatie over toestemming rondom uitwisseling gegevens:

[Factsheet toestemming uitwisselen van patiëntgegevens tussen zorgverleners | AVG-Helpdesk voor Zorg en Welzijn](#)

Overige correspondentie:

- Zorginhoudelijke correspondentie moet 20 jaar bewaard worden.
- Administratieve correspondentie moet 7 jaar bewaard worden.
- Niet zorggerelateerde correspondentie moet 5 jaar bewaard worden.

Zorgplan

In het zorgplan worden de hulpvraag, de afspraken en de voortgang van de zorg (voor de volledigheid wordt hier ook bedoeld: begeleiding en/of ondersteuning) die geboden wordt,

vastgelegd. Het zorgplan biedt de basis om de zorg te evalueren en over de inhoud van de voortgang te communiceren.

De soorten zorgplannen

Per doelgroep, problematiek, wetgeving of methodiek kan een zorgplan anders genoemd worden en zijn vorm gegeven. In de paragrafen hieronder wordt nader beschreven wat de *richtlijnen* zijn per soort zorgplan.

Begeleidingsplan

Een begeleidingsplan voor een cliënt bestaat meestal uit twee delen, het persoonlijke profiel en het begeleidingsprogramma. In het persoonlijke profiel wordt beschreven:

- wie de cliënt is (gezinssituatie, wonen/school/werk);
- wat de anamnese of voorgeschiedenis in het hulpverleningstraject (dit kan ook per leefgebied beschreven worden);
- welke mogelijkheden de cliënt heeft, eventueel aangevuld met diagnostiek en beperkingen;
- wat het toekomstbeeld er nu is onder de huidige omstandigheden. En waar de cliënt naar toe wil werken.

In het begeleidingsprogramma worden de volgende aspecten uitgewerkt:

- wat de hulpvraag is; op welke leefgebieden de cliënt begeleiding nodig heeft;
- wat de behoefte aan begeleiding is; waar gaat de voorkeur naar uit: bijvoorbeeld gesprekken thuis, begeleiden bij gesprekken met instanties;
- welke begeleiding er wordt gegeven; welke afspraken worden gemaakt over de activiteiten;
- wie begeleiding geeft; met welke zorgverlener de cliënt zijn activiteiten gaat houden;
- waar en wanneer begeleiding wordt gegeven, bijvoorbeeld in een weekplanning.

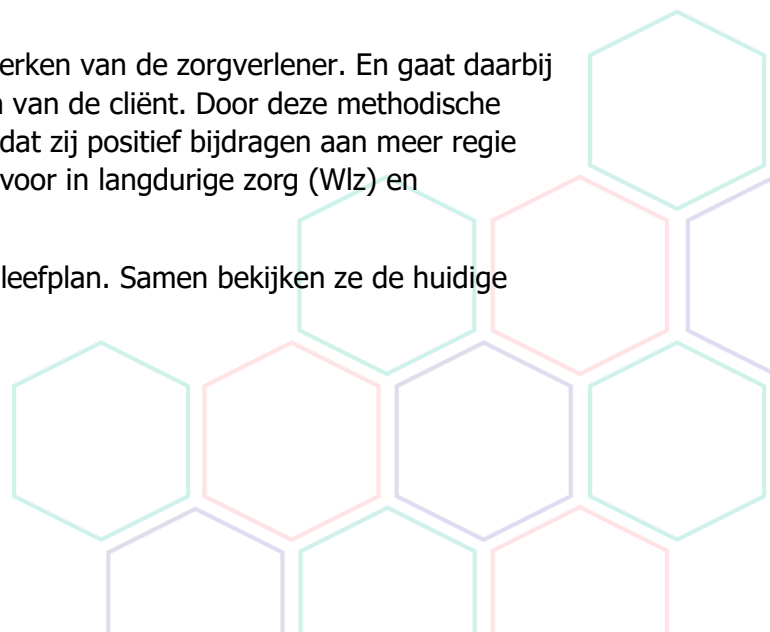
Omdat een begeleidingsplan vooral de praktische uitvoering beschrijft, komt meestal in dit plan geen informatie over indicatie of beschikking te staan. Een begeleidingsplan kan bijvoorbeeld in een werkmap worden gedaan die bij de cliënt staat. Het begeleidingsplan past in een persoonsgerichte aanpak: wat kan de cliënt wel en hoe kan daarmee aan doelen worden gewerkt.

Zorgleefplan/zorgplan

Het zorgleefplan ondersteunt het vraaggericht werken van de zorgverlener. En gaat daarbij uit van een integraal plan over alle leefdomeinen van de cliënt. Door deze methodische aanpak worden de activiteiten zodanig ingericht dat zij positief bijdragen aan meer regie voor de cliënt. Het zorgleefplan komt met name voor in langdurige zorg (Wlz) en wijkverpleging (thuiszorg) (Zvw).

De cliënt en zorgverlener maken samen het zorgleefplan. Samen bekijken ze de huidige situatie bij de volgende leefdomeinen:

1. Wonen en leven
2. Participeren



3. Mentaal welbevinden
4. Lichamelijk functioneren

Maar ook hoe de cliënt eigenlijk wil dat zijn leven er in die leefdomenien uit moet gaan zien. En daaruit volgt de vraag welke ondersteuning de cliënt nodig heeft om zijn doelen te bereiken.

Ondersteuningsplan

Het ondersteuningsplan wordt voornamelijk gebruikt bij cliënten met een beperking. Zorgverleners en cliënten werken aan doelen en maken afspraken. Deze worden beschreven in het ondersteuningsplan. Door het plan regelmatig te evalueren ontstaat een continu plan waarin systematisch kan worden gewerkt aan de kwaliteit van het cliëntgericht werken. Het uiteindelijke streven van deze aanpak is de inspraak van de cliënt over zijn ondersteuningsbehoefte en dat zij zoveel mogelijk eigen regie moeten kunnen voeren.

In het ondersteuningsplan wordt daar rekening mee gehouden door de voorwaarden voor de inspraak te beschrijven. Op deze wijze wordt vastgelegd op basis van welk ondersteuningskader, zorgverleners zich zoveel mogelijk aanpassen aan de belevingswereld van de cliënt.

De cliënt en zijn/haar beleving vormen het centrale uitgangspunt van het plan. Het beschrijft in het algemeen de volgende aspecten:

1. wat de huidige situatie van de cliënt is;
2. wat bekrachtigend werkt voor de cliënt: welke mogelijkheden de cliënt zelf heeft of wil leren te krijgen;
3. wat belemmerend werkt voor de cliënt vanuit de integrale aanpak van zorgverleners en hoe hier mee om te gaan;
4. op welke aspecten in benadering, bejegening en feitelijke communicatie de zorgverlener zijn professionele houding moet afstemmen;
5. aan welke doelen de cliënt samen met de zorgverlener werkt;
6. binnen welke termijn de doelen worden gesteld;
7. wanneer er wordt geëvalueerd;
8. wat de afspraken zijn.

Verplicht of niet?

De volgende wet –en regelgevingen verplichten het hebben van een zorgplan:

- de Jeugdwet (Jeugd);
- de Wet Langdurige Zorg (verpleeghuiszorg, gehandicaptenzorg (LVB/LB), geestelijke gezondheidszorg);
- alle financieringsvormen die onder de Wet Klachten Geschillen Gezondheidszorg (Wkkgz) vallen. Dus ook PGB gefinancierde zorg;
- zorgverzekeringswet (wijkverpleging/thuiszorg).

Hoe maak je een zorgplan?

De volgende stappen kun je doorlopen voor het maken van een zorgplan.

1. Voorbereiding
 - Een afspraak wordt ingepland





Branchevereniging
Kleinschalige Zorg

- De cliënt krijgt eventueel informatie over de afspraak toegestuurd.
 - De cliënt en/of vertegenwoordiger eventueel de mantelzorger, wordt gevraagd zich voor te bereiden op het gesprek.
2. Het gesprek
 - Tijdens het gesprek komen de punten die nodig zijn voor het maken van het zorgplan, ter tafel.
 - Beschrijf de doelen waaraan de cliënt wil werken, vanuit de bewoording van de cliënt. Waar mogelijk
 3. Maak het zorgplan
 4. Evaluatie: Maak een vervolgspraak.

[Zorgplan | Recht op goede zorg | Regelhulp - Ministerie van VWS](#)

