

Handreiking om problemen bij samenwerking te voorkomen

Loods in zee van verantwoordelijkheid

prof. mr. Johan Legemaate,
juridisch adviseur KNMG en
hoogleraar gezondheidsrecht
Vrije Universiteit.

Correspondentieadres:
j.legemaate@fed.knmg.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Samenwerking tussen hulpverleners is tegenwoordig eerder regel dan uitzondering. Daarbij zijn goede afspraken nodig over de onderlinge verdeling van verantwoordelijkheden. Een nieuwe handreiking fungeert als gids.

Dit is een tweeluik: in dit artikel een overzicht van de inhoud van de handreiking. Op blz. 151 e.v. bespreken drie betrokken artsen de merites ervan en de gevolgen voor de praktijk. Op de website van MC vindt u een verwijzing naar de complete tekst van de handreiking.

Steeds vaker zijn bij de zorg voor een patiënt meerdere hulpverleners betrokken. Ketenzorg en multidisciplinaire samenwerking hebben op grote schaal hun intrede gedaan. Dat heeft de kwaliteit en de effectiviteit van de zorg aanzienlijk verbeterd. Deze ontwikkeling verloopt echter niet probleemloos. Samenwerking tussen hulpverleners veronderstelt dat zij goed met elkaar overleggen en communiceren, en dat er heldere afspraken zijn over wie waarvoor verantwoordelijk is. In de praktijk doen zich daarbij nog veel problemen voor.

In een tuchtprocedure tegen een cardioloog en enkele medebehandelaars merkte het Centraal Tuchtcollege in maart 2009 op 'dat het in het onderhavige geval van het begin af aan heeft ontbroken aan een duidelijke gezamenlijke systematische aanpak en heldere regie van de noodzakelijke zorg voor een risicopatiënte' (zaak 2008/048). Op 18 november 2008 oordeelde het Regionaal Tuchtcollege Groningen in een andere zaak: 'Verweerder (een kno-arts)

had klager, maar ook de betrokken collega-artsen, duidelijk moeten maken wie de regie over het verdere verloop van de behandeling had en dit goed met klager en zijn

collega's moeten communiceren. Vooral in een situatie als de onderhavige, waarin er sprake was van twee ziekenhuizen en verschillende artsen, is communicatie met de patiënt, maar ook met collega-artsen, essentieel. Voor zowel

patiënt als betrokken artsen moet duidelijk zijn wie de regie heeft over de verdere behandeling.' De tuchtrechtspraak geeft nog veel meer voorbeelden van gebrekkige samenwerking. En ook onderzoeken van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Onderzoeksraad voor Veiligheid laten zien dat de samenwerking in de zorg niet altijd optimaal geregeld is.

Hoofdbehandelaar

In de periode 2004-2005 verrichtte de inspectie een inventariserend onderzoek naar het hoofdbehandelaarschap bij in het ziekenhuis opgenomen patiënten. Het onderzoek maakte duidelijk dat in deze gevallen het hoofdbehandelaarschap onvoldoende was geregeld en dat er geen heldere afspraken waren over de verdeling van verantwoordelijkheden. Daarop verzocht de inspectie begin 2007 aan de KNMG om ervoor te zorgen dat er duidelijke normen komen. Dit leidde tot het project 'hoofdbehandelaarschap in het ziekenhuis'. Tijdens een expertmeeting in maart 2008 (zie MC 14/2008: 607) is gesproken over centrale normen voor de verantwoordelijkheidsverdeling binnen ziekenhuizen. Dit maakte een discussie los die ertoe leidde dat het oorspronkelijke project aanzienlijk werd verbreed. Hier waren twee redenen voor.

Allereerst werden er vraagtekens geplaatst bij het concept 'hoofdbehandelaar'. Was dit concept in de hedendaagse, complexe gezondheidszorg nog wel bruikbaar? Men betoogde dat vaak niet is uit te maken wie van de betrokken hulpverleners de hoofdbehandelaar is.

Voor patiënt en betrokken artsen moet duidelijk zijn wie de regie heeft



beeld: Corbis

De tweede reden was dat samenwerking zich niet beperkt tot artsen of ziekenhuizen: zou het niet beter zijn een normenkader te ontwikkelen voor samenwerking in het algemeen? Dit leidde uiteindelijk tot de 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' (zie kader).

Functionele benadering

De handreiking bevat dertien aandachtspunten. Centraal staat aandachtspunt 1, dat bepaalt dat voor de patiënt altijd duidelijk moet zijn:

- wie het aanspreekpunt is voor vragen;
- wie de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft;
- wie de zorgverlening coördineert.

Bij voorkeur is één persoon met deze taken belast, maar veelal zal dat niet mogelijk zijn. De handreiking gaat ervan uit dat van situatie tot situatie kan verschillen wie welke inhoudelijke verantwoordelijkheid draagt, maar dat moet dan wel expliciet zijn vastgesteld.

De handreiking stelt overigens niet het begrip hoofdbehandelaar centraal. Dat sluit niet uit dat dit begrip in de praktijk wordt gebruikt. De hoofdbehandelaar is de zorgverlener op wie de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid rust. Doorgaans is dat een arts, maar dat hoeft niet. Afhankelijk van de omstandigheden kunnen ook eerstelijnsberoepsbeoefenaren, een gezondheidszorgpsycholoog, een verpleegkundige of een andere zorgverlener als hoofdbehandelaar fungeren. De handreiking biedt ruimte om per context te bepalen welke zorgverlener daartoe in de beste positie is.

Belangrijker dan de hoofdbehandelaar is in de visie van de handreiking de zorgcoördinator. De zorgcoördinator krijgt het mandaat om andere zorgverleners aan te spreken op samenwerkings- en afstemmingsaspecten en kan bepaalde activiteiten van hen verlangen. Hij moet daadkrachtig kunnen optreden, inzicht hebben in de consequenties van stagnatie en kunnen

afwegen wat voor de voortgang van de zorg is vereist. De zorgcoördinator hoeft niet al deze kwesties zelf te onderzoeken en op te lossen. Hij kan zaken doorgeven aan collega's die beter in staat zijn een oplossing te realiseren. Wel blijft hij er verantwoordelijk voor dat zij tijdig (c.q. binnen een afgesproken periode) stappen ondernemen en dat terugkoppeling naar de patiënt plaatsvindt.

Behandelplan

Andere aandachtspunten in de handreiking zijn onder meer het up-to-date hebben en houden van het zorg- of behandelplan (nr. 2), het uitwisselen van informatie tussen de bij de patiënt betrokken hulpverleners (nr. 4), het belang van goede gezamenlijke dossiervoering (nr. 5), het maken van afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden (nr. 6), het tijdig doorverwijzen naar andere zorgverleners (nr. 7), een expliciete overdracht van taken en verantwoordelijkheden (nr. 9) en het creëren van momenten voor overleg en evaluatie (nr. 10). De handreiking biedt ruimte voor flexibele toepassing. Zo bepaalt aandachtspunt 2 dat alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners 'zo nodig' beschikken over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan. De toelichting zegt daarover: 'Aandachtspunt 2 bevat de woorden "zo nodig" omdat niet in elke zorgsituatie het opstellen van een gezamenlijk zorg- of behandelplan, en de verspreiding daarvan onder alle betrokken hulpverleners, nodig is (bijvoorbeeld in de relatie huisarts-fysiotherapeut). Naarmate de zorg langduriger en complexer is, bijvoorbeeld in het geval van chronische aandoeningen, ligt een zorg-/behandelplan meer voor de hand. In de AWBZ-zorg is een zorgplan wettelijk voorgeschreven (Zie het Besluit Zorgplan-bespreking AWBZ-zorg van 2 maart 2009).'

Streef- of minimumnormen?

Er is sprake van samenwerking als meer dan één zorgverlener bij een patiënt is betrokken. Samenwerking kan intern zijn (zorgverleners uit één instelling), extern (zorgverleners uit verschillende instellingen), of een mengvorm. Niet iedere samenwerkingsvorm is problematisch. In het ene geval zal gebrekkige samenwerking schadelijker zijn voor een patiënt dan in het andere. Naarmate de gevolgen ernstiger kunnen zijn, is het naleven van de aandachtspunten uit de handreiking belangrijker. Het gaat erom dat er een redelijke verhouding is tussen middel en doel: naarmate de aard van de samenwerking complexer is en gebrekkige

Breed gedragen

De 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' is op 26 januari 2010 aangeboden aan de inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg. De handreiking is onderschreven door organisaties van artsen (de federatie KNMG), verpleegkundigen (V&VN), verloskundigen (KNOV), fysiotherapeuten (KNGF), apothekers (KNMP), gezondheidszorgpsychologen (NIP), algemene ziekenhuizen (NVZ), academische ziekenhuizen (NFU) en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ Nederland). Ook de NPCF staat achter de handreiking.

SAMENVATTING

- Bij de zorgverlening aan een patiënt zijn steeds vaker meerdere hulpverleners betrokken. Keten zorg en multidisciplinaire samenwerking hebben op grote schaal hun intrede gedaan.
- Samenwerking veronderstelt dat de betrokken hulpverleners goed met elkaar communiceren en dat zij heldere afspraken maken over wie waarvoor verantwoordelijk is. Op dat gebied doen zich echter nog veel problemen voor.
- De 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' bevat dertien aandachtspunten. Deze zijn bedoeld om de kwaliteit van samenwerking in de zorg te verbeteren.

samenwerking meer risico's oplevert, moeten de aandachtspunten in de handreiking zwaarder wegen. Zorgverleners en zorginstellingen zullen per situatie moeten vaststellen welke 'maatvoering' nodig is om te kunnen spreken van verantwoorde zorg.

Toen de definitieve versie van de handreiking tot stand kwam, wezen verschillende participerende organisaties erop dat de handreiking de lat hoog legt. De aandachtspunten moeten zelfs op basis van wetgeving en tuchtrechtspraak al min of meer als 'geldend recht' worden beschouwd. Maar dat laat onverlet dat ze zich deels nog bevinden in de overgangsfase van streefnorm naar minimumnorm. Nog niet in alle sectoren is voldaan aan de randvoorwaarden om alle aandachtspunten te kunnen toepassen. Tot deze randvoorwaarden behoren een adequate organisatie van ketens, zorgpaden en trajecten, een uitgewerkte toedeling van verantwoordelijkheden, goede ICT-voorzieningen e.d. Ook bevat de handreiking aspecten die zonder aanpassing van de bekostigingsstructuur niet of moeilijk zijn te realiseren.

Dit alles betekent dat per zorgsector moet worden gezien hoe en in welk tempo alle aandachtspunten van de handreiking zijn te realiseren. Daarbij geldt dat de manier waarop dit gebeurt van sector tot sector zal (kunnen) verschillen. Vanwege de complexiteit en de veelvormigheid van de hedendaagse zorgpraktijk is het niet mogelijk een panklare handreiking te maken die in alle praktijksituaties toepasbaar is. Vaak zijn afspraken en arrangementen 'op maat' nodig, voor zowel inhoudelijke als procedurele aspecten. Per sector of

per thema moet dit nader worden uitgewerkt. Die ontwikkeling is overigens al gaande. Voorbeelden zijn: de Leidraad Keten-zorg Dementie (VWS c.s., 2008), de onder auspiciën van het CBO opgestelde

richtlijn 'Het Preoperatief Proces', de bijlage 'handreikingen voor zes overdrachtssituaties' bij de Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens (2008), en de eveneens in 2008 tot stand gekomen NFU-Handreiking Hoofdbehandelaarschap bij patiënten in een UMC.

De onderhavige handreiking is vooral bedoeld om thema's te identificeren waaraan aandacht moet worden besteed. De betrokken partijen (beroepsbeoefenaren, instellingen, maar ook zorgverzekeraars) moeten deze thema's binnen hun sector 'vertalen' in uitwerkingen of richtlijnen.

Ambitieuze

De aandachtspunten in de 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' zijn heel evident, maar getuigen ook van een hoog ambitieniveau. Het zal een uitdaging zijn om de aandachtspunten 'handen en voeten' te geven. Van hulpverleners en zorginstellingen mag worden verwacht dat er wordt samengewerkt op grond van duidelijke afspraken volgens de in de handreiking genoemde aandachtspunten. Waar dergelijke afspraken nog niet zijn geëxpliciteerd, moet spoedig actie worden ondernomen. Om te voorkomen dat elke zorginstelling zelf het wiel gaat uitvinden, ligt een coördinerende rol van de branche- en koepelorganisaties voor de hand. Wat dat betreft is het bemoedigend dat veel organisaties uit de curesector de handreiking inmiddels hebben onderschreven en dat ook de NPCF de handreiking steunt. In de caresector bestaan nog vragen over de toepasbaarheid van de handreiking. De organisaties in deze sector zullen moeten aangeven hoe de tekst zo kan worden aangepast dat deze ook voor hun sector toepasbaar is. Dat kan leiden tot een careversie van de handreiking. 

In de caresector bestaan nog vragen over de toepasbaarheid van de handreiking



De complete tekst van de handreiking vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.

