

Hoofdbehandelaarschap

Wie draagt de juridische verantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënt?

Jolien Menninga



UMCG, Sector B
Hanzehogeschool Groningen
Instituut voor Rechtenstudies

Groningen, 6 juni 2010

Hoofdbehandelaarschap

Wie draagt de juridische verantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënt?

Groningen, 6 juni 2010

Auteur
Studentnummer

Jolien Menninga
312081

Afstudeerscriptie in het kader van

de opleiding HBO-Recht
Instituut voor Rechtenstudies
Hanze Hogeschool Groningen

Opdrachtgever

B.J.M. Hanewinkel
directeur sector B, UMCG

Begeleider

mw. mr. G.H. Stellema-Emerencia
Instituut voor Rechtenstudies
Hanzehogeschool Groningen

Begeleider UMCG

mr. J.G. Pieter
Stafconvent, UMCG

ISBN 978-90-8827-073-4

NUR 822

Trefw hoofdbehandelaarschap, verantwoordelijkheidstoedeling, verantwoorde zorg

Omslag: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen

© 2010 Studentenbureau UMCG Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Voorwoord

Voor u ligt mijn adviesrapport. Dit is het afsluitende onderdeel van de opleiding HBO-Rechten aan de Hanzehogeschool te Groningen. Dit rapport is het resultaat van mijn onderzoek in opdracht van de heer Hanewinkel, directeur van Sector B van het Universitair Medisch Centrum Groningen.

Het doel van het onderzoek was het uitvoeren van een inventarisatie van de stand van zaken met betrekking tot de uitwerking van de kaderregeling Hoofd- en Medebehandelaarschap per afdeling en het aandragen van eventuele verbeterpunten. Mijn onderzoek van de afgelopen vijf maanden was in eerste instantie beperkt tot de afdelingen van sector B, maar dit rapport kan gebruikt worden voor de verdere inventarisatie van de overige afdelingen die dit jaar nog plaats zal vinden.

Afstuderen in de zorg voor een rechtenstudent lijkt een vreemde keuze, maar omdat de gezondheidszorg mij altijd erg heeft geïnteresseerd heb ik toch een poging gedaan door te solliciteren via het Wenckebach Ontwikkelplatform van het Universitair Medisch Centrum Groningen. En met succes! De opdracht sprak mij gelijk erg aan en heeft mij de volledige vijf maanden weten te boeien.

Graag zou ik een aantal mensen willen bedanken die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit adviesrapport. Mijn dank gaat daarbij in het speciaal uit naar mijn begeleiders, mr. Pieter en mr. Emerencia en mijn opdrachtgever drs. B. Hanewinkel voor het mogelijk maken van mijn afstudeeronderzoek. Verder

zou ik bij deze graag de Chef de Cliniques van de afdelingen van sector B willen bedanken voor hun medewerking.

Jolien Menninga
Groningen, mei 2010

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	1
VERKLARENDE WOORDENLIJST	3
1 INLEIDING	5
2 THEORETISCH KADER	7
2.1 HET UMCG	7
3 HET HOOFDBEHANDELAARSCHAP	11
3.1 REGULERING GEZONDHEIDSZORG	11
3.2 SPLITSING JURIDISCHE/COMMUNICATIEVE ASPECT	11
4 JURIDISCH KADER	13
4.1 PROBLEEMSCHETS	13
4.2 WET- EN REGELGEVING	13
4.3 WETSVOORSTEL CLIËNTENRECHTEN ZORG	14
4.4 KADERREGELING HOOFD- EN MEDEBEHANDELAARSCHAP	15
5 ONDERZOEKSMETHODOLOGIE	19
5.1 ONDERZOEKSVRAAG EN DEELVRAGEN.....	19
5.2 TOEGEPASTE METHODEN EN TECHNIEKEN	19
6 VOLLEDIGE IMPLEMENTATIE	21
6.1 EISEN IGZ	21
6.2 KANTTEKENINGEN BIJ EISEN IGZ	22
6.3 WANNEER IS ER SPRAKE VAN VOLLEDIGE IMPLEMENTATIE?.....	22
7 KADERREGELING IN OVEREENSTEMMING MET EISEN IGZ?	23
7.1 HOOFDBEHANDELAAR BIJ NAAM BEKEND	23
7.2 ÉÉN HOOFDBEHANDELAAR.....	24
7.3 NAAM HOOFDBEHANDELAAR OP POLIBRIEF	25
8 HUIDIGE SITUATIE	27
8.1 ALGEMENE UITWERKING KADERREGELING.....	27
8.2 WIJZE VAN UITWERKING.....	28
8.3 BORGING REGISTRATIE HOOFDBEHANDELAAR	28

9 VOLDOET UITWERKING AFDELINGEN AAN KADERREGELING/IGZ?	29
10 VOLLEDIG GEÏMPLEMENTEERD	31
11 HANDREIKING VERANTWOORDELIJKHEIDSVERDELING BIJ SAMENWERKING IN DE ZORG	33
11.1 ALGEMEEN.....	33
11.2 PRAKTISCHE BETEKENIS VAN DE “HANDREIKING”	33
11.3 AANDACHTSPUNTEN HANDREIKING	34
12 CONCLUSIE	37
12.1 ONDERZOEKSVRAAG/DEELVRAGEN	37
12.2 BIJDRAGE DOELSTELLING ONDERZOEK.....	37
13 PRAKTISCHE/JURIDISCHE AANBEVELINGEN	39
13.1 KADERREGELING HOOFD- EN MEDEBEHANDELAARSCHAP	39
13.2 OVERIGE AANBEVELINGEN.....	40
14 BRONNENLIJST	41
BIJLAGE 1 ADVIES STAFCONVENT INZAKE HOOFDBEHANDELAARSCHAP	42
BIJLAGE 2 AANPASSING FORMULERING	43
BIJLAGE 3 HANDREIKING VERANTWOORDELIJKHEIDSDELING.....	46

Samenvatting

Naar aanleiding van een inventariserend onderzoek naar het hoofdbehandelaarschap in ziekenhuizen heeft de IGZ bepaald dat ziekenhuizen voorzien dienen te zijn van een 'verantwoordelijkheidstoedeling' in de zin van de KZI. Uit dit inventariserend onderzoek is destijds gebleken dat het UMCG niet beschikte over een dergelijke verantwoordelijkheidstoedeling en het hoofdbehandelaarschap onvoldoende was geregeld zodat het UMCG werd verzocht om zo spoedig mogelijk een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling te ontwikkelen. Voor een verantwoorde zorgverlening is vereist dat de verantwoordelijkheden van onder andere de hoofdbehandelaar en medebehandelaar zijn vastgelegd in een instellingsbrede regeling. In 2008 is de kaderregeling hoofd- en medebehandelaarschap vastgesteld door de Raad van Bestuur van het UMCG. Deze regeling kan gezien worden als algemeen uitgangspunt en definieert de betreffende begrippen. De afdelingen dienden dit nader uit te werken in een werkbaar regeling. De opdracht was om te onderzoeken of en op welke wijze de afdelingen binnen sector B uitvoering hadden gegeven aan de kaderregeling en hoe dit werkte in de praktijk. De vraag hierbij was of er sprake was van volledige implementatie waarbij de uitvoering van de afdelingen voldoende was voor een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling en er zowel voor de patiënt als voor het personeel duidelijkheid was ontstaan over het hoofdbehandelaarschap. Indien er nog geen sprake was van volledige implementatie dan was het de vraag in welke fase de afdelingen zich bevonden en welke praktische/juridische aanbevelingen gedaan konden worden zodat zo spoedig mogelijk voldaan zal worden aan de gestelde eisen.

In de praktijk is gebleken dat iedere afdeling de kaderregeling op eigen wijze heeft uitgewerkt, dit verschilt van zeer beknopt tot zeer uitgebreid. Gedurende het

onderzoek bleek dat door aanpassing van de kaderregeling op enige punten deze geheel in overeenstemming zou zijn met de door de IGZ gehanteerde eisen. Vervolgens hebben de afdelingen op hun beurt de kaderregeling op een werkbaar wijze uitgewerkt zodat er over het algemeen gezegd kan worden dat in ieder geval voor wat betreft de in sector B onderzochte afdelingen het UMCG beschikt over een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling. De kaderregeling biedt dan ook voldoende waarborgen om een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling te ontwikkelen. De patiënt is echter over het algemeen niet bekend met het fenomeen hoofdbehandelaar, zodat er met betrekking tot de duidelijkheid over het hoofdbehandelaarschap voor de patiënt nog wel het een en ander verbeterd kan worden.

Een belangrijke aanvulling op de eisen van de IGZ bestaat daaruit dat op grond van het advies van het stafconvent een sluitend en goed doordacht registratiesysteem met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap geadviseerd wordt om op deze manier snel en duidelijk inzicht te kunnen verkrijgen in de verantwoordelijkheden. Een dergelijk registratiesysteem vervult echter slechts een ondersteunende functie en het gaat er om dat je achteraf kunt traceren wie op welk moment hoofdbehandelaar was. Als dit via de huidige werkwijze ook prima is te traceren is het de vraag of men de tijd en energie wil steken in de ontwikkeling van een dergelijk systeem?

Verklarende Woordenlijst

AIOS

Een arts in opleiding tot medisch specialist (AIOS) is een basisarts die in opleiding is voor een medisch specialisme

ANIOS

Een arts niet in opleiding tot medisch specialist (ANIOS) is een (basis)arts die verbonden is aan een bepaalde afdeling maar niet in opleiding is voor het specialisme van die afdeling

Medisch specialisme

Een deelgebied van de geneeskunde dat door het CCMS als zodanig is aangewezen

CCMS

Centraal College Medische Specialismen

NP

Als nurse practitioner (NP) of verpleegkundig specialist ben je een verpleegkundige die bevoegd is om bepaalde medische handelingen uit te voeren

PA

Als physician assistant (PA) voer je medische handelingen uit onder toezicht van een arts

Digitale decursus

De digitale decursus is een applicatie die het mogelijk maakt om patiëntgegevens elektronisch te registreren

Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ)

Orgaan dat toezicht houdt op en adviseert over de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg in Nederland

KZI

Kwaliteitswet Zorginstellingen

WGBO

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

1 Inleiding

De IGZ is onder andere belast met het toezicht op de naleving van de KZI. Naar aanleiding van een inventariserend onderzoek naar het hoofdbehandelaarschap van klinisch opgenomen patiënten in ziekenhuizen in 2004-2005 heeft de IGZ bepaald dat ziekenhuizen voorzien dienen te zijn van een 'verantwoordelijkheidstoedeling' in de zin van de KZI. De IGZ is van mening dat het voor een verantwoorde zorgverlening zoals bedoeld in artikel 2 van de KZI en voor de patiëntveiligheid noodzakelijk is dat ziekenhuizen beschikken over een helder uitgewerkte verantwoordelijkheidstoedeling. Uit dit inventariserend onderzoek is destijds gebleken dat het UMCG niet beschikte over een dergelijke verantwoordelijkheidstoedeling en het hoofdbehandelaarschap onvoldoende was geregeld. Het UMCG werd daarom verzocht om zo spoedig mogelijk een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling te ontwikkelen binnen haar organisatie. Voor een verantwoorde zorgverlening is vereist dat de verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar, medebehandelaar en consulent zijn vastgelegd in een instellingsbrede regeling. Ondanks de wettelijke verplichting genoemd in artikel 3 van de KZI beschikt slechts een derde van de ziekenhuizen in Nederland over een verantwoordelijkheidstoedeling voor de samenwerking tussen medisch specialisten. Een dergelijke verantwoordelijkheidstoedeling betekent dat de verantwoordelijkheden van de medisch specialist in zijn rol van hoofdbehandelaar, medebehandelaar en consulent nadrukkelijk zijn vastgelegd. In oktober 2008 is de kaderregeling hoofd- en medebehandelaarschap vastgesteld door de Raad van Bestuur van het UMCG. Deze regeling kan gezien worden als algemeen uitgangspunt en definieert de begrippen hoofdbehandelaar, medebehandelaar en consulent. Aan de afdelingen werd

overgelaten om dit nader uit te werken in een werkbare regeling. De opdracht was om te onderzoeken of en op welke wijze de afdelingen binnen sector B uitvoering hadden gegeven aan deze kaderregeling en hoe dit werkte in de praktijk. Vervolgens zal beoordeeld moeten worden of er sprake is van volledige implementatie. Indien dat niet het geval is in welke fase bevinden de afdelingen zich dan en welke praktische/juridische aanbevelingen kunnen worden gedaan zodat zo spoedig mogelijk voldaan zal worden aan de gestelde eisen. Uiteindelijk dient er sprake te zijn van een regeling waarbij op ieder moment achterhaald kan worden wie op welk moment waarvoor verantwoordelijk was.

In de hoofdstukken 2 tot en met 4 zal allereerst een nadere toelichting worden gegeven van het theoretische en juridische kader rondom het hoofdbehandelaarschap. In hoofdstuk 5 zal de onderzoeksmethodologie beschreven worden, waarna in de volgende hoofdstukken vervolgens zal worden ingegaan op de huidige situatie en de volledigheid van de implementatie. Deze rapportage zal worden afgesloten met een duidelijk geformuleerde conclusie en enkele praktische/juridische aanbevelingen.

2 Theoretisch kader

2.1 Het UMCG

Hoofdstuk 12 van de wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderwijs (WHW) vormt de basis voor een academisch ziekenhuis. Op grond van artikel 1.8 van de WHW behoort bij iedere universiteit genoemd in dit artikel die een opleiding voor het beroep van arts verzorgt een academisch ziekenhuis. De Rijksuniversiteit van Groningen behoort tot één van deze universiteiten zodat door middel van de WHW de basis is gelegd voor het Academisch Ziekenhuis te Groningen.

Het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) is een van de grootste ziekenhuizen in Nederland. Het UMCG is een van de 120 'gewone' ziekenhuizen in Nederland waar de ziekenzorg centraal staat, maar daarnaast behoort het UMCG ook tot een van de hoog gespecialiseerde zorginstellingen. Dit betekent dat alle patiënten uit de

Noordelijke provincies met meer gecompliceerde aandoeningen uiteindelijk worden doorverwezen naar het UMCG. Deze organisatie beschikt namelijk over vormen van zorg die andere ziekenhuizen niet kunnen bieden, zoals openhartoperaties, transplantaties en radiotherapie. Het gaat om zorg waarvoor specifieke deskundigheid is vereist of waarvoor zeer geavanceerde apparatuur of voorzieningen nodig zijn. Aangezien deze vormen van zorg erg veel geld kosten mogen ziekenhuizen deze zorg alleen verlenen wanneer zij over een speciale vergunning beschikken. Wanneer er sprake is van zeer moeilijke, dure of weinig voorkomende vormen van diagnostiek en behandeling dan mag deze zorg, die een zeer specialistische kennis vereist, slecht door een *Universitair Medisch Centrum* worden verleend zodat dergelijke gevallen uit de noordelijke provincies ook terecht zullen komen in Groningen.

2.1.1 Hoofdbestuur UMCG

In dit hoofdstuk zal een korte toelichting worden gegeven op de belangrijkste delen binnen de hiërarchie van het UMCG (zie organogram figuur 1).

Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht is belast met het toezicht op de Raad van Bestuur.

Raad van Bestuur

De Raad van bestuur heeft de algemene leiding van het UMCG.

Adviesorganen

Binnen het UMCG bestaan er de volgende adviesorganen die de Raad van Bestuur adviseren:

- *Ondernemingsraad*
Zoals bijna iedere onderneming beschikt ook het UMCG over een ondernemingsraad. Dit is een inspraak en medezeggenschapsorgaan bestaande uit werknemers die namens het personeel binnen het UMCG overleg voeren met de werkgever over het ondernemingsbeleid en personeelsbelangen.
- *Stafconvent*
Op grond van artikel 12 lid 17 van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek werkt het stafconvent mee aan het bestuur van een ziekenhuis overeenkomstig de in het bestuursreglement vastgestelde regels.

Het Stafconvent geeft gevraagd en ongevraagd advies aan de Raad van Bestuur met betrekking tot onder andere:

- aangelegenheden die de kwaliteit van de patiëntenzorg betreffen,

- het beleid op het gebied van onderzoek, onderwijs en opleiding,
 - de ontwikkeling van nieuwe specialismen, werkgebieden en klinische aangelegenheden in de meest brede zin,
 - het strategisch beleid van het ziekenhuis en de samenwerking met andere ziekenhuizen en instellingen
- *Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen*
De CRAZ is het patiënten-medezeggenschapsorgaan dat ontstaan is als gevolg van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) en er voor zorgt dat de belangen van patiënten goed in het oog worden gehouden door signalen van cliënten te bundelen en bestuurlijk te vertalen richting het UMCG.

2.1.2 UMC-Staf

De UMC-staf werkt ten behoeve van het gehele UMCG, dus niet alleen met betrekking tot de afdelingen, maar ook ten behoeve van de Raad van Bestuur en de overige organisatieonderdelen. De kerntaken van de UMC-staf zijn beleidsontwikkeling en UMCG-brede control, nader uitgewerkt komt dit op het volgende neer:

- *“Het vertalen van externe ontwikkelingen, inclusief wet- en regelgeving, naar UMCG-beleid. Dit gebeurt in overleg met de Raad van Bestuur en de sectoren.*
- *Het ondersteunen van de Raad van Bestuur en de sectordirecties bij het ontwikkelen van (nieuw) beleid en het creëren van ruimte daarvoor.*
- *De controlfunctie, gericht op het pro-actief ontwikkelen, sturen en beheersen van de bedrijfsvoering in al zijn facetten. Hiervoor is een gedegen administratie een basisvoorwaarde.”*

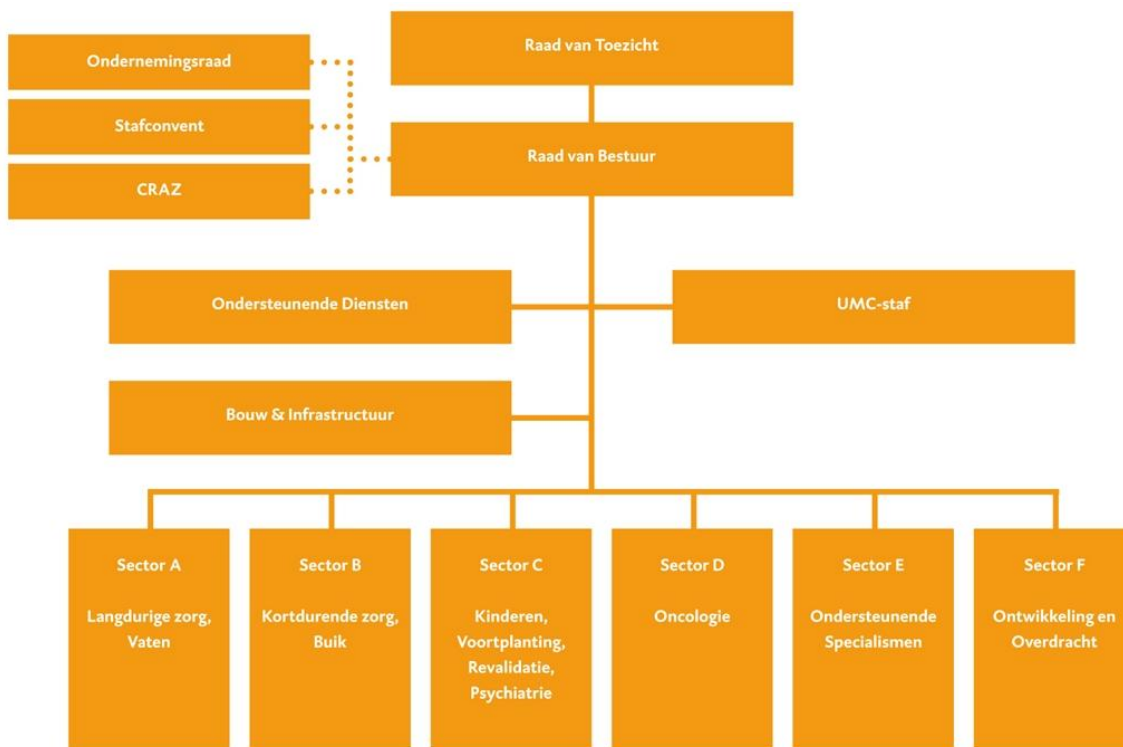
¹ UMCG (z.d.) UMC-Staf. Geraadpleegd op 18 januari 2010, <http://cms.umcg.nl/azgorganisatie/sectstaf/>

² <http://cms.umcg.nl/azgorganisatie/sectstaf/>
Leënen, H.J.J. (2002). Handboek gezondheidsrecht: deel

2.1.3 Sectoren

Het UMCG bestaat uit verschillende sectoren. Dit onderzoek is in verband met de beschikbare tijd en de complexiteit van het onderwerp beperkt tot sector B. Sector B bestaat uit de volgende afdelingen:

- chirurgie
- kaakchirurgie en orthodontie
- keel- neus- en oorheelkunde
- maag- darm- en leverziekten
- oogheelkunde
- orthopedie
- plastische chirurgie



Figuur 1 Organogram UMCG

3 Het hoofdbehandelaarschap

3.1 Regulering gezondheidszorg

Alvorens nader in te gaan op het onderwerp hoofdbehandelaarschap en de vastgestelde kaderregeling is het allereerst van belang inzicht te verkrijgen in de wijze waarop de regels binnen de gezondheidszorg tot stand komen. Stelt slechts de overheid bindende regels vast of is ook zelfregulering toegestaan binnen de gezondheidszorg? Op grond van artikel 22 van de Grondwet dient de overheid maatregelen te treffen voor de bevordering van de volksgezondheid. Deze bemoeienis door de overheid met betrekking tot het medisch handelen en de kwaliteit daarvan is de laatste jaren ook enorm toegenomen. Dit betekent echter niet dat slechts de overheid bevoegd is tot het stellen van regels. Ook de medische beroepsgroep en het werkveld zelf zijn bevoegd regels vast te stellen, dit wordt zelfregulering genoemd. Veelal zal er sprake zijn van een combinatie van door de overheid van bovenaf vastgestelde regels en de zelfregulering. Ook bij de ontwikkeling van de kaderregeling is een dergelijke combinatie zichtbaar. Op grond van artikel 3 van de KZI dienen ziekenhuizen te beschikken over een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling. Uit onderzoek van de IGZ destijds is gebleken dat slechts weinig ziekenhuizen hierover beschikten. De IGZ stelde de ziekenhuizen in de gelegenheid om zo spoedig mogelijk een dergelijke verantwoordelijkheidstoedeling te ontwikkelen. Doordat de overheid niet beschikt over beroepsspecifieke deskundigheid kan het in bepaalde gevallen ook beter zijn de regulering over te laten aan de beroepsgroep zelf. De KZI en de WGBO zijn in feite ook bedoeld om door zelfregulering te worden aangevuld. Dit blijkt onder andere uit artikel 7:453 BW waarin wordt gesproken over de medisch-professionele standaard. Bij de medisch-professionele standaard gaat het om medisch-wetenschappelijke inzichten en de ervaring die de

beroepsgroep met medische handelingen heeft opgedaan, de vaststelling van deze standaard wordt dan ook grotendeels aan de beroepsgroep zelf overgelaten.² Bij de regulering van de gezondheidszorg is er dus deels sprake van publieke regulering door de overheid en deels sprake van zelfregulering door de medische beroepsgroep dan wel het werkveld. Door de mogelijkheid van zelfregulering binnen de gezondheidszorg ontstond de mogelijkheid voor het UMCG om een regeling te ontwerpen die nog nader uitgewerkt diende te worden door de afdelingen. Door middel van de vaststelling van de kaderregeling hoofd- en medebehandelaarschap heeft het UMCG de afdelingen de vrijheid gegeven om dit zelf nader uit te werken voor de betreffende afdeling.

3.2 Splitsing juridische/communicatieve aspect

Bij het onderwerp hoofdbehandelaarschap, is het van belang om hierbij een onderscheid te maken tussen aspecten van juridische aard en aspecten die betrekking hebben op de communicatie. Veelal wordt geen duidelijk onderscheid gemaakt tussen deze verschillende gebieden en worden er regels gesteld waarbij de beide aspecten door elkaar heen lopen. Juridisch gezien dient er sprake te zijn van een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling. Voorop staat dat er duidelijkheid dient te zijn over de juridische verantwoordelijkheden van medisch specialisten en dat op ieder moment duidelijk is, dan wel snel achterhaald kan worden wie op welk moment waarvoor verantwoordelijk was. Bij het communicatieve aspect gaat het in het kort gezegd om de communicatie richting de patiënt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de eis van de IGZ dat

² Leenen, H.J.J. (2002). Handboek gezondheidsrecht: deel II. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

de naam van de hoofdbehandelaar bij naam bekend dient te zijn bij de patiënt. De vraag is echter of het in alle gevallen mogelijk, dan wel noodzakelijk is dat de naam van de hoofdbehandelaar bij naam bekend is bij de patiënt, zonder dat afbreuk wordt gedaan aan de verplichting tot het ontwikkelen van een verantwoordelijkheidstoedeling. Indien er bij het niet naleven van bepaalde regels geen sprake zal zijn van afbreuk aan de verplichting tot het ontwikkelen van een verantwoordelijkheidstoedeling dan hebben deze regels betrekking op de bejegening van de patiënt. Dit communicatieve aspect is wel degelijk een belangrijk aspect binnen de gezondheidszorg maar in eerste instantie gaat het erom dat alles juridisch gezien goed geregeld is. Wanneer er juridisch gezien sprake is van een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling dan kan nader gekeken worden naar de communicatieve kant van het hoofdbehandelaarschap en aan welke informatie de patiënt waarde hecht op het moment dat deze in de (poli)kliniek is?

4 Juridisch kader

4.1 Probleemschets

Binnen de gezondheidszorg zijn er in de loop der jaren vele specialisaties ontstaan. Een medisch specialist heeft zich dan ook vaak gespecialiseerd op één bepaald vakgebied waardoor de kennis op dit vakgebied en daarmee de kwaliteit van de zorg is toegenomen. Wanneer echter een patiënt in een ziekenhuis terecht komt bestaat er een zeer grote kans dat deze patiënt met meerdere specialisten te maken krijgt. Binnen de geneeskunde wordt een bepaalde specialisatie gekozen en op dat gebied functioneert men als medisch specialist. Indien er bij de behandeling van een patiënt kennis vereist is van een specialist op een ander vakgebied dan is er sprake van samenwerking tussen de medisch specialisten en dus van samenwerking in de zorg. Een goede en duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling bevordert de samenwerking en daarmee de kwaliteit van de zorg die geboden wordt aan de patiënt. Wanneer meerdere specialisten betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt, welke specialist is dan waarvoor verantwoordelijk? Hierbij is het vraagstuk rond het hoofdbehandelaarschap relevant. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt. Dit klinkt eenvoudig maar hierbij doen zich vele vragen voor, denk bijvoorbeeld aan de vraag wanneer dit hoofdbehandelaarschap overgaat naar een andere medisch specialist of aan de vraag of een arts in opleiding als hoofdbehandelaar kan worden aangemerkt?

Voordat we nader ingaan op het hoofdbehandelaarschap zal het juridisch kader nader uitgewerkt worden aan de hand van de bestaande wet- en regelgeving.

4.2 Wet- en regelgeving

4.2.1 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

De wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, afgekort de WGBO, bevat dwingendrechtelijke bepalingen over de rechten en plichten van zowel de behandelaar als de patiënt. Deze wet is te vinden in boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en vangt aan met het artikel over de geneeskundige behandelingsovereenkomst waarbij de hulpverlener zich tegenover een ander, de opdrachtgever, verbindt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst. Die ander, de opdrachtgever, tegenover wie de hulpverlener zich verbindt tot dergelijke handelingen is vaak de patiënt. Door het sluiten van een behandelingsovereenkomst is er sprake van een overeenkomst van opdracht waarbij voor zowel de hulpverlener als de patiënt bepaalde rechten en plichten in het leven worden geroepen. Op grond van artikel 7:452 BW dient de patiënt bijvoorbeeld de inlichtingen en medewerking te verlenen aan de hulpverlener die deze redelijkerwijs behoeft voor het uitvoeren van de overeenkomst. De hulpverlener is op zijn beurt verplicht de patiënt voldoende inlichtingen te geven over onder andere de voorgenomen behandeling, eventuele andere behandelmethodes, de bijkomende risico's en de gezondheidstoestand van de patiënt (artikel 7:448 BW). Deze verplichting van de hulpverlener houdt verband met het algemene artikel 7:453 BW dat bepaald dat een hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en dient daarbij te handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid. De aansprakelijkheid van een hulpverlener kan op grond van artikel 7:463 BW niet worden beperkt of uitgesloten.

4.2.2 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)

Met de vaststelling van de Wet BIG zijn de bevoegdheden van personen op het gebied van de individuele gezondheidszorg vastgelegd. Deze wet bevat onder andere regels voor de kwaliteit van de zorgverlening door beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg waarmee zij de patiënten wil beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door zorgverleners. Na het afronden van een medische opleiding dient een zorgverlener op grond van artikel 3 Wet BIG geregistreerd te worden voordat zij hun verworven titel rechtsgeldig kunnen gebruiken en zich daadwerkelijk arts of verpleegkundige kunnen noemen. Op grond van artikel 14 van de Wet BIG bestaat er ook een specialistenregister met een bij de registratie behorende specialistische titel. Inschrijving in dit register brengt mee dat de titel medisch specialist gehanteerd mag worden.

4.2.3 Kaderbesluit Centraal College Medische Specialisten (CCMS)

Als medisch specialisme worden aangemerkt de deelgebieden van de geneeskunde die door het CCMS als medisch specialisme zijn aangewezen, deze deelgebieden zijn uitgewerkt in artikel A.5 van het Kaderbesluit. Voorbeelden van een dergelijk medisch specialisme zijn bijvoorbeeld de oogheelkunde, orthopedie of neurochirurgie. Een arts die is ingeschreven in een door het CCMS ingestelde specialistenregister kan dan ook aangemerkt worden als medisch specialist. Deze kwalificatie als medisch specialist is van belang voor het hoofdbehandelaarschap aangezien slechts een medisch specialist als hoofdbehandelaar kan worden aangemerkt. Een AIOS is volgens de definitie van het Kaderbesluit CCMS een arts in opleiding tot medisch specialist en kan dan ook nog niet als hoofdbehandelaar van een patiënt fungeren omdat deze simpelweg nog niet beschikt over de titel medisch specialist.

4.2.4 Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI)

De KZI stelt bepaalde eisen aan de verlening van zorg. Op grond van artikel 2 van de KZI zijn zorgverleners bijvoorbeeld wettelijk verplicht om verantwoorde zorg aan te bieden. Volgens dit artikel wordt onder verantwoorde zorg, zorg verstaan van een goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Het vereiste van verantwoorde zorg dat nader uitgewerkt wordt in artikel 3 van de KZI komt onder andere tot stand door de vaststelling van een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling. Ieder ziekenhuis dient dan ook zorg te dragen voor een dergelijke verantwoordelijkheidstoedeling waarbij duidelijkheid bestaat over de rollen van de verschillende zorgverleners en de daarbij behorende verantwoordelijkheden. Belangrijk daarbij is dat duidelijk is wie uiteindelijk waarvoor verantwoordelijk is en dus wie wanneer als hoofdbehandelaar wordt aangemerkt. Bij de monodisciplinaire patiëntenzorg is het vaak eenvoudig omdat de patiënt in aanraking komt met slechts één behandelaar, maar zodra er sprake is van samenwerking in de zorg tussen verschillende specialisten dan wordt het ingewikkelder. Wanneer gaat het hoofdbehandelaarschap over van de ene naar de andere specialist en welke specialist is precies waarvoor verantwoordelijk. Ook bij deze multidisciplinaire patiëntenzorg zal het hoofdbehandelaarschap uiteindelijk op ieder moment snel traceerbaar moeten zijn. Om dit te bereiken is een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling vereist in de zin van artikel 3 van de KZI.

4.3 Wetsvoorstel cliëntenrechten Zorg

De Wet Cliëntenrechten zorg beoogt alle patiëntenwetten zoals de Wet BIG, de BOPZ en de WGBO te vervangen. Er is op dit moment nog sprake van een wetsvoorstel dat inmiddels is goedgekeurd door de ministerraad en ter advisering bij de Raad van State ligt. De Raad van State zal hierover officieel advies uitbrengen aan de koningin. Naar

aanleiding van dit advies zou het wetsvoorstel nog enigszins aangepast kunnen worden en zal het ingediend worden bij de Tweede Kamer. Na aanvaarding door de Tweede Kamer dient ook de Eerste Kamer nog in te stemmen met dit wetsvoorstel voordat het tot wet zal worden verheven. De wet cliëntenrechten zorg bevindt zich dan ook nog aan het begin van dit wetgevingsproces en het zal dan ook nog wel enige tijd duren voordat dit wetsvoorstel eventueel wordt aangenomen en de bestaande wet- en regelgeving op dit gebied zal vervangen. Wel is het van belang ons reeds te verdiepen in de veranderingen die deze wet met zich mee zal brengen. Deze wet heeft vooral betrekking op het vastleggen van de rechten van de cliënt zoals het recht op bereikbare zorg, het klachtrecht en het recht op kwaliteit en veiligheid van zorg. Het huidige wettelijke vereiste van een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling staat hier echter los van en zal ook zeker niet verdwijnen uit de toekomstige wet- en regelgeving aangezien duidelijkheid omtrent de verantwoordelijkheden van artsen van essentieel belang is voor de samenwerking in de zorg. De KZI en de wet BIG zullen wel aan een nader onderzoek worden onderworpen om de onduidelijkheden met betrekking tot de verantwoordelijkheidstoedeling in beide wetten weg te nemen. Het vereiste van een verantwoordelijkheidstoedeling zal dus met de invoering van de wet cliëntenrechten zorg blijven bestaan en de onduidelijkheden die momenteel bestaan in de huidige wetgeving met betrekking tot de ontwikkeling van een verantwoordelijkheidstoedeling zullen zoveel mogelijk worden weggenomen.³

4.4 Kaderregeling Hoofd- en Medebehandelaarschap

Hieronder is de kaderregeling Hoofd- en Medebehandelaarschap opgenomen zoals die is

vastgesteld door de Raad van Bestuur van het UMCG in oktober 2008. Naar aanleiding van de kaderregeling is er een advies opgesteld door het Stafconvent (en voorbereid door het overleg van de Chefs de cliniques en medisch coördinatoren) waarin onder andere het één en ander is opgenomen over hoe het hoofdbehandelaarschap geregeld zou kunnen worden bij de multidisciplinaire zorg. Dit advies is opgenomen in bijlage 1.

³ Memorie van toelichting wet cliëntenrechten zorg. (2009). Geraadpleegd op 20 april 2010, <http://www.knmg.artsennet.nl/web/file?uuid=93dc90b5-0a24>

Kaderregeling Hoofd- en Medebehandelaarschap

Oktober 2008

Preambule

De kwaliteitswet Zorginstellingen en nadere richtlijnen van de IGZ geven aan dat een formele verantwoordelijkheidstoedeling voorwaarde is voor verantwoorde zorg. Deze kaderregeling maakt onderdeel uit van het patiënt kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem.

Onderhavige kaderregeling wil rekening houden met de onderscheiden rollen zoals die zich in het UMCG voordoen en het daarmee mogelijk maken de in de praktijk voorkomende situatie helder te beschrijven.

Gelet op de complexiteit van de patiëntenzorg en als gevolg van de opleidingstaken van het UMCG zal een patiënt geregeld in aanraking komen met diverse behandelaren. Een behandelaar is een persoon die medische handelingen verricht bij een patiënt. In het UMCG kan dat een medisch specialist zijn, een AIOS of ANIOS, maar in bepaalde situaties voor bepaalde onderdelen van de behandeling ook een nurse practitioner of physician assistent. Voor de patiënt zijn hierbij een aantal zaken verder van belang. Hij moet weten wie eindverantwoordelijk is voor de overall coördinatie van zijn klinische behandeling (de hoofdbehandelaar). Hij moet weten wie eindverantwoordelijk is voor de uitvoer van substantiële onderdelen van de behandeling (de medebehandelaar). De positie van de consulent als adviseur van hoofd- en medebehandelaar moet duidelijk zijn. Ten slotte moet duidelijk zijn wie voor de patiënt de eerst aanspreekbare behandelaar is. Duidelijk zal zijn dat dit in een UMC vaak een AIOS is, maar ook anderen kunnen deze rol van eert aanspreekbare behandelaar vervullen.

Definities en uitwerking

1.) De patiënt

- heeft één of meer behandela(a)r(en) en deze is (zijn) bij hem bij naam bekend
- heeft steeds één hoofdbehandelaar, die hem bij naam bekend is
- kan één of meer, hem bij naam bekende medebehandelaren hebben.

2.) De behandelaar

- is een medisch specialist, AIOS, ANIOS, Nurse Practitioner (NP) of Physician Assistent (PA)
- draagt een eigen (medische) verantwoordelijkheid voor de patiënt
- verricht medische handelingen bij de betreffende patiënt
- opereert binnen de kaders van de hoofdbehandelaar
- behandelaren in opleiding (maar ook de ANIOS, NP en PA) handelen steeds onder de supervisie van een medisch specialist

3.) De hoofdbehandelaar

- is een medisch specialist;
- is verantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt en voor de organisatie rond zijn behandeling;
- draagt er zorg voor dat alle noodzakelijke besluiten genomen worden. Bij onoverkomelijk verschil van inzicht over de behandeling tussen hoofd-, en medebehandelaar(s) of consulent(en) wordt geëscaleerd naar de betreffende afdelingshoofden;
- wanneer oponthoud in de besluitvorming nadelige gevolgen heeft voor de patiënt stelt de hoofdbehandelaar het beleid vast, onverlet het hiervoor genoemde;
- draagt er zorg voor dat het medisch inhoudelijke beleid afgestemd is met de eventuele medebehandelaars en consulenten;
- zijn focus ligt bij continuïteit, overzicht, afstemming en communicatie rondom het zorgproces van de individuele patiënt;
- is als zodanig herkenbaar in het ziekenhuis informatiesysteem (Poliplus);
- is bekend bij de A(N)IOS's, verpleging en (para-) medische disciplines;
- wordt volgens de binnen de afdeling bekende regeling waargenomen voor dagelijkse continuïteit en in de dienstsituatie.

<p>4.) De medebehandelaar</p> <ul style="list-style-type: none"> • is een medisch specialist; • is verantwoordelijk voor een omschreven deel van de behandeling; • de medebehandeling vindt plaats in het kader van een andere, aanvullende zorgvraag of in het kader van een complicatie; • draagt er zorg voor dat het medisch inhoudelijke beleid afgestemd is met de hoofdbehandelaar, eventuele andere medebehandelaars en consulenten; • is als zodanig herkenbaar in het ziekenhuis informatiesysteem (Poliplus); • is bekend bij de A(N)IOS's, verpleging en (para-) medische disciplines; • wordt volgens de binnen de afdeling bekende regeling waargenomen voor dagelijkse continuïteit en in de dienstsituatie.
<p>5.) De consulent</p> <ul style="list-style-type: none"> • verleent, op verzoek van de hoofdbehandelaar of medebehandelaar expertise aan de zorg van een patiënt; • adviseert de consultvragende hoofd- respectievelijk medebehandelaar.
<p>Specifieke situaties</p>
<p>1.) De namen van de hoofd- en eventuele medebehandelaar van opgenomen patiënten worden vastgelegd onder een tabblad in de digitale decursus.</p> <p>2.) Spoedpoli (CSO): vanaf het moment van triage van een patiënt, wordt de patiënt toebedeeld aan de lijn trauma danwel non-trauma, conform het organisatiemodel van de CSO. De supervisor van die lijn is vanaf dat moment de hoofdbehandelaar.</p> <p>3.) Operatieve ingreep: een operatieve ingreep vindt plaats door een team bestaande uit de operateur, de anesthesioloog en ondersteunende medewerkers. Gedurende de operatie is de operateur hoofdbehandelaar en de anesthesioloog medebehandelaar. Op de recovery is de anesthesioloog hoofdbehandelaar en de chirurg medebehandelaar. Hoofd- en medebehandelaar zijn vastgelegd in OK-Plus.</p> <p>4.) Intensive Care: De dienstdoende superviserende intensivist is hoofdbehandelaar. Op basis van de dienstlijst is steeds duidelijk wie hoofdbehandelaar is. Er is een regeling voor wat betreft het medebehandelaarschap.</p> <p>5.) Polikliniek: de naam van de hoofdbehandelaar staat vermeld op iedere polibrief.</p>

Tabel 1 Kaderregeling Hoofd- en Medebehandelaarschap

5 Onderzoeksmethodologie

In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de methoden en technieken die zijn toegepast om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Allereerst komt in hoofdstuk 3.1 de onderzoeksvraag en de daarbij behorende deelvragen aan de orde. Vervolgens zal in hoofdstuk 3.2 nader worden ingegaan op de methoden en technieken die zijn toegepast om een antwoord op de onderzoeksvraag te formuleren.

5.1 Onderzoeksvraag en deelvragen

Onderzoeksvraag:

“In hoeverre hebben de afdelingen binnen sector B van het Universitair Medisch Centrum Groningen uitvoering gegeven aan de door de Raad van Bestuur vastgestelde kaderregeling?

Is deze uitvoering voldoende voor een goede verantwoordelijkheidstoedeling waarbij er zowel voor de patiënt als voor het personeel duidelijkheid bestaat over het hoofdbehandelaarschap of is de uitvoering nog voor verbetering vatbaar?”

Om dit probleem binnen het UMCG op te kunnen lossen en om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag dienen er een aantal deelvragen te worden opgesteld en beantwoord te worden. De volgende deelvragen werden als leidraad gehanteerd bij de beantwoording van de onderzoeksvraag:

- Wat wordt verstaan onder een goede verantwoordelijkheidstoedeling en op grond waarvan dienen ziekenhuizen dit geregeld te hebben?
- Wat houdt de vastgestelde kaderregeling hoofdbehandelaarschap binnen het UMCG in?
- Wanneer is er sprake van volledige implementatie van de kaderregeling?

- Is voor de betreffende afdelingen de kaderregeling volledig geïmplementeerd?
- Wanneer is de regeling volledig geïmplementeerd en op welke wijze is dit geregeld?
- Wanneer de regeling volledig is geïmplementeerd hoe werkt het in de praktijk?
- Is er ook sprake van duidelijkheid voor de patiënt bij de toepassing van de kaderregeling per afdeling?
- Wanneer de regeling nog niet volledig is geïmplementeerd, in welke fase bevinden de betreffende afdelingen zich op dit moment (peildatum 1 januari 2010)?
- Indien afdelingen ‘in gebreke’ zijn gebleven (nog geen of onvoldoende actie hebben ondernomen) welke praktische/juridische aanbevelingen kunnen worden gedaan zodat zo spoedig mogelijk wel aan de gestelde eisen kan worden voldaan?
- Is de betreffende uitwerking van de kaderregeling in overeenstemming met het advies over de implementatie van de Kaderregeling hoofdbehandelaarschap en de aandachtspunten van het overleg van het Stafconvent/ de chefs de cliniques en de medisch coördinatoren?

5.2 Toegepaste methoden en technieken

In dit hoofdstuk zullen de toegepaste methoden en technieken bij de uitvoering van dit onderzoek nader worden toegelicht.

5.2.1 Literatuur en jurisprudentieonderzoek

Begonnen is met een literatuurstudie over de organisatie zelf en met betrekking tot het onderwerp hoofdbehandelaarschap. Van belang voor het onderzoek was in eerste instantie het beeld van de organisatie en de

wijze waarop de kaderregeling hoofd- en medebehandelaarschap tot stand was gekomen.

5.2.2 Documentenstudie

Vervolgens was er sprake van een verdiepende fase waarin alle benodigde documenten werden verzameld met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap. Onder andere werd in deze fase bij de afdelingen geïnformeerd naar de uitwerking die zij hadden ontwikkeld naar aanleiding van de vastgestelde kaderregeling. Deze uitwerkingen werden vervolgens vergeleken met de door de IGZ gestelde eisen.

5.2.3 Participerende observatie

Gedurende de observatieperiode werden afdelingen geobserveerd en werd met name gekeken naar de wijze waarop de afdelingen omgingen met het hoofdbehandelaarschap. Tijdens het observeren bestond de mogelijkheid om nadere toelichting te vragen zodat een duidelijk beeld gevormd kon worden van de manier van werken op de afdelingen.

5.2.4 Beschrijvend onderzoek

Door middel van de beschrijvende onderzoeksmethode is een feitelijke registratie tot stand gekomen van de huidige stand van zaken met betrekking tot de uitwerking van de kaderregeling door de afdelingen. Door het feit dat er over het algemeen sprake was van een redelijk uniforme uitwerking is er gekozen voor een algemene uitwerking van de stand van zaken van de afdelingen gezamenlijk.

5.2.5 Interviewen patiënten

Op grond van de kaderregeling dient een patiënt een hoofdbehandelaar te hebben die hem bij naam bekend is. Gezien het feit dat de behandeling veelal plaatsvindt door een arts in opleiding die onder supervisie staat, is besloten om steekproefsgewijs door middel van enkele interviews onder patiënten na te gaan in hoeverre de patiënten bekend waren met het fenomeen hoofdbehandelaar en of zij er belang bij hadden de naam van de hoofdbehandelaar te kennen. Het ging om een steekproef van slechts enkele patiënten op zowel de polikliniek als de verpleegafdeling.

Deze steekproef biedt wel een indicatie, maar heeft gezien de omvang van slechts 20 patiënten zeker niet de pretentie van representativiteit.

6 Volledige implementatie

6.1 Eisen IGZ

De IGZ eist dat iedere zorginstelling beschikt over een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling. Een dergelijk wettelijk verplichte verantwoordelijkheidstoedeling houdt voor ziekenhuizen in dat de rollen van medisch specialisten met de daarbij behorende verantwoordelijkheden duidelijk zijn voor henzelf, maar ook voor de overige hulpverleners en natuurlijk voor de patiënt. De IGZ vindt dan ook dat iedere zorginstelling moet beschikken over een instellingbrede regeling waarin de verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar, medebehandelaar en consulent zo veel mogelijk worden geëxpliciteerd. Volgens de IGZ dienen de volgende punten in een regeling te worden opgenomen:

- hoofdbehandelaar is altijd een medisch specialist, die ook de organisatorische eindverantwoordelijkheid draagt
- de hoofdbehandelaar is de meest aangewezen medisch specialist
- iedere opgenomen patiënt heeft een bij naam bekende hoofdbehandelaar
- de naam van de hoofdbehandelaar staat vermeld op het ponsplaatje
- met de NP, PA en verpleegkundig specialist moeten, ook als zij zelfstandige bevoegdheden krijgen, afspraken worden gemaakt over de grenzen van verantwoordelijkheden in relatie tot die van medisch specialisten
- de omvang van de verantwoordelijkheid van de superviserend medisch specialist moet worden afgestemd op de opleidingsfase en ervaring van de onder supervisie gestelde arts-assistent, verpleegkundig specialist, NP of PA

- de besluitvorming binnen een multidisciplinair overleg moet helder zijn, multidisciplinaire samenwerking mag niet tot onduidelijkheid leiden over wie hoofdbehandelaar is
- er moeten afspraken worden gemaakt over de termijn waarbinnen een (spoed)consult gedaan behoort te zijn
- er moet worden vastgelegd hoe te handelen bij verschil van inzicht tussen hoofdbehandelaar, medebehandelaar en/of consulent
- heldere communicatie over einde medebehandelaarschap of consuletschap (verantwoordelijkheid weer volledig bij hoofdbehandelaar)
- uit verpleegkundig/ medisch dossier moet blijken wie hoofdbehandelaar is en welke andere hulpverleners bij behandeling zijn betrokken
- de overdracht van patiënten moet expliciet en volledig zijn, zo nodig begeleid door specifieke instructies
- het moet voor patiënt, verpleging en andere hulpverleners duidelijk zijn wanneer een vakgroep/maatschap als hoofdbehandelaar optreedt en wat dit inhoudt
- als een vakgroep/maatschap hoofdbehandelaar is, moet uit het medisch dossier blijken welk aandeel de afzonderlijke leden daarvan hebben in de behandeling van de patiënt
- er moeten afspraken worden gemaakt over de status van adviezen van de consulent en medebehandelaar.⁴

⁴ Joeloem Singh, D (2 februari 2007). Heldere afspraken: Verantwoordelijkheidstoedeling voorwaarde voor verantwoorde zorg. Medisch Contact, 5, p. 204-206

6.2 Kanttekeningen bij eisen IGZ

6.2.1 Ponsplaatje

Op grond van de eisen van de IGZ zou op het ponsplaatje van de patiënt de naam van de hoofdbehandelaar vermeldt dienen te staan. Uit het onderzoek van de IGZ destijds is gebleken dat in slechts één op de drie ziekenhuizen op het ponsplaatje de naam van de actuele hoofdbehandelaar vermeld stond. Een ponsplaatje is echter bedoeld om snel en foutloos de persoonlijke gegevens van een patiënt over te nemen. Dit heeft dus niets te maken met het hoofdbehandelaarschap. Aangezien de hoofdbehandelaar meerdere keren kan wisselen zou het inefficiënt zijn om iedere keer een nieuw ponsplaatje te laten maken. Dit zou zorgen voor overbelasting van de centrale inschrijvingsbalie van het UMCG. Slechts wijzigingen in de persoonlijke gegevens dienen te worden doorgegeven en in dergelijke gevallen zal een nieuw ponsplaatje gemaakt worden. Het vermelden van de actuele hoofdbehandelaar op het ponsplaatje is dan ook een te streng geformuleerde eis, het zorgt voor onnodige belasting van de inschrijvingsbalie en heeft geen toegevoegde waarde voor het bereiken van een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling. Deze eis van de IGZ zal dan ook buiten beschouwing worden gelaten bij de beoordeling of er sprake is van een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling.

6.3 Wanneer is er sprake van volledige implementatie?

Zoals eerder vermeld dient op grond van de KZI ieder ziekenhuis te beschikken over een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling. Naar aanleiding van het inventariserend onderzoek van de IGZ naar het hoofdbehandelaarschap is gebleken dat het UMCG destijds niet beschikte over een dergelijke verantwoordelijkheidstoedeling. Door middel van de vaststelling van de kaderregeling Hoofd- en Medebehandelaarschap heeft het UMCG een eerste stap gezet in de ontwikkeling van een duidelijke

verantwoordelijkheidstoedeling. De afdelingen binnen het UMCG hebben de vrijheid gekregen om deze kaderregeling voor hun eigen afdeling op een werkbare wijze uit te werken. Het uiteindelijke doel is dan ook dat door middel van de kaderregeling en de uitwerkingen door de afdelingen zelf, het UMCG zo spoedig mogelijk zal beschikken over een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling in de zin van de KZI. Allereerst zal dan ook getoetst worden of de kaderregeling in overeenstemming is met de eisen van de IGZ, zoals deze geformuleerd zijn in hoofdstuk 5.1. Het vereiste van de naam van de hoofdbehandelaar op het ponsplaatje zal hierbij buiten beschouwing worden gelaten. Vervolgens zal worden beoordeeld in hoeverre de afdelingen uitvoering hebben gegeven aan de kaderregeling. Hierbij zal onder andere worden gekeken of zij het advies van het Stafconvent in acht hebben genomen en of de conclusie kan worden getrokken dat de verantwoordelijkheidstoedeling in de praktijk op de werkvloer goed is geregeld/geborgd.

Wanneer het UMCG beschikt over een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling die voldoet aan de door de IGZ gestelde eisen en het advies van het stafconvent kan in principe gezegd worden dat de kaderregeling volledig is geïmplementeerd.

7 Kaderregeling in overeenstemming met eisen IGZ?

7.1 Hoofdbehandelaar bij naam bekend

7.1.1 Beleving van de patiënt

Naar aanleiding van enkele interviews met patiënten is gebleken dat de patiënt over het algemeen niet bekend is met het begrip hoofdbehandelaar en wat hiermee bedoeld wordt. Wanneer de patiënt het begrip hoofdbehandelaar niet kent is het een logisch gevolg dat deze patiënt zijn hoofdbehandelaar ook niet aan kan wijzen en dus de naam van zijn hoofdbehandelaar niet kent. Zeker niet als de behandelend arts (meestal AIOS) de patiënt niet kort over verantwoordelijkheidstoedeling, hoofdbehandelaarschap informeert. Op grond van de kaderregeling hoofd- en medebehandelaarschap dient iedere patiënt echter een bij naam bekende hoofdbehandelaar te hebben. Uit de resultaten van de interviews kwam echter naar voren dat de patiënten er vooral aan hechten te weten bij wie zij terecht kunnen in geval van vragen. De patiënten gaven hierbij ook duidelijk aan dat het voor hen niet noodzakelijk was dat uitsluitend de hoofdbehandelaar fungeert als aanspreekpunt voor vragen. Wanneer hierbij een onderscheid gemaakt wordt tussen klinische en poliklinische patiënten dan is hier een duidelijk verschil zichtbaar.

7.1.2 Poliklinische patiënten

Op de polikliniek gaf de patiënt over het algemeen aan slechts belang te hebben bij de naam van de hoofdbehandelaar in situaties waarbij zich ernstige klachten/problemen voordoen, om situaties waarin het vertrouwen weg is doordat wordt getwijfeld aan de kundigheid van de behandelend arts of wanneer de behandelend arts onvoldoende informatie verschaft waardoor de patiënt met vragen blijft zitten. In dergelijke

uitzonderlijke situaties zou de naam van de hoofdbehandelaar bekend gemaakt dienen te worden aan de patiënt zodat deze alsnog daarmee contact op zou kunnen nemen. De geïnterviewde poliklinische patiënten gaven dan ook het redelijk eenduidige antwoord dat het voor hen als voldoende werd ervaren dat de naam van de hoofdbehandelaar bekend gemaakt zou worden indien daarom gevraagd zou worden.

7.1.3 Klinische patiënten

Wanneer we vervolgens kijken naar de klinische patiënt dan is het opvallend dat de patiënt hier een groter belang lijkt te hebben bij het kennen van de naam van de hoofdbehandelaar. Op de polikliniek gaat het over het algemeen om eenvoudige ingrepen, maar bij klinische patiënten gaat het veelal om complexere ingrepen waarbij de patiënt de namen van de operateur, artsen en verpleegkundigen kan noemen. Door de onwetendheid van de patiënt met het begrip hoofdbehandelaar kan deze patiënt echter niet aanwijzen wie de hoofdbehandelaar is. Een voorbeeld waaruit deze onwetendheid van het begrip hoofdbehandelaar blijkt, is de situatie waarin een patiënt op de afdeling kaakschirurgie aangaf dat waarschijnlijk zijn tandarts de hoofdbehandelaar was.

Na enige uitleg van het begrip hoofdbehandelaar bleek de patiënt op de verpleegafdeling een grotere behoefte te hebben aan het kennen van de naam van de hoofdbehandelaar. Deze klinische patiënten gaven nadat zij daarover nader waren geïnformeerd te kennen het toch prettig en belangrijk te vinden de hoofdbehandelaar als eindverantwoordelijke bij naam te kennen. Een duidelijke reden kwam uit de interviews echter niet naar voren

7.1.4 Vasthouden aan de eis van de IGZ

Gezien het feit dat deze klinische patiënten de namen van de verschillende artsen vaak al kenden maar dat zij hun hoofdbehandelaar niet konden benoemen vanwege onbekendheid met het fenomeen hoofdbehandelaar, lijkt het een goede keus vast te houden aan de eis van de IGZ dat slechts *opgenomen* patiënten een bij naam bekende hoofdbehandelaar dienen te hebben. Door de IGZ werd destijds ook de eis gesteld dat slechts *opgenomen* patiënten een bij naam bekende medisch specialist als hoofdbehandelaar hebben. De bepaling in de Kaderregeling dat *iedere* patiënt een bij naam bekende hoofdbehandelaar dient te hebben lijkt dan ook enigszins overbodig. Gezien de resultaten van de interviews lijkt te kunnen worden volstaan met de IGZ-eis.

7.2 Eén hoofdbehandelaar

7.2.1 IGZ/Kaderregeling

Op grond van de door de IGZ gestelde eisen wordt als vanzelfsprekend aangenomen dat een patiënt in iedere fase van zijn behandeling medisch inhoudelijk de meest aangewezen medisch specialist als hoofdbehandelaar heeft. In de definitie van het begrip hoofdbehandelaar zoals deze is opgenomen in de kaderregeling heeft de patiënt echter steeds één hoofdbehandelaar.

7.2.2 De praktijk

Het probleem dat zich hierbij voordoet ontstaat wanneer een patiënt om twee geheel verschillende oorzaken terecht komt in het ziekenhuis, denk hierbij bijvoorbeeld aan een oncologische patiënt die tegelijkertijd zijn been breekt. Het gebroken been staat volledig los van de ziekte zodat het in een dergelijk geval vreemd zou zijn wanneer de patiënt slechts één hoofdbehandelaar zou hebben. De patiënt die al langer behandeld wordt in verband met zijn ziekte heeft al een hoofdbehandelaar, maar indien deze zelfde patiënt zijn been breekt gaat dan het hoofdbehandelaarschap tijdelijk over naar de arts die verantwoordelijk is voor het gebroken been of wordt deze arts aangemerkt als

medebehandelaar? Beide mogelijkheden klinken vreemd in de oren doordat er in principe sprake is van twee totaal verschillende behandelingen. Indien het hoofdbehandelaarschap tijdelijk over zou gaan naar de arts die verantwoordelijk is voor het gebroken been, betekent dat dan dat de patiënt tijdelijk geen oncologisch-deskundige hoofdbehandelaar heeft bij zijn oncologische behandeling? Of wordt de arts die verantwoordelijk is voor de behandeling van het been aangemerkt als medebehandelaar van het oncologische traject. Dit is uiteraard een mogelijkheid maar het blijft een vreemde benadering van het begrip medebehandelaar omdat deze arts in zijn geheel niets te maken heeft met de oncologische behandeling maar juist verantwoordelijk is voor een afzonderlijke behandeling die los staat van de ziekte.

7.2.3 Zorgtraject

Op grond van de door de IGZ gestelde eisen dient een patiënt in iedere fase van zijn behandeling medisch inhoudelijk de meest aangewezen medisch specialist als hoofdbehandelaar te hebben. Wanneer er dus sprake is van twee totaal verschillende behandelingen zoals hierboven nader uiteen is gezet, dan zou het een vreemde keuze zijn om het hoofdbehandelaarschap tijdelijk over te laten gaan of om de andere medische specialist als medebehandelaar aan te merken. Voor beide behandelingen is er sprake van een andere medisch inhoudelijk meest aangewezen medisch specialist zodat op grond van de door de IGZ samengestelde eisen het mogelijk zou moeten zijn dat een patiënt twee hoofdbehandelaars heeft.

De definitie van het begrip hoofdbehandelaar zou daarom beter op die manier geformuleerd kunnen worden dat een patiënt één hoofdbehandelaar heeft per zorgtraject. Een zorgtraject kan in dit geval worden omschreven als het traject van instellingen en organisaties met de daarbij betrokken disciplines dat de patiënt doorloopt tijdens het

doormaken van zijn ziekte/aandoening.⁵ Het zorgtraject bestaat dan dus uit alle activiteiten van de zorgaanbieder die het gevolg zijn van een bepaalde zorgvraag. De mogelijkheid bestaat dan dat er meerdere zorgtrajecten naast elkaar kunnen lopen waarbij de patiënt dus ook kan beschikken over meerdere hoofdbehandelaars. Binnen een zorgtraject kan het hoofdbehandelaarschap echter wel wisselen.

7.3 Naam hoofdbehandelaar op polibrief

Het vermelden van de naam van de hoofdbehandelaar op de polibrief is een typisch voorbeeld van het communicatieve aspect bij het vraagstuk van het hoofdbehandelaarschap en heeft geen toegevoegde waarde in het kader van een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling. De kaderregeling is juist bedoeld om een dergelijke verantwoordelijkheidstoedeling te ontwikkelen en daarom lijkt de eis in de Kaderregeling dat de naam van de hoofdbehandelaar in de polibrief moet worden opgenomen niet op zijn plaats. Dit betekent echter niet dat we dit punt geheel kunnen vergeten. Uit het kleine onderzoek onder patiënten bleek namelijk dat vele patiënten het wel prettig zouden vinden van tevoren de naam van de behandelend arts en/of hoofdbehandelaar te kennen. In verband met een duidelijke communicatie met de patiënt is het dus wel degelijk een belangrijk punt maar zou het niet als eis dienen te worden geformuleerd in de kaderregeling.

⁵ Mens, E & Vreede, A. de (2003). MS: zorgtraject. Geraadpleegd op 30-03-2010, <http://home.versatel.nl/sailbert/MS/zorgtraject.htm>

8 Huidige situatie

Gedurende de inventarisatie van de stand van zaken met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap is gebleken dat de afdelingen de kaderregeling op een redelijk uniforme wijze hebben uitgewerkt, daarom is gekozen om de huidige situatie te beoordelen aan de hand van een beknopte algemene uitwerking binnen sector B. Iedere afdeling heeft op zijn eigen manier een regeling ontworpen, een aantal afdelingen hebben gekozen voor een zeer beknopte uitwerking, andere afdeling voor een wat uitgebreidere versie of sommigen door middel van een stroomschema. Binnen de afdelingen is men hier ook mee bekend zodat er geen verschil van mening bestaat over de term en (juridische) reikwijdte van het begrip hoofdbehandelaar binnen de afdelingen.

8.1 Algemene uitwerking kaderregeling

Polikliniek

Indien de behandeling/diagnostiek zich poliklinisch afspeelt is de medisch specialist die de patiënt heeft gezien, dan wel onder wiens supervisie de patiënt is gezien, eindverantwoordelijk. Deze medisch specialist wordt dan ook op dat moment aangemerkt als de hoofdbehandelaar. Een arts is opleiding tot medisch specialist (AIOS) werkt onder supervisie van een medisch specialist. Het hoofdbehandelaarschap berust dan ook bij de supervisor en niet bij de behandelend arts in opleiding.

De operatieve fase

Gedurende de operatieve fase draait alles eigenlijk om de ingreep zelf. De medisch specialist die de operatie uit zal voeren (operateur) wordt dan ook gekwalificeerd als de hoofdbehandelaar. Wanneer een operatie wordt uitgevoerd door een AIOS, dan geldt net als in de

poliklinische setting dat als hoofdbehandelaar wordt aangemerkt degene onder wiens supervisie dit gebeurt.

Verpleegafdeling

Indien de patiënt na afloop van een operatie op de verpleegafdeling terecht komt dan blijft deze patiënt onder de verantwoordelijkheid van de operateur. De operateur blijft dan ook hoofdbehandelaar.

Indien de behandeling geheel klinisch plaatsvindt en er dus geen sprake is geweest van een operatieve ingreep, dan berust het hoofdbehandelaarschap bij de zaalsupervisor van de betreffende verpleegafdeling.

Registratie

Het hoofdbehandelaarschap wordt door de afdelingen geregistreerd. De wijze waarop dit gebeurt verschilt alleen per afdeling. Er zijn afdelingen die gebruik maken van de mogelijkheid binnen Poliplus om de hoofdbehandelaar te registreren, maar er zijn ook afdelingen die gebruik maken van formulieren waarop dit wordt ingevuld of de hoofdbehandelaar wordt gewoon schriftelijk vermeld in het dossier.

Overdracht van patiënten

Wanneer patiënten worden overgedragen van de ene afdeling naar een andere afdeling dan gaat dit over het algemeen gepaard met een informatieve brief waarin de belangrijke gegevens over de patiënt worden vermeld.

Verhouding AIOS - supervisor

De verhouding tussen een AIOS en zijn supervisor is afhankelijk van de fase van de opleiding waarin de arts in opleiding zich bevindt. Vanzelfsprekend heeft een beginnend AIOS meer begeleiding nodig dan een ver gevorderde arts in opleiding. De mate van zelfstandigheid van een AIOS wordt bepaald aan de hand van verschillende

evaluatiemomenten gedurende de opleiding. Naar aanleiding van een dergelijk evaluatiegesprek wordt ook vastgelegd in hoeverre een arts in opleiding bekwaam genoeg is om bepaalde handelingen zelfstandig te verrichten.

8.2 Wijze van uitwerking

Afdeling	Wijze van uitwerking
Chirurgie	Richtlijn
Kaakchirurgie + Orthodontie	Protocol + stroomdiagram
Keel-Neus en Oorheelkunde (KNO)	Richtlijn + stroomdiagram
Maag-Darm en Leverziekten (MDL)	Richtlijn
Oogheelkunde	Richtlijn
Orthopedie	Richtlijn + overname schema*
Plastische chirurgie	Richtlijn + protocol

Tabel 2 wijze van uitwerking

* een schema waarin wordt aangegeven welke medisch specialist een andere medisch specialist vervangt bij afwezigheid

hoofdbehandelaar wel geregistreerd te worden, maar indien dit niet gedaan wordt bestaat er geen controlemechanisme waardoor dit hersteld kan worden. De vraag is dan ook of de naam van de desbetreffende hoofdbehandelaar in een dergelijk geval nog achterhaald kan worden? Op deze vraag kan voor alle afdelingen een eenduidig antwoord worden gegeven doordat de hoofdbehandelaar altijd is te achterhalen door middel van het dienstrooster. De dienstroosters worden bij iedere afdeling al sinds lange tijd bewaard. De afdeling oogheelkunde bewaart bijvoorbeeld sinds twee jaar de dienstroosters permanent. Bij de afdeling KNO lopen de roosters terug tot vóór 2007 en ook bij de afdeling chirurgie zijn de roosters nog over jaren terug te vinden.

8.3 Borging registratie hoofdbehandelaar

Iedere afdeling registreert de naam van de hoofdbehandelaar op eigen wijze. De afdelingen Kaakchirurgie en KNO maken gebruik van de hierboven genoemde formulieren voor de registratie van de naam van de hoofdbehandelaar. Deze formulieren worden vervolgens uitgewerkt door de zorgadministratie. Indien de naam van de hoofdbehandelaar op dit formulier ontbreekt krijgt de betreffende arts die dit had moeten invullen het formulier terug om alsnog de naam te vermelden. Bij de overige afdelingen vindt er echter geen controle plaats. Deze afdelingen maken gebruik van de mogelijkheid van registratie in Poliplus, dan wel maken een schriftelijke notitie in het dossier. Volgens de gemaakte afspraken binnen deze afdelingen dient de naam van de

9 Voldoet uitwerking afdelingen aan kaderregeling/IGZ?

Bij de beoordeling of de uitwerkingen van de verschillende afdelingen in overeenstemming zijn met de kaderregeling zal gekeken worden naar de zoals hierboven nader geformuleerde aangepaste kaderregeling. De verschillende afdelingen binnen sector B hebben aan de hand van de kaderregeling een uitwerking gemaakt die voor de betreffende afdeling werkbaar is en waar iedereen mee uit de voeten kan. Deze uitwerkingen zijn gebaseerd op de kaderregeling en zijn dan ook voor het grootste gedeelte in overeenstemming met deze regeling. Het enige afwijkende punt is de herkenbaarheid van de hoofdbehandelaar in Poliplus. Gezien het feit dat het digitale registratieprogramma Poliplus volgens de medisch specialisten niet naar behoren functioneert wordt hier niet volledig gebruik van gemaakt. De naam van de hoofdbehandelaar wordt wel geregistreerd maar iedere afdeling doet dit op zijn eigen wijze, bijvoorbeeld door middel van een schriftelijke aantekening in het dossier. De afdeling Orthopedie heeft enkele maanden actief het hoofdbehandelaarschap geregistreerd in Poliplus, maar doordat dit erg veel tijd in beslag nam en de naam van de hoofdbehandelaar ook op een andere wijze te traceren was is men hier weer mee gestopt. Hierbij doet zich de vraag voor wat de meerwaarde zou zijn van een digitale registratie indien het hoofdbehandelaarschap ook op een minder tijdsinvesterende manier te traceren is. Slechts met betrekking tot dit punt dat de hoofdbehandelaar als zodanig herkenbaar is in het ziekenhuis informatiesysteem Poliplus, is de uitwerking van de afdelingen niet in overeenstemming met de kaderregeling. Op het nut van een dergelijk digitaal registratiesysteem zal nog nader worden ingegaan in het volgende hoofdstuk.

10 Volledig geïmplementeerd

Wanneer de Kaderregeling op enkele kleine punten is aangepast (zie hierna) en bovendien de (te strenge) eis van de IGZ om de naam van de hoofdbehandelaar op het ponsplaatje te vermelden, buiten beschouwing wordt gelaten, kan vastgesteld worden dat de onderzochte afdelingen geheel in overeenstemming handelen met de door de IGZ gestelde eisen. De betreffende afdelingen hebben de Kaderregeling op een werkbare wijze uitgewerkt. Over het algemeen kan gezegd worden dat het UMCG voor wat betreft de afdelingen binnen sector B beschikt over een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling. Het enige punt waar nog aan gewerkt zal kunnen worden is een sluitend en goed doordacht registratiesysteem met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap waarmee snel en duidelijk inzicht kan worden verkregen in de verantwoordelijkheden. Het proces van een goede overdracht van zorg wordt daarmee bevorderd. (Zie advies Stafconvent) Op ICT-gebied is men momenteel bezig een dergelijk registratiesysteem te ontwikkelen. Zoals in het voorgaande hoofdstuk al werd aangeduid registreren afdelingen echter op dit moment ook al de naam van de hoofdbehandelaar, maar dan ieder op hun eigen wijze. Enkele afdelingen registreren dit digitaal, andere afdelingen maken hier schriftelijk een aantekening van in het dossier en sommige afdelingen maken gebruik van een formulier waarop de naam van de hoofdbehandelaar wordt vermeld en dit formulier wordt vervolgens digitaal verwerkt in poliplus door de zorgadministratie. Daarmee wordt de vraag opgeroepen of het wel zin heeft om een digitaal registratiesysteem hiervoor te ontwikkelen omdat dit veel tijd en energie in beslag zal nemen. Tijdens een overleg van degenen die hier momenteel mee bezig zijn is namelijk gebleken dat zij niet goed op de hoogte waren van het onderwerp hoofdbehandelaarschap en wat hier precies mee bedoeld werd. Wanneer besloten wordt een dergelijk systeem te

ontwikkelen zullen eerst deze medewerkers op de hoogte gebracht dienen te worden van de ingewikkeldheid van het onderwerp hoofdbehandelaarschap en wat hier allemaal bij komt kijken. Een dergelijk registratiesysteem vervult evenwel slechts een ondersteunende functie, het gaat erom dat je achteraf kunt traceren wie op welk moment hoofdbehandelaar was. Als dit via de huidige werkwijze ook prima is te traceren is het de vraag of men de tijd en energie wil steken om een goed registratiesysteem te ontwikkelen dat slechts een ondersteunende functie vervult? Doordat de wijze van registreren niet op iedere afdeling gecontroleerd wordt kan het voorkomen dat de naam van de hoofdbehandelaar niet vermeld is in het dossier. In een dergelijk geval is de naam van de hoofdbehandelaar echter altijd te traceren door middel van de bewaarde dienstroosters. Het ontwikkelen van een digitaal registratiesysteem is dan ook niet noodzakelijk voor de traceerbaarheid van de hoofdbehandelaar.

11 Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg

11.1 Algemeen

Op 26 januari 2010 is de handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg⁶ uitgereikt aan de IGZ (zie bijlage 3). Deze handreiking bevat 13 aandachtspunten die kunnen worden gezien als kernaspecten van een regeling van verantwoordelijkheden bij samenwerking in het zorgproces. Deze handreiking is bedoeld om zorgverleners handvatten te bieden voor de organisatie van een goede zorgverlening. Wanneer echter de conclusie voor de afdelingen binnen sector B is dat de werkvloer goed uit de voeten kan met de kaderregeling en deze regeling ook nog voldoet aan de eisen van de IGZ, wat zou dan de meerwaarde zijn van ook nog toepassing van de handreiking? De kans bestaat dat dan juist verwarring ontstaat terwijl de werkvloer nu zelf de hand heeft gehad aan de uitwerking voor de eigen organisatie. Hoewel de handreiking voor wat betreft het juridische gedeelte redelijk overeenkomt met de eerder door de IGZ gestelde eisen, kan het een negatief effect veroorzaken om de ziekenhuizen plotseling aan de hand van een andere richtlijn te toetsen. Door de toenemende overheidsbemoeienis is er op de werkvloer al veel onvrede ontstaan over de regelgeving van bovenaf. Om deze onvrede te beperken zou het beter zijn de medewerkers te complementeren indien zij een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling hebben ontwikkeld aan de hand van de door de IGZ gestelde eisen. Op deze manier is vanaf de werkvloer het resultaat zichtbaar van de tijd die is

gestoken in de ontwikkeling en uitwerking van de kaderregeling, waardoor hoogstwaarschijnlijk ook enig begrip getoond zal worden voor de regelgeving van bovenaf. Indien de kaderregeling getoetst zou moeten worden aan de handreiking kan dat resulteren in het omgekeerde effect en kan het idee ontstaan op de werkvloer werk voor niets te hebben gedaan en zal dit zeker niet stimulerend werken voor hun medewerking in de toekomst aan de regelgeving van bovenaf.

11.2 Praktische betekenis van de “handreiking”

De handreiking is ook minder expliciet gericht op het hoofdbehandelaarschap en de daarbij behorende verantwoordelijkheidstoedeling, maar meer op de samenwerking in de zorg. In één van de aandachtspunten wordt bijvoorbeeld gesproken over het voorzien in controlemomenten indien er sprake is van samenwerking in de zorg. Dit gaat om structurele stopmomenten waarop gecontroleerd wordt of het voorafgaande proces volgens afspraak is verlopen, of alle partijen hun taken hebben uitgevoerd en gedocumenteerd en of men het beschreven traject verder kan vervolgen. Bij dergelijke stopmomenten wordt slechts gecontroleerd of alles goed is verlopen en of er “groen licht is” om door te gaan en dit staat los van de verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners. Deze verantwoordelijkheden van de zorgverleners worden juist door een verantwoordelijkheidstoedeling vastgelegd. Natuurlijk staan deze twee punten wel met elkaar in verband maar voor de beoordeling of er sprake is van een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling zijn de eisen van de IGZ, die expliciet gericht zijn op het ontwikkelen van een verantwoordelijkheidstoedeling, een betere maatstaf. De handreiking ziet meer op het ontwikkelen van een

⁶ Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010). Geraadpleegd op 26 januari 2010, <http://knmg.artsennet.nl/Diensten/knmgpublicaties/KNMGpublicatie/Handreiking-verantwoordelijkheidsverdeling-bij-samenwerking-in-de-zorg-2010.htm>

verantwoordelijkheidstoedeling op de werkvloer met de daarbij komende communicatieve aspecten. De handreiking biedt geen harde norm en heeft meer betrekking op gedragsaspecten en is dan ook een duidelijk voorbeeld van regelstelling waarbij het juridische en communicatieve aspect door elkaar heen lopen. De juridische punten binnen de handreiking hebben in principe betrekking op de ontwikkeling van een verantwoordelijkheidstoedeling, maar daarnaast zijn er vele communicatieve punten opgenomen in deze handreiking.

Volgens de handreiking leidt een kaderregeling met definities niet tot een heldere rolverdeling tussen hoofdbehandelaar, medebehandelaar en consulent. Op grond van deze handreiking is het van belang dat tussen zorgverleners duidelijke afspraken worden gemaakt over wie waarvoor verantwoordelijk is. De handreiking wijst een dergelijke regeling zoals de kaderregeling dan ook af. Door de handreiking ontstaat op deze manier de gedachte dat iedere situatie met de daarbij behorende verantwoordelijkheden uitgewerkt dient te worden. Dit zou betekenen dat er een onleesbaar dik pakket met vastgelegde afspraken ontstaat waarbij iedere situatie “gedekt” zou moeten zijn. Binnen de gezondheidszorg is het echter niet mogelijk om vooraf iedere situatie te voorzien en het lijkt het een verstandige keus om vast te houden aan een kaderregeling met definities die nader uitgewerkt wordt door de afdelingen. Op deze manier bestaat er een duidelijk kader en dient men door middel van interpretatie van de bestaande regels en afspraken specifieke situaties op te lossen.

11.3 Aandachtspunten handreiking

Aandachtspunt 1:

Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners:
- het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger;

- de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt;
- belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator).
Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld. Zo mogelijk zijn deze taken in één hand.

Aandachtspunt 2:

Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan betreffende de cliënt.

Aandachtspunt 3:

Gegarandeerd wordt dat de rechten van de cliënt, zoals deze voortvloeien uit wetgeving en rechtspraak, op de juiste wijze worden nagekomen. Waar nodig worden afspraken gemaakt om te vergemakkelijken dat de cliënt de hem toekomende rechten kan uitoefenen.

Aandachtspunt 4:

Een zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject vergewist zich ervan dat hij/zij beschikt over relevante gegevens van collega's en informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen.

Aandachtspunt 5:

Relevante gegevens worden aangetekend in een dossier betreffende de cliënt. Bij voorkeur is dit een geïntegreerd dossier, dat door alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners kan worden geraadpleegd en aangevuld. Zo niet, dan worden afspraken gemaakt over de wijze waarop samenwerkingpartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen.

Aandachtspunt 6:

Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.

Aandachtspunt 7:

Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband zijn alert op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid en verwijzen zo nodig tijdig door naar een andere zorgverlener. Zij zijn op de hoogte van de kerncompetenties van de andere betrokken zorgverleners.

Aandachtspunt 8:

In gevallen waarin tussen zorgverleners een opdrachtrelatie bestaat, geeft de opdrachtgevende zorgverlener voldoende instructies met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.

Aandachtspunt 9:

Overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. Bij de inrichting van overdrachtmomenten is van belang om zowel rekening te houden met bij overdrachtssituaties in het algemeen veel voorkomende risico's als met eventuele specifieke kenmerken van de cliëntsituatie.

Aandachtspunt 10:

Waar nodig voor een goede zorgverlening wordt in situaties van samenwerking in de zorg voorzien in controlemomenten (overleg, evaluatie).

Aandachtspunt 11:

De cliënt of diens vertegenwoordiger wordt intensief betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van het zorg- of behandelplan. De eigen verantwoordelijkheid van de cliënt in relatie tot het zorgproces wordt zoveel mogelijk gestimuleerd. Elke zorgverlener bespreekt met de cliënt ook diens ervaringen met het samenwerkingsverband.

Aandachtspunt 12:

Afspraken die door samenwerkingspartners worden gemaakt over de aard en inrichting van de samenwerking

en over ieders betrokkenheid worden schriftelijk vastgelegd.

Aandachtspunt 13:

Met betrekking tot incidenten (waaronder begrepen fouten) geldt het volgende:

- naar de cliënt wordt over incidenten openheid betracht;
- incidenten worden gemeld op een binnen het samenwerkingsverband afgesproken centraal punt;
- een aan het samenwerkingsverband deelnemende zorgverlener die in de ogen van een of meer collega's niet voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg, wordt door hen daarop aangesproken.⁷

11.3.1 Juridische punten handreiking

Het eerste aandachtspunt van de handreiking houdt in dat het aanspreekpunt voor de cliënt, de inhoudelijk verantwoordelijke en de zorgcoördinator zoveel mogelijk worden toebedeeld aan één en dezelfde persoon. Deze persoon zal dan ook worden aangemerkt als hoofdbehandelaar. Echter naar aanleiding van de interviews onder enkele patiënten is gebleken dat de patiënt er over het algemeen genuanceerder naar kijkt dat uitsluitend de hoofdbehandelaar als aanspreekpunt fungeert. Voor de patiënt gaat het erom dat vragen naar behoren worden beantwoordt en zij nemen hierbij ook genoegen met een andere arts of verpleegkundige die hen de gewenste informatie verschaft. De IGZ stelt daartegenover slechts de eis dat de hoofdbehandelaar ook de organisatorische eindverantwoordelijkheid draagt en dus niet de eis dat de functie van aanspreekpunt ook bij deze zelfde persoon berust. Op dit punt verdient het dan ook de voorkeur om te kijken naar de door de IGZ gestelde eisen in plaats van naar de handreiking.

⁷ Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010). Geraadpleegd op 26 januari 2010, <http://knmg.artsennet.nl/Diensten/knmgpublicaties/KNMGpublicatie/Handreiking-verantwoordelijkheidsverdeling-bij-samenwerking-in-de-zorg-2010.htm>

11.3.2 Communicatieve punten handreiking

De communicatieve punten van de handreiking hebben niet zozeer te maken met de communicatie richting de patiënt in verband met het hoofdbehandelaarschap, maar meer met de communicatie richting de patiënt in het algemeen.

Aandachtspunt drie heeft bijvoorbeeld betrekking op welke informatie gecommuniceerd dient te worden naar de patiënt en wie welke informatie dient te verstrekken. Het gaat hierbij om informatie met betrekking tot de rechten van de cliënt en deze informatie is niet van belang voor het hoofdbehandelaarschap of het ontwikkelen van een verantwoordelijkheidstoedeling. Wel staat in de handreiking uitgewerkt dat de hoofdbehandelaar als aanspreekpunt fungeert met betrekking tot de cliëntenrechten maar gezien het feit dat de patiënt er geen belang bij heeft dat uitsluitend de hoofdbehandelaar informatie verschaft kan de patiënt hieromtrent ook geïnformeerd worden door een andere arts of verpleegkundige. Het verstrekken van informatie met betrekking tot de rechten van de cliënt kan dan ook los worden gezien van het hoofdbehandelaarschap en kan worden aangemerkt als algemene communicatie richting de patiënt.

Aandachtspunt elf heeft met name betrekking op de patiënttevredenheid en de communicatie richting de patiënt. Uitgangspunt hierbij is de patiënt te betrekken bij het zorg- of behandelplan en met de patiënt te spreken over diens ervaringen met een eventueel samenwerkingsverband. Dit punt heeft echter niets te maken met het hoofdbehandelaarschap of het ontwikkelen van een verantwoordelijkheidstoedeling, maar is van belang in verband met de algemene communicatie richting de patiënt en de patiënttevredenheid.

Ook het melden van incidenten zoals vermeld in aandachtspunt dertien, staat los van het hoofdbehandelaarschap. Als er een medische fout wordt gemaakt dient natuurlijk de verantwoordelijke arts achterhaald te worden en dient men dit op een centrale

plaats te kunnen melden, maar het is geen vereiste voor een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling en zal dan ook niet bij de beoordeling hieromtrent worden betrokken.

12 Conclusie

12.1 Onderzoeksvraag/deelvragen

De onderzoeksvraag:

In hoeverre hebben de afdelingen binnen sector B van het Universitair Medisch Centrum te Groningen uitvoering gegeven aan de door de Raad van Bestuur vastgestelde kaderregeling?

Is deze uitvoering voldoende voor een goede verantwoordelijkheidstoedeling waarbij er zowel voor de patiënt als voor het personeel duidelijkheid ontstaat over het hoofdbehandelaarschap of is de uitvoering nog voor verbetering vatbaar?

Om een antwoord te geven op bovenstaande onderzoeksvraag, kan na aanpassing van de kaderregeling op de geformuleerde wijze eigenlijk gezegd worden dat de afdelingen binnen sector B niet "in gebreke" zijn gebleven en de huidige kaderregeling volledig hebben geïmplementeerd. De voorgestelde aangepaste kaderregeling, waarop hierna nader zal worden ingegaan, zal geheel in overeenstemming met de door de IGZ gehanteerde eisen zijn. De afdelingen in sector B hebben op een werkbare wijze invulling geven aan de Kaderregeling. De voorgestelde aangepaste Kaderregeling zal daaraan niets (essentieels) afdoen.

Over het algemeen kan gezegd worden dat de in sector B onderzochte afdelingen van het UMCG beschikken over een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling. Iedere afdeling heeft de kaderregeling op eigen wijze uitgewerkt, dit verschilt van zeer beknopt tot zeer uitgebreid.

Het advies van het Stafconvent kan beschouwd worden als een memorie van toelichting op de kaderregeling en bevat geen elementen die nieuwe dingen toevoegen aan de door IGZ gestelde eisen. Een belangrijke aanvulling betreft de ontwikkeling van een sluitend en goed doordacht

registratiesysteem met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap. Een dergelijk registratiesysteem vervult echter slechts een ondersteunende functie en het gaat er om dat je achteraf kunt traceren wie op welk moment hoofdbehandelaar was. Als dit via de huidige werkwijze ook prima is te traceren is het de vraag of men de tijd en energie wil steken om een goed registratiesysteem te ontwikkelen dat slechts een ondersteunende functie vervult. Indien men het belangrijk vindt dat het UMCG beschikt over een dergelijk registratiesysteem dan voldoen de uitwerkingen van de afdelingen op dit moment nog niet aan het advies van het stafconvent door het ontbreken van een goed functionerend registratiesysteem. Indien men van mening is dat een registratiesysteem met ondersteunende functie niet van essentieel belang is dan zal het advies van het stafconvent op dit punt aangepast dienen te worden zodat de uitwerkingen voldoen aan het advies. Voor het overige is er geen strijdigheid met het advies.

Met betrekking tot de duidelijkheid over het hoofdbehandelaarschap voor de patiënt kan er echter nog wel het een en ander verbeterd worden doordat gebleken is dat de patiënt over het algemeen niet bekend is met het begrip hoofdbehandelaar. De patiënt zou hierover bijvoorbeeld kunnen worden geïnformeerd door middel van een patiëntenfolder waarin het fenomeen hoofdbehandelaar nader toegelicht wordt.

12.2 Bijdrage doelstelling onderzoek

Naar aanleiding van het inventariserende onderzoek van de IGZ bleek dat het UMCG nog niet beschikte over een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling. De vastgestelde kaderregeling was in principe de eerste stap in de richting van een dergelijke verantwoordelijkheidstoedeling.

Vervolgens werd het aan de afdelingen zelf overgelaten om dit op een werkbare wijze uit te werken voor hun afdeling. Het doel van dit onderzoek was dan ook om te inventariseren of en op welke wijze afdelingen hieraan uitvoering hadden gegeven. Door middel van dit onderzoek heeft de inventarisatie en evaluatie van de uitwerkingen van de afdelingen binnen sector B reeds plaatsgevonden. Deze rapportage kan vervolgens ook gebruikt worden bij de verdere inventarisatie van de overige sectoren binnen het UMCG. Het uiteindelijke doel van de kaderregeling is dat er sprake zal zijn van een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling binnen het UMCG. Uit dit onderzoek is gebleken dat voor wat betreft sector B op dit moment gezegd kan worden dat er sprake is van een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling en heeft dan ook op deze manier bijgedragen aan het uiteindelijke doel van de vaststelling van de kaderregeling.

13 Praktische/juridische aanbevelingen

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal welke praktische/juridische aanbevelingen kunnen worden gedaan indien afdelingen 'in gebreke' zijn gebleven bij de uitwerking van de kaderregeling hoofd- en medebehandelaarschap.

13.1 Kaderregeling hoofd- en medebehandelaarschap

Naar aanleiding van de evaluatie van de stand van zaken met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap zou ik willen aanbevelen om de kaderregeling op de hierna volgende punten aan te passen zodat deze volledig in overeenstemming zal zijn met de door de IGZ geformuleerde eisen.

13.1.1 Aanpassingen kaderregeling

Hoofdbehandelaar bij naam bekend

Naar aanleiding van het beeld dat is ontstaan door het resultaat van de interviews, dient zoals in hoofdstuk 5.1 nader is toegelicht vastgehouden te worden aan de eis van de IGZ dat iedere *opgenomen* patiënt een bij naam bekende hoofdbehandelaar heeft. Op dit punt zou ik dan ook willen adviseren om de kaderregeling aan te passen zodat slechts de *opgenomen* patiënt een bij naam bekende hoofdbehandelaar dient te hebben.

Eén hoofdbehandelaar

Op grond van de kaderregeling heeft een patiënt steeds één hoofdbehandelaar. In hoofdstuk 5.2 is nader toegelicht waarom dit een vreemde benadering is van het begrip hoofdbehandelaar en dat het gerechtvaardigd kan zijn dat een patiënt meerdere hoofdbehandelaars heeft. In principe komt het er op neer dat een patiënt per zorgtraject één hoofdbehandelaar heeft, maar vervolgens kan er sprake zijn van meerdere zorgtrajecten. Een zorgtraject kan in dit geval

worden omschreven als het traject van instellingen en organisaties met de daarbij betrokken disciplines dat de patiënt doorloopt tijdens het doormaken van zijn ziekte/aandoening.⁸

Naam hoofdbehandelaar op polibrief

De afdelingen binnen sector B vermelden momenteel niet de naam van de hoofdbehandelaar op de polibrief. Zoals in hoofdstuk 5.3 nader uiteen is gezet is het vermelden van de naam van de hoofdbehandelaar op de polibrief voornamelijk relevant vanwege een duidelijke communicatie naar de patiënt, maar voegt dit op zich niets toe aan de ontwikkeling van een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling. Dit punt hoort dan ook niet thuis in de kaderregeling die expliciet gericht is op de ontwikkeling van een verantwoordelijkheidstoedeling.

13.1.2 Voorstel aanpassing kaderregeling

Op grond van het voorgaande zou de kaderregeling hoofd- en medebehandelaarschap aangepast kunnen worden zoals geformuleerd in bijlage 2. De aanpassingen genoemd onder de definitie van de patiënt hebben betrekking op inhoudelijke wijzigingen zoals in hoofdstuk 5 nader is toegelicht. De aanpassingen in de definities van hoofd- en medebehandelaar hebben niet zo zeer betrekking op de inhoud maar meer op de vormgeving van de regeling. Deze punten waren opgenomen onder het kopje specifieke situaties, maar aangezien het in principe gaat om een deel van de definities hoofd- en medebehandelaar is er voor gekozen om dit onder te brengen bij de definities in plaats van bij de specifieke situaties.

⁸ Mens, E & Vreede, A. de (2003). MS: zorgtraject. Geraadpleegd op 30-03-2010, <http://home.versatel.nl/sailbert/MS/zorgtraject.htm>

13.2 Overige aanbevelingen

13.2.1 Digitaal registratiesysteem

Indien wordt besloten een digitaal registratiesysteem te ontwikkelen voor het registreren van het hoofdbehandelaarschap zou ik het volgende willen adviseren. In de aanbevelingen van het stafconvent staat namelijk opgenomen dat allereerst een omschrijving van het pakket van eisen voor een registratiesysteem opgesteld dient te worden voordat registratie in Poliplus mogelijk zal zijn. Het stafconvent is bereid hieraan een bijdrage te leveren zodat ik ook zou willen adviseren om hier gebruik van te maken bij de ontwikkeling van een goed registratiesysteem. De kennis waarover medisch specialisten beschikken met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap in de praktijk kan van groot belang zijn om een goed functionerend systeem te ontwikkelen. Wanneer dit volledig zal worden overgelaten aan ICT-medewerkers bestaat het risico een systeem te ontwerpen dat in de praktijk niet naar behoren functioneert en aangezien het onder andere de medisch specialisten zijn die hiermee zullen moeten werken lijkt het een verstandige keus deze specialisten bij dit ontwikkelingsproces te betrekken.

13.2.2 Handreiking

In de handreiking lopen juridische en communicatieve aspecten door elkaar heen. De juridische punten zijn in principe gericht op het ontwikkelen van een verantwoordelijkheidstoedeling. Indien er dus sprake is van een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling binnen het UMCG kunnen deze punten in principe worden weggestreept uit de handreiking. De handreiking zal mijn inziens niets extra's toevoegen aan de wijze waarop de afdelingen in sector B nu al invulling hebben gegeven aan de implementatie van de IGZ-eisen met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap. Dan blijven nog slechts de communicatieve punten over. Ik zou dan ook willen adviseren om na te gaan in hoeverre het UMCG al voldoet aan de communicatieve aandachtspunten, in hoeverre patiënten belang hebben bij bepaalde informatie en op

welke punten de communicatie richting de patiënt nog voor verbetering vatbaar is.

13.2.3 Advies toekomst

Vanuit de afdelingen kwam veel weerstand met betrekking tot de kaderregeling. Men gaf aan dat de kaderregeling er van de één op de andere dag was en dit uitgewerkt diende te worden voor de eigen afdeling. Om deze weerstand in de toekomst te beperken van de invoering van regelingen zoals de kaderregeling zou ik willen adviseren om hierbij rekening te houden met het binnen het veranderingsmanagement bekende model (zie bijlage 4). Hierbij dient onder andere de reden van de verandering te worden medegedeeld, het persoonlijke voordeel voor artsen en het voordeel voor het UMCG. Hierdoor kan het gedrag van de medewerkers in positieve zin veranderen waardoor zij eerder in staat zullen zijn hun medewerking te verlenen aan het doorvoeren van dergelijke veranderingen. Dit kan ook effect hebben voor het wegnemen van de negatieve betekenis die momenteel heerst met betrekking tot het begrip hoofdbehandelaar.

14 Bronnenlijst

Boeken

- Leenen, H.J.J. (2000). Handboek gezondheidsrecht: Deel I Rechten van mensen in de gezondheidszorg. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum.
- Leenen, H.J.J. (2002). Handboek gezondheidsrecht: Deel II Gezondheidszorg en recht. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tammeling, B.P. (1978). Het AZG jubileert: een geschenk voor de patiënten, opgenomen in het jaar van het 75-jarig jubileum aan de Oostersingel en het 175-jarig jubileum aan de Oostersingel van een Academisch Ziekenhuis in Groningen. Groningen: AZG

Internet

- Kwaliteit van de zorg (z.d.). Geraadpleegd op 1 februari 2010, <http://www.minvws.nl/dossiers/wet-big/default.asp>
- UMCG (z.d.) UMC-Staf. Geraadpleegd op 18 januari 2010, <http://cms.umcg.nl/azgorganisatie/sectstaf/>
- Memorie van toelichting wet cliëntenrechten zorg. (2009). Geraadpleegd op 20 april 2010, <http://www.knmg.artsennet.nl/web/file?uuid=93dc90b5-0a24>
- Mens, E & Vreede, A. de (2003). MS: zorgtraject. Geraadpleegd op 30 maart 2010, <http://home.versatel.nl/sailbert/MS/zorgtraject.htm>
- Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010). Geraadpleegd op 26 januari 2010, <http://knmg.artsennet.nl/Diensten/knmgpublicaties/KNMGpublicatie/Handreiking-verantwoordelijkheidsverdeling-bij-samenwerking-in-de-zorg-2010.htm>
- De tuchtrechtelijke en civielrechtelijke aansprakelijkheid van medische deskundigen (2004). Geraadpleegd op 10 februari 2010, http://www.rechten.vu.nl/nl/Images/39%202004_november_TvGR_Aansprakelijkheid_deskundigen_August1_tcm22-55038.pdf
- Wetgeving (z.d.). Geraadpleegd op 21 april 2010, <http://www.justitie.nl/onderwerpen/wetgeving/over-wetgeving/wetgevingsproces>
- De nieuwe wet Cliëntenrechten zorg: van Patiëntenrechten naar Cliëntenrechten - Patiëntenwetgeving grondig op de schop (2010). Geraadpleegd op 21 april 2010, http://www.paoleiden.nl/cms2/index.php?option=com_content&view=article&id=189:de-nieuwe-wet-clientenrechten-zorg-van-patientenrechten-naar-clientenrechten&catid=34:algemeen
- Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ) (z.d.). Geraadpleegd op 19 mei 2010, <http://www.nfu.nl/index.php?id=35>

Tijdschriften

- Joeloemingsh, D (2 februari 2007). Heldere afspraken: Verantwoordelijkheidstoedeling voorwaarde voor verantwoorde zorg. Medisch Contact, 5, p. 204-206
- Maassen, H & Crul, B.V.M (27 januari 2010). De patiënt staat nu echt centraal. Medisch contact, 4, p 151-154
- KNMG & Crul, B.V.M. (22 oktober 2009). Zoek de hoofdbehandelaar. Medisch contact, 43, p 1780-1783

Bijlage 1 Advies Stafconvent inzake hoofdbehandelaarschap

Hanzeplein 1 Postbus 30 001, 9700 RB Groningen

Universitair Medisch Centrum Groningen

Stafconvent

Aan

Drs.L.C. Bruggeman
Voorzitter Raad van Bestuur

Telefoon (050) 36 13604
E-mail secretariaat@stafconvent.umcg.nl

Bijlage(n) 1
Kenmerk **CU.09.22**

Datum : 3 maart 2009
Onderwerp : hoofdbehandelaarschap
Uw brief:

Geachte heer Bruggeman,

Het overleg van chefs de clinique en medisch coördinatoren heeft ons nader geadviseerd over de implementatie van de Kaderregeling hoofdbehandelaarschap.

Wij onderschrijven de aanbevelingen en geven u in overweging deze over te nemen en zorg te (laten)dragen voor duidelijke en concrete uitvoeringsmaatregelen op basis van het advies. Het presidium van het CdC/MC-overleg heeft zich bereid verklaard bijdragen aan dergelijke maatregelen te leveren.

Met vriendelijke groet,
namens het Conventsbestuur,

Prof.dr.J.M.M. Hooymans,
voorzitter.



Bijlage 2 Aanpassing formulering

Kaderregeling Hoofd- en Medebehandelaarschap	Oktober 2008
<p>Preambule</p> <p>De kwaliteitswet Zorginstellingen en nadere richtlijnen van de IGZ geven aan dat een formele verantwoordelijkheidstoedeling voorwaarde is voor verantwoorde zorg. Deze kaderregeling maakt onderdeel uit van het patiënt kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem.</p> <p>Onderhavige kaderregeling wil rekening houden met de onderscheiden rollen zoals die zich in het UMCG voordoen en het daarmee mogelijk maken de in de praktijk voorkomende situatie helder te beschrijven.</p> <p>Gelet op de complexiteit van de patiëntenzorg en als gevolg van de opleidingstaken van het UMCG zal een patiënt geregeld in aanraking komen met diverse behandelaren. Een behandelaar is een persoon die medische handelingen verricht bij een patient. In het UMCG kan dat een medisch specialist zijn, een AIOS of ANIOS, maar in bepaalde situaties voor bepaalde onderdelen van de behandeling ook een nurse practitioner of physician assistant. Voor de patient zijn hierbij een aantal zaken verder van belang. Hij moet weten wie eindverantwoordelijk is voor de overall coördinatie van zijn klinische behandeling (de hoofdbehandelaar). Hij moet weten wie eindverantwoordelijk is voor de uitvoer van substantiële onderdelen van de behandeling (de medebehandelaar). De positie van de consulent als adviseur van hoofd- en medebehandelaar moet duidelijk zijn. Ten slotte moet duidelijk zijn wie voor de patiënt de eerst aanspreekbare behandelaar is. Duidelijk zal zijn dat dit in een UMC vaak een AIOS is, maar ook anderen kunnen deze rol van eerst aanspreekbare behandelaar vervullen.</p>	
Definities en uitwerking	
<p>1.) De patiënt</p> <ul style="list-style-type: none">• heeft één of meer behandela(a)r(en) en deze is (zijn) bij hem bij naam bekend• heeft steeds één hoofdbehandelaar per zorgtraject*, die• bij opgenomen patiënten is de hoofdbehandelaar bij naam bekend• kan één of meer, hem bij naam bekende medebehandelaren hebben. <p>* Zorgtraject : het traject van instellingen en organisaties met de daarbij betrokken disciplines dat de patiënt doorloopt tijdens het doormaken van zijn ziekte/aandoening. Het zorgtraject bestaat dus uit alle activiteiten van de zorgaanbieder die gevolg zijn van een bepaalde zorgvraag.</p>	
<p>2.) De behandelaar</p> <ul style="list-style-type: none">• is een medisch specialist, AIOS, ANIOS, Nurse Practitioner (NP) of Physician Assistant (PA)• draagt een eigen (medische) verantwoordelijkheid voor de patiënt• verricht medische handelingen bij de betreffende patient• opereert binnen de kaders van de hoofdbehandelaar• behandelaren in opleiding (maar ook de ANIOS, NP en PA) handelen steeds onder de supervisie van een medisch specialist	

3.) De hoofdbehandelaar

- is een medisch specialist;
- is verantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt en voor de organisatie rond zijn behandeling;
- draagt er zorg voor dat alle noodzakelijke besluiten genomen worden. Bij onoverkomelijk verschil van inzicht over de behandeling tussen hoofd-, en medebehandelaar(s) of consulent(en) wordt geëscaleerd naar de betreffende afdelingshoofden;
- wanneer openthoud in de besluitvorming nadelige gevolgen heeft voor de patiënt stelt de hoofdbehandelaar het beleid vast, onverlet het hiervoor genoemde;
- draagt er zorg voor dat het medisch inhoudelijke beleid afgestemd is met de eventuele medebehandelaars en consulenten;
- zijn focus ligt bij continuïteit, overzicht, afstemming en communicatie rondom het zorgproces van de individuele patiënt;
- is als zodanig herkenbaar in het ziekenhuis informatiesysteem (Poliplus);
- is bekend bij de A(N)IOS's, verpleging en (para-) medische disciplines;
- wordt volgens de binnen de afdeling bekende regeling waargenomen voor dagelijkse continuïteit en in de dienstsituatie;
- bij een operatieve ingreep door een team bestaande uit een operateur, anesthesioloog en ondersteunende medewerkers is de operateur de hoofdbehandelaar en de anesthesioloog wordt aangemerkt als medebehandelaar. Op de recovery is de anesthesioloog hoofdbehandelaar en de operateur medebehandelaar;
- op de Intensive Care is de dienstdoende superviserende intensivist de hoofdbehandelaar, op basis van de dienstlijst is steeds duidelijk wie hoofdbehandelaar is.

4.) De medebehandelaar

- is een medisch specialist;
- is verantwoordelijk voor een omschreven deel van de behandeling;
- de medebehandeling vindt plaats in het kader van een andere, aanvullende zorgvraag of in het kader van een complicatie;
- draagt er zorg voor dat het medisch inhoudelijke beleid afgestemd is met de hoofdbehandelaar, eventuele andere medebehandelaars en consulenten;
- is als zodanig herkenbaar in het ziekenhuis informatiesysteem (Poliplus);
- is bekend bij de A(N)IOS's, verpleging en (para-) medische disciplines;
- wordt volgens de binnen de afdeling bekende regeling waargenomen voor dagelijkse continuïteit en in de dienstsituatie.
- op de intensive care is er een regeling met betrekking tot het medebehandelaarschap.

5.) De consulent

- verleent, op verzoek van de hoofdbehandelaar of medebehandelaar expertise aan de zorg van een patiënt;
- adviseert de consultvragende hoofd- respectievelijk medebehandelaar.

Specifieke situaties

- 6.) De namen van de hoofd- en eventuele medebehandelaar van opgenomen patiënten worden vastgelegd onder een tabblad in de digitale decursus.
- 7.) **Spoedpoli (CSO):** vanaf het moment van triage van een patiënt, wordt de patient toebedeeld aan de lijn trauma danwel non-trauma, conform het organisatiemodel van de CSO. De supervisor van die lijn is vanaf dat moment de hoofdbehandelaar.

Bijlage 3 Handreiking verantwoordelijkheidsdeling

Aan: Conventsbestuur

Van: Presidium CdC/MC-overleg

Datum: 26 februari 2009

Betreeft: Implementatie Kaderregeling Hoofdbehandelaarschap

CI.09.31

Het CdC/MC-overleg heeft zich n.a.v. uw verzoek om de consequenties van de Kaderregeling nader tegen het licht te houden zich m.n. gebogen over de volgende vragen:

- Is de Kaderregeling rijp voor UMCG-brede implementatie?
- Kunnen er suggesties worden gedaan die recht doen aan de dagelijkse praktijk?

De onderstaande uitkomsten en aanbevelingen zijn mede op basis van de bevindingen van een werkgroep uit de kring van het CdC/MC-overleg tot stand gekomen;

I. Definities Kaderregeling

Conclusie: Bij de uitwerking per afdeling/specialisme leveren de definities in de praktijk (zowel voor de poliklinieken als de verpleegafdelingen) geen (onoverkomelijke) problemen op.

II. Uitgangspunten bij de uitwerking

Bij de nadere uitwerking per afdeling/specialisme -mede afhankelijk van de eigen interne organisatie (eventueel na aanpassing)- zullen de volgende uitgangspunten gehanteerd worden.

▪ **Algemeen:**

De verantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënt moet - fysiek - worden neergelegd bij de persoon die zo dicht mogelijk bij de patiënt staat en daartoe bekwaam en bevoegd is. *De medisch specialist is behandelaar en waar mogelijk tevens hoofdbehandelaar danwel de verantwoordelijkheidstoedeling is duidelijk geregeld.*

▪ **Organisatie "verantwoordelijkheidstoedeling"**

De volgende situaties zijn daarbij te onderscheiden:

1. Behandelaar is medisch specialist; hoofdbehandelaarschap staat daarmee vast.
2. Behandelaar is medisch specialist, maar geen hoofdbehandelaar; toedeling hoofdbehandelaarschap aan een andere medisch specialist.
Binnen een afdeling kan sprake zijn van een duidelijke onderverdeling in secties, onderafdelingen, units, aandachtsgebieden etc. Als de afdelingsleiding, hoofd onderafdeling/sectie etc. en de medische stafleden in afstemming met elkaar uitdrukkelijk hebben gekozen voor een model waarbij het hoofd /medische coördinator v.h. betreffende subonderdeel als hoofdbehandelaar optreedt voor alle patiënten die in behandeling zijn bij een medisch specialist (c.q. de door deze gesuperviseerde AIOS) behorend tot het betreffende subonderdeel, behoeven daartegen geen bezwaren bestaan, mits **uitdrukkelijk** aan onderstaande **voorwaarden** wordt voldaan:
 - o de betreffende hoofdbehandelaar heeft als regisseur van de *daadwerkelijk* de eindverantwoordelijkheid (is meer dan alleen "papieren" verantwoordelijkheid) voor de organisatie rond de behandeling van de patiënt;
 - o de betreffende hoofdbehandelaar is gezien de wijze van organisatie binnen de afdeling, inderdaad "*de meest aangewezen specialist en bij naam bekend*"
 - o in het kader van de continuïteit van zorg is dit voor de betreffende medische staf de meest wenselijke wijze van het organiseren van het hoofdbehandelaarschap
 - o de gemaakte afspraken- en evt. wijzigingen daarvan- moeten te allen tijde eenvoudig traceerbaar zijn zodat daarover duidelijk met de patiënt gecommuniceerd kan wordenOnder deze strikte voorwaarden wordt aan de IGZ-eis "duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling" tegemoet gekomen.
3. Behandelaar is geen medisch specialist; Hoofdbehandelaarschap geregeld d.m.v. supervisie
Als het niet mogelijk/haalbaar is - bijv. om redenen van bedrijfsvoering/in het kader van de opleiding - dat een medisch specialist behandelaar is geldt dat een superviserend medisch specialist *als hoofdbehandelaar optreedt*.¹
Deze supervisor is bij naam bekend. (zie aandachtspunten bijlage 1 onder A)

¹ tenzij met instemming/toestemming IGZ anders bepaald, bijv. psycholoog bij Psychiatrie is soms hoofdbehandelaar

4. **Hoofdbehandelaarschap en multidisciplinaire patiëntenzorg.**

Hoofdregeel: de medisch specialist die patiënt "inbrengt" in het multidisciplinaire team/overleg geldt als hoofdbehandelaar totdat binnen het multidisciplinaire overleg anders wordt afgesproken.²

- Het verslag van het team/overleg vormt binnen het systeem van de kaderregeling de basis voor de verantwoordelijkheidstoedeling zoals de IGZ dit vereist. Een uniforme opzet/format³ voor een dergelijk verslag kan als hulpmiddel dienen c.q. registratie hoofdbehandelaarschap vergemakkelijken.
- De verslagen zijn via het dossier gemakkelijk traceerbaar

5. **Hoofdbehandelaarschap in situaties waarin gezien de complexiteit meer specialismen zijn betrokken.**

In lijn met de hoofdregeel bij multidisciplinaire zorg kan als hoofdregeel gelden dat gezien de "bedreiging" voor de patiënt in die specifieke complexe situatie, de daartoe meest aangewezen medisch specialist als hoofdbehandelaar optreedt totdat in overleg met de overige (mede)behandelaars het hoofdbehandelaarschap overgaat naar een andere medisch specialist.

III. Registratie

Een sluitend en goed doordacht registratiesysteem m.b.t hoofdbehandelaarschap, medebehandelaarschap etc. kan een snel en duidelijk inzicht in de verantwoordelijkheden van de diverse "behandelaren" en daarmee het proces van een goede overdracht van zorg bevorderen.

De nu voorgestelde (bewerkelijke) registratie in Poliplus lijkt echter eerder doel dan middel en heeft op deze wijze geen meerwaarde en is derhalve ongeschikt.

IV. Aanbevelingen

Een goed en sluitend systeem m.b.t. het vastleggen van en communiceren over het hoofdbehandelaarschap staat en valt met aspecten als discipline, gedrag etc. Een goed registratie - en communicatiesysteem *kan* daarbij behulpzaam zijn.

- 1) Een belangrijke eerste stap is echter dat de afdelingen/specialismen aan de hand van bovenstaande uitgangspunten intern:
 - a. de zaken op orde brengen c.q. de bestaande afspraken aanpassen i.v.m. de Kaderregeling
 - b. de afspraken goed bijhouden/onderhouden (actualiseren, "nieuwkomers" op de afdeling tijdig en goed informeren/instrueren) en zich eraan houden
 - c. andere afdelingen informeren (zeker daar waar er frequente relaties zijn) over de actuele afspraken en zonodig met elkaar nadere afspraken maken en elkaar daar ook aan houden

Hiervan uitgaande kan *zonder registratie in Poliplus* betrekkelijk snel het hoofd-en medebehandelaarschap achterhaald worden.

- 2) Eerst een gedegen omschrijving van het pakket van eisen voor een registratiesysteem opstellen voordat registratie hoofd/medebehandelaarschap in Poliplus operationeel wordt. Het CdC/MC-overleg is bereid hieraan bijdragen te leveren voor een pakket van eisen.
- 3) Aanknopingspunten om per afdeling de communicatie met c.q. de informatievoorziening aan patiënten (en familie) over hoofdbehandelaarschap etc. te verbeteren zijn vervat in bijlage1 onder B.)

² de voorgestelde werkwijze in de sector oncologie (bijlage 2) sluit hierop naadloos aan

³ nader uit te werken

Biilage 1

A. Aandachtspunten bij uitwerking

Per afdeling/behandelend specialisme zorgen voor een sluitend systeem (interne afspraken/protocollen, dienstlijsten etc.) dat;

- "up to date is"
- waarborgt dat zowel betreffende supervisor en gesuperviseerde op de hoogte zijn van hun verantwoordelijkheden
- voor de overige (mede) behandelaars, verpleging en zorgadministratie snel traceerbaar is wie supervisor/hoofdbehandelaar is

B. Aanknopingspunten voor verbetering informatievoorziening aan patiënt

Actief beleid

Waar mogelijk de patiënt informeren wie zijn/haar hoofdbehandelaar is, voordat deze daadwerkelijk in behandeling komt.

➤ *Mogelijke uitwerking voor de Poliklinieken:*

Eerste contactmoment: Zoveel mogelijk al in uitnodigingsbrief expliciet aangeven wie hoofdbehandelaar is (naam betreffende med. specialist of -indien van toepassing- aangeven dat behandelaar arts AIOS/NP/PA is, en dat dit gebeurt onder supervisie van medisch specialist/hoofdbehandelaar waarvan naam bij melding aan de balie aan patiënt wordt medegedeeld. Deze naam komt ook op brief *na* behandeling)

Consequenties o.a.:

- o medische administratie moet regelmatig en tijdig geïnformeerd worden over supervisor(en) en evt. wisselingen.
- o AIOS dient te weten wie supervisor is, en dit – indien van toepassing- mede te delen bij zijn/haar introductie aan de patiënt.
- o in medische status vastleggen wie op welke datum hoofdbehandelaar is/was.

- Mogelijke uitwerking op de verpleegafdelingen c.q in niet poliklinieksituaties
Op de verpleegafdeling per bed/ patiënt, regelmatig en tijdig⁴ aangeven/actualiseren wie behandelaar/AIOS resp. supervisor/hoofdbehandelaar is. (bijv. d.m.v. vermelding op "whiteboard" of beeldscherm op de afdeling)

Reactief beleid

Aan de patiënt op elk moment dat deze erom vraagt snel kunnen melden wie zijn/haar hoofdbehandelaar is.

Als patiënt daarom vraagt, vlot traceren wie hoofdbehandelaar is (zo snel mogelijk streeftijd hanteren: -bijv.- binnen 15 minuten; bij spoed terstond).

⁴ Dagelijkse actualiseren lijkt –misschien met uitzondering van de IC-afdelingen -niet nodig. De praktijk leert dat het in de regel wel duidelijk is wie de supervisor/hoofdbehandelaar gedurende een bepaalde periode is.

Bijlage 2

Universitair Medisch Centrum Groningen

Hanzeplein 1 Postbus 30 001, 9700 RB Groningen

Sector Oncologie
Directeur Dr. J.W. Hesselink

CI.09.25

Aan
Afdelingshoofden
Directeuren

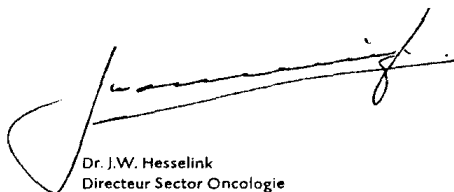
Bijlage(n) 1
Kenmerk SD09.00411/JWH/oakr

Datum 18 februari 2009
Onderwerp Hoofdbehandelaarschap in de oncologie

Geachte dames, heren,

In aansluiting op de kaderregeling hoofdbehandelaarschap (zie brief d.d. 17-11-08, kenmerk 228.136/RVB), is door de Beleidsraad van de Sector Oncologie een voorstel "Hoofdbehandelaarschap in de oncologie" opgesteld (zie bijlage). Namens de Beleidsraad Sector Oncologie doe ik u hierbij dit voorstel toekomen. Aan de tumorwerkgroepen in het UMCG is gevraagd om aan te geven op welke wijze hier door hen invulling aan wordt gegeven. Dit voorstel is tevens verzonden aan het Presidium van het Chef de Clinique overleg.

Met vriendelijke groet,



Dr. J.W. Hesselink
Directeur Sector Oncologie



umcg

Titel: Hoofdbehandelaarschap in de oncologie.

Voorstel vanuit Beleidsraad Sector Oncologie.

Uitgangspunt is kaderregeling UMCG. Hiervoor wordt een uitvoeringsregeling door de Chefs de Clinique opgesteld (februari 2009).

Tweede uitgangspunt is dat de regels simpel moeten zijn. Bij twijfel zal tussen de behandelende disciplines afgesproken moeten worden wie verantwoordelijk is. Dit wordt dan een geaccepteerd onderdeel van het medische handelen. In het zorgtraject wordt afgesproken wie op welk moment hoofdbehandelaar is.

De wijze van overdracht van het hoofdbehandelaarschap, de daarbij horende gegevens en de wijze waarop dit plaats vindt, worden vastgelegd. Professionals moeten er op voorhand uitkomen of het de discipline is die de overall coördinatie op zich neemt c.q. hoofdbehandelaar is of degene die waarschijnlijk de complicaties klinisch op zich zal nemen.

Er zijn drie situaties te bedenken. Op deze wijze hoeft er alleen bij afwijkingen van het zorgpad voor de individuele patiënt een besluit te worden genomen.

1. Behandeling *monodisciplinair* (bijv. excisie melanoom): valt onder de regeling hoofdbehandelaarschap van betreffende discipline.
2. Behandeling is *sequentieel*/met soms gelijktijdige kleine inbreng van ander specialisme. Het hoofdbehandelaarschap gaat over; andere specialisme(s) worden medebehandelaar (bijv. medische oncologie wordt hoofdbehandelaar ten tijde van de adjuvante chemotherapie na colonresectie). In dergelijke gevallen worden afspraken gemaakt over het vastleggen van de wijze van overdracht van het hoofdbehandelaarschap en de daarbij horende gegevens bij aanvang en na voltooiën adjuvante behandeling. Tevens wordt afgesproken welke discipline hoofdbehandelaar is tijdens de follow-up.
3. Behandeling is *gecombineerd*. Volgens een in het zorgtraject afgesproken periode is één specialisme hoofdbehandelaar en de andere(n) medebehandelaar. Hierbij kunnen zich twee situaties voor doen:
 - a. Als de patiënt regelmatig opgenomen moet worden voor therapie of ter behandeling van bijwerkingen is de discipline die de behandeling (gedeeltelijk) klinisch doet of bij wie eventuele complicaties van de behandeling klinisch opgevangen moeten worden, de hoofdbehandelaar. Afspraken over de wijze van overdracht van het hoofdbehandelaarschap en de wijze waarop deze plaats vindt, worden vastgelegd bij aanvang, voltooiën, en eventuele tussentijdse aanpassing (bijvoorbeeld stoppen van chemotherapie en continueren radiotherapie). Tevens wordt afgesproken welke discipline hoofdbehandelaar is tijdens de follow-up.
 - b. Als de patiënt niet opgenomen hoeft te worden tijdens de combinatie behandeling wordt binnen de tumorwerkgroep bepaald welk specialisme standaard hoofdbehandelaar is. Tevens wordt afgesproken welke discipline hoofdbehandelaar is tijdens de follow-up.