



Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg

KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF

26 januari 2010

Inhoud

| | |
|---|----|
| 1. Introductie | 5 |
| 2. Aandachtspunten bij samenwerking in de zorg | 7 |
| 3. Toelichting en achtergronden | 25 |
| Literatuur | 31 |
| Bijlage 1 - De tuchtrechter over het hoofdbehandelaarschap | 33 |
| Bijlage 2 - Relevante uitspraken van de tuchtrechter | 35 |

1. Introductie

Het komt in de gezondheidszorg steeds vaker voor dat bij de zorgverlening aan en de behandeling van een cliënt meerdere zorgverleners betrokken zijn. Een goede samenwerking tussen deze zorgverleners is daarbij van groot belang, maar roept ook nieuwe vragen en problemen op. Zo zal er een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling moeten zijn, en is het noodzakelijk dat de betreffende zorgverleners met elkaar communiceren en hun werkzaamheden en informatie onderling afstemmen. Dat zijn belangrijke randvoorwaarden voor het bieden van verantwoorde zorg. De Handreiking beoogt deze randvoorwaarden te expliciteren en te verduidelijken.

Met name op het terrein van de chronische aandoeningen zijn de afgelopen jaren tal van activiteiten ontwikkeld die erop zijn gericht de samenwerking tussen zorgverleners, veelal aangeduid als ketenzorg, te faciliteren. Bij wijze van voorbeeld kunnen worden genoemd de Zorgstandaard voor mensen met diabetes en de Richtlijn Ketenzorg COPD. Dergelijke richtlijnen zijn vaak sterk zorginhoudelijk gericht, en besteden relatief weinig aandacht aan randvoorwaardelijke, organisatorische aspecten. Zo merkt de Richtlijn Ketenzorg COPD over de zorgorganisatie eigenlijk alleen op dat “de verschillende zorgverleners goed moeten afspreken wie welke taken op zich neemt qua coördinatie en daadwerkelijke uitvoering” (p. 31). Het is van belang dergelijke algemene standpunten te verfijnen, teneinde zorgverleners handvatten te geven voor een goede organisatie van de zorgverlening en cliënten duidelijk te maken wat zij ter zake mogen verwachten. Deze Handreiking wil daaraan een bijdrage leveren.

Van samenwerking in de zin van deze handreiking is sprake als meer dan één zorgverlener bij de cliënt betrokken is. Samenwerking kan intern zijn (zorgverleners die binnen dezelfde instelling werken), extern (zorgverleners uit verschillende instellingen), of een mengvorm. De Handreiking richt zich zowel op simultane als op volgtijdelijke samenwerking.

In onderdeel 2 van deze Handreiking komen de bij samenwerking in acht te nemen aandachtspunten aan de orde. In onderdeel 3 worden de achtergrond en totstandkoming van deze Handreiking, alsmede de juridische context verklaard.

Deze Handreiking wordt van kracht op 1 februari 2010. In de tweede helft van 2013, tegen het einde van de beoogde implementatietermijn, zal een eerste evaluatie van de Handreiking plaatsvinden.

De Handreiking wordt onderschreven door KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland en NPCF. Andere organisaties worden uitgenodigd zich bij dit initiatief aan te sluiten. Organisaties van zorgaanbieders en cliënten uit de caresector (Actiz, VGN en LOC) zijn van mening dat de Handreiking in de huidige vorm nog onvoldoende op hun sector is toegespitst. In overleg met deze organisaties zal nader worden bezien of een ‘care’-versie van deze Handreiking kan worden gerealiseerd.

Utrecht, 26 januari 2010

2. Aandachtspunten bij samenwerking in de zorg

De praktijk van de zorg is complex en gevarieerd en impliceert de betrokkenheid van veel verschillende zorgverleners. Het is van belang om te specificeren welke risico's de betrokkenheid van verschillende zorgverleners kan opleveren voor verantwoorde zorgverlening en om aandachtspunten te formuleren die gericht zijn op het voorkomen van dergelijke risico's. Hieronder worden de aandachtspunten benoemd die kunnen worden gezien als de kernaspecten van een regeling van verantwoordelijkheden bij samenwerking in het zorgproces. Het gaat niet in alle gevallen om aandachtspunten die specifiek zijn voor samenwerking in de zorg. Sommige aandachtspunten zijn in alle gevallen van hulpverlening relevant, maar kunnen in de context van samenwerking wel specifieke betekenis krijgen of om extra aandacht vragen.

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.

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.

Toelichting:

Dit aandachtspunt betreft een kernaspect van samenwerking: waar meerdere zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan de cliënt, kunnen drie verantwoordelijkheden worden onderscheiden:

- a. Het aanspreekpunt voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger;
- b. De inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid voor de behandeling van en zorgverlening aan de cliënt;
- c. De coördinatie en regie van de behandeling van de cliënt.

Ad a:

Het verstrekken van informatie aan de cliënt en/of het beantwoorden van diens vragen zal op meerdere momenten aan de orde komen. Het karakter van de te verstrekken informatie en de te beantwoorden vragen kan verschillen (inhoudelijk, organisatorisch). Afhankelijk daarvan kan het informeren van de cliënt tot de verantwoordelijkheid van verschillende zorgverleners behoren. Dit vergt goede afstemming. Bezien vanuit de cliënt en het perspectief van de kwaliteit van zorgverlening zijn met betrekking tot informatieverstrekking volledigheid, eenduidigheid en tijdigheid essentieel. Naarmate het aantal betrokken zorgverleners groeit, nemen de risico's van lacunes, tegenstrijdigheden en ontijdigheid toe. Van belang is voorts dat de cliënt niet alleen weet wie hij bij vragen en onduidelijkheden zo nodig kan aanspreken, maar ook wanneer en hoe deze persoon bereikbaar is.

Ad b:

Vooraf in die gevallen waarin er op enig moment verschillende zorgverleners gelijktijdig betrokken zijn bij de behandeling van de cliënt, dient duidelijk te zijn wie van hen verantwoordelijkheid is voor de inhoud van de onderdelen van de behandeling en of er sprake is van een inhoudelijk eindverantwoordelijke. De deskundigheidsgebieden en competenties van de betrokken zorgverleners dienen daarbij leidend te zijn. In bepaalde gevallen zal het duidelijk zijn wie van hen de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid heeft, maar in andere gevallen is dit minder vanzelfsprekend of kan niet worden gesproken van inhoudelijke eindverantwoordelijkheid voor de situatie van de cliënt als geheel.¹ In het laatste geval kan het toch van belang zijn dat verschillende zorgverleners die elk een eigen inhoudelijke verantwoordelijkheid hebben jegens de cliënt met elkaar contact hebben en zo nodig afstemmen over de inhoud of de regie van de behandeling.

¹ Er kunnen vele voorbeelden worden gegeven. Is een patiënt onder behandeling van zowel een internist (bijv. vanwege HIV) en een psychiater, dan ligt het niet voor de hand een van deze beide specialisten inhoudelijk eindverantwoordelijk te achten voor het geheel.

Zoveel mogelijk voorkomen moet worden dat inhoudelijke taken en verantwoordelijkheden bij verschillende zorgverleners zijn neergelegd zonder dat een van hen het overzicht over het geheel heeft. Op welke persoon welke inhoudelijke verantwoordelijkheid rust, kan van situatie tot situatie verschillen, maar deze verantwoordelijkheden moeten wel expliciet zijn belegd. Zo nodig kan een van deze zorgverleners als hoofdbehandelaar optreden.² Met hoofdbehandelaar wordt in dit kader bedoeld: de zorgverlener op wie de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid rust. In veel gevallen zal een arts de hoofdbehandelaar zijn, maar dat is niet per definitie het geval. Afhankelijk van de omstandigheden kunnen ook eerstelijnsberoepsbeoefenaren, een gezondheidszorgpsycholoog, een verpleegkundige of een andere zorgverlener de rol van hoofdbehandelaar vervullen.³ Per context zal moeten worden bepaald welke zorgverlener daartoe in de beste positie is.

Indien van toepassing dient de cliënt er van op de hoogte te worden gesteld welke zorgverlener op enig moment de rol van eindverantwoordelijke vervult.

Ad c:

Als er meerdere zorgverleners bij de situatie van de cliënt betrokken zijn, is het van belang te regelen wie van hen de coördinatie heeft met betrekking tot het zorgtraject van de cliënt. Dit kan de persoon zijn die fungeert als aanspreekpunt, maar dat is niet altijd haalbaar. De zorgverlener met de coördinatiefunctie (hierna: de zorgcoördinator⁴) heeft het overzicht van de situatie betreffende cliënt en kan zo nodig interveniëren (door zelf in actie te komen of door anderen te verzoeken actie te ondernemen). Van situatie tot situatie zal bezien moeten worden welke zorgverlener qua deskundigheid en positie het beste geëquipeerd is om als zorgcoördinator op te treden. De zorgcoördinator is niet noodzakelijkerwijs een arts.

Het is van belang de coördinatiefunctie te onderscheiden van de eerder genoemde inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de zorgverlening aan de cliënt. De coördinatiefunctie heeft veel meer een organisatorische en logistieke dan een inhoudelijke betekenis. Coördinatie dient ertoe om te voorkomen dat in de zorgverlening aan de cliënt gaten ontstaan en dat de cliënt de dupe wordt van gebrekkige samenwerking en afstemming. Op die aspecten behoort de zorgcoördinator in het bijzonder alert te zijn.

Het is van belang de positie en de bevoegdheden van de zorgcoördinator duidelijk te omschrijven. De zorgcoördinator moet het mandaat krijgen om de andere betrokken zorgverleners zo nodig op samenwerkings- en afstemmingsaspecten te kunnen aanspreken en van hen bepaalde activiteiten te verlangen. Een coördinatiefunctie veronderstelt zowel de capaciteiten als de formele mogelijkheden om andere betrokken zorgverleners zo nodig te kunnen aanspreken en aansturen. Dit moet goed geregeld worden en voor alle betrokkenen duidelijk zijn (Kusiak, 2008). De zorgcoördinator moet daadkrachtig op kunnen treden, inzicht hebben in de consequenties van stagnatie en af kunnen wegen wat in het kader van de voortgang en continuïteit van de zorgverlening is vereist.

Het gaat er niet om dat de zorgcoördinator alle kwesties die op zijn bord worden gelegd zelf onderzoekt en oplost. Uiteraard mag hij kwesties doorgeven aan mensen die beter in staat zijn een oplossing te realiseren. De zorgcoördinator blijft er wel verantwoordelijk voor dat deze

² Veel ziekenhuizen hebben een regeling waarin de taken en verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar, de medebehandelaar en de consultant worden geregeld. Zie ook de gedragscode over de 'Taken van de hoofdarts' die in 2008 werd opgesteld door de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren in België.

³ Aldus ook de tuchtspraak.

⁴ Dit kan ook een casemanager zijn.

mensen tijdig (c.q. binnen een afgesproken periode) stappen ondernemen en dat er terugkoppeling naar de cliënt plaatsvindt.

De cliënt dient ervan op de hoogte te worden gesteld welke zorgverlener op enig moment als zorgcoördinator optreedt.

Algemeen:

Bezien vanuit het perspectief van de cliënt is het te prefereren dat de hiervoor onderscheiden functionaliteiten (aanspreekpunt voor de cliënt, inhoudelijke verantwoordelijkheid, zorgcoördinator) waar mogelijk worden toebedeeld aan een en dezelfde persoon. Per situatie zal moeten worden gezien wie dat het beste kan zijn.

Het zal echter in de hedendaagse gezondheidszorg lang niet altijd mogelijk zijn de genoemde drie taken in één hand te leggen. In veel gevallen zullen deze taken over meerdere zorgverleners (moeten) worden verdeeld, en kan het ook zo zijn dat de personen die deze taken op zich nemen per fase van de zorg of de behandeling wisselen. Voor alle betrokkenen, waaronder de cliënt, moet dan wel helder zijn wie welke rol op zich neemt. Op de vraag welke afspraken daartoe nodig zijn en hoe deze luiden, zal niet altijd hetzelfde antwoord kunnen worden gegeven. Dat hangt onder meer af van de karakteristieken van de aan de orde zijnde samenwerkingsconstructie (zie over verschillende ketenmodellen Donkers, Bras en Van Dingenen, 2008).

Naarmate de genoemde drie rollen over meer zorgverleners zijn verdeeld, moeten hogere eisen worden gesteld aan de zorgverlener die als aanspreekpunt voor de cliënt optreedt. Deze zorgverlener zal vragen van de cliënt adequaat moeten kunnen beantwoorden, hetzij op basis van eigen kennis, hetzij door de benodigde informatie bij anderen na te vragen.

Uit het dossier/behandelplan van de cliënt moet in elke fase van de behandeling of de zorgverlening afgeleid kunnen worden welke zorgverlener optreedt als aanspreekpunt, inhoudelijk (eind)verantwoordelijke of zorgcoördinator.

Aandachtspunt 2:

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

Toelichting:

Juist bij samenwerking is het van groot belang dat er steeds sprake is van een up-to-date zorg- of behandelplan. Het zorg- of behandelplan vormt de spil van de zorgverlening aan de cliënt. Dit document speelt een belangrijke functie bij het integreren van de activiteiten van de verschillende zorgverleners die in een samenwerkingsproject met de cliënt te maken hebben.

In het zorg-/behandelplan komen aan de orde (zie ook de overige aandachtspunten uit deze richtlijn):

- a. welke doelen worden met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode gesteld, met in achtname van de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt?;
- b. op welke concrete wijze wordt getracht de gestelde doelen te bereiken?;
- c. wie is voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk, op welke wijze vindt afstemming tussen meerdere zorgverleners plaats, en wie kan de cliënt op die afstemming aanspreken?;
- d. met welke frequentie en onder welke omstandigheden gaat de zorgaanbieder de zorgverlening in samenspraak met de cliënt evalueren en actualiseren?.

Afhankelijk van de situatie van de cliënt kan een zorg- of behandelplan bestaan uit deelplannen, die qua inhoud en actualisering vallen onder de verantwoordelijkheid van verschillende zorgverleners. Het ligt voor de hand dat de zorgcoördinator toeziet op de consistentie en actualiteit van het zorg-/behandelplan als geheel.

Aandachtspunt 2 bevat de woorden “zo nodig” omdat niet in elke zorgsituatie het opstellen van een gezamenlijk zorg- of behandelplan, en de verspreiding daarvan onder alle betrokken hulpverleners, nodig is (bijvoorbeeld in de relatie huisarts-fysiotherapeut). Naarmate de zorg langduriger en complexer is, bijvoorbeeld in het geval van chronische aandoeningen, ligt een gezamenlijk zorg-/behandelplan meer voor de hand. In de Awbz-zorg is een zorgplan wettelijk voorgeschreven.⁵ Voorkomen moet worden dat de woorden “zo nodig” ertoe leiden dat een zorgplan ontbreekt in de gevallen waarin zo’n plan er wel behoort te zijn. Er dient een zorgplan te bestaan, tenzij dat vanwege de aard van de situatie niet nodig is of geen meerwaarde heeft.

De cliënt, of in het geval van wilsonbekwaamheid diens vertegenwoordiger, dient met het zorg- of behandelplan in te stemmen. Zie in relatie daarmee de Aandachtspunten 3 en 11.

⁵ Zie het Besluit Zorgplanbespreking Awbz-zorg van 2 maart 2009.

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.

Toelichting

Situaties van samenwerking in de zorg vragen om specifieke aandacht waar het gaat om de toepassing van de rechten van de cliënt. Een centrale plaats wordt daarbij ingenomen door het recht van de cliënt op informatie (zowel keuze-informatie als informatie over specifieke onderzoeken, behandelingen of zorgtrajecten). Risico's bij samenwerking zijn dat de cliënt niet of onvolledig wordt geïnformeerd (omdat de betrokken zorgverleners denken dat een collega al informatie heeft gegeven) of dat de cliënt tegenstrijdige informatie ontvangt (omdat meerdere zorgverleners de cliënt informeren, maar met verschillende boodschappen). In het geval van samenwerking behoren de betrokken zorgverleners af te stemmen welke informatie de cliënt behoeft, maar tevens wie van hen deze informatie aan de cliënt zal verstrekken. Het is van belang daarbij aandacht te besteden aan de juistheid en volledigheid van informatie die de cliënt zelf heeft gezocht (bijv. via internet).

Ook zal de cliënt moeten kunnen weten hoe hij desgewenst andere cliëntenrechten kan effectueren (recht op inzage of vernietiging van het dossier, recht op privacy e.d.).

Soms is het wenselijk of nodig om afspraken te maken die het de cliënt makkelijker maken om de hem toekomende rechten te kunnen uitoefenen. Een voorbeeld is het klachtrecht van de cliënt. In situaties van samenwerking waarbij verschillende instellingen betrokken zijn, zal het niet altijd duidelijk zijn waar de cliënt terecht kan met een klacht. In sommige gevallen kan een oplossing daarvoor zijn dat de betrokken samenwerkingspartners afspreken dat in het geval van klachten die samenhangen met de samenwerking een van de betrokken klachtencommissies als behandelende commissie zal optreden, dan wel dat de zorgaanbieders in de regio zich aansluiten bij een gezamenlijke klachtenregeling.

De zorgcoördinator zal doorgaans voor de cliënt het aanspreekpunt zijn met betrekking tot vragen en onduidelijkheden rond de cliëntenrechten.

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.

Toelichting

Dit aandachtspunt behelst een dubbele verplichting voor zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband en vormt in zekere zin het centrale element van samenwerking in de zorg. Samenwerking kan niet zonder gegevensuitwisseling. Het is van cruciaal belang dat alle betrokken zorgverleners elkaar over en weer informeren over relevante gegevens betreffende de cliënt. Elke zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject behoort zich af te vragen of hij goed genoeg op de hoogte is van informatie betreffende het handelen van betrokken collega's. Dit impliceert dat beschikbare informatie zo nodig ook daadwerkelijk wordt geraadpleegd, in relatie tot de op zorgverleners rustende onderzoeksplicht. Elke zorgverlener dient actief te zoeken naar de informatie die onontbeerlijk is voor zijn of haar handelen. Die informatie kan worden verkregen door vragen te stellen aan de cliënt of diens naasten, door onderzoek te entameren (door de zorgverlener zelf of door anderen) en door het raadplegen van beschikbare en toegankelijke cliëntendossiers. Daarbij gaat het niet alleen om dossiers die binnen het samenwerkingsverband voorhanden zijn (zie Aandachtspunt 4), maar in de toekomst bijvoorbeeld ook om de verschillende hoofdstukken uit het landelijk EPD.

Daarnaast behoort elke zorgverlener collega's zo nodig te informeren over relevante gegevens betreffende zijn/haar eigen handelen.

Bij de gegevensuitwisseling tussen zorgverleners dient wel rekening te worden gehouden met het uit de privacyregels voortvloeiende noodzakelijkheids criterium: welke informatie heeft de andere zorgverlener nodig om zijn/haar werk goed te kunnen doen? Dit betekent dat niet alle informatie uit een dossier dient te worden uitgewisseld. Welke gegevens noodzakelijk zijn voor het verlenen van goede zorg en daarmee in aanmerking komen voor uitwisseling, dient in overleg met de beroepsgroepen c.q. op lokaal of regionaal niveau te worden bepaald. Het is van belang dat voor cliënten duidelijke informatie beschikbaar is over de aard en inhoud van deze afspraken en dat rekening wordt gehouden met de toestemmings- en privacyrechten van de cliënt. Het laatste kan betekenen dat de autorisatie van zorgverleners om informatie van andere zorgverleners in te zien van persoon tot persoon kan verschillen.

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.

Toelichting

Aandachtspunt 5 gaat over de verantwoordelijkheid van elk van de betrokken zorgverleners met betrekking tot de inhoud en volledigheid van het dossier van de cliënt. In dat dossier behoren te worden aangetekend alle relevante gegevens betreffende de gezondheid van de cliënt en de uitgevoerde verrichtingen, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening (waaronder begrepen: afstemming en samenwerking) noodzakelijk is. Zowel onderzoeken van de Inspectie als uitspraken van de tuchtrechter maken duidelijk dat in de praktijk lang niet altijd van een goede dossiervoering sprake is. Het ontbreken van accurate, complete en eenduidige gegevens is vaak een bron van fouten en kan leiden tot onnodige verrichtingen. Goede verslaglegging van activiteiten en daaraan ten grondslag liggende overwegingen en het ter beschikking stellen van die gegevens aan andere betrokken zorgverleners vergt inspanningen van alle betrokken zorgverleners. Het aanbrenge van voldoende structuur in de informatie-uitwisseling is van belang. ICT kan daarin een ondersteunende functie vervullen, maar neemt de noodzaak niet weg van het leveren van inspanningen door de betrokken zorgverleners zelf. De aard en omvang van die inspanningen hangen af van de complexiteit van het zorgproces en de specifieke omstandigheden van het geval. Maar op alle zorgverleners rust op dit punt een belangrijke verantwoordelijkheid.

Een geïntegreerd dossier, dat (geheel of gedeeltelijk) geraadpleegd kan worden door alle in het betreffende zorgtraject participerende zorgverleners, is een voorwaarde om in een samenwerkingsverband goede zorg te kunnen verlenen. Indien van een dergelijk dossier nog geen sprake is, zullen concrete afspraken moeten worden gemaakt over hoe een zorgverlener kan beschikken over voor hem relevante c.q. noodzakelijke gegevens uit het dossier dat door een andere zorgverlener wordt bijgehouden. Niet onder alle omstandigheden zal er sprake kunnen zijn van een geïntegreerd dossier. Dat kan bijvoorbeeld problematisch zijn in de GGZ en in de verpleeghuissector, en wel in gevallen waarin de cliënt zorg ontvangt in een strafrechtelijk kader. Ook dan zal evenwel voordurend moeten worden gestreefd, met inachtneming van de geldende regelgeving, naar de afstemming van zorg.

Bij het vormgeven van regelingen inzake de inrichting en toegankelijkheid van cliëntendossiers in het kader van samenwerking moet rekening gehouden worden met de wettelijke toestemmings- en privacyrechten van de cliënt.⁶

⁶ Zie met betrekking tot het landelijk EPD de bepalingen van het wetsvoorstel 31466 (Wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg in verband met de elektronische informatie-uitwisseling in de zorg).

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.

Toelichting:

Verantwoorde en samenhangende zorgverlening aan de cliënt vergt dat de betrokken zorgverleners niet alleen op de hoogte zijn van hetgeen zij zelf moeten doen, maar zich ook bewust zijn van hoe hun handelen zich verhoudt tot hetgeen andere betrokken zorgverleners doen en daarmee ook rekening houden. Dit vergt zowel gegevensuitwisseling over de situatie rond de cliënt en de aard en omvang van de betrokkenheid van andere zorgverleners (zie Aandachtspunt 4) als voldoende aandacht voor en inspanning om de eigen werkzaamheden op die van anderen te laten aansluiten.

Dit vergt dat expliciet wordt gemaakt wat verwacht wordt van alle participanten in het samenwerkingstraject, zowel wat betreft het eigen aandeel als de relatie tussen het eigen aandeel en de activiteiten van anderen. Helder moet zijn wat van elke zorgverlener in het samenwerkingsverband verwacht wordt. Van oudsher wordt met name in het ziekenhuis een onderscheid gemaakt tussen hoofdbehandelaar, medebehandelaar en consulent. Veel ziekenhuisregelingen definiëren deze begrippen. In het kader van deze Handreiking wordt daarvan afgezien. Definities leiden niet noodzakelijkerwijs tot een heldere rolverdeling hoofdbehandelaar, medebehandelaar en consulent. Van belang is dat tussen deze betrokkenen duidelijke afspraken worden gemaakt over wie waarvoor verantwoordelijk is. In de Awbz-zorg (GGZ, ouderenzorg, zorg verstandelijk gehandicapten) is voorgeschreven dat deze afspraken in het zorgplan worden aangetekend.⁷ Zie over het begrip hoofdbehandelaar ook de toelichting bij Aandachtspunt 1, onderdeel b.

Het is van groot belang dat afspraken en regelingen voor alle betrokkenen kenbaar zijn, zowel in algemene zin als rond een specifieke cliënt. Dat betekent dat alle betrokkenen op de hoogte zijn van de principes en procedures voor samenwerking, inclusief de regelingen voor inschakeling of consultatie van andere disciplines. Elke betrokken zorgverlener kan op basis daarvan zijn/haar eigen taken en verantwoordelijkheden en die van de andere betrokken zorgverleners bepalen. Daardoor wordt het ook beter mogelijk te bepalen wanneer het moment is aangebroken om collega's te consulteren of taken aan hen over te dragen.

Dit aandachtspunt behoeft specifieke aandacht in situaties waarin de reguliere gezondheidszorg samenkomt met aanpalende sectoren (jeugdzorg, strafrechtsketen e.d.) .

De in dit Aandachtspunt genoemde afspraken betreffen nadrukkelijk ook de informatieverstrekking aan de cliënt: welke informatie, door wie en wanneer? (Zie ook Aandachtspunt 2).

⁷ Besluit zorgplanbespreking Awbz-zorg 2009.

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.

Toelichting

Vooraf ook uit de tuchtrechtspraak blijkt dat het zich kan voordoen dat een zorgverlener onvoldoende onderkent dat een situatie van een cliënt zijn mogelijkheden en deskundigheid overstijgt en het nodig is de cliënt door te verwijzen naar een collega met een andere c.q. verdergaande deskundigheid. Juist in de context van samenwerking in de zorg zou dit een evidentie moeten zijn, maar de praktijk wijst uit dat dit niet altijd zo is. Het objectiveren en standaardiseren van verwijsindicaties kan daarbij een hulpmiddel zijn.⁸

Samenwerking veronderstelt ook dat de betrokken zorgverleners, in elk geval globaal, op de hoogte zijn van elkaars deskundigheden en kerncompetenties. Alleen dan is adequate samenwerking en –zo nodig- verwijzing mogelijk.

⁸ Zie bijvoorbeeld de Verloskundige Indicatielijst (VIL).

Aandachtspunt 8:

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

Toelichting

De Wet Big bevat een regeling van de opdrachtrelatie tussen zorgverleners, wanneer het gaat om de in de wet genoemde voorbehouden handelingen. Tot de in dat kader geldende voorwaarden behoort dat de opdrachtgever de opdrachtnemer voldoende aanwijzingen geeft (art. 38 Big). Dat uitgangspunt is echter ook in het algemeen van belang, en juist in gevallen van samenwerking. De tuchtrechtspraak laat diverse voorbeelden zien van situaties waarin onvoldoende instructies en aanwijzingen zijn gegeven, bijvoorbeeld in de relatie tussen een arts en een verpleegkundige of verzorgende. Die instructies kunnen de inhoud van de verlenen zorg betreffen, maar ook de momenten waarop het aangewezen is dat –in het genoemde voorbeeld- de verpleegkundige of verzorgende de arts raadpleegt of waarschuwt.

Van een opdrachtrelatie is geen sprake in gevallen waarin een zorgverlener die geen arts is⁹, binnen een samenwerkingsverband als zorgcoördinator is aangesteld. In dat geval zal betrokkene krachtens zijn mandaat als zorgcoördinator zo nodig ook de arts moeten kunnen aanspreken op gebreken in de afstemming rond de zorg (zie ook Aandachtspunt 1).

⁹ Te denken valt aan een praktijkondersteuner huisartsen (POH), een verpleegkundige, een nurse practitioner (NP) of een physician assistant (PA).

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.

Toelichting:

Het is van belang om de verantwoordelijkheid voor een goede overdracht te beschouwen als een gedeelde verantwoordelijkheid van het management, de zorgverlener die taken overneemt en de zorgverlener die taken overdraagt: de verantwoordelijkheid voor een goede overdracht ligt bij de zorgverlener, het management dient erop toe te zien dat heldere afspraken zijn gemaakt is voorwaardenscheppend (in de zin van optimale faciliteiten en omstandigheden). Risico's voor de continuïteit van de zorgverlening zijn bij elk overdrachtmoment aanwezig. Dit is deels te ondervangen door een goede explicitering en planning van de overdrachtmomenten en door (een zekere mate van) standaardisering van de wijze waarop de overdracht verloopt. Specifieke checklisten kunnen daarbij behulpzaam zijn. Voorbeelden daarvan zijn het SURPASS-systeem voor het chirurgische proces, de NHG-richtlijn 'Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen', het Verloskundig Vademecum¹⁰, de verschillende LESA's e.d.

Het is aan te bevelen bij situaties van overdracht en evaluatie (waarover Aandachtspunt 10) zoveel mogelijk ook de cliënt te betrekken. In de Awbz-zorg is dit wettelijk voorgeschreven.¹¹

¹⁰ De KNOV bereidt momenteel ook een Handreiking overdracht van zorg voor.

¹¹ Art. 2 lid 1 onder d Besluit zorgplanbespreking Awbz-zorg.

Aandachtspunt 10:

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

Toelichting

Een aantal van de hiervoor genoemde Aandachtspunten strekken er onder meer toe te voorkomen dat het zorgproces rond een cliënt een wending kan nemen die niet wordt beoogd. De gedachte is dat het maken van afspraken rond deze aandachtspunten tevens leidt tot een permanente evaluatie van het zorgproces rond een cliënt: loopt alles zoals de bedoeling is? Los daarvan is het echter belangrijk om in de tijd duidelijke momenten te markeren waarop overleg en bezinning kan plaatsvinden. In de recente richtlijn ‘Het Preoperatieve Proces’ worden dit ‘stopmomenten’ genoemd: structurele momenten waarop gecontroleerd wordt of het voorafgaande proces volgens afspraak is verlopen, of alle partijen hun taken hebben uitgevoerd en gedocumenteerd en of de cliënt het beschreven traject verder kan vervolgen (met andere woorden: is er is groen licht om door te gaan?). Deze controle- en evaluatiemomenten dienen expliciet te worden vastgelegd door de zorgcoördinator. Op die manier kan voor elke volgende fase van het samenwerkingstraject groen licht worden gegeven, en kunnen alle betrokkenen weten wat de actuele situatie is.

Het ligt voor de hand dat de zorgcoördinator met betrekking tot dit aandachtspunt een bewakende rol heeft.

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.

Toelichting

In het algemeen is het van belang de cliënt zoveel mogelijk te betrekken bij de inrichting en uitvoering van het op hem betrekking hebbende zorgplan.¹² Samenwerking in de zorg werkt het beste als er sprake is van een vraaggerichte benadering. Dit is met name het geval wanneer het gaat om chronische aandoeningen. Betrokkenheid van de cliënt helpt hem inzicht te krijgen in het ziekteproces, de zelfzorg te versterken en het stimuleert tot het vervullen van een sleutelrol in het monitoren van het verloop van het ziekteproces (Nederlandse Diabetes Federatie, 2007). Ook kan op deze wijze veel beter een zorgplan op maat worden gemaakt. Betrokkenheid van de cliënt op basis van volledige informatie heeft bovendien een positieve invloed op de motivatie van de cliënt en op de therapietrouw.

Betrokkenheid van de cliënt impliceert ook dat deze voortdurend en goed wordt geïnformeerd. Van belang is voorts dat elke zorgverlener die met de cliënt contact heeft zich niet beperkt tot communicatie over de eigen rol, maar ook met de cliënt spreekt over diens ervaringen met het samenwerkingsverband als geheel. Zo nodig geeft de zorgverlener informatie uit deze contacten met de cliënt door aan andere samenwerkingspartners.

¹² Voor de Awbz-zorg is dit al een wettelijke verplichting, zie het Besluit zorgplanbespreking Awbz-zorg.

Aandachtspunt 12:

Afspraken die door samenwerkingspartners worden gemaakt over de aard en inrichting van de samenwerking en over ieders betrokkenheid worden schriftelijk vastgelegd.

Toelichting

Afspraken tussen samenwerkingspartners in de zorg moet duidelijk en kenbaar zijn. Om die reden verdient het sterke aanbeveling afspraken schriftelijk vast te leggen. Daarbij gaat het om de aard en inrichting van het samenwerkingsverband, de doelgroep, de betrokken professionals en instellingen, de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling e.d. (zie Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Stichting Ketennetwerk, 2007). Dergelijke schriftelijke afspraken kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan goede communicatie en samenwerking.¹³

In klinische situaties kan het formuleren en inrichten van zorgpaden een goede manier zijn om Aandachtspunt 12 in de praktijk te realiseren.

Aandachtspunt 12 richt zich op het samenwerkingsverband als zodanig. Afspraken over de zorgverlening aan de individuele cliënt komen in Aandachtspunt 6 aan de orde.

¹³ Van dergelijke afspraken bestaan in de praktijk reeds vele voorbeelden. Zie bijvoorbeeld het Diabetes ZorgProtocol (DZP) van Diagnosis4Health.

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.

Toelichting

De in Aandachtspunt 13 geformuleerde aspecten zijn reeds onderdeel van de voor zorgverleners geldende normen en regels.¹⁴ Zie bijvoorbeeld het in 2007 door de KNMG gepubliceerde standpunt 'Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht?'¹⁵, vergelijkbare normen van andere beroepsgroepen, maar ook het door KNMG, Orde, NVZ, NFU en V&VN in 2007 ondertekende Beleidsdocument Veilig Melden. In het kader van samenwerking in de zorg verdienen deze aspecten evenwel bijzondere aandacht, vooral in situaties waarin zorgverleners uit verschillende instellingen bij de zorgverlening betrokken zijn. In dat geval kan het minder evident zijn elkaar aan te spreken op incidenten en andere problemen en bestaat het risico dat de cliënt niet, niet tijdig of niet voldoende over de aard en toedracht van een incident wordt geïnformeerd. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de samenwerkende zorgverleners om hierover goede afspraken te maken:

-over het informeren van de cliënt en/of zijn naasten in het geval van incidenten of fouten;

-over de inrichting/aanwijzing van een centraal punt voor het melden van incidenten¹⁶ die zich voordoen in het kader van de samenwerking¹⁷;

-over het aanspreken van zorgverleners die niet voldoen aan de normen voor verantwoord zorg;

Daarbij dient duidelijk te worden afgesproken wie de cliënt en/of diens familie daadwerkelijk informeert.

¹⁴ Zie Legemaate e.a. (red) (2008) voor een overzicht van de beroepscode en gedragsregels van alle art. 3 Big-beroepen.

¹⁵ Te raadplegen via www.knmg.nl.

¹⁶ Binnen de categorie incidenten vormen calamiteiten (incidenten met ernstige schade aan of overlijden van de cliënt tot gevolg) een subgroep. Op grond van de Kwaliteitswet zijn zorginstellingen verplicht calamiteiten bij de Inspectie te melden.

¹⁷ Met centraal punt wordt bedoeld: een plaats waar alle bij de zorgverlening betrokken zorgverleners kennis nemen van de gemelde incidenten. Dit centrale punt kan worden gerealiseerd door koppeling van kwaliteitsregisters van verschillende zorgaanbieders.

3. Toelichting en achtergronden

3.1. Totstandkoming, focus en opzet van de richtlijn

Totstandkoming

Deze Handreiking is op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg ontwikkeld door de KNMG, in samenspraak met andere beroeps- en brancheorganisaties in de zorg, en met financiële ondersteuning van het ministerie van VWS. De inhoud van de Handreiking is gebaseerd op een analyse van literatuur en (tucht)rechtspraak, alsmede op de uitkomsten van een vragenlijst die is voorgelegd aan vertegenwoordigers van de beroepsgroepen die worden genoemd in art. 3 van de Wet Big. Een conceptversie van de Handreiking is in januari 2009 besproken tijdens een expertmeeting met vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties, (koepels van) zorgaanbieders en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De KNMG zal in overleg met andere partijen in de zorg ontwikkelingen die van belang zijn voor de Handreiking monitoren en de inhoud en implementatie ervan evalueren. De eerste evaluatie zal plaatsvinden in de tweede helft van 2013.

Focus van deze Handreiking

1. Simultane samenwerking, intern en extern, samenhangende gezondheidsproblemen

Deze Handreiking heeft als titel “Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg”. Samenwerking kan zowel simultaan als volgtijdelijk plaatsvinden. Met simultane samenwerking wordt bedoeld op alle situaties waarin een cliënt gelijktijdig te maken heeft met meer dan één zorgverlener. De Handreiking is zowel gericht op simultane als op volgtijdelijke samenwerking.

Van samenwerking in de zin van deze Handreiking is sprake als meer dan één zorgverlener bij de cliënt betrokken is. Samenwerking kan intern zijn (zorgverleners die binnen dezelfde instelling werken), extern (zorgverleners uit verschillende instellingen), of een mengvorm betreffen.

In het geval van simultane betrokkenheid van meerdere hulpverleners bij een cliënt hoeft er niet altijd sprake te zijn met elkaar samenhangende gezondheidsproblemen. In dat geval komen niet alle aandachtspunten uit deze Handreiking meteen in beeld. Dat is wel het geval als er sprake is of kan zijn van samenhang.

2. Zorgverleners, zorgverlening, instellingen

Met het begrip zorgverlener wordt in deze Handreiking bedoeld op individuele beroepsbeoefenaren, als geregeld in of op grond van de artikelen 3 en 34 Wet Big. Zij zijn degenen die concreet inhoud moeten geven aan de aandachtspunten die in deze Handreiking worden beschreven. Inhoudelijk heeft de Handreiking betrekking op de zorgverlening die binnen het domein en de deskundigheid van deze beroepsbeoefenaren valt.

De taken en verantwoordelijkheden van deze beroepsbeoefenaren kunnen niet los worden gezien van de taken en verantwoordelijkheden van de instellingen waarbinnen zij werkzaam zijn of waarmee zij functioneel verbonden zijn. Dit is met name het geval in situaties waarin de beroepsbeoefenaar als werknemer aan de instelling is verbonden. Zorginstellingen zijn op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de verleende zorg en behoren de voorwaarden te creëren die nodig zijn om tot verantwoorde zorg te kunnen

komen. Daartoe behoren de voorwaarden die nodig zijn om te kunnen voldoen aan de aandachtspunten die in deze Handreiking aan de orde komen.

Deze Handreiking richt zich op situaties waarin het gaat om het verbeteren of stabiliseren van de gezondheidssituatie van een cliënt, binnen zowel de cure als de care.¹⁸ Zorgverleners kunnen ook bij een cliënt betrokken zijn in situaties waarin ook andere belangen en aspecten aan de orde zijn. Te denken valt bijvoorbeeld aan de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Ook in die gevallen kan er sprake zijn van samenwerking en kunnen elementen van de Handreiking van belang zijn, maar op dergelijke gevallen is deze Handreiking niet specifiek gericht.

3. Proportionele toepassing van de Handreiking

Niet alle situaties van samenwerking in de zorg zijn even complex of problematisch. In het ene geval kan gebrekkige samenwerking veel schadelijker gevolgen hebben voor de cliënt dan in het andere. Naarmate die gevolgen schadelijker kunnen zijn, is het naleven van de aandachtspunten uit deze Handreiking van groter belang. Het gaat erom dat er een redelijke verhouding is tussen middel en doel: naarmate de aard van de samenwerking complexer is en gebrekkige samenwerking meer risico's in het leven roept, zal aan deze Handreiking meer betekenis toekomen. Zorgverleners en zorginstellingen zullen aan de hand van een risicoanalyse per context moeten bepalen welke 'maatvoering' nodig is om te kunnen spreken van verantwoorde zorg.

Implicaties van deze Handreiking in relatie tot de huidige praktijk, implementatie

Tijdens het voorbereidende overleg is er door verschillende organisaties op gewezen dat deze Handreiking de lat hoog legt. Er bestaat overigens niet of nauwelijks verschil van inzicht over de inhoud en de noodzaak van de aandachtspunten die in deze Handreiking worden beschreven. Breed wordt erkend dat deze aandachtspunten op basis van wetgeving en tuchtrechtspraak in meer of mindere mate reeds als 'geldend recht' moeten worden beschouwd. Dat laat onverlet dat de in deze Handreiking genoemde aandachtspunten zich deels nog bevinden in de overgangsfase van streefnorm naar minimumnorm. Nog niet in alle zorgsectoren is sprake van de randvoorwaarden die nodig zijn om de in deze Handreiking genoemde aandachtspunten te kunnen toepassen. Tot deze randvoorwaarden behoren een adequate organisatie van zorgketens, zorgpaden en zorgtrajecten, een uitgewerkte toedeling van verantwoordelijkheden, goede ICT-voorzieningen e.d. Ook bevat deze Handreiking aspecten die zonder een aanpassing of uitbreiding van de bekostigingsstructuur niet of moeilijk zijn te realiseren. Dit alles betekent dat per sector van de zorg zal moeten worden bezien op welke wijze en in welk tempo een praktijk kan worden gerealiseerd waarin de aandachtspunten van deze Handreiking tot hun recht komen. Daarbij geldt dat de manier waarop aan deze Handreiking invulling wordt gegeven, van sector tot sector zal (kunnen) verschillen. De hedendaagse zorgpraktijk is zodanig complex en veelvormig, dat het met betrekking tot verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg niet mogelijk is een pakkende Handreiking te maken die direct toepasbaar is in de vele, uiteenlopende praktijksituaties in de zorg. Vaak zullen afspraken en arrangementen 'op maat' moeten worden gemaakt, zowel waar het gaat om inhoudelijke als om procedurele aspecten. Daarin kan een tekst als deze niet voorzien. Op basis van deze Handreiking zullen per sector of per thema nadere

¹⁸ Zie met betrekking tot de caresector de Inleiding bij deze Handreiking: "Organisaties van zorgaanbieders en cliënten uit de caresector (Actiz, VGN en LOC) zijn van mening dat de Handreiking in de huidige vorm nog onvoldoende op hun sector is toegespitst. In overleg met deze organisaties zal nader worden bezien of een 'care'-versie van deze Handreiking kan worden gerealiseerd".

uitwerkingen of richtlijnen moeten worden ontwikkeld.¹⁹ De onderhavige Handreiking is eerst en vooral bedoeld om de thema's te identificeren waaraan in het kader van de dergelijke nadere uitwerkingen of richtlijnen aandacht behoort te worden besteed. Het is de verantwoordelijkheid van de betrokken partijen om deze thema's zo nodig in dergelijke uitwerkingen of richtlijnen te 'vertalen'.

Van belang is voorts dat per zorgsector door de betrokken organisaties van zorginstellingen en beroepsbeoefenaren, en in overleg met financiers, Inspectie en cliëntenorganisaties, een implementatieplan wordt opgesteld. Dat plan moet voorzien in de implementatie van deze Handreiking binnen een redelijke termijn. Daarbij wordt uitgegaan van een termijn van ten hoogste drie jaren na de publicatie van deze Handreiking.

3.2 Juridische aspecten

Aan de problematiek van samenwerking tussen zorgverleners kleven tal van juridische aspecten. Het is van belang om enkele daarvan hier kort te behandelen.

Algemeen

De juridische context van deze Handreiking wordt in belangrijke mate bepaald door de op zorgverleners en instellingen rustende wettelijke verplichting om 'verantwoorde zorg' te leveren (art. 40 Wet Big; art. 2 Kwaliteitswet zorginstellingen).

Met betrekking tot instellingen is vooral de Kwaliteitswet van belang. Deze wet legt de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg bij het bestuur van de instelling, maar duidelijk is dat op dit terrein alleen door een gemeenschappelijke inspanning van beroepsbeoefenaren en management aan de wettelijke verplichtingen kan worden voldaan. De Kwaliteitswet vereist dat binnen zorginstellingen adequate kwaliteitssystemen en –procedures bestaan, maar laat in het midden welke dat moeten zijn. Het is de verantwoordelijkheid van alle betrokkenen binnen de instelling om daaraan vorm en inhoud te geven. Het toepassen van de in deze Handreiking neerlegde aandachtspunten is voor zorginstellingen een van de manieren om te voldoen aan de vereisten van de Kwaliteitswet.

De individuele verantwoordelijkheid van zorgverleners tot het verlenen van verantwoorde zorg ligt besloten in wettelijke bepalingen uit de Wgbo (art. 7:453 zorg van een goed zorgverlener, in relatie tot de professionele standaard) en, waar het gaat om zorgverleners die niet in een instelling werken, uit de Wet Big (art. 40, verplichting tot het bieden van verantwoorde zorg). Zorgverleners die behoren tot de beroepsgroepen genoemd in art. 3 Wet Big vallen tevens onder het wettelijk tuchtrecht. Hierin ligt het accent van oudsher op de individuele verantwoordelijkheid van de betreffende beroepsbeoefenaren. De laatste jaren is de ontwikkeling zichtbaar dat de tuchtrechter ook greep probeert te krijgen op de verantwoordelijkheid van individuele beroepsbeoefenaren voor de kwaliteit van het samenwerkingsverband waarbinnen zij functioneren. Op die wijze tracht de tuchtrechter rekening te houden met het gegeven dat het verlenen van gezondheidszorg steeds minder een individuele en steeds meer een collectieve

¹⁹ Recente voorbeelden van dergelijke arrangementen op maat zijn de Leidraad Ketenzorg Dementie (VWS c.s., 2008), de onder auspiciën van het CBO tot stand gekomen Richtlijn 'Het Preoperatief Proces' (NVZ e.a., 2009), de bijlage 'Handreikingen voor zes overdrachtsituaties' bij de Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens, maar bijvoorbeeld ook de in 2008 tot stand gekomen Handreiking Hoofdbehandelaarschap met betrekking tot de klinisch opgenomen patiënt in een UMC van de NFU.

aangelegenheid is. In april 2008 heeft het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg een uitspraak gedaan die voor de in deze Handreiking behandelde materie van groot belang is.²⁰ In deze uitspraak omschrijft het tuchtcollege in algemene zin welke verantwoordelijkheden er rusten op de *hoofdbehandelaar*. Daarmee beoogt de tuchtrechter dezelfde problemen op te lossen waarop ook de in deze Handreiking genoemde aandachtspunten zich richten. Zie bijlage 1 voor de belangrijkste overwegingen van het Centraal Tuchtcollege. In bijlage 2 wordt een overzicht gegeven van andere relevante uitspraken van de tuchtrechter.

De overheid bereidt een herziening voor van de wetgeving op het gebied van de rechten van cliënt en de kwaliteit van zorg. Deze herziening zal er mogelijk toe leiden dat een aantal bestaande wettelijke regelingen zal worden vervangen door een nieuwe Wet Cliëntenrechten Zorg. In mei 2008 heeft de regering in een brief aan de Tweede Kamer de contouren van de nieuwe wetgeving geschetst,²¹ en in maart 2009 is een consultatieversie van dit wetvoorstel bekend geworden. In de nieuwe wetgeving zal expliciet aandacht worden besteed aan het recht van de cliënt op afstemming tussen zorgverleners. De verantwoordelijkheid van zorgverleners voor een goede afstemming, nu reeds geregeld in de Kwaliteitswet, de Wet Big en de Wgbo, zal daardoor sterker worden geaccentueerd. De onderhavige Handreiking kan ertoe bijdragen dat wordt voldaan aan de eisen die voortvloeien uit de huidige en de toekomstige wetgeving. In deze Handreiking is waar mogelijk met de komende wetgeving rekening gehouden.

Aansprakelijkheid bij samenwerking in de zorg

Onder zorgverleners en instellingen bestaan veel vragen over de aansprakelijkheid in het geval van samenwerking. Met betrekking tot aansprakelijkheid moet worden onderscheiden tussen klachtrecht²², tuchtrechtelijke en civielrechtelijke aansprakelijkheid.

Het *klachtrecht van de cliënt* is een belangrijk onderdeel van diens rechtspositie. De hiervoor genoemde nieuwe wetgeving over cliëntenrechten in de zorg zal de voorwaarden formuleren waaraan de klachtenregelingen van instellingen en beroepsbeoefenaren moeten voldoen. Juist met het oog op toenemende externe samenwerking in de zorg (d.w.z. samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders) is het van belang dat gezamenlijke (lokale of regionale) klachtenregelingen tot stand komen. Dat is thans nog maar in beperkte mate het geval. De overgang van de huidige wetgeving naar de nieuwe Wet cliëntenrechten zorg is een geschikt moment om klachtenregelingen een breder bereik te geven en daardoor beter geschikt te maken voor zorg die door middel van samenwerkingsverbanden wordt verleend.

Tuchtrechtelijk aansprakelijk zijn zoals gezegd de zorgverleners die behoren tot een van de beroepsgroepen genoemd in art. 3 Big, eerst en vooral voor het eigen handelen jegens een cliënt. Tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van een beroepsbeoefenaar kan zich onder omstandigheden uitstrekken tot het handelen van het samenwerkingsverband waarvan hij deel uitmaakt. Dat kan betekenen dat tuchtrechtelijke aansprakelijkheid kan bestaan voor het handelen of nalaten van anderen. Hoever dit gaat valt uit de huidige tuchtrechtelijke jurisprudentie niet goed op te maken.

²⁰ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 1 april 2008, Medisch Contact 2008: 726-729.

²¹ Brief van 23 mei 2008, Kamerstukken II, 2007-2008, 31476, nr. 1.

²² Het klachtrecht van de cliënt is momenteel op verschillende manieren vorm gegeven. Dan kan van sector tot sector verschillen.

Mede tegen deze achtergrond heeft het kabinet het voornemen om tuchtklachten mogelijk te maken tegen een collectief van (onder het tuchtrecht vallende) zorgverleners.²³

Het vraagstuk van de *civielrechtelijke aansprakelijkheid* is complex. In het geval van samenwerking in de zorg kan de cliënt te maken hebben met verschillende behandelingsovereenkomsten (met de huisarts, met het ziekenhuis, met de medisch specialist in het ziekenhuis, met het verpleeghuis e.d.). In het geval van schade zal dan uitgezocht moeten worden welk van de contractspartijen van de cliënt daarvoor verantwoordelijk is. Bij hulpverlening in het ziekenhuis is wettelijk sprake van centrale aansprakelijkheid. Van belang is dan de cliënt bewijst dat de schade binnen het ziekenhuis is ontstaan, maar hij hoeft niet te bewijzen wie precies de schade veroorzaakt heeft.

3.3. Toezicht en toetsing

Deze Handreiking geeft invulling en uitwerking aan de op zorgaanbieders (beroepsbeoefenaren en instellingen) rustende wettelijke verantwoordelijkheden:

- De verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren om te handelen als een goed hulpverlener, conform de professionele standaard (art. 7:453 BW):
- De verantwoordelijkheid van de instelling om verantwoorde zorg te bieden en goede kwaliteitsafspraken en –systemen toe te passen (diverse bepalingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen).

De eindverantwoordelijkheid voor het naleven van deze Handreiking ligt bij de betrokken zorginstellingen. Via klachtrecht en tuchtrecht zijn echter ook individuele zorgverleners aanspreekbaar op het niet-nakomen van de genoemde aandachtspunten. Op grond van de Handreiking kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht houden op de naleving van de in het kader van samenwerking relevante aandachtspunten. Cliënten zullen zich op deze Handreiking kunnen beroepen in het kader van de (wettelijke) klacht- en geschillenregelingen.

Het is van groot belang dat binnen samenwerkingsverbanden in de zorg voortdurend wordt getoetst of de aandachtspunten die in deze Handreiking aan de orde komen ook daadwerkelijk worden gerealiseerd. Dat is een gedeelde verantwoordelijkheid van zorgverleners en het management van zorginstellingen. Beide groepen zijn daarvoor zoals gezegd ook in juridische zin verantwoordelijk. De praktijk wijst uit dat de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverleners en management van instellingen niet altijd duidelijk is c.q. goed wordt opgepakt.²⁴ Dit vergt juist ook in het verband van samenwerking specifieke aandacht. Het ligt overigens voor de hand dat de betrokken zorgverleners zoveel mogelijk het voortouw nemen bij het realiseren van de in deze Handreiking aangeduide thema's en vraagstukken. Het management van zorginstellingen is wettelijk eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Het management zal, zowel intern als in relatie tot externe samenwerkingspartners, heldere afspraken en procedures moeten hebben om deze verantwoordelijkheid waar te kunnen maken. Dat houdt onder meer in: ervoor zorgdragen dat waar nodig afspraken worden gemaakt, faciliteren dat deze afspraken uitgevoerd kunnen worden en toezien op de implementatie ervan.

²³ Brief van 17 november 2008 van de minister van VWS aan de Tweede Kamer, Kamerstukken II, 2008-2009, 31700 XVI, nr. 89.

²⁴ Zie bijvoorbeeld het in april 2008 verschenen rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid over de casus hartchirurgie UMC St Radboud.

Niet alleen in individuele gevallen maar juist ook op systeemniveau moeten het proces en de praktijk voortdurend worden getoetst en waar nodig worden bijgesteld. Daarbij kan onder meer worden gedacht aan de volgende toetsbare punten:

- Is een inventarisatie beschikbaar of in gang gezet van de voornaamste probleemgebieden (dat wil zeggen, zorgtrajecten met de grootste kans op valkuilen en problemen met betrekking tot samenwerking)?
- Is rond die probleemgebieden actie genomen om de kans op die valkuilen en problemen te verminderen?
- Wordt bij die verbeterslag gebruik gemaakt van methoden die als ‘state of the art’ kunnen worden beschouwd?
- Is sprake van meer zichtbaarheid en bekendheid van afspraken en regelingen rond samenwerking (in dossiers e.d.) bij alle betrokkenen?
- Worden in de zorgplannen taken en verantwoordelijkheden van de diverse betrokken zorgverleners vermeld?
- Zijn er, nadat de voornaamste probleemgebieden zijn geïnventariseerd en daarop actie is ondernomen, andere (eenvoudiger of minder risicovolle) zorgtrajecten onderscheiden en wordt daarbij gekeken op welke wijze de samenwerking tussen de daarbij betrokken zorgverleners verbeterd kan worden?
- Is er daadwerkelijk naleving van afspraken en regelingen rond samenwerking?
- Zijn er aantoonbare effecten van regelingen rond samenwerking?
- Is een systeem voor evaluatie, bijstelling aanwezig en wordt dat ook gebruikt?

Zie hierover ook de Handleiding bij het gebruik van het HKZ normenstelsel ketenkwaliteit (TNO, 2007).

Een Handreiking als deze zal niet kunnen worden geïmplementeerd zonder goede randvoorwaarden en ondersteuning, in termen van ICT, eenduidige zorgregistraties in relatie tot zorgpaden e.d. Een concrete uitwerking daarvan gaat de mogelijkheden en de intentie van deze Handreiking te buiten. Deze randvoorwaardelijke aspecten verdienen echter wel de nodige aandacht.

Literatuur

Algemene Rekenkamer. Ketenbesef op de werkvloer. Kamerstukken II, 2007-2008, 31394, nrs. 1-2.

Crolla R. e.a. Veilig opereren – Checklists chirurgische ketenzorg bewijzen hun nut. Medisch Contact 2009; 64: 980-983.

Diabetesvereniging Nederland. Diabetes Zorgwijzer. Leusden, 2008.

Donkers ECMM, Bras A, Dingenen ECM van. Ketens met karakter. Medisch Contact 2008; 63: 822-824.

Hoopen MM ten e.a. Eigen taken, eigen fouten. Verantwoordelijkheden anesthesiologen en chirurgen duidelijk afbakenen. Medisch Contact 2005; 60: 1548-1551.

Hoopen MM ten. Medisch-specialistische samenwerking en aansprakelijkheid. Nederlands Juristenblad 2008; 82: 1594-1604.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Preoperatief traject ontbeert multidisciplinaire en gestandaardiseerde aanpak en teamvorming. Den Haag, 2007.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg 2007 – Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg. Den Haag, 2007.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zorgketen voor kankercliënt en moet verbeteren. Den Haag, 2009.

Joeloem Singh S. Heldere afspraken – Verantwoordelijkheidstoedeling voorwaarde voor verantwoorde zorg. Medisch Contact 2007; 62: 204-206.

Kusiak L. Regie op de werkvloer? Overlaten aan verpleegkundigen. Zorgmarkt 2008; 2 (nr. 10): 48-51.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Stichting Ketennetwerk. Tools voor ketenzorg – Naar actie en reactie. Utrecht, 2007.

Legemaate J. Ondersteuning in de huisartspraktijk: juridische aspecten. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2008; 152: 1309-1312.

Legemaate J. e.a. (red). Beroepenwetgeving gezondheidszorg 2008/2009. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008 (waarin opgenomen zijn de beroepscode en gedragsregels van de beroepen genoemd in art. 3 Big).

Melchior M. Een groot gemis – Samenwerking zorgverleners valt buiten de tuchtrechtspraak. Medisch Contact 2006; 61: 948-950.

Nationale Raad van de Orde van Geneesheren. Taken van de hoofddarts – Deontologische en juridische richtlijnen. Tijdschrift van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren, nr. 120 (Juni 2008), p. 11-15.

Nederlandse Diabetes Federatie. NDF Zorgstandaard – Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Nederlandse Diabetes Federatie, 2007.

NFU. Handreiking Hoofdbehandelaarschap met betrekking tot de klinisch opgenomen patiënt in een UMC. Utrecht, 2008.

NVZ, NVA, NvVH, Orde. Richtlijn Het Preoperatief Proces. Utrecht, 2009.

Reeuwijk-Werkhorst J van, Hulst EH. Ketenzorg eist heldere afspraken. Zorg & Financiering 2008; 7 (nr. 4): 10-23.

Staalduinen AM van, Beckerman H, Lankhorst GJ, Wiggerts HO. De medische overdracht – Cliënt engegevens bij overplaatsing vaak onvolledig en niet correct. Medisch Contact 2008; 63: 1497-1499

Star A van der, Huuizen LS van, Jaspers FCA. Samen werkt beter. KIZ Tijdschrift over kwaliteit en veiligheid in zorg 2008 (nr. 5): 4-7.

Stichting Ketenkwaliteit COPD e.a. Richtlijn Ketenzorg COPD. Leusden, 2005.

Stichting Ketenkwaliteit COPD. Voorstel voor een model keten-dbc voor COPD. Leusden, 2008

Stoffels R. Cooperation among medical specialists: pain or gain? Proefschrift Universiteit Groningen, 2008.

TNO. Handleiding bij het gebruik van het HKZ normenstelsel ketenkwaliteit. Leiden, 2007.

VWS, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Stichting. Leidraad Ketenzorg Dementie. 2008.

Wouters MWJM e.a. Ketenzorg wordt geketende zorg. Medisch Contact 2009;64: 1167-1169.

Bijlage 1 – De tuchtrechter over het hoofdbehandelaarschap

De kernpassages uit de uitspraak van de Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg van 1 april 2008 over het hoofdbehandelaarschap (Medisch Contact 2008, p. 726-729) luiden aldus:

“5.3.1 (...) In deze procedure staat centraal het optreden van de arts als hoofdbehandelaar en in het bijzonder de vraag of de arts in die hoedanigheid de zorg heeft betracht die hij behoorde te betrachten ten opzichte van [de cliënt].

5.3.2 Bij de beantwoording van die vraag wordt het volgende als uitgangspunt genomen. De hoofdbehandelaar is, naast de zorg die hij als specialist ten opzichte van de cliënt en diens naaste betrekkingen heeft te betrachten, belast met de regie van de behandeling van de cliënt door hemzelf en andere specialisten en zorgverleners tijdens het gehele behandelingstraject. Dit traject bestaat uit de voorbereiding van de operatie (de preoperatieve fase), de operatie zelf (de peroperatieve fase) en de nazorg na de operatie (de postoperatieve fase). De regie houdt in het algemeen in dat de hoofdbehandelaar

- (1) ervoor zorg draagt dat de verrichtingen van allen die in een of meer van de genoemde fasen beroepshalve bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn – en dus ook zijn eigen verrichtingen -, op elkaar zijn afgestemd en zijn gecoördineerd, in zoverre als een en ander vereist is voor een vakkundige en zorgvuldige behandeling van de cliënt , en tijdens het gehele behandelingstraject voor hen allen het centrale aanspreekpunt is;
- (2) voor de cliënt en diens naaste betrekkingen ten aanzien van informatie over (het verloop van) de behandeling het centrale aanspreekpunt vormt.

Meer in het bijzonder zal de regievoering door de hoofdbehandelaar ten minste moeten inhouden dat hij:

- a) door adequate communicatie en organisatie de voorwaarden en omstandigheden heeft geschapen waaronder een operatie verantwoord kan worden uitgevoerd met vermijding van complicaties;
- b) de betrokken specialisten in staat heeft gesteld op hun vakgebied een deskundige bijdrage te leveren aan een verantwoorde behandeling van de cliënt ;
- c) in de mate die van hem als arts mag worden verwacht alert is geweest op aspecten van de behandeling die mede liggen op andere vakgebieden dan het zijne en zich over die aspecten heeft laten informeren door de specialisten op die andere vakgebieden, zo tijdig en voldoende als voor een verantwoorde behandeling van de cliënt vereist is;
- d) toetst of de door de betrokken specialist(en) geleverde bijdragen aan de behandeling van de cliënt met elkaar in verhouding zijn en passen binnen zijn eigen behandelplan en in overeenstemming hiermee ervoor heeft zorg gedragen dat de bij de verschillende specialisten ingewonnen adviezen zijn opgevolgd;
- e) in overleg met de desbetreffende bij de behandeling betrokken specialisten en andere zorgverleners erop toeziet dat in alle fasen van het behandelingstraject dossievoering plaatsvindt die voldoet aan de daaraan te stellen eisen;
- f) de hoofdbehandelaar de cliënt en diens naaste betrekkingen voldoende op de hoogte heeft gehouden van het beloop van de behandeling van de cliënt en hun vragen tijdig en adequaat beantwoordt.

5.3.3 Ten slotte moet worden onderstreept dat de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar voor de uitvoering van zijn regiefunctie haar grens hierin vindt dat hij niet de verantwoordelijkheid draagt voor de door andere specialisten tijdens het behandelingstraject uitgevoerde verrichtingen die zijn gelegen buiten het terrein waarop de hoofdbehandelaar als specialist werkzaam is. Voor die verrichtingen zijn en blijven die andere specialisten zelf ten volle verantwoordelijk.

(...)

5.11 (...) Daarbij wordt van de [medebehandelaar] verwacht dat deze actief de hoofdbehandelaar, niet alleen met het oog op diens eigen specialistische zorg voor de cliënt, maar ook met het oog op zijn coördinerende en informerende taken als regievoerende hoofdbehandelaar, op de hoogte houdt van het verloop van de behandeling.”

Bijlage 2 – Relevante uitspraken van de tuchtrechter

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 27 januari 2004. Medisch Contact 2004: 691-694.
("Eén voor allen, allen voor één")

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 4 maart 2004. Medisch Contact 2004: 1047-1050.
("Gedeelde verantwoordelijkheid")

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 8 april 2004. Medisch Contact 2004: 1616-1618.
("Slechte organisatie")

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage 6 juli 2004. Medisch Contact 2004: 2053-2054
("Verreikende verantwoordelijkheid voor de chirurg")

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 28 juni 2005. GJ 2005, 82
(Verloskundige. Doorverwijzing naar gynaecoloog)

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam 3 januari 2006. Medisch Contact 2006: 708-710.
("Fout op fout in de zorgketen")

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Groningen 20 februari 2006. Medisch Contact 2006: 837-841.
("Veel kapiteins op het schip")

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 30 mei 2006. Medisch Contact 2006: 1003-1006.
("Ondeskundige triage huisartsen")

Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 20 maart 2007. GJ 2007, 100
("Internist. Onvoldoende controle. Ketenverantwoordelijkheid)

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 10 april 2007. GJ 2007, 95
("Arts-assistent. Instructies aan het verplegend personeel onvoldoende")

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 4 september 2007. Medisch Contact 2007: 1826-1827
("Cardioloog meldt interventie niet aan medebehandelaars"). Zie ook GJ 2008, 1 m.nt. A.C. De Die.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 15 november 2007. GJ 2008, 4
("Specialist dient voorgeschreven medicatie aan huisarts door te geven")

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 1 april 2008. Medisch Contact 2008: 726-729 (“De hoofdbehandelaar”). Zie ook GJ 2008, 83 m.nt. A.J.G.M. Janssen.

Regionaal Tuchtcollege Groningen 27 mei 2008. GJ 2008, 109 (“Gynaecoloog. Verantwoordelijkheid hoofdbehandelaar”)

Regionaal Tuchtcollege Groningen 18 november 2008. Nr. G2007/70 (“KNO-arts. Zorgregie, communicatie”)

Regionaal Tuchtcollege Zwolle 29 januari 2009. Medisch Contact 2009: 1780-1783 (“Zoek de hoofdbehandelaar”)

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 19 maart 2009, GJ 2009/53 (“Cardioloog. Regievoering”)