

HANDREIKING

# Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg

Herziening 2022



# Inhoud

<b>Introductie</b>	3
<b>Voor wie is deze handreiking bedoeld?</b>	6
<b>Deel A</b>	
1. <b>Aandachtspunten bij samenwerking in de zorg</b>   overzicht	10
2. <b>Aandachtspunten bij samenwerking in de zorg</b>   met toelichting	14
Aandachtspunt 1	14
Aandachtspunt 2	18
Aandachtspunt 3	26
Aandachtspunt 4	29
Aandachtspunt 5	31
Aandachtspunt 6	33
Aandachtspunt 7	36
Aandachtspunt 8	37
Aandachtspunt 9	39
Aandachtspunt 10	40
Aandachtspunt 11	42
Aandachtspunt 12	45
<b>Deel B</b>	
3. <b>Toelichting en achtergrond van deze handreiking</b>	46
3.1 Geschiedenis van de totstandkoming en herziening van de handreiking	46
3.2 Juridische aspecten	50
<b>Literatuur</b>	58
<b>Bijlage 1</b> Richtlijnen diverse sectoren en beroepsgroepen	60
<b>Bijlage 2</b> De tuchtrechter over regiebehandelaarschap	65
<b>Bijlage 3</b> Relevante uitspraken van de tuchtrechter	67

# Introductie

In de huidige gezondheidszorg is het bijna niet meer mogelijk om zorg te verlenen zonder dat daarbij een vorm van samenwerking tussen zorgverleners plaatsvindt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan netwerkgeneeskunde waarbij verschillende zorgverleners in een netwerk op verschillende momenten waarde kunnen toevoegen voor de cliënt. Een goede samenwerking tussen deze zorgverleners is van groot belang, dit roept zijn eigen vragen en aandachtspunten op. Zo zal er een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling moeten zijn. Ook is het noodzakelijk dat de zorgverleners duidelijk met elkaar communiceren en hun werkzaamheden en informatie onderling afstemmen. Dat zijn belangrijke randvoorwaarden voor het bieden van goede zorg. Deze handreiking benoemt en verduidelijkt die randvoorwaarden.

Tegelijkertijd is de zorgpraktijk zodanig complex en veelvormig dat het niet mogelijk is om een pakkende handreiking te maken die in elke praktijk-situatie direct toepasbaar is. We identificeren in deze handreiking daarom aandachtspunten, waar zorgverleners uit alle sectoren bij elke vorm van samenwerking alert op moeten zijn. Hoever zij moeten gaan in de naleving hiervan, hangt af van de situatie. Immers, niet alle situaties van samenwerking in de zorg zijn even complex of problematisch. In het ene geval kan een gebrekkige samenwerking veel schadelijker gevolgen hebben voor de cliënt dan in het andere geval. Naarmate die gevolgen schadelijker kunnen zijn, is het naleven van de aandachtspunten in deze handreiking van groter belang. We raden beroepsorganisaties, instellingen en zorgverleners daarom aan om aan de hand van een risicoanalyse per context te bepalen welke 'maatvoering' bij de toepassing van de in deze handreiking genoemde aandachtspunten nodig is. De lijst van aandachtspunten in deze handreiking kan daarbij dienen als uitgangspunt en als checklist bij het maken van afspraken voor specifieke situaties van samenwerking. De aandachtspunten in deze handreiking zijn mede gebaseerd op de

bestaande regelgeving en (tuchtrechtelijke) jurisprudentie. De verwachting is dan ook dat de aandachtspunten van deze handreiking in rechtspraak en in het toezicht door de IGJ op zorgaanbieders van belang zijn.

### Leeswijzer

Na deze introductie beschrijven we eerst kort voor wie deze handreiking is bedoeld en in welke situaties hij toepasselijk is. Daarna volgt de handreiking. Deze handreiking kent twee delen. In deel A beschrijven we de aandachtspunten voor de verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Deze aandachtspunten worden in hoofdstuk 1 kort benoemd en in hoofdstuk 2 nader toegelicht. Voor wie in de praktijk met de handreiking werkt, volstaat deel A.

Deel B van deze handreiking bevat achtergrondinformatie over de verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. We geven hierin een nadere toelichting op de totstandkoming van deze handreiking (paragraaf 3.1) en de juridische aspecten (paragraaf 3.2). Gekoppeld hieraan vindt u in de bijlagen een overzicht van de tuchtrechtelijke jurisprudentie over samenwerking in de zorg en over regiebehandelaarschap.

### Aanpassingen in deze herziene versie

De oorspronkelijke versie van deze handreiking dateert uit 2010. Bij deze herziening hebben we geconstateerd dat de aandachtspunten uit 2010 inhoudelijk nog fier overeind staan. Deze hebben we dan ook gehandhaafd. Wel hebben we ervoor gekozen om de volgorde van de aandachtspunten te wijzigen, zodat er meer samenhang in zit. Ook hebben we de tekst van de handreiking aangepast aan de stand van de wetgeving en jurisprudentie anno 2021. In januari 2021 heeft het Centraal Tuchtcollege in een uitspraak de lijn van de jurisprudentie over de verantwoordelijkheden van zorgverleners bij samenwerking in de zorgverlening aan één cliënt

aangepast. Het Centraal Tuchtcollege spreekt niet langer over 'hoofdbehandelaar', maar over 'regiebehandelaar'. Reden hiervoor is de toenomen complexiteit van zorg, die soms door zorgverleners van verschillende instellingen wordt verleend. De uitgangspunten van deze uitspraak hebben we in de herziene Handreiking verwerkt. Met name de tekst van aandachtspunt 2 en de toelichting daarop hebben we hierop aangepast. Het accent ligt hierbij meer op het beleggen van de verantwoordelijkheid voor de regie van de zorg en het aanwijzen van een vast aanspreekpunt voor de cliënt, dan op het aanwijzen van een zorgverlener die inhoudelijk eindverantwoordelijk is.

Daarnaast had de oorspronkelijke handreiking een apart aandachtspunt over cliëntparticipatie. In deze herziene versie hebben we de inhoud daarvan ondergebracht bij de aandachtspunten over het zorg- of behandelplan (aandachtspunt 3) en het waarborgen van cliëntenrechten (aandachtspunt 6). De reden daarvan is dat cliëntparticipatie en het belang van het betrekken van cliënten bij behandelprocessen inmiddels ook in de wetgeving zijn verankerd. Het totale aantal aandachtspunten is daarmee teruggebracht tot twaalf.

### Slotopmerking

Voor de leesbaarheid hebben wij ervoor gekozen om overal in deze handreiking 'hij', 'hem' of 'zijn' te gebruiken. Uiteraard kunt u daarvoor ook 'zij', 'haar' of 'hun' lezen.

In aansluiting op de door de wetgever in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz) gehanteerde terminologie spreken we in de handreiking over 'cliënt'. U kunt daarvoor desgewenst ook 'patiënt' lezen.

# Voor wie is deze handreiking bedoeld?

In deze paragraaf geven we aan voor welke situaties deze handreiking geldt en voor wie de handreiking is bedoeld.

## Interne en externe samenwerking

Deze handreiking gaat over de verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Samenwerking kan intern of extern zijn, of een mengvorm daarvan. Van interne samenwerking is sprake als de betrokken zorgverleners binnen dezelfde instelling werken. Van externe samenwerking is sprake als de zorgverleners werkzaam zijn bij verschillende instellingen of zorgaanbieders. Een voorbeeld van externe samenwerking is netwerkgorg, waarbij cliënten thuis zorg krijgen van verschillende zorgaanbieders en hulpverleners.

Deze handreiking is niet alleen bedoeld voor situaties waarin zorgverleners samenwerken, bijvoorbeeld in een juridisch vastgelegd samenwerkingsverband. De handreiking kan ook van toepassing zijn op situaties waarin zorgverleners op het punt staan te gaan samenwerken voor een individuele cliënt. De naleving van de aandachtspunten in deze handreiking kan dan helpen om een goede kwaliteit van de samen verleende zorg te waarborgen. De aandachtspunten kunnen in dat geval fungeren als checklist voor het maken van afspraken (als die nodig zijn). Naarmate de samenwerking van zorgverleners bij het verlenen van een bepaald soort zorg structureler wordt en naarmate de risico's voor de kwaliteit van de zorg toenemen, ligt het meer voor de hand om ook formele samenwerkingsafspraken te maken. Dat kan bijvoorbeeld in de vorm van zorgpaden, samenwerkingsafspraken, werkafspraken, richtlijnen, protocollen etc.. Niet de vorm is doorslaggevend: het gaat erom dat voor de betrokken zorgverleners, de cliënt en diens naasten duidelijk is wie wat moet doen, wie waarvoor verantwoordelijk is en wie aanspreekpunt is bij vragen.

## Samenhangende gezondheidsproblemen

Deze handreiking richt zich op situaties waarin sprake is van samenhangende gezondheidsproblemen. Bij een samenwerking van meerdere zorgverleners hoeft hier niet altijd sprake van te zijn. Is er geen, of maar heel beperkt, sprake van samenhang tussen de gezondheidsproblemen van de cliënt, dan zijn de aandachtspunten in deze handreiking niet van toepassing.

## Zorgaanbieders en zorgverleners

Deze handreiking is bedoeld voor zorgverleners en zorgaanbieders. Met het begrip zorgverlener wordt conform de definitie van artikel 1 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) bedoeld op een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent. 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. Deze handreiking maakt onderdeel uit van de professionele standaard van zorgverleners, die zij als 'goed hulpverlener' dienen toe te passen<sup>1</sup>.

Een zorgverlener kan – solistisch werkend – ook een zorgaanbieder zijn. Daarnaast zijn zorgaanbieders vaak instellingen die bedrijfsmatig zorg verlenen. Zorgaanbieders zijn op grond van de Wkkgz eindverantwoordelijk voor het verlenen van 'goede zorg'. De zorgaanbieder behoort dus de voorwaarden te creëren die nodig zijn om tot goede zorg te komen. Onder deze voorwaarden vallen ook de voorwaarden die nodig zijn om te kunnen voldoen aan de aandachtspunten in deze handreiking.

<sup>1</sup> artikel 453 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst.

## Verbeteren of stabiliseren van de gezondheidssituatie

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. Zorgverleners kunnen daarnaast bij een cliënt betrokken zijn in situaties waarin andere belangen en aspecten aan de orde zijn, bijvoorbeeld in het kader van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Ook in die gevallen is veelal sprake van samenwerking en kunnen elementen van deze handreiking van belang zijn. Maar op dergelijke gevallen is deze handreiking niet specifiek gericht.

In de toelichting op de aandachtspunten wordt op sommige plaatsen verwezen naar richtlijnen, die bij het uitwerken van samenwerkingsafspraken behulpzaam kunnen zijn. Deze richtlijnen kunnen per zorgsector of beroepsgroep verschillen. In de voetnoten wordt ter illustratie verwezen naar de KNMG-richtlijnen voor artsen. Graag verwijzen we daarnaast naar bijlage 1 voor een overzicht van andere richtlijnen, die in de diverse sectoren en beroepsgroepen behulpzaam kunnen zijn bij het maken en uitwerken van samenwerkingsafspraken.

## Proportionele toepassing

Niet alle situaties van samenwerking in de zorg zijn even complex. Ook kan een gebrekkige samenwerking in het ene geval voor de cliënt veel schadelijker gevolgen hebben, dan in het andere geval. Naarmate die gevolgen schadelijker kunnen zijn en de aard van de samenwerking complexer is, is het naleven van de aandachtspunten in deze handreiking van groter belang. Zorgverleners en instellingen zullen aan de hand van een risicoanalyse per context moeten bepalen hoe deze handreiking moet worden toegepast c.q. welke 'maatvoering' nodig is om tot goede zorg te komen en de verantwoordelijkheidsverdeling duidelijk te maken.

Het is dan ook uitdrukkelijk de bedoeling dat beroepsorganisaties, zorgaanbieders en zorgverleners voor elke situatie van samenwerking in de zorg gemeenschappelijk beoordelen in hoeverre en op welke wijze het

nodig is om daarvoor in lijn met de inhoud van deze handreiking specifieke afspraken te maken. Dat geldt voor alle sectoren van de gezondheidszorg. De aandachtspunten in deze handreiking kunnen daarbij als checklist en leidraad dienen.

# 1. Aandachtspunten bij samenwerking in de zorg | overzicht

Als meerdere zorgverleners samenwerken, kan dat risico's opleveren voor het leveren van verantwoorde zorg. De aandachtspunten die we in dit hoofdstuk formuleren, zijn gericht op het voorkomen van die risico's. Deze aandachtspunten kunnen worden gezien als de kernaspecten van een regeling waarin de verantwoordelijkheden binnen een samenwerking in het zorgproces worden belegd. Sommige aandachtspunten zijn specifiek gericht op die samenwerking; andere aandachtspunten zijn in alle zorgverleningssituaties relevant, maar kunnen in de context van samenwerking een specifieke betekenis krijgen of om extra aandacht vragen.

Uiteraard is de zorg zeer divers. Daarom kunnen deze aandachtspunten – afhankelijk van de samenwerkingsvorm, het type zorgverlening en de zorgsector – verschillende accenten krijgen en/of verschillend worden uitgewerkt en bijgeslepen. Dat is nodig om ervoor te zorgen dat ze in de betreffende setting zo effectief mogelijk bijdragen aan verantwoorde zorg. In dit hoofdstuk presenteren we een overzicht van de aandachtspunten; in het volgende hoofdstuk lichten we de aandachtspunten verder toe.

## AANDACHTSPUNT 1 >

Indien er op enig moment meerdere zorgverleners bij de zorgverlening aan een cliënt betrokken raken, dan maken zij zo nodig duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden bij de zorgverlening aan de cliënt. [Toelichting ↗](#)

## AANDACHTSPUNT 2 >

Uitgangspunt is dat iedere zorgverlener die betrokken is bij in samenwerking te verlenen zorg, een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft en houdt jegens de cliënt, voor zijn/haar aandeel in de zorg. Zij zorgen allen dat zowel onderling als voor de cliënt of diens vertegenwoordiger(s) duidelijk is, wie verantwoordelijk is voor welk deel van de zorgverlening. Als de aard of de complexiteit van de te verlenen zorg dat nodig maakt, spreken alle betrokken zorgverleners af dat één van hen wordt aangewezen als regiebehandelaar. Deze ziet er in elk geval op toe dat:

- > de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de cliënt wordt bewaakt en waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
- > er adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen bij de behandeling betrokken zorgverleners;
- > er één aanspreekpunt is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling van de cliënt of diens naaste betrekking(en).

De regiebehandelaar hoeft niet zelf aanspreekpunt te zijn. Het aanspreekpunt hoeft niet alle vragen zelf inhoudelijk te kunnen beantwoorden, maar moet wel de weg naar de antwoorden weten.

De zorgverleners zorgen ervoor dat deze afspraken duidelijk zijn voor de cliënt of diens naaste betrekking(en). [Toelichting ↗](#)

## AANDACHTSPUNT 3 >

Alle zorgverleners die bij de samenwerking zijn betrokken, beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan voor de cliënt. De cliënt of diens vertegenwoordiger wordt actief betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van dit zorg- of behandelplan. [Toelichting ↗](#)

## AANDACHTSPUNT 4 >

De bij de samenwerking betrokken zorgverleners houden de relevante gegevens bij in het dossier van de cliënt. Bij voorkeur is dit een geïntegreerd

dossier, dat kan worden geraadpleegd en aangevuld door alle zorgverleners die bij de samenwerking zijn betrokken. Kan dat niet, dan maken de samenwerkingspartners afspraken over de wijze waarop zij relevante informatie uit het dossier met elkaar delen, zodat alle betrokken zorgverleners tijdig op de hoogte zijn van de voor hen relevante actuele informatie. [Toelichting ↗](#)

#### AANDACHTSPUNT 5 >

Alle zorgverleners die samenwerken bij de zorgverlening aan een cliënt, vergewissen zich er zo veel mogelijk van dat zij beschikken over relevante informatie van hun collega's. Ook informeren zij actief en tijdig hun collega's over hun eigen gegevens en bevindingen, die nodig zijn om goede zorg te kunnen verlenen met inachtneming van wet- en regelgeving daaromtrent. [Toelichting ↗](#)

#### AANDACHTSPUNT 6 >

Zorgverleners dienen ook bij in samenwerking verleende zorg de rechten van de cliënt, die voortvloeien uit wetgeving en rechtspraak, op de juiste wijze na te komen. Waar nodig maken de zorgverleners afspraken die het de cliënt makkelijker maken om zijn rechten uit te oefenen ten aanzien van de in samenwerking verleende zorg en de verwerking van zijn persoonsgegevens in dat kader. [Toelichting ↗](#)

#### AANDACHTSPUNT 7 >

Alle zorgverleners betrokken bij de in samenwerking verleende zorg zijn alert op de grenzen van hun eigen mogelijkheden en deskundigheid. Ze nodig verwijzen zij de cliënt tijdig door naar een andere zorgverlener. Ze zijn op de hoogte van de deskundigheidsgebieden en kerncompetenties van hun samenwerkingspartners. [Toelichting ↗](#)

#### AANDACHTSPUNT 8 >

Bestaat er tussen verschillende zorgverleners een opdrachtrelatie, dan geeft de opdrachtgevende zorgverlener voldoende instructies aan de opdrachtnemende zorgverlener over de zorgverlening aan de cliënt en

zal de opdrachtnemende zorgverlener zich inspannen deze instructies op te volgen. [Toelichting ↗](#)

#### AANDACHTSPUNT 9 >

De overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. Bij het inrichten van overdrachtsmomenten is het van belang om zowel rekening te houden met bij overdrachtssituaties in het algemeen veel voorkomende risico's als met eventuele specifieke kenmerken van de situatie van de cliënt. [Toelichting ↗](#)

#### AANDACHTSPUNT 10 >

Als dat nodig is voor een goede zorgverlening plannen de samenwerkende zorgverleners controle- en evaluatiemomenten in. [Toelichting ↗](#)

#### AANDACHTSPUNT 11 >

Over incidenten in de zorgverlening, waaronder calamiteiten, spreken de samenwerkingspartners het volgende af:

- > De samenwerkingspartners betrachten naar de cliënt openheid over incidenten, waaronder calamiteiten, die (mogelijk) merkbare gevolgen voor hem hebben.
- > De samenwerkingspartners spreken af hoe en waar zij incidenten in de zorgverlening, waaronder calamiteiten, melden.
- > Als een van de samenwerkingspartners in de ogen van één of meer collega's niet voldoet aan de normen voor goede zorg, dan spreken zij deze partner daarop aan. [Toelichting ↗](#)

#### AANDACHTSPUNT 12 >

De samenwerkingspartners leggen, wanneer sprake is van structurele samenwerking, de afspraken die zij maken over de aard en inrichting van de samenwerking en ieders betrokkenheid daarbij schriftelijk vast. [Toelichting ↗](#)

## 2. Aandachtspunten bij samenwerking in de zorg | met toelichting

In hoofdstuk 1 hebben we een overzicht gegeven van de aandachtspunten bij samenwerking in de zorg. Deze aandachtspunten zijn breed geformuleerd. Het is aan het samenwerkingsverband om ze specifieker te maken. De toelichting in dit hoofdstuk kan daarbij helpen.

### AANDACHTSPUNT 1 >

**Indien er op enig moment meerdere zorgverleners bij de zorgverlening aan een cliënt betrokken raken, dan maken zij zo nodig duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden bij de zorgverlening aan de cliënt.**

#### Toelichting

Goede en samenhangende zorgverlening aan de cliënt, waarbij de bijdragen van de verschillende zorgverleners goed op elkaar zijn afgestemd, vraagt het nodige van de betrokken zorgverleners. Zo moeten zij zich niet alleen bewust zijn van hun eigen handelen, maar ook van hoe hun handelen zich verhoudt tot het handelen van hun samenwerkingspartners. Dat vergt een adequate gegevensuitwisseling rond de situatie van de cliënt: alle zorgverleners moeten weten wat er van hen wordt verwacht en wat de anderen in het kader van de zorgverlening doen (zie ook aandachtspunt 5). Daarnaast is het belangrijk dat de zorgverleners voldoende aandacht en inspanning richten op de aansluiting van hun eigen werkzaamheden op die van de anderen.

Daar waar meerdere zorgverleners betrokken raken bij de zorgverlening aan een cliënt, is het daarom van belang dat zij stilstaan bij de vraag,

in hoeverre het voor de kwaliteit van de verleende zorg en de eventueel daarmee voor de cliënt gepaard gaande risico's nodig is dat zij duidelijke afspraken maken over de verdeling van hun taken en verantwoordelijkheden. Naarmate de in samenwerking verleende zorg complexer is en/of daaraan meer risico's voor de cliënt of de kwaliteit van de aan hem verleende zorg kleven, neemt het belang van die afspraken toe.

#### Risico-inventarisatie

Zeker bij meer structurele vormen van in samenwerking te verlenen zorg, verdient het aanbeveling dat de samenwerkende partijen inventariseren welke specifieke risico's voor de cliënt zij identificeren bij de in samenwerking te verlenen zorg en welke specifieke afspraken zij maken om die risico's voor de cliënt te voorkomen of te beperken.

De in deze handreiking na dit aandachtspunt opgenomen aandachtspunten fungeren daarbij als een checklist. De samenwerkende partijen staan stil bij de vraag of en in welke mate het voor de kwaliteit van zorg en/of de daaraan voor de cliënt verbonden risico's noodzakelijk is om over deze aandachtspunten afspraken te maken. De toepassing van deze handreiking is in die zin proportioneel.

Als voorbeeld: als in de thuissituatie medische technologie wordt ingezet terwijl meerdere zorgaanbieders en/of zorgverleners zorg verlenen, zullen meer gedetailleerde en andersoortige afspraken voor de hand liggen, dan bij bijvoorbeeld eenvoudige wondzorg. De complexiteit in de zorg kan ook worden veroorzaakt door de sociale kenmerken van de zorgsituatie. Denk bijvoorbeeld aan: de mate van zelfmanagement, de woonsituatie van de cliënt of de beschikbaarheid van een steunsysteem.

#### Verantwoordelijkheidsverdeling

Het is van belang dat tussen de betrokken zorgverleners duidelijk is, wie welke taken heeft en wie waarvoor verantwoordelijk is. Als de aard en/of complexiteit van de te verlenen zorg dat nodig maken, wijzen de betrokken zorgverleners daarbij een verantwoordelijke aan voor de regie van de



behandeling (regiebehandelaar), alsmede een vast aanspreekpunt voor de cliënt. Dit wordt nader uitgewerkt in aandachtspunt 2.

Belangrijk is dat niet wordt volstaan met het benoemen en definiëren van verschillende functionarissen. Er moet daadwerkelijk worden afgesproken en zo nodig beschreven wie waarvoor verantwoordelijk is. Daarbij wordt bij voorkeur ook beschreven hoe binnen het samenwerkingsverband besluiten worden genomen en wat zo nodig de escalatieprocedure is, als de gebruikelijke manier van besluitvorming niet tot een oplossing leidt. In zo'n escalatieprocedure kan men er bijvoorbeeld voor kiezen om één van de betrokken zorgverleners een doorslaggevende stem te geven of door het besluit op een ander (hoger) niveau te laten nemen.

### **Bekend bij alle betrokken zorgverleners**

Nadat de afspraken en regelingen zijn gemaakt, is het van groot belang dat deze voor alle betrokken zorgverleners kenbaar zijn. Het gaat daarbij zowel om de regelingen over de samenwerking in algemene zin, als om de afspraken over de zorgverlening aan een specifieke cliënt. Alle betrokkenen moeten weten wat de principes en procedures voor de samenwerking zijn en welke regelingen er zijn voor de inschakeling of consultatie van andere disciplines. Op basis daarvan kan elke zorgverlener bepalen wat in een specifieke situatie zijn eigen taken en verantwoordelijkheden zijn, en welke taken en verantwoordelijkheden de anderen hebben. Ook wordt het daarvoor beter mogelijk om te bepalen wanneer het moment is aangebroken om collega's te consulteren of taken aan hen over te dragen.

### **Bekend bij de cliënt**

Dit aandachtspunt betreft zowel de plicht voor de zorgverleners om binnen het samenwerkingsverband duidelijke afspraken te maken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden, als de plicht om er expliciet bij stil te staan hoe de verdeling van taken en verantwoordelijkheden uitwerkt bij een individuele cliënt. De afspraken over wie waarvoor verantwoordelijk is, moeten dan ook aan de cliënt worden kenbaar gemaakt (zie

ook aandachtspunt 2). Ook moeten er afspraken worden gemaakt over de verstrekking van andere informatie aan de cliënt: welke informatie krijgt hij, wie geeft die en wanneer? Zie hiervoor ook aandachtspunten 2 en 6.

### **Extra aandacht bij samenwerking met andere sectoren**

Als er vanuit de gezondheidszorg wordt samengewerkt met aanpalende sectoren (sociaal domein, strafrechtsketen etc.), is dit aandachtspunt extra belangrijk, ook omdat zowel wet- en regelgeving als (interne) protocollen en gebruiken in andere sectoren kunnen verschillen. Maar ook als er binnen de gezondheidszorg wordt samengewerkt over de muren van instellingen heen, of tussen verschillende sectoren in de zorg (ziekenhuizen, huisartsen, verstandelijk gehandicaptenzorg, VVT etc.) verdient de expliciete verdeling van taken- en verantwoordelijkheden (en de grenzen daarvan) extra aandacht.

## AANDACHTSPUNT 2 >

**Uitgangspunt is dat iedere zorgverlener die betrokken is bij in samenwerking te verlenen zorg, een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft en houdt jegens de cliënt voor zijn/haar aandeel in de zorg. Zij zorgen allen dat zowel onderling als voor de cliënt of diens vertegenwoordiger(s) duidelijk is, wie verantwoordelijk is voor welk deel van de zorgverlening.**

**Als de aard of de complexiteit van de te verlenen zorg dat nodig maakt, spreken alle betrokken zorgverleners af dat één van hen wordt aangewezen als regiebehandelaar. Deze ziet er in elk geval op toe dat:**

- > de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de cliënt wordt bewaakt en waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
- > er adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen bij de behandeling betrokken zorgverleners;
- > er één aanspreekpunt is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling van de cliënt of diens naaste betrekking(en).

**De regiebehandelaar hoeft niet zelf aanspreekpunt te zijn. Het aanspreekpunt hoeft niet alle vragen zelf inhoudelijk te kunnen beantwoorden, maar moet wel de weg naar de antwoorden weten.**

**De zorgverleners zorgen ervoor dat deze afspraken duidelijk zijn voor de cliënt of diens naaste betrekking(en).**

### Toelichting

Dit aandachtspunt betreft het kernaspect van samenwerking, namelijk de verdeling van de belangrijkste verantwoordelijkheden. Als meerdere zorgverleners zijn betrokken bij de zorgverlening aan een cliënt, kunnen drie verantwoordelijkheden worden onderscheiden:

- a) professionele verantwoordelijkheid voor de behandeling van en/of de zorgverlening aan de cliënt;
- b) regie van de behandeling van en zorg voor de cliënt;

- c) aanspreekpunt voor vragen van de cliënt en diens vertegenwoordiger.

Deze verantwoordelijkheden worden bij samenwerking in de zorg voor een cliënt zo nodig uitdrukkelijk belegd.

### Ad a: professionele verantwoordelijkheid

Vooraf in gevallen waarin verschillende zorgverleners gelijktijdig betrokken zijn bij de behandeling van de cliënt, moet duidelijk zijn wie van hen inhoudelijk verantwoordelijk is voor welke onderdelen van de behandeling. Uitgangspunt bij de zorgverlening is uiteraard dat iedere zorgverlener een eigen professionele verantwoordelijkheid draagt voor het eigen (medisch) handelen. De deskundigheidsgebieden en competenties van de zorgverlener zijn daarbij leidend. Maar als zorgverleners samenwerken in de zorg voor een specifieke cliënt, is het van belang dat één van hen overzicht houdt over het geheel. Daarom kan het – indien aard of complexiteit van de zorgverlening dat nodig maken – van belang zijn een regiebehandelaar aan te wijzen. Inhoudelijke professionele verantwoordelijkheid berust echter bij ieder van de zorgverleners afzonderlijk.

Wel kan er in sommige situaties sprake van zijn dat een zorgverlener een bepaalde mate van *medeverantwoordelijkheid* voor het inhoudelijk handelen van een andere betrokken zorgverlener heeft. Dit is bijvoorbeeld het geval als sprake is van een opleidingssituatie. In een opleidingssituatie draagt de opleider of supervisor van een zorgverlener-in-opleiding medeverantwoordelijkheid voor de inhoudelijk door de zorgverlener-in-opleiding verleende zorg.<sup>2</sup> Het zwaartepunt van de inhoudelijke verantwoordelijkheid verschuift gedurende de opleiding: aan het begin van de opleiding berust de inhoudelijke verantwoordelijkheid grotendeels bij de opleider/supervisor en naarmate de zorgverlener-in-opleiding meer ervaren wordt krijgt deze steeds meer eigen inhoudelijke verantwoordelijkheid.

<sup>2</sup> Zie bijvoorbeeld CTG 6 juni 2013, ECLI:NL:TGZCTG: 2013:YG 2967.

In alle gevallen is het van belang dat de verschillende zorgverleners die ieder een eigen inhoudelijke verantwoordelijkheid hebben richting de cliënt, samen afstemmen over de inhoud en regie van de behandeling. Wanneer de aard van de zorgverlening dat vraagt en afhankelijk van de verschillende deskundigheden, kan de mate van de eigen inhoudelijke verantwoordelijkheid van de betrokken zorgverleners verschillen.

De samenwerkende zorgverleners zorgen er voor dat het aan de cliënt of diens vertegenwoordiger(s) duidelijk is, wie voor welk deel van de behandeling professionele verantwoordelijkheid draagt.

#### Ad b: regiebehandelaar

Als de aard en/of complexiteit van de te verlenen zorg dat nodig maakt, wordt een regiebehandelaar aangewezen, die er op toeziet dat er adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen de bij de samenwerking betrokken zorgverleners (zie ook aandachtspunt 5). Het doel van de regie is om te voorkomen dat er in de zorgverlening hiaten ontstaan en dat de cliënt de dupe wordt van gebrekkige samenwerking en afstemming. De verantwoordelijkheid voor de regie onderscheidt zich van (medisch)inhoudelijke verantwoordelijkheid van de samenwerkende zorgverleners (zie ad a).

Het is van belang om de positie en de bevoegdheden van de regiebehandelaar duidelijk te omschrijven. Ook moet hij zo nodig het mandaat krijgen om de andere betrokken zorgverleners te kunnen aanspreken, en bepaalde activiteiten van hen te verlangen. Dit betekent dat de regiebehandelaar hier zowel de capaciteiten als de formele mogelijkheden voor moet hebben. Dit moet goed worden geregeld en voor alle betrokkenen duidelijk zijn.

De regiebehandelaar is dus verantwoordelijk voor de samenhang van de behandeling. Dat wil zeggen dat hij bewaakt dat de diverse onderdelen van de behandeling inhoudelijk met elkaar in verhouding zijn en passen binnen het behandelplan. Van oudsher werd in de tuchtrechtelijke juris-

prudentie en vele regelingen over samenwerking in de zorg binnen instellingen de term ‘hoofdbehandelaar’ gebruikt. Discussie bleef echter bestaan over hoe ver de inhoudelijke verantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar exact reikte.<sup>3</sup> In 2021 heeft het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg in een uitspraak vastgesteld dat de toegenomen complexiteit van zorg een meer flexibele regeling bij samenwerking nodig maakt, waarbij als uitgangspunt geldt dat alle betrokken zorgverleners hun eigen professionele verantwoordelijkheid houden.<sup>4</sup> Het Centraal Tuchtcollege spreekt niet langer van een ‘hoofdbehandelaar’ maar van een ‘regiebehandelaar’.<sup>5</sup>

Als de aard of complexiteit van de behandeling dat nodig maakt, zorgen de betrokken zorgverleners er dus voor dat één van hen wordt aangewezen als regiebehandelaar. Deze regiebehandelaar:

- > bewaakt de continuïteit en samenhang van de zorgverlening en zorgt dat waar nodig een aanpassing van de gezamenlijk behandeling in gang wordt gezet;
- > zorgt voor voldoende overleg en afstemming tussen betrokken zorgverleners;
- > ziet er op toe dat er één vast aanspreekpunt is voor de cliënt.

---

3 Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 2008: “Dat de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar voor de uitvoering van zijn regiefunctie haar grens hierin vindt dat hij niet de verantwoordelijkheid draagt voor door de 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 specialisten ten volle verantwoordelijk ...”.

4 Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 29-01-2021, ECLI:NL:TGZCTG:2021:36.

5 De term ‘hoofdbehandelaar’ wordt nog wel gebruikt in bijv. de regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) omtrent registratie en declaratie van zorg.

De regiebehandelaar is niet noodzakelijkerwijs een arts, al zal dat vaak wel het geval zijn.<sup>6</sup> Afhankelijk van de omstandigheden en de zorgsector kan ook een zorgverlener van een andere beroepsgroep, bijvoorbeeld een gezondheidszorgpsycholoog, een physician-assistant, een verpleegkundig specialist dan wel verpleegkundige of een andere zorgverlener, de rol van regiebehandelaar vervullen.<sup>7</sup> Afhankelijk van de aard en/of de mate van complexiteit van de te verlenen zorg, is denkbaar in uitzonderings-situaties ook een niet BIG-geregistreerd zorgverlener als regiebehandelaar aan te wijzen. Deze dient uiteraard altijd te beschikken over de vereiste bekwaamheid voor zijn taak en is – waar eventuele BIG-geregistreerde partners uit de samenwerking wel aanspreekbaar zijn op hun verantwoordelijkheden – niet via het wettelijk tuchtrecht aanspreekbaar op zijn handelen als regiebehandelaar. Het gaat er echter vooral om dat de aangewezen zorgverlener over de juiste bekwaamheid beschikt om in de specifieke context van de samenwerking de regierol te vervullen. In sommige sectoren kunnen eisen worden gesteld aan de rol van de regiebehandelaar in regelgeving of sectorale richtlijnen, zoals een handreiking of een kwaliteitsstatuut. Als er een regiebehandelaar is, moet aan de cliënt worden gemeld welke zorgverlener deze rol vervult.

Bij sommige vormen van samenwerking, bijvoorbeeld externe samenwerking over de muren van instellingen heen, vloeit het mandaat van de regiebehandelaar niet noodzakelijkerwijs voort uit bestaande onderlinge verhoudingen. In die gevallen is het nog belangrijker om diens bevoegdheden en de grenzen daarvan expliciet te beleggen, met name als het gaat om het aanspreken van de andere zorgverleners. Zo mogelijk moet

---

6 Uit de taak van de huisarts vloeit overigens niet voort dat een huisarts voor alle zorg waarbij hij betrokken is, als ‘regiebehandelaar’ in de zin van deze handreiking hoeft te gelden. Per samenwerkingsverband worden zo nodig afspraken gemaakt over welke van de betrokken zorgverleners de meest geëigende regiebehandelaar is.

7 Aldus de tuchtrechtspraak.

ook worden voorzien in een escalatieprocedure. De regiebehandelaar moet daadkrachtig kunnen optreden, inzicht hebben in de consequenties van stagnatie en kunnen afwegen wat in het kader van de voortgang en continuïteit van de zorgverlening nodig is.

De regiebehandelaar is niet noodzakelijkerwijs ook inhoudelijk verantwoordelijk voor de zorgverlening aan de cliënt (behandelverantwoordelijkheid). Wel kan ervoor worden gekozen om de regie en de behandelverantwoordelijkheid te combineren (zie ook hieronder). In de gehandicaptenzorg is er bijvoorbeeld voor gekozen om het coördinatorschap los te koppelen van de behandelverantwoordelijkheid en dit te beleggen bij de persoonlijk begeleider. De behandelverantwoordelijkheid ligt daar bij de behandelaar.

#### **Ad c: aanspreekpunt**

Als de aard en/of complexiteit van de te verlenen zorg dat nodig maakt, is het van belang dat er voor de cliënt en diens naasten één aanspreekpunt is, waar zij met vragen over de zorg terecht kunnen. Samenwerkende zorgverleners spreken daarom af, wie aanspreekpunt zal zijn voor vragen van de cliënt en diens naasten. De regiebehandelaar ziet erop toe dat dit wordt afgesproken. Dit aanspreekpunt hoeft niet alle vragen zelf inhoudelijk te kunnen beantwoorden, maar moet wel de weg naar de antwoorden weten.

De zorgverleners betrokken bij de zorgverlening hebben los van de verantwoordelijkheid van dit aanspreekpunt ieder zelf hun eigen verantwoordelijkheid de cliënt te informeren over hun aandeel in de zorg. Dit vloeit voort uit hun verantwoordelijkheid als zorgverlener. Deze verantwoordelijkheid geldt ook als het niet noodzakelijk is een regiebehandelaar – en dus ook geen centraal aanspreekpunt – aan te wijzen. (Zie hiervoor ook aandachtspunt 6.)

Bezien vanuit de cliënt en vanuit het perspectief van de kwaliteit van de zorgverlening, zijn bij de informatieverstrekking drie factoren essentieel: volledigheid, eenduidigheid en tijdigheid. Naarmate het aantal betrokken

zorgverleners groeit, nemen de risico's van lacunes, tegenstrijdigheden en niet tijdige informatie toe. Daarom is het belangrijk dat de cliënt weet bij wie hij met vragen en onduidelijkheden terecht kan en wanneer en hoe deze zorgverlener bereikbaar is.

### *Verdeling van taken over zo min mogelijk zorgverleners*

Bezien vanuit het perspectief van de cliënt is het te prefereren dat de hiervoor genoemde verantwoordelijkheden (professionele verantwoordelijkheid, regiebehandelaar en aanspreekpunt) worden toebedeeld aan dezelfde persoon. Dit zal echter in de huidige gezondheidszorg lang niet altijd mogelijk zijn. Vaak zullen deze taken over meerdere zorgverleners worden verdeeld. Ook kan het zijn dat de personen die deze taken op zich nemen per fase van de zorg of behandeling wisselen. Hoe de situatie ook is, belangrijk is dat voor alle betrokkenen, waaronder ook de cliënt of diens vertegenwoordiger<sup>8</sup>, altijd helder is wie welke rol op zich neemt. Op de vraag welke afspraken daarvoor nodig zijn, is geen standaardantwoord mogelijk. Dat hangt onder meer af van de samenwerkingsconstructie.

Naarmate de genoemde verantwoordelijkheden 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. Dit kan hij ofwel doen op basis van zijn eigen kennis, ofwel door de benodigde informatie bij de juiste andere betrokken zorgverleners na te vragen.

---

<sup>8</sup> Als de cliënt niet zelf in staat is zijn belangen te behartigen, bijvoorbeeld omdat hij ter zake niet wilsbekwaam is of minderjarig is, worden de rechten van de cliënt uitgeoefend door een vertegenwoordiger. Voor die situaties moet voor cliënt ook vertegenwoordiger worden gelezen. Ook in situaties waarin van formele vertegenwoordiging geen sprake is, kan het van belang zijn te bezien in hoeverre het wenselijk en mogelijk is om met toestemming van de cliënt een naaste of bijvoorbeeld de mantelzorger te informeren.

Verder is het van belang dat uit het dossier en het behandelplan van de cliënt in elke fase van het traject kan worden afgeleid welke zorgverlener optreedt als aanspreekpunt, wie – indien van toepassing – regiebehandelaar is en welke zorgverlener voor welk deel van de behandeling en/of zorgverlening inhoudelijk verantwoordelijk is.

### AANDACHTSPUNT 3 >

**Alle zorgverleners die bij de samenwerking zijn betrokken, beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan voor de cliënt. De cliënt of diens vertegenwoordiger wordt actief betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van dit zorg- of behandelplan.**

#### Toelichting

Juist als verschillende zorgverleners samenwerken, is het van belang dat er steeds een up-to-date zorg- of behandelplan is. Het zorg- of behandelplan vormt de spil van de zorgverlening aan de cliënt en speelt een belangrijke rol bij het integreren van de activiteiten van de verschillende zorgverleners die bij de samenwerking betrokken zijn.

#### Inhoud van het zorg- of behandelplan

Het zorg- of behandelplan geeft onder meer antwoord op de volgende vragen (zie ook de overige aandachtspunten in deze richtlijn):

- a) Wat zijn de doelen van de zorgverlening, met inachtneming van de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt? En in welke periode moeten die worden bereikt?
- b) Op welke concrete wijze gaan de zorgverleners proberen om de gestelde doelen te bereiken?
- c) Wie is verantwoordelijk voor welk deel van de zorg?
- d) Op welke wijze vindt afstemming tussen de betrokken zorgverleners plaats?
- e) Wie is het aanspreekpunt voor de cliënt en kan de cliënt op de afstemming aanspreken?
- f) Met welke frequentie wordt de zorgverlening (in samenspraak met de cliënt) geëvalueerd en geactualiseerd?

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 regiebehandelaar toeziet op de consistentie en actualiteit

van het behandelplan of zorgplan als geheel.

#### Niet in alle gevallen nodig

In de formulering van dit aandachtspunt staan de woorden ‘zo nodig’. De reden daarvoor is dat het niet in elke zorgsituatie nodig is om een gezamenlijk zorg- of behandelplan op te stellen. Naarmate de zorg langduriger en complexer is, bijvoorbeeld in het geval van chronische aandoeningen, ligt een gezamenlijk behandelplan meer voor de hand. In sommige zorgsectoren is een zorgplan wettelijk voorgeschreven.<sup>9</sup>

De woorden ‘zo nodig’ moeten niet te lichtvaardig worden opgevat. Er moet een gezamenlijk plan bestaan, tenzij dat vanwege de aard van de situatie niet nodig is of geen meerwaarde heeft. Wanneer niet wordt gewerkt met een gezamenlijk zorg- of behandelplan zijn de betrokken zorgverleners er extra alert op dat deelplannen op elkaar aansluiten en niet met elkaar in tegenspraak zijn.

#### Betrokkenheid en instemming van de cliënt

De cliënt, of in geval van wilsonbekwaamheid diens vertegenwoordiger, moet met het zorg- of behandelplan instemmen. Zie in dit verband ook aandachtspunt 6 over de rechten van de cliënt. In sectoren waarin een zorg- of behandelplan wettelijk is voorgeschreven, is het in de regel ook vereist dat de cliënt intensief betrokken wordt bij de ontwikkeling en uitvoering van het plan en bij de evaluatie en wijziging ervan (zie ook aandachtspunt 10).

---

<sup>9</sup> Voorbeeld: voor sommige cliëntprofielen in de Wet langdurige zorg is een zorgplan wettelijk voorgeschreven, zie art. 8.1.1. Wlz.

Er zijn echter ook sectoren waarin de betrokkenheid van de cliënt bij de evaluatie van behandel- of zorgplannen niet met zoveel woorden wettelijk is voorgeschreven. Toch geldt ook in die sectoren dat het wenselijk is om de cliënt met in achtname van diens mogelijkheden daartoe te betrekken bij het opstellen, uitvoeren, evalueren en wijzigen van het behandelplan. Dit komt ook het resultaat van de zorgverlening ten goede. In algemene zin geldt dat het belangrijk is om waar mogelijk de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt in relatie tot het zorgproces zo veel mogelijk te stimuleren. Dit helpt de cliënt om inzicht te krijgen in zijn ziekteproces en om zijn zelfzorg te versterken. Bovendien stimuleert het de cliënt om een sleutelrol te vervullen in het monitoren van het verloop van zijn ziekteproces en de behandeling. Zorgverleners en cliënt komen zo veel mogelijk in samenspraak tot een voor de cliënt passend behandel- of zorgplan. De tips en hulpmiddelen uit de campagne 'Samen beslissen' kunnen hierbij behulpzaam zijn.<sup>10</sup>

Bij het verlenen van inzage in – of het delen van informatie uit het behandelplan dienen de regel(s) ten aanzien van het beroepsgeheim uiteraard in acht te worden genomen. In het algemeen geldt dat rechtstreeks bij de behandeling betrokken zorgverleners toegang tot het zorg- of behandelplan hebben, indien en voor zover dit voor de uitoefening van hun taken noodzakelijke informatie is. Zie ook aandachtspunt 4 ten aanzien van het (medisch) dossier.

---

<sup>10</sup> Samen beslissen is het proces waarin zorgverlener en cliënt gezamenlijk bespreken welk beleid het beste bij de cliënt past, waarbij alle opties, voor- en nadelen, voorkeuren en omstandigheden van de cliënt worden meegenomen.  
[www.patiëntenfederatie.nl/dit-doen-wij/samen-beslissen](http://www.patiëntenfederatie.nl/dit-doen-wij/samen-beslissen)  
[beginneengoedgesprek.nl/](http://beginneengoedgesprek.nl/)

## AANDACHTSPUNT 4 >

**De bij de samenwerking betrokken zorgverleners houden de relevante gegevens bij in het dossier van de cliënt. Bij voorkeur is dit een geïntegreerd dossier, dat kan worden geraadpleegd en aangevuld door alle zorgverleners die bij de samenwerking zijn betrokken. Kan dat niet, dan maken de samenwerkingspartners afspraken over de wijze waarop zij relevante informatie met elkaar delen, zodat alle betrokken zorgverleners tijdig op de hoogte zijn van de voor hen relevante actuele informatie.**

### Toelichting

Aandachtspunt 4 gaat over de verantwoordelijkheid van alle betrokken zorgverleners voor de inhoud en volledigheid van het dossier van de cliënt. Zij horen in dat dossier alle relevante gegevens aan te tekenen over de gezondheid van de cliënt en de uitgevoerde verrichtingen. Daarbij gaat het om de gegevens die voor een goede hulpverlening (waaronder ook afstemming en samenwerking) noodzakelijk zijn.

### Verantwoordelijkheid van alle betrokken zorgverleners

Uit onderzoeken van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en uit uitspraken van de tuchtrechter blijkt dat goede dossiervorming een aandachtspunt blijft, ook bij samenwerking in de zorg. Het ontbreken van accurate, complete en eenduidige gegevens is vaak een bron van fouten en kan leiden tot onnodige verrichtingen. Het is daarom belangrijk dat alle betrokken zorgverleners zich inspannen om goed verslag te doen van de uitgevoerde activiteiten en van de afwegingen die daaraan ten grondslag lagen. Ook is het van belang dat zij deze gegevens tijdig ter beschikking stellen aan de andere zorgverleners.

Daarnaast is het nodig om structuur in de informatie-uitwisseling aan te brengen. ICT kan daarin een ondersteunende functie vervullen, maar dat neemt niet de noodzaak weg van inspanningen door de zorgverleners

zelf.<sup>11</sup> 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 betrokken zorgverleners rust op dit punt een belangrijke verantwoordelijkheid.

### *Wat als er (nog) geen geïntegreerd dossier is*

Een geïntegreerd dossier, dat (geheel of gedeeltelijk) geraadpleegd kan worden door alle betrokken zorgverleners, is een voorwaarde om in een samenwerkingsverband goede zorg te kunnen leveren. Als een dergelijk dossier er (nog) niet is, zullen de zorgverleners concrete afspraken moeten maken over hoe elk van hen kan beschikken over de relevante en noodzakelijke gegevens van de andere zorgverleners.

Gaat het samenwerkingsverband ertoe over om een regeling op te stellen voor de inrichting en toegankelijkheid van cliëntendossiers, dan moeten zij uiteraard rekening houden met de wettelijke rechten van de cliënt, zoals toestemmings- en privacyrechten van de cliënt. In het algemeen geldt dat rechtstreeks bij de behandeling betrokken zorgverleners toegang tot het zorg- of behandelplan hebben, indien en voor zover dit voor de uitoefening van hun taken noodzakelijke informatie is. De regels hieromtrent zijn in verschillende zorgsectoren uitgewerkt in richtlijnen.<sup>12</sup> Het kan in dit kader raadzaam zijn om bij de start van de behandelingsovereenkomst goed met de cliënt door te spreken welke zorgverleners betrokken zullen worden en toegang zullen hebben tot het dossier en het belang daarvan voor de cliënt.

<sup>11</sup> Mogelijk kunnen de in ontwikkeling zijn de PGO's (Persoonlijke Gezondheidsomgeving) hier in de toekomst een rol in spelen.

<sup>12</sup> Zie voor artsen bijvoorbeeld de RNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens, 2021. Zie bijlage 1 voor eventuele richtlijnen voor ander beroepsgroepen en sectoren.

## AANDACHTSPUNT 5 >

**Alle zorgverleners die samenwerken bij de zorgverlening aan een cliënt, vergewissen zich er zo veel mogelijk van dat zij beschikken over relevante informatie van hun collega's. Ook informeren zij actief en tijdig hun collega's over hun eigen gegevens en bevindingen, die nodig zijn om goede zorg te kunnen verlenen met inachtneming van wet- en regelgeving daaromtrent.**

### 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 relevante informatie verstrekken over de zorgverlening aan de cliënt. Elke zorgverlener hoort zich af te vragen of hij goed genoeg op de hoogte is van de informatie van zijn samenwerkingspartners. En elke zorgverlener hoort zijn collega's zo nodig actief te informeren over relevante gegevens over zijn eigen aandeel in de behandeling.

### Onderzoeksplicht

Het bovenstaande impliceert dat beschikbare informatie zo nodig ook daadwerkelijk wordt geraadpleegd, in relatie tot de op zorgverleners rustende onderzoeksplicht. Op grond hiervan moet elke zorgverlener actief op zoek gaan naar informatie die onontbeerlijk is voor zijn handelen. Die informatie kan hij verkrijgen door het stellen van vragen aan de cliënt of diens naasten, door onderzoek te entameren (door hemzelf of door anderen) en door het raadplegen van informatie van andere zorgverleners in beschikbare en toegankelijke cliëntendossiers met inachtneming van wettelijke rechten met betrekking tot (toegang tot) deze gegevens.

### Alleen de noodzakelijke informatie

Zorgverleners moeten bij de uitwisseling van informatie rekening houden met het noodzakelijkheids criterium dat uit de privacyregels voortvloeit.



Dit betekent dat zij alleen die informatie mogen uitwisselen die de andere zorgverleners nodig hebben om goede zorg te kunnen verlenen.<sup>13</sup> Welke gegevens dat zijn, wordt – met in achtneming van de wettelijke kaders en de gemaakte samenwerkingsafspraken – primair door de behandelaars bepaald. Waar nodig worden hierover in overleg met de beroepsgroepen of op lokaal of regionaal niveau afspraken gemaakt.<sup>14</sup> Zeker als sprake is van in samenwerking verleende zorg door zorgverleners uit verschillende sectoren – bijvoorbeeld vanuit de gezondheidszorg met jeugdzorg of maatschappelijk werk – is het van belang hierover afspraken te maken.

Het is belangrijk dat ook voor cliënten duidelijk is wat er in deze afspraken staat en welke informatie wordt gedeeld met andere zorgaanbieders. Daarbij moet rekening worden gehouden met de toestemmings- en privacyrechten van de cliënt die in staat gesteld moet worden deze rechten uit te oefenen. Hierdoor kan het per zorgverlener verschillen welke informatie van andere zorgverleners een bij de samenwerking betrokken zorgverlener mag inzien.

---

<sup>13</sup> Zie hiervoor voor artsen: RNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens, 2021. Zie bijlage 1 voor eventuele richtlijnen voor overige beroepsgroepen en sectoren.

<sup>14</sup> Zie bijvoorbeeld Kwaliteitsstandaard Overdracht medicatiegegevens in de keten (2020).

## AANDACHTSPUNT 6 >

**Zorgverleners dienen ook bij in samenwerking verleende zorg de rechten van de cliënt, die voortvloeien uit wetgeving en rechtspraak, op de juiste wijze na te komen. Waar nodig maken de zorgverleners afspraken die het de cliënt makkelijker maken om zijn rechten uit te oefenen ten aanzien van de in samenwerking verleende zorg en de verwerking van zijn persoonsgegevens in dat kader.**

### Toelichting

Situaties van samenwerking in de zorg vragen om specifieke aandacht voor de rechten van de cliënt. Een van de belangrijkste rechten is het recht op informatie.

#### Recht op informatie

Bij het recht van de cliënt op informatie gaat het zowel om het recht op keuze-informatie<sup>15</sup> als om het recht op informatie over specifieke onderzoeken, behandelingen en zorgtrajecten. Deze informatie moet worden afgestemd op de persoonlijke situatie, vragen en behoeften van de cliënt. Daarom moet de zorgverlener zich in het gesprek met de cliënt uitdrukkelijk op de hoogte stellen van diens situatie en behoeften. Ook moet hij de cliënt actief uitnodigen om vragen te stellen. De zorgverlener kan de informatie desgevraagd ook schriftelijk of elektronisch verstrekken.<sup>16</sup>

Bij samenwerking tussen zorgverleners bestaat het risico dat de cliënt niet of onvolledig wordt geïnformeerd, omdat de betrokken zorgverleners denken dat een collega de betreffende informatie al heeft gegeven.

---

<sup>15</sup> Informatie die de cliënt in staat stelt een afweging tussen verschillende zorgaanbieders te maken.

<sup>16</sup> Art. 7:448 lid 2 en 3 BW.

Ook kan het gebeuren dat een cliënt tegenstrijdige informatie ontvangt, omdat meerdere zorgverleners verschillende boodschappen uitzenden. Daarom is het belangrijk dat de zorgverleners die bij de samenwerking zijn betrokken, met elkaar afstemmen welke informatie de cliënt moet krijgen en wie van hen die informatie verstrekt. Ook is het belangrijk dat elke zorgverlener die met de cliënt contact heeft, zich niet beperkt tot communicatie over zijn eigen rol, maar ook met de cliënt spreekt over diens ervaring met het samenwerkingsverband als geheel. Zo nodig geeft de zorgverlener informatie uit deze contacten door aan de andere zorgverleners.

### Andere cliëntenrechten

Los van het recht op informatie moet het voor de cliënt ook duidelijk zijn hoe hij zijn andere cliëntenrechten kan effectueren, zoals het recht op inzage in zijn dossier, het recht op vernietiging van zijn dossier (op verzoek), het recht op geheimhouding en het recht op informatie over incidenten die voor hem merkbare gevolgen (kunnen) hebben. De samenwerkingspartners moeten daarom hun samenwerking zo inrichten, dat de toepassing van deze cliëntenrechten is gewaarborgd. Daarnaast moet het voor de cliënt duidelijk zijn bij wie hij terecht kan met vragen of onduidelijkheden over zijn cliëntenrechten.<sup>17</sup>

Soms is het wenselijk of noodzakelijk om binnen het samenwerkingsverband afspraken te maken, die het de cliënt makkelijker maken om zijn rechten uit te oefenen. Dit geldt bijvoorbeeld voor het recht van de cliënt op een effectieve en laagdrempelige klachten- en geschillenafhandeling.<sup>18</sup> In situaties waarin verschillende zorgaanbieders of instellingen samen-

<sup>17</sup> Artikel 10 lid 4 Wkkgz: de zorgaanbieder informeert de cliënt op verzoek over diens rechten.

<sup>18</sup> Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz), paragraaf 3.

werken, zal het niet altijd even duidelijk zijn waar de cliënt terecht kan met een klacht. De samenwerkingspartners moeten dan afspreken hoe en waar een cliënt een klacht kan indienen die te maken heeft met de zorg die zij samen hebben verleend.<sup>19</sup>

### Niet-wilsbekwame cliënten

Daar waar een cliënt niet zelf bekwaam is om zijn cliëntenrechten uit te oefenen – bijvoorbeeld omdat hij minderjarig is of wilsonbekwaam ter zake – worden cliëntenrechten (al dan niet mede) uitgeoefend door een vertegenwoordiger. Het kan dan gaan om ouder(s) met gezag, een voogd (bij minderjarigen) of (bij meerderjarige wilsonbekwamen) een mentor, curator of – indien deze afwezig zijn – niet door de rechter benoemde vertegenwoordigers in de vorm van een partner of andere naasten. Daar waar zorgverleners bij de in samenwerking verleende zorg regelmatig met vertegenwoordigers te maken hebben, maken zij zo nodig specifieke afspraken over hoe binnen de samenwerking wordt omgegaan met vertegenwoordigers in relatie tot uitoefening van de cliëntenrechten. Voor diverse zorgsectoren en beroepsgroepen is dit uitgewerkt in richtlijnen.<sup>20</sup>

<sup>19</sup> Zie ook art. 7.3 lid 2 en 3 Uitvoeringsbesluit Wkkgz: de klachtenregeling van een zorgaanbieder dient te voorzien in een gecombineerde behandeling van klachten, als de klacht samenhangt met zorg verleend in samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders/instellingen. De wijze van afhandeling moet recht doen aan de samenhang tussen de verleende zorg.

<sup>20</sup> Zie voor artsen de KNMG richtlijn Omgaan met medische gegevens, KNMG, 2021; de Modelrichtlijn informatie en toestemming bij meerderjarige wilsonbekwame patiënten – onderdeel van Van wet naar praktijk, Implementatie WGBO, deel 2, Informatie en toestemming, KNMG 2004 ; KNMG Wegwijzer Informatie en toestemming bij behandeling van minderjarigen, KNMG 2019. Zie bijlage 1 voor eventuele richtlijnen in overige beroepsgroepen en sectoren.

## AANDACHTSPUNT 7 >

**Alle zorgverleners betrokken bij de in samenwerking verleende zorg zijn alert op de grenzen van hun eigen mogelijkheden en deskundigheid. Zo nodig verwijzen zij de cliënt tijdig door naar een andere zorgverlener. Ze zijn op de hoogte van de deskundigheidsgebieden en de kerncompetenties van hun samenwerkingspartners.**

### Toelichting

Vooraf uit de tuchtrechtspraak blijkt dat zorgverleners soms onvoldoende onderkennen dat een situatie van een cliënt hun mogelijkheden en deskundigheid overstijgt. Volgens de Wet BIG zijn zij persoonlijk verantwoordelijk voor het eigen handelen. Daarom is het noodzakelijk om de cliënt door te verwijzen naar een collega met een andere of een verdergaande deskundigheid. Juist bij samenwerking in de zorg zou dit evident moeten zijn, maar de praktijk wijst uit dat dit niet altijd zo is. Het objectiveren en standaardiseren van verwijzindicaties kan daarbij een hulpmiddel zijn. Een goede samenwerking veronderstelt ook dat de betrokken zorgverleners, in elk geval globaal, op de hoogte zijn van elkaars deskundigheden en kerncompetenties en de grenzen hiervan respecteren. Alleen dan is adequate samenwerking en zo nodig verwijzing mogelijk.

## AANDACHTSPUNT 8 >

**Bestaat er tussen verschillende zorgverleners een opdrachtrelatie, dan geeft de opdrachtgevende zorgverlener voldoende instructies aan de opdrachtnemende zorgverlener over de zorgverlening aan de cliënt en zal de opdrachtnemende zorgverlener zich inspannen deze instructies op te volgen.**

### Toelichting

In situaties van samenwerking bij zorgverlening is het soms zo dat de ene zorgverlener een andere betrokken zorgverlener de opdracht geeft om een bepaalde taak uit te voeren. De Wet BIG bevat een regeling voor zo'n opdrachtrelatie, die zich richt op de uitvoering van zogenoemde voorbehouden handelingen. Een belangrijke voorwaarde in die regeling is dat de opdrachtgever de opdrachtnemer voldoende aanwijzingen geeft en zo nodig toezicht en tussenkomst garandeert. Dat laatste is niet van toepassing wanneer de opdrachtnemende zorgverlener functioneel zelfstandig bevoegd is tot het verrichten van de handeling.

Dat uitgangspunt is ook van belang bij opdrachten voor andere – mogelijk risicovolle – handelingen, juist in situaties van samenwerking. De instructies kunnen gaan over de inhoud van de te verlenen zorg, maar ook bijvoorbeeld over het moment waarop de opdrachtnemende zorgverlener de opdrachtgever moet raadplegen of waarschuwen. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de samenwerkende partijen dat er zo nodig afspraken worden gemaakt, die in opdrachtsituaties waarborgen dat de uitvoerende zorgverlener niet alleen formeel bevoegd is om een bepaalde handeling uit te voeren, maar hiertoe ook bekwaam is. Daarbij wordt aangesloten bij de bekwaamheden zoals die geborgd zijn in de kwaliteitseisen van de diverse Beroepsprofielen. Tevens zal de uitvoerende zorgverlener bij zichzelf reflecteren of in dit geval de bekwaamheid op orde is.

Van een opdrachtrelatie is uitdrukkelijk geen sprake in situaties waarin een zorgverlener (die niet zelfstandig bevoegd is tot het verrichten van

voorbehouden handelingen is) binnen een samenwerkingsverband als regiebehandelaar is aangesteld.<sup>21</sup> In dat geval moet de regiebehandelaar krachtens zijn eigen mandaat alle betrokken zorgverleners kunnen aanspreken op eventuele gebreken in de afstemming rond de zorg (zie ook aandachtspunt 1 en 2).<sup>22</sup>

---

**21** Art. 36 Wet BIG geeft per voorbehouden handeling aan welke zorgverleners zelfstandig bevoegd zijn om een voorbehouden handeling uit te voeren mits zij daartoe bekwaam zijn. Dit kan afhankelijk van de handeling gaan om artsen, tandartsen, verloskundigen, verpleegkundig specialisten, physician assistants, klinisch technologen en verpleegkundigen met een specifieke voorschrijfbevoegdheid.

**22** In situaties waarin artsen in opleiding werkzaam zijn, is de 'Modelinstructie aios en anios werkzaam in een zorginstelling' van toepassing. Modelinstructie aios en anios werkzaam in een zorginstelling (2017), LAD, Federatie Medisch Specialisten, KNMG, LHV, Verenso, DJS, NVZ, GGZ Nederland, NFU. Zie bijlage 1 voor eventuele richtlijnen in andere beroepsgroepen en sectoren.

## AANDACHTSPUNT 9 >

**De overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. Bij het inrichten van overdrachtmomenten is het van belang om zowel rekening te houden met bij overdrachtssituaties in het algemeen veel voorkomende risico's als met eventuele specifieke kenmerken van de situatie van de cliënt.**

### Toelichting

Het is van belang om een goede overdracht te beschouwen als een gedeelde verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder (het management), de zorgverlener die taken overdraagt en de zorgverlener die taken overneemt. De zorgverleners zijn verantwoordelijk voor een inhoudelijk goede overdracht. De zorgaanbieder (het management) moet de voorwaarden scheppen waaronder die goede overdracht kan plaatsvinden en moet erop toezien dat heldere afspraken zijn gemaakt.

Risico's voor de continuïteit van de zorgverlening zijn bij elk overdrachtmoment aanwezig. Dit is deels te ondervangen door de overdrachtmomenten expliciet te benoemen en te plannen en door de wijze waarop de overdracht verloopt (in zekere mate) te standaardiseren. Specifieke checklists kunnen daarbij behulpzaam zijn.

Worden de verantwoordelijkheden overgedragen die bij aandachtspunt 2 zijn genoemd? Namelijk de verantwoordelijkheid van aanspreekpunt, regiebehandelaar of inhoudelijk verantwoordelijke, dan moet de cliënt daarvan op de hoogte worden gesteld.

## AANDACHTSPUNT 10 >

**Als dat nodig is voor een goede zorgverlening plannen de samenwerkende zorgverleners controle- en evaluatiemomenten in.**

### Toelichting

Een aantal van de hiervoor genoemde aandachtspunten hebben onder meer tot doel om te voorkomen dat het zorgproces rond een cliënt een wending neemt die niet wordt beoogd. De gedachte is dat het maken van afspraken rond deze aandachtspunten ook leidt tot een permanente evaluatie van het zorgproces rond een cliënt: loopt alles zoals de bedoeling is?

Los daarvan is het belangrijk om duidelijke momenten in te plannen waarop overleg en bezinning kan plaatsvinden over het verloop van de zorgverlening. Als voorbeeld: in de richtlijn Het Perioperatieve Traject<sup>23</sup> 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 afgesproken traject verder kan vervolgen.

Deze controle- en evaluatiemomenten worden zo nodig vastgelegd door de regiebehandelaar, waarbij het voor de hand ligt dat deze ook een bewakende rol heeft. Op die manier kan voor elke volgende fase van het zorgtraject groen licht worden gegeven en kunnen alle betrokkenen weten wat de actuele situatie is.

Het verdient aanbeveling om de cliënt bij de evaluatiemomenten te betrekken. In sommige situaties is dit ook wettelijk voorgeschreven. Zo is het volgens de Wet langdurige zorg (Wlz) verplicht om de cliënt bij de evaluatie van het zorgplan te betrekken.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> [Richtlijn Perioperatief Traject](#), Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie.

---

<sup>24</sup> Art. 8.1.1 Wlz.

## AANDACHTSPUNT 11 >

**Over incidenten in de zorgverlening, waaronder calamiteiten, spreken de samenwerkingspartners het volgende af:**

- > **De samenwerkingspartners betrachten naar de cliënt openheid over incidenten, waaronder calamiteiten, die (mogelijk) merkbare gevolgen voor hem hebben.**
- > **De samenwerkingspartners spreken af hoe en waar zij incidenten in de zorgverlening, waaronder calamiteiten, melden.**
- > **Als een van de samenwerkingspartners in de ogen van één of meer collega's niet voldoet aan de normen voor goede zorg, dan spreken zij deze partner daarop aan.**

### Toelichting

De aspecten die in dit aandachtspunt zijn geformuleerd, zijn een bestaand onderdeel van de geldende normen en regels voor zorgverleners.<sup>25</sup> Ook zijn hier bepalingen over opgenomen in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz). Op grond van deze wet heeft de cliënt het recht om op de hoogte te worden gesteld van de aard en toedracht van incidenten die voor hem merkbare gevolgen (kunnen) hebben. Daarnaast heeft de zorgaanbieder de plicht om zorg te dragen voor een systeem van melden en analyseren van incidenten bij de zorgverlening. Vanwege het belang van deze aspecten voor het waarborgen van de kwaliteit van de zorg, is ervoor gekozen om deze in een apart aandachtspunt te benadrukken.

Vooraf bij de samenwerking van zorgverleners van verschillende instellingen/zorgaanbieders is het belangrijk om afspraken te maken over hoe en waar de betrokken zorgverleners incidenten en calamiteiten, die bij de in samenwerking verleende zorg optreden, kunnen melden. Dit kan een

---

<sup>25</sup> Zo geldt voor artsen bijvoorbeeld de KNMG-handreiking Omgaan met incidenten en klachten: wat wordt van artsen verwacht (2018). Zie bijlage 1 voor richtlijnen in andere beroepsgroepen en sectoren.

centraal meldpunt zijn, maar zorgaanbieders kunnen afspreken dat incidenten bij de bestaande eigen meldpunten van de betrokken zorgaanbieders worden gemeld en op welke wijze zij elkaar daarover indien relevant informeren. Ook is het van belang afspraken te maken over de wijze waarop deze incidenten en calamiteiten worden onderzocht en geanalyseerd. Bij voorkeur gebeurt dat door de samenwerkingspartners gezamenlijk. Of als dat niet mogelijk of wenselijk is, op een zodanige manier dat alle betrokken zorgaanbieders/zorgverleners van de essentiële aspecten van de afzonderlijke analyses kennis kunnen nemen om de kwaliteit van de in samenwerking verleende zorg zo nodig te verbeteren. Uitgangspunt bij het maken van afspraken moet zijn dat alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners en/of zorgaanbieders kunnen leren van de analyse van voor hen relevante incidenten en calamiteiten, zeker voor incidenten en calamiteiten waarin samenwerkingsaspecten een rol spelen.

Daarnaast kan het bij een dergelijke samenwerking minder vanzelfsprekend zijn om elkaar aan te spreken op incidenten en andere problemen. Daardoor bestaat het risico dat de cliënt niet, niet tijdig of niet voldoende wordt geïnformeerd over een incident of dat een incident niet adequaat wordt geanalyseerd. Het is daarom een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de betrokken zorgaanbieders/zorgverleners om goede afspraken te maken over:

- > het informeren van de cliënt en/of zijn naasten als er een incident is gebeurd dat voor de cliënt merkbare gevolgen (kan) hebben/heeft (wanneer en door wie?);
- > hoe en waar zij incidenten in de zorgverlening, waaronder calamiteiten, melden;<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Binnen de categorie incidenten vormen calamiteiten (incidenten met ernstige schade aan of overlijden van de cliënt tot gevolg) een subgroep. Op grond van de Wkkgz moet de zorgaanbieder calamiteiten melden bij de IGJ.

- > de wijze waarop incidenten en calamiteiten bij de in samenwerking verleende zorg worden onderzocht en geanalyseerd op een zodanige manier dat alle aspecten van de in samenwerking verleende zorg daarin aan de orde kunnen komen;
- > het aanspreken van zorgverleners die niet voldoen aan de normen voor goede zorg.

De cliënt wordt over de inhoud van deze afspraken geïnformeerd.

## AANDACHTSPUNT 12 >

**De samenwerkingspartners leggen, wanneer sprake is van structurele samenwerking, de afspraken die zij maken over de aard en inrichting van de samenwerking en ieders betrokkenheid daarbij schriftelijk vast.**

### Toelichting

Als zorgverleners samenwerken in de zorgverlening aan cliënten, moeten de afspraken die zij daarover maken duidelijk en kenbaar zijn. Om die reden verdient het sterke aanbeveling om die afspraken schriftelijk vast te leggen als zorgverleners structureel samenwerken bij de zorgverlening aan cliënten. Structureel wil zeggen dat er meer dan incidenteel samen zorg wordt verleend, dus bijvoorbeeld over een langere tijd voor bepaalde cliëntengroepen. Daarbij gaat het om afspraken over de aard en inrichting van het samenwerkingsverband, de doelgroep, de betrokken zorgverleners en instellingen, organisatie van de zorg, de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling etc. Dergelijke schriftelijke afspraken kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan een goede communicatie en samenwerking.<sup>27</sup>

In klinische situaties kan het formuleren van zorgpaden een goede manier zijn om dit aandachtspunt in de praktijk te realiseren. Overigens richt dit aandachtspunt zich puur op het samenwerkingsverband als zodanig. Afspraken over de individuele cliënt komen in aandachtspunt 1 aan de orde.

---

<sup>27</sup> Van dergelijke afspraken bestaan in de praktijk al vele voorbeelden. Zie bijvoorbeeld de Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, LHV en Verenso, 2014.

## 3. Toelichting en achtergrond van deze handreiking

### 3.1 Geschiedenis van de totstandkoming en herziening van deze handreiking

Deze handreiking is een herziene versie van de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg uit 2010. In deze paragraaf beschrijven we wat de uitgangspunten ervan waren en nog steeds zijn, en wat er bij de herziening veranderd is. Ook gaan we in op een belangrijk thema in de handreiking: de (eind)verantwoordelijkheid en regie over samenwerkingstrajecten in de zorg.

#### De eerste handreiking

De eerste versie van deze handreiking werd in 2010 door de KNMG ontwikkeld op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de huidige Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Dit gebeurde met financiële ondersteuning van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De handreiking kwam tot stand in samenspraak met andere beroeps- en brancheverenigingen in de zorg.

De KNMG baseerde de handreiking in 2010 op een analyse van literatuur en (tucht)rechtspraak, en op de uitkomsten van een vragenlijst die was voorgelegd aan vertegenwoordigers van de beroepsgroepen uit artikel 3 van de Wet BIG. Een conceptversie van de handreiking werd besproken op een expertmeeting met vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Bij de voorbereiding en introductie van de handreiking in 2010 was duidelijk dat de lat inhoudelijk hoog werd gelegd. Over de inhoud en noodzaak van de aandachtspunten in de handreiking bestond niet of nauwelijks verschil van inzicht. Tegelijkertijd werd vastgesteld dat nog niet in alle sectoren de randvoorwaarden aanwezig waren om de aandachtspunten in de handreiking daadwerkelijk te kunnen toepassen. Een aantal van deze aandachtspunten bevonden zich in een fase van streefnorm naar minimumnorm.

Daarbij gold – en geldt ook anno 2022 nog – dat de zorgpraktijk zodanig complex en veelvormig is, dat het niet mogelijk is om een panklare handreiking te maken die direct toepasbaar is in alle praktijksituaties in de zorg. Het idee was daarom dat in de diverse sectoren, instellingen en samenwerkingsverbanden aan de hand van de aandachtspunten in de handreiking nadere uitwerkingen of richtlijnen zouden worden ontwikkeld. De handreiking was eerst en vooral bedoeld om de thema's te identificeren die in deze nadere uitwerkingen of richtlijnen aandacht zouden moeten krijgen.

Anno 2022 is duidelijk dat in een groot aantal sectoren, instellingen en samenwerkingsverbanden inmiddels handreikingen, richtlijnen of kwaliteitsstatuten zijn opgesteld over de taken en verantwoordelijkheden bij samenwerking in de zorg.<sup>28</sup> Deze documenten zijn (mede) tot stand gekomen op basis van de handreiking uit 2010. Ook in diverse toetsingskaders van de IGJ, aan de hand waarvan de IGJ de kwaliteit van de zorg bij zorgaanbieders en zorgverleners toetst, zijn normen opgenomen die gebaseerd zijn op de aandachtspunten in de handreiking van 2010.<sup>29</sup>

<sup>28</sup> Een uiterst kleine selectie uit de vele voorbeelden hiervan zijn: Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, LHV en Verenso (2014), Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de gehandicaptenzorg, VGN (2017), Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (2020).

<sup>29</sup> Bijvoorbeeld Toetsingskader Particuliere Klinieken, IGJ (2019), Toetsingskader verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg, IGJ (2019).



## De herziening in 2022

Dit constaterende heeft de KNMG bij de herziening van deze handreiking vastgesteld dat er ook anno 2022 nog behoefte is aan een handreiking met overkoepelende aandachtspunten voor samenwerking in de zorg. Mede aan de hand van deze aandachtspunten kunnen beroepsorganisaties, zorgaanbieders en samenwerkingsverbanden hun eigen regelingen opstellen en toetsen. Daarbij kunnen ze deze handreiking gebruiken als checklist, op basis waarvan ze per sector of concrete situatie een regeling op maat kunnen maken.

Voorafgaand aan deze herziening is een analyse uitgevoerd van de relevante (tucht)rechtspraak en literatuur. Hieruit blijkt dat de aandachtspunten in de handreiking van 2010 nog altijd actueel zijn. Deze zijn in deze nieuwe handreiking dan ook gehandhaafd. Wel is de volgorde van de aandachtspunten gewijzigd, met als doel om meer samenhang te creëren. Ook is ervoor gekozen om het oude aandachtspunt 11, over het uitdrukkelijk betrekken van de cliënt bij de ontwikkeling en uitvoering van het behandelplan, te combineren met aandachtspunt 6 over het waarborgen van de rechten van de cliënt. Dit omdat de participatie van de cliënt inmiddels in de wetgeving is opgenomen als cliëntenrecht. Het totaal aantal aandachtspunten is daardoor teruggebracht van dertien naar twaalf.

Daarnaast is de tekst van deze herziene handreiking in overeenstemming gebracht met de huidige stand van de wet- en regelgeving. Ook verwijzingen naar (tuchtrechtelijke) jurisprudentie zijn geactualiseerd. Belangrijk hierbij is dat het Centraal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg in een uitspraak begin 2021 aanleiding heeft gezien de vaste rechtspraak over de taken en verantwoordelijkheden van verschillende zorgverleners die zijn betrokken bij de behandeling van één cliënt te wijzigen. Een conceptversie van de handreiking werd besproken op een expertmeeting met vertegenwoordigers van de branche- en beroepsverenigingen, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

## (Eind)verantwoordelijkheid en regie

Tot de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege in 2021 werd in de tuchtrechtspraak over zorgverleners die samenwerken bij de behandeling van een patiënt uitgegaan van het begrip 'hoofdbehandelaar'. In 2008 formuleerde het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) in een uitspraak welke taken het hoofdbehandelaarschap omvatte. Ook in het toezicht door de IGJ, in de regelgeving voor de bekostiging van de zorg en in de voorwaarden van zorgverzekeraars speelde en speelt het begrip hoofdbehandelaar een rol. Soms wordt hierbij de hoofdbehandelaar benoemd als 'eindverantwoordelijke voor de behandeling'.

In de uitspraak uit 2021 geeft het Centraal Tuchtcollege aan dat de toegenomen complexiteit van zorg, die soms door zorgverleners van verschillende instellingen wordt verleend, uitgangspunten vereisen die meer flexibel kunnen worden toegepast. In de tuchtrechtspraak wordt daarom voortaan gesproken over een 'regiebehandelaar'. De uitspraak benadrukt dat ook bij samenwerking als uitgangspunt blijft gelden dat elke bij de behandeling betrokken zorgverlener zijn eigen professionele verantwoordelijkheid heeft en houdt. Maar dat in gevallen waarin de aard of de complexiteit van de behandeling dat vraagt één van de zorgverleners wordt aangewezen als regiebehandelaar. De regiebehandelaar draagt er voor zorg dat continuïteit en samenhang van de zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt en dat zo nodig de gezamenlijke behandeling wordt aangepast. Daarnaast ziet hij er op toe dat er adequate informatie-uitwisseling is tussen betrokken zorgverleners en dat er een vast aanspreekpunt voor de patiënt wordt aangewezen. (Zie bijlage 2 voor een volledige weergave van de overwegingen van het CTG.)

Inhoudelijke eindverantwoordelijkheid voor de totale behandeling is gezien de steeds complexere zorgsituaties niet langer in alle situaties uitgangspunt.

### Het uitgangspunt van deze handreiking

Hoewel het begrip ‘regiebehandelaar’ wel wordt genoemd, was het oogmerk van deze handreiking niet om functionarissen te benoemen en te definiëren. In plaats daarvan hebben we ervoor gekozen om op overkoepelend niveau te beschrijven welke verantwoordelijkheden er bij samenwerking in de zorg uitdrukkelijk moeten worden belegd. Gezien de grote diversiteit in de praktijk van de verschillende zorgsectoren biedt dat meer ruimte voor maatwerk. Wel is de hiervoor genoemde ontwikkeling voor ons aanleiding geweest om meer aandacht te besteden aan het verschil tussen de inhoudelijke (eind-)verantwoordelijkheid voor en de regie van een zorgtraject. Dit is met name te lezen in aandachtspunt 2 van deze herziene handreiking, waarin we hebben benoemd dat het in veel gevallen niet voor de hand ligt om één functionaris (inhoudelijk) eindverantwoordelijk te laten zijn voor het totaal van de behandeling.

### 3.2 Juridische aspecten

Aan de verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking tussen zorgverleners kleven tal van juridische aspecten. Hieronder behandelen we de belangrijkste.

#### Plicht om goede zorg te verlenen en te handelen als goed hulpverlener

De juridische context van deze handreiking wordt in belangrijke mate bepaald door de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz). De Wkkgz verplicht zorgaanbieders in artikel 2 om ‘goede zorg’ te verlenen. Onder zorgaanbieders verstaat de Wkkgz zowel solistisch werkende zorgverleners als instellingen.<sup>30</sup> Een instelling is een organisatorisch verband waarin zorg wordt verleend.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> Artikel 1 lid 1 Wkkgz.

<sup>31</sup> Onder omstandigheden zou ook een samenwerkingsverband zoals bedoeld in deze handreiking onder het instellingsbegrip van de Wkkgz kunnen vallen.

Onder goede zorg verstaat de Wkkgz: zorg van goede kwaliteit en goed niveau die veilig, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht en tijdig is, en ook is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Zorgverleners moeten daarbij handelen conform de standaarden die voor hen gelden, waarbij ze de rechten van de cliënt in acht nemen en de cliënt ook op andere gebieden met respect behandelen.

De aandachtspunten in deze handreiking dragen eraan bij dat ook in een samenwerkingsverband goede zorg kan worden verleend. De aandachtspunten zijn dan ook onderdeel van de voor zorgverleners geldende professionele standaarden.

### Verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder

De zorgaanbieder, dus zowel de solistisch werkende zorgverlener als de instelling, moet de zorg zodanig organiseren dat dit leidt tot goede zorg.<sup>32</sup> De zorgaanbieder is dus eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. Hij moet daartoe de randvoorwaarden scheppen waaronder redelijkerwijs goede zorg kan worden verleend. Tot die randvoorwaarden behoort ook een goede verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

De Wkkgz stelt in dat kader onder meer verplicht dat de zorgaanbieder zorgdraagt voor een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. De eisen die aan dit kwaliteitssysteem worden gesteld, zijn afhankelijk van de aard en omvang van de zorg-

---

<sup>32</sup> Artikel 3 Wkkgz: De zorgaanbieder organiseert de zorg op zodanige wijze, bedient zich zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personele en materiële middelen en, voor zover nodig, bouwkundige voorzieningen en zorgt, indien hij een instelling is, voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg.

verlening.<sup>33</sup> Als dit nodig is voor een goede kwaliteitsbewaking bevat het kwaliteitssysteem ook een register voor het melden en analyseren van incidenten in de zorgverlening, oftewel een systeem voor Veilig Incident Melden.<sup>34</sup> Gaat het om incidenten in de zorgverlening die voor de cliënt (mogelijk) merkbare gevolgen hebben, dan moet de zorgaanbieder de aard en toedracht hiervan onverwijld melden aan de cliënt of diens nabestaanden.<sup>35</sup> Dit moet hij ook aantekenen in het cliëntendossier.

De zorgaanbieder is dus eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de verleende zorg. Duidelijk is dat alleen door een gezamenlijke inspanning van de zorgverleners en het management aan de wettelijke verplichtingen kan worden voldaan.

### Verantwoordelijkheid van de zorgverleners

Voor zorgverleners geldt dat zij een individuele verantwoordelijkheid hebben voor het verlenen van goede zorg. Dit ligt mede besloten in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Zorgverleners moeten bij hun werkzaamheden de zorg van een ‘goed hulpverlener’ in acht nemen en handelen in overeenstemming met de professionele standaard die voor hen geldt.<sup>36</sup> De aandachtspunten in deze handreiking behoren tot die professionele standaard.

### Juridische verantwoordelijkheid bij samenwerking in de zorg

Onder zorgverleners en zorgaanbieders/instellingen leven veel vragen over wie juridisch aangesproken kan worden in geval van samenwerking.

---

<sup>33</sup> Artikel 7 Wkkgz.

<sup>34</sup> Artikel 9 Wkkgz.

<sup>35</sup> Artikel 10 lid 3 Wkkgz.

<sup>36</sup> Artikel 7:453 BW.

Hierbij moet onderscheid worden gemaakt tussen het klachtrecht, de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid en de civielrechtelijke verantwoordelijkheid.

### Klachten en geschillen

De Wkkgz geeft cliënten recht op een laagdrempelige behandeling van klachten en geschillen. De zorgaanbieder heeft daarom de verplichting om een regeling te treffen die daarin voorziet. Die regeling moet gericht zijn op het bereiken van een oplossing die voor de klager en de zorgaanbieder bevredigend is.<sup>37</sup> Geklaagd kan worden over alle gedragingen die namens de zorgaanbieder worden gedaan in het kader van de zorgverlening aan een cliënt. De klachten gaan meestal over gedragingen van zorgverleners.

Er geldt een grote mate van vrijheid bij de inrichting van de klachtenregeling. Wel staan in de wet een aantal basisvereisten genoemd. Eén daarvan is dat de regeling moet aansluiten bij de aard van de zorg en bij de doelgroep. Dat kan voor de ene sector leiden tot een lichte klachtenprocedure (een functionaris die klachten opvangt en afhandelt) en voor een andere tot een procedure die met meer waarborgen omgeven is, zoals de inschakeling van een klachtencommissie die een advies uitbrengt. Daarnaast moet een klachtenfunctionaris worden aangesteld, die een patiënt gratis advies kan geven over de manier waarop hij een klacht kan indienen en formuleren. Deze klachtenfunctionaris kan ook de mogelijkheden onderzoeken om tot een oplossing van de klacht te komen.

Kan de cliënt zich niet vinden in het oordeel van de zorgaanbieder, dan kan hij het geschil daarover voorleggen aan een erkende geschilleninstantie. Sinds de Wkkgz moeten alle zorgaanbieders bij zo'n instantie zijn aangesloten. De geschilleninstantie geeft een inhoudelijk oordeel over het

---

<sup>37</sup> Artikelen 13 t/m 23 Wkkgz.

geschil en kan ook schadevergoedingen toekennen tot een bedrag van € 25.000. De eisen waar een geschilleninstantie aan moet voldoen, zijn neergelegd in de uitvoeringsregeling Wkkgz. De zorgaanbieder moet de geschillenregeling onder de aandacht brengen van de cliënten.

Als verschillende zorgaanbieders/instellingen samenwerken in de zorgverlening aan cliënten, moeten zij ook afspraken maken over de klacht-afhandeling. Zie hierover ook aandachtspunt 6 van deze handreiking.<sup>38</sup>

### Tuchtrecht

Zorgverleners die behoren tot de beroepsgroepen die zijn genoemd in artikel 3 van de Wet BIG<sup>39</sup>, kunnen via het tuchtrecht worden aangesproken op hun handelen binnen een samenwerkingsverband. Ook zorgverleners uit de zogenaamde ‘experimenteerberoepen’ vallen onder het tuchtrecht.<sup>40</sup>

Een beroepsbeoefenaar is eerst en vooral tuchtrechtelijk verantwoordelijk voor zijn eigen beroepsmatig handelen. Onder omstandigheden kan de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar zich ook uitstrekken tot het handelen van het samenwerkingsverband waarvan hij

---

**38** In artikel 7.3 lid 2 en 3 Uitvoeringsregeling Wkkgz is opgenomen dat de klachtenregeling van een zorgaanbieder moet voorzien in een gecombineerde behandeling van klachten, als de klacht samenhangt met zorg die is verleend door een samenwerkingsverband met verschillende zorgaanbieders/instellingen. De wijze van afhandeling moet recht doen aan de samenhang tussen de verleende zorg.

**39** Artikel 3 Wet BIG: arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige, physician assistant, orthopedagoog-generalist, klinisch technoloog.

**40** Artikel 36a Wet BIG: bij tijdelijke regeling kan aan beroepen voor een bepaalde periode een zelfstandige bevoegdheid worden toegekend voor bepaalde voorbehouden handelingen. De beroepsbeoefenaren vallen in de experimenteerperiode volledig onder het tuchtrecht.

deel uitmaakt. Het gaat daarbij dan – heel in het kort omschreven – met name om situaties waarin het samenwerkingsverband tekort is geschoten op een van de volgende gebieden:

- > het maken van afspraken over een goede taak- en verantwoordelijkheidsverdeling;
- > de dossiervoering binnen het samenwerkingsverband; en
- > de kenbaarheid en bereikbaarheid van een aanspreekpunt voor de cliënt.

Begin 2021 deed het Centraal Tuchtcollege een uitspraak van groot belang is voor de zaken die in deze handreiking worden geregeld.<sup>41</sup> Tot die tijd sprak de tuchtrechter over de noodzaak om bij samenwerking van verschillende zorgverleners bij de behandeling van één patiënt een hoofdbehandelaar aan te wijzen. In tuchtrechtelijke uitspraken werden de verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar vrij gedetailleerd omschreven.<sup>42</sup> Gelet op de toegenomen complexiteit in de huidige zorg, waarbij zorg soms door zorgverleners van verschillende instellingen wordt verleend vindt het Centraal Tuchtcollege een meer flexibele regeling noodzakelijk. Ze heeft daarom de lijn van de jurisprudentie gewijzigd en spreekt voortaan over een ‘regiebehandelaar’ en niet meer over een ‘hoofdbehandelaar’. De term regiebehandelaar benadrukt het uitgangspunt dat ieder van de betrokken zorgverleners jegens de cliënt inhoudelijk zijn eigen professionele verantwoordelijkheid heeft en houdt jegens de cliënt. Als de aard of complexiteit van een behandeling, die door verschillende zorgverleners wordt gedaan, dat nodig maakt, moeten de betrokken zorgverleners er, aldus het Centraal Tuchtcollege, voor zorgen dat één van hen als regiebehandelaar wordt aangewezen. Deze regiebehandelaar ziet er in ieder geval op toe dat:

- > de continuïteit van de en de samenhang van de zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt en dat waar nodig een aanpassing van de

---

**41** CTG, 29 januari 2021, ECLI:NL:TGZCTG:2021:36.

**42** Zie o.a. CTG, 1 april 2008, MC2008, p.726-729/GJ 2008/83.

- gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
- > er een adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen bij de behandeling van de patiënt betrokken zorgverleners;
  - > er één aanspreekpunt is voor de patiënt en diens naaste betrekking(en) voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling.

De regiebehandelaar hoeft niet het aanspreekpunt te zijn. Ook hoeft het aanspreekpunt niet alle vragen van de cliënt zelf te kunnen beantwoorden, maar het aanspreekpunt moet wel de weg naar de antwoorden weten te vinden. Deze verantwoordelijkheid van het aanspreekpunt om vragen te beantwoorden staat los van de plicht, die alle bij de behandeling betrokken zorgverleners zelf hebben om de cliënt actief te informeren over (hun aandeel in) de behandeling.

De door de tuchtrechter geformuleerde uitgangspunten bij het benoemen en verdelen van de verantwoordelijkheden bij samenwerking zijn in deze Handreiking verwerkt en waar mogelijk concreter ingevuld (vooral in aandachtspunt 2).

In bijlage 2 zijn de belangrijkste overwegingen van deze uitspraak van het Centraal Tuchtcollege opgenomen. In bijlage 3 is een selectie gemaakt van andere relevante uitspraken van de tuchtrechter. Uit de recentere tuchtrechtelijke uitspraken voor de uitspraak van 2021, bleek al dat de verantwoordelijkheden van de – toen nog – hoofdbehandelaar zich, volgens de tuchtrechter, vooral concentreerden rond de regie van de zorgverlening, de dossiervoering en de communicatie tussen de betrokken zorgverleners, en de (regie over de) communicatie met de cliënt en de dossiervoering. Deze uitspraken blijven daarom relevant.

### Civielrechtelijke aansprakelijkheid

Als verschillende zorgverleners samenwerken in de zorgverlening aan een cliënt, is er vaak sprake van meerdere behandelingsovereenkomsten (met de huisarts, met het ziekenhuis, met de medisch specialist, met de revalidatie-instelling etc.). Loopt de cliënt tijdens het zorgtraject schade

op, dan zal uitgezocht moeten worden wie van de betrokken partijen daarvoor verantwoordelijk is. Bij hulpverlening in het ziekenhuis is de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis wettelijk geregeld. In dat geval moet de cliënt bewijzen dat de schade binnen het ziekenhuis is ontstaan. Hij hoeft niet te bewijzen wie precies de schade heeft veroorzaakt.<sup>43</sup>

### Tot slot

Deze handreiking geeft invulling en uitwerking aan de wettelijke verantwoordelijkheden die op zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren rusten. Daarbij gaat het om:

- > de verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren om te handelen als een ‘goed hulpverlener’, conform de professionele standaard;<sup>44</sup>
- > de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders (zowel instellingen als solistisch werkenden) om de door hen te leveren zorg zo in te richten dat dat redelijkerwijs leidt tot ‘goede zorg’.<sup>45</sup>

De eindverantwoordelijkheid voor het naleven van de aandachtspunten in deze handreiking ligt bij de betrokken zorgaanbieders. Via het klachten- en tuchtrecht zijn echter ook individuele zorgverleners aan te spreken op het niet nakomen van deze aandachtspunten.

Ook de IGJ houdt bij haar toezicht op zorgaanbieders rekening met de naleving van de aandachtspunten in deze handreiking. Cliënten kunnen zich op deze handreiking beroepen in het kader van de klachten- en geschillenregelingen en het tuchtrecht in de gezondheidszorg.

---

<sup>43</sup> Artikel 7:462 BW.

<sup>44</sup> Artikel 7: 453 BW.

<sup>45</sup> Artikel 2 en 3 Wkkgz.

# Literatuur

GGZ Nederland, Ineen, MIND, 'Handreiking Samenwerkingsafspraken HAP en Acute GGZ', 31 januari 2019.

Godschalx-Dekker J, Plomp E, Vinkers C, Vleugels C, 'Leg hoofdbehandelaarschap bij de psychiater', Medisch Contact, 27 juni 2013, p.1448-1450.

Haan FH de, 'De regiebehandelaar', Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 2021, p. 272-279.

Hendriks AC, 'Wie houdt het dossier bij?', Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2019;163:D3712.

Hendriks AC, 'Wat houdt hoofdbehandelaarschap in – en wat niet?', Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2018;162:D2948.

Ineen, ACTiZ, 'Handreiking regionale samenwerkingsafspraken HAP en Acute Ouderenzorg', 2016.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 'Toetsingskader verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg', oktober 2018.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 'Toetsingskader samenwerking in de zorg bij interne overdracht', november 2018.

KNMG, 'Omgaan met incidenten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht?', 2018.

KNMG, 'KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens', 2020.

Kooi S, Holter M ten, 'Hoofdbehandelaarschap op de werkvloer', Medisch Contact, 4 juli 2013, p.1452-1453.

Kastelein WR, 'De verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar', Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 2012, p.379-379.

Kennisinstituut FMS, V&VN VS, NAPA, NIV, NVKG, 'Handreiking Samenwerking en Taakherschikking in de Klinische Geriatrie/Interne Oudergeneeskunde', 2021.

LAD, Federatie Medisch Specialisten, KNMG, LHV, de Jonge Specialist, NVZ, GGZ Nederland, NFU, 'Modelinstructie aios en anios werkzaam in een zorginstelling', januari 2017.

LHV, Verenso, 'Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde', november 2014.

Meurs PL, Legemate J, Stalman WAB, 'Hoofdbehandelaarschap in de GGZ als noodgreep', 2015 (Bijlage bij brief d.d. 18 mei 2015 van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer, Kamerstukken II 2014/15, 25 424, nr. 275).

NFU, 'Goede voorbeelden hoofdbehandelaarschap in umc's', 2013.

Plomp E, 'Van hoofdbehandelaar naar regiebehandelaar en kwaliteitsstatuut in de GGZ', Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2015, p.512-528.

Roos R, Engberts D, Tamsma J, 'Regievoerend arts biedt houvast', Medisch Contact, 11 juli 2013, p.1510-1513.

Vermaas AM, Verbout AJ, Franse AM, 'Het hoofdbehandelaarschap revisited: van normen naar concrete invulling', Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 2014, p. 4-12.

VGN, 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de gehandicaptenzorg', november 2017.

Vogel B, Dekker M, 'Van experiment naar wetgeving. De wettelijke context van de voorbehouden handelingen', De Verpleegkundig specialist, 2018;4,42-47.

VS. Verpleegkundig Specialisten Oncologie en Palliatieve zorg, 'Van hoofdbehandelaar naar regiebehandelaar', p. 26-28, november 2021.

Wind AW, Gercama AJ, 'Verantwoordelijk samenwerken in de eerste lijn: van ideaalbeeld naar werkelijkheid', Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2010;154:A1763.

Zorginstituut Nederland, 'Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ', 15 december 2020.

## Richtlijnen diverse sectoren en beroepsgroepen

Een overzicht van documenten over verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, en over informatiedeling, ontwikkeld door de partijen betrokken bij de KNMG-Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2022)

### KNMG

KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens, KNMG, 2021.

[Omgaan met medische gegevens | KNMG](#)

KNMG-handreiking Omgaan met incidenten en klachten: wat wordt van artsen verwacht? KNMG, november 2018.

[Incidenten, fouten en klachten | KNMG](#)

Handreiking implementatie taakherschikking, KNMG, V&VN, NAPA, november 2012.

[Handreiking Implementatie Taakherschikking](#)

### LHV

Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, LHV en Verenso

[Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde LHV](#)

Checklist samenwerkingsafspraken medicatiebeoordeling  
[www.lhv.nl/product/checklist-samenwerkingsafspraken-medicatiebeoordeling/](http://www.lhv.nl/product/checklist-samenwerkingsafspraken-medicatiebeoordeling/)

LHV-leidraad Medische zorg kleinschalige woonvormen

<https://www.lhv.nl/product/lhv-leidraad-kleinschalige-woonvormen/>

LHV-leidraad Zorg voor verstandelijk gehandicapten in zorginstellingen

<https://www.lhv.nl/product/lhv-leidraad-zorg-voor-verstandelijk-gehandicapten-in-zorginstellingen/>

Handreiking samenwerking huisarts en AVG, LHV en NVAVG, 2017

[Handreiking huisarts en AVG](#)

Leidraad Samenwerking huisartsen en gemeenten rond jeugd, LHV en VNG, 17 september 2018

<https://www.lhv.nl/product/leidraad-samenwerking-huisartsen-en-gemeenten-rond-jeugd/>

Handleiding Voorbehouden handelingen (wijk)verpleging & verzorging

<https://www.lhv.nl/product/handleiding-voorbehouden-handelingen-in-de-wijkverpleging-en-verzorging/>

Handreiking samenwerking huisarts en jeugdgezondheidszorg

<https://www.lhv.nl/product/handreiking-samenwerking-huisarts-en-jeugdgezondheidszorg/>

Wegwijzer Beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden

<https://www.lhv.nl/product/wegwijzer-beroepsgeheim-in-samenwerkingsverbanden/>

Handreiking geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen

<https://www.lhv.nl/product/handreiking-geneeskundige-hulp-bij-ongevallen-en-rampen/>

### FMS

Richtlijn informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist, LHV en FMS, december 2017

[Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist HASP](#)

Adviesrapport multimorbiditeit en regie in het ziekenhuis (NIV)  
[https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/multimorbiditeit en regie in het ziekenhuis/startpagina - multimorbiditeit en regie in het ziekenhuis.html](https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/multimorbiditeit_en_regie_in_het_ziekenhuis/startpagina_-_multimorbiditeit_en_regie_in_het_ziekenhuis.html)

### **KNGF**

KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering, KNGF, 2019  
[Fysiotherapeutische dossiervoering 2019 \[richtlijn\] - KNGF Kennisplatform \(kngf2.nl\)](#)

Richtlijn Informatie-uitwisseling arts-paramedicus, KNGF, 2020  
[Informatie-uitwisseling huisarts-paramedicus \(2020\) - KNGF Kennisplatform \(kngf2.nl\)](#)

### **KNMP**

Kwaliteitsstandaard Overdracht van medicatiegegevens in de keten, KNMP, 11 februari 2020  
<https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/medicatieoverdracht>

Landelijke transmurale afspraak (LTA) Antistollingszorg. Multidisciplinaire richtlijn gericht op uitwisseling/samenwerking in de antistollingszorg, NIV, 10 juli 2020  
<https://lta-antistollingszorg.nl/>

### **ACTIZ**

Diverse Modelovereenkomsten rond samenwerking in de VVT  
<https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/zoeken/?query=wijkverpleging>  
<https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/Ondersteuning/publicaties-en-tools/wijkverpleging/>

### **VGN**

Convenant randvoorwaarden en facilitering medisch generalistische zorg voor mensen met een beperking, VGN, 2020  
[Convenant randvoorwaarden en facilitering medisch generalistische zorg voor mensen met een beperking VGN 2020](#)

Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de gehandicaptenzorg, VGN, 2017  
[Handreiking verantwoordelijkheidverdeling bij samenwerking in de gehandicaptenzorg](#)

### **KNOV**

Verloskundig Vademecum, Eindrapport van de Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen, KNOV, LHV, NVOG, CVZ, ZN en IGZ, 2003  
[Verloskundig Vademecum 2003](#)

Zorgstandaard integrale geboortezorg, College Perinatale Zorg, 19 mei 2020  
[Zorgstandaard integrale geboortezorg, College Perinatale Zorg, 19 mei 2020](#)

### **NAPA**

Autorisatierichtlijn medicatieveiligheid, VZVZ, 2019  
[Autorisatierichtlijn medicatieveiligheid, VZVZ, 2019](#)  
Autorisatierichtlijn Acute zorg, VZVZ, juni 2021  
<https://www.aorta-lsp.nl/over-aorta-lsp/autorisatierichtlijnen>

### **NIP en NVGzP**

Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz  
[GGZ Standaard Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz \(LGA\)](#)  
GGZ Standaard landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGz  
[GGZ Standaard Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGz](#)  
GGz-standaard ziekenhuispsychiatrie  
[GGZ Standaard Ziekenhuispsychiatrie](#)



## V&VN

Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging, ActiZ, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, VNG, VWS, ZN en Zorgthuisnl, 2020

[Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging](#)

Handreiking samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling in de klinische geriatrie, Kennisinstituut FMS, V&VN VS, NAPA, NIV, NVKG, 2021

[Handreiking Samenwerking en Taakherschikking in de Klinische Geriatrie/Interne Ouderengeneeskunde](#)

Handreiking samenwerking en taakherschikking ouderenzorg, V&VN VS, Verenso, NAPA, maart 2022

[Handreiking Samenwerking en Taakherschikking Ouderenzorg](#)

Website van platform Zorgmasters met alle consensusdocumenten V&VN VS, NAPA en betrokken (wetenschappelijke) medische verenigingen rond verantwoordelijkheidsverdeling

[www.zorgmasters.nl/praktijk](http://www.zorgmasters.nl/praktijk)

Handreiking VS-ggz in de rol van regiebehandelaar, V&VN VS, HAN University of Applied Sciences, 2020

[Handreiking VS-ggz in rol van regiebehandelaar](#)

Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde Ggz (LGA), AKWA GGZ, 2016

[Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz](#)

Autorisatierichtlijnen AORTA-LSP

[Autorisatierichtlijnen](#)

## IGJ

Toetsingskader 'Toezicht op zorgnetwerken rond cliënten in de thuissituatie', IGJ, 1 januari 2020

[toetsingskader](#)

Informatiepagina IGJ over toezicht op zorgnetwerken

<https://www.igj.nl/onderwerpen/zorgnetwerken/zorg-in-zorgnetwerken>

## BULAGE 2

# De tuchtrechter over regiebehandelaarschap

**De kernpassage uit de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg van 29 januari 2021 over regiebehandelaarschap (CTG, 29 januari 2021, ECLI:NL:TGZCTG:2021:36)**

**4.9..**”Voor wat betreft het hoofdbehandelaarschap ziet het Centraal Tuchtcollege aanleiding de vaste rechtspraak over de taken en verantwoordelijkheden van verschillende zorgverleners bij de behandeling van één patiënt (zie bijvoorbeeld de beslissing van het Centraal Tuchtcollege van 17 april 2012, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG1953) te herformuleren. De toegenomen complexiteit van zorg, die soms door zorgverleners van verschillende instellingen wordt verleend, vereist uitgangspunten die meer flexibel toegepast kunnen worden. Daarom zal hierna ook worden gesproken over ‘de regiebehandelaar’.

**4.10** In gevallen waarin twee of meer zorgverleners betrokken zijn bij de behandeling van één patiënt, moet als uitgangspunt worden genomen dat elke bij die behandeling betrokken zorgverlener een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft en houdt jegens die patiënt. In gevallen waarin de aard en/of complexiteit van de behandeling dat nodig maakt, dragen deze (individuele) zorgverleners er steeds zorg voor dat één van hen als regiebehandelaar wordt aangewezen. De regiebehandelaar ziet er in ieder geval op toe, dat:

- > de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt en dat waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
- > er een adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen de bij de behandeling van de patiënt betrokken zorgverleners;
- > er één aanspreekpunt voor de patiënt en diens naaste betrekking(en) is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling.

Ter nadere toelichting overweegt het Centraal Tuchtcollege dat de regiebehandelaar niet zelf het aanspreekpunt hoeft te zijn. Het aanspreekpunt hoeft voorts niet zelf alle vragen van de patiënt en diens naaste betrekkingen te kunnen beantwoorden, maar moet wel de weg naar de antwoorden weten te vinden. Deze norm ziet niet op het actief informeren van de patiënt en diens naaste betrekkingen. De plicht van de zorgverlener om actief informatie te geven volgt immers al uit de eigen verantwoordelijkheid die de zorgverlener jegens de patiënt heeft.”

## BIJLAGE 3

# Relevante uitspraken van de tuchtrechter

### Selectie uit relevante uitspraken van de tuchtrechter over de verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking en over hoofdbehandelaarschap/regiebehandelaarschap

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag, 21 maart 2021, ECLI:NL:TGZRSGR:2021:38.](#)

(gynaecoloog, ongegrond, geen aanleiding beklagde in dit verband als hoofd-of regiebehandelaar extra verantwoordelijkheid voor beleid collega's toe te kennen, gebruikelijk dat zwangere vrouwen worden behandeld door dienstdoend gynaecoloog die aan de hand van actuele bevindingen beslissingen neemt)

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 9 april 2020, ECLI:NL:TGZCTG:2020:107.](#)

(huisarts, werkzaam voor penitentiaire inrichting, mocht conform afspraken in PI de algemene informatievoorziening over medicatie aan verpleegkundige overlaten, maar kon er niet van uitgaan dat deze wist van bijzondere bijwerkingen en interactie tussen medicatie)

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 26 september 2019, ECLI:NL:TGZCTG:2019:239.](#)

(psychotherapeut geeft onvoldoende invulling aan rol als regiebehandelaar, regiebehandelaar draagt niet de verantwoordelijkheid voor interventies die door andere behandelaren zijn verricht)

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 25 juni 2019, ECLI:NL: TGZCTG:2019:172.](#)

(neuroloog, gedurende het behandeltraject steeds maar één hoofdbehandelaar, die tijdens behandeltraject wel kan wisselen)

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam, 19 maart 2019, ECLI:NL:2019:34.](#)

(chirurg, hoofdbehandelaar werkzaam op meerdere locaties, naar de letter niet kenbaar als aanspreekpunt, maar nu andere artsen wel dagelijks bereikbaar waren geen verwijtbaarheid hoofdbehandelaar)

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam, 14 februari 2019, ECLI:NL:TGZRAMS:2019:25.](#)

(huisarts, na verwijzing naar specialist is deze de hoofdbehandelaar d.w.z. centraal aanspreekpunt en belast met regie, huisarts en specialist hebben ieder eigen verantwoordelijkheid voor continuïteit van zorg door zinvolle informatie-uitwisseling)

[Regionaal Tuchtcollege Zwolle, 18 januari 2019, ECLI:NL:TGZRZWO:2019:12.](#)

[Regionaal Tuchtcollege Zwolle, 18 januari 2019, ECLI:NL:TGZRZWO:2019:15.](#)

(cardioloog en cardio-thoracaal chirurg i.o., hoofdbehandelaar niet verwijtbaar tekortgeschoten ondanks onduidelijkheid in aanspreekpunt en fouten in anti-stollingsmedicatie, aios had pre-operatief gesprek niet mogen overlaten aan anios)

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven, 23 november 2018, ECLI:NL:TGZREIN:2018:89.](#)

(gynaecoloog, hoofdbehandelaar, verslag van gesprek over pijnstilling door collega gevoerd ontbreekt in dossier, hoofdbehandelaar had in de rol als regievoerder proactief moeten toezien op goede dossiervoering)

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 20 november 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:303.](#)

(psychotherapeut, niet steeds adequate communicatie, wat hoofdbehandelaar is aan te rekenen, hoofdbehandelaar mocht erop vertrouwen dat planning door secretariaat conform instructies zou verlopen, toestemming voor gebruikelijke terugkoppeling aan huisarts voorondersteld)

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 11 oktober 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:276.](#)

(psychiater en verpleegkundig specialist beiden bij behandeling betrokken, rolverdeling en hoofdbehandelaarschap voor cliënt onduidelijk en in dossier onvoldoende vastgelegd)

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 20 maart 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:84.](#)

(chirurg, dagsupervisor, niet verwijtbaar dat chirurg patiënt na middagoverdracht niet zelf beoordeelde i.h.k.v. controle aios, het lag voor de hand dat de bij overdracht aanwezige hoofdbehandelaar dat zou doen)

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag, 25 juli 2017, ECLI:NL:TGZRSGR:2017:127.](#)

(neuroloog, hoofdbehandelaar, te weinig regie mede door te weinig concrete afspraken met relatief onervaren arts-assistent)

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 7 maart 2017, ECLI:NL:TGZCTG:2017:85.](#)

(gynaecoloog, hoofdbehandelaar, niet verwijtbaar tekortgeschoten in regie, omdat hoofdbehandelaar erop mocht vertrouwen dat ervaren aios zich aan afspraken zou houden)

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Groningen, 20 december 2016, ECLI:NL:TGZRGRO:2016:49.](#)

(neuroloog, hoofdbehandelaar, onvoldoende afstemming met medebehandelaars, mede door slechte verhoudingen, goede afstemming zoals omschreven in KNMG-handreiking essentieel voor zorgvuldige patiëntenzorg)

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 21 juni 2016, ECLI:NL:TG-ZCTG:2016:232.

(chirurg, als hoofdbehandelaar niet verwijtbaar onzorgvuldig gehandeld, wel is hoofdbehandelaar meer dan degene die knopen doorhakt, behoort ook aandacht te hebben voor perifere medische zaken en welbevinden patiënt)

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam, 28 april 2015, ECLI:NL:TGZRAMS:2015:39.

(revalidatiearts, niet tekortgeschoten in behandeling, ten overvloede: had als arts ook verantwoordelijkheid mogen nemen voor scheppen randvoorwaarden genoemd in KNMG-handreiking ter zake van regie en aanspreekpunt, beroepsgroep zou hiervoor aanbevelingen moeten formuleren)

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle, 17 april 2015, ECLI:NL:TGZRZWO:2015:40.

(traumachirurg, hoofdbehandelaar, geen tuchtrechtelijke verwijtbaarheid ter zake van behandeling, wel tekortschieten ter zake van communicatie en het zijn van aanspreekpunt)

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 9 oktober 2014, ECLI:NL:TGZCTG:2014:328.

(psychiater, hoofdbehandelaar is er niet voor verantwoordelijk dat anderen tijdens zijn afwezigheid separatieprotocol niet naleefden, hoofdbehandelaar moet zorgdragen voor goede overdracht tijdens afwezigheid)

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 18 januari 2011, ECLI:NL:TGZRGRO:2011:YG0852.

(arts, opdrachtgever dient uit te leggen en bereid te zijn tot openheid en communicatie over en evaluatie van zijn handelen, verpleegkundigen opdrachtnemers mogen met arts dialoog aangaan over de opdracht. Ieder heeft op zijn of haar eigen deskundigheidsgebied een eigen verantwoordelijkheid, waarbij samenwerking en communicatie erg belangrijk is)

## Colofon

© Juni 2022

De 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2022)' wordt onderschreven door de KNMG, de brancheverenigingen Actiz, de Nederlandse GGZ, InEen, GGD GHOR Nederland, NFU en NVZ en de beroepsverenigingen NVAVG, KNGF, KNMP, KNMT, KNOV, NAPA, NIP, NVGzP, NVvTG, V&VN en NVBMH en door Patiëntenfederatie Nederland.

Bekijk het webdossier: [www.knmg.nl/verantwoordelijkheidsverdeling](http://www.knmg.nl/verantwoordelijkheidsverdeling)

