

FACTSHEET

Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg: Introductie regiebehandelaar

De KNMG heeft de handreiking [Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg](#) herzien. De aanleiding is de gestegen complexiteit in de zorg en de toename van het aantal betrokken professionals bij een patiënt. Bijzondere aandacht in de handreiking is er voor het door het Centraal

Tuchtcollege geïntroduceerde begrip 'regiebehandelaarschap' in plaats van het begrip 'hoofdbehandelaarschap'. Ziekenhuizen zijn hierdoor genoodzaakt hun lokale protocollen aan te passen. In deze factsheet lichten we toe wat dit betekent voor de dagelijkse praktijk van artsen.

1 VERGROTING VAN INDIVIDUELE PROFESSIONELE VERANTWOORDELIJKHEID

In de [uitspraak van het Centraal Tuchtcollege](#) van 29 januari 2021 is het begrip regiebehandelaarschap geïntroduceerd. Het begrip hoofdbehandelaarschap is hiermee komen te vervallen. Door de introductie van regiebehandelaarschap is de professionele verantwoordelijkheid van alle individuele zorgverleners vergroot. Van hen wordt (nog meer) verwacht dat zij zich bewust zijn van de multidisciplinariteit van zorg, de onderlinge samenwerking en de beperking van hun eigen handelen/kennis. Zij zijn nu dus veel meer dan voorheen verantwoordelijk voor afstemming over het zorgproces met andere zorgverleners, wat ook de transformatie naar passende zorg ten goede komt. In de KNMG-handreiking is verduidelijkt dat individuele zorgverleners die samenwerken met andere zorgverleners zelf verantwoordelijk zijn voor hun eigen aandeel in de behandeling van een patiënt.

2. TOEWIJZEN REGIEBEHANDELAAR

Er is meer regie nodig als de aard of complexiteit van de casus daartoe aanleiding geeft, én als er twee of meer behandelaren betrokken zijn bij de patiënt. In deze situatie is het noodzakelijk dat één van de behandelaren de rol van regiebehandelaar op zich neemt. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de regie van de zorg rondom de patiënt en het aanwijzen van een vast aanspreekpunt voor de patiënt. De regiebehandelaar is niet - in tegenstelling tot de eerdere hoofdbehandelaar - eindverantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt als geheel. Iedere zorgverlener is verantwoordelijk voor zijn eigen handelen. Een patiënt met eenvoudige, losstaande klachten en/of met een beperkt aantal zorgverleners hoeft dus geen regiebehandelaar te hebben. Zorgverleners hebben met elkaar de verant-

woordelijkheid om te bepalen of regiebehandelaarschap voor de betreffende patiënt op dat moment noodzakelijk is.

Afspraken over onder andere de inzet van een consulent, registratie van zorg en informatieverplichting naar een patiënt wijzigen niet door de bovengenoemde uitspraak van het Centraal Tuchtcollege. Ook heeft deze uitspraak geen invloed op bestaande afspraken rondom supervisorschap bij aios.

3. TAAK VAN DE REGIEBEHANDELAAR

De taak van de regiebehandelaar is als volgt omschreven door het Centraal Tuchtcollege: De regiebehandelaar zorgt ervoor 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 houdt overzicht op het totaal van de bij de behandeling van de patiënt betrokken behandelaren en specialisten. Hij hoeft de werkzaamheden niet zelf uit te voeren, maar dient er bijvoorbeeld wel voor te zorgen dat er een aanspreekpunt wordt aangewezen. De regiebehandelaar is niet noodzakelijkerwijs een arts, al zal dat vaak wel het geval zijn. Afhankelijk van de omstandigheden kan ook een physician-assistant, een verpleegkundig specialist danwel verpleegkundige of een andere zorgverlener de rol van regiebehandelaar vervullen.

4. OVERDRAGEN REGIEBEHANDELAARSCHAP

De regiebehandelaar kan niet zelf 7x24 uur de medische zorg leveren. Bij afwezigheid wordt de verantwoordelijkheid voor de dagelijkse/acute medische zorg dan ook waargenomen door een andere behandelaar. Dit moet wel worden vastgelegd. Ook het overdragen van het regiebehandelaarschap - bijvoorbeeld wanneer het zwaartepunt van de behandeling elders komt te liggen - moet worden vastgelegd. De nieuwe regiebehandelaar moet deze nieuwe rol expliciet accepteren.

5. AANPASSEN VAN HET LOKALE PROTOCOL VERANTWOORDELIJKHEIDSVERDELING

Door de introductie van het begrip regiebehandelaar in plaats van hoofdbehandelaar zijn ziekenhuizen genoodzaakt hun lokale protocollen aan te passen. Daarbij moet goed gekeken worden naar de nieuwe rol van de regiebehandelaar, de overdracht van het regiebehandelaarschap, beschrijving van de taken etc. De Federatie Medisch Specialisten heeft een document <LINK> gemaakt met handvatten die helpen bij het aanpassen van lokale protocollen.

TIPS VOOR WIJZIGINGEN IN DE PRAKTIJK

- Het loslaten van de term 'hoofdbehandelaar' hoeft niet te leiden tot toename van administratieve lasten. Voorkom ook bij de aanpassing van de lokale protocollen dat er nieuwe eisen worden toegevoegd. De eisen ten aanzien van dossievoering zijn niet gewijzigd.
- Zorg in het EPD voor de toevoeging van het veld 'Regiebehandelaar' en dat dit goed zichtbaar is. Dit veld kan dus ook leeg zijn op het moment dat er geen regiebehandelaar is toegewezen.
- Zorg in het EPD voor toevoeging van een duidelijk veld voor het 'eerste aanspreekpunt' voor de patiënt.