

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTVG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTVG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

De regiebehandelaar in het ziekenhuis

Problemen bij implementatie in de praktijk

Juul H.P.H. Hennissen, Tessa O. van den Beukel en Martin A.J.M. Buijsen

Het Centraal Tuchtcollege wil dat ziekenhuizen het hoofdbehandelaarschap vervangen door regiebehandelaarschap, zonder dat precies duidelijk is wat met die term wordt bedoeld. Wat betekent dit voor de zorgpraktijk?

Een 71-jarige vrouw wordt gepresenteerd op de SEH met acute dyspneu. Ze is eergisteren ontslagen uit het ziekenhuis na een borstsparende operatie vanwege een mammacarcinoom. De SEH-arts constateert gedecompenseerd hartfalen, in combinatie met een exacerbatie van COPD. De patiënte moet worden opgenomen. Wie wordt haar hoofdbehandelaar? Of moeten we zeggen: 'Wie wordt haar regiebehandelaar?' En waarover dient regie gevoerd te worden?

Achtergrond

In 2021 heeft het Centraal Tuchtcollege (CTG) de term 'regiebehandelaar' in omloop gebracht.¹ Het CTG stelde dat er niet langer gesproken moet worden over een hoofdbehandelaar, maar over een regiebehandelaar, omdat 'de toegenomen complexiteit van zorg, die soms door zorgverleners van verschillende instellingen wordt verleend, uitgangspunten vereist die meer flexibel toegepast kunnen worden'.¹ Bij een complexe samenwerking moet een regiebehandelaar worden aangewezen die toeziet op: (a) de continuïteit en samenhang van zorg, (b) adequate afstemming tussen zorgverleners en (c) het aanwijzen van een aanspreekpunt. De regiebehandelaar hoeft in dat geval niet per se een arts te zijn.¹ Uitgangspunt is dat iedere betrokken zorgverlener een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft voor de patiënt.

Al in 2021 werd betoogd dat het voorbarig is te concluderen dat het regiebehandelaarschap het hoofdbehandelaarschap vervangt, dat het onopgehelderd blijft waarom een flexibelere toepassing nodig is, dat een deel van de taken van de hoofdbehandelaar onbesproken blijft en dat er geen heldere omschrijving wordt gegeven van de taken van een regiebehandelaar.² Hierbij werd aangegeven dat de praktijk niet gediend is van het op vage gronden introduceren van het regiebehandelaarschap.²

Desondanks is in 2022 de landelijke handreiking '[Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg](#)' door de KNMG herzien, waarin de gronden uit de CTG-uitspraak uit 2021 een-op-een zijn overgenomen.³ In de handreiking wordt niet langer gesproken over een hoofdbehandelaar, maar over een regiebehandelaar. De opstellers van de handreiking hebben er bewust voor gekozen om niet te veel details vast te leggen, zodat zorginstellingen en beroepsgroepen de ruimte hebben om hier zelf invulling aan te geven. In maart 2023 heeft de Federatie voor Medisch Specialisten (FMS) handvatten uitgebracht voor aanpassing van lokale protocollen rondom verantwoordelijkheidsverdeling.⁴ Hierin staat zoal beschreven dat de term 'hoofdbehandelaar' uit het lokale protocol verwijderd dient te worden en dat verduidelijkt moet worden wie wanneer welke verantwoordelijkheden draagt.

Problemen bij implementatie

Wij onderschrijven het argument van het CTG dat de complexere wordende zorg flexibelere regievoering vergt. De KNMG-handreiking van 2022 is echter te onduidelijk om te vertalen naar de dagelijkse complexe zorgpraktijk van het ziekenhuis en de samenwerking met ketenpartners. Wij voorzien dan ook de volgende problemen bij de implementatie van regiebehandelaarschap.

Onduidelijkheid over verantwoordelijkheden

Het concrete takenpakket van de regiebehandelaar is niet helder, waardoor het onduidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is. Zo is het onduidelijk op welk niveau regie gevoerd dient te worden bij patiënten met meerdere zorgvragen die al dan niet samenhangen. De KNMG-handreiking uit 2022 beschrijft dat er bij complexe samenwerking per individueel geval afgewogen moet worden hoe de verantwoordelijkheden verdeeld worden, waarbij met alle betrokkenen wordt afgesproken wie waarvoor verantwoordelijk is.³ Wie de weerbarstige zorgpraktijk van het ziekenhuis kent, zal opmerken dat het niet haalbaar is om deze verantwoordelijkheden voor ieder individueel geval te overleggen.

Ontbreken van eindverantwoordelijkheid

De hoofdbehandelaar had eerder eindverantwoordelijkheid over de gehele behandeling van de patiënt.⁵ Dit is bij de regiebehandelaar niet het geval.³ Hierdoor ontbreekt het mandaat betreffende wie medische eindbeslissingen neemt wanneer verschillende behandelaren tegengestelde meningen hebben. Het belang van dit mandaat wordt extra duidelijk wanneer men zich realiseert dat de rol van regiebehandelaar ook vervuld kan worden door een zorgverlener uit een andere beroepsgroep dan een arts.

Ontbreken van uniformiteit

Als individuele zorginstellingen of beroepsgroepen het regiebehandelaarschap verschillend invullen, kan er verwarring ontstaan over taken en verantwoordelijkheden, ook bij patiënten en ketenpartners. Uniformiteit wat betreft de invulling van het regiebehandelaarschap is cruciaal voor een goede samenwerking.

Dat binnen de zorgpraktijk het regiebehandelaarschap en de regievoering op verschillende manieren wordt vormgegeven is actueel.^{6,7} Binnen de ggz heeft het regiebehandelaarschap een eigen invulling (zie kader 'Regiebehandelaarschap ggz').^{8,9} Ook vanuit de interne geneeskunde en klinische geriatrie wordt toegewerkt naar de introductie van eigen regievoering.¹⁰ Om verschillen tussen instellingen en beroepsgroepen te voorkomen dient er onzes inziens op nationaal niveau afstemming te worden bereikt over de invulling van regievoering in het ziekenhuis.

Mogelijke gevolgen voor patiëntveiligheid

Onheldere verantwoordelijkheden kunnen leiden tot miscommunicatie, valse verwachtingen en onduidelijkheden over eindbeslissingen. Dit kan leiden tot fouten, waardoor de kwaliteit en veiligheid van zorg in de ziekenhuizen in gevaar kan komen. Dit is alarmerend en verdient geen afwachtende houding van het zorgveld.

Geeft jurisprudentie duidelijkheid?

Nadat het CTG de term 'regiebehandelaarschap' in omloop heeft gebracht is een veertigtal uitspraken over dit onderwerp gepubliceerd. Onlangs is elders een juridische beschouwing verschenen over de ontwikkelingen omtrent het regiebehandelaarschap, waarin een analyse van een aantal uitspraken van regionale tuchtcolleges is meegenomen.¹¹ Hierin wordt de onduidelijkheid over het regiebehandelaarschap opnieuw benadrukt.

Voor de voorliggende bijdrage hebben wij een jurisprudentieonderzoek verricht van uitspraken over dit onderwerp in de periode januari 2021 tot juni 2024. Hieruit blijkt dat het takenpakket van de regiebehandelaar niet eenduidig is en dat het niet helder is waarom er van het hoofdbehandelaarschap afgestapt moet worden (zie ook kader 'Jurisprudentieonderzoek'). Dit betekent dat zorgverleners niet alleen in de praktijk, maar ook wat betreft het tuchtrecht niet weten waar ze aan toe zijn.

Regels voor het regiebehandelaarschap staan niet in de wet en kunnen daarom alleen door de tuchtrechter of door het zorgveld zelf gemaakt worden. Nu jurisprudentie geen duidelijk geeft, is het zorgveld aan zet. Wij vinden dat de uitwerking van regievoering in het ziekenhuis op nationaal niveau verder dient te worden opgepakt, zoals in de ggz is gedaan. Hier ligt een taak voor de FMS, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), in afstemming met de KNMG.

Wij adviseren om voorsnog vast te houden aan het hoofdbehandelaarschap, aangezien dit wel concrete kaders biedt. Wanneer dit door alle ziekenhuizen collectief wordt uitgedragen, moet de tuchtrechter zich hieraan conformeren.

Conclusie

De taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar in het ziekenhuis zijn onduidelijk. Het is onduidelijk op welk niveau er regie gevoerd dient te worden, wat de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn die horen bij het regiebehandelaarschap en waarom er van het hoofdbehandelaarschap afgestapt moet worden. Ook jurisprudentieonderzoek over dit onderwerp geeft geen opheldering. De uitwerking van regievoering zal op nationaal niveau moeten plaatsvinden onder leiding van de Federatie voor Medisch Specialisten, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Totdat helderheid is verkregen adviseren wij ziekenhuizen om collectief uit te dragen dat aan het hoofdbehandelaarschap moet worden vastgehouden in het belang van kwaliteit en veiligheid van zorg.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D8054
- Universiteit Maastricht, afd. Onderwijsontwikkeling en Onderwijsresearch, School of Health Professions Education (SHE), Maastricht: mr.drs.ing. J.H.P.H. Hennissen, arts-onderzoeker en gezondheidsjurist. Radboudumc, afd. Klinische Geriatrie, Nijmegen: dr. T.O. van den Beukel, MBA, internist-ouderengeneeskunde en themaleider van het ziekenhuisbrede thema 'Van hoofdbehandelaar naar regiebehandelaar'. Erasmus Universiteit, afd. Gezondheidsrecht, Erasmus School of Law, Rotterdam: prof.mr.dr. M.A.J.M.

Buijsen, jurist en filosoof.

- Contact: J.H.P.H. Hennissen (juul.hennissen@maastrichtuniversity.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: ICMJE-formulieren met de belangenverklaring van de auteurs zijn online beschikbaar bij dit artikel.
- Aanvaard op 25 juni 2024 Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2024;168:D8054

Literatuur

1. 1. Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag, 29 januari 2021. [ECLI:NL:TGZCTG:2021:36](#). 2. Hubben JH, annotatie bij CTG [ECLI:NL:TGZCTG:2021:36](#), 29 januari 2021. [ECLI:NL:TGZCTG:2021:36](#), [GJ 2021/58](#). 3. KNMG. [Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg](#). Utrecht; 2022. 4. FMS. [Handvatten voor de aanpassing van lokale protocollen rondom verantwoordelijkheidsverdeling](#). 2023. 5. IGJ. [Toetsingskader verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg](#). Utrecht; 2018. 6. FMS. [Adviesrapport Multimorbiditeit en Regie in het Ziekenhuis](#). 2021. 7. FMS. [Richtlijnen database, zoekterm 'regiebehandelaar'](#). 8. Zorginstituut Nederland. [Geestelijke gezondheidszorg \(GGZ\) Kwaliteitsstatuut, versie 3](#); 2023. 9. Plomp E. Van hoofdbehandelaar naar regiebehandelaar en kwaliteitsstatuut in de GGZ. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*. 2015;39(7):512-528. [doi:10.5553/TvGR/016508742015039007002](#). 10. FMS. [Leidraad Multidisciplinaire beoordeling bij Multimorbiditeit](#). 2024. 11. Van Es IS. Regiebehandelaar, een rustig bezit? *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*. 2024;48(1):44-52. [doi:10.5553/TvGR/016508742024048001006](#). 12. Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag, 29 november 2023. [ECLI:NL:TGZCTG:2023:159](#). 13. Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag, 29 november 2023. [ECLI:NL:TGZCTG:2023:160](#).

Regiebehandelaarschap in de ggz

Binnen de ggz is het hoofdbehandelaarschap al eerder vervangen door het regiebehandelaarschap.⁸ Gesteld was dat het hoofdbehandelaarschap te veel was toegespitst op de inhoud van zorg, terwijl er juist behoefte was aan regie en coördinatie van de behandeling.⁹

Op nationaal niveau is concrete afstemming bereikt over de invulling van het regiebehandelaarschap in de ggz, vastgelegd in het 'Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ'. Dit kwaliteitsstatuut biedt partijen in de ggz helderheid en richting over het regiebehandelaarschap door de taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar gedetailleerd te beschrijven.⁸

Het regiebehandelaarschap in de ggz is opgedeeld in twee regierollen: de indicierend regiebehandelaar en de coördinerend regiebehandelaar.⁸ De indicierend regiebehandelaar focust zich op de probleemanalyse, het stellen van diagnose en het opstellen van het behandelplan. De coördinerend regiebehandelaar werkt het behandelplan uit en zorgt voor afstemming en coördinatie van de behandeling waarbij veelal meerdere behandelaren betrokken zijn.

Er worden vier categorieën van problematiek en zorgaanbod beschreven, waarbij voor iedere categorie de competenties en opleidingen zijn beschreven die nodig zijn om de rol van indicierend en coördinerend regiebehandelaar te kunnen vervullen.⁸ Naast medisch specialisten kunnen bijvoorbeeld ook verpleegkundig specialisten, physician assistants en psychologen de rol van regiebehandelaar op zich nemen. Voor een patiënt wordt het duidelijk wat de medische professie van de regiebehandelaar is, met bijbehorende verantwoordelijkheden.

Jurisprudentieonderzoek

In de periode januari 2021 – de introductie van het regiebehandelaarschap door het CTG – tot juni 2024 zijn 42 tuchtrechtelijke uitspraken gepubliceerd waarin inhoudelijke invulling wordt gegeven aan de kaders van het regiebehandelaarschap: 31 van regionale tuchtcolleges, 11 van het CTG.¹ Dit betrof 6 zorgverleners uit de eerste lijn en 37 uit de tweede lijn. Bij 19 uitspraken werd een maatregel opgelegd (14 waarschuwingen, 4 berispingen en 1 voorwaardelijke schorsing). Uitspraken in het kader van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ werden niet meegenomen.

Een analyse van deze 42 uitspraken toont dat er onduidelijkheid bestaat over de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar betreffende het actief informeren van de patiënt, medisch inhoudelijke afwegingen, dossiervoering en het hebben van eindverantwoordelijkheid over het geheel van de behandeling.

Enerzijds wordt de regiebehandelaar beschreven als procesbewaker die toeziet op de organisatorische aspecten van samenwerking in de zorg, waarbij de medisch inhoudelijke aspecten de eigen verantwoordelijkheid blijven van alle individuele betrokken hulpverleners. Anderzijds wordt het takenpakket van de regiebehandelaar beschreven zoals dit bekend was bij de hoofdbehandelaar met eindverantwoordelijkheid over het geheel van zorg. Onlangs stelde het CTG zelfs dat over de norm van de regiebehandelaar niet wezenlijk anders wordt gedacht dan bij de hoofdbehandelaar.^{12,13}

De tuchtcolleges scheppen hiermee geen duidelijkheid over de invulling van het regiebehandelaarschap in de praktijk. Dit ontslaat de betrokkenen in de medische praktijk echter niet van hun taak om wel duidelijkheid te scheppen omtrent dit onderwerp. Het inrichten van een adequate verantwoordelijkheidsverdeling is namelijk een gezamenlijke taak van zowel zorgaanbieders als van individuele zorgverleners.³ De laatstgenoemde groep is daaromtrent ook tuchtrechtelijk aanspreekbaar.