

Juridische kaders bij samenwerken in zorgnetwerken (tussen organisaties)

Notitie

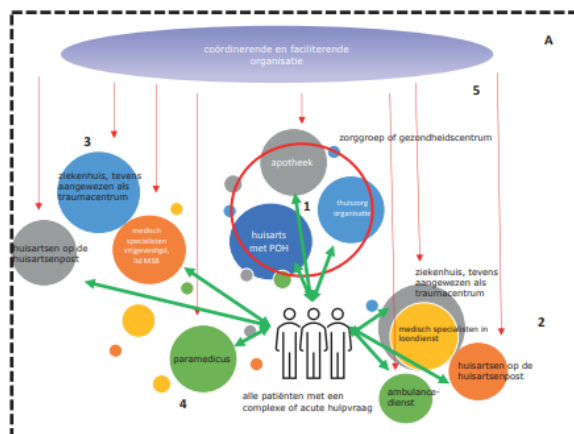
voor beleidsmakers, professionals en juristen die zich bezig houden met vormen van netwerkzorg, zoals de WijkKliniek of transmurale zorg.

Inleiding

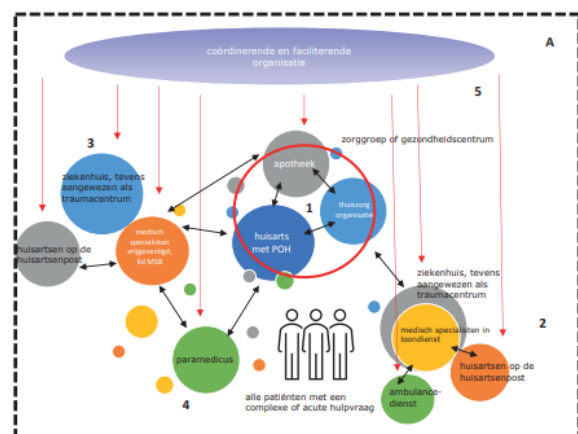
Steeds meer zien we vormen van intensieve samenwerking tussen verschillende aanbieders van zorg ontstaan. Dit is in lijn met het [Integraal Zorgakkoord](#) waarin een beroep gedaan wordt op samenwerking tussen zorgaanbieders uit verschillende sectoren vanuit het adagium 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZoJP)' als een van de pijlers van [Passende zorg](#). Intensieve samenwerking tussen zorgaanbieders krijgt op veel verschillende manieren vorm, bijvoorbeeld in zorgketens voor chronische zorg, via een samenwerking van gespecialiseerde zorgaanbieders zoals in de WijkKliniek (samenwerking van ziekenhuis en VVT) of transmurale zorg bewegingen. Deze samenwerkingen tussen zorgaanbieders duiden we als netwerkzorg in zorgnetwerken.

'Netwerkzorg een manier van zorgverlening aangaande een bepaalde patiëntengroep is, waarbij drie of meer niet tot eenzelfde ziekenhuis (of vergelijkbare instelling) behorende hulpverleners van verschillende disciplines in georganiseerde verbanden op nevenschikende wijze samenwerken, met het doel de toegankelijkheid, kwaliteit en efficiëntie van zorg te verbeteren. De samenwerkende hulpverleners worden 'het zorgnetwerk' genoemd'. (Uit preadvies 'SAMENWERKING IN EEN COMPLEX ZORGVELD – Het binnenste buiten-ziekenhuis', deel 2 van mr. dr. R.P. Wijne, p. 120)

Kenmerkend voor netwerkzorg is het ontbreken van hiërarchie in de samenwerking tussen hulpverleners, de feitelijke organisatie van de samenwerking en het gezamenlijke doel. In de afbeeldingen hieronder staat de complexiteit van netwerkzorg en de afstemming tussen partijen die daarin noodzakelijk is weergegeven.



Figuur 13: Het binnenste-buitenziekenhuis met daarin opgenomen de rechtsverhoudingen volgens de vuistregels.



Figuur 15: Het binnenste-buitenziekenhuis met daarin opgenomen de afstemmings- en verantwoordingsplichten tussen de hulpverleners in het netwerk met overdracht van het patiëntendossier.

Figuren uit: preadvies 'SAMENWERKING IN EEN COMPLEX ZORGVELD – Het binnenste buiten-ziekenhuis', deel 2 van mr. dr. R.P. Wijne, p. 140 en p. 146)

Vraagstukken aansprakelijkheid bij netwerkzorg

Netwerkzorg is een ontwikkeling die aansluit bij het ideaal van JZoJP. Maar wat betekent het samenwerken in zorgnetwerken? Hoe is de aansprakelijkheid in een zorgnetwerk gesteld als er fouten worden gemaakt of een patiënt een klacht heeft? Bijvoorbeeld als een zorgverlener die in dienst is van de ene zorgaanbieder handelingen verricht voor een andere zorgaanbieder. Zoals een medisch specialist die vanuit een ziekenhuis consulten doet in de huisartsenpraktijk. Of een verpleegkundig specialist die zowel in de wijk als in het ziekenhuis (medische) zorg verleent aan patiënten met COPD. Of een wijkverpleegkundige dit immunotherapie geeft in een wijkkliniek? Op het niveau van de individuele professional geldt de aansprakelijkheid via het tuchtrecht. Naast de persoon is ook de organisatie waar de persoon werkt en waar de handeling plaatsvindt aansprakelijk als er iets mis gaat. Maar welke organisatie is aansprakelijk voor de zorg die verleend wordt binnen het zorgnetwerk? En bij welke organisatie kan de patiënt terecht als er ergens in het netwerk een fout gemaakt wordt of de patiënt een klacht heeft? Antwoorden op deze vragen zijn niet eenvoudig te beantwoorden, zeker wanneer er meerdere samenwerkingspartners betrokken zijn. Dit heeft te maken met hoe de centrale aansprakelijkheid georganiseerd is. De centrale aansprakelijkheid beperkt zich tot de muren van het ziekenhuis of een zorgorganisatie. Zodra in netwerkconstructies zorg buiten de organisatie georganiseerd is, bestaat er geen centrale aansprakelijkheid.

Goed regelen?

Overkoepelend orgaan

Een oplossing voor het ontbreken van een centrale aansprakelijkheid op netwerkniveau is het netwerk organiseren in een overkoepelend orgaan dat zeggenschap heeft over wie, wat en wanneer doet (coördinerende en faciliterende organisatie), zoals bijvoorbeeld stichting transmurale zorg/netwerk of een gezondheidscentrum als samenwerkingsverband tussen verschillende aanbieders en zorgprofessionals. (Uit: Uit preadvies 'SAMENWERKING IN EEN COMPLEX ZORGVELD – Het binnenste buiten-ziekenhuis', deel 2 van mr. dr. R.P. Wijne, hoofdstuk 2)

Afspraken in het zorgnetwerk

Als er geen overkoepelend orgaan is, blijft er onduidelijkheid over de aansprakelijkheid van het zorgnetwerk. Dit is niet wenselijk en ook niet werkbaar voor een patiënt. Zorg dat je als partijen afspraken maakt over de aansprakelijkheid, inclusief de dossiervoering. Bij wie kan de patiënt of zorgverlener aankloppen als er iets mis gaat of als de patiënt een klacht heeft? En wie beheert het volledige dossier? Onderlinge afspraken zijn hierin belangrijk in de vorm van samenwerkingsovereenkomsten met daarin juridische paragrafen waarin staat hoe de aansprakelijkheid, inclusief dossiervoering, georganiseerd wordt.

Helpend hierin kunnen Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's) en Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's) zijn. Zij maken deel uit van de professionele standaard en vullen het goed hulpverlenerschap in. Een LESA is een samenwerkingsdocument dat als uitgangspunt dient voor het realiseren van werkafspraken in de regio tussen huisartsen en een andere beroepsgroep uit de eerste lijn. Een LESA geeft indicaties voor verwijzing, terugverwijzing, informatie-uitwisseling, gedeelde zorg en suggesties om deze in de regio te nader uit te werken. Een voorbeeld is de [LESA Dementie 2009](#). Een ander voorbeeld is de LESA COPD. In een LTA worden richtlijnen voor de

samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten gegeven die als uitgangspunt voor regionale transmurale werkafspraken kunnen dienen. LTA's bespreken de raakvlakken tussen eerste- en tweedelijnszorg en sluiten aan bij NHG-Standaarden en de richtlijnen van medisch specialisten. In een LTA worden indicaties gegeven voor (terug)verwijzing, informatie-uitwisseling en gedeelde zorg. Een voorbeeld is de [LTA COPD](#). Een ander voorbeeld is de [multidisciplinaire richtlijn chronische nierschade 2018](#) met de module samenwerking bij chronische nierschade. (Uit: Uit preadvies

'SAMENWERKING IN EEN COMPLEX ZORGVELD – Het binnenste buiten-ziekenhuis', deel 2 van mr. dr. R.P. Wijne, hoofdstuk 2)

Verantwoordelijkheidsverdeling

Daarnaast zijn afspraken over taken en verantwoordelijken noodzakelijk in het zorgnetwerk. De [handreiking verantwoordelijkheidsverdeling](#) formuleert 12 aandachtspunten die ook verwerkt zijn in een checklist (zie hieronder).

Checklist met 12 concrete aandachtspunten bij afspraken over verantwoordelijkheden

Bent u als zorgverlener of manager betrokken bij een zorgverleningssituatie met verschillende zorgverleners, dan is het van belang om te specificeren wie waarvoor verantwoordelijk is. Zo ontstaat duidelijkheid onderling, voor de cliënt of patiënt en diens familie en voorkomt u risico's op fouten. Kernaspecten van een regeling van verantwoordelijkheden bij samenwerking in het zorgproces:

- 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.
- 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).
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 kerncompetenties van hun samenwerkingspartners.
- 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.
- 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 overdrachtsituaties in het algemeen veel voorkomende risico's als met eventuele specifieke kenmerken van de situatie van de cliënt.
- 10 Als dat nodig is voor een goede zorgverlening plannen de samenwerkende zorgverleners controle- en evaluatiemomenten in.
- 11 Overincidenten in de zorgverlening, waaronder calamiteiten, spreken de samenwerkingspartners het volgende af:
 - ▶ De samenwerkingspartners betrach- ten 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 samenwerkingspart- ners in de ogen van één of meer collega's niet voldoet aan de normen voor goede zorg, dan spreken zij deze partner daarop aan.
- 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.

Deze aandachtspunten worden nader toegelicht in de 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2022)'. Deze Handreiking 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 NVBHM en door Patiëntenfederatie Nederland.

Download de handreiking en bekijk het webdossier op: www.knmg.nl/verantwoordelijkheidsverdeling

Colofon

Deze notitie is opgesteld door dr. A. van Vught (ass. lector en verpleegkundig decaan) en Aliënde van Goor (VS en gezondheidsjurist) na overleg met mr. dr. R.P. Wijne (gezondheidsjurist en specialist in medische aansprakelijkheid)

Lees meer

[De reikwijdte van de centrale aansprakelijkheid, de schakelbepaling en netwerkzorg.](#)

[De governance van netwerkzorg ontrafeld \(vilans.nl\)](#)

[Toezicht informatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting \(igi.nl\)](#)

https://centramed.nl/wp-content/uploads/Skipr_Quarterly_interview_directie.pdf