

COMMENTAAR

Verantwoordelijk samenwerken in de eerstelijns

VAN IDEALBEELD NAAR WERKELIJKHEID

Annet W. Wind en Ale J. Gercama

Gerelateerd artikel: Ned Tijdschr Geneesk. 2010;154:A1780

De handreiking 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' die de KNMG samen met een groot aantal andere koepels eind januari 2010 publiceert, is een helder geschreven stuk met belangrijke aandachtspunten.¹ De uitvoering van deze punten in de praktijk wordt nog een hele klus, want de praktijk staat ver af van de gewenste situatie. Het zal aanpassingen vergen in zowel de huidige werkwijze als organisatiestructuren. In dit commentaar belichten we enkele punten uit de handreiking (tabel).

Het belang voor de patiënt staat in de handreiking voorop. Dat moet ook, maar betekent dat hulpverleners over de eigen grenzen moeten kijken en zich moeten bekwamen in communicatie, afstemming en samenwerking met andere disciplines. Het hele stuk is een pleidooi om op te houden met de huidige domeinstrijd. Er zijn momenteel financieringsprikkelers die deze ontwikkeling in de goede richting sturen, al is het niet waarschijnlijk dat die goed gaan werken voor patiënten met complexe problematiek.

COÖRDINEREN, REGIE EN CASEMANAGEMENT

De eerste aanbeveling (zie tabel) is een kernpunt, waaruit het belang voor de patiënt spreekt. In de praktijk onderscheidt men 'casemanagers', die veelal aanspreekpunt voor de patiënt moeten zijn, 'zorgcoördinatoren' en 'regisseurs' die eindverantwoordelijk zijn. Vanuit het oogpunt van de patiënt is het misschien wel wenselijk dat deze functies door één persoon worden vervuld, maar dit staat op gespannen voet met efficiënt werken en de gewenste taakdelegatie in de eerstelijns. De medisch eind-

verantwoordelijke is een arts, maar zorgcoördinatie en casemanagement zijn taken die veelal door HBO'ers vervuld worden.² Een coördinator met een zo sterk mandaat dat de inhoudelijke zorgverleners tot werktuigen in zijn of haar hand worden gemaakt, zal in de praktijk eerder uitzondering dan regel zijn.

Bij complexe zorg wordt de regiefunctie bij voorkeur vervuld door de arts met het beste overzicht en de meest generalistische expertise, zoals de huisarts, algemeen internist, geriater of specialist ouderenzorg. Deze regisseur stuurt het zorgproces aan, draagt er de eindverantwoordelijkheid voor en ziet erop toe dat alle participanten optimaal bijdragen.^{2,3} De regisseur heeft overzicht over de medische en psychosociale aspecten. Hij of zij zet in overleg met de betrokken patiënt (aandachtspunt 11) en andere hulpverleners de beleidslijnen uit, waaronder de behandeldoelen, diagnostiek en acties op het terrein van de verzorging en verpleging.

De regisseur ziet erop toe dat de zorgcoördinator mandaat krijgt om de andere betrokken hulpverleners aan te spreken op gemaakte afspraken. De zorgcoördinator koppelt knelpunten in de uitvoering terug naar de regisserende zorgverlener. De casemanager is als regel degene die het meeste contact heeft met patiënt en familie en daarmee het natuurlijk aanspreekpunt. Het is zeker mogelijk deze taak te combineren met van zorgcoördinator, maar dit zal afhangen van de aard van de problematiek. Zo zal een casemanager dementie veel kunnen coördineren op psychogeriatrisch gebied en met betrekking tot zorg, maar voor de coördinatie van de medisch-specialistische inbreng zal men toch echt aangewezen zijn op de medicus die als regisseur optreedt.

ZORGBEHANDELPLAN

De zorg- en behandeldoelen worden idealiter samen met te ondernemen acties vastgelegd in een zorgbehandelplan, zoals verwoord in aandachtspunt 2 (zie de tabel). Ook dit staat nog ver af van de huidige praktijk, maar is zeker het nastreven waard. Het ontbreekt immers vaak aan openheid over afspraken en taakverdeling, zowel tussen hulpverleners onderling als tussen hulpverleners en de patiënt of de familie.

Het met elkaar en dus ook met de patiënt vaststellen van een zorgbehandelplan is een belangrijke stap in de goede

*Leids Universitair Medisch Centrum,
afd. Public Health en Eerstelijns geneeskunde,
Leiden.*

Dr. A.W. Wind, huisarts.

*VU Medisch Centrum, afd. Huisartsgeneeskunde,
Amsterdam.*

Drs. A.J. Gercama, huisarts.

*Contactpersoon: dr. A.W. Wind
(a.w.wind@lumc.nl).*

TABEL Aandachtspunten uit de 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg'*

- | | |
|---|---|
| <p>1 Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners:</p> <ul style="list-style-type: none"> • het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger • de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt • belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator) <p>Het is van belang dat deze taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld. Zo mogelijk zijn deze taken in één hand</p> <p>2 Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan van de cliënt</p> <p>3 Gegarandeerd wordt dat de rechten van de cliënt die voortvloeien uit wetgeving en rechtspraak, op de juiste wijze worden nagekomen. Waar nodig worden afspraken gemaakt om te vergemakkelijken dat de cliënt de hem toekomende rechten kan uitoefenen</p> <p>4 Een zorgverlener die deelneemt aan een samenwerkingsstraject vergewist zich ervan dat hij of zij beschikt over relevante gegevens van collega's en informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen</p> <p>5 Relevante gegevens worden aangetekend in een dossier van de cliënt. Bij voorkeur is dit een geïntegreerd dossier, dat door alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners kan worden geraadpleegd en aangevuld. Zo niet, dan worden afspraken gemaakt over de wijze waarop samenwerkingspartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen</p> <p>6 Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt</p> | <p>7 Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband zijn alert op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid en verwijzen zo nodig tijdig door naar een andere zorgverlener. Zij zijn op de hoogte van de kerncompetenties van de andere betrokken zorgverleners</p> <p>8 In gevallen waarin tussen zorgverleners een opdrachtrelatie bestaat, geeft de opdrachtgevende zorgverlener voldoende instructies met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt</p> <p>9 Overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. Bij de inrichting van overdrachtmomenten is van belang om zowel rekening te houden met bij overdrachtssituaties in het algemeen veel voorkomende risico's als met eventuele specifieke kenmerken van de cliëntsituatie</p> <p>10 Waar nodig voor een goede zorgverlening wordt in situaties van samenwerking in de zorg voorzien in controlemomenten (overleg, evaluatie)</p> <p>11 De cliënt of diens vertegenwoordiger wordt intensief betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van het zorg- of behandelplan. De eigen verantwoordelijkheid van de cliënt in het zorgproces wordt zoveel mogelijk gestimuleerd. Elke zorgverlener bespreekt met de cliënt ook diens ervaringen met het samenwerkingsverband</p> <p>12 Afspraken die door samenwerkingspartners worden gemaakt over de aard en inrichting van de samenwerking en over ieders betrokkenheid worden schriftelijk vastgelegd</p> <p>13 Voor incidenten (waaronder fouten) geldt het volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • naar de cliënt wordt over incidenten openheid betracht • incidenten worden gemeld op een binnen het samenwerkingsverband afgesproken centraal punt • een aan het samenwerkingsverband deelnemende zorgverlener die in de ogen van een of meer collega's niet voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg, wordt door hen daarop aangesproken |
|---|---|

*Deze Handreiking werd opgesteld door de KNMG, de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Consumenten Patiënten Federatie (NPCF), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en GGZ Nederland

richting; op veel plaatsen wordt deze al gezet, in het bijzonder bij verlening van zorg die onder de AWBZ valt. De komende jaren moeten we er met elkaar naar streven dat het de gewoonte wordt om in situaties waarin meerdere hulpverleners bij de zorg betrokken zijn en de patiënt het overzicht verliest, te werken aan de hand van zorg-behandelplannen.

Aandachtspunt 10 betreft overleg en evaluatie. Ook dit punt is zeer gewenst en kan in praktische zin gekoppeld worden aan het werken met zorgbehandelplannen. De zorgcoördinator kan deze controlemomenten plannen en ondersteunen. De praktische uitvoering vergt de inzet van alle betrokken hulpverleners en vindt zo mogelijk plaats onder leiding van de eindverantwoordelijke.

ICT EN WERKAFSPRAKEN

Veel van de aandachtspunten die door de koepels genoemd zijn vergen inzet op het gebied van informatie-

uitwisseling, zowel tussen zorgverleners onderling als met de patiënt en familie. Terecht wijst men op de wettelijke rechten van de patiënt en het gevaar van foutieve of gekleurde informatie, zoals te vinden op internet. Ook hier is nog een hele weg te gaan, maar de meeste betrokkenen zijn er van overtuigd dat adequate informatie-uitwisseling nuttig en noodzakelijk is.

In samenwerkingsverbanden heeft men vaak wel concrete werkafspraken gemaakt, zoals binnen de huisartsvoorziening, maar nog te vaak ontbreken werkafspraken tussen de verschillende disciplines buiten het samenwerkingsverband. En als ze er zijn worden ze onvoldoende nageleefd. Vanwege het toenemende aantal patiënten met complexe problematiek in verzorgingshuizen en thuis is het zeer relevant om hier de komende jaren op in te zetten. De handreiking 'Ouderenzorg' van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) biedt belangrijke handvatten.⁴

CONCLUSIE

Wat betekenen deze aandachtspunten nu voor de praktijk? In de eerste plaats dat we allen moeten erkennen dat zorgregie noodzakelijk is als de patiënt daar zelf niet meer voor kan zorgen. In de tweede plaats dat we de regisseur moeten leren regisseren en de samenwerking zó moeten organiseren dat dit ook kan. Dat betekent: tijd vrijmaken voor inventarisatie en overleg, waarbij alle hulpverleners bijdragen aan de uitwisseling van informatie, tijdig en accuraat. En in de laatste maar niet de minste plaats: dat we bereid zijn elkaars expertise te erkennen en per patiënt of situatie tot passende afspraken te komen. De handreiking is een beschrijving van de ideale samenwerkingssituatie en is het nastreven waard, al willen we wel pleiten voor een aantal inhoudelijke aanpassingen.

De huidige praktijk staat nog ver van deze gewenste situatie af. Alle hensen aan de dus om hier écht werk van te maken.

Dr. A.W. Wind is coördinator van de NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde bij het LUMC; drs. A.J. Gercama is docent Huisartsgeneeskunde bij het VUMC.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 13 januari 2010

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A1763

 [Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

LITERATUUR

- 1 KNMG, KNOV, KNGF, NIP, NPCF, NVZ, V&VN, GGZ Nederland. Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Utrecht: KNMG; 2010.
- 2 Gercama AJ, van der Horst HE, Stalman W. Van spil tot regisseur. Medisch Contact. 2007;62:1603-5.
- 3 NHG-standpunt Toekomstvisie huisartsenzorg. Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: NHG; 2007.
- 4 LHV, NVVA, and KNMP. Handreiking: Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis. Utrecht: LHV; 2009.