

Wat houdt hoofdbehandelaarschap in – en niet in?

A.C. (Aart) Hendriks

Juridische achtergrond

In de zorg werken veel mensen. Om gezamenlijk goede zorg te kunnen leveren is het van belang dat er onderling duidelijke afspraken worden gemaakt. Dat geldt onder andere voor de verantwoordelijkheidsverdeling. Het kan niet zo zijn, zoals het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) in 2005 overwoog, dat de bij een operatie betrokken medisch specialisten de eigen verantwoordelijkheid zo beperkt inkleuren dat niemand verantwoordelijkheid draagt voor het eindresultaat.¹

De tuchtcolleges zijn vervolgens vanaf 2007 gaan spreken over 'het hoofdbehandelaarschap'.² Deze term is overgenomen door de regering,³ andere rechtscollages,⁴ beroepsorganisaties als de KNMG,⁵ en – niet in de laatste plaats – ziekenhuizen. In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) daarentegen bestaat een voorkeur voor de term 'regiebehandelaar', zonder dat er grote verschillen bestaan tussen de hoofd- en regiebehandelaar.⁶ Dat de term 'hoofdbehandelaar' geen wettelijke basis heeft, evenmin als 'regiebehandelaar', lijkt voor de praktijk niet ter zake te doen.

Dat maakt het voor artsen en anderen die – mogelijk – hoofdbehandelaar zijn, niet duidelijker. Want wat als een patiënt voor verschillende aandoeningen wordt behandeld? En wat als een zorgaanbieder, zoals een ziekenhuis, iemand aanduidt als hoofdbehandelaar, zonder dat de betrokkene het overzicht over de verschillende behandelingen heeft?

Ondertussen is het aantal tuchtzaken waarin wordt verwezen naar het hoofdbehandelaarschap exponentieel gestegen: van 30 zaken in 2010 naar 100 in 2017.

Wat houdt de term 'hoofdbehandelaar' nu precies in – en niet in? Het hoofdbehandelaarschap te ruim uitleggen is contraproductief, ook vanuit patiëntenperspectief, en leidt niet automatisch tot meer tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van de betrokkene.

Betekenis en valkuilen

In april 2008 heeft het CTG de term 'hoofdbehandelaar' voor het eerst getracht te omschrijven voor de gezondheidszorg.⁷ Het CTG overwoog in deze zaak dat de kno-arts in kwestie, naast de zorg die hij als specialist had ten opzichte van de patiënt en diens naaste betrekking (dat wil zeggen: familie), belast was met de regie van de behandeling van de patiënt door hemzelf en door andere specialisten en zorgverleners tijdens het gehele behandeltraject. Dit traject bestond in dit geval uit de pre-, per- en postoperatieve fase.

Die regievoering houdt in, aldus het CTG, dat de hoofdbehandelaar ervoor zorgt dat de verrichtingen van alle hulpverleners op elkaar zijn afgestemd. Verder is de hoofdbehandelaar, zo vervolgt het CTG, het centrale aanspreekpunt voor de patiënt en zijn familie gedurende het behandeltraject. Daarmee is, aldus het CTG, niet gezegd dat de hoofdbehandelaar de verantwoordelijkheid heeft voor verrichtingen die andere specialisten tijdens het behandeltraject hebben uitgevoerd en die zijn gelegen buiten het terrein van het specialisme van de hoofdbehandelaar. Voor die verrichtingen blijven die andere specialisten zelf volledig verantwoordelijk.

Kort samengevat volgt hieruit dat de hoofdbehandelaar, naast dat hij zorgverlener is, belast is met de regie van de behandeling en dat hij het aanspreekpunt is voor de patiënt en zijn familie. Die verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar voor het voeren van de regie is in de ggz aanleiding om bij voorkeur te spreken over de 'regiebehandelaar'.⁸

Regie In de daaropvolgende jaren heeft het CTG deze omschrijving van het hoofdbehandelaarschap nader uitgewerkt. Volgens een uitspraak van het CTG houdt de belasting van de regie door de hoofdbehandelaar in algemene zin in dat de hoofdbehandelaar:

(1) ervoor zorg draagt dat de verrichtingen van allen die beroepshalve bij de behandeling van de patiënt zijn betrokken op elkaar zijn afgestemd en gecoördineerd, in zoverre als een en ander vereist is voor een vakkundige en zorgvuldige behandeling van de patiënt en tijdens het gehele behandeltraject voor hen allen het centrale aanspreekpunt is;

(2) voor de patiënt en diens naaste betrekkingen ten aanzien van informatie over (het verloop van) de behandeling het centrale aanspreekpunt vormt.

Meer in het bijzonder zal de regievoering door de hoofdbehandelaar ten minste moeten inhouden dat hij:

(a) door adequate communicatie en organisatie de voorwaarden en omstandigheden schept waaronder de behandeling verantwoord kan worden uitgevoerd;

(b) de betrokken zorgverleners in staat stelt een deskundige bijdrage te leveren aan een verantwoorde behandeling van de patiënt;

(c) in de mate die van hem beroepsmatig mag worden verwacht alert is op aspecten van de behandeling die mede liggen op andere vakgebieden dan het zijne en zich over die aspecten laat informeren door de specialisten van de andere vakgebieden, zo tijdig en voldoende als voor een verantwoorde behandeling van de patiënt vereist is;

(d) toetst of de door de betrokken zorgverleners geleverde bijdragen aan de behandeling van de patiënt met elkaar in verhouding zijn en passen binnen zijn eigen behandelplan en in overeenstemming hiermee ervoor heeft gezorgd dat de bij de verschillende zorgverleners ingewonnen adviezen zijn opgevolgd;

(e) in overleg met de desbetreffende bij de behandeling betrokken zorgverleners erop toeziet dat in alle fasen van het traject dossiervoering plaatsvindt die voldoet aan de daaraan te stellen eisen;

(f) als hoofdbehandelaar de patiënt en zijn naaste betrekkingen voldoende op de hoogte houdt van het beloop van de behandeling en hun vragen tijdig en adequaat beantwoordt.⁸

De taken van een hoofdbehandelaar kunnen daarom niet worden onderschat. Overigens hoeft een hoofdbehandelaar niet per definitie arts te zijn. De betrokken zorgverleners kunnen deze taak ook overlaten aan bijvoorbeeld een verpleegkundige. Wie hoofdbehandelaar is, kan ook volgen uit protocollen en richtlijnen van de betrokken instelling. Bovenal is van belang op wie de bij de hoofdbehandelaar behorende regietaken en verantwoordelijkheden rusten, en dat dit ook voor de patiënt en zijn familie duidelijk is.

Persoonlijke verwijtbaarheid Uit de tuchtrechtelijke jurisprudentie van de afgelopen jaren vallen meer lessen te trekken ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap. Zo leggen veel ziekenhuizen in protocollen vast wie de hoofdbehandelaar is.⁹ Dat biedt alle betrokkenen, onder wie de patiënt, duidelijkheid.

Dat betekent echter nog niet dat de hoofdbehandelaar automatisch tuchtrechtelijk verantwoordelijk is voor eventuele regiefouten. Tuchtrechtelijke aansprakelijkheid impliceert immers persoonlijke verwijtbaarheid. Een hoofdbehandelaar die op de bewuste dag geen dienst heeft kan niet tuchtrechtelijk worden aangeklaagd voor taken die behoren bij het hoofdbehandelaarschap.¹⁰ Dat geldt ook voor een arts die slechts volgens de ponskaart hoofdbehandelaar is zonder dat hij dat in werkelijkheid is.¹¹

Het CTG oordeelde dat een chirurg als hoofdbehandelaar niet tuchtrechtelijk verwijtbaar onzorgvuldig had gehandeld.¹² Wel vond het CTG dat de betrokken chirurg zijn taak als hoofdbehandelaar een ruimere invulling had kunnen geven:

Uit de stukken en de behandeling ter zitting komt een beeld naar voren van een chirurg die zijn rol als hoofdbehandelaar vooral ziet als degene die op essentiële (medische) beslismomenten in het verloop van de behandeling 'de knoop doorhakt' en zo richting geeft aan het verdere verloop van de behandeling, dit terwijl volgens vaste jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege de hoofdbehandelaar ook geacht wordt oog te hebben voor de meer perifere medische aspecten rondom de behandeling van de patiënt (afroeden tertiary survey, geestelijk welzijn patiënt, algehele voortgang) en hij daarnaast fungeert als centraal aanspreekpunt voor de patiënt zelf en voor diens naaste betrekkingen.¹²

Ofwel, een hoofdbehandelaar moet zijn taken niet te beperkt opvatten en als aanspreekpunt blijven fungeren voor de patiënt en zijn familie.¹³

In het verlengde hiervan is het van belang dat een hoofdbehandelaar zich bewust is van de inhoud van zijn werk als hoofdbehandelaar. Een arts die bij de terechtzitting niet kan uitleggen wat het hoofdbehandelaarschap inhoudt, die niet op de hoogte is van jurisprudentie van het CTG en van de 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' van de KNMG,⁵ en die niet kan uitleggen wat het verschil is tussen supervisie en werkbegeleiding, wordt uiteindelijk door het CTG doorgehaald in het BIG-register.¹⁴ Hieraan moet overigens worden toegevoegd dat een hoofdbehandelaar niet automatisch supervisor is, en omgekeerd.¹⁵ Dit zijn taken die zich goed laten scheiden.

De grootste valkuil in de praktijk lijkt te zijn dat de hoofdbehandelaar ook verantwoordelijk wordt gemaakt voor andersoortige behandelingen waarbij de patiënt is betrokken. Neem bijvoorbeeld een patiënt die steeds vergeetachtiger wordt, revalidatie ondergaat wegens een valincident en behandeld wordt vanwege diabetes mellitus 2 en overgewicht, en bij wie ook een tumor in de longen is geconstateerd. Bij al die behandelingen zijn verschillende behandelaren en behandelteams betrokken. Kan er dan wel één algemene hoofdbehandelaar zijn? En kan het ziekenhuis of een andere zorgaanbieder, waaronder bijvoorbeeld het UWV, artsen als hoofdbehandelaar verantwoordelijk maken voor medebehandelaren die namens – althans onder regievoering van – de hoofdbehandelaar handelen zonder dat de hoofdbehandelaar daar zicht op heeft?

Het hoofdbehandelaarschap zo ver oprekken druist in tegen het idee dat de hoofdbehandelaar regievoerder is – en met betrekking tot de verleende zorg daadwerkelijk regie kan voeren. Zorgaanbieders kunnen artsen of andere zorgverleners wel hoofdbehandelaar maken, maar dienen zich daarbij bewust te zijn dat de betrokkene die hem toebedachte rol niet goed kan uitvoeren. Hieraan voorbijgaan kan wel eens contraproductief zijn voor de patiëntveiligheid – en kan leiden tot nog meer tuchtzaken, waarbij de tuchtrechter niet snel tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid zal aannemen wegens het ontbreken van persoonlijke verwijtbaarheid. Niettemin rust op zorgverleners die als hoofdbehandelaar optreden zelf ook de taak om aan te geven dat zij in bepaalde situaties deze rol niet helemaal kunnen vervullen.

Antwoord

'Hoofdbehandelaar' is ruim 10 jaar geleden door de tuchtcolleges geïntroduceerd, zonder dat deze term een wettelijke basis heeft.

Hieronder verstaan de tuchtcolleges de behandelaar die zorgverlener is én die belast is met de regie van de behandeling gedurende het gehele behandeltraject. In de ggz spreekt men daarom veelal van ‘regiebehandelaar’. De hoofdbehandelaar fungeert volgens het CTG daarnaast als centraal aanspreekpunt voor de patiënt en zijn familie.

De hoofdbehandelaar mag zijn verantwoordelijkheden niet te beperkt uitleggen en moet ook anderszins weten wat hij geacht wordt te doen. De hoofdbehandelaar is niet tevens supervisor. De aanwezigheid van een hoofdbehandelaar laat de eigen verantwoordelijkheid van andere betrokken zorgverleners onverlet. Wie het hoofdbehandelaarschap op zich neemt, maken de betrokken zorgverleners zelf uit. Dit kan ook volgen uit protocollen en richtlijnen van bijvoorbeeld de zorginstelling.

Het is aan de betrokken artsen en anderen om ervoor te zorgen dat zij niet geacht worden verantwoordelijk te zijn voor andersoortige behandeltrajecten of voor medebehandelaren die namens de hoofdbehandelaar handelen, maar waarop de hoofdbehandelaar geen zicht heeft. Als zich zo’n situatie voordoet, dient de betrokken hoofdbehandelaar zelf actief aan te geven dat hij de hem toebedachte taken niet helemaal kan vervullen.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D2948
- Universiteit Leiden, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, departement Publiekrecht, Leiden: prof.mr.dr. A.C. Hendriks, jurist.
- Contact: A.C. Hendriks (a.c.hendriks@law.leidenuniv.nl)

Literatuur

1. CTG 17 november 2005, nr. 2007/69 (uroloog) en nr. 2004/70 (anesthesioloog). Med Contact. 2005, p. 64.
2. CTG 25 januari 2007, nr. 2006/038. Gezondheidszorg Jurisprudentie 2007, 44.
3. Kamerstukken II 2011/12, 32402, 8, p. 7.
4. College van Beroep voor het bedrijfsleven, 27 oktober 2011, ECLI:NL:CBB:2011:BU4774; Centrale Raad van Beroep, 8 oktober 2013, ECLI:NL:CRVB:2013:1967 en ABRvS 12 augustus 2015, ECLI:NL:RVS:2015:2588.
5. [Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg](#). Utrecht: KNMG; 2010.
6. [Hoofdbehandelaarschap GGZ als noodgreep](#). Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ; 2015.
7. CTG 1 april 2008, nr. 2007/037, Gezondheidszorg Jurisprudentie 2008, 83, met noot A.J.G.M. Janssen. Med Contact. 2008, p. 726.
8. [CTG 11 december 2014, nr. C2014/140, ECLI:NL:TGZCTG:2014:384](#), Staatscourant. 2014, 729.
9. RTG Eindhoven 16 januari 2017, nr. 1653, ECLI:NL:TGZREIN:2017:12.
10. [CTG 9 oktober 2014, nr. C2013/477, ECLI:NL:TGZCTG:2014:328](#).
11. [RTG Eindhoven 10 april 2012, nr. 11135, ECLI:NL:TGZREIN:2012:YG1898](#).
12. [CTG 21 juni 2016, nr. C2015/201, ECLI:NL:TGZCTG:2016:232](#). Staatscourant. 2016, 34215.
13. RTG Zwolle 17 april 2015, nr. 301/2013, ECLI:NL:TGZRZWO:2015:40.
14. [CTG 2 februari 2017, nr. C2016/128 en C2016/129, ECLI:NL:TGZCTG:2017:53](#). Staatscourant. 2017, 7613.
15. [CTG 20 maart 2018, nr. 2017/248, ECLI:NL:TGZCTG:2018:84](#), Staatscourant. 2018, 18015.