

Juridische mogelijkheden voor het versterken van (zelf)regie bij samenloop van problemen

Achtergrondstudie bij het advies *Heft in eigen hand*

Auteur: Marina de Lint
Oktober 2017

Inhoud

Inleiding	4
Deel I Grenzen aan de verantwoordelijkheden van zorgverleners en zorgaanbieders	6
1. Inleiding	6
2. Grenzen aan het handelen van zorgverleners	7
3. Grenzen aan de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders (B)	13
4. Verantwoordelijkheden van en voor informele zorgverleners (C)	15
5. Oplossingsrichtingen	19
6. Conclusies	27
Deel II Verschillende klachtenregimes	28
1. Inleiding	28
2. Verschillende klachtenregimes bij netwerkzorg	29
3. Implicaties van voorstellen fracties Eerste Kamer	31
4. Reacties	32
5. Discussie en oplossingsrichting	34
6. Conclusies	36

Inleiding

In de praktijk van zorg en ondersteuning is een ontwikkeling gaande van zorg in instellingsverband naar zorg in netwerken. Dit is een gevolg van het feit dat steeds meer mensen te maken hebben met een combinatie van fysieke, mentale en sociale problemen. Om aan hun meervoudige zorgbehoeften te voldoen zijn veel verschillende zorg- en hulpverleners betrokken, vanuit verschillende domeinen en organisaties en met wisselende frequentie en duur (soms kort, soms lang), terwijl ook mantelzorgers en vrijwilligers hierin een steeds belangrijker aandeel hebben. We spreken in dit verband over de ontwikkeling van persoonlijke zorgnetwerken, waaronder wij verstaan: alle formele en informele zorg- en hulpverleners die betrokken zijn bij de zorgbehoefte(n) van een cliënt, inclusief de cliënt zelf.

De ontwikkeling van deze persoonlijke zorgnetwerken gaat niet vanzelf en stuit op obstakels, die voor een belangrijk deel voortvloeien uit vigerende wettelijke regelingen.

In deze achtergrondstudie worden thematisch de meest relevante wettelijke regelingen aan een nadere analyse onderworpen en worden oplossingen voor de gesignaleerde knelpunten verkend en uitgewerkt.

Deel 1 van deze studie draait om het thema “Grenzen aan de verantwoordelijkheden van zorgverleners en zorgaanbieders, inclusief de verhouding tussen verantwoordelijkheden van formele en informele zorgverleners”. De Wet BIG en de Wkkgz staan hierin centraal. Dit deel levert de onderbouwing van de juridische aanbevelingen van het advies.

In **deel 2** gaan wij in op het thema van de verschillende klachtenregimes waarmee mensen met meervoudige zorgvragen te maken kunnen krijgen. Dit deel vloeit voort uit de initiële vraagstelling die door leden van de Eerste Kamer fracties is opgeworpen en die aanleiding is geweest de RVS om advies te vragen. Het bevat daarom een relatief uitgebreide weergave van de discussie die aan de adviesvraag vooraf is gegaan.

Elk deel start met een beknopte weergave van de relevante wettelijke regeling(en), gevolgd door een analyse van de knelpunten die daaruit voortvloeien voor netwerkzorg. Vervolgens worden per knelpunt oplossingen voorgesteld en uitgewerkt.

Deel I Grenzen aan de verantwoordelijkheden van zorgverleners en zorgaanbieders

1. Inleiding

Dit deel van de achtergrondstudie gaat over de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van zorgverleners en zorgaanbieders en dan met name de grenzen daarvan. Vooral dit laatste is relevant in het kader van dit advies, omdat netwerkzorg veronderstelt dat het geheel aan zorg en ondersteuning dat aan een individuele patiënt/cliënt geboden wordt een continuüm vormt waarvan alle onderdelen op elkaar aansluiten en zijn afgestemd op de persoonlijke situatie van de betreffende patiënt/cliënt. Dit vergt tenminste overzicht over het gehele zorg- en ondersteuningsproces van een individuele patiënt/cliënt en wellicht zelfs zeggenschap daarover. Bij netwerkzorg ontbreekt een dergelijke verantwoordelijkheid en bevoegdheid op het niveau van 'het netwerk'. In het Nederlandse recht kunnen immers uitsluitend natuurlijke en rechtspersonen verantwoordelijkheden en bevoegdheden dragen. In juridisch opzicht is een netwerk zoals wij dit in de praktijk tegenkomen non-existent; het is geen juridische entiteit (tenzij het samenwerkingsverband formeel is vormgegeven in een rechtspersoon, zoals soms het geval is bij ketenzorg), maar een flexibele en dynamische verzameling van individuele zorg- en hulpverleners, die verbonden zijn aan verschillende zorgaanbieders, zelfstandig werkzaam zijn, of niet beroepsmatig zorg of ondersteuning verlenen.

Het is daarom van belang na te gaan hoe ver de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van zorgverleners (natuurlijke personen) en zorgaanbieders (rechtspersonen) reiken om te kunnen vaststellen waar eventuele lacunes ontstaan in de aansluiting van de verschillende onderdelen die zij leveren in het totale zorg- en ondersteuningsproces van een individuele cliënt/patiënt en de coördinatie daarvan. Een bijzonder punt van aandacht daarbij is de verantwoordelijkheid van en voor informele zorgverleners.

In dit deel komen achtereenvolgens aan de orde:

- A. de grenzen van het professionele handelen van zorgverleners (prg. 2);
- B. de grenzen van de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders (prg. 3);
- C. de verhouding tussen verantwoordelijkheden van formele en informele zorgverleners (prg. 4).

Elk onderwerp begint met een korte beschrijving van de wettelijke regeling(en) gevolgd door een analyse van de knelpunten die hieruit voortvloeien voor netwerkzorg. In prg. 5 worden oplossingsrichtingen voor de gesignaleerde knelpunten uitgewerkt. Deel I wordt afgesloten met enkele conclusies.

Wanneer in het vervolg gesproken wordt over 'zorgverlener' dan wordt een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg en/of ondersteuning verleent bedoeld. De term 'zorgaanbieder' heeft betrekking op de rechtspersoon die zorg of ondersteuning levert; dat is doorgaans een instelling, maar kan ook een zorgverlener zijn. Dit laatste is het geval wanneer het een zelfstandig gevestigde zorgverlener

betreft. Personen die niet beroepsmatig zorg verlenen, namelijk vrijwilligers en mantelzorgers, worden aangeduid als informele zorgverleners.

2. Grenzen aan het handelen van zorgverleners

Bij complexe zorgvragen zijn veel verschillende zorgverleners betrokken, die allemaal een aandeel leveren. Hoewel zeker niet alle betrokken zorgverleners onder de wet BIG vallen, leveren BIG-geregistreerde zorgverleners veelal een (meer dan) substantieel aandeel in de totale zorg en ondersteuningsbehoefte van een patiënt/cliënt met een complexe zorgvraag. De wet BIG stelt grenzen aan het handelen van deze zorgverleners.

2.1 Essentialia van de wet BIG

De Wet BIG (1993) regelt op welke manier personen tot handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg bevoegd zijn. Daarmee beoogt de wet de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bewaken en te bevorderen en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren.

Met de invoering van de Wet BIG is het absolute verbod op onbevoegde uitoefening van de geneeskunde, zoals dat tevoren in de Wet Uitoefening Geneeskunst van Thorbecke (1865!) was vastgelegd, komen te vervallen. Alle niet-artsen functioneerden toen in de zorg volgens de 'verlengde-arm-constructie', waarbij handelingen door niet-artsen werden gezien als uitgevoerd door de 'verlengde arm' van de arts. Met de wet BIG hebben alle zorgverleners een eigen verantwoordelijkheid gekregen in de zorgverlening. Ook heeft de wet de mogelijkheden voor mantelzorgers vergroot.

De wet maakt onderscheid tussen beroepen met een beschermde beroepstitel en beroepen met een opleidingstitel. De beroepen waarvoor titelbescherming geldt, kennen een verplichte registratie met periodieke herregistratie en wettelijk tuchtrecht (zware regime). Beroepen met een opleidingstitel kennen geen verplichte registratie en geen wettelijk tuchtrecht (lichte regime).

- a. Het zware regime: titelbescherming, beroepsregistratie, voorbehouden handelingen en tuchtrecht

Titelbescherming en beroepsregistratie

De titelbescherming geldt voor acht beroepen in de gezondheidszorg (art. 3). Van deze 8 beroepen zijn onder meer de opleidingseisen wettelijk vastgelegd. Deze zorgverleners mogen alleen de beroepstitel voeren als zij de vereiste opleiding hebben afgerond. Ook moeten zij zich laten inschrijven in het BIG-register en zich elke vijf jaar laten herregistreren.

Het is niet toegestaan om een beroepstitel te gebruiken zonder inschrijving in het BIG-register. Iedereen kan in het BIG-register nakijken of een zorgverlener is ingeschreven en welke titel(s) deze gebruikt. Indien een geregistreerde beroepsbeoefenaar slechts onder voorwaarden zijn beroep mag uitoefenen, of helemaal niet meer, dan staat ook dit in het register vermeld.

De beroepsbeoefenaren met BIG-registratie zijn:

- Verpleegkundigen (0)
- artsen (1)
- tandartsen (2)
- verloskundigen (3)
- fysiotherapeuten (4)
- gezondheidszorgpsychologen (5)
- psychotherapeuten (6)
- apothekers (7)

Aan het laatste cijfer van het 11-cijferige BIG-registratienummer, dat hierboven tussen haakjes is vermeld, is te zien in welk van de vakregisters iemand is ingeschreven. Is iemand in meerdere registers ingeschreven dan heeft deze persoon voor elk register een apart registratienummer.

Binnen verschillende beroepen bestaan specialismen. Binnen de wet BIG is geregeld dat de minister van volksgezondheid bepaalde specialistentitels wettelijk kan erkennen. Alleen mensen die zowel voor het betreffende beroep zijn ingeschreven in het BIG-register als in het specialistenregister van de - door de minister erkende - beroepsorganisatie, mogen dan die specialistentitel voeren.

Voorbehouden handelingen

Een aantal handelingen mag alleen geïndiceerd en uitgevoerd worden door BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren: de zgn. voorbehouden handelingen. De beoefenaar die over de juiste titel beschikt moet bovendien redelijkerwijs bekwaam zijn voor het behoorlijk verrichten van de handeling (art. 36 lid 15).

Onder bepaalde voorwaarden mogen deze beroepsbeoefenaren aan anderen opdracht geven om ook voorbehouden handelingen te verrichten (art. 38), namelijk indien:

- de opdrachtgever - indien redelijkerwijs nodig - aanwijzingen geeft. Dit kan via protocollen, maar ook mondeling;
- de mogelijkheid tot tussenkomst voldoende¹ gegarandeerd is en;
- de opdrachtgever kan aannemen dat de opdrachtnemer redelijkerwijs² bekwaam is om de handeling behoorlijk uit te voeren.

Op grond hiervan kunnen bijvoorbeeld getrainde assistentes bij tandarts- en huisartspraktijken een aantal handelingen - zoals het geven van injecties - uitvoeren.

Noten

¹ Het staat beroepsgroepen en instellingen vrij om in verschillende situaties te bepalen wat 'voldoende' of 'redelijkerwijs' is. De inspectie voor de gezondheidszorg ziet toe op een juiste interpretatie.

² Zie voetnoot hiervoor

Artikel 36 van de wet BIG bepaalt dat bevoegd zijn tot de volgende handelingen:

Handeling	arts	tandarts	Verloskundige	Verpleegkundige
heelkundige handelingen (het verstoren van de samenhang der weefsels, bijvoorbeeld snijden)	+	@	@	
Verloskundige handelingen	+		@	
endoscopieën	+			
catheterisaties	+		@	
injecties	+	@	@	
puncties	+		@	
narcose	+	@		
gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen met ioniserende straling	+	@		
Electieve cardioversie	+			
defibrilatie	+			
elektroconvulsietherapie	+			
steenvergruizing	+			
handelingen t.a.v. menselijke geslachtscellen en embryo's	+			
het voorschrijven van UR-(uitsluitend op recept) geneesmiddelen	+	+	@	@

+ bevoegd, mits bekwaam

@ uitsluitend bevoegd voor zover het handelingen betreft die worden gerekend tot het gebied van hun professionele deskundigheid, of onder andere voorwaarden

Zoals gezegd is het niet voldoende om tot deze handelingen bevoegd te zijn; beroepsbeoefenaren moeten ook over de nodige bekwaamheid beschikken om deze handelingen verantwoord uit te mogen voeren. Dit wil zeggen dat de beroepsbeoefenaar ook de praktische vaardigheden moet bezitten (en behouden) om de handeling uit te mogen voeren.

Relatie met deskundigheidsgebieden

De gecombineerde eis van het bevoegd en bekwaam zijn impliceert dat het deskundigheidsgebied waarbinnen een zorgverlener werkzaam is bepalend is voor de vraag of hij/zij bepaalde voorbehouden handelingen mag uitvoeren. Zo is in beginsel elke arts bevoegd alle voorbehouden handelingen uit te voeren; echter als een bepaalde handeling niet tot zijn deskundigheidsgebied behoort en hij/zij er dus geen of nauwelijks ervaring in heeft, mist hij de bekwaamheid om dat te doen. De deskundigheidsgebieden zijn wettelijk omschreven. Een professional moet dus binnen de grenzen van zijn deskundigheidsgebied blijven.

Uitzonderingen

De voorbehouden handelingen mogen alleen worden uitgevoerd door bekwame beroepsbeoefenaren. Echter, in geval van nood, waarbij deze beroepsbeoefenaren niet op tijd aanwezig kunnen zijn, zijn ook anderen gerechtigd voorbehouden handelingen te verrichten.

Daarnaast zijn de gestelde eisen alleen van toepassing in de professionele – dat wil zeggen: beroeps- of bedrijfsmatig verleende - zorg. In de privésfeer hoeft iemand niet bevoegd te zijn om bijvoorbeeld een injectie toe te dienen. In dat geval is het wel belangrijk dat iemand bekwaam is om

de handeling uit te voeren. Zie hiervoor onder prg. 3.4 over de verhouding tussen professionele zorgverleners, vrijwilligers en mantelzorgers.

Tuchtrecht

De Wet BIG regelt voorts dat beroepsbeoefenaren van de acht beroepen, die ingeschreven zijn in het BIG-register, onder het tuchtrecht vallen.

Het tuchtrecht is bedoeld om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bewaken. De tuchtrechter geeft geen oordeel over de kwaliteit van de geleverde zorg, maar (alleen) over de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening: heeft de zorgverlener in kwestie gehandeld zoals van hem/haar in de gegeven omstandigheden mocht worden verwacht? De tuchtrechter betreft hierin de normen die door de beroepsgroep waartoe de betreffende zorgverlener behoort heeft opgesteld (en die tot welbepaald handelen verplichten), evenals de vraag of de zorgverlener daarbij is gebleven binnen de grenzen van zijn deskundigheidsgebied.

De tuchtrechter kan verschillende maatregelen treffen tegen een individuele beroepsbeoefenaar. Oplappend in zwaarte zijn dat: een waarschuwing, een berisping, een geldboete, een schorsing voor maximaal één jaar, een gedeeltelijke ontzegging om het beroep uit te oefenen en tot slot doorhaling van de registratie. Sinds 1 juli 2012 wordt van een opgelegde tuchtmaatregel ook aantekening gemaakt in het BIG-register. Alleen bij een waarschuwing volgt geen aantekening. De aantekening blijft gedurende vijf jaar zichtbaar.

b. Het lichte regime: beschermde opleidingstitels

Er zijn beroepen in de gezondheidszorg waarvan de opleidingstitel beschermd is (art. 34 wet BIG). Alleen degenen die deze opleiding hebben afgerond mogen de opleidingstitel voeren. Voorbeelden hiervan zijn de beroepen van apothekersassistent, diëtist, logopedist, mondhygiënist en optometrist. Zorgverleners met een beschermde opleidingstitel worden niet ingeschreven in het BIG-register; evenmin is het tuchtrecht op hen van toepassing.

In veel gevallen zijn deze beroepsbeoefenaren wel opgenomen in een privaatrechtelijk register. Zo vallen logopedisten, diëtisten, orthoptisten, optometristen, MBB'ers (radiodiagnostisch laboranten, radiotherapeutisch laboranten, nucleair medewerkers), mondhygiënisten, oefentherapeuten Mensendieck en Cesar, ergotherapeuten, huidtherapeuten en podotherapeuten onder artikel 34 van de wet BIG en zijn zij privaatrechtelijk geregistreerd door de Stichting KwaliteitsRegister Paramedische Beroepen. Op deze beroepen is zoals gezegd geen tuchtrecht van toepassing; wel kunnen de betreffende beroepsorganisaties een eigen klachtenregeling hebben.

Ook binnen de beroepsgroep van artsen komt privaatrechtelijke registratie voor; de zogenaamde 'profielregistratie'. Het betreft specialismen die niet als zodanig door de minister wettelijk zijn erkend, maar die wel door de beroepsorganisatie KNMG zijn erkend. Het betreft: arts beleid en advies KNMG, arts indicatie en advies KNMG, arts tuberculosebestrijding KNMG, forensisch arts KNMG, arts infectieziektebestrijding KNMG, jeugdarts KNMG, arts medische milieukunde KNMG en spoedeisendehulparts KNMG.

2.2 Knelpunten voor netwerkzorg

Afgebakende verantwoordelijkheden BIG-geregistreeerde zorgverleners

De wet BIG stelt grenzen aan het handelen van BIG-geregistreeerde zorgverleners. Op grond van deze wet moeten zij bevoegd en bekwaam zijn. Dat betekent dat zij alleen die handelingen mogen uitvoeren waarin zij voldoende ervaring hebben. Zij moeten met andere woorden blijven binnen de grenzen van het deskundigheidsgebied dat voor hun beroep geldt. Voor cliënten met complexe problemen levert dit een probleem op, omdat de wettelijk omschreven deskundigheidsgebieden (per definitie) slechts een bepaald onderdeel van de zorg omvatten en niet alle zorg- en ondersteuningsactiviteiten die iemand met complexe problemen nodig heeft.

Op de achtergrond speelt mee dat BIG-geregistreeerde zorgverleners onderhevig zijn aan het tuchtrecht. Ook dit houdt onvoldoende rekening met het feit dat zorgverleners toenemend met anderen rond dezelfde persoon (samen)werken en dus afhankelijk zijn van elkaar en van de afzonderlijke organisaties waarvoor zij werken. De tuchtrechter geeft geen oordeel over de kwaliteit van de geleverde zorg, maar (alleen) over de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening: heeft de zorgverlener in kwestie gehandeld zoals van hem/haar in de gegeven omstandigheden mocht worden verwacht? Om dat te kunnen beoordelen betreft de tuchtrechter niet alleen de normen die door de beroepsgroep waartoe de betreffende zorgverlener behoort heeft opgesteld, maar ook de vraag of deze zorgverlener is gebleven binnen de grenzen van zijn deskundigheidsgebied.

Tot de beroepsnormen van zorgverleners hoort dat zij zorg dragen voor afstemming met andere zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt en dat zij zorgen voor een goede overdracht van (de behandeling van) patiënten. Deze verplichting geldt echter vooral voor zover dit nodig is voor de aanpak van problemen op het gebied van de individuele gezondheidszorg en niet voor verwante problematiek op andere levensdomeinen (maatschappelijke ondersteuning).

BIG-geregistreeerde zorgverleners zijn dus uitsluitend voor het deel van de zorg en hulp dat zij voor hun rekening nemen verantwoordelijk en aansprakelijk. Hoewel daartoe behoort dat zij – indien aangewezen - zorg dragen voor een goede overdracht van de patiënt aan een andere zorgverlener, dragen zij geen verantwoordelijkheid voor het gehele zorg- en ondersteuningsproces van de betreffende patiënt en kunnen zij daarop ook niet worden aangesproken. Een uitzondering geldt voor medisch specialisten die als hoofdbehandelaar fungeren (zie hiervoor de oplossingsrichtingen in prg. 3.5). Zij dragen de verantwoordelijkheid voor het zorgproces van een individuele patiënt. Dit geldt echter alleen voor de zorg die binnen (de muren van) het eigen ziekenhuis geleverd wordt.

Niet-BIG geregistreeerde zorgverleners

Binnen persoonlijke zorgnetwerken zijn naast BIG-geregistreeerde zorgverleners ook zorg- en hulpverleners actief die niet onder de werking van de Wet BIG vallen, zoals diëtisten, maatschappelijk werkers en verzorgenden. Het betreft hier zowel hulpverleners die onder verantwoordelijkheid van een BIG-geregistreeerde zorgverlener hun werk doen (hulppersonen), als hulpverleners die in het sociale domein werkzaam zijn, maar bijvoorbeeld ook maatschappelijk werkers in zorginstellingen.

De stringente eisen van het voldoende bekwaam zijn en het blijven binnen de grenzen van hun deskundigheidsgebied gelden als zodanig voor hen niet. Zij zijn ook niet onderhevig aan tuchtrecht. Niettemin zijn ook zij gebonden aan bepaalde grenzen, die voor hen voortvloeien uit de wet BIG. Zo geldt uiteraard dat zij niet zelfstandig bevoegd zijn voorbehouden handelingen uit te voeren. Maar bovendien kunnen zij niet (uit eigen beweging) treden in de deskundigheidsgebieden van andere betrokken zorgverleners die wel BIG-geregistreerd zijn. Op het eerste gezicht klinkt dit tegenstrijdig: Uitgangspunt van de wet BIG is nl. dat zorgverleners die niet onder de reikwijdte van de wet BIG vallen in beginsel alle handelingen (behalve de voorbehouden handelingen) mogen uitvoeren, mits zij niet een bepaalde beschermde (opleidings)titel voeren. De wet BIG laat hen vrij in de uitoefening van de individuele gezondheidszorg. Echter, in de praktijk is die ruimte er niet of nauwelijks, indien tevens zorgverleners bij de behandeling zijn betrokken die wel BIG-geregistreerd zijn. Zo oordeelt de tuchtrechter of een zorgverlener heeft gehandeld zoals in de gegeven omstandigheden van hem mocht worden verwacht. In dit oordeel betreft de tuchtrechter nadrukkelijk de vraag of de zorgverlener heeft gehandeld in overeenstemming met de normen of standaarden die de beroepsgroep waartoe hij behoort heeft opgesteld. De wet BIG geeft daarmee niet alleen aan welke handelingen onder welke omstandigheden verboden zijn, maar geeft impliciet BIG-geregistreerde zorgverleners opdracht tot welbepaald handelen. In feite kun je zelfs stellen dat in de praktijk veel meer handelingen zo voorbehouden zijn of blijven aan BIG-geregistreerde zorgverleners dan ooit de bedoeling is geweest van de wet.

Deskundigheidsgebieden onvoldoende onderscheidend

Een belangrijke competentie voor netwerkzorg is het (her)kennen van de grenzen van de eigen kennis/kunde en vooral die van andere betrokkenen zorgverleners. De deskundigheidsgebieden in de wet BIG zijn onvoldoende onderscheidend (mede door steeds verdergaande specialisatie) en vertonen overlap.

Daarnaast speelt mee dat de wet BIG alleen van toepassing is op bepaalde beroepen en dan ook nog eens alleen binnen het domein van de 'individuele gezondheidszorg'. Naast het BIG-register zijn er de nodige andere registers in omloop (vgl. Kwaliteitsregister Jeugd, register paramedici, psychologen etc.); en voor sommige zorgverleners is er in het geheel geen register. Dat maakt het extra moeilijk om de deskundigheden van deze zorgverleners te kunnen kennen.

2.3 Conclusies

De wet BIG heeft de individuele zorgverlener als aangrijpingspunt. De wet houdt daarmee onvoldoende rekening met het gegeven dat zorgverleners toenemend in teamverband werken en afhankelijk zijn van elkaar en van de organisaties waarbinnen of waarvoor zij werkzaam zijn (en de mate waarin zij daar wel of niet invloed op kunnen hebben). Dit komt het meest navrant tot uiting in het tuchtrecht. De tuchtrechter geeft geen oordeel over de kwaliteit van de geleverde zorg (dat zou wel meer mogelijkheden bieden om rekening te houden met onderlinge afhankelijkheden) maar (louter) over de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening: heeft de zorgverlener in kwestie gehandeld zoals van hem/haar in de gegeven omstandigheden mocht worden verwacht?

In het kader van netwerkzorg is verder belangrijk dat zorgverleners (die elkaar niet altijd kennen) weten wat andere zorgverleners (kunnen) leveren en wat niet. De regeling van deskundigheidsgebieden uit hoofde van de wet BIG is daarvoor onvoldoende onderscheidend. Voor

zorgverleners die niet onder de werking van de wet BIG vallen is al helemaal niet goed kenbaar welke deskundigheden zij bezitten.

3. Grenzen aan de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders (B)

Zorgverleners die betrokken zijn bij complexe zorgvragen werken vaak niet zelfstandig en solitair, maar zijn ofwel in dienst van een zorgaanbieder (instelling) of op andere wijze daarvoor werkzaam. De verantwoordelijkheden van zorgaanbieders zijn neergelegd in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

3.1 Essentialia van de Wkkgz

De Wkkgz is op 1 januari 2016 in werking getreden. De wet vervangt de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachten cliënten zorgsector.

De Wkkgz verplicht zorgaanbieders (voor zover hier relevant)³ om 'goede zorg' aan te bieden en legt vast wat goede zorg inhoudt, namelijk: zorg van goede kwaliteit en van goed niveau:

- die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt,
- waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard, waaronder de kwaliteitsstandaard, bedoeld in artikel 1, onderdeel z, van de Zorgverzekeringswet, en
- waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld (art. 2.Wkkgz).

Voorts verplicht de Wkkgz de zorgaanbieder om de zorgverlening op zodanige wijze te organiseren, en zich zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig te bedienen van personele en materiële middelen en, voor zover nodig, bouwkundige voorzieningen en, indien hij een instelling is, tevens zorg te dragen voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheid, alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg (art. 3).

De Memorie van Toelichting op de wet geeft ten aanzien van de afstemmingsplichten de volgende toelichting: "Bij het goed organiseren van de zorgverlening in instellingsverband behoort de zorgaanbieder ook aandacht te besteden aan de onderlinge afstemming tussen de verschillende beroepsbeoefenaren. Indien de cliënt, zoals vaak het geval is, te maken heeft met meerdere personen die hem, gelijktijdig of achtereenvolgens, zorg verlenen, ligt het voor de hand dat de betrokken personen hun werkzaamheden op elkaar afstemmen en daarover afspraken maken. Dat wil zeggen dat zij aandacht hebben voor de aansluiting van het eigen werk op dat van hun collega's en letten op de eventuele risico's die voor de zorgverlening en de samenwerking een bedreiging vormen. De beroepsbeoefenaren zullen elkaar daarbij informeren, hun aanpak onderling afstemmen, overleggen waar nodig over het verlenen van de zorg en aandacht geven aan nazorg. De "Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg" van diverse

Noten

³ Daarnaast regelt deze wet een andere aanpak van klachten; zie hiervoor deel II van deze achtergrondstudie.

veldpartijen kan zeer behulpzaam zijn bij de invulling van de verplichting met betrekking tot afstemming in de praktijk.”

De Wkkgz is van toepassing op zorgaanbieders. Een zorgaanbieder is volgens deze wet een instelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener (art. 1 eerste lid). Een instelling is een rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent, een organisatorisch verband van natuurlijke personen die bedrijfsmatig zorg verlenen of doen verlenen, alsmede een natuurlijke persoon die bedrijfsmatig zorg doet verlenen.

De wet bepaalt verder dat indien de zorgaanbieder een instelling is hij slechts zorg doet verlenen door zorgverleners of opdrachtnemers met wie hij, tenzij sprake is van een privaatrechtelijke of publiekrechtelijke dienstbetrekking, een schriftelijke overeenkomst heeft gesloten die waarborgt dat zij zich bij hun werkzaamheden laten leiden door de op de zorgaanbieder rustende wettelijke verplichtingen en de regels die de zorgaanbieder heeft vastgesteld omtrent de zorgverlening (art. 4 onder b).

Hiermee is wettelijk geborgd dat zorgaanbieders verplicht zijn goede zorg te leveren en om de afstemming tussen alle zorgverleners die een aandeel leveren in de zorg voor een individuele patiënt te organiseren en daarop toe te zien. De verplichting tot afstemming geldt niet alleen voor zorgverleners die in dienst van de instelling zijn, maar ook voor zelfstandigen die in opdracht van de instelling werkzaam zijn.

De Wkkgz geldt voor alle zorgaanbieders. Zowel voor zorginstellingen als zelfstandige beroepsbeoefenaren, zoals zzp'ers. De wet geldt ook voor aanbieders van cosmetische behandelingen en voor aanbieders van alternatieve geneeswijzen. De wet geldt echter niet voor ondersteuning uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en jeugdhulp (Jeugdwet).

Wmo en Jeugdwet

De bepalingen van de Wmo omtrent de kwaliteit van het aanbod zijn per 1 januari 2015 vervallen. Uit het systeem van de wet volgt dat gemeenten aanbieders selecteren die de benodigde ondersteuning kunnen leveren. In het contract tussen gemeente en aanbieder zijn eisen opgenomen waaraan aanbieders moeten voldoen. Onduidelijk is of daarin ook eisen zijn opgenomen m.b.t. afstemming en coördinatie. De Jeugdwet kent vergelijkbare verplichtingen voor aanbieders als de Wkkgz, maar noemt in het met artikel 3 Wkkgz vergelijkbare artikel 4.1.1. niet de verplichting tot afstemming tussen zorgverleners.

3.2 Knelpunten voor netwerkzorg

Verantwoordelijkheid 'binnen vier muren'

Hiervoor – in prg. 2.2 – is aangegeven dat het handelen van individuele zorgverleners is begrensd door het deskundigheidsgebied waarbinnen zij werkzaam zijn en dat zij hierdoor slechts verantwoordelijk kunnen zijn voor een deel van de zorg of ondersteuning die een patiënt/cliënt nodig heeft. Veel zorgverleners werken niet zelfstandig en solitair, maar zijn in dienst van een zorgaanbieder of daaraan contractueel verbonden. Dit biedt meer mogelijkheden om de verschillende bijdragen van individuele zorgverleners op elkaar af te stemmen, maar kent ook zijn grenzen in de context van zorg in netwerken.

De Wet kwaliteit en klachten gezondheidszorg (Wkkgz) verplicht zorgaanbieders om 'goede zorg' te leveren en dwingt hen daarmee tot het organiseren van samenhang of afstemming tussen alle activiteiten die daarvoor nodig zijn. Deze verplichting wordt echter begrensd tot de activiteiten die door of vanuit de instelling worden geleverd. Daar houdt de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder op. Dat leidt er in de praktijk toe dat er ook in dit geval niemand is die verantwoordelijk kan worden gehouden voor het totale proces van zorg en hulp van een patiënt/cliënt.

De Wkkgz is daarnaast niet van toepassing op aanbieders in het sociale domein (Wmo) en in de jeugdhulp (Jeugdwet). In de Jeugdwet zijn wel vergelijkbare verplichtingen opgenomen voor aanbieders als in de Wkkgz. In de Wmo zijn de bepalingen over kwaliteit vervallen. Het is aan de gemeenten zelf overgelaten om in de overeenkomsten die zij met aanbieders van maatschappelijke ondersteuning sluiten afspraken op te nemen over afstemming en coördinatie.

In algemene zin geldt voor deze domeinen hetzelfde als voor Wkkgz-aanbieders, namelijk dat de verantwoordelijkheid voor het leveren van goede ondersteuning en zorg voor individuele aanbieders wordt begrensd door de activiteiten die door of vanwege deze aanbieder worden geleverd.

3.3 Conclusies

De Wkkgz begrenst de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders tot de activiteiten die door of vanuit de zorgaanbieder aan patiënten worden geleverd. Deze wet is daarnaast niet van toepassing op aanbieders in het sociale domein en in de jeugdhulp. Ook voor aanbieders in deze domeinen geldt echter dat zij uitsluitend verantwoordelijk zijn voor het aandeel dat zij zelf leveren in het totale ondersteuningsproces van cliënten.

4. Verantwoordelijkheden van en voor informele zorgverleners (C)

Naast formele zorgverleners maken in toenemende mate informele zorgverleners deel uit van persoonlijke zorgnetwerken. Daaronder verstaan we zowel mantelzorgers als vrijwilligers. Vrijwilligers en mantelzorgers hebben met elkaar gemeen dat zij beiden niet-beroepshalve zorg bieden. Hun juridische verhouding tot de cliënt en tot de zorgaanbieder is echter verschillend. Een mantelzorger zorgt voor een specifieke cliënt, een vrijwilliger niet. Een vrijwilliger werkt voor de zorgaanbieder, de mantelzorger doet dat niet. Dit heeft gevolgen voor de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de zorgaanbieder.

4.1 Juridisch onderscheid tussen vrijwilliger en mantelzorger

Een vrijwilliger is 'iemand die op basis van een (mondelijke of schriftelijke) overeenkomst met een zorgaanbieder werkzaamheden verricht op het terrein van de zorg- en dienstverlening aan cliënten, zonder daarvoor aanspraak te maken op betaling van loon'.

Een mantelzorger is 'iemand die buiten het kader van een hulpverlenend beroep zorg geeft aan een hulpbehoevende, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie'. Daarbij

wordt er doorgaans van uit gegaan dat de zorg die een mantelzorger levert 'gebruikelijke zorg' is d.w.z. 'de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten geacht worden elkaar onderling te bieden'. Mantelzorg hoeft daartoe overigens niet beperkt te blijven, maar kan gebruikelijke zorg overstijgen (Actiz).

4.2 Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid voor de inzet van vrijwilligers

In beginsel mag een zorgaanbieder zelf bepalen voor welke taken hij vrijwilligers wil inzetten. Bepalend voor de vraag of iemand voor een bepaalde taak kan worden ingezet, is namelijk of hij over de kennis en vaardigheden beschikt die nodig zijn om die taak uit te voeren. Een vrijwilliger die over dezelfde kwalificaties, kennis en vaardigheden beschikt als een beroepskracht, kan dezelfde taken verrichten als een beroepskracht.

In de praktijk is de inzet van vrijwilligers in ziekenhuizen vooral aanvullend ten opzichte van de beroepsmatig verleende zorg; in de langdurige zorg wisselt de inzet van vrijwilligers sterk (enquête Actiz 2010): in de ene organisatie mag een vrijwilliger meer taken verrichten dan in de andere organisatie.

Aan deze wisselende inzet liggen vaak meerdere factoren ten grondslag:

- psychologische factoren: bijv. het gegeven dat cliënten er moeite mee hebben als een vrijwilliger taken uitvoert die op het terrein van de persoonlijke verzorging liggen;
- organisatorische factoren: omwille van de continuïteit van de werkzaamheden in een organisatie wordt veelal de inzet van beroepskrachten noodzakelijk geacht.
- concrete kwaliteitseisen: soms worden kwaliteitseisen gesteld, zoals het bezit van een bepaalde hoedanigheid (bijvoorbeeld: arts) of een bepaald opleidingsniveau.
- Algemeen geformuleerde kwaliteitseisen: bijv. de eis dat "een geïnstrueerd persoon" toezicht houdt in ruimtes waarvan dementerende bewoners gebruik maken. Algemeen geformuleerde kwaliteitseisen geven zorgaanbieders de ruimte om deze zelf te concretiseren; in de praktijk leidt dit tot onzekerheid (wanneer is een persoon bijv. voldoende geïnstrueerd?)

Op grond van de Wet BIG mogen alleen bepaalde beroepsbeoefenaren zelfstandig beslissen tot de uitvoering van zgn. voorbehouden handelingen. Anderen mogen deze beslissing niet nemen en mogen voorbehouden handelingen alleen uitvoeren op basis van een opdracht van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar. Bovendien stelt de Wet BIG aan hen de eis dat zij de handeling alleen uitvoeren als zij zich daartoe bekwaam achten en dat zij eventuele aanwijzingen van de zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar in acht nemen.

De wet BIG stelt ook voorwaarden aan het geven van een opdracht tot het uitvoeren van een voorbehouden handeling. De opdrachtgever mag zo'n opdracht alleen geven als hij:

- a. aanwijzingen geeft ten aanzien van de uitvoering van de handeling (voor zover nodig);
- b. toezicht houdt op de uitvoering van de handeling (voor zover nodig);
- c. voldoende mogelijkheden heeft om in te grijpen bij de uitvoering van de handeling;
- d. in redelijkheid mag aannemen dat de betrokkene beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor de behoorlijke uitvoering van de handeling.

Deze voorwaarden veronderstellen een direct contact tussen de opdrachtgever en degene die de opdracht krijgt om de voorbehouden handeling te verrichten. In de praktijk is dat contact er lang niet altijd en worden afspraken hierover schriftelijk vastgelegd.

De Wet BIG verbiedt onbevoegden om 'beroepsmatig' voorbehouden handelingen 'buiten noodzaak' uit te voeren. In noodsituaties mogen voorbehouden handelingen dus wel worden uitgevoerd door onbevoegden. De beperking tot beroepsmatig handelen impliceert dat een cliënt zelf voorbehouden handelingen mag uitvoeren. Deze beperking houdt ook in dat de Wet BIG niet van toepassing is op vrijwilligers; zij verrichten hun werkzaamheden immers niet beroepsmatig. De zorgvuldigheidseisen die voor beroepskrachten gelden, gelden derhalve niet voor hen. De zorgaanbieder is evenwel op grond van de Wkkgz gehouden 'goede zorg' te leveren. Vanuit dat oogpunt verdient het dan ook toch aanbeveling dat zorgaanbieders de eisen, die de Wet BIG stelt aan uitvoering van voorbehouden handelingen door beroepskrachten, ook stellen aan de uitvoering van voorbehouden handelingen door vrijwilligers. Dat wil zeggen dat vrijwilligers alleen een voorbehouden handeling uitvoeren op basis van een opdracht van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar, dat zij diens aanwijzingen opvolgen en een voorbehouden handeling alleen uitvoeren als zij menen daarvoor voldoende bekwaam te zijn.

Als een cliënt schade lijdt door een fout van iemand die de zorgaanbieder inzet voor werkzaamheden ten behoeve van een cliënt, dan is de zorgaanbieder daarvoor aansprakelijk (artikel 76 van boek 6 BW). Het maakt daarbij niet uit of diegene werknemer of vrijwilliger is. Dit verschil is wel relevant als de zorgaanbieder de schade wil verhalen op degene die de schade veroorzaakt heeft. Als de schade is veroorzaakt door een werknemer, dan kan hij de schade alleen op hem verhalen als de schade is veroorzaakt door opzet of bewuste roekeloosheid van de werknemer (artikel 661 van boek 7 BW). Deze wettelijke beperking van de mogelijkheid om schade te verhalen, geldt niet voor vrijwilligers. Schade kan op hen dus ook verhaald worden als zij een fout hebben gemaakt zonder dat zij opzettelijk of bewust roekeloos gehandeld hebben.

De zorgaanbieder kan ervoor kiezen dit niet te doen, of dit al bij voorbaat toe te zeggen, door in de vrijwilligersovereenkomst op te nemen dat hij dergelijke schade niet op de vrijwilliger zal verhalen, tenzij de schade is veroorzaakt door opzet of bewuste roekeloosheid van de vrijwilliger. In de modelovereenkomst van ActiZ is voor deze optie gekozen, zodat voorkomen wordt dat de positie van de vrijwilliger in dit opzicht slechter is dan die van de werknemer.

4.3 Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid voor de inzet van mantelzorgers

Een mantelzorger wordt niet ingeschakeld door de zorgaanbieder. Een zorgaanbieder is daarom niet verantwoordelijk voor het handelen van een mantelzorger. Zorgaanbieders hebben wel een zogeheten bijzondere zorgplicht ten opzichte van hun cliënten. Dit houdt bijvoorbeeld in dat hij tekortkomingen bij de uitvoering van mantelzorg signaleert en zich inzet om deze te voorkomen dan wel te verhelpen.

Werkzaamheden van mantelzorgers in de thuissituatie

Mantelzorgers zijn bij de uitvoering van hun werkzaamheden niet gebonden aan de regels die gelden voor beroepskrachten. Het verbod op het uitvoeren van voorbehouden handelingen door onbevoegden geldt niet voor mantelzorgers. Een mantelzorger kan dus bijvoorbeeld injecties geven aan degene die hij verzorgt, ondanks het feit dat injecteren een voorbehouden handeling is. Als de mantelzorger onverhoopt een fout maakt bij het injecteren van de cliënt is hij daarvoor zelf verantwoordelijk en aansprakelijk.

Werkzaamheden van mantelzorgers na opname cliënt

In beginsel geldt dat mantelzorgers na opname van de cliënt voor wie zij (mede) zorgen, ook in deze situatie voorbehouden handelingen mogen uitvoeren. Zorgaanbieders zijn echter vaak terughoudend om dit toe te staan, omdat zij menen aansprakelijk te zijn voor 'alles wat onder het dak van hun instelling' gebeurt. Zo'n vergaande aansprakelijkheid kent het recht echter niet. Wel wordt in de rechtspraak een zogeheten **bijzondere zorgplicht** van zorgaanbieders verondersteld. Deze plicht gaat verder dan de zorg die men normaal gesproken ten opzichte van elkaar behoort te betrachten. Hij houdt in dat de zorgaanbieder tekortkomingen bij de uitvoering van mantelzorg in zijn instelling moet signaleren en zich moet inzetten om deze tekortkomingen te voorkomen of te verhelpen.

Hoewel er enige jurisprudentie is over de vraag hoe ver deze bijzondere zorgplicht reikt is hierop geen eenduidig antwoord te geven. Zo heeft de Hoge Raad bepaald dat een zorgaanbieder voldoende toezicht moet houden (zgn. toezichthouderaansprakelijkheid), maar 'hoever dit toezicht behoort te gaan en welke maatregelen ter voorkoming van het toebrengen van schade aan derden de toezichthouder behoort te nemen, hangt af van de bijzonderheden van het gegeven geval'. Aannemelijk is dat naast het houden van (voldoende) toezicht ook het geven van (voldoende) instructies, begeleiding en supervisie onder de bijzondere zorgplicht valt.

Voorbeeld:

Een vrouw is mantelzorger voor haar man, die beginnend dementerend is en diabetes heeft. Zij dient haar man thuis dagelijks insuline-injecties toe. Op enig moment wordt haar man opgenomen in het ziekenhuis in verband met verergering van de dementie. Zijn vrouw wil ook in het ziekenhuis doorgaan met de toediening van insuline. In beginsel is er geen enkele reden waarom zij dat niet zou mogen. Maar het ziekenhuis zal zich er wel van moeten vergewissen dat de mantelzorger deze taak goed uitvoert; het ziekenhuis moet daarop toezien en zo nodig (aanvullende) instructies geven.

4.4 Knelpunten voor netwerkzorg

In de praktijk is vaak onduidelijk voor zorgaanbieders en zorgverleners of en zo ja, in hoeverre zij verantwoordelijk en aansprakelijk zijn voor het handelen van vrijwilligers en mantelzorgers. Ook het juridische verschil tussen beiden is vaak onbekend.

Daarnaast rust op zorgaanbieders een 'bijzondere zorgplicht', die inhoudt dat de zorgaanbieder het nodige doet om te voorkomen dat door de inzet van zowel vrijwilligers als mantelzorgers schade aan cliënten wordt berokkend of om deze schade te herstellen. Hoever deze bijzondere zorgplicht reikt is in de praktijk vaak onduidelijk, omdat deze afhankelijk is van de 'bijzonderheden van het gegeven geval'

In de praktijk vinden zorgaanbieders het vaak moeilijk in te schatten over welke kennis en vaardigheden een vrijwilliger of een mantelzorger beschikt. Dit gegeven, in combinatie met onduidelijkheid over de reikwijdte van de op hen rustende bijzondere zorgplicht, maakt zorgaanbieders soms terughoudend ten aanzien van de inzet van vrijwilligers. Ook leidt het tot het

overnemen van taken die mantelzorgers in de thuissituatie uitvoeren zodra de patiënt zich onder hun dak bevindt.

4.5 Conclusies

Beroepsmatig handelende zorgverleners en zorgaanbieders weten in de praktijk vaak niet of en zo ja in hoeverre zij verantwoordelijk en aansprakelijk zijn voor het handelen van vrijwilligers en mantelzorgers. Dat maakt hen terughoudend bij de inzet van en samenwerking met deze informele zorgverleners.

5. Oplossingsrichtingen

5.1 Gerichte ondersteuning bij het voeren van regie

Het grootste knelpunt is dat geen enkele zorgverlener of zorgaanbieder het overzicht heeft en houdt over het totale zorgproces van een patiënt/cliënt met meervoudige problemen, laat staan verantwoordelijk is voor de coördinatie van alle onderdelen.

Eerder hebben wij aangegeven dat persoonlijke zorgnetwerken flexibel en dynamisch zijn. De enige constante in het geheel is de patiënt/cliënt zelf. Om hem in elke fase van zijn leven (beter) in staat te stellen zelf overzicht te houden en regie te kunnen voeren over zijn zorg en ondersteuning, stellen wij de introductie en wettelijke verankering van een persoonlijk zorgleefplan voor. Het idee van een persoonlijk zorgleefplan is niet nieuw; het is geïnspireerd op het Individueel Zorgplan (IZP), dat in verschillende deelsectoren van de zorg reeds op vrijwillige basis wordt gebruikt.

Een persoonlijk zorgleefplan is een persoonsvolgend dossier waarin alle afspraken van de patiënt/cliënt en de zorgverlener(s) over zorg en zelfmanagement worden opgenomen, inclusief de uitvoering daarvan en geboekte resultaten. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van de betreffende patiënt/cliënt. Zij komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand.

Het verschil met een IZP is dat het persoonlijk zorgleefplan zich uitstrekt over alle relevante levensgebieden van de patiënt/cliënt, waarin hij ondersteuning behoeft. Het vormt daarmee de schakel tussen de verschillende domeinen.

Het persoonlijk zorgleefplan is van de patiënt/cliënt; hij bepaalt met wie hij informatie deelt en welke zorgverleners deel kunnen uitmaken van zijn netwerk. Juist omdat het persoonlijk zorgleefplan domein- en instellingsoverstijgende werking heeft, verdient het aanbeveling hiertoe een landelijk format te ontwikkelen. Het lijkt verder raadzaam om het persoonlijk zorgleefplan te integreren in het Persoonlijk GezondheidsDossier (PGD), waarvan de ontwikkeling in 2015 door Medmij voortvarend van start is gegaan.

Het PGD is juridisch gezien geen dossier dat valt onder de dossierplicht van de zorgverlener in de zin van artikel 454, eerste lid, boek 7 Burgerlijk Wetboek (WGBO). Het is – vooralsnog – een dossier dat naast en in aanvulling op het dossier van de zorgverlener vrijwillig kan worden bijgehouden door de

patiënt. Zorgverleners zijn derhalve niet verplicht informatie aan te leveren ten behoeve van een PGD of persoonlijk zorgleefplan.

Gegeven het belang van een persoonlijk zorgleefplan voor patiënten/cliënten met complexe zorgvragen, die meerdere levensdomeinen bestrijken, pleiten wij er daarom voor dit plan stevig wettelijk te verankeren. Wij zien daarvoor de volgende mogelijkheden:

a. Veranker het persoonlijk zorgleefplan in de Wgbo

De Wgbo regelt de relatie tussen patiënt en hulpverlener. Wanneer een patiënt de hulp van een zorgverlener inroept, ontstaat als vanzelf tussen hen een geneeskundige behandelingsovereenkomst. De patiënt is volgens de Wgbo opdrachtgever tot zorg. De hulpverlener verbindt zich tegenover de patiënt tot het verrichten van geneeskundige handelingen die rechtstreeks betrekking hebben op de patiënt. De overeenkomst komt tot stand door aanbod en aanvaarding: de hulpverlener biedt hulp aan en de patiënt aanvaardt dit aanbod. Er komt geen schriftelijke document aan te pas.

Een persoonlijk zorgleefplan vormt in feite de belichaming van deze behandelingsovereenkomst. Het bevat immers de afspraken die patiënt/cliënt en hulpverlener(s) maken over de zorg en ondersteuning die aan de patiënt/cliënt geleverd wordt en expliciteert daarmee datgene wat de partijen overeenkomen.

We stellen dan ook voor het persoonlijk zorgleefplan wettelijk te verankeren door in de Wgbo een (schakel)bepaling⁴ op te nemen waarin patiënten de mogelijkheid wordt geboden om een persoonlijk plan te overleggen, waarin (elke) zorgverlener verplicht is gemaakte afspraken over zijn aandeel in het plan vast te leggen, evenals informatie over de uitvoering en de effecten. Dit sluit goed aan bij de aard en inhoud van de Wgbo.

Een bijkomend voordeel van deze explicitering is dat het helpt om duidelijk te maken op welk moment de overeenkomst tot stand komt (en de Wgbo dus van toepassing is). Dat is soms namelijk onduidelijk. Door een algemeen advies op een website, dat niet op een individuele patiënt is gericht, komt bijvoorbeeld geen behandelingsovereenkomst tot stand. Ook bij het maken van een eerste afspraak is nog geen sprake van een behandelingsovereenkomst. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld een telefonische (inhoudelijke) intake waarbij al wel sprake kan zijn van een behandelingsovereenkomst. Het is aan de hulpverlener om hierover duidelijkheid tegenover de patiënt te scheppen. Het persoonlijk zorgleefplan kan daarbij behulpzaam zijn.

De Wgbo is echter alleen van toepassing wanneer sprake is van 'geneeskundige behandeling'. Geneeskundige handelingen zijn handelingen op het gebied van de geneeskunst. De wet verstaat daaronder: alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen - rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel deze verloskundige bijstand te verlenen. En de aanpalende handelingen die

Noten

⁴ Een schakelbepaling is in het Nederlands recht een artikel dat een ander artikel verduidelijkt of aanvult

met de geneeskundige handelingen een samenhangend geheel vormen, zoals verplegen, verzorgen en het bieden van nazorg.

De Wgbo is dus vooral van toepassing binnen het domein van de gezondheidszorg en niet binnen het sociaal domein, de langdurige zorg en delen van de jeugdzorg. Om dit probleem te ondervangen stellen wij het volgende voor:

b. Veranker het persoonlijk zorgleefplan steviger in de Wmo, Wlz en Jeugdwet

In de wettelijke regelingen die deze domeinen betreffen, respectievelijk de Wmo, de Wlz en de Jeugdwet, zijn reeds bepalingen opgenomen over 'een persoonlijk plan of hulpverleningsplan'.

Zo bepaalt de **Wmo 2015** dat het college (van B&W) er zorg voor moet dragen dat aan personen die daarvoor in aanmerking komen, een maatwerkvoorziening wordt verstrekt (art. 2.3.1). Als bij het college melding wordt gedaan van een behoefte aan maatschappelijke ondersteuning, voert het college in samenspraak met degene door of namens wie de melding is gedaan en waar mogelijk met de mantelzorger of mantelzorgers dan wel diens vertegenwoordiger, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen zes weken, een onderzoek uit (art. 2.3.2. lid 1). Voordat het onderzoek van start gaat, kan de cliënt het college een *persoonlijk plan* overhandigen waarin hij zijn persoonlijke omstandigheden (waaronder zijn behoeften, persoonskenmerken en voorkeuren) beschrijft en aangeeft welke maatschappelijke ondersteuning naar zijn mening het meest is aangewezen (art. 2.3.2 lid 2). Indien de cliënt een persoonlijk plan aan het college heeft overhandigd dient het college dat te betrekken bij zijn onderzoek (lid 5).

De **Wet langdurige zorg (Wlz)** bepaalt onder meer dat, voordat een besluit op een aanvraag (...) wordt genomen de verzekerde of zijn vertegenwoordiger de Wlz-uitvoerder een persoonlijk plan kan overhandigen, waarin hij de door hem beoogde samenstelling van het modulair pakket thuis schetst (art. 3.3.2 lid 5). Indien de verzekerde zo'n plan heeft overhandigd dient de Wlz-uitvoerder dat plan te betrekken bij het nemen van het besluit op de aanvraag (lid 6). Hetzelfde geldt voor een besluit op een aanvraag voor een persoonsgebonden budget (art. 3.3.3 lid 2). De verzekerde of zijn vertegenwoordiger overhandigt dan het persoonlijk plan aan het zorgkantoor.

De **Jeugdwet** bepaalt dat de jeugdhulpaanbieder in beginsel de mogelijkheid moet bieden om een familiegroepsplan op te stellen (art. 4.1.2). en verder dat als daarvan wordt afgezien de jeugdhulpaanbieder moet werken op basis van een plan waarover is overlegd met de jeugdige en de ouders en dat is afgestemd op de behoeften van de jeugdige.

Wij bevelen aan om het persoonlijk zorgleefplan in de genoemde wettelijke regelingen steviger te verankeren. Dat kan door de bepalingen waarin patiënten/cliënten de mogelijkheid wordt geboden om een persoonlijk plan te overleggen aan te vullen met de verplichting voor aanbieders en hulpverleners om gemaakte afspraken met de cliënt in het persoonlijk zorgleefplan te noteren en de follow up daarvan bij te houden. In feite wordt daarmee nader invulling gegeven aan de verplichting voor aanbieders om het zorgplan 'te betrekken bij de besluitvorming'.

Via verwijzingsbepalingen is te bewerkstelligen dat het plan domeinoverstijgende werking krijgt en daarmee een integraal patiënt-/cliëntvolgend plan kan zijn.

Wij menen dat patiënten/cliënten hiermee een concreet houvast geboden wordt, dat hen beter in staat stelt overzicht te houden en regie te voeren over zijn zorg- en ondersteuning.

Niettemin zullen er patiënten/cliënten zijn en blijven voor wie dit (al dan niet tijdelijk) onvoldoende is, ook niet indien zij worden vertegenwoordigd door een gevolmachtigd familielid of naaste. Wij menen dan ook dat daarnaast de mogelijkheid moet worden geboden aan patiënten/cliënten om een beroep te doen op een regiebehandelaar.

c. Geef patiënten/cliënten het recht een regiebehandelaar aan te wijzen en verstevig de positie van de regiebehandelaar

Geïnspireerd op de functie van hoofdbehandelaar in de medisch somatische zorg en de regiebehandelaar in de GGZ stellen wij voor een dergelijke functie te introduceren voor netwerkzorg. Anders dan in voornoemde deelsectoren moet deze functionaris zowel instellings- als domeinoverstijgend kunnen handelen.

Voordat we deze oplossing nader uitwerken keren we even terug naar het hoofd- en regiebehandelaarschap: wat is het, waar komt het vandaan en hoe heeft het zich ontwikkeld? Hiervoor gaan we te rade bij het advies *Hoofdbehandelaarschap GGZ als noodgreep* (mei 2015) van de Commissie Meurs:

Hoofdbehandelaarschap

Enkele decennia geleden heeft de hoofdbehandelaar zijn intrede gedaan binnen de curatieve en dan met name de medisch somatische zorg. Van oudsher zijn naast de arts andere beroepsbeoefenaren betrokken in het zorgproces van patiënten. Zij functioneerden volgens de verlengde-arm-constructie, waarbij handelingen door niet-artsen werden gezien als uitgevoerd door 'de verlengde arm' van de arts. De arts was verantwoordelijk voor handelingen uitgevoerd door 'hulppersonen'. Dit vloeide voort uit de Wet Uitoefening Geneeskunst (WUG), die een absoluut verbod kende op onbevoegde uitoefening van de geneeskunde.

Behalve hulppersonen kwam het vanaf de jaren zeventig ook steeds vaker voor dat meerdere specialisten betrokken waren bij de behandeling van één en dezelfde patiënt, vooral door het toenemende aantal subspecialismen. Vanaf dat moment raakte het begrip hoofdbehandelaar in zwang. Aangezien het in dit geval meerdere specialisten betrof die in beginsel gelijkwaardig waren of als zodanig werden gezien, was niet meer of niet meteen duidelijk welke van deze gelijkwaardige specialisten de (eind)verantwoordelijkheid had voor het totale zorgproces van de patiënt.

Er ontstond behoefte aan een 'primus inter pares'. Met de term hoofdbehandelaar werd aangeduid welke specialist de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid droeg; dat was doorgaans de specialist met de meest relevante inhoudelijke kennis en kunde. Andere betrokken specialisten werden aangeduid als medebehandelaar, waarmee bedoeld werd dat deze uitsluitend verantwoordelijk waren voor hun specifieke aandeel in het totale proces. Voor het invoeren van een eenmalig ad hoc oordeel van een specialist door de hoofdbehandelaar werd de term intercollegiaal consult gebruikt. Uiteraard hadden deze aanduidingen ook een financiële pendant in de vorm van aparte tariefstellingen voor hoofd- en medebehandelaar en intercollegiaal consult.

Ontwikkeling van inhoudelijk naar meer procedureel hoofdbehandelaarschap

Sinds de opkomst van het begrip hoofdbehandelaar heeft de ontwikkeling van (sub)specialisatie zich onder invloed van voortschrijdende kennisontwikkeling doorgezet. Daarnaast bleken zorgprocessen steeds beter te protocolleren dank zij de toegenomen kennis over het beloop en de behandeling van ziekten. Dit maakte het mogelijk dat nieuwe beroepen hun intrede deden, die zelfstandig delen van de behandeling kunnen uitvoeren en die dat bovendien niet binnen de muren van één en dezelfde instelling hoeven te doen. Een belangrijk moment in dit verband was de invoering van de wet BIG in 1997, waarmee het absolute verbod op onbevoegde uitoefening van de geneeskunde is komen te vervallen.

Met de wet BIG hebben allerlei typen zorgverleners een eigen verantwoordelijkheid gekregen in de zorgverlening op basis van welomschreven opleidingseisen en deskundigheidsgebieden. Hierdoor nam de betekenis van de 'verlengde arm'-constructie af. Tenslotte is er de afgelopen decennia een toename van het aantal patiënten waarbij sprake is van co- of multimorbiditeit, waardoor een keur aan verschillende typen zorgverleners betrokken is bij de behandeling van een patiënt en niet meer op voorhand duidelijk is welke hulpverlener inhoudelijk het voortouw heeft.

Door deze ontwikkelingen neemt het belang van multidisciplinair handelen en derhalve van samenwerking toe; dit vergt steeds meer afstemming en coördinatie. Het vraagt bovendien om een eenduidig aanspreekpunt voor de patiënt en zijn naaste betrekkingen, temeer daar de emancipatie van patiënten als zodanig steeds hogere eisen stelt aan de communicatie tussen zorgverlener en patiënt.

Al deze ontwikkelingen tezamen hebben ertoe geleid dat gaandeweg nieuwe functionaliteiten of taken aan het hoofdbehandelaarschap zijn toegevoegd. De Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg van de KNMG et al. (2010) kan als het resultaat van die ontwikkelingen worden gezien en stelt het als volgt: wanneer meerdere zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan de cliënt, moet voor de cliënt te allen tijde duidelijk zijn wie van de betrokken zorgverleners:

- 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).

De vraag is nu: wegen deze taken alle even zwaar? En moeten deze door één en dezelfde persoon worden uitgevoerd? Het begrip hoofdbehandelaar werd aanvankelijk gebruikt om de zorgverlener aan te duiden, die de inhoudelijke verantwoordelijkheid had over het totale zorgproces van een patiënt. Het verlenen van zorg is echter als gevolg van verschillende ontwikkelingen steeds minder een individuele en steeds meer een collectieve aangelegenheid geworden, waarbij steeds vaker een multidisciplinaire benadering vereist is. Dit heeft onmiskenbaar een overgang tot gevolg gehad van een primair op de inhoud naar een primair op regie en coördinatie gericht hoofdbehandelaarschap. Deze conclusie is gestoeld op de ontwikkelingen in de zorg en in de tuchtrechtspraak: voor de tuchtrechter is de hoofdbehandelaar inmiddels eerst en vooral een regisseur c.q. coördinator. Het CTG onderkent expliciet dat een hoofdbehandelaar niet (meer) het gehele zorgproces van een patiënt kan overzien c.q. beheersen en dat hij, wat de inhoudelijke verantwoordelijkheid betreft, wordt begrensd door zijn eigen deskundigheidsgebied. De conclusie die daaraan verbonden moet worden is dat er niet (meer) zoiets bestaat als inhoudelijke *eind*verantwoordelijkheid; alle bij een

patiënt betrokken zorgverleners hebben een eigen individuele deskundigheid en dus een eigen verantwoordelijkheid; dit maakt het temeer van belang dat één van hen de regie of coördinatie van het zorgproces op zich neemt.

Hoofdbehandelaar is regiebehandelaar

Hoofdbehandelaar is thans dus primair degene die de regie voert over het proces; wij spreken daarom over 'regiebehandelaar' omdat dit de essentie van deze functie beter weergeeft. De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling. Hij zorgt ervoor dat in overleg met de patiënt een behandelplan wordt opgesteld, en draagt er zorg voor dat dit wordt uitgevoerd en – wanneer omstandigheden daartoe aanleiding geven – wordt bijgesteld. Elke betrokken beroepsbeoefenaar is op een specifiek deelgebied inhoudelijk deskundig en verantwoordelijk. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat de verrichtingen of activiteiten van allen die beroepshalve bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn - en dus ook zijn eigen verrichtingen of activiteiten - op elkaar zijn afgestemd. Het is van essentieel belang dat in de behandeling de juiste c.q. aangewezen deskundigheid wordt betrokken; de regiebehandelaar mag niet aan relevante deskundigheidsgebieden voorbij gaan. In een multidisciplinair overleg (MDO) behoren alle benodigde deskundigheden vertegenwoordigd te zijn. Het overleg is gericht op overeenstemming door middel van gezamenlijke besluitvorming. Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling heeft de regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem, echter niet eerder dan nadat alle betrokken deskundigen gehoord zijn.

De regiebehandelaar 'stuurt' derhalve zowel de inhoud, het proces, als de betrokken beroepsbeoefenaren; hij draagt verantwoordelijkheid voor de integrale behandeling. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de cliënt en diens naaste betrekkingen, het centrale aanspreekpunt.

Weer terug naar netwerkzorg: wat stellen wij concreet voor?

Een regiebehandelaar voor mensen met complexe zorgvragen, die niet alleen instellingsoverstijgend moet kunnen handelen, maar ook over domeinen (zorg en ondersteuning) heen.

Deze regiebehandelaar heeft de volgende verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden. De regiebehandelaar:

- Zorgt ervoor dat door hemzelf of door een andere deskundige een werkdiagnose wordt gesteld (voor zover nog niet beschikbaar);
- Zorgt ervoor dat in samenspraak met de cliënt/patiënt en zijn eventuele mantelzorger(s) op basis van de werkdiagnose een persoonlijk zorgleefplan wordt opgesteld;
- Zorgt ervoor dat het persoonlijk zorgleefplan wordt vastgesteld in overleg met alle disciplines die een aandeel nemen in de uitvoering van het behandelplan;
- Ziet erop toe dat alle relevante deskundigheden worden benut en neemt (controversiële) besluiten niet eerder dan nadat alle betrokken inhoudelijke deskundigheden zijn geconsulteerd;
- Initieert de uitvoering van het persoonlijk zorgleefplan en bewaakt de voortgang; stuurt andere betrokken zorgverleners aan; toetst of de door hen geleverde bijdragen aan de behandeling van de patiënt/cliënt met elkaar in verhouding zijn en passen binnen het plan en intervenueert zo nodig;
- Evalueert (periodiek) de voortgang van het proces en de effectiviteit;

- Ziet erop toe dat in alle fasen van het behandelingstraject de gemaakte afspraken, de uitvoering en de effecten worden opgenomen in het persoonlijk zorgleefplan;
- Is het aanspreekpunt voor de patiënt, diens naasten en diens eventuele wettelijke vertegenwoordiger, is beschikbaar en bereikbaar.

De regiebehandelaar dient over een relevante – ter zake dienende – inhoudelijke deskundigheid te beschikken. Hij draagt niet de verantwoordelijkheid voor de door andere zorgverleners tijdens het behandelingstraject uitgevoerde verrichtingen die zijn gelegen buiten het terrein waarop hij/zij zelf deskundig is. Voor die verrichtingen zijn en blijven die andere zorgverleners zelf ten volle verantwoordelijk. Wel dient hij, in de mate die van hem beroepsmatig mag worden verwacht alert te zijn op aspecten van de behandeling die mede liggen op andere vakgebieden dan het zijne en zich over die aspecten te laten informeren door de deskundigen op die andere vakgebieden, zo tijdig en voldoende als voor een verantwoorde behandeling van de patiënt vereist is. Hij moet derhalve de grenzen van zijn eigen deskundigheid(sgebied) herkennen en erkennen.

Iedere bij de behandeling betrokken zorgverlener komt in aanmerking voor deze primair organisatorische en logistieke functie. Gegeven de aard van complexe zorgvragen, die bijna per definitie domeinoverstijgend zijn, ligt het voor de hand dat vooral huisartsen en wijkverpleegkundigen deze functie van regiebehandelaar kunnen/zullen vervullen.

Wat is hiervoor nodig?

De vraag is nu op welke wijze kan worden bereikt dat deze regiebehandelaar voldoende 'doorzettingsmacht' krijgt. Hij moet immers zo nodig ook andere zorgverleners kunnen aansturen, ook als die voor een andere aanbieder werkzaam zijn of als zelfstandige en ongeacht het domein waarbinnen zij werken.

d. Verleen een wettelijk mandaat aan de regiebehandelaar

Wij menen dat dit te realiseren is door aan de voorgestelde (schakel)bepalingen in de Wgbo, de Wlz, Wmo en Jeugdwet, waarin patiënten de mogelijkheid wordt geboden om een persoonlijk plan te overleggen en zorgverleners verplicht zijn gemaakte afspraken daarin vast te leggen, een bepaling te koppelen waarin wordt vastgelegd dat de regiebehandelaar het persoonlijk zorgleefplan in gezamenlijke besluitvorming met de patiënt/cliënt opstelt en belast is met de uitvoering van het plan en uit dien hoofde het mandaat heeft om aanbieder- en domeinoverstijgend te handelen.

Een consequentie van dit voorstel is dat een regiebehandelaar, die werkzaam is binnen het domein van de zorg (bijv. een huisarts of wijkverpleegkundige) een mandaat krijgt om bepaalde vormen van ondersteuning vanuit bijv. de Wmo te indiceren en toe te wijzen. Dat ligt voor gemeenten wellicht gevoelig in het licht van de recente decentralisaties. Wij menen dat dit bezwaar kan worden weggenomen door gemeenten te verplichten in de plaatselijke verordening het kader aan te geven waarbinnen een regiebehandelaar maatwerkvoorzieningen kan indiceren en toewijzen. Daarmee houden gemeenten toch de nodige beleidsvrijheid te bepalen welke voorzieningen daarvoor in aanmerking komen.

Andersom is dit niet goed voorstelbaar: als de regiebehandelaar werkzaam is in het Wmo-domein kan hij niet zelfstandig afspraken maken over behandeling in de medisch-specialistische zorg,

omdat hij de specialistische kennis daartoe ontbeert. Het ligt dan ook voor de hand dat in dat geval het regiebehandelaarschap (tijdelijk) wordt overgedragen aan een functionaris in de tweede lijn.

5.2 Oplossingsrichtingen voor overige knelpunten

Tenslotte nog enkele oplossingsrichtingen voor overige genoemde knelpunten

Verduidelijk de bijzondere zorgplicht voor informele zorg

Het gesprek tussen formele en informele zorgverleners is van belang. In de praktijk blijken veel onduidelijkheden of angsten die meespelen door goede afspraken te kunnen worden voorkomen (zie ook Scholten 2016). Onderdeel van dat gesprek dient te zijn hoe invulling wordt gegeven aan de bijzondere zorgplicht van zorgaanbieders bij de inzet van informele zorgverleners. Het verdient aanbeveling hiertoe afspraken te maken die tenminste de volgende aspecten omvatten:

- Welke taken worden door informele zorgverleners uitgevoerd?
- Op welke wijze houdt de zorgaanbieder toezicht op deze uitvoering?
- Welke instructies en begeleiding geeft de zorgaanbieder?
- Hoe is de supervisie geregeld?

In geval van complexe zorgvragen en toenemende zorg in netwerken zullen zorgaanbieders waarschijnlijk meer moeite hebben goed zicht te krijgen en houden op wat informele zorgverleners kunnen en hoe zij hun taken uitvoeren. In onze visie ligt het voor de hand dat hier een signalerende taak ligt voor de regiebehandelaar, die een fors aandeel heeft in de behandeling van de patiënt/cliënt en bovendien belast is met de uitvoering van het persoonlijk zorgleefplan. De regiebehandelaar moet aanwijzingen kunnen geven aan de informele zorgverlener en aan de eventuele zorgaanbieder(s) indien zij vrijwilligers inzetten. Bij mantelzorgers ligt het voor de hand dat de regiebehandelaar met de patiënt/cliënt opneemt indien hij geen verbetering ziet. Ook goed om in het persoonlijk zorgleefplan duidelijk op te nemen welke taken informele zorgverleners voor hun rekening nemen.

Heroverweeg op langere termijn de beroepenregulering

Zoals gezegd is een belangrijke competentie voor netwerkzorg het (h)erkennen van de grenzen van de eigen kennis/kunde en vooral die van andere betrokkenen zorgverleners. De deskundigheidsgebieden in de wet BIG zijn onvoldoende onderscheidend (mede door steeds verdergaande specialisatie) en vertonen overlap, terwijl de wet BIG niet van toepassing is op veel zorg- en hulpverleners. Voor de korte termijn kan dit probleem naar onze mening worden opgevangen door de maatregelen zoals hierboven geschetst. Voor de langere termijn lijkt een heroverweging van de beroepenregulering aangewezen.

De Raad buigt zich op verzoek van het ministerie van VWS het komende jaar over de vraag of de wet BIG in zijn huidige vorm wel houdbaar is, gelet op de veranderingen die al nu in het zorgveld waar te nemen zijn en waarvan verwacht kan worden dat deze veranderingen de positie en verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren fundamenteel zullen veranderen.

6. Conclusies

De verantwoordelijkheid voor het leveren van goede ondersteuning en zorg rust uit hoofde van de wet BIG en de Wkkgz op respectievelijk de individuele zorgverlener en zorgaanbieder. Deze verantwoordelijkheid wordt door deze wetten ook begrensd: zowel de zorgverlener als de zorgaanbieder is uitsluitend verantwoordelijk voor het aandeel dat hij zelf levert in het totale zorgproces; niemand is verantwoordelijk voor het geheel. Dit wreekt zich vooral bij patiënten en cliënten met meervoudige zorgbehoeften, waarbij tal van zorgverleners en zorgaanbieders betrokken zijn.

De gepresenteerde oplossingsrichtingen wijzen in de richting van het (beter) ondersteunen van cliënten om het heft in eigen hand te nemen door zelf de regie te voeren over hun leven en over de zorg en ondersteuning die zij ontvangen. Omdat mensen verschillen in de mate waarin zij dat kunnen en willen is een getrapte benadering aangewezen:

- Het moet mensen die dat willen en kunnen gemakkelijker gemaakt worden om zelf regie te voeren over hun zorg en ondersteuning. Een wettelijk geborgd persoonlijk zorgleefplan vormt hiertoe het middel. Dit plan bevat alle afspraken die de verschillende betrokken zorgverleners met de cliënt maken en de follow-up daarvan. Het plan is van de cliënt zelf: die bepaalt wie toegang krijgt en welke informatie uitgewisseld mag worden. Zorgverleners worden verplicht mee te werken aan het plan. Het plan moet digitaal beschikbaar zijn, opdat relevante gegevens gemakkelijk kunnen worden uitgewisseld tussen de betrokken zorgverleners die van de cliënt toestemming hebben gekregen om de gegevens in te zien.
- Voor mensen die zelf regie willen voeren, maar dit niet kunnen, moet het aanwijzen van een naaste als gevolmachtigde die namens de cliënt kan handelen, expliciet als mogelijkheid worden voorgelegd.
- Mensen die (tijdelijk) niet zelf regie willen of kunnen nemen, moeten de mogelijkheid krijgen om een beroep te doen op een regiebehandelaar die namens de cliënt regie voert. Deze regiebehandelaar is een professional die een groot aandeel heeft in de zorg- en hulpverlening aan de betreffende cliënt. Hij beschikt over het mandaat en de doorzettingsmacht om het persoonlijk zorgleefplan in samenspraak met de cliënt uit te voeren.

Deel II Verschillende klachtenregimes

1. Inleiding

Het gegeven dat zorg en ondersteuning steeds meer in netwerkverband worden verleend, waarbij verschillende aanbieders en hulpverleners samenwerken vanuit verschillende wettelijke regimes, brengt met zich mee dat het voor patiënten/cliënten met complexe zorgvragen lastig is te weten waar zij terecht kunnen met een klacht over (onderdelen van) de geleverde zorg en ondersteuning.

Uit navraag door VWS bij diverse cliëntenorganisaties in 2015 was gebleken dat zij inderdaad signalen ontvangen van cliënten die 'van het kastje-naar-de-muur' worden gestuurd tussen gemeente en Wmo-aanbieder wanneer zij een klacht hebben. Ook doorverwijzen van de cliënt met een klacht tussen aanbieders onderling wordt genoemd, maar in mindere mate dan tussen gemeente en Wmo-aanbieder (brief aan TK dd 22 december 2015).

Om deze reden hebben de fracties van de SP en PvdA tijdens de plenaire behandeling in de Eerste Kamer van het wetsvoorstel Wkkgz op 29 september 2015 erop aangedrongen de bepalingen van de Wkkgz over de klachten- en geschillenregeling ook van toepassing te laten zijn op aanbieders van ondersteuning zoals bedoeld in de Wmo 2015. Hiermee zou er een eenduidig en overzichtelijk klachtenregime van toepassing zijn, waarmee voorkomen wordt dat cliënten van het kastje naar de muur worden gestuurd wanneer zij een klacht indienen. Bovendien zouden hiermee de administratieve lasten voor aanbieders kunnen verminderen.

De SP-fractie ging nog een stap verder en diende een motie in, die de regering verzocht om de Wmo 2015 onder de reikwijdte van de gehele Wkkgz te laten vallen. Deze motie is tijdens het debat aangehouden, na de toezegging van de minister om eerst bij de Tweede Kamer te sonderen of daar draagvlak voor zou zijn.

In hun brief aan de Tweede kamer hierover gaven de bewindslieden aan graag de opvattingen van de TK te vernemen (brief minister en staatssecretaris VWS aan TK dd. 22 december 2015). Zij gaven daarbij aan in de loop van 2017 twee in gang gezette onderzoeken te verwachten die mogelijk licht op de problematiek kunnen werpen, namelijk de evaluatie van de hervorming van de langdurige zorg door het SCP, waarin tevens de vraag wordt meegenomen hoe cliënten de afhandeling van klachten ervaren, en het door de minister toegezegde onderzoek door de RVS naar de implicaties van netwerkzorg. Daarnaast wezen zij op een door de Ministeries van Veiligheid en Justitie en van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties ingezet onderzoek naar een integrale wijze van afhandelen van klachten en geschillen binnen het sociale domein en de daarvoor noodzakelijke wetswijzigingen.

In dit deel van de achtergrondstudie gaan wij in op de consequenties van het bestaan van verschillende klachtenregimes voor mensen met meervoudige zorgbehoeften. Hiertoe schetsen wij eerst kort de verschillende wettelijke klachtenregimes die aan de orde (kunnen) zijn bij netwerkzorg. Daarna geven we aan wat de implicaties zouden zijn van het honoreren van de voorstellen die door de Eerste Kamer fracties zijn gedaan. Deze zijn ontleend aan de brief die de bewindslieden aan de Tweede Kamer schreven. Vervolgens geven we aan welke reacties hierop

gevolgd zijn. We besluiten met een voorstel voor een oplossing die past bij de ontwikkeling naar netwerkzorg.

2. Verschillende klachtenregimes bij netwerkzorg

Het klachtenregime van de Wkkgz (van toepassing op aanbieders ZvW en Wlz zorg)

Op 1 januari 2016 is de Wkkgz in werking getreden. De wet vervangt de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachten cliënten zorgsector. De Wkkgz legt vast wat goede zorg inhoudt en regelt een andere aanpak van klachten: mensen kunnen gratis terecht bij de klachtenfunctionaris van de zorgaanbieder. Als dat het probleem niet oplost kunnen cliënten een rechtszaak aanspannen, maar de wet biedt ook een laagdrempelig alternatief: de onafhankelijke geschillencommissie. Deze commissie kan ook een schadevergoeding toekennen (tot 25.000 euro); dit laatste is nieuw.

Verder regelt de wet dat zorgmedewerkers veilig incidenten kunnen melden. Het verplicht zorgaanbieders om een interne werkwijze te hebben die dit regelt. Doel hiervan is dat collega's een voorval met elkaar bespreken en daarvan leren om zo samen de zorg te verbeteren. Zorgaanbieders mogen zelf weten hoe zij dit organiseren.

Daarnaast heeft de cliënt op grond van de Wkkgz recht op goede informatie als er in de zorgverlening iets niet goed is gegaan. De zorgaanbieder moet zo'n fout met de cliënt bespreken en in het cliëntendossier opnemen. De cliënt heeft recht op informatie over de kwaliteit van de zorg wanneer hij daarom vraagt (dat laatste vind ik overigens bizar; hij moet er dus om vragen).

De Wkkgz geldt voor alle zorgaanbieders. Zowel voor zorginstellingen als zelfstandige beroepsbeoefenaren, zoals zzp'ers. Ook bedrijfsartsen en verzekeringsartsen die de gezondheidstoestand van cliënten beoordelen of cliënten medisch begeleiden, vallen onder de wet. De wet geldt ook voor aanbieders van cosmetische behandelingen en voor aanbieders van alternatieve geneeswijzen. De wet geldt echter niet voor ondersteuning uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en jeugdhulp (Jeugdwet).

Klachtenregime van de Wmo 2015

Met het oog op de decentralisatie van verantwoordelijkheden aan gemeenten, is er bij de Wmo 2015 voor gekozen om landelijke kwaliteitswetgeving, waaronder de Wkkgz, niet van toepassing te doen zijn op de maatschappelijke ondersteuning. In de Wmo 2015 zijn bepalingen opgenomen die ertoe strekken dat de belangen die deze wetgeving beoogt te dienen, ook op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning worden geborgd.

De TK heeft het amendement nr. 832 aangenomen bij de stemmingen over het wetsvoorstel Wmo 2015. Als gevolg van dit amendement kunnen gemeenten in hun verordening wel eisen *dat* aanbieders van Wmo-ondersteuning een klachtenregeling moeten hebben, maar ze kunnen niet voorschrijven *welke* klachtenregeling geldt. De indieners van het amendement wilden zo voorkomen dat aanbieders van Wmo-ondersteuning te maken zouden krijgen met verschillende eisen van diverse gemeenten. De aanbieder van Wmo-ondersteuning is ten gevolge van dit amendement vrij om te bepalen welke klachtenregeling hij kiest: wettelijk gezien kunnen aanbieders, die dit wensen, zelf kiezen voor standaardisatie van regimes en kunnen daarmee zelf de

administratieve lasten verlichten. De verwachting is dat een aanbieder die naast maatschappelijke ondersteuning ook zorg aanbiedt die valt onder de reikwijdte van de Wkkgz, of die in het kader van wijkteams samenwerkt met aanbieders die onder de reikwijdte van de Wkkgz vallen, zal kiezen voor aansluiting bij de Wkkgz-klachtenregeling.

De Wmo 2015 maakt het mogelijk (artikel 3.2, tweede lid) om bij AmvB nadere eisen te stellen aan aanbieders van voorzieningen, indien is vastgesteld dat het niveau van een vorm van maatschappelijke ondersteuning dit zou vereisen.

In de Wmo 2015 is ten aanzien van eisen op het gebied van klachten, kwaliteit en toezicht het volgende opgenomen (zie artt. 3.2 en 2.1.3):

Het gemeentebestuur draagt zorg voor de kwaliteit en de continuïteit van de voorzieningen. De aanbieder draagt er zorg voor dat de voorziening van goede kwaliteit is. Goede kwaliteit betekent dat een voorziening in elk geval:

- veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verstrekt,
- is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en op andere vormen van zorg of hulp die de cliënt ontvangt,
- wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard;
- wordt verstrekt met respect voor en inachtneming van de rechten van de cliënt.

Op dit punt sluit de Wmo 2015 aan op de definitie van goede zorg uit de Wkkgz.

De gemeenteraad stelt in de verordening vast ten aanzien van welke voorzieningen een regeling voor de afhandeling van klachten van cliënten vereist is bij aanbieders.

Uit een steekproef onder 30 verordeningen van gemeenten blijkt dat alle gemeenten in de verordening voorzieningen hebben genoemd, waarvoor een klachtregeling dient te worden ingericht door aanbieders. Een groot aantal gemeenten stelt deze eis voor alle voorzieningen; andere gemeenten stellen de eis voor maatwerkvoorzieningen.

Indien de aanbieder een voorziening levert, die in de verordening genoemd is, dan treft de aanbieder een regeling voor de afhandeling van klachten van cliënten ten aanzien van gedragingen van de aanbieder jegens een cliënt.

De gemeente dient personen aan te wijzen die belast zijn met het houden van toezicht op de naleving van de Wmo 2015, de zogenaamde toezichthoudende ambtenaar. De aanbieder moet bij de toezichthoudende ambtenaar melding maken van iedere calamiteit en geweld die bij de verstrekking van een voorziening heeft plaatsgevonden.

Naast de klachtenregeling van aanbieders, is ook de gemeente verplicht om op grond van titel 9.1 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) klachten over gedragingen van de gemeente te behandelen. De Wmo 2015 maakt gemeenten integraal verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning aan ingezetenen. Dit betekent dat een ingezetene die klachten heeft over gedragingen van (personeel in dienst van gemeenten of van door gemeenten gecontracteerde) aanbieders maatschappelijke ondersteuning, zich altijd tot de gemeente kan wenden.

Klachten over wijkteams of andere vormen van ondersteuning, waar diverse partijen bij betrokken zijn, kunnen zowel betrekking hebben op het verrichten van het onderzoek (indicatie) vanuit de Wmo 2015, als op de hulpverlening zelf. Voor klachten over het onderzoek en de beslissing op hulpvragen is de gemeente verantwoordelijk, voor klachten over de hulpverlening doorgaans de aanbieder. Omdat heldere communicatie naar de burger, over waar hij met zijn klacht over onderzoek c.q. hulpverlening terecht kan, van groot belang is, publiceert Movisie hierover binnenkort een handreiking voor gemeenten. Hierin wordt o.a. aandacht besteed aan een goede afstemming tussen gemeente en aanbieders vanuit de optiek van eenvoud en helderheid voor de cliënt.

3. Implicaties van voorstellen fracties Eerste Kamer

Indien de klachtenregimes gelijk getrokken zouden worden dan zouden de volgende verplichtingen uit de Wkkgz van toepassing worden op aanbieders van Wmo-ondersteuning:

- de verplichting om een klachtenfunctionaris voor cliënten beschikbaar te hebben die de cliënt gratis van advies bedient.
- de verplichting om binnen zes (te verlengen naar tien) weken een oordeel te geven over een klacht,
- de verplichting om aangesloten te zijn bij een onafhankelijke geschilleninstantie die bindende uitspraken kan doen en schadevergoeding tot € 25.000, - kan toekennen.
- de verplichting om de klachtenregeling en oprichting van een geschilleninstantie in overeenstemming met een cliëntenraad of bijvoorbeeld een regionale cliëntenorganisatie op te stellen.

Indien de gehele Wkkgz van toepassing zou worden op aanbieders van Wmo-ondersteuning (vgl. motie van de Eerste Kamerfractie van de SP) zouden, naast de hiervoor genoemde verplichtingen, ook de volgende verplichtingen gelden:

- schriftelijke overeenkomsten met alle voor de aanbieder werkzame verleners van zorg/ondersteuning,
- een systeem van veilig incident melden,
- de verplichting om de cliënt te informeren over een incident en daarvan aantekening te maken in het cliëntendossier,
- het op verzoek van de cliënt informatie verstrekken over ondermeer de kwaliteit van de zorg/ondersteuning,
- de meldplichten aan de IGZ: calamiteiten, geweld in de zorgrelatie en ontslag wegens ernstig disfunctioneren van verleners van zorg/ondersteuning,
- de vergewisplicht bij het aannemen van nieuwe verleners van zorg/ondersteuning en de mogelijkheid om in het kader daarvan navraag te doen bij de IGZ.
- toezicht door de IGZ op de uitvoering van de Wmo 2015 door aanbieders.

De Wkkgz regelt rechtstreeks de verplichtingen waaraan aanbieders moeten voldoen. Indien dergelijke bepalingen ook in de Wmo 2015 zouden worden opgenomen, zou het ook gaan om verplichtingen waaraan Wmo-aanbieders rechtstreeks moeten voldoen. Daarmee zou terzake geen rol meer voor de gemeenten zijn weggelegd.

De Wkkgz is niet van toepassing op de wijze waarop gemeenten uitvoering geven aan de Wmo 2015. Gemeenten moeten klachten behandelen op grond van titel 9.1 van de Awb.

4. Reacties

Standpunt VNG

In een brief van 29 januari 2016 aan de leden van de Vaste Kamercommissie voor VWS geeft de VNG haar standpunt over de door de SP ingediende motie. De VNG geeft aan de motie te betreuren en te hopen dat deze niet zal worden uitgevoerd. Zij geeft daarvoor de volgende argumenten:

- de vergaande reikwijdte van de motie maakt gemeenten tot uitvoerders van rijksbeleid, waardoor de vernieuwing van de ondersteuning van onderaf, een jaar geleden nog de belangrijkste doelstelling van de decentralisatie, een halt wordt toegevoerd.
- De motie is in strijd met eerdere besluitvorming om landelijke kwaliteitswetgeving, waaronder de Wkkgz, juist niet van toepassing te doen zijn op de maatschappelijke ondersteuning omdat de verantwoordelijkheid daarvoor naar de gemeente is gedecentraliseerd. Voor de uitvoering van de motie is dan ook een wetwijziging nodig en de paragrafen over horizontaal toezicht zouden nietig moeten worden verklaard, terwijl dit er juist op nadrukkelijk advies van de Raad van State bij de behandeling van het wetsvoorstel Wmo 2015 is toegevoegd.
- Gemeenten zijn al volop bezig om het toezicht lokaal te regelen. De helft van de gemeenten heeft afspraken gemaakt met de GGD. De samenwerkende GGD-en wisselen kennis op dit vlak uit en hebben al een concept-toetsingskader ontwikkeld. Als het Wmo toezicht landelijk geregeld zou worden, zijn al deze inspanningen voor niets geweest.
- De motie biedt bovendien een oplossing voor een niet bestaand probleem. Aanbieders hebben al de ruimte om voor klachten over Wmo-ondersteuning dezelfde regeling te hanteren als voor klachten over zorg in het Wlz- of Zvw- domein. De klachtenbehandeling is niet in detail geregeld. Een verdere harmonisatie van Wkkgz-klachtenregelingen valt niet te verwachten, uitbreiding van de Wkkgz naar het Wmo-domein verandert dat niet.
- Tot slot: de motie biedt geen oplossing voor het door Eerste Kamer geconstateerde probleem dat burgers vaak nog niet weten waar zij een klacht kunnen indienen. Verzekeraars, zorgkantoren, aanbieders en gemeenten moeten veel meer en beter met elkaar samenwerken en afstemmen om te voorkomen dat cliënten van het kastje naar de muur worden gestuurd. Daarnaast is goede voorlichting essentieel. Cliënten kunnen met een klacht naar de aanbieder, maar zij kunnen ook altijd van de gemeentelijke klachtenregeling gebruik maken. Het feit dat mensen niet weten waar ze moeten zijn heeft te maken met het recente karakter van de decentralisaties. Recentralisatie van aspecten van de Wmo helpt daar niet in, aldus de VNG.

Overleg vaste commissie van VWS dd 5 februari 2016

In een overleg met de vaste commissie van VWS geven de bewindslieden antwoord op vragen die deze commissie heeft gesteld over de ontwikkelingen inzake het wetsvoorstel Wkkgz en de Wmo.

Ten aanzien van de motie, die ertoe strekt *de gehele Wkkgz van toepassing* te laten zijn op Wmo aanbieders geven de bewindslieden aan dat bij de totstandkoming van de Wmo 2015 er voor gekozen is om de lijfgebonden persoonlijke verzorging niet bij de gemeenten maar onder de Zorgverzekeringswet te brengen. Hiermee is volgens de bewindslieden een duidelijk onderscheid (niet te scheiden; wel te onderscheiden) ontstaan tussen de domeinen 'zorg' (Zvw, Wlz) en

'ondersteuning'. Zij zijn dan ook van mening dat dit moet meewegen bij de vraag of een zorgwet zoals de Wkkgz van toepassing zou moeten worden op maatschappelijke ondersteuning. Bij het van toepassing verklaren van de gehele Wkkgz op de Wmo 2015 neemt de rol van het Rijk bij de uitvoering van de Wmo 2015 en ook het toezicht daarop toe en neemt daarmee de plaats in van de door de wetgever bewust aan gemeenten toebedeelde verantwoordelijkheden.

Ten aanzien van het voorstel om de *klachtenregimes gelijk* te trekken stellen de bewindslieden dat er al op twee manieren wettelijk is voorzien in de afstemming tussen de beide regimes:

- Ten eerste biedt het bij de parlementaire behandeling van de Wmo 2015 aangenomen amendement Van 't Wout (Kamerstukken II 2013/14, 33 841, nr. 83) aanbieders van maatschappelijke ondersteuning de ruimte om een klachtenregeling te kiezen die ofwel past bij de rest van de organisatie (een aanbieder die ook Zvw- of Wlz-zorg aanbiedt kan er voor kiezen de Wkkgz-klachtenregeling ook voor de uitvoering van de Wmo 2015 te hanteren) ofwel past bij de klachtenregeling die binnen een wijkteam gepast is;
- Ten tweede verplicht het Uitvoeringsbesluit Wkkgz aanbieders, die onder de Wkkgz vallen, om zorg te dragen voor goede afhandeling van de klacht die zij ontvangen, ook als sprake is van zorg die wordt verleend in samenhang met zorg, ondersteuning of hulp die een andere aanbieder verleent.

Uitvoeringsbesluit Wkkgz; artikel 7.3	
1.	De klachtenregeling waarborgt dat de behandeling van een klacht die betrekking heeft op het handelen van een ander, op zorgvuldige wijze wordt overgedragen aan degene, op wiens handelen de klacht betrekking heeft, tenzij de klager daarvoor geen toestemming heeft gegeven.
2.	De klachtenregeling waarborgt een gecombineerde behandeling van klachten, indien een klacht betrekking heeft op zorg die wordt verleend in samenhang met zorg, ondersteuning of hulp die een ander verleent en de klager heeft doen weten dat hij ook bij die ander een klacht heeft ingediend, tenzij de klager daarvoor geen toestemming heeft gegeven
3.	De klachtenregeling waarborgt dat de afhandeling van een klacht als bedoeld in het tweede lid plaatsvindt door of namens de betrokken zorgaanbieder en de betrokken ander gezamenlijk dan wel op een wijze die inhoudelijk recht doet aan de samenhang tussen de zorg, ondersteuning of hulp die zij verlenen.

Dit betekent, aldus de bewindslieden, dat zorgaanbieders die onder de Wkkgz vallen ingeval van keten- of netwerkzorg op basis van artikel 7.3, tweede lid Uitvoeringsbesluit Wkkgz moeten voorzien in een integrale en gecoördineerde behandeling van klachten. De cliënt moet uiteraard wel goed worden geïnformeerd over het aangewezen loket voor klachten, maar hoeft zich niet druk te maken om de vraag bij welke aanbieder hij zijn klacht moet indienen. De bewindslieden verwachten dan ook dat de huidige wettelijke regelingen zullen leiden tot de beoogde integrale en gecoördineerde behandeling van klachten, ook ingeval een klacht betrekking heeft op een combinatie van zorg en ondersteuning op basis van de Wmo 2015. Nadere regelgeving is daarvoor naar hun oordeel vooralsnog niet noodzakelijk.

De bewindslieden geven aan dat bij wijzigingen in de verantwoordelijkheidsverdeling tussen organisaties voorlichting en ondersteuning extra aandacht vragen. Om deze reden is het meldpunt 'het juiste loket' opgericht om aanbieders en gemeenten in hun verantwoordelijkheid te

ondersteunen, zodat mensen naar het juiste loket kunnen worden verwezen als ze er zelf niet direct uitkomen. Uiteraard heeft het meldpunt ook als doel om te voorkomen dat mensen van het kastje naar de muur worden gestuurd en snel oplossingen te bieden waar dit wel gebeurt. Bij het meldpunt komen niet of nauwelijks concrete casus binnen van mensen die hun weg niet wisten te vinden bij klachten.

Er komen bij het meldpunt wel vragen binnen van met name cliënten met een complexe zorgvraag ('Mensen zijn op zichzelf aangewezen Dwalen tussen wetten en loketten'; <https://iederin.nl/nieuws/17826/zorg-werkt-slecht-bij-complexe-problemen/>).

In de praktijk komt het voor dat cliënten aangewezen zijn op een combinatie van zorg en ondersteuning, waarbij meerdere aanbieders, die onder een verschillend wettelijk regime vallen, zijn betrokken. In de meeste gevallen gaat het dan om een combinatie van maatschappelijke ondersteuning op basis van de Wmo 2015 en zorg op basis van de Zvw. Uiteraard is het mogelijk dat er ook sprake is van zorg op basis van de Jeugdwet. Het kan dan voorkomen dat de klacht van een cliënt betrekking heeft op het geheel van zorg en ondersteuning die hij ontvangt en het voor de cliënt op voorhand niet direct duidelijk is bij wie (de gemeente, de aanbieder van de zorg die onder Zvw of de Jeugdwet valt of de aanbieder van de maatschappelijke ondersteuning) de klacht moet worden ingediend.

De bewindslieden menen echter dat het Uitvoeringsbesluit Wkkgz hierin voorziet, omdat dit aanbieders verplicht zorg te dragen voor een integrale en gecoördineerde behandeling van de klacht, waarbij onder andere voorkomen wordt dat een cliënt van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Zij stellen het als volgt:

"De verplichting op grond van de Wkkgz rust op de aanbieder die onder de Wkkgz valt. Deze aanbieder maakt afspraken over zorg in de keten met zijn ketenpartners, aanbieders van Wmo-ondersteuning of jeugdhulp. Het verdient daarbij aanbeveling om in die ketenafspraken ook vast te leggen hoe zorg gedragen wordt voor een integrale klachtafhandeling bij klachten over ketenzorg. De aanbieders van maatschappelijke ondersteuning of jeugdhulp die niet onder de Wkkgz vallen zijn wel verplicht om mee te werken aan de integrale afhandeling van klachten ingeval van ketenzorg. Indien dit onverhoopt niet goed loopt beschouw ik het als een verantwoordelijkheid van de gemeente om bij de aanbieders, die de gemeente heeft gecontracteerd, aan te dringen op het maken van goede afspraken over de afhandeling van klachten ingeval van ketenzorg".

5. Discussie en oplossingsrichting

In de lopende discussie moet goed onderscheiden worden tussen twee opties:

- de gehele Wkkgz van toepassing verklaren op Wmo-aanbieders of
- alleen de klachtenregeling van de Wkkgz van toepassing verklaren op Wmo-aanbieders.

De eerste optie heeft vergaande implicaties en voegt in feite niets toe. Zowel de Wkkgz als de Wmo 2015, de Wlz en de Jeugdwet bevatten vergelijkbare bepalingen over de kwaliteit van zorg resp. ondersteuning. Alle genoemde wetten kennen open normen voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning, die met behulp van professionele normen nader moeten worden ingevuld. Uniformering van de kwaliteitsregulering op dit (wettelijke) niveau helpt mensen die zorg en ondersteuning uit verschillende domeinen nodig hebben dan ook niet verder.

De discussie spitst zich dan ook vooral toe op de tweede optie. De vraag of een eenduidig klachtenregeling gewenst of noodzakelijk is - speelt uit de aard der zaak wanneer patiënten/cliënten een complexe zorgvraag hebben, waarvoor zowel zorg als ondersteuning nodig zijn.

Daarover zeggen de bewindslieden dat de Wkkgz-aanbieders verplicht zijn op grond van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz een klacht integraal te behandelen en daarbij ook niet Wkkgz-aanbieders te betrekken. Niet Wkkgz-aanbieders zouden verplicht zijn hieraan mee te werken. Het is echter onduidelijk op grond waarvan; er is geen wettelijke bepaling die hen daartoe verplicht.

De aannahme is verder dat Wkkgz-aanbieders afspraken met andere aanbieders over ketenzorg. In het advies vragen wij juist aandacht voor de ontwikkeling waarin een min of meer geformaliseerde ketenaanpak niet (of niet meer) aan de orde is, maar een flexibel netwerkverband. Wij zien daarom geen heil in het inzetten op het maken van afspraken (o.a. over klachtenbehandeling) tussen zorgaanbieders die onder verschillende wettelijke regimes vallen.

Op de vraag met welk klachtenregime mensen het beste af zijn is op dit moment moeilijk antwoord te geven; beide regimes hebben voor- en nadelen. Zo biedt de Wmo cliënten de mogelijkheid te kiezen of zij hun klacht indienen bij de aanbieder, de gemeente of bij beide; onder het Wkkgz-klachtenregime kan dat alleen bij de aanbieder. Daar staat tegenover dat in het Wkkgz regime een onafhankelijke behandeling van de klacht geboden wordt, terwijl dat onder de Wmo ontbreekt. Bovendien zijn beide wetten te kort geleden ingevoerd; er is nog te weinig ervaring opgedaan met de verschillende wijzen van klachtenbehandeling.

Wij staan dan ook andere oplossingsrichting voor, die niet de keuze voor het ene of het andere regime veronderstelt.

Wij stellen voor dat de patiënt/cliënt zijn eventuele klacht aanhangig maakt bij de regiebehandelaar. Als de regiebehandelaar werkzaam is in het Wkkgz-domein dan dient voor de klachtenbehandeling het regime van de Wkkgz te gelden; is de regiebehandelaar werkzaam in het Wmo-domein dan zou de klachtenregeling ex-Wmo gehanteerd moeten worden. Daarbij moet wel geborgd worden dat deze behandeling het gehele proces van de patiënt/cliënt moet kunnen omvatten.

Hiermee wordt – naar analogie van de WGBO (die overigens evenmin van toepassing is op aanbieders in het Wmo-domein) – een centraal klachtadres voor de patiënt/cliënt gecreëerd, zodat hij niet zelf hoeft uit te zoeken wie een fout heeft gemaakt. Dit impliceert een centrale aansprakelijkheid die bij de regiebehandelaar ligt. Het is mede om deze reden van belang dat de regiebehandelaar over 'doorzettingsmacht' beschikt. Eventuele verrekening/regres dient in de back office geregeld te worden.

Wij achten het waarschijnlijk dat in veel gevallen het regiebehandelaarschap in handen is van een zorgverlener die verbonden is aan een aanbieder die onder de Wkkgz valt. Maar soms ook van een aanbieder die onder de Wmo of Jeugdwet valt. Hierdoor kan in de praktijk ervaring worden opgedaan met klachtenbehandeling die loopt via Wmo, Jeugdwet dan wel Wkkgz. Zo kan vergeleken worden en kan geleerd worden welke criteria of kenmerken van de klachtenbehandeling werkzaam zijn en welke minder of niet.

6. Conclusies

Het is nog te vroeg om te besluiten de klachtenregeling van de Wkkgz van toepassing te verklaren op Wmo-aanbieders, Het is nog maar de vraag of cliënten hiermee echt geholpen zijn; daarvoor is nog te weinig ervaring opgedaan met de verschillende klachtenregimes en de voor- en nadelen daarvan. Bovendien past dit voorstel niet goed in de lijn van de onlangs doorgevoerde decentralisaties en de nieuwe verhoudingen tussen centrale en decentrale overheden.

Wel is het belangrijk om een centraal klachtadres in te stellen voor cliënten. Daarmee wordt voorkomen dat een cliënt zelf moet uitzoeken wie een fout heeft gemaakt en waar hij zijn klacht moet indienen. Dat kan door de regiebehandelaar tot klachtadressant te maken. Het is dan aan de regiebehandelaar om de klacht naar het juiste adres door te geleiden en te bewaken dat de klacht adequaat wordt afgehandeld.