



# **Advies**

## **Basismedische zorgverlening in revalidatie-instellingen**

Vastgesteld: 11-10-2017

## Inhoud

1. Inleiding .....	3
2. Basismedische zorgverlening in revalidatie-instellingen.....	4
2.1 Omschrijving .....	4
2.2 Bekwaamheids- en scholingseisen .....	4
2.3 Systematische registratie en verslaglegging .....	4
2.4 Randvoorwaarden .....	5
3. Model voor verantwoordelijkheidsverdeling .....	6
Bijlage 1. Te herkennen aandoeningen in het kader van BMZ .....	7
Bijlage 2. Diagnostiek in het kader van BMZ.....	9
Bijlage 3. Voorbeeld overeenkomst inzake consulentschap .....	10

## 1. Inleiding

In 2005 is er op verzoek van het VRA bestuur een advies opgesteld met betrekking tot de te stellen eisen om te komen tot een goede basismedische zorgverlening (BMZ) in revalidatie-instellingen. Dit advies is in 2013 herzien. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft op 22 maart 2016 het rapport 'Klinische revalidatie op weg naar verdere professionalisering' uitgebracht. Eén van de conclusies uit dit rapport was dat er in het veld geen eenduidigheid lijkt te zijn over wat basismedische zorg inhoudt en wat de scholingsvereisten zijn. Dit kan risicovol zijn voor de patiënten die zijn aangewezen op BMZ in revalidatie-instellingen.

Het VRA bestuur heeft daarom besloten het huidige BMZ advies te herzien en daarbij in te gaan op de volgende aanbevelingen uit het IGZ rapport:

- Werk uit wat basismedische zorg inhoudt in de revalidatiecentra, welke scholingseisen en leerdoelen daarbij passen om de patiëntveiligheidsrisico's op dit onderwerp tot een minimum te beperken.
- Formuleer een sectorbrede afspraak over wat van artsen in de revalidatiecentra verwacht mag worden op het gebied van reanimatie. Kom tot eenduidige scholing en leerdoelen.

## 2. Basismedische zorgverlening in revalidatie-instellingen

### 2.1 Omschrijving

Onder basismedische zorgverlening (BMZ) in revalidatie-instellingen wordt verstaan dat revalidatieartsen in staat zijn adequaat te handelen als een klinisch opgenomen patiënt huisartsgeneeskundige zorg nodig heeft of als er sprake is van spoedeisende gezondheidsproblemen bij klinisch opgenomen of poliklinische patiënten. Hiervoor is het nodig dat artsen specifieke richtlijnen volgen en zich scholen op dit gebied en dat er binnen de instelling een regeling is om BMZ te borgen. In dit hoofdstuk worden voorwaarden beschreven waaraan een revalidatiearts moet voldoen om BMZ op verantwoorde wijze uit te kunnen oefenen en de kwaliteit van de zorgverlening te kunnen borgen.

### 2.2 Bekwaamheids- en scholingseisen

#### *Herkennen van ziektebeelden*

Met betrekking tot het opstellen van bekwaamheidseisen, is ervoor gekozen om symptomen passend bij de aandoeningen, die de revalidatiearts zou moeten kunnen herkennen, te benoemen (zie bijlage 1). Na goed lichamelijk onderzoek moet hij/zij symptomen kunnen onderkennen en de differentiaaldiagnose kunnen stellen. De revalidatiearts moet vervolgens een adequate behandeling kunnen inzetten en weten wanneer een doorverwijzing naar een andere specialist noodzakelijk is. Een aantal aandoeningen kan primair en afdoende in de revalidatie-instelling worden behandeld (bijvoorbeeld een urineweginfectie of anemie). In ernstige gevallen dient uiteraard (direct) doorverwijzing naar of consultatie bij een andere specialist plaats te vinden. Belangrijk is dat de revalidatiearts de aandoening herkent, de ernst van de aandoening kan inschatten en weet wanneer en waarheen hij/zij moet verwijzen.

#### *Diagnostiek*

Daarnaast moet de revalidatiearts beschikken over voldoende kennis van (aanvullende) diagnostiek. De revalidatiearts moet weten wanneer welk (aanvullend) onderzoek aan te vragen en de uitslag kunnen interpreteren. Een overzicht van diagnostiek is opgenomen in bijlage 2.

Het is de verantwoordelijkheid van de revalidatiearts om zijn kennis en vaardigheden voor het herkennen van de benoemde ziektebeelden (bijlage 1) en het aanvragen en beoordelen van diagnostiek (bijlage 2) op peil te houden en zich zo nodig hierin bij te scholen.

#### *Reanimatie*

Revalidatieartsen worden geacht vaardigheid tot reanimeren te hebben op minimaal Basic Life Support (BLS) niveau (inclusief AED). Artsen werkzaam binnen een klinische revalidatiesetting wordt aanbevolen reanimatievaardigheden te beheersen op het niveau van Immediate Life Support (ILS). Het is de verantwoordelijkheid van de revalidatiearts om kennis en vaardigheden voor het verlenen van reanimatie op peil te houden en zich hierin bij te scholen.

### 2.3 Systematische registratie en verslaglegging

Om goede basismedische zorg te kunnen verlenen, is het van belang dat de "ziektegeschiedenis" van de patiënt in de status overzichtelijk terug te vinden is, zodat bij incidenten en acute situaties hierin snel inzicht verkregen kan worden. Het medisch dossier moet zo ingericht zijn, dat ook een dienstdoende arts, die de patiënt niet kent, onmiddellijk de benodigde gegevens voorhanden heeft. Het gebruik door de dienstdoende arts van uitsluitend een verpleegkundig dossier, zoals hier en daar gebruikelijk, is absoluut onvoldoende.

## 2.4 Randvoorwaarden

Om basismedische zorgverlening in revalidatie-instellingen te borgen, zijn de volgende voorwaarden van belang:

- Er zijn zorgverleners aanwezig voor het verlenen van reanimatie (minimaal BLS/AED niveau). Er is een arts beschikbaar voor overleg.
- Er wordt een overzicht bijgehouden waarop staat welke zorgverleners er op welke dagen verantwoordelijk zijn voor het verlenen van reanimatie. Dit overzicht staat onder verantwoordelijkheid van de revalidatieartsen.
- Er zijn artsen (op afroep) beschikbaar voor het verlenen van spoedeisende geneeskunde in de klinische setting.
- Er wordt een overzicht bijgehouden waarop staat welke artsen er op welke dagen verantwoordelijk zijn voor het verlenen van spoedeisende geneeskunde. Dit overzicht staat onder verantwoordelijkheid van de revalidatieartsen.
- Er is een (herhalings)cyclus van scholingsbijeenkomsten voor revalidatieartsen bestaande uit een training spoedeisende geneeskunde en reanimatietraining (1x per 2 jaar).
- Er wordt een overzicht bijgehouden waarop staat welke revalidatiearts wanneer welke scholing op het gebied van basismedische zorg heeft gevolgd. Dit overzicht staat onder verantwoordelijkheid van de revalidatieartsen.
- Tijdens de kwaliteitsvisitatie van de VRA wordt getoetst of de vakgroep voldoet aan de scholingseisen. Daarvoor dient er een actueel scholingsoverzicht te zijn.
- De instelling beschikt over een reanimatieprotocol, waarin de richtlijnen, infrastructuur, randvoorwaarden en verantwoordelijkheden zijn omschreven. Dit protocol dient gebaseerd te zijn op de richtlijnen opgesteld door de Nederlandse Reanimatie Raad ([www.reanimatieraad.nl](http://www.reanimatieraad.nl)). De revalidatiearts dient hiervan kennis te hebben.
- De instelling zorgt ervoor dat de infrastructuur en randvoorwaarden voor het verlenen van basismedische zorg (dit betreft o.a. afspraken, medicatie, apparatuur, instrumentarium en disposables) aanwezig zijn.
- In het medisch dossier van de patiënt dient standaard een duidelijk te onderscheiden en snel toegankelijk "overzicht van events" aanwezig te zijn. Verder moet het medicatieoverzicht terug te vinden zijn op een herkenbare plaats.

### 3. Model voor verantwoordelijkheidsverdeling

Met betrekking tot het opstellen van een model voor verantwoordelijkheidstoedeling is in 2010 de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg verschenen<sup>1</sup>. Als hoofdregel geldt dat iedere behandelaar verantwoordelijk is voor zijn/haar eigen handelen.

Op grond hiervan is de direct behandelend (revalidatie)arts hoofdbehandelaar en, wanneer een patiënt is opgenomen in een revalidatie-instelling, verantwoordelijk voor zowel de revalidatiegeneeskundige als de basismedische zorg van een patiënt, tenzij anders schriftelijk is vastgelegd.

Om vast te leggen waar de verantwoordelijkheid voor de behandeling ligt bij het in consult roepen van een andere specialist, adviseert de werkgroep dat de aard van de consulten (eenmalig consult of medebehandeling en de daarbij behorende verantwoordelijkheid), de werkwijze, de faciliteiten voor de consulent en de financiering in een schriftelijke overeenkomst worden vastgelegd.

Met betrekking tot de aard van de consulten adviseert de werkgroep een duidelijk onderscheid te maken tussen “éénmalig consult” en “medebehandeling”.

Bij een éénmalig consult geeft de consulent aan de behandelend arts een advies ten aanzien van de gestelde problematiek. De behandelend arts zal dit advies mee laten wegen en verwerken in zijn verdere beleid. De behandelend arts behoudt de volledige verantwoordelijkheid voor dit beleid, de follow-up en het eventueel opnieuw voorleggen van de problematiek aan de consulent.

Wanneer de behandelend arts de consulent inroept voor “medebehandeling”, geeft de consulent aan welke diagnostiek en/of behandeling ingezet dient te worden. De behandelend arts zet dit beleid in.

De verantwoordelijkheid voor dit (specifieke) beleid ligt inhoudelijk bij de consulent, maar wat betreft de uitvoering bij de behandelend arts. De geconsulteerde arts behoudt de verantwoordelijkheid voor de follow-up, waarbij zowel de consulent als behandelend arts verantwoordelijk zijn om deze follow-up mogelijk te maken.

In bijlage 3 is een voorbeeld van een samenwerkingsovereenkomst opgenomen.

---

<sup>1</sup> Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF). Januari 2010.

## **Bijlage 1. Te herkennen aandoeningen in het kader van BMZ**

### **INTERNE AANDOENINGEN**

pneumonie  
pneumothorax  
longembolie  
astma bronchiale  
haemoptoe

myocardinfarct  
astma cardiale  
decompensatio cordis  
bradycardie  
tachycardie  
atriumfibrilleren  
ventrikelfibrilleren

hypertensie  
diabetes

urine­weginfecties (hoog/laag)  
(acute) nefrolithiasis

diep veneuze trombose

tractus digestivus bloedingen

anemie  
hypercholesterinemie

intoxicaties

acute arthritiden

sepsis  
shock

### **CHIRURGISCHE AANDOENINGEN**

acute buikbeelden  
acute arteriële vaatproblemen  
fracturen  
luxaties

### **NEUROLOGISCHE AANDOENINGEN**

acute CVA  
meningitiden en encephalitis  
verhoogde intracraniale druk  
epilepsie

**RUGGENMERG**

dreigende (partiële) dwarslaesies

**PSYCHIATRIE**

organisch psychosyndroom / delier

psychose

depressie

suïcidaliteit

angststoornissen

**OOGHEELKUNDE**

acut glaucoom

iridocyclitis

acute visusdaling

keratitis

episcleritis

**KNO**

otitis media

epistaxis

peritonsillaire abcessen



## Bijlage 2. Diagnostiek in het kader van BMZ

Met betrekking tot diagnostiek in het kader van basisedische zorg zijn de volgende deelgebieden te onderkennen:

- lichamelijk onderzoek
- laboratoriumonderzoek
- röntgendiagnostiek
- ECG

Voor het geven van basisedische zorg is het van belang dat de revalidatiearts beschikt over kennis rondom diagnostiek en vaardigheden om op grond van de uitslagen een behandeling in te zetten dan wel de patiënt door te verwijzen. De revalidatiearts hoeft niet altijd zelf de uitslagen van een onderzoek te kunnen beoordelen. Dit is onder andere aan de orde bij de verdenking op een cardiaal of een pulmonaal probleem. Ondanks dat deze aandoeningen voorkomen in de praktijk van een revalidatiearts, kan een revalidatiearts niet bogen op voldoende ervaring met het beoordelen van een ECG en/of röntgenopname. In dergelijke gevallen is een consult met een andere specialist noodzakelijk.

De revalidatiearts wordt geacht vaardig te zijn in lichamelijk onderzoek. Hierbij moet worden gedacht aan een goed, oriënterend, intern geneeskundig, chirurgisch en neurologisch onderzoek.

Met betrekking tot laboratoriumonderzoek behoort de revalidatiearts te weten wanneer hij/zij gebruik maakt van laboratoriumonderzoek en wat te doen met de uitslagen.

Concreet moet er wat laboratoriumonderzoek betreft voldoende kennis zijn op de volgende deelgebieden:

- infectie parameters
- anemie
- nier- en leverfunctiestoornissen
- schildklierfunctiestoornissen
- glucosetofwisseling
- stollingsparameters

## Bijlage 3. Voorbeeld overeenkomst inzake consulentenschap

### **Samenwerkingsovereenkomst**

De ondergetekenden,

1. Revalidatie-instelling ....., vertegenwoordigd door....., hierna verder te noemen.....,

en

2. ...., vertegenwoordigd door,....., hierna verder te noemen

verklaren als volgt overeengekomen te zijn:

consulentenschap .....

### **Artikel 1 – Consultatie**

1. De specialist wordt in consult gevraagd ten aanzien van een specifiek probleem door de behandelend arts.  
Op basis van de problematiek zijn er twee manieren waarop het consulentenschap kan worden ingevuld:
  - A. *Eenmalig consult*: de consulent geeft aan de behandelend arts een advies ten aanzien van de gestelde problematiek.  
De behandelend arts zal dit advies mee laten wegen en verwerken in zijn verdere beleid.  
De behandelend arts behoudt de volledige verantwoordelijkheid t.a.v. dit beleid, t.a.v. follow-up en t.a.v. het eventueel opnieuw voorleggen van de problematiek aan de consulent.
  - B. *Medebehandeling*: de consulent geeft bij de behandelend arts aan welke diagnostiek en/of behandeling ingezet dient te worden. De behandelend arts zet dit beleid in.  
De verantwoordelijkheid t.a.v. dit (specifieke) beleid ligt inhoudelijk bij de consulent.  
Wat betreft uitvoering bij de behandelend arts.  
De consulent behoudt verantwoordelijkheid t.a.v. follow-up, waarbij zowel de consulent als behandelend arts verantwoordelijk zijn om deze follow-up mogelijk te maken.
2. Organisatie
  - A. Consultaanvragen worden op schrift aan de consulent voorgelegd.
  - B. Van het consult wordt een kort schriftelijk verslag gemaakt of door de consulent, of door de behandelend arts als deze bij het consult aanwezig is. Een kopie wordt in de medische status bewaard. Een kopie wordt ter beschikking van de consulent gesteld.
  - C. Indien er behoefte is aan de medebehandelingsvorm wordt dit expliciet bij het consultaanvraag (door aanvrager), of verslag (door consulent) vermeld. In het verslag wordt dan tevens vermeld wanneer het beleid geëvalueerd dient te worden, door een fysieke consultatie dan wel overleg van behandelend arts en consulent.
  - D. In geval van medebehandeling wordt de follow-updatum bewaakt door de behandelend arts.

- E. Indien er een afsluiting plaatsvindt van de medebehandeling wordt hier een notitie van in de status gemaakt.
  - F. Indien de medebehandeling niet is afgesloten en de patiënt uit ..... vertrekt, wordt met de consulent door de behandelend arts overlegd hoe aan het vervolg vorm moet worden gegeven.
3. Het ..... draagt er zorg voor dat de continuïteit van consultatie gewaarborgd is en doet dat steeds in overleg met .....

### **Artikel 2 – Ruimte en outillage**

..... zal voor de consulent ruimte en outillage ter beschikking stellen. Deze ruimte en outillage zullen voldoen aan redelijk te stellen eisen.

### **Artikel 3 – Intenties**

1. De consulent zal zijn werkzaamheden verrichten in goede relatie met de aan ..... verbonden medewerkers.
2. Daar de consulent slechts beperkt aanwezig is in ..... zal de medebehandelingsvorm slechts beperkt en het consult sec bij voorkeur worden gebruikt.
3. Indien bij medebehandeling de aanwezigheid van de consulent of de overlegmogelijkheid tussen consulent en behandelend arts onvoldoende is om het medisch beleid verantwoord vorm te geven, dan dient de patiënt overgeplaatst te worden naar een ziekenhuisbed waar het medische beleid wel vorm gegeven kan worden.
4. De consulent draagt zorg voor een goede organisatie van het consulentschap. De voor de behandeling relevante gegevens van elk bij de consulent in behandeling zijnde persoon, zullen door hem worden geregistreerd.
5. De verzamelde gegevens dienen zodanig te worden opgeslagen en beheerd, dat de bij of krachtens de wet gestelde voorschriften ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer in acht worden genomen. (Het privacyreglement van ..... is daarop van toepassing.

### **Artikel 4 – Financiën**

1. De consulent zal ... uur per ..... (inclusief reistijd) werkzaamheden verrichten ten behoeve van ..... De tijden van aanwezigheid worden in onderling overleg geregeld. De kosten hiervan bedragen ..... per uur. Het tarief zal de trendmatige aanpassingen van de AMS volgen.
2. Over het aantal uren waarin de consulent voor ..... extra werkzaam is, zal het ..... een vergoeding ontvangen welke is gebaseerd op de voor deze functie door het ..... gemaakte kosten en bedraagt bij ondertekening van deze overeenkomst ..... per uur.
3. Na afloop van elk kwartaal dient het ..... een declaratie in voor de gemaakte uren. .... verplicht zich om deze declaratie binnen een maand na indiening te voldoen.

**Artikel 5 – Duur van de overeenkomst**

1. Deze overeenkomst is voor onbepaalde tijd aangegaan.
2. De wederzijdse opzegperiode bedraagt zes maanden.

**Artikel 6 – Geschillen**

1. Alle geschillen naar aanleiding van deze overeenkomst zullen, bij wege van bindend advies, worden beslecht door het Scheidsgerecht voor het Nederlands Ziekenhuiswezen.

Aldus overeengekomen en in tweevoud opgemaakt te .....

Namens .....

Namens .....

Algemeen directeur .....

Manager .....

\* \* \*