

Advies (versie 14 september 2005)

uitgebracht door de VRA-werkgroep Basismedische Zorg m.b.t. de te stellen eisen om te komen tot een goede basismedische zorgverlening in revalidatie-instellingen*

Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft op 13 juli 2004 het rapport Basismedische zorg in categorale ziekenhuizen uitgebracht. Het rapport (kenmerk IGZ/CSG/HI-U-08074) beschrijft een onderzoek naar de knelpunten en aandachtspunten voor verbetering van de basismedische zorgverlening in categorale ziekenhuizen dat de IGZ in 2003 heeft uitgevoerd in alle categorale ziekenhuizen in Nederland.

Belangrijkste conclusie van het IGZ rapport is, dat in categorale ziekenhuizen in onvoldoende mate basismedische zorg wordt verleend. Onder *basismedische zorgverlening* verstaat de inspectie de algemeen medische (niet-specialistische) zorgverlening op generalistisch, huisartsgeneeskundig niveau.

De inspectie baseert haar conclusie op de volgende knelpunten:

- de basismedische zorg is onvoldoende geprofileerd,
- de continuïteit van de basismedische zorg is matig,
- de bekwaamheidsborging van zorgverleners aangaande basismedische zorg is gebrekkig
- de farmacologische zorg behoeft verbetering
- de veiligheidborging van medische hulpmiddelen voor basismedische zorg is onvoldoende.

In de inleiding van het rapport constateert de Inspectie tot haar genoegen dat de revalidatieinstellingen intussen al druk bezig zijn met een verbetertraject.

De Inspectie vermeldt in hetzelfde rapport als positieve constatering de wijze waarop categorale ziekenhuizen omgaan met aanbevelingen van de MIP-commissie (meldpunt incidenten patiënten) en de snelle overdracht van gegevens bij ontslag. Ook de grote betrokkenheid van de zorgverleners bij de patiënt vindt de Inspectie vermeldenswaard.

* Het advies van de werkgroep is op 27 april 2005 in de VRA-ledenvergadering besproken en aanvaard.

Primaire reactie van de VRA en Revalidatie Nederland

De zorgen die de inspectie in haar rapport uit met betrekking tot de basismedische zorg, worden herkend en gedeeld door Revalidatie Nederland (RN) en de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Revalidatie-instellingen leveren hoogwaardige, gespecialiseerde revalidatiezorg voor een groot aantal patiënten met complexe problematiek. Basismedische zorg vormt daar een impliciet en belangrijk onderdeel van.

De beide verenigingen (VRA en RN) constateren dat veel van de opgenomen revalidanten comorbiditeit hebben, die voortdurende medische aandacht behoeven en dat er meer aandacht aan het formuleren van kwaliteitseisen rondom de basismedische zorgverlening besteed zou moeten worden.

Bij de bespreking van het rapport tijdens de beleidsdag van het VRA-bestuur op 7 en 8 september 2004 is geconcludeerd dat er geen discussie is over het feit, dat het verlenen van basismedische zorg aan patiënten in een revalidatiecentrum een taak is van de revalidatiearts. Het VRA-bestuur maakt daarbij wel de kanttekening, dat nergens duidelijk is omschreven wat onder “generalistisch, huisartsgeneeskundig niveau” moet worden verstaan. Het vak van huisarts heeft zich de laatste decennia steeds verder ontwikkeld. De competenties van een huisarts na een driejarige opleiding gaan vanzelfsprekend verder dan die van een basisarts. Bovendien bouwt de huisarts in de loop van zijn praktijk ervaringsdeskundigheid op in de “basismedische zorg”, die een praktiserend revalidatiearts zal missen. Met name aan deze aspecten zal bij het formuleren van bekwaamheidseisen met betrekking tot de kwaliteit van de basismedische zorgverlening door revalidatieartsen aandacht moeten worden besteed. Bij de samenstelling van de werkgroep is daarom rekening gehouden met aanwezige klinische ervaring van de deelnemende revalidatieartsen.

De VRA en RN zijn van mening dat een gezamenlijke aanpak van de geconstateerde problemen noodzakelijk is. In het regulier overleg tussen de besturen van RN en VRA in mei 2004 is – nog voor de officiële verschijning van het rapport – hierover voor een eerste keer gesproken en zijn er afspraken gemaakt voor het vervolg. Behalve afspraken over de aanpak van de aanbevelingen van de Inspectie zullen ook afspraken moeten worden gemaakt over implementatie van de adviezen en toetsing daarvan.

Aanbevelingen van de Inspectie

De Inspectie voor de Gezondheidszorg doet in haar rapport op basis van de onderzoeksbevindingen de volgende aanbevelingen:

De beroepsverenigingen (specialisten, verpleegkundigen) en koepels dienen:

- 1. Bekwaamheidseisen op te stellen voor artsen t.b.v. basismedische zorg.***
- 2. Bekwaamheidseisen op te stellen voor verpleegkundigen t.b.v. het verpleegkundig handelen bij basismedische zorg.***
- 3. Een model te ontwikkelen voor systematische en overzichtelijke registratie en verslaglegging van basismedische zorg.***

4. Een model te ontwikkelen waarbij de verantwoordelijkheidstoedeling bij de inzet van consulenten als specialisten, huisartsen en verpleeghuisartsen op verantwoorde en uniforme wijze geregeld wordt.

De categorale ziekenhuizen dienen:

1. Basismedische zorg op te nemen in hun missie en visie; m.n. dienen ook de beperkingen in opnamebeleid en behandelmogelijkheden te worden geëxpliciteerd.
2. Maatregelen te treffen om basismedische zorg gedurende 7 x 24 uur (per week) te garanderen. Per instelling dient de personeelsformatie te worden geënt op deze eisen.
3. Maatregelen te nemen waardoor bekwaamheid van artsen en verpleegkundigen om basismedische zorg te verlenen blijvend gegarandeerd wordt.
4. De veiligheid van de geneesmiddelendistributie, de aanschaf, beheer en gebruik van (steriele) medische hulpmiddelen voor basismedische zorg en de infectiepreventie systematisch te beheersen en te bewaken.

De VRA heeft als wetenschappelijke vereniging van revalidatieartsen de betreffende aanbevelingen die door de IGZ aan de beroepsvereniging worden gedaan, opgepakt. Deze worden besproken in het vervolg van deze nota.

Revalidatie Nederland is verder gegaan met de aanbevelingen aan de categorale ziekenhuizen en zal met de organisatie van verpleegkundigen afstemmen dat er bekwaamheidseisen opgesteld worden voor verpleegkundigen t.b.v. het verpleegkundig handelen bij basismedische zorg.

Voor de gerealiseerde verbeteracties van revalidatie-instellingen zij verwezen naar de brief van Revalidatie Nederland d.d. 16 maart 2005 aan de Hoofdinspecteur Curatieve Zorg, de heer P.A.W. Edgar.

Uitwerking aanbevelingen door de VRA

Het VRA-bestuur besloot in september 2004 tot het instellen van een **werkgroep die als taak heeft** uiterlijk in het voorjaar van 2005 te komen met adviezen/aanbevelingen m.b.t. de volgende aspecten:

- 1) het opstellen van bekwaamheidseisen voor revalidatieartsen t.b.v. basismedische zorg;
- 2) een systematische en overzichtelijke registratie en verslaglegging van de basismedische zorg;
- 3) het opstellen van een model voor verantwoordelijkheidstoedeling.

Samenstelling werkgroep:

- dhr. W. Wertheim (voorzitter), revalidatiearts
- mw. M. de Beer, namens het bestuur van de VRA, revalidatiearts
- dhr. M. v. Gestel namens het bestuur van de VRA, revalidatiearts
- mw. P. van Kampen, namens de kerngroep, aios revalidatiegeneeskunde

- dhr. T. v. Bezeij, namens de kerngroep, aios revalidatiegeneeskunde
- mw. J. Landheer, beleidsmedewerker VRA
- mw. M. v.d. Berg, secretaris van de werkgroep

Status uit te brengen advies

De werkgroep adviseert de hierna volgende adviezen/aanbevelingen over te nemen en deze ter kennis te brengen van de VRA-leden. De werkgroep acht de naleving van de adviezen geen vrijblijvende zaak. Revalidatieartsen moeten aangesproken kunnen worden op hun kennis en vaardigheden in de basismedische zorg en zullen zich niet kunnen beroepen op het feit, dat het in de instelling waar zij werkzaam zijn "anders" geregeld is, tenzij zij door de directie van de instelling aantoonbaar (schriftelijk) zijn vrijgesteld van het verlenen van basismedische zorg. Dat impliceert dat werkgevers van revalidatieartsen de artsen in staat stellen om zich ook in dit onderdeel van de zorg te bekwamen en hun vaardigheden op peil te houden.

Mede om die reden adviseert de werkgroep de aanbevelingen ook ter kennis te brengen van de revalidatie-instellingen en hun branche-organisatie (Revalidatie Nederland).

Het formuleren van de bekwaamheidseisen is in dit stadium gebeurd op grond van ervaringen uit de dagelijkse praktijk van de werkgroepleden en is derhalve niet wetenschappelijk onderbouwd. Het verdient daarom aanbeveling het rapport in een VRA-ledenvergadering* te bespreken en de daaruit voortkomende opmerkingen en kritische kanttekeningen af te wegen en eventueel aan het rapport toe te voegen, alvorens het rapport definitief vast te stellen. Op deze wijze wordt duidelijkheid en draagvlak verkregen.

De werkgroep adviseert het bestuur voorts om t.z.t. aan het Concilium de vraag voor te leggen of er met betrekking tot basismedische zorg speciale competenties moeten worden ontwikkeld, die kunnen c.q. moeten worden opgenomen in het curriculum van de opleiding tot revalidatiegeneeskundige.

** Op 27 april 2005 is het advies besproken en aangenomen in de Algemene Ledenvergadering van de VRA. Naar aanleiding van de gemaakte opmerkingen tijdens de ALV is het advies op onderdelen bijgesteld. De wijzigingen betreffen m.n. de statusvoering (geen onderscheid tussen somatische en revalidatiestatus), reanimatie (eventuele aanwezigheid van een Automatische Externe Defibrillator) en een verwijzing naar het Raamplan 2001 Artsopleiding.*

Inhoud van het Advies

De werkgroep is 4 keer bij elkaar geweest en heeft in haar voorlopig laatste vergadering van 1 februari 2005 met betrekking tot de genoemde onderwerpen de volgende adviezen geformuleerd.

1. Het opstellen van bekwaamheidseisen voor revalidatieartsen t.b.v. basismedische zorg

Herkennen van ziektebeelden

Met betrekking tot het opstellen van bekwaamheidseisen voor revalidatieartsen voor de basismedische zorg is ervoor gekozen om de aandoeningen te benoemen die de revalidatiearts moet kunnen herkennen. Na goed lichamelijk onderzoek moet hij/zij symptomen kunnen onderkennen en de diagnose 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 het Revalidatie Centrum (RC) worden behandeld (bv. een eenvoudige urineweginfectie of anaemie). In ernstige gevallen dient uiteraard (direct) doorverwijzing naar een 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.

De benoemde aandoeningen zijn onderverdeeld in de volgende categorieën:

neurologische aandoeningen, chirurgische aandoeningen, interne aandoeningen en overige aandoeningen.

Door de werkgroep is uitvoerig gediscussieerd over welke aandoeningen wel/niet tot de basismedische zorg in revalidatie-instellingen behoren. De benoemde aandoeningen moeten worden gezien als een minimum set. Deze lijst vormt een explicitering van de Problemenlijst die in het Raamplan 2001 Artsopleiding is opgenomen, waarin alle aandoeningen staan vermeld, die elke basisarts moet kunnen herkennen.

De benoemde aandoeningen zijn opgenomen in **bijlage 1**.

Het is de verantwoordelijkheid van de revalidatiearts om zijn kennis en vaardigheden voor het onderkennen van genoemde ziektebeelden op peil te houden en zich zo nodig bij te scholen.

Aanvullende 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 aanvullende diagnostiek is opgenomen in **bijlage 2**.

Het is de verantwoordelijkheid van de revalidatiearts om zijn kennis en vaardigheden voor het aanvragen en beoordelen van diagnostiek op peil te houden en zich zo nodig bij te scholen.

Reanimatie

Revalidatieartsen worden geacht vaardigheid tot reanimeren te hebben op “huisartsenniveau”. Dit houdt in, dat er hartmassage en beademing toegepast moet kunnen worden, dat zonodig een cardiogram beoordeeld kan worden met als doel te bepalen of defibrilleren zinvol is, dat er zonodig een infuus kan worden ingebracht en/of (en zo ja welke) basisgeneesmiddelen moeten worden toegediend. Het kunnen beoordelen van een ECG is uiteraard niet aan de orde wanneer gebruik wordt gemaakt van een automatische externe defibrillator.

De werkgroep gaat ervan uit, dat in iedere instelling een reanimatieprotocol beschikbaar is, waarin de richtlijnen, infrastructuur, randvoorwaarden en verantwoordelijkheden zijn omschreven. De revalidatiearts dient hiervan kennis te hebben.

Het is de verantwoordelijkheid van de revalidatiearts om zijn kennis en vaardigheden voor het verlenen van reanimatie (dit betreft medicatie, apparatuur, instrumentarium en disposables) op peil te houden en zich zo nodig bij te scholen.

Een goed voorbeeld voor een reanimatieprotocol is – naar de mening van de werkgroep – het protocol, zoals dat is opgesteld en wordt gebruikt in het Rijnlands Revalidatiecentrum. Dit protocol is in te zien op de website van de VRA: <http://vra.artsennet.nl>

2. Systematische en overzichtelijke registratie en verslaglegging van de basismedische zorg

Met betrekking tot een systematische en overzichtelijke registratie en verslaglegging van de basismedische zorg is door de werkgroep een advies over de statusvoering (medisch dossier) opgesteld. Het gebruik door de dienstdoende arts van uitsluitend een verpleegkundig dossier, zoals hier en daar gebruikelijk, is absoluut onvoldoende.

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 calamiteiten 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.

Daarom adviseert de werkgroep dat vóórin de status standaard een duidelijk te onderscheiden en snel toegankelijk “overzicht van events” aanwezig is, waarin ook een medicatie-overzicht is opgenomen.

Voor wat betreft “de Revalidatiestatus” wordt volledigheidshalve verwezen naar de adviezen die de VRA-Kwaliteitscommissie hieromtrent heeft opgesteld.

3. Model voor verantwoordelijkheidstoedeling

Met betrekking tot het opstellen van een model voor verantwoordelijkheidstoedeling is geconstateerd, dat hierover geen wetgeving bestaat en nauwelijks jurisprudentie voorhanden is. Ook de IGZ en de KNMG geven hiervoor geen richtlijnen. Als hoofdregel geldt dat iedere behandelaar verantwoordelijk is voor zijn/haar eigen handelen.

Op grond van het vorenstaande in dit rapport is de direct behandelend arts verantwoordelijk voor zowel de revalidatiegeneeskundige als de basisedische zorg van een patiënt in een revalidatiecentrum, 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 in “éénmalige 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 t.a.v. dit beleid, t.a.v. follow-up en t.a.v. 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 t.a.v. dit (specifieke) beleid ligt inhoudelijk bij de consulent, maar wat betreft de uitvoering bij de behandelend arts. De geconsulteerde arts behoudt de verantwoordelijkheid t.a.v. follow-up, waarbij zowel de consulent als behandelend arts verantwoordelijk zijn om deze follow-up mogelijk te maken.

De werkgroep constateerde dat in het RC Heliomare een goed voorbeeld voor een samenwerkingsovereenkomst, zoals bedoeld, voor handen is. Deze overeenkomst is door de KNMG juridisch getoetst en “goedgekeurd”. Korthedshalve wordt hier verwezen naar dat voorbeeld.

Zie **bijlage 3**.

De werkgroep adviseert dat ook in andere revalidatie-instellingen soortgelijke overeenkomsten worden gehanteerd.

Samenvatting van de adviezen op de gevraagde onderdelen

De werkgroep adviseert inzake (1.) het opstellen van bekwaamheidseisen voor revalidatieartsen t.b.v. basismedische zorg, dat

de revalidatieartsen hun kennis en vaardigheden op peil houden (en zich zo nodig bij scholen) met betrekking tot

- het onderkennen van (minimaal) met name genoemde ziektebeelden
- het kunnen aanvragen en beoordelen van genoemde diagnostiek
- het verlenen van reanimatie.

Voorts adviseert de werkgroep het VRA-bestuur om t.z.t. aan het Concilium voor te leggen of er met betrekking tot Basis Medische Zorg speciale competenties moeten worden ontwikkeld, die kunnen c.q. moeten worden opgenomen in het curriculum van de opleiding tot revalidatiegeneeskundige.

De werkgroep adviseert inzake (2.) een systematische en overzichtelijke registratie en verslaggeving van de basismedische zorg, dat

vóórin de status standaard een duidelijk te onderscheiden "overzicht van events" aanwezig is, waarin ook een medicatie-overzicht is opgenomen.

De werkgroep adviseert inzake (3.) het opstellen van een model voor verantwoordelijkheidstoedeling, dat

voor het vastleggen van de verantwoordelijkheid van de behandeling bij het in consult roepen van een specialist een schriftelijke overeenkomst wordt aangegaan tussen de revalidatie-instelling en de persoon of instantie die de consulten verleent. In deze overeenkomsten behoren minimaal te zijn opgenomen: de aard van de consulten (eenmalig consult of medebehandeling en de daarbij behorende verantwoordelijkheid), de werkwijze, de faciliteiten voor de consulent en de financiering.

Toetsing

Al eerder is geconstateerd, dat voor de basismedische zorgverlening er zowel een verantwoordelijkheid ligt bij de behandelend arts, als bij de instelling waar de patiënt verblijft. Een nauwe samenwerking tussen de verantwoordelijke beroepsvereniging(en) en de revalidatie-instellingen is voor de implementatie van de adviezen en voor de evaluatie daarom van groot belang.

De werkgroep adviseert het bestuur van de VRA hierover afspraken te maken met Revalidatie Nederland. Gedacht wordt in dit verband aan toetsing op naleving van de adviezen tijdens de externe toetsing van de revalidatie-instellingen. Tevens adviseert de werkgroep om aan de Kwaliteitscommissie van de VRA te vragen het toetsingsinstrument voor de visitaties van praktijken aan te passen aan de VRA-standpunten met betrekking tot de basismedische zorg.

Tenslotte geeft de werkgroep in overweging het Advies basismedische zorg ook voor te leggen aan de Stuurgroep Prestatie-indicatoren, opdat bij het formuleren van nieuwe prestatie-indicatoren daarmee rekening kan worden gehouden. De werkgroep acht het van belang, dat ook op het punt van de basismedische zorg transparantie ontstaat en maatschappelijke verantwoording voor de geleverde zorg wordt gegeven.

Evaluatie

Voor het actueel houden van de inhoud van dit advies, adviseert de werkgroep het VRA-bestuur om jaarlijks te bezien of bijstelling noodzakelijk is.

Overleg Inspectie

De werkgroep heeft het vorenstaande advies (in concept) begin april 2005 voorgelegd aan de Inspecteur D.J. van der Plas, voorzitter van de IGZ-werkgroep Basismedische Zorg in Categoriele Ziekenhuizen. Deze antwoordt (medio april) dat het VRA-rapport er prima uit ziet en is tevreden over de wijze waarop RN en VRA reageren op de aanbevelingen uit het IGZ-rapport. Bij bijlage 1 plaatst de inspecteur enkele kleine kanttekeningen, die hebben geleid tot aanvulling (bij psychiatrische aandoeningen is toegevoegd "delier"). De inspecteur vond het een goed idee om de toetsing via visitaties te laten lopen. Het advies over de statusvoering komt tegemoet aan de opmerkingen in het IGZ-rapport.

* * *

Bijlagen.

1. Te herkennen aandoeningen
2. Diagnostiek
3. Model-overeenkomst consulentschap

Voor reanimatieprotocol Rijnlands Revalidatie Centrum zie de website van de VRA:
<http://vra.artsennet.nl>

* * *

Bijlage 1 bij het Advies

uitgebracht door de VRA-werkgroep Basisedische Zorg m.b.t. de te stellen eisen om te komen tot een goede basisedische zorgverlening in revalidatie-instellingen.

TE HERKENNEN AANDOENINGEN in het kader van basisedische zorg:
--

INTERNE AANDOENINGEN

pneumonie
pneumothorax
longembolie
astma bronchiale
haemoptoe

myocardinfarct
astma cardiale
decompensatio cordis
bradycardie
tachycardie
atriumfibrilleren
ventrikelfibrilleren

hypertensie
diabetes

urinegeweefinfecties (hoog/laag)
(acute) nefrolithiasis

diep veneuze thrombose

tractus dig. bloedingen

anemie
hypercholesterinemie

intoxicaties

acute arthritiden

sepsis
shock

CHIRURGISCHE AANDOENINGEN

acute buikbeelden
acute arteriële vaatproblemen
wondbehandeling
fracturen
luxaties

NEUROLOGISCHE AANDOENINGEN

CEREBRAAL:

acute CVA
meningitiden en encephalitis
verhoogde intracraniale druk
epilepsie

RUGGEMERG:

dreigende (partiële) dwarslaesies

PERIFERE ZENUWEN:

OVERIGE AANDOENINGEN

PSYCHIATRIE:

organisch psychosyndroom /
delier
psychose
depressie
suïcidaliteit
angststoornissen

OOGHEELKUNDE:

acuut glaucoom
iridocyclitis
glasvochtbloedingen
keratitis
episcleritis

KNO:

otitis media
epistaxis
peritonsillaire abcessen

* * *

Bijlage 2 bij het Advies

uitgebracht door de VRA-werkgroep Basisedische Zorg m.b.t. de te stellen eisen om te komen tot een goede basisedische zorgverlening in revalidatie-instellingen.

DIAGNOSTIEK

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

- lichamelijk onderzoek
- laboratorium onderzoek
- röntgen diagnostiek
- 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. Doordat deze aandoeningen relatief zelden 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
- glucosestofwisseling
- stollingsparameters.

* * *

Bijlage 3 bij het Advies

uitgebracht door de VRA-werkgroep Basisedische Zorg m.b.t. de te stellen eisen om te komen tot een goede basisedische zorgverlening in revalidatie-instellingen.

Voorbeeld voor een overeenkomst inzake consulentschap

Samenwerkingsovereenkomst

De ondergetekenden,

1. Stichting Revalidatiecentrum, vertegenwoordigd door....., hierna verder te noemen.....,

en

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

verklaren als volgt overeengekomen te zijn:

consulentschap

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 consulentschap 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 e 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

* * *