

ORGANISATIE

prof. dr. Raymund Roos
afdelingshoofd en opleider Neurologie, voorzitter Lijn Commissie Kwaliteit Patiëntenzorg, Leids Universitair Medisch Centrum

prof. mr. dr. Dick Engberts
afdeling Neurologie, sectie Ethiek en Recht van de gezondheidszorg, LUMC

dr. Jouke Tamsma
directeur medische zaken, LUMC

LUMC VINDT 'REGIE' BETER UITGANGSPUNT DAN 'VERANTWOORDELIJKHEID'

Regievoerend arts biedt houvast



De KNMG spreekt in de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling over een ‘hoofdbehandelaar’ die ‘eindverantwoordelijkheid’ draagt. Het LUMC vond deze begrippen verwarrend en ontwierp een eigen regeling die zowel bij opgenomen als poliklinische patiënten duidelijk maakt welke arts de regie voert.

Een toename van complexe ziektebeelden, opeenvolging van behandelingen en groeiende noodzaak tot multidisciplinaire samenwerking maken de roep om continuïteit in de ziekenhuiszorg sterker. Er is behoefte aan duidelijkheid, niet alleen bij patiënten maar ook bij artsen. Daarnaast speelt bij artsen de vraag naar de eigen verantwoordelijkheid in relatie tot die van andere artsen en de vraag naar (tuchtrechtelijke) aansprakelijkheid. In 2010 werd de KNMG-handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg gepubliceerd.¹ De ‘hoofdbehandelaar’ wordt daarin beschreven als de zorgverlener bij wie de ‘eindverantwoordelijkheid’ rust. Aangegeven wordt dat er meerdere

niet per definitie het geval. Afhankelijk van de omstandigheden kunnen ook eerstelijnsberoepsbeoefenaren, een gezondheidszorgpsycholoog, een verpleegkundige of een andere zorgverlener de rol van hoofdbehandelaar vervullen.’

Verwarring

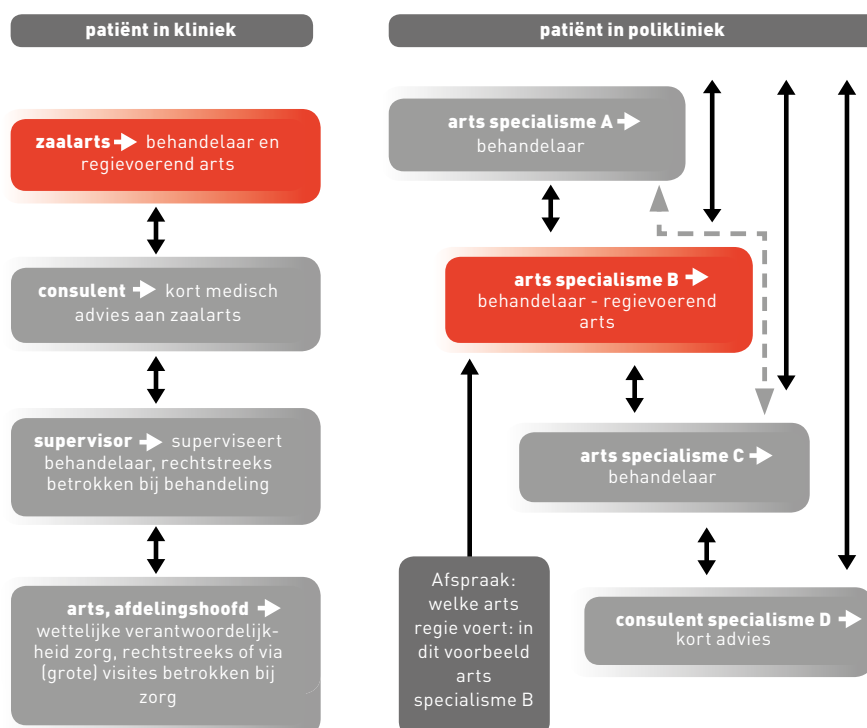
Wat opvalt is dat het begrip hoofdbehandelaar wordt gedefinieerd door het begrip eindverantwoordelijkheid. Dat leidt tot verwarring, omdat ‘hoofdbehandelaar’ zou moeten worden onderscheiden van

‘behandelaar’ en ‘eindverantwoordelijkheid’ van ‘verantwoordelijkheid’. Daarom menen wij dat de begrippen hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijkheid beter kunnen worden vermeden. In een ziekenhuis zijn meerdere artsen bij de behandeling van een patiënt betrokken en ieder is verantwoordelijk voor zijn eigen deel. Bovendien dragen zij voor de op hun eigen afdeling opgenomen patiënten verantwoordelijkheid voor adequate coördinatie en afstemming. Uit de handreiking valt verder af te leiden dat ook andere professionals dan artsen,

Er is behoefte aan duidelijkheid, niet alleen bij patiënten maar ook bij artsen

behandelaren kunnen zijn met uiteenlopende competenties. Maar ook wordt gezegd: ‘Zo nodig kan een van deze zorgverleners als hoofdbehandelaar optreden. Met hoofdbehandelaar wordt in dit kader bedoeld: de zorgverlener op wie de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid rust. In veel gevallen zal een arts de hoofdbehandelaar zijn, maar dat is

LUMC-regeling voor regievoering in kliniek en polikliniek



zoals een verpleegkundige, hoofdbehandelaar kunnen zijn. Ook dat vinden wij in de context van het ziekenhuis verwarrend, omdat daarmee onvoldoende recht wordt gedaan aan het eigen karakter van zowel de medische als de verpleegkundige beroepsuitoefening. Wel moet het voor de professionals en voor de patiënt duidelijk zijn wie de regie over de behandeling heeft: een arts die het overzicht houdt en zo nodig de afstemming van de zorg voor de patiënt regelt. Hoe dat kan worden bereikt, hangt er in onze ogen vanaf of de patiënt klinisch dan wel poliklinisch wordt behandeld. Op basis van dit uitgangspunt is de LUMC-regeling voor regievoering ontworpen. Deze regeling is nu enkele jaren van kracht en heeft de toets van de dagelijkse praktijk inmiddels doorstaan.

Opgenomen patiënt

De kern van de regeling voor de klinische situatie is dat de zaalarts van de afdeling waar de patiënt verblijft, de behandelend arts is (zie *figuur* op blz. 1511). De behandelend arts is medisch verantwoordelijk voor de opgenomen patiënt en heeft daarmee tevens de regiefunctie. Hij overziet het geheel van zorg en is aanspreekpunt voor de patiënt en de familie.

Deze zaalarts, meestal een aios, heeft altijd een medisch specialist als supervisor, die direct voor advies beschikbaar is. Het afdelingshoofd draagt verantwoordelijkheid voor de organisatorische en

medisch-beleidsmatige aspecten van de zorg op de afdeling. Alle overige artsen, van andere specialismen, die bij de behandeling zijn betrokken, zijn consulenten.

Als een patiënt van de ene afdeling naar de andere afdeling gaat, blijft de zaalarts van de verzendende afdeling verantwoordelijk voor de patiënt totdat de patiënt op de andere afdeling is opgenomen. Dat geldt ook als de patiënt tijdelijk verblijft op een functieafdeling of op de afdeling radiologie. Nieuwe beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, zoals de physician assistant (PA), zijn bevoegd binnen de verworven competentie een geprotocolleerd deel van de zorg op zich te nemen, onder de verantwoordelijkheid van de zaalarts.

Ook in een opleidingsziekenhuis werkt dit model goed. De zaalarts treedt op binnen de grenzen van zijn verworven competenties volgens de aanwijzingen van de supervisor. Een en ander is ingebed in een organisatie met een dienstenstructuur die de functie van afdelingsarts 24 uur per dag waarborgt.

Poliklinische patiënt

Voor de polikliniek is het ingewikkelder. In ons model is de eerste arts die de patiënt als professional ziet, de behandelend én regievoerend arts (zie *figuur* op blz. 1511). Als de patiënt op meerdere poliklinieken onder behandeling is, blijft de eerste arts de regievoerend arts. Op het moment dat de intensiteit van de poliklinische contacten op de afdeling van de regievoerend arts sterk afneemt, kan het overdragen van de regievoering aan de orde komen. De regie kan dan actief, in overleg met de patiënt worden overgedragen aan een andere behandelend arts van een andere polikliniek. Essentieel is dat de regievoering betrekking heeft op het medisch-inhoudelijke vlak: zij betreft de inhoudelijke afstemming van zorg voor de patiënt vanuit verschillende poliklinieken. Het is nadrukkelijk géén rol op grond waarvan de arts verantwoordelijk kan worden gesteld voor de logistiek van de afspraken op de verschillende afdelingen. Iedere

De regeling in het LUMC heeft de toets der kritiek doorstaan

behandelaar is en blijft verantwoordelijk voor de organisatie van de zorg binnen zijn eigen specialisme.

De functie van regievoerend poliklinisch arts zal niet vaak urgent moeten worden geactiveerd tijdens de avond-, nacht-, en weekeinduren. Voor zover nodig berust deze functie tijdens de diensten bij de dienstdoende arts.

Het doel van de rol van poliklinisch regievoerend arts is de kwaliteit van zorg en de veiligheid voor de patiënt maximaal te maken. De grootste risico's voor de patiënt liggen op het gebied van overdracht van informatie en medicatie. De regiefunctie zal daarom actief moeten worden bij alle kwetsbare patiënten, onder wie ouderen, en patiënten met meerdere ziektebeelden. De bewustwording van de rol moet zich uiten in proactief denken en handelen, waarbij de patiënt geïnformeerd wordt, de collega-behandelaren tot overleg bijeengeroepen worden en de huisarts geïnformeerd wordt. Het is in wezen het expliciet maken van een altijd al bestaande rol. Daarnaast wordt de regievoerende functie geactiveerd als de patiënt kenbaar maakt dat er onduidelijkheid bestaat met betrekking tot de afstemming van onderdelen van de poliklinische zorg. Om het werkzaam te maken en goed te documenteren, moet in het (elektronisch) patiëntendossier zichtbaar worden gemaakt wie de poliklinisch regievoerend arts is.

Drie rollen

Samengevat leidt dat in de praktijk tot de volgende rollen: behandelend arts (klinisch of poliklinisch), regievoerend arts en consulent (zie *figuur*). Voor de

MEER VERANTWOORDELIJKHEIDSVERDELING

Dit is het laatste artikel in een korte serie over verantwoordelijkheidsverdeling. In MC 26 betoogden arts-juristen dat het hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde ggz moet liggen bij de psychiater, in MC 27 beschreef het Albert Schweitzer ziekenhuis hoe het de KNMG-handreiking vertaalde naar de werkvloer.

opgenomen patiënt is de behandelend arts en regievoerend arts altijd gecombineerd in dezelfde zaalarts. Op de polikliniek kunnen regievoerder en behandelaar dezelfde persoon zijn, maar dat zal niet zo zijn als de patiënt meerdere poliklinieken bezoekt. De consulent zal in beide situaties, klinisch en poliklinisch, veelal een kortdurend contact met de patiënt hebben op verzoek van de behandelende arts om een eenvoudig advies te geven, waarna de behandeling bij de behandelend arts wordt voortgezet. De begrippen hoofdbehandelaar en medebehandelaar zijn vermeden omdat beide begrippen onvoldoende scherp zijn onderscheiden van het begrip behandelaar. Een vergelijkbaar bezwaar betreft het begrip eindverantwoordelijk. Er bestaan ook nog andere rollen in de

ziekenhuizen, zoals 'casemanager', 'zorgcoördinator' en 'zorgpadbeheerder'. Deze functionarissen kunnen ten dienste van de patiënt en behandelend arts een essentiële rol spelen in de afstemming van de logistiek en de communicatie, maar dragen in die rol geen verantwoordelijkheid voor individuele diagnostiek en behandeling.

Met het benoemen van de regievoerend behandelend arts wordt een impliciete taak expliciet gemaakt, wat de veiligheid van de patiënt ten goede kan komen. Essentieel is dat iedere arts zijn verantwoordelijkheid onderkent en aanvaardt ten behoeve van de patiënt, die weet wie zijn dokter is en de weg weet te vinden in het doolhof van de hedendaagse ziekenhuiszorg. ■

contact

r.a.c.roos@lumc.nl

cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoot en meer artikelen over verantwoordelijkheidsverdeling vindt u bij dit artikel via medischcontact.nl/artikelen.

Essentieel is
dat iedere arts zijn
verantwoordelijkheid
onderkent

oproep

Arm en rijk in de spreekkamer

oproep
SPECIAL

Een patiënte wordt liever niet verwezen, omdat zij de rekening van het ziekenhuis zelf moet betalen. Een ander meldt zich op het spreekuur met klachten van stress, omdat het bedrijf waar hij werkt failliet dreigt te gaan. Een derde vraagt juist om de meest extravagante cosmetische behandeling, omdat geld nu eenmaal moet rollen.

Een recente enquête van de LHV laat zien dat de gevolgen van de economische crisis merkbaar zijn in de spreekkamer van de huisarts. Maar ook andere artsen zullen ermee te maken krijgen. Voor de special over 'arm en rijk' ontvangen wij graag korte verhalen van lezers over een grappige, wrange of ontroerende confrontatie met de economische werkelijkheid.

Stuur uw inzending (maximaal 350 woorden) uiterlijk **26 augustus** naar: redactie@medischcontact.nl onder vermelding van 'lezersbijdrage arm en rijk'. De mooiste inzendingen worden gepubliceerd op de website en in de special, die medio september verschijnt.

De redactie houdt zich het recht voor bijdragen te redigeren en in te korten.