

# Goede voorbeelden hoofdbehandelaarschap in umc's

Eind 2008 heeft de NFU in overleg met de CRAZ de NFU-Handreiking 'Hoofdbehandelaarschap In een UMC' vastgesteld. De concrete aanleiding daarvoor was het rapport van de IGZ 2007, waarin werd geconstateerd dat de verdeling van verantwoordelijkheden tussen (hoofd)behandelaren in instellingen onvoldoende was geregeld. De NFU-Handreiking is bedoeld als concrete uitwerking van de KNMG-handreiking 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' en als zodanig wordt in de KNMG-handreiking dan ook verwezen naar de NFU-Handreiking. De NFU-Handreiking is uitsluitend van toepassing op de klinisch opgenomen patiënt en biedt ruimte om nader in te vullen dan wel daarvan gemotiveerd af te wijken ('pas toe of leg uit'). Gelet op het aflopen van de beoogde implementatietermijn van de KNMG-Handreiking eind 2013 en de voorgenomen evaluatie door de IGZ daarvan, heeft het CMD het initiatief genomen tot het verzamelen van voorbeelden van concrete uitwerkingen ('best practices') van de verdeling van verantwoordelijkheden in de acht umc's. Het is tevens de bedoeling deze 'best practices' op te nemen op de SharePoint site van het Platform verantwoordelijkheidsverdeling die de KNMG daarvoor beschikbaar heeft gesteld.

## NFU-handreiking Hoofdbehandelaarschap in een umc

Handreiking inzake (hoofd)behandelaar-, medebehandelaar-, consultant- en waarnemerschap voor medisch specialisten en artsen met betrekking tot de klinisch opgenomen patiënt in een umc.

### PREAMBULE:

Deze handreiking beoogt de medische verantwoordelijkheden voor de klinisch opgenomen patiënt in een umc te beschrijven, waarbij rekening wordt gehouden met de te onderscheiden rollen, zoals die zich in een umc voordoen. Gelet op de opleidingstaken zal een patiënt geregeld in aanraking komen met medisch specialisten in opleiding. Voor de patiënt is dat veelal het aanspreekpunt.

Vanwege de veelal multidisciplinaire aanpak in een umc is de regeling niet limitatief in de zin dat alle mogelijke praktijksituaties hierin zijn opgenomen. Gepoogd is wél voor de praktijk voldoende handvatten te verschaffen zodat samen met de patiënt de behandelaars tot een verantwoorde aanpak kunnen komen. Waar het om gaat is dat de patiënt te allen tijde de meest aangewezen behandelaar als aanspreekpunt heeft, die het best op de hoogte is van de betreffende patiënt en onder toezicht van een medisch specialist werkt die als hoofdbehandelaar optreedt.

Met de hiernavolgende 10 minimumeisen, die de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft gesteld aan een verantwoorde regeling voor de samenwerking tussen medisch specialisten, is voor zover dat binnen een umc mogelijk is- rekening gehouden:

- De hoofdbehandelaar is altijd een medisch specialist;
- Iedere opgenomen patiënt heeft een bij naam bekende medisch specialist als hoofdbehandelaar;
- Voldoende afgestemd op de opleidingsfase en ervaring van de onder supervisie gestelde personen;
- Heldere besluitvorming binnen een multidisciplinair overleg;
- Eenduidige afspraken over termijnen waarbinnen (spoed)consulten worden uitgevoerd;
- Beschrijving van hoe te handelen bij verschil van inzichten;
- Heldere communicatie bij beëindiging medebehandeling/consulentschap;
- Duidelijke instructies ten aanzien van de overdracht van verantwoordelijkheid;
- Opname in dossier van bij de behandeling betrokken personen en hun aandeel daarin;
- Afspraken over status van adviezen.

### 1. Doel

1.1 Het doel van deze regeling is tweeledig: de klinisch opgenomen patiënt is gedurende zijn opname op te hoogte van de (mede)behandelend arts die als aanspreekpunt fungeert van de patiënt. Daarnaast dient duidelijk te zijn welke medisch specialist als hoofdbehandelaar aangemerkt wordt, omdat de medische verantwoordelijkheid –onverlet de verantwoordelijkheid van de arts-assistent– voor de patiënten voornamelijk bij de medisch specialist ligt

voor de patiënten voortaanhangig bij de medisch specialist ligt.

1.2 De mate waarin toezicht wordt gehouden op het handelen van de arts-assistent door de supervisor hangt af van de voortgang in de opleiding en bekwaamheid van de arts-assistent. Naarmate een arts-assistent verder is in zijn opleiding zal de intensiteit van de supervisie afnemen. In het laatste jaar van de opleiding zal grotendeels zonder directe supervisie worden gewerkt.

1.3 Uitgangspunt is dat de patiënt –ongeacht de mate van de vereiste supervisie– de meest aangewezen medisch specialist als hoofdbehandelaar krijgt toegewezen. De naam van de hoofdbehandelaar dient voor de patiënt en/of diens naasten bekend te zijn alsmede bij de betrokken andere hulpverleners van de patiënt.

## 2. Definities

2.1 Hoofdbehandelaar: is de medisch specialist die de eindverantwoordelijkheid draagt voor de medische behandeling van de patiënt als geheel.

2.2 Behandelend arts: is de medisch specialist in opleiding niet zijnde de hoofdbehandelaar, verder te noemen: de arts-assistent.

2.3 Medebehandelaar: is de arts-assistent en/of medisch specialist die op verzoek van de hoofdbehandelaar al dan niet tijdelijk een gedeelte van de behandeling van een patiënt op zich neemt, dat buiten de eigen deskundigheid van de hoofdbehandelaar ligt, zonder daarbij de rol van de hoofdbehandelaar over te nemen.

2.4 Consulent: is de arts-assistent en/of medisch specialist die door de hoofd-, of medebehandelaar bij een bepaalde patiënt is ingeschakeld ter verkrijging van een oordeel of advies over een bepaald aspect van de diagnostiek of in te stellen therapie dat buiten de eigen deskundigheid van de hoofd-, medebehandelaar ligt.

2.5 Waarnemer: is een arts-assistent en/of medisch specialist van hetzelfde specialisme, die tijdelijk het hoofdbehandelaar-, medebehandelaar-, of consulentchap waarneemt, zonder de waar te nemen taken geheel over te nemen.

2.6 Afdelingshoofd: het medisch hoofd van de afdeling, die de eindverantwoordelijkheid draagt voor de patiëntenzorg binnen zijn afdeling, een en ander zoals bepaald in de WHW.

## 3. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden hoofdbehandelaar

3.1 De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijk voor de medische behandeling als geheel.

3.2 De hoofdbehandelaar heeft in elk geval de volgende verantwoordelijkheden en bevoegdheden:

- Draagt zorg dat aan de patiënt en aan de andere hulpverleners, die bij de behandeling zijn betrokken, duidelijk is wie hoofdbehandelaar is;
- Treedt op als coördinator van de algehele medische behandeling;
- Is bevoegd tot alle besluitvorming in het kader van de medische behandeling die door de wet aan de medisch specialist is toegekend met inachtneming van het bepaalde in Professioneel Statuut van de medisch specialist;
- Is aanspreekpunt voor artsen –al dan niet in opleiding (een en ander conform de eisen gesteld door het Centraal College Medisch Specialismen)(CCMS), verpleging, patiënt, huisarts en andere betrokken hulpverleners;
- Schakelt zo nodig een medebehandelaar en/of consulent in;
- Is verantwoordelijk voor implementatie van de adviezen van medebehandelaar en/of consulent, zonder dat daarbij de plicht ontstaat de adviezen op te volgen.

## 4. Verantwoordelijkheden behandelend arts

4.1 Een behandelaar is verantwoordelijk voor de uitvoering van het medisch beleid, zoals vastgesteld door de supervisor en betreffende afdeling.

4.2 De behandelaar heeft in elk geval de volgende verantwoordelijkheden en bevoegdheden:

- Is verantwoordelijk voor de dagelijkse medische zorg en de besluitvorming daaromtrent betreffende de patiënten die aan hem zijn toevertrouwd;
- Is verantwoordelijk voor de communicatie met de patiënt over het medisch beleid;
- Is verantwoordelijk voor de vastlegging van al datgene wat in het belang is van een goede zorgverlening in het medisch dossier, inclusief de uitkomsten van het overleg met de supervisor;
- Is verantwoordelijk voor de coördinatie van zorg conform de instructies van de supervisor;
- Schakelt zo nodig –in overleg met zijn supervisor– een medebehandelaar of consulent in.

## 5. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden medebehandelaar

5.1 Een medebehandelaar is verantwoordelijk voor dat gedeelte van de behandeling waarvoor diens deskundigheid is vereist en dat buiten de deskundigheid van de hoofdbehandelaar valt.

5.2 Een medebehandelaar heeft in elk geval de volgende verantwoordelijkheden en bevoegdheden:

- Draagt zorg voor de uitvoering van de medische zorg op zijn vakgebied, inclusief de informatieverstrekking aan de patiënt, visitelopen, voorschrijven medicatie, medische verslaglegging en informatie aan de betrokken hoofdbehandelaar, andere hulpverleners en huisarts;
- Schakelt zo nodig –na overleg met de (hoofd)behandelaar– een andere medebehandelaar en/of consulent in;
- Implementeert de adviezen van de andere medebehandelaar en/of consulent;
- In geval andere problemen optreden, die buiten het deskundigheidsgebied van de medebehandelaar vallen, dient hij overleg te plegen met

de hoofdbehandelaar;

- Iedere beëindiging van medebehandelaarschap wordt gemeld bij de betreffende hoofdbehandelaar.

## **6. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden consulent**

6.1 Een consulent is verantwoordelijk voor de door de hoofd- en/of medebehandelaar gevraagde adviezen.

6.2 Een consulent heeft in elk geval de volgende verantwoordelijkheden en bevoegdheden:

- Voert consult uit op verzoek van de hoofdbehandelaar en/of (mede)behandelaar;
- Draagt zorg voor de verslaglegging in het medische dossier en spreekt af wie zorg draagt voor de gevolgen van het advies in de behandeling van de patiënt;
- Draagt zorg –indien dit is afgesproken met de consultvrager– voor de informatieverstrekking aan de patiënt.

## **7. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden waarnemer**

7.1 Een waarnemer is verantwoordelijk voor de verdere goede gang van zaken gedurende de termijn van de waarneming van het (hoofd)behandelaar-, medebehandelaar- en consulentenschap, zonder dat hij diens verantwoordelijkheden en bevoegdheden volledig overneemt.

7.2 Een waarnemer bewaakt de goede voortgang van de behandeling en reageert zo nodig op veranderingen in de toestand van de patiënt. Indien nodig heeft de waarnemer gelijke bevoegdheden, zoals die aan degene wiens taken hij waarneemt, zijn toegekend.

7.3 Indien een waarnemer –buiten een spoedsituatie– de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van degene die wordt waargenomen, geheel overneemt, is sprake van een opvolgend (hoofd)behandelaar-, medebehandelaar-, of consulentenschap, zoals in deze regeling beschreven.

## **8. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden aios**

8.1 Een arts-assistent kan geen hoofdbehandelaar zijn en verricht te allen tijde zijn taken onder supervisie van een medisch specialist, zoals is vastgelegd in de Instructie voor arts-assistenten en het opleidingsreglement van het umc.

8.2 Het bepaalde in artikel 8.1 is eveneens van toepassing (m.u.v. het opleidingsreglement) op artsen niet in opleiding.

## **9. Hoofdbehandelaarschap op de Intensive Care (IC)**

9.1 Op de IC is de intensivist de hoofdbehandelaar.

9.2 De verwijzend hoofdbehandelaar wordt –na overdracht van de patiënt aan de IC– automatisch medebehandelaar.

9.3 Bij overplaatsing van de patiënt naar een andere afdeling draagt de intensivist het hoofdbehandelaarschap over aan medisch specialist van het desbetreffende specialisme.

## **10. Hoofdbehandelaarschap op de OK**

10.1 De snijdend medisch specialist is als hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor de indicatiestelling, informatievoorziening aan de patiënt, uitvoering van de ingreep en postoperatieve zorg met inachtneming van het bepaalde in het navolgende artikel.

10.2 De anesthesioloog is verantwoordelijk als hoofdbehandelaar voor de preoperatieve voorbereiding, preoperatieve zorg en postoperatieve bewaking op de verkoeverkamer, indien en voor zover betrekking hebbend op de deskundigheid vallend binnen de anesthesiologie.

10.3 In geval van een niet snijdend interveniërend specialist (radioloog) gelden de verantwoordelijkheden overeenkomstig die van de snijdend specialist.

## **11. (Hoofd)behandelaarschap op de SEH**

11.1 Het (hoofd)behandelaarschap van een patiënt op de SEH is afhankelijk van de gewenste deskundigheid en afhankelijk van de mate van spoedeisendheid.

11.2 Bij afwezigheid van een insturend medisch specialist met een specifieke verwijzingsvraag waaruit de inbreng van een bepaald specialisme valt af te leiden, draagt de dienstdoende poortarts zorg voor de eerste opvang. De superviserend specialist van de poortarts is automatisch hoofdbehandelaar gedurende het verblijf op de SEH.

11.3 Indien wel duidelijk is dat de inbreng van een specifiek specialist aangewezen is, wordt het (hoofd)behandelaarschap overgedragen aan de dienstdoende medisch specialist van dat specialisme op het moment van overdracht door de poortarts.

## **12. Overdracht**

12.1 Desgewenst kan het (hoofd)behandelaarschap, medebehandelaarschap en consulentenschap worden overgedragen.

12.2 Overdracht is alleen mogelijk indien de overnemend specialist daarmee heeft ingestemd. Daarbij is niet de locatie bepalend waar de patiënt zich bevindt, maar het moment waarop de betrokken specialisten dat zijn overeengekomen.

12.3 Iedere overdracht dien vastgelegd te worden in het dossier.

## **13. Uitzonderingen**

13.1 Afwijken van de inhoud van deze regeling is uitsluitend toegestaan als dit expliciet is afgesproken door de betrokken behandelaars mits gemotiveerd opgetekend in het dossier en als het de patiëntenzorg niet schaadt.

## **14. Overleg en verschil van mening**

14.1 In geval van verschil van mening tussen betrokken behandelaren over de diagnostiek en behandeling van een patiënt hebben alle

14.1 In geval van verschil van mening tussen betrokken behandelaren over de diagnostiek en behandeling van een patiënt hebben alle betrokken behandelaren een plicht tot onverwijld overleg, een en ander afhankelijk van de toestand van de patiënt.

14.2 Indien de geconstateerde verschillen van mening over het te volgen beleid en de informatievoorziening aan de patiënt niet onderling kan worden opgelost, beslist de hoofdbehandelaar. Hij motiveert zijn beslissing en maakt hiervan aantekening in het medisch dossier. Het voorgaande laat echter onverlet dat geen enkele medisch specialist tot een medische behandeling kan worden gedwongen die naar zijn mening niet in het belang van de patiënt is.

## 15 Geschillen

15.1 In geval van niet in onderling overleg op te heffen verschillen van mening over de uitvoering van deze regeling en de daarin beschreven taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, wordt het geschil voorgelegd aan het (de) betreffende afdelingsho(o)fd(en). Het afdelingshoofd is bevoegd tot het nemen van een voor alle betrokkenen bindend besluit.

15.2 In geval een geschil afdelingsoverstijgend is en de desbetreffende afdelingshoofden komen niet tot een oplossing, dient het geschil voorgelegd te worden –indien aanwezig– aan de desbetreffende decentrale leiding.

In geval het een decentraal overstijgend geschil betreft, dient de kwestie aan de Raad van Bestuur te worden voorgelegd.

## 16 Status, inwerkingtreding en wijziging regeling

16.1 Deze regeling, die onderdeel vormt van het Veiligheids Management Systeem van het umc, is – gehoord het Stafconvent en de CRAZ – door de Raad van Bestuur vastgesteld en daarmee bindend voor een ieder die betrokken is bij de patiëntenzorg in het umc.

16.2 Deze regeling treedt in werking op 1-9-2008. Uiterlijk 31-12-2013 wordt deze regeling geëvalueerd door het Bestuur Stafconvent, dat daarmee tevens verantwoordelijk is voor het beheer en onderhoud van de regeling.

16.3 Na de hiervoor genoemde evaluatie zal deze regeling al dan niet in gewijzigde vorm opnieuw worden vastgesteld door de Raad van Bestuur voor een periode van vijf jaren.

16.4 Wijzigingen kunnen door het Bestuur Stafconvent en/of de Raad van Bestuur worden ingediend en treden in werking na schriftelijke vaststelling van de gewijzigde regeling door de Raad van Bestuur.

Albert Vermaas en Maarten Andriessen

April 2008

# UMC Utrecht – Werkinstructie Hoofdbehandelaarschap en zorgcoördinatie Verloskunde

Op basis van voorstellen van de RvB (medio 2009) i.v.m. JCI en op instigatie van de IGZ en het rapport van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2010) wordt het volgende voorgesteld voor het Moeder en Kind Centrum Utrecht/Perinatologisch Centrum UMCU.

## Omschrijving

Op basis van voorstellen van de RvB (medio 2009) i.v.m. JCI en op instigatie van de IGZ en het rapport van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2010) wordt het volgende voorgesteld voor het Moeder en Kind Centrum Utrecht/Perinatologisch Centrum UMCU.

## Werkwijze in de verloskunde

### a. Uitgangspunten

- De (hoofd)behandelaar is de zorgcoördinator, deze is voor de cliënt/patiënt aanspreekbaar als de coördinator van de zorg voor haar, ook al wordt de operationele coördinatie door/onder verantwoordelijkheid van een waarnemende hoofdbehandelaar uitgevoerd;
- Op de polikliniek is de hoofdbehandelaar de medisch specialist op wiens polikliniek de patiënt/cliënt als eerste wordt gezien/ingeschreven. Wordt een patiënt/cliënt op dat spreekuur door of onder supervisie van een andere specialist gezien, dan is die de waarnemer voor de hoofdbehandelaar, tenzij deze waarnemende specialist zelf hoofdbehandelaar wordt en patiënt/cliënt op zijn/haar eigen spreekuur terug ziet.
- Een aio's, anio of medisch verloskundige is behandelaar, op voorwaarde dat deze als opdrachtnemer competent en geautoriseerd is voor deze taak (zie bijlage 2); deze is geen hoofdbehandelaar.
- Patiënt/cliënt krijgt een (afspraak)kaartje met daarop genoteerd wie de (hoofd)behandelaar is (vermeld onder verwijzer in Mosos) en hoe deze bereikbaar is;
- Deze werkinstructie en hoe de waarneming geregeld is voor de patiënt/cliënt op de polikliniek en de afdelingen beschikbaar;
- Bij opname wordt het hoofdbehandelaarschap (voor de duur van de opname) waargenomen door de kliniek /weeksupervisor;
- In elke dienst is het dienstdoend/superviserend stafflid de waarnemer voor de hoofdbehandelaar; deze staat op bord op poli/afdelingsgang/resp. VK vermeld (omcirkeld als supervisor van dienst (met foto);

- Bij behandeling op de VK en de OK neemt de daadwerkelijk snijdende/superviserende specialist tijdelijk het hoofdbehandelaarschap waar, hij/zij maakt kennis met en zich kenbaar aan de patiënt/cliënt;
- De (hoofd)behandelaar wordt op de hoogte gesteld van opname/bevalling/bijzonderheden tijdens de overdracht nadien, door degene die daar uitvoerend voor verantwoordelijk is; de naam van de (hoofd)behandelaar wordt ook vermeld onder de naam van de patiënt/cliënt in het partusboek (zodat de (hoofd)behandelaar zich zelf op de hoogte kan stellen en van zijn/haar belangstelling voor cliënt/patiënte kan blijk geven (bv felicitatie, condoleance etc.);
- De daadwerkelijke supervisor bij intake en partus (waarnemer van de) / hoofdbehandelaar superviseert de brieven welke over de cliënt/patiënt worden geschreven aan huisartsen/verloskundigen/verwijzers; bij onduidelijkheid daarover, als het een V&G supervisor betreft of op inhoudelijke gronden is deze taak voor de hoofdbehandelaar;
- Bij (door)verwijzingen via de echoscopie/prenatale diagnostiek voor overname van de behandeling wordt, op initiatief en het moment bepaald door de echoscopist/invasief diagnosticus, een gynaecoloog hoofdbehandelaar (event. naar medisch verloskundige als behandelaar) op de polikliniek, degene die de echodiagnostiek/invasieve diagnostiek verricht wordt dan beschouwd als consulent (de medisch specialist die door de hoofd- of medebehandelaar bij een patiënt is ingeschakeld ter verkrijging van een oordeel of advies over een bepaald aspect van de diagnostiek of in te stellen therapie).
- Bij nacontrole wordt er naar gestreefd dat de afspraak wordt gemaakt op de poli gesuperviseerd door de (hoofd)behandelaar, tenzij dat niet op voor adequate zorg noodzakelijke redelijke termijn mogelijk is en/of tenzij het (partus)beloop aanleiding is dat (ook) een andere arts de nacontrole beter kan doen.

#### **b. Praktische uitvoering**

- Bij inschrijving als nieuwe patiënt wordt door de (hoofd)behandelaar aangegeven aan de administratie wie de (hoofd)behandelaar is (veld ontvangende specialist in Verwijzers tabblad van Mosos). Deze naam wordt ingegeven in EZIS (bij opname) en op het afspraakkaartje geschreven. Bij een patiënt van medisch verloskundige is dit het stafid/spreekuurhouder, die op dat dagdeel spreekuur superviseert/heeft en de naam van de medisch verloskundige.
- Behandelaars bespreken hun patiënten na met de hoofdbehandelaar (of dienst/waarnemer).
- Patiënten krijgen een afspraakkaartje mee met daarop de naam van hun (hoofd)behandelaar staat vermeld en hoe deze bereikbaar is. Is de behandelaar een medisch verloskundige dan wordt ook diens naam vermeld.
- Bij opname is de d.d. stafid-weeksupervisor hoofdbehandelaar en dit staat vermeld op het bord op de afdeling en op de VK. Dit wisselt dus per dienst. De coördinator van de verpleging laat dit bijhouden.
- In het partus boek wordt de naam van de poliklinische (hoofd)behandelaar vermeld onder het naametiket van patiënte.
- De ontslagbrief wordt ondertekend door de supervisor of achterwacht van dienst ten tijde van de baring (op checklist vermeld) of door de hoofdbehandelaar (via eigen postvakje)

## **Bijlage 1**

### **Taakverdeling en bevoegdheden medisch verloskundigen in het kader van behandelaarschap.**

Medisch verloskundigen en anios kunnen als behandelaar (opdrachtnemer) optreden van de hoofdbehandelaar (opdrachtgever) mits zij competent zijn en geautoriseerd voor de zorg op deze medische indicaties.

Hierbij wordt het volgende richtsnoer gehanteerd:

#### **Indicatie op basis van obstetrische voorgeschiedenis**

- Meestal geen 3e lijns indicatie, tenzij in individuele gevallen specifieke continuïteit van zorg is vereist;
- SC in anamnese > 36 w
- Man plac verw/HPP > indien 2e lijns indicatie
- Op basis van de VIL 2e lijns zorg

#### **Indicatie op basis van eenvoudige en stabiele (2e lijns) comorbiditeit moeder:**

- Psychiatrische beelden stabiel met eenvoudige mono-medicatie
- Diabetes mellitus type II goed gereguleerd met dieet en/of insuline
- Hyperthyreoïdie/hypothereoïdie met controle internist
- Gastro-intestinale ziekten (m crohn, colitis ulcerosa)
- Epilepsie stabiel/aanvalsvrij met mono-medicatie
- Trombose i.a./-profylaxe tijdens zwangerschap

#### **Indicaties (verloskundige) ontstaan tijdens de zwangerschap**

- Afw. Foetus indicatie bevalling centrum (diagnostisch traject uitgekristalliseerd)
- Verdenking IUGR

- Milde PIH en PE
- Bibi gemelli zonder bijkomende complicaties/comorbiditeit
- Minder leven
- Dr. serotiniteit

Afhankelijk van de individuele situatie kan worden afgeweken van deze verdeling. Dit beleid wordt dan besproken en geaccordeerd in de Perinatbespreking.

## Bijlage 2

### Uittreksel uit de stukken van de RvB op basis van IGZ-standpunt.

Deze handreiking beoogt de medische verantwoordelijkheden voor de klinisch opgenomen patiënt in een UMC te beschrijven.

Het gaat hier om de formele verantwoordelijkheidstoedeling zoals bedoeld in de Kwaliteitswet Zorginstellingen en als zodanig recent ook door de Inspectie voor de Gezondheidszorg opnieuw onder de aandacht gebracht.

Het betreft het Behandelarschap tijdens de klinische opname.

Een behandelaar is een persoon die medische handelingen verricht bij een patiënt.

Waar het om gaat is dat de patiënt te allen tijde de meest aangewezen behandelaar als aanspreekpunt heeft die het best op de hoogte is van de betreffende patiënt.

10 eisen die de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) stelt:

1. De hoofdbehandelaar is altijd een medisch specialist;
2. Iedere opgenomen patiënt heeft een bij naam bekende medisch specialist als hoofdbehandelaar;
3. Voldoende afgestemd op de opleidingsfase en ervaring van de onder supervisie gestelde personen;
4. Heldere besluitvorming binnen een multidisciplinair overleg;
5. Eenduidige afspraken over termijnen waarbinnen (spoed)consulten worden uitgevoerd;
6. Beschrijving van hoe te handelen bij verschil van inzichten;
7. Heldere communicatie bij beëindiging medebehandeling/consulentschap;
8. Duidelijke instructies ten aanzien van de overdracht van verantwoordelijkheid;
9. Opname in dossier van bij de behandeling betrokken personen en hun aandeel daarin;
10. Afspraken over de status van adviezen.

De klinisch opgenomen patiënt is gedurende zijn opname op de hoogte welke behandelaar voor hem als aanspreekpunt fungeert. Daarnaast dient duidelijk te zijn welke medisch specialist hoofdbehandelaar is voor het actuele zorgtraject.

De naam van de hoofdbehandelaar dient voor de patiënt en/of diens naasten bekend te zijn evenals bij de betrokken andere hulpverleners van de patiënt.

Definities:

- **Behandelaar:** een medisch specialist, AIOS, ANIOS, Medisch Verloskundige, Nurse Practitioner of physician Assistent, die een eigen (medische) verantwoordelijkheid draagt voor een specifieke patiënt en in dat kader medische handelingen verricht bij de betreffende patiënt. Behandelaren in opleiding (maar ook ANIOS, NP en PA) handelen onder supervisie van een medisch specialist;
- **Hoofdbehandelaar:**..... die de eindverantwoordelijkheid draagt;
- **Medebehandelaar:** is de medisch specialist die op verzoek van de hoofdbehandelaar (al dan niet tijdelijk) zelfstandig een gedeelte van de behandeling van een patiënt op zich neemt, zonder de rol van de hoofdbehandelaar over te nemen;
- **Consulent:** is de medisch specialist die door de hoofd-, of medebehandelaar bij een patiënt is ingeschakeld ter verkrijging van een oordeel of advies over een bepaald aspect van de diagnostiek of in te stellen therapie;
- **Waarnemer:** is een medisch specialist van hetzelfde specialisme die kortdurend het hoofdbehandelaar-, medebehandelaar-, of consulentschap waarneemt;
- **Afdelingshoofd:** het medisch hoofd van de afdeling die de eindverantwoordelijkheid in zijn algemeenheid draagt voor de patiëntenzorg binnen zijn afdeling.

De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijk voor de medische behandeling van een individuele patiënt als geheel; verantwoordelijkheden en bevoegdheden hoofdbehandelaar:

- De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijk voor de medische behandeling van een individuele patiënt als geheel;
- Draagt zorg dat aan de patiënt en aan de andere hulpverleners die bij de behandeling zijn betrokken, duidelijk is wie de

hoofdbehandelaar is;

- Zorgt er voor dat de algehele medische behandeling gecoördineerd is;
- Is bevoegd tot alle besluitvorming in het kader van de medische behandeling die door de wet aan de medisch specialist is toegekend met inachtneming van het bepaalde in Professioneel Statuut van de medisch specialist;
- Is aanspreekbaar voor de patiënt en/of diens vertegenwoordiger;
- Is aanspreekbaar voor alle behandelaars en andere bij de behandeling van de patiënt betrokkenen;
- Schakelt zonnodig een medebehandelaar en/of consulent in;
- Is verantwoordelijk voor de besluitvorming over en implementatie van de verkregen adviezen, zonder dat de plicht bestaat de adviezen op te volgen. Niet opvolgen van adviezen gebeurt beargumenteerd en gedocumenteerd.

Verantwoordelijkheden en bevoegdheden waarnemer:

- Een waarnemer is verantwoordelijk voor de goede gang van zaken gedurende de waarneming van het (hoofd)behandelaar-, en consulentschap, zonder dat hij diens verantwoordelijkheden en bevoegdheden definitief overneemt;
- Waarneming is kortdurend;
- Indien nodig heeft de waarnemer gelijke bevoegdheden zoals die aan degene wiens taken hij waarneemt zijn toegekend;
- Indien een waarnemer buiten een spoedsituatie de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van degene die wordt waargenomen, definitief overneemt, is sprake van een opvolgend (hoofd)behandelaar-, medebehandelaar- of consulentschap zoals in deze regeling beschreven.

Een A(N)IOS (en medisch verloskundige) kan geen hoofdbehandelaar zijn en verricht te allen tijde zijn taken onder supervisie van een medisch specialist zoals is vastgelegd in de instructie voor arts-assistenten en het opleidingsreglement van het UMC.

Hoofdbehandelaarschap op de Intensive Care:

- Op de IC is de intensivist de hoofdbehandelaar;
- De verwijzend hoofdbehandelaar wordt na overdracht van de patiënt aan de IC automatisch medebehandelaar;
- Bij overplaatsing van de patiënt naar een andere afdeling draagt de intensivist het hoofdbehandelaarschap over aan een medisch specialist van het desbetreffende specialisme.

Hoofdbehandelaarschap op de OK:

- De snijdend medisch specialist os als hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor de indicatiestelling, informatievoorziening aan de patiënt, uitvoering van de ingreep en postoperatieve zorg met inachtneming van het bepaalde in het hiernavolgende artikel;
- De anesthesioloog is verantwoordelijk als hoofdbehandelaar voor de preoperatieve voorbereiding, preoperatieve zorg en postoperatieve bewaking op de verkoeverkamer, indien en voor zover betrekking hebbend op de deskundigheid vallend binnen de anesthesiologie;
- In geval van een niet snijdend interveniërend specialist (bijvoorbeeld radioloog) gelden de verantwoordelijkheden overeenkomstig die van de snijdend specialist.

Hoofdbehandelaarschap op de SEH:

- Het (hoofd)behandelaarschap van een patiënt op de SEH is afhankelijk van de noodzakelijke deskundigheid en afhankelijk van de mate van spoedeisendheid;
- Bij afwezigheid van een insturend medisch specialist met een specifieke verwijzingsvraag waaruit de inbreng van een bepaald specialisme valt af te leiden, draagt de dienstdoende poortarts zorg voor de eerste opvang. De superviseren specialist van de poortarts is automatisch de hoofdbehandelaar gedurende het verblijf op de SEH;
- Indien duidelijk is dat de inbreng van een specifiek specialisme aangewezen is, wordt het (hoofd)behandelaarschap overgedragen aan de (dienstdoende) medisch specialist van dat specialisme op het moment van overdracht door de poortarts.

Overdracht

- Het (hoofd)behandelaarschap, medebehandelaarschap en het consulentschap kan worden overgedragen;
- Overdracht is alleen mogelijk indien de overnemend specialist daarmee heeft ingestemd;
- In het dossier wordt vastgelegd wie hoofd- en medebehandelaar zijn.

## Bijlage 3

### Rapport van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte.

#### Nieuwe instrumenten

Om een zo gezond en veilig mogelijke zwangerschap te kunnen garanderen, is een meer systematische en transparante aanpak noodzakelijk. Vooral voor de werkwijze van prenatale voorlichting en voor het opsporen van risico's. Daarnaast moet er meer aandacht komen voor de (osvcho)sociale risico's van de zwangere en moet zij beter worden voorlicht.

Om dit te bereiken, wil de Stuurgroep dat bij iedere zwangerschap de volgende drie instrumenten worden ingezet:

- a. Een casemanager;
- b. Een zorgplan;
- c. Een verplicht huisbezoek.

De staf verloskunde kiest daarvoor het woord zorgcoördinator met een ten opzichte van de casemanager uit het Rapport andere taakinfilling, omdat de doelstellingen van het rapport vooralsnog niet volledig kunnen worden gerealiseerd.

#### **a. Zorgcoördinator (v/h casemanager)**

Voor iedere zwangere is er een vast aanspreekpunt: een zorgcoördinator die haar begeleidt tijdens de zwangerschap. Deze zorgcoördinatie wordt in principe vervuld door de eigen verloskundige, verloskundig actieve huisarts of gynaecoloog. De zorgcoördinator is in feite de probleemhebber. Zij/hij is verantwoordelijk voor de coördinatie van alle benodigde zorg. Tevens garandeert hij/zij continuïteit, in het bijzonder voor de overdrachtsmomenten, zodat de zwangere en haar (ongeboren) kind niet de dupe worden van onduidelijkheid of miscommunicatie tussen professionals. Wanneer de zwangere in een niet-acute situatie wordt overgedragen van de eerste lijn naar de tweede of derde lijn, of vice versa, is de oorspronkelijke zorgcoördinator verantwoordelijk voor de overdracht. Hiertoe behoort ook het informeren van de zwangere over wie de zorgcoördinatie overneemt. Deze verantwoordelijkheid geldt tot het moment dat de overdracht daadwerkelijk is gerealiseerd. Hierbij gaat het om overdrachtssituaties in de reguliere, geplande zorg (over de overdracht tijdens acute situaties, zie paragraaf 4.3).

De zorgcoördinator kan vragen van de zwangere of (eventuele) partner beantwoorden, haar uitleg geven en daarmee eventuele onrust of onduidelijkheden wegnemen. Ook moet de zorgcoördinator inzicht hebben in de sociale kaart waarbinnen de zwangere leeft en waarin het kind terecht komt.

#### **b. Zorgplan**

De zorgcoördinator stelt samen met iedere zwangere een op haar toegesneden, individueel zorgpad voor de zwangerschap op. Dit wordt uiterlijk in de 12e week vastgelegd in een zogenoemd zorgplan. Dit zorgplan omvat het verwachte verloop van de zwangerschap, de geboorte en de kraamperiode, met heldere ijkmomenten. Ook worden via het zorgplan de reguliere zwangerschapscontroles ingepland. In het zorgplan is ruimte voor de wensen van de zwangere, bijvoorbeeld ten aanzien van de wijze van bevallen of pijnbehandeling.

Doel van het zorgplan is inzicht geven in wat er wanneer staat te gebeuren en wie daarvoor welke actie moet ondernemen. Het is als het ware een 'checklist' die voor zowel de professional als voor de zwangere (digitaal) beschikbaar is. Voor zwangeren met een laag risico voldoet een standaard zorgplan; voor zwangeren met een hoger risico wordt een maatwerk zorgplan opgesteld in samenspraak met de daarvoor noodzakelijke professionals.

Het zorgplan heeft een dynamisch karakter. Indien nodig kan het worden aangepast aan veranderingen in de medische of sociale situatie die zich bij zwangeren voordoen. De zorgcoördinator beheert samen met de zwangere het zorgplan en zorgt dat alle relevante informatie – medisch en sociaal – in het geboorteplan staat.

Iedere nieuwe zwangere kan (kort) worden besproken in het lokale verloskundige samenwerkingsverband (VSV), zodat alle betrokken professionals inzicht hebben in de lokale populatie zwangeren en hun mogelijke risico's. Als bevindingen tijdens de ijkmomenten daartoe aanleiding geven wordt de zwangere opnieuw besproken in het VSV om eventueel het zorgplan aan te passen.

#### **c. Verplicht huisbezoek**

De Stuurgroep vindt dat er meer inzicht moet zijn in de mogelijke risico's in de thuissituatie van de zwangere. Dit betreft de medische en (psyco)sociale risico's voor moeder en kind in de laatste fase van de zwangerschap, tijdens de bevalling en de kraamperiode. Daarom wil de Stuurgroep dat er altijd vóór de 34e week een huisbezoek wordt afgelegd.

Doel van het huisbezoek is:

- Observeren van de gezinssituatie en signaleren of er sprake is van (psyco)sociale problematiek;
- Waar nodig aanvullende prenatale voorlichting geven;
- Beoordelen of in de thuissituatie van de vrouw een veilige bevalling en kraamperiode mogelijk is, daarbij gaat het zowel om de veiligheid van de zwangere en het (ongeboren) kind als om de veiligheid van de werksituatie voor de professionals (verloskundige en kraamverzorgende);
- Beoordelen onder welke aan te passen condities de thuissituatie eventueel wel voldoende veilig is.

Dit streven van de Stuurgroep kan nog geen inhoud gegeven worden voor alle cliënten / patiënten (nov. 2012).



# LUMC – Behandelaarschap voor opgenomen en niet-opgenomen patiënten

De medische zorg wordt nog steeds complexer, het aantal mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling nemen toe. De kennis op medisch gebied neemt toe. Dit bij elkaar leidt ertoe dat er meer patiënten met complexe problemen op de polikliniek komen en op de afdeling worden opgenomen. Al die kennis is niet meer aanwezig bij één dokter en door wet- en regelgeving is de continuïteit van zorg door één dokter ook niet meer mogelijk. In een Universitair Medisch Centrum werken hooggespecialiseerde specialisten en vele specialisten in opleiding met sterk uiteenlopende competenties. Om in die zeer diverse omgeving de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de patiënt maximaal te bewaken is het van groot belang dat er heldere afspraken zijn over de manier waarop de zorg georganiseerd is. Doel daarbij is dat 1) de patiënt te allen tijde weet wie van de betrokken zorgverleners aanspreekpunt is voor vragen 2) wie eindverantwoordelijk is voor de geboden zorg en het overzicht daar in heeft en 3) wie zorgt voor de afstemming van die zorg.

Daartoe is al enige jaren geleden het 'behandelaarschap voor de opgenomen patiënt' opgeschreven (deel I). Dat is nu aangevuld met de nog meer complexe situatie rondom de niet opgenomen patiënt (deel II) met een wat uitgebreidere toelichting (deel III).

Beschreven is de oplossing zoals die het best past bij de werkwijze in het LUMC. Die verschilt in enkele opzichten wel van de manier waarop andere ziekenhuizen de verantwoordelijkheden opgeschreven hebben. In het LUMC kennen wij de behandelende arts, de consulent en de regievoerend arts.

December 2012

## Deel I

**Uitgangspunten bij medische verantwoordelijkheid met betrekking tot de behandeling en regievoering voor patiënten die zijn opgenomen in het LUMC**

### Inleiding

Dit document vertrekt vanuit een positiebepaling die het beste in negatieve bewoordingen kan worden geformuleerd: Het kan en mag niet zo zijn dat op enig moment niemand medisch verantwoordelijk is voor een in het LUMC opgenomen patiënt. Deze uitgangspositie wordt uitgewerkt in een beknopte regeling, die wordt gekenmerkt door eenduidige begrippen die niet kunnen worden misverstaan. Daarom worden begrippen vermeden die zodanige interpretatie behoeven dat de afgrenzing met nabijgelegen begrippen onzeker of onwillekeurig is, bijvoorbeeld begrippen als: hoofdbehandelaar, medebehandelaar, eindverantwoordelijkheid, primaire verantwoordelijkheid.

De systematiek van het LUMC scharniert rond het concept van de behandelend arts binnen een supervisiestructuur. Met behoud van individuele verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het eigen handelen impliceert dit de overdraagbaarheid van het behandelaarschap binnen duidelijke kaders. De keerzijde daarvan is dat de artsen die aan het bed van de patiënt hun werk verrichten hetzij behandelend arts zijn, hetzij consulent, onverminderd de omstandigheid dat buiten het blikveld van de patiënt zowel de behandelend arts als de consulent doorgaans zal worden gesuperviseerd. Dit model wordt als volgt geconcretiseerd:

- De medische verantwoordelijkheid voor opgenomen patiënten wordt gedragen door de dienstdoende zaalarts. De dienstdoende zaalarts, die optreedt als behandelend arts, is doorgaans een arts-assistent in opleiding tot medisch specialist.
- De arts die optreedt als consulent is doorgaans een arts-assistent in opleiding tot medisch specialist.

In dit document wordt rekening gehouden met de mogelijkheid dat hetzij de behandelend arts hetzij de consulent een medisch specialist is, maar deze mogelijkheid geldt als uitzondering. Regel is dat zowel de behandelend arts als de consulent een arts-assistent in opleiding tot medisch specialist is. Het LUMC biedt zijn patiënten medisch-specialistische zorg van academisch niveau, hetgeen evenwel niet betekent dat alle verrichtingen en werkzaamheden worden uitgevoerd door een medisch specialist.

### 1. Uitgangspunt

1. Een patiënt die is opgenomen in het LUMC heeft een behandelend arts die verantwoordelijk is voor het medische beleid en is tevens regievoerend arts. De behandelend arts is meestal een specialist in opleiding die werkt in een supervisiestructuur.

### 2. Behandelend arts

2. Behandelend arts is de dienstdoende zaalarts van de locatie waar de patiënt verblijft. In voorkomende gevallen verzekert de behandelend arts zich op voorhand van de beschikbaarheid van de specifieke deskundigheid van een consulent.

2.1 Behandelend arts van een patiënt die in afwachting van een opname verblijft op het Centrum Eerste Hulp, is de dienstdoende SEH-arts.

2.2 Op de OK zijn zowel de operateur als de anesthesioloog behandelend arts, waarbij hun respectieve verantwoordelijkheden op elkaar aansluiten en soms elkaar overlappen.

2.3 Op de IC is de dienstdoende intensivist behandelend arts van de aldaar opgenomen patiënten.

2.3 Op de IC is de dienstdoende intensivist behandelend arts van de aldaar opgenomen patiënt.

2.4 Op de PACU is de dienstdoende anesthesioloog behandelend arts van de aldaar opgenomen patiënt.

2.5 Op enkele afdelingen kunnen omschreven taken en verantwoordelijkheden door de behandelend arts gedelegeerd zijn aan de physician assistant (PA).

### **3. Locatie patiënt**

3. Als de patiënt binnen het LUMC wordt verplaatst, is de zaalarts van de verzendende afdeling behandelend arts tot aan het moment dat de patiënt is overgedragen aan de dienstdoende zaalarts van de ontvangende afdeling.

3.1 Deze regeling geldt ook voor patiënten die de afdeling verlaten voor het ondergaan van een diagnostische procedure. De dienstdoende arts van de afdeling waar de diagnostische procedure plaatsvindt, wordt behandelend arts als de patiënt aan hem is overgedragen en blijft behandelend arts totdat de patiënt weer is overgedragen aan de zaalarts van de verpleegafdeling.

### **4. Consulent**

4. Een arts van een andere afdeling dan de afdeling waar de patiënt verblijft, die is betrokken bij de behandeling en/of diagnostiek van een patiënt, is consulent. Het consulentschap kan zowel een incidenteel als een duurzaam karakter hebben.

4.1 Het advies en/of de bijstand van de consulent worden ingeroepen door de behandelend arts.

4.1.1 Behandelend arts en consulent kunnen met betrekking tot een bepaalde patiënt afspreken dat de consulent op eigen initiatief zijn behandeling zal doen. De behandelend arts maakt hiervan melding in de status van de patiënt.

4.2 De consulent doet verslag van zijn bevindingen, advies en verrichtingen in de status van de patiënt.

### **5. Arts-assistent en supervisie**

5. Arts-assistenten die optreden als behandelend arts of als consulent, worden gesuperviseerd door een stafid/medisch specialist.

5.1 Arts-assistenten bewaken de grenzen die hen door hun supervisoren zijn gesteld, verrichten hun werkzaamheden op de wijze zoals die hen door hun supervisoren is aangegeven en raadplegen hun supervisoren zoals hen is opgedragen.

5.2 Een supervisor heeft een eigen verantwoordelijkheid waar het betreft de beoordeling van de deskundigheid en ervaring van de arts-assistent aan wie hij bepaalde taken en verantwoordelijkheden opdraagt.

5.3 Een supervisor kan een arts-assistent ontheffen van diens verantwoordelijkheid als behandelend arts of als consulent voor zover het betreft bepaalde verrichtingen of bepaalde beslissingen inzake het te voeren beleid. De supervisor maakt daarvan aantekening in de status van de patiënt.

### **6. Arts-assistent, consult en supervisie**

6.1 De arts-assistent, optredend als consulent, wiens advies niet wordt overgenomen door de behandelend arts, maakt hiervan melding aan zijn supervisor binnen een termijn die overeenkomt met het gezondheidsbelang van de patiënt.

6.2 De arts-assistent, optredend als behandelend arts, die het advies van de consulent niet overneemt, maakt hiervan melding aan zijn supervisor binnen een termijn die overeenkomt met het gezondheidsbelang van de patiënt.

6.3 Gehoord de arts-assistent beslist de supervisor of hij, de supervisor, over het niet opgevolgde consult contact opneemt met de supervisor van de andere arts-assistent.

### **7. Medisch-specialist**

7. Medisch-specialisten die optreden als behandelend arts of als consulent overleggen in geval van verschil van inzicht rechtstreeks met elkaar of met de supervisor van de arts-assistent.

Bij blijvend verschil van opvatting informeert de medisch-specialist zijn eigen afdelingshoofd.

### **8. Afdelingshoofd**

8. Het afdelingshoofd is verantwoordelijk voor de organisatie van de patiëntenzorg op zijn afdeling, inclusief de supervisestructuur en de beschikbaarheid van consulenten ten dienste van patiënten die op andere afdelingen verblijven.

## **Deel II**

**Uitgangspunten bij medische verantwoordelijkheid met betrekking tot de behandeling en regievoering voor patiënten die niet zijn opgenomen in het LUMC.**

### **1. Uitgangspunt**

1. Een patiënt die niet is opgenomen in het LUMC maar wel wordt behandeld door het LUMC, heeft tenminste één behandelend arts die verantwoordelijk is voor het medische beleid.

1.1 Deze regeling is van toepassing op poliklinische patiënten en patiënten die in dagopname in het LUMC verblijven.

### **2. Poliklinisch regievoerend behandelend arts**

2. Een regievoerend arts is altijd een behandelend arts

- 2.1 De regievoerend behandelend arts is de eerste arts die de patiënt behandelt.
- 2.2 Indien er een al dan niet samenhangende ziekte optreedt waardoor er meerdere behandelaren bij betreffende patiënt betrokken zijn, blijft de regievoerend behandelaar de regievoerende rol vervullen, tenzij in overleg met de patiënt een andere afspraak wordt gemaakt en de regievoerende rol wordt overgedragen.
- 2.3 Wanneer een behandeling chronisch wordt, wordt de behandelaar die de patiënt blijft vervolgen de regievoerend behandelend arts.
- 2.4 Wanneer er meerdere chronische behandelingen tegelijkertijd lopen blijft de reeds aangewezen regievoerend arts deze regievoerende rol vervullen, tenzij in overleg met de patiënt anders wordt afgesproken.
- 2.5 Wanneer er meer chronische behandelingen tegelijkertijd lopen wordt er door behandelaren in overleg met patiënt naar gestreefd om de regievoering te beleggen bij de behandelaar die het meest frequent contact heeft met de patiënt.

### **3. Opname en ontslag van de patiënt**

3. Als de patiënt wordt opgenomen in het LUMC wordt de zaalarts behandelend arts en regievoerend behandelend arts gedurende de opname (zie betreffende regeling voor opgenomen patiënten).
- 3.1 Wanneer de patiënt uit het LUMC wordt ontslagen, wordt de rol 'regievoerend arts' weer belegd bij de poliklinisch regievoerend behandelend arts die dit voor de opname ook was.
- 3.2 Indien er na ontslag sprake is van een nieuwe poliklinische behandelrelatie met het LUMC, wordt de poliklinische behandelend arts de regievoerend behandelend arts.

### **4. Overdracht**

- 4.1 Regievoering is overdraagbaar tussen behandelaren.
- 4.2 Regievoering gaat over, wanneer de behandelaar binnen zijn specialistische domein het behandelarschap overdraagt naar een collega in het kader van 24/7 beschikbaarheid van zorg voor de patiënt.
- 4.3 Regievoering kan overgaan tussen behandelaren van verschillende specialismen.
- 4.4 Wanneer het de overdracht van regievoerderschap tussen specialismen betreft wordt dit in overleg met de patiënt en de beoogde nieuwe regievoerend behandelend arts bepaald.
- 4.5 Het regievoerderschap wordt door de aanvaardende behandelend arts actief geaccepteerd.
- 4.6 Het regievoerderschap en de overname van regievoerderschap worden gedocumenteerd in het medisch dossier.
- 4.7 Bij overdracht van regievoerderschap worden de regels zoals geformuleerd in deze regeling gehanteerd.
- 4.8 Bij conflicten ten aanzien van het accepteren van regievoerderschap lichten betreffende behandelend artsen binnen 24 uur betreffende supervisors dan wel betreffende afdelingshoofden in om tot een oplossing te komen.
- 4.9 Bij persisterende problemen zoals bedoeld in artikel 4,8 lichten de afdelingshoofden de directeur medische zaken (DMZ) in. De Raad van Bestuur van het LUMC, gehoord hebbende de verschillende betrokkenen, wijst in een dergelijke situatie een regievoerend behandelend arts aan.

### **5. Inhoud en afbakening regievoering**

5. De behandelend arts is verantwoordelijk voor de door hem geleverde zorg – medisch inhoudelijk, logistiek en que afstemming met andere behandelaren – overeenkomstig de binnen het LUMC en de afdeling geldende afspraken.
- 5.1 De regievoerend arts is de behandelend arts die aanspreekbaar is op tekorten in de afstemming van de zorg voor een patiënt binnen het LUMC.
- 5.2 De patiënt weet wie zijn regievoerend arts is en weet hoe hij die kan bereiken. Hiervan wordt, op een voor alle behandelaren toegankelijke plaats, aantekening gemaakt in het elektronisch patiëntendossier.
- 5.3 De regievoerend arts treedt op na een verzoek van (of namens) de patiënt of van een andere behandelaar van de patiënt, dan wel na het ontvangen van een ander signaal dat aanleiding geeft tot optreden. De regievoerend arts maakt hiervan melding in het elektronisch patiëntendossier.
- 5.4 De regievoerend arts vergewist zich, op verzoek of na een ontvangen signaal, van eventuele tekorten in de afstemming van de zorg voor de patiënt binnen het LUMC. Indien tekorten worden geconstateerd spant hij zich in om de afstemming van de zorg te verbeteren.
- 5.5 De regievoerend arts is niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg – medisch inhoudelijk en logistiek – die wordt geleverd door andere behandelaren in het LUMC.

### **6. Consulent niet opgenomen patiënt**

6. Een arts van een ander (sub)specialisme dan de behandelaar die kortdurend betrokken is bij de behandeling en/of diagnostiek van een patiënt, is consulent.
- 6.1 Het advies en/of de bijstand van de consulent wordt ingeroepen door de behandelend arts.
- 6.1.1 Behandelend arts en consulent kunnen met betrekking tot een bepaalde patiënt afspreken dat de consulent op eigen initiatief zijn diensten zal verrichten. De behandelend arts maakt hiervan melding in de status van de patiënt.
- 6.2 De consulent doet verslag van zijn bevindingen, advies en verrichtingen in de status van de patiënt.

### **7. Arts-assistent en supervisie**

7. Arts-assistenten die optreden als behandelend arts of als consulent worden aangewezen door een staflid/medisch specialist

7. Arts-assistenten die optreden als behandelend arts of als consulent, worden gesuperviseerd door een stand/medisch specialist.

7.1 Arts-assistenten bewaken de grenzen die hen door hun supervisors zijn gesteld, verrichten hun werkzaamheden op de wijze zoals die hen door hun supervisors is aangegeven en raadplegen hun supervisors zoals hen is opgedragen.

7.2 Een supervisor heeft een eigen verantwoordelijkheid waar het betreft de beoordeling van de deskundigheid en ervaring van de arts-assistent aan wie hij bepaalde taken en verantwoordelijkheden inclusief regievoering opdraagt.

7.3 Een supervisor kan een arts-assistent ontheffen van diens verantwoordelijkheid als behandelend arts of als consulent voor zover het betreft bepaalde verrichtingen of bepaalde beslissingen inzake het te voeren beleid. De supervisor maakt daarvan aantekening in de status van de patiënt.

#### **8. Arts-assistent, consulent en supervisie**

8. De arts-assistent, optredend als consulent, wiens advies niet wordt overgenomen door behandelend arts, maakt hiervan melding aan zijn supervisor binnen een termijn die overeenkomt met het gezondheidsbelang van de patiënt.

8.1 De arts-assistent, optredend als behandelend arts, die het advies van de consulent niet overneemt, maakt hiervan melding aan zijn supervisor binnen een termijn die overeenkomt met het gezondheidsbelang van de patiënt.

8.2 Gehoord de arts-assistent beslist de supervisor of hij, de supervisor, over het niet opgevolgde consult contact opneemt met de supervisor van de andere arts-assistent.

#### **9. Medisch-specialist**

9. Medisch-specialisten die optreden als behandelend arts of als consulent overleggen in geval van verschil van inzicht rechtstreeks met elkaar of met de supervisor van de arts-assistent.

Bij blijvend verschil van opvatting informeert de medisch-specialist zijn eigen afdelingshoofd.

#### **10. Afdelingshoofd**

10. Het afdelingshoofd is verantwoordelijk voor de organisatie van de patiëntenzorg op zijn afdeling, inclusief de supervisiestructuur en de beschikbaarheid van consulenten ten dienste van patiënten die op andere afdelingen verblijven.

#### **11. Tenslotte**

11. Al naar gelang de omstandigheden wordt hij/zij gelezen als zijn/haar.

## **Deel III: Toelichting bij het protocol/gedragslijn:**

**Uitgangspunten bij de medische verantwoordelijkheid met betrekking tot de behandeling en regievoering voor patiënten die niet zijn opgenomen in het LUMC.**

#### **Context en relatie met eerder protocol:**

In dit document wordt beschreven op welke wijze regievoering door behandelaars voor niet opgenomen patiënten van het LUMC wordt geregeld. Het is daarmee een uitbreiding en vervolg op het eerder verschenen protocol 'medische verantwoordelijkheid artsen voor opgenomen patiënten', waarin de uitgangspunten met betrekking tot medische verantwoordelijkheid voor patiënten die zijn opgenomen in het LUMC worden beschreven (deel I).

De essentie van dat protocol is dat de zaalarts op een afdeling in principe de behandelend arts van de op betreffende afdeling opgenomen patiënt is. Deze zaalarts is ook verantwoordelijk voor de afstemming van zorg en is daarmee tevens de regievoerend behandelaar.

Behandelaarschap en regievoering zijn in de kliniek overdraagbaar. Continuïteit van zorg wordt geboden doordat verschillende functionarissen de rol 'zaalarts' vervullen in een 24-uurs dienstenschema. Dit is met name aan de orde indien een patiënt wordt overgedragen van de ene afdeling naar de andere afdeling. Tenslotte is gewaarborgd dat de patiënt de zorg krijgt die hij van het LUMC mag verwachten doordat de betreffende zaalarts ingebed is in een hiërarchisch supervisiemodel. Een supervisiemodel dat escaleert naar het afdelingshoofd. Het afdelingshoofd is verantwoordelijk voor de geleverde zorg door de afdeling.

#### **Algemene overwegingen:**

Artsen hebben gemeenschappelijke competenties die tot uitdrukking komen in de bevoegdheid tot het voeren van de titel 'arts'. Naast deze basiskwalificaties heeft elke arts ook een individuele set van competenties.

Voor een universitair medisch centrum betekent dit in zijn algemeenheid: Artsen zijn medisch-specialist of in opleiding tot medisch-specialist. Elke arts maakt een groei door in het verwerven van specialistische competenties. Wanneer een bepaald niveau bereikt is, omschreven in het opleidingsplan, leidt dat tot een registratie als medisch-specialist. Na registratie begint elke medisch-specialist met zijn eigen set van competenties en zal die in zijn professionele loopbaan blijven onderhouden en uitbreiden en deels verliezen. In de praktijk zal blijken dat bepaalde competenties niet onderhouden worden, zodat op dat vlak advies gevraagd zal moeten worden aan een collega die die benodigde competentie wel heeft. Dat laat onverlet dat bepaalde competenties mogen worden verondersteld op basis van zowel de kwalificatie als arts als op basis van de hoedanigheid van medisch-specialist. Voor het vervullen van de primaire taak van de arts. het

behandelen van patiënten, is het essentieel dat hij zich bewust is van zowel zijn eigen kennis en kunde als van de grenzen daarvan.

#### **Definities:**

De definities van rollen is als in het protocol beschreven. In essentie is een behandelend arts niet anders te definiëren als een arts die de patiënt behandelt. Een consulent is een arts die op verzoek van de behandelend arts een (meestal) enkelvoudige vraag beantwoordt. Nieuw in dit protocol is de uitwerking van regievoering voor de patiënt door de behandelaar. De regievoerend arts is de behandelend arts, die verantwoordelijk is voor de regievoering die bij afstemming van zorg tussen meerdere specialismen nodig kan zijn.

Vanwege de vele onduidelijkheden over het begrip is ervoor gekozen de regievoerend behandelend arts geen 'hoofdbehandelaar' te noemen. Dit begrip wordt in het LUMC niet gehanteerd, ook voor het begrip medebehandelaar is niet gekozen.

#### **Regeling:**

De complexiteit bij regievoering kan groot zijn. In het LUMC met de vele topreferente topklinische en acute patiënten zijn veel momenten waarop veel verschillende specialismen bij één patiënt betrokken zijn. De regeling die onder II is beschreven gaat uit van een aantal vuistregels ten aanzien van regievoering. Deze zijn als volgt:

#### **U bent als behandelend arts regievoerder van een niet-opgenomen patiënt wanneer:**

- u de eerste arts in het LUMC bent die een niet-opgenomen patiënt behandelt;
- u al regievoerder bent terwijl er een andere wel of niet samenhangende ziekte optreedt, tenzij in overleg met de patiënt dat anders wordt afgesproken;
- u de behandelend arts bent die de patiënt blijft vervolgen wanneer de behandeling chronisch wordt;
- u de regievoerend arts bent bij een chronische behandeling en er meer chronische behandelingen tegelijkertijd lopen of ontstaan tenzij anders wordt afgesproken;
- u in de hierboven genoemde situatie met meerdere chronische trajecten de behandelend arts bent die het meest frequent contact heeft met de patiënt. In die situatie ligt het voor de hand dat u de regievoerend behandelaar bent, tenzij anders wordt afgesproken.

Regievoering is in het LUMC overdraagbaar zowel binnen het specialisme als tussen specialismen. Binnen een specialisme zal het met name van belang zijn om continuïteit 24/7 van zorg te waarborgen. Tussen specialismen kan echter ook overdracht van regievoering plaatsvinden. Indien de regievoering overgedragen wordt vindt dat proces plaats in overleg met de patiënt en de betreffende andere behandelaar.

Het regievoerderschap moet door de andere behandelend arts actief geaccepteerd worden. Natuurlijk wordt de overdracht van regievoerderschap tussen specialismen genoteerd in het medisch dossier.

#### **Regievoering:**

Er is in het LUMC door velen nagedacht over de rol die de regievoerend behandelend arts vervult. Hierbij werd door vele collegae duidelijk aangegeven dat de rol behandelaar, de bijbehorende inhoudelijke en logistieke verantwoordelijkheden, in praktijk duidelijk is. Daarmee spitste de discussie rondom regievoering zich toe op de definiëring van regievoering. Op basis van deze gedachtevorming zijn in het protocol verantwoordelijkheden voor regievoering benoemd. Hier worden er twee genoemd:

1. De verantwoordelijkheid voor de afstemming van zorg die in het LUMC aan de patiënt levert. Het betreft derhalve vaak afstemming van zorg tussen diverse bij de behandeling van de patiënt betrokken specialismen (art. 5.2 van de regeling).
2. De regievoerend behandelend arts heeft overzicht over het totaal van de bij de behandeling van de patiënt in het LUMC betrokken specialismen.

De essentie van regievoering in het LUMC is de verantwoordelijkheid voor de afstemming van door het LUMC geleverde medische zorg daar waar dit nodig is. Belangrijk hierbij is dat de verantwoordelijkheid iets anders is dan feitelijke uitvoering. Deze, of onderdelen daarvan, kan gedelegeerd worden. Zo kunnen diverse medewerkers betrokken zijn bij de optimale begeleiding van patiënten. Bij de ondersteuning kan niet alleen gedacht worden aan medewerkers op secretariaten maar ook aan bijvoorbeeld physician assistants en 'casemanagers'.

Natuurlijk is het van essentieel belang dat het voor de patiënt duidelijk is wie voor hem de regievoerend behandelend arts is.

#### **Bovenstaande leidt ertoe dat de regievoerend behandelend arts ook een aantal functies niet vervult. De regievoerend arts is niet:**

- de coördinator van alle zorgprocessen op alle afdelingen waar de patiënt bekend is;
- de vraagbaak voor de patiënt voor alle logistieke zaken binnen de verschillende afdelingen.

Tenslotte is er nog een begrip dat in het LUMC wordt gehanteerd en dat anders is dan de regievoerend behandelend arts. Dat begrip is regisseur. Het begrip regisseur wordt wel gebruikt bij geprotocolleerde zorgtrajecten zoals zorgpaden. De regisseur van de zorgketen is daarbij degene bij wie die verantwoordelijkheid belegd is voor de afstemming van de zorg in de keten.

#### **Vanuit het perspectief van de patiënt: Wie is mijn regievoerend arts?**

- de eerste arts in het LUMC die u behandelt. heeft de regie:

- wanneer er een andere ziekte optreedt, blijft uw eerste arts de regievoerend arts, tenzij in overleg met u dat anders wordt afgesproken;
- wanneer de behandeling chronisch wordt, wordt de arts die u blijft vervolgen de regievoerend arts;
- wanneer er meer chronische behandelingen tegelijkertijd lopen blijft de eerste arts uw regievoerend arts tenzij andere afgesproken;
- wanneer er meer chronische behandelingen tegelijkertijd lopen is de arts die het meest frequent contact heeft met u de regievoerend arts, tenzij anders afgesproken;
- wanneer u wordt opgenomen wordt tijdens de opname de zaalarts uw behandelend en uw regievoerend arts.

Wanneer u niet bent opgenomen kan uw poliklinisch regievoerend behandelend arts veranderen. Wie de regievoerend arts is moet bij verandering in overleg met u en de andere behandelend arts bepaald worden.

De nieuwe regievoerend behandelaar moet deze rol 'actief' accepteren.

#### **Kliniek:**

Zoals hierboven bij de context al geschetst is de hoofdregel in het bestaande klinische LUMC model dat de behandelend arts van een patiënt degene is die direct medisch verantwoordelijk is voor de patiënt op de afdeling waar de patiënt zich bevindt, dat wil zeggen fysiek is opgenomen. Hierin opgenomen zit de regievoering. Er is tijdens opname één behandelaar [1] per patiënt. Alle andere betrokken artsen zijn consulent. Het behandelarschap is als geheel, dus inclusief de regievoering, overdraagbaar.

#### **Polikliniek naar Kliniek:**

Wanneer een patiënt wordt opgenomen gaat voor de duur van de opname de behandeling en de regievoering over naar de behandelend arts op de afdeling. Bij ontslag wordt die regievoering weer teruggegeven. Dit is verwoord in de regeling.

#### **Polikliniek:**

In geval van poliklinische behandeling, inclusief dagbehandeling, waarbij de patiënt altijd voor het einde van de dag naar huis gaat, is de behandelend arts de arts die als eerste de patiënt heeft gesproken/onderzocht en heeft kennisgenomen van het medische probleem van de patiënt – ongeacht de vraag hoe de patiënt naar het ziekenhuis is verwezen.

Daarbij zijn verschillende vormen te onderscheiden: (voorbeelden zie laatste blz.)

1. één ziektebeeld: behandelend arts is tevens regievoerend;
2. twee ziektebeelden: eerste behandelend arts is regievoerend, maar de regie kan overgedragen worden aan de tweede behandelend arts, i.o.m. patiënt;
3. twee ziektebeelden met samenhang: eerste behandelend arts is regievoerend, anderen zijn consulent;
4. 2 of >2 ziektebeelden ± samenhang: eerste behandelend arts is regievoerend en anderen zijn behandelaar of consulent, maar de regie kan overgedragen worden aan een andere behandelend arts, i.o.m. patiënt.

Wanneer zich meerdere, niet met elkaar samenhangende medische problemen voordoen, zullen rondom de patiënt, vaak per probleem, diverse artsen in diverse rollen werkzaam zijn. Eén van de betrokken behandelaren zal de regievoerend behandelend arts zijn volgens het hierboven geschetste systeem. Directe afstemming tussen de behandelend artsen en de patiënt zal ertoe kunnen leiden dat het regievoerderschap overgaat naar een andere behandelend arts.

Wanneer zich meerdere, wel met elkaar samenhangende medische problemen voordoen, zal de inhoud van het medische probleem meestal de rollen definiëren. Wanneer de eerste behandelaar niet degene is die de patiënt het meest frequent blijft vervolgen of wiens specialisme niet het specialisme is waarbinnen het grootste gedeelte van de zorgvraag belegd is zal in onderling overleg tussen de bij de behandeling betrokken artsen de juiste en regievoerend behandelend arts benoemd worden. Ook hier is een rol voor de patiënt weggelegd en natuurlijk is ook hier weer zeer belangrijk dat het voor de patiënt helder moet zijn wie die regievoerend behandelend arts is.

Communicatie naar buiten:

Bij al de boven genoemde situaties zal er samspraak met de extramurale regie-arts gehouden moeten worden. Doorgaans is dit de huisarts. Afhankelijk van de woon- of verblijfsomstandigheden van de patiënt kan dat ook de specialist ouderengeneeskunde, de revalidatiearts of arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist in een ander ziekenhuis zijn.

#### **Overdracht:**

Het overdragen van regievoering is een actieve daad. Deze overdracht wordt bij voorkeur eerst besproken met de patiënt en aansluitend, met diens instemming, met de andere arts. Wanneer de andere arts de regievoering aanvaard heeft, wordt dit in het medisch dossier vastgelegd. Vanaf dat moment is duidelijk gedocumenteerd dat het regievoerderschap is overgegaan. In de regeling is opgenomen een aantal artikelen over eventueel gebrek aan consensus ten aanzien van het accepteren van de rol regievoerend behandelaar. Het uitgangspunt daarbij is dat wanneer een regievoerderschap wordt aangeboden ter overname door arts en patiënt het niet accepteren van het regievoeren een uitzonderlijke situatie zal zijn.

### **Delegeren van taken:**

Een behandelend arts kan taken delegeren. Het werd eerder in deze tekst al even aangestipt. Wanneer taken worden gedelegeerd verdwijnt er geen verantwoordelijkheid maar wordt een verantwoordelijkheid geoperationaliseerd, overeenkomstig het praktisch functioneren van de LUMC-organisatie. Zo kan een LUMC-medewerker, niet zijnde de behandelend arts, namens hem als primair aanspreekpunt, zorg coördineren enzovoort. Het moet patiënt duidelijk zijn welke functionarissen of procedures voor hem van toepassing zijn. Naarmate de functionaris meer zorgfuncties vervult moet deze op de gebruikelijke wijze eventuele acties in het medisch en verpleegkundig dossier vastleggen. Betreffende functionaris moet bij patiënten bekend zijn.

### **Arts-assistenten:**

De regeling besteedt nadrukkelijk aandacht aan de rol van de medisch specialisten in opleiding. Patiënten die de polikliniek bezoeken, kunnen, soms na een eerste contact met de co-assistent, de arts in opleiding tot specialist (aios) treffen als behandelend arts. Na onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek krijgt de patiënt advies en verlaat de polikliniek. Dat de organisatie van de polikliniek en de daarbij behorende supervisiestructuur ervoor borg staan dat de aios de patiënt heeft behandeld op academisch medisch-specialistisch niveau, blijft veelal verborgen voor de patiënt. De regeling kiest ervoor om de rol regievoerend behandelaar te kunnen beleggen bij arts-assistenten. Hierbij worden de gebruikelijke maatregelen genomen om de continuïteit van de kwaliteit van zorg te waarborgen. Wanneer een aios rouleert neemt de opvolgende aios de verantwoordelijkheden integraal over, inclusief regievoerderschap.

### **Complexe wereld:**

Wanneer het behandelcontact langer gaat duren, chronisch wordt en wanneer meerdere problemen zich opstapelen, de problemen complexer worden en meerdere specialismen betrokken raken bij de behandeling van de patiënt ontstaat een ingewikkelde situatie. Dan ontstaat zowel bij de patiënt als bij de artsen de vraag wie is waarvoor verantwoordelijk, wie heeft het overzicht en wie leidt de patiënt door dit bos van zorgverleners, zodat hij de best mogelijke zorg krijgt? De regeling probeert voor deze situaties handreikingen in de afstemming van rollen te doen.

De praktijk leert dat artsen niet altijd beschikbaar zijn voor de patiëntenzorg. Onderwijs, dienst, compensatie, vakantie, onderzoek, organisatie, congres en besprekingen maken dat de arts die de patiënt kent, een groot deel van de tijd niet binnen redelijke tijd beschikbaar is.

Ongeacht de rol die de arts voor de patiënt heeft (behandelend arts, regievoerend behandelend arts, bij de behandeling betrokken consulent), moet de continuïteit van zorg gewaarborgd zijn. Voor de patiënt betekent dit dat de toegankelijkheid van zorg geborgd is. Op het moment dat de patiënt het ziekenhuis verlaat, moeten een naam en telefoonnummer van de afdeling bekend zijn en moet – tijdens kantooruren – het telefoonnummer toegang bieden tot een arts van het betreffende specialisme of een daarvoor waarnemende arts. Dat betekent niet dat die arts alle problemen van de patiënt op ieder door de patiënt gekozen ogenblik moet kunnen oplossen, maar de toegankelijkheid van zorg gewaarborgd is. Vanuit oogpunt van regievoering speelt in deze situatie een ander aspect en dat is daar waar afstemming van zorg op een dergelijk moment in het geding is. Hierboven werd reeds de transitie kliniek – polikliniek besproken. Kort na een klinische opname liggen hier verantwoordelijkheden voor de klinische regievoerend behandelend arts. Later na opname ontstaat er een rol voor de poliklinisch regievoerend behandelend arts. Het spreekt voor zich dat de klinische regievoerder belangrijke informatie betreffende de regie kenbaar maakt aan degene die dit op de polikliniek overneemt. Afhankelijk van de urgentie en de complexiteit wordt daarbij de juiste communicatiemethode gekozen.

De complexiteit van de patiënt kan medebepalend zijn voor de intensiteit van de regiefunctie. Het beoordelen van de urgentie van de door of namens de patiënt aangeleverde informatie is een functie die kan worden overgedragen aan een goed ingevoerde functionaris die de urgentie van de vraag kan beoordelen en die overzicht heeft over de aan- en afwezigheid van de artsen.

### **Kenbaarheid:**

Met de nu beschikbare regeling kan regievoerderschap worden toegewezen. Van belang is de kenbaarheid van het regievoerderschap aan patiënt en collega's. Dit moet in het dossier aangegeven worden op een duidelijke plaats, bijvoorbeeld in de groene balk in eZis. De operationalisering daarvan zal ter hand genomen dienen te worden.

### **Contactgegevens:**

De afdeling met het eerste contact levert na het consult aan de patiënt een telefoonnummer. Door dat nummer te bellen kan patiënt in contact treden met een gekwalificeerde functionaris die patiënt kan opvangen en begeleiden en die de voor patiënt benodigde stappen kan nemen. Binnen de afdeling moet de waarneming tot in detail geregeld zijn. Het afdelingshoofd is verantwoordelijk voor de organisatie.

[1] Uitgezonderd de situatie op de OK: daar zijn zowel operateur als anesthesioloog behandelend arts.

# 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.

- Publicatie: Nr. 28 – 11 juli 2013
- Jaargang: 2013
- Rubriek: Artikelen
- Auteur: Raymund Roos, Dick Engberts, Jouke Tamsma
- Pagina's: 1510–1513

LUMC vindt 'regie' beter uitgangspunt dan 'verantwoordelijkheid'

Een toename van complexe ziektebeelden, opeenvolging van behandelaren 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.<sup>1</sup> De 'hoofdbehandelaar' wordt daarin beschreven als de zorgverlener bij wie de 'eindverantwoordelijkheid' rust. Aangegeven wordt dat er meerdere 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 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.'

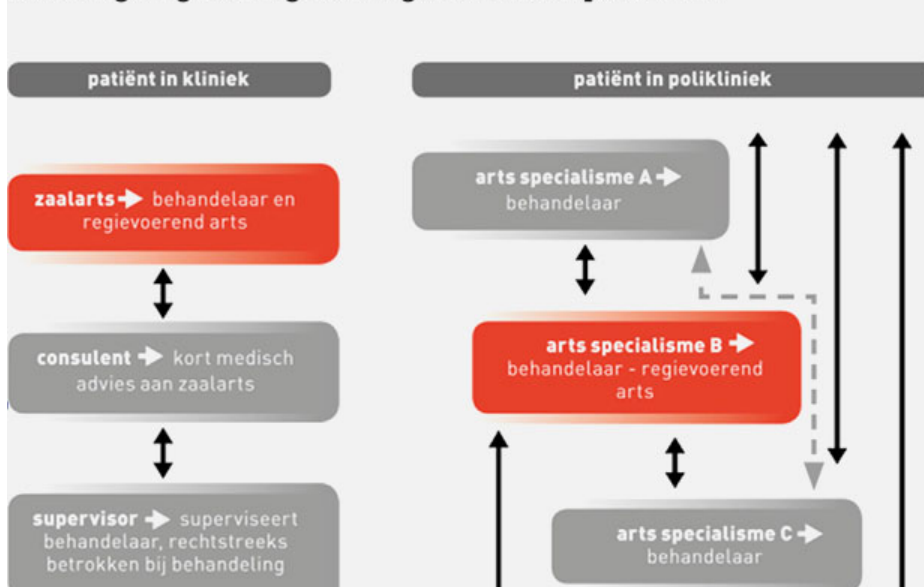
## Verwarring

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, 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.

## LUMC-regeling voor regievoering in kliniek en polikliniek







### 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). 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). 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 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-behandelaars 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 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.

---

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

contact: [r.a.c.roos@lumc.nl](mailto:r.a.c.roos@lumc.nl); cc: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld

## Bijlagen

### Voorbeelden

1. één ziektebeeld: behandelend arts is tevens regievoerend. Patiënt met ablatio retinae komt bij de oogarts, geen andere ziekten
2. twee ziektebeelden zonder samenhang: eerste behandelend arts is regievoerend, maar de regie kan overgedragen worden aan tweede behandelend arts, i.o.m. patiënt. Patiënt heeft een ablatio retinae, wordt geopereerd en herstelt, maar blijkt diabetes mellitus te hebben, waarvoor internistische behandeling noodzakelijk is. Na de laatste controle bij de oogarts kan de regie overgedragen worden aan de internist.
3. twee ziektebeelden met samenhang: eerste behandelend arts is regievoerend, anderen zijn consulent. Patiënt verwezen met voorbijgaande uitval van spraak en kracht rechter arm. Voor nader onderzoek kijkt de cardioloog en de vaatchirurg mee. Beide zijn consulent. Regie blijft bij de neuroloog.
4. 2 of >2 ziektebeelden ± samenhang: eerste behandelend arts is regievoerend en anderen zijn consulent of behandelend arts, maar de regie kan overgedragen worden aan een andere behandelend arts, i.o.m. patiënt.

Patiënt met een darmtumor waarvoor operatie, chemotherapie en radiotherapie noodzakelijk zijn. Chirurg, oncoloog en radiotherapeut zijn betrokken. Alleen behandelen op hun gebied. Afgesproken moet worden wie voor de afstemming van de zorg zorgt en regievoerend arts is.

## Operationalisatie – eZis

Een goede operationalisatie en naleving van de regeling zal veel baat hebben van ondersteuning door het elektronisch patiëntendossier. Hier staat een voorbeeld van een mogelijke oplossing in eZis. Deze dient verder uitgewerkt te worden.

- Op de onderstaande balk staat de afdeling gevolgd door de behandelend arts en de regiedokter;

Afdeling    Behandelend arts    Regievoerend

- Bij eerste bezoek op de polikliniek wordt automatisch behandelend en regievoerend ingevoerd;
- Wanneer er een tweede polikliniek bezocht wordt krijgt de behandelend arts van de nieuwe afdeling de vraag wie de regie heeft. Hij kan de status niet opruimen zonder die vraag beantwoord te hebben;
- Bij langer lopende contacten (chronische behandeling) komt de vraag naar de regievoerder naar voren de eerste keer dat de patiënt weer bij een afdeling komt, 12 maanden nadat die vraag voor het laatst is gesteld.

## VUmc – Lokaal reglement Hoofdbehandelaarschap Kindergeneeskunde, Oncologische zorgpaden en KNO

Lokaal reglement hoofdbehandelaarschap Kindergeneeskunde

# Lokaal reglement hoofdbehandelaarschap kindergeneeskunde

## Doel

- Dit lokaal reglement legt de afspraken vast die binnen de afdeling Kindergeneeskunde zijn gemaakt m.b.t. de uitvoering van het hoofdbehandelaarschap en de samenwerking met andere specialismen.
- Het lokaal reglement vormt de uitwerking en aanvulling van de afspraken van de Handreiking Hoofdbehandelaarschap in VUmc.
- Zie Handreiking hoofdbehandelaarschap KN 50844, bijlage A Informatie voor de patiënt KN 50845, bijlage B en C: Specifieke situaties KN 50846

## Plaats van de afdeling in het VUmc–zorgproces

- De afdeling kindergeneeskunde is werkzaam in het gehele behandeltraject van verwijzing tot en met nazorg. Een deel van de zorg betreft multidisciplinaire zorg.
- Patiënten worden verwezen vanuit de 1e en 2e lijn.
- Patiënten komen binnen via de polikliniek, de SEH of rechtstreeks op de afdeling Kindergeneeskunde of Intensive Care bij overname vanuit een ander ziekenhuis waar patiënt opgenomen was voor afdeling kindergeneeskunde

## 1. Toewijzing hoofdbehandelaar aan nieuwe / bekende patiënt

### *Klinisch traject*

- Tijdens de opname op de kinderafdeling kunnen andere specialisten dan kinderartsen hoofdbehandelaar zijn. (kinderchirurgie, neurologie, neurochirurgie, KNO, kaak, mond en aangezichtchirurgie, oogheelkunde, urologie, orthopedie, revalidatie, plastische chirurgie, chirurgie)

### **De kinderarts is bij ieder opgenomen kind in medebehandeling.**

### *documentatie*

- Afsprakensysteem
- Voorblad systeem
- Competentieprofielen

## 2. Vaste informatie van de afdeling voor de patiënt.

### *Klinisch traject*

- Indien voor een behandeling een operatieve ingreep of opname geïndiceerd is, kan het hoofdbehandelaarschap van de kindergeneeskunde tijdelijk of blijvend gedeeld worden met de operateur of worden overgedragen. Bij de planning van de opname wordt in overleg met het team van behandelaren bepaald wie de operatie zal uitvoeren en hoofdbehandelaar zal zijn. De patiënt wordt, voorafgaand aan de daadwerkelijke opname, door de hoofdbehandelaar op de hoogte gesteld wie de operateur is, wie hoofdbehandelaar is en wie evt. medebehandela(a)r(s) worden.
- De hoofdbehandelaar registreert de namen van de hoofdbehandelaar en medebehandelaars op het (nieuwe) voorblad van het klinisch medisch dossier.

### *documentatie*

- Voorblad dossier
- Afsprakenkaart / contactkaart
- Operatieplanning

## 3. Bereikbaarheid van de (hoofd) behandelaren is geregeld

- Tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten) is altijd één dienstdoend arts-assistent kindergeneeskunde en één superviserend stafid beschikbaar en bereikbaar.
- Kindergeneeskunde stelt het dienstschema ruim te voren vast en maakt dit bekend aan alle arts-assistenten en stafleden en alle andere betrokken (de afdeling, de spoedeisende hulp (SEH) en de telefooncentrale.
- Alle arts-assistenten en stafleden van kindergeneeskunde beschikken over een actuele lijst met telefoonnummers van alle specialisten van kindergeneeskunde die geraadpleegd kunnen worden voor intercollegiaal overleg.

### *documentatie*

- Actueel dienstenschema (Harmony, wekelijks dienstrooster per mail via secretariaat kindergeneeskunde)
- Actuele lijst telefoonnummers en piepers

## 4. Waarneming van de hoofdbehandelaar is geregeld

### *Klinisch traject*

- Bij kortere of langere afwezigheid van de hoofdbehandelaar als gevolg waarvan, naar diens oordeel, de continuïteit van zorg in het

gedrang kan komen, draagt hij het hoofdbehandelaarschap, voor alle tijdens de afwezigheid opgenomen patiënten, tijdelijk over aan een collega.

- De hoofdbehandelaar stelt de patiënt op de hoogte van deze tijdelijke wijziging van hoofdbehandelaarschap.
- Kindergeneeskunde legt de tijdelijke wijziging vast in het klinisch medisch dossier.
- Kindergeneeskunde heeft in de kliniek een actueel overzicht van elke overdracht voor elk dienstdoend staflid en arts-assistent. Dit overzicht geeft per patiënt aan wie de actuele hoofdbehandelaar en behandelaar zijn.
- Bij wisselingen van zaalartsen dragen zij zelf zorg voor overdracht naar de volgende zaalarts (ip schriftelijk, zn met mondelinge toelichting)

#### *documentatie*

- Voorblad dossier
- Overzichtslijst overdrachten klinisch traject

#### 5. Afspraken over (de kwaliteit van) de dossiervoering.

- De hoofdbehandelaar is er voor verantwoordelijk dat het dossier van de patiënt te allen tijde juist, volledig en actueel is.
- Elk contact (ook telefonisch) met de patiënt wordt geregistreerd en leesbaar beschreven in het (papieren) dossier.
- Het papieren dossier van de patiënt moet altijd te vinden en beschikbaar zijn ook op momenten dat de (hoofd)behandelaar niet zelf aanwezig is.
- Binnen kindergeneeskunde geldt de regel dat een dossier niet langer dan noodzakelijk buiten het archief (op de eigen werkkamer) wordt bewaard. Als een dossier op de eigen werkkamer wordt gehouden moet de behandelaar zorgen dat de locatie van het dossier juist geregistreerd is in het digitale dossier-uitleensysteem.
- Samenvattingen van gesprekken worden gedocumenteerd in het patiëntendossier door de hoofdbehandelaar.
- Informatie over patiëntcontacten die beschikbaar is in het digitale patiënt-dossiersysteem (Mirador/EVA, Chipsoft-OK, Ultragenda) wordt niet in het papierendossier opgeborgen, tenzij hieraan bij wijze van back-up behoefte is.
- Alle correspondentie met derden over een patiënt wordt opgeborgen in het papieren dossier tot digitale opslag mogelijk is.
- De patiënt moet op basis van het papieren plus het digitale dossier na korte mondelinge toelichting zijn over te dragen.
- Kindergeneeskunde evalueert de kwaliteit van de dossiervoering in het kader van de deelname aan de landelijke kwaliteitsvisite.

#### *documentatie*

- Dossiervoering

#### 6. Hoofdbehandelaarschap als onderwerp van coaching en in het jaargesprek

- Kindergeneeskunde evalueert de uitvoering van het (hoofd-) behandelaarschap 1 keer per jaar. Organisatorische aandachtspunten uit deze jaargesprekken worden ingebracht in de periodieke evaluatie van het lokaal reglement (zie 11) en leiden waar nodig tot aanpassing.

#### *documentatie*

- Verslagen

#### 7. Inwerken en coachen AIO's en ANIO's op het gebied van hoofdbehandelaarschap

- Op de afdeling kindergeneeskunde werken naast medisch specialisten, AIOS en ANIOS.
- Kindergeneeskunde verzorgt voor AIOS in de eerste poli- en kliniekstage aan de hand van dit reglement schriftelijke en mondelinge introductie met betrekking tot de afspraken rond het hoofdbehandelaarschap.
- Verantwoordelijkheidstoedeling en hoofdbehandelaarschap komen aan de orde in de statusbespreking en inter- en supervisie gesprekken tussen AIOS en opleider.

#### *documentatie*

- Presentatie hoofdbehandelaarschap met aanvulling afdeling
- Competentieprofielen

#### 8. Rolverdeling en specifieke taken hoofdbehandelaar in een multidisciplinair team

Kindergeneeskunde werkt met andere specialismen samen bij complexe zorg rondom chirurgische, neurologische, neurochirurgische, KNO, kaak, mond en aangezichtchirurgische, oogheekundige, orthopedische, revalidatie, plastische chirurgie en urologische patiënten.

#### *Klinisch traject*

- De kindergeneeskunde wordt bij aanvang van het zorgtraject van elke opgenomen patiënt mede of hoofdbehandelaar.
- In onderling overleg wordt besproken wie tijdens de opname hoofdbehandelaar respectievelijk medebehandelaar zal zijn.
- De rolverdeling tussen hoofd en medebehandelaar betreffende specifieke taken rondom zorg voor de patiënt is per specialisme afgesproken en vastgelegd in Tabel 1.
- Bereikbaarheid van diverse specialismen staat vermeld in Tabel 2.

Taakverdeling per specialisme													
	KCH*	NRK*	NCH*	KNO*	MON*	OOG*	ORT*	REV*	PCH*	URO*	CH*		
	KIN	KIN	KIN	KIN	KIN	KIN	KIN	KIN	KIN	KIN	KIN	KIN	KIN
hoofdbehandelaar	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
medebehandelaar	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
eerste aanspreekpunt verpleegkundigen overdag	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
eerste aanspreekpunt verpleegkundigen avond/nacht	x	x**	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
dossievoering	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
aanwezig tijdens dagelijkse visite	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
weekeindsvisite	x	x	x**	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
gesprekken met ouder/verzorger en patient	x***	x***	x***	x***	x***	x***	x***	x***	x***	x***	x***	x***	x***
voeding	x	x**	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x**
medicatie voorschrijven incl pijnmedicatie	x	x**	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x**

\*: KCH: kinderchirurgie; NRK: kinderneurologie; NCH: neurochirurgie; KNO: keel neus oor chirurgie; MON: kaak, mond en aangezichtchirurgie; OOG: oogheelkunde; ORT: orthopedie; REV: revalidatie; PCH: plastische chirurgie; URO: urologie; CH: chirurgie  
 \*\*: muv neurotrauma (dan dienstdoende A(N)IOS neurologie, bij opnameuur >24 uur wordt zorg overgedragen aan A(N)IOS kindergeneeskunde )  
 \*\*\*: in overleg gezamenlijk  
 \*\*: alleen in overleg  
 \*\*:Totaal Parenterale Voeding altijd door KIN

Tabel 2

	VKKB		VKKC	
	overdag	avond/nacht en weekend	overdag	avond/nacht en weekend
kindereneeskunde	6139/ 6126	6138	6129	6138
kinderoncologie	6575	6138		
kinderneurologie	6377	6176/ 6017**	6377	6176/ 6017**
kinderchirurgie	6377/6091	6091/6664	6377/6091	6091/6664
neurochirurgie	6016	6194	6016	6194
KNO	6035/ 6160	6144	6035/ 6160	6144
kaak, mond aangezichtchirurgie	6146	6146/ via 43636 (SEH)	6146	6146/ via 43636 (SEH)
oogheelkunde	6149	6149	6149	6149
orthopedie	6189	6662	6189	6662
revalidatie	6654	via centrale	6654	via centrale
plastische chirurgie	6396	via centrale	6396	via centrale
urologie	6521/ 6098	6191	6521/ 6098	6191

\* avond; \*\* nacht

## documentatie

- Verslaglegging MDO tabel 1

Tabel zorgpaden per tumortype/diagnose	Diagnostische fase	Chirurgie	Radiotherapie	Chemoradio therapie	Chemotherapie / systemische behandeling	Palliatieve fase
<b>Rollen behandelarschap</b>	1e HBH	tijdelijk HBH	MBH tijdelijk HBH	1e HBH met MBH	1e HBH met MBH	1e HBH of ONC = 2e HBH
<b>Tijdens fase</b>	polikliniek van...tot...	polikliniek van...tot...	polikliniek van...tot...	polikliniek / kliniek van... tot...	polikliniek / kliniek van...tot...	polikliniek / thuis van...
<b>Vastlegging</b>	kaartje + MDO-verslag + voorblad dossier	MDO-verslag + voorblad dossier	MDO-verslag + voorblad dossier	MDO-verslag + voorblad dossier	MDO-verslag + voorblad dossier	MDO-verslag + voorblad dossier
<b>Neuroncologie</b>	Specialisme van 1e contact: NEU, NEUCH of ONC	Chirurg	Radiotherapeut	Neuroloog of Medisch Oncoloog (*)	Neuroloog of Medisch Oncoloog (*)	Neuroloog
<b>Longziekten</b>	Specialisme van 1e contact: LON of ONC	Chirurg	Radiotherapeut	Longarts	Longarts	Specialisme van 1e contact of longarts
<b>Hoofd &amp; Hals</b>	Specialisme van 1e contact: KNO of ONC	Chirurg	Radiotherapeut	Medisch Oncoloog	Medisch Oncoloog	Specialisme van 1e contact of medisch oncoloog
<b>enzovoort</b>						

## 9. Aanvullende afspraken over de organisatie van zorg en overdrachten tussen specialisten

### Klinisch traject

- In de zorg is de A(N)IOS (zaalarts) die de patiënt op de verpleegafdelingen ziet, behandelaar en het superviserend of dienstdoend staf lid zijn in dat geval hoofdbehandelaar. Dit wordt vastgelegd in de kliniek-statusvoering.
- Aan patiënt wordt de naam/namen doorgegeven en in de communicatie aan de huisarts wordt de naam van de behandelaar en hoofdbehandelaar vermeldt. De behandelend AIOS en de hoofdbehandelaar ondertekenen gezamenlijk de brief aan de huisarts. De inhoud van de brief wordt altijd getoetst door de hoofdbehandelaar.
- Kindergeneeskunde streeft bij chronische patiënten in zo veel mogelijk gevallen naar continuïteit van de hoofdbehandelaar (zie ook 1. bekende patiënt).
- Kindergeneeskunde betreft de A(N)IOS als behandelaar bij het behandeltraject.

### documentatie

- Dossievoering SEH
- Correspondentie
- Competentieprofielen

## 10. Externe samenwerking.

Emma kinderziekenhuis/ Academisch Medisch Centrum, Hospice de Biezenwaard, hospice Het lindenhofje

## 11. Periodieke evaluatie en revisie lokaal reglement.

Over één jaar

## 12. Wat verder ter tafel komt

n.v.t.

# Lokaal reglement hoofdbehandelaarschap Oncologische zorgpaden

**Lokaal reglement hoofdbehandelaarschap Oncologische zorgpaden, medische oncologie en andere betrokken specialismen.**

Het lokaal reglement betreft uitwerking en aanvulling van de afspraken van de centrumbrede handreiking hoofdbehandelaarschap.

- Handreiking hoofdbehandelaarschap KN 50844
- Bijlage A Informatie voor de patiënt KN 50845
- Bijlage B en C: Specifieke situaties KN 50846

### Onderwerp

**Afspraken binnen het de oncologische zorgpaden, medische oncologie en andere betrokken specialismen**

### Doel

Vastleggen van interne afspraken binnen de oncologische zorgpaden m.b.t. de uitvoering van het hoofdbehandelaarschap binnen een zorgpad en bij de samenwerking met de betrokken specialismen.

### 1. Toewijzing hoofdbehandelaar aan nieuwe / bekende patiënt

Poliklinisch traject

- Indien de eerste afspraak bij een medisch specialist is, is deze hoofdbehandelaar. Indien de eerste afspraak bij een AIOS/ANIOS is, is deze behandelaar en is het superviserend stafid hoofdbehandelaar.
- De nieuwe patiënt die door een huisarts wordt verwezen krijgt direct bij het maken van de afspraak te horen door welk specialisme hij/zij wordt gezien.
- De nieuwe patiënt die wordt verwezen door een collega specialist naar een specifieke specialist van VUmc krijgt een afspraak bij die specialist of op een spreekuur dat onder diens verantwoordelijkheid valt.
- De nieuwe patiënt die op eigen initiatief een second opinion vraagt wordt ingepland bij het meest geschikte specialisme.
- De nieuwe patiënt die via de huisarts of medisch specialist verwezen wordt voor een second opinion over een specifiek probleem krijgt een afspraak bij het meest geschikte specialisme.
- De bekende patiënt krijgt indien mogelijk een afspraak met de eerder bekende (hoofd)behandelaar.
- De tabel 'Hoofdbehandelaarschap oncologische zorg' geeft een overzicht van de verschillende mogelijke hoofdbehandelaars tijdens een oncologische zorgpad. Deze tabel is ingedeeld per tumortype.

n.b. in het geval een AIOS door de opleidingsgroep competent is verklaard voor zelfstandige behandeling van het klachtenpatroon van de patiënt kan deze AIOS ook hoofdbehandelaar zijn.

n.b. Indien door de aard van het klachtenpatroon niet direct duidelijk is of de specialist de meest aangewezen is om hoofdbehandelaar te zijn, kan toewijzing worden uitgesteld tot maximaal het tweede consult. De eerste arts (behandelaar) is er voor verantwoordelijk dat tussen het eerste en tweede consult intercollegiaal overleg wordt gevoerd om het behandeltraject van de patiënt en daarmee de hoofdbehandelaar vast te stellen.

n.b. Indien van deze regels moet worden afgeweken, bijvoorbeeld vanwege beschikbaarheid of wachttijd, wordt dit bij het maken van de afspraak aan patiënt medegedeeld.

### *documentatie*

- Tabel
- 'Hoofdbehandelaarschap oncologische zorg'

### 2. Vaste informatie van de afdeling voor de patiënt

Bij het eerste consult stelt de arts de patiënt mondeling op de hoogte van de hoofdbehandelaar binnen het specialisme en schriftelijk via het hoofdbehandelaarschapskaartje. Bij wisseling van de hoofdbehandelaar wordt dit op hetzelfde kaartje vermeld.

#### *documentatie*

- Hoofdbehandelaarskaartje

### 3. Bereikbaarheid van de (hoofd) behandelaren is geregeld

#### *(Poli)klinisch traject*

- Tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten) is altijd één dienstdoend AIOS/ANIOS beschikbaar en één superviserend stafid en bereikbaar.
- De telefoonnummers (tijdens werktijden en na werktijden) staan vermeld op het hoofdbehandelaarskaartje voor de patiënt.
- De meldkamer beschikt over een actuele lijst met telefoonnummers van alle specialisten die geraadpleegd kunnen worden voor intercollegiaal overleg door de dienstdoend AIOS/ANIOS of het superviserend stafid.

#### *documentatie*

- Actueel dienstenschema
- Actuele lijst telefoonnummers en piepers
- hoofdbehandelaarskaartje

### 4. Waarneming van de hoofdbehandelaar is geregeld

- Bij langere afwezigheid van de hoofdbehandelaar als gevolg waarvan, naar diens oordeel, de continuïteit van zorg in het gedrang kan komen, draagt deze het hoofdbehandelaarschap voor de poliklinische patiënten, tijdelijk over aan een collega.
- De hoofdbehandelaar stelt mondeling en/of schriftelijk de patiënt op de hoogte van deze (tijdelijke) wijziging van hoofdbehandelaarschap.
- Bij beëindigen dienstverband wordt een nieuwe hoofdbehandelaar aangewezen.

#### *Klinisch traject*

- Bij kortere of langere afwezigheid van de hoofdbehandelaar als gevolg waarvan, naar diens oordeel, de continuïteit van zorg in het gedrang kan komen, draagt hij het hoofdbehandelaarschap, voor alle tijdens de afwezigheid opgenomen patiënten, tijdelijk over aan een collega.
- De hoofdbehandelaar stelt de patiënt op de hoogte van deze tijdelijke wijziging van hoofdbehandelaarschap.
- De hoofdbehandelaar legt de tijdelijke wijziging vast in het klinisch medisch dossier.
- De hoofdbehandelaar heeft in de kliniek een actueel overzicht van elke overdracht voor elk dienstdoend stafid en AIOS/ANIOS. Dit overzicht geeft per patiënt aan wie de actuele hoofdbehandelaar en behandelaar zijn.

#### *documentatie*

- hoofdbehandelaarskaartje

### 5. Afspraken over (de kwaliteit van) de dossiervoering

- De hoofdbehandelaar is er voor verantwoordelijk dat het dossier van de patiënt te allen tijde juist, volledig en actueel is.
- Elk contact (ook telefonisch) met de patiënt wordt geregistreerd en leesbaar beschreven in het (papieren) dossier.
- Het papieren dossier van de patiënt moet te allen tijde te vinden en beschikbaar zijn ook op momenten dat de (hoofd)behandelaar niet zelf aanwezig is.
- Binnen de oncologische zorgpaden geldt de regel dat een dossier niet langer dan noodzakelijk buiten het archief (op de eigen werkkamer) wordt bewaard. Als een dossier op de eigen werkkamer wordt gehouden moet de behandelaar zorgen dat de locatie van het dossier juist geregistreerd is in het digitale dossier-uitleensysteem.
- Informatie over patiëntcontacten die beschikbaar is in het digitale patiënt-dossiersysteem (Mirador/EVA, Chipsoft-OK, Ultragenda, EDS) wordt niet in het papierendossier opgeborgen, tenzij hieraan bij wijze van back-up behoefte is.
- Alle correspondentie met derden over een patiënt wordt opgeborgen in het papieren dossier tot digitale opslag mogelijk is.
- De patiënt moet op basis van het papieren plus het digitale dossier na korte mondelinge toelichting zijn over te dragen.
- Ieder specialisme evalueert de kwaliteit van de dossiervoering in het kader van de deelname aan de landelijke kwaliteitsvisiting.

#### *documentatie*

- Feitelijke dossiervoering
- Steekproeven (optioneel)

Zie ook handreiking hoofdbehandelaarschap PNB 50844

- MDO-overleg in Mirador is verbindende schakel tussen alle losse dossiers

### 6. Hoofdbehandelaarschap als competentie

- In het geval een AIOS door de opleidingsgroep competent is verklaard voor zelfstandige behandeling van het klachtenpatroon van de patiënt kan deze AIOS ook hoofdbehandelaar zijn.

n.b. Organisatorische aandachtspunten uit deze jaargesprekken worden ingebracht in de periodieke evaluatie van het lokaal reglement (zie 11) en leiden waar nodig tot aanpassing.

#### *documentatie*

- Verslagen

#### 7. Inwerken en coachen AIOS en ANIOS op het gebied van hoofdbehandelaarschap

- Ieder betrokken specialisme verzorgt voor AIOS en ANIOS in de eerste polistage aan de hand van dit reglement schriftelijke en mondelinge introductie met betrekking tot de afspraken rond het hoofdbehandelaarschap bij oncologische zorgpaden.
- Verantwoordelijkheidstoedeling en hoofdbehandelaarschap komen aan de orde in de statusbespreking en inter- en supervisie gesprekken tussen AIOS en opleider.

#### *documentatie*

- Presentatie hoofdbehandelaarschap met aanvulling afdeling
- Competentieprofielen

#### 8. Rolverdeling en specifieke taken hoofdbehandelaar in het multidisciplinair team

- In de verslaglegging van het MDO wordt aangegeven wie de hoofdbehandelaar is en wie de overige aanwezigen waren. In sommige gevallen zal de hoofdbehandelaar ondersteund worden door een case manager of Nurse Practitioner.

#### *documentatie*

- Verslaglegging MDO

#### 9. Aanvullende afspraken over de organisatie van zorg en overdrachten tussen specialismen

- In de acute zorg is de AIO die de patiënt als eerste ziet, behandelaar en het superviserend of dienstdoend stafid hoofdbehandelaar. Dit wordt vastgelegd in de SEH-statusvoering.
- In het algemeen worden de VUmc afspraken gevolgd met betrekking tot IC en SEH
- De (hoofd)behandelaar geeft de naam/namen door aan de patiënt.
- De (hoofd)behandelaar zorgt dat in de communicatie aan de huisarts de naam van de behandelaar en hoofdbehandelaar wordt vermeld.
- De behandelend AIOS ondertekent de brief aan de huisarts. De inhoud wordt omwille van efficiëntie achteraf door het superviserend stafid. getoetst
- n.b. In het geval de dienstdoend AIOS competent is voor de behandeling van het ziektebeeld waarvoor de patiënt de SEH bezoekt is de AIOS hoofdbehandelaar.
- Bij chronische patiënten wordt gestreefd, in zo veel mogelijk gevallen naar continuïteit van de hoofdbehandelaar (zie ook 1. bekende patiënt).
- Hoofdbehandelaar betreft de AIOS als behandelaar bij het behandeltraject.

#### *documentatie*

- Dossiervoering SEH
- Correspondentie
- Competentieprofielen

Zie ook Handreiking hoofdbehandelaarschap bijlage B KN50846

#### 10. Externe samenwerking

Ondersteuning perifere ziekenhuizen via IKNL-consulten

#### 11. Periodieke evaluatie en revisie lokaal reglement

Over één jaar

#### 12. Wat verder ter tafel komt

n.v.t.

## **Lokaal reglement hoofdbehandelaarschap afdeling KNO**

Het lokaal reglement wordt gezien als uitwerking en aanvulling van de afspraken van de centrum brede handreiking.

- Handreiking hoofdbehandelaarschap KN 50844
- Bijlage A Informatie voor de patiënt KN 50845
- Bijlage B en C: Specifieke situaties KN 50846



## Doel

Vastleggen interne afspraken binnen de afdeling KNO / hoofd-halschirurgie m.b.t. de uitvoering van het hoofdbehandelaarschap binnen het specialisme en waar van toepassing in de samenwerking met andere specialismen.

## Plaats van de afdeling in het VUmc-zorgproces

KNO is werkzaam in het gehele behandeltraject van verwijzing tot en met nazorg. Een deel van de zorg betreft multidisciplinaire zorg.

Patiënten worden verwezen vanuit de 1e en 2e lijn.

Patiënten komen binnen via de polikliniek, de SEH of rechtstreeks op de afdeling KNO of Intensive Care in geval overname vanuit een ander ziekenhuis waar patiënt reeds opgenomen was voor de daar aanwezige afdeling KNO-heelkunde.

### documentatie

- Zie ook: taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden medisch afdelingshoofd geregeld in .....

## 1. Toewijzing hoofdbehandelaar aan nieuwe / bekende patiënt

### Poliklinisch traject

- Indien de eerste afspraak bij een medisch specialist is, is deze hoofdbehandelaar. Indien de eerste afspraak bij een arts-assistent is, is deze behandelaar en is het superviserend staflid van de betreffende dag (of dagdeel) hoofdbehandelaar, behalve in die situaties waarin met een specifiek staflid tevoren of tijdens het consult is overlegd.
- De nieuwe patiënt die door een huisarts wordt verwezen krijgt direct bij het maken van de afspraak te horen door welke arts hij/zij wordt gezien.
- De nieuwe patiënt die wordt verwezen door een collega KNO-arts naar een specifieke KNO-arts van het VUmc krijgt een afspraak bij die KNO-arts of op een spreekuur dat onder diens verantwoordelijkheid valt.
- De nieuwe patiënt die op eigen initiatief een second opinion vraagt wordt ingepland op elk beschikbaar spreekuur.
- De nieuwe patiënt die via de huisarts of medisch specialist verwezen wordt voor een second opinion over een specifiek probleem krijgt een afspraak bij het meest geschikte spreekuur.
- De bekende patiënt krijgt indien mogelijk een afspraak met de eerder bekende (hoofd)behandelaar.

N.B. In het geval een arts-assistent door de opleidingsgroep competent is verklaard voor zelfstandige behandeling van het klachtenpatroon van de patiënt kan deze arts-assistent ook hoofdbehandelaar zijn.

N.B. Indien door de aard van het klachtenpatroon niet direct duidelijk of de specialist de meest aangewezen is om hoofdbehandelaarschap te zijn, kan toewijzing worden uitgesteld tot maximaal het tweede consult. De eerste arts (behandelaar) is er voor verantwoordelijk dat tussen het eerste en tweede consult intercollegiaal overleg wordt gevoerd om het behandeltraject van de patiënt en daarmee de hoofdbehandelaar vast te stellen.

N.B. Indien van deze regels moet worden afgeweken, bijvoorbeeld vanwege beschikbaarheid of wachttijd, wordt dit bij het maken van de afspraak aan patiënt medegedeeld.

### Klinisch traject

- Tijdens de opname is de operateur hoofdbehandelaar en zijn de arts-assistent die tijdens de ingreep assisteert en de verantwoordelijk zaalarts behandelaar. Indien geen operatie plaats vindt tijdens de opname is het staflid wat supervisor was tijdens het poliklinisch of eerste hulp consult de hoofdbehandelaar.

N.B. In geval een arts-assistent door de opleidingsgroep competent is verklaard voor het zelfstandig uitvoeren van een operatieve ingreep kan deze arts-assistent hoofdbehandelaar zijn.

## 2. Vaste informatie van de afdeling voor de patiënt.

### Poliklinisch traject

- KNO stelt de patiënt op de hoogte van de namen van de hoofdbehandelaar en behandelaren binnen het specialisme.
- KNO registreert de namen van de hoofdbehandelaar, behandelaar en zaalarts op het (nieuwe) voorblad van het poliklinisch medisch dossier.
- KNO legt de namen vast op de contactkaart van patiënt. Toelichting: omdat sinds het gebruik van Ultragenda afspraken voor patiënten niet meer worden opgeschreven, maar patiënten een afdruk krijgen van hun toekomstige afspraak is het gebruik van de afsprakenkaart komen te vervallen. Hiervoor in de plaats komt in de toekomst de contactkaart. Daarop worden, naast de namen van de (hoofd)behandelaar ook de meest relevante telefoonnummers vermeld.

### documentatie

- Voorblad dossier
- afsprakenkaart

- operatieplanning.

#### *Klinisch traject*

- Indien voor de behandeling een operatieve ingreep of opname geïndiceerd is kan het hoofdbehandelaarschap binnen het specialisme tijdelijk of blijvend worden overgedragen aan de operateur.
- Omdat KNO voor veel patiënten de behandeling in teamverband uitvoert, is de operateur soms een ander dan de hoofdbehandelaar in het poliklinisch traject.
- KNO bepaalt bij planning van de opname in overleg met het team van behandelaren wie de operatie zal uitvoeren.
- De patiënt wordt, voorafgaand aan de daadwerkelijk opname, op de hoogte gesteld wie de operateur en dus hoofdbehandelaar wordt.
- KNO registreert de namen van de hoofdbehandelaar, behandelaar en zaalarts op het (nieuwe) voorblad van het klinisch medisch dossier.

#### 3. Bereikbaarheid van de (hoofd) behandelaren is geregeld.

- Tijdens avond-, nacht- en weekend-diensten (ANW-diensten) is altijd één dienstdoend arts-assistent KNO en één superviserend staflid beschikbaar en bereikbaar.
- KNO stelt het dienstschema ruim te voren vast en maakt dit bekend aan alle arts-assistenten en stafleden en alle andere betrokken (de afdeling, de spoedeisende hulp (SEH) en de telefooncentrale).
- Alle arts-assistenten en stafleden van KNO beschikken over een actuele lijst met telefoonnummers van alle specialisten van KNO die geraadpleegd kunnen worden voor intercollegiaal overleg.

#### *documentatie*

- Actueel dienstschema
- Actuele lijst telefoonnummers en piepers

#### 4. Waarneming van de hoofdbehandelaar is geregeld

##### *Poliklinisch traject*

- Bij langere afwezigheid van de hoofdbehandelaar als gevolg waarvan, naar diens oordeel, de continuïteit van zorg in het gedrang kan komen, draagt deze het hoofdbehandelaarschap voor de poliklinische patiënten, tijdelijk over aan een collega.
- De hoofdbehandelaar stelt de patiënt op de hoogte van deze (tijdelijke) wijziging van hoofdbehandelaarschap.
- KNO legt de (tijdelijke) wijziging vast in het poliklinisch medisch dossier. Toelichting: tijdelijke staat tussen haakjes omdat ook het beëindigen van dienstverband een ander hoofdbehandelaar vereist.

##### *Klinisch traject*

- Bij kortere of langere afwezigheid van de hoofdbehandelaar als gevolg waarvan, naar diens oordeel, de continuïteit van zorg in het gedrang kan komen, draagt hij het hoofdbehandelaarschap, voor alle tijdens de afwezigheid opgenomen patiënten, tijdelijk over aan een collega.
- De hoofdbehandelaar stelt de patiënt op de hoogte van deze tijdelijke wijziging van hoofdbehandelaarschap.
- KNO legt de tijdelijke wijziging vast in het klinisch medisch dossier.
- KNO heeft in de kliniek een actueel overzicht van elke overdracht voor elk dienstdoend stafid en arts-assistent. Dit overzicht geeft per patiënt aan wie de actuele hoofdbehandelaar en behandelaar zijn.

#### *documentatie*

- Voorblad dossier
- Overzichtslijst overdrachten
- Klinisch traject

#### 5. Afspraken over (de kwaliteit van) de dossiervoering.

- Het valt onder de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar dat te allen tijde het dossier juist, volledig en actueel is.
- Elk contact (ook telefonisch) met de patiënt wordt geregistreerd en leesbaar beschreven in het (papieren) dossier, voorzien van datum en naam van de arts.
- Het papieren dossier van de patiënt dient te allen tijde vindbaar en beschikbaar te zijn op momenten dat de (hoofd)behandelaar niet zelf aanwezig is. Hiertoe is het noodzakelijk dat dossier niet langer dan noodzakelijk buiten het archief (op de eigen werkkamer) worden bewaard. Indien een dossier toch op de eigen werkkamer wordt gehouden dient er voor zorg gedragen te worden dat de locatie van het dossier accuraat geregistreerd is in het beschikbare digitale dossier-uitleensysteem.
- Informatie betreffende patientcontacten die beschikbaar is in het digitale patientdossiersysteem (Mirador/EVA, Chipsoft-OK, Ultragenda, EDS) hoeft niet noodzakelijkerwijs in het papierendossier te worden opgeborgen.
- Alle correspondentie over een patiënt van derden wordt opgeborgen in het papieren dossier totdat digitale opslag hiervan mogelijk wordt.
- De patiënt dient op basis van de combinatie van het papieren en digitale dossier na korte mondelinge toelichting over te dragen te zijn.
- De kwaliteitsvoering van de dossiers wordt geëvalueerd in het kader van de deelname aan de landelijke kwaliteitsvisiting

## 6. Hoofdbehandelaarschap als onderwerp van coaching en in het jaargesprek.

- KNO evalueert de uitvoering van het (hoofd-)behandelaarschap in de jaargesprekken.

n.b. Organisatorische aandachtspunten uit deze jaargesprekken worden ingebracht in de periodieke evaluatie van het lokaal reglement (zie 11) en leiden waar nodig tot aanpassing.

## 7. Inwerken en coachen AIO's en ANIO's op het gebied van hoofdbehandelaarschap

- Op de afdeling KNO werken naast medisch specialisten, AIOS, geen ANIOS.
- KNO verzorgt voor AIOS in de eerste polistage aan de hand van dit reglement schriftelijke en mondelinge introductie met betrekking tot de afspraken rond het hoofdbehandelaarschap.
- Verantwoordelijkheidstoedeling en hoofdbehandelaarschap komen ook aan de orde in de statusbespreking en inter- en supervisie gesprekken tussen AIO en opleider.

## 8. Rolverdeling en specifieke taken hoofdbehandelaar in het multidisciplinair team

KNO werkt met andere specialismen samen in het Multidisciplinaire Team Hoofd-Halsoncologie.

In de meeste gevallen wordt de KNO-arts/hoofd-halschirurg bij aanvang van het Zorgpad hoofdbehandelaar. Dit zorgpad start na eerste consult van een patiënt op het Spreekuur voor Nieuwe Oncologie Patiënten (NPOC). De supervisor van het NPOC spreekuur is tot aan de opname Hoofdbehandelaar.

Een AIOS KNO wordt bij aanvang van het Zorgpad behandelaar en case-manager.

Medebehandelend specialismen zijn Medisch Oncologie, Kaakchirurgie, Radiotherapie. In voorkomende gevallen neemt één van deze artsen tijdens het behandeltraject als (tijdelijk) hoofdbehandelaar de behandeling over.

Daarna wordt in de meeste gevallen de KNO-arts/hoofd-halschirurg weer hoofdbehandelaar.

KNO participeert actief in multidisciplinaire behandeltrajecten rond kinderen met Cystic Fibrosis (CF), Primair Ciliaire Dyskinesie (PCD), Down en Schisis.

In het poliklinisch traject is de kinderarts hoofdbehandelaar.

De afdeling KNO is poliklinisch medebehandelaar en wijst een binnen de afdeling KNO een eerst verantwoordelijk medebehandelaar aan.

## 9. Aanvullende afspraken over de organisatie van zorg en overdrachten tussen specialismen

- In de acute zorg is de AIO die de patiënt als eerste ziet, behandelaar en het superviserend of dienstdoend staflid in dat geval hoofdbehandelaar.
- Dit wordt geëffectueerd in de SEH-statusvoering. Indien een dienstdoend AIOS competent is voor de behandeling van het ziektebeeld waarvoor de patiënt de SEH bezoekt is de AIOS hoofdbehandelaar. Aan patiënt wordt de naam/namen doorgegeven en in de communicatie aan de huisarts wordt de naam van de behandelaar en hoofdbehandelaar vermeldt. De behandelend AIOS ondertekent de brief aan de huisarts. De inhoud van de brief wordt omwille van de efficiëntie achteraf getoetst door het superviserend staflid.
- KNO streeft bij chronische patiënten in zo veel mogelijk gevallen naar continuïteit van de hoofdbehandelaar (zie ook 1. bekende patiënt).
- KNO betreft de AIOS als behandelaar bij het behandeltraject

## 10. Externe samenwerking.

Geen

## 11. Periodieke evaluatie en revisie lokaal reglement.

Over één jaar



**Welkom op de afdeling  
KNO-heelkunde  
van het VUmc**

**Tijdens deze opname is uw  
hoofdbehandelaar:**

---

**Betrokken behandelaren:**

Uw zaalarts is:

Voor spoedvragen buiten kantoortijden, zijn de afdeling KNO-heelkunde en de dienstdoende KNO-arts bereikbaar op 020-4442111. Heeft u naar aanleiding van uw opname in het ziekenhuis nog een vraag belt u dan bij voorkeur tussen 11.00 en 12.00 naar 020- 4442110.

## AMC – Hoofdbehandelaarschap op de polikliniek van het Hartcentrum

Al meer dan twaalf jaar kent de polikliniek van het AMC een gespecialiseerde polikliniek voor hartfalen. Binnen deze poli werkt een multidisciplinair team nauw samen om de zorg zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de specifieke zorgbehoeften en -vereisten van patiënten met hartfalen. In de loop van de jaren is het team groter geworden samen met het aantal patiënten dat onder behandeling is. Vier cardiologen vervullen momenteel voor de patiënt, maar ook binnen het behandelteam de rol van hoofdbehandelaar.

### Gezondheidsproblemen bij hartfalen

Hartfalen kan veroorzaakt worden door verschillende redenen. Over het algemeen kennen wij twee soorten hartfalen: systolisch en diastolisch (en de combinatie hiervan). Bij systolisch hartfalen werkt de pompfunctie van het hart niet goed. Meestal werkt de linkerkamer van het hart niet goed. De klachten van hartfalen ontwikkelen zich, over het algemeen langzaam. Het hart probeert eerst nog zelf te compenseren voor de verminderde pompfunctie. Het gaat bijvoorbeeld harder werken en maakt extra spieren aan. Op een gegeven moment is het hart erg verzwakt en treden er klachten op. Als het hart eenmaal pompkracht heeft verloren, is het moeilijk dit weer te herstellen. Hetzelfde geldt voor patiënten met een 'stijve hartspier', waarbij de pompfunctie behouden is, maar het hart moeite heeft met het 'zich ontspannen', iets wat nodig is om het bloed te kunnen ontvangen uit de longen.

### Zorgbehoeften van patiënten met hartfalen

Door hartfalen kunnen verschillende gezondheidsklachten ontstaan die niet altijd eenvoudig te verhelpen zijn. Met medicatie, strikte leefregels (zoals zout- en vochtbeperking, regelmatig bewegen) en eventuele aanvullende cardiologische interventies kan de gezondheidssituatie van patiënten zo optimaal mogelijk worden verkregen. Dit is belangrijk om ziekenhuisopnames te voorkomen.

### Behandelplan op maat

Iedere patiënt met hartfalen is uniek; dat komt door de oorzaak van het hartfalen zelf natuurlijk, wat per patiënt verschillend kan zijn, maar ook door de leeftijd, de algemene conditie, de duur van het hartfalen en de eventuele andere gezondheidsproblemen (denk aan longproblemen, gewrichtsaandoeningen etc.). Het is daarom belangrijk om een behandelplan op maat op te stellen.

### Multidisciplinair team

Binnen het AMC zijn verschillen disciplines betrokken bij de zorg voor patiënten met hartfalen. Om het behandelplan uit te voeren en indien nodig direct bij te stellen is het belangrijk dat zij daarvoor nauw samenwerken. De cardioloog hartfalen is de hoofdbehandelaar en bepaalt het behandelplan. Een vaste verpleegkundig consulent informeert en begeleidt de patiënt bij het omgaan met hartfalen. Bovendien is de verpleegkundige altijd telefonisch bereikbaar, overdag voor vragen / klachten. De vragen / problemen worden op dezelfde dag besproken met de hartfalen cardioloog en patiënten worden zo snel mogelijk teruggebeld. Daarnaast kunnen patiënten worden doorverwezen naar een diëtist, fysiotherapeut, maatschappelijk werker of medisch psycholoog. Indien noodzakelijk stelt de cardioloog het behandelplan bij. Hiervoor is het belangrijk dat het team elkaar goed op de hoogte houdt van wijzigingen in de gezondheidssituatie van een patiënt. Laagdrempelig contact binnen het behandelteam is onontbeerlijk. De hartfalen cardioloog fungeert hierin als 'hoofdbehandelaar'. De gesprekken met de patiënten en zijn/haar families vinden op de polikliniek plaats of telefonisch. De patiënt krijgt meestal vaste afspraken om en om met de hartfalen cardioloog en de verpleegkundige specialist, maar zo nodig kan de patiënt vaker gezien worden door een van beide of alle twee de cardioloog en verpleegkundige samen.

### Hoofdbehandelaarschap

Wanneer hartfalen het bovenliggende gezondheidsprobleem is geworden draagt de medische behandelaar (huisarts of andere cardioloog) het hoofdbehandelaarschap over aan het hartfalen team. Binnen het AMC komt het ook een enkele keer voor dat een cardioloog vanuit een ander sub specialisme de zorg overdraagt aan de hartfalen cardioloog, omdat de zorgen intensiever plaats moeten vinden.

Ondanks een strikte begeleiding kan het voorkomen dat de patiënten met hartfalen toch instabiel worden en in het ziekenhuis opgenomen moeten worden voor een kuur met intraveneuze diuretica en medicatie die het hart kunnen ondersteunen. De opname indicatie wordt altijd gesteld na overleg met de hartfalen cardioloog. In het ziekenhuis volgt men een zorgpad waarbij de doelen van de opname en de stappen daar naar toe duidelijk wordt aangegeven. Men probeert de opname duur zo beperkt mogelijk te houden. Wanneer patiënten met hartfalen

opgenomen liggen, vindt er dagelijks contact tussen de zaaiartsen en de verpleegkundigen van de afdeling en de hartfalen cardioloog en hartfalen verpleegkundige om de plannen af te stemmen en ervoor te zorgen dat direct na ontslag de zorgen rondom deze patiënten weer overgenomen worden door de hartfalen polikliniek.

### **Innovatie**

Afgelopen jaar is de polikliniek hartfalen gestart met het op schrift stellen van de zorg voor patiënten met hartfalen volgens het model van Kaplan en Porter. Dit is een model waarbij aan de ene kant (deel I) wordt opgeschreven welke zorgactiviteiten er door wie worden uitgevoerd en hoeveel deze activiteiten daadwerkelijk kosten. Aan de andere kant (deel II) wordt ook gekeken wat de uitkomsten of resultaten zijn van de geleverde zorg. Uit deel I zijn een aantal verbeterideeën voortgekomen die de komende periode worden onderzocht. Één idee betreft het vervangen van controleconsulten door een klinische behandelruimte waar poliklinische patiënten wanneer gewenst terecht kunnen voor een consult.

## **Erasmus MC – Verantwoordelijkheidstoedeling binnen de afdeling Cardiologie**

**Sinds 2012 zijn de afspraken rond de verantwoordelijkheidstoedeling in het Erasmus MC vastgelegd in de regeling, genaamd ‘Erasmus MC brede regeling verantwoordelijkheidstoedeling in de patiëntenzorg’. Op basis van deze regeling hebben de afdelingen afspraken gemaakt over de eindverantwoordelijkheid van de verschillende zorgtrajecten binnen de afdeling.**

### **Eindverantwoordelijkheid**

Binnen de afdeling cardiologie worden patiënten zowel poliklinisch, klinisch, in dagbehandeling als multidisciplinair behandeld. De afdeling cardiologie heeft ervoor gekozen de eindverantwoordelijkheid gedurende het behandeltraject over te dragen wanneer de patiënt van een poliklinische behandeling naar een klinische behandeling overgaat.

Op de polikliniek is de cardioloog de eindverantwoordelijke arts. Wordt de patiënt behandeld door een arts-assistent of verpleegkundig specialist, dan is de cardioloog, onder wiens supervisie deze behandeling plaatsvindt, de eindverantwoordelijke arts. Dit is zichtbaar in de Elpado module ‘Intake en de cursus’ onder het kopje ‘supervisor’.

Wanneer poliklinische patiënten worden opgenomen voor een onderzoek of klinische behandeling, wordt de eindverantwoordelijkheid overgedragen. Bij een opname wordt de eindverantwoordelijkheid overgedragen aan de cardioloog die de supervisie heeft op de afdeling. Wanneer de patiënt wordt opgenomen voor een electief onderzoek of electieve behandeling is de cardioloog die dit onderzoek c.q. deze behandeling uitvoert de eindverantwoordelijke arts. Dit houdt bijvoorbeeld in dat de interventiecardioloog eindverantwoordelijk wordt voor patiënten die worden opgenomen voor een hartkatheterisatie of PCI. Na een ongecompliceerde behandeling neemt, na ontslag, de poliklinische cardioloog de eindverantwoordelijkheid weer over.

### **Aanspreekpunt**

Wat betreft het directe aanspreekpunt voor de patiënt is binnen de afdeling cardiologie afgesproken dat voor de poliklinische patiënt de behandelend cardioloog, arts-assistent of verpleegkundig specialist (die feitelijk de benadering uitvoert) deze rol vervult.

### **Registratie verantwoordelijkheidstoedeling**

Voor alle klinisch opgenomen patiënten, is de eindverantwoordelijke arts vastgelegd en inzichtelijk voor patiënten en hun familie op digitale borden (foto's) op de verpleegafdeling. De eindverantwoordelijke arts wordt voorts vastgelegd in de Intake & Decursus van het elektronisch patiëntendossier van het Erasmus MC. Dit is inzichtelijk voor alle artsen, verpleegkundigen en afdelingssecretarissen.

## **Verantwoordelijkheidstoedeling in het Erasmus MC 2008–2013**

Vanaf 2008 worden er in het Erasmus MC afspraken gemaakt over verantwoordelijkheidstoedeling. We zijn begonnen met de regeling Hoofdbehandelaarschap. Regeling is in de loop der jaren een aantal maal herschreven. Uiteindelijk is het huidige reglement verantwoordelijkheidstoedeling in 2012 ziekenhuisbreed geïmplementeerd. Vanaf februari 2013 is de module verantwoordelijkheidstoedeling geïntroduceerd, waardoor het mogelijk is de eindverantwoordelijke arts vast te leggen in het digitale dossier. Via deze module is de eindverantwoordelijke arts zichtbaar voor alle gebruikers van het digitale dossier. De eindverantwoordelijke arts wordt door een deel van de stafleden in de hiervoor ontworpen module ingevoerd, echter het merendeel van de stafleden houdt vast aan het registreren van de eindverantwoordelijke arts in de decursus. Gevolg is dat de eindverantwoordelijke arts wordt geregistreerd, echter door iedere vakgroep volgens eigen afspraken en niet altijd op een vaste plaats in het digitale dossier.

Mei 2013 is er een start gemaakt met het aanpassen van de module verantwoordelijkheidstoedeling, met het streven de uniforme registratie

in het digitale dossier te verbeteren. Begin juli 2013 is de knoop doorgehakt en is door het Stafconvent en de betrokken adviescommissie besloten niet de module, maar de regeling verantwoordelijkheidstoedeling aan te passen. De reden hiervoor is dat het achterblijven van de uniforme registratie niet ligt aan de technische opzet, maar aan het ontbreken van voldoende draagvlak, begrip of erkenning van de regeling.

Het Stafconvent is gestart met het herzien van het reglement verantwoordelijkheidstoedeling. Aan de hand van gesprekken met het Stafconvent en betrokken afdelingshoofden zijn de 'bouwstenen' voor het nieuwe reglement getoetst en aangevuld. Gepland is eind september 2013 dit nieuwe reglement voor te leggen aan het Stafconvent en de Raad van Bestuur.

Dit reglement heeft het volgende uitgangspunt:

Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners aanspreekpunt is, wie de medische en organisatorische (eind) verantwoordelijkheid heeft en wie het zorgtraject coördineert. Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan betreffende de cliënt. Relevante gegevens worden aangetekend in het dossier betreffende de cliënt.

Het reglement is bondig en helder. De mogelijkheid bestaat om de coördinerende zorgrol en het aanspreekpunt voor de patiënt en familie te delegeren. Dit moet wel worden vastgelegd en bekend zijn bij de patiënt.

## Erasmus MC brede regeling verantwoordelijkheidstoedeling in de Patiëntenzorg

### 1. Inleiding

Door de complexiteit en gevarieerdheid van de ziekenhuiszorg vereist deze betrokkenheid van verschillend zorgverleners. Betrokkenheid van verschillende zorgverleners kan risico's opleveren voor de verantwoorde zorgverlening. Het is van belang te specificeren welke risico's dit betreft en welke normen voor samenwerking er geformuleerd worden, gericht op het voorkomen van dergelijke risico's.

In recente literatuur wordt geconcludeerd dat de belangrijkste risico's in een zorgproces voornamelijk terug te voeren zijn op gebrek aan samenwerking en gebrek aan regievoering. Samenwerking, regie en coördinatie staan centraal in het zorgproces. Zo was er tijdens de KNMG bijeenkomst over dit onderwerp brede steun voor een paradigmaverschuiving: niet langer het accent op het definiëren van separate rollen (hoofdbehandelaar, medebehandelaar, consulent), maar veel meer de noodzaak tot samenwerking en regie, zowel binnen als tussen ziekenhuizen. Van belang is nog het volgende citaat uit het Rapport van de KNMG: 'Uit het voorbereidingstraject van dit KNMG-standpunt kwam duidelijk naar voren dat taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen medisch specialisten en andere betrokken zorgverleners om maatwerk vraagt. De inhoud daarvan kan van ziekenhuis tot ziekenhuis, en binnen ziekenhuizen van zorgpad tot zorgpad, variëren. Een vormige regelingen op landelijk, regionaal of zelfs instellingsniveau zijn niet mogelijk. Dit standpunt bevat dan ook geen normen die panklaar zijn en op de werkvloer meteen kunnen worden toegepast. De hieronder te noemen centrale normen meteen worden gezien als uitgangspunten, die door de verantwoordelijke zorgverleners en managers zullen moeten worden ingevuld en geoperationaliseerd, afhankelijk van de omstandigheden en de context van de (zorg)situatie.'

### 2. Definities

Waar meerdere zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan de patiënt, kunnen drie verantwoordelijkheden worden onderscheiden:

1. Het aanspreekpunt voor vragen van de patiënt of diens vertegenwoordiger: verantwoordelijk voor het verstrekken van informatie aan de patiënt en/of het beantwoorden van diens vragen zal op meerdere momenten aan de orde komen. Het karakter van de te verstrekken informatie en de te beantwoorden vragen kan verschillen (inhoudelijk, organisatorisch). Afhankelijk daarvan kan het informeren van de patiënt tot de verantwoordelijkheid van verschillende zorgverleners behoren. Dit vergt goede afstemming.
2. De inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid (hoofdbehandelaar) voor de behandeling van en zorgverlening aan de patiënt: vooral in die gevallen waarin er op enig moment verschillende zorgverleners gelijktijdig betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt, dient duidelijk te zijn wie van hen verantwoordelijk is voor de inhoud van de onderdelen van de behandeling en of er sprake is van een inhoudelijk eindverantwoordelijke. De deskundigheidsgebieden en competenties van de betrokken zorgverleners dienen daarbij leidend te zijn. In bepaalde gevallen zal het duidelijk zijn wie van hen de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid heeft, maar in andere gevallen is dit minder vanzelfsprekend of kan niet worden gesproken van inhoudelijke eindverantwoordelijkheid voor de situatie van de patiënt als geheel. Er kunnen vele voorbeelden worden gegeven. Is een patiënt onder behandeling van zowel een internist (bijv. vanwege HIV) en een psychiater, dan ligt het niet voor de hand een van deze beide specialisten inhoudelijk eindverantwoordelijk te achten voor het geheel. In het laatste geval kan het toch van belang zijn dat verschillende zorgverleners die elk een eigen inhoudelijke verantwoordelijkheid hebben jegens de patiënt met elkaar contact hebben en zo nodig afstemmen over de inhoud of de regie van de behandeling. Er moet zoveel mogelijk voorkomen worden dat inhoudelijke taken en verantwoordelijkheden bij verschillende zorgverleners zijn neergelegd zonder dat een van hen het overzicht over het geheel heeft. Op welke persoon welke inhoudelijke verantwoordelijkheid rust, kan van situatie tot situatie verschillen, maar deze verantwoordelijkheden moeten wel expliciet zijn belegd. Zo nodig kan een van deze zorgverleners als

inhoudelijk (eind)verantwoordelijke optreden.

Met inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid wordt in dit kader bedoeld: de zorgverlener op wie de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid rust. In principe is een arts de inhoudelijk (eind)verantwoordelijke, maar hierop kan wel een uitzondering worden gemaakt (bijvoorbeeld de gezondheidszorgpsycholoog). Per context zal moeten worden bepaald welke zorgverlener daartoe in de beste positie is. Indien van toepassing dient de patiënt er van op de hoogte te worden gesteld welke zorgverlener op enig moment de rol van eindverantwoordelijke vervult.

3. De coördinatie en regie (zorgcoördinator) van de behandeling van de patiënt. Als er meerdere zorgverleners bij de situatie van de patiënt betrokken zijn, is het van belang te regelen wie van hen de coördinatie heeft met betrekking tot het zorgtraject van de patiënt. Dit kan de persoon zijn die fungeert als aanspreekpunt, maar dat is niet altijd haalbaar. De zorgverlener met de coördinatiefunctie heeft het overzicht van de situatie betreffende patiënt en kan zo nodig interveniëren (door zelf in actie te komen of door anderen te verzoeken actie te ondernemen).

Van situatie tot situatie zal bezien moeten worden welke zorgverlener qua deskundigheid en positie het beste geëquipeerd is om als zorgcoördinator op te treden. De zorgcoördinator is niet noodzakelijkerwijs een arts. Het is van belang de coördinatiefunctie te onderscheiden van de eerder genoemde inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de zorgverlening aan de patiënt. De coördinatiefunctie heeft veel meer een organisatorische en logistieke dan een inhoudelijke betekenis. Coördinatie dient ertoe om te voorkomen dat in de zorgverlening aan de patiënt gaten ontstaan en dat de patiënt de dupe wordt van gebrekkige samenwerking en afstemming. Op die aspecten behoort de zorgcoördinator in het bijzonder alert te zijn. Het is van belang de positie en de bevoegdheden van de zorgcoördinator duidelijk te omschrijven. De zorgcoördinator moet het mandaat krijgen om de andere betrokken zorgverleners zo nodig op samenwerkings- en afstemmingsaspecten te kunnen aanspreken en van hen bepaalde activiteiten te verlangen. Een coördinatiefunctie veronderstelt zowel de capaciteiten als de formele mogelijkheden om andere betrokken zorgverleners zo nodig te kunnen aanspreken en aansturen. Dit moet goed geregeld worden en voor alle betrokkenen duidelijk zijn. (Kusiak, 2008). De zorgcoördinator moet daadkrachtig op kunnen treden, inzicht hebben in de consequenties van stagnatie en af kunnen wegen wat in het kader van de voortgang en continuïteit van de zorgverlening is vereist.

### 3. Uitgangspunten

- Voor de patiënt en alle betrokkenen is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de patiënt (inhoudelijk (eind)verantwoordelijke) en wie belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de patiënt (zorgcoördinator). En wie aanspreekpunt is voor vragen van de patiënt of diens vertegenwoordiger;
- Voor multidisciplinaire behandelingen is (wordt) een zorgpad uitgeschreven;
- Elk Erasmus MC zorgpad heeft op elk moment in de tijd één inhoudelijk (eind)verantwoordelijke;
- Elke klinische episode (zorgtraject van opname tot ontslag) heeft één inhoudelijk (eind)verantwoordelijke per patiënt;
- Poliklinisch kunnen onafhankelijke, parallel lopende trajecten een aparte inhoudelijk (eind)verantwoordelijke hebben;
- Specialisten van ondersteunende specialismen zijn geen inhoudelijk (eind)verantwoordelijke, maar voeren hun (diagnostische of faciliterende) werkzaamheden uit als betrokken specialist met de taak zoals beschreven in het Erasmus MC pad, tenzij zij tot daadwerkelijke behandeling over gaan. In dat geval is er sprake van parallelle verantwoordelijkheden, maar blijft er één inhoudelijk (eind)verantwoordelijke;
- In het patiëntendossier is duidelijk vastgelegd wie op enig moment inhoudelijk (eind)verantwoordelijke is voor een behandeltraject;
- De inhoudelijk (eind)verantwoordelijke is afkomstig van de afdeling, waar de patiënt is opgenomen;
- In geval van een 'leenbed' wordt duidelijk afgesproken en vastgelegd wie inhoudelijk (eind)verantwoordelijke is. Uitgangspunt is dat de inhoudelijk (eind)verantwoordelijke afkomstig is van het behandelend specialisme, c.q. zorgpad;
- Elke inhoudelijk (eind)verantwoordelijke kan alleen zichzelf tot inhoudelijk (eind)verantwoordelijke benoemen.

#### a. Toelichting

De persoon van inhoudelijk (eind)verantwoordelijke kan tijdens het behandeltraject wisselen. De naam van voornoemde personen dient duidelijk te zijn vastgelegd in het patiëntendossier. Als ondersteunende specialismen c.q. medische disciplines in diagnostische en faciliterende zin worden gezien: klinische chemie, klinische virologie, bacteriologie/infectieziekten, radiologie, anesthesiologie en apotheek. De interventieradioloog handelt in overeenstemming met haar tevoren opgestelde behandelplan. In electieve gevallen vindt een noodzakelijke afwijking daarvan slechts plaats na overleg met de inhoudelijk (eind)verantwoordelijke.

Ten aanzien van de IC geldt het volgende. Als een patiënt wordt opgenomen op de IC-afdeling wordt daarmee de primaire verantwoordelijkheid voor de behandeling overgedragen aan de intensivist. Naast de eigen medische verantwoordelijkheid heeft de intensivist een procedurele verantwoordelijkheid (zorgcoördinator). Deze verantwoordelijkheid houdt in dat de intensivist de zorg coördineert en door aantoonbare formele afspraken ervoor zorgt dat de andere betrokken specialisten hun eigen verantwoordelijkheid kunnen dragen. De specialist die de patiënt instuurt blijft de zorgcoördinator van de patiënt voor zover het gaat om de coördinatie van zorg zijn specialisme betreffende, tenzij anders wordt afgesproken en vastgelegd.

Voor de OK geldt het volgende: Een operateur heeft de verantwoordelijkheid voor de regie over de behandeling door alle zorgverleners van

voor de OR geldt het volgende. Een operateur heeft de verantwoordelijkheid voor de regie over de behandeling door alle zorgverleners van het behandeltraject. Echter, verantwoordelijkheid dragen voor de regie is zeker niet hetzelfde als het dragen van de algehele (inhoudelijke) verantwoordelijkheid. Zo is de operateur tijdens de operatie niet verantwoordelijk voor de anesthesie. De operateur kan die verantwoordelijkheid niet dragen omdat hij de kennis en kunde van een anesthesioloog niet bezit (aldus het Centraal Tuchtcollege op 11 november 2011, zie verder bijlage 2 voor een uitgebreidere versie).

## **b. Algemeen**

Bezien vanuit het perspectief van de patiënt is het te prefereren dat de hiervoor onderscheiden functionaliteiten (aanspreekpunt voor de patiënt, inhoudelijke verantwoordelijkheid, zorgcoördinator) waar mogelijk worden toebedeeld aan een en dezelfde persoon. Per situatie zal moeten worden gezien wie het beste kan zijn. Het zal echter in de hedendaagse gezondheidszorg lang niet altijd mogelijk zijn de genoemde drie taken in één hand te leggen. In veel gevallen zullen deze taken over meerdere zorgverleners (moeten) worden verdeeld, en kan het ook zo zijn dat de personen die deze taken op zich nemen per fase van de zorg of de behandeling wisselen. Voor alle betrokkenen, waaronder de patiënt, moet dan wel helder zijn wie welke rol op zich neemt.

Naarmate de genoemde drie rollen over meer zorgverleners zijn verdeeld, moeten hogere eisen worden gesteld aan de zorgverlener die als aanspreekpunt voor de patiënt optreedt. Deze zorgverlener zal vragen van de patiënt adequaat moeten kunnen beantwoorden, hetzij op basis van eigen kennis, hetzij door de benodigde informatie bij anderen na te vragen. Uit het dossier / behandelplan van de patiënt moet in elke fase van de behandeling of de zorgverlening afgeleid kunnen worden welke zorgverlener optreedt als inhoudelijk (eind)verantwoordelijke. Wie aanspreekpunt is, moet duidelijk zijn voor de patiënt.

# **Bijlage 1**

## **Erasmus mc normen in het kader van verantwoordelijkheden.**

### **Normen**

Onderstaande normen zijn gebaseerd op de KNMG normen en betreffen kernpunten waaraan aandacht moet worden besteed bij de regeling van verantwoordelijkheden in het zorgproces vanuit complexe patiëntenzorg (ketenbesef).

#### **Norm 1**

Duidelijk is wie van de betrokken hulpverleners informatie aan de patiënt of diens vertegenwoordiger verstrekt en wie aanspreekpunt is voor vragen van patiënt of vertegenwoordiger.

Waar meerdere hulpverleners betrokken zijn bij de zorgverlening zal het verstrekken van informatie aan de patiënt en/of het beantwoorden van diens vragen op meerdere momenten aan de orde komen. Het karakter van de te verstrekken informatie en de te beantwoorden vragen kan verschillen (medisch, inhoudelijk, organisatorisch). Vanuit de patiënt gezien en vanuit het perspectief van de kwaliteit van zorgverlening is eenduidigheid en tijdigheid van verstrekking van informatie essentieel. Naarmate het aantal betrokken hulpverleners groeit, nemen de risico's van tegenstrijdigheid, overlap, lacunes en ontijdigheid toe. Naast een behoefte aan transparantie (wie, op welk moment, op welke wijze) over de informatieverstrekking door de verschillende ketenpartners zal er al snel behoefte ontstaan aan enige vorm van coördinatie. Centraal moet staan dat alle betrokkenen elk voor zich de vraag kunnen beantwoorden of de patiënt voldoende informatie heeft ontvangen en/of zij daarin (nog) een rol moeten vervullen.

#### **Norm 2**

Hulpverleners dienen te beseffen dat zij in een Erasmus MC pad op elkaar aangesloten schakels zijn en dat zij worden geacht (samen) te werken volgens een daaruit af te leiden geëxpliciteerde taak- en verantwoordelijkheidsverdeling. Het is duidelijk voor zowel zorgverlener als patiënt wie op welk moment in het Erasmus MC pad de regie heeft.

Verantwoorde en samenhangende zorgverlening aan de patiënt vergt dat betrokken hulpverleners niet alleen op de hoogte zijn van hetgeen zij zelf moeten doen, maar zich ook bewust zijn van hoe hun handelen zich verhoudt tot hetgeen andere betrokken hulpverleners doen en daarmee ook rekening houden. Er dient expliciet te zijn beschreven wat verwacht wordt van alle betrokkenen in een zorgproces of Erasmus MC pad, zowel wat betreft de taken en verantwoordelijkheden voor het eigen aandeel als wat betreft de relatie tussen het eigen aandeel en de andere (benodigde) activiteiten in het zorgproces. Dat betekent dat alle betrokkenen op de hoogte zijn van de principes en procedures voor samenwerking, inclusief de regelingen voor inschakeling of consultatie van andere disciplines. Kritische momenten in de zorgverlening en andere beslismomenten worden in kaart gebracht en daaromtrent gemaakte afspraken kunnen transparant worden gemaakt. Analyse van risico's in specifieke zorgtrajecten is van belang om – waar nodig – te komen tot een verdere uitwerking van samenwerkingsafspraken. De analyses moeten gericht zijn op de meest voorkomende risico's voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Voor het signaleren en analyseren van dergelijke risico's dienen geschikte instrumenten gehanteerd te worden. Het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) kan daarbij een ondersteunende rol spelen.



### **Norm 3**

De monitoring van zowel de medisch inhoudelijke componenten als de logistieke kanten van het Erasmus MC pad dat de patiënt doorloopt, is adequaat vormgegeven en de bijbehorende verantwoordelijkheden zijn duidelijk belegd (wie en hoe).

Het gaat hier om de regievoering op casusniveau. Deze regie moet er zorg voor dragen dat de verrichtingen van allen die, in welke fase dan ook, beroepshalve bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn op elkaar zijn afgestemd en zijn gecoördineerd. Regie houdt ook in dat getoetst wordt of de door de betrokken zorgverleners geleverde bijdragen aan de behandeling van de patiënt met elkaar in verhouding zijn, passen binnen het behandelplan en op een veilige wijze worden uitgevoerd.

### **Norm 4**

Overdracht van taken en verantwoordelijkheden tussen inhoudelijk (eind)verantwoordelijken vindt expliciet plaats. Tijdens overdrachtmomenten dient men zowel rekening te (kunnen) houden met veel voorkomende risico's van overdrachtssituaties in het algemeen als met eventuele specifieke kenmerken van (de situatie van) de patiënt.

Risico's voor continuïteit van de zorgverlening zijn bij elk overdrachtmoment aanwezig. Dit is deels te ondervangen door standaardisering van overdrachtmomenten, maar een zekere mate van flexibiliteit blijft noodzakelijk. Het is van belang om de verantwoordelijkheid voor een goede overdracht te beschouwen als een gedeelde verantwoordelijkheid van het management, de hulpverlener die taken overneemt en de hulpverlener die taken overdraagt. Er zal pas een overdracht naar een andere inhoudelijk (eind)verantwoordelijke plaatsvinden, nadat door de huidige inhoudelijk (eind)verantwoordelijke een samenvatting is gemaakt van de medisch relevante zaken tot het moment van de overdracht.

### **Norm 5**

De voor goede hulpverlening noodzakelijke gegevens worden door betrokken hulpverleners op adequate wijze vastgelegd, zodat deze toegankelijk zijn voor andere bij de behandeling betrokken hulpverleners met inachtneming van het Privacyreglement en het medisch beroepsgeheim.

Het ontbreken van accurate, complete en eenduidige gegevens is vaak een bron van fouten en kan leiden tot onnodige verrichtingen. Het aanbrenge van voldoende structuur in de informatie-uitwisseling is daarom van belang. Goede verslaglegging van activiteiten en daaraan ten grondslag liggende overwegingen en het ter beschikking stellen van die gegevens aan andere betrokken hulpverleners vergt inspanningen van alle betrokken hulpverleners. ICT kan daarin een ondersteunende functie vervullen, maar neemt de noodzaak niet weg van het leveren van inspanningen door de betrokken hulpverleners zelf.

## **Bijlage 2**

### **Centraal tuchtcollege op 11 november 2011**

Letterlijke en wat uitgebreidere tekst:

Een operateur heeft – naast zijn eigen medisch inhoudelijke zorg en verantwoordelijkheid ten opzichte van de patiënt / diens naasten – (ook) de verantwoordelijkheid voor de regie van de behandeling door alle zorgverleners tijdens het gehele operatietraject. Maar verantwoordelijkheid dragen voor de regie is zeker niet hetzelfde als het dragen van een algehele verantwoordelijkheid. Zo is de operateur tijdens de operatie niet verantwoordelijk voor de anesthesie. De operateur kan die verantwoordelijkheid niet dragen omdat hij de kennis en kunde van een anesthesioloog niet bezit. Echter, dat het in beginsel tot de verantwoordelijkheid van de anesthesist behoort om (...) doet er niet aan af dat de arts terzake een verwijt gemaakt kan worden (...). De arts had de casus / operatie, de geplande procedure en potentiële risico's / problemen onvoldoende met de anesthesioloog doorgesproken, daarmee de anesthesioloog de mogelijkheid onthoudend zijn aandeel in de verantwoordelijkheid voor de ingreep te dragen. Daarnaast had de arts voor de ingreep bij de anesthesioloog dienen te verifiëren of het betreffende infuus in de lies was aangebracht.

## **Bijlage 3**

### **Detailafspraken voor het geval van leenbedden.**

In aanvulling op het centrale document 'Erasmus MC- brede regeling verantwoordelijkheidstoedeling in de patiëntenzorg' bestaat binnen het thema Dijkzigt de behoefte om meer in detail afspraken te maken voor het geval van leenbedden. Aan de hand van een concreet voorbeeld is onderstaand een aantal afspraken uitgewerkt. Deze afspraken zijn door het bestuur van Thema Dijkzigt geaccordeerd. Aangezien het fenomeen 'leenbedden' zich regelmatig ook voordoet tussen afdelingen van verschillende thema's, verdient het de voorkeur te trachten deze afspraken huisbreed geaccordeerd te laten worden. Hiertoe zal het document ter bespreking worden voorgelegd aan het (bestuur van het) Stafconvent.

### **Opstellen regeling medische verantwoordelijkheidstoedeling Thema Dijkzigt**

Gezien het belang van eenduidige uitgangspunten met betrekking tot de verantwoordelijkheidstoedeling binnen het thema Dijkzigt is een themabrede vertaling van de centrale regeling nader uitgewerkt. Het themabureau heeft hierbij ondersteuning geboden. Deze themabrede vertaling is van belang in het kader van patientveiligheid en kwaliteit o.a.:

- Samenwerking tussen afdelingen
- Zorgpad ontwikkeling
- Dossiervoering
- Patiëntvoorlichting
- Afbakening van de medisch inhoudelijke en organisatorische verantwoordelijkheid

En van efficiënte bedrijfsvoering o.a.:

- Themabrede regie op bedden
- Gerichte inzet van mensen en middelen

### **Uitgangspunten**

Om in geval van een leenbed binnen het thema te komen tot een aantal uitgangspunten met betrekking tot de taken en verantwoordelijkheden van de inhoudelijk (eind)verantwoordelijke (de hoofdbehandelaar) en het aanspreekpunt (de zaalarts) is onderstaande casus nader uitgewerkt.

- Patiënt onder behandeling van behandelaar van afdeling X
- Klinische opname geïndiceerd
- Op klinische units van afdeling X geen bed beschikbaar
- Klinische unit afdeling Y heeft bed beschikbaar
- Patiënt wordt opgenomen op een klinische unit van de afdeling Y
  
- Inhoudelijke (eind)verantwoordelijke
- De inhoudelijk (eind)verantwoordelijke (hoofdbehandelaar) is de arts van afdeling X die patiënt opneemt;
- De inhoudelijk (eind)verantwoordelijke is verantwoordelijk voor het medisch beleid;
- De inhoudelijk (eind)verantwoordelijke is altijd stafarts;
- De inhoudelijk (eind)verantwoordelijke of zijn consulent) loopt dagelijks visite bij de patiënt op de klinische unit van de afdeling Y; in geval de patiënt wordt gezien door de consulent overlegt deze dagelijks met de inhoudelijk (eind)verantwoordelijke;
- De inhoudelijk (eind)verantwoordelijke vermeldt in het medisch dossier dat hij de hoofdbehandelaar is;
- De inhoudelijk (eind)verantwoordelijke is verantwoordelijk voor het bijhouden van het medisch dossier;
- De inhoudelijk (eind)verantwoordelijke informeert de patiënt over het ingezette medische beleid;
- De inhoudelijk (eind)verantwoordelijke kan de AIOS/ANIOS van de eigen afdeling X opdrachten geven of aan hem taken delegeren; deze AIOS/ANIOS van afdeling X fungeert de facto als zaalarts+ in het medisch dossier wordt dit vastgelegd;
- De inhoudelijk (eind)verantwoordelijke informeert de patiënt bij opname over de rol en taakverdeling tussen inhoudelijk (eind)verantwoordelijke, AIOS/ANIOS van afdeling X (aanspreekpunt) en zaalarts van afdeling Y;
- De inhoudelijk (eind)verantwoordelijke fungeert als supervisor van de AIOS/ANIOS van afdeling X.

### Het aanspreekpunt (de zaalarts)

- De inhoudelijk (eind)verantwoordelijke blijft te allen tijde medisch eindverantwoordelijk;
- Door verpleegkundigen van de klinische unit van afdeling Y kan op de zaalarts van afdeling Y een beroep gedaan worden voor simpele verrichtingen zoals het inbrengen van infusen, katheters e.d. bij de patiënt van de arts van afdeling X die op het 'leenbed' is genomen;
- Medisch inhoudelijke vragen en knelpunten worden door de AIOS/ANIOS van afdeling X besproken met de inhoudelijk (eind)verantwoordelijke;
- In acute, levensbedreigende situaties treedt de zaalarts van afdeling Y handelend op, maar laat gelijktijdig de inhoudelijk (eind)verantwoordelijke en de AIOS/ANIOS van afdeling X op de hoogte stellen;
- Organisatorische knelpunten worden door de zaalarts besproken met de medisch coördinator.

### Medisch coördinator ('meco'[1])

De medisch coördinator is in deze casus een arts van de afdeling Y en is verantwoordelijk voor de meer algemene organisatorische en kwaliteit van zorg aspecten (zoals voldoende personeel, scholing, naleving van richtlijnen e.d.)

De medisch coördinator is nadrukkelijk niet inhoudelijk verantwoordelijk voor het beleid van de individuele patiënt van afdeling X op het leenbed.

Afdelingen c.q. units hebben de vrijheid om afwijkende afspraken (bijvoorbeeld over de inzetbaarheid van zaalarts Y) te maken met specifieke andere afdelingen waarmee zij intensief samenwerken en/of veel medisch-inhoudelijke kennis delen. (bijvoorbeeld reuma en interne; (MDL en GI chirurgie; ortho en trauma).

[1] De medisch coördinator dient duidelijk onderscheiden te worden van de zorgcoördinator zoals deze omschreven wordt in de centrale regeling.

# Radboudumc – Hoofdbehandelaarschap heelkunde

## Titel

Hoofdbehandelaar-, medebehandelaar-, consultant- en waarnemerschap, verantwoordelijkheden bij klinische patiënten

## Wijzigingen

Aangepaste layout

## Definities

### Hoofdbehandelaar

is een medisch specialist die de eindverantwoordelijkheid draagt voor de kwaliteit, coördinatie en continuïteit van de medische zorg aan de patiënt met inachtneming van de eigen professionele verantwoordelijkheid van de (mede)behandela(a)r(en) en consultant(en). NB Voor de patiënt is het mogelijk aan te geven dat hij/zij een andere hoofdbehandelaar prefereert (WGBO).

### Medebehandelaar

is een medisch specialist of een andere zorgverlener (bijvoorbeeld paramedicus, GZ-psycholoog, verpleegkundig consultant etc.) die op verzoek van de hoofdbehandelaar zelfstandig een gedeelte van de diagnostiek en behandeling van een patiënt op zich neemt, zonder de rol van de hoofdbehandelaar over te nemen.

### Behandelaar

is een medisch specialist, arts (niet) in opleiding tot (medisch) specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant, die binnen de door de hoofdbehandelaar vastgestelde kaders, een eigen verantwoordelijkheid draagt voor de patiënt en in dat kader medische handelingen verricht bij de betreffende patiënt. Artsen (niet) in opleiding tot (medisch) specialist verrichten hun taken alleen onder supervisie. Verpleegkundig specialisten en physician assistants verrichten hun taken alleen onder supervisie van een medisch specialist, voor zover deze taak valt buiten het gestelde beleidskader voor de verpleegkundig specialist of physician assistant

### Consultant

is een medisch specialist of een andere zorgverlener (bijvoorbeeld paramedicus, GZ-psycholoog, verpleegkundig consultant etc.) die door de hoofdbehandelaar of medebehandelaar bij een patiënt is ingeschakeld ter verkrijging van een oordeel of advies over een bepaald aspect van de diagnostiek of in te stellen therapie (deelprobleem). Een hoofdbehandelaar mag besluiten af te wijken van het advies van de consultant dan wel het advies negeren. De hoofdbehandelaar blijft hiervoor zelf verantwoordelijk, en beargumenteert en documenteert wanneer de adviezen niet worden opgevolgd.

### Waarnemer

Is een medisch specialist van hetzelfde specialisme die tijdelijk het hoofdbehandelaar-, medebehandelaar- of consultantschap waarneemt.

### Afdelingshoofd

is het medisch hoofd van de afdeling die de eindverantwoordelijkheid draagt voor de patiëntenzorg binnen zijn afdeling, een en ander zoals bepaald in de Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek.

## Inhoud

### Doel

Doelstelling van de regeling van het hoofdbehandelaarschap is:

- Duidelijkheid te scheppen over onderlinge verdeling van taken en verantwoordelijkheden van de bij de behandeling betrokken zorgverleners en een goede afstemming te realiseren tussen de zorgverleners bij de uitvoering van de behandeling.
- Zorg te dragen dat voor de zorgverleners het duidelijk is welke zorgverlener verantwoordelijk is voor het totaal van de behandeling en wie voor de afzonderlijke onderdelen van de behandeling en zorg te dragen voor de communicatie hierover naar de patiënt.
- Zorg te dragen dat de patiënt in ieder stadium van het zorgtraject een aanspreekpunt heeft (dus weet wie hij met zijn vragen moet benaderen).

NB Dit document beschrijft enkel de klinische situatie (inclusief de dagbehandeling) en niet het hoofdbehandelaarschap op de polikliniek.

## **Werkwijze**

### *Op beleidsniveau*

#### Afdelingshoofd

- Maakt a.h.v. de paragraaf verantwoordelijkheden en bevoegdheden afspraken over dit document voor de eigen afdeling en legt deze vast in Kwint. Zie ook normen.
- Draagt er zorg voor dat er op de afdeling een adequate regeling is voor vervanging bij ziekte van een medewerker.
- Ziet erop toe dat afdelingsgebonden afspraken zijn geïmplementeerd, gebord en op de afdeling worden nageleefd.
- Draagt er zorg voor dat afdelingsgebonden afspraken regelmatig onder de aandacht worden gebracht bij de medewerkers.
- Ziet erop toe dat de afdelingsgebonden afspraken omtrent verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners een vast onderdeel zijn van het inwerkprogramma dat iedere nieuwe medewerker ontvangt.

### *Bij en tijdens opname*

#### De hoofdbehandelaar

- Coördineert de algehele medische behandeling en zorgt dat de werkzaamheden van de bij de behandeling van de patiënt betrokken zorgverleners zijn afgestemd op elkaar en de werkzaamheden (eigen en van anderen) op elkaar aansluiten.
- Draagt er zorg voor dat, wanneer bij de behandeling van de patiënt meerdere specialismen zijn betrokken, heldere afspraken tussen hen worden gemaakt over de actuele verdeling van taken en verantwoordelijkheden en draagt er zorg voor dat deze vastliggen in het EPD.
- Geeft aan de medebehandelaar en/of de consulent de specifieke beperkingen en/of omstandigheden van de patiënt weer en in welke situaties nader overleg met de hoofdbehandelaar nodig is.
- Zorgt bij opname en ontslag voor voldoende afstemming en communicatie met de verwijzer en/of de huisarts, zodat de doelstelling van de opname, resp. het vervolg na ontslag helder is (tenzij de hoofdbehandelaar en medebehandelaar expliciet anders hebben afgesproken en op andere wijze in de afstemming en communicatie wordt voorzien).
- Draagt er zorg voor dat voor de verpleegkundigen inzichtelijk is:
  - de actuele naam van de hoofdbehandelaar
  - de namen en rolverdeling van de bij de behandeling betrokken artsen.
- Draagt er zorg voor dat de patiënt wordt geïnformeerd over:
  - de naam van de hoofdbehandelaar en
  - de rolverdeling van de andere betrokken medebehandelaars en consulenten.
- Draagt er zorg voor dat in het EPD vastligt welke informatie (en door wie) aan de patiënt is gegeven, zodat de overige betrokken zorgverleners weten wat de laatste stand van zaken is in de behandeling en zij op de hoogte zijn van de informatievoorziening aan de patiënt.
- Draagt er zorg voor dat de patiënt eenduidige en samenhangende informatie ontvangt.
- Draagt er zorg voor dat de actuele naam van de hoofdbehandelaar staat vermeld / inzichtelijk is voor de medewerkers van de eigen afdeling.

(De naam van de hoofdbehandelaar staat vermeld in het EPD/ Klinische Notities/ onder tabblad Algemeen. Bij opname en overdracht staat in de decursus expliciet de naam van de hoofdbehandelaar vermeld)

### **Bij overdracht naar ander specialisme**

#### Hoofdbehandelaar

- Licht patiënt in over het overdragen van het hoofdbehandelaarschap;
- Overlegt met degene die het hoofdbehandelaarschap overneemt;

#### Overnemend hoofdbehandelaar

- Draagt zorg voor het wijzigen van het hoofdbehandelaarschap in het EPD en het verpleegkundig dossier;
- Informeert de patiënt over de naam van de nieuwe hoofdbehandelaar;

### **Bij opname op gastbed**

#### Hoofdbehandelaar

- Zorgt dat met de gastafdeling heldere werkafspraken zijn gemaakt over de zorg voor de patiënt (waaronder medicatiebeleid, visitelopen, informatie over de patiënt en ontslagplanning) en de informatievoorziening aan de patiënt over de rolverdeling tussen de hoofdbehandelaar, consulent en de zaalarts van de gastafdeling.

### **Borging van werkwijze**

#### Afdelingshoofd

- Draagt zorg dat er periodiek dossier-checks worden uitgevoerd waarbij gecontroleerd wordt of in Het EPD en het verpleegkundig dossiers de naam van de actuele hoofdbehandelaar (en de namen en rolverdeling van de overige bij de behandeling betrokken behandelaren) zijn opgenomen.
- Laat periodiek navragen bij de patiënt of hij/zij op de hoogte is van :
  - de naam van de hoofdbehandelaar,
  - welke specialisten naast de hoofdbehandelaar betrokken zijn,
  - hoe de rolverdeling tussen deze artsen is,
  - of hij/zij eenduidige informatie heeft gekregen (afgestemd op zijn behandeling).
- Draagt er zorg voor dat hetgeen in dit document is geregeld en de uitkomsten van dossierchecks, exitgesprekken e.d. periodiek binnen de afdeling worden besproken (bijv. in MT, stafoverleg of verpleegkundig overleg).

NB

- Wanneer er op de afdeling een nadere uitwerking van deze regelgeving is, dan ligt deze vast in een afdelingsgebonden document, dat in Kwint is opgenomen.
- Bij verschil van mening zie bijlage III

### **Verantwoordelijkheden en bevoegdheden**

Let op: Op de Intensive Care afdeling, op de Afd. Operatiekamer / interventieafdelingen en de SEH zijn afwijkende afspraken van kracht tav het hoofdbehandelaarschap; zie hiervoor bijlage II.

### **Hoofdbehandelaar**

De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit, coördinatie en continuïteit van de medische zorg aan de patiënt (met andere woorden: voert de regie), met inachtneming van de eigen professionele verantwoordelijkheid van de (mede)behandela(a)r(en) en consulent(en). Deze verantwoordelijkheid houdt in:

De hoofdbehandelaar:

- bepaalt welke specialisten en andere zorgverleners als medebehandelaar, behandelaar of consulent betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt;
- draagt zorg voor vastlegging in het dossier wie de medebehandelaar c.q. de consulent is;
- geeft aan betrokken zorgverleners specifieke beperkingen en/of omstandigheden van de patiënt weer, en in welke situaties nader overleg met de hoofdbehandelaar nodig is;
- draagt zorg voor de afstemming (behandelplan) en coördinatie van alle verrichtingen van de betrokken zorgverleners, de verslaglegging hiervan en is voor deze zorgverleners het centrale aanspreekpunt; op deze wijze weten de betrokken zorgverleners van elkaar wat de laatste stand van zaken is in de behandeling en zijn zij op de hoogte van de informatievoorziening naar de patiënt; [Onder coördinatie wordt verstaan de onderlinge afstemming van de aard en omvang van de werkzaamheden van de bij de behandeling van de patiënt betrokken zorgverleners en de inspanning om de werkzaamheden (eigen en van anderen) op elkaar te laten aansluiten.]
- draagt zorg dat de patiënt eenduidige en samenhangende informatie ontvangt;
- is bevoegd om in het kader van de behandeling eindbeslissingen te nemen; beslist en implementeert ook over de gegeven adviezen van de consulent (beargumenteert en documenteert wanneer de adviezen niet worden opgevolgd);
- is het aanspreekpunt voor de patiënt en/of zijn vertegenwoordiger en is ook verantwoordelijk voor de coördinatie van de informatieverstrekking aan de patiënt;
- zorgt voor de evaluatie van de behandeling en de eventuele nabehandeling. Hieronder valt ook het contact met de verwijzer en/of huisarts over de verdeling van de taken;
- draagt zorg voor een goede waarneming in geval van tijdelijke afwezigheid;
- draagt bij langdurige afwezigheid (te bepalen door de hoofdbehandelaar) het hoofdbehandelaarschap over; meldt dit aan de patiënt en aan de bij de behandeling betrokken zorgverleners.

NB

- Wanneer bij een patiënt een wijziging van hoofdbehandelaarschap plaatsvindt (bijvoorbeeld door overgang naar een ander specialisme), is het de taak van de oorspronkelijke hoofdbehandelaar om de overdracht te communiceren naar de patiënt en een volledige overdracht naar het overnemend specialisme te verzorgen.
- Het opnemend specialisme (poortspecialisme) voorziet in de hoofdbehandelaar; met andere woorden: de hoofdbehandelaar is de arts die de diagnose bij de patiënt stelt en de behandeling initieert.
- De hoofdbehandelaar kan besluiten om bovengenoemde taken (deels) te delegeren, bijvoorbeeld aan de behandelaar; het gaat daarbij om dagelijkse zaken.

### **Medebehandelaar**

- is zelfstandig verantwoordelijk voor dat gedeelte van de diagnostiek en de uitvoering van de behandeling waarvoor zijn deskundigheid is gevraagd;
- draagt voor dat gedeelte zorg voor de medische verslaglegging en informatievoorziening naar de hoofdbehandelaar en de patiënt en/of diens vertegenwoordiger;
- overlegt met de hoofdbehandelaar in geval dat:
  - zijn (voorgenomen) behandeling afwijkt van wat in de protocollen is vastgelegd,
  - indien dit afwijkt van wat normaliter verwacht zou kunnen worden,
  - zich onverwacht ernstige bevindingen voordoen,
  - uitvoering van zijn behandeling wezenlijk verandering in de behandeling betekent,
  - aan de uitvoering van zijn behandeling risico's verbonden zijn,
  - of de medebehandelaar anderszins van mening is dat de informatie bij de hoofdbehandelaar bekend moet zijn.
- als dat expliciet is afgesproken met de hoofdbehandelaar, draagt de medebehandelaar zorg voor afstemming en communicatie met de verwijzer en/of huisarts;
- schakelt zondig een andere medebehandelaar of consulent in, altijd na overleg met de hoofdbehandelaar;
- draagt zorg voor een goede waarneming in geval van tijdelijke afwezigheid;
- draagt bij langdurige afwezigheid (te bepalen door de medebehandelaar) het medebehandelaarschap over; meldt dit en eventuele beëindiging van het medebehandelaarschap aan de patiënt en aan de hoofdbehandelaar.

#### **Behandelaar**

- zorgt, binnen de kaders gesteld door de hoofdbehandelaar, voor de dagelijkse uitvoering van de medische behandeling, zoals informatievoorziening aan de patiënt, medische verslaglegging en informatievoorziening aan de hoofdbehandelaar.

NB. Artsen (niet) in opleiding tot (medisch) specialist, verpleegkundig specialisten en physician assistants verrichten hun taken alleen onder supervisie van een medisch specialist.

#### **Consulent**

- is verantwoordelijk voor het door de hoofdbehandelaar of medebehandelaar gevraagde oordeel of advies over een aspect van de behandeling of therapie;
- draagt zorg voor de verslaglegging in het dossier en de informatievoorziening naar de hoofdbehandelaar;
- bespreekt adviezen niet direct met de patiënt, tenzij dit anders is overeengekomen;
- voert het gegeven advies uit, na accordering van de hoofdbehandelaar en/of medebehandelaar.

#### **Waarnemer**

- is binnen de door de hoofdbehandelaar, (mede)behandelaar of consulent vastgestelde kaders verantwoordelijk voor de goede gang van zaken gedurende de waarneming van het hoofdbehandelaar-, (mede)behandelaar- en consulentschap, zonder dat hij diens verantwoordelijkheden en bevoegdheden definitief overneemt;
- bewaakt de goede voortgang van de behandeling en reageert zondig op veranderingen in de toestand van de patiënt.

#### **Normen**

- De afspraken die op afdelingsniveau minimaal moeten worden vastgelegd zijn:
- de verdeling van de verantwoordelijkheden van hoofdbehandelaar, medebehandelaar, behandelaar, consulent en waarnemer; de wijze waarop de patiënt wordt geïnformeerd over de naam van de hoofdbehandelaar en de rolverdeling van de overige bij het zorgproces betrokken artsen;
- de wijze waarop het hoofdbehandelaarschap binnen de eigen afdeling wordt waargenomen dan wel overgedragen (in geval van langdurige afwezigheid van de hoofdbehandelaar);
- de wijze van overgang van het hoofdbehandelaarschap bij overdracht van de patiënt naar een ander specialisme;
- de invulling van het hoofdbehandelaarschap voor patiënten op gastbedden (van eigen patiënten op een andere afdeling) en van gastpatiënten op de eigen afdeling; zie hiervoor ook het document Acute opname.

## **Bijlagen**

### **I Préambule Hoofdbehandelaarschap UMC St Radboud**

(verwijzing)

### **II Verantwoordelijkheden op specifiekere afdelingen Hoofdbehandelaarschap op de Intensive Care (IC)**

Als de patiënt op de IC wordt opgenomen, voorziet de IC in de hoofdbehandelaar. De verwijzend hoofdbehandelaar wordt dan automatisch medebehandelaar

#### medebehandelaar.

- Bij overplaatsing van de patiënt van de IC naar een ander specialisme, draagt de intensivist het hoofdbehandelaarschap over aan een medisch specialist van het betreffende specialisme.

#### Hoofdbehandelaarschap op de operatiekamer (OK) of in andere interventieruimtes

- Op de OK of in een andere interventieruimte is de interveniërend medisch specialist als hoofd- of medebehandelaar verantwoordelijk voor de indicatiestelling, informatievoorziening aan de patiënt, uitvoering van de ingreep en postoperatieve zorg met inachtneming van het bepaalde in het hiernavolgende lid.
- De anesthesioloog is verantwoordelijk als medebehandelaar voor de preoperatieve voorbereiding, peroperatieve zorg en postoperatieve bewaking op de verkoeverkamer, indien en voor zover betrekking hebbend op de deskundigheid vallend binnen de anesthesiologie.

#### Hoofdbehandelaarschap op de spoedeisende hulp (SEH)

- Indien er afspraken zijn gemaakt over het hoofdbehandelaarschap met een specifiek specialisme, is een medisch specialist van dat specialisme als hoofdbehandelaar verantwoordelijk. De SEH arts is als medebehandelaar verantwoordelijk voor de patiënt tijdens het verblijf op de SEH.
- Indien er geen specifieke afspraken bestaan tussen specialismen en de SEH, draagt de SEH arts als hoofdbehandelaar zorg voor de eerste opvang.
- Het hoofdbehandelaarschap van de SEH arts wordt zo spoedig mogelijk overgedragen aan het opnemend specialisme.
- In het EPD ligt vast wie tijdens de eerste opvang op de SEH de hoofdbehandelaar is (licht in deze fase de patiënt hierover alleen in, wanneer dit voor hem ter zake doende is).

#### III Verschil van mening

- In geval van verschil van mening tussen betrokken behandelaren over de diagnostiek en behandeling van een patiënt hebben alle betrokken behandelaren een plicht tot onverwijld overleg.
- Indien de geconstateerde verschillen van mening over het te volgen beleid en de informatievoorziening aan de patiënt niet onderling kunnen worden opgelost, beslist de hoofdbehandelaar. Hij motiveert zijn beslissing en maakt hiervan aantekening in het medisch dossier.
- Het voorgaande laat onverlet dat geen enkele medisch specialist tot een medische behandeling kan worden gedwongen die naar zijn mening niet in het belang van de patiënt is.

#### Geschillen

In geval van niet in onderling overleg op te heffen verschillen van mening over de uitvoering van deze regeling en de daarin beschreven taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden wordt het geschil voorgelegd aan het betreffende afdelingshoofd van de afdeling waar de patiënt op dat moment is opgenomen. Het afdelingshoofd is bevoegd, na overleg met de betrokken behandelaren, tot het nemen van een voor allen bindend besluit. In geval een geschil afdeling overstijgend is en de desbetreffende afdelingshoofden komen niet tot een oplossing, wordt het geschil voorgelegd aan de Raad van Bestuur.

#### Referenties

- Acute opname, het regelen van
- Prioritering opname IC-afdeling
- Handreiking KNMG
- CRAZ onderzoeksrapport 'Regievoering in het kader van het hoofdbehandelaarschap'

#### Inhoudsdeskundigen

Bestuur Stafconvent

## Maastricht UMC+ – Uitvoeringsprotocol Hoofdbehandelaarschap Mond- Kaak- , en Aangezichts chirurgie

### Reglement hoofdbehandelaar / medebehandelaar / consulent

Patiëntenzorg: taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij samenwerking.

#### Samenvatting

Dit document beschrijft de verantwoordelijkheden en taken van de hoofdbehandelaar / medebehandelaar / consulent in relatie tot elkaar en tot de patiënt.

#### Aanleiding en positionering

Indien een patiënt tijdens een ziekteperiode in het azM door specialisten van meerdere disciplines wordt onderzocht/behandeld/begeleid, is het noodzakelijk dat duidelijkheid bestaat ten aanzien van ieders verantwoordelijkheden en taken, in relatie tot elkaar en tot de patiënt. Voor dit min of meer gelijktijdig functioneren van meerdere specialisten ten behoeve van één patiënt gelden de volgende regels (zie: Uitvoering van de richtlijn ).

#### **Wijzigingen t.o.v. vorige versie**

Versie 2: aangepast paragraaf 'Geschillen'

#### **Doelstellingen**

Het geven van duidelijkheid ten aanzien van ieders verantwoordelijkheden en taken, in relatie tot elkaar en tot de patiënt.

#### **Uitvoerenden en verantwoordelijken**

- medisch specialisten
- paramedici

Uitvoering van de richtlijn

## **Verantwoordelijkheden, taken en onderlinge verhouding**

### **Hoofdbehandelaar**

De hoofdbehandelaar is de specialist naar wie de patiënt werd verwezen en/of bij wie het zwaartepunt van de medische behandeling ligt of is komen te liggen. De hoofdbehandelaar is altijd een medisch specialist. Artsen in opleiding tot specialist (AIOS) kunnen geen hoofdbehandelaar zijn. Bij onderzoek/behandeling van een klinische patiënt door artsen van diverse specialismen dient één van hen als hoofdbehandelaar te fungeren. Als er sprake is van twee of meer los van elkaar staande ziektebeelden, vindt de geneeskundige verzorging door meerdere behandelend specialisten "van gelijk niveau" plaats. Echter een van hen is hoofdbehandelaar (zie ook onder In de kliniek opgenomen patiënten :1).

### **Ketenzorg**

In het medisch patientendossier is duidelijk wie als aanspreekpunt voor de patiënt is aangewezen: dit kan zijn voor de gehele behandeling of voor de diagnostische en therapeutische fase van de behandeling. Het aanspreekpunt is bekend bij de patiënt en traceerbaar in het patientendossier. De hoofdbehandelaar heeft ten opzichte van medebehandelaren en consulenten een coördinerende functie en is ten opzichte van de patiënt en de huisarts de primair aanspreekbare en voor het medisch beleid in algemene zin verantwoordelijke specialist. De hoofdbehandelaar draagt zorg voor adequate informatieverstrekking aan de patiënt, vergewist zich ervan dat de patiënt de informatie begrepen heeft en dat toestemming is gegeven voor de voorgestelde behandeling. Indien sprake is van een multidisciplinaire behandeling zorgt iedere medebehandelaar voor zijn eigen aandeel in de informatieverstrekking.

### **Medebehandelaar**

De medebehandelaar is de naast (en al dan niet door) de hoofdbehandelaar bij de geneeskundige verzorging van een patiënt betrokken arts van een ander specialisme. De aanvraag voor medebehandeling wordt schriftelijk vastgelegd. De medebehandelaar is ten opzichte van de hoofdbehandelaar, de patiënt en de huisarts verantwoordelijk voor zijn aandeel in de diagnostiek/behandeling/begeleiding/informatieverstrekking. Hij zorgt voor een voor de hoofdbehandelaar toegankelijke registratie van medische gegevens en voor een tijdige, aan de hoofdbehandelaar en de huisarts gerichte, verslaglegging. Voor het geval zijn handelen invloed heeft op of consequenties heeft voor de door de hoofdbehandelaar of een nadere medebehandelaar te verlenen zorg, treedt hij vooraf met hem/hen in overleg. Indien een medebehandelaar inschakeling van een arts van een ander specialisme geïndiceerd acht, maakt hij daarvan melding aan de hoofdbehandelaar. Inschakeling van een andere specialist als consulent, kan door de medebehandelaar zelf geschieden; het resultaat van een dergelijk consult verwerkt hij in zijn schriftelijke verslaglegging.

### **Consulent**

De consulent is de door de hoofd- of een medebehandelaar ten behoeve van het beleid bij een bepaalde patiënt ingeschakelde arts van een ander specialisme, uitsluitend ter verkrijging van een oordeel of advies over een bepaald aspect van de diagnostiek of de in te stellen therapie. De consulent draagt geen verantwoordelijkheid voor de medische behandeling van de patiënt en andere artsen kunnen door hem niet in consult worden ingeschakeld. Hij zorgt voor een tijdige, aan de consultvrager gerichte, rapportage. Zie verder onder paragraaf Consulenten.



# In de kliniek opgenomen patiënten

## Opname

Indien een in de kliniek op te nemen of opgenomen patiënt door artsen van meerdere specialismen zal worden, respectievelijk wordt behandeld, fungeert de opnamespecialist als hoofdbehandelaar. Overleg vindt plaats als gedurende de opname, naar het oordeel van één der behandelende specialisten, overdracht zou dienen plaats te vinden van het hoofdbehandelaarschap (en dus van de primaire verantwoordelijkheid voor het beleid) naar een arts van een ander specialisme. In onderling overleg kan een van de andere behandelend specialisten aangewezen worden als hoofdbehandelaar. In geval van overdracht bij grote ingrepen en levensbedreigende situaties dient een berichtgeving naar de verwijzend huisarts plaats te vinden door de overdragende specialist.

## Operatieve ingreep

Bij een operatieve ingreep is de arts van het opererend specialisme hoofdbehandelaar. Indien de patiënt daarna wordt overgedragen aan een ander specialisme, wordt uitdrukkelijk vermeld of de opererend specialist nog als medebehandelaar blijft fungeren. Tijdens het verblijf van de patiënt op de recovery is de anesthesioloog de hoofdbehandelaar en de operateur de medebehandelaar.

## Verblijf en poliklinisch vervolg

Tijdens de opname berust de verantwoordelijkheid voor de geneeskundige verzorging van de patiënt in algemene zin bij de vigerend hoofdbehandelaar. Het is gewenst dat de patiënt op diens afdeling wordt behandeld en verpleegd. Van de opname brengen zowel de hoofdbehandelaar als de medebehandelaar, daar waar dit van belang is, verslag uit aan de huisarts en aan elkaar. In deze brieven wordt duidelijk aangegeven of, en zo ja door wie en wanneer, de patiënt nog poliklinisch zal worden behandeld/gecontroleerd. Hier kan van worden afgeweken indien dit anders is overeengekomen tussen hoofd- en medebehandelaar, hetgeen schriftelijk is vastgelegd.

## Verskil van mening

Bij verschil van mening over het te volgen beleid of over een concreet deel van de behandeling tussen de hoofdbehandelaar en een medebehandelaar, dat niet in onderling overleg kan worden opgelost, kan de hoofdbehandelaar het medebehandelaarschap voor de duur van de opname beëindigen. Het door de medebehandelaar behartigde deel van de zorg komt in dat geval weer onder de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar. Van deze beëindiging en het daaraan ten grondslag liggende verschil van inzicht worden de andere medebehandelaren in kennis gesteld.

## Einde medebehandeling

In beginsel bepaalt de medebehandelaar zelf of, en zo ja hoelang, zijn behandeling/begeleiding moet worden voortgezet. Hij maakt hiervan melding in zijn verslag aan de hoofdbehandelaar en de huisarts. Indien het medebehandelaarschap gedurende de opname wordt beëindigd, wordt de hoofdbehandelaar hiervan tijdig op de hoogte gebracht; zo nodig wordt vooraf met hem overlegd.

## Informatie en contact met patiënt

De patiënt wordt (door de hoofdbehandelaar) meegedeeld wie zijn/haar hoofdbehandelaar is. Tevens wordt de patiënt over de in bovenstaande punten behandelde onderwerpen door de betreffende behandelend specialist adequaat geïnformeerd, en de patiënt wordt zoveel mogelijk bij de besluitvorming betrokken. In beginsel zal dit contact met de patiënt door of vanwege de hoofdbehandelaar worden onderhouden of in ieder geval door hem worden gecoördineerd. Bij verschil van inzicht tussen de behandelend specialisten over het te volgen beleid en bij een voorgenomen beëindiging van een medebehandelaarschap, wordt tijdens het hierover te voeren gedaan.

# Poliklinische patiënten

## Inschakelen medebehandelaar/consulent

De specialist waarnaar de patiënt primair werd verwezen kan een arts van een ander specialisme als medebehandelaar of consulent inschakelen, indien hij dit voor de met de vraagstelling (of met het symptomencomplex waarvoor de patiënt werd verwezen) verbandhoudende diagnostiek of therapie gewenst of noodzakelijk acht.

## Doorverwijzen

Indien de specialist waarnaar de patiënt primair werd verwezen, van mening is dat voor het symptomencomplex waarvoor of de vraagstelling waarmee de patiënt werd gepresenteerd (verder) onderzoek en behandeling beter door een arts van een ander specialisme kan geschieden, kan hij de patiënt direct doorverwijzen (poliklinische variant van overdracht), zo spoedig mogelijk en indien mogelijk na voorafgaand telefonisch overleg met de huisarts. Over zijn bevindingen en de reden van de doorverwijzing wordt de huisarts zo spoedig mogelijk bericht.

Indien de specialist waarnaar de patiënt primair werd verwezen een aandoening vermoedt of constateert die geen relatie heeft met het symptomencomplex of de vraagstelling waarmee de patiënt werd gepresenteerd, en welke gelegen is op het terrein van een ander specialisme, zal directe doorverwijzing plaatsvinden in medisch urgente gevallen. De huisarts dient hiervan op de hoogte gesteld te worden. Indien een patiënt is doorverwezen naar een specialisme in het algemeen en niet naar een bepaalde specialist in het bijzonder, wordt onder verantwoordelijkheid van het hoofd van het betreffende specialisme bepaald welke specialist hoofdbehandelaar is.

#### **Informerer patiënt**

De patiënt wordt meegedeeld wie zijn/haar hoofdbehandelaar is. Tevens wordt de patiënt over de in bovenstaande punten behandelde onderwerpen door de betreffende behandelend specialisten adequaat geïnformeerd en hij wordt zoveel mogelijk bij de besluitvorming betrokken. Als er sprake is van een hoofd- en medebehandelaar, zal dit contact met de patiënt door de hoofdbehandelaar worden gecoördineerd.

#### **Verskil van mening**

Bij verschil van inzicht tussen de behandelend specialisten over het te volgen beleid, wordt het aan de huisarts overgelaten te bepalen of, en zo ja door wie en op welke manier, hierover mededeling aan de patiënt zal worden gedaan.

## **Consulten**

#### **Definitie**

Een consult is een eenmalige beoordeling van en advisering betreffende een patiënt door een specialist en/of AIOS (in opdracht van een specialist) van een ander specialisme op verzoek van een specialist en/of AIOS\* (in opdracht van een specialist). Daarbij kan onderscheid worden gemaakt tussen:

1. een normaal consult: dit vindt plaats binnen 24 uur na ontvangst van het verzoek indien de patiënt klinisch is, de tijd van vrijdag 17.00 uur tot maandag 09.00 uur niet meegerekend;
2. een spoedconsult: dit vindt zo spoedig mogelijk plaats, mits aangevraagd volgens de hiervoor geldende procedure: van arts tot arts (dus niet via (hoofd)verpleegkundige of afdelingssecretaresse), met vermelding van het spoedeisende karakter en de redenen hiervoor;
3. een pre-operatief consult: indien niet te belastend voor de patiënt en mogelijk gezien datum en tijdstip van de operatie, dient dit bij voorkeur poliklinisch plaats te vinden.

#### **Aanvragen van consult**

Een consult kan schriftelijk dan wel op elektronische wijze worden aangevraagd. De aanvrager zorgt ervoor dat de hiervoor bestemde bescheiden goed worden ingevuld, gedateerd en getekend. De consulent of zijn administratie moet niet worden belast met werkzaamheden die samenhangen met de consultaanvraag. De verzoeker dient ervoor te zorgen dat van het verzoek voldoende verslaglegging in het dossier van de patiënt zal plaatsvinden.

#### **Aannemen van consultverzoek**

De specialisten van het ziekenhuis zijn verplicht aan een consultverzoek gevolg te geven. Indien men meent gegronde redenen te hebben tot weigeren, dient dit zo spoedig mogelijk – met vermelding van de motieven – aan de consultaanvrager te worden bericht. Bij een normaal consult deelt de consulent binnen 48 uur na ontvangst van het verzoek zijn bevindingen en adviezen schriftelijk dan wel op elektronische wijze aan de aanvrager mee, de tijd van vrijdag 17.00 uur tot maandag 09.00 uur niet meegerekend. De hoofd- of medebehandelaar die om het consult heeft verzocht, maakt in zijn verslag melding van het consult en het resultaat ervan. De consulent ontvangt een kopie van de ontslagbrief van de hoofdbehandelaar aan de huisarts.

#### **Status van een consult**

Tijdens het consult blijft de verantwoordelijkheid voor de medische behandeling van de patiënt berusten bij de hoofd- en medebehandelaars. Het oordeel van de consulent heeft het karakter van een advies. Indien de aanvrager het advies niet opvolgt, deelt hij dit schriftelijk dan wel op elektronische wijze, met vermelding van zijn argumenten, aan de consulent mee. Een in consult geroepen specialist kan zelf geen consulten aanvragen. Indien hij het oordeel van een andere specialist gewenst acht, kan hij dit verwerken in zijn advies aan de consultvrager. Indien de consulent van mening is, dat het in het belang is van de patiënt dat hij als mede- of hoofdbehandelaar optreedt, vermeldt hij dit in zijn advies of hij treedt in overleg met de aanvrager.

#### **Geschillen**

Bij niet in onderling overleg op te heffen verschil van inzicht over de juiste interpretatie van dit reglement of over de correcte toepassing van een bepaling in een concreet geval, wordt het geschil door de hoofdbehandelaar of door de meest gerede partij aan de directeur

Patiëntenzorg voorgelegd.

## Verklaring van uitgifte

### Geldigheid

Dit document in elektronische vorm is de enige geldige versie. Neem bij vragen of opmerkingen contact op met Documentmanagement, bij voorkeur via e-mail: [ODIN@mumc.nl](mailto:ODIN@mumc.nl) of via tst. 75990 of 71650.

### Fouten

Mocht u een fout ontdekken of een opmerking willen plaatsen dan kunt u in het desbetreffende document de optie “opmerking plaatsen” gebruiken.

### Auteursrechten voorbehouden

© Behoudens uitzonderingen door de wet gesteld is het aan derden zonder schriftelijke toestemming van het azM niet toegestaan iets uit dit document te verveelvoudigen of openbaar te maken door middel van druk, fotokopie, microfilm of enige andere vorm, hetgeen ook van toepassing is op gehele dan wel gedeeltelijke al dan niet elektronische bewerkingen of verwerkingen.

### Personalia

- Coördinator: C. Konings, stafmedewerker Document management
- Auteur: A. Frijlink, jurist stafdienst bestuur; D. Florack, adj.directeur RVE lab. Beeldvorming, a.i.
- Beoordelaar(s): J. Fiolet, directeur patiëntenzorg
- Inhoudelijk hoofdverantwoordelijke: J. Fiolet, directeur patiëntenzorg
- Autorisator: J. Fiolet, directeur patiëntenzorg

# Uitvoeringsprotocol hoofdbehandelaarschap MKA

## Samenvatting

Dit document is het specifieke uitvoeringsprotocol hoofdbehandelaarschap voor patiënten behandeld door de afdeling MKA

## Gerelateerde documenten\*:

\* Richtlijn hoofdbehandelaarschap AZM, Odin 000387

## Wijzigingen t.o.v. vorige versie

Er is geen vorige versie, dit is de eerste versie

## Doel

Iedere patiënt behandeld door de afdeling MKA krijgt een hoofdbehandelaar. In een schema (zie paragraaf werkwijze) wordt dit hoofdbehandelaarschap geformaliseerd.

## Verantwoordelijke

- Medisch Specialisten (stafartsen)
- AIOS

## Afdelingen

- Polikliniek MKA
- VEA1
- VEA2
- SEH

# Werkwijze polikliniek

## 1. Patiënt komt 1ste maal op de polikliniek

Verantwoordelijke: Arts-assistent of specialist

Hoofdbehandelaar: Supervisor van dat moment/specialist die meekijkt

## 2. Patiënt komt voor vervolgspraak op de polikliniek

Hoofdbehandelaar: blijft tenzij het een specifieke klacht betreft die doorverwezen wordt naar specialist met specifieke kennis

Is de hoofdbehandelaar niet meer in dienst van het MUMC+, afdeling MKA, wordt de specialist die het eerstvolgende patiëntencontact heeft nieuwe hoofdbehandelaar

## 3. Patiënt komt op de polikliniek met de vraag voor mede-behandelaarschap / consult

Verantwoordelijke: Arts-assistent of specialist

Hoofdbehandelaar: Verwijzende hoofdbehandelaar

Informatie patiënt:

De baliemedewerker informeert de patiënt wie zijn hoofdbehandelaar is, geeft de nodige toelichting.

Wijziging van het hoofdbehandelaarschap wordt in het EPD vermeld door de verantwoordelijke arts.

Wanneer de patiënt terug komt ter controle en het hoofdbehandelaarschap is veranderd dan wordt dit de patiënt mede gedeeld door de baliemedewerker.

# Werkwijze kliniek

## 1. Patiënt wordt opgenomen op de verpleegafdeling

Verantwoordelijke: Arts-assistent of specialist die tot opname besluit

Hoofdbehandelaar: Supervisor van dienst/specialist totdat een operateur is vastgesteld of de patiënt eventueel overgedragen wordt naar een specialist met speciale competentie op het probleemgebied

## 2. Overname van een andere afdeling

Verantwoordelijke: Overnemende specialist of supervisor

Hoofdbehandelaar: Overnemende specialist/supervisor totdat een operateur is vastgesteld of de patiënt eventueel overgedragen wordt naar een specialist met specifieke competentie op het probleemgebied

## 3. Patiënt in de kliniek met meerdere behandelende specialisten

Verantwoordelijke: Zaalarts

Hoofdbehandelaar: Opnemende specialist

Informatie aan de patiënt/begeleider:

Bij opname informeert de zaalarts/operateur de patiënt wie zijn hoofdbehandelaar is, geeft de nodige toelichting.

Bij opname via de SEH wordt de hoofdbehandelaar ingevoerd in SAP door de arts(assistent) van dienst.

## **Wijziging van hoofdbehandelaar**

Het is niet mogelijk dat een hoofdbehandelaar het hoofdbehandelaarschap op eigen initiatief zonder overleg overdraagt. Dit voorkomt dat specialisten zonder ervan op de hoogte te zijn hoofdbehandelaar blijken te zijn van patiënten die ze niet kennen.

Het hoofdbehandelaarschap wordt over genomen als

4. de patiënt in enig stadium van de behandeling een aandoening blijkt te hebben die meer dan gemiddeld zwaar is binnen een bepaald subspecialisme en de hoofdbehandelaar heeft een ander subspecialisme.

Hoofdbehandelaar: Een stafarts die het betreffende subspecialisme beoefent, vast te stellen door de overdragende hoofdbehandelaar.

5. de patiënt wordt geopereerd door een specialist die niet de hoofdbehandelaar is.

Hoofdbehandelaar: De operateur vanaf het moment dat is vastgesteld welke operateur de operatie zal uitvoeren.

Indien de operateur een AIOS is wordt het hoofdbehandelaarschap overgedragen aan diens supervisor tijdens de operatie. Is er sprake van meerdere operaties blijft die bij de laatste operatie betrokken specialist/supervisor hoofdbehandelaar.

6. een specialist van een subspecialisme (CBT) dit zelf besluit.

7. een opgenomen patiënt vanwege medisch inhoudelijke redenen wordt overgenomen van een ander specialisme nadat de betreffende collega hierin heeft toegestemd.

8. er op enig moment in het behandeltraject sprake is van een onvoldoende vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de hoofdbehandelaar.

Het hoofdbehandelaarschap wordt aan een collega staflid overgedragen.

*Het hoofdbehandelaarschap eindigt met het ontslag van de polikliniek.*

## **Bronvermeldingen**

Richtlijn hoofdbehandelaarschap AZM, Odin 000387

## **Implementatie van de doelstellingen**

De hoofdbehandelaar is de arts naar wie de patiënt verwezen wordt, en bij wie het zwaartepunt van de behandeling ligt. De hoofdbehandelaar dient een medisch specialist (stafarts) te zijn, en diens naam dient in het patiëntendossier vastgelegd te worden en bij de patiënt bekend gemaakt te worden. Hij/zij dient aanspreekbaar te zijn op en is verantwoordelijk voor het behandeltraject, ook al wordt deze door een assistent-arts uitgevoerd (verlengde arm). De hoofdbehandelaar bewaakt de coördinatie van medebehandelaars en consultants en de informatieverstrekking naar de huisarts.

## **Verklaring van uitgifte**

### Geldigheid

Dit document in elektronische vorm is de enige geldige versie.

Neem bij vragen of opmerkingen contact op met Documentmanagement, bij voorkeur via email: [ODIN@mumc.nl](mailto:ODIN@mumc.nl) of via tst. 75990 of 71650.

### Fouten

Mocht u een fout ontdekken of een opmerking willen plaatsen dan kunt u in het desbetreffende document de optie "opmerking plaatsen" gebruiken.

### Auteursrechten voorbehouden

© Behoudens uitzonderingen door de wet gesteld is het aan derden zonder schriftelijke toestemming van het azM niet toegestaan iets uit dit document te verveelvoudigen of openbaar te maken door middel van druk, fotokopie, microfilm of enige andere vorm, hetgeen ook van toepassing is op gehele dan wel gedeeltelijke al dan niet elektronische bewerkingen of verwerkingen.

### Personalia

- Documentcoördinator: C. Wilkert; MKA-chirurg
- Auteur: C. Wilkert; MKA-chirurg
- Beoordelaar(s): staf MKA, E. Meers; senior adviseur RVE OG
- Inhoudelijk hoofdverantwoordelijke: P. Kessler; hoofd afdeling MKA
- Autorisator: P. Kessler; hoofd afdeling MKA

# **Uitvoeringsprotocol hoofdbehandelaarschap KNO**

## **Samenvatting**

Dit document bevat het Protocol hoofdbehandelaarschap voor patiënten behandeld door de afdeling KNO

## **Wijzigingen t.o.v. vorige versie**

Versie 1 (Odin): Gereviseerd.

## **Doel**

Iedere patiënt behandeld door de afdeling KNO krijgt een hoofdbehandelaar. In een schema (zie paragraaf werkwijze) wordt dit hoofdbehandelaarschap geformaliseerd.

## **Uitvoerenden en verantwoordelijken**

- Medisch Specialisten
- AIOS
- administratief personeel verpleegafdeling en polikliniek

## **Betrokken instellingen en afdelingen**

- Polikliniek KNO
- VEA1

- VEA2
- Spoedeisende hulp

## Werkwijze

### 1. Nieuwe patiënt op de polikliniek

A. Een patiënt komt op de polikliniek en wordt gezien door de arts-assistent.

Verantwoordelijke: Arts-assistent of Medisch Specialist

Hoofdbehandelaar: Supervisor van dat moment/Specialist met subspecialisatie die meekijkt

B. Het hoofdbehandelaarschap gaat zo nodig over naar de medisch specialist met de subspecialisatie waar het probleem het beste bij past nadat de patiënt ook gezien is door deze specialist.

### 2. Patiënt op de polikliniek met de vraag tot mede-behandelaarschap

Verantwoordelijke: Behandelend arts op de polikliniek

Hoofdbehandelaar: Verwijzende hoofdbehandelaar

### 3. Patiënt die wordt opgenomen op de Verpleegafdeling

C. Electief:

Verantwoordelijke: Specialist die tot opname besluit

Hoofdbehandelaar: Operateur

D. Opname SEH:

Verantwoordelijke: Arts-Assistent van dienst

Hoofdbehandelaar: Supervisor van dienst totdat de patiënt eventueel overgedragen wordt naar een specialist met speciale competentie op het probleemgebied.

Overdrachtmoment: Ochtendoverdracht

E. Overname:

Verantwoordelijke: Overnemende specialist/supervisor

Hoofdbehandelaar: Supervisor van dienst totdat de patiënt eventueel overgedragen wordt naar een specialist met speciale competentie op het probleemgebied.

Overdrachtmoment: Ochtendoverdracht

### 4. Patiënt in de kliniek met meerdere behandelende specialisten

Verantwoordelijke: Zaalarts

Hoofdbehandelaar: Opnemend Specialist

Opmerkingen:

- Nieuwe patiënt krijgt een visitekaartje waar de namen van stafleden op staan. De verantwoordelijke dokter (arts-assistent) stempelt zijn eigen naam op en kruist het staflid aan.
- De hoofdbehandelaar wordt in het EPD vermeld door de verantwoordelijke arts. De behandelende specialist is meteen hoofdbehandelaar wanneer de patiënt als eerste bij hem of haar komt.
- Wanneer de patiënt terug komt ter controle en het hoofdbehandelaarschap is veranderd dan word er een nieuw kaartje afgegeven.
- Wanneer een SEH patiënt een nieuwe hoofdbehandelaar krijgt (dus niet meer de dienstdoende supervisor) wordt dit door de zaalarts in het EPD genoteerd. Het is verstandig als hoofdbehandelaar af en toe even het zaaloverzicht te controleren.
- Toevoeging aan de ochtendoverdrachten: vermelden wie de hoofdbehandelaar is. Wanneer dit niet klopt moet dit veranderd worden!

## Bronvermeldingen

- Richtlijn hoofdbehandelaarschap AZM, ODIN 000387

## Verklaring van uitgifte

### Geldigheid

Dit document in elektronische vorm is de enige geldige versie.

### Fouten

Mocht u een fout ontdekken of een opmerking willen plaatsen gebruik hiervoor dan bij voorkeur de optie 'opmerking plaatsen' in het betreffende document. U kunt ook contact opnemen met documentmanagement via e-mail: [ODIN@mumc.nl](mailto:ODIN@mumc.nl) of via tst. 75990 of 71650.

## Auteursrechten voorbehouden

van het azM niet toegestaan iets uit dit document te verveelvoudigen of openbaar te maken door middel van druk, fotokopie, microfilm of enige andere vorm, hetgeen ook van toepassing is op gehele dan wel gedeeltelijke al dan niet elektronische bewerkingen of verwerkingen.

## Personalia

- Coördinator: M. Lacko, KNO-arts
- Auteur: K. W. Kross, KNO-arts
- Beoordelaar(s): staf KNO, voorzitter B. Kremer, KNO-arts
- Inhoudelijk hoofdverantwoordelijke: B. Kremer, KNO-arts
- Autorisator: M. Lacko, KNO-arts

# Uitvoeringsprotocol hoofdbehandelaarschap Orthopedie

## Samenvatting

Dit document is het specifieke uitvoeringsprotocol hoofdbehandelaarschap voor patiënten behandeld door de afdeling Orthopedie

Gerelateerde documenten: Richtlijn hoofdbehandelaarschap azM, Odin 022284

## Wijzigingen t.o.v. vorige versie

Er bestaat geen vorige versie.

## Doel

Iedere patiënt die behandeld wordt binnen de afdeling Orthopedie krijgt een hoofdbehandelaar.

In een schema (zie paragraaf werkwijze) wordt dit hoofdbehandelaarschap geformaliseerd.

## Implementatie van de doelstellingen

De hoofdbehandelaar is de arts naar wie de patiënt verwezen wordt, en bij wie het zwaartepunt van de behandeling ligt. De hoofdbehandelaar dient een medisch specialist (*stafarts*) te zijn, en diens naam dient in het patiëntendossier vastgelegd te worden en bij de patiënt bekend gemaakt te worden. Hij/zij dient aanspreekbaar te zijn op en is verantwoordelijk voor de behandeling, ook al wordt deze door een assistent-arts uitgevoerd (verlengde arm). De hoofdbehandelaar coördineert medebehandelaars en consulenten en verzorgt de informatieverstrekking naar de huisarts.

## Verantwoordelijken

- Stafartsen
- AIOS

## Uitvoerenden

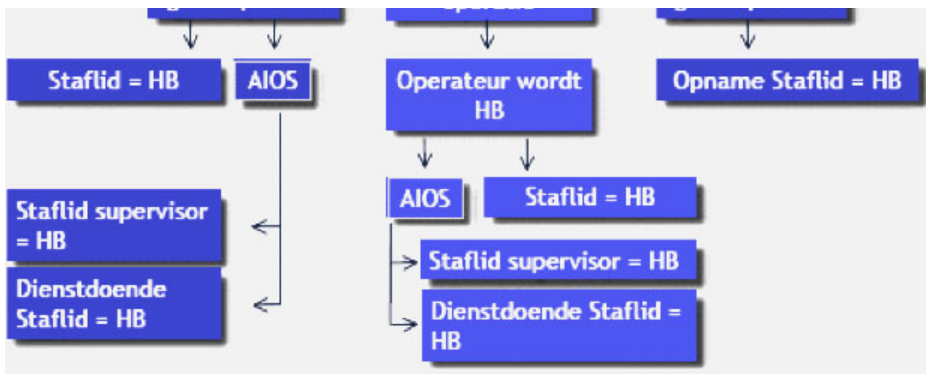
- AIOS
- Medewerkers polikliniek
- Medewerkers verpleegafdeling C4, A2
- Medewerkers SEH
- Medewerkers brugpoli
- Medewerkers dagcentrum

## Werkwijze polikliniek

Bij 1ste polikliniekbezoek wordt themasupervisor hoofdbehandelaar. Wanneer de patiënt gezien wordt door een assistent-arts/AIOS, dan wordt de supervisor steeds de hoofdbehandelaar.

Wanneer de patiënt terug komt voor vervolgsconsult op de polikliniek na opname/operatie blijft de hoofdbehandelaar die tijdens opname is toegewezen gehandhaafd. Indien na poliklinisch consult in onderling overleg besloten worden om het hoofdbehandelaarschap over te dragen op basis van specifieke expertise dan geeft de stafarts of AIOS dit door aan de balie-medewerker.





## Informatie patiënt

### Afspraak:

De baliemedewerker van de polikliniek of de brugpoli informeert de patiënt wie zijn hoofdbehandelaar is, geeft de nodige toelichting en overhandigt het visitekaartje met daarop de naam van de hoofdbehandelaar en de toelichting (zie voorbeeld).

### Werkwijze in SAP

Hoofdbehandelaar registreren/ wijzigen via Afsprakenoverzicht

Ga middels een klik in de kolom RS of Opmerking naar het poliklinisch bezoekscherm.

The screenshot shows the SAP interface for a patient visit. The 'Hoofdbehandelaar' field is highlighted with a red box. The data shown is:

Hoofdbehandelaar	ID	Naam
Hoofdbehandelaar	KN00011279	Brunings, JW

De hoofdbehandelaar kan via de zoekhulp worden gewijzigd.

### Afspraak:

De baliemedewerker van de polikliniek of van de brugpoli voert de hoofdbehandelaar in op de poli volgens de bovenstaande afspraken.

### Werkwijze kliniek

Bij klinische patiënten geldt dat indien de patiënt wordt geopereerd de operator altijd zijn HB wordt. Indien de operator een AIOS is wordt de supervisor tijdens de operatie de hoofdbehandelaar.

Wanneer er wel een opname volgt maar geen operatie, dan is het opnemend stafid de HB.

Wanneer bij opname besloten wordt om het hoofdbehandelaarschap te wijzigen i.v.m. specifieke expertise geeft de zaalarts of stafarts dit door aan de secretaresse van de afdeling..

Wanneer het een patiënt op de SEH betreft, dan treedt het dienstdoende stafid op als HB.

### Informatie aan de patiënt/begeleider

#### Afspraak:

Bij opname op verpleegafdeling C4 informeert de zaalarts orthopedie de patiënt/begeleider wie zijn hoofdbehandelaar is en verstrekt de nodige informatie.

Bij opname op het dagcentrum en/of shortstay afdeling informeert de zaalarts orthopedie de patiënt/begeleider wie zijn hoofdbehandelaar is, verstrekt de nodige informatie en voert de gegevens in SAP in.



Bij het ontslag van de patient controleert de afdelingssecretaresse van L4 wie de hoofdbehandelaar is en overhandigt samen met de ontslagformulieren, het visitekaartje met daarop de naam van de hoofdbehandelaar en geeft toelichting aan de patiënt/begeleider.

## Werkwijze in SAP

Hoofdbehandelaar registreren/ wijzigen via Bedbezetting

Ga middels een dubbeklik in de kolom Patiënt of de kolom Behandelend arts naar het opnamescherm.

The screenshot shows the SAP admission form (Opnamegegevens) with the following details:

- Opnamegegevens:** Soort ZGV: Klinisch; Soort opname: via polikliniek; Datum: 25.01.2012; Tijd: 11:14:07; Status: Werkelijk; Behandelcat: YPN; Verpleegklasse: Verw\_ZH; Geplande duur: Dag(en); Spoedgeval:
- Oorspronkelijke toewijzing:** Verpl. OE: VEA2; OG VEA2: A2K28; Spec. OE: SKN0; OG KNO: A2K28B1; Kamer: A2K28; Red: A2K28B1
- Behandelende artsen:** Opname-arts: ; Beh. arts: KN00003957 Hof, JR
- Hoofdbehandelaar:** Hoofdbehandelaar: KN00008911 Kremer, B. (highlighted with a red box)

De hoofdbehandelaar kan via de zoekhulp worden gewijzigd.

### Afspraak:

Bij een klinische electieve opname wordt de hoofdbehandelaar gewijzigd door de secretaresse van de verpleegafdeling Orthopedie. Bij opname via de SEH wordt de hoofdbehandelaar ingevoerd in SAP door de SEH medewerker op aangeven van AIOS en dienstlijst achterwacht Orthopedie.

### Bronvermeldingen

- Richtlijn hoofdbehandelaarschap azM, Odin 022284
- Topdocument hoofdbehandelaarschap RVE-OG

### Verklaring van uitgifte

#### Geldigheid

Dit document in elektronische vorm is de enige geldige versie. Neem bij vragen of opmerkingen contact op met Documentmanagement, bij voorkeur via email: [ODIN@mumc.nl](mailto:ODIN@mumc.nl) of via tst. 75990 of 71650.

#### Fouten

Mocht u een fout ontdekken of een opmerking willen plaatsen dan kunt u in het desbetreffende document de optie "opmerking plaatsen" gebruiken.

#### Auteursrechten voorbehouden

© Behoudens uitzonderingen door de wet gesteld is het aan derden zonder schriftelijke toestemming van het azM niet toegestaan iets uit dit document te verveelvoudigen of openbaar te maken door middel van druk, fotokopie, microfilm of enige andere vorm, hetgeen ook van toepassing is op gehele dan wel gedeeltelijke al dan niet elektronische bewerkingen of verwerkingen.

### Personalia

- Documentcoördinator: R. ten Broeke, orthopeed
- Auteur: M. van de Boogaart, orthopeed
- Beoordelaar(s): staf Orthopedie, J. Thysen business consultant, E. Meers senior adviseur RVE OG, R. Muyters, hoofd verpleegafdeling orthopedie
- Inhoudelijk hoofdverantwoordelijke: L. v. Rhijn, hoofd vakgroep orthopedie
- Autorisator: L. v. Rhijn, hoofd vakgroep orthopedie

# UMC Groningen – Hoofdbehandelaarschap Cardio-thoracale chirurgie

(geldig vanaf 19-3-2012, revisiedatum 19-3-2015)

## Regeling hoofdbehandelaarschap afdeling Cardiothoracale chirurgie

De Kwaliteitswet Zorginstellingen en nadere richtlijnen van de IGZ geven aan dat een formele verantwoordelijkheidstoedeling voorwaarde is voor verantwoorde zorg. De kaderregeling betreffende het hoofd- en medebehandelaarschap maakt onderdeel uit van het patiënt kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem.

Gelet op de complexiteit van de patiëntenzorg en als gevolg van de opleidingstaken van het UMCG zal een patiënt geregeld in aanraking komen met diverse behandelaren. Een behandelaar is een persoon die medische handelingen verricht bij een patiënt. In het UMCG en binnen de afdeling Cardiothoracale chirurgie kan dat een medisch specialist zijn, een a(n)ios, maar in bepaalde situaties voor bepaalde onderdelen van de behandeling ook een Verpleegkundig Specialis (VS) of Physician Assistant (PA). Voor de patiënt zijn hierbij een aantal zaken van belang. Hij/zij moet weten wie eindverantwoordelijk is voor de overall coördinatie van zijn klinische of poliklinische behandeling (de hoofdbehandelaar). Hij/zij moet weten wie eindverantwoordelijk is voor de uitvoer van substantiële onderdelen van de behandeling (de medebehandeling). De positie van de consulent als adviseur van hoofd- en medebehandelaar moet duidelijk zijn. Tenslotte moet duidelijk zijn wie voor de patiënt de eerste aanspreekbare behandelaar is. Duidelijk zal zijn dat dit in het UMCG vaak een a(n)ios of een VS of PA zal kunnen zijn.

### 1. de hoofdbehandelaar

- is een medisch specialist;
- is verantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt en de organisatie rond zijn/haar behandeling;
- draagt er zorg voor dat alle noodzakelijk besluiten genomen worden. Bij onoverkomelijk verschil van inzicht over de behandeling tussen hoofd-, medebehandelaar(s) of consulent(en) wordt geëscaleerd naar de betreffende afdelingshoofden;
- wanneer openthoud in de besluitvorming nadelige gevolgen heeft voor de patiënt stelt de hoofdbehandelaar het beleid vast, onverlet het hiervoor genoemde;
- draagt er zorg voor dat het medisch inhoudelijke beleid afgestemd is met eventuele medebehandelaars en consulenten;
- zijn focus ligt bij continuïteit, overzicht, afstemming en communicatie rondom het zorgproces van de individuele patiënt;
- is bekend bij de a(n)ios, verpleging e (para-)medische disciplines;
- wordt volgens de binnen de afdeling bekende regeling waargenomen voor dagelijkse continuïteit en in de dienstsituatie (bij afwezigheid / onmogelijkheid tot direct handelen).

### 2. de behandelaar

- is een medisch specialist, a(n)ios, VS of PA;
- draagt een eigen (medische) verantwoordelijkheid voor de patiënt;
- verricht medische behandelingen bij de betreffende patiënt;
- behandelaren in opleiding (maar ook a(n)ios, VA of PA) handelen steeds onder supervisie van een medisch specialist;

### 3. de medebehandelaar

- is een medisch specialist;
- is verantwoordelijk voor een omschreven deel van de behandeling;
- de medebehandeling vindt plaats in het kader van een andere, aanvullende zorgvraag of in het kader van eren complicatie;
- draagt er zorg voor dat het medisch inhoudelijk beleid afgestemd is met de hoofdbehandelaar, eventuele andere medebehandelaren en consulenten;
- is bekend bij de a(n)ios, verpleging en (para-)medische disciplines;
- wordt volgens de binnen de afdeling bekende regeling waargenomen voor dagelijkse continuïteit en in de dienstsituatie.

### 4. de consulent

- verleent op verzoek van de hoofdbehandelaar of medebehandelaar expertise aan de zorg van een patiënt;
- adviseert de consultvragende hoofd- respectievelijk medebehandelaar.

### 5. de patiënt

- heeft één of meerdere behandelaren;
- heeft steeds één hoofdbehandelaar, die hem/haar bij naam bekend is;
- kan één of meer, hem/haar bij naam bekende medebehandelaren hebben.

**Voor de afdeling Cardiothoracale chirurgie leidt deze kaderregeling tot de volgende afspraken:**

Hartteam/Longpanel

- de accepterende cardiothoracaal chirurg is de medebehandelaar van de patiënt;
- de hoofdbehandelaar is de specialist welke de patiënt in het overleg brengt.

PROK

- de superviserend cardiothoracaal chirurg van het PROK, welke patiënt heet geaccepteerd, is tot aan opname medebehandelaar van de patiënt;
- de hoofdbehandelaar is de specialist welke de patiënt heeft verwezen naar het PROK;
- de a(n)ios, VS, PA, verpleegkundig consulent werkzaam op de polikliniek is de behandelaar.

Polikliniek van de cardiothoracale chirurgie

- de (superviserend) cardiothoracaal chirurg is de medebehandelaar van de patiënt;
- preoperatief is de specialist welke de patiënt heeft verwezen naar het PROK de hoofdbehandelaar van de patiënt;
- postoperatief is de operateur de hoofdbehandelaar van de patiënt;
- de a(n)ios, VA, PA, werkzaam op de polikliniek is de behandelaar.

Verpleegafdelingen

- de superviserend cardiothoracaal chirurg (of bij diens afwezigheid de dienstdoende cardiothoracaal chirurg) is tot aan de OK de hoofdbehandelaar van de patiënt;
- na OK is de operateur hoofdbehandelaar van de patiënt;
- de superviserend cardiothoracaal chirurg (of bij diens afwezigheid de dienstdoende cardiothoracaal chirurg) is medebehandelaar van de patiënt;
- de a(n)ios, VS of PA werkzaam op de verpleegafdeling is de behandelaar;
- de naam van de hoofdbehandelaar staat vermeld op de brief.

OK

- de operateur is hoofdbehandelaar;
- de anesthesist is medebehandelaar;
- de aios is behandelaar;
- de naam van de hoofdbehandelaar, medebehandelaar en behandelaar staan vermeld in de verslaglegging van de procedure.

IC

- de intensivist is hoofdbehandelaar van de patiënt;
- de operateur is medebehandelaar.

Dienstregeling (17.00 tot 08.00 uur)

- de dienstdoende cardiothoracaal chirurg is de medebehandelaar van alle patiënten op de verpleegafdeling;
- de dienstdoende cardiothoracaal chirurg is de medebehandelaar van alle cardiothoracale patiënten op de IC;
- de dienstdoende a(n)ios is de behandelaar;
- de naam van de dienstdoende cardiothoracaal chirurg staat bij ontslag tijdens de dienst vermeld in de brief als hoofdbehandelaar, tenzij ontslag al eerder door een ander superviserend cardiothoracaal chirurg was bepaald.