

**FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

BRUSSEL 9 februari 2012

**DIRECTORAAT- GENERAAL ORGANISATIE
VAN DE GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN**

**NATIONALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

Kenm. : NRZV/D/RVT/405-3 (*)

**ADVIES M.B.T. DE WIJZIGING VAN HET KB VAN 21 SEPTEMBER 2004
HOUDENDE DE VASTSTELLING VAN DE NORMEN VOOR DE
BIJZONDERE ERKENNING ALS RUST- EN VERZORGINGTEHUIS IN
VERBAND MET DE FUNCTIE VAN DE COORDINEREND EN
RAADGEVEND ARTS IN DE RUST- EN VERZORGINGSINSTELLINGEN**

Namens de Voorzitter,
Dhr Peter Degadt

De Secretaris
C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 9 februari 2012

Probleemstelling:

De functie van de Coördinerend en Raadgevend Arts (CRA) is opgenomen in het KB van 24 juni 1999, zij werd niet aangepast in het KB van 21 september 2004. Gelet op de evolutie die zich in de zorgsector voordoet, de kwaliteit van de verzorging die wordt nagestreefd en de uitdagingen die de vergrijzing stelt, dient deze functie aangepast te worden.

Het nationaal akkoord Geneesheren / ziekenfondsen (NCGZ) van 20 december 2007 bepaalt in punt 19.1, "Overleg" het volgende:

"Om te komen tot een meer kwalitatieve aanpak van de zorg aan patiënten in rustoorden voor bejaarden, rust- en verzorgingstehuizen, centra voor kortverblijf, centra voor dagverzorging, ondermeer op het vlak van geneesmiddelengebruik, palliatieve zorg, dementie en depressie, revalidatie, zorgplanning en zorgcoördinatie (ook met de andere zorgverleners in het netwerk), hygiëne en preventie moet een belangrijke rol worden gespeeld door een coördinerend en raadgevende arts. In overleg met de betrokken overeenkomstencommissies, de FOD Volksgezondheid en de Gemeenschappen/Gewesten, engageert de NCGZ zich om deze rol verder uit te bouwen, te omschrijven met bijzondere aandacht voor meer overleg met de huisartsen die de residenten behandelen".

Onder het gemengd voorzitterschap van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen, en Leefmilieu en van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, werd een werkgroep opgericht die op 16 september 2010 een visienota neerlegde waarin de toekomstige taken van de CRA, zijn missie, zijn rol, de verantwoordelijkheden en voorwaarden, in de Rust- en Verzorgingstehuizen werden beschreven.

De NRVZ onderzocht deze visienota en wenst het volgend advies te formuleren :

Advies :

Teneinde het de verzorgingsinstellingen instellingen mogelijk te maken om, in samenwerking met de CRA, hun opdracht en missie te realiseren en een kwalitatief antwoord te bieden op een steeds complexer taken- en zorgpakket.

Eveneens rekening houdend met de adviezen van de Nationale raad voor Verpleegkunde (5 oktober 2010), wordt gevraagd om de normen, zoals deze opgenomen zijn in het KB van 21 september 2004, houdende de vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsels, aan te passen zoals het bijgevoegde document voorstelt. Meer bepaald de volgende, hierbij opgesomde artikels :

1a,b,t, 3a tot r, 4d, 8b, 10a,b,c,e,g en i.

1a : deze personen na pluridisciplinaire diagnostische evaluatie,

b) een pluridisciplinaire medisch-sociale evaluatie waarvan de inhoud en de modaliteiten worden bepaald door de Minister bevoegd voor Volksgezondheid, moet aantonen dat alle mogelijkheden op thuiszorg werden geëxploreerd, en dat bijgevolg opname in een rust- en verzorgingstehuis vereist is.

Een maand na opname in het rust- en verzorgingstehuis gaan de behandelende arts en het pluridisciplinair team over tot de actualisering van deze evaluatie.

2 t) de coördinerend en raadgevend arts en de hoofdverpleegkundige(n) moeten beschikken over een lokaal en over de ICT-uitrusting die ze nodig hebben om hun functie zo goed mogelijk uit te oefenen.

3 a) Bij de opname van een bewoner dient zijn individueel dossier te worden opgemaakt dat in de instelling wordt bewaard. Het moet steeds toegankelijk zijn voor al de bevoegde personen. De directeur maakt de lijst op met de bevoegde personen met respect voor de wetgeving voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

3 b) Dit dossier bevat onder meer:

- (1) Het administratief dossier dat met name volgende elementen bevat:
 - de volledige identiteit van de bewoner;
 - de nuttige inlichtingen met betrekking tot zijn sociale zekerheid;
 - in voorkomend geval: de naam, het adres en het telefoonnummer van de vertegenwoordiger en/of van de contactpersoon;
 - de naam, het adres en het telefoonnummer van de behandelende arts, alsook de schikking die moet getroffen worden bij zijn afwezigheid.
 - de naam, het adres en het telefoonnummer van de apotheker;
 - de vermelding van het al dan niet bestaan van een expliciete wilsverklaring van de bewoner wat zijn levenseinde betreft.
- (2) Het verzorgingsdossier, dat het volgende bevat:
 - (2.1) Het gestandaardiseerd medisch dossier waarvan de verantwoordelijkheid valt onder de bevoegdheid van de behandelend arts.
 - (2.2) De liaisonfiche met de belangrijkste medische elementen die nodig zijn in geval van nood of van hospitalisatie.
 - (2.3) Het verpleegkundig, paramedisch, kinesitherapeutisch en psychosociaal dossier dat het volgende bevat:
 - de anamnese en levensgeschiedenis van de bewoner;
 - de samenvatting van het klinisch onderzoek bij de opname en tijdens het verblijf;
 - de diagnose ;
 - het verzorgingsplan met inbegrip van de voorgeschreven medicatie, vereiste zorgen, bijstand bij de dagelijkse levenshandelingen en de eventuele fixatie- of afzonderingsmaatregelen;
 - de klinische en de diagnostische evolutie;
 - De eventuele wilsbeschikking van de bewoner betreffende zijn levenseinde of om in geval van onvermogen zijn wil uit te drukken.

b) Het individueel dossier van de bewoner moet ten laatste op 1 januari 2016 onder elektronische vorm operationeel zijn.

c) Om de transfer van een bewoner van een ziekenhuisdienst naar een rust- en verzorgingstehuis en omgekeerd zo goed mogelijk te organiseren zal er een schriftelijke procedure worden opgezet tussen de betrokken ziekenhuizen en het rust- en verzorgingstehuis, opdat zij zonder verwijl zouden beschikken over alle inlichtingen die nodig zijn om de zorgcontinuïteit te verzekeren.

d) Ten minste 5 voltijds equivalenten verzorgend personeel of zorgkundigen

e) Wanneer het rust- en verzorgingstehuis meer dan 75 woongelegenheden telt dan dient één van de hoofdverpleegkundigen aangeduid te worden als coördinerend hoofdverpleegkundige, waarvan de functie en de vereiste minimumopleiding worden bepaald door de Minister bevoegd voor Volksgezondheid.

f) De hoofdverpleegkundige(n) vervullen de volgende taken :

- de dagelijkse leiding over het verpleegkundig en verzorgend personeel verzekeren;
- de coördinatie van de pluridisciplinaire werking van het verpleegkundig en paramedisch personeel, personeel voor reactivering en de kinesitherapeuten;
- medewerking verlenen aan de organisatie bij de opname van nieuwe bewoners, meer bepaald het verzamelen van zo veel mogelijk gegevens over hun gezondheidstoestand en hun medisch-sociale situatie;
- waken over de actualisering van het verpleegkundig, paramedisch, kinesitherapeutisch en psychosociaal dossier van de bewoner;
- met de coördinerend en raadgevend arts meewerken bij de uitoefening van zijn functies.

h) De coördinatie van de zorg, uitgevoerd door de hoofdverpleegkundige(n) of de coördinerende hoofdverpleegkundige, alsook de noden aan kinesitherapie, ergotherapie en logopedie die zijn opgenomen in het zorgplan, moeten zonder onderbreking worden ingevuld.

i) In elk rust- en verzorgingstehuis wijst de beheerder een coördinerend en raadgevend arts aan, die een huisarts is, en die ten laatste 2 jaar na zijn aanwijzing houder is van een attest verkregen na een specifieke opleidingscyclus die toegang verschaft tot de functie van coördinerend en raadgevend arts, erkend door de FOD Volksgezondheid.

In rust- en verzorgingstehuizen die zich op meerdere sites bevinden of waarvan de omvang de activiteit van meerdere coördinerend en raadgevend artsen noodzaakt, wordt één van de coördinerend en raadgevend artsen aangeduid als leidinggevend coördinerend en raadgevend arts. Regelmatig wordt overleg georganiseerd tussen de coördinerend en raadgevend artsen. De eventuele delegatie van taken of opdrachten tussen de verschillende coördinerend en raadgevend artsen worden schriftelijk vastgelegd.

j) In samenspraak met de hoofdverpleegkundige(n) en het pluridisciplinair team staat de coördinerend en raadgevend arts in voor de volgende taken :

(1) Zorggerelateerde taken :

- de organisatie van het pluridisciplinair overleg organiseren dat minstens om de twee maanden plaatsvindt; de behandelende artsen worden uitgenodigd op dit overleg of kunnen er uit eigen initiatief aan deelnemen;
- het opstellen van een beleid rond de beheersing van de zorginfecties, de preventie van doorligwonden en chronische wonden, mond- en tandzorg, problematiek van incontinentie en palliatieve zorg;
- de procedures bepalen die moeten worden opgezet inzake fixatie en/of isolement;
- de medische activiteit coördineren in geval van gezondheidsrisico's voor de bewoners en het personeel;
- de ontwikkeling van een globaal nutritioneel beleid dat de voedingsbehoeften verzoent met het eetplezier ;
- de aanpak organiseren waarop bewoners met dementie en depressie worden verzorgd in het rust- en verzorgingstehuis, meer bepaald de niet-medicamenteuze benadering, in voorkomend geval in samenwerking met de referentiepersoon dementie;
- het voorschrijven, de levering, de afgifte, de bewaring en de verdeling van de geneesmiddelen organiseren in samenspraak met de apothekers;
- jaarlijks het medisch-farmaceutisch formulier opstellen en actualiseren.

(2) Voortgezette opleidingsactiviteiten :

- meewerken aan de organisatie van voortgezette opleidingsactiviteiten voor het personeel van het rust- en verzorgingstehuis, en voor de betrokken behandelende artsen.

k) De coördinerend en raadgevend arts staat, in samenwerking met de hoofdverpleegkundige(n), de directie van het rust- en verzorgingstehuis bij in onder andere de volgende materies :

- aanpassing van de lokalen, uitbreiding en diversificatie van de activiteiten en aankoop van materiaal;
- het kwaliteitsprogramma bedoeld in punt 10, b);
- relaties met de behandelende artsen en de huisartsenkring(en) op het grondgebied waar het rust- en verzorgingstehuis is gevestigd.

Daartoe wordt minstens één keer per trimester een overlegmoment georganiseerd. Een verslag van dit overlegmoment dient aan de directie te worden overgemaakt.

l) de coördinerend en raadgevend arts wordt op de volgende wijze aangeduid :

(1) Wanneer er een functie van coördinerend en raadgevend arts vacant is, meldt de directie van het rust- en verzorgingstehuis dat zonder verwijl aan de huisartsenkring(en) van het grondgebied waarop het rust- en verzorgingstehuis is gevestigd, alsook aan de huisartsen die er de bewoners verzorgen.

(2) De kandidaten beschikken over een termijn van minstens dertig dagen om hun kandidatuur in te dienen.

(3) Binnen de dertig dagen na de aanwijzing door de beheerder meldt de Directeur van het rust- en verzorgingstehuis dit aan de betrokken huisartsenkring, aan de bevoegde inspectiediensten, aan de bewoners, aan de personeelsleden en aan de hoofdgeneesheer van het ziekenhuis waarmee het rust- en verzorgingstehuis functioneel verbonden is.

(4) De overeenkomst tussen de coördinerend en raadgevend arts en de instelling voorziet in een proefperiode van 6 maanden en de opzeggingsvoorwaarden.

(5) Wanneer hij actief is als coördinerend en raadgevend arts moet 75% van de prestaties in het kader van die functie verricht worden in het rust- en verzorgingstehuis; tijdens zijn prestatieuren mag hij de functie van behandelend arts niet vervullen.

m) Bij afwezigheid van meer dan dertig dagen moet de coördinerend en raadgevend arts vervangen worden in overleg met de directie van het rust- en verzorgingstehuis.

n) Het attest dat toegang verleent tot de functie van coördinerend en raadgevend arts kan worden verkregen na een opleidingscyclus van minstens 24 uren, gespreid over maximum twee jaren, en die is erkend door de FOD Volksgezondheid.

Deze opleidingscyclus omvat minstens het volgende programma :

- federale reglementeringen betreffende de rust- en verzorgingstehuizen;
- rol van de Gewesten en Gemeenschappen inzake programmatie en erkenning;
- het specifiek karakter van de geriatrische geneeskunde;
- preventie van infecties en beheer van de antibiotherapie ;
- communicatietechnieken.

o) Om zijn kwalificatie als coördinerend en raadgevend arts te behouden moet de betrokken arts een voortgezette opleiding van minstens 6 uren per jaar volgen, onder andere met betrekking tot :

- het voorschrijven van geneesmiddelen;
- de ziekte van Alzheimer en andere vormen van dementie ;
- voeding;
- animatie;
- hygiëne ;
- preventie en behandeling van doorligwonden;
- ethische aspecten van het levenseinde ;
- incontinentie;
- de evolutie van de reglementeringen.

p) De vrije keuze van de bewoner van de behandelende arts en van het ziekenhuis, wanneer dat nodig is, moet worden verzekerd en mag op geen enkele manier worden beïnvloed.

Wanneer een bewoner geen huisarts heeft bij zijn opname of wanneer zijn huisarts verzaakt aan de voortzetting van de zorg aan zijn patiënt, dient een geactualiseerde lijst met de beschikbare huisartsen aan de bewoner te worden overhandigd.

De directie van het rust- en verzorgingstehuis stelt een reglement op met de regels die in voorkomend geval van toepassing zijn. Dit reglement wordt ter goedkeuring voorgelegd aan de huisartsenkring(en) van het grondgebied waarop het rust- en verzorgingstehuis gevestigd is.

q) Het rust- en verzorgingstehuis beschikt over een "Algemeen reglement van de medische activiteit" waarin de rechten en plichten van de huisartsen die er actief zijn worden beschreven. Dit reglement wordt overhandigd aan elke huisarts, die zich door het te ondertekenen ertoe verbindt om zo efficiënt mogelijk samen te werken aan de medische organisatie en de zorg van het rust- en verzorgingstehuis.

Het Algemeen Reglement van de medische activiteit beschrijft minstens de volgende punten :

- de verbintenis van de behandelende artsen om aan te sluiten bij een coherent medisch beleid binnen het rust- en verzorgingstehuis, onder andere inzake het voorschrijven van geneesmiddelen en van zorg;
- de instemming met de door de bevoegde huisartsenkring(en) goedgekeurde regels bij het aanduiden van een huisarts wanneer de bewoner er geen heeft. De directie stelt voor deze situaties een reglement met de toepasselijke regels op.
- de normale openings- en bezoektijden behalve bij noodgeval;
- de contacten met familie en nabestaanden;
- overleg- en bijscholingsvergaderingen in het rust- en verzorgingstehuis;
- het bijhouden van het medisch dossier van de bewoner;
- het gebruik van het medisch-farmaceutisch formulier, onder andere het voorschrijven van de minst dure geneesmiddelen alsook het gebruiken van het elektronisch voorschrift;
- de facturatiemodaliteiten van de honoraria;
- de informatiedoorstroming in geval van overdraagbare ziekten.

4 d. de vrije toegang van familie en vrienden, die in het bijzonder moet worden gewaarborgd in geval van begeleiding bij het levenseinde.

8. b) De totale boekhouding van de instelling en van de individuele uitgavenfiche van de bewoners moet ter beschikking staan van de bevoegde inspectiediensten die daarvan kennis moeten kunnen nemen zonder de stukken te verplaatsen.

10 a) De specifieke begeleiding van personen met dementie;

b) Dit programma precificeert minstens het beoogde kwaliteitsbeleid in punt 10a) en bepaalt de modaliteiten voor de evaluatie van de zorgkwaliteit en de periodiciteit.

Minstens één keer per jaar wordt er een verslag opgesteld door de coördinerend en raadgevend arts en door de hoofdverpleegkundige(n) over de evaluatie van de zorgkwaliteit. Het wordt bezorgd aan de bevoegde huisartsenkring en aan de artsen die er hun activiteit uitoefenen, en is ter beschikking van het personeel.

c) het rust- en verzorgingstehuis registreert de doorligwonden, de nosocomiale infecties, de valaccidenten en het aantal incontinenten personen. Deze gegevens dienen ten laatste op 1 januari 2016 onder elektronische vorm bewaard te worden.

e) het rust- en verzorgingstehuis beschikt over schriftelijke procedures met betrekking tot de eventuele fixatie- en/of afzonderingsmaatregelen om de veiligheid te waarborgen van de bewoners die een gevaar voor zichzelf en/of voor de andere bewoners betekenen, mits de naleving van hun fundamenteel recht op bewegingsvrijheid. Deze procedures beschrijven minstens de wijze waarop de beslissing tot het nemen van een fixatie- en/of afzonderingsmaatregel wordt genomen door het zorgteam en de behandelende arts; de duur

van de maatregel mag één week niet overschrijden, de eventuele verlenging van de maatregel, met toestemming aan de behandelende arts, en de specifieke regels inzake bewaking. Behalve in gevallen van overmacht wordt de eventuele fixatie- en/of afzonderingsmaatregel vooraf medegedeeld aan de familie en/of de vertegenwoordiger van de bewoner.

Het rust- en verzorgingstehuis beschikt over specifiek materiaal om fixatie en/of afzondering toe te passen in alle veiligheid.

Elke beslissing inzake fixatie en/of afzondering moet worden opgenomen in het individueel dossier van de bewoner.

g) Ter ondersteuning van de zorg met betrekking tot het levenseinde in het rust- en verzorgingstehuis zijn de coördinerend en raadgevend arts en de hoofdverpleegkundige(n) belast met :

1° het ontwikkelen van een palliatieve zorgcultuur en de sensibilisering van het personeel voor de noodzaak ervan ;

2° het formuleren van adviezen inzake palliatieve zorg ten behoeve van het verpleegkundig, verzorgend, en paramedisch personeel, personeel voor reactivering en de kinesitherapeuten;

3° het bijwerken van de kennis van de personeelsleden inzake palliatieve zorg;

4° de naleving van de wetgeving betreffende het levenseinde en het respect van de wensen die door de bewoner werden uitgedrukt en vastgelegd.

i) toevoegen : samenwerking met het regionaal platform voor ziekenhuishygiëne.

De werkgroep RVT van de NRVZ wenst de aandacht voor de volgende elementen :

1. In het voorgesteld advies is de informatisering van de sector een noodzakelijke voorwaarde. De ontwikkeling van geïnfomatiseerde zorg- en medische dossiers en de daarbij horende registratie-, communicatie- en evaluatie-instrumenten zijn een essentieel onderdeel binnen het hedendaags zorgverleningsmodel. Een voldoende financiering van de instellingen dient te worden overwogen.

2. De voorgestelde aanpassingen zijn eveneens toepasselijk voor de bewoners van de rustoorden voor bejaarden (ROB) met een B en C-profiel, ook daar is een CRA-functie noodzakelijk.

3. De uitgebreidere CRA-functie, zoals ze hier is voorgesteld, dient gepaard te gaan met een aangepaste financiering. Er dient over gewaakt te worden dat deze arts zijn opdracht conform deze voorstellen uitvoert en dat de toegepaste financiering hem integraal wordt doorgestort.

4. Gezien het belang van hun functie, is het passend om in een functieomschrijving en een specifieke opleiding voor de hoofdverpleegkundige(n) in deze instellingen te voorzien.

5. Als gevolg van de penurie op de arbeidsmarkt, moet een oplossing worden gevonden voor de kwalificaties van de verzorgende en zorgkundige in de rust- en verzorgingsinstellingen. Het zou goed zijn dat er overal zorgkundigen zijn. Er is echter een voorafgaand onderzoek nodig met betrekking tot de registratie en de aanwezigheid van deze kwalificaties in de instellingen, beheert door het RIZIV en DG 2, waaruit de noodzakelijke elementen kunnen gebracht worden.

6. Teneinde de samenwerkingsovereenkomst met de behandelende artsen bindend te maken wordt de oprichting aanbevolen van een Nationale Paritaire Commissie CRA/huisartsen/RVT-instellingen. Deze Commissie heeft als opdracht de afspraken tussen de partijen te maken, zoals het Algemeen reglement voor de medische activiteit, de samenwerkingsovereenkomst, het gebruik van het geneesmiddelenformularium,...

7. De raad beveelt de oprichting aan van een Multidisciplinair College voor Kwaliteitspromotie in de rustoorden-RVT-instellingen. Dit op te richten College zou aanbevelingen formuleren met betrekking de kwaliteit en de Best Practices.

8. Tot slot is de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen zich er terdege van bewust dat het hier toegelichte project moet worden gezien in de context van de recente beslissingen die werden genomen inzake de overdracht van bevoegdheden, vooral op het vlak van het ouderenbeleid ; dat doet vragen rijzen aangaande de verplichtingen die overwogen worden tegen 2016.

Vervolgens benadrukt de Raad dat de rol en de opdrachten van de coördinerend en raadgevend arts zoals hierboven beschreven een zekere impact hebben op de werklust van de andere beroepen die actief zijn in de instelling, in het bijzonder de hoofdverpleegkundige; die krijgt namelijk bijkomende taken toegewezen bovenop de taken die hij reeds vervult; de impact van de werklust op de werkomgeving zou geanalyseerd moeten worden.

Behalve de aspecten aangaande de werklust, laat de Raad weten dat de hier geformuleerde normatieve voorstellen financiële gevolgen zullen hebben waarmee rekening gehouden zal moeten worden. Tot slot – en dat geldt niet alleen voor de sector van de rust- en verzorgingstehuizen – benadrukt de Raad de terugkerende problematiek van de overconsumptie van geneesmiddelen bij ouderen. Ook al bekleedt de coördinerend arts hier voornamelijk een rol van organisator en adviseur inzake geneesmiddelenbeheer, toch benadrukt de Raad hoe belangrijk het is de voorschrijver nog extra op zijn verantwoordelijkheid te wijzen en, eventueel, over te gaan tot sancties.
