

Rusthuizen en verzorgingstehuizen - RVT's

Doc	a074003
Publicatiedatum	24/08/1996
Origine	NR
	Honoraria
Thema's	Rusthuizen

Rusthuizen en verzorgingstehuizen (RVT's)

De deontologische kant van het uitoefenen van de geneeskunde in rusthuizen en verzorgingstehuizen is opnieuw onder de aandacht van de Nationale Raad gekomen. De Nationale Raad heeft beslist het in januari 1992 uitgebrachte advies te herzien.

Advies van de Nationale Raad:

Een patiënt die opgenomen wordt in een RVT, moet beantwoorden aan enkele criteria die vastgelegd zijn bij KB. De geneesheer-adviseur gaat na of de patiënt beantwoordt aan de gestelde criteria, en kan desgevallend de bijzondere tegemoetkoming wegens opname weigeren of toelaten.

Een RVT is in wezen een gezinsvervangend tehuis. De aandoening van de patiënt is gekend en specialistische tussenkomst is niet nodig, tenzij eventueel bij verwikkeling of nieuwe situaties. Daarom wordt algemeen aangenomen dat patiënten in een RVT medisch begeleid worden door hun huisarts, uitgaande van de vrije artskeuze.

Aan de RVT geneeskunde zijn nochtans enkele bijzondere aspecten verbonden die niet voorkomen indien een patiënt in eigen familiekring verzorgd wordt.

Een RVT, om erkend te worden, moet namelijk voldoen aan een aantal normen qua inrichting en werking, die vastgesteld zijn door de wetgever. De normen die belangrijk zijn voor geneesheren houden voornamelijk verband met het medisch dossier, het register en de coördinatie.

De wetgever verplicht de RVT's:

1. een medisch en een verpleegkundig dossier per verzorgingsbehoevende aan te leggen en bij te houden;
2. het aantal geneeskundige prestaties en de aard ervan voor deze zelfde verzorgingsbehoevenden centraal te registreren.

De verantwoordelijkheid voor de organisatie van deze twee voorwaarden ligt bij de beheerder van het RVT.

Elke tekortkoming aan deze organisatie kan voor de beheerder zowel de intrekking van zijn erkenning door de ministeries onder wier bevoegdheid de volksgezondheid valt tot gevolg hebben als de terugbetaling van de door het Riziv toegekende forfaits (B, C, Cd).

Wat in het bijzonder het **medisch dossier** betreft, dient opgemerkt dat het bestaan ervan gecontroleerd kan worden door de ambtenaren van de volksgezondheid die belast zijn met de toepassing van de wettelijke normen in de RVT's; de inhoud van het

medisch dossier kan nagegaan worden door de geneesheren-inspecteurs van de geneeskundige controle van het Riziv ingeval deze dienst beslist een onderzoek in te stellen.

De verplichting een medisch en verpleegkundig dossier bij te houden en de verbintenis van de bezoekende geneesheer mee te werken aan de samenstelling van een eenvormig dossier per patiënt kan erop lijken te wijzen dat de wetgever de medische en verpleegkundige aspecten van dit dossier onderbrengt in één zelfde entiteit.

Op het deontologische vlak is het zeer belangrijk een onderscheid te maken tussen deze twee aspecten, te meer daar de basis van het dossier gevormd wordt door het protocol van het onderzoek dat voorafgaat aan de opname en door een rapport betreffende de gezondheidstoestand van de betrokkene. Het medisch dossier en het verpleegkundig dossier moeten strikt uit elkaar worden gehouden.

De geneesheer moet overigens voor elke patiënt een medisch dossier bijhouden. De onderliggende reden daarvan is dat een dossier zowat het geschreven geheugen vertegenwoordigt. De geneesheer is verantwoordelijk voor de bewaring ervan. Wanneer een patiënt in eigen familiekring verzorgd wordt, mag het medisch dossier niet ten huize van de patiënt gelaten worden met uitzondering van de elementen die noodzakelijk zijn voor de continuïteit van de zorg. Hoewel dit hinderlijk kan zijn voor een geneesheer met wachtdienst, primeert hier het beroepsgeheim, dat niet gewaarborgd kan worden in dergelijke situatie door de behandelende geneesheer. In een RVT moet de geneesheer gebruik maken van de mogelijkheid van het medisch dossier te bewaren door personen die eveneens door het beroepsgeheim zijn gebonden. Een geneesheer met wachtdienst kan er nuttig gebruik van maken om met bekwame spoed een beslissing te treffen. Daarom is het aan te raden alle belangrijke elementen in het dossier te vermelden die nodig zijn om de patiënt te verzorgen bij urgentie door een wachtgeneesheer. Het is eveneens aan te raden dat persoonlijke aantekeningen van delicate aard opgeslagen worden in een dossier dat de behandelende geneesheer thuis bewaart. De lokale huisartsen kunnen afspraken maken met de directie om de geheimhouding in strikte zin te waarborgen.

Wat het **centraal register** betreft, mag de geneesheer meewerken aan het invullen van het aantal geneeskundige prestaties en de aard ervan in dit register, op voorwaarde dat de medegedeelde gegevens van louter administratieve aard zijn. Het invullen ervan is echter geen wettelijke verplichting voor de geneesheer.

De deontologie rond de **coördinator** (in officiële teksten "aangewezen geneesheer" genoemd) betreft voornamelijk zijn aanstelling en zijn functie.

Er wordt algemeen aanvaard dat de coördinator een huisarts is, en in de meeste gevallen is het ook zo.

De aanstelling moet gebeuren via een geschreven overeenkomst met de beheerder, die, voorafgaandelijk aan de ondertekening, moet voorgelegd worden aan de Provinciale Raad. De aanstelling van de coördinator is het wettelijk voorrecht van de beheerder.

De geneesheer die aangezocht wordt om op te treden als coördinator, heeft minstens de plicht dit te melden aan de collega's die regelmatig aan verzorging doen in het RVT, en rekening te houden met hun opmerkingen. Beter nog gaat het initiatief uit van de lokale huisartsengroep, die in eigen schoot de aanvaardbare kandidaten aanduidt, en een lijst van kandidaten voorlegt aan de beheerder, waaruit deze kiest. Aan te raden is dat de coördinator aangesteld wordt voor een beperkte duur en dat hij herverkiesbaar is. Deze procedure is belangrijk voor de patiënten, voor de geneesheer en voor de beheerders, omdat een goede vertrouwelijke relatie tussen geneesheren en coördinator van wezenlijk belang is voor het goed functioneren van het RVT. De coördinator moet zijn functie waarnemen met inachtnaam van alle deontologische

principes, inzonderheid van de collegialiteit. Hij zal dus niet proberen patiënten te ronselen, de vrije artskenkeuze strikt eerbiedigen, en de vrijheid van diagnose en therapie van zijn collega's niet hekelen noch in het gedrang brengen. Het is aan te raden dat hij zijn voorstellen op gebied van hygiëne, verzorgingstechnieken, uniform formularium, etcetera zou laten toepassen na samenspraak met zijn collega's. Geschilpunten worden behandeld in een geest van verzoeningsgezindheid. Ereloonverdeling tussen behandelende geneesheer en coördinator is niet toegelaten. Bij blijvende geschillen van deontologische aard wordt de provinciale raad op de hoogte gebracht.

Wat de **inning van de erelonen** betreft, is er in feite geen verschil met de patiënt die in zijn huis verzorgd wordt. Nochtans zijn patiënten in een RVT dikwijls seniel of dement. In zulke gevallen kan een afspraak gemaakt worden met de familie. Bij ontstentenis hiervan kan men de erelonen laten innen langs de diensten van het RVT.

Bovendien wordt nu in deze instellingen aan de geneesheren de mogelijkheid geboden zich te laten honoreren via de derde-betalersregeling. De Nationale Raad herinnert eraan dat elke vorm van collusie of dichotomie tussen beheerder en geneesheer verboden is.

Krachtens het K.B. van 02/12/82 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van rust en verzorgingstehuizen moet elk rust en verzorgingstehuis een permanent toezicht op de verzorgingsbehoevenden verzekeren en moet de inrichting over een uitgerust onderzoekslokaal beschikken dat tevens kan dienen als verplegings en vervangingslokaal. Gegeven de omstandigheid dat dit onderzoekslokaal één van de criteria is waaraan met het oog op een erkenning moet worden voldaan, vallen de kosten ervan ten laste van de beheerder zonder enige aanvaardbare financiële tussenkomst van de geneesheer. (Tijdschrift Nationale Raad, maart 1990, nr. 47, blz. 17).

Bovenstaande bemerkingen en voorstellen hebben een zuiver preventief karakter en zullen hopelijk bijdragen tot een correcte verhouding tussen geneesheren en RVT patiënten, en tussen de geneesheren onderling.