

## Rol en taken van de coördinerend geneesheer in de rust- en verzorgingstehuizen

Doc	a121004
Publicatiedatum	07/06/2008
Origine	NR
	Beroepsgeheim
	Continuïteit van de zorg
	Riziv
Thema's	Rusthuizen
	Arts (Behandelend-)
	Arts (Coördinerend-)

De Nationale Raad nam deel aan een overlegvergadering en bestudeerde de voorstellen die door de werkgroep coördinerend geneesheer van de Overeenkomstencommissie Rustoorden - Verzekeringsinstellingen werden gedaan in zijn activiteitenverslag 2006-2007.

### Advies van de Nationale Raad :

De Nationale Raad besprak op zijn zitting van 7 juni 2008 het activiteitenverslag 2006-2007 van de werkgroep coördinerend geneesheer van de Overeenkomstencommissie Rustoorden - Verzekeringsinstellingen.

De Nationale Raad wenst enkele opmerkingen te maken omtrent een aantal punten van dit verslag.

### 1. Continuïteit van de zorg

Punt 2.: "De werkgroep stelt vast dat het gaat om een middelenverbintenis en niet om een resultaatsverbintenis. De coördinerend geneesheer is niet verantwoordelijk indien de behandelend geneesheer zijn opdracht binnen het rusthuis niet naar behoren uitvoert. Voorts beschikt de coördinerend geneesheer slechts over zijn morele autoriteit om de continuïteit van de zorgen te coördineren en te organiseren."

#### Opmerkingen:

Het verzekeren van de continuïteit van de zorg is een individuele wettelijke<sup>(1)</sup> en deontologische plicht van elke arts. Elke huisarts dient zich dus - bij afwezigheid of onbereikbaarheid - te laten vervangen door een andere huisarts, gezien de verplichte kwalificatie in deze noodzakelijk is.

Daarenboven organiseren de huisartsenkringen<sup>(2)</sup> de wachtdiensten voor de bevolking; huisartsen doen dan ook systematisch beroep op hun eigen huisartsenkring om - tijdens de weekends en feestdagen, recentelijk ook voor de weekpermanentie - die continuïteit te helpen verzorgen.

De coördinerend geneesheer heeft derhalve geen enkele andere wettelijke noch

deontologische bevoegdheid dan die beide opties te respecteren: de continuïteit in een rusthuis wordt verzorgd, ofwel door een individuele huisarts gekozen door de behandelende huisarts, ofwel door de huisartsenkring.

Bovendien dient de coördinerend geneesheer zich zeer terughoudend(3) op te stellen om zelf, op vraag van het rusthuis, tussen te komen als behandelend geneesheer,.

## 2. Verband “medisch dossier” en “liaisondossier”.

Punt 3.: “Om misverstanden te vermijden, moet men de uitdrukking medisch dossier vervangen door de uitdrukking ‘liaisonfiche die deel uitmaakt van het zorgdossier’. Die fiches zouden moeten gestandaardiseerd worden en, idealiter, geïnformatiseerd. ...

Het zou wenselijk zijn om zoniet de inhoud, dan wel de precieze bedoeling van die fiches te definiëren (een duidelijke communicatie garanderen tussen de behandelend geneesheer en het verzorgend team, en tussen de behandelend geneesheer en zijn plaatsvervanger die in noodgevallen kan worden opgeroepen).”

### Opmerkingen:

De Nationale Raad is van oordeel dat de term “**liaisondossier**” en “liaisonfiche” best vervangen wordt door “**communicatiefiche**”, teneinde verwarring te voorkomen met begrippen rond dossiers.

Medische zorg wordt in het RVT – als een thuisvervangend milieu – in een multidisciplinaire context verstrekt : “dat geldt bij de opname, waarbij een multidisciplinaire diagnostische en medisch-sociale evaluatie moet gebeuren; maar uiteraard ook bij de zorgen die dagelijks verstrekt worden, zowel medische, verpleegkundige zorg, paramedische en/of kinesitherapeutische zorg.”

In de thuisverzorging bestaan nu reeds “communicatieschriften”, waarin alle betrokken verstrekkers hun opmerkingen kunnen noteren, binnen de context van die multidisciplinaire zorgverlening rond de gemeenschappelijke patiënt.

De uiteindelijke bedoeling van een “communicatiefiche” binnen het RVT is analoog: de onderlinge communicatie te verzekeren bij de multidisciplinaire zorg rond de RVT-bewoner als patiënt.

Het KB van 21 september 2004(4) bepaalt het “**individueel verzorgingsdossier**” “dit bevat de sociale, medische, paramedische en verpleegkundige gegevens. Dit dossier, dat uit verschillende onderdelen kan bestaan, moet constant in de instelling aanwezig zijn. Het moet steeds toegankelijk zijn voor de daartoe bevoegde personen”.

Het “**verzorgingsdossier**” bevat de facto alle “medische gegevens” die normaliter ook in een – naar deontologische norm – **afzonderlijk “medisch dossier”** thuishoren : “de anamnese, klinisch onderzoek bij opname, de diagnose, de behandeling, de klinische en diagnostische evolutie, de voorgeschreven geneesmiddelen en de toediening ervan”.

Hoewel er blijkbaar nog geen officiële definitie wordt gegeven aan “**de liaisonfiche**”, blijkt de intentie dat dit structureel een volwaardig onderdeel vormt van het “**zorgdossier**” (zoals bepaald in het KB 21 september 2004), dus als een nieuw en afzonderlijk document, naast het “medisch dossier”. De Nationale Raad is van oordeel dat het verzorgingsdossier bestaat uit afzonderlijke onderdelen : het medisch dossier, het verpleegkundig dossier en de communicatiefiche.

De toegang tot dergelijke communicatiefiche moet beperkt blijven tot de “bevoegde personen”: dat zijn stricto sensu de zorgverleners die werken rond de individuele bewoner. In principe heeft de coördinerend geneesheer geen toegang tot de

communicatiefiche, evenmin als tot het feitelijke medische dossier; behalve uitzonderlijk onder de geschetste deontologische voorwaarden<sup>(5)</sup> van vraag aan en toestemming van de behandelende huisarts.

De communicatiefiche is echter van ondergeschikt belang voor de medische continuïteit van de zorg : zowel de plaatsvervangende huisarts als de huisarts met wacht doen best beroep op het medisch dossier, waar zij vanwege hun kwalificatie en opdracht uiteraard volwaardig inzage en volledig toegang toe hebben.

De inhoud van de communicatiefiche – in het bijzonder de medische informatie – wordt strikt beperkt tot de voor de zorgverlening nuttige en/of noodzakelijke informatie.

De problematiek – qua beroepsgeheim – blijft het multidisciplinaire karakter van een dergelijke communicatiefiche, met een mix van informatie aangebracht volgens de diverse betrokken disciplines.

Men moet aannemen dat alle zorgverleners hier gebonden zijn door een ‘gedeeld’ beroepsgeheim.

Bovendien moet de huisarts multidisciplinair overleg<sup>(6)</sup> plegen, in het belang van de patiënt.

### 3. Contact van de behandelend geneesheren met de instelling.

Punt. 9. : “De coördinerend geneesheren menen dat men de wijze moet herzien waarop een coördinerend geneesheer door de beheerder moet worden aangesteld. Ze wensen dat er een discussie zou plaatsvinden tussen de beheerders en de lokale huisartsenkringen, zodat de coördinerend geneesheren worden aangesteld die het vertrouwen genieten van hun collega’s en de beheerder.”

#### Opmerkingen:

De stelling dat de huisartsenkring (en/of de huisartsen behorend tot de wachtdienst) inspraak moet hebben bij de aanstelling van de coördinerend geneesheer, is reeds eerder door de Nationale Raad<sup>(7)</sup> geclaimd: de NR stelde in zijn advies dat deze aanwijzing er zou komen op grond van een consensus tussen de huisartsen die prestaties verrichten in het tehuis en de beheerder ervan.

De taken van de coördinerend geneesheer – in het bijzonder de relatie met de geneesheren, de continuïteit van de zorg, de coördinatie van het zorgbeleid en de bijscholing – kunnen zonder de actieve inbreng en medewerking van de lokale huisartsenkring moeilijk of zelfs niet gerealiseerd worden.

De Nationale Raad vraagt bijzondere aandacht voor de aanstellingsprocedure van de coördinerend geneesheer, rekening houdend met het wettelijk kader en de onderscheiden verantwoordelijkheden van de huisartsenkring en de beheerder.

De instellingen hebben het benoemingsrecht, maar de huisartsenkringen dienen – in de geschetste context van wettelijke vertegenwoordiger van de lokale huisartsen en integratie van de taken van de coördinator – een voordrachtrecht van (de) kandidaat-coördinatoren te verkrijgen en/of te behouden.

Het is noodzakelijk dat – in consensus tussen vertegenwoordigers van de huisartsenkringen en de beheerders van rusthuizen – een sluitende aanstellingsprocedure wordt uitgewerkt.

De Nationale Raad wenst op de hoogte te blijven van het gevolg dat aan deze opmerkingen zal worden gegeven.

1. 10 november 1967 – Koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, art. 8, §1.
2. 8 juli 2002. – Koninklijk besluit tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen
3. Advies Nationale Raad – 20.11.1999
4. 21 september 2004 – Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis of als centrum voor dagverzorging. Bijlage 1 RVT punt 3.b.-c.-d.
5. Adviezen Nationale Raad – 16.09.2000 / 19.01.2002 / 19.10.2002
6. 22 augustus 2002. - Wet betreffende de rechten van de patiënt. Art. 4.
7. Adviezen Nationale Raad – 16.09.2000 / 26.06.2004