Gelet op advies 55.229/1 van de Raad van State, gegeven op 19 februari 2014 , met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken en de Staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Beroepsrisico's,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Artikel 1, enig lid, van het koninklijk besluit van 12 maart 2003 tot vaststelling van de wijze en van de termijn van aangifte van een arbeidsongeval wordt aangevuld met de bepaling onder 4°, luidende :

"4° het licht ongeval : het ongeval dat noch tot een loonverlies, noch tot een arbeidsongeschiktheid heeft geleid voor het slachtoffer, maar enkel zorgen heeft vereist waarvoor de tussenkomst van een geneesheer niet nodig was en die pas na het ongeval werden toegediend enkel op de plaats van uitvoering van de arbeidsovereenkomst.".

Art. 2. In artikel 2 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 24 februari 2005 en 3 juli 2005, wordt het derde lid vervangen als volgt :

"In afwijking van het eerste lid moet het licht ongeval, dat wordt geregistreerd in het dossier bedoeld in artikel 7, § 3, van het koninklijk besluit van 15 december 2010 betreffende de eerste hulp die verstrekt wordt aan werknemers die slachtoffer worden van een ongeval of die onwel worden, niet worden aangegeven aan de verzekeringsonderneming. Als het licht ongeval nadien verergert, doet de werkgever, zijn aangestelde of lasthebber aangifte van het ongeval binnen de acht dagen te rekenen vanaf de dag die volgt op die waarop hij werd geïnformeerd over de verergering van het licht ongeval.

Het beheerscomité van het Fonds zal de toepassing van de bepalingen die de aangifte van de lichte ongevallen regelen jaarlijks evalueren. De eerste evaluatie zal plaatsvinden twee jaar na de inwerkingtreding van dit lid.".

Art. 3. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 19 maart 2014.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
Mevr. L. ONKELINX

De Staatssecretaris voor Sociale Zaken,
belast met Beroepsrisico's,
Ph. COURARD

Vu l'avis 55.229/1 du Conseil d'Etat, donné le 19 février 2014, en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales et du Secrétaire d'Etat aux Affaires sociales, chargé des Risques professionnels,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. L'article 1er , alinéa unique, de l'arrêté royal du 12 mars 2003 établissant le mode et le délai de déclaration d'accident du travail est complété par le 4° rédigé comme suit :

« 4° l'accident bénin : l'accident n'ayant occasionné ni perte de salaire, ni incapacité de travail pour la victime mais seulement des soins pour lesquels l'intervention d'un médecin n'est pas nécessaire et qui ont été prodigués après l'accident, uniquement sur le lieu d'exécution du contrat de travail. ».

Art. 2. Dans l'article 2 du même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 24 février 2005 et 3 juillet 2005, l'alinéa 3 est remplacé par ce qui suit :

« Par dérogation à l'alinéa 1er, l'accident bénin enregistré dans le registre visé à l'article 7, § 3, de l'arrêté royal du 15 décembre 2010 relatif aux premiers secours dispensés aux travailleurs victimes d'un accident ou d'un malaise ne doit pas être déclaré à l'entreprise d'assurances. Si par la suite, l'accident bénin s'aggrave, l'employeur, son préposé ou mandataire fait la déclaration de l'accident dans les huit jours à compter du jour qui suit celui au cours duquel il a été informé de l'aggravation de l'accident bénin.

Le comité de gestion du Fonds procédera annuellement à l'évaluation de l'application des dispositions régissant la déclaration des accidents bénins. La première évaluation aura lieu deux ans après l'entrée en vigueur de cet alinéa. ».

Art. 3. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 19 mars 2014.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales,
Mme L. ONKELINX

Le Secrétaire d'Etat aux Affaires sociales,
chargé des Risques professionnels,
Ph. COURARD

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

[C − 2014/24114]

9 MAART 2014. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsels

FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, artikel 170;

Gelet op het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsels;

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, gegeven op 9 februari 2012;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 9 december 2013;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting de dato 20 december 2013;

Gelet op advies 55.015/2 van de Raad van State, gegeven op 5 februari 2014, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

[C − 2014/24114]

9 MARS 2014. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et d'autres établissements de soins, l'article 170;

Vu l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises;

Vu l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, donné le 9 février 2012;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 9 décembre 2013;

Vu l'accord du Ministre du Budget donné le 20 décembre 2013;

Vu l'avis 55.015/2 du Conseil d'Etat, donné le 5 février 2014, en application de l'article 84, § 1er, alinéa premier, 2° sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973,

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 6*bis* van het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsels, ingevoegd bij koninklijk besluit van 4 juni 2008, wordt de tweede zin van het eerste lid vervangen als volgt :

"Het rust- en verzorgingstehuis dient voor het gedeelte van de inrichting met bedoelde bijzondere erkenning te voldoen aan de normen bedoeld in bijlage 1 met uitzondering van de normen vastgelegd in de punten A, 1 en 2, B, 1, *j)*, B, 2, *d)*, B, 3, *a)*, (2) en B, 10, *c)*.".

Art. 2. In artikel N1 - Bijlage 1 "Rust- en verzorgingstehuizen", A. "Algemene normen", van hetzelfde besluit wordt de bepaling onder 1.*b)* vervangen als volgt :

"*b)* een pluridisciplinaire medisch-sociale evaluatie, waarvan de inhoud en modaliteiten worden bepaald door de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, 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 multidisciplinair team over tot de actualisering van deze evaluatie.".

Art. 3. In artikel N1 - Bijlage 1 "Rust- en verzorgingstehuizen", B. "Specifieke normen", 1. "Architectonische normen", van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 7 juni 2009, wordt een bepaling onder *t)* toegevoegd, luidende :

"*t)* de coördinerend en raadgevend arts en de hoofdverpleegkundige(n) beschikken over een werkplek en over de ICT-uitrusting die ze nodig hebben om hun functie naar behoren te kunnen uitoefenen.".

Art. 4. In artikel N1 - Bijlage 1 "Rust- en verzorgingstehuizen", B. "Specifieke normen", van hetzelfde besluit, wordt punt 3. "Organisatorische normen", gewijzigd bij het koninklijk besluit van 7 juni 2009, vervangen door de volgende bepaling :

"3. Organisatorische normen.

a) Voor iedere bewoner wordt bij opname een individueel dossier aangelegd dat in de instelling bewaard wordt. De directeur maakt een lijst op van de personen die toegang hebben tot het individueel dossier van de bewoners mits naleving van de wet van 8 december 1992 op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Het individueel dossier van de bewoner omvat diens administratief dossier alsook diens verzorgingsdossier.

(1) Het administratief dossier van de bewoner bevat minstens volgende gegevens :

(a) de identiteit van de bewoner;

(b) de inlichtingen met betrekking tot zijn sociale zekerheidssituatie;

(c) naam adres en telefoonnummer van de contactpersoon en, in voorkomend geval, van de vertegenwoordiger van de bewoner;

(d) de naam, het adres en het telefoonnummer van de behandelende arts, alsook de schikking die moet getroffen worden bij zijn afwezigheid;

(e) de naam, het adres en het telefoonnummer van de apotheker, indien de bewoner een beroep doet op een apotheker waarmee de instelling geen samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten.

(2) Het verzorgingsdossier van de bewoner omvat minstens volgende documenten :

(a) het medisch dossier, opgemaakt door de behandelende arts;

(b) de liaisonfiche met de noodzakelijke medische gegevens in geval van nood of van hospitalisatie,

(c) het verpleegkundig, paramedisch, kinesitherapeutisch en psychosociaal dossier dat onder meer bevat :

— de anamnese en levensgeschiedenis van de bewoner;

— 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;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. Dans l'article 6*bis* de l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises, inséré par l'arrêté royal du 4 juin 2008, la deuxième phrase du premier alinéa est remplacée comme suit :

"Pour la partie de l'établissement concernée par l'agrément spécial visé, la maison de repos et de soins doit satisfaire aux normes visées à l'annexe 1, à l'exception des normes fixées aux points A, 1 et 2, B, 1, *j)*, B, 2, *d)*, B, 3, *a)*, (2) et B, 10, *c)*.".

Art. 2. Dans l'article N1 - Annexe 1re "Maisons de repos et de soins", A. "Normes générales" du même arrêté, la disposition sous 1.*b)* est remplacée comme suit :

"*b)* qu'une évaluation médico-sociale pluridisciplinaire, dont le contenu et les modalités sont définis par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, doit démontrer que toutes les possibilités de soins à domicile ont été explorées et que, par conséquent, l'admission dans une maison de repos et de soins est requise.

Un mois après l'admission dans la maison de repos et de soins, le médecin traitant et l'équipe pluridisciplinaire procèdent à l'actualisation de cette évaluation.".

Art. 3. Dans l'article N1 - Annexe 1 "Maisons de repos et de soins", B. "Normes spécifiques", 1. "Normes architecturales" du même arrêté, modifiée par l'arrêté royal du 7 juin 2009, une disposition est ajoutée sous *t)*, libellée comme suit :

"*t)* le médecin coordinateur et conseiller et le ou les infirmier(s)/ère(s) en chef d'un lieu de travail et de l'équipement ICT dont ils ont besoin pour exercer correctement leur fonction.".

Art. 4. Dans l'article N1 - Annexe 1re "Maisons de repos et de soins", B. "Normes spécifiques" du même arrêté, le point 3. "Normes d'organisation", modifié par l'arrêté royal du 7 juin 2009, est remplacé par la disposition suivante :

"3. Normes d'organisation.

a) Pour chaque résident, un dossier individuel est constitué lors de l'admission qui est conservé dans l'établissement. Le directeur établit une liste des personnes qui ont accès au dossier individuel des résidents dans le respect de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

Le dossier individuel du résident comprend son dossier administratif et son dossier de soins.

(1) Le dossier administratif du résident contient au moins les données suivantes :

(a) l'identité du résident;

(b) les informations relatives à sa situation de sécurité sociale;

(c) le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la personne de contact et, le cas échéant, du représentant du résident;

(d) le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin traitant, ainsi que les dispositions à prendre en cas d'absence de celui-ci;

(e) le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du pharmacien, si le résident fait appel à un pharmacien avec lequel l'établissement n'a conclu aucun contrat de collaboration.

(2) Le dossier de soins du résident contient au moins les documents suivants :

(a) le dossier médical établi par le médecin traitant;

(b) la fiche de liaison reprenant les données médicales indispensables en cas d'urgence ou d'hospitalisation,

(c) le dossier infirmier, paramédical, kinésithérapeutique et psychosocial qui contient notamment :

— l'anamnèse et l'historique de vie du résident;

— l'examen clinique à l'admission et au cours du séjour;

— le diagnostic;

— le plan de soins, incluant les médicaments prescrits, les soins requis, l'assistance pour les actes de la vie quotidienne et les éventuelles mesures de contention ou d'isolement;

— l'évolution clinique et le diagnostic;

— in voorkomend geval de in punt 10, *g)*, bedoelde kenbaar gemaakt wensen betreffende toekomstige zorgen.

b) Om het transport 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, in het bijzonder de liaisonfiche bedoeld in punt (b).

c) De personeelsnorm moet, per 30 bewoners, bedragen :

— ten minste 5 voltijds equivalenten beoefenaars van de verpleegkunde, waaronder een hoofdverpleegkundige; boven de eerste 30 bewoners is een bijkomende hoofdverpleegkundige verplicht wanneer de instelling de helft van elke nieuwe schijf van 30 bewoners overschrijdt;

— ten minste 5 voltijds equivalenten verzorgend personeel of zorgkundigen, waarvan minimum 95 % zorgkundigen; met ingang van 1 januari 2015 komen uitsluitend zorgkundigen in aanmerking;

— 1 voltijds equivalent kinesitherapeut en/of ergotherapeut en/of logopedist, met dien verstande dat de eerste twee disciplines in ieder geval voldoende vertegenwoordigd zijn in de instelling en dat zij hetzij in loondienst hetzij vastbenoemd zijn; logopedie wordt aangeboden in functie van de behoeften van de bewoners;

— 0.10 lid van het personeel voor reactivering dat een bekwaming heeft in palliatieve zorg, ter ondersteuning van de verzorging van de terminale patiënten en dat over één van de volgende kwalificaties beschikt : graduaat of licentiaat of master kinesitherapie, graduaat of bachelor of licentiaat of master logopedie, graduaat of bachelor ergotherapie, graduaat of bachelor arbeidstherapie, graduaat of bachelor readaptatiewetenschappen, graduaat of bachelor dieetleer, graduaat of bachelor of licentiaat of master in de orthopedagogie, graduaat of bachelor of postgraduaat of master in de psychomotoriek, licentiaat of master in de psychologie, graduaat of bachelor psychologisch assistent en gelijkgestelden, graduaat of bachelor sociaal werker of in de sociale gezondheidszorg of maatschappelijk verpleegkundige of "infirmière spécialisée en santé communautaire", graduaat of bachelor in de gezinswetenschappen, licentiaat of master in de gerontologie, graduaat of bachelor opvoeder;

— een voltijds equivalent verpleegkundige, naar rata van maximum 1 voltijds equivalent per 30 bewoners, mag, voor zover de permanentie bedoeld in *f)* wordt gerespecteerd worden vervangen door een persoon die bij voorkeur één van de volgende kwalificaties heeft : graduaat of bachelor of licentiaat of master kinesitherapie, graduaat of bachelor of licentiaat of master logopedie, graduaat of bachelor ergotherapie, graduaat of bachelor arbeidstherapie, graduaat of bachelor readaptatiewetenschappen, graduaat of bachelor dieetleer, graduaat of bachelor of licentiaat of master in de orthopedagogie, graduaat of bachelor of postgraduaat of master in de psychomotoriek, licentiaat of master in de psychologie, graduaat of bachelor psychologisch assistent en gelijkstelden, graduaat of bachelor sociaal werker of in de sociale gezondheidszorg of maatschappelijke verpleegkundige of "infirmière spécialisée en santé communautaire", graduaat of bachelor in de gezinswetenschappen, licentiaat of master in de gerontologie, graduaat of bachelor opvoeder of, bij gebrek eraan, door verzorgend personeel waarvoor de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, de minimum vereiste opleiding bepaalt.

d) Wanneer het rust- en verzorgingstehuis meer dan 75 bedden telt dan dient één van de hoofdverpleegkundigen afgevaardigd te worden als coördinerend hoofdverpleegkundige, waarvan de functie en de vereiste minimumopleiding worden bepaald door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort.

e) De hoofdverpleegkundige(n) moet(en) de volgende taken vervullen :

— de dagelijkse leiding over het verpleegkundig en verzorgend personeel verzekeren;

— de pluridisciplinaire werking van het verpleegkundig en paramedisch personeel, personeel voor reactivering, de kinesitherapeuten en de zorgkundigen coördineren;

— de opname van de nieuwe bewoners organiseren, onder andere door zo veel mogelijk gegevens te verzamelen over zijn gezondheidstoestand en zijn medisch-sociale situatie;

— waken over de actualisering van het verpleegkundig, paramedisch, kinesitherapeutisch en psychosociaal dossier van de bewoner;

— in samenspraak met de coördinerend en raadgevend arts voorstellen formuleren m.b.t. een globaal nutritioneel beleid dat de voedingsbehoeften verzoent met het eetplezier;

— le cas échéant, les souhaits exprimés en matière de soins futurs, visés au point 10, *g)*.

b) Pour organiser le mieux possible le transport d'un résident d'un service hospitalier vers une maison de repos et de soins et vice-versa, une procédure écrite sera définie entre les hôpitaux concernés et la maison de repos et de soins, afin que ceux-ci disposent sans tarder de toutes les informations nécessaires pour assurer la continuité des soins, en particulier la fiche de liaison visée au point (b).

c) La norme de personnel doit s'élever, par 30 résidents, à :

— au moins 5 équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier, dont un infirmier en chef; au-delà des 30 premiers résidents, un infirmier en chef supplémentaire est obligatoire lorsque l'établissement dépasse la moitié de toute nouvelle tranche de 30 résidents;

— au moins 5 équivalents temps plein personnel soignant ou aides-soignants, dont au minimum 95 % d'aides-soignants; à dater du 1er janvier 2015, seuls les aides-soignants entrent en considération;

— 1 équivalent temps plein kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou logopède, étant entendu que les deux premières disciplines sont dans tous les cas suffisamment représentées au sein de l'établissement et qu'il s'agit de personnel salarié ou nommé à titre définitif; la logopédie est offerte en fonction des besoins des résidents;

— 0.10 membre du personnel de réactivation compétent en matière de soins palliatifs pour le soutien aux soins des patients en phase terminale et disposant d'une des qualifications suivantes : graduat ou licence ou master en kinésithérapie, graduat ou baccalauréat ou licence ou master en logopédie, graduat ou baccalauréat en ergothérapie, graduat ou baccalauréat en thérapie du travail, graduat ou baccalauréat en sciences de réadaptation, graduat ou baccalauréat en diététique, graduat ou baccalauréat ou licence ou master en orthopédagogie, graduat ou baccalauréat ou post-graduat ou master en psychomotricité, licencié ou master en psychologie, graduat ou baccalauréat d'assistant en psychologie et assimilés, graduat ou baccalauréat d'assistant social ou de "sociaal werker of in de sociale gezondheidszorg" ou d'infirmier(ère) social(e) ou d'"infirmière spécialisée en santé communautaire", graduat ou baccalauréat en sciences familiales, licence ou master en gérontologie, graduat ou baccalauréat d'éducateur;

— un équivalent temps plein praticien de l'art infirmier peut être remplacé, au prorata de maximum 1 équivalent temps plein par 30 résidents, et pour autant que la permanence visée au *f)* soit respectée, par une personne disposant de préférence d'une des qualifications suivantes : graduat ou baccalauréat ou licence ou master en kinésithérapie, graduat ou baccalauréat ou licence ou master en logopédie, graduat ou baccalauréat en ergothérapie, graduat ou baccalauréat en thérapie du travail, graduat ou baccalauréat en sciences de réadaptation, graduat ou baccalauréat en diététique, graduat ou baccalauréat ou licence ou master en orthopédagogie, licence ou master en psychomotricité, licence ou master en psychologie, graduat ou baccalauréat d'assistant en psychologie et assimilés, graduat ou baccalauréat d'assistant social, de « sociaal werker of in de sociale gezondheidszorg », d'infirmier(ère) social(e) ou d'infirmière spécialisée en santé communautaire, graduat ou baccalauréat en sciences familiales, licence ou master en gérontologie, graduat ou baccalauréat d'éducateur ou, à défaut, par du personnel soignant dont le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut fixer le minimum de formation requis.

d) Lorsque la maison de repos et de soins compte plus de 75 lits, l'un des infirmiers en chef doit être délégué comme infirmier en chef coordinateur, dont la fonction et le minimum de formation requis sont fixés par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

e) Le ou les infirmier(s) en chef doit remplir les missions suivantes :

— assurer la gestion journalière du personnel infirmier et du personnel soignant;

— coordonner le travail pluridisciplinaire du personnel infirmier et paramédical, du personnel de réactivation, des kinésithérapeutes et de aides-soignants;

— organiser l'admission des nouveaux résidents, notamment par la collecte d'autant de données que possible sur leur état de santé et leur situation médico-sociale;

— veiller à l'actualisation du dossier infirmier, paramédical, kinésithérapeutique et psychosocial du résident;

— en concertation avec le médecin coordinateur et conseiller, formuler des propositions relatives à une politique nutritionnelle qui concilie les besoins alimentaires avec le plaisir de manger;

— in samenspraak met de coördinerend en raadgevend arts voorstellen formuleren over de manier waarop dementerende bewoners in het rust- en verzorgingstehuis behandeld dienen te worden, inzonderheid wat betreft de niet-medicamenteuze benadering, in voorkomend geval in samenwerking met de referentiepersoon dementie;

— de coördinerend en raadgevend arts bijstaan bij de uitoefening van zijn functie.

f) Een verpleegkundige is zowel overdag als 's nachts aanwezig in de instelling.

g) De hoofdverpleegkundige(n) of de coördinerend hoofdverpleegkundige waken erover dat de noden aan kinesitherapie, ergotherapie en logopedie die zijn opgenomen in het zorgplan, zo snel mogelijk worden ingevuld, met dien verstande dat tijdens de normale werkuren minstens één van de vermelde disciplines wordt aangeboden in de instelling.

h) (1) In elk rust- en verzorgingstehuis wijst de beheerder een coördinerend en raadgevend arts aan, die huisarts is, en die ten laatste twee jaar na zijn aanwijzing houder is van een attest verkregen na een specifieke opleidingscyclus te hebben gevolgd die toegang verschaft tot de functie van coördinerend en raadgevend arts.

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

Deze opleidingscyclus omvat minstens het volgende onderdelen :

— federale reglementeringen betreffende de rust- en verzorgingstehuizen;

— rol van de gewesten en gemeenschappen inzake programmatie en erkenning;

— specificiteiten van de geriatrische geneeskunde;

— voorkomen van infecties en beheer van de antibiotherapie;

— communicatietechnieken.

In rust- en verzorgingstehuizen die zich op meerdere vestigingsplaatsen 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. Desgevallend wordt regelmatig overleg georganiseerd tussen de coördinerend en raadgevend artsen. De taakverdeling tussen de verschillende coördinerend en raadgevend artsen wordt schriftelijk vastgelegd.

(2) In samenspraak met de hoofdverpleegkundige(n) staat de coördinerend en raadgevend arts in voor de volgende taken :

(a) Zorggerelateerde taken :

— het pluridisciplinair overleg organiseren dat minstens om de twee maanden plaatsvindt; de zorgverstrekkers verbonden aan de instelling nemen hieraan deel en de behandelende artsen worden uitgenodigd;

— een beleid rond de beheersing van de zorginfecties, de preventie van doorligwonden en chronische wonden, mond- en tandzorg, problematiek van incontinentie en palliatieve zorg opzetten;

— de procedures bepalen inzake fixatie en/of isolatie;

— de medische activiteit coördineren in geval van gezondheidsrisico's voor de bewoners en het personeel;

— het voorschrijven, de levering, de afgifte, de bewaring en de verdeling van geneesmiddelen organiseren in samenspraak met de apothekers;

— jaarlijks het medisch-farmaceutisch formularium opstellen en actualiseren.

(b) Bijscholing en vorming :

— meewerken aan de organisatie van activiteiten inzake bijscholing en vorming in het domein van de gezondheidszorg voor het personeel van het rust- en verzorgingstehuis, en voor de betrokken behandelende artsen.

(3) 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 met de huisartsenkring van het grondgebied waar het rust- en verzorgingstehuis is gevestigd.

— en concertation avec le médecin coordinateur et conseiller, formuler des propositions quant à la manière dont il convient de traiter les patients souffrant de démence dans la maison de repos et de soins, notamment en ce qui concerne l'approche non médicamenteuse, le cas échéant en collaboration avec la personne de référence "démence";

— assister le médecin coordinateur et conseiller dans l'exercice de sa fonction.

f) Un praticien de l'art infirmier est présent dans l'établissement de jour comme de nuit.

g) Le ou les infirmier(s) en chef ou l'infirmier en chef coordinateur veillent à ce que les besoins en kinésithérapie, ergothérapie et logopédie repris dans le plan de soins soient rencontrés aussi rapidement que possible, étant entendu qu'au moins une des disciplines susmentionnées est offerte dans l'établissement pendant les heures normales de travail.

h) (1) Dans chaque maison de repos et de soins, le gestionnaire désigne un médecin coordinateur et conseiller qui est un médecin généraliste et qui, au plus tard deux ans après sa désignation, est porteur d'un certificat obtenu après avoir suivi un cycle de formation spécifique donnant accès à la fonction de médecin coordinateur et conseiller.

Le certificat donnant accès à la fonction de médecin coordinateur et conseiller peut être obtenu après avoir suivi avec fruit un cycle de formation d'au moins 24 heures étalées sur un maximum de deux ans, et qui a été agréé par le SPF Santé publique.

Ce cycle de formation comprend au minimum les éléments suivants :

— réglementations fédérales relatives aux maisons de repos et de soins;

— rôle des Régions et Communautés en matière de programmation et d'agrément;

— spécificités de la médecine gériatrique;

— prévention des infections et gestion de l'antibiothérapie;

— techniques de communication.

Dans les maisons de repos et de soins établies sur plusieurs sites ou dont l'importance nécessite l'activité de plusieurs médecins coordinateurs et conseillers, l'un des médecins coordinateurs et conseillers est désigné comme médecin coordinateur et conseiller dirigeant. Le cas échéant, une concertation est organisée régulièrement entre les médecins coordinateurs et conseillers. La répartition des tâches entre les différents médecins coordinateurs et conseillers est fixée par écrit.

(2) En concertation avec le ou les infirmier(s) en chef, le médecin coordinateur et conseiller assume les tâches suivantes :

(a) Tâches liées aux soins :

— organiser la concertation pluridisciplinaire qui a lieu au moins tous les deux mois; les prestataires de soins attachés à l'établissement y participent et les médecins traitants y sont invités;

— mettre en place des politiques concernant la maîtrise des infections liées aux soins, la prévention des escarres et plaies chroniques, les soins bucco-dentaires, la problématique d'incontinence et les soins palliatifs;

— définir les procédures en matière de contention et/ou d'isolement;

— coordonner l'activité médicale en cas de risque pour la santé des résidents et du personnel;

— organiser la prescription, la fourniture, la délivrance, la conservation et la distribution de médicaments en concertation avec les pharmaciens;

— établir et actualiser chaque année le formulaire médico-pharmaceutique.

(b) Formation et formation permanente :

— participer à l'organisation des activités relatives à la formation et à la formation permanente dans le domaine des soins de santé pour le personnel de la maison de repos et de soins, et pour les médecins traitants concernés.

(3) Le médecin coordinateur et conseiller assiste, en collaboration avec le ou les infirmier(s) en chef, la direction de la maison de repos et de soins notamment dans les matières suivantes :

— adaptation des locaux, extension et diversification des activités et achat de matériel;

— programme de qualité visé au point 10, *b)*;

— relations avec les médecins traitants et avec le cercle de médecins généralistes du territoire où la maison de repos et de soins est établie.

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

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

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

(c) 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 of ziekenhuizen waarmee het rust- en verzorgingstehuis functioneel verbonden is.

(d) Minstens 75 % van de prestaties als coördinerend en raadgevend arts moeten worden uitgevoerd in het rust- en verzorgingstehuis. Tijdens zijn prestatie-uren mag hij de functie van behandelend arts niet vervullen.

(5) Indien de coördinerend en raadgevend arts meer dan dertig dagen afwezig is, stelt de directie van het rust- en verzorgingstehuis na overleg met de coördinerend en raadgevend arts een huisarts aan ter vervanging en informeert zij de lokale huisartsenkring.

(6) Om zijn kwalificatie als coördinerend en raadgevend arts te behouden dient de betrokken arts jaarlijks een bijscholing van minstens 6 uren te volgen waarin minstens één van de hierna genoemde onderwerpen aan bod komt :

— het voorschrijven van geneesmiddelen;

— de ziekte van Alzheimer en andere vormen van dementie;

— voeding;

— animatie;

— hygiëne;

— preventie en behandeling van ligwonden;

— ethische aspecten van het levenseinde;

— continentie;

— de evolutie van de reglementeringen.

i) De vrije keuze van de bewoner van de behandelende arts en van het ziekenhuis wanneer dat nodig is, moet worden nageleefd 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 ook een reglement op met 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.

j) Het rust- en verzorgingstehuis beschikt over een Algemeen reglement van de medische activiteit waarin de rechten en plichten van de behandelende artsen die er actief zijn worden beschreven. Dit reglement wordt overhandigd aan elke behandelend arts, die zich door het te tekenen ertoe verbindt om zo efficiënt mogelijk samen te werken aan de medische organisatie en de medische 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, het verlenen van kwaliteitsvolle zorg, het multidisciplinair overleg en het overleg met de coördinerend en raadgevend arts;

— het naleven van de regels bepaald door de huisartsenkring die bevoegd is om een huisarts aan te duiden wanneer de bewoner er geen heeft;

— de normale openings- en bezoektijden behalve in noodgeval;

— de contacten met familie en nabestaanden;

— overlegvergaderingen in het rust- en verzorgingstehuis;

— het bijhouden van het medisch dossier van de bewoner;

(4) La désignation du médecin coordinateur et conseiller s'opère de la manière suivante :

(a) Lorsqu'une fonction de médecin coordinateur et conseiller est vacante, la direction de la maison de repos et de soins en avertit sans délai le cercle de médecins généralistes du territoire où la maison de repos et de soins est établie, de même que les médecins généralistes qui y soignent les résidents.

(b) Les candidats disposent d'un délai d'au moins trente jours pour introduire leur candidature.

(c) Dans les trente jours suivant la désignation par le gestionnaire, le directeur de la maison de repos et de soins en avertit le cercle de médecins généralistes concerné, les services d'inspection compétents, les résidents, les membres du personnel et le médecin en chef du ou des hôpitaux avec lesquels la maison de repos et de soins a un lien fonctionnel.

(d) Au moins 75 % des prestations du médecin coordinateur et conseiller doivent être accomplies au sein de la maison de repos et de soins. Pendant ses heures de prestations, il n'est pas autorisé à remplir la fonction de médecin traitant.

(5) Si le médecin coordinateur et conseiller est absent plus trente jours, la direction de la maison de repos et de soins, après concertation avec le médecin coordinateur et conseiller, engage un médecin généraliste en remplacement et en informe le cercle local de médecin généralistes.

(6) Pour conserver sa qualification de médecin coordinateur et conseiller, le médecin concerné doit suivre chaque année au moins 6 heures de formation permanente abordant au moins l'un des thèmes cités ci-après :

— la prescription de médicaments;

— la maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence;

— la nutrition;

— l'animation;

— l'hygiène;

— la prévention et le traitement des escarres;

— les aspects éthiques de la fin de vie;

— la continence;

— l'évolution des réglementations.

i) Le libre choix par le résident du médecin traitant et de l'hôpital lorsque cela est nécessaire, doit être respecté et ne peut être influencé d'aucune façon.

Lorsqu'un résident n'a pas de médecin généraliste au moment de son admission ou si son généraliste renonce à poursuivre les soins à son patient, une liste actualisée des médecins généralistes disponibles doit être remise au résident.

La direction de la maison de repos et de soins établit également un règlement comprenant des règles applicables le cas échéant. Ce règlement est soumis pour approbation au(x) cercle(s) de médecins généralistes du territoire où la maison de repos et de soins est établie.

j) La maison de repos et de soins dispose d'un règlement général de l'activité médicale définissant les droits et obligations des médecins traitants qui y sont actifs. Ce règlement est remis à chaque médecin traitant qui, par sa signature, s'engage à collaborer aussi efficacement que possible à l'organisation médicale et aux soins médicaux de la maison de repos et de soins.

Le règlement général de l'activité médicale définit au minimum les points suivants :

— l'engagement des médecins généralistes de participer à une politique médicale cohérente au sein de la maison de repos et de soins, notamment en matière de prescription de médicaments, de dispensation de soins de qualité, de concertation pluridisciplinaire et de concertation avec le médecin coordinateur et conseiller;

— le respect des règles définies par le cercle de médecins généralistes compétent pour désigner un généraliste lorsque le résident n'en a pas;

— les heures normales d'ouverture et de visite (sauf en cas d'urgence);

— les contacts avec la famille et les proches;

— les réunions de concertation au sein de la maison de repos et de soins;

— la tenue du dossier médical du résident;

— het gebruik van het medisch-farmaceutisch formularium en onder andere het voorschrijven van de minst dure geneesmiddelen alsook het gebruiken van elektronische voorschriften;

— de facturatiemodaliteiten van de honoraria,

— de informatiedoorstroming in geval van overdraagbare ziekten.

k) De bedienaren van de eredienst en afgevaardigden van de Centrale Vrijzinnige Raad die door de bewoners gevraagd worden hebben ongehinderd toegang tot de inrichting; zij vinden er voor het vervullen van hun taak de geschikte sfeer en faciliteiten. Volledige vrijheid van levensbeschouwing, godsdienst en politieke overtuiging wordt aan iedereen gewaarborgd.".

Art. 5. In artikel N1 - Bijlage 1 "Rust- en verzorgingstehuizen", B. "Specifieke normen", punt 8. 'Boekhouding', wordt *b)* als volgt vervangen :

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

Art. 6. In artikel N1 - Bijlage 1 "Rust- en verzorgingstehuizen", B. "Specifieke normen", wordt punt 10. "Kwaliteitsnormen", gewijzigd bij koninklijk besluit van 7 juni 2009, als volgt vervangen :

"10. Kwaliteitsnormen

a) Het rust- en verzorgingstehuis verstrekt bij het vervullen van haar opdracht een geëigende zorg- en dienstverlening aan elke bewoner. In dit kader moet het een kwaliteitsbeleid ontwikkelen dat erop gericht is systematisch de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening, alsook van haar werking te bepalen, te plannen, te evalueren en te verbeteren.

Het heeft minstens betrekking op :

— de zorg- en dienstverstrekking waarin respect voor menselijke waardigheid, de persoonlijke levenssfeer, de ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, het klachtenrecht, de informatie aan en de inspraak van de gebruiker gewaarborgd zijn en waarbij rekening wordt gehouden met de sociale context van de gebruiker;

— de specifieke begeleiding van personen met dementie;

— de doeltreffendheid en doelmatigheid van de aangeboden zorg- en dienstverlening en werking;

— de continuïteit van de aangeboden zorg- en dienstverlening.

b) Het rust- en verzorgingstehuis beschikt over een kwaliteitsprogramma dat minstens het beoogde kwaliteitsbeleid zoals bedoeld in punt *a)* preciseert alsook de modaliteiten en de periodiciteit van de evaluatie van de zorgkwaliteit preciseert.

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 in het rust- en verzorgingsthuis hun activiteit uitoefenen. Dit verslag wordt ter beschikking gehouden van het personeel.

c) Het rust- en verzorgingstehuis houdt een registratie bij van minstens volgende gegevens :

— aantal gevallen van doorligwonden;

— aantal nosocomiale infecties;

— aantal valpartijen;

— aantal incontinente personen;

— *toepassing van fixatie- en/of isolatiemaatregelen.*

d) Het rust- en verzorgingstehuis moet beschikken over schriftelijke procedures met betrekking tot de handhygiëne en de afzondering van bewoners die lijden aan een infectie met besmettingsgevaar.

Het moet beschikken over de producten ter ondersteuning van een goede handhygiëne en het nodige materiaal om de procedures bedoeld in het eerste lid, te kunnen toepassen.

e) Het rust- en verzorgingstehuis beschikt over schriftelijke procedures die moeten worden nageleefd bij de toepassing van een fixatie- of afzonderingsmaatregel Zulke maatregelen kunnen slechts uitzonderlijk worden toegepast, enkel ter bescherming van de bewoner of andere bewoners en enkel bij een duidelijke medische indicatie.

Deze maatregelen worden enkel overwogen indien er geen andere minder ingrijpende maatregelen voorhanden zijn om hetzelfde doel te bereiken en voor zover een afweging van de belangen van alle betrokken partijen heeft plaatsgevonden.

— l'utilisation du formulaire médico-pharmaceutique et notamment la prescription des médicaments les moins chers ainsi que le recours aux prescriptions électroniques;

— les modalités de facturation des honoraires,

— le transfert d'informations en cas de maladies transmissibles.

k) Les ministres des cultes et délégués du Conseil central laïque demandés par les résidents ont librement accès à l'établissement; ils y trouvent le climat et les facilités appropriés à l'accomplissement de leur mission. La liberté entière d'opinion philosophique, religieuse et politique est garantie à chacun.".

Art. 5. Dans l'article N1 - Annexe 1re "Maisons de repos et de soins", B. "Normes spécifiques", point 8. "La comptabilité", *b)* est remplacé comme suit :

"*b)* L'ensemble de la comptabilité de l'établissement et des fiches individuelles de dépenses des résidents, de même que les justificatifs, doit être tenu à la disposition des services d'inspection compétents qui doivent pouvoir en prendre connaissance sans déplacer les documents.".

Art. 6. Dans l'article N1 - Annexe 1re "Maisons de repos et de soins", B. "Normes spécifiques", le point 10. "Normes de qualité", modifié par l'arrêté royal du 7 juin 2009, est remplacé comme suit :

"10. Normes de qualité

a) La maison de repos et de soins dispense, dans l'accomplissement de sa mission, des soins et des services appropriés à chaque résident. Dans ce cadre, elle doit développer une politique de qualité axée sur la planification, l'évaluation et l'amélioration systématiques de la qualité des soins et services prestés, ainsi que de son fonctionnement.

Celle-ci porte au moins sur :

— la dispensation de soins et de services garantissant le respect de la dignité humaine, de la vie privée, des convictions idéologiques, philosophiques et religieuses, le droit de plainte, l'information et la participation de l'utilisateur, compte tenu également du contexte social de l'utilisateur;

— l'accompagnement spécifique des personnes atteintes de démence;

— l'efficacité et l'efficience des soins et services offerts ainsi que du fonctionnement;

— la continuité des soins et services offerts.

b) La maison de repos et de soins dispose d'un programme de qualité qui, au minimum, précise la politique de qualité poursuivie visée au point *a)*, de même que les modalités et la périodicité de l'évaluation de la qualité des soins.

Au moins une fois par an, un rapport est rédigé par le médecin coordinateur et conseiller et par le ou les infirmier(s) en chef concernant l'évaluation de la qualité des soins.

Il est transmis au cercle de médecins généralistes compétent et aux médecins qui exercent leur activité dans la maison de repos et de soins. Ce rapport est tenu à la disposition du personnel.

c) La maison de repos et de soins tient au minimum un enregistrement des données suivantes :

— le nombre de cas d'escarres de décubitus;

— le nombre d'infections nosocomiales;

— le nombre de chutes;

— le nombre de personnes incontinentes;

— l'application de mesures de contention et/ou d'isolement.

d) La maison de repos et de soins doit disposer de procédures écrites concernant l'hygiène des mains et l'isolement de résidents souffrant d'une infection qui comporte un risque de contamination.

Elle doit disposer des produits destinés à assurer une bonne hygiène des mains et du matériel nécessaire pour appliquer les procédures visées au premier alinéa.

e) La maison de repos et de soins dispose de procédures écrites à respecter en cas d'application de mesures de contention ou d'isolement. Les mesures de ce genre ne peuvent être appliquées qu'à titre exceptionnel, exclusivement en vue de la protection du résident ou d'autres résidents et uniquement sur indication médicale précise.

Ces mesures sont envisagées uniquement dans le cas où aucune autre mesure moins radicale n'est disponible pour atteindre le même objectif et pour autant qu'une pondération des intérêts de toutes les parties concernées ait eu lieu.

Elke beslissing inzake fixatie of afzondering wordt vermeld in het verzorgingsdossier van de bewoner. Hierin wordt tevens de aard en de duur van de maatregel opgetekend alsook de motivatie van de beslissing.

Indien wordt afgeweken van de schriftelijke procedures zoals bedoeld in het eerst lid, vergt dit een afzonderlijke motivatie.

f) Het rust- en verzorgingstehuis moet een functionele binding hebben met een erkende geriatriedienst (kenletter *G)* of een erkende dienst voor behandeling en revalidatie bestemd voor patiënten met psychogeriatrische aandoeningen (kenletter Sp-psychogeriatrie). Deze functionele binding wordt in een schriftelijke overeenkomst vastgelegd, die onder meer stipuleert dat de G-of Sp-dienst-psychogeriatrie en het rust- en verzorgingstehuis minstens twee vergaderingen per jaar houden; de geplande vergaderingen beogen zowel het overleg als de permanente opleiding voor het personeel van beide partners.

De bewijzen van de concretisering van deze schriftelijke overeenkomsten moeten geleverd worden.

g) Het rust-en verzorgingstehuis nodigt de bewoners uit om in een open en ongedwongen sfeer hun eventuele wensen aangaande toekomstige zorgen en behandelingen kenbaar te maken. Op verzoek van de bewoner worden zijn wensen ook vermeld in het verzorgingsdossier, met dien verstande dat deze op ieder moment herroepbaar zijn en dat dit de zorgverstrekker niet ontslaat van zijn plicht om steeds de actuele wil van de patiënt te achterhalen.

h) 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 hieraan;

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

3° het bijwerken van de kennis van de in 2° bedoelde personeelsleden inzake palliatieve zorg;

4° de naleving van de wetgeving inzake euthanasie en palliatieve zorg alsook de naleving van de wilsbeschikking van de bewoner betreffende zijn levenseinde en/of zijn wilsverklaring inzake euthanasie.

i) Het rust- en verzorgingstehuis moet een functionele binding hebben met een Sp-dienst palliatieve verzorging, bedoeld in rubriek III*bis* "Specifieke normen per specialisme", onderdeel B "Specifieke normen voor de Sp-dienst palliatieve verzorging", van de bijzondere normen toepasselijk op de gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie, kenletter Sp, gevoegd als bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

j) Het rust- en verzorgingstehuis moet meewerken aan het samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg dat het desbetreffend geografisch gebied bestrijkt en samenwerken met het regionale platform voor ziekenhuishygiëne van het gebied waarvan het deel uitmaakt.

k) Elk rust- en verzorgingstehuis moet een vormingspolitiek instellen, op maat van iedere discipline.".

Art. 7. In artikel N2 - Bijlage 2 "Centra voor dagverzorging", C. "Organisatorische normen", worden in punt 3°, ingevoegd bij koninklijk besluit van 7 juni 2009, de woorden "graduaat of bachelor maatschappelijk assistent en gelijkgestelden" vervangen door de woorden "graduaat of bachelor sociaal werker of in de sociale gezondheidszorg of maatschappelijk verpleegkundige of "infirmière spécialisée en santé communautaire.".

Art. 8. In artikel N3 - Bijlage 3 "Centrum voor Niet Aangeboren Hersenletsel", D. "Organisatorische normen", *a)*, ingevoegd bij koninklijk besluit van 4 juni 2008, wordt het tweede streepje vervangen als volgt :

"— 12 voltijds equivalenten zorgkundig en verzorgend personeel waarvan minimum 95 % zorgkundigen; met ingang van 1 januari 2015 komen uitsluitend zorgkundigen in aanmerking;".

Art. 9. De minister bevoegd voor Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 9 maart 2014.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en van Volksgezondheid,
Mevr. L. ONKELINX

Toute décision en matière de contention ou d'isolement est mentionnée dans le dossier de soins du résident. La nature, de même que la durée de la mesure, y sont renseignées, ainsi que la motivation de la décision.

Toute dérogation aux procédures écrites visées dans l'alinéa premier nécessite une motivation distincte.

f) La maison de repos et de soins doit avoir un lien fonctionnel avec un service agréé de gériatrie (index *G)* ou un service agréé de traitement et de réadaptation fonctionnelle destiné aux patients atteints d'affections psychogériatriques (index Sp-psychogériatrie). Ce lien fonctionnel fait l'objet d'une convention écrite, laquelle stipule notamment que le service G et/ou Sp-psychogériatrie et la maison de repos et de soins organisent, au minimum, deux réunions par an; les réunions prévues visent aussi bien la concertation que la formation permanente du personnel des deux partenaires.

Les preuves de la concrétisation de ces conventions écrites doivent être fournies.

g) La maison de repos et de soins invite les résidents à faire connaître, dans un climat ouvert et sans contrainte, leurs souhaits éventuels quant aux soins et traitements futurs. A la demande du résident, ces souhaits sont également notés dans le dossier de soins, étant entendu que ceux-ci sont révocables à tout moment et que ceci ne décharge pas le prestataire de soins de son obligation de toujours chercher à découvrir la volonté réelle du patient.

h) En vue de soutenir les soins relatifs à la fin de vie dans la maison de repos et de soins, le médecin coordinateur et conseiller et le ou les infirmier(s) en chef sont chargés :

1° de développer une culture des soins palliatifs et de sensibiliser le personnel à la nécessité de celle-ci;

2° de formuler des avis en matière de soins palliatifs à l'adresse du personnel infirmier, des aides-soignants et du personnel paramédical, du personnel de réactivation et des kinésithérapeutes;

3° de la mise à jour des connaissances des membres du personnel visés au point 2° en matière de soins palliatifs;

4° du respect de la législation en matière d'euthanasie et de soins palliatifs, ainsi que du respect des volontés du résident concernant sa fin de vie et/ou de sa déclaration anticipée en matière d'euthanasie.

i) La maison de repos et de soins doit avoir un lien fonctionnel avec un service Sp soins palliatifs, visé à la rubrique III*bis* " Normes spécifiques par spécialité ", point B "Normes spécifiques au service Sp soins palliatifs", des normes spéciales s'adressant au service spécialisé pour le traitement et la réadaptation, index Sp, figurant en annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

j) La maison de repos et de soins doit collaborer à l'association en matière de soins palliatifs couvrant la zone géographique concernée et collaborer à la plate-forme régionale d'hygiène hospitalière de la zone dont elle fait partie.

k) Chaque maison de repos et de soins doit instaurer une politique de formation adaptée à chaque discipline.".

Art. 7. Dans l'article N2 - Annexe 2 "Centres de soins de jour", C. "Normes d'organisation", au point 3° inséré par l'arrêté royal du 7 juin 2009, les mots "graduat ou baccalauréat d'assistant social et assimilés" sont remplacés par les mots "graduat ou baccalauréat d'assistant social, de "sociaal werker of in de sociale gezondheidszorg", d'infirmier(ère) social(e) ou d'infirmière spécialisée en santé communautaire.".

Art. 8. Dans l'article N3 - Annexe 3 "Centre pour lésions cérébrales acquises", D. "Normes d'organisation", *a)*, inséré par l'arrêté royal du 4 juin 2008, le deuxième tiret est remplacé comme suit :

"— 12 équivalents temps plein aide-soignant et personnel soignant, dont au minimum 95 % d'aides-soignants; à dater du 1er janvier 2015, seuls les aides-soignants entrent en considération;".

Art. 9. Le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 9 mars 2014.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme L. ONKELINX