

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID  
EN VAN HET GEZIN

-----  
Bestuur der Verzorgingsinstellingen

BRUSSEL, 10 mei 1984

-----  
NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUIS-  
VOORZIENINGEN

-----  
Gemengde Afdelingen "Programmatie" en  
"Erkanning"

-----  
Ref.: N.R.Z.V/P/D/4-3

VOORLOPIG ADVIES INZAKE DE INSTITUTIONELE VOORZIENINGEN VOOR  
PSYCHO-GERIATRISCHE PATIENTEN.

-----

BRUSSEL, 10 mei 1984

-----  
Bestuur der Verzorgingsinstellingen

-----  
NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOOR-  
ZIENINGEN -----

Gemengde Afdelingen "Programmatie" en  
"Erkenning"-----

Ref.: N.R.Z.V./P/D/4-3

VOORLOPIG ADVIES INZAKE DE INSTITUTIONELE VOORZIENINGEN VOOR PSYCHO-GERIATRISCHE  
PATIENTEN.

I. INLEIDING

Op 23 december 1983 bracht de Afdeling "Programmatie" van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen een advies uit inzake de raming van de bedbehoeften in de dienst Geriatrie (kenletter G).

In het desbetreffend document, referte N.R.Z.V./P/D/3-2 werd onder artikel 2, punt 3, gesteld dat de specifieke diensten voor de opvang van de behoeften van de psycho-geriatische patiënten, niet worden behandeld onder de eigenlijke diensten "G", en wordt er meteen aangekondigd dat deze materie het voorwerp zal uitmaken van een apart advies.

Onderhavig document heeft tot doel de specifieke problematiek van de voorzieningen voor psycho-geriatische patiënten te belichten vanuit twee invalshoeken. Met name wordt in eerste instantie gepoogd de nood aan institutionele voorzieningen te becijferen, om vervolgens een nadere kwalitatieve omschrijving te geven van een geëigende voorziening voor de opvang van psycho-geriatische patiënten in een acute of sub-acute fase van hun aandoening.

Voor aldus te werk te gaan heeft de Raad zich willen lijnen op de reeds uitgebrachte adviezen inzake institutionele voorzieningen voor zieke bejaarden, inzonderheid qua "G"-diensten. Onderhavig advies kan derhalve worden aangezien als een noodzakelijk complement aan de eerder uitgebrachte deeladviezen "G", zoals die reeds werden geformuleerd, resp. op 14 april en 30 juni 1983 door de Afdeling "Erkenning" en op 23 december 1983 door de Afdeling "Programmatie". Voor de behandeling van de kwantitatieve en de kwalitatieve aspecten van de specifieke institutionele voorzieningen voor psycho-geriatische patiënten werd dit keer echter een "gemengde werkgroep" opgericht, waarin naast leden van de Afdeling Programmatie, ook afgevaardigden zetelden van de Afdeling "Erkenning". Deze werkwijze

.../.

biedt althans het voordeel dat de problematiek van de psycho-geriatrische voorzieningen vanuit een totale visie kan worden benaderd.

Hierna wordt gepoogd de voornaamste besluiten te formuleren inzake de gestelde problematiek. Daarbij kan niet worden ontkend dat het de werkgroep grote moeite heeft gekost om een zo ruim gesteld probleem als dat van de psycho-geriatrische voorzieningen te gaan belichten op een objectieve wijze. De werkgroep was immers ten dele gehandicapt door het feit dat er geen eigenlijke morbiditeitsgegevens in dit land voorhanden zijn enerzijds, en stuitte anderzijds ook op de moeilijkheid dat de structuur van de gezondheidszorg voor bejaarde patiënten als geheel nog onvoldoende is verkend. Desalniettemin heeft de werkgroep gemeend, naar analogie van de deeladviezen over de diensten "G", ook een voorlopig advies te moeten uitbrengen over de voorzieningen voor psycho-geriatrische patiënten in een acuut of sub-acuut stadium van hun aandoening, en dit op een zo groot als mogelijk verantwoorde wijze. De nood daartoe is groot, gezien de op til zijnde hervorkavelingen in de institutionele gezondheidssector, zoals deze reeds herhaaldelijk in ministeriële toespraken en regeringsverklaringen werden aangekondigd. Door het aanbieden van dit interimrapport wil de werkgroep voorkomen dat de institutionele voorzieningen voor psycho-geriatrische patiënten, bij een algemene herziening van de organisatiepatronen van de geriatrische en chronische gezondheidszorg, uit de boot zouden vallen.

## II. BESPREKING VAN DE PROBLEMATIEK VAN DE PSYCHO-GERIATRISCHE PATIENTEN

### 1. Veroudering van de bevolking.

De problemen rond de geestelijk gestoorden zijn in de twee laatste decennia toegenomen ingevolge de toenemende veroudering van de bevolking en inzonderheid ingevolge het relatief sterk toenemend aantal hoogbejaarden. Een raming van het aantal bejaarden dat hulp behoeft voor geestelijke stoornissen is bijzonder moeilijk. Er bestaat in België immers geen verplichte morbiditeitsregistratie, zelfs niet eens binnen het kader van de institutionele voorzieningen. De schatting dient derhalve uit te gaan van vaststellingen op het terrein van de ganse maatschappij, inzake de prevalentie van bejaarden, i.z. hoogbejaarden, die worstelen met psychische stoornissen.

## 2. Omschrijving van de psycho-geriatrie patiënten.

Algemeen kan worden gesteld dat de bejaarde mens in onze maatschappij bedreigd wordt in zijn totale situatie. Op fysisch gebied treedt een achteruitgang op van vele functies; vooral de homeostase wordt precair. Op psychisch gebied stelt men bij de bejaarde een verminderd vermogen vast tot aanpassing aan wisselende leefomstandigheden, op sociaal en financieel gebied gaat zijn status er meestal gevoelig op achteruit.

Men spreekt van een "geriatrie patiënt", zoals reeds ten overvloede beklemtoond in de al uitgebrachte deeladviezen over de diensten "G", wanneer de ziekte onmiskenbaar een samenhang vertoont met de problematiek van de (hoge) leeftijd, nog versterkt door een vaak optredende multipiele pathologie. De werkgroep heeft, n.a.v. de bespreking van de problemen van de psycho-geriatrie patiënt eens te meer willen benadrukken dat de opvang van geriatrie patiënten in het algemeen, en van psycho-geriatrie patiënten in het bijzonder, een eigen deskundigheid en opvang vergt.

De psychiatrische bejaarde patiënten kunnen op grond van hun ziektebeelden, hun behandelingsmogelijkheden en hun prognoses worden onderscheiden in meerdere categorieën :

### a. de bejaarde patiënten met een psychiatrisch, doch niet-geriatrie ziektebeeld.

Bij deze soort van bejaarde patiënten speelt de leeftijd niet mee als een etiologische factor. Voor diagnosestelling en behandeling kunnen zij, al naargelang het psychiatrisch ziektebeeld, (depressie, neurose, psychose), terecht in de A- en T-voorzieningen.

### b. de bejaarde patiënten met een psycho-geriatrie ziektebeeld.

Bij deze groep van patiënten wordt het psychiatrisch ziektebeeld sterk getekend door de leeftijdsfactor. De meest gekende pathologie van deze groep van bejaarden wordt gesitueerd in de gevallen van acute verwardheid en dementia senilis (deze laatste onder al haar stadia gaande van zeer licht tot zeer zwaar).

In het onderhavig advies, zoals voorbereid door de gemengde werkgroep, zullen enkel de voorzieningen voor de laatst geciteerde groep worden belicht.

### 3. Prevalentiecijfers.

Buitenlandse studies m.b.t. het prevalentiecijfer voor dementie bij 65-plussers (zonder correctie voor leeftijdsdistributie) tonen aan dat nagenoeg 4 % van de bejaarde bevolking tekenen van seniele dementie en arteriosclerotische dementie vertonen.

Zo konden resp. worden opgetekend :

- voor Engeland (studie PARSONS) : 4,4 %
- voor Denemarken (studie NIELSEN) : 3,1 %
- voor Schotland (studie PRIMROSE) : 3,6 %

Door het Verbond der Verplegingsinstellingen van Caritas Catholica, werd onder de wetenschappelijke leiding van Dr. Ir. L. DELESIE, een studie ondernomen naar de prevalentie van de zelfde psycho-geriatrie aandoeningen bij de Vlaamse bevolking, althans voorzoverre de betrokken bejaarden in een institutionele voorziening zijn opgenomen. Volgende bevindingen konden worden opgetekend :

- Opgenomen in : Acute diensten	: per miljoen bejaarden	1.340
in R	: per miljoen bejaarden	140
in V	: per miljoen bejaarden	1.840
in bejaarden- tehuizen	: per miljoen bejaarden	6.300
in psychiatrische ziekenhuizen	: per miljoen bejaarden	910
<hr/>		
totaal	: per miljoen bejaarden	10.500

Het aantal bejaarden in Vlaanderen bedraagt circa 741.000. Hiervan is derhalve 1,4 pct. opgenomen. Een gelijkaardige studie uitgevoerd door de Nederlandse Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg komt tot een vergelijkbaar resultaat van 1,8 pct. van de totale bejaardenbevolking die om psychiatrische redenen zijn opgenomen.

De franstalige leden van de werkgroep hebben, na een afzonderlijk be- raad binnen hun taalgemeenschap, het resultaat van de studie voor Vlaanderen ook representatief geacht voor hun gewest.

Voor gans België (inclusief het gewest BRUSSEL-HOOFDSTAD) mag er dus worden uitgegaan van de werkhypothese dat 1,8 pct. van de bejaarden om psychiatrische redenen opgenomen is in één of andere vorm van institutionele

voorziening. Alhoewel niet aantoonbaar door precieze uitgesplitste prevalentiecijfers, zijn de studiegroepen van beide taalgemeenschappen het erover eens dat de opname-coëfficiënt in de groep van de hoogbejaarden aanzienlijk hoger ligt dan het aangehouden gemiddelde.

Gelet op de relatief sterke toename van de hoogbejaarden in het komend decennium, is de gemengde werkgroep van mening dat het geciteerd prevalentiepercentage van 1,8 allicht aan de lage kant is.

### III. Opmerkingen in rande van de problematiek van de psycho-geriatische patiënten.

Hoger werden de prevalentiecijfers aangegeven van de psycho-geriatische patiënten die in één of andere institutionele voorziening verblijven. Zij maken nagenoeg 1,4 % uit van de totale bevolking boven de 65 jaar. Aangenomen wordt dat echter 4 à 5 % van de bejaarden geconfronteerd worden met problemen van psycho-geriatische aard, en dat bij de meer dan 80-jarigen zelfs 20 à 22 % door psycho-geriatische problemen wordt gekweld.

Men stelt dus op het terrein vast dat slechts 1/3 van de psycho-geriatische patiënten in een instelling worden opgenomen, meestal ingevolge gedragsstoornissen die gepaard gaan met hun ziekte-toestand. Soms echter wordt een opname ook geïnduceerd door de gebrekkige sociale relaties van het individu dat niet langer kan genieten van een beschermende familiale omgeving. Bovendien wordt geconstateerd dat de vraag naar opname in een institutionele voorziening ook functie is van regionale gewoonten. Vereenzaming en rolverlies van de bejaarde treden in bepaalde regio's van ons land in grotere mate op dan in andere meer patriarchale gestructureerde leefgemeenschappen.

Het vrijwel geheel ontbreken van preventieve maatregelen om de optredende ouderdomsverschijnselen op te vangen in geëigende extramurale voorzieningen voor de derde leeftijd, heeft o.m. tot gevolg dat vele bejaarden vrij snel geestelijk ontsporen.

#### IV. Proeve van structurering van de institutionele voorzieningen voor de psycho-geriatrische patiënten.

---

Vooreerst heeft de werkgroep zeer formeel zijn grote bezorgdheid uitgedrukt t.a.v. een zich in de toekomst snel wisselende situatie. Met name wordt gesteld dat de steeds groter wordende groep van bejaarden en vooral van hoogbejaarden, in de komende decennia een degelijke organisatie en onderbouw van geëigende voorzieningen voor psycho-geriatrische patiënten veronderstelt, waarvoor de grondvesten nu moeten worden gelegd.

Schematisch wordt hierna een overzicht geboden van de diverse voorzieningen waaraan kan worden gedacht in het kader van een integrale programmatie op termijn.

Vooreerst is het volgens de werkgroep absoluut noodzakelijk dat een bijzondere aandacht wordt besteed aan de begeleiding van de derde leeftijd. Deze onmiskenbaar belangrijke fase in het leven van de mens moet zo zinnig als mogelijk worden opgevuld. Momenteel komen wel vele initiatieven van de grond (wijkcentra, kransjes voor "ouders van dagen", enz.), maar vaak stoelen zij op veel goede wil zonder enige professionele aanpak. Zij verdwijnen dan ook even vlug als ze gekomen zijn. Preventieve maatregelen die de problemen rond het ouder worden opvangen zouden naar het oordeel van de werkgroep allicht vele intramurale voorzieningen overbodig maken. Anderzijds kan ook een gerichte ambulante zorg aan geriatrische patiënten, hospitalisering voorkomen. Bij het opstellen van een integrale planning kan niet achteloos worden voorbijgegaan aan de mogelijkheden die instituten voor dagbehandeling, poliklinieken, consultatiebureaus, dienstencentra en vanzelfsprekend de zo geroemde "eerste lijnszorg" en "mantelzorg" bieden.

De integrale benadering van de problematiek van de derde (en vierde) leeftijd valt normaliter buiten het bestek van onderhavig advies, maar toch beschouwt de werkgroep een aanbeveling naar een versterkte preventie toe, als terecht op zijn plaats hier. Vanzelfsprekend heeft de werkgroep zich meer ingelaten met de institutionele zorg, omdat zulke problematiek kadert in de algemene opdrachten van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. De werkgroep is nochtans niet bij machte geweest een globaal advies te ontwerpen voor alle vormen van institutionele opvang. Daartoe ontbrak de kennis van een aantal beleidsopties zoals de Minister van Sociale Zaken ze nog moet formuleren. De hierna voorgestelde dienstenindeling voor psycho-

geriatrische patiënten kan dan ook vooralsnog maar worden beschouwd als ten exemplatieve titel. Waar echter een duidelijk standpunt van de Minister is gekend, zoals voor de normering en de programmatie van de G-diensten voor niet-psychiatrische patiënten, wil de werkgroep, naar analogie, een voorstel uitwerken voor de psycho-geriatrische diensten voor acute en subacute patiënten. Duidelijkshalve moet hierbij worden vermeld dat in het vakjargon van de leden van de werkgroep deze laatst geciteerde diensten als "Gp" worden betiteld.

Hierbij moge nogmaals in herinnering worden gebracht dat het onderhavig advies enkel poogt de intramurale opvang te reglementeren van die patiënten die beantwoorden aan de reeds hoger geciteerde omschrijving, zijnde patiënten met een ziektebeeld met multicausale onderbouw, waarbij het psychiatrisch aspect gebonden is aan de hoge leeftijd. Het advies heeft dus geen betrekking op de niet-geriatrische psychiatrische patiënten, waarvoor geëigende voorzieningen (A en T) bestaan.

De werkgroep heeft gemeend te moeten uitgaan van een zeker parallelisme met de reeds in vroegere adviezen naar voren gebrachte dienstenindeling voor geriatrische (acute en subacute) en chronisch (somatische) zieke bejaarden. Aan de problematiek van de psycho-geriatrische patiënt kan een organisatorische vormgeving worden verleend in functie van zijn graad van afhankelijkheid van medische en verpleegkundige zorgen.

Men onderscheidt op het terrein derhalve drie soorten van zorgenpatronen.

Met name :

- de ambulante zorg;

- de observatie, behandeling en reactivering van patiënten in een acute of sub-acute fase van hun psycho-geriatrische aandoening;

- en - de voortgezette behandeling voor zware dementen die niet kunnen gerehabiliteerd worden.

In het onderhavig advies wordt enkel de ruimste aandacht gewijd aan de geriatriedienst voor psycho-geriatrische patiënten, waarbij diagnostiek en behandeling op de voorgrond staan. De psycho-geriatrische patiënt is naar de mening van de werkgroep, in allereerste instantie een geriatrische patiënt, die bijkomend nood heeft aan de meest deskundige psychiatrische zorg. Het geriatrisch aspect staat echter steeds voorop. Daarom wordt gedacht aan een zeer geëigende voorziening voor deze soort van patiënten die echter nauw aansluit bij de geriatriedienst (kenletter G) voor somatisch geriatrische patiënten. Organisatorisch kan zulke voorziening - Gp geheten - aansluiten op een algemeen ziekenhuis of op een psychiatrische inrichting.



In een tweede luik van dit advies zullen de architectonische, functionele en organisatorische aspecten van een Gp-dienst grondig worden uitgediept.

Vanuit programmatorisch standpunt is de werkgroep uitgegaan van de feitelijke toestand zoals deze zich voordoet in het kader van de eertijds geprogrammeerde diensten voor geriatrische patiënten die een psychiatrische behandeling vergen (cfr. K.B. van 21 maart 1977 - B.S. van 30 april 1977). Vastgesteld wordt dat nagenoeg één derde van de daarin opgenomen patiënten (al naargelang de regio's zijn deze biezondere diensten thans voorlopig erkend onder V of T, bij ontstentenis van een geëigende kenletter) zich in een acute of subacute toestand van hun aandoening (meestal verwardheid of dementia senilis) bevinden.

M.a.w. zijn er van de 3.000 patiënten in de zogeheten "Vp"-diensten nagenoeg 1.000 die qua hun behoeften aan diagnostiek, behandeling en revalidatie in feite thuishoren in een "Gp"-dienst.

Zoals voor de V-diensten, waar een gedeelte wegens hun zeer goede activerende werking kan worden opgetrokken naar G, wordt dus voorgesteld dat circa één derde van het beddenbestand thans voorbehouden aan voortgezette behandeling voor psycho-geriatrische patiënten, wordt opgetrokken naar het niveau van een "Gp"-dienst, met meer diagnostische en therapeutische mogelijkheden dan de "Vp".

De werkgroep is zich ervan bewust dat het voorgesteld criterium van 1.000 bedden - hetgeen neerkomt op 0,7 bedden per 1.000 bejaarden - enigszins arbitrair is vastgesteld. De werkgroep heeft echter voor het vastleggen van een voorlopig criterium geopteerd, omdat hij de mening is toegedaan dat de nieuwe formule van "Gp" moet kunnen worden opgestart.

Vanzelfsprekend is de werkgroep akkoord om in het licht van de bevindingen in de nieuwe formule "Gp" achteraf het voorgesteld cijfer te corrigeren in plus of min.

V. Ontwerp van bijzondere normen voor de dienst Psycho-geriatrie (kenletter G<sub>p</sub>).

---

1. De erkenning als dienst voor Psycho-geriatrie kan verleend worden aan een ziekenhuisdienst die in de medische specialistische diagnosestelling, behandeling en revalidatie, de ziekenhuisverpleging en de verzorging van psycho-geriatrie patiënten voorziet.

De psycho-geriatrie patiënt is de oudere patiënt in een acute of subacute fase van een specifieke psychiatrische pathologie (of een psycho-organische ziekte die mede wordt beïnvloed door de pathologie verbonden aan de hoge leeftijd.

Deze dienst bevindt zich in een algemeen ziekenhuis of in een psychiatrische instelling. \* (1)

Een psycho-geriatrie dienst kan ten uitzonderlijken titel geografisch los staan op voorwaarde dat er functionele bindingen bestaan met andere ziekenhuisdiensten.

Deze functionele bindingen dienen vastgelegd in schriftelijke overeenkomsten.

Ook met extramurale voorzieningen dienen functionele bindingen te worden aangegaan. Het is wenselijk dat de teamwerking in de diensten psycho-geriatrie op deze bindingen gericht is.

In deze dienst kan de psycho-geriatrie patiënt rechtstreeks worden opgenomen of na een eerste behandeling in één aan zijn aandoeningen aangepaste ziekenhuisdienst.

2. Benevens de opname van de psycho-geriatrie patiënt in de acute fase van zijn aandoening, staat deze dienst ook in voor de verlengde hospitalisatie van psycho-geriatrie patiënten met een subacute, nog evolutieve en niet gestabiliseerde aandoening waarvoor de hogervermelde specialistische zorgen zijn vereist.

3. De ganse werking van de dienst zal zowel op medisch, verpleegkundig als op paramedisch en huishoudelijk gebied bestendig gericht zijn op een vroegtijdige toepassing van een actieve behandeling die moet toelaten de patiënt met een optimaal hersteld fysisch, psychisch en sociaal potentieel zo snel mogelijk te ontslaan.

---

\* (1) cfr. stemmingsuitslag over dit betwist punt.

4. De dienst G<sub>p</sub> dient te beschikken over het personeel en de minimale uitrusting die vereist zijn om binnen de kortst mogelijke tijd en de beste voorwaarden bovengenoemde taak te vervullen.

1. Architectonische normen. \* (1)

1. De dienst moet bereikt kunnen worden zonder een andere dienst te betreden.
2. De verpleegeenheden van de dienst moeten een geheel vormen, volledig afgescheiden van de verplegingslokalen van de andere diensten. De verpleegeenheden moeten toegankelijk zijn voor rolstoelen.
3. In de gangen en doorlopen van de dienst moeten alle oneffenheden van de vloeren zoals treden, trappen en andere hindernissen zo veel mogelijk worden geweerd.  
Wat de vloedbekleding betreft moet men aangepast materiaal gebruiken zodat het uitglijden voorkomen wordt.
4. Patiënten moeten in hun verplaatsing in de dienst worden geholpen door leuning, rustplaatsen en handgrepen. Leuning en handgrepen zullen eveneens voorzien zijn in de sanitaire lokalen.
5. Alle lokalen moeten uitgerust zijn met een doeltreffend oproepingsstelsel.
6. De sanitaire installaties voor de patiënten moeten zo dicht mogelijk bij de ziekenkamers evenals bij de zitkamers en oefenzalen aangebracht worden.  
Er dient tenminste 1 wastafel met stromend water per 2 patiënten, een bad of stortbad per 10 zieken, één W.C. per 5 zieken voorzien te worden. Sommige W.C.'s moeten ruime afmetingen hebben en over voldoende brede toegangsdeuren beschikken zodat men er met een rolstoel kan binnenrijden en de patiënt eventueel door het personeel kan bijgestaan worden.  
De baden en douches dienen uitgerust te zijn met een mengkraan die elke temperatuur boven 45° C graden uitsluit.

---

\* (1). Een overgangperiode moet worden voorzien om de te reconverteren instellingen en diensten toe te laten de nodige aanpassingen door te voeren.

7. De individuele kamers moeten ten minste 8 m<sup>2</sup> oppervlakte hebben, de ~~gemeenschappelijke kamers~~ moeten een oppervlakte hebben van ten minste 6m<sup>2</sup> per bed.  
Er worden ten hoogste 6 bedden per kamer toegestaan.  
Er moeten individuele kamers voorzien worden voor ten minste 1/5 van de zieken.  
De dienst zal ten minste 1 eenheid van 24 bedden omvatten.
8. Elke verpleegeenheid moet ten minste over een onderzoekslokaal en een gesprekslokaal beschikken.
9. Eet- en verblijfszalen dienen plaats te bieden aan alle zieken van de eenheid.  
De totale oppervlakte van de verblijfszalen moet ten minste 4 m<sup>2</sup> per zieke bedragen waarvan 1,25 m<sup>2</sup> voor de eetzaal ; wat een totale leefruimte betekent van 10 m<sup>2</sup> per zieke (slaapkamer + verblijfszaal).
10. De functies van de verschillende lokalen zullen op uniforme wijze worden aangeduid. Het huiselijk aspect zal in de architectuur en de aankleding zo veel mogelijk beklemtoond worden.
11. Per verpleegeenheid dienen verplaatsbare toestellen voor zuurstof en voor aspiratie voorzien.
12. Er moet over gewaakt worden dat alle lokalen adequaat worden verlucht.
13. Per eenheid moeten er voldoende kamers met geluidsisolatie zijn.  
Deze kamers moeten derwijze worden ingericht dat de veiligheid van de zieke verzekerd is.
14. De vensters zullen uitgerust zijn met veiligheidssystemen die ervoor zorgen dat de opening van de vensters kan beperkt worden.
15. De deuren van de W.C.'s en van de badkamers moeten naar buiten opengaan en uitgerust zijn met veiligheidsluiting die door het personeel van buiten af kunnen worden bediend.

## 2. Functionele normen.

1. De dienst moet beschikken over de nodige uitrusting voor de toepassing van de verpleegkundige en paramedische technieken die eigen zijn aan de dienst.

Deze uitrusting bestaat minimaal uit :

- a. In elke verpleegeenheid dienen een aantal hoog-laag bedden te worden voorzien, galeed en verplaatsbaar. Men dient bovendien te beschikken over :

- voldoende antidecubitus materiaal
- zijschermen voor enkele bedden
- zetels van verschillende hoogte
- voldoende nachtstoelen
- voldoende rolstoelen
- voldoende loopkaders, gaankrukken en stokken

- b. In de oefenzaal van elk verpleegniveau :

- een looprek
- een ergometrische fiets
- een oefentrap
- een wandrek

2. Voor de toepassing van de logopedie-, de kinesithérapie- en de ergotherapie-technieken moet de vereiste uitrusting voorzien zijn. Ook de psycholoog zal de nodige uitrusting ter beschikking krijgen.

3. Onmiddellijk bij de opname wordt voor elke patiënt een dossier samengesteld dat de medische en verpleegkundige gegevens van de patiënt omvat.

4. De geneesheer tekent de besluiten van het eerste volledige onderzoek bij de opname op in het patiëntendossier.

In samenspraak met de sociale werker of de sociaal verpleegkundige, zal vanaf de opname een evaluatie gemaakt worden van alle mogelijkheden en van de vereisten voor een terugkeer naar huis of naar een thuisvervangend milieu.

De geneesheer zal een behandelingsschema opstellen, waarin zowel de bijzondere medische behandelingen als de revalidatiemogelijkheden worden vermeld.

Het dossier moet geregeld worden aangevuld met een verslag dat de evolutie in de toestand van de patiënt weergeeft en dat die toestand vergelijkt met het programma en de timing van de behandeling zoals die bij de opname en naderhand werd opgesteld of aangepast.

Hiertoe dient wekelijks een teamvergadering plaats te vinden van de geneesheer, de hoofdverpleegkundige, de psycholoog, de kinesist, de ergotherapeut, de sociale werker, de logopedist. Het verslag van de teamvergadering wordt in het dossier genotuleerd.

### 3. Organisatorische normen

1. De medische leiding van de dienst Psycho-geriatrie wordt toevertrouwd aan een Neuropsychiater die een bijzondere belangstelling heeft en bijscholing kreeg op het gebied van de psycho-geriatrie.
2. De geneesheer-diensthoofd moet telkens dit nodig is, een beroep kunnen doen op de geneesheren-specialisten die bij de behandeling betrokken zijn, en inzonderheid op een internist met bijzondere ervaring in de geriatrie.
3. Per 24 bedden met een gemiddelde bezettingsgraad van 90 %, moet de verpleegeenheid beschikken over 15 full-time equivalenten, waaronder in ieder geval : 1 hoofdverpleegkundige A1
  - 8 verpleegkundigen
  - 4 verpleeghulpen
  - ½ sociaal verplegende of ½ maatschappelijk assistent(e)

Het resterend 1 ½ full-time equivalent dient te worden verdeeld onder de functies van klinisch psycholoog, kinesist of ergotherapeut, en dit naargelang de aard van de pathologie van de in de instelling opgenomen patiënten en de noodwendigheden van de dienst. Bovendien moet binnen de instelling een beroep kunnen worden gedaan op de medewerking van logopedisten en diëtisten ; hun aantal zal worden bepaald in functie van het aantal diensten en hun verscheidenheid in de instelling.

4. Per 24 bedden met een gemiddelde bezetting van 90 % moet de verpleeg-eenheid beschikken over een half-time kinesitherapeut en een half-time ergotherapeut.

Verder moet de dienst beschikken over een half-time klinische psycholoog en een half-time maatschappelijk werker of sociaal verpleegkundige. Bovendien moet de medewerking worden voorzien van logopedisten en diëtisten, waarvan het aantal functie is van het aantal bedden van de diensten van de instelling en van de aard van de aandoeningen van de in deze diensten opgenomen patiënten.

5. Er moet voldoende onderhoudspersoneel zijn.

6. In de dienst zal een gunstig psychologisch klimaat worden geschapen dat afgestemd is op de behoeften van psychogeriatrische patiënten. Met deze behoeften zal onder meer rekening gehouden worden bij het opstellen van de dagindeling, het ritme van de verschillende activiteiten en bezigheden, de beurtregeling onder het personeel enz.... De patiënten eten groepsgewijze in de eetkamer, Kiné- en ergotherapie gebeuren voor het grootste deel in groepsverband. Socio-culturele activiteiten worden georganiseerd.

7. In elk geval moeten minstens twee geneesheren gehecht zijn aan de dienst, waaronder ten minste één neuropsychiater per 2 verpleegeenheden.

Aldus opgemaakt te BRUSSEL, op 10 mei 1984 in plenaire zitting van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdelingen "Erkenning" en "Programmatie" met éénparigheid van stemmen, behoudens het punt V, 1, waarbij 14 leden zich uitspreken ten gunste van de voorgestelde tekst, en 8 leden van mening zijn dat de dienst voor psychogeriatric zich moet situeren binnen een algemeen ziekenhuis en derhalve niet kan aanleunen bij een psychiatrische instelling.

DE SECRETARIS

*D. Van Daele*  
D. VAN DAELE,  
Directeur-generaal.

De Voorzitter van de Raad, van de  
"Erkenning"

*J. Peers*  
Dr. J. PEERS