

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

BRUSSEL, 08/06/2006

Directoraat-generaal Organisatie
gezondheidszorgvoorzieningen

**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-
HUISVOORZIENINGEN.**

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

O/Ref. : NRZV/D/ 266-4 (*)

**ADVIES BETREFFENDE HET ZORGPROGRAMMA VOOR DE
GERIATRISCHE PATIËNT**

Voor Prof. J. Janssens, Voorzitter,
De Secretaris,

C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciale Bureauvergadering van 8 juni 2006

ADVIES BETREFFENDE HET ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE PATIËNT

INHOUD

- Inleiding en geactualiseerde algemene beschouwingen
- Voorstel tot wijziging van het advies van 10 april 2003 betreffende het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt
 1. Nota m.b.t. de verhoging van de programmatie van de G-bedden.
 2. Ontwerp van Koninklijk Besluit m.b.t. de vastlegging van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet voldoen om erkend te worden.
- Voorstel tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 12 april 1984 m.b.t. de normen met kenletter G
- Voorstel tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 30 januari 1989

Inleiding

Op 13 april 2006 werd de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen gevat door een adviesvraag van 12 april 2006 van Minister DEMOTTE in verband met het zorgprogramma geriatrie. Het betreft de vraag aan de NRZV naar een bevestiging of een eventuele aanpassing van het advies dat werd gegeven op 10 april 2003.

Op 27 april 2006 werden twee adviesvragen bij de adviesvraag van 12 april 2006 toegevoegd. In het kader van de aangekondigde hervorming binnen de geriatrie wordt een aanpassing gevraagd van het Koninklijk Besluit van 30 januari 1989 (Koninklijk Besluit houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten) en het Koninklijk Besluit van 12 april 1984 m.b.t. de normen met kenletter G.

Tenslotte werd aan de NRZV gevraagd om zich uit te spreken over de eventuele aanpassing van de programmatie van de G-bedden.

Er werd een werkgroep opgericht onder voorzitterschap van Dr. BAEYENS. Deze werkgroep is samengekomen op 3 mei 2006.

Geactualiseerde algemene beschouwingen inzake het eerste advies van 10 april 2003 over het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.

In zijn advies van 10 april 2003 (cfr. 'Eerste advies betreffende het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt') onderstreepte de NRZV een aantal mogelijke hindernissen die de installatie van een zorgprogramma kunnen verhinderen. De NRZV meende dat er, alvorens met een zorgprogramma van start te gaan, werk diende te worden gemaakt van een aangepaste verloning van de geneesheer-specialist in de geriatrie of de geneesheer specialist in de inwendige geneeskunde met bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie. De situatie is sindsdien gunstig geëvolueerd.

De NRZV verheugt zich erover dat ten gevolge van het nationaal medico-mutualistisch akkoord van 20 december 2005 een reeks maatregelen m.b.t. de nomenclatuur werden getroffen zodat een herwaardering van de geriatrie werd ingesteld. Deze maatregelen betreffen o.a. de pluridisciplinaire geriatrische evaluatie, de herwaardering van het toezichtshonorarium in de geriatrie, ...

Hij is eveneens tevreden dat er in het kader van het sociaal akkoord een budget werd voorzien voor de financiering van het zorgprogramma. (in 2006: financiering van 45 geriatrische dagziekenhuizen in het kader van een pilootproject, in 2007: financiering van 15 bijkomende dagziekenhuizen, in 2008: financiering van de interne en externe liaison, ...)

De NRZV meent dat met de aanzienlijke verbetering van de financiële voorwaarden gekoppeld aan het zorgprogramma geriatrie een progressieve erkenning van de zorgprogramma's voor geriatrische patiënten kan verkregen worden.

Ondanks de overtuiging dat de voorbereiding en de introductie van een zorgprogramma voor geriatrische patiënten nieuwe kansen zullen bieden aan zowel de geriatrische patiënten als aan de sector, herinnert de Raad desondanks aan de problematiek omtrent het tekort aan personeel, meer bepaald voor wat betreft de geneesheren-specialist in de geriatrie of de geneesheren specialist in de inwendige geneeskunde met bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie, verpleegkundigen en paramedici. De installatie van een zorgprogramma zal enkel kunnen worden gerealiseerd wanneer een politiek van rekrutering van gekwalificeerd personeel op touw wordt gezet.

Het advies dat volgt is gebaseerd op het ontwerp van Koninklijk Besluit dat in 2003 ter beschikking werd gesteld.

**VOORSTEL TOT WIJZIGING VAN HET ADVIES VAN 10 APRIL 2003
BETREFFENDE HET ZORGPROGRAMMA VOOR DE GERIATRISCHE
PATIËNT**

1. Verhoging van de programmatie van de G-bedden

De werkgroep bevestigt de inhoud van de nota die werd voorgesteld in het advies van 10 april 2003 (verhoging van de programmatie van G-bedden van 5 ‰ naar 6 ‰ personen van 65 jaar en meer). Zoals in voorgemelde nota gepreciseerd, herinnert hij er tevens aan dat zijn akkoord over een verhoging van de programmatie ondergeschikt is aan een proportionele verhoging van de financiële middelen.

2. Ontwerp van Koninklijk Besluit m.b.t. de vastlegging van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet voldoen om erkend te worden

De werkgroep stelt voor om het ontwerp van Koninklijk Besluit als volgt te wijzigen *(de wijzigingen werden onderstreept en staan cursief gedrukt)*

“Art. 3. Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt mag worden uitgesplitst over verschillende vestigingsplaatsen op voorwaarde dat op elke vestigingsplaats aan de erkenningsnormen wordt voldaan. ~~In afwijking op het eerste lid volstaat het dat de consultatie voor geriatric of het dagziekenhuis geriatric op één enkele vestigingsplaats wordt uitgebaat.~~ Minstens een van deze vestigingsplaatsen moet echter het volledige zorgprogramma aanbieden.”

“Art. 7. Met uitzondering van de dienst voor kindergeneeskunde (kenletter E), de dienst voor intensieve neonatologie (kenletter NIC), de dienst neuro-psiatrie voor observatie en behandeling van kinderen (kenletter K) en de dienst materniteit (kenletter M), dient elke verpleegeenheid andere dan de dienst geriatric, te beschikken over minstens één “referentieverpleegkundige” voor geriatrische zorg. Deze “referentieverpleegkundige” is geen bijkomende verpleegkundige, maar maakt deel uit van de normale equipe van de eenheid. De nodige financiële middelen moeten worden voorzien voor de bijscholing en omkadering van deze referentieverpleegkundige.

De referentieverpleegkundige moet hierin een signaalfunctie hebben en moet tevens zijn of haar collega’s op de dienst sensibiliseren inzake de detectie van patiënten met een geriatrisch profiel en hun eventuele onaangepaste verzorging. Voor deze patiënten is het aangewezen dat de opnemende geneesheer-specialist kan beroep doen op de interne liaison functie waarbij de geriatric in consult wordt geroepen.

Op de spoeddiensten moet bijzondere aandacht worden besteed aan de opdracht « interne liaison ». Hiertoe worden de nodige instrumenten zoals schalen of schema’s gehanteerd om zeer snel patiënten met een geriatrisch profiel te identificeren. Net zoals in de andere diensten moet de spoeddienst beschikken over een referentieverpleegkundige geriatric.

“Art. 10 Onderafdeling 1 – Multidisciplinair geriatrisch handboek”

Toevoeging van een punt 5

5) een nauwkeurige beschrijving van de organisatie van de interne liaison met de spoeddienst

“Art. 16

... Het geriatriesch dagziekenhuis dient daarnaast, aangepast aan het comfort en de veiligheid van de geriatische patiënt, te beschikken over een onderzoekslokaal, een verpleeglokaal, een rustlokaal, een eetruimte en voldoende sanitaire installaties. Er dient een lokaal te zijn voor gemeenschappelijke activiteiten. Indien het dagziekenhuis revalidatiepatiënten behandelt, dient de noodzakelijke en specifieke infrastructuur aanwezig te zijn en moeten de transportmogelijkheden eveneens worden voorzien en gefinancierd.

3. Koninklijk Besluit van 12 april 1984 m.b.t. de normen met index G

Ten gevolge van zijn vergadering van 3 mei 2006, stelt de werkgroep voor om de normen van G-dienst als volgt aan te passen (*de wijzigingen werden onderstreept en staan cursief gedrukt*)

1. De erkenning als dienst voor geriatrie kan verleend worden aan een dienst van een algemeen ziekenhuis die voorziet in de medische geriatische diagnosestelling, -behandeling en revalidatie en die tevens in de beste voorwaarden de ziekenhuisverpleging en de verzorging van geriatische patiënten verzekert.

Een dienst geriatrie kan zich ten uitzonderlijke titel architectonisch buiten het algemeen ziekenhuis bevinden. Deze wordt dan beschouwd als voorbehouden aan patiënten die in een subacute fase zijn geëvolueerd en waar het revalidatieaspect het belangrijkste deel van de behandeling is geworden.

Om het goed functioneren van deze architectonische afzonderlijke dienst te waarborgen is echter bovendien noodzakelijk dat :

- deze dienst een functionele binding heeft met een algemeen ziekenhuis dat beschikt over een dienst geriatrie, voorbehouden voor de meest acute patiënten;
- dezelfde geneesheer-specialist in de geriatrie of geneesheer specialist in de inwendige geneeskunde met bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie (of team van geneesheren-specialist in de geriatrie of geneesheren specialist in de inwendige geneeskunde met bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie) de daadwerkelijke behandeling zou uitvoeren in de beide diensten geriatrie.

De hierboven bedoelde functionele binding dient het voorwerp uit te maken van een schriftelijke overeenkomst, althans indien beide betrokken diensten voor geriatrie tot een verschillende inrichtende macht behoren.

2. De geriatische patiënt wordt in de dienst, hetzij rechtstreeks, hetzij na een eerste behandeling in een aan zijn aandoening aangepaste ziekenhuisdienst, opgenomen.

Teneinde een onmisbare functionele liaison tussen het ziekenhuis en een architectonisch alleenstaande G-afdeling te behouden, moet het geneesheer-diensthoofd van de dienst geriatrie waken over de kwaliteit van de opnamepolitiek op de verschillende eenheden waarvoor hij verantwoordelijk is.

De geriatische patiënt heeft een multipole pathologie die van die aard is dat deze zonder geschikte behandeling invaliderend kan werken en een lange verblijfsduur in het ziekenhuis tot gevolg kan hebben.

3. Benevens de opname van geriatische patiënten in de acute fase van hun aandoening, staat deze dienst ook in voor de verlengde hospitalisatie van geriatische patiënten met een subacute, nog evolutieve en niet gestabiliseerde aandoening waarvoor specialistische zorgen zijn vereist.

De gemiddelde leeftijd van de patiënten in een dienst geriatrie bedraagt ten minste 75 jaar.

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

In geen geval mag de hospitalisatie in de G-dienst een langdurige hospitalisatie voor bejaarden zijn.

De gemiddelde verblijfsduur in de G-dienst mag in beginsel niet meer dan ~~3 maanden~~ 45 dagen bedragen.

5. De dienst G dient ter plaatse te beschikken over het personeel en de basisuitrusting die vereist zijn om binnen de kortst mogelijke tijd en in de beste voorwaarden bovengenoemde taak te vervullen. De financiering van dit personeel moet verzekerd worden.

II. 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) voldoende hoog-laag bedden in elke verpleegeenheid die geleed en verplaatsbaar zijn;

- voldoende anti-decubitus materiaal;

- zijschermen voor enkele bedden;

- aangepaste zetels van verschillende hoogte;

- voldoende nachtstoelen;

- voldoende rolstoelen;

- voldoende loopkaders, gaankrukken en stokken.

b) in de oefenzaal van de dienst of van het verpleegniveau :

- een looprek;

- een oefenfiets;

- een oefentrap;

- een wandrek.

2. Voor de toepassing van de logopedie-, de kinesitherapie- en de ergotherapietechnieken moet de vereiste uitrusting voorzien zijn.

3. Onmiddellijk bij de opname wordt voor elke patiënt een gedetailleerd dossier samengesteld dat de sociale, de medische, de paramedische en de 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 worden gemaakt van alle mogelijkheden en van de vereisten voor een terugkeer naar huis of naar een thuisvervangend milieu.

De geneesheer zal in overleg met diegenen die bij de behandeling worden betrokken een behandelingsschema opstellen waarin zowel de bijzondere medische, verpleegkundige, paramedische en psychologische 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 kinesist en gebeurlijk de ergotherapeut, de psycholoog, de sociale werker en de logopedist.

Het verslag van de teamvergadering wordt in het dossier opgenomen.

III. Organisatorische normen

1. (De medische leiding van de dienst geriatrie wordt toevertrouwd aan een geneesheer-specialist in de geriatrie of een ~~geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde die een erkenning van bijzondere bevoegdheid in de geriatrie heeft bekomen krachtens het ministerieel besluit van 21 juni 1985 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten~~ een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde met bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie.) <KB 1985-06-25/34, art. 1, 003; Inwerkingtreding : 29-06-1985

De geneesheer-diensthof moet met volle dagtaak (ten minste acht tiende van de normale beroepsactiviteit) in het ziekenhuis werkzaam zijn.

2. De geneesheer-diensthof moet telkens dit nodig is, beroep kunnen doen op de geneesheren-specialisten die bij de behandeling betrokken zijn.

3. De verpleging dient waargenomen door gediplomeerd verplegend personeel, bijgestaan door een toereikend aantal verpleeghulpen. In elk geval moet er ten minste één gediplomeerde verpleegkundige per verpleegeenheid doorlopend aanwezig zijn.

De dienst moet kunnen beschikken over een kinesitherapeut. Tevens moet de dienst kunnen beroep doen op de medewerking van ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten, maatschappelijke werkers en gegradueerde sociale verpleegkundigen waarvan het aantal functie is van het aantal bedden van de dienst.

4. De dienst zal ten minste deeltijds beschikken over kinesitherapeuten ergotherapeuten, logopedisten, psychologen, diëtisten, maatschappelijk assistenten of gegradueerde sociaal verpleegkundigen, waarvan het aantal in functie staat van het aantal bedden van de dienst.

5. Er moet voldoende onderhoudspersoneel zijn.

6. In de dienst zal een gunstig psychologisch klimaat geschapen worden dat afgestemd is op de behoeften van geriatrische patiënten.

Met deze behoeften zal ondermeer 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, zo mogelijk, groepsgewijze in de eetkamer. Kine- en ergotherapie gebeuren zoveel mogelijk in groepsverband. Socio-culturele activiteiten worden eveneens georganiseerd.

4. Koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen

Om coherent te zijn met het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt zijn een aantal bepalingen van het Koninklijk Besluit niet meer aangepast. Meer bepaald dient het volgende te worden gewijzigd:

artikel 2, §1

Ieder algemeen ziekenhuis dat beschikt over een erkende G-dienst moet beschikken over een erkend zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.

Ieder algemeen ziekenhuis dat niet beschikt over een erkende dienst G moet beschikken over een functioneel samenwerkingsverband met een algemeen ziekenhuis dat over een erkend zorgprogramma voor de geriatrische patiënt beschikt.