

---

Bestuursafdeling der Verzorgings-  
instellingen

---

N.R.Z.V.

---

Afdeling "ERKENNINGEN"

---

AE/03/01 - n<sup>o</sup> 2.

TWEEDE DEELADVIES BETREFFENDE DE INSTITUTIONELE

VOORZIENINGEN VOOR ZIEKE BEJAARDEN

- I. Inleiding.
- II. Ontwerp van normen voor de G-dienst.
- III. Ontwerp van normen voor het rust- en verzorgingstehuis (meerderheidsadvies).  
Ontwerp van normen voor de verzorgingsafdeling van het rust- en verzorgingstehuis (minderheidsadvies).
- IV. A. Ontwerp van normen voor de verpleegafdeling van het rust- en verzorgingstehuis (minderheidsadvies).  
B. De V-dienst als ziekenhuisdienst (meerderheidsadvies).

## I. Inleiding.

Uitgaande van de algemene principes die in het eerste deeladvies betreffende institutionele voorzieningen voor zieke bejaarden (document AE/03/01 van 14 april 1983) zijn opgenomen, stelt de afdeling "Erkenningen" volgende voorzieningen voor zieke bejaarden voor :

### I. De zieke bejaarden waarvoor een ziekenhuisopname vereist is.

Ziekenhuisopname is gekenmerkt door en aangewezen voor

1. medische specialistische diagnosestelling, -behandeling, -revalidatie waarvoor de medische infrastructuur van het acuut ziekenhuis vereist is
2. continue verpleging
3. continue verzorging

De dienst die hiervoor in aanmerking komt is de dienst voor Geriatrie (index G) die in de plaats gesteld wordt van de R dienst, waarin het geriatrisch karakter in de normen wordt beklemtoond. In de inleidende bepalingen van de erkenningsnormen wordt duidelijk gesteld dat het gaat om een dienst die voornamelijk zieke bejaarden in acute fase van hun aandoening opneemt. Tevens staat deze dienst ook in voor de verlengde hospitalisatie van zieke bejaarden waarvoor een ziekenhuisopname volgens hogervermelde criteria noodzakelijk blijft.

Of er naast de dienst G nog een hospitalisatiedienst vereist is voor de acute revalidatie van niet geriatrische patiënten blijft een open vraag waarvoor het antwoord later zal geformuleerd worden.

## II. De langdurig zieke bejaarden.

De institutionele voorzieningen voor deze bejaarden zijn gekenmerkt door en aangewezen voor

1. medisch niet specialistische occasionele behandeling waarvoor de medisch technische infrastructuur van het ziekenhuis niet vereist is
2. accommodaties die afgestemd zijn op de ouderdom en de behoeften van de bejaarden
3. occasionele of continue verpleging
4. continue verzorging
5. maximaal behoud en zo mogelijk verbetering van de zelfredzaamheid van de bejaarden

. / . . .

De behoefte aan verpleging verschilt sterk en kan schematisch in twee categoriën worden onderscheiden, de occasionele verpleging en de permanente verpleging.

- I. - Langdurig zieke bejaarden die slechts occasionele verpleging behoeven worden opgenomen in een verzorgingsafdeling.  
Als normen voor deze institutionele voorziening worden de normen van het K.B. van 2 december 1982 als basis genomen en op bepaalde punten geamendeerd.
- II. - De zieke bejaarden die permanente verpleging behoeven kunnen worden opgenomen :
1. - hetzij in een ziekenhuisdienst voor de behandeling van zieken die lijden aan een langdurige aandoening, met name de thans bestaande V-dienst ;
  2. - hetzij in een verpleegafdeling die zoals een verzorgingsafdeling een thuisvervangend milieu is en bijgevolg geen ziekenhuisdienst.
  3. - Er dient geopteerd voor één van beide varianten.
    - 1) Indien men opteert voor de eerste variante, met name het behoud van een beperkt aantal V-bedden blijven de huidige normen van de index V van toepassing op deze voorziening die verder als ziekenhuisdienst erkend, geprogrammeerd en gefinancierd wordt.  
Ten einde echter elke financiële discriminatie tussen instellingen en tussen zieke bejaarden te vermijden wordt er voorgesteld dat in deze V-dienst de bejaarde persoonlijk zou tussenkomen in zijn verblijfskosten en dit voor een bedrag dat analoog is aan de persoonlijke tussenkost in het bejaardentehuis en in de verzorgingsafdeling.  
Wat de functionele samenhang, gekenmerkt door de geografische inplanting, betreft, tussen deze V-diensten en de verzorgingsafdelingen wordt er geen formele indicatie gegeven. Beide voorzieningen kunnen dus los van elkaar ingeplant worden.
    - 2) Indien men opteert voor de tweede variante, met name de verpleegafdeling die als een thuisvervangend milieu erkend, geprogrammeerd en gefinancierd wordt met dien verstande dat een verpleegpakket wordt toegekend waarvan het bedrag berekend wordt in functie van het vereiste personeelseffectief dat in de normen wordt opgelegd, moeten er nieuwe normen voorzien worden voor de verpleegafdeling.  
Wat de functionele samenhang, gekenmerkt door de geografische inplanting betreft, dienen verpleegafdeling en verzorgingsafdeling in éénzelfde instelling voorzien te worden, het verpleeg- en verzorgingstehuis dat al dan niet kan aanleunen bij een bejaardentehuis.

Ten einde elk misverstand uit de weg te ruimen dient er, en dit onder meer met het oog op de programmatie van de nieuwe voorzieningen, duidelijk gesteld dat er van de huidige V-populatie een beperkt aantal, enkele procenten, zullen overgaan naar de G-dienst van het acuut ziekenhuis. De overgrote meerderheid van de V-populatie zal opgenomen worden in de verpleegafdelingen of V-diensten en in de verzorgingsafdelingen.

In ieder geval mag deze omschakeling van diensten het thans voorziene aantal bedden niet overschrijden.

De afdeling "Erkenning" van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft beide varianten grondig besproken en kwam tot de conclusie, met 12 stemmen voor en 6 stemmen tegen, dat de verpleegafdeling dient beschouwd te worden als een ziekenhuisdienst met een verpleegdagprijs.

De patiënt dient een persoonlijke bijdrage te leveren voor zijn verblijfskosten. Het bedrag hiervan dient vastgesteld naar analogie met het rust- en verzorgingstehuis.

De verpleegdagprijs dient rekening te houden met een hoge bezetting aan verpleegkundigen en paramedici.

De leden van de afdeling "Erkenning", die tegen stemden, menen dat de verpleegafdeling niet als een ziekenhuisdienst dient te worden beschouwd, doch als een afdeling van een rust- en verzorgingstehuis. Dit laatste zou aldus twee afdelingen omvatten :

- de verpleegafdeling die instaat voor permanente verpleging en verzorging, toegediend door een hoge bezetting aan verpleegkundigen en paramedici die zouden verrekend worden in een zwaar verpleegpakket ;
- de verzorgingsafdeling zou instaan voor regelmatige maar niet continue verpleging en verzorging.  
Het beperkt aantal verpleegkundigen en paramedici wordt verrekend in het thans voorziene verzorgingspakket van 632,-F.  
In deze optiek dient een codificatie-systeem voor de verpleging en de zorgen uitgewerkt ten einde de verwijzing naar de verpleeg- of verzorgingsafdeling mogelijk te maken.

\*

\*       \*

## II. ONTWERP VAN BIJZONDERE NORMEN VOOR DE DIENST GERIATRIE (KENLETTER G).

1. De erkenning als dienst voor Geriatrie kan verleend worden aan een dienst van een algemeen ziekenhuis die in de medisch-specialistische diagnosestelling, -behandeling, -revalidatie, de ziekenhuisverpleging en de verzorging van geriatrische patiënten voorziet.  
In deze dienst wordt, hetzij rechtstreeks, hetzij na een eerste behandeling in een aan zijn aandoening aangepaste ziekenhuisdienst, de geriatrische patiënt opgenomen van wie de pathologie van die aard is dat deze dienst de meest aangewezen is.
2. Benevens de opname van geriatrische patiënten in de acute fase van hun aandoening, staat deze dienst ook in voor de verlengde hospitalisatie van geriatrische patiënten met een sub-acute, nog evolutieve en niet gestabiliseerde aandoening waarvoor de hoger vermelde 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 de vroegtijdige toepassing van een actieve behandeling die moet toelaten de patiënt met een optimaal hersteld fysisch en sociaal potentieel zo snel mogelijk te ontslaan.  
In geen geval mag de verlengde hospitalisatie in de G-dienst een langdurige hospitalisatie voor bejaarden zijn, waarvoor geen medisch specialistische permanentie en ziekenhuisopname verantwoord zijn.
4. De dienst G dient ter plaatse te beschikken over het personeel en de uitrusting die vereist zijn om binnen de kortst mogelijke tijd en in de beste voorwaarden bovengenoemde taak te vervullen.

## I. ARCHITECTONISCHE NORMEN

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 zoveel mogelijk geweerd worden. Bovendien moet op de vloer een antislip-bekleding worden aangebracht.
4. De patiënten moeten in hun verplaatsingen 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.  
De W.C.'s moeten ruime afmetingen hebben en van een brede toegangsdeur voorzien zijn zodat men er met een rolstoel kan binnenrijden en de patiënt eventueel door het personeel kan bijgestaan worden.
7. De dienst zal ten minste één eenheid van 24 bedden omvatten.
8. Elke verpleegeenheid moet ten minste over een onderzoeklokaal en een gesprekslokaal beschikken.
9. Op elk verpleegniveau moeten een zitkamer, een eetzaal en een zaal voor gemeenschappelijke oefeningen voorzien zijn.  
De afmetingen van deze lokalen moeten afgestemd zijn op het aantal patiënten van het verpleegniveau ; zij zijn voorbehouden voor de patiënten van de dienst.
10. De functies van de verschillende lokalen zullen op een uniforme wijze worden aangeduid. Het huiselijk aspect zal in de architectuur en de aankleding zoveel mogelijk beklemtoond worden.
11. In de verpleegeenheden moeten centrale leidingen voor zuurstof en voor aspiratie voorzien zijn.
12. Er moet over gewaakt worden dat alle lokalen adequaat worden verlucht.

## 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. in elke verpleegeenheid dienen alle bedden hoog-laag, geled en verplaatsbaar te zijn en dient men te beschikken over :

- voldoende anti-decubitus 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 oefenfiets ;
- een oefentrap ;
- een wandrek.

2. Voor de toepassing van de logopedie-, de kinesitherapie- en ergotherapie-technieken moet de vereiste uitrusting voorzien zijn.
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 worden gemaakt 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 kinesist, de ergotherapeut, de sociale werker, de logopedist en gebeurlijk de klinische psycholoog. Het verslag van de teamvergadering wordt in het dossier genotuleerd.

### III. ORGANISATORISCHE NORMEN

1. De medische leiding van de dienst Geriatrie wordt toevertrouwd aan een geneesheer-specialist, erkend in de inwendige geneeskunde en die een bijzondere opleiding kreeg op het gebied van de geriatrie.
2. De geneesheer-diensthofid moet telkens dit nodig is, beroep kunnen doen op de geneesheren-specialisten die bij de behandeling betrokken zijn.
3. Per 24 bedden met een gemiddelde bezetting van 80 % moet de dienst beschikken over één hoofdverplegende, negen verplegenden en vier verpleeghulpen.
4. Per 24 bedden met een gemiddelde bezetting van 80 % moet de dienst beschikken over een kinesitherapeut en een ergotherapeut. Verder moet de dienst beschikken over de medewerking van logopedisten, diëtisten, maatschappelijke werkers of gegradueerde sociale verpleegsters waarvan het aantal functie is van het aantal bedden van de dienst en de aard van de opgenomen patiënten.
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 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. Kine- en ergotherapie gebeuren voor het grootste deel in groepsverband. Socio-culturele activiteiten worden georganiseerd.

\*

\*      \*



### III. ONTWERP VAN NORMEN VOOR DE BIJZONDERE ERKENNING VAN HET RUST- EN

#### VERZORGINGSTEHUIS (x)

of

### ONTWERP VAN NORMEN VOOR DE BIJZONDERE ERKENNING VAN DE VERZORGINGS-

#### AFDELING VAN HET RUST- EN VERZORGINGSTEHUIS (x)

##### A. ALGEMENE NORMEN.

1. De verzorgingsafdeling is bestemd voor langdurige zieke bejaarden wiens lichamelijke en/of geestelijke toestand gestoord is, het weze evolutief, gestabiliseerd of involutief met dien verstande dat :
  - a) bij deze personen, vóór hun opname het nodige diagnostisch onderzoek werd verricht en zij iedere actieve en reacterende behandeling hebben ondergaan zonder dat zulks een volledig herstel van de functies met betrekking tot het dagelijks leven voor gevolg had; dit moet blijken uit het uitvoerig medisch patiëntenverslag dat vereist is bij de opname;
  - b) deze personen een niet specialistische en occasionele medische behandeling en toezicht behoeven en waarvoor de medisch technische infrastructuur van het ziekenhuis niet vereist is;
  - c) de gezondheidstoestand van deze personen regelmatig maar niet continue verpleging en/of hulpverlening op het stuk van de dagelijkse levensactiviteiten vereist;
  - d) de gezondheidstoestand van deze personen meestal paramedische zorgen vereist met het oog op een activatie ten einde een maximaal behoud en zo mogelijk de verbetering van de zelfredzaamheid te bekomen.

Om te worden opgenomen in een verzorgingsafdeling moet de verzorgingsbehoevende in sterke mate afhankelijk zijn van de hulp van derden om de essentiële handelingen van het dagelijks leven te kunnen vervullen, en aan ten minste één van de twee hieronder vastgestelde voorwaarden voldoen :

- 1<sup>o</sup> hetzij zich bevinden in twee van de volgende situaties :
- bed- en/of zetelgebonden zijn wat continue activatie vereist;

---

(x) M.b.t. de normen voor de bijzondere erkenning van het rust- en verzorgingstehuis of voor de bijzondere erkenning van de verzorgingsafdeling van het rust- en verzorgingstehuis, zijn de twee strekkingen (resp. de meerderheid voor het behoud van een deel van de V-diensten enerzijds, en de minderheid voor de oprichting van een verpleegafdeling in het rust- en verzorgingstehuis anderzijds) het met elkaar eens.

- moeten geholpen worden bij het eten zodat een helper de rechthebbende moet voeden ;
- iedere dag een volledig toilet behoeven dat door een andere persoon wordt uitgevoerd ;
- lijden aan chronische incontinentie ;

2<sup>o</sup> hetzij ernstig gestoord zijn in de oriënteringszin voor tijd en ruimte.

2. De verzorgingsafdeling moet beschikken over minstens 24 en maximum 30 bedden per eenheid.

#### B. SPECIFIEKE NORMEN.

1. Algemene architectonische voorwaarden (cfr. K.B. 2.12.1982)  
.....  
.....
2. Bijzondere architectonische voorwaarden (cfr. K.B. 2.12.1982)  
.....  
.....
3. Functionele normen (cfr. K.B. 2.12.1982)  
.....  
.....

Aan deze normen dienen volgende bepalingen toegevoegd :

1. Ieder rust- en verzorgingstehuis, versus iedere verzorgingsafdeling van het rust- en verzorgingstehuis zal steeds in functioneel verband staan met een algemeen ziekenhuis, minstens erkend onder C en D en dat bij voorkeur een dienst G bevat.  
Dit verband moet bij geschreven kontrakt geregeld zijn.  
Dit kontrakt zal onder meer bepalen, dat het algemeen ziekenhuis te allen tijden bereid is patiënten op te nemen uit de verpleegafdeling wanneer hun gezondheids-toestand dit vereist, en vice versa.
2. De mogelijkheid tot verwijzing naar een V-dienst (meerderheidsadvies), versus verpleegafdeling (minderheidsadvies), dient te bestaan.
4. Organisatorische normen (cfr. K.B. 2.12.1982 met uitzondering van de normen b), e) en g)  
.....

Norm b) :

Er dient over te worden gewaakt dat een coherent opnamebeleid wordt gevoerd ten einde het mogelijk te maken dat er een goede doorstroming tot stand komt tussen de verschillende echelons in de bejaardenzorg om ongepaste opnamen te voorkomen.

Norm e) :

Telkens de gezondheidstoestand van de verzorgingsbehoevende zulks vereist zal deze een beroep moeten kunnen doen op een geneesheer van zijn keuze.

Bij ontstentenis van een eigen behandelende arts moet de verzorgingsbehoevende beroep kunnen doen op een door de inrichtende macht aangewezen geneesheer.

Variante : (minderheidsadvies)

Telkens de gezondheidstoestand van de verzorgingsbehoevende dit vereist zal deze een beroep moeten kunnen doen op een huisarts van zijn keuze. Om de goede werking van de medische hulp door de huisarts efficiënt te laten verlopen zal de inrichtende macht van het rust- en verzorgingstehuis bij zijn erkenningsaanvraag een bewijs voegen waaruit blijkt dat er een collectieve werkingsovereenkomst is afgesloten met de huisartsen van de streek waarin het rust- en verzorgingstehuis zich situeert. Iedere huisarts waarop een bewoner van het rust- en verzorgingstehuis beroep doet zal deze werkingsovereenkomst ontvangen. Hij zal verzocht worden deze overeenkomst te ondertekenen. In deze overeenkomst moet de naam van de door de inrichtende macht aanvaarde huisarts vermeld zijn, die optreedt als verantwoordelijke coördinator en verbindingspersoon tussen het verzorgingstehuis en de huisartsengroep.

Norm g) :

Wat het paramedisch personeel betreft, dient het equivalent van een halftijdse betrekking uitgeoefend door een kinesitherapeut en het equivalent van een halftijdse betrekking uitgeoefend door een ergotherapeut, voorzien te worden.

N.B. In de tekst van het K.B. dd. 2.12.1982, waarnaar in dit ontwerp wordt verwezen, dient de term "rust- en verzorgingstehuis" te worden vervangen door "verzorgingsafdeling" van het rust- en verzorgingstehuis in de optiek van het minderheidsadvies.

✱

✱ ✱

IV. A. - ONTWERP VAN NORMEN VOOR DE VERPLEEGAFDELING VAN HET RUST-  
EN VERZORGINGSTEHUIS (minderheidsadvies)

A. Algemene normen.

De verpleegafdeling is bestemd voor langdurige zieke bejaarden wiens lichamelijke en/of geestelijke toestand gestoord is, het weze evolutief, gestabiliseerd of involutief met dien verstande dat :

- a) bij deze personen, vóór hun opname het nodige diagnostisch onderzoek werd verricht en zij iedere actieve en reacterende behandeling hebben ondergaan zonder dat zulks een volledig herstel van de functies met betrekking tot het dagelijks leven voor gevolg had ; dit moet blijken uit het uitvoerig medisch patiëntenverslag dat vereist is bij de opname ;
- b) deze personen een niet specialistische en occasionele medische behandeling en toezicht behoeven waarvoor de medisch technische infrastructuur van het ziekenhuis niet vereist is ;
- c) de gezondheidstoestand van deze patiënten permanent verpleegkundig toezicht en continue verpleging vereist ;
- d) de gezondheidstoestand van deze personen meestal paramedische zorgen vereist met het oog op een activatie ten einde een maximaal behoud en zo mogelijk de verbetering van de zelfredzaamheid te bekomen.

B. Specifieke normen.

1. Algemene architectonische voorwaarden (cfr. K.B. 2.12.1982)  
.....  
.....
2. Bijzondere architectonische voorwaarden (cfr. K.B. 2.12.1982)  
.....  
.....
3. Functionele normen (cfr. K.B. 2.12.1982)  
.....  
.....

#### 4. Organisatorische normen.

1. Iedere verpleegafdeling zal steeds in functioneel verband staan met een algemeen ziekenhuis, minstens erkend onder C en D en dat bij voorkeur een dienst G bevat.  
Dit verband moet bij geschreven kontrakt geregeld zijn. Dit kontrakt zal onder meer bepalen, dat het algemeen ziekenhuis te allen tijden bereid is patiënten op te nemen uit de verpleegafdeling wanneer hun gezondheidstoestand dit vereist, en vice-versa.
2. Vóór de opname moet elke patiënt een volledig medisch onderzoek ondergaan hebben.  
Het verslag van dit onderzoek moet alle vereiste gegevens bevatten betreffende de gezondheidstoestand, zowel fysisch, psychisch als functioneel en de graad van verpleegbehoefte en zal het basisdocument zijn van het individueel patiëntendossier.  
Het verslag van dit onderzoek moet toelaten uit te maken of de opname van de patiënt verantwoord is en aldus een coherent opnamebeleid waarborgen.
3. Een patiëntendossier, dat zowel het medisch als het verpleegkundig dossier omvat, dient voortdurend voor elke patiënt bijgehouden te worden.  
Het patiëntendossier omvat naast de medische gegevens, de verpleegkundige sociale en paramedische gegevens.
4. De onderrichtingen van de geneesheren betreffende de behandeling, de verpleging en de verzorging van de patiënten, zullen opgetekend worden.
5. De mogelijkheid tot een verwijzing naar een verzorgingsafdeling dient te bestaan.
6. De geneeskundige leiding van de dienst moet worden toevertrouwd aan een geneesheer, die belang stelt in geriatrie en terzake een adequate bijscholing kreeg. Deze dienstoverste zal verantwoordelijk zijn voor de opname en het ontslag van de patiënten. Hij zal de leiding waarnemen van de behandeling en de verzorging van de patiënten. Hij zal er over waken dat door een aangepaste therapie, de lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand van de zieken op een zo hoog mogelijk peil wordt gehouden. Hij zal verantwoordelijk zijn voor de organisatie van de spoedverzorging en de wachtbeurten.  
Ten einde de goede werking te verzekeren moet de dienst beschikken over het equivalent van een voltijds geneesheer per negentig bedden. (\*)

---

(\*) De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen dient in die zin aangepast te worden.

De geneesheren van de dienst moeten zo nodig beroep kunnen doen op consulterende geneesheren-specialisten. Wekelijks dient een teamvergadering gehouden met alle bij de behandeling, verpleging en verzorging betrokken personen. Bij het ontslag van de patiënt zal de behandelende geneesheer een uitvoerig verslag ontvangen.

7. Per 30 bedden moet de dienst beschikken over 15 leden van het verpleegkundig- en hulppersoneel. Het verpleegkundig personeel moet ten minste uit 9 leden, de hoofdverpleegster inbegrepen, bestaan. Er zal voldoende onderhoudspersoneel zijn, onderscheiden van het verzorgend personeel. Zowel overdag als tijdens de nacht dient het verpleegkundig toezicht op de verpleegbehoevenden permanent te worden verzekerd.
8. Per 30 bedden moet de dienst beschikken over het equivalent van een halftijdse betrekking uitgeoefend door een kinesitherapeut en het equivalent van een halftijdse betrekking uitgeoefend door een ergotherapeut.

---

N.B. In de tekst van het K.B. dd. 2.12.1982, waarnaar in dit ontwerp wordt verwezen, dient de term "rust- en verzorgingstehuis" te worden vervangen door "verpleegafdeling van het rust- en verzorgingstehuis".

#### IV. B. DE V-DIENST ALS ZIEKENHUISDIENST (meerderheidsadvies)

Zie normen van het Koninklijk besluit dd. 15.4.1965 houdende aanvulling van het Koninklijk besluit dd. 23.10.1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

\*

\*

\*

**SCHEMA van voorgestelde VARIANTEN**

**voor de LANGDURIGE ZIEKE BEJAARDEN**

Zoals voorgesteld in document (blz. 2) betreffende de institutionele voorzieningen voor bejaarden.

**K E U Z E.**

of 1. **BEHOUD** van een DEEL van de HUIDIGE V

naast

RUST en VERZORGINGSTEHUIS

↓

Als ziekenhuisdienst  
met zwaar verplegingspakket  
met hoge bezetting verpleegkundigen  
en paramedici

↓

Als verzorgingsdienst  
met licht verzorgingspakket (632 F)  
beperkt aantal verpleegkundigen en  
paramedici

**Opmerking** 1. V-dienst blijft ziekenhuisdienst met  
ligdag. Patiënt betaalt echter hogere  
persoonlijke bijdrage (bv. gelijk  
aan deze van het rust- en verzorgings-  
tehuis).

2. Het aantal V-bedden wordt in elk ge-  
val verminderd.

- a) vele patiënten gaan naar verzorgings-  
tehuis,
- b) beperkt aantal patiënten naar G

of 2. **AFSCHAFFING** van de huidige V-dienst als ziekenhuisdienst.

Het rust- en VERZORGINGSTEHUIS telt TWEE afdelingen of soorten bedden voor zieke bejaarden

1. VERPLEGINGSAFDELING

en

2. VERZORGINGSAFDELING

Permanente verpleging + verzorging  
zwaar verplegingspakket  
hoger aantal verpleegkundigen en  
paramedici (+ V)

Occasionele verpleging + verzorging  
licht verzorgingspakket (632 F)  
beperkt aantal verpleegkundigen en paramedici

(1 & 2) Beiden in zelfde instelling VERPLEEG- en VERZORGINGSTEHUIS ja dan niet in bejaardentehuis.  
De afgeschafte ziekenhuisdiensten (inzonderheid V) kunnen ook gereconverteerd worden naar verpleeg  
en/of verzorgingstehuizen.

**BELANGRIJKE OPMERKING.**

Nadat een optie genomen is dient men later een duidelijke codificatie van zorgen en verpleging op te maken (met kwotering) ten einde de verwijzing van patiënten naar verzorgingsafdeling of verplegingsafdeling mogelijk te maken. Dit zal toelaten de verschillende financiële regelingen voor beide afdelingen te bepalen en ook te controleren (medische adviseurs).

**BESLISSING.** AFDELING ERKENNINGEN OP 30.6.1983 MET 12 STEMEN TEGEN 6 WORDT OPTIE 1 VERKOZEN.



Dr. Med. J.-P. BAEYENS  
INTERNIST-GERIATER

OOSTENDE, 4 juli 1983

GEN JUNGBLUTHLAAN 11  
B 8400 OOSTENDE

TEL. (059) 50 11.11  
PCR 000.0089644-16

Aan de Heer Dr. J. PEERS  
Voorzitter N. R. Z. V.

Aan de Heer Dr. J. BOTTEQUIN  
Voorzitter Afd. Erkenning N. R. Z. V.

**Betreft : Minderheidsnota i. v. m. het tweede deeladvies omtrent institutionele voorzieningen voor zieke bejaarden, ingevolge de stemming van 30/06/1983**

Hooggeachte Heer Voorzitter,

Hierbij meen ik de tolk te moeten zijn van de groep die niet kan akkoord gaan met de meerderheid die op de stemming van 30/06/1983 vond dat de diensten "V" - al weze het in een gewijzigde vorm - moesten worden behouden.

Liever had ik de debatten zien verlopen op een niveau waar zoeken naar een fundamentele visie over een beleid voor de komende 30 jaar wat betreft gezondheidsvoorzieningen voor bejaarden. Bovendien betreur ik dat de wil blijkbaar niet aanwezig was om te onderzoeken wat in het verleden hierin verkeerd is gelopen en hoe dit kan worden bijgestuurd.

De bedoeling van deze minderheidsnota is dan ook een fundamentele en wetenschappelijk verantwoorde visie uiteen te zetten. Er dient opgemerkt te worden dat deze visie overeenstemt met de trends die thans waar te nemen zijn in de andere ontwikkelde landen.

Mede door een groot aanbod zowel in aantal (boven de programma-tienormen) als in diversificatie (C, D, S, H, R en V) stellen wij thans vast dat voor een deel omwille van financieel voordeel nog relatief valide bejaarden voor onbepaalde tijd (altijd) in de ziekenhuissector blijven hangen. Anderzijds valt op dat heel wat bejaarden verstoken blijven van elementaire diagnose en aangepaste behandeling in rustoorden en thuis en er ten onrechte een groot pakket aan zorgen behoeven.

Een fundamentele optie is derhalve te stellen dat een bejaarde zolang mogelijk thuis moet blijven. Kan bij ziekte de huisarts de problemen niet oplossen, dan is een opname in het ziekenhuis wenselijk en dit voor zo kort mogelijke tijd, met het doel terugkeer naar huis. De bejaarde wordt opgenomen op een specifieke specialistische dienst volgens de noodzaak (I, D, C enz.), ofwel op de dienst Geriatrie (G), rechtstreeks of naderhand. Soms is een iets langer verblijf in het ziekenhuis wenselijk voor een subakute faze. Dit verblijf voor de subakute faze kan gecentraliseerd worden in een specifieke afdeling of deel van de dienst G, al of niet binnen de geografische muren van het akute ziekenhuis. De dienst G blijft evenwel een ziekenhuisdienst, derhalve voor zo kortstondig mogelijk verblijf, gericht op ontslag. Steeds zal het tempo van de hoogbejaarde echter duidelijk trager zijn dan deze van de volwassene.

Een aantal (10 à 20%) zullen uiteraard sterven in de dienst.  
De andere moeten ontslagen worden naar huis.

- ofwel kan dit : hiervoor moet de eerste lijn gezondheidszorg maximaal worden bevorderd :

- o.m. : - goede vorming van de huisartsen in de geriatrische geneeskunde  
- goede teamwerking ook op de eerste lijn  
- de families in de mogelijkheid stellen voor hun bejaarde ouders te zorgen dank zij invoeren van verlof zonder wedde hiervoor (wat tevens de tewerkstelling in grote mate zou bevorderen)  
- eventueel een premie toekennen aan bejaarden die niettegenstaande nood aan veel hulp toch verkiezen naar huis terug te keren (in Engeland is dit + 100.000 F. per jaar)  
- een premie voor de aanpassing van de woning van de bejaarde (zie advies Hoge Raad Derde Leeftijd aan Mevr. de Minister Steyaert)

- ofwel kan dit niet : dan heeft de bejaarde een thuisvervangend milieu nodig waar hij de nodige zorgen kan krijgen.

Hier moet de bijstand van het RIZIV evenredig zijn aan de nood aan zorgen van de bejaarde, zodat geen financiële discriminatie tussen de verschillende instellingen en bejaarden zou ontstaan :

- zijn de zorgen zeer minimaal dan zal het huidig rustoord of service flat volstaan
- zijn de zorgen aanzienlijker dan horen zij thuis in het Rust- en Verzorgings-tehuis (RVT)

Refererende naar mijn nota : "RVT : verpleegtehuis en/of verzorgingstehuis (die meteen werd doorverwezen naar de "Programmatie-afdeling") heb ik door een nauwkeurige studie kunnen vaststellen dat :

1. de criteria zoals beschreven in het KB van 02/12/1982 inderdaad zeer selectief zijn. (Deze criteria versoepelen zou voor gevolg hebben dat alle bejaarden op een vergoeding zouden kunnen aanspraak maken). Terloops dient vermeld dat alleen het criterium "bedlegerigheid" anders moet geformuleerd worden.

2. er in deze groep zieke bejaarden duidelijk twee groepen terug te vinden zijn :

deze met nood aan een kleiner verpleegpakket (wat goed kan worden opgevangen met de huidige normen en 632 BF per dag)

en deze met een groter verpleegpakket waar de huidige normen niet volstaan en waar + 1.000 B.F. zou nodig zijn.

De verhouding van deze twee groepen is nog niet definitief opgemaakt : vermoedelijk tussen 15/85 en 33/66.

Deze twee groepen zijn bovendien goed te onderscheiden aan de hand van thans goed bekende methoden, waarvoor ik opnieuw refereer naar mijn hoger vermelde nota.

In de veronderstelling dat het thans gestemd tweede deeladvies werkelijkheid zou worden, kan men meteen vaststellen dat 2/3 van de patiënten die in een RVT zouden moeten worden ondergebracht in de ziekenhuissector zullen blijven. De vraag stelt zich dan of het de moeite was RVT op te richten. De overblijvende derde zal liever ook in het goedkopere (?) of beter gekende ziekenhuismidden blijven.

De visie dat onbepaald lang verblijf in het ziekenhuis van een hoogbejaarde

eigenlijk abnormaal is en niet geoorloofd is zal bovendien op deze wijze nooit bij de bevolking doordringen. De toestand van deze hoogbejaarde zal derhalve zeer sterk gemedicaliseerd blijven met alle menselijke en financiële gevolgen vandien.

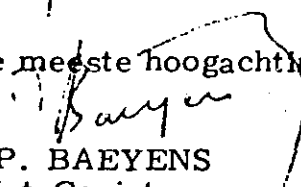
Als een RVT aanzien wordt als een thuisvervangende situatie, dan is het ook logisch als behandelende geneesheer aldaar de huisarts te voorzien. Het ontstaan van "verpleeghuisartsen" zoals in Nederland moet ten alle prijze worden vermeden. Anderzijds dient voor de goede werking van de dienst in elk geval een medische coördinatie te gebeuren, bijv. onder vorm van een huisarts-coördinator per instelling.

Het goed functioneren van de dienst G en het tijdig kunnen doorverwijzen van gestabiliseerde zieke bejaarden die niet meer ziekenhuiszorgen nodig hebben, vereisen dat de opnamepolitiek van het RVT mede bepaald wordt door de internist-geriater van de dienst G. De oprichting van een opname comit in het RVT, maar ook in rustoord en service flat (zie advies van Hoge Raad Derde Leeftijd aan Mevr. de Minister Steyaert) is dan ook noodzakelijk.

Een overgang van het vroegere systeem naar het nieuwe zou in elk geval moeten gepaard gaan met voldoende overgangsmaatregelen.

Mag ik U derhalve vragen, Heer Voorzitter, deze minderheidsnota in elk geval toe te voegen aan de tekst dat U ingevolge de stemming van 30/06/1983 naar de Heer Minister zult toesturen.

Met de meeste hoogachting,

  
Dr. J. P. BAEYENS  
Internist-Geriater  
Effectief Lid Afd. Erkenning NRZV  
Effectief Lid Hoge Raad Derde Leeftijd