

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID
EN VAN HET GEZIN.

14 april 1983.

Bestuursafdeling der Verzorgingsinstel-
lingen.

N.R.Z.V.

AE/03/01

EERSTE DEELADVIES (*) BETREFFENDE DE
INSTITUTIONELE VOORZIENINGEN VOOR ZIEKE BEJAARDEN.

(*) Goedgekeurd door het Bureau op 14.4.1983.

De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft kennis genomen van het schrijven van de Minister betreffende de structuur van de voorzieningen ten behoeve van bejaarden en brengt volgend eerste deeladvies uit in verband met de behandeling, de verpleging en de verzorging van zieke bejaarden.

Dit deeladvies steunt op volgende premissen :

1. Het advies is beperkt tot de intramurale voorzieningen ten behoeve van zieke bejaarden. De voorzieningen voor de niet-geriatrie revalidatie, de voorzieningen voor de langdurig zorgenbehoevende niet zieke bejaarde en de voorzieningen voor de psycho-geriatrie, die daaraan sterk verbonden zijn, zullen afzonderlijk worden bestudeerd.
2. Er is een discordantie tussen de theoretische bestemming en de feitelijke aanwending van de huidige voorzieningen. De belangrijkste oorzaak hiervan is het ontbreken van voldoende opvang thuis en in thuis vervangende instellingen (rust- en verzorgingstehuis, rusthuis). De controleprocedures zijn niet afgestemd op het evalueren van de reële behoeften van opgenomen personen. Slechts een zeer beperkt aantal diensten, erkend onder de kenletter R, functioneren als een volwaardige geriatrie dienst zoals die omschreven wordt in de inleidende bepalingen van de erkenningsnormen. In V-diensten, en ook in sommige C-, D-, S- en H-diensten, worden bejaarden opgenomen of blijven bejaarden gehospitaliseerd die in feite deze infrastructuur niet behoeven. In andere gevallen moeten deze diensten instaan voor patiëntenzorg waarvan deze infrastructuur ontoereikend is. Bepaalde bejaardentehuizen verzekeren sinds jaren een zorgpakket dat vergelijkbaar is met en soms zelfs meer omvat dan het zorgpakket dat zou kunnen verstrekt worden door het rust- en verzorgingstehuis volgens de huidige bepalingen. Ook ten huize worden thans zieke bejaarden in hun eigen leefmilieu behandeld en verzorgd, die een zelfde zorgpakket behoeven. Indien het recht op tussenkomst vanwege het R.I.Z.I.V. voor "hulp bij de activiteiten van het dagelijks leven" beperkt is tot personen die opgenomen zijn in de erkende bedden van de rust- en verzorgingstehuizen, bestaat de kans dat de aanvragen tot opname zullen stijgen in plaats van te dalen. Een doeltreffende methode om de hospitalisatie van bejaarde patiënten tegen te gaan zou bijvoorbeeld bestaan in de toekenning van een gezinsbijslag van hetzelfde type als de uitkering die wordt verleend aan ouders die kinderen ten laste hebben, wanneer de bejaarden in hun familie worden opgenomen, verzorgd en geholpen.
3. Het huidig financieringssysteem heeft geleid tot een discriminatie tussen instellingen en tussen zieke bejaarden. Tussen instellingen omdat voor een gelijkaardige functie in het ene geval een verpleegdagprijs wordt toegekend en in het andere geval geen enkele tussenkomst - of voortaan in bepaalde gevallen een beperkte tussenkomst voor de verzorgingstaken - mogelijk is.

Tussen zieke bejaarden omdat de aard van de instelling waarin ze verblijven of opgenomen zijn, bepalend is of ze al dan niet persoonlijk de kosten voor het verblijf dienen te bepalen. Deze dubbele discriminatie tussen instellingen en tussen zieke bejaarden dient door een aangepaste structuratie en financieringswijze zoveel mogelijk te worden opgeheven.

4. De beste kostenbesparing is een regeling met positief effect op de kwaliteit van de zorgen in het ziekenhuis zodat de verblijfsduur zo kort mogelijk is en de kans op reïntegratie in de gemeenschap zo hoog mogelijk.

Voor de zieke bejaarde wordt voorgesteld twee soorten voorzieningen te voorzien in functie van de graad van behoefte aan diagnosestelling en medische behandeling, aan verpleging en aan verzorging.

Het zal in bepaalde gevallen moeilijk blijven om het onderscheid te maken tussen de chronisch bejaarde zieken die zorgen behoeven in het ziekenhuis en zij die zorgen behoeven in het verzorgingstehuis. De verantwoordelijke geneesheren zullen hierover steeds moeten oordelen.

I. DE ZIEKE BEJAARDE VOOR WIE EEN ZIEKENHUISOPNAME IS VEREIST.

Ook tijdens de acute en subacute fase van een ziekteproces kan een zieke bejaarde meestal thuis of in een thuisvervangend milieu worden behandeld.

Soms dient hij echter opgenomen te worden in een ziekenhuisdienst. Ziekenhuisopname is gekenmerkt door en aangewezen voor :

1. medisch specialistische diagnosestelling en continue behandeling waarvoor de medisch technische infrastructuur van het acuut ziekenhuis nodig is.
De revalidatie dient zo snel en intensief mogelijk te worden aangevat en maakt integraal deel uit van praktisch elke behandeling. Vanaf het begin van de opname dient de zieke bejaarde, zijn familie en zijn omgeving voorbereid te worden op een snel ontslag;
2. continue verpleging ;
3. continue verzorging.

Een zieke bejaarde wordt opgenomen in die dienst waarin hij adequaat kan worden behandeld, d.w.z. dat hij voor duidelijk herkenbare problemen wordt behandeld in de specifieke aangepaste dienst. (chirurgie, cardiologie enz.)

Een bejaarde zieke, waarbij het ziektebeeld naast de hoge ouderdom gekenmerkt wordt door atypische symptomen en multiple aandoeningen, wordt hetzij rechtstreeks hetzij na een eerste behandeling in een andere ziekenhuisdienst, opgenomen in een geëigende dienst, de dienst Geriatrie. (Voor deze dienst wordt voorgesteld de kenletter R te vervangen door G)

Benevens de opname van bejaarde zieken in de acute fase van hun aandoening, staat deze dienst ook in voor de verlengde hospitalisatie van zieke bejaarden met een subacute, dus nog evolutieve, niet gestabiliseerde aandoening waarvoor verder ziekenhuisopname noodzakelijk is.

In deze optiek dienen bepaalde V-diensten of gedeelten van V-diensten als vallende onder deze categorie te worden beschouwd.

De ervaring leert dat om deze functie adequaat te laten vervullen, het niet volstaat de ziekenhuizen via een omzendbrief te wijzen op de juiste doelstellingen van de dienst Geriatrie. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen neemt zich dan ook voor een omstandig advies uit te werken over de erkenningsnormen en de programmatiecriteria van deze dienst en in functie daarvan de financieringswijze te onderzoeken en desgevallend voorstellen tot wijziging er van te formuleren.

II. DE LANGDURIG ZIEKE BEJAARDE.

Als langdurig zieke bejaarde wordt beschouwd de bejaarde wiens lichamelijke en/of geestelijke toestand gestoord is, hetweze evolutief - gestabiliseerd - of involutief -, doch voor wie de behoefte aan zorgen geen ziekenhuisopname meer vereist.

De behandeling en de verzorging ten huize van de bejaarde dient te worden aangemoedigd door o.m. te voorzien in een aangepaste financiële tussenkomst.

Indien deze thuisverzorging onmogelijk blijkt, dient de bejaarde opgenomen in een institutionele voorziening die gekenmerkt is door :

1. medisch niet specialistische occasionele behandeling die geen behoefte heeft aan medisch technische infrastructuur van het acute ziekenhuis ;
2. accomodaties die afgestemd zijn op de ouderdom en de behoeften van de bejaarde ;
3. continue of occasionele verpleging ;
4. continue verzorging ;
5. maximaal behoud en zo mogelijk verbetering van de zelf redzaamheid van de bejaarde.

De graad en de aard van de verzorging voor deze bejaarden kunnen sterk verschillen.

De forfaitaire betaling van een "zorgenpakket" zoals thans in de rust- en verzorgingstehuizen wordt voorzien laat niet voldoende differentiatie toe.

Daarom wordt voorgesteld verschillende niveaus voor een door de ziekteverzekering terugbetaalde forfaitaire tussenkomst te bepalen volgens de graad en de aard van de vereiste zorgen en de kosten voor hun verblijf (zoals in een rusthuis of een rust- en verzorgingstehuis) steeds ongewijzigd ten laste van het individu te laten.

Op die manier wordt discriminatie vermeden zowel tussen deze instellingen onderling als tussen de bejaarden die er verblijven.

De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen neemt zich voor om voor deze institutionele voorziening normen uit te werken, een programma-tie voor te stellen, criteria voor de appreciatie van de zorgenbehoevendheid en daarbij aansluitend een aangepaste financieringswijze met prijsomschrijving uit te werken.

Zo de hierboven beschreven structurering wordt aangenomen, zal de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen een omstandige definitie geven voor de termen "verpleging" en "verzorging".

*

*

*