

MINISTERIE  
VAN VOLKSGEZONDHEID  
EN LEEFMILIEU



BESTUURSAFDELING  
VERZORGINGSINSTELLINGEN

NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUIS  
VOORZIENINGEN.

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

O/ref. : NRZV/D/28

1010 BRUSSEL, de 13 juli 1989  
Rijksadministratief centrum  
Vesaliusgebouw  
Tel. 02/210.45.11

ADVIES MET BETREKKING TOT HET EINDVERSLAG VAN DE WERKGROEP  
BELAST MET DE ENQUETE OVER DE V-DIENSTEN. (\*)

\* dit advies werd op 13 juli 1989 bekrachtigd door het Bureau.

In zijn brief van 27 juni 1989 vroeg de Heer Minister binnen de maand het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen m.b.t. het eindverslag van de werkgroep ad hoc belast met de enquête over de V-diensten.

In zijn vergadering van 29 juni 1989 besloot de Afdeling "Programmatie en Erkenning" hieromtrent zelf een werkgroep op te richten. Deze werkgroep kwam een maal samen op 6 juli 1989. De Voorzitter van deze werkgroep bracht verslag uit in de plenaire zitting dd. 13 juli 1989 en na bespreking resulteerde dit tot het hiernavermeld advies :

" De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen afdeling "Erkenning en Programmatie" opteert voor een gematigde reconversie van V-bedden, zoals omschreven onder punt 2.1.2. van het eindverslag van de werkgroep belast met de enquête over de V-diensten".

Dit advies werd goedgekeurd met 28 pro-stemmen, en 2 onthoudingen

EINDVERSLAG VAN DE WERKGROEP BELAST MET DE ENQUETE  
OVER DE V-diensten.

---

BEGEVENS BETREFFENDE DE EERSTE DRIE  
TRIMESTERS VAN DE ENQUETE.

FEBRUARI 1988

Enquête betreffende de V-Diensten  
Ontwerp van tweede verslag.  
Rol van de V-bedden.

## 1. Algemene principes.

Uit de teksten, voorgelegd door de leden van de enquêtegroep kunnen enkele algemene principes worden gelicht.

1.1 Elke verzorgingsinstelling wordt geconfronteerd met het probleem van de niet-acute patiënten.

1.2 Het is onaanvaardbaar dat niet-acute patiënten, waarvan de toestand de voortzetting van de medische, verpleegkundige en paramedische zorgen vereist aan de deur worden gezet, omdat ze de gemiddelde verblijfsduur van een instelling in gevaar brengen; de beklemtoning van korte verblijfsduur maakt dat de niet-acute patiënt bij voorbaat het slachtoffer is van het beleid.

1.3 Het is de plicht van elke instelling de continuïteit van een adequate verzorging te waarborgen voor de niet-acute patiënten en dit op een manier aangepast aan de specifieke behoeften (gebruikersvriendelijk).

1.4 De geïsoleerde of geassocieerde psychogeriatrische pathologie is van niet te onderschatten belang.

1.5 Bepaalde instellingen wijden zich duidelijk aan de behandeling van niet-geriatrische patiënten met goed geïndividualiseerde pathologieën. Deze instellingen zouden behouden moeten blijven onder een geëigende kenletter.

## 2. Toekomst van de V-diensten : concept.

2.1. Kwantitatieve en structurele aspecten. Binnen de leden van de enquêtegroep bleken twee strekkingen : enerzijds de strekking die een maximale reconversie van V-bedden voorstaat, anderzijds de strekking die pleit voor een gematigde reconversie van V-bedden .

### 2.1.1. Maximale reconversie van V-bedden

=====

2.1.1.1. Een aantal acute ziekenhuisbedden zou ter beschikking moeten worden gesteld van preterminale of terminale patiënten, zonder dat de betrokken instelling zou worden beboet voor een hieruit eventueel resulterende verlenging van de gemiddelde verblijfsduur. Een lid van de enquêtegroep vermoedt dat alleen al voor

deze terminale patiënten de behoefte aan bedden ongeveer een 1.000 tal bedden of 1,82% van het aantal acute bedden bedraagt.

2.1.1.2. Herstellende patiënten zouden kunnen worden verwezen naar minder gemedicaliseerde instellingen, gespecialiseerd in deze taak zoals de actuele hersteloorden, waarvoor gelijklopend met de enquête van de V-patiënten een aangepast wettelijk statuut zal worden gecreëerd, en dit door de wet op de ziekenhuizen om te vormen tot een wet op de verzorgingsinstellingen.

2.1.1.3. Stabiele chronische patiënten zouden kunnen worden overgebracht naar rust- en verzorgingstehuizen; deze laatste zouden moeten worden ingedeeld en vergoed per categorie volgens de zwaarte van de behandelde pathologieën.

2.1.1.4. De zware en onstabiele patiënten zouden in G-diensten kunnen worden ondergebracht

2.1.2. Gematigde reconversie van V- bedden.  
=====

2.1.2.1. Gedurende de enquête bleek een belangrijk aantal V-bedden reeds omgeschakeld naar andere kenletters. De evolutie, voorzien voor eind 1989 toont een vermindering van 8.833 op 1 juli 1982 tot 4.142 bedden op 31.12.89 of een vermindering van 4.691 bedden of 53 % waarvan het overgrote deel of 93 % gerealiseerd werd in Vlaanderen en Wallonië respectievelijk voor 55 % en 38 %.

2.1.2.2. Een aantal V- bedden zou kunnen geïntegreerd worden in de G- diensten, teneinde een altijd nadelige overbrenging te vermijden van patiënten, die een verdere behandeling behoeven.

2.1.2.3. De V- bedden die voor het ogenblik in een gespecialiseerd kader functioneren zouden onder bepaalde voorwaarden en onder een bijzondere kenletter kunnen behouden blijven.

2.1.2.4. Een aantal V- bedden zou kunnen worden omgeschakeld naar dagbedden; dit zou voor gehospitaliseerde patiënten de progressieve reïntegratie bevorderen in een niet-ziekenhuisomgeving en ook bepaalde ziekenhuisopnamen kunnen vermijden.

2.1.2.5. De overblijvende V- bedden, die niet werden omgeschakeld volgens de hierboven vermelde mogelijkheden, zouden dienen voor de opname van zware patiënten. Door de behoeften aan zorgen en aan personeel en door het multidisciplinaire karakter van deze diensten zouden de kosten deze van de acute ziekenhuisdiensten benaderen.

2.2. Wijzigingen van kwalitatieve en functionele aard.  
=====

2.2.1. Oprichting en financiering van een V-functie.

2.2.1.1. Volume van de niet-acute zorgen en V-functie.

Het is gewaagd om via individuele en vooraf bepaalde criteria, het profiel te bepalen van de patiënt, die uitsluitend niet-acute zorgen behoeft. Het volume van de niet-acute zorgen kan globaal worden geëvalueerd en gelicht uit de sector van de acute zorgen en dit via een reeks elementen die afzonderlijk of gecombineerd kunnen worden gebruikt: procentueel aandeel t.o.v. het totale aantal bedden of ligdagen, leeftijd, ADL, aard en ernst van pathologieën, occasionele tussenkomsten van de controlerende geneesheren of/en van de geneesheren van de gemeenschappen.

De huidige V-bedden zouden dan een primordiale rol spelen in de oprichting van deze functie "langdurig verblijf met niet-acute zorgen"; een deel van deze V-functie zou evenwel ook gerealiseerd kunnen worden in een instelling voor acute zorgen.

#### 2.2.1.2. Financiering van de niet-acute zorgen

De sector van de niet-acute zorgen kan gefinancierd worden door het vaststellen van een globale enveloppe die wisselt volgens de globale behoefte aan zorgen van de groep der niet-acute patiënten.

#### 2.2.1.3. Financiering van de instellingen.

Elke instelling kan vergoed worden naargelang van de pathologieën en hun ernst d.m.v. een provisioneel bedrag dat a posteriori zal worden aangepast op basis van statistische gegevens die met de instelling en met de medische, paramedische en verpleegkundige activiteiten verband houden in uitvoering van art. 86 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen. Deze provisionele enveloppe zou eveneens een deel van de huisvestingskosten dekken.

#### 2.2.1.4. Tegemoetkoming in de huisvestingskosten.

De huisvestingskosten zijn het gevolg van de behoefte aan niet-acute zorgen. Deze kosten verschillen van instelling tot instelling en zijn niet gebonden aan de karakteristieken van de patiënt. Een gedeelte van het forfait van de huisvestingskosten zou ten laste moeten vallen van de patiënt naargelang van zijn inkomsten. De ziekteverzekering zou, volledig of gedeeltelijk, het overschot kunnen blijven dekken. De bedoeling is te komen tot een financiële tegemoetkoming van de patiënt die onafhankelijk is van de kostprijs van zijn zorgen.

### 2.2.2. Criteria voor V-diensten en V-patiënten.

#### 2.2.2.1. Beschrijving van de V-patiënt.

Hierboven werd reeds aangeduid dat het gewaagd is een robotfoto te maken van de V-patiënt, waarbij degenen, die er niet op lijken, zouden worden uitgesloten. De notie "aanpassing aan de aard en ernst van de pathologie van de patiënt" vergt nochtans dat we beschikken over een profiel van de patiënt, waarop de diensten zich zullen moeten kunnen baseren. De karakteristieken van de kandidaat-V-patiënt zijn de volgende:

- Bejaard, kan zijn toestand stabiel of instabiel zijn en kan hij acute fasen vertonen.

- Er is een continuïteit nodig voor de medische, verpleegkundige en paramedische zorgen, die permanent en soms gespecialiseerd zijn en dit gedurende een lange periode.

Zijn evolutie kan gunstig zijn, fataal, of chronisch en zwaar.

De sociale en psychologische problemen zijn sterk belastend.

De noodzaak van een voorafgaande opname in een acute dienst lijkt door iedereen te worden aangenomen. De voorafgaande opname moet evenwel gemotiveerd worden door nieuwe of brutaal toegenomen medische behoeften en niet worden beperkt tot een observatie met als doel de latere overbrenging naar een V-dienst te legitimeren.

De eis van de voorafgaande opname lijkt niet te moeten worden opgelegd aan de patiënt bij wie het terminale karakter van de aandoening duidelijk werd vastgesteld of die wordt heropgenomen in de V-dienst.

2.2.2.2. Normen en criteria voor de V-diensten die zouden overblijven.

a ) Beschrijving van de V-dienst.

Deze ontwerpen van normen zouden in ieder geval slechts toepasselijk zijn op de V-entiteiten met voldoende capaciteit en omvang (minimum aantal bedden : 75 à 100 ). De geïsoleerde V-bedden binnen de acute diensten zouden de karakteristieken behouden van de eenheid waar ze toe behoren.

De V-dienst wijdt zich aan de opname, de verzorging, de revalidatie, het opstellen van intercurrente diagnoses bij bejaarde patiënten die een continuïteit behoeven van de medische, verpleegkundige en paramedische zorgen gedurende een lange periode en die sterk afhankelijk zijn van hulp van derden voor hun dagelijkse activiteiten.

Het is wenselijk dat de V-dienst deel uitmaakt van een algemeen ziekenhuis, beschikkend over een geriatrische dienst en een functionele binding heeft met ten minste een rust- en verzorgingstehuis. Een V-dienst kan zich eveneens buiten een algemeen ziekenhuis bevinden. Voor de goede werking van deze architectonisch geïsoleerde dienst, dienen nochtans de volgende voorwaarden vervuld te worden:

De entiteit moet een minimumcapaciteit van 75 bedden hebben.

De dienst moet een functionele binding hebben met ten minste een algemeen ziekenhuis met een geriatrische dienst, alsook met ten minste één rust- en

verzorgingstehuis. Deze functionele bindingen moeten het voorwerp uitmaken van een schriftelijke overeenkomst, indien de inrichtende machten verschillend zijn.

Geïsoleerd of deel uitmakend van een algemeen ziekenhuis, moet de V- dienst:

1 / - een beroep kunnen doen op technieken (met name radiologie, laboratorium voor klinische biologie, electrocardiografie, algologie, analgesietechnieken), op vakbekwaamheid en op gespecialiseerde adviezen die noodzakelijk zijn door de pathologie van de patiënten, in het bijzonder die van een geriater, een anesthesist met bijzondere bekwaamheid in de algologie, een orthopedist, een cardioloog, een internist met bijzondere bekwaamheid in de cancerologie.

2 / - op elk ogenblik een beroep kunnen doen op de dringende tussenkomst van een geneesheer.

b) Architectonische normen. Behalve de algemene normen geldend voor de G-diensten (afzonderlijke architectonische eenheden van 24 bedden, toegankelijk voor rolstoelen,...) is het wenselijk.

- dat een ADL-kamer toegankelijk is.

- dat een mortuarium beschikbaar is.

c) Organisatorische normen. De medische leiding wordt waargenomen door een geneesheer-specialist in inwendige geneeskunde, bij voorkeur met bekwaamheid in de geriatrie.

Bij wijze van overgangsmaatregel behouden de geneesheren die op 31.12.1989 de facto 10 jaar de leiding van een V-dienst hebben waargenomen hun verworven rechten.

De geneesheren-specialisten, betrokken bij de behandeling moeten kunnen worden geraadpleegd.

De opname moet worden waargenomen door een voldoende aantal gediplomeerd verpleegkundig personeel, bijgestaan door verzorgend hulppersoneel. In elke eenheid moet permanent een gediplomeerd verpleegkundige aanwezig zijn. De functie van hoofdverpleegkundige moet bij voorkeur worden waargenomen door een verpleegkundige met een bijzondere bekwaamheid in de geriatrie.

De dienst moet over een kinesitherapeut beschikken. Daarenboven moet een beroep kunnen worden gedaan op ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten, sociaal assistenten of gegradueerde sociale verpleegkundigen naargelang van de noden van de patiënten.