

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

Brussel, 24 juli 1997

Bestuur van de Gezondheidszorg

Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid

NATIONALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Afdeling "Programmatie
en Erkenning"

Ref. : NRZV/D/125-2

ADVIES INZAKE HET PROGRAMMA

"ALGEMEEN ZIEKENHUIS"

IN HET KADER VAN HET NIEUW ZIEKENHUISCONCEPT (*)

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureau vergadering dd.
10 juli 1997

1. Achtergrond en problematiek

Naar aanleiding van een verzoek van mevrouw De Galan, Minister van Sociale Zaken, werd aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen een advies gevraagd omtrent de afbouw en de reconversie van ziekenhuisbedden.

In de voorstellen van de Minister werd rekening gehouden met de nota "Oleffe" die op de ministerraad van juli 1994 was voorgesteld.

Het debat ging toen over een nieuwe definitie van het ziekenhuis. In die nieuwe definitie werd eerder de nadruk gelegd op de "aangeboden dienstverlening" en de "kwaliteit ervan", waarbij werd afgestapt van traditionele noties als diensten, aantal bedden, bezettingsgraad en verblijfsduur.

Het denkwerk over het "basis"- of "buurtziekenhuis" past in het raam van het advies dat het Bureau van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen op 22 februari 1996 uitbracht.

De traditionele gegevens kunnen in een overgangperiode als beoordelingscriteria dienen, maar ze vormen niet langer de doorslaggevende elementen in de aanpak.

De uitdaging bestond erin "over te stappen" van een zuiver kwantitatief systeem op een meer kwalitatief systeem.

In dat verband werd de aanpak op basis van de diverse "minimale gegevens" (MKG, MVG, MFG, MPG en weldra MGG en MSG) van doorslaggevend belang.

In de nieuwe optie werd rekening gehouden met die verschillende elementen, met dien verstande dat de "persoon van de patiënt" voortaan "centraal" stond en niet langer het aantal bedden of andere parameters.

Het ziekenhuis moet worden beschouwd als instrument ten dienste van de patiënt.

In het raam van de uitwerking van het nieuwe ziekenhuisconcept vond men het aangewezen de "basisopdrachten" of "basisprogramma's" te omschrijven die elk algemeen ziekenhuis moet kunnen uitvoeren.

2. Methodologie

De werkgroep "basisziekenhuis" besliste dan ook een technische cel op te richten om die programma's op te stellen in samenwerking met de cel "kwaliteit" van het Ministerie van Sociale Zaken.

Er werden drie fasen uitgevoerd, wat enorm veel onderzoekswerk vergde. Dat verklaart waarom het eerste voorlopig verslag met enige vertraging werd voorgesteld.

- 2.1. Een eerste stap bestond erin, op basis van de MKG 1991, de 30 voornaamste DRG's te identificeren die in de Belgische ziekenhuizen worden aangetroffen.

Het ging erom het denkwerk te baseren op zo objectief mogelijke gegevens om te vermijden dat de aanpak zou worden belemmerd door louter kwesties van eigenbelang.

Hierbij moet de cel "kwaliteit" van het Ministerie van Sociale Zaken worden bedankt voor het geleverde werk.

- 2.2 In een tweede fase heeft de technische cel, op basis van de MKG 1992, de pathologieën gegroepeerd volgens de grootte van het ziekenhuis. Er werden vier groepen van ziekenhuizen opgericht: ziekenhuizen met minder dan 170 bedden, 170 à 250 bedden, 250 à 500 bedden en meer dan 500 bedden. In die tweede fase was het evenwel niet mogelijk tot pertinente conclusies te komen.

De resultaten werden omzichtig geïnterpreteerd, onder meer doordat gefuseerde ziekenhuizen een gemeenschappelijk CIV-nummer hebben.

2.3. De derde fase bestond erin de voornaamste pathologieën uit te zoeken die in alle algemene ziekenhuizen worden behandeld.

In samenspraak met de MKG-commissie onderzocht de cel met welke frequentie de diagnosegroepen in de ziekenhuizen van het Rijk tijdens het referentiejaar (1992) behandeld werden, en dit op basis van de opnamen "grote poort" en de spoedopnamen.

Op basis daarvan selecteerde de technische groep twee indicatoren:

- Indicator 1: percentage ziekenhuizen dat in 1992 een bepaalde DRG minstens 1 keer hebben behandeld. Bv.: in 1992 kreeg 99% van de acute ziekenhuizen minstens 1 keer DRG 14 (specifieke cerebro-vasculaire aandoeningen, met uitzondering van hersenischemie) te behandelen.
- Indicator 2: percentage ziekenhuizen dat in 1992 een bepaalde DRG te behandelen kreeg waarvoor de patiënt als spoedgeval was opgenomen. Bv.: in 1992 kreeg 95,9% van de acute ziekenhuizen minstens 1 keer DRG 14 als spoedgeval te behandelen.

Op basis van die indicatoren kon de technische groep het volgende bepalen:

- de geneesheren-specialisten die volgens hem deel moeten uitmaken van de medische staf voor opvang of stabilisering van de gezondheidstoestand van patiënten in spoedopname; die artsen vormen de eigenlijke "operationele kern" van het algemeen ziekenhuis;
- de geneesheren-specialisten die een snel oproepbare wacht waarnemen.
- de consulterende geneesheren-specialisten die deel uitmaken van een netwerk waartoe het algemeen ziekenhuis behoort of van een referentiepool.

Er moet worden aangestipt dat voor bepaalde disciplines de technische groep oordeelt dat een internist met polyvalente competentie in cardiologie, pneumologie, gastro-enterologie ...een medisch spoedgeval kan opvangen. Indien hij beslist de patiënt over te brengen naar een van de gespecialiseerde diensten of naar een andere instelling na de nodige zorg te hebben toegediend en de diagnostische oriëntaties te hebben verduidelijkt, heeft hij de spoedfunctie en de opdracht van algemeen ziekenhuis vervuld. Hetzelfde geldt voor de algemeen chirurg.

3. Partiële resultaten

Op grond van de voornaamste MDC's blijkt dat het basis- of algemeen ziekenhuis (cfr. vocabularium) het volgende profiel moet vertonen

MDC	medisch discipline of MDC-titel	specialist € medische staf van het algemeen ziekenhuis	specialist oproep- baar op korte termijn	consulterend specialist € verzorgingsnetwerk of referentiepool
MDC 01M	Neurologie	Neuroloog	-	-
MDC 01C	Neurochirurgie	-	-	Neurochirurg
MDC 02M/C	Oftalmologie	-	Oftalmoloog	-
MDC 03M/C	Neus-, keel- en oorziekten	-	Neus-, keel- en oorspecialist	-
MDC 04M	Pneumologie	Pneumoloog/internist	-	-
MDC 04C	Cardiovasculaire en thoracale chirurgie	cardioloog/internist	in functie van de noden van de lokale bevolking	cardiovasculair en thoracaal chirurg
MDC 05C				
MDC 05M				
MDC 06M	Gastroenterologie, hepatobiliaire pathologie en aandoeningen van de pancreas	gastroenteroloog/internist		
MDC 07M				
MDC 06C				
MDC 07C				
MDC 08M/C	orthopedie en traumatologie	abdominaal chirurg algemeen chirurg orthopedisch en traumatologisch chirurg		
MDC 09M/C	aandoeningen van huid, subcutane weefsels en borstklier	Zie werkgroep NRZV Oncologie		
MDC 10M	endocrinologie, voedings- en	internist / endocrinoloog		
MDC 10C	metabole stoornissen	algemeen chirurg		
MDC 11M	nefrologie, urologie,	nefroloog/internist	of uroloog	
MDC 12M	andrologie			
MDC 11C	nefrologie, urologie,		uroloog	
MDC 12C	andrologie			
MDC 13M/C	gynaecologie		gynaecoloog	
MDC 14M/C	zwangerschap en bevalling	zie normen MIC en NIC		
MDC 15M/C	neonatalogie			
MDC 16M	hematologie, immunologie	internist		
MDC 16C	idem	algemeen chirurg		
MDC 17M	myeloproliferatieve aandoeningen en weinig gedifferentieerde neoplasmata	Zie werkgroep NRZV oncologie		
MDC 17C				
MDC 18M	infectieziekten en parasitaire aandoeningen (systemisch of niet gespecificeerde lokalisatie)	internist		
MDC 18C		algemeen chirurg		
MDC 19M	psychische stoornissen en alcohol- en druggebruik	psychiater, die deel uitmaakt van medische staf of bereikbaarheid verzekert		
MDC 20M				
MDC 19C	psychische stoornissen	algemeen chirurg **		
MDC 21M	Accidenten, vergiftigingen	internist		
MDC 21C		algemeen chirurg		
MDC 22M/C	brandwonden polytraumata	Zie werkgroep NRZV polytraumata		
MDC 25M/C				
MDC 23M/C	factoren die gezondheid beïnvloeden en andere contacten met gezondheidszorg	Heterogene MDC, eventueel te bekijken op niveau van ICD-9-CM-codes		
MDC 24M	H.I.V.	internist		

** Algemeen chirurg, daar het uitsluitend de DRG 424 betrof, namelijk onverschillig welke "heelkundige ingreep met geestesziekte als hoofddiagnose".

MDC

- MDC 1 **Ziekten en aandoeningen van het zenuwstelsel.**
- MDC 2 **Ziekten en aandoeningen van het oog.**
- MDC 3 **Ziekten en aandoeningen van neus, keel en oren.**
- MDC 4 **Ziekten en aandoeningen van het ademhalingsstelsel.**
- MDC 5 **Ziekten en aandoeningen van het hart- en vaatstelsel.**
- MDC 6 **Ziekten en aandoeningen van het spijsverteringsstelsel.**
- MDC 7 **Ziekten en aandoeningen van het hepatobiliair systeem en de pancreas.**
- MDC 8 **Ziekten en aandoeningen van het bewegingsstelsel en het bindweefsel.**
- MDC 9 **Ziekten en aandoeningen van de huid, subcutis en mamma.**
- MDC 10 **Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten.**
- MDC 11 **Ziekten en aandoeningen van nier en urinewegen.**
- MDC 12 **Ziekten en aandoeningen van de mannelijke geslachtsorganen.**
- MDC 13 **Ziekten en aandoeningen van de vrouwelijke geslachtsorganen.**
- MDC 14 **Zwangerschap, bevalling en kraambed.**
- MDC 15 **Pasgeborenen en aandoeningen die hun oorsprong hebben in de perinatale periode.**
- MDC 16 **Ziekten en aandoeningen van het bloed en de bloedvormende organen en immunologische aandoeningen.**
- MDC 17 **Myoproliferatieve ziekten en aandoeningen en weinig gedifferentieerde neoplasmata.**
- MDC 18 **Infectieziekten en parasitaire ziekten.**
- MDC 19 **Psychische stoornissen.**
- MDC 20 **Alcohol- en druggebruik en door alcohol en drugs geïnduceerde organische psychotische aandoeningen.**
- MDC 21 **Ongevallletsels, vergiftigingen en toxische gevolgen van geneesmiddelen.**
- MDC 22 **Brandwonden.**
- MDC 23 **Factoren die de gezondheid beïnvloeden en contacten met gezondheidsdiensten.**
- MDC 24 **H.I.V.-infectie.**
- MDC 25 **Multiple traumata.**

4. Interpretatie

Op basis van die analyse kon de aanwezigheid van een aantal grote medische disciplines binnen elk ziekenhuis worden vastgesteld, hetzij behorend tot de medische staf, hetzij in de vorm van een snel oproepbare wacht, of nog in de vorm van een functionele samenwerkingsovereenkomst of samenwerkingsverband (zie hierboven). Uit die vaststelling heeft men afgeleid dat een aantal van die disciplines verplicht aanwezig moeten zijn.

Hierbij moeten vier opmerkingen worden gemaakt:

- de werkgroep is van oordeel dat de notie "basisziekenhuis" voor verwarring zorgt, aangezien men hieruit zou kunnen afleiden dat een dergelijk ziekenhuis volledig kan worden gedefinieerd door het naast elkaar plaatsen van een aantal "basisprogramma's". De activiteit van een basisziekenhuis omvat weliswaar een aantal van die programma's, maar overstijgt ze ook. De notie "programma" duidt immers een voldoende samenhangend en homogeen geheel van diagnoses en procedures aan; dat is niet het geval voor de volledige "basisactiviteit", die integendeel erg heterogene elementen bevat. De groep meent dan ook eenparig dat de term "basisziekenhuis" die diversiteit onvoldoende weergeeft en verkiest de benaming "algemeen ziekenhuis".
- het algemeen ziekenhuis moet niet worden opgevat als tegengesteld aan andere structuren, maar wel als "kern" van waaruit al dan niet intensieve gespecialiseerde "modules" kunnen worden ontwikkeld. Sommige modules kunnen losstaan van een algemeen ziekenhuis, maar de meeste zijn er eng mee verbonden. Er moet hier inzonderheid worden gewezen op de specifieke situatie van de zogenaamde "buurtziekenhuizen". Dat zijn algemene ziekenhuizen die bovendien beschikken over diverse gespecialiseerde modules die aan de behoeften van een bepaalde subregio moeten voldoen (MUG-modules, materniteit, enz.);
- een wezenlijk kenmerk van het algemeen ziekenhuis is de mogelijkheid om spoedgevallen op te vangen, waaronder ook die met betrekking tot bepaalde bevolkingsgroepen (pediatrie, geriatrie en psychiatrie), en dit zonder afbreuk te doen aan het bestaan van spoedgevallendiensten die meer specifiek gebonden zijn aan bijzondere erkenningsvoorwaarden. Die kwesties worden thans onderzocht door andere werkgroepen van de Nationale Raad. In dat verband duikt vaak het voorstel op om de "verbindingsfuncties" aan te moedigen, weliswaar in een meer gestructureerde vorm als wat reeds in de psychiatrie bestaat;
- de werkgroep wijst tenslotte op de absolute noodzaak om de notie "netwerk" in aanmerking te nemen, meer bepaald met het oog op de hierboven aangehaalde "verbindingsfuncties".

5. Terminologie-aspecten: algemeen ziekenhuis

5.1. In de loop van de gesprekken doken drie termen op: "basisziekenhuis", "buurtziekenhuis" en "algemeen ziekenhuis".

In het raam van een "meer persoonlijke" benadering van de dienstverlening aan de patiënt werd de notie "basisziekenhuis" eerst opgevat als een "ziekenhuis dicht bij het individu", waarbij laatstgenoemde moet worden beschouwd in zijn integraliteit, namelijk in zijn fysieke, sociale en mentale dimensie (zie definitie W.G.O.)

De werkgroep koos voor de term "algemeen ziekenhuis".

Het algemeen ziekenhuis moet worden beschouwd als belast met een algemene opdracht ten dienste van de patiënt, d.w.z.:

- Het dient tegemoet te komen aan de behoeften inzake toegankelijkheid van de zorgverlening voor een populatie die in een gegeven omgeving verblijft; hierbij wordt de klemtoon gelegd op een integrale opvang van de patiënt.
- Het dient dus voornamelijk te zorgen voor:
 - de opvang van spoedgevallen 24u. op 24;
 - kwaliteitszorg:
 - permanente zorgverlening binnen een netwerk dat zich over een bepaald grondgebied uitstrekt en dat verschillende en/of complementaire bekwaamheden verenigt, die een gemeenschappelijk doel nastreven, namelijk het verbeteren van de opvang van een zieke populatie;
- Functionele echelonnering is mogelijk: een acuut ziekenhuis kan gespecialiseerde programma's aanbieden, maar moet in de eerste plaats de opdracht van algemeen ziekenhuis vervullen.

5.2. Programma's.

De werkgroep wilde de definitie van algemeen ziekenhuis niet beperken tot een reeks "basisprogramma"s opgevat als de basis van gespecialiseerde programma's.

Het algemeen ziekenhuis is een ziekenhuis dat moet voldoen aan de behoeften inzake gezondheidszorg van een gegeven populatie.

Dat belet niet dat een algemeen ziekenhuis over een of ander gespecialiseerd programma beschikt.

5.3. Het algemeen ziekenhuis moet zich in een netwerk inschakelen.

Een netwerk is een geheel van samenwerkingsverbanden tussen autonome productie-eenheden. Dat kan onder meer via associaties worden geregeld.

"Samenwerking berust op specifieke relaties tussen duidelijk geïdentificeerde eenheden die de activiteiten coördineren op basis van twee hoofdmechanismen: formele overeenkomsten in de vorm van contracten en informele overeenkomsten over de gedragsregels".

Netwerken worden nu mogelijk gemaakt door de nieuwe communicatietechnologieën.

"..dankzij de informatieverwerking zou de verplaatsing van zieken meer en meer moeten kunnen worden voorkomen; dat nieuwe gegeven sluit aan bij de grote trends van de toekomst: netwerken, kabel, thuiswerk, tele-expertises, thuiszorg; kortom, de terugkeer van de patiënt in zijn eigen woonomgeving.

5.4. Ziekenhuishiërarchie: het concept netwerk maakt het principe van ziekenhuishiërarchie, dat steunt op afhankelijkheid van een ziekenhuis ten opzichte van een ander, overbodig. Het gaat nu om partnerschap. In het nieuwe concept werkt het algemeen ziekenhuis samen met gespecialiseerde eenheden.

6. Eisen waar het algemeen ziekenhuis moet aan voldoen

Zonder de diverse ziekenhuizen, die elk hun specifieke rol hebben, te willen confronteren of te hiërarchiseren, kan men het algemeen ziekenhuis definiëren als een ziekenhuis dat tegemoetkomt aan de behoeften van de patiënten in hun spatio-temporele en socio-economische dimensie.

Die benadering maakt het mogelijk het algemeen ziekenhuis en de eerstelijnsgezondheidswerkers efficiënt op elkaar af te stemmen.

Laatstgenoemden kunnen de huisartsen, de verpleegkundigen, de thuisverzorgers of de sociale diensten, enz. zijn.

Het algemeen ziekenhuis vormt de kern waarrond zich gespecialiseerde eenheden kunnen ontwikkelen. Inzonderheid het algemeen buurtziekenhuis beschikt, naast de basisdiensten en -functies, over de diensten en functies die nodig zijn gelet op de bijzondere kenmerken van de populatie en de bediende geografische zone.

- Doelpopulatie

Het algemeen ziekenhuis moet alle categorieën van patiënten kunnen opvangen, ongeacht de leeftijd, de pathologie, het inkomen of het feit dat zij uit eigen initiatief of op advies van de arts komen.

De toegankelijkheid moet maximaal zijn. Op dat niveau moet dus geen onderscheid worden gemaakt tussen kinderen en volwassenen; dat onderscheid kan wel worden gemaakt wanneer het om meer gespecialiseerde programma's gaat.

- Multidisciplinair kader.

Aangezien geen onderscheid wordt gemaakt, moet de populatie in een multidisciplinair kader worden opgevangen. Die eis veronderstelt de naleving van een aantal minimumcriteria:

- beschikken over technische functies, zoals laboratorium voor basis klinische biologie, dienst voor basis medische beeldvorming, operatiekwartier, intensieve zorg, spoedopname, basisziekenhuisapoteek,...

- een medische en verpleegkundige permanentie verzorgen onder de verantwoordelijkheid van een geneesheer hoofd van dienst en een hoofdverpleegkundige van het verpleegkundig departement...
- een minimumgrootte hebben zodat de in een algemeen ziekenhuis vereiste kwaliteit kan worden verzekerd;
- een minimumactiviteit hebben; de kwaliteit ervan wordt omschreven in het raam van een systematisch evaluatieproces gebaseerd op de DRG's;
- over normen voor kwaliteitstoetsing beschikken.

Algemeen ziekenhuis

opdracht als algemeen opdracht als algemeen ziekenhuis vervullen". (cfr. Tussentijds verslag

"Algemeen ziekenhuis, maart 1997)

Tabel 1: De diverse medische disciplines (K.B. 25.11.91)

MEDISCHE DISCIPLINES	Algemeen Ziekenhuis		Zorgennetwerk
	Med. disciplines in het alg. ziekenhuis	Specifiek oproepbare werkd 24/24 uur	Nabijheid-netwerk en referentie centrum (partnersaat)
MEDISCHE STAF			
1. Interne Geneeskunde	ja		-
2. Cardiologie (WG)	ja	ja	ja
3. Nefrologie (WG)	ja	ja	ja
4. Pneumologie	ja	ja	te bepalen
5. Gastro-enterologie	ja	ja	te bepalen
6. Chirurgie	ja	ja	te bepalen
7. Orthopedie	ja	ja	te bepalen
8. Neurologie	ja	ja	te bepalen
9. Anesthesie-reanimatie	ja	ja	-
10. Radiodiagnostiek	ja	ja	-
11. Klinische biologie	ja (1)	ja (alg netwerk)	ja
12. Oncologie (werkgroep)	ja	ja	ja
13. Functie "urgentie" niet 100 gebonden Brevet van acute geneeskunde (WG)	ja	ja 24/24 h ter plaats	ja
14. Functie "gespecialiseerde bewakingfunctie" Brevet van acute geneeskunde (WG)	ja	ja 24/24 h ter plaats	ja
LIAISON FUNCTIES (2)			
1. Liaison pediatrie	ja	neen	ja
2. Liaison geriatrie	ja	neen	ja
3. Psychiat. Functie via liaison psychiatrie (werkgroep)	ja	ja (via netwerk)	ja
ZORGENNETWERK			
1. Endocrinologie			ja
2. Reumatologie			ja
3. Hematologie			ja
4. Urologie			ja
5. Neurochirurgie			ja
6. Gynecologie			ja
7. Neonatologie			ja
8. Dermatologie-venereologie			ja
9. Ophtalmologie			ja
10. Otorhinolaryngologie			ja
11. Fysische geneeskunde			ja
12. Anatomopathologie			ja

1. Basisactiviteit in de klinische biologie (K.B. 30. 1. 89 art. 2) : op de campus voorzien in een antennelaboratorium van het centraal labo (in het kader van het zorgennetwerk), in staat om een minimum aantal analyses te verrichten van biochemie en hematologie, met inbegrip van de bloedgassen.

2. De liaisonfuncties (pediatrie, geriatrie, psychiatrie, etc.) "de liaison specialisten", zijn aan het basisziekenhuis verbonden alwaar zij, in functie van de noden, complementaire prestaties verrichten t.a.v. deze door het ziekenhuis verzekerd. Bovendien, ieder voor wat zijn/haar specialiteit betreft, zijn het de bevoorrechte gesprekspartners van alle deelnemers aan het zorgennetwerk. Zo is het bv. mogelijk dat elk ziekenhuis kinderen kan opnemen binnen zijn gespecialiseerde diensten, op uitdrukkelijke voorwaarde dat de kinderen tijdens hun verblijf onderzocht worden door een pediatr, teneinde de risico's in te schatten en elke andere pathologie evt. te onderkennen.

WERKGROEPEN CARDIOLOGIE, GERIATRIE, PEDIATRIE

1. De cardioloog moet bestendig oproepbaar zijn en aanwezig binnen de 15 minuten.

2. Het programma "geriatrie" is in elk algemeen ziekenhuis verplichtend. Er wordt in een overgangstermijn van 10 jaar voorzien op voorwaarde dat er intussen een conventie bestaat met een compleet geriatisch programma in een nabijgelegen ziekenhuis.

3. De dienst E bestaat niet in elk ziekenhuis. De overgangperiode bedraagt 5 jaar tijdens dewelke een kind kan worden opgenomen in een algemeen ziekenhuis, onder strikt gebonden condities, en waarbij er een associatie moet zijn met een erkend pediatrisch programma.

TABEL 2 : HET ALGEMEEN ZIEKENHUIS EN ZIJN MIDDELEN

I. Verpleegkundig en paramedisch personeel

1. Gediplomeerde verpleegkundigen, gevormd voor wat de zorgen en de tenlasteneming betreft van patiënten van de medische discipline;
2. Hulpverpleegkundigen en/of andere equivalente functies;
3. Kinesisten (al of niet verbonden aan de dienst, in functie van de discipline);
4. Diëtisten;
5. Sociale assistenten;
6. Anderen (bv. psycholoog, ergotherapeut...) aan te vullen volgens de behoeften van de zorgenprogramma's.

II. Diverse logistieke steunverlening

1. Medische beeldvorming :
 - * Conventionele radiologie
 - * Ultrasonographie of echotomographie
 - * Tomodensitometrie
 - * Toegang tot de nucleaire geneeskunde en de NMR (in het kader van een partnerschap)
2. Laboratorium voor klinische biologie :
 - * Bloed, urine, biologische vochten, standaard analyses en iöno-grammen;
 - * Hemostase
 - * Bloedgassen
 - * Bijzondere immunohematologische proeven (bloedgroepen, bloedcompatibiliteit enz...);
 - * Bloedbank;
 - * Microbiologie, Cyto-hematologie
 - * Screening toxicologie en alcohol;
 - * Andere : te bepalen in functie van de lokale medische noden.
3. Functionele exploraties, buiten de medische beeldvorming, vnl.
 - * hart :
 - o ECG, monitoring van Holter, inspanningsproef, hartcatherisme (in het kader van een partnerschap)
 - o Cardiale electrofysiologische exploratie
 - * pulmonaire :
 - o Bronchofibroscoopie, functionele respiratoire proeven.
 - * spijsvertering :
 - o Endoscopie oeso-gastro-duodenaal, functionele digestieve exploraties (maagsecretie, intestinale absorpties,
 - * neurologische :
 - o EEG, geëvoceerde potentialen, EMG.
4. Daghospitaal en consultaties in diverse disciplines
5. Polyvalent operatiekwartier
6. Readaptatie :
 - * Kinestherapie, functionele readaptatie.
7. Medische logistiek :

- * Apotheek, centrale sterilisatie, medische archieven:
- 8. Hotelslogistiek :
 - * Maaltijden, wasserij, onderhoud
- 9. Infobalie en communicatiecentrale.
- 10. Technische diensten
- 11. Transportdiensten (intra- en interziekenhuis)
- 12. Andere : aan te vullen volgens de vereisten van de verzorgingsprogramma's.

III. Kwaliteitscontrole

1. Zorgenproces : parameters te bepalen in functie van de disciplinaire voorbeelden :
 - registratie en bijhouden van een register
 - schriftelijk zorgenprocedures
 - evaluatie van de medische en verpleegkundige dossiers
 - peer-review voor geneesheren, etc.
2. Behaalde resultaten : parameters te bepalen in functie van de disciplines : voorbeelden :
 - opvolging van de ziekenhuismortaliteit
 - complicaties
 - gemiddelde ligduur, etc.

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

Brussel, 10 juli 1997

Bestuur van de Gezondheidszorg

Bestuursdirectie Gezondheidszorg-
beleid

NATIONALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Afdeling "Programmatie
en Erkenning"

BIJLAGE AAN HET ADVIES INZAKE
HET PROGRAMMA "ALGEMEEN ZIEKENHUIS"
IN HET KADER VAN HET NIEUW ZIEKENHUISCONCEPT

Basiszorgprogramma inzake de cardiologie

CARDIALE PATHOLOGIE IN HET NIEUWE ZIEKENHUISCONCEPT

De programma's "cardiale pathologie" omvatten het geheel van de ziekenhuisactiviteit voor patiënten met cardiale problematiek.

Het voorliggende voorstel onderscheidt twee programma's waarbinnen meerdere modules worden beschreven. Het begrip "verfijningsmodule" betreft een specifieke patiëntenpopulatie of specifieke activiteit die binnen het kader van een programma kan worden ontwikkeld. Het begrip "patiëntenas" houdt een stratificatie in van de patiëntenpopulatie binnen een programma of een programmamodule in functie van de specificiteit en/of de ernst van de pathologie en de zwaarte van de zorg.

Voorafgaandelijk dient opgemerkt dat ieder ziekenhuis, zelfs indien het geen erkenning overweegt voor een programma cardiale pathologie, in staat moet zijn cardiale problemen te herkennen, hun ernst en dringendheid te evalueren en binnen de vereiste termijnen in veilige omstandigheden te verwijzen naar een ziekenhuis waar het geëigende programma wordt aangeboden.

PROGRAMMA VOOR CARDIALE PATHOLOGIE, TYPE A

1. Doelpopulatie en opdracht

Het programma type A richt zich op de diagnose, behandeling, verzorging en revalidatie van patiënten met vermoede of aangetoonde cardiale problematiek voor zover op dat ogenblik de diagnose bij deze patiënten kan gesteld worden zonder doorgedreven invasieve diagnostische exploratie en hun behandeling geen uitgesproken invasief karakter heeft. In de huidige stand van medisch-wetenschappelijke kennis en inzicht betekent dit dat minstens volgende procedures deskundig, in veilige en kwaliteitsvolle omstandigheden moeten kunnen worden aangeboden : defibrillatie, intubatie en beademing, instelling binnen de vereiste termijn en opvolging van een coronair trombolytische behandeling, installatie van een tijdelijke pacemaker, tijdelijke of meer langdurige rechter hart drukmeting, intra-arteriële drukmeting, echocardiografie en Holtermonitoring

Dit programma wordt aangevuld met aanvullende modules waaronder een module inzake pacemaker.

2. Programmakenmerken

a) medische equipe :

- minimaal 2 cardiologen/internisten voltijds en exclusief aan het ziekenhuis verbonden
- één van hen moet permanent oproepbaar zijn, derwijze dat hij binnen de 15 minuten in het ziekenhuis kan aanwezig zijn
- permanente beschikbaarheid binnen de muren van het ziekenhuis van een geneesheer specialist met de nodige deskundigheid om cardiale urgenties te herkennen, op te vangen en te stabiliseren

- b) Specifieke logistiek :
- diagnostisch instrumentarium : EKG, echocardiografie, cyclo-ergometer, holtermonitoring, telemetrie
 - defibrillator
 - uitrusting voor telemetrie
 - infrastructuur (uitrusting, personeel, organisatie) voor trombolyse, voor rechter hartdrukmeting en voor beademing
- c) Omgevingselementen :
- Beeldvorming : een dienst beeldvorming die beschikt over de klassieke conventionele onderzoeksmogelijkheden dient 24/24 uur oproepbaar te zijn
 - Intensieve zorgen :
 - een infrastructuur (uitrusting, personeel, organisatie) dient binnen het ziekenhuis ter beschikking te staan voor het verlenen van meer intensieve verzorging met o.a. de mogelijkheid tot permanente monitoring van hartritme, invasieve vasculaire drukmeting, defibrillatie en beademing
 - permanente beschikbaarheid binnen de muren van het ziekenhuis van een geneesheer specialist met de nodige ervaring en deskundigheid om de medische verantwoordelijkheid van deze intensieve zorgen op zich te nemen
 - voldoende deskundige verpleegkundigen dienen 24/24 uur aanwezig te zijn mede rekening houdend met de zwaarte van de zorg
 - de voorzieningen voor intensieve zorgen dienen naar capaciteit aangepast aan de aard en het volume van de patiëntenproblemen
 - Het klinisch laboratorium dient 24/24 uur beschikbaar te zijn en de nodige onderzoeksresultaten binnen de vereiste termijnen aan de behandelende arts te kunnen meedelen
 - Spoedgevallen : een behoorlijk functionerende en deskundig bemande afdeling voor de opvang van spoedgevallen dient in het ziekenhuis aanwezig te zijn
- d) Capaciteitselementen :
- Elke patiënt moet indien aangewezen kunnen worden opgenomen of in een ambulante voorziening kunnen worden opgevangen
- e) Functioneel-organisatorisch :
- Een samenwerkingsverband met één of meerdere programma's cardiale pathologie type B is vereist zonder dat dit de vorm van een juridisch geformaliseerde samenwerking dient aan te nemen. Wel moet de samenwerking schriftelijk worden vastgelegd en in haar uitvoering worden gedocumenteerd. De schriftelijke overeenkomst slaat o.a. en minstens op 1) de organisatie van een gemeenschappelijke procesbewaking en kwaliteitsopvolging en 2) de modaliteiten van patiëntenverwijzing rekening houdend met de vereisten van dringendheid en veiligheid van het transport voor de individuele

patiënt.

3. Kwaliteitsopvolging

- Een programma cardiale pathologie type A veronderstelt het bijhouden van een register. De elementen die thans binnen de verplichte MKG-registratie worden geregistreerd zijn blijken in een eerste tijd te volstaan
- Een programma cardiale pathologie type A veronderstelt 1) de organisatie van een interne audit, 2) een gemeenschappelijke procesopvolging in samenwerking met de programma's type B waarmee wordt samengewerkt en 3) de medewerking aan een nationaal georganiseerd programma van peer review dat betrekking heeft op het geheel van de erkende programma's voor cardiale pathologie.