

**29 JANUARI 2007. - Koninklijk besluit houdende vaststelling  
eensdeels, van  
de normen  
waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt  
moet voldoen om te worden erkend en,  
anderdeels, van  
bijzondere aanvullende normen  
voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten**

BS 07/03/2007

*Gewijzigd door:*

***KB 26/03/2014-BS 18/04/2014 in voege vanaf 28/04/2014 (blz. 2-17, 19-20, 22-23)***

## **HOOFDSTUK I. - Algemene bepalingen**

### **Artikel 1.**

Om erkend te worden, moet het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt voldoen aan de normen vastgesteld in dit besluit.

### **Art. 2.**

§ 1. Ieder algemeen ziekenhuis dat beschikt over een erkende dienst voor geriatrie, met uitzondering van de geïsoleerde geriatriediensten, moet beschikken over een erkend zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.

Ieder algemeen ziekenhuis dat niet beschikt over een erkende dienst voor geriatrie, met uitzondering van de ziekenhuizen die uitsluitend beschikken over gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp), al of niet samen met diensten voor gewone hospitalisatie (kenletter H) of diensten voor neuropsychiatrie voor behandeling van volwassen patiënten (kenletter T), moet beschikken over een functioneel samenwerkingsverband met het dichtstbijzijnde algemeen ziekenhuis dat over een erkend zorgprogramma voor de geriatrische patiënt beschikt.

Iedere geïsoleerde geriatriedienst, al dan niet samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp), moet beschikken ~~hetzij over een erkend zorgprogramma voor de geriatrische patiënt~~ ~~hetzij~~ over een functioneel samenwerkingsverband met het dichtstbijzijnde algemeen ziekenhuis dat over een erkend zorgprogramma voor de geriatrische patiënt beschikt.

§ 2. Indien het ziekenhuis, in toepassing van § 1, over een functioneel samenwerkingsverband beschikt, dient dit samenwerkingsverband de nodige regels te bevatten betreffende de wijze waarop de interne liaison, de externe liaison en **de geriatrische consultatie** ~~het geriatrisch consult~~ worden verzekerd ten aanzien van de patiënten in dat ziekenhuis.

Deze regels worden eveneens uitdrukkelijk in het in artikel 23 bedoelde pluridisciplinair geriatrisch handboek opgenomen.

## **HOOFDSTUK II. - Doelgroep**

### **Art. 3.**

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt richt zich tot de populatie geriatrische patiënten van gemiddeld ouder dan 75 jaar, welke een specifieke aanpak behoeft om verschillende van de hierna vermelde redenen :

1° fragiliteit en beperkte ~~homeostase~~ ~~homeïostase~~;

2° actieve polypathologie;

3° atypische klinische beelden;

4° verstoorde ~~farmacokinetica~~ ~~farmacocinetica~~;

5° gevaar van functionele achteruitgang;

6° gevaar voor deficiënte voeding;

7° tendens tot inactiviteit en bedlegerigheid, met toegenomen risico op opname in een instelling en afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijks leven;

8° psychosociale problemen.

### **Art. 4.**

Elke gehospitaliseerde patiënt van 75 jaar of ouder in het ziekenhuis wordt door een teamlid van de afdeling waar de patiënt verblijft gescreend met behulp van een wetenschappelijk gevalideerd instrument om na te gaan of hij voldoet aan één van de in artikel 3 bedoelde criteria, en of hij al dan niet in het zorgprogramma moet worden opgenomen. Hiervan wordt melding gemaakt in het patiëntendossier.

Elke gehospitaliseerde patiënt van jonger dan 75 jaar in het ziekenhuis die tekenen van kwetsbaarheid zoals bedoeld in artikel 3 vertoont, kan eveneens het voorwerp uitmaken van de in het vorige lid bedoelde screening.

Indien bij een positieve score op de in het eerste of tweede lid bedoelde screening geen beroep wordt gedaan op het pluridisciplinaire team van de geriatrische interne liaison, wordt de reden hiervoor genoteerd in het patiëntendossier.

Voor de toepassing van dit artikel dient onder gehospitaliseerde patiënt te worden verstaan: "de patiënt die opgenomen wordt in een ziekenhuis en er verblijft.

### **Art. 4.**

~~Elke in het ziekenhuis opgenomen patiënt ouder dan 75 jaar, wordt geëvalueerd om na te gaan of hij voldoet aan één van de in artikel 3 bedoelde criteria, en of hij al dan niet in het zorgprogramma moet worden opgenomen.~~

### **HOOFDSTUK III. - Aard en inhoud van de zorg**

#### **Art. 5.**

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt is gericht op het pluridisciplinair diagnostisch en therapeutisch proces, alsook op de revalidatie en de opvolging van de geriatrische patiënt. Tevens waarborgt het zorgprogramma, in samenspraak met de huisarts en de andere zorgverstrekkers, het opsporen van geriatrische patiënten, alsook de continuïteit van de zorg. Het hoofddoel van het zorgprogramma bestaat erin via een pluridisciplinaire aanpak te streven naar een optimaal herstel van de functionele performantie en een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit van de oudere persoon.

#### **Art. 6.**

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt omvat :

- 1° een erkende dienst voor geriatric (kenletter G) zoals bedoeld in de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en de diensten moeten worden nageleefd;
- 2° een ~~geriatric~~ ~~consult~~ ~~geriatric~~ ~~consult~~ zoals bedoeld in artikel 14;
- 3° een ~~daghospitalisatie~~ ~~dagziekenhuis~~ voor de geriatric patiënt zoals bedoeld in artikel 15;
- 4° een interne liaison zoals bedoeld in artikel 16;
- 5° een externe liaison zoals bedoeld in artikel 20.

#### **Art. 7.**

Het geheel van de in artikel 6 bedoelde onderdelen wordt, tenminste op één van de vestigingsplaatsen, aangeboden als globaal zorgprogramma.

## **HOOFDSTUK IV. - De vereiste medische en niet-medische personeelsomkadering en deskundigheid**

### **Afdeling I. - De coördinatie van het zorgprogramma**

#### **Art. 8.**

De coördinatie en de organisatie van het zorgprogramma berusten bij de geneesheer-diensthoud van het zorgprogramma en de **verantwoordelijke verpleegkundige voor het zorgprogramma** ~~hoofdverpleegkundige van het zorgprogramma~~, aangeduid door de beheerder op voordracht van de hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement.

#### **Art. 9.**

De geneesheer-diensthoud van het zorgprogramma is een geneesheer-specialist erkend in de inwendige geneeskunde met een bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie of een geneesheer-specialist erkend in de geriatrie die voltijds verbonden is aan het ziekenhuis.

Hij organiseert de medische aspecten van het zorgprogramma.

Hij besteedt meer dan de helft van zijn werktijd aan de activiteit in het zorgprogramma en aan de permanente vorming van het personeel van het zorgprogramma. Hij mag tevens de functie van geneesheer-diensthoud van de in artikel 6 bedoelde dienst geriatrie vervullen.

**Art. 10.**

De verantwoordelijke verpleegkundige voor het zorgprogramma voor de geriatriche patiënt moet drager zijn van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatriche.

Hij organiseert de verpleegkundige, paramedische en verzorgende aspecten van het zorgprogramma.

~~**Art. 10.**~~

~~De hoofdverpleegkundige van het zorgprogramma voor de geriatriche patiënt is eveneens hoofdverpleegkundige van één van de in artikel 6 bedoelde onderdelen van het zorgprogramma. Hij moet drager zijn van de bijzondere beroepstitel gespecialiseerde verpleegkundige in de geriatriche.~~

~~De functie van hoofdverpleegkundige van het zorgprogramma voor de geriatriche patiënt mag eveneens worden waargenomen door een middenkader zoals bedoeld in punt 2° van rubriek “III. Organisatorische normen” van onderdeel “Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn”, gevoegd als bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen moeten worden nageleefd.~~

~~Hij organiseert de verpleegkundige, paramedische en verzorgende aspecten van het zorgprogramma.~~

**Art. 11.**

De geneesheer-diensthooft en de verantwoordelijke verpleegkundige voor het zorgprogramma ~~hoofdverpleegkundige van het zorgprogramma~~ zien, in samenspraak met het pluridisciplinair team, toe op :

- 1° het opstellen en bijwerken van het pluridisciplinair geriatriche handboek;
- 2° het opstellen en verwezenlijken van het kwaliteitsbeleid, zoals bepaald in het pluridisciplinair geriatriche handboek;
- 3° de naleving van de in dit besluit vastgestelde normen;
- 4° de registratie van de geriatriche gegevens;
- 5° de continuïteit van de zorg, met name via de doorstroming van patiëntgegevens;
- 6° de praktische organisatie van het pluridisciplinair overleg en de verslaggeving ervan.

## **Afdeling II. - Vereiste medische, verpleegkundige, paramedische en verzorgende deskundigheid**

### **Art. 12.**

Het zorgprogramma beschikt over een pluridisciplinair geriatrisch team. Dit team is minstens samengesteld uit personen met de volgende kwalificaties :

1° minstens één voltijds geneesheer-specialist erkend in de inwendige geneeskunde met een bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie of een geneesheer-specialist erkend in de geriatrie die aan het zorgprogramma is verbonden;

2° minstens twee verpleegkundigen houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of met de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie, met inbegrip van de verantwoordelijke verpleegkundige voor het zorgprogramma bedoeld in artikel 8

~~2° verpleegkundige;~~

3° sociaal assistent of verpleegkundige gespecialiseerd in de sociale gezondheidszorg ~~gegradueerde/bachelor in de verpleegkunde, optie sociale verpleegkunde;~~

4° kinesitherapeut

~~4° gegradueerde/bachelor in de kinesitherapie of licentiaat/master in de kinesitherapie;~~

5° ergotherapeut

~~5° gegradueerde/bachelor in de ergotherapie;~~

6° logopedist

~~6° gegradueerde/bachelor in de logopedie of licentiaat/master in de logopedie;~~

7° diëtist

~~7° gegradueerde/bachelor in de dieetleer;~~

8° licentiaat/master in de psychologie, bij voorkeur oriëntatie klinische psychologie;

9° zorgkundige.

## **HOOFDSTUK V. - Onderdelen van het zorgprogramma voor de geriatric patiënt**

### **Afdeling I. - Een erkende dienst voor geriatric**

#### **Art. 13.**

Het zorgprogramma omvat een erkende dienst voor geriatric (kenletter G) zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en de diensten moeten worden nageleefd.

### **Afdeling II. - De geriatric consultatie ~~Het geriatric consult~~**

#### **Art. 14.**

§ 1. De geriatric consultatie wordt uitgevoerd door een in artikel 12, 1°, bedoelde geneesheer-specialist. Het is bedoeld om, bij voorkeur op verzoek van de behandelende huisarts, een geriatric advies te verstrekken en voor het uitvoeren van interventies die geen pluridisciplinaire aanpak vereisen.

§ 2. Indien de geriatric consultatie gebeurt op verzoek van de behandelende huisarts, worden in het kader van de continuïteit van de zorg de bevindingen van de in artikel 12, 1°, bedoelde geneesheer-specialist schriftelijk aan deze huisarts en desgevallend aan de andere door de patiënt aangeduide zorgverleners overgemaakt. Deze bevindingen worden opgenomen in het patiëntendossier en de patiënt wordt geïnformeerd omtrent deze overmaking van informatie.

#### **~~Art. 14.~~**

~~Het geriatric consult laat toe, bij voorkeur op verzoek van de behandelend huisarts, om een geriatric advies te verstrekken.~~

### **Afdeling III. - De daghospitalisatie voor de geriatric patiënt ~~Het dagziekenhuis voor de geriatric patiënt~~**

#### **Art. 15.**

De opname in de daghospitalisatie ~~een dagziekenhuis~~ voor de geriatric patiënt gebeurt op verzoek van de huisarts, een geneesheer-specialist of na een geriatric consultatie ~~geriatric consult~~. De doelstelling bestaat erin om de geriatric evaluatie en de revalidatie ~~de diagnostische evaluatie, de therapeutische oppuntstelling en de revalidatie~~ op pluridisciplinaire wijze te organiseren.

Binnen de entiteit voor daghospitalisatie zoals bedoeld in artikel 30 is continu een verpleegkundige zoals bedoeld in artikel 12, 2°, aanwezig.

#### **Art. 15/1.**

De pluridisciplinaire geriatric evaluatie gebeurt aan de hand van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten en wordt uitgevoerd door een in artikel 12, 1°, bedoelde geneesheer-specialist, een verpleegkundige zoals bedoeld in artikel 12, 2°, en nog minstens een andere zorgverlener zoals bedoeld in artikel 12, 4°, 5°, 6°, 7° of 8°.



**Art. 15/2.**

Een eindverslag van de geneesheer-specialist van de pluridisciplinaire geriatrie-evaluatie zoals bedoeld in artikel 15/1, met de anamnese, de diagnose, de ziektegeschiedenis, de resultaten van de wetenschappelijk gevalideerde evaluatieschalen, de conclusies en het voorstel van zorgplan worden overgemaakt aan de behandelende huisarts en desgevallend de doorverwijzende geneesheer-specialist en de andere zorgverleners die de patiënt aanduidt. Dit eindverslag wordt opgenomen in het patiëntendossier en de patiënt wordt geïnformeerd omtrent deze overmaking van informatie.

**Art. 15/3.**

De pluridisciplinaire geriatrie-revalidatie is gericht op het behandelen van de moeilijkheden op vlak van cognitie, continence, evenwicht en slikken die een pluridisciplinaire benadering nodig hebben.

**Art. 15/4.**

Een pluridisciplinaire revalidatie door het pluridisciplinair geriatrie-team voldoet aan de volgende voorwaarden:

- 1° ze is gebaseerd op een voorafgaandelijke pluridisciplinaire geriatrie-evaluatie aan de hand van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten die een revalidatie-behoefte aantoont;
- 2° voorafgaandelijk aan de pluridisciplinaire revalidatie wordt een individueel revalidatieplan opgesteld, dat wordt opgenomen in het patiëntendossier;
- 3° de revalidatie gebeurt door minstens 2 zorgverleners per geriatrie-patiënt die elk een verschillende kwalificatie vertegenwoordigen zoals bedoeld in artikel 12, 4°, 5°, 6° en 8° ;
- 4° een wekelijkse teamvergadering om de voortgang van de patiënt te evalueren en om eventueel het individuele revalidatieplan aan te passen;
- 5° na de revalidatie wordt een verslag opgesteld waarin de evolutie van de patiënt is beschreven en waarin een opvolgingsplan voor verdere thuiszorg is vervat. Deze documenten worden opgenomen in het patiëntendossier en bezorgd aan de behandelende huisarts en desgevallend de doorverwijzende geneesheer-specialist en de andere zorgverleners die de patiënt aanduidt. De patiënt wordt geïnformeerd omtrent deze overmaking van informatie;
- 6° de pluridisciplinaire geriatrie-revalidatie is beperkt tot maximaal 40 sessies binnen een periode van 12 weken. De geriatrie-revalidatie kan jaarlijks slechts 1 keer plaatsvinden.

## Afdeling IV. - De interne liaison

### Art. 16.

De interne liaison maakt het mogelijk de geriatrische principes en de geriatrische pluridisciplinaire deskundigheid ter beschikking te stellen van de behandelend geneesheer-specialist en de teams, en dit voor alle in het ziekenhuis opgenomen geriatrische patiënten **die niet op een erkende dienst voor geriatric (kenletter G) en niet in de daghospitalisatie zijn opgenomen.**

### Art. 17.

De interne liaison **wordt verzekerd door bestaat uit** een pluridisciplinair geriatric team. Deze liaison wordt zo georganiseerd dat de geriatrische patiënten die in een andere dienst dan de dienst voor geriatric van het ziekenhuis verblijven, een beroep kunnen doen op de deskundigheid van elk van de kwalificaties van dit team. Dit team komt ter ondersteuning en op verzoek van het team van één van die diensten.

### Art. 18.

**§ 1.** Het pluridisciplinair team van de geriatric interne liaison is samengesteld uit personen die de kwalificaties bedoeld in artikel 12, 1°, 2°, 4°, 5°, 6°, 7° en 8°, vertegenwoordigen.

**§ 2.** Dit team bestaat minstens uit 2 voltijdse equivalenten, de geneesheer-specialist bedoeld in artikel 12, 1°, niet meegerekend, en het aantal hangt af van het jaarlijks in het ziekenhuis opgenomen aantal patiënten van 75 jaar of ouder waarvoor een opname in een erkende dienst voor geriatric, zoals bedoeld in artikel 13, niet mogelijk is.

### ~~Art. 18.~~

~~Het pluridisciplinair geriatric team van de interne liaison is samengesteld uit personen met kwalificaties vermeld in artikel 12, punt 2, 5, 6, 7 en 8, met dien verstande dat dit team minstens uit 4 voltijdse equivalenten bestaat en dat het aantal afhangt van het jaarlijks in het ziekenhuis opgenomen aantal theoretische patiënten.~~

### Art. 19.

**§ 1.** Het pluridisciplinair team van de geriatric interne liaison staat in voor:

- 1° het evalueren of patiënten die na screening met wetenschappelijk gevalideerde instrumenten, zoals bedoeld in artikel 4, eerste lid, al dan niet een geriatric profiel vertonen. Het verslag van deze evaluatie wordt opgenomen in het patiëntendossier en aan de behandelende huisarts overgemaakt. De patiënt wordt geïnformeerd omtrent deze overmaking van informatie;
- 2° de pluridisciplinaire geriatric evaluaties van patiënten met een geriatric profiel;
- 3° het geven van aanbevelingen aan het zorgteam en de behandelende geneesheer-specialist tijdens de hospitalisatie. Deze aanbevelingen worden in het patiëntendossier opgenomen;
- 4° het opstellen van aanbevelingen ten behoeve van de huisarts teneinde een heropname na het ontslag van de patiënt te vermijden. Deze aanbevelingen worden in het patiëntendossier opgenomen;
- 5° het verspreiden van de geriatric benadering in het ziekenhuis, onder meer via het aanleren van het systematisch opsporen van patiënten met een geriatric profiel door de verpleegkundigen en het organiseren van opleidingen of bijscholingen, in het bijzonder het coachen van het verpleegkundig en paramedisch personeel.

§ 2. Het pluridisciplinair team van de geriatric interne liaison vervult geen zorgtaken.

§ 3. Het pluridisciplinair team van de geriatric interne liaison vergadert minstens 1 keer per week over de patiënten voor wie de afgelopen week een tussenkomst van het interne liaisonsteam plaatsvond. De bevindingen worden in het patiëntendossier opgenomen en overgemaakt aan het zorgteam dat de patiënt behandelt.

**Art. 19.**

~~§ 1. Met uitzondering van de dienst kindergeneeskunde (kenletter E), de dienst intensieve neonatologie (kenletter NIC), de dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling van kinderen (kenletter K) en de dienst materniteit (kenletter M), beschikt elke verpleegeenheid, alsook de functies eerste opvang van spoedgevallen, gespecialiseerde spoedgevallenzorg, intensieve zorg en chirurgische daghospitalisatie, over minstens één binnen het team door het hoofd van het verpleegkundig departement aangeduide referentieverpleegkundige voor geriatric zorg.~~

~~De referentieverpleegkundige beschikt over een opleiding en/of bijzondere ervaring in de geriatric zorg.~~

~~§ 2. Binnen zijn team bevordert die referentieverpleegkundige, in samenwerking met het pluridisciplinair geriatric team van de interne liaison, de ontwikkeling van de geriatric aanpak en vergemakkelijkt hij het opsporen van geriatric patiënten op basis van gevalideerde instrumenten. De referentieverpleegkundige voor geriatric zorg kan, hetzij op eigen initiatief, hetzij in samenwerking met de verantwoordelijke geneesheer-specialist, een beroep doen op de interne liaison van het zorgprogramma waarbij de geneesheer-specialist erkend in de inwendige geneeskunde met een bijzondere beroepsbekwaming in de geriatric of de geneesheer-specialist erkend in de geriatric in consult wordt geroepen.~~

## Afdeling V. - De externe liaison

### Art. 20.

§ 1. De externe liaison is een transversale opdracht van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt die wordt gerealiseerd door de teams van de dienst geriatric, de geriatric daghospitalisatie, de geriatric interne liaison en de geriatric consultatie van bij de opname tot het ontslag van de patiënt.

§ 2. De externe liaison heeft als doel de geriatric principes en de geriatric pluridisciplinaire deskundigheid ter beschikking te stellen van de huisarts, de coördinerende en raadgevende arts en de zorgverstrekkers van de doelgroep buiten het ziekenhuis, zodat de continuïteit van de zorg wordt geoptimaliseerd en onnodige opnames worden vermeden, alsook synergieën en functionele samenwerkingsnetwerken worden ontwikkeld met de zorgverstrekkers en de voorzieningen van de doelgroep voor en na de hospitalisatie.

### Art. 20.

~~De externe liaison maakt het mogelijk de geriatric principes en de geriatric pluridisciplinaire deskundigheid ter beschikking te stellen van de huisarts, de coördinerende en raadgevende arts en de zorgverstrekkers van de doelgroep.~~

~~Ze streeft ernaar de continuïteit van de zorg te optimaliseren, onnodige opnames te vermijden, alsook synergieën en functionele samenwerkingsnetwerken te ontwikkelen.~~

### Art. 21.

~~De externe liaison beschikt over tenminste een halftijds gegradueerd/bachelor sociaal verpleegkundige of sociaal assistent die de functie van ontslagmanager waarneemt. Hij moet een opleiding inzake de continuïteit van de zorg aantonen. In samenwerking met het pluridisciplinair geriatric team van het zorgprogramma is de ontslagmanager belast met de in artikel 27 en 28 bedoelde opdrachten met betrekking tot de continuïteit van de zorg.~~

### Art. 22.

§ 1. Elk zorgprogramma gaat in het kader van de externe liaison van het zorgprogramma een formele samenwerking aan met :

- 1° een of meerdere geïntegreerde diensten voor thuisverzorging;
- 2° huisartsenkringen;
- 3° rust- en verzorgingstehuizen;
- 4° centra voor dagverzorging.

§ 2. Elk zorgprogramma maakt in het kader van de externe liaison van het zorgprogramma maximaal afspraken met betrekking tot het voorbereiden van het ontslag van de geriatric patiënt met de sociale dienst van het ziekenhuis en desgevallend met het behandelende team.

## **HOOFDSTUK VI. - De kwaliteitsnormen en normen voor kwaliteitsopvolging**

### **Afdeling I. - Kwaliteitsnormen**

#### **Onderafdeling I. - Het pluridisciplinair geriatrisch handboek**

##### **Art. 23.**

§ 1. Het zorgprogramma maakt een reeks afspraken inzake de samenwerking tussen de interne en externe actoren, die in het pluridisciplinair geriatrisch handboek worden opgenomen. Voormeld handboek bevat volgende gegevens :

1° de samenwerkingsmodaliteiten vermeld in het functioneel samenwerkingsverband, zoals bedoeld in artikel 2. Die modaliteiten betreffen met name de verwijzing van patiënten naar het zorgprogramma;

2° de modaliteiten volgens dewelke voor de geriatrische patiënt die thuis of in een verpleeginrichting verblijft, de pluridisciplinaire deskundigheid van het zorgprogramma in de vorm van een pluridisciplinaire geriatrische consultatie voor de geriatrische patiënt ter beschikking kan worden gesteld of een daghospitalisatie kan plaatsvinden;

~~2° de modaliteiten volgens dewelke voor de geriatrische patiënt die thuis of in een verpleeginrichting verblijft, de pluridisciplinaire deskundigheid van het zorgprogramma in de vorm van een pluridisciplinair geriatrisch consult of een opname in het dagziekenhuis voor de geriatrische patiënt ter beschikking kan worden gesteld;~~

3° de modaliteiten voor het formuleren van een advies door het team van het zorgprogramma, teneinde binnen de verpleeginrichtingen waarvoor een samenwerking bestaat de kwaliteit van de zorg te optimaliseren;

4° de samenstelling van het pluridisciplinair geriatrisch team van het zorgprogramma, alsook hun verdeling in de verschillende onderdelen van het programma;

5° de omschrijving van het pluridisciplinair project en van het kwaliteitsbeleid dat het zorgprogramma nastreeft (waarden, doelstellingen, opdrachten);

6° een beschrijving van de organisatie van de interne liaison voor het geheel van diensten en functies bedoeld in artikel 19, met inbegrip van de richtlijnen voor het opsporen van de in het ziekenhuis opgenomen geriatrische patiënten;

7° een beschrijving van de organisatie van de externe liaison, met inbegrip van de relatie met de huisarts;

8° de specifieke modaliteiten voor de organisatie van het zorgprogramma.

In het pluridisciplinair geriatrisch handboek worden progressief verschillende klinische zorgpaden ingevoerd waardoor de kwaliteit en de efficiëntie van de pluridisciplinaire geriatrische zorg worden verhoogd.

§ 2. Het pluridisciplinair geriatrisch handboek wordt ter beschikking gesteld van alle medewerkers van het zorgprogramma. Het ligt in het ziekenhuis ter inzage van alle zorgverstrekkers van het ziekenhuis en alle andere verstrekkers die vanwege de samenwerking bij het zorgprogramma betrokken zijn, evenals van de patiënt of zijn vertegenwoordiger.

§ 3. Het pluridisciplinair geriatrisch handboek maakt het voorwerp uit van een regelmatige actualisatie.

## Onderafdeling II. - Het pluridisciplinair zorgplan en het pluridisciplinair overleg

### Art. 24.

Voor elke geriatrische patiënt, opgenomen op de dienst voor geriatric, in ~~de daghospitalisatie het dagziekenhuis~~ voor de geriatriche patiënt of in een andere dienst, stelt het desbetreffende team in voorkomend geval samen met het team van de interne liaison ~~waarvoor ze moest interveniëren~~, een pluridisciplinair zorgplan op betreffende de diagnose, de behandeling en de eventuele revalidatie. Dit zorgplan maakt integraal deel uit van het dossier van de patiënt ~~en wordt bij ontslag overgemaakt aan de behandelende huisarts. De patiënt wordt geïnformeerd over deze overdracht.~~

### Art. 25.

§ 1. Het pluridisciplinair geriatriche team organiseert minstens elke week een pluridisciplinair overleg omtrent de geriatriche patiënten. Bij dit overleg worden, voor de patiënten die hen aanbelangen, eveneens de behandelend huisarts, alsook andere artsen of zorgverstrekkers die bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn, uitgenodigd. Indien het gaat om een geriatriche patiënt die in een andere dienst dan de dienst voor geriatric is opgenomen, worden ook de hoofdverpleegkundige en de arts van de betrokken dienst bij het overleg uitgenodigd.

§ 2. Indien het pluridisciplinair team een geriatriche evaluatie uitvoerde, kunnen de huisarts en andere artsen of zorgverstrekkers die de patiënt hebben verzorgd aan het binnen het ziekenhuis georganiseerde overleg deelnemen.

Indien het pluridisciplinair team een geriatriche evaluatie uitvoerde en de behandelende huisarts of andere artsen of zorgverstrekkers die de patiënt hebben verzorgd niet kunnen deelnemen aan het binnen het ziekenhuis georganiseerde overleg, wordt hen een verslag overgemaakt.

### ~~Art. 25.~~

~~§ 1. Het pluridisciplinair geriatriche team organiseert minstens elke week een pluridisciplinair overleg omtrent de geriatriche patiënten.~~

~~Aan dit overleg kunnen, voor de patiënten die hen aanbelangen, eveneens de behandelend huisarts, alsook andere artsen of zorgverstrekkers die bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn, deelnemen. Indien het gaat om een geriatriche patiënt die in een andere dienst dan de dienst voor geriatric is opgenomen, kunnen ook de referentieverpleegkundige en de arts van de betrokken dienst aan het overleg deelnemen.~~

~~§ 2. Indien in het kader van de externe liaisonfunctie het pluridisciplinair geriatriche team een evaluatie uitvoerde, kunnen de huisarts en andere artsen of zorgverstrekkers die de patiënt hebben verzorgd aan het binnen het ziekenhuis georganiseerde overleg deelnemen.~~

### Onderafdeling III. - De continuïteit van de zorg

#### **Art. 26.**

~~Teneinde de continuïteit van de zorg te bevorderen, wordt het ontslag van de patiënt vanaf zijn opname in het ziekenhuis voorbereid. Bij elk ontslag van een geriatrische patiënt uit het ziekenhuis wordt een ontslagformulier opgemaakt dat alle voor de continuïteit van de zorg nuttige elementen bevat. Dit ontslagformulier wordt overhandigd aan de door de patiënt aangewezen huisarts en, indien nodig, aan andere voor de continuïteit van de zorg belangrijke zorgverstrekkers.~~

#### **Art. 27.**

~~§ 1. Het pluridisciplinair geriatrisch team van het zorgprogramma neemt, in maximale samenwerking met de sociale dienst, alle noodzakelijke maatregelen ter voorbereiding van de kwaliteitsvolle terugkeer naar huis, en dit vanaf de opname in het ziekenhuis. Het bevordert de continuïteit van de zorg in het algemeen. Het werkt hiertoe pluridisciplinaire samenwerkingsprocessen uit binnen het ziekenhuis, alsook tussen het ziekenhuis en de eerstelijnsstructuren.~~

- ~~§ 2. Het pluridisciplinair geriatrisch team van het zorgprogramma is hierbij verantwoordelijk voor :~~
- ~~1° het opsporen van hoogrisicopatiënten voor wie een terugkeer naar huis kan worden overwogen;~~
  - ~~2° het evalueren van de opgespoorde patiënten, alsook het betrekken van hun mantelzorger;~~
  - ~~3° het informeren van de patiënt en zijn mantelzorger over de beschikbare thuiszorg en -diensten en de aanbevelingen uit de geriatrische evaluatie;~~
  - ~~4° het voorstellen en coördineren van geïndividualiseerde zorgplannen in samenwerking met de eerstelijnsstructuren;~~
  - ~~5° het organiseren van pluridisciplinaire vergaderingen inzake zorgcontinuïteit.~~

#### **Art. 27.**

~~§ 1. De ontslagmanager, zoals bedoeld in artikel 21, in samenwerking met het pluridisciplinair geriatrisch team van het zorgprogramma, neemt alle noodzakelijke maatregelen ter voorbereiding van de kwaliteitsvolle terugkeer naar huis, en dit vanaf de opname in het ziekenhuis. Hij bevordert de continuïteit van de zorg in het algemeen. Hij werkt hiertoe pluridisciplinaire samenwerkingsprocessen uit binnen het ziekenhuis, alsook tussen het ziekenhuis en de eerstelijnsstructuren.~~

- ~~§ 2. Het pluridisciplinair geriatrisch team van het zorgprogramma en de ontslagmanager zijn hierbij verantwoordelijk voor :~~
- ~~1° het opsporen van hoogrisicopatiënten voor wie een terugkeer naar huis kan worden overwogen;~~
  - ~~2° het evalueren van de opgespoorde patiënten, alsook van hun mantelzorger;~~
  - ~~3° het informeren van de patiënt en zijn mantelzorger over de beschikbare thuiszorg en -diensten;~~
  - ~~4° het voorstellen en coördineren van geïndividualiseerde zorgplannen in samenwerking met de eerstelijnsstructuren;~~
  - ~~5° het organiseren van pluridisciplinaire vergaderingen inzake zorgcontinuïteit.~~



**Art. 28.** Op organisatorisch niveau bestaat de opdracht van het pluridisciplinair geriatrisch team van het zorgprogramma, in maximale samenwerking met de sociale dienst er in :

- 1° bij te dragen tot de cultuur van de zorgcontinuïteit;
- 2° acties met betrekking tot het door het ziekenhuis gevoerde beleid inzake zorgcontinuïteit voor te stellen en uit te werken;
- 3° aan de voortgezette opleiding voor het personeel inzake de beginselen van zorgcontinuïteit deel te nemen;
- 4° pluridisciplinaire samenwerkingssynergieën uit te werken, in het geheel van de eenheden van het ziekenhuis;
- 5° initiatieven inzake zorgcontinuïteit voor te stellen.
- 6° samenwerkingsverbanden te ontwikkelen met de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging, en de structuren voor thuishulp en thuiszorg;
- 7° samenwerkingsnetwerken uit te bouwen met de andere zorginstellingen.

**Art. 28.**

~~§ 1. Op organisatorisch niveau bestaat de opdracht van de interne en externe liaisons er in :~~

- ~~1° bij te dragen tot de cultuur van de zorgcontinuïteit;~~
- ~~2° acties met betrekking tot het door het ziekenhuis gevoerde beleid inzake zorgcontinuïteit voor te stellen en uit te werken;~~
- ~~3° aan de voortgezette opleiding voor het personeel inzake de beginselen van zorgcontinuïteit deel te nemen;~~
- ~~4° pluridisciplinaire samenwerkingssynergieën uit te werken, in het geheel van de eenheden van het ziekenhuis;~~
- ~~5° initiatieven inzake zorgcontinuïteit voor te stellen.~~

~~§ 2. Daarenboven staat de externe liaison er voor in :~~

- ~~1° samenwerkingsverbanden te ontwikkelen met de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging, en de structuren voor thuishulp en thuiszorg, onder meer door het creëren van en het deelnemen aan pluridisciplinaire comités voor de zorgcontinuïteit;~~
- ~~2° samenwerkingsnetwerken uit te bouwen met de andere zorginstellingen.~~

## **Afdeling II. - Kwaliteitsopvolging**

### **Art. 29.**

Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt verleent medewerking aan de interne en externe toetsing van de medische activiteit, overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen.

Hiertoe wordt een College voor de geriatrische patiënt opgericht dat belast is met de evaluatie van het in artikel 5 van dit besluit beschreven zorgproces. Daarvoor zal het College samenwerken met het geheel van de in artikel 12 bedoelde disciplines. Naast de opdrachten vermeld in artikel 8 van bedoeld besluit van 15 februari 1999 heeft het College eveneens tot opdracht :

- 1° de ziekenhuizen ondersteunen bij het opstellen en aanpassen van een pluridisciplinair geriatrisch handboek;
- 2° richtlijnen voorstellen voor het opstellen en evalueren van het in artikel 24 van dit besluit vermelde zorgplan, alsook van het in artikel 26 van dit besluit vermelde ontslagformulier;
- 3° een intern registratiemodel opstellen, bedoeld in artikel 3 van voormeld koninklijk besluit van 15 februari 1999, waarbij de specifieke kenmerken en de risico's van de geriatrische patiënt in aanmerking worden genomen. De registratie moet het mogelijk maken, op basis van meetbare indicatoren, het pluridisciplinair zorgplan alsook de doelstellingen m.b.t. de zorg en de continuïteit te evalueren, respectievelijk gepreciseerd in artikel 24 en 26 van dit besluit.

## **HOOFDSTUK VII. - Architectonische normen**

### **Art. 30.**

De daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt vindt plaats in een herkenbare en aanwijsbare entiteit. Deze entiteit omvat minimaal het volgende:

- 1° voldoende onderzoekslokalen voor medische, verpleegkundige en andere zorgverleners;
- 2° een verzorgingslokaal;
- 3° een rustlokaal met aangepaste zetels;
- 4° een eetkamer;
- 5° voldoende sanitaire installaties voor de patiënten.

De lokalen bedoeld in 3° en 4° mogen in een zelfde ruimte worden ingericht.

De voor een revalidatie benodigde infrastructuur moet toegankelijk zijn voor de in de daghospitalisatie opgenomen patiënten.

De lokalen bestemd voor de daghospitalisatie van de geriatrische patiënt kunnen worden gebruikt voor andere doelgroepen van patiënten op de tijdstippen dat er geen activiteiten plaatsvinden voor de geriatrische patiënten.

### **Art. 30.**

~~Het dagziekenhuis voor de geriatrische patiënt vormt een herkenbare en aanwijsbare entiteit. Het omvat minimaal volgende lokalen:~~

- ~~1° een onderzoeklokaal;~~
- ~~2° een verzorgingslokaal;~~
- ~~3° een rustlokaal met aangepaste zetels;~~
- ~~4° een eetkamer;~~
- ~~5° een zaal voor therapeutische activiteiten, individueel of in groep;~~
- ~~6° voldoende sanitaire installaties voor de patiënten.~~

~~De lokalen bedoeld in 3° en 4° mogen in een zelfde ruimte worden ingericht.~~

~~De voor een revalidatie benodigde infrastructuur moet toegankelijk zijn voor de in het dagziekenhuis opgenomen patiënten.~~

### **Art. 31.**

De daghospitalisatie ~~Het dagziekenhuis~~ voor de geriatrische patiënt beschikt over voldoende kamers aangepast voor geriatrische patiënten opgenomen in daghospitalisatie. Ze worden specifiek voorbehouden voor de daghospitalisatiepatiënten.

**Art. 32.**

De lokalen ~~bestemd voor de daghospitalisatie van het dagziekenhuis~~ voor de geriatrische patiënt zijn gemakkelijk toegankelijk, in het bijzonder voor rolstoelen, en zijn aangepast aan het comfort en de veiligheid van de geriatrische patiënt.

In de gangen en doorlopen van ~~de daghospitalisatie-het dagziekenhuis~~ worden alle oneffenheden van de vloeren zoals treden, trappen en andere hindernissen geweerd. Bovendien moet slipgevaar worden voorkomen.

De patiënten moeten in hun verplaatsingen in ~~de daghospitalisatie-het dagziekenhuis~~ worden geholpen door leuning en handgrepen. Handgrepen zullen eveneens voorzien zijn in de sanitaire lokalen. Er dienen in de gangen voldoende rustmogelijkheden te worden voorzien.

**Art. 33.**

Alle lokalen zijn uitgerust met een doeltreffend oproepingsstelsel.

## **HOOFDSTUK VIII. - Wijzigingsbepalingen**

### **Art. 34.**

In rubriek « Bijzondere normen voor de dienst Geriatric » van de bijlage van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en de diensten moeten worden nageleefd, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 12 april 1984 en 25 juni 1985, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° Punt 1 wordt vervangen door volgende bepaling :

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

Een geïsoleerde geriatricdienst, al dan niet verbonden aan een gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp), moet beschikken over een functionele band met de dienst geriatric van het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Die functionele band moet het voorwerp uitmaken van een schriftelijke overeenkomst m.b.t. de regeling :

- van samenwerking tussen de diensten geriatric, met name wat het opname- en transferbeleid van de geriatriche patiënten betreft;
- van een beroep op de medisch-technische diensten;
- inzake de samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen en paramedici, met name in het kader van een beleid van overleg en permanente opleiding.

De bovengenoemde functionele band moet het voorwerp uitmaken van een schriftelijke overeenkomst wanneer de beide betrokken diensten geriatric niet onder dezelfde inrichtende macht ressorteren. »;

2° In punt 4, derde lid, worden de woorden « niet meer dan drie maanden » vervangen door de woorden « niet meer dan 45 dagen ».

### **Art. 35.**

In subrubriek « II. Functionele normen » van de rubriek « Bijzondere normen voor de dienst Geriatric » van de bijlage van hetzelfde besluit, worden volgende wijzigingen aangebracht aan punt 4 :

1° Het tweede lid wordt vervangen als volgt :

« De geneesheer zal in overleg met diegenen die bij de behandeling worden betrokken een behandelingsschema opstellen waarin zowel de bijzondere medische, verpleegkundige, paramedische, psychologische behandelingen als de revalidatiemogelijkheden worden vermeld. »;

2° In het voorlaatste lid wordt tussen de woorden « de ergotherapeut » en « de sociale werker » de woorden « de psycholoog, » ingevoegd.

Art. 36. In subrubriek « III. Organisatorische normen » van de rubriek « Bijzondere normen voor de dienst Geriatric » van de bijlage van hetzelfde besluit, worden volgende wijzigingen aangebracht :

1° Punt 1, eerste lid, wordt vervangen als volgt :

« De medische leiding van de dienst voor geriatric wordt toevertrouwd aan een geneesheer-specialist erkend in de inwendige geneeskunde met een bijzondere beroepsbekwaming in de geriatric of een erkende geneesheer-specialist in de geriatric. »;

2° Punt 3 wordt vervangen als volgt :

« 3. De dienst beschikt minstens over 14,13 voltijdse equivalenten verpleegkundigen, paramedici en/of verzorgenden per 24 erkende bedden, waaronder minstens :

1° één hoofdverpleegkundige per eenheid, houder van de bijzondere beroepstitel van verpleger gespecialiseerd in de geriatrie;

2° 5 voltijdse equivalenten verpleegkundigen per 24 erkende G-bedden;

3° 4 voltijdse equivalenten verpleegkundigen houders van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie, of van de bijzondere beroepsbekwaming van verpleegkundige met een bijzondere bekwaamheid in de geriatrie, per 24 G-bedden;

4° in iedere zorgseenheid moet minstens één verpleegkundige permanent aanwezig zijn;

5° 1,33 voltijdse equivalenten personeelsleden met als kwalificatie gegradueerde/bachelor in de ergotherapie, gegradueerde/bachelor in de logopedie, licentiaat/master in de logopedie of licentiaat/master in de psychologie. »;

3° In punt 4 vervallen de woorden « ergotherapeuten, logopedisten, ».

## **HOOFDSTUK IX. - Slot- en overgangsbepalingen**

### **Art. 37.**

De verpleegkundigen die op de datum van inwerkingtreding van dit besluit gedurende minstens 5 jaar als voltijds equivalent in een dienst voor geriatrie (kenletter G), in een dagziekenhuis voor de geriatriche patiënt of in een dienst Sp psychogeriatriche aandoeningen hebben gewerkt, komen in aanmerking voor de functies bedoeld in punt 3° van het punt 3° van subrubriek « III. Organisatorische normen » van de rubriek « Bijzondere normen voor de dienst Geriatriche » van de bijlage van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en de diensten moeten worden nageleefd.

### **Art. 38.**

De verpleegkundigen die op de datum van inwerkingtreding van dit besluit reeds de functie van hoofdverpleegkundige uitoefenden, mogen hun functie verder blijven uitoefenen in een dienst voor geriatrie (kenletter G).

### **Art. 38/1.**

De bestaande zorgprogramma's beschikken over een termijn tot 1 januari 2017 om te voldoen aan de bepalingen in de artikelen 30 tot en met 33 van dit besluit.

**Art. 39.**

Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de zesde maand volgend op die gedurende welke het in het Belgisch Staatsblad is bekendgemaakt, met uitzondering van de artikelen 2, 6, 7, 12, 15, 16, 17, 18, 23, § 1, 1°, 30, 31, 32 en 33.

De artikelen 2, 6, 7, 12, 15, 16, 17, 18, 23, § 1, 1°, 30, 31, 32 en 33 treden in werking 1 jaar na de inwerkingtreding van het koninklijk besluit van 26 maart 2014 tot wijziging van het koninklijk besluit van 29 januari 2007 houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet voldoen om te worden erkend en, anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten.

**Art. 39.**

~~Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de zesde maand volgend op die gedurende welke het in het Belgisch Staatsblad is bekendgemaakt, met uitzondering van de artikelen 2, 6, 7, 12, 15, 16, 17, 18, 23, § 1, 1°, 30, 31, 32 en 33 die op een door Ons nader te bepalen datum in werking treden.~~