

EISENKADER ZORGPROGRAMMA GERIATRIE

WETTELIJKE BRONNEN

Koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

Koninklijk besluit van 13 juli 2006 houdende uitvoering van artikel 17bis van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, voor wat de functie van hoofdverpleegkundige betreft.

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.

De Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg

Inhoud

1. ALGEMENE BEPALINGEN	2
2. COÖRDINATIE ZORGPROGRAMMA	4
3. NIET MEDISCH PERSONEEL ZORGPROGRAMMA.....	7
4. MEDISCH KADER ZORGPROGRAMMA.....	15
5. INFRASTRUCTUUR ZORGPROGRAMMA	17
6. OPNAME EN ALGEMEEN BELEID VOOR DE GERIATRISCHE DOELPOPULATIE	21
7. FUNCTIONEEL ORGANISATORISCHE WERKING VAN HET ZORGPROGRAMMA / KWALITEITSBELEID	25
8. PATIENTENDOSSIER VAN HET ZORGPROGRAMMA GERIATRIE.....	30
9. ZORG VOOR DE GERIATRISCHE OF KWETSBARE PATIËNT OP EEN NIET GERIATRISCHE DIENST	33
10. EXTERNE LIAISON EN CONTINUÏTEIT VAN ZORG NA ONTSLAG.....	36

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
1. ALGEMENE BEPALINGEN				
1.1		Ieder algemeen ziekenhuis dat niet beschikt over een erkende dienst voor geriatrie, moet beschikken over een functioneel samenwerkingsverband met een algemeen ziekenhuis dat beschikt over een erkend zorgprogramma voor de geriatrische patiënt. Dit moet blijken uit een schriftelijke overeenkomst.		KB 29 januari 2007 artikel 2 §1
1.2		Bovenvermeld schriftelijk samenwerkingsverband bevat de regels over de wijze waarop de interne liaison, de externe liaison, de geriatrische consultatie en daghospitalisatie worden verzekerd voor de geriatrische patiënten.		KB 29 januari 2007 artikel 2 §2
1.3		Wanneer de G-dienst of Sp-psychogeriatricdienst geen deel uitmaakt van een algemeen ziekenhuis (geïsoleerde G- of Sp-psychogeriatricdienst), dan moet er een functionele binding bestaan met een algemeen ziekenhuis dat beschikt over een erkend zorgprogramma voor de geriatrische patiënt. Dit moet blijken uit een schriftelijke overeenkomst.		KB 23 oktober 1964 dienst G art N20, 1. dienst Sp art N11, 7 en 8

1.4		In deze overeenkomst moeten onderstaande onderwerpen concreet worden uitgewerkt: - de afspraken bij spoedgevallen; - de samenwerking met het zorgprogramma geriatrie in het algemeen ziekenhuis, met name voor het opname- en transferbeleid van de geriatrische patiënten; - hoe een beroep kan worden gedaan op de medisch-technische diensten in het algemeen ziekenhuis; - de samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen, psychologen, kinesisten, maatschappelijk assistent of sociaal verpleegkundige (of gelijkgestelde) en paramedici, met name in het kader van een beleid van overleg en permanente opleiding.		KB 23 oktober 1964 dienst G art N20, 1. dienst Sp art N11, 7 en 8
1.5		De geriatrische patiënt wordt in een ziekenhuisdienst opgenomen die aangepast is aan zijn aandoening..	Op een G-dienst of Sp-psychogeriatric- dienst die niet binnen de muren van een algemeen ziekenhuis gelegen is, kunnen geen geriatrische patiënten opgenomen worden met een acute pathologie (pathologie die een nieuwe of extra behandeling vereist naast de gekende behandelingen van de patiënt) .	KB 23 oktober 1964 dienst G art N20, 2.

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	2. COÖRDINATIE ZORGPROGRAMMA			
2.1		De coördinatie en de organisatie van het zorgprogramma geriatrie berusten bij de arts-diensthoud van het zorgprogramma en de verantwoordelijke verpleegkundige voor het zorgprogramma, aangeduid door de bestuurder op voordracht van de hoofddarts en het hoofd van het verpleegkundig departement.		KB 29 januari 2007 art 8 KB 23 oktober 1964 dienst G art. N20: III, 1.
2.2		De arts dienshoofd van het zorgprogramma is een arts-specialist erkend in de geriatrie die voltijds verbonden is aan het ziekenhuis. Hij/zij - organiseert de medische aspecten van het zorgprogramma. - 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. - mag tevens de functie van arts dienshoofd van de dienst geriatrie vervullen.	Het ziekenhuis beschikt over een functieprofiel voor het arts-diensthoud van het zorgprogramma geriatrie.	KB 29 januari 2007 art 9

2.3		De verantwoordelijke verpleegkundige voor het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt is bij voorkeur een verpleegkundige houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of zoniet heeft hij/zij aantoonbare expertise binnen de geriatrische zorg. Deze expertise wordt aangetoond op basis van een permanente vorming van minstens 15 uur per jaar. Hij/zij is verantwoordelijk voor de organisatorische aspecten voor de verpleegkundigen, paramedici en verzorgend personeel en hun onderlinge samenwerking.	Het ziekenhuis beschikt over een functieprofiel voor de verantwoordelijke verpleegkundige van het zorgprogramma geriatrie	KB 29 januari 2007 art 10
2.4		De arts-diensthoud en de verantwoordelijke verpleegkundige voor het zorgprogramma zien, in samenspraak met het pluridisciplinair team van het zorgprogramma, toe op : 1° opstellen en bijwerken van het pluridisciplinair geriatrisch handboek; 2° opstellen en verwezenlijken van het kwaliteitsbeleid, zoals bepaald in het pluridisciplinair geriatrisch handboek; 3° de naleving van de vastgestelde normen; 4° de registratie in het kader van de kwaliteitszorg van de geriatrische 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.		KB 29 januari 2007 art 11

2.5		Het zorgprogramma beschikt over een pluridisciplinair geriatrisch team. Dit team is minstens samengesteld uit personen met de aantoonbare kwalificaties : 1° minstens één voltijds arts specialist erkend in de inwendige geneeskunde met een bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie of erkend in de geriatrie die aan het zorgprogramma is verbonden; 2° minstens twee verpleegkundigen, met inbegrip van de verantwoordelijke verpleegkundige voor het zorgprogramma, 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 of verpleegkundige met aantoonbare expertise in de geriatrie,- Deze expertise wordt aangetoond op basis van een permanente vorming van minstens 15 uur per jaar; 3° maatschappelijk assistent of sociaal verpleegkundige (of gelijkgestelde); 4° kinesitherapeut; 5° ergotherapeut; 6° logopedist; 7° diëtist; 8° klinisch psycholoog; 9° zorgkundige.		KB 29 januari 2007 art 12
-----	--	--	--	---------------------------

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding	G-dienst	IL	GDZ	sp-psyger
3. NIET MEDISCH PERSONEEL ZORGPROGRAMMA								
3.1	LEIDINGGEVENDEN							
3.1.1		Ter ondersteuning van de organisatorische en inhoudelijke aspecten van de verpleegkundige zorgverlening, dient in de algemene ziekenhuizen in een middenkader (zorgmanagers) te worden voorzien. Het middenkader wordt er, per 150 bedden, gevormd door tenminste één gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw of één bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde die bovendien een bijkomende opleiding heeft gevolgd van universitair niveau, master in de verpleegkunde en de vroedkunde, master in het management en beleid van gezondheidszorg of master in de gezondheidsvoorlichting en -bevordering.	De zorgmanager geriatrie is bij voorkeur een verpleegkundige houder van de bijzondere beroepstitel van verpleger gespecialiseerd in de geriatrie, zoniet een verpleegkundige met aantoonbare expertise in de geriatrie. Deze expertise wordt aangetoond op basis van een permanente vorming van minstens 15 uur per jaar.	K.B. 23 oktober 1964 I algemene inrichting III. Organisatorische normen 2° 3° alinea	x			x

3.1.2		Per geriatische verpleegeenheid is er één hoofdverpleegkundige, bij voorkeur een verpleegkundige houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie, zoniet een verpleegkundige met aantoonbare expertise in de geriatrie. Deze expertise wordt aangetoond op basis van een permanente vorming van minstens 15 uur per jaar.		KB 23 oktober 1964 dienst G art. N20 III 3 1°	x			
3.1.3		De Sp-psychogeriatric dienst moet per verpleegeenheid beschikken over een hoofdverpleegkundige die bij voorkeur houder is van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie of een aantoonbare expertise binnen deze domeinen. Deze expertise wordt aangetoond op basis van een permanente vorming van minstens 15 uur per jaar.		KB 23 oktober 1964 dienst Sp art. N11: IIIbis A punt 7				x

3.2	VERPLEEGKUNDIGE BESTAFFING						
3.2.1		Per 24 bedden beschikt de geriatrische dienst over minstens 14,13 voltijdse equivalenten: daarin zijn inbegrepen verpleegkundigen (onder punt 3.1.2 en 3.2.2), ergotherapeuten, logopedisten en psychologen (onder punt 3.3.1) en zorgkundigen.		KB 23 oktober 1964 dienst G art N20 III, 3	x		
3.2.2		Per 24 bedden beschikt de geriatrische dienst over 9 voltijdse equivalenten beoefenaars van de verpleegkunde, waarvan ten minste 4 VTE verpleegkundigen die bij voorkeur houders zijn van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of van de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met bijzondere deskundigheid in de geriatrie of zoniet hebben minstens deze 4 verpleegkundigen een aantoonbare expertise in de geriatrie. Deze expertise wordt aangetoond op basis van een permanente vorming van minstens 15 uur per jaar.		KB 23 oktober 1964 dienst G art N20 III, 3 3°	x		

3.2.3		Binnen de entiteit voor geriatrische daghospitalisatie is continu een verpleegkundige aanwezig bij voorkeur houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of van de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met bijzondere deskundigheid in de geriatrie of zoniet een aantoonbare expertise in de geriatrie. Deze expertise wordt aangetoond op basis van een permanente vorming van minstens 15 uur per jaar.		KB 29 januari 2007 art 15			x	
3.2.4		Het team van de geriatrische interne liaison bestaat minstens uit 2 voltijdse equivalenten waarvan bij voorkeur minstens één verpleegkundige, de geriater niet meegerekend. Het juiste aantal wordt als volgt bepaald: (verblijven worden gedefinieerd als unieke patiënten, niet als nachten) 2 VTE's voor de eerste 1000 verblijven; 0,25 bijkomende VTE per begonnen schijf van 500 bijkomende verblijven bovenop		KB 29 januari 2007 art 18 §2 KB 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. art 63 bis		x		

		de 1000 (tot max 7000) waarbij het aantal verblijven = het aantal verblijven in klassieke hospitalisatie van patiënten van 75 jaar en ouder die exclusief behandeld worden in niet-geriatrische eenheden, verminderd met het verschil tussen het aantal verblijven dat overeenstemt met een gemiddelde bezettingsgraad, in een dienst geriatrie, van 85 % op jaarbasis en het aantal reële verblijven in een geriatrische dienst als die bezettingsgraad van 85 % niet wordt gehaald.						
3.2.5		Per 30 bezette bedden beschikt de Sp-psychogeriatric over minstens 8 VTE verpleegkundigen (exclusief hoofdverpleegkundige) die bij voorkeur houder zijn van hetzij de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie, hetzij de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie of in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie of een aantoonbare expertise in deze domeinen. Deze expertise		KB 23 oktober 1964 dienst Sp art N11: IIIbis A, 7.				x

		wordt aangetoond op basis van een permanente vorming van minstens 15 uur per jaar. De dienst beschikt tevens over 6 VTE zorgkundigen.						
3.3		PARAMEDISCHE BESTAFFING						
3.3.1		Er zijn, per 24 G-bedden, 1,33 voltijdse equivalenten personeelsleden met als kwalificatie: - ergotherapeut en/of - logopedist en/of - psycholoog. Deze therapeuten kunnen aan de hand van bijscholingsattesten aantonen dat ze binnen hun discipline permanente vorming volgen binnen het domein ouderenzorg en geriatrie.		KB 23 oktober 1964 dienst G art. N20, III, 3 5° KB 13 juli 2006 art. 9, §2	x			

3.3.2		De geriatrische dienst beschikt bovenop het personeel vermeld in punt 3.3.1 ook over kinesitherapeuten, diëtisten en maatschappelijk assistenten en/of sociaal verpleegkundigen (of gelijkgestelde). Deze personen maken voor een gekend aantal VTE's deel uit van de dienst geriatrie en zijn nominatief aangeduid. Binnen hun discipline kunnen ze met bijscholingsattesten een permanente vorming aantonen binnen het domein van ouderenzorg en geriatrie.		KB 23 oktober 1964 dienst G art N20, III, 4. KB 13 juli 2006 art. 9, §2	x			
3.3.3		Het team van de geriatrische interne liaison kan beroep doen op de deskundigheid van andere teamleden werkzaam binnen het zorgprogramma geriatrie, met name: personen met volgende kwalificaties: - een kinesitherapeut, - een ergotherapeut, - maatschappelijk assistent of sociaal verpleegkundige (of gelijkgestelde) - een logopedist, - een diëtist, - een psycholoog - andere paramedici.		KB 29 januari 2007 art 18, §1		x		

3.3.4		Per 30 bedden moet de dienst Sp-psychogeriatric beschikken over minstens 0,5 VTE kinesitherapeut en over minstens 1 VTE andere paramedische beroepen.	Er is minstens 1 VTE andere paramedische beroepen waaronder minimaal een ergotherapeut, logopedist en diëtist.	KB 23 oktober 1964 dienst Sp art N11, IIIbis A, 8				x
3.3.5		Per 90 bedden en, in evenredigheid, wanneer de dienst Sp-psychogeriatric minder bedden telt, moet de dienst beschikken over 1 VTE psycholoog en over 1 VTE maatschappelijk assistent, sociaal verpleegkundige (of gelijkgestelde) of verpleegkundige houder van de bijzondere beroepstitel van gegradueerde verpleger of gegradueerde verpleegster in de sociale gezondheidszorg of een verpleegkundige met aantoonbare expertise. Deze expertise wordt aangetoond op basis van een permanente vorming van minstens 15 uur per jaar.		KB 23 oktober 1964 dienst Sp art N11, IIIbis A, 8				x

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding				
4. MEDISCH KADER ZORGPROGRAMMA					G-dienst	IL	GDZ	sp-psyger
4.1.1		De medische leiding van de dienst voor geriatrie en het zorgprogramma geriatrie wordt toevertrouwd aan een erkende arts-specialist in de geriatrie. De arts-diensthoofd moet met volle dagtaak (ten minste acht tiende van de normale beroepsactiviteit) in het ziekenhuis werkzaam zijn.	Het ziekenhuis beschikt over een functieprofiel voor de arts-diensthoofd	KB 23 oktober 1964 dienst G art N20 III, 1 Dienst Sp art N11, III, 1 KB 29 januari 2007 art 9	x			
4.1.2		De medische organisatie van de Sp-psychogeriatric wordt toevertrouwd aan artsen-specialisten in de geriatrie, in de neuropsychiatrie, in de psychiatrie of in de neurologie.	-	KB 23 oktober 1964 art N11 III, 1 en IIIbis, A 6				x
4.1.3		Wanneer de met de medische organisatie van de Sp-psychogeriatric belaste arts niet over de vereiste somatische of psychiatrische bekwaamheid beschikt, moet hij, indien nodig, te allen tijde een beroep kunnen doen op artsen die wel die bekwaamheid hebben.	Een nominatieve lijst van de consulteerbare artsen moet ter beschikking zijn op de afdeling.	KB 23 oktober 1964 art N11 IIIbis, A 6				x

4.2		De behandelende arts moet telkens dit nodig is, beroep kunnen doen op alle andere arts-specialisten die bij de behandeling betrokken zijn.		KB 23 oktober 1964 art N20, III 2	x			x
4.3		Bovenop de interne MUG-permanentie (eis G.4.1) organiseert de hoofddarts in overleg met de arts-diensthooft de zorgcontinuïteit onder meer door een oproepbare medische permanentie voor de dienst geriatrie en psychogeriatric. Deze permanentie kan binnen de kortst mogelijke tijd na de oproep ter plaatse zijn. Het medisch reglement en de algemene regeling (eis G.4.4) vermelden de deelnemende artsen en wat concreet wordt verstaan onder 'kortst mogelijke tijd'.	Op de afdeling is een nominatieve lijst van de permanentie ter beschikking.	KB 15 december 1987, art. 5, 9°	x			x

nr	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding	G-dienst	IL	GDZ	sp-psyger
5. INFRASTRUCTUUR ZORGPROGRAMMA								
5.1		De kamers en de gemeenschappelijke lokalen worden op een uniforme, begrijpbare en meest adequate wijze aangeduid door het gebruik van duidelijk leesbare tekst of pictogrammen. Ter ondersteuning van de tijdsoriëntatie is er minimaal in elke kamer en in de gemeenschappelijke lokalen een duidelijke aanduiding van de datum en de tijd.		KB 23 oktober 1964 dienst G art. N20, I, 10. KB 23 oktober 1964 dienst Sp art N11, IIIbis A5	X		X	X
5.2		De architecturale en functionele organisatie van de dienst moet van die aard zijn dat de patiënt in de dienst een maximale bewegingsvrijheid heeft maar dat hij de dienst niet zonder toezicht kan verlaten. Deze maatregelen tegen wegloupedrag staan beschreven in een procedure of in het kwaliteitshandboek.		KB 23 oktober 1964 dienst Sp art N11, IIIbis A4	X		X	X
5.3		De dienst beschikt minimaal over: - verplaatsbare hoog-laag bedden met onrusthekkens in elke verpleegeenheid; - anti-decubitus materiaal; - aangepaste zetels van verschillende hoogte; - nachtstoelen; - rolstoelen; - loopkaders, loopkrukken en stokken.		KB 23 oktober 1964 dienst G art N20, II 1a)	X			X

5.4		Op elke verpleegeenheid G en Sp-psychogeriatric of minstens op elk niveau waar deze verpleegeenheden zijn, is er op korte loopafstand een eetkamer die ook als zitkamer kan aangewend worden. Deze is afgestemd op de behoefte van de oudere patiënt: voldoende ruim om met rolstoelen en rollators te bewegen, comfortabele stoelen en zetels en huiselijke inrichting en voldoende rustig. Indien er verschillende verpleegeenheden zijn binnen het ziekenhuis die verscheidene doelpopulaties hebben (cfr. eis 6.1 en 6.2), wordt de uitrusting van deze lokalen aangepast aan de specifieke behoefte van de doelpopulatie. Tevens beschikken de patiënten van deze verpleegeenheden over een zaal voor gemeenschappelijke therapie, die zo dicht mogelijk aansluit bij de verpleegeenheid.		KB 23 oktober 1964 dienst G art N20, I, 8 KB 23 oktober 1964 dienst Sp art N11, I, 6	x			x
5.5		Er is uitrusting voor de toepassing van logopedie, kinesitherapie en ergotherapie. De uitrusting van de ergotherapie moet een evaluatie van een terugkeer naar huis mogelijk maken.		KB 23 oktober 1964 dienst G art N20, II 2 KB 23 oktober 1964 dienst Sp art N11, II 1 KB 29 januari 2007 art 30	x		x	x

5.6		Het sanitair is toegankelijk voor rolstoelgebruikers en voldoet aan volgende aanvullende bepalingen: • er is idealiter een vrije en vlakke draairuimte met diameter van 150 cm in de sanitaire ruimte; bij nieuwbouw is dit een vereiste; • er zijn handgrepen langs beide zijden van het toilet; • de wastafel is onderrijdbaar; • de waterkraan heeft een aangepaste bediening voor mensen met een fysieke beperking; • de spiegel is ook aangepast of aanpasbaar aan de rolstoelgebruiker (aangepaste hoogte of kantelbaar).		KB 23 oktober 1964 bijlage: dienst G art. N20: I 5 KB 23 oktober 1964 dienst Sp N11 I 5 art. 30, 31 en 31/1 van het besluit van 30 juni 2009 van de Vlaamse Regering tot vaststelling van een gewestelijke stedenbouwkundige verordening inzake toegankelijkheid	X		X	X
5.7			Elke verpleegeenheid heeft aangepaste faciliteiten om een patiënt te wassen buiten het bed of de kamer (douche of bad)		X			X
5.8	-	Indien de dienst psychogeriatricie zich bevindt op de vestigingsplaats van een psychiatrisch ziekenhuis, dan moeten alle maatregelen genomen worden zodat deze dienst architectonisch en functioneel van de andere diensten van het ziekenhuis gescheiden is.		KB 23 oktober 1964 dienst Sp art N11, IIIbis A 2				X
5.9	-	De daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt vindt plaats in een herkenbare en aanwijsbare entiteit.	=	KB 29 januari 2007 art 30			X	

5.10	-	Deze entiteit (zie eis 5.9) 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 gemeenschappelijke toiletten die toegankelijk zijn voor rolstoelgebruikers, met een minimum van één, nabij bovengenoemde ruimtes. Het rustlokaal en de eetkamer van de geriatrische daghospitalisatie mogen in eenzelfde ruimte worden ingericht.	Het geriatrisch dagziekenhuis moet beschikken over voldoende aangepaste lokalen om de volgende functies te verzekeren: onderzoek van de patiënt, zorg, rust, functionele revalidatie, maaltijden, voldoende aangepaste sanitaire voorzieningen, voldoende lokalen om alle nodige tussenkomsten van het multidisciplinair team mogelijk te maken	KB 29 januari 2007 art 30; KB 23 oktober 1964 dienst G art N20, I 5			X	
5.11		De daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt beschikt over voldoende kamers aangepast voor geriatrische patiënten opgenomen in daghospitalisatie.	De daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt beschikt over tenminste zes kamers	KB 29 januari 2007 art 31			X	
5.12		De lokalen bestemd voor de daghospitalisatie van de geriatrische patiënt kunnen worden gebruikt voor andere doelgroepen van patiënten op de dagen dat er geen activiteiten plaatsvinden voor de geriatrische patiënt.	De betreffende lokalen kunnen enkel voor dezelfde doeleinden (bv.. 'wachtruimte', 'patiëntenkamer', 'therapie') gebruikt worden.	KB 29 januari 2007 art 30			X	
5.13		Er is voor het zorgprogramma een revalidatie infrastructuur die toegankelijk is zowel voor de geriatrische patiënten die opgenomen zijn als voor patiënten van de geriatrische daghospitalisatie.		KB 29 januari 2007 art 30	X		X	X

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding				
	6. OPNAME EN ALGEMEEN BELEID VOOR DE GERIATRISCHE DOELPOPULATIE				G- dienst	IL	GDZ	sp-psyger
6.1		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 minstens één van de hierna vermelde redenen : 1° fragiliteit en beperkte homeostase; 2° actieve polypathologie; 3° atypische klinische beelden; 4° verstoorde farmacokinetica; 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.	De reden van opname zoals aangegeven in eis 6.1 en 6.2 blijkt uit het zorgplan (eis 6.5). Het behandelplan pakt deze problematiek aan.	KB 29 januari 2007 art 3	X	X	X	

6.2		De opname in de daghospitalisatie heeft tot doel een hospitalisatie of een plaatsing te voorkomen door een diagnose te stellen, een behandeling te geven of een revalidatie overdag te organiseren voor oudere patiënten met multipathologie die thuis of in een thuisvervangend milieu wonen. De opname gebeurt op verzoek van de huisarts, een arts-specialist of na een geriatrische consultatie. Het verzoek van de huisarts, een arts-specialist of na een geriatrisch consultatie is aanwezig in het patiëntendossier. De geriatrische evaluatie en/of de revalidatie wordt op pluridisciplinaire wijze georganiseerd.		KB 29 januari 2007 art 15			X	
-----	--	--	--	------------------------------	--	--	---	--

6.3		De dienst Sp-psycho-geriatrie neemt alleen ouderen op die een diagnose en/of behandeling van psychiatrische en somatische aard alsook een multidisciplinaire opvang behoeven om het fysieke, psychische en sociale potentieel van de patiënt volledig of zo goed mogelijk te herstellen. Bedoelde patiënten behoeven een gespecialiseerde medische behandeling, verpleegkundige zorg, revalidatie en reactivering in een ziekenhuismilieu en hebben nood aan een actieve, verlengde maar in de tijd beperkte opvang.		KB 23 oktober 1964 dienst Sp art N11, 1 en IIIbis A 1				x
6.4		Benevens de opname van (psycho)geriatrische patiënten in de acute fase van hun aandoening, staat de (psycho)geriatrische dienst ook in voor de verlengde hospitalisatie van (psycho)geriatrische patiënten met een subacute, nog evolutieve en niet gestabiliseerde aandoening waarvoor specialistische (maar in de tijd beperkte) zorgen zijn vereist. De gemiddelde leeftijd van de patiënten in een dienst	-	KB 23 oktober 1964 dienst G art N20, 3 KB 23 oktober 1964: dienst Sp art N11, 5	x			x

		(psycho)geriatrie bedraagt ten minste 75 jaar.						
6.5		Voor elke (psycho)geriatrische patiënt, opgenomen op de dienst voor (psycho)geriatrie, in de daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt stelt het desbetreffende team een pluridisciplinair zorgplan op met de diagnose, de behandeling en het eventuele revalidatieplan.		KB 29 januari 2007 art 24 KB 23 oktober 1964 dienst G N20 II.4	x	x	x	x
6.6			Voor patiënten met dementie is het (ziekenhuisbreed) beleid uitgeschreven in een procedure of in het kwaliteitshandboek.					

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
7. FUNCTIONEEL ORGANISATORISCHE WERKING VAN HET ZORGPROGRAMMA / KWALITEITSBELEID				
7.1		Het zorgprogramma geriatrie beschikt over een pluridisciplinair geriatisch handboek. Daarin staan minimaal de volgende gegevens:		
7.1.1		1° de samenwerkingsmodaliteiten vermeld in het functioneel samenwerkingsverband met een ziekenhuis zonder dienst geriatrie (eis 1.1) of een geïsoleerde dienst (psycho)geriatrie (eis 1.3 en 1.5). Die modaliteiten betreffen met name de verwijzing van patiënten naar het zorgprogramma.		KB 29 januari 2007 art 23 §1, 1°
7.1.2		2° de modaliteiten volgens dewelke voor de geriatische patiënt die thuis of in een verpleeginrichting verblijft, de pluridisciplinaire deskundigheid van het zorgprogramma in de vorm van een pluridisciplinaire geriatische consultatie voor de geriatische patiënt ter beschikking kan worden gesteld of een daghospitalisatie kan plaatsvinden.		KB 29 januari 2007 art 23 §1, 2°
7.1.3		de modaliteiten (hoe, timing, wie, minimale inhoud) voor het formuleren van een advies door het pluridisciplinair geriatisch team, teneinde binnen de verpleeginrichtingen waarvoor een samenwerking bestaat de kwaliteit van de zorg te optimaliseren.		KB 29 januari 2007 art 23 §1, 3°

7.1.4		de samenstelling van het pluridisciplinair geriatisch team van het zorgprogramma, alsook hun verdeling in de verschillende onderdelen van het programma.		KB 29 januari 2007 art 23 §1, 4°
7.1.5		de omschrijving van het pluridisciplinair project en van het kwaliteitsbeleid dat het zorgprogramma nastreeft (waarden, doelstellingen, opdrachten).		KB 29 januari 2007 art 23 §1, 5°
7.1.6		een beschrijving van de organisatie van de interne liaison voor het geheel van diensten en functies zoals beschreven in het hoofdstuk 'zorg voor de geriatrische patiënt', met inbegrip van de richtlijnen voor het opsporen van de in het ziekenhuis opgenomen geriatrische patiënten.		KB 29 januari 2007 art 23 §1, 6°
7.1.7		een beschrijving van de organisatie van de externe liaison, met inbegrip van de relatie met de huisarts.		KB 29 januari 2007 art 23 §1, 7°
7.1.8		de implementatie van verschillende zorgprocessen gebaseerd op richtlijnen waardoor de kwaliteit en de efficiëntie van de pluridisciplinaire geriatrische zorg worden verhoogd.		KB 29 januari 2007 art 23 §1, 8°
7.2		Het pluridisciplinair geriatisch handboek is ter beschikking voor alle medewerkers van het zorgprogramma, alle zorgverstrekkers van het ziekenhuis en alle andere verstrekkers die vanwege de samenwerking bij het zorgprogramma betrokken zijn.	Een aan het doelpubliek aangepaste meer toegankelijke versie van het pluridisciplinair geriatisch handboek wordt ter inzage ter beschikking gesteld van de patiënt of zijn vertegenwoordiger.	KB 29 januari 2007 art 23 §2

7.3		Het pluridisciplinair geriatrisch handboek wordt regelmatig geactualiseerd.	Het team actualiseert het handboek minstens om de drie jaar.	KB 29 januari 2007 art 2, §3
7.4		Het pluridisciplinair geriatrisch team organiseert minstens elke week een pluridisciplinair overleg omtrent de geriatrische patiënten.		KB 29 januari 2007 art 25/1
7.5		Voor patiënten met een positieve screening (eis 6.1) wordt een pluridisciplinaire geriatrische evaluatie uitgevoerd. Deze gebeurt aan de hand van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten en wordt uitgevoerd door minstens 3 verschillende disciplines waaronder: - een geriater; - een verpleegkundige, bij voorkeur houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie, of van de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie of een verpleegkundige met aantoonbare expertise. Deze expertise wordt aangetoond op basis van een permanente vorming van minstens 15 uur per jaar. - een kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtist of psycholoog.		KB 29 januari 2007 art 15/1

7.6		Na de pluridisciplinaire evaluatie en in overleg met de patiënt en/of diens vertegenwoordiger/vertrouwenspersoon maakt de geriater een eindverslag op van de pluridisciplinaire geriatrische evaluatie (eis 7.5), met de anamnese, de diagnose, de ziektegeschiedenis, de resultaten van de wetenschappelijk gevalideerde evaluatieschalen, de conclusies en het voorstel van zorgplan.		KB 29 januari 2007 art 15/2 KB 23 oktober 1964 dienst Sp art N11, II 2
7.7		De pluridisciplinaire geriatrische revalidatie is gericht op de behandeling van de specifieke problemen bij de oudere patiënt die zijn functioneren in de diverse domeinen belemmeren.		KB 29 januari 2007 art 15/3
7.8		Voorafgaandelijk aan de pluridisciplinaire revalidatie wordt een individueel multidisciplinair gedragen revalidatieplan (eis 6.5) in overleg met de patiënt en/of diens vertegenwoordiger/vertrouwenspersoon opgesteld.		KB 29 januari 2007 art 15/4 2°
7.9		Er is op regelmatige basis en minstens maandelijks een teamvergadering met de betrokken disciplines om de voortgang van de pluridisciplinaire geriatrische revalidatie van de patiënt te evalueren en om eventueel het individuele revalidatieplan aan te passen. Het verslag van de vergadering en het revalidatieplan worden opgenomen in het patiëntendossier.		KB 29 januari 2007 art 15/4 KB 23 oktober 1964 dienst Sp art N11, IIIbis A9

7.10		Op de dienst wordt een gunstig psychologisch klimaat geschapen dat afgestemd is op de behoeften van de geriatrische patiënten. Met deze behoeften wordt onder meer rekening gehouden bij de dagindeling en het ritme van de verschillende activiteiten, bij de opmaak van het individueel zorgplan en bezigheden en de inzet van de medewerkers.		KB 23 oktober 1964 dienst geriatrie art N20, III 6
7.11		De patiënten van de (psycho)geriatrische dienst eten zo mogelijk groepsgewijs in de eetkamer. Daarbij wordt rekening gehouden met het individuele zorgplan.	Tijdens de maaltijd is in de eetkamer permanent een lid van het zorgteam aanwezig om de patiënten op te volgen en zo nodig bij te staan.	KB 23 oktober 1964 dienst geriatrie art N20, III 6
7.12		Kine- en ergotherapie van de (psycho)geriatrische patiënten gebeuren indien mogelijk in groepsverband. Daarbij wordt rekening gehouden met het individuele zorgplan.		KB 23 oktober 1964 dienst geriatrie art N20, III 6
7.13		Het team organiseert zinvolle activiteiten aangepast aan de doelpopulatie.	Daarbij wordt bijzondere aandacht besteed aan de patiënten met dementie.	KB 23 oktober 1964 dienst geriatrie art N20, III 6
7.14			Het team beschikt over aangepaste maatregelen in geval de patiënt storend en/of agressief gedrag vertoont en een procedure voor de toepassing ervan. Bij toepassing wordt steeds de voorkeur gegeven aan de minst ingrijpende maatregel.	
7.15			Het team beschikt over een aangepast revalidatie- en behandelbeleid voor de patiënt met (beginnende) dementie dat beschreven is in het pluridisciplinair geriatriisch handboek.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding				
	8. PATIENTENDOSSIER VAN HET ZORGPROGRAMMA GERIATRIE				G-dienst	IL	GDZ	sp-psyger
8.1		Het pluridisciplinair zorgplan (eis 6.5) maakt integraal deel uit van het dossier van de patiënt.		KB 29 januari 2007 art 24	x	x	x	x
8.2		Uit het patiëntendossier en zorgplan blijkt dat er aandacht is voor ouderdomszwakke (<i>frailty</i>) met informatie over de volgende risicofactoren: - malnutritie - valrisico - slikproblematiek - mate van zelfredzaamheid - delirium - polyfarmacie - decubitus Daarnaast is er informatie over: - (ouder)verwaarlozing - (aan- of afwezigheid van) vroegtijdige zorgplanning - vertrouwenspersoon en/of vertegenwoordiger.	Uit het dossier blijkt dat er een holistische benadering is van de patiënt met aandacht voor zowel de fysische als psychosociale gezondheid.	KB 23 oktober 1964 dienst G art N20, II.3	x	x	x	x
8.3.		Het verslag over de evaluatie van de mogelijkheden voor terugkeer naar huis of thuisvervangend milieu (eis 10.2) is binnen de 48u (72 uur indien evaluatie op vrijdag) na deze evaluatie opgenomen in het dossier.		KB 23 oktober 1964 dienst Sp art N11, II. 2	x	x		x

8.4		Om de kwaliteit van de zorgverlening maximaal te garanderen, dient er overeenkomstig eis 7.4 over elke patiënt minimaal wekelijks een teamoverleg binnen het pluridisciplinair (psycho)geriatrisch team georganiseerd te worden waarbij de fysische en psychische toestand geëvalueerd wordt en de therapie zonodig bijgestuurd. Het dossier wordt geregeld aangevuld met een verslag dat de evolutie in de toestand van de patiënt weergeeft en dat die toestand vergelijkt met het programma en de timing van de behandeling zoals die bij de opname en naderhand werd opgesteld of aangepast. Het verslag van het teamoverleg over de patiënt wordt in zijn dossier opgenomen.		KB 23 oktober 1964 dienst G art N20, II 4 KB 23 oktober 1964 dienst Sp art N11, II. 3 en IIIbis A 9	x		x	x
8.5		Het eindverslag van de pluridisciplinaire geriatrische evaluatie en de resultaten van de wetenschappelijk gevalideerde evaluatieschalen worden opgenomen in het patiëntendossier.		KB 29 januari 2007 art 15/2 KB 23 oktober 1964 dienst G art N20, II. 4	x		x	x

8.6	Na de pluridisciplinaire geriatrische revalidatie (lees: opname) wordt een verslag opgesteld waarin de evolutie van de patiënt is beschreven en waarin een opvolgingsplan voor de thuiszorg is vervat. Bij ontslag wordt voorzien in: (1) een verslag met de evolutie van de patiënt; (2) een opvolgplan voor thuiszorg; (3) een medicatielijst (4) een opvolgplan voor niet medische zorgverleners die de patiënt aanduidt. De documenten (1), (2), (3) en (4) worden opgenomen in het patiëntendossier en bezorgd aan de behandelende huisarts, eventueel de doorverwijzende geneesheer-specialist en de andere zorgverleners die de patiënt aanduidt en de patiënt en/of diens vertegenwoordiger/vertrouwenspersoon. De patiënt wordt toestemming gevraagd voor deze overmaking van informatie.		KB 29 januari 2007 art 15/2 en 15/4 5° kwaliteitswet van 22 april 2019, art 36-40	x		x	x
-----	--	--	--	---	--	---	---

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
		9. ZORG VOOR DE GERIATRISCHE OF KWETSBARE PATIËNT OP EEN NIET GERIATRISCHE DIENST		
9.1		Elke gehospitaliseerde patiënt van 75 jaar of ouder in het ziekenhuis wordt door een teamlid van de verpleegeenheid waar de patiënt verblijft, uiterlijk de dag na de opname gescreend met behulp van een wetenschappelijk gevalideerd instrument om na te gaan of hij voldoet aan één van de in eis 6.1 bedoelde criteria en of hij al dan niet in het zorgprogramma geriatrie moet worden opgenomen. Deze patiënten en elke geriatrische patiënt die in een andere dienst dan de dienst voor geriatrie van het ziekenhuis verblijven, moeten een beroep kunnen doen op de deskundigheid van elk van de kwalificaties van het team van de geriatrische interne liaison. Dit team komt ter ondersteuning en op verzoek van het team van één van die diensten om een preventief of interventief geriatrisch beleid op te stellen. In het patiëntendossier wordt genoteerd waarom wel of niet beroep wordt gedaan op het team.	Elke verpleegeenheid beschikt tijdens elke shift over verpleegkundigen die bekwaam zijn om de gehanteerde screeningschaal (ISAR, GRP, VIP,...) in te vullen en te beoordelen. Een informatiewaarschuwing verschijnt in geval van positieve screening. Het interne liaisonteam zal op basis van ervaring of op basis van een diepgaander assessment oordelen of de patiënt een geriatrisch profiel heeft. Indien op ervaring een geriatrisch profiel vermoed wordt, moet een <i>comprehensive geriatric assessment</i> (CGA) worden uitgevoerd. Dit CGA moet onder andere de cognitieve, nutritionele en mobiliteitsdomeinen,... exploreren, met voor elk domein minstens één gevalideerde schaal.	KB 29 januari 2007 art 4 en 16
9.2		In geval door de screening wordt vastgesteld dat de patiënt een geriatrisch profiel heeft, geeft het pluridisciplinair team van de geriatrische interne liaison aanbevelingen aan het zorgteam van de afdeling waar de patiënt verblijft of kan hij worden overgebracht naar de G-dienst of wordt hij later teruggezien door het pluridisciplinair geriatrisch team in het geriatrisch dagziekenhuis, nadat het acute probleem waarvoor hij is opgenomen in een andere dienst is opgelost.		KB 29 januari 2007 art 19 §1

9.3		Als het advies van de interne liaison wordt ingewonnen, dan stelt het betrokken team van de niet-geriatrische afdeling samen met het team van de interne liaison, een pluridisciplinair zorgplan met de diagnose, de behandeling en de eventuele revalidatie. Dit zorgplan maakt integraal deel uit van het dossier van de patiënt en wordt aan de behandelende huisarts overgemaakt. De patiënt wordt toestemming gevraagd voor deze overmaking van informatie.		KB 29 januari 2007 art 24
9.4		Voor de patiënten voor wie in de afgelopen week een tussenkomst van het interne liaisonteam plaatsvond, wordt - binnen een week een teambespreking georganiseerd; - worden de bevindingen en aanbevelingen overgemaakt aan het zorgteam en de voor de betreffende hospitalisatie behandelende arts-specialist; - en worden ook aanbevelingen geformuleerd ten behoeve van de huisarts teneinde een heropname na het ontslag van de patiënt te vermijden . Het verslag van de teambespreking alsook de aanbevelingen worden in het patiëntendossier opgenomen.		KB 29 januari 2007 art 19 §1 en §3

9.5		Het pluridisciplinair team van de geriatrische interne liaison staat ook in voor de verspreiding van de geriatrische benadering in het ziekenhuis, onder meer via aanleren van de systematische opsporing van patiënten met een geriatrisch profiel door de verpleegkundigen en de organisatie van opleidingen of bijscholingen, in het bijzonder coachen van het verpleegkundig en paramedisch personeel.		KB 29 januari 2007 art 19 §1
9.6		Het pluridisciplinair team van de geriatrische interne liaison vervult binnen deze functie geen zorgtaken.		KB 29 januari 2007 art 19 §2

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding				
	10. EXTERNE LIAISON EN CONTINUÏTEIT VAN ZORG NA ONTSLAG				G-dienst	IL	GDZ	sp-psyger
10.1		Het team organiseert de externe liaison op deze wijze dat de zorgcontinuïteit wordt gegarandeerd, onnodige heropnames worden vermeden, alsook synergiën en functionele samenwerkingsnetwerken worden ontwikkeld met de zorgverleners en zorginstellingen waar de patiënt verblijft voor en na de hospitalisatie.		KB 29 januari 2007 art 20 KB 29 januari 2007 art 27 §1 en art 28	x	x	x	x
10.2		Het pluridisciplinair geriatisch team zal binnen de twee werkdagen vanaf de opname een evaluatie opmaken van alle mogelijkheden en vereisten voor een terugkeer naar huis of naar een thuisvervangend milieu.	Het verslag daarvan wordt opgenomen in het patiëntendossier (eis 10.3).	KB 23 oktober 1964 dienst G art N20, II. 4 KB 29 januari 2007 art 27 §1	x			x
10.3		De werking van het pluridisciplinair geriatisch team van het zorgprogramma is op deze wijze georganiseerd dat zij 1° vaststelt en evalueert bij welke patiënten van het zorgprogramma geriatrie een terugkeer naar huis kan worden overwogen; 2° bij deze evaluatie de mantelzorg betreft;		KB 29 januari 2007 art 27 §2	x			x

		3° de patiënt en/of vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger informeert over de beschikbare thuiszorg en -diensten en de aanbevelingen uit de geriatrische evaluatie; 4° geïndividualiseerde zorgplannen voor die patiënt voorstelt en coördineert in samenwerking met de eerstelijnsstructuren; 5° pluridisciplinaire vergaderingen inzake zorgcontinuïteit organiseert.						
10.4		Het pluridisciplinair geriatrisch team van het zorgprogramma ontwikkelt in samenwerking met de sociale dienst samenwerkingsverbanden met betrokken zorg- en welzijnsactoren en initiatieven van vrijwillige en informele zorg- en welzijnsactoren in het streven naar een samenhangende en continue zorg voor en ondersteuning van de persoon en zijn mantelzorgers; dit kan aangetoond worden door schriftelijke samenwerkingsovereenkomsten.		KB 29 januari 2007 art 28 6°	x	x	x	x

10.5		Het pluridisciplinair geriatrisch team maakt deel uit van een samenwerkingsnetwerk met de andere zorginstellingen, woonzorgcentra en psychiatrische verzorgingscentra in het bijzonder, dit kan aangetoond worden aan de hand van verslagen van structurele overlegmomenten.		KB 29 januari 2007 art 28 7°	x	x	x	x
10.6		Bij het pluridisciplinair overleg zoals bedoeld in eis 7.4 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. De patiënt en/of zijn/haar vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger worden indien nuttig of noodzakelijk uitgenodigd voor dit overleg of worden optimaal geïnformeerd over de uitkomsten van dit overleg. Indien het gaat om een geriatrische patiënt die in een andere dienst dan de dienst voor geriatrie is opgenomen, worden ook de verantwoordelijke verpleegkundige en de arts van de betrokken dienst bij het overleg uitgenodigd	De patiënt en/of zijn/haar vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger worden om advies gevraagd bij de beslissingen voor dit overleg en worden optimaal geïnformeerd over de uitkomsten van dit overleg.	KB 29 januari 2007 art 25 §1	x	x	x	x

10.7		Indien het pluridisciplinair geriatisch team een geriatrische evaluatie uitvoerde, worden de huisarts en andere artsen of zorgverstrekkers die de patiënt hebben verzorgd en zo nuttig de patiënt en/of diens vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger op het binnen het ziekenhuis georganiseerde overleg uitgenodigd. Indien het pluridisciplinair team een geriatrische 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.	De patiënt en/of diens vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger worden optimaal geïnformeerd over de uitkomsten van de evaluatie.	KB 29 januari 2007 art 25 §2	x	x	x	x
10.8		Voor elke patiënt opgenomen in het zorgprogramma geriatrie, wordt volgende informatie aan de behandelende huisarts overgemaakt: - het pluridisciplinair zorgplan (cfr. eis 6.5 of het voorstel van een zorgplan (in geval van opname in het geriatisch dagziekenhuis) met aandacht voor de risicofactoren zoals vermeld in eis 8.2 De patiënt wordt geïnformeerd over deze overdracht. -		KB 29 januari 2007 art 24	x	x	x	x

10.9		Voor elke patiënt opgenomen in het zorgprogramma geriatrie, wordt volgende informatie aan de behandelende huisarts, desgevallend aan de verwijzende arts-specialist en andere zorgverleners die de patiënt aanduidt, overgemaakt: - het eindverslag van de pluridisciplinaire geriatrie-evaluatie (eis 7.5 en 7.6) en de resultaten van de wetenschappelijk gevalideerde evaluatieschalen; - een verslag na de pluridisciplinaire geriatrie-revalidatie (eis 8.6) waarin de evolutie is beschreven en waarin een opvolgingsplan voor verdere thuiszorg is opgenomen.		KB 29 januari 2007 art 15/2 en 15/4 5°				
------	--	--	--	--	--	--	--	--