

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE ET SERVICE
PUBLIC FEDERAL CHANCELLERIE DU PREMIER MINISTRE

F. 2007 — 1054

[C — 2007/22264]

24 JANVIER 2007. — Arrêté royal comportant la prolongation de dispense de certaines cotisations patronales au profit de certains employeurs lors d'engagements nets supplémentaires dans des activités de recherche scientifique

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, notamment l'article 185, § 7, remplacé par la loi du 24 décembre 1999, et modifié par l'arrêté royal du 14 juillet 2005;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 19 septembre 2006;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 14 juillet 2006;

Vu l'avis du Comité de gestion de l'Office national de Sécurité sociale, donné le 28 septembre 2006;

Vu l'avis n° 41.534/1 du Conseil d'Etat, donné le 16 novembre 2006, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de Notre Ministre de la Politique scientifique et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Dans l'article 185, § 7, alinéa 1^{er}, de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, remplacé par la loi du 24 décembre 1999, et modifié par les arrêtés royaux du 7 mai 2002 et du 14 juillet 2005, le millésime « 2003 » est remplacé par le millésime « 2006 ».

Art. 2. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} janvier 2004.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales et Notre Ministre de la Politique scientifique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 24 janvier 2007.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,

R. DEMOTTE

Le Ministre de la Politique scientifique,

M. VERWILGHEN

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID
EN FEDERALE OVERHEIDSDIENST KANSELARIJ VAN DE
EERSTE MINISTER

N. 2007 — 1054

[C — 2007/22264]

24 JANUARI 2007. — Koninklijk besluit houdende verlenging van de vrijstelling van bepaalde werkgeversbijdragen ten behoeve van bepaalde werkgevers die overgaan tot netto bijkomende aanwervingen voor wetenschappelijk onderzoek

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, inzonderheid op het artikel 185, § 7, vervangen bij de wet van 24 december 1999 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 14 juli 2005;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 19 september 2006;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 14 juli 2006;

Gelet op het advies van het Beheerscomité van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid, gegeven op 28 september 2006;

Gelet op het advies nr. 41.534/1 van de Raad van State, gegeven op 16 november 2006, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Onze Minister van Wetenschapsbeleid en op het advies van Onze in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 185, § 7, eerste lid, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, vervangen bij de wet van 24 december 1999 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 7 mei 2002 en van 14 juli 2005, wordt het jaartal « 2003 » vervangen door het jaartal « 2006 ».

Art. 2. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2004.

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken en Onze Minister van Wetenschapsbeleid zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 24 januari 2007.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,

R. DEMOTTE

De Minister van Wetenschapsbeleid,

M. VERWILGHEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

F. 2007 — 1055

[C — 2007/22208]

29 JANVIER 2007. — Arrêté royal fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 9^{quater}, inséré par l'arrêté royal du 25 avril 1997 et modifié par la loi du 25 janvier 1999, l'article 15, modifié par la loi du 29 avril 1996, l'article 68 et l'article 86, modifié par la loi du 29 avril 1996;

Vu l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, modifié par les arrêtés royaux des 16 septembre 1966, 12 janvier 1970, 16 février 1971, 15 février 1974, 24 avril 1974, 23 mars 1977, 12 avril 1984, 25 juin 1985, 7 juillet 1986, 14 août 1987, 15 août 1987, 7 novembre 1988, 4 mars 1991, 17 octobre 1991, 12 octobre 1993, 21 février 1994, 20 avril 1994, 12 août 1994, 16 décembre 1994, 13 novembre 1995, 20 août 1996,

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

N. 2007 — 1055

[C — 2007/22208]

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

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op artikel 9^{quater}, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 en gewijzigd bij de wet van 25 januari 1999, artikel 15, gewijzigd bij de wet van 29 april 1996, artikel 68 en artikel 86, gewijzigd bij de wet van 29 april 1996;

Gelet op het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 16 september 1966, 12 januari 1970, 16 februari 1971, 15 februari 1974, 24 april 1974, 23 maart 1977, 12 april 1984, 25 juni 1985, 7 juli 1986, 14 augustus 1987, 15 augustus 1987, 7 november 1988, 4 maart 1991, 17 oktober 1991, 12 oktober 1993, 21 februari 1994, 20 april 1994, 12 augustus 1994,

15 juillet 1997, 27 avril 1998, 10 août 1998, 15 février 1999, 25 mars 1999, 29 avril 1999, 20 mars 2000, 19 février 2002, 16 avril 2002, 17 février 2005 et 10 novembre 2005;

Vu l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant la liste de programmes de soins telle que visée à l'article 9^{quater} de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, et désignant les articles qui leur sont applicables, modifiée par les arrêtés royaux des 16 juin 1999 et 13 juillet 2006;

Vu l'avis du 8 juin 2006 du Conseil national des établissements hospitaliers;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 1^{er} août 2006;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 3 janvier 2007;

Vu l'avis n° 41.207/1/V du Conseil d'Etat, donné le 7 septembre 2006 en application de l'article 84, § 1, alinéa 1^{er}, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

CHAPITRE I^{er}. — Dispositions générales

Article 1^{er}. Pour être agréé, le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre aux normes fixées dans le présent arrêté.

Art. 2. § 1^{er}. A l'exception des services de gériatrie isolés, tout hôpital général disposant d'un service de gériatrie agréé, doit disposer d'un programme de soins agréé pour le patient gériatrique.

A l'exception des hôpitaux qui disposent uniquement de services spécialisés pour le traitement et la réadaptation (indice Sp), combinés ou non à des services d'hospitalisation simple (indice H), ou à des services neuro-psychiatriques pour le traitement de maladies adultes (indice T), tout hôpital général ne disposant pas d'un service de gériatrie agréé, doit disposer d'un accord de collaboration fonctionnelle avec l'hôpital général le plus proche disposant d'un programme de soins agréé pour le patient gériatrique.

Tout service de gériatrie isolé, combiné ou non avec des services spécialisés pour le traitement et la réadaptation (indice Sp), doit disposer soit d'un programme de soins agréé pour le patient gériatrique soit d'un accord de collaboration fonctionnelle avec l'hôpital général le plus proche disposant d'un programme de soins agréé pour le patient gériatrique.

§ 2. Si l'hôpital, en application du § 1^{er}, dispose d'un accord de collaboration fonctionnelle, cet accord de collaboration doit comprendre les règles requises concernant la manière dont la liaison interne, la liaison externe et la consultation gériatrique sont garanties pour les patients de cet hôpital.

Ces règles sont également mentionnées explicitement dans le manuel gériatrique pluridisciplinaire tel que visé à l'article 23.

CHAPITRE II. — Groupe cible

Art. 3. Le programme de soins pour le patient gériatrique s'adresse à la population de patients gériatriques ayant une moyenne d'âge de plus de 75 ans et qui requiert une approche spécifique pour plusieurs des raisons suivantes :

- 1° fragilité et homéostasie réduite;
- 2° polyopathie active;
- 3° tableau clinique atypique;
- 4° pharmacocinétique perturbée;
- 5° risque de déclin fonctionnel;
- 6° risque de malnutrition;

7° tendance à être inactif et à rester alité, avec un risque accru d'institutionnalisation et de dépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne;

- 8° problèmes psychosociaux.

16 december 1994, 13 november 1995, 20 augustus 1996, 15 juli 1997, 27 april 1998, 10 augustus 1998, 15 februari 1999, 25 maart 1999, 29 april 1999, 20 maart 2000, 19 februari 2002, 16 april 2002, 17 februari 2005 en 10 november 2005;

Gelet op het koninklijk besluit van 15 februari 1999 tot vaststelling van de lijst van zorgprogramma's, zoals bedoeld in artikel 9^{quater} van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 en tot aanduiding van de artikelen die op hen van toepassing zijn, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 16 juni 1999 en 13 juli 2006;

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 8 juni 2006;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 1 augustus 2006;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 3 januari 2007;

Gelet op het advies nr. 41.207/1/V van de Raad van State gegeven op 7 september 2006 met toepassing van art. 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

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 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 homöostase;
- 2° actieve polyopathie;
- 3° atypische klinische beelden;
- 4° verstoorde 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. Tout patient de plus de 75 ans admis à l'hôpital, fait l'objet d'un dépistage permettant de déterminer s'il répond à un des critères visés à l'article 3 et s'il doit être inclus ou non dans le programme de soins.

CHAPITRE III. — *Nature et contenu de soins*

Art. 5. Le programme de soins pour le patient gériatrique est axé sur le processus pluridisciplinaire diagnostique, thérapeutique ainsi que sur la réadaptation fonctionnelle et le suivi du patient gériatrique. Le programme de soins garantit également le dépistage des patients gériatriques et la continuité des soins, en concertation avec le médecin généraliste et les autres prestataires de soins. L'objectif principal du programme de soins est d'obtenir, à travers une approche pluridisciplinaire, la récupération optimale des performances fonctionnelles et de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne âgée.

Art. 6. Le programme de soins pour le patient gériatrique se compose :

1° d'un service de gériatrie agréé (indice G) tel que visé à l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre;

2° d'une consultation de gériatrie telle que visée à l'article 14;

3° d'un hôpital de jour pour le patient gériatrique tel que visé à l'article 15;

4° d'une liaison interne telle que visée à l'article 16;

5° d'une liaison externe telle que visée à l'article 20.

Art. 7. L'ensemble des composantes reprises dans l'article 6 est, au minimum sur un des sites, offert comme programme global.

CHAPITRE IV. — *L'expertise et les effectifs médicaux et non-médicaux requis*

Section I^{re}. — La coordination du programme de soins

Art. 8. La coordination et l'organisation du programme de soins incombent au médecin chef de service du programme de soins et à l'infirmier en chef du programme de soins, désignés par le directeur sur proposition du médecin chef et du chef du département infirmier.

Art. 9. Le médecin chef de service du programme de soins est un médecin spécialiste agréé en médecine interne ayant une qualification professionnelle particulière en gériatrie ou un médecin spécialiste agréé en gériatrie, attaché à temps plein à l'hôpital.

Il organise les aspects médicaux du programme de soins.

Il consacre plus de la moitié de son temps de travail aux activités du programme de soins et à la formation permanente du personnel du programme de soins. Il peut également exercer la fonction de médecin chef du service de gériatrie, tel que visé à l'article 6.

Art. 10. L'infirmier en chef du programme de soins pour le patient gériatrique est également infirmier en chef d'une des composantes du programme de soins telles que visées dans l'article 6. Il doit être porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie.

La fonction d'infirmier en chef du programme de soins pour le patient gériatrique peut également être assurée par un cadre intermédiaire, tel que visé au point 2° de la rubrique « III. Normes d'organisation » de la partie « Normes générales applicables à tous les établissements », figurant en annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

Il organise les aspects infirmiers, paramédicaux et soignants du programme de soins.

Art. 11. Le médecin chef de service et l'infirmier en chef du programme de soins, en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire, veillent :

1° à la rédaction et à l'actualisation du manuel gériatrique pluridisciplinaire;

2° à la rédaction et à la réalisation de la politique en matière de qualité, telle que définie dans le manuel gériatrique pluridisciplinaire;

3° au respect des normes fixées dans le présent arrêté;

4° à l'enregistrement des données gériatriques;

5° à la continuité des soins, notamment par la circulation de données sur les patients;

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 geriatrie (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 geriatrisch consult zoals bedoeld in artikel 14;

3° een dagziekenhuis voor de geriatrische 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-diensthoofd van het zorgprogramma en de hoofdverpleegkundige van het zorgprogramma, aangeduid door de beheerder op voordracht van de hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement.

Art. 9. De geneesheer-diensthoofd 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-diensthoofd van de in artikel 6 bedoelde dienst geriatrie vervullen.

Art. 10. De hoofdverpleegkundige van het zorgprogramma voor de geriatrische 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 geriatrie.

De functie van hoofdverpleegkundige van het zorgprogramma voor de geriatrische 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-diensthoofd en de hoofdverpleegkundige van het zorgprogramma zien, in samenspraak met het pluridisciplinair team, toe op :

1° het opstellen en bijwerken van het pluridisciplinair geriatrisch handboek;

2° het opstellen en verwezenlijken van het kwaliteitsbeleid, zoals bepaald in het pluridisciplinair geriatrisch handboek;

3° de naleving van de in dit besluit vastgestelde normen;

4° de registratie van de geriatrische gegevens;

5° de continuïteit van de zorg, met name via de doorstroming van patiëntgegevens;

6° à l'organisation pratique de la concertation pluridisciplinaire et au compte rendu de celle-ci.

Section II. — Expertise médicale, infirmière, paramédicale et soignante requise

Art. 12. Le programme de soins dispose d'une équipe gériatrique pluridisciplinaire. Cette équipe est composée, au moins, des personnes ayant les qualifications suivantes :

1° au moins, un équivalent temps plein médecin spécialiste agréé en médecine interne ayant une qualification professionnelle particulière en gériatrie ou un médecin spécialiste agréé en gériatrie, attaché au programme de soins;

2° infirmier;

3° assistant social ou un infirmier gradué/bachelier social;

4° gradué/bachelier en kinésithérapie ou licence/master en kinésithérapie;

5° gradué/bachelier en ergothérapie;

6° gradué/bachelier en logopédie ou licence/master en logopédie;

7° gradué/bachelier en diététique;

8° licence/master en psychologie.

CHAPITRE V. — Composantes du programme de soins pour le patient gériatrique

Section I^{re}. — Un service de gériatrie agréé

Art. 13. Le programme de soins comprend un service de gériatrie (indice G), tel que visé à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

Section II. — La consultation gériatrique

Art. 14. La consultation gériatrique permet, de préférence à la demande du médecin généraliste traitant, de donner un avis gériatrique.

Section III. — L'hôpital de jour pour le patient gériatrique

Art. 15. L'admission en hôpital de jour pour le patient gériatrique se fait à la demande du médecin généraliste, d'un médecin spécialiste ou après une consultation gériatrique. L'objectif est d'organiser, de manière pluridisciplinaire, l'évaluation diagnostique, la mise au point thérapeutique et la réadaptation fonctionnelle.

Section IV. — La liaison interne

Art. 16. La liaison interne permet de mettre les principes gériatriques et l'expertise pluridisciplinaire gériatrique à la disposition du médecin spécialiste traitant et des équipes, pour les patients gériatriques, hospitalisés dans l'ensemble de l'hôpital.

Art. 17. La liaison interne est constituée d'une équipe gériatrique pluridisciplinaire. Cette liaison est organisée de telle sorte qu'il soit possible, pour les patients gériatriques séjournant dans des services autres que le service de gériatrie de l'hôpital, d'avoir recours à l'expertise de chacune des qualifications de cette équipe. Cette équipe vient en soutien et sur appel de l'équipe d'un de ces services.

Art. 18. L'équipe gériatrique pluridisciplinaire de la liaison interne est composée des personnes ayant des qualifications mentionnées à l'article 12, points 2, 5, 6, 7 et 8, étant entendu que cette équipe doit être constituée d'au moins 4 équivalents temps pleins et que son nombre dépend du nombre de patients gériatriques théoriques admis annuellement à l'hôpital.

Art. 19. § 1^{er}. A l'exception du service de pédiatrie (indice E), du service de néonatalogie intensive (indice NIC), du service de neuropsychiatrie pour l'observation et le traitement d'enfants (indice K) et du service maternité (indice M), chaque unité de soins ainsi que les fonctions de première prise en charge des urgences, de soins urgents spécialisés, de soins intensifs et d'hospitalisation chirurgicale de jour, disposent, d'au moins, un infirmier relais pour les soins gériatriques, désigné parmi le personnel de l'unité par le chef du département infirmier.

L'infirmier relais dispose d'une formation et/ou d'une expérience spécifique dans les soins gériatriques.

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 geriatriesch 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° verpleegkundige;

3° sociaal assistent of gegradueerde/bachelor in de verpleegkunde, optie sociale verpleegkunde;

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

5° gegradueerde/bachelor in de ergotherapie;

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

7° gegradueerde/bachelor in de diëtleer;

8° licentiaat/master in de psychologie.

HOOFDSTUK V. — Onderdelen van het zorgprogramma voor de geriatriesche patiënt

Afdeling I. — Een erkende dienst voor geriatrie

Art. 13. Het zorgprogramma omvat een erkende dienst voor geriatrie (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. — Het geriatriesch consult

Art. 14. Het geriatriesch consult laat toe, bij voorkeur op verzoek van de behandelend huisarts, om een geriatriesch advies te verstrekken.

Afdeling III. — Het dagziekenhuis voor de geriatriesche patiënt

Art. 15. De opname in een dagziekenhuis voor de geriatriesche patiënt gebeurt op verzoek van de huisarts, een geneesheer-specialist of na een geriatriesch consult. De doelstelling bestaat erin om de diagnostische evaluatie, de therapeutische oppuntstelling en de revalidatie op pluridisciplinaire wijze te organiseren.

Afdeling IV. — De interne liaison

Art. 16. De interne liaison maakt het mogelijk de geriatriesche principes en de geriatriesche pluridisciplinaire deskundigheid ter beschikking te stellen van de behandelend geneesheer-specialist en de teams, en dit voor alle in het ziekenhuis opgenomen geriatriesche patiënten.

Art. 17. De interne liaison bestaat uit een pluridisciplinair geriatriesch team. Deze liaison wordt zo georganiseerd dat de geriatriesche patiënten die in een andere dienst dan de dienst voor geriatrie 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. Het pluridisciplinair geriatriesch 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. Met uitzondering van de dienst kindergeneeskunde (kenletter E), de dienst intensieve neonatalogie (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 geriatriesche zorg.

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

§ 2. Au sein de son équipe, cet infirmier relais, en collaboration avec l'équipe gériatrique pluridisciplinaire de la liaison interne, favorise le développement de l'approche gériatrique et facilite le dépistage, sur base d'outils validés, des patients gériatriques. L'infirmier relais pour les soins gériatriques peut, soit de sa propre initiative soit en collaboration avec le médecin spécialiste responsable, faire appel à la liaison interne du programme de soins à l'intérieur de laquelle le médecin spécialiste agréé en médecine interne ayant une qualification professionnelle particulière en gériatrie ou le médecin spécialiste agréé en gériatrie est appelé en consultation.

Section V. — La liaison externe

Art. 20. La liaison externe permet de mettre les principes gériatriques et l'expertise pluridisciplinaire gériatrique à la disposition du médecin généraliste, du médecin coordinateur et conseiller et des prestataires de soins pour le groupe cible.

Elle vise à optimiser la continuité des soins, à éviter des admissions inutiles et à développer des synergies et des réseaux de collaboration fonctionnels.

Art. 21. La liaison externe dispose d'au moins un mi-temps infirmier gradué/bachelier social ou assistant social assurant la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins. Il doit justifier d'une formation relative à la continuité des soins. En collaboration avec l'équipe gériatrique pluridisciplinaire du programme de soins, le référent hospitalier pour la continuité des soins est chargé des missions de continuité des soins visées aux articles 27 et 28.

Art. 22. Chaque programme de soins instaure dans le cadre de la liaison externe du programme de soins une collaboration formelle avec :

- 1° un ou des services intégrés de soins à domicile;
- 2° des cercles de médecins généralistes;
- 3° des maisons de repos et de soins;
- 4° des centres de soins de jour.

CHAPITRE VI. — Les normes de qualité et les normes afférentes au suivi de la qualité

Section I^{re}. — Normes de qualité

Sous-section I^{re}. — Le manuel gériatrique pluridisciplinaire

Art. 23. § 1^{er}. Le programme de soins conclut une série d'accords de collaboration entre les acteurs internes et externes, qui sont mentionnés dans le manuel gériatrique pluridisciplinaire. Ce manuel comprend les données suivantes :

1° les modalités de collaboration reprises dans l'accord de collaboration fonctionnelle tel que visé à l'article 2. Ces modalités concernent, notamment, la référence des patients au programme de soins;

2° les modalités selon lesquelles l'expertise pluridisciplinaire du programme de soins peut être mise à disposition, sous la forme d'une consultation gériatrique pluridisciplinaire ou d'une admission en hôpital de jour pour le patient gériatrique, pour le patient gériatrique séjournant à domicile ou dans une institution de soins;

3° les modalités de formulation d'avis, par l'équipe du programme de soins, afin d'optimiser la qualité des soins à l'intérieur des institutions de soins pour lesquelles une collaboration existe;

4° la composition de l'équipe gériatrique pluridisciplinaire du programme de soins ainsi que leur répartition dans les différentes composantes du programme;

5° la définition du projet pluridisciplinaire et de la politique de qualité que le programme de soins poursuit (valeurs, objectifs, missions);

6° une description de l'organisation de la liaison interne pour l'ensemble des services et fonctions visés à l'article 19, y compris les directives pour le dépistage des patients gériatriques admis à l'hôpital;

7° une description de l'organisation de la liaison externe;

8° les modalités spécifiques d'organisation du programme de soins.

Plusieurs trajets de soins cliniques sont insérés progressivement dans le manuel gériatrique pluridisciplinaire, ce qui permet d'accroître la qualité et l'efficacité des soins gériatriques pluridisciplinaires.

§ 2. Binnen zijn team bevordert die referentieverpleegkundige, in samenwerking met het pluridisciplinair geriatriesch team van de interne liaison, de ontwikkeling van de geriatriesche aanpak en vergemakkelijkt hij het opsporen van geriatriesche patiënten op basis van gevalideerde instrumenten. De referentieverpleegkundige voor geriatriesche 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 geriatrie of de geneesheer-specialist erkend in de geriatrie in consult wordt geroepen.

Afdeling V. — De externe liaison

Art. 20. De externe liaison maakt het mogelijk de geriatriesche principes en de geriatriesche 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 geriatriesch 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. 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.

HOOFDSTUK VI. — De kwaliteitsnormen en normen voor kwaliteitsopvolging

Afdeling I. — Kwaliteitsnormen

Onderafdeling I. — Het pluridisciplinair geriatriesch handboek

Art. 23. § 1. Het zorgprogramma maakt een reeks afspraken inzake de samenwerking tussen de interne en externe actoren, die in het pluridisciplinair geriatriesch 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 geriatriesche patiënt die thuis of in een verpleeginrichting verblijft, de pluridisciplinaire deskundigheid van het zorgprogramma in de vorm van een pluridisciplinair geriatriesch consult of een opname in het dagziekenhuis voor de geriatriesche 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 geriatriesch 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 geriatriesche patiënten;

7° een beschrijving van de organisatie van de externe liaison;

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

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

§ 2. Le manuel gériatrique pluridisciplinaire est mis à disposition de tous les collaborateurs du programme de soins. Il peut être consulté à l'hôpital par l'ensemble des prestataires de soins de l'hôpital et par des autres prestataires associés au programme de soins en raison de la collaboration, ainsi que par le patient ou son représentant.

Sous-section II. — Le plan de soins et la concertation pluridisciplinaires

Art. 24. Pour chaque patient gériatrique, admis au service de gériatrie, à l'hôpital de jour pour le patient gériatrique ou dans un autre service, l'équipe concernée établit un plan de soins pluridisciplinaire, le cas échéant en collaboration avec l'équipe de liaison interne lorsqu'elle a été conviée à intervenir, concernant le diagnostic, le traitement et la réadaptation fonctionnelle éventuelle. Ce plan de soins fait intégralement partie du dossier du patient.

Art. 25. § 1^{er}. L'équipe gériatrique pluridisciplinaire organise, au moins chaque semaine, une concertation pluridisciplinaire concernant les patients gériatriques.

Peuvent également participer à cette concertation, pour les patients qui les concernent, le médecin généraliste traitant et d'autres médecins ou prestataires de soins associés au traitement du patient. S'il s'agit d'un patient gériatrique hospitalisé dans un autre service que le service de gériatrie, l'infirmier relais et le médecin du service concerné peuvent également participer à la concertation.

§ 2. Si, dans le cadre de la mission de liaison externe, l'équipe gériatrique pluridisciplinaire a réalisé une évaluation, le médecin généraliste et d'autres médecins ou prestataires ayant dispensé les soins au patient, peuvent prendre part à la concertation organisée au sein de l'hôpital.

Sous-section III. — La continuité des soins

Art. 26. De manière à favoriser la continuité des soins, la préparation de la sortie du patient débute dès son admission à l'hôpital. Une feuille de liaison, mentionnant l'ensemble des éléments requis à la continuité des soins, est établie pour chaque sortie d'un patient gériatrique de l'hôpital. Cette feuille de liaison est remise au médecin généraliste désigné par le patient et, le cas échéant, à d'autres prestataires de soins importants pour la continuité des soins.

Art. 27. § 1^{er}. Le référent hospitalier pour la continuité des soins, tel que visé à l'article 21, en collaboration avec l'équipe gériatrique pluridisciplinaire du programme de soins, prend toutes les mesures nécessaires à la préparation du retour à domicile de qualité, et ce dès l'admission à l'hôpital. De manière générale, il assure la promotion de la continuité des soins. A cet effet, il élabore des processus de collaboration pluridisciplinaire au sein de l'hôpital et entre l'hôpital et les structures de première ligne.

§ 2. A cet égard, l'équipe gériatrique pluridisciplinaire du programme de soins et le référent hospitalier pour la continuité des soins sont responsables :

1° de la détection des patients à haut risque pour lesquels un retour à domicile peut être envisagé;

2° de l'évaluation des patients détectés, ainsi que de leur accompagnant principal;

3° de l'information au patient et à son accompagnant principal en ce qui concerne les soins et services à domicile;

4° de la proposition et de la coordination des plans de soins individualisés, en collaboration avec les structures de première ligne;

5° de l'organisation de réunions pluridisciplinaires visant la continuité des soins.

Art. 28. § 1^{er}. Au niveau organisationnel, la mission des liaisons interne et externe consiste à :

1° contribuer à la culture de la continuité des soins;

2° proposer et d'élaborer des actions relatives à la politique menée par l'hôpital en matière de continuité des soins;

3° participer à la formation continue pour le personnel sur les principes de la continuité des soins;

4° élaborer des synergies de collaboration pluridisciplinaires dans l'ensemble des unités de l'hôpital;

5° proposer des initiatives en matière de continuité des soins.

§ 2. Het pluridisciplinair geriatrich 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.

Onderafdeling II. — Het pluridisciplinair zorgplan en het pluridisciplinair overleg

Art. 24. Voor elke geriatrie patiënt, opgenomen op de dienst voor geriatrie, in het dagziekenhuis voor de geriatrie 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.

Art. 25. § 1. Het pluridisciplinair geriatrie team organiseert minstens elke week een pluridisciplinair overleg omtrent de geriatrie 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 geriatrie patiënt die in een andere dienst dan de dienst voor geriatrie 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 geriatrie 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 geriatrie 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. De ontslagmanager, zoals bedoeld in artikel 21, in samenwerking met het pluridisciplinair geriatrie 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 geriatrie 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. § 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. En outre, la liaison externe est responsable de :

1° 'élaboration des accords de coopération avec les services intégrés de soins à domicile, et les structures d'aides et de soins à domicile, notamment par la mise en place et la participation à des comités pluridisciplinaires pour la continuité des soins;

2° 'élaboration de synergies de collaboration avec les autres institutions de soins.

Section II. — Suivi de la qualité

Art. 29. Le programme de soins pour le patient gériatrique collabore à l'évaluation interne et externe de l'activité médicale, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux.

A cet effet, il est créé un Collège pour le patient gériatrique chargé d'évaluer le processus de soins décrit à l'article 5 du présent arrêté. Pour cela, le Collège collaborera avec l'ensemble des disciplines visées à l'article 12. Outre les missions indiquées à l'article 8 de l'arrêté précité du 15 février 1999, sont également dévolues au Collège les missions suivantes :

1° soutenir les hôpitaux dans la réalisation et l'adaptation d'un manuel gériatrique pluridisciplinaire;

2° proposer des directives pour établir et évaluer le plan de soins cité à l'article 24 du présent arrêté et la feuille de liaison citée à l'article 26 du présent arrêté;

3° élaborer un modèle d'enregistrement interne visé à l'article 3 de l'arrêté royal précité du 15 février 1999 prenant en compte les spécificités et les risques du patient gériatrique. L'enregistrement doit permettre, sur base d'indicateurs mesurables, d'évaluer le plan de soins pluridisciplinaire et les objectifs de soins et de continuité, précisés respectivement à l'article 24 et 26 du présent arrêté.

CHAPITRE VII. — Normes architecturales

Art. 30. L'hôpital de jour pour le patient gériatrique constitue une entité reconnaissable et distincte. Il comporte au moins les locaux suivants :

1° un local d'examen;

2° un local de soins;

3° un local de repos avec des fauteuils adaptés;

4° une salle à manger;

5° une salle pour les activités thérapeutiques individuelles ou de groupe;

6° un nombre suffisant d'installations sanitaires pour les patients.

Les locaux visés aux 3° et 4° peuvent être aménagés dans la même pièce.

L'infrastructure nécessaire pour une réadaptation fonctionnelle doit être accessible aux patients admis dans l'hôpital de jour.

Art. 31. L'hôpital de jour pour le patient gériatrique dispose d'un nombre suffisant de chambres adaptées aux patients gériatriques admis en hospitalisation de jour. Elles sont spécifiquement réservées aux patients admis en hospitalisation de jour.

Art. 32. Les locaux de l'hôpital de jour pour le patient gériatrique sont facilement accessibles, notamment aux fauteuils roulants, et adaptés au confort et à la sécurité du patient gériatrique.

Dans les couloirs et dégagements de l'hôpital de jour, toutes les inégalités du sol telles que marches, escaliers et autres entraves, sont évitées. En outre on préviendra tout risque de glissement.

Les déplacements des patients dans l'hôpital de jour seront facilités par l'installation de mains courantes et de poignées. Les installations sanitaires seront également dotées de poignées. Des aires de repos suffisantes seront prévues dans les couloirs.

Art. 33. Un système d'appel efficace est prévu dans tous les locaux.

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

Art. 32. De lokalen van het dagziekenhuis voor de geriatrie patiënt zijn gemakkelijk toegankelijk, in het bijzonder voor rolstoelen, en zijn aangepast aan het comfort en de veiligheid van de geriatrie patiënt.

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

De patiënten moeten in hun verplaatsingen in 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.

CHAPITRE VIII. — *Dispositions modificatives*

Art. 34. A la rubrique « Normes spéciales pour le service de gériatrie » de l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, modifié par les arrêtés royaux des 12 avril 1984 et 25 juin 1985, les modifications suivantes sont apportées :

1° Le point 1 est remplacé par la disposition suivante :

« 1. L'agrément comme service de gériatrie peut être accordé au service d'un hôpital général qui se consacre à l'établissement d'un diagnostic de gériatrie, au traitement, à la réadaptation fonctionnelle, aux soins et à l'hospitalisation, dans les meilleures conditions, de patients gériatriques.

Un service de gériatrie isolé, associé ou non à un service spécialisé pour le traitement et la réadaptation (indice Sp), doit disposer d'une liaison fonctionnelle avec le service de gériatrie de l'hôpital le plus proche. Cette liaison fonctionnelle doit faire l'objet d'une convention écrite qui précisera les modalités :

— de collaboration entre les services de gériatrie, notamment en ce qui concerne la politique d'admission et de transfert des patients gériatriques;

— de recours aux services médico-techniques;

— de collaboration médicale, infirmière et paramédicale, notamment dans une politique de concertation et de formation permanente.

La liaison fonctionnelle sus-mentionnée doit faire l'objet d'une convention écrite si les deux services de gériatrie concernés n'appartiennent pas au même pouvoir organisateur. »;

2° Au point 4, troisième alinéa, les mots « ne peut être supérieure à trois mois » sont remplacés par les mots « ne peut être supérieure à 45 jours ».

Art. 35. A la sous-rubrique « II. Normes fonctionnelles » de la rubrique « Normes spéciales pour le service de gériatrie » de l'annexe du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées au point 4 :

1° Le second alinéa est remplacé comme suit :

« Le médecin dressera, en concertation avec les personnes concernées par le traitement, un programme de traitement mentionnant aussi bien les traitements spéciaux médicaux, infirmiers, paramédicaux et psychologiques que les possibilités de réadaptation fonctionnelle. »;

2° Dans l'avant-dernier alinéa, les mots « le psychologue, » sont insérés entre les mots « l'ergothérapeute » et « l'assistant social ».

Art. 36. A la sous-rubrique « III. Normes d'organisation » de la rubrique « Normes spéciales pour le service de Gériatrie » de l'annexe du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° L'alinéa 1^{er} du point 1 est remplacé comme suit :

« La direction médicale du service de gériatrie est confiée à un médecin spécialiste agréé en médecine interne ayant une qualification professionnelle particulière en gériatrie ou un médecin spécialiste agréé en gériatrie. »;

2° Le point 3 est remplacé comme suit :

« 3. Le service dispose d'au moins 14,13 équivalents temps plein membres de personnel infirmier, paramédical et/ou soignant pour 24 lits agréés dont au moins :

1° un infirmier en chef par unité, porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie;

2° 5 équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier pour 24 lits G agréés;

3° 4 équivalents temps plein infirmiers porteurs du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie ou de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie, pour 24 lits G;

HOOFDSTUK VIII. — *Wijzigingsbepalingen*

Art. 34. In rubriek « Bijzondere normen voor de dienst Geriatrie » 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 geriatrie kan verleend worden aan een dienst van een algemeen ziekenhuis die voorziet in de medische geriatrie diagnosestelling, -behandeling en revalidatie en die tevens in de beste voorwaarden de ziekenhuisverpleging en de verzorging van de geriatrie patiënten verzekert.

Een geïsoleerde geriatriedienst, al dan niet verbonden aan een gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp), moet beschikken over een functionele band met de dienst geriatrie 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 geriatrie, met name wat het opname- en transferbeleid van de geriatrie 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 geriatrie 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 Geriatrie » 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 Geriatrie » 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 geriatrie wordt toevertrouwd aan een geneesheer-specialist erkend in de inwendige geneeskunde met een bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie of een erkende geneesheer-specialist in de geriatrie. »;

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° dans chaque unité de soins, au moins un(e) infirmier(ère) doit être présent(e) en permanence;

5° 1,33 équivalents temps plein membres de personnel ayant comme qualification gradué/bachelier en ergothérapie, gradué/bachelier en logopédie, licence/master en logopédie ou licence/master en psychologie. »;

3° Au point 4, les mots « ergothérapeutes, logopèdes, » sont supprimés.

CHAPITRE IX. — Dispositions finales et transitoires

Art. 37. Les infirmiers qui, à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, ont exercé au moins pendant 5 ans équivalent temps plein dans un service de gériatrie (indice G), dans un hôpital de jour pour le patient gériatrique ou dans un service Sp affections psychogériatriques entrent en ligne de compte pour les fonctions visées au point 3° du point 3° de la sous-rubrique « III. Normes d'organisation » de la rubrique « Normes spéciales pour le service de Gériatrie » de l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

Art. 38. Les infirmiers qui, à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, exerçaient déjà la fonction d'infirmier en chef peuvent continuer à exercer leur fonction dans un service de gériatrie (index G).

Art. 39. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du sixième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*, à l'exception des articles 2, 6, 7, 12, 15, 16, 17, 18, 23, § 1^{er}, 1°, 30, 31, 32 et 33 qui entrent en vigueur à une date à fixer par Nous.

Art. 40. Notre Ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 29 janvier 2007.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Santé publique,
R. DEMOTTE

4° in iedere zorgeenheid 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 geriatrische patiënt of in een dienst Sp psychogeriatrische 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 Geriatrie » 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. 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.

Art. 40. Onze Minister van Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 29 januari 2007.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Volksgezondheid,
R. DEMOTTE

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

F. 2007 — 1056

[C - 2007/22207]

29 JANVIER 2007. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant la liste des programmes de soins, tel que visé à l'article 9^{ter} de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, et désignant les articles de la loi sur les hôpitaux qui leur sont applicables

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 9^{quater}, inséré par l'arrêté royal du 25 avril 1997 et modifié par la loi du 25 janvier 1999

Vu l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant la liste des programmes de soins, tel que visé à l'article 9^{ter} de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, et désignant les articles de la loi qui leur sont applicables, modifié par les arrêtés royaux des 16 juin 1999, 21 mars 2003 et 13 juillet 2006;

Vu l'avis du 8 juin 2006 du Conseil national des établissements hospitaliers;

Vu l'avis n° 41.206/1/V du Conseil d'Etat, donné le 7 septembre 2006, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. L'article 1^{er} de l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant la liste des programmes de soins, tel que visé à l'article 9^{ter} de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 et désignant des articles de la loi sur les hôpitaux qui leur sont applicables, modifié par les arrêtés

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

N. 2007 — 1056

[C - 2007/22207]

29 JANUARI 2007. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 tot vaststelling van de lijst van zorgprogramma's zoals bedoeld in artikel 9^{ter} van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 en tot aanduiding van de artikelen van de wet op de ziekenhuizen die op hen van toepassing zijn

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op artikel 9^{quater}, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 en gewijzigd bij de wet van 25 januari 1999;

Gelet op het koninklijk besluit van 15 februari 1999 tot vaststelling van de lijst van zorgprogramma's zoals bedoeld in artikel 9^{ter} van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, en tot aanduiding van de artikelen van de wet die op hen van toepassing zijn, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 16 juni 1999, 21 maart 2003 en 13 juli 2006;

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 8 juni 2006;

Gelet op het advies nr. 41.206/1/V van de Raad van State gegeven op 7 september 2006, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Artikel 1 van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 tot vaststelling van de lijst van de zorgprogramma's zoals bedoeld in artikel 9^{ter} van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 en tot aanduiding van de artikelen van de wet op de