

Onderzoek naar de frequentie en oorzaken van ziekenhuisopnamen van residenten in rust- en verzorgingstehuizen

Frequency and causes of hospitalization of nursing home residents

by

Van Camp-Van Rensbergen G.

Samenvatting

Ondanks het feit dat het geslachts-, leeftijds- en gezondheidsprofiel van RH/RVT-bewoners globaal goed vergelijkbaar is, werd in onze studie geen gelijklopend profiel van ziekenhuisverwijzingen gevonden. Zowel op vlak van hospitalisatiegraad (aantal hospitalisaties) als op vlak van hospitalisatie-indicatie, onderscheiden instellingen zich sterk van elkaar. Het hanteren van het 'begrip kwaliteit' bleek niet zo gemakkelijk. Toch menen we dat de prevalentie van ziekenhuisopnamen gebruikt kan worden als kwaliteitsindicator van RVT-verzorging. De modaliteiten dienen echter verder onderzocht.

Vooraf de kwaliteitszorg van de huisartsgeneeskunde staat borg voor een correct aantal verwijzingen. De kennis en kunde van behandelende (huis)artsen, maar ook hun prioriteiten met daaruit voortvloeiend

¹ Correspondence address: Gilberte Van Camp, gilberte.vancamp@skynet.be

verwijsgedrag bepalen in sterke mate de hospitalisatiegraad van de patiënten. De literatuur leert alleszins dat heel wat verwijzingen kunnen voorkomen worden.

Inleiding

Over hospitalisaties vanuit verzorgingsinstellingen is weinig geweten.

Doelstelling van deze exploratieve studie is de prevalentie van ziekenhuisverwijzingen bij zorgbehoevende, residentiële bejaarden te onderzoeken in Vlaanderen met als achtergrond-idee dat dit een indicator van kwaliteit kan zijn. De huidige bewoners gaan er immers steeds meer van uit dat het Rust- en Verzorgingstehuis (RVT) een integrale en optimale verzorging waarborgt, met slechts de hoogstnodige doorverwijzingen naar het ziekenhuis. Uit de praktijk blijkt nochtans dat er belangrijke verschillen zijn hoe rusthuizen of RVT's met ziekenhuisverwijzingen omgaan. We kwamen tot de vaststelling dat vrij homogene bewonersprofielen erg heterogene verwijzingsprofielen opleveren.

Concreet brachten we het volledige hospitalisatieprofiel van zorgbehoevende bewoners in kaart. Hierbij werd ingezoomd op twee aspecten, namelijk *hospitalisatiegraad* en *hospitalisatie-indicatie*. Vervolgens werd nagegaan of we uit de vergelijking van deze gegevens in de verschillende settings een kwaliteitsoordeel kunnen vellen.

Onderzoek naar ziekenhuisopnamen is van belang voor de verdere ontwikkeling en uitbouw van dit verzorgingsaanbod met een efficiënte allocatie van middelen tot gevolg.

Alvorens verder te gaan zijn vooraf enkele toelichtingen wenselijk.

Ontstaan van verzorgingsbedden (1,2)

RVT-bedden werden in België juridisch gecreëerd in 1982. Ze werden geprogrammeerd op een bepaald aantal en opgesteld voornamelijk in de schoot van bestaande rusthuizen (RH). Onder de naam 'Gemengde Rusthuis RVT's' vertegenwoordigden deze instellingen in 2002 89% van het totale RVT-bestand. De verhouding van het aantal RVT-bedden op het aantal rusthuisbedden kan zeer verscheiden zijn, afhankelijk van het aantal afgebouwde ziekenhuisbedden in het verleden, doch zegt niets over de reële populatie zorgbehoevenden. Het aantal zorgbehoevenden is onafhankelijk van het aantal RVT-bedden. RVT-bedden werden voorbestemd voor chronisch zorgbehoevende bejaarden terwijl de overige rusthuisbedden valide bejaarden zouden huisvesten.

In de praktijk bleek dat een strakke scheidingslijn tussen de twee soorten bedden niet te trekken viel. De meeste validen worden immers na

verloop van tijd zorgbehoevend. In 'standaard' gemengde rusthuis RVT's bedraagt de proportie zorgbehoevenden in realiteit 70 à 80% van het geheel. Tevens wijst het woord 'standaard' ook op instellingen die een totale capaciteit van een honderdtal bedden hebben en die behoren tot een OCMW (openbaar) of een vzw (privé).

De lokalisatie van verzorgingsbedden in een rusthuis maakt dat het concept naadloos aansluit bij het continue proces van veroudering. Deze Belgische situatie is vrij uniek daar er in andere landen meestal wel een onderscheid gemaakt werd tussen rusthuis en verpleegtehuis. Het gemengde rusthuis RVT vormt een logisch geheel zowel in functie van continuïteit van de verzorging als vanuit menselijk oogpunt (geen node-loze overplaatsingen). Naar zulk geïntegreerd zorgaanbod zoekt men momenteel ook in het buitenland (3).

Instellings- en bewonersprofielen van RH/RVT's zijn vergelijkbaar; hun hospitalisatieprofiel niet

De term RH/RVT slaat op standaard gemengde rusthuis RVT's, hierna telkens ook rusthuis of RVT genoemd. We laten hier kleinere commerciële entiteiten met maar enkele RVT-bedden buiten beschouwing.

Na de wettelijke oprichting van RVT-bedden volgde een consolidatieperiode van een tiental jaar waarin de rusthuizen zich aan de strengere architectonische en functionele RVT-normen aanpasten. Tegelijkertijd stelde men ook vast dat de heterogeniteit van de (begin-)populaties met sterk verschillende verhoudingen van aantal validen op aantal zorgbehoevenden per instelling, stilaan plaats maakte voor een grotere homogeniteit.

Medio jaren negentig waren de bewoners- en instellingsprofielen dermate gestabiliseerd dat de opgevraagde parameters nog weinig verschilpunten vertoonden. Demografische gegevens zoals *geslacht* en *leeftijd* van de bewoners waren gemiddeld in alle instellingen gelijk (4,5). Federale, Vlaamse en allerlei enquêtegegevens bevestigen de verhouding van 3/4 vrouwen ten opzichte van 1/4 mannen en geven een algemeen gemiddelde leeftijd op van 83 à 84 jaar. Tevens mag men stellen dat, alhoewel hier moeilijker een cijfer kan opgeplakt worden, een grote meerderheid van de bewoners in alle instellingen uit zorgbehoevenden bestaat.

Ook in de *pathologieprofielen* vindt men eenvormigheid terug (6). De relatieve frequentie van de verschillende aandoeningen is in elke instelling grotendeels gelijk. De populatie in de standaardinstellingen bestaat voor 60 à 70% uit dementerenden. Verdeelt men de somatische hoofdiagnosen per pathologiegroep volgens ICD-9 (International Classifi-

cation of Diseases, 9th edition), dan vormen aandoeningen van het hart vaatstelsel, van zenuwstelsel en zintuigen en van het bewegingsstelsel de hoofdmoot. In afnemende volgorde bekomt men respectievelijk 36%, 21% en 13%. Een update van deze profielen in 2000 laat weinig verschuivingen zien.

We mogen aannemen dat de case-mix van bewoners in standaard gemengde RH/RVT's vergelijkbaar is.

De instellingsprofielen zijn eveneens vergelijkbaar. Grootte, infrastructuur en bestaffing (aantal en kwalificatie van verpleegkundigen) zijn minstens afgestemd op de normen zodat alle RVT's zowat dezelfde mogelijkheden bezitten qua zorgverlening.

Tegen deze achtergrond van gelijkvormige instellings- en bewonersprofielen en gelijklopende activiteitencijfers in het algemeen (aantal opnamen, overlijdens enz.), staken de verschillende hospitalisatiegegevens des te meer af. Uit jaarverslagen van instellingen viel het daarenboven ook op dat een (tijdelijke) toename van de zwaarte van zorgprofielen niet evenredig verloopt met een evolutie in het aantal ziekenhuisopnamen.

Bestaande informatie aangaande hospitalisaties van RH/RVT-bewoners

Twee overheidsbronnen geven vanaf 1991 beperkte informatie over hospitalisaties vanuit verzorgingsinstellingen, doch de louter administratieve splitsing van de verschillende soorten bedden (RH- of RVT-sta- tuut) belemmert een efficiënte statistische gegevensverzameling. Men weet niet altijd op welk populatietotaal de cijfers betrekking hebben en de respons is vaak gebrekkig. Toch waren de opgegeven data merkwaardig genoeg om onze aandacht te trekken op het kwalitatieve aspect van deze hospitalisaties.

Begin jaren negentig werden binnen het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap de eerste statistieken gemaakt op basis van de jaarlijkse RVT-erkenningverslagen (4).

Er werd o.a. het aantal overleden bewoners per kalenderjaar genoteerd alsook hun plaats van overlijden hetzij in het rusthuis zelf, hetzij in het ziekenhuis. Het was opvallend dat niet alleen het aantal sterfgevallen overal zeer hoog lag (1/3 van de RVT-populatie overlijdt jaarlijks) maar dat blijkbaar de verzorgingspolitiek sterk kon verschillen van instelling tot instelling. Dit kon men afleiden uit het percentage overlijdens dat binnen het ziekenhuis plaatsvond. In 'eigen huis' sterven gold in 1993 voor 75% van de bewoners in vzw instellingen tegenover 65% in openbare instellingen. Het was zelfs niet ongewoon dat in sommige openbare RVT's

een meerderheid in het ziekenhuis overleed. Dit kon gaan tot 80%, wat het imago van de instelling niet ten goede kwam en wat ertoe leidde dat er van 'tweesporenwerking' werd gesproken.

Tegelijkertijd groeide de bewustwording dat het 'mogen' overlijden in eigen vertrouwd milieu een prioriteit werd voor de residenten. Dit werd vaak extra toegelicht bij het opnamecontract in het rusthuis.

Enkele jaren geleden werd vanuit de overheid de palliatieve zorgverlening onder de aandacht gebracht en opgenomen in de geüpdatete versie van de RVT-normen (KB 24 juni 1999). Van dan af begonnen terminale verwijzingen naar het ziekenhuis overal sterk af te nemen.

Medio jaren negentig vroeg de inspectie ook informatie op aangaande 'gewone' ziekenhuisopnamen als werkingsbarometer. De ratio, zijnde hier de verhouding van het aantal verpleegdagen op het aantal RVT-patiënten, kon variëren van 2,1 tot 16,1 (4). In die instellingen waar relatief gezien een groot aantal hospitalisaties werd gerealiseerd, kwamen volgende onderliggende redenen naar voren. Bewoners werden naar het ziekenhuis gestuurd om het eigen RVT-personeel te 'sparen'; er was soms een 'té goede binding' tussen het RVT en het ziekenhuis waarmee er een functionele opnameovereenkomst bestaat (vaak dezelfde inrichtende macht); tijdens verbouwwerken werden bewoners om praktische redenen naar het ziekenhuis overgeplaatst; ook personeelsgebrek of personeelsbelasting lag aan de basis van de transfers en tenslotte kon de medische verwijspolitiek erg verschillend zijn (4).

Het federale Ministerie van Volksgezondheid vraagt in zijn 'Jaarcijfers RVT' (ministerieel besluit van 26 april 1993 in verband met het meedelen van statistische gegevens) naar het aantal ziekenhuisopnamen per instelling per kalenderjaar. Bij de eerste jaarcijfers van 1993 werd er ook gevraagd naar een aantal redenen van ziekenhuisopname (5). Dit item werd, wegens slechte respons, de volgende jaren weggelaten.

Het soms erg verschillende hospitalisatierisico vanuit rusthuizen vraagt meer aandacht

Kwaliteit en kwaliteitszorg zijn recente begrippen binnen de gezondheidszorg die steeds belangrijker worden. Dit blijkt niet alleen uit het toenemend aantal nieuwe, afgeleide begrippen, maar ook uit het feit dat er steeds vaker gegevens mee in verband worden gebracht. Sinds 1997 wordt er onder impuls van zowel de federale als de Vlaamse overheid concreter gewerkt rond kwaliteit. Er ontstonden begrippen als kwaliteitsvisie, kwaliteitsbeleid, kwaliteitskader, kwaliteitsplan en kwaliteitsproject (7-9). Met het Vlaams Kwaliteitsdecreet (29/04/1997) is het kwaliteitsmanagement in de RVT's in een stroomversnelling terechtgekomen.

Aansluitend hierbij werd volgens strikte richtlijnen een lijvig kwaliteits-handboek en kwaliteitsplan voorgehouden.

Van het begrip kwaliteit bestaan veel definities met min of meer dezelfde strekking. Een goed bruikbare definitie is: 'kwaliteit is voldoen aan gestelde eisen' (10). Kwaliteitszorg is de zorg voor het verkrijgen of handhaven van het gewenste kwaliteitsniveau van de zorgverlening, waartoe ook medische zorg behoort, zodat de 'kwaliteit van leven' van de bewoner gewaarborgd wordt. Hiervoor worden een aantal principes gehanteerd zoals o.a. 'patiëntgerichtheid' en 'meten is weten'.

Bij 'patiëntgerichtheid' moeten de beroepsbeoefenaars bereid zijn het belang van de patiënt prioritair te stellen. Een van de verwachtingen van die patiënt is dat de geleverde zorg performant is, zowel klinisch als financieel-economisch als mensvriendelijk. Deze gedachtegang van 'bewoners gestuurde zorg' vinden we terug in de beleidsnota van 2001 van de toenmalige ministers van Volksgezondheid (11). "Uitgangspunt is dat elke patiënt de noodzakelijke zorg zoveel mogelijk in, of zo dicht mogelijk bij, zijn/haar thuisomgeving ontvangt". We wijzen er hier op dat een RVT een thuisvervangend milieu is.

De meeste kwaliteitsfilosofieën gaan uit van het standpunt dat kwaliteit meetbaar en objectiveerbaar moet zijn, wat het belang verklaart dat gehecht wordt aan indicators of parameters.

"Een indicator is een kwantitatieve maat voor een aspect van de zorgverlening. Indicators meten niet rechtstreeks de zorgkwaliteit; ze geven wel informatie, nodig voor het opsporen ervan"(12). Afwijkende waarden kunnen aanleiding geven tot een meer doorgedreven evaluatie.

Gebruik makend van de terminologie die werd ontwikkeld door Donabedian (13) kunnen we ziekenhuisopnamen onderbrengen bij procesindicators. Deze geven een beeld van de overeenstemming tussen feitelijk verleende zorg en vooraf gestelde criteria. Hieruit blijkt dat ziekenhuisopnamen niet altijd nodig of nuttig zijn.

Methode

Zorgbehoevendheid wordt in België gedefinieerd aan de hand van de Katzschaal. De Belgische Katzschaal onderscheidt vier categorieën van zelfredzaamheid: O = valide; A = semi-valide; B = zorgbehoevend en C = zwaar zorgbehoevend.

Zorgbehoevenden zijn bewoners die in min of meerdere mate afhankelijk zijn van derden voor de essentiële Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL). De fysieke items zijn: wassen, kleden, verplaatsen, toiletbezoek, incontinentie en eten. De psychische items betreffen desoriëntatie in tijd en plaats.

Zoals hierboven vermeld vertrekken we van de basisassumptie dat RVT-bewoners op instellingsniveau dezelfde kenmerken vertonen qua geslacht, leeftijd, zorgbehoefte en pathologie. Als de bewoners medisch en demografisch vergelijkbaar zijn, zou daar een vergelijkbaar hospitalisatieprofiel moeten uit voortvloeien.

Ons objectief werd in 2000 onderzocht door middel van een gelegenheidssteekproef in het centrum van Vlaanderen, in zeven vergelijkbare standaard gemengde RH/RVT's, zowel openbaar als privé. Als studiedesign werd gekozen voor een beschrijvend en vergelijkend onderzoek op instellingsniveau van alle overledenen in een bepaalde tijdsspanne. Om 'het geheel' van ziekenhuisopnamen per RVT-bewoner te kunnen beschrijven, en niet enkel de ziekenhuisopnamen in een willekeurig jaar, lag een retrospectieve aanpak voor de hand en kwamen a fortiori alléén ontslagen bewoners (lees overledenen) in aanmerking. Hierdoor ontstaat nochtans geen bias daar de overlijdenscohort in elke instelling normaliter een mix is van residenten van wie de individuele verblijfstijden sterk uiteenlopend kunnen zijn (2).

De onderzochte populatie bestond uit alle overleden zorgbehoevenden van het kalenderjaar 2000 wat neerkwam op 265 gescreende bewoners (190 vrouwen, 75 mannen) die in totaal 324 ziekenhuisopnamen lieten registreren.

Een drietal (valide) bewoners die nooit categorie B of C werden, kwamen niet in aanmerking.

Als databron voor de *hospitalisatiegraad* werden administratieve documenten van het rusthuis aangewend. Aan de hand van een vijftal computerlijsten (met gegevens over opname, transfers, facturatie en verzekering) en het individuele bewonersdossier kon een reconstructie van de verschillende ziekenhuisverwijzingen samengebracht worden.

Voor de *hospitalisatie-indicatie* werd geput uit het bewonersdossier. Ontbrekende gegevens werden mondeling door de behandelende arts of de hoofdverpleegkundige aangevuld. De verwijfsreden van de hospitalisatie was een moeilijk te achterhalen gegeven omdat het grotendeels niet ingevuld werd.

De reden van ziekenhuisopname werd op de enquêtelijsten voluit geschreven en nadien gehercodeerd volgens een gesloten nominale schaal van zes grote klassen, om een vergelijking met de gegevens van de eerste nationale enquête van 1993 mogelijk te maken.

De zes weerhouden klassen zijn: observatie, fracturen, CVA of hartinfarct, operatie, palliatieve zorgen en overige. Observatie werd ingedeeld in vijf subklassen: gastro-entero, hartvaatstelsel, ademhalingswegen,

bewegingsstelsel, overige of onbekend. 'Fracturen' kreeg twee subklassen: heupfracturen en overige fracturen of traumata. In totaal zijn dus 12 codeerklassen mogelijk; ze werden 'achteraf' opgesteld in functie van de frequentie van voorkomen.

De belangrijkste methodologische moeilijkheid bestond in de noodzaak de gegevens manueel samen te stellen. Met de chi kwadraattest werd gezocht naar een verband tussen ziekenhuisopnamen en geslacht. Via open interviews van rusthuisverantwoordelijken werd in de praktijk nagegaan in hoeverre ziekenhuisopnamen een kwalitatieve dimensie kunnen hebben.

Resultaten

Resultaten in verband met hospitalisatiegraad (Tabel 1)

Van de 265 gescreende overleden RVT-bewoners werd 65% tijdens zijn rusthuisverblijf minstens eenmaal in het ziekenhuis opgenomen; 31% ging tweemaal naar het ziekenhuis en 13% driemaal; 6% werd meer dan drie keer opgenomen. Drie instellingen hebben niemand met meer dan 3 opnamen.

Het percentage opgenomen bewoners varieert per instelling van 44 tot 80%. Bij een significantieniveau van 5% wijst deze steekproefinformatie erop dat de hospitalisatiegraad van de instellingen CE en CZ op een statistisch significante wijze verschilt van het totale gemiddelde van 0,65.

De demografische gegevens van onze steekproef komen overeen met de landelijke cijfers: namelijk de proportie mannen bedraagt in onze steekproef 23% en de gemiddelde leeftijd is 83,8 jaar met een Standaarddeviatie (SD) van 6,9. Het opnamepercentage van mannen over alle instellingen heen bedraagt 67%, en van vrouwen 64%. Ook statistisch (chi kwadraattest) mogen we de onafhankelijkheid tussen geslacht en opnamefrequentie aanvaarden op een significantieniveau van 5%. $\chi^2 = 0.3993$; $p = 0.5274$.

Tabel 1 toont dat het aantal opnamen per bewoner gedurende zijn totale verblijf kan verschillen van 0,56 tot 2,1 wat wil zeggen dat 100 bewoners 56 ofwel 210 ziekenhuisopnamen kunnen genereren.

Van diegenen die ooit in het ziekenhuis opgenomen werden liep het aantal opnamen op van 1,3 tot 2,6.

In de 'gemiddelde' ziekenhuisligduur verschillen de instellingen niet erg van elkaar. Het gemiddeld cumulatieve aantal ligdagen van de eerste drie opnamen van alle patiënten ligt tussen 10 en 16,8 dagen met een SD van 7,2 tot 15,4.

TABEL 1.
Ziekenhuisopnamen tijdens rusthuisverblijf: aantal bewoners, opnamepercentage per geslacht, aantal ligdagen en ratio's.

Instelling	Bewoners		Aantal bewoners met minimum één ziekenhuisopname		%	N	Aantal ZH-opnames	Gem. leeftijd	♀	♂	Gem. aantal ligdagen	SD	Gemiddeld aantal ligdagen van de eerste 3 opnamen	Gem. aantal opnamen per RVT'er	Gem. aantal opnamen per opgenomene
	N	Gem. leeftijd	N												
CE	32	86,4	18		44	14		86,4	42%	46%	17,1	7,2	16,3	0,56	1,29
CZ	51	83,7	108		80	41		83,7	81%	79%	15	13,3	16,8	2,10	2,60
DB	27	80,6	25		63	17		80,6	59%	80%	15,9	10,7	16,1	0,93	1,47
FR	62	82,9	83		69	43		82,9	65%	79%	13,8	11,6	13,4	1,34	1,98
JO	30	86,8	35		77	23		86,8	83%	50%	15,1	15,4	15,2	1,30	1,73
OL	32	82,7	27		53	17		82,7	46%	70%	12,4	9,9	10,0	0,84	1,59
RE	31	82,7	28		55	17		82,7	57%	50%	18,4	16,5	16,1	0,90	1,65
Tot.	265	83,8	324		65%	172		83,8	64%	67%	15,1	12,4	14,9	1,28	1,95

Ook statistisch bestaat er geen verschil in de gemiddelde ziekenhuisligduur tussen de instellingen.

Omdat de ligduur nogal afhankelijk is van de reden van opname werden de gemiddelde verblijfstijden tweemaal onderzocht. Na een globale vergelijking die geen verschillen opleverde, werden enkel die patiënten beschouwd die voor observatie opgenomen werden. Die steekproef was in alle instellingen groot genoeg. Ook voor deze welbepaalde indicatie werden geen significante verschillen tussen de afzonderlijke instellingen gevonden $F= 0,634$ $p= 0,7024$

Gemiddeld verschilt de duur van een ziekenhuisopname dan wel niet, de relatieve frequentie per tijdsklasse van 5 dagen laat wel een grote verscheidenheid zien. In de ene instelling zijn opnamen van 6 à 10 dagen in de meerderheid, in een andere instelling langdurige opnamen van meer dan 20 dagen en sommige RVT's registreren bijna voor de helft zeer korte opnamen van 1 à 5 dagen. Naar de causaliteit hiervan kon in deze studie niet gezocht worden.

Resultaten in verband met hospitalisatie-indicatie (Tabel 2)

Zowel Tabel 2 als Figuur 1 laten zien dat observatieopnamen veruit het belangrijkste motief zijn (53%) en dan vooral observaties aangaande ademhalingsproblemen (bronchitis en pneumonie). Op de tweede plaats komen observaties voor gastro-intestinale klachten (anaal bloedverlies, maagulcus, buikpijn, slikmoeilijkheden). 'Overige' vormt de verzameling van observaties voor urologie, neurologie, dermatologie en 'algemene observatie'.

Fracturen scoren 15%; heupfracturen komen het frequentst voor naast schouder- en polsfracturen en overige traumata (voornamelijk hoofdletsels).

De indicatieoperatie of kleine ingreep is goed voor 11% en CVA/hartinfarct behaalt eveneens 11%. Terminale verwijzingen vertegenwoordigen 7%.

Bij nadere bestudering van de verwijzingen met een ligduur van meer dan twintig dagen (Figuur 1), treffen we eveneens vooral observaties aan (44%), voornamelijk betreffende de ademhalingswegen. Tweede vaststelling is dat in 14% van de verblijven met lange ligduur voornamelijk (kleine) ingrepen voorkomen, zoals gastrostomie, cataractbehandeling, tandenextractie, sondeverwijdering, wondzorg en dergelijke. Het gaat hier echter om de primaire verwijzing zonder rekening te houden met comorbiditeit en complicaties.

TABEL 2.
Verdeling per instelling van de belangrijkste reden van ziekenhuisopname in twaalf klassen

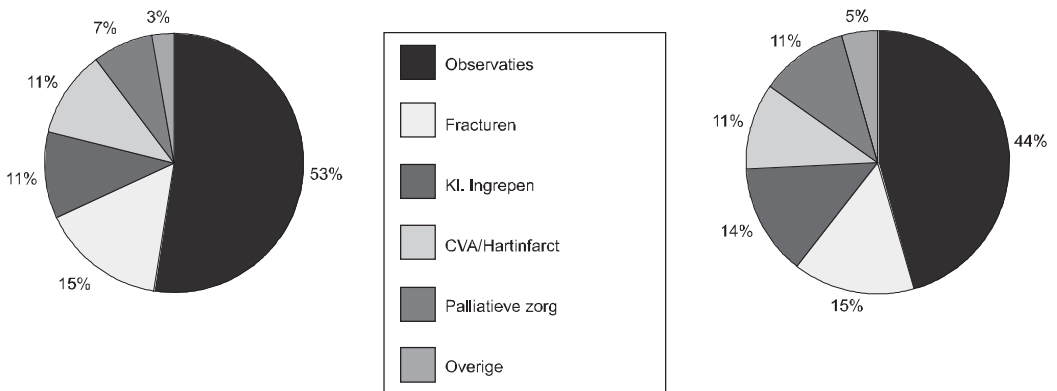
Inst.	Observatie 53%					Fracturen 15%			CVA Hartinfarct 11%		Operatie 11%	Palliat. 7%	Overige 3%	Tot.
	Gastro entero	Hart - vaatst.	Ademh. wegen	Beweg. Stelsel	Overige/ onbek.	Heup en traumata	Ov. fracturen CVA	Hart- infarct	CVA					
CE	3	0	2	0	6	0	1	1	0	0	0	3	2	18
CZ	14	9	13	4	11	7	5	11	2	22	8	2	2	108
DB	0	4	7	0	0	6	3	1	1	1	2	0	0	25
FR	11	5	10	0	13	7	4	7	1	7	7	3	3	75
JO	1	5	3	2	14	4	2	0	0	2	1	1	1	35
OL	1	2	3	0	6	0	0	9	0	2	0	0	0	23
RE	3	1	4	1	6	2	7	1	0	0	2	1	1	28
Tot.	33	26	42	7	56	26	22	30	4	34	23	9	312*	

* Van 12 ziekenhuisopnamen van de 324 (8 in instelling 'FR' en 4 in 'OL') werd de reden niet opgegeven.

Discussie en conclusie

In deze pilootstudie werden de ziekenhuisverwijzingen van 265 residenten in zeven rusthuis/RVT's geregistreerd gedurende heel hun verblijfsperiode. De algemene doelstelling bestond erin om een inzicht te krijgen in het zeer uiteenlopend hospitalisatieprofiel van deze bewoners waarbij ingezoomd werd op hospitalisatiegraad en hospitalisatie-indicatie.

Figuur 1:
Verdeling van de voornaamste redenen van ziekenhuisopname, algemeen (n = 312)
en bij een ligduur van minstens 20 dagen (n = 66).



De uiteindelijke bedoeling was de bruikbaarheid van dit onderzoek te kaderen in het licht van kwaliteit.

Er waren methodologische beperkingen. Zo kon er enkel naar associaties gezocht worden tussen ziekenhuisopname en geslacht en niet tussen ziekenhuisopname en leeftijd of zorgbehoeftecategorie omdat de gegevens hiervoor totaal onoverzichtelijk waren of niet te achterhalen. Bijvoorbeeld een bewoner verblijft vijf jaar in een instelling, van zijn 83-ste tot zijn 88-ste jaar. Hij heeft een eerste ziekenhuisopname na één jaar verblijf; hij is dan 84 jaar en bijvoorbeeld categorie B. Drie jaar later heeft hij opnieuw een opname: hij is dan 87 jaar en categorie A. Hij overlijdt op 88-jarige leeftijd in het ziekenhuis in categorie C. Een tweede beperking betreft de summier weergave van hospitalisatie-indicatie. Hiervan is weinig in het bewonersdossier terug te vinden zodat de twaalf codeerlassen het maximum haalbare waren.

Hospitalisatiegraad

Een volledig overzicht van de hospitalisatiegraad van RH/RVT-residenten is in België niet beschikbaar. Er zijn enkel globale (niet per bewoner) cijfers per jaar over *aantal patiënten* en *aantal ligdagen*.

In onze studie werd gemiddeld 65% van de residenten tijdens zijn rusthuisverblijf minstens eenmaal in het ziekenhuis opgenomen. Dit resultaat ligt hoger dan wat officiële gegevens ons meedelen, doch we moeten daarbij bedenken dat onze cijfers geen jaaroverzicht zijn maar een verblijfsoverzicht, dat heel wat langer kan zijn. De Vlaamse erkenningsverslagen vermeldden voor 1993 (laatst bekende cijfers) dat 45% van de RVT-bewoners een ziekenhuisopname hadden gedurende het voorbije jaar en de jaarlijkse nationale RVT-registratie noteerde dat in 1998 39% van de RVT-bewoners naar het ziekenhuis verwezen werd.

Over het aantal 'ziekenhuisligdagen per kalenderjaar en per instelling' lopen de overheidsgegevens sterk uiteen, tot in het uiterste geval bijna het tienvoudige, voor eenzelfde aantal bedden. In de erkenningsverslagen kan men hiervoor enige duiding vinden. Het is een feit dat de hospitalisatiegraad van RH/RVT-bewoners niet alleen medische gronden heeft, maar ook beïnvloed wordt door personeelsproblemen, bouwperikelen, verwijsgedrag artsen enzovoort (4). Deze verklaringen zijn in de recente internationale literatuur eveneens terug te vinden. "Hospitalisatie is niet alleen een medisch probleem, maar kan ook een personeelsprobleem zijn. Een opnamestijging wordt vastgesteld tijdens vakantieperiodes en rond Kerstmis"(14).

Er zijn geen officiële statistieken betreffende gemiddelde ziekenhuisligduur van patiënten afkomstig uit RVT's. Het is bekend dat de ziekenhuisdiensten, heelkunde en inwendige, waar de bewoners in de acute fase naartoe gestuurd worden, een doorsnee verblijfsduur hebben van vijf à acht dagen. Maar uit een rapport van 1998 van een werkgroep binnen het Ministerie van Volksgezondheid weet men dat het herstelproces langer is bij bejaarden (15). Dit strookt dan meer met de gemiddelde verblijfsduur in onze studie die voor alle instellingen rond de vijftien dagen ligt. Dat kan te maken hebben met de politiek van het ziekenhuis (budgettaire imperatieven met penalisatie van lange verblijfsduur), veeleer dan met het RVT zelf.

De instellingen onderscheiden zich niet van elkaar in 'gemiddeld' aantal ziekenhuisligdagen, maar wel wat de relatieve frequentie van het aantal ligdagen per opname betreft. In die gevallen waar de ziekenhuisligduur 'lang' is, zou het kunnen betekenen dat bijvoorbeeld de nazorg bij heupprothese of CVA in geriatriediensten of SP-diensten (gespecia-

liseerde diensten voor ondermeer revalidatie) gegeven wordt, daar waar het bij sommige RVT's in de instelling zelf gebeurt. Langdurige opnamen zijn ook niet noodzakelijk rechtstreeks gelinkt aan reden van opname maar komen ook voor bij complicaties zoals ziekenhuisinfecties (MRSA). Dit maskeraspect kwam in onze studie niet aan bod.

Hospitalisatie-indicatie

Het item hospitalisatie-indicatie ontbreekt in de officiële enquêtes. Het werd ooit eenmaal opgevraagd in de 'Jaarcijfers RVT' van 1993. Toen konden er vier keuzes gemaakt worden: observatie, fracturen, operatie en terminale verwijzing. In onze studie werden deze vier indicaties weerhouden en werden er twee toegevoegd: CVA/hartinfarct en een restrubriek. De proporties van de verschillende redenen van ziekenhuisopname van de huidige studie vertonen globaal grote gelijkenissen met de gegevens van die eerste nationale enquête (enige referentie).

- Observatie was in 1993 veruit het belangrijkste motief, en blijft ook nu verantwoordelijk voor meer dan de helft van de ziekenhuisopnamen (53%). Het betreft vooral observaties in verband met de ademhalingswegen. Dit werd eveneens vastgesteld door hoger vermeld rapport betreffende geriatrische opnamen.
- Terminale verwijzingen, in 1993 nog verantwoordelijk voor 8 à 14% van de ziekenhuisopnamen, lopen algemeen terug tot 7%. Het ziet ernaar uit dat dit percentage nog zal dalen omdat de instellingen zelf meer en meer de palliatieve functie opnemen, eventueel in samenwerking met palliatieve netwerken. Dit strookt alleszins met de verwachtingen en wensen van de bewoners. Voor deze indicatie gebeurde de markantste evolutie als we zien dat sommige RH/RVT's praktisch geen terminale patiënten meer doorsturen, daar waar tien jaar geleden in bepaalde instellingen een meerderheid nog in het ziekenhuis overleed.

Momenteel is er nationaal (kwaliteitsnormen) veel aandacht voor de palliatieve zorgverlening in het RVT zelf. Dankzij gerichte bijscholingen kunnen huisartsen en verpleegkundigen beter de palliatieve zorgfunctie aan, inclusief pijnpompen, wat in RVT's al bij al weinig voorkomt.

Ook internationaal staat palliatie in de belangstelling. Men is tegen therapeutische hardnekkigheid, maar toch staat men in de praktijk niet ver met deze 'end-of-life care' voor bejaarden (16). Uiteraard dient men steeds rekening te houden met de wettelijke voorschriften terzake (17).

- Weinig verwijzingen in verband met fracturen en traumata kan doen veronderstellen dat er een degelijke valpreventie is door allerlei maatregelen maar hopelijk niet als gevolg van fixatie. Een actieve fractuurpreventie door het dragen van heupbeschermers (18) werpt vruchten af, evenals een zichtcorrectie. Koole constateerde dat aangepaste glazen bij 20% van de residenten de valneiging deed verminderen (19). Bepaalde combinaties van medicatie veroorzaken duizeligheid en zo ook valmogelijkheid. Boonen tenslotte pleit niet alleen voor valpreventie maar ook voor botversterkende medicatie (20).
- Dat er minder CVA's en hartinfarcten voorkomen dan vroeger is waarschijnlijk deels te danken aan primaire en secundaire preventie en aan een aangepast interventiegedrag.
- Door de toegenomen kennis over dementie en het ter beschikking stellen van een gespecialiseerde referentieverpleegkundige worden patiënten met storend onaangepast gedrag, meer dan vroeger, in het RVT zelf behandeld in plaats van doorgestuurd te worden naar het ziekenhuis of de psychiatrie. Het kleine aantal verwijzingen in verband met storend gedrag bij dementie werd in onze studie bij de restrubriek van 'overige observaties' geteld.

Bruikbaarheid van ziekenhuisopnamen als kwaliteitsparameter

De hypothese die vooropgesteld was, luidde: instellingen waarvan de residenten geen significant verschillende karakteristieken vertonen qua geslacht, leeftijd, zorgbehoefte en pathologie, zouden een vergelijkbare hospitalisatiegraad of hospitalisatie-indicatie moeten vertonen. De praktijk wijst uit dat dit niet het geval is. Kunnen we hieruit afleiden dat ziekenhuisopnamen een kwaliteitsparameter zijn, waarbij men ervan uitgaat dat vooral het 'over'gebruik een negatieve bijklank heeft? In principe is het antwoord 'ja' maar de uitvoeringsmodaliteiten laten vandaag nog niet toe de cijfers hard te maken.

Zowel het overheidsbeleid als de individuele resident streven algemeen naar een minimum aantal opnames. Een van de belangrijkste opdrachten van de Rust- en Verzorgingstehuizen staat al geciteerd in de wet van 27 juni 1978, wet tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen. Art.5 §1. "(...) Aan erkende rustoorden voor bejaarden kan een bijzondere erkenning (RVT erkenning) worden toegekend voor het verlenen van een geheel van zorgen dat toelaat het verblijf in het ziekenhuis in te korten of te voorkomen".

Zijn de intenties van de wetgever vooral kostprijsbesparend, die van de resident zijn eerder van menselijke en emotionele aard. Een ziekenhuisopname die op zich al een traumatische gebeurtenis is, gaat steeds

samen met het wegvallen van de gewone sociale contacten met de andere bewoners van het rusthuis. Dit aspect mag zeker niet uit het oog verloren worden, wil men het persoonlijk welbevinden van bejaarden ter harte nemen. De subjectieve kant van de zorgvraag is minstens zo belangrijk.

Volgens minister Vandenbroucke (21) dienen er dringend "(...) indicatoren voor een verantwoord aantal ziekenhuisopnamen opgesteld, rekening houdend met pathologieprofielen. Het is een element van kwaliteitsevaluatie".

Dat ziekenhuisopnamen een belangrijke kwaliteitsparameter zijn, is alleszins de visie van Okamura (22). De auteur vergeleek twee identieke 'nursing homes' en schreef de lagere mortaliteit en het kleinere aantal ziekenhuisverwijzingen toe aan een betere rusthuiswerking.

Toch blijkt het hanteren van het begrip 'kwaliteit' op zich niet zo gemakkelijk. In hoge bewoordingen is er al veel inkt over gevloeid. "(...) Kwaliteitszorg is verantwoorde zorg die voldoet aan de vereisten van doeltreffendheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid. Daarbij zijn o.a. menselijke waardigheid, het zelfbeschikkingsrecht, de inspraak en de sociale context van de gebruiker gewaarborgd" (Publicatie van de Vlaamse regering, Administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn, 2003).

De kern komt dus hierop neer:

"Kwaliteitszorg is 'verantwoorde zorg' garanderen, die zich oriënteert op de gebruiker".

Hiermee wordt medisch én deontologisch verantwoorde zorg bedoeld die het belang van de patiënt prioritair stelt. Dit veronderstelt bijvoorbeeld dat zinloze hospitalisaties moeten vermeden worden.

Uiteraard blijven er noodzakelijke, medisch en ethisch verantwoorde verwijzingen. Maar aan het ene uiterste staan de artsen die direct doorverwijzen, en aan het andere uiterste zij die, binnen de perken van het medisch toelaatbare en eventueel na geriatrisch consult, alleen de hoogstnodige ziekenhuisverwijzingen doen. "(...) Het behoort tot de professionele deontologie een 'sortering' te maken (...)" (Vandenbroucke, 2002).

De nieuwe mentaliteit van de artsen, de inherente risico's verbonden aan elke ziekenhuisopname (nosocomiale infecties) en de mogelijkheden, in casu structuur en cultuur die de huidige RVT's bieden, verkleinen alsmear meer de filters van dit sorteringsmechanisme.

Hierbij kan ook het belang van guidelines onderstreept worden. Zoals Berlowitz en Valle betogen, zijn klinische richtlijnen in het algemeen een belangrijk werkinstrument om de verzorgingskwaliteit in 'nursing homes'

te verbeteren (23,24). In die trant publiceerde de 'Artsenkrant' van november 2003 en maart 2004 twee artikels met als titel: "Al dan niet ziekenhuisopname?" (bij pneumonie) en "Huisartsen trekken valpreventie bij senioren op gang". Verschillende auteurs poogden hulpmiddelen te ontwikkelen om risicopersonen te identificeren.

Ook in de recente internationale literatuur vindt men aanwijzingen en suggesties om het aantal ziekenhuisverwijzingen te beperken. De empathische overwegingen staan er wel niet altijd uitdrukkelijk bij. Rechtstreekse (telefonische) communicatie tussen RVT's en subacute geriatrische ziekenhuisdiensten, om spoedopnames te vermijden, heeft zijn nut al bewezen (25).

Toch heeft de bewoner nog meer baat bij het beter uitrusten van het RVT zelf zodat de medische verzorging ter plaatse kan worden verleend (26). "De meeste medische problemen bij bejaarden (inclusief urineweg-infecties, pneumonie, veneuze trombose, zwaar hartfalen) kunnen opgelost worden zonder hospitalisatie"(27). Concreet kan zich dat extreem vertalen door het voorzien van een 'ziekenhuis in een verzorgingsinstelling'. "(...) Het moet haalbaar en veilig zijn om residenten met acute medische problemen in hun eigen instelling te behandelen, zonder de fysieke transfer naar het ziekenhuis" (28).

In Vlaanderen bestaan al zulke voorbeelden. Hieruit volgt dat aan de zorgverleners andere deskundigheidsvereisten gesteld worden. Een kwantitatief en kwalitatief hoogstaande verpleegequipe is hiervoor een must waarbij ook dient gewezen op het nut van opleiding en bijscholing. Uit voorgaande citaten merken we dat ziekenhuisverwijzingen zich in de grijze zone bevinden als het op kwaliteitsevaluatie aankomt.

Er is enerzijds het algemene aanvoelen dat het 'kwaliteitsniveau van de zorg' in de RVT's gestegen is, vooral in de betekenis van medische én verpleegkundige competentie en aandacht voor het welzijn van de bewoner en zijn kwaliteit van leven. Anderzijds is men er zich van bewust dat het aantal ziekenhuisopnamen vanuit sommige instellingen dermate hoog ligt dat het niet alleen op basis van pathologie kan verantwoord worden. Men voelt aan dat het met kwaliteit te maken heeft, maar specifieke criteria ontbreken om hierover een verantwoorde uitspraak te doen.

In de praktijk gebeurt het soms ook dat behandelende artsen rekening dienen te houden met de vraag (eventueel weigering) tot hospitalisatie vanwege de bejaarden of hun naasten. De feiten leren dat, mits 'ondersteuning', de ziekenhuisverwijzingen van terminale en dementerende patiënten erg teruggelopen zijn. Het minste dat men kan zeggen van de overige verwijzingen, die in onze studie opvallend verschilden van instelling tot instelling, is dat ze moeilijk anders kunnen verklaard worden dan door een 'werkingsverschil'.

Aan de hand van enkele voorbeelden en casussen kan dat werkingsverschil geïllustreerd worden.

- Het terugdringen van ziekenhuisverwijzingen als gevolg van een bestuurswissel.
Een gemengd rusthuis/RVT van 60 bedden registreerde in 1994 900 ziekenhuisligdagen. De instelling werd overgenomen door een andere bestuursinstantie die een andere verzorgingsfilosofie hanteerde. De instelling groeide uit tot 130 bedden, bouwde systematisch het aantal hospitalisaties af en registreerde in 2000 nog 150 ziekenhuisligdagen.
De activiteitencijfers (o.a. mortaliteit), de architectonische infrastructuur en het personeelsbestand bleven verhoudingsgewijs constant. Belangrijk is evenwel dat de bewoners de manier van besluitvorming over ziekenhuisverwijzingen ten zeerste apprecieerden.
- Het terugdringen van ziekenhuisverwijzingen ten gevolge van de optimale samenwerking tussen bekwame (hoofd)verpleegkundigen en huisartsen.
- Het terugdringen van ziekenhuisverwijzingen kan een uiting zijn van de kwaliteitszorg van de huisartsgeneeskunde. Huisartsen die te snel doorsturen hebben drie redenen: onwetendheid (niet erg vertrouwd met geriatrische problematiek), onzekerheid (graag advies van specialisten) en motivatie (om eventueel meermaals per dag langs het rusthuis te gaan bij acute problemen).
- Het terugdringen van ziekenhuisverwijzingen door ruimer gebruik van daghospitalisatie. Dit betekent dat behandelende artsen de keuzemogelijkheid geboden wordt klinische opnamen (bijvoorbeeld 5-daagse observatie) te vervangen door dagziekenhuis. Hierdoor wordt tegemoet gekomen aan de nood om technisch diagnostische onderzoeken of op punt stellen van behandelingen toch te laten plaatsvinden in het ziekenhuis zonder echte opname. Organisatorisch dient dan wel een en ander bijgestuurd tussen het ziekenhuis en het rusthuis.
- Het terugdringen van ziekenhuisverwijzingen door het inroepen van een geriatrisch consult. De aanwezigheid van een nabijgelegen ziekenhuis met een geriater die ter consult kan geroepen worden, blijkt in de praktijk een enorm pluspunt. Toch doet dit het aantal hospitalisaties niet altijd automatisch dalen. Dat ondervond een instelling die met het oog hierop geregeld advies van een geriater inwon. Die oordeelde dat elke hospitalisatie altijd zinvol is als de 'uiteinde-lijke kwaliteit van leven' van de bewoner er baat bij heeft.
Resultaat: het aantal hospitalisaties daalde een weinig, maar er vond vooral een verschuiving plaats in de indicaties. Bejaarden die men voorheen niet doorstuurde, worden nu wel verwezen, en omgekeerd.

- Het terugdringen van ziekenhuisverwijzingen als gevolg van een doorgedreven preventie.

Volledigheidshalve dient te worden vermeld dat het overnemen van de zorg door het ziekenhuis, (in België) financieel geïndiceerd kan zijn omdat sommige behandelingen er goedkoper zijn voor de patiënt dan in het RVT, bijvoorbeeld intraveneuze antibioticatherapie. Dit brengt ons bij het niet onbelangrijke financiële aspect. Ieder medisch verhaal wordt tenslotte financieel vertaald. De invloed van 'sturing' is vaak voelbaar. In de literatuur is men het er al lang over eens dat het terugdringen van hospitalisaties van residenten aan de orde is, zij het dat vooral het financiële aspect geïndiceerd wordt (29,30).

Daarbij komt dat het hele 'systeem' van doorverwijzingen in RVT's sterk afhankelijk is van een aantal contextuele factoren (instellingsbeleid, personeelsdeskundigheid en -omkadering, verzorgingshaalbaarheid, autonomie en zelfbeschikkingsrecht van de bewoner, inspraak van familie, competentie en ethische houding van huisarts en mogelijkheid tot geriatrisch consult).

Onze conclusie is dan ook dat, gezien deze interdependente factoren, deze studie niet bij machte was een kwaliteitsoordeel uit te spreken over de bekomen resultaten. Toch vonden we dit gegeven op zich absoluut waardevol als indicator. Hierbij onderstrepen we nogmaals de definitie zoals ze in de inleiding stond: 'indicatoren meten niet rechtstreeks de zorgkwaliteit maar geven wel informatie nodig voor het opsporen ervan'. De informatie, ingewonnen uit individuele situaties, uit de literatuur en uit allerlei statistisch materiaal verdient het om verder onderzocht te worden, zeker vanuit menselijk kwalitatief oogpunt. Onnodige ziekenhuisopnamen moeten vermeden worden, dit wil zeggen wanneer er geen dwingende medische en ethische noodzakelijkheid is tot verwijzing, en de bewoner ook in het RVT zelf de nodige verantwoorde medische zorg kan krijgen.

Volgende aanbevelingen kunnen de weg effenen voor verder onderzoek.

- Een eerste vereiste is een correcte registratie van alle ziekenhuisverwijzingen (nulmeting), eventueel met inachtneming van een aantal contextuele factoren. Een juiste software-applicatie moet hiervoor gevonden kunnen worden.
- Eens geregistreerd, lijkt de statistische methode de enige methode te zijn om te kunnen antwoorden op de vraag welk hospitalisatieniveau aanvaardbaar is in vergelijking met een referentiegemiddelde. Dat zou dan de maatstaf zijn van het medische en verpleegkundige handelen.

- Een aantal opnamen blijft nodig en nuttig maar vanaf een significant verschillend aantal ten opzichte van andere instellingen, moeten de redenen zeker geëvalueerd worden.

Abstract

Due to the fundamental importance of the quality dimension in nursing homes and the increasing concern of the government and the residents themselves regarding improper hospital use, a study was initiated to evaluate the prevalence of hospitalizations during the entire length of residency in nursing homes. In Flanders the case-mix of 'standard' nursing home residents is the same (age, gender, level of disability and pathology type) – does this yield a comparable profile for hospital referrals?

Based on a convenience sample we retrospectively describe the entire hospital history (total n=324 hospitalizations) of each deceased resident (n=265; 190 women and 75 men) during the calendar year 2000 in seven institutions in Flanders. Of the 265 screened residents, 65% was sent to the hospital at least once during their stay in the home; 31% twice, 13% three times and 6% more than three times. The percentage varies per institution from 44 to 80%. The mean number of hospital days was 14.9 (SD 12.4) and ranges between 10 and 16.8 (SD 7.2 to 15.4). No significant difference in length of hospital stay was found ($F= 0.634$; $p= 0.70$) nor any gender-related difference (chi square 0.399; $p= 0.53$). The most important reason for hospitalization was observation (53%), especially after respiratory and gastro-intestinal complaints. Further down the line there were fractures (15% [mainly hip]), surgery (11%), stroke (11%), and terminal hospitalizations (7%).

Assuming there were no global differences in residents' characteristics between the different homes, this study found remarkable differences in hospitalization referrals. We suggest that hospitalization is not only determined by medical factors but also by the home policy (structure and culture) and the general practitioners' attitude.

Keywords: *Nursing home, hospitalization rates, hospitalization indication, quality*

Referenties

1. Van Camp-Van Rensbergen G. Historiek van de 'jonge' RVT sector. *Hospitalia* 1994; 38 (4): 208-11.
2. Van Camp-Van Rensbergen G. Op zoek naar de residentiële verblijfsduur van zorg-behoevende bejaarden. *Archives of Public Health* 2004; 62 (6): 291-314
3. Liu Z. Expected length of stay in nursing homes and hostels over a lifetime in Australia. Australian Institute of Health and Welfare, working paper n° 23, Canberra; 1999.
4. Van Camp-Van Rensbergen G. Jaarverslag Gemengde Commissie Rusthuizen/Rust-en verzorgingstehuizen 1991-1994. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Administratie Gezondheidszorg.
5. Van Camp-Van Rensbergen G. Feedback van de jaarlijkse nationale RVT registratie 1993/1998. Intern rapport. Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. Bestuur voor Gezondheidszorg.

6. Van Camp-Van Rensbergen G, Vleugels A, Willems J. Behoeften aan gezondheidsvoorzieningen voor bejaarden. Onderzoek aan de KULeuven in opdracht van het federaal Ministerie van Volksgezondheid, december 1994.
7. Vlaams decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen. (BS 9 april 1997). De bepalingen van dit decreet zijn niet van toepassing op de RVT's. Er worden begrippen gelanceerd als integrale kwaliteitszorg (afstemmen van de zorg op de cliënt/patiënt), kwaliteitsbeleid, kwaliteitssysteem, kwaliteitshandboek, kwaliteitsplan, kwaliteitsindicator (meetbare factor), kwaliteits-coördinator.
8. Vlaams decreet van 29 april 1997 (BS 11 juni 1997) inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen, o.a. bejaardenbeleid. Er worden begrippen gelanceerd als kwaliteit van hulp- en/of dienstverlening, kwaliteitsbeleid, kwaliteitszorg, kwaliteitssysteem, kwaliteitsplanning, kwaliteitsbeheersing, kwaliteitsverbetering, kwaliteitsborging, kwaliteitshandboek, kwaliteitseisen.
9. KB van 24 juni 1999 (BS 29 februari 2000) tot wijziging van het KB van 2 december 1982, houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als Rust- en Verzorgingstehuis. Punt 10: Kwaliteitsnormen: “ (...)een RVT moet een kwaliteitsbeleid ontwikkelen (...)”.
10. De Bekker J, Claessens L. Inleiding tot kwaliteitszorg. Werken aan kwaliteitsverbetering in de zorgsector. Uitg. Lemma BV-Utrecht, 1993.
11. Aelvoet M, federaal minister van Volksgezondheid en Vandenbroucke F, federaal Minister van Sociale Zaken. Beleidsnota voor Geestelijke Gezondheid. Brussel 26 juni 2001.
12. Meurisse A. Kwaliteitsbeleid in beweging. Kwaliteitsindicatoren. Vlaams Instituut voor integrale Kwaliteit in de Zorgverlening, december 1994.
13. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Uitg. Health administration press Ann Arbor (Mich.) 1980, vol 1: Definition of quality and approaches to its assessment; 1982, vol 2: The criteria and standards of quality
14. Godden S, Pollock AM. The use of acute hospital services by elderly residents of nursing and residential care homes. *Health Soc Care Community* 2001; 9 (6): 367-74
15. Analyse de la spécificité de la durée de séjour en service gériatrique. Rapport van de werkgroep binnen het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, april 1998
16. Sandgathe Husebo B, Husebo S. Palliative care - also in geriatrics? *Schmerz* 2001; 15(5): 350-6
17. Lawhorne LW. End-of-life care in the nursing home-is a good death compatible with regulatory compliance? *Bioethics Forum* 1999; 15(3): 23-8
18. Hubacher H, Wettstein A. Acceptance of hip protectors for hip fracture prevention in nursing homes. *Osteoporos Int* 2001; 12(9): 794-9
19. Koole FD, et al. Improvement of vision in nursing home patients through eyeglasses. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2001; 32(5): 813-5
20. Boonen S. Osteoporose en osteoporotische fracturen: fractuurpreventie vanuit geriatrisch perspectief. *Gerontologie en geriatrie* 2001. Uitg. Garant Leuven/ Apeldoorn
21. Vandenbroucke F. Voorstellen van oriëntatie betreffende een hervorming en modernisering van de ziekenhuisfinanciering. Ministerie van Sociale Zaken, 2002.
22. Okamura H. A comparison of differences in the outcome (hospitalization and mortality) between two special nursing homes of the same size managed by the same organization. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi* 2001; 38(5): 665-73
23. Berlowitz DR, Young GJ, Moskowitz MA. et al. Clinical practice guidelines in the nursing home. *Am J Med Qual* 2001; 16 (6): 189-95.

24. Valle R, et al. Heart failure in nursing homes: prevalence, hospitalization, compliance to guidelines. *Ital Heart J* 2001; 2 (7 Suppl): 772-4
25. Aizen E, Swartzman R, Clarfield AM. Hospitalization of nursing home residents in an acute care geriatric department: direct versus emergency room admission. *Isr Med Assoc J* 2001; 3(10): 734-8
26. Berner YN. Hospitalization of nursing home residents: the lesson to be studied. *Isr Med Assoc J* 2002; 4(3): 233-4.
27. Ackermann RJ. Nursing home practice. Strategies to manage most acute and chronic illnesses without hospitalization. *Geriatrics* 2001; 56(5): 37,40,43-4
28. Montalto M. Hospital in the nursing home. Treating acute hospital problems in nursing home residents using a Hospital in the Home model. *Aust Fam Physician* 2001; 30 (10): 1010-2
29. Lynn J. Hospitalization of nursing home residents: the right rate? *J Am Geriatr Soc* 1997; 45 (3): 378-9. Review
30. Ouslander JG. Reducing the hospitalization of nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36 (2): 171-3.