

**DIRECTORAAT-GENERAAL GEZONDHEIDSZORG**

**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**

-----

**Afdeling "Programmatie en Erkenning"**

**Ref. : NRZV/D/445-2 (\*)**

## **Advies betreffende de alternatieve zorgvormen**

Namens de Voorzitter,  
Dhr Peter Degadt

De Secretaris  
C. Decoster

(\*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 12 februari 2015

## Preambule

**Dit advies werd opgesteld in antwoord op de aanvraag die op 13 mei 2013 werd geformuleerd door minister L. Onkelinx :**

*“De Ministerraad heeft beslist om een belangrijk werkterrein op te starten: bij gebrek aan opvangalternatieven die een zorgcontinuüm kunnen garanderen, verblijven een aantal patiënten die strikt genomen geen diagnostische of therapeutische omkadering van het voorgestelde niveau in een ziekenhuisinfrastructuur meer nodig hebben, toch nog in acute ziekenhuisbedden. Er moet onderzocht worden of er voor deze patiënten, in afwachting van hun overplaatsing naar eerstelijnszorg of residentiële zorg op lange termijn, een specifieke en minder dure formule zou kunnen worden uitgewerkt die eerder gericht zou zijn op het verlenen van curatieve basiszorg dan op een diagnose en gespecialiseerde curatieve zorg. Hoewel deze beslissing genomen is in het kader van de begrotingscontrole, heeft ze betrekking op een veel breder domein waaronder onder andere de kwaliteit van de behandeling van de patiënten valt en de fundamentele maatschappelijke rol die de ziekenhuisinstellingen vervullen.*

*Ik verzoek de Raad vriendelijk om mij een omstandig advies uit te werken en mij alle voorstellen ter zake te bezorgen die volgens de Raad nuttig zouden zijn.”*

### **1. Inleiding**

Dit advies moet geïntegreerd worden in de adviezen van de NRZV betreffende de programmatie van de Sp-bedden (zie bijlage 1, adviezen van 09-04-2009, 11-06-2009 en 16-05-2013) en de programmatie van de rustoordbedden (zie bijlage 1, advies van 11-02-2010).

Het advies van 16-05-2013 was opgebouwd rond vier elementen die werden aangepast in functie van deze aanvraag :

- I. voldoende **revalidatie**bedden voorzien in de acute en categorale ziekenhuizen;
- II. voldoende **RVT**-bedden voorzien in de ouderenzorgvoorzieningen;
- III. de patiënten die wachten op plaatsing in andere voorzieningen of die om niet-medische redenen nog niet naar huis kunnen, niet langer opnemen in acute ziekenhuisbedden of revalidatiebedden, maar de **capaciteit van alternatieve opvangvormen** uitbreiden (in samenwerking met de ziekenhuizen en de RVT/ROB);  
**Netwerking** en samenwerking met onderlinge doorverwijzing (**zorgtrajecten**) versterken en meer ondersteunen tussen acute ziekenhuisdiensten, revalidatiediensten en diensten voor chronische zorg (thuis of in een aangepaste structuur)

Onderhavig advies verwijst ook naar de volgende twee studies : « Federaal kenniscentrum rapport, 057, Organisatie en financiering van musculoskeletale en neurologische revalidatie in België, 2007 » - « Zorgnet Vlaanderen, ontwerp van Zorgprogramma voor musculoskeletale en neurologische revalidatie, 2012 »

## 2. Analyse van het aanbod en de vraag

### 2.1. Inleiding

De vaststelling dat het zorgaanbod ontoereikend of soms niet aangepast is, moet **geobjectiveerd** worden.

De Raad heeft een enquête gestuurd (zie bijlage 2) naar alle algemene en universitaire ziekenhuizen om voor een bepaald ogenblik (situatie op een bepaalde dag) beter zicht te krijgen op :

- wie die patiënten zijn die nog steeds gehospitaliseerd zijn maar geen ziekenhuisomkadering meer nodig hebben in het kader van een diagnose, therapie of revalidatie;
- de redenen waardoor ontslag uit het ziekenhuis wordt afgeremd;
- welke oplossingen er zijn die het ontslag mogelijk zouden maken (Waar zouden de patiënten naartoe kunnen? Wat zouden ze nodig hebben?).

De vragenlijst werd opgesteld voor de diensten C-, D-, E-, G- en Sp. (S1 = Sp cardio-pulmonair - S2 = Sp locomotorisch – S3 = Sp neurologisch – S5 = Sp chronisch – S6 = Sp psychogeriatrisch ) – Sp palliatieve zorg (S4). ). Samenwerking tussen de medisch directeur en de verantwoordelijke van de sociale dienst werd voorgesteld om zo betrouwbaar mogelijke informatie te verkrijgen.

### 2.2. Resultaten

De bevindingen van het onderzoek laten toe om de binnen de ziekenhuisdiensten waargenomen feitelijkheid ruimer te objectiveren. Dankzij dit onderzoek konden alle patiënten geregistreerd worden die op 3 juni 2014 nog steeds gehospitaliseerd waren in een dienst C, D, E, G, Sp van een ziekenhuis (buiten de psychiatrische ziekenhuizen), terwijl de datum van ontslag, die door de arts was beslist, reeds meer dan 24u verstreken was (zie de volledige resultaten in bijlage 3). Omwille van de leesbaarheid noemen we deze patiënten verder de “doelpatiënten”.

68 ziekenhuizen hebben aan deze studie deelgenomen (10 in Brussel, 36 in Vlaanderen en 22 in Wallonië), hetzij meer dan 30.000 bedden verdeeld als volgt :

	<b>Totaal</b>
Aantal erkende D-bedden (n=57)	8607
Aantal erkende C-bedden (n=56)	8357
Aantal erkende CD-bedden (n=19)	1320
Aantal erkende I-bedden (n=39)	716
Aantal erkende G-bedden (n=59)	4055
Aantal erkende S1-bedden (n=12)	301
Aantal erkende S2-bedden (n=40)	1427
Aantal erkende S3-bedden (n=22)	1120
Aantal erkende S5-bedden (n=12)	410
Aantal erkende S6-bedden (n=10)	389
Aantal erkende SP (S4)-bedden (n=18)	155
Aantal erkende M-bedden (n=51)	1658
Aantal erkende E-bedden (n=52)	1494

Het zijn voornamelijk de diensten C, D en G die het hoogste percentage doelpatiënten hebben. In de diensten D voldoet bijna één patiënt op 4 aan de voorwaarden van de enquête, in de diensten G stijgt dit percentage tot iets meer dan 28% en in de diensten C gaat het om een percentage van 16%. Voor de diensten Sp is er een vertekening omwille van de verkeerde interpretatie van de kenletters (verwarring tussen Sp van het specialisme en Sp Palliatieve zorg). Voorzichtigheid is geboden bij deze resultaten die verder onderzocht moeten worden. Het lijkt erop dat voornamelijk de Sp psychogeriatrische bedden (S6, bijna 5%) en de Sp neurologische bedden (S3, bijna 6%) het hoogste percentage doelpatiënten hebben. Maar ook S5 (chronische patiënten 410 patiënten).

Aantal patiënten dat nog steeds niet ontslagen is	%
In G (n=49)	28,77%
In D (n=49)	23,55%
In C (n=48)	16,19%
In Sp (n=18)	11,48%
In S3 (n=10)	5,96%
In S6 (n=4)	4,93%
In S2 (n=14)	2,80%
In E (n=15)	2,13%
In IZ S1 (n=4)	1,84%
In CD (n=6)	0,88%
In S5 (n=2)	0,74%
In I (n=2)	0,37%
In M (n=2)	0,37%

Meer dan de helft van de doelpatiënten is ouder dan 75 jaar en bijna 78% is ouder dan 65. Bijna 30% van de doelpatiënten in psychogeriatricie is tussen de 16 en de 65 jaar oud.

Dienst	0-1	>1-16	>16-65	>65-75	>75	Totaal
C	0,45%	0,00%	25,34%	23,08%	51,13%	100,00%
D	0,31%	0,31%	28,35%	22,12%	48,91%	100,00%
CD	0,00%	0,00%	41,67%	8,33%	50,00%	100,00%
Eenheid IZ	0,00%	0,00%	20,00%	20,00%	60,00%	100,00%
E	34,48%	62,07%	3,45%	0,00%	0,00%	100,00%
M	40,00%	0,00%	60,00%	0,00%	0,00%	100,00%
G	0,00%	0,00%	0,76%	6,11%	93,13%	100,00%
Sp	0,00%	0,00%	24,44%	24,44%	51,11%	100,00%
S1	0,00%	0,00%	36,00%	4,00%	60,00%	100,00%
S2	0,00%	0,00%	33,33%	16,67%	50,00%	100,00%
S3	1,33%	5,33%	37,33%	17,33%	38,67%	100,00%
S5	0,00%	0,00%	16,67%	0,00%	83,33%	100,00%
S6	0,00%	0,00%	28,36%	25,37%	46,27%	100,00%
Zonder antwoord	0,00%	0,93%	17,76%	20,56%	60,75%	100,00%
<b>Totaal</b>	<b>1,04%</b>	<b>1,67%</b>	<b>19,55%</b>	<b>16,70%</b>	<b>61,03%</b>	<b>100,00%</b>

Uit het onderzoek blijkt dat wat de pathologie betreft de hoofddiagnoses van de doelpatiënten de volgende zijn :

Dementie (alle vormen van dementie)	16,42%
Hemorragisch en ischemisch cerebrovasculair accident	13,85%
Trauma met of zonder breuk en met invaliditeit	12,46%
Heelkundige ingreep aan het osteo-articulair systeem, met inbegrip van de spieren	7,59%
Bronchiale en pulmonaire infectieziekte	5,01%
Degeneratieve ziekten van het zenuwstelsel, met inbegrip van multiple sclerose	4,45%
Andere psychiatrische aandoeningen	4,24%
Herhaaldelijk vallen omwille van verschillende redenen en slecht gedefinieerde pathologie bij een persoon ouder dan 75 jaar.	3,48%

Deze acht pathologieën vertegenwoordigen 68% van de opgelijste pathologieën, en de vier meest voorkomende pathologieën zijn daarbij goed voor iets meer dan de helft daarvan. Binnen deze acht categorieën van patiënten stellen we vast dat bijna 78% van de patiënten ouder is dan 65.

Twee derde van de doelpatiënten (66,4%) is afhankelijk (categorie B, C of Cd op de Katz-schaal) en meer dan 40% is gedesoriënteerd in tijd en/of ruimte (dit percentage stijgt tot 50% bij patiënten ouder dan 75 jaar).

Dienst	O	A	B	C	Cd
C	5,88%	25,34%	29,41%	27,15%	5,88%
D	16,51%	14,33%	25,55%	25,86%	8,10%
G	4,58%	16,79%	38,93%	15,27%	21,12%
S3	8,00%	6,67%	24,00%	29,33%	22,67%
S6	11,94%	26,87%	20,90%	5,97%	25,37%
...					
<b>Totaal</b>	<b>8,98%</b>	<b>16,98%</b>	<b>29,85%</b>	<b>23,10%</b>	<b>13,43%</b>

	Desoriëntatie
0-1	0,00%
>1-16	25,00%
>16-65	27,40%
>65-75	32,50%
>75	48,12%
<b>Eindtotaal</b>	<b>40,57%</b>

Voor meer dan 61% van de doelpatiënten was de opname niet gepland. Slechts bij 5,43% van de doelpatiënten had de opname een sociale reden.

Dienst	Niet-geplande opname	Sociale opname (zonder medische reden)
<b>Totaal</b>	<b>61,52%</b>	<b>5,43%</b>

Bij de patiënten die in pediatrie werden opgenomen, bedraagt dit percentage daarentegen meer dan 65%.

Dienst	Niet-geplande opname	Sociale opname (zonder medische reden)
<b>E</b>	<b>24,14%</b>	<b>65,52%</b>

De hospitalisatieduur tussen de datum waarop het medisch ontslag wordt aangevraagd en de datum van registratie (3 juni 2014) bedroeg gemiddeld voor alle doelpatiënten 32,14 dagen. Dit vertegenwoordigde voor de hele populatie 41.044 hospitalisatiedagen. Het zijn voornamelijk de bedden met kenletter G die het hoogste totale aantal dagen laten optekenen (9.266 dagen), gevolgd door de Sp psychogeriatrische bedden (S6, 6.836 dagen), de Sp neurologische bedden (S3, 5.603 dagen) en de D- en C-bedden (respectievelijk 2.924 dagen en 1.393 dagen).

Nemen we hieruit de kenletters die het meest betrokken zijn, dan zien we dat deze gemiddelde duur het hoogst is in de diensten S3 (neurologische Sp : 86,2 dagen) en S6 (psychogeriatrische Sp : 102,03 dagen).

	C	D	G	S3	S6	...	Totaal
Totaal aantal dagen sinds de aanvraag	1393	2924	9266	5603	6836	..	41044

Gemiddelde	7,11	10,56	25,53	86,20	102,03	...	32,14
Aantal doelpatiënten	220	320	391	81	67	...	1.058

Als we naar de geraamde wachttijd kijken tussen de datum waarop het medisch ontslag is aangevraagd en de beschikbaarheid van de meest geschikte bestemming, bedraagt de aldus geraamde hospitalisatieduur gemiddeld 41,06 dagen en 43.609 dagen voor de hele populatie.

	C	D	G	S3	S6	...	Totaal
Totaal aantal dagen wachttijd	2680	3353	13441	5783	1934	...	43609
Gemiddelde	13,96	14,71	42,94	90,36	101,79	...	41,06

De meest geschikte bestemming bij ontslag van de doelpatiënten is voornamelijk het rustoord of het rust- en verzorgingstehuis (meer dan 40%), gevolgd door thuis (+/- 20%) en de dienst Sp (+/- 20%).

	Aantal patiënten	Totaal
Rust- en verzorgingstehuis	470	32,71%
Rustoord voor bejaarden	109	7,59%
Terugkeer naar huis	298	20,74%
Sp-dienst, (behalve palliatieve zorgen)	289	20,11%
...		...
<b>Totaal</b>	<b>1437</b>	<b>100%</b>

Indien we de verschillende gewesten vergelijken, merken we verschillen wat betreft de meest geschikte bestemmingen. In Vlaanderen en Wallonië gaat het vooral om een RVT, terwijl het in Brussel hoofzakelijk om Sp-bedden (zonder S4) gaat.

	Brussel	Vlaanderen	Wallonië	Totaal
Rust- en verzorgingstehuis	23,33%	37,79%	27,02%	32,71%
Rustoord voor bejaarden	5,24%	2,65%	19,19%	7,59%
Terugkeer naar huis	23,33%	19,74%	21,46%	20,74%
Sp-dienst, revalidatie	36,67%	18,77%	14,14%	20,11%

In de pediatrie diensten, zijn de meest geschikte bestemmingen de terugkeer naar huis (41,38%) en de residentiële diensten voor zuigelingen, jonge kinderen en adolescenten (24,14%).

In de materniteiten zijn deze bestemmingen vooral de residentiële diensten voor zuigelingen, jonge kinderen en adolescenten (40%) :

	E		M	
	Aantal patiënten	Totaal	Aantal patiënten	Totaal
Terugkeer naar huis	12	41,38%	1	20,00%
Instelling voor ggz (PVT, PZ,...)	1	3,45%	0	0,00%
Residentiële dienst voor zuigelingen, jonge kinderen en adolescenten	7	24,14%	2	40,00%
Andere	8	27,59%	2	40,00%
Zonder antwoord	1	3,45%	0	0,00%
<b>Totaal</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

De wachttijd is het hoogst voor de rustoordbedden:

	0D	1-10D	11-20D	21-30D	1-2M	2-3M	3-5M	5-7M	7M-1 jaar	>1jaar
Terugkeer naar huis	2,01%	43,96%	14,43%	5,70%	6,04%	2,35%	0,67%	0,00%	0,00%	0,00%
Rustoord voor bejaarden	0,00%	14,68%	8,26%	6,42%	8,26%	4,59%	3,67%	13,76%	12,84%	1,83%
Rust- en verzorgingstehuis	0,64%	17,45%	13,19%	12,13%	15,74%	6,81%	3,19%	1,49%	3,40%	0,21%
Dienst Sp, revalidatie	0,35%	44,98%	18,69%	8,30%	5,88%	2,08%	0,69%	0,00%	1,73%	0,00%
<b>Totaal</b>	<b>0,77%</b>	<b>31,11%</b>	<b>14,27%</b>	<b>9,60%</b>	<b>9,05%</b>	<b>3,69%</b>	<b>1,95%</b>	<b>1,53%</b>	<b>2,71%</b>	<b>0,42%</b>

Het belangrijkste obstakel voor het ontslag is de beschikbaarheid of het gebrek aan zorgaanbod (50,17%), gevolgd door de weigering van de patiënt of de familie, interne obstakels, administratieve en financiële problemen, problemen i.v.m. huisvesting en sociaal isolement.

	Totaal
Beschikbaarheid of gebrek aan zorgaanbod	50,17%
Weigering van de patiënt/de familie	14,70%
Intern obstakel (tijdsgebrek of communicatieprobleem)	12,39%
Administratieve en organisatorische problemen	9,54%
Financiële problemen	7,35%
Probleem i.v.m. huisvesting/aanpassing	6,95%
Sociaal isolement van de patiënt	6,01%

---

Samengevat, de diensten die het meest betrokken zijn, zijn de diensten C, D, G en Sp.

De doelpatiënten:

- ouder dan 65 jaar (78%) ;
- meest voorkomende pathologieën zijn dementie (16,42%), CVA (13,85%), trauma (12,46%) of heelkundige ingreep aan het osteo-articulair systeem, met inbegrip van de spieren (7,59%);
- afhankelijk (66,4%) ;
- gedesoriënteerd in tijd en/of in ruimte (40%) ;
- niet-geplande opname (61%) ;
- geplande ontslagbestemming is ofwel het rusthuis (40%), thuis (20%) of een dienst Sp (20%)
- voor de E-diensten en de M-diensten ofwel terugkeer naar huis of naar een residentiële dienst voor zuigelingen, jonge kinderen en adolescenten

De geraamde wachttijd tussen de datum waarop het ontslag is aangevraagd en de beschikbaarheid van de meest geschikte bestemming bedraagt gemiddeld 41,06 dagen. De wachttijd is het hoogst in de diensten Sp (zonder de palliatieve zorgen), gevolgd door de diensten G. Als we het totale aantal dagen wachttijd in aanmerking nemen, dan hebben de diensten G het hoogste aantal dagen wachttijd (meer dan 30% van de dagen ongeacht de kenletter), daarna de diensten S3, S6, D (7,7%) en C (6%).

Het belangrijkste obstakel voor het ontslag is de beschikbaarheid of het gebrek aan zorgaanbod (50,17%), gevolgd door de weigering van de patiënt of de familie, interne obstakels, administratieve en financiële problemen, problemen i.v.m. huisvesting en sociaal isolement.

---



## 2.3. Discussie en perspectieven

Ook al moet dit onderzoek nog worden voortgezet, lijkt het te bevestigen dat het gebrek aan beschikbaarheid van rust- (en verzorgingste)huisbedden het ontslag van patiënten ouder dan 65 jaar en opgenomen in G- en Sp-bedden (zonder de palliatieve zorgen) afremt. De verzadiging van deze bedden heeft zijn weerslag op de C- en D-bedden die geen oplossing 'neerwaarts' meer vinden in G en Sp. Deze eerste gedeeltelijke resultaten pleiten voor de noodzaak van 'neerwaartse' structuren, in het bijzonder van ROB-/RVT-<sup>1</sup> bedden, als eerste oplossing om het ontslag van patiënten binnen redelijke termijnen mogelijk te maken. Waarschijnlijk zou dat gunstige gevolgen hebben voor de beschikbaarheid van G- en Sp-bedden revalidatie.

### 2.3.1. Alternatieve zorgvormen

Het zal absoluut noodzakelijk zijn om bijkomende alternatieve opvangstructuren te creëren voor de patiënten die omwille van hun leeftijd (jonger dan 65) niet op hun plaats zitten in een rustoordbed. Zo stelt de NRZV voor om voor drie doelgroepen bijkomende alternatieve opvangvormen te voorzien:

#### **Doelgroep A**

Patiënten waarvoor geen medisch specialistisch toezicht meer nodig is, die ontslagklaar zijn, maar die wachten op plaatsing naar een WZC of een andere oplossing (bv. kortverblijf, crisisopvang, nachtopvang).

Patiënten met tijdelijke of permanente nood aan een thuisvervangende verblijfsomgeving met zorg, vaak ook om de mantelzorg even te ontlasten.

#### **Doelgroep B**

Patiënten die nood hebben aan een tijdelijke opvang om hen in staat te stellen opnieuw zelfstandig te functioneren voor hun terugkeer naar hun natuurlijk thuismilieu (hiervoor kunnen bv. nieuwe herstelverblijven voorzien worden).

Bijvoorbeeld voor patiënten na een langdurig ziekenhuisverblijf of zware ingreep of met specifieke zwaardere zorgvraag of die herstellende is in afwachting van specifieke revalidatie.

#### **Doelgroep C**

Patiënten waarvoor specialistische zorg noodzakelijk is, maar geen geschikte permanente opvangplaatsen beschikbaar zijn (namelijk patiënten met een fysieke of mentale handicap in een vergevorderd stadium van de aandoening/NAH/Korsakov/MS/Huntington/jonge dementerende...). Specifieke patiëntengroepen waarvoor geen of weinig oplossingen bestaan moeten worden bepaald. Het betreft in het bijzonder patiënten jonger dan 65 jaar opgenomen in psychogeriatric, patiënten met dementie, patiënten opgenomen in neurologische Sp-diensten, psychosociale opnamen bij kinderen van 1 tot 16 jaar.

---

<sup>1</sup> In het Waals Gewest zijn 2000 bedden in portefeuille die nog niet worden uitgebaat bij wijze van voorbeeld.

### 2.3.2. Oprichting van revalidatiebedden (kenletter R)

De belangrijkste pathologieën (CVA, trauma, osteo articulaire ingreep) vereisen een vroege en intensieve revalidatie.

De werkgroep stelt voor om de volgende categorieën van Sp-bedden: cardiopulmonaire (S1), locomotorische (S2) en neurologische (S3) om te zetten naar R-bedden. R-bedden zijn revalidatiebedden met een intensief karakter met beperkte ligduur in de niet-psychiatrische ziekenhuizen. We stellen een reconversie voor van 1 Sp-cardiopulmonair-, neurologisch, locomotorisch bed naar 1 revalidatiebed.

De ziekenhuizen met Sp-chronische bedden die hierin zware polypathologie opnemen, krijgen de mogelijkheid om deze bedden via reconversie om te schakelen naar G-bedden of naar revalidatiebedden ("R") (intensieve revalidatienood), met een 1 op 1 reconversie of naar Sp-psychogeriatrische bedden (neurodegeneratieve en gerontopsychiatrische problematiek). De huidige reconversieregels laten door desaffectatie ook toe dat acute bedden (C, D, G,) omgezet worden naar Sp-bedden (KB d.d. 16 juni 1999) en G-bedden. Door dit voorstel moeten dit dan ook revalidatiebedden worden.

De bedden met kenletter Sp verdwijnen. Er moet een specifieke categorie worden gecreëerd voor de bedden palliatieve zorg en een andere voor de bedden psychogeriatric (zie advies van 11 juni 2009).

Doelgroep (R-bedden): patiënten met nood aan medisch toezicht en met een behoefte aan intensieve en multidisciplinaire revalidatie in acute of categorale ziekenhuizen. Het kan hier zowel gaan over revalidatie voor patiënten na een recente acute problematiek als over revalidatie tijdens de revalideerbare fases van de ziekte van chronische patiënten, en de opvang van zwaardere en zeer specifieke doelgroepen (bv. zorgtrajecten voor MS- en ALS-patiënten<sup>5</sup>, comapatiënten<sup>3-4</sup> en Huntingtonpatiënten).

### 2.3.3. Rust- (en verzorgingste)huisbedden

Er moet absolute voorrang worden verleend aan het herzien van de programmatie van de ROB/RVT-bedden gelet op de demografische evolutie. Alle patiënten met complexe pathologieën, zoals patiënten van de NAH<sup>2</sup>-bedden (PNVT<sup>3</sup> -MRS<sup>4</sup> - ziekte van Huntington – MS en ALS<sup>5</sup>) en andere patiënten zoals: Korsakov, preseniele dementie, zouden uit de programmatie moeten gehaald worden, ....

---

<sup>2</sup> Niet aangeboren hersenletsel

<sup>3</sup> Persisterende neuro-vegetatieve toestand

<sup>4</sup> Minimaal responsieve status

<sup>5</sup> Multiple sclerose en amyotrofische laterale sclerose

### 2.3.4. Zorgnetwerk

De werkgroep stelt een globaal en geïntegreerd zorgcontinuüm voor van ‘cure’ naar ‘care’.

De verschillende vormen van zorgaanbod met complementaire profielen moeten worden beschreven, aangezien ze beantwoorden aan behoeften op verschillende niveaus. De patiënten op wie die gericht zijn, bevinden zich niet in hetzelfde evolutiestadium van hun medische aandoening(en).

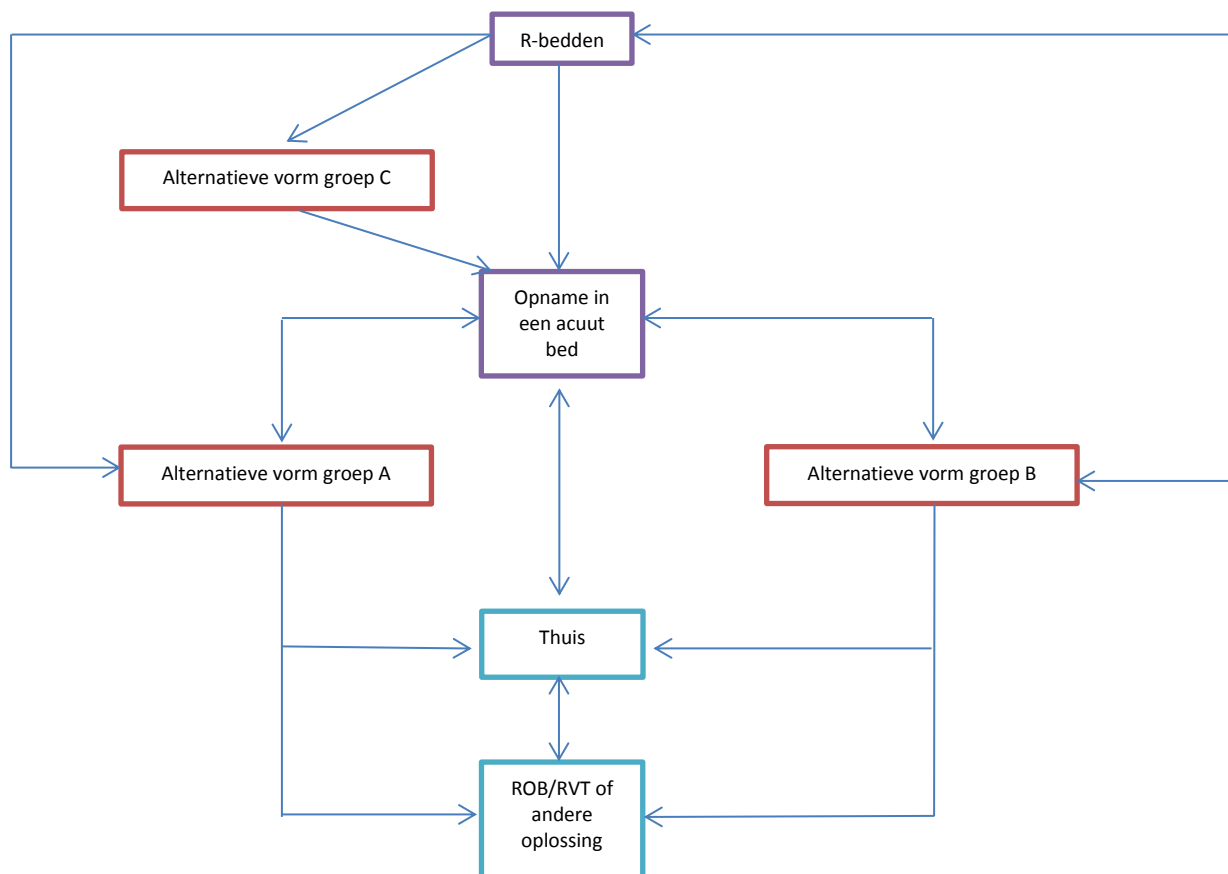
De samenhang van die vormen van zorgaanbod (opeenvolging van de verblijven/of zorgperiodes) moet het mogelijk maken om verschillende **zorgnetwerken** op te zetten voor de gecoördineerde en geïntegreerde opvang van specifieke patiëntengroepen. Zo is het binnen een zorgnetwerk nodig om elke patiënt op een geschikte manier te oriënteren naar het zorgaanbod dat het meest aangepast zal zijn aan zijn behoeften op dat ogenblik. De invoering van zorgnetwerken die synergiën mogelijk maken tussen de actoren en het zorgaanbod lijkt een keuze die positief is voor de patiënt: de gespecialiseerde zorgnetwerken bieden een grotere deskundigheid van opgeleid personeel, en dat gaande van het acute/intensieve (‘cure’), over het subacute tot het chronische (‘care’).

De logica “zorgcontinuüm” moet leiden tot optimalere samenwerking, met als doel optimaal gebruik van de beschikbare middelen te garanderen, de zorgkwaliteit te garanderen en de werking van de verschillende vormen van zorgaanbod te optimaliseren.

De volgende vormen van zorgaanbod moeten een zorgcontinuüm mogelijk maken :

- Alternatieven voor hospitalisatie (AVH)
- R(V)T
- R-bedden
- Ambulante revalidatie, dagrevalidatie
- Acute bedden (C, D, G, ...)

De werkgroep wil een officieel mandaat krijgen om het onderzoek voort te zetten en uit te bouwen teneinde de resultaten en voorstellen te verfijnen.



### **3. Financiering van Sp- diensten via het BFM**

De configuratie van de Sp- diensten kan **zeer heterogeen** zijn, zowel wat betreft de omvang, de bestemming of de oorsprong en de geschiedenis ervan. De momenteel bestaande Sp- diensten zijn ofwel opgericht via de reconversie van V- en S- bedden in 1994, ofwel via de omschakeling van acute C-, D- of G- bedden. Wat betreft het budget van financiële middelen, varieert de situatie van de Sp- bedden al naar gelang van de oorsprong van de bedden, met uitzondering van de Sp- bedden palliatieve zorg waarvoor een specifieke regeling geldt. In de praktijk werden de aanvankelijke budgetten behouden maar teruggebracht tot het aantal bedden dat resulteert uit de geldende reconversieregels. **Er is dus geen daadwerkelijke financiële dekking van de geldende erkenningsnormen.** Dit is vooral het geval voor de Sp- diensten opgericht via de reconversie van V- of S- bedden. Het budget van financiële middelen zou minstens de kosten opgelegd door de erkenningsnormen moeten dekken, zonder onderscheid tussen de Sp- bedden op basis van hun oorsprong. Elke toename van het aantal bedden zal tot gevolg hebben dat er een kloof ontstaat tussen de bedden ontstaan via de reconversie van de vroegere V- of S- bedden en de andere. Wij verwijzen hier naar de adviezen uitgebracht door de NRZV, afdeling financiering:

- op 09/04/2009 (B2) ;
- op 09/04/2009 (B1) ;
- op 14/02/2008 (advies met betrekking tot de Sp- ziekenhuizen);
- op 13/01/2000
- op 16/05/2013

In de toekomst zou een specifieke financiering van de revalidatiebedden « R » rekening moeten houden met de werkingsnormen van elk zorgprogramma revalidatie specifiek gericht op patiëntendoelgroepen.