



Musculoskeletale en neurologische revalidatiegeneeskunde in Vlaanderen

Ontwerp van normen voor de functie, het zorgprogramma en het gespecialiseerde zorgprogramma

zorg net

ICURO

Musculoskeletale en neurologische revalidatiegeneeskunde in Vlaanderen

Ontwerp van normen voor de functie, het zorgprogramma en
het gespecialiseerde zorgprogramma

Inhoud

Woord vooraf	5
Deel 1. De organisatie van de revalidatiegeneeskunde	6
> Definitie en kenmerken van revalidatie	7
> Toekomstvisie op de revalidatie in Vlaanderen	8
> Organisatie van de revalidatie	9
Deel 2. Patiëntenclassificatiesysteem voor de revalidatiegeneeskunde	12
> Doelstelling	14
> Doelgroepen en stakeholders	15
> Patiëntenassessment	16
> PCS voor revalidatie	17
> Het schalen van de complexiteit van revalidatie	18
> Meetinstrumenten en denkkaders	20
> De BelRAI-PAC voor revalidatie?	22
> Besluit en aanbevelingen	24
Deel 3. Financiering van de revalidatie	25
Algemeen Besluit	28
Bijlage 1	30
> Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan de functie revalidatie, het zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie, en de gespecialiseerde zorgprogramma's musculoskeletale en neurologische revalidatie moeten voldoen om te worden erkend	
Bijlage 2	69
> Ontwerp van Besluit van de Vlaamse regering tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd	
Bijlage 3	72
> Ontwerp van Besluit van de Vlaamse regering houdende vaststelling van de normen waaraan de functie en het (gespecialiseerde) zorgprogramma voor de musculoskeletale en neurologische revalidatie moet voldoen om een erkend ambulante revalidatie-aanbod te bekomen	
Lijst van afkortingen	75
Leden van de Stuurgroep Revalidatie Zorgnet-Icuro	76

Woord vooraf

Er is heel wat in beweging op federaal en Vlaams niveau in de ziekenhuizen. Er is het plan van minister De Block over de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de vorming van netwerken. Met de zesde staatshervorming was er een bevoegdheidsoverdracht naar Vlaanderen, waaronder die over de revalidatieziekenhuizen en de revalidatie-overeenkomsten. Ook Vlaanderen is bezig met de uitwerking van een Zorgstrategisch Plan.

Het federale plan van aanpak besteedt vooral aandacht aan de acute bedden. De revalidatie-activiteit in de ziekenhuizen en ook de geestelijke gezondheidszorg zijn niet opgenomen in dit plan. In de ziekenhuizen zijn er echter niet alleen acute bedden, maar ook Sp-bedden. Dat zijn meer revalidatiegebonden bedden, waar de patiënt na een acute ingreep kwaliteitsvolle multidisciplinaire revalidatiezorg kan krijgen. Die bedden worden aangeboden in algemene, universitaire en ook in de Vlaamse revalidatieziekenhuizen (met uitsluitend Sp-bedden).

Zorgnet-Icuro presenteert een voorstel om de revalidatiegeneeskunde in de ziekenhuizen zichtbaarder te maken. Voorliggende publicatie handelt over de “fysieke revalidatie”, d.w.z. over de “multidisciplinaire behandeling onder leiding van een arts-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie”, vaak ook omschreven als “revalidatiegeneeskunde”. Het ontwerp van functie, zorgprogramma en gespecialiseerd zorgprogramma bevat heel specifiek voor de musculoskeletale en neurologische revalidatie normen die we in de toekomst willen hanteren om het revalidatielandschap vorm te geven. Er wordt ook een financieringsvoorstel en netwerkmodel gepresenteerd. Om de patiënten in het juiste aanbod te krijgen, wordt het best een instrument voor patiëntenclassificatie ontwikkeld.

Er kunnen gelijkaardige zorgprogramma's uitgeschreven worden voor cardiopulmonaire en andere types van revalidatie (bv. psychosociale revalidatie). Dat zijn concepten die in de toekomst met andere zorgpartners zullen worden uitgewerkt. Zij vallen buiten de scope van deze publicatie.

Het hier voorgestelde concept kadert in een continuüm van transversale zorg. Na een acute opname en revalidatiezorg in een ziekenhuis, kan het zijn dat patiënten nood hebben aan een goede herstellzorg. Hier is de medische component minder aanwezig, maar de patiënt heeft nog verpleegkundige zorgen nodig die niet thuis kunnen worden gegeven. Een (dure) ziekenhuisomgeving is dan niet meer nodig. Onze voorstellen over herstellzorg, in afstemming met onze zorgpartners in de ziekenhuizen, woonzorgcentra, GGZ voorzieningen en thuiszorg, zullen het onderwerp zijn van een volgende publicatie.

Dr. Marc Geboers
Directeur algemene ziekenhuizen

Peter Degadt
Gedelegeerd bestuurder



DEEL 1
DE ORGANISATIE VAN
DE REVALIDATIEGENEESKUNDE

Definitie en kenmerken van revalidatie

Geïnspireerd op het rapport 57 van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en de definitie van de European Union of medical specialists (UEMS) hanteren we van revalidatie de volgende definitie:

*Revalidatie is een **actief** proces gericht op een geheel van **multidisciplinaire, doelgerichte en zinvolle** activiteiten om een optimaal niveau van onafhankelijkheid en functioneren te bereiken en te behouden voor personen met een lichamelijke of functionele beperking¹, gerelateerd aan het **musculoskeletale en neurologische** systeem die activiteits- en/of participatiebeperkingen tot gevolg hebben, in interactie met persoonlijke en omgevingsfactoren, met een redelijke verwachting van **functionele verbetering en/of verbetering van de levenskwaliteit**.²*

- Multidisciplinariteit en doelgerichtheid wijzen op de noodzakelijke gelijkgerichte teambenadering in een goed georganiseerd revalidatiecentrum;
- De zinvolheid wijst op de voorwaardelijke redelijke mogelijkheid om te komen tot functionele winst of verbetering van de levenskwaliteit;
- Wetende dat de revalidatie een discipline is die aangestuurd wordt vanuit de dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie;
- Revalidatie wordt in deze context gespecificeerd als neurologische en musculoskeletale revalidatie, waarbij de neurologische revalidatie ook de neuropsychologische revalidatie omvat, en dient te worden gesitueerd naast de cardiale en respiratoire revalidatie.²

Revalidatie houdt zich actief bezig met al deze factoren bij de inventarisatie van de beperkingen.

De medische omkadering is uitdrukkelijk multidisciplinair, waarbij de dienst fysische geneeskunde en revalidatie (FGR³) het essentiële medisch specialisme is dat betrokken is bij het revalidatieproces. De multidisciplinaire zorg is gericht op het voorkomen (zowel primaire als secundaire preventie), reduceren en behandelen (diagnose, therapie) van de te verwachten fysieke of functionele gevolgen voor de revalidanten.

“Revalidatie”, de multidisciplinaire behandeling onder leiding van een arts-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie, wordt vaak ook omschreven als revalidatiegeneeskunde. In deze publicatie hanteren we de term “revalidatie”.⁴ Revalidatie is ook een gezondheidsstrategie (*health strategy*).⁵

Dat patiënten in een ziekenhuis terecht kunnen voor acute zorgen is bekend, maar dat ze er ook gespecialiseerde revalidatiezorg in een ambulante en residentiele setting kunnen krijgen, is vaak minder bekend. Revalidatie is nochtans uitermate belangrijk voor heel wat patiënten. Zowel aangeboren, verworven als chronisch evolutieve aandoeningen behoren tot het domein van de revalidatiegeneeskunde. Denk bijvoorbeeld aan patiënten met:

- Neurologische, neuromusculaire en neurodegeneratieve aandoeningen zoals MS, ziekte van Huntington, ALS...;
- Traumata ten gevolge van val en ongeval (verkeers-, werk- en recreatieve ongevallen); polytrauma, amputatie, dwarslaesie, craniocerebraal trauma, coma, brandwonden, perifeer zenuwletsel...;
- Orthopedische ingrepen als osteosynthese en gewrichtsvervangende protheses (knie, heup, schouder, elleboog, enkel...);
- Chronische ziekten zoals kanker, longaandoeningen, reumatologische aandoeningen, eetstoornissen, metabolische en genetische aandoeningen (spina bifida, dysmelie/focomelie...).

De revalidatie van kinderen en jongeren behelst het volledige spectrum van aandoeningen.

1 Dat na medicamenteuze of chirurgische behandeling nog niet is opgelost.

2 Cardiale en respiratoire revalidatie vallen buiten de scope van deze publicatie.

3 Gutenbrunner, C., Melvin, J., Meyer, T., Stucki, G. 2011. “Towards a conceptual description of physical and rehabilitation medicine”, *Rehabil Med* 43: 760–764.

4 In het Frans spreekt men over “readaptation” en in het Engels over “rehabilitation”.

5 Bickenbach, J., Gutenbrunner, C., Meyer, T. et al. 2011. “Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy”, *Rehabil Med* 43: 765–769.

De functionele revalidatie-*outcome*, de verbetering van de levenskwaliteit en het herstel worden bespoedigd indien de kwalitatieve multidisciplinaire revalidatie start op het juiste moment (revalidatiedimensies):

- Pre-revalidatie: bv. preoperatief als voorbereiding op geplande chirurgie;
- Revalidatie: vlak na de acute opname (early rehabilitation) op de intensieve zorgeenheid, de stroke unit...;
- Postrevalidatie: bv. onderhoudsbehandelingen.

De patiënten worden op basis van hun revalidatienoden en -doelen het best verwezen naar een revalidatiedienst. Dat betekent dat de patiënt vaak nog niet volledig gestabiliseerd of medisch op punt gesteld is, waardoor medisch toezicht en opvolging – naast verpleegkundige zorg – noodzakelijk zijn. Sommige van deze patiënten hebben nood aan een korte behandel- en/of revalidatieperiode, maar voor andere aandoeningen is een meer langdurige behandeling- en/of revalidatie vereist.

Nadat patiënten in het ziekenhuis een levensreddende ingreep ondergingen, een stabilisatiefase doormaakten of een diagnose kregen met progressief functieverlies, is het belangrijk dat ze samen met een multidisciplinair team van zorgverstrekkers, familie en naasten werken aan het behoud of optimaal herstel van hun functioneren, hun menselijke waardigheid, hun sociale en professionele autonomie en hun familiale, sociale en professionele relaties. Het is ook niet maatschappelijk te verantwoorden dat vaak dure ingrepen of acute intensieve/invasieve ingrepen worden uitgevoerd wanneer nadien niet het maximaal aan herstelpotentieel door middel van adequate revalidatie wordt beoogd.

Die verschillende aspecten verklaren meteen waarom het essentieel is dat bij het revalidatieproces meerdere disciplines worden betrokken, zodat zowel het medisch, psychisch, cognitief, socio-familiaal als het ergonomische aspect aan bod komen. Ook diverse resocialisatie- en integratieaspecten (*outreach*) dienen aan bod te komen, zoals de aanpassing van de thuisomgeving en het werk, het opnieuw leren gebruiken van openbaar vervoer, sportparticipatie enz.

Bij kinderen en jongeren is aandacht voor de pedagogische en educatieve revalidatiesetting cruciaal. Onderwijs op maat maakt immers eveneens integraal deel uit van de revalidatie. Voor kinderen is ook een meer individuele aanpak noodzakelijk wegens leeftijdspecifieke noden bij de verschillende aandoeningen. Ook de familiale context – onder meer de opvang en begeleiding van de ouders – speelt een bijzonder belangrijke rol in het welslagen van de revalidatie. Er moet rekening worden gehouden met het zorgprogramma pediatrie, waarbij kinderen niet tussen volwassenen mogen worden gerevalideerd. Een gespecialiseerd team met bijzondere bekwaamheid in het behandelen van kinderen is noodzakelijk. Kinderen kunnen worden opgenomen op de E-dienst of op speciale revalidatie-eenheden voor kinderen (R-kinderen) (beide opties zijn open).

Revalidatie dient ook ethisch te worden onderbouwd. Revalidatietherapie dient te zijn:

- Menswaardig (patiënt-centraal, rekening houdend met diens graad van autonomie);
- Bedachtzaam (aandacht voor de gevolgen van de (be)handelingen);
- Deontologisch (volgens geldende normen en waarden);
- Verantwoordelijk (als skilled companion deskundige autoriteit aan de dag leggen);
- Rechtvaardig (correct gebruikt van maatschappelijke middelen).

Toekomstvisie op de revalidatie in Vlaanderen

De toekomstige rol van doelgerichte therapie en revalidatie wordt door een aantal ontwikkelingen getekend. Niet alleen is er de vergrijzing met een toename van chronische en multipathologie, daarnaast leiden nieuwe behandelmethodes (zoals neuroradiologische interventionele en trombololyse behandeling) en moderne technologie (onder meer elektronica, robotica, prothesen en implantaten) tot betere overlevingskansen en hogere functionaliteit. De complexere noden zorgen

echter voor een stijgende nood aan een specifieke en multidisciplinaire aanpak. Op dit ogenblik bieden meerdere zorgvoorzieningen revalidatie aan met verschillende intensiteit en gericht op een brede waaier van doelgroepen. Daarnaast neemt ook de overheid initiatieven voor het uitwerken van structuren die specifieke subdoelgroepen behandelen (zoals patiënten in coma, patiënten met multiple sclerose of patiënten met de ziekte van Huntington).

In het kader van de zesde staatshervorming werd de bevoegdheid over de geïsoleerde G-en Sp-ziekenhuizen overgedragen van de federale staat naar de gemeenschappen (revalidatie-ziekenhuizen).

Het revalidatielandschap kent verschillende niveaus, van een basisechelon tot een gespecialiseerd aanbod. Hoe complexer de revalidatiebehoefte, hoe gespecialiseerder de revalidatie en hoe belangrijker om die te centraliseren. Daardoor wordt het moeilijker om de revalidatie dicht bij de patiënt te brengen (complexiteitsdimensie). Vandaar het belang om in een netwerk te functioneren zodat de revalidant, van zodra mogelijk, opnieuw in zijn regio kan worden behandeld.

Een meer optimale afstemming van de werking tussen acute ziekenhuizen en revalidatie-ziekenhuizen zou ongetwijfeld nog tot meer efficiëntie leiden in beide richtingen. Na revalidatie in een acuut of revalidatieziekenhuis kan die ambulante worden voortgezet in een revalidatiedienst. Evenzeer zou dit leiden tot een efficiëntere inzet van financiële middelen. Daarnaast zijn er nog opportuniteiten tot optimalisatie van de geïntegreerde ketenzorg door de samenwerking te verbeteren tussen eerstelijnszorg en ziekenhuizen. Finaal is ook een goede afstemming tussen nazorg en opvang thuis of in een instelling (al dan niet residentieel) onontbeerlijk, al dan niet in combinatie met daghospitalisatie of ambulante therapie.

Organisatie van de revalidatie

Zorgnet-Icuro wil een optimaal toegankelijke revalidatiezorg voor de patiënt ontwikkelen en is sinds lang vragende partij om het hele revalidatieconcept te herbekijken en te reorganiseren. De studie van het KCE maakte een onderscheid tussen basiszorg, meer gespecialiseerde revalidatie en zeer complexe zorg. Zorgnet-Icuro geeft voor de behandeling en revalidatie van kinderen en volwassenen een aanzet voor een brede visie en stelt daarom de "functie", een "zorgprogramma" en een "gespecialiseerd zorgprogramma" voor als organisatievormen van revalidatie. We hopen de complexe doelstellingen van revalidatie te bereiken en elke patiënt die revalidatie aan te bieden waaraan hij nood heeft.

Het vertrekpunt is de **specifieke revalidatiebehoefte van de patiënt**, inclusief de preventie, diagnose-updating en behandeling (PES, Patiënten Evaluatie Systeem). Die wordt bepaald door de functionele status (*International Classification of Functioning, Disability and Health*, met vermelding van fysiologische en structurele stoornissen, beperkingen in de activiteiten en participatieproblemen), het revalidatiepotentieel van de revalidant, de revalidatiedoelen en de motivatie, de ernst van de onderliggende aandoening (*International Classification of Diseases*), de complexiteit van de revalidatienoden, de comorbiditeit en de leeftijd. Naast de individuele revalidatiebehoefte van de patiënt spelen ook de incidentie en prevalentie van de onderliggende aandoening een belangrijke rol.

Zorgnet-Icuro pleit voor de invoer van een **uniform patiëntenclassificatiesysteem (PCS)** om de revalidatienoden op te sporen en te meten, de koppeling aan de revalidatiedoelstellingen en om de toewijzing aan een bepaald behandelingsniveau te verantwoorden. Het PCS houdt rekening met de complexiteit van de aandoening (ICD), de comorbiditeit, de frequentie van voorkomen (prevalentie/incidentie), de functionele status (beperkingen) (ICF) én het revalidatiepotentieel (inclusief motivatie). Ook het zorginstellingen-classificatiesysteem (ICSO-R) werd onderzocht.

Samen met het Vlaams Patiëntenplatform willen we ook onderzoeken of we een levensdoelen- of levensplan-instrument kunnen ontwikkelen voor deze patiënten om hun individuele noden en doelstellingen (en ruimer dan alleen de medische doelstellingen) nog beter in het licht kunnen stellen.

Zorgnet-Icuro stelt een ontwerp voor met normen voor de **functie revalidatie, de zorgprogramma's musculoskeletale en neurologische revalidatie en de gespecialiseerde zorgprogramma's musculoskeletale en neurologische revalidatie (ruimtelijke dimensie)**. Die onderscheiden zich door de complexiteit van de revalidatienoden en -doelstellingen van de revalidanten enerzijds en de incidentie en prevalentie van de betreffende aandoeningen anderzijds. Deze zullen formeel gecontroleerd, beoordeeld en geaccrediteerd worden. Het herwerkte ontwerp van functie, zorgprogramma en gespecialiseerd zorgprogramma voor musculoskeletale en neurologische revalidatie van Zorgnet-Icuro (2008-2016) vindt u als bijlage.

In de **functie revalidatie** wordt zowel mono- als multidisciplinaire revalidatietherapie aangeboden met doelstellingen op korte en middellange termijn. De functie is breed toegankelijk voor revalidanten.

In beide **zorgprogramma's** worden complexe(re) multidisciplinaire revalidatieprogramma's (revalidatiezorg) aangeboden die vaak ook een langere revalidatie behoeven. De zorgprogramma's musculoskeletale en neurologische revalidatie bieden multidisciplinaire revalidatie aan revalidanten met pathologie die een matige en hoge incidentie en prevalentie vertonen. De gespecialiseerde zorgprogramma's musculoskeletale en neurologische revalidatie en het gespecialiseerde zorgprogramma kinderrevalidatie bieden (complexe) multidisciplinaire revalidatie aan revalidanten met pathologie met lage incidentie en prevalentie. De revalidatie van revalidanten met complexe revalidatiedoelen en -noden heeft meestal doelstellingen op middellange en lange termijn. De multidisciplinaire revalidatie kan zowel ambulante (of in dagrevalidatie) als op gehospitaliseerde basis aangeboden worden. De beide zorgprogramma's staan ook in voor de liaisonfunctie en de *outreach*.

De werking van de revalidatieziekenhuizen en de revalidatiediensten in de acute ziekenhuizen dienen op elkaar te worden afgestemd. Dat betekent ook dat het federale en het Vlaamse niveau moeten samenwerken. De functie, het algemene en één of meer gespecialiseerde zorgprogramma's kunnen erkend worden zowel in een algemeen, universitair of revalidatieziekenhuis. Om een goede geografische spreiding te verzekeren dienen er samenwerkingsakkoorden met de functies revalidatie en de diverse zorgprogramma's te worden afgesloten. Het is belangrijk dat rond de doelgroepen (de patiënt met een bepaalde aandoening of met een bepaalde revalidatiebehoefte) een **functioneel netwerk** ontstaat, waarbij duidelijke criteria geformuleerd worden voor doorverwijzing in samenwerkingsakkoorden. Die **horizontale revalidatienetwerken** moeten passen binnen het Zorgstrategisch Plan Vlaanderen.

Kwaliteitsindicatoren en een meting van resultaten moeten borg staan voor een kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt. Op termijn willen we ook P4P-indicatoren opnemen in de financiering.⁶

Er is nood aan centralisatie en kennisdeling van dataregistratie van klinische gegevens om longitudinale behandeling en zorg beter te sturen, te evalueren en bij te sturen. In lijn hiermee is het aangewezen om te voorzien in sterk uitgebouwde communicatiekanalen en netwerken tussen de ziekenhuizen, precies om te voorzien in die kennisdeling, hetzij via intervisie, hetzij via gerichte opleidingen en trainingen.

In Vlaanderen zullen de Sp-diensten een rol opnemen in dit revalidatielandschap.

6 Zie verder over de financiering van de revalidatie.

Deze Sp-diensten (gespecialiseerde revalidatiediensten) kunnen geïntegreerd zijn in een acuut ziekenhuis of bestaan als geïsoleerde Sp-diensten in de revalidatieziekenhuizen.

Op historische basis zijn er in de Sp-diensten specifieke normen en erkenningen gegroeid voor:

- S1 - Cardiopulmonaire aandoeningen (236 bedden)⁷;
- S2 - Locomotorische aandoeningen (1602 bedden);
- S3 - Neurologische aandoeningen (790 bedden);
- S4 - Palliatieve zorgen (209 bedden);
- S5 - Chronische ziekten (343 bedden);
- S6 - Psychogeriatric (352 bedden).

Er zijn ongeveer 7000 Sp-bedden erkend in België, waarvan 3532 in de Vlaamse ziekenhuizen, waaronder 951 Sp-bedden in de Vlaamse revalidatieziekenhuizen. In deze publicatie gaan we uit van de verdeling van de Sp-bedden *as is* maar we stellen ook een functioneel revalidatienetwerk voor binnen het Zorgstrategisch Plan Vlaanderen dat uitgaat van zorgbehoefte en geografische spreiding.

Het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen uit 2015⁸ pleit voor de creatie van **revalidatiebedden** in de plaats van de Sp-bedden cardiopulmonair, locomotorisch, neurologisch en chronisch. Het is de bedoeling dat in deze bedden enkel nog revalidanten met actieve revalidatienood zouden worden opgenomen en worden onderverdeeld volgens revalidatiebehoefte. Zorgnet-Icuro stelt specifieke normen voor deze revalidatiebedden voor (*zie bijlage 2*).

Zorgnet-Icuro ziet revalidatie dan ook in een driedimensionale inbedding:

1. De **tijdsdimensie** (ketenzorg) met drie fasen:
 - pre-revalidatie: preventie, liaison, voorbereiding transfer
 - revalidatie: multidisciplinaire therapie en zorg
 - postrevalidatie: coördinatie (en opvolging) van de nazorg en onderhoudsbehandelingen
2. De **complexiteitsdimensie** (piramidezorg) met drie graden:
 - De "courante" stoornissen en beperkingen van verschillende aard (neurologisch/musculoskeletaal) kunnen licht, matig of ernstig zijn. Naarmate de ernst toeneemt, zal de noodwendige deskundigheid en organisatorische complexiteit in de revalidatiezorg toenemen. Zowel neurologisch als musculoskeletaal zijn er stoornissen (met functionele gevolgen) die weinig frequent en zelfs zeldzaam zijn. Naarmate de frequentie afneemt, zal de kennis/ervaring terzake en vooral op revalidatievlak minder verdeeld zijn en meer geconcentreerd worden. Zodoende kunnen er drie complexiteitsgraden (niveau's, echelons) gedefinieerd worden: licht, matig en ernstig of eenvoudig, complex en zeer complex, passend bij de drie revalidatieniveau's (functie, zorgprogramma, gespecialiseerd zorgprogramma).
3. De **ruimtelijke dimensie** (netwerkozorg):
 - De basisrevalidatie (= functie) dient overal in elk ziekenhuis aanwezig te zijn/blijven. De functie netwerkt met de "eerste lijn" en met de "mantelzorg", alsook met de zorgprogramma's.

De revalidatiegeneeskunde dient in een regionaal netwerk van ziekenhuizen te worden aangeboden met een goede spreiding. De hooggespecialiseerde revalidatiezorg (gespecialiseerd zorgprogramma revalidatie) zal supraregionaal werken. De vaak lagere incidentie/prevalentie maakt concentratie van patiënten en kennis noodzakelijk en opportuun (cf. referentie-/expertisecentrum).

7 Cijfers voor het Vlaams gewest (zonder Brussel).

8 NRZV. 2015. *Advies alternatieve opvangvormen*. 445-2 dd.



DEEL 2
PATIËNTENCLASSIFICATIESYSTEEM (PCS)
VOOR DE REVALIDATIEGENEESKUNDE

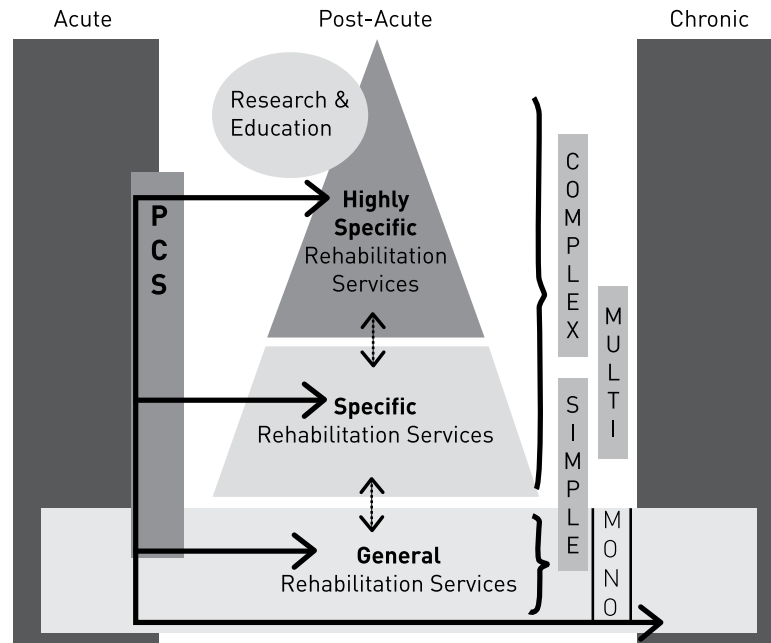


Om de gezondheidszorg en meer specifiek de revalidatiegeneeskunde zo te organiseren dat elke patiënt met zijn of haar actuele gezondheids- en revalidatienoden terecht kan bij het meest efficiënte zorgaanbod – de beste verhouding tussen investering en resultaat – is een organisatiemodel noodzakelijk met een getrappt systeem waarbij instellingen in netwerken samenwerken. Samenwerken binnen dit model veronderstelt beslissingen tot verwijzing en terugverwijzing. In een zorgproces is dat wellicht op een repetitieve basis noodzakelijk. Die beslissingen worden best niet op een intuïtieve basis of naar aanleiding van de omstandigheden genomen, maar wel op grond van objectieve en zoveel mogelijk, *evidenced-based* argumenten.

Dit kadert in het project *National Rehabilitation Quality Management* van de UEMS PRM Section & Board. Binnen het referentiekader van de *International Classification of Functioning, Disability & Health* (ICF), in 2001 gepubliceerd door de WHO⁹ (zie ook onder meetinstrumenten en denkkaders), worden er enerzijds *clinical assessment schedules* ontwikkeld om de functionele kenmerken (*functioning properties*) van de individuele revalidant in kaart te brengen en anderzijds wordt een *International classification of Service Organisation in Rehabilitation (ICSO-R)* ontwikkeld, teneinde revalidatiediensten op een systematische manier te kunnen beschrijven en vergelijken. Met beide systemen kunnen dan via een patiëntclassificatiesysteem de juiste patiënten aan de juist diensten worden toegewezen, op het juiste moment in het zorgtraject en mits een adequate financiering.

Een dergelijk **getrapte organisatie** kan beter op de zorgnaden inspelen. Specialisatie en expertise¹⁰, de bijhorende toewijzing en inzet van personeel, en de daarmee rechtstreeks samenhangende financiering kunnen hiermee een kader krijgen. Zogenaamde “patiëntclassificatiesystemen” (PCS) zouden hierbij zeker indicatief kunnen zijn, rekening houdend met de individuele omstandigheden en de Belgische traditie van vrije keuze van zowel de patiënt als de zorgverstreker.

- 9 World Health Organization. 2001. *The International Classification of Functioning, Disability and health (ICF)*. Geneva: WHO Press; World Health Organization. 2014. *Global Disability Action Plan 2014-2021: Better health for all people with disability*. Geneva: WHO Press; Bickenbach, J., Gutenbrunner, C., Kiekens, C., Meyer, T., Nugraha, B., Skempes D. et al. 2015. “ISPRM discussion paper: proposing dimensions for an International Classification System for Service Organization in Health-related Rehabilitation”, *Journal of rehabilitation medicine* 47: 809-15; Gutenbrunner, C., Kiekens, C., Negrini, S., Nugraha, B., Zampolini M. 2015. “The Global Disability Action Plan 2014-2021 of the World Health Organisation (WHO): a major step towards better health for all people with disabilities. Chance and challenge for Physical and Rehabilitation Medicine (PRM)”, *European journal of physical and rehabilitation medicine* 51: 1-4; Gutenbrunner, C., Kiekens, C., Melvin, J.L., Meyer, T., Schedler, K., Skempes D. et al. 2014. “ISPRM discussion paper: Proposing a conceptual description of health-related rehabilitation services”, *Journal of rehabilitation medicine* 46: 1-6; Bickenbach, J., Cieza, A., Gutenbrunner, C., Melvin, J., Stucki, G. 2011. “Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy”, *Journal of rehabilitation medicine* 43: 765-9.
- 10 Gutenbrunner, C. et al. 2015. “ISPRM discussion paper: Proposing dimensions for an international classification system for service authorization in health-related rehabilitation”, *Rehabil Med* 47: 809-815.



Figuur 1: getrapte organisatie van de revalidatie

Er is in België weinig ervaring met PCS. Zowel de therapeutische vrijheid van de zorgverstreker als de vrije keuze van behandelaar door de patiënt maken dat het bepalen van het voor de individuele behoeften van de patiënt meest geschikte zorgniveau binnen het zorgnetwerk een heel nieuw idee is. Het is nochtans een noodzakelijk gegeven. Internationaal blijken PCS vooral gerapporteerd te zijn in de psychiatrie en spoedgevallen (triagesystemen) en worden ze in de VS vooral gebruikt voor het bepalen van zorgzwaarte om de verpleegkundige bezetting te bepalen. Hiervoor wordt in veel gevallen de FIM (*Functional Independence Measurement*) gebruikt, die in de VS naast de inschatting van de zorgzwaarte ook als basis dient voor de vergoeding en de terugbetaling van gezondheidszorgen.¹¹ In Vlaanderen is er dan wel een stijgende toepassing van het gebruik van meetinstrumenten in de revalidatie om het functioneren van individuen in kaart te brengen.¹² Die metingen kaderen echter vooral in het klinisch pad, waarbij de resultaten gebruikt worden om klinische beslissingen te nemen, veeleer dan in het gebruik om zorgzwaarte in te schatten en om de terugbetaling te organiseren. Bovendien ontbreekt het aan "systematiek" om meetinstrumenten te gebruiken. Er wordt te eenzijdig gemeten vanuit een biomedisch perspectief terwijl een veeleer bio-psycho-sociaal perspectief aangewezen is.¹³

Doelstelling

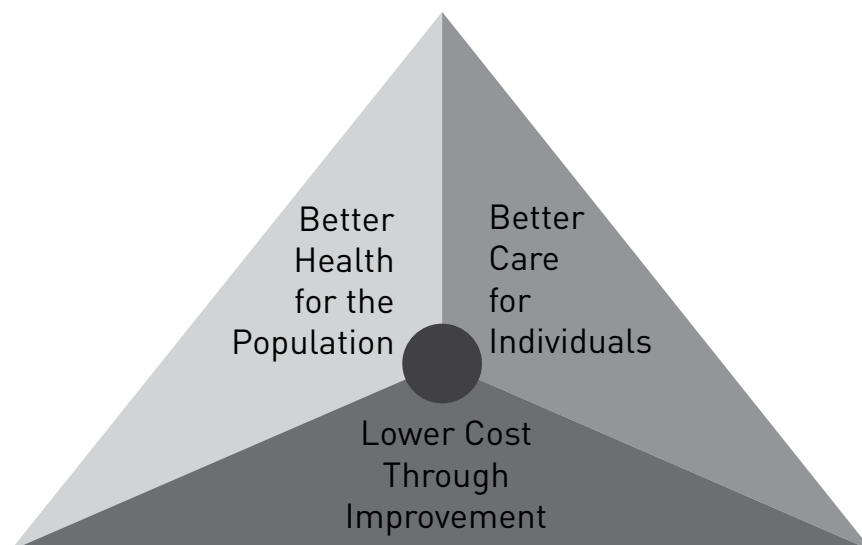
In essentie moet een PCS de organisatie van de revalidatie ondersteunen en op die manier bijdragen tot de **Triple Aim-doelstelling**:

- Betere of gerichte kwaliteit van individuele zorgverlening;
- Efficiëntere besteding van middelen;
- Betere organisatie van de zorg die ten goede komt aan de volledige maatschappij.

11 Zie "Measuring Health" van Mc Dowell.

12 Van de Velde, et al. 2016. "How competent are health care workers to work according to a bio-psycho-social model", *Plos One*.

13 De Vleeschouwer, AS, et al. 2014. *Het gebruik van meetinstrumenten in de revalidatie*. Arteveldehogeschool.



Figuur 2: Triple Aim doelstelling

Doelgroepen en stakeholders

Binnen de revalidatiezorg en een toekomstgerichte organisatie ervan wordt de nood aan PCS sterk gevoeld. Revalidatiezorg is een complexe, specifieke en soms hooggespecialiseerde zorg en spreidt zich over drie dimensies die door deze PCS moeten worden ondersteund:

- De tijdsdimensie: vroege-, postacute- en langetermijnrevalidatie;
- De complexiteitsdimensie: lage, middelmatige en hoge graad van complexiteit;
- De ruimtelijke dimensie: netwerking met revalidatiefunctie, revalidatie en gespecialiseerde revalidatie.

De complexiteit in revalidatie wordt bepaald door verschillende factoren zoals onder meer de verschillende types van patiënten. Een PCS moet op elk van die groepen gericht zijn:

1. Leeftijdsgebonden groepen: kinderen/adolescenten, volwassenen, ouderen

Elk van deze groepen heeft eigen specifieke noden. Zo is een belangrijk deel van de revalidatie voor kinderen en adolescenten gericht op schoolse herintegratie, terwijl volwassenen nood hebben aan socio-professionele herintegratie, werk- en/of werkpostaanpassing, en er bij ouderen rekening moet worden gehouden met comorbiditeit/polypathologie, eventueel sociale isolatie, "kwetsbaarheid"...

2. Congenitale versus verworven aandoeningen

Wat betreft de behandeling van kinderen en volwassenen met een congenitale aandoening betreft het veeleer "habilitatie" dan "revalidatie". Hier zal het zorgproces bestaan uit punctuele momenten en episodes binnen de verschillende levensfasen.

3. Acute versus progressieve/degeneratieve aandoeningen

Bij een acut verworven aandoening is er een duidelijke fasering: vroege/acute, postacute en desgevallend langetermijnrevalidatie. Bij een progressieve/degeneratieve aandoening bestaat de behandeling veeleer uit een onderhoudsbehandeling met intensievere periodes, bv. bij een "opstoot", nieuwe ziektefase of achteruitgang met bijkomend functieverlies en veranderde noden

4. Pathologiegebonden groepen

In deze publicatie wordt gefocust op de locomotorische en neurologische revalidatie. Die beoogt van een aantal doelgroepen in hoofdzaak het (ADL) functioneren te herstellen of te

optimaliseren. Andere revalidatiedomeinen kunnen op termijn ook worden meegenomen. Er is de "sensoriële" revalidatie die met zowel de visuele als de auditieve revalidatie een hele specifieke aanpak vergt (getransfereerd naar Vlaanderen), maar ook de "internistische" revalidatie voor cardiale en pneumologische patiënten (RIZIV-overeenkomsten) of bv. obesitaspatiënten. Het zijn domeinen waar door de veroudering van de populatie de instroom zal toenemen. Andere specifieke aandachtsdomeinen zijn bv. de lichamelijk onverklaarde klachten (chronische pijn, chronische vermoeidheid) of de "oncologische revalidatie".

5. De patiënt en zijn omgeving

Revalidatie is van oudsher een holistisch gerichte discipline en gebaseerd op het bio-psycho-sociaal model. Hierbij wordt uiteraard niet enkel rekening gehouden met de fysieke of medische klacht of beperking van de patiënt, maar ook met de invloed ervan op zijn psychisch en sociaal functioneren. Meer nog, de aandacht gaat ook breder naar de omgeving van de patiënt. Zowel de mogelijkheden van als de belasting op het gezin en de andere sociale kringen (school, werk, vrije tijd) waar de revalidant terug dient opgevangen te worden, worden meegenomen in de zogenaamde vermaatschappelijking van de doelstellingen van het revalidatieproces.^{14 15 16 17 18 19}

De complexiteit die bestaat in elk van de dimensies veronderstelt een sterke onderbouw en ervaring in een holistische visie op de betrokkenheid in het eigen herstelproces van de revalidant en de interactie met zijn omgeving. De inschaling van de revalidatienoden, -behoefte en -mogelijkheden gebeurt dus best door een multidisciplinair team onder de coördinatie van een revalidatiearts in een specifieke revalidatiesettings, en dit in samenwerking met de betrokken behandelende arts (eventueel bijgestaan door een specifieke therapeut, bv. de pediater, oncoloog, geriater, cardioloog, pneumoloog, oftalmoloog, *low vision* therapeut....).

Patiëntassessment

De complexiteit zorgt ervoor dat PCS enkel gediend kunnen worden met een flexibel toepasbaar denkkader of framework. Dit proberen in te vullen of op te lossen met een allesomvattend meetinstrument is wellicht geen realistische verwachting. Daarom is het wenselijk dat PCS worden opgebouwd uit verschillende doelgerichte meetinstrumenten. De verschillende indicatoren die door deze meetinstrumenten worden geëvalueerd, moeten ook dienstig zijn voor belangrijke bijkomende doelstellingen. Zo is er een grote ambitie voor een (internationaal) gemeenschappelijke "klinische" taal, het kunnen documenteren van *outcome* en functionele winstmeting, en een objectiveerbare basis voor kosteneffectiviteitsmeting ten behoeve van financieringsmodellen. Daarom staan deze indicatoren ten dienste van diverse stakeholders.

Er dient vermeden te worden dat patiëntenclassificatie te veel benaderd zou worden vanuit de "efficiëntie van organisatie" en vanuit het nutsperspectief en hiermee mogelijks aanleiding zou geven tot patiëntendiscriminatie. Daarom moeten PCS vooreerst dienstig zijn voor de patiënt en zijn/haar zorgverlener(s) die in tandem de revalidatiedoelstellingen uitstippelen en met de juiste regelmaat opvolgen. PCS moeten daarom zeker voldoende instrumenten

14 Engel, GL. 1977. "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine", *Science* 196(4286):129-36.

15 Borrell-Carrio, F., Epstein, RM., Suchman AL. 2004. "The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry", *Ann Fam Med* 2(6):576-82.

16 Van de Velde et al. 2016. "How competent are health care workers to work according to a bio-psycho-social model", *Plos One*.

17 Wade, D. 2015. "Rehabilitation - a new approach. Part two: the underlying theories", *Clin. Rehabil* 29(12) : 1145-54.

18 Wade, D. 2016. "Rehabilitation - a new approach. Part three: the implications of the theories", *Clin. Rehabil* 30 (1) : 3-10.

19 Wade, D. 2016. "Rehabilitation - a new approach. Part four: a new paradigm, and its implications", *Clin. Rehabil* 30 (2) : 109-18.

hebben om weloverwogen en geïnformeerde keuzes, doelstellingen en de perceptie van de revalidant aan bod te laten komen, en die in het cyclisch proces van de *rehab cycle* telkens aan bod te laten komen.

Op mesoniveau zijn er de dienst, de instelling en het netwerk waarin geopereerd wordt. Daar zijn *outcome*-indicatoren een hulpmiddel om in eerste instantie te detecteren waar verbeterprocessen kunnen worden opgestart. Ze zijn ook een middel om te benchmarken tussen respectievelijk de doelgroepen en de andere revalidatie-instellingen in het algemeen en het eigen netwerk in het bijzonder. Tot slot zijn deze indicatoren best ook dienstig voor het beleid op macroniveau om verbeterprocessen aan te moedigen en de efficiëntie van de geïnvesteerde middelen op te volgen en te evalueren.

PCS voor revalidatie

Naast het feit dat revalidatie als zorgorganisatie complex en multifactorieel is, is de term “revalidatie” een vlag die vele ladingen dekt. Met het oog op een PCS is een duidelijke omschrijving nodig. Andere aspecten die door een PCS beoogd worden, zoals “zorgzwaarte”, intensiteit van het revalidatieprogramma in functie van de revalidatienoden en -doelen van de individuele revalidant enz. moeten goed en onbetwistbaar gedefinieerd worden om geen misverstanden of valse verwachtingen te creëren. Bij de keuze voor een PCS moeten definities duidelijk zijn en moet er over gewaakt worden dat sterk bij elkaar aanleunende concepten niet met elkaar worden verward en het antwoord op elk van die concepten geen “eenheidsworst” kan zijn.

Revalidatie is dikwijls een langdurig proces dat daarom aanleunt bij chronische zorg, waarbij chronische zorg dikwijls de perceptie van levenslange zorg oproept. Dit kan, maar is zeker geen noodzaak. Chronische zorg wordt snel geassocieerd met de geriatrische en comorbide, eventuele “kwetsbare” patiënt. In de laatste Gezondheidsenquête geeft echter één op vier Belgen aan te lijden aan minstens één chronische aandoening. Chronische zorg is dus een probleem van alle leeftijdsgroepen. Geriatrische patiënt kennen uiteraard bepaalde episodes van revalidatie (in het kader van beroertezorg, na een heupfractuur, amputatie door vaatlijden...), maar hun revalidatienoden kunnen zeer sterk verschillen van die van andere doelgroepen. Ook de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) wijst erop dat multimorbiditeit niet langer de uitzondering maar wel de regel wordt.^{20 21}

Revalidatienood is ook een ander concept dan zorgzwaarte. Zorgzwaarte is hoofdzakelijk patiëntgericht en gebaseerd op observatie (al of niet “gemeten”) van de actuele mogelijkheden (*possibilities*) en probeert de gedetecteerde noden te ondersteunen en aan te vullen, veeleer reactief. Revalidatienoden zijn gebaseerd op het onderzoek van de *capacity*, op doelstellingen en de wens van de revalidant om die doelstellingen te bereiken. Revalidatie probeert alternatieven te bieden voor beperkingen of definitief functieverlies, vooral pro-actief. Revalidatiedoelstellingen zijn ook veel meer holistisch en nemen niet enkel de revalidant zelf in beschouwing, maar ook de interactie met zijn omgeving. Een breder denkkader is aangewezen.

Ook de term “revalidatie” kent meerdere interpretaties. Zoals aangegeven in figuur 1 kan revalidatie reeds starten in de acute fase. Revalidatie kan ook beperkt zijn tot bv. een monodisciplinair mobiliseringsprogramma of een louter logopedische aanpak van een

20 Barnett et al. 2012. “Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study”, *The Lancet* Volume 380, No. 9836, p37–43.

21 Boeckxstaens, P., De Maeseneer J. 2012. “James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity”, *Br. J. Gen. Pract* 62 (600) : e522-e524.

leesproblematiek. Maar revalidatie kan ook bedoeld zijn als een chronisch mobiliteits- of concentratie- en cognitief programma van de bewoners van een woonzorgcentrum. In deze publicatie wordt met "revalidatie" de postacute fase bedoeld waarbij een multidisciplinair programma wordt aangeboden om de revalidant zo snel en optimaal mogelijk te begeleiden naar de schoolse of socio-professionele herintegratie. Het ultieme doel van de revalidatie is immers een optimale participatie. Participatie wordt hierbij gedefinieerd als "deelname aan het maatschappelijke leven". Men kan pas spreken van een geslaagde revalidatie als een optimale participatie, binnen de mogelijkheden of doelstellingen van de patiënt, is verwezenlijkt.^{22 23}

Revalidatie is ook georganiseerd in een cyclisch systeem, voorgesteld in de *rehab cycle*. Het revalidatieproces is een typisch zorgproces waarbij met de nodige regelmaat het huidige functioneren afgetoetst wordt aan de nog te behalen doelstellingen. Bij revalidatie in een nog meer chronische setting wordt er afgetoetst of er intermitterende periodes voorkomen waarbij een intensievere revalidatie nodig is. Ook dit cyclisch proces moet door de PCS ondersteund worden. Het moet echter ook werkbaar zijn in de praktijk en toelaten om met een minimale registratielast toch een actueel beeld te krijgen van de revalidant en zijn of haar evolutie in het revalidatieproces. Dat is noodzakelijk om de revalidatie op geijkte tijden bij te sturen. Dat kan op hetzelfde niveau door therapeutische activiteiten aan te passen en opnieuw af te stemmen, nieuwe doelstellingen voorop te stellen of een toenemende of net afnemende intensiteit van revalidatie vast te stellen. Hiermee kan worden aangegeven dat een herinschaling naar een meer of minder gespecialiseerd echelon in het zorgaanbod wenselijk is.

Het schalen van de complexiteit van revalidatie

Gezien de complexiteit van revalidatie en de uiteenlopende doelgroepen kunnen we de vraag stellen of het überhaupt mogelijk is om deze problematiek op een kwantitatieve manier te schalen. Cijfers betekenen immers niet alles en het is primordiaal om de noden van de individuele patiënt op een integrale manier in te schatten. Er zijn ook te weinig indicatoren beschikbaar over de resultaten van revalidatie en het toepassen van verwijzing en terugverwijzing op een *evidence based* manier. Bijkomend is er bovendien ook de uitdaging om de eventueel bekomen resultaten effectief ook te kunnen gebruiken voor beleidsbeslissingen.

Een aantal recente verwijzingen in de literatuur indiceren dat de complexiteit van revalidatie inderdaad wel in kaart te brengen is. Wade²⁴ brengt aan dat, ondanks de niet-lineaire relatie tussen oorzaak-gevolg of interventie-resultaat in het holistische concept van de chronische zorg en revalidatie, die complexiteit wel degelijk in kaart kan worden gebracht. Voor de subgroep neurologische revalidatie stellen Turner-Stokes, Sutch en Dredge²⁵ een model voor dat de inschaling op de drie niveau's mogelijk maakt. In dat model kunnen ook de *outcome* evaluatie en zelfs de kosteneffectiviteit in kaart worden gebracht. Hierbij maken de auteurs onderscheid tussen meetinstrumenten om enerzijds revalidatienoden (input tools) en anderzijds de *outcome measures* te meten. In het model worden respectievelijk de Rehabilitation Complexity Scale (input) en de Barthell Index (*outcome*) gebruikt

22 Dijkers, MP., 2010. "Issues in the conceptualization and measurement of participation: An overview", *Arch Phys Med Rehabil* 91(9 Suppl) : S5-16.

23 Heinemann, AW., Lai, JS., Magasi, S. et al. 2011. « Measuring participation enfranchisement », *Arch Phys Med Rehabil* 92(4): 564-571.

24 Wade, D. 2011. "Complexity, case-mix and rehabilitation: the importance of a holistic model of illness", *Clin Rehabil*, 25:387.

25 Dredge, R., Sutch, S., Turner-Stokes, L. 2012. "Healthcare tariffs for specialist inpatient neurorehabilitation services: rationale and development of a UK casemix and costing methodology", *Clinical Rehabilitation* 26(3):264-79.

voor de minst complexe revalidatie, en de Northwick Park Dependency Scale (input) en de FIM (*outcome*) voor de meest complexe categorie van revalidatie. De auteurs stellen ook dat meetinstrumenten die ontwikkeld zijn voor fysieke revalidatie onvoldoende bruikbaar zijn als *predictor* in de neurorevalidatie. Dit introduceert de discussie hoe andere domeinen in de revalidatie, zoals sensorïele of cardiologische en pneumologische revalidatie, hierin passen. Het concept van participatie, zoals hierboven beschreven, speelt hierbij dan een belangrijke universele rol.^{26 27 28}

De nood aan diversiteit van meetinstrumenten blijkt ook uit de verschillende *standard sets* die het International Consortium for Healthcare Outcome Measurements (ICHOM)²⁹ publiceert. ICHOM wil tegen 2017 *outcome measurements* valideren voor meer dan 50% van alle gezondheidsgerelateerde maatschappelijke belasting. Het beoogt een *value based healthcare organization*, met name een gezondheidszorgorganisatie die in hoofdzaak gericht is op de (meer)waardeperceptie als breuk van de kwaliteit zoals door de patiënt zelf gepercipieerd tegenover de kost die erin wordt geïnvesteerd.

Met betrekking tot het doelpubliek voor revalidatie zijn tot nu toe standaarden uitgewerkt voor beroerte, Parkinson, lage rugpijn, hartaandoeningen, degeneratieve oogziekten en heup- en knie-osteo-arthritis (prothesechirurgie). Voor elk van de doelgroepen worden een aantal categorieën meegenomen in de *outcome*. Meestal betreft het:

- Ziekteverloop (*disease control*);
- Behandelverloop (*complications of treatment*);
- Patiënten zelfevaluatie (*patient reported outcome measurements*).

Voor levensbedreigende aandoeningen, zoals kanker, worden ook de overleving (*survival*) en palliatieve elementen (*quality of death*) meegenomen. Voor elke categorie die gescoord wordt, worden bestaande gevalideerde vragenlijsten geselecteerd.

ICHOM wordt ondersteund door de vooraanstaande wetenschappelijke communities in de respectieve domeinen zoals de American Heart Association, de American Stroke Association, Acta Orthopaedica, of nationale auditinstanties zoals het Dutch Institute of Clinical Auditing (DICA)^{30 31} dat intussen met 19 sets aan *outcome* metingen in Nederland de trend gezet heeft om terugbetaling van gezondheidszorg te enten op gerapporteerde resultaten.

Dat laatste werd nog bevestigd door de recente prijsuitreiking (7/04/2016) van de Value-based Health Care Prize waarop de Nederlandse verzekeraar CZ samen met de afdeling cardiologie van het Catharinaziekenhuis in Eindhoven de eerste prijs won met het eerste "langetermijncontract" gebaseerd op uitkomstmetingen.³² Wanneer de afdeling beter presteert komt er geld bij; gaat het minder goed, dan betaalt het ziekenhuis terug aan CZ. Op het

26 Hennink, J., Post, MW., Schafrat, CG., Van Berlekom, SB., Van der Zee, CH., Visser-Meily, JM. 2012. "Validity of the Utrecht scale for evaluation of rehabilitation-participation", *Disabil Rehabil* 34 : 478-85.

27 Cardol, M., De Groot, IJM., De Haan, RJ., De Jong, BA., Van den Bos, GAM. 2001. "Psychometric properties of the impact on Participation and Autonomy Questionnaire", *Arch Phys Med Rehabil* 82 : 210-6.

28 Bracke, P., Coorevits, P., Ilsbroux, S., Josephsson, S., Sabbe, L., Van de Velde, D., Van Hove, G., Vanderstraeten, G. 2016. "Measuring participation as defined within the International classification of functioning disability and health. Psychometric properties of the Ghent participation scale", *Clinical rehabilitation* DOI: 10.1177/0269215516644310. IF2.239 Q1.

29 <http://www.ichom.org>

30 <http://www.ichom.org/others/building-national-outcomes-registries-in-the-netherlands-dica>

31 <http://www.clinicalaudit.nl>

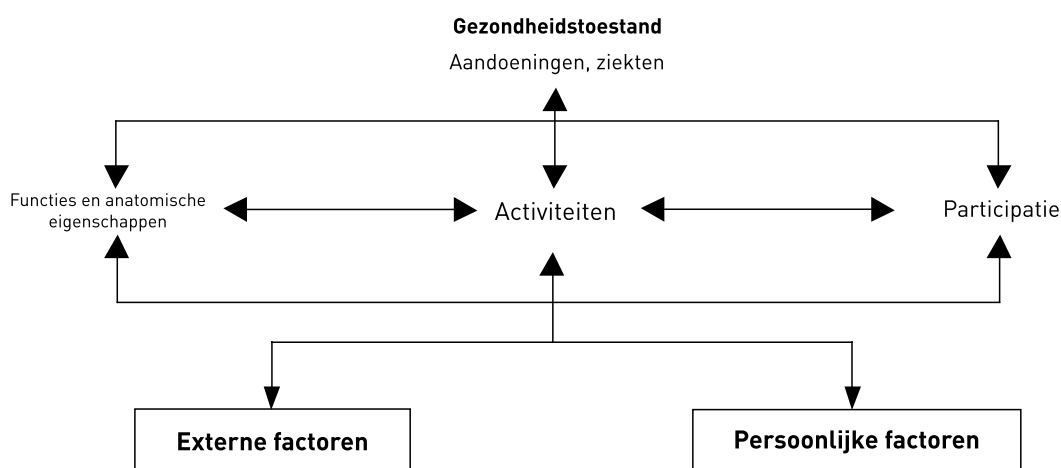
32 <https://www.skipr.nl/actueel/id26111-uitkomstcontracting-levert-cz-en-catharina-prijs-op.html>

ICHOM congres in Londen op 16-17 mei 2016 gaf Minister De Block³³ aan te willen werken aan een ziekenhuisfinanciering die gedeeltelijk afhankelijk is van dergelijke uitkomstindicatoren.

Meetinstrumenten en denkkaders³⁴

In 2001 lanceerde de World Health Assembly van de WHO member states de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) als het denkkader waarmee de revalidatiesector en intussen ook de belendende sectoren geruime tijd werken.³⁵ De ICF overstijgt de beperkte benadering op basis van diagnostiek (*International Classification of Diseases* (ICD)) en overleving door rekening te houden met de interactie tussen het lichamelijk functioneren, de activiteit en de mogelijkheid tot participatie, beïnvloed door zowel persoonsgebonden- als omgevingsfactoren. Die brede benadering is een van de redenen tot enthousiasme bij zowel klinici als onderzoekers die er door de uniformiteit van definities ook een gestandaardiseerd communicatiemiddel als wetenschappelijk vergelijkingsplatform in vinden.

Het holistische benaderingsprincipe wordt ook gehanteerd door andere sterk belendende sectoren, wat toelaat om op een universele basis te converseren. Zo wordt het ICF framework ook gebruikt in sectoren buiten de ziekenhuissetting, zoals in CLB's voor de jongere revalidatiepopulatie (handelingsgerichte begeleiding) en de gespecialiseerde trajectbegeleiding (GTB) voor de volwassen en professioneel actieve revalidant.



Figuur 3: het ICF-denkkader

De ICF is een raamwerk voor het ordenen van gegevens en hiertoe is een indeling gemaakt in twee grote delen:

1. Het menselijk functioneren onderverdeeld in enerzijds de component van het menselijk organisme (functies en anatomische eigenschappen) en anderzijds de componenten activiteiten en participatie;
2. Externe en persoonlijke factoren. De pijlen geven aan dat de verschillende componenten interageren en tonen meteen de dynamiek van het menselijk functioneren. Het concept participatie bevindt zich op het einde van dit continuüm en wordt steeds vaker als doel en uitkomstmaat van het revalidatieproces genoemd.³⁶

33 "Government can – and must – encourage value" (Minister De Block, ICHOM Conference, Londen, 16 mei 2016).

34 Stucki, G. 2016. "Olle Hook Lectureship: The World Health Organization's paradigm shift and implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in rehabilitation", *J Rehabil Med*.

35 http://www.who.int/hrh/news/2014/hrh_icf_framework/en

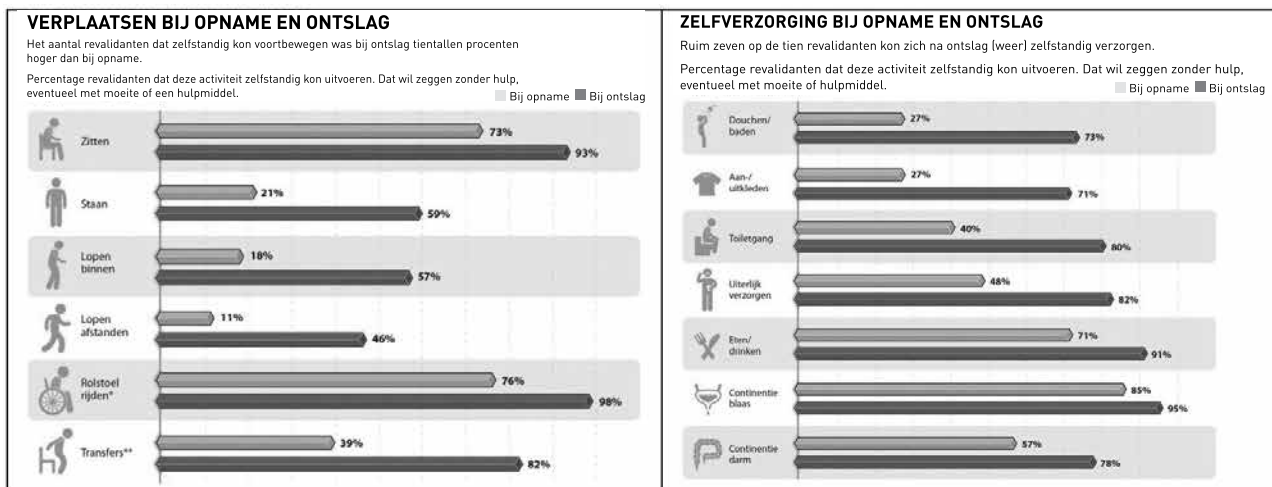
36 Chorus, A.M., Perenboom, R.J. 2003. "Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)", *Disability and Rehabilitation* 25, 577-587.

Het denkkader laat toe om elk van de componenten in te vullen met specifieke items eigen aan de pathologie en/of het werkdomein. Het model vertoont zowel naar de gebruikte componenten waaruit het is samengesteld als naar de flexibiliteit van invulling veel analogie met het *Chronic care model* van Wagner.³⁷

De brede benadering van het ICF is tegelijk ook het belangrijkste nadeel. De 1424 mogelijke items nodigen niet meteen uit tot dagelijks gebruik in de klinische praktijk, waardoor in sommige toepassingen de componenten van het model worden gebruikt als leidraad voor een observationele en narratieve invulling van het individuele patiëntendossier, veeleer dan dat de zogenaamde *coresets* worden gebruikt voor gestructureerde datacollectie. Zelfs bij gebruik van de *coresets* is de ICF vooral een systeem voor het in kaart brengen en het verder opvolgen van het revalidatieproces van een individuele patiënt, en daardoor niet erg bruikbaar voor (uitkomst)metingen.

Deze uitkomstmetingen zijn dikwijls gebaseerd op een veel eenvoudiger benadering en zijn omgekeerd dan weer onvoldoende verfijnd voor de dagelijkse klinische praktijk. Ze worden wel steeds belangrijker in de communicatie tussen zorgprofessionals, het beleid van de instelling, de overheden en hun administraties.

Ook in de communicatie met de patiënt wordt het aantonen van resultaten steeds belangrijker. In de toepassing van de "persoonsvolgende financiering" in het kader van de uitrol van de Vlaamse Sociale Bescherming zal de geïnformeerde keuze van de patiënt aan belang winnen. Het overstijgen van het individuele patiëntenniveau in het rapporteren van resultaten is een attitude die bij onze Nederlandse collega's en in de Angelsaksische landen al eerder ingang heeft gevonden.³⁸



Figuur 4: resultaatindicatoren Revalidatiecentrum De Hoogstraat, Nederland

37 Wagner, EH. et al. 2001. "Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach", *Jt Comm J Qual Improv* 27(2) : 63-80.

38 <http://www.dehoogstraat.nl/revalidatie/resultaten/fysieke-zelfredzaamheid/dwarslaesie>

Het ontbreken van eenduidige meetresultaten laat aan het meso- en macroniveau onvoldoende toe om indicatoren af te leiden in functie van *outcome*, kwaliteit en uiteindelijk financiering. De internationale wetenschappelijke gemeenschap rond ICF is dan ook recent gestart met het proberen ontwikkelen van eigen meetinstrumenten.^{39 40 41}

Het International Residence Assessment Instrument (InterRAI)⁴² is zo een multimodulair meetinstrument. InterRAI ontstond in de jaren 1980 in de Verenigde Staten als instrument voor de kwaliteitsverbetering en de opvolging van patiënten in de ouderenzorg. InterRAI is intussen uitgegroeid tot een wereldwijd verspreid instrument met meerdere modules dat weliswaar in de verschillende landen waar het gebruikt wordt een lokale “vertaling” heeft. Zo bestaat voor België de BelRAI met gevalideerde modules voor de thuiszorg (Home Care; HC), Acute zorg (Acute Care; AC), Post-acute zorg (Post-acute Care; PAC) en woonzorgcentra (Long Term Care Facilities; LTCF), met een ervaring van meer dan tien jaar in de ouderenzorg.

De grote meerwaarde van de toepassing van de Inter-/BelRAI is de mogelijkheid van de longitudinale opvolging in de verschillende segmenten van de chronische zorg, van thuiszorg tot residentiële zorg. Hierbij horen algoritmes voor *Clinical Assessment Protocols* (CAP) die de elementen vormen om een zorgplan op te enten, en *Resource Utilisation Groups* (RUG) die dan weer de elementen bieden om zorgzwaarte en de noodzaak aan middelen af te leiden.

Zowel de federale als de Vlaamse overheid heeft BelRAI naar voor geschoven om in de chronische zorg de overdracht van patiëntinformatie op een gestandaardiseerde manier te faciliteren. Daartoe werd de BelRAI al ingeschreven in de e-health roadmap⁴³ en heeft de Interministeriële Conferentie van 19 oktober 2015 een interkabinettenwerkgroep het mandaat gegeven om BelRAI uit te werken en te implementeren zoals onder andere in het programma voor “Geïntegreerde zorg voor chronisch zieken”. Deze uitgesproken keuze van de overheid impliceert ook de uitdaging om BelRAI te gebruiken in de complexiteit en de diversiteit van de revalidatie. Die ambitie werd intussen bevestigd op de communicatiedag van het Agentschap Zorg en Gezondheid voor de revalidatiesector (datum toevoegen).⁴⁴ Om die reden werd aan het KCE gevraagd te onderzoeken in hoeverre dit instrument bruikbaar is voor de sector.⁴⁵

De BelRAI-PAC voor revalidatie?

Zoals aangegeven in figuur 1 situeert revalidatie” zoals bedoeld in deze publicatie zich in de postacute fase van het zorgproces. Om de bruikbaarheid van de BelRAI voor de revalidatiesector als zorgaansturend instrument in te schatten werd daarom de BelRAI-PAC getoetst aan de ervaring van een groep revalidatieartsen.

Er is een algemene perceptie dat er zeker belangrijke parallellen te vinden zijn met de componenten in het ICF-framework. Het valt echter op dat de BelRAI-PAC niet echt gericht is op de actieve revalidatie (bedoeld als de functionele zelfstandigheid, de autonomie en de

39 De Vriendt P., Gorus E., Bautmans I., Mets T. Conversion of the Mini-Mental State Examination to the International Classification of Functioning, Disability and Health terminology and scoring system. *Gerontology* 2012; 58(2) : 112-9.

40 Ptyushkin P., Vidmar G., Burger H., Marincek C. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in patients with traumatic brain injury. *Brain Inj* 2010; 24(13-14) : 1519-27.

41 Rauch A., Cieza A., Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J. Phys Rehabil Med* 2008 Sep; 44(3) : 329-42.

42 <http://www.interrai.org/instruments.html>

43 http://www.rtreh.be/EHEALTH/_images/20130419actieplan_egezondheidnl.pdf

44 <http://www.zorg-en-gezondheid.be/communicatiemoment-sector-revalidatie>

45 <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/gebruik-van-de-belrai-suite-in-de-revalidatiezorg#.VvFFtNLhDcs>

graad van participatie van het individu), terwijl dit nu net wel de bedoeling van revalidatie is. De BelRAI-PAC is in hoofdzaak een observationeel instrument en laat bijna nergens toe om naast de actuele toestand van de patiënt (in ICF terminologie *performance*) ook de doelstellingen (*capacity*) te scoren. De evolutie van de revalidatie is daardoor moeilijk op te volgen en waar nodig bij te sturen. De scores zijn ook bij zo goed als alle items wel degelijk verschillend van die in de ICF-*coresets*. Om de metingen bruikbaar te maken zou er dus een vertaalslag moeten gebeuren. Hierbij kan men zich voorstellen dat het mogelijk is om een score van bv. 5 naar 3 keuzemogelijkheden te valideren, maar de omgekeerde “vertaling” leidt tot verlies aan informatie en specificiteit.

Tevens valt het op dat de BelRAI-PAC te weinig aandacht heeft voor een aantal aspecten die essentieel zijn binnen de revalidatie, zoals emotionele en cognitieve aspecten, en fijne motoriek. Bovendien is de BelRAI-PAC helemaal niet toepasbaar bij ambulante revalidatie en niet bruikbaar in het werkdomein van de kinderrevalidatie.

Uiteraard is enkel de aftoetsing van de BelRAI-PAC module voor de revalidatie wellicht te beperkt. De InterRAI-suite bevat immers heel wat meer sets aan vragenlijsten dan enkel de PAC. Zo onderzocht K. Berger⁴⁶ de overlap van de InterRAI-HC module met de verschillende domeinen van het ICF framework en vond dat respectievelijk 43% en 51% van de ICF-codes in de domeinen “lichaamsfuncties” en “activiteiten en participatie” gecoverd worden door InterRAI-HC. Ook in een studie van Prodingen en Declercq⁴⁷ wordt aangetoond dat de items van verschillende InterRAI modules (de Community Mental Health (CMH), de LTC en HC) konden gelinkt worden met de ICF *disability set*. Omgekeerd, voor een aantal ICF-categorieën kon er geen of slechts beperkte verwijzing gevonden worden naar InterRAI items. Er zijn wel aanwijzingen dat beide benaderingswijzen een behoorlijke congruentie kennen.

Wellicht zouden dus meerdere onderdelen uit verschillende van die sets wel het werkdomein van de revalidatie kunnen afdekken, maar een specifieke set die als eenduidig instrument kan worden aangewend in de communicatie rond en de opvolging van het revalidatieproces is niet beschikbaar. Zo moeten eventueel bruikbare delen uit de InterRAI-suite, die niet tot de BelRAI modules HC, AC, PAC en/of LTCF behoren, nog vertaald en gevalideerd worden. Denken we hierbij aan onderdelen uit de pediatrie module of stukken uit de module voor geestelijke gezondheidszorg. Bovendien moet alles, ook de vier BelRAI modules, nog worden gevalideerd voor andere sectoren en doelgroepen naast de ouderenzorg. Daarnaast is het ook, en niet in het minst, belangrijk dat de scores voor die instrumenten maximaal af te leiden zijn uit de verschillende EPD-systemen en communiceerbaar moeten worden gemaakt voor de verschillende lagen van e-Health. Het is daarom essentieel dat alle terminologie, zogenaamd *SNOMED-proof* opgesteld wordt.

Tot slot is er de vaststelling dat “belendende” sectoren die in functie van de herintegratie van de revalidant, zij het de school of de socio-professionele omgeving, ook het ICF-framework en de bijhorende *coresets* hanteren. Wanneer de ambitie er is om Inter/belRAI in eerste instantie te laten fungeren als gestructureerd communicatie-instrument, maar ook verder uit te bouwen voor de klinische toepassing via de CAP en als instrument voor financiering op basis van de RUG, dan is de toepassing ervan niet beperkt tot de revalidatiesector of bij uitbreiding tot de organisatie van de gezondheidszorg. De keuze heeft dan evenzeer consequenties voor de andere sociale sectoren.

46 Berger, K. et al. 2009. “Relationship between InterRAI HC and the ICF: opportunity for operationalizing the ICF”, *BioMed Central* 9:47.

47 Declercq, A., Prodingen, B. “Integrating what matters into health records based on the ICF: Examining the utility of InterRAI to operationalize ICF Disability Set as a case in point” (in preparation).

Het besluit van de studie van het KCE⁴⁸ “dat de InterRAI-suite kan worden gebruikt voor de (individuele) zorgplanning” wordt door de vertegenwoordigers van het werkveld minstens als voorbarig ervaren.

Overleg met prof. Anja De Clercq⁴⁹, die veel onderzoek heeft verricht voor de validatie en de implementatie van de BelRAI in de ouderenzorg, bevestigt dat de toepassing van de actueel beschikbare modules in het werkdomein van de revalidatie moet worden onderzocht en het uitwerken van een specifieke set aan vragen mogelijks aangewezen is. In dat geval is het wenselijk eveneens te onderzoeken of zo een specifieke revalidatieset kan worden opgesteld op basis van het ICF framework. De interesse en de bereidheid om de beide benaderingswijzen op elkaar af te stemmen is blijkbaar internationaal en in-loco interuniversitair, aanwezig. Dat is veel belovend.

Besluit en aanbevelingen

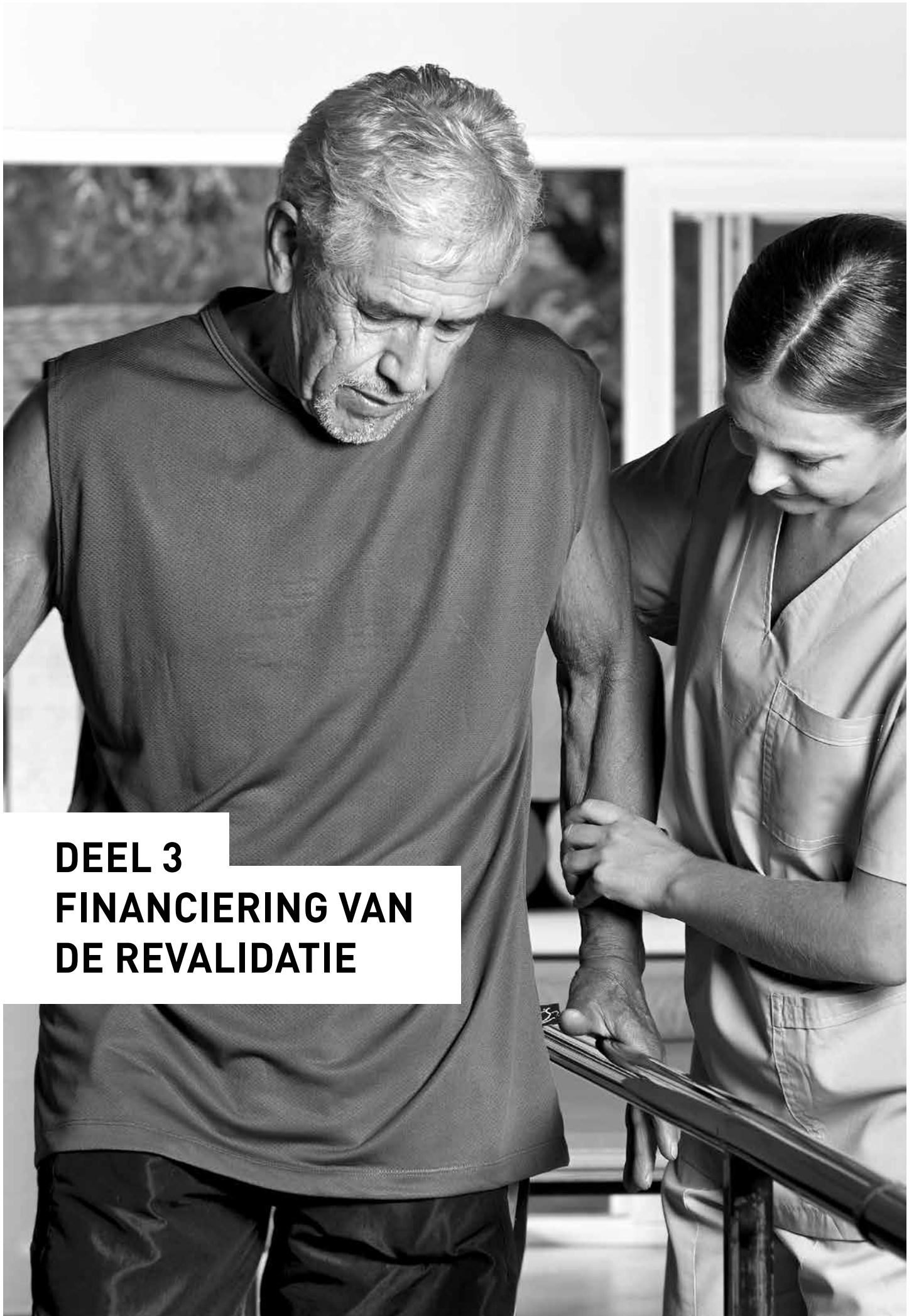
Er is tot op heden weinig of geen attitude binnen onze gezondheidszorg om systematisch aan *outcomemetingen* te doen. Ook niet in de revalidatiesector. Er zijn nochtans heel wat stakeholders en doelstellingen. Specifiek binnen de revalidatiesector is er ook nog geen consensus over de manier waarop dergelijke metingen moeten worden opgezet en ingevuld. De complexiteit van revalidatie maakt het bovendien moeilijk om een allesomvattend en uniform systeem te valideren.

Er is enerzijds het ICF-framework dat de conceptualisering is van de holistische patiëntvisie die de revalidatiesector en haar belendende sectoren hanteren. Anderzijds zijn er de toepassingen van de InterRAI-benaderingswijze die een antwoord kunnen bieden op de ontbrekende oplossingen voor de bijkomende verwachtingen die aan ICF als meet- of classificatiesysteem worden gesteld. Er ontbreekt echter nog een module die geschikt is voor de revalidatieproblematiek. De werkgroep stelt daarom voor om dringend werk te maken van een onderzoeksproject voor de ontwikkeling, validatie en evaluatie van een patiënten-classificatiesysteem om de geïntegreerde zorg, die algemeen wenselijk en voor de revalidatie specifiek noodzakelijk is, te ondersteunen.

Het FLADEMIC-initiatief heeft dit intussen opgenomen. “Studie 5” van dit onderzoeksvoorstel wil in twee onderzoeksonderdelen in eerste instantie peilen naar de identificatie van kwaliteitsindicatoren voor succesvolle revalidatie op elk niveau en in elke fase van de revalidatie om dan het ICF framework te operationaliseren met een specifieke Inter/BelRAI module voor revalidatie. “Studie 6” zal het InterRAI-RUG systeem valideren in het kader van de Vlaamse context van langdurige zorg aan ouderen. De ervaring die hiermee opgedaan wordt, kan dan wellicht dienstig zijn voor de vertaling van deze toepassing naar de revalidatiesector. Het is immers de wens van de werkgroep om een PCS eerst te gebruiken en te valideren in functie van zorgplanning om pas later de financiering hieraan te koppelen.

48 Desomer, A., Eyssen, M., Mistiaen, P. 2016. “Gebruik van de BELRAI-suite in de revalidatiezorg”, *KCE Reports 262A*.

49 LUCAS Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy Leuven (<http://www.kuleuven.be/lucas>)



DEEL 3
FINANCIERING VAN
DE REVALIDATIE

Voor de financiering van de revalidatie pleiten we voor een basisfinanciering, aangevuld met een pathologie-georiënteerde financiering aan de hand van casemix en zorgzwaarte in functie van de revalidatiedoelstellingen in de zorgprogramma's en gespecialiseerde zorgprogramma's. Hiervoor zijn er echter goede PCS-instrumenten nodig; Die zijn echter ten vroegste over vijf jaar beschikbaar als het onderzoekswerk nu kan starten. We pleiten ervoor om bij de financiering ook de *Pay for Performance* (P4P) in te brengen.

In Vlaanderen is de overheid bezig met de uitrol van de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB), waarin een persoonsgebonden en organisatiegebonden financiering wordt uitgewerkt voor de sectoren die zijn overgekomen met de zesde staatshervorming. Hiertoe behoren de revalidatieziekenhuizen. In de loop van 2017 zullen deze financieringsvoorstellen verder worden uitgediept. Ook innovaties en incentives voor nieuwe zorgmodellen rond revalidatie moeten aandacht krijgen. Ambulante zorg is één aspect, maar ook de outreach-functie, om aangepaste vormen van huisvesting te integreren in het residentieel proces, verdient aandacht.

Op korte termijn ziet de financiering van de revalidatie er als volgt uit:

1. De financiering maakt een onderscheid tussen wat realiseerbaar is via de nomenclatuur voor fysieke geneeskunde en revalidatie (de functie) en de situaties die een behandeling vereisen die complexer is of langer duurt dan wat in de nomenclatuur is voorzien (de zorgprogramma's en de gespecialiseerde zorgprogramma's).
2. De financiering van de revalidatiefunctie kan putten uit de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (fysiotherapie nomenclatuur K-waarden, kinesitherapie en logopedie nomenclatuur). De middelen van de revalidatieovereenkomsten 950-771 kunnen worden samengebracht in een nieuwe revalidatienomenclatuur (R-waarden) voor de zorgprogramma's.

We gaan ervan uit dat er voor de algemene, universitaire en de revalidatieziekenhuizen eenzelfde financiering wordt voorzien in functie van de casemix.

Op korte termijn stellen we de volgende financiering voor:

1. Voor de financiering van **de functie revalidatie** stellen we voor een beroep te doen op:
 - Nomenclatuur voor de monodisciplinaire behandelingen (kine, ergo, logo);
 - K20-nomenclatuur voor de revalidatieverstrekkingen;
 - K30-, K45- of K60-nomenclatuur naargelang de duurtijd van de behandeling (1 uur, 11/2 uur tot 2 uur behandeling) voor de multidisciplinaire behandelingen;
 - De K15- of M-waarden voor de onderhoudsbehandelingen na multidisciplinaire behandeling;
 - Het BFM50 financiert de (R-) verpleegeenheid en de liaisonfunctie.

Voor de financiering van een **zorgprogramma** (hoge incidentie/prevalentie) en het **gespecialiseerde zorgprogramma** (lage incidentie) stellen we voor een beroep te doen op:

- Verschillende R-forfaits (R30, R45, R60, R90....) in functie van de gekozen doelgroepen voor de multidisciplinaire behandelingen, multidisciplinair- en teamoverleg, uitgebreid ontslagverslag en coördinerende functies;
- Het BFM financiert de R-verpleegeenheid (voor kinderen de E-bedden of R-pediatrie) en voorziet eveneens in een financiering voor de liaison en outreach, middenkader en een coördinator van de revalidatiecentra;
- Forfaits voor de ambulante revalidatie en dagrevalidatie.

De financiering van de (gespecialiseerde) **zorgprogramma's met lage incidentie/prevalentie** kunnen een beroep doen op een combinatie van *fee for service* en een *lump sum* die worden toegekend in functie van het patiëntenprofiel in het expertisecentrum.

50 Of een equivalent van het BFM voor de revalidatieziekenhuizen die onder Vlaamse bevoegdheid vallen.

Daarbij mogen we de volgende aandachtspunten niet uit het oog verliezen:

Voor de financiering wordt niet alleen een herverdeling van de middelen beoogd, maar ook innovaties en nieuwe elementen moeten hun ingang vinden. Daarbij denken we aan een financiering van de dagrevalidatie, de liaison en outreach, de onderhoudsbehandelingen, het middenkader en de coördinatoren.

Het niveau van revalidatie kan uiteraard variëren naargelang de fase van revalidatie (acuut stadium, postacute fase in het ziekenhuis of ambulante, chronisch stadium).

Ook een gepaste financiering van het vervoer van de patiënten naar de revalidatiecentra moet worden voorzien.

Dit voorstel voor de financiering van de revalidatie op korte termijn wordt samengevat in onderstaand schema.

Kan een beroep doen op	Functie	Zorgprogramma	Gespecialiseerd zorgprogramma
Monodisciplinair Artikel ⁵¹ M- nomenclatuur Artikel K20	X X		
Onderhoud en opstart behandeling Artikel 22 ⁵² K15	X		
Multidisciplinair Artikel 22 ⁵³ K30, K45, K60	X		
Multidisciplinair R-Forfaits (nieuw) R30, R45, R60, R75, R90 ...		X	X
Dagrevalidatie forfait		X	X
Liaison en outreach		X	X
Middenkader		X	X
BFM	X	X	X
Combinatie van lump sum en fee for service		X	X

51 Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekking d.d. 14 september 1984.

52 Idem fysiotherapienomenclatuur.

53 Idem fysiotherapienomenclatuur.

Algemeen besluit

Deze publicatie schetst een globaal beeld gegeven van de revalidatiegeneeskunde in Vlaanderen en de manier waarop we die in de toekomst kunnen en willen organiseren. De functie, het zorgprogramma en het gespecialiseerde zorgprogramma voor neurologische en musculoskeletale revalidatie zijn omschreven; er zijn normen uitgewerkt voor revalidatiebedden. Het ambulante revalidatie-aanbod is omschreven.

We zijn echter nog maar halfweg. Er is vooral behoefte aan een goed werkend PCS-instrument. De interuniversitaire onderzoeksequipe, geleid door prof. Anja Declercq stelt FLAEMIC (Flanders Project to Develop Evaluate and iMprove Integrated Care) voor. De doelstelling van FLAEMIC is drievoudig en in lijn met de *Triple Aim*-doelstelling.

Innovaties – en meer specifiek integratie – in de gezondheidszorg hebben een drievoudige doelstelling:

- Het verbeteren van de geïntegreerde zorg in Vlaanderen en daardoor het verbeteren van de kwaliteit van leven;
- Het testen, verbeteren en implementeren van de interRAI/BelRAI-instrumenten die geïntegreerde zorg ondersteunen in verschillende welzijns- en gezondheidssectoren in Vlaanderen;
- Het bestuderen van hoe de kost van de zorg kan worden gereduceerd en/of eerlijker kan worden verdeeld onder mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben, door hun noden vroeger en beter te detecteren.

Ze stellen een studie voor om een assessmentsysteem voor revalidatiezorg (gebaseerd op BelRAI) voor betere integratie in de revalidatiezorg te ontwikkelen met een dubbele doelstelling:

- Het identificeren van kwaliteitsindicatoren voor succesvolle revalidatie op elk niveau en in elke fase van de revalidatie;
- Het ontwikkelen van een BelRAI revalidatie-instrument dat een operationalisering is van de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) en dat kan worden gebruikt voor triage en voor kwaliteitsmeting.

Het is belangrijk deze studie te steunen om ons toekomstig organisatiemodel van de revalidatie te kunnen uitrollen. Er is ook nood aan bijkomend onderzoek naar data over incidentie en prevalentie binnen het revalidatielandschap om de toekomstige netwerken binnen het Zorgstrategisch Plan Vlaanderen vorm te kunnen geven. We zoeken hiervoor steun bij het IMA en ook de beroepsverenigingen FG&R hebben hun medewerking betuigd.

In 2017 zal ook de financiering verder worden uitgediept.



BIJLAGEN

Bijlage 1

Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan de functie revalidatie, het zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie en de gespecialiseerde zorgprogramma's musculoskeletale en neurologische revalidatie moeten voldoen om te worden erkend

HOOFDSTUK I - ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1

Voor de toepassing van dit besluit moet worden verstaan onder:

1. Functie revalidatie: de functie opgenomen in artikel 2, § 1, 3°, d), van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van ziekenhuis-groeperingen en van de bijzondere normen waaraan die moeten voldoen.
2. Zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie: het zorgprogramma omschreven in artikel 2septies, § 1, van het KB van 15 februari 1999 tot vaststelling van de lijst van zorgprogramma's zoals bedoeld in artikel 12 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 10 juli 2008 en tot aanduiding van de artikelen van de wet op de ziekenhuizen die op hen van toepassing zijn.
3. Gespecialiseerd zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie: het gespecialiseerd zorgprogramma omschreven in artikel 2septies, § 1, van het KB van 15 februari 1999 tot vaststelling van de lijst van zorgprogramma's zoals bedoeld in** artikel 12 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 10 juli 2008 en tot aanduiding van de artikelen van de wet op de ziekenhuizen die op hen van toepassing zijn.
4. Revalidatie: een actief proces gericht op een geheel van multidisciplinaire, doelgerichte activiteiten om een optimaal niveau van onafhankelijkheid en functioneren te bereiken en te behouden voor personen met een lichamelijke of functionele beperking die activiteits- en/of participatiebeperkingen tot gevolg hebben, in interactie met persoonlijke en omgevingsfactoren, met een redelijke verwachting van functionele verbetering en/of verbetering van de levenskwaliteit.
5. Musculoskeletale en neurologische revalidatie: een actief proces gericht op een geheel van multidisciplinaire, doelgerichte (multidisciplinaire) activiteiten om een optimaal niveau van onafhankelijkheid en functioneren te bereiken en te behouden voor personen met een lichamelijke of functionele beperking gerelateerd aan het musculoskeletale en neurologische systeem die activiteits- en/of participatiebeperkingen tot gevolg hebben, in de interactie met persoonlijke en omgevingsfactoren, met een redelijke verwachting van functionele verbetering en/of verbetering van de levenskwaliteit.
6. Musculoskeletale en neurologische revalidant: een patiënt met een verworven of aangeboren musculoskeletale en/of neurologische functionele en/of structurele stoornis waardoor zijn fysieke, psychische, (neuro)cognitieve mogelijkheden en sociale participatie in het gedrang komen, en waarbij er aan de hand van een gevalideerd revalidatiebilan een prognose is waarbij er met revalidatie minstens een tijdelijke functionele verbetering en/of een verbetering van de levenskwaliteit wordt verkregen (later revalidant).

7. Multidisciplinair revalidatieplan bestaat uit:

- Multidisciplinair revalidatiebilan: oriënterend, omstandig evaluatieverslag, opgesteld door een erkend arts-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie en/of door een ander erkend revalidatiearts, dat naast een evaluatie op somatisch-psychisch en sociaal vlak van de patiënt ook een revalidatie-indicatie en duidelijk omschreven revalidatiedoelstellingen bepaalt. Het bilan wordt opgemaakt in overleg met het multidisciplinaire revalidatieteam.
- Multidisciplinair revalidatieprogramma: uitvoering van een reeks van (multidisciplinaire) revalidatieactiviteiten en -therapieën om de revalidatiedoelstellingen opgenomen in het revalidatiebilan te bereiken. Het programma bevat eveneens een evaluatie van de bereikte doelstellingen.

8. Revalidatiearts: een arts-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie of een arts-specialist van een andere discipline met een bijzondere erkenning in de revalidatie die actief is voor de revalidatie binnen zijn specialiteit.

9. Revalidatiecoördinator: een lid van het multidisciplinair team van het zorgprogramma of het gespecialiseerde zorgprogramma, dat samen met de medische leiding van het zorgprogramma of gespecialiseerd zorgprogramma instaat voor de organisatie en de coördinatie van het zorgprogramma of gespecialiseerd zorgprogramma.

10. Samenwerkingsovereenkomst: een juridisch geformaliseerde schriftelijke overeenkomst.

11. Revalidatieziekenhuis: een categoriaal ziekenhuis dat hoofdzakelijk beschikt over diensten voor diagnostiek, behandeling en revalidatie.

12. Revalidatieaanbod: omvat de verschillende niveaus van revalidatie in een bepaald ziekenhuis, met name functie en/of zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie en/of gespecialiseerd zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie. In verschillende vormen, met name o.v.v. consultaties, multidisciplinaire consultaties, multidisciplinaire revalidatie op ambulante wijze of tijdens hospitalisatie.

13. Revalidatiedienst:-dienst die revalidatie aanbiedt hetzij aan gehospitaliseerde patiënten op een R-dienst, hetzij aan patiënten van de functie, hetzij aan ambulante patiënten.

Artikel 2

Om erkend te worden moeten de functie revalidatie, het zorgprogramma voor musculoskeletale en neurologische revalidatie en het gespecialiseerd zorgprogramma voor musculoskeletale en neurologische revalidatie voldoen aan de normen van dit besluit.

1. De functie revalidatie wordt erkend indien ze beantwoordt aan het geheel van criteria en functionele omgevingen zoals beschreven in hoofdstuk II van dit besluit.

2. Het zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie wordt erkend indien het beantwoordt aan het geheel van criteria en functionele omgevingen zoals beschreven in Hoofdstuk III en bijlage I van dit besluit.

3. Het gespecialiseerd zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie wordt erkend indien het beantwoordt aan het geheel van criteria en functionele omgevingen zoals beschreven in Hoofdstuk IV en bijlage II van dit besluit.

HOOFDSTUK II - FUNCTIE REVALIDATIE

AFDELING 1 - DOELGROEP, AARD EN INHOUD VAN DE ZORG

Artikel 3

§ 1. De functie revalidatie richt zich naar ambulante en gehospitaliseerde patiënten met potentiële nood aan revalidatie of meer specifiek aan musculoskeletale en/of neurologische revalidatie. De functie revalidatie is gericht op preventie, diagnose, vroege interventie en behandelingen in de acute, post-acute en chronische fase en beoogt een functioneel herstel of verbetering van de levenskwaliteit van de patiënt en zijn sociale en/of professionele reïntegratie.

§ 2. Bij nood aan gespecialiseerde revalidatie voor complexe aandoeningen en/of indien er hogere revalidatienoden bestaan, verwijst de functie revalidatie de revalidant naar een zorgprogramma of gespecialiseerd zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie om hem de meest aangepaste behandeling en begeleiding aan te bieden.

Artikel 4

De functie is beschikbaar in elk algemeen, revalidatie- of universitair ziekenhuis en biedt voor ambulante en gehospitaliseerde patiënten de volgende activiteiten aan:

- Raadplegingen en diagnosestelling;
- Revalidatieverstrekingen en revalidatiebehandelingen.

De patiënt kan op eigen initiatief of via zijn behandelende arts een beroep doen op de functie revalidatie. Daarbij wordt aan een arts-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie of een revalidatiearts gevraagd om een revalidatiebilan op te maken in samenspraak met de behandelende arts, volgens de afspraken opgenomen in het multidisciplinair handboek voor revalidatie zoals omschreven in artikel 9.

AFDELING 2 - VEREISTE INFRASTRUCTUUR

Artikel 5

§ 1. De functie beschikt over:

- Het noodzakelijke diagnostische instrumentarium en de noodzakelijke revalidatietoestellen en materialen die volgens de gangbare internationale stand van de wetenschap nodig zijn voor de te behandelen pathologie;
- De noodzakelijke materialen om de veiligheid van revalidanten te bewaken en te waarborgen;
- Een oefenzaal voor kinesitherapeutische en ergotherapeutische behandelingen, zowel in groep als individueel.

§ 2. De functie moet een beroep kunnen doen op:

- Lokalen voor raadplegingen;
- Lokalen voor individuele behandeling;
- Een lokaal voor teamvergaderingen.

AFDELING 3 - DE VEREISTE MEDISCHE EN NIET-MEDISCHE PERSONEELSOMKADERING EN DESKUNDIGHEID

Artikel 6

De functie staat onder leiding van een arts-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie. Hij is eindverantwoordelijk voor de opmaak, de goede werking, de uitvoering en aanpassing van de revalidatieprogramma's, de continuïteit van de dienstverlening, de uitrusting, de registratie, de kwaliteitsopvolging van de functie en het opstellen van het handboek voor revalidatie. Hij is verantwoordelijk voor de permanente vorming met betrekking tot revalidatie van artsen en andere personeelsleden van de functie.

Artikel 7

De in artikel 6 bedoelde arts kan bijgestaan worden door andere revalidatieartsen. Alle artsen verbonden aan de functie zijn verantwoordelijk voor het opstellen van een (multidisciplinair) revalidatiebilan zoals beschreven in artikel 1, 7; zij bewaken de kwaliteit van de uitvoering van het revalidatieprogramma.

Artikel 8

§ 1. De functie beschikt over een multidisciplinair revalidatieteam dat aangepast wordt naar aantal en kwalificatie in functie van de aard en het volume van de behandelde aandoeningen. In het team zijn minstens volgende kwalificaties aanwezig:

- Kinesitherapie;
- Ergotherapie.

§ 2. De functie moet een beroep kunnen doen op:

- Een psycholoog;
- Een diëtist;
- Een logopedist;
- Een sociaal werker;
- Een orthopedisch technicus of bandagist;
- Een verpleegkundige met bijzondere ervaring in de revalidatie.

§ 3. Het multidisciplinaire revalidatieteam is naast de uitvoering van het revalidatieprogramma verantwoordelijk voor:

- Het evalueren van de revalidant, van zijn aanpassingsmogelijkheden in zijn woonomgeving en van de mantelzorg;
- Het informeren van de revalidant en zijn mantelzorg over de beschikbare thuiszorg en thuiszorgdiensten;
- Het voorstellen, coördineren en evalueren van geïndividualiseerde zorgplannen in samenwerking met de eerstelijns;
- Het organiseren van multidisciplinaire vergaderingen inzake zorgcontinuïteit.

AFDELING 4 - KWALITEITSNORMEN EN NORMEN INZAKE KWALITEITSOPVOLGING

Onderafdeling I - Het multidisciplinair handboek voor revalidatie

Artikel 9

§ 1. De functie maakt een reeks afspraken over de samenwerking met de interne en externe actoren die in het multidisciplinair handboek voor revalidatie voor ambulante en gehospitaliseerde patiënten worden opgenomen. Dat handboek bevat de volgende gegevens:

- Afspraken voor het opsporen van de in het ziekenhuis opgenomen patiënten die nood hebben aan revalidatie;
- Afspraken inzake interne verwijzingen en opvolging van de revalidant, in het ziekenhuis en ambulant;
- Samenwerking met zorgprogramma's en gespecialiseerde zorgprogramma's, en de afspraken inzake verwijzing;
- De modaliteiten volgens dewelke de functie een advies formuleert om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren in instellingen waarmee een samenwerking bestaat;
- De personen in het multidisciplinaire team, met vermelding welke taken zij vervullen;
- De omschrijving van het kwaliteitsbeleid van de functie (waarden, doelstellingen, opdrachten);
- De organisatie van de functie, met inbegrip van de continuïteit.

Het handboek wordt om de drie jaar volgens de stand van de wetenschap geëvalueerd en geactualiseerd.

§ 2. Het multidisciplinair revalidatiehandboek wordt ter beschikking gesteld van alle medewerkers van de functie. Het ligt in het ziekenhuis ter inzage van de patiënt of zijn vertegenwoordiger, van alle zorgverstrekkers van het ziekenhuis en van alle andere verstrekkers die door de samenwerking bij de functie betrokken zijn.

Onderafdeling II - Het multidisciplinaire revalidatieplan en overleg

Artikel 10

Voor elke revalidant, ambulante of opgenomen in het ziekenhuis, zowel in daghospitalisatie als klassieke hospitalisatie, die multidisciplinair behandeld wordt in de functie revalidatie, stelt het multidisciplinaire revalidatieteam een multidisciplinair revalidatieplan op zoals vermeld in artikel 1, 7^o, over de diagnose, de behandeling en de revalidatie. Dit revalidatieplan maakt integraal deel uit van het dossier van de patiënt.

Artikel 11

Het revalidatieteam organiseert een systematisch multidisciplinair overleg over deze revalidanten. 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. De conclusies van dit overleg maken deel uit van het patiëntendossier.

Onderafdeling III - De continuïteit van de zorg

Artikel 12

Teneinde de continuïteit van de zorg te bevorderen, neemt het multidisciplinaire revalidatieteam alle noodzakelijke maatregelen ter voorbereiding van een kwaliteitsvol ontslag of terugkeer naar huis of thuisvervangende woonomgeving, en dit vanaf de opname in het ziekenhuis van elke patiënt met multidisciplinaire revalidatie. Bij elk ontslag wordt een ontslagformulier opgemaakt dat alle elementen bevat die nuttig zijn voor de continuïteit van de zorg. Dit ontslagformulier wordt overhandigd aan de door de patiënt aangewezen huisarts en, indien nodig, aan andere voor de continuïteit van de zorg belangrijke zorgverstrekkers.

Onderafdeling IV - Kwaliteitsopvolging

Artikel 13

Elk algemeen ziekenhuis met een functie revalidatie moet een functionele samenwerkingsovereenkomst hebben met een ziekenhuis met een zorgprogramma voor musculoskeletale en neurologische revalidatie en met een ziekenhuis met een gespecialiseerd zorgprogramma voor musculoskeletale en neurologische revalidatie voor de pathologieën die zij in hun functie behandelen. In die samenwerkingsovereenkomst moeten kwaliteitsindicatoren, volume- en outcomeparameters en criteria voor verwijzing worden opgenomen.

HOOFDSTUK III - ZORGPROGRAMMA VOOR MUSCULOSKELETALE EN NEUROLOGISCHE REVALIDATIE

AFDELING 1 - DOELGROEP, AARD EN INHOUD VAN DE ZORG

Artikel 14

§ 1. Het zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie richt zich tot één of meer groepen van revalidanten met een complexe aandoening zoals opgenomen in bijlage I van dit besluit, die nood hebben aan revalidatie. Dit zorgprogramma beoogt voor hen een functioneel herstel of verbetering van de levenskwaliteit en een sociale en/of professionele reïntegratie.

§ 2. Het zorgprogramma kan worden erkend in een algemeen, universitair of revalidatieziekenhuis.

§ 3. Bij een nood aan bijzondere revalidatie bij specifieke en/of zeldzamere, en/of complexe aandoeningen, en/of revalidatienoden zoals vermeld in bijlage 2 van dit besluit, verwijst het zorgprogramma de revalidant naar een gespecialiseerd zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie om hem de meest adequate begeleiding aan te bieden, zonder af te doen aan de vrije keuze van de revalidant.

Artikel 15

§ 1. Het zorgprogramma biedt de volgende multidisciplinaire activiteiten aan voor ambulante en gehospitaliseerde patiënten met complexe aandoeningen zoals opgenomen in bijlage I van dit besluit:

- Revalidatieprogramma's die de gevolgen van musculoskeletale en/of neurologische aandoeningen behandelen;
- Raadplegingen en behandelingen;
- Een liaisonfunctie en *outreach*.

§ 2. Het zorgprogramma vormt een functionele eenheid met de functie.

Artikel 16

§ 1. Het ziekenhuis met een erkend zorgprogramma maakt afspraken met ziekenhuizen die enkel over de functie revalidatie beschikken en maakt desgewenst afspraken met algemene, universitaire of revalidatieziekenhuizen over de beschikbaarheid van medische deskundigheid.

§ 2. Het ziekenhuis met een erkend zorgprogramma maakt afspraken met ziekenhuizen met een gespecialiseerd zorgprogramma voor de doelgroepen die zij binnen het zorgprogramma behandelt om de continuïteit van de revalidatiedienstverlening te garanderen.

AFDELING 2 - VEREISTE INFRASTRUCTUUR

Artikel 17

§ 1. Het zorgprogramma beschikt over:

- Het diagnostische instrumentarium en de revalidatietoestellen, materialen en uitrusting die nodig zijn voor de te behandelen complexe aandoeningen en, per groep van die aandoeningen, zoals opgenomen in bijlage I van dit besluit, die worden aangepast volgens de gangbare internationale stand van de wetenschap;
- De noodzakelijke materialen om de veiligheid van revalidanten te bewaken en te waarborgen;
- Voldoende ruimte voor kinesitherapeutische en ergotherapeutische behandelingen, zowel in groep als individueel;
- Voldoende lokalen voor individuele behandelingen;
- Een multifunctionele ruimte (met faciliteiten voor een educatief programma);
- Een lokaal voor logopedie;
- Een lokaal voor de psycholoog.

§ 2. Het zorgprogramma kan een beroep doen op:

- Hospitalisatie voor revalidanten in afzonderlijke bedden (R-bedden);
- Ambulante revalidatie en dagrevalidatie voor revalidanten;
- Lokalen voor raadplegingen;
- Een lokaal voor teamvergaderingen en ander multidisciplinair overleg.

AFDELING 3 - VEREISTE MEDISCHE EN NIET-MEDISCHE PERSONEELSOMKADERING EN DESKUNDIGHEID

Artikel 18

§ 1. Het geheel van één of meerdere zorgprogramma's staat onder leiding van een arts-specialist fysische geneeskunde en revalidatie die minstens halftijds verbonden is aan het revalidatie-aanbod. De revalidatiearts, die op het tijdstip van publicatie van dit besluit instaat voor de leiding van het zorgprogramma, kan deze functie blijven waarnemen tot 5 jaar na publicatie van het besluit.

§ 2. Hij organiseert de medische aspecten van het zorgprogramma en is verantwoordelijk voor de goede werking ervan. Hij wordt bijgestaan door de revalidatiecoördinator voor de uitvoering en aanpassing van de revalidatieprogramma's, de continuïteit van de dienstverlening, de uitrusting, de registratie, de kwaliteitsopvolging van het zorgprogramma en het opstellen van het handboek voor revalidatie.

§ 3. Onder zijn leiding en met de medewerking van de revalidatieartsen van artikel 19 is hij verantwoordelijk voor:

- De opvolging en bewaking van de kwaliteit van de revalidatie en de zorg;
- De bewaking van de continuïteit van de revalidatie en de zorg, met name door de ver-slaggeving aan de verwijzende artsen;
- Het betrekken van de familie en de omgeving van de patiënten;
- De teamvergaderingen.

§ 4. Hij organiseert de evaluatie van de doelstellingen en vorderingen van de behandelingen, en de uitvoering en aanpassing van de revalidatieprogramma's van de patiënt volgens de besluiten van die evaluatie. Hiervoor worden op regelmatige tijdstippen evaluatieonderzoeken gehouden, zowel medisch als paramedisch.

§ 5. Hij is verantwoordelijk voor de permanente vorming met betrekking tot revalidatie van artsen en andere personeelsleden van het zorgprogramma.

Artikel 19

§ 1. Het zorgprogramma beschikt over voldoende bijkomende revalidatieartsen in functie van de activiteiten van het zorgprogramma en van de aard en het volume van de behandelde aandoeningen.

§ 2. Tijdens de behandelingen is minstens één revalidatiearts aanwezig in het ziekenhuis en beschikbaar voor het zorgprogramma.

§ 3. De revalidatieartsen zijn verantwoordelijk voor het opstellen van een multidisciplinair revalidatiebilan en besteden ook de nodige aandacht aan het psychosociale aspect. Ze bewaken de kwaliteit van de uitvoering van het revalidatieprogramma.

Artikel 20

Het zorgprogramma beschikt over een multidisciplinair revalidatieteam dat aangepast wordt naar aantal en kwalificatie in functie van de aard en het volume van de behandelde aandoeningen zoals opgenomen in bijlage I van dit besluit. Een revalidatiecoördinator die verbonden is aan het zorgprogramma coördineert de therapeutische verstrekkingen binnen het zorgprogramma. Dit revalidatieteam biedt minstens volgende therapeutische activiteiten aan en is samengesteld uit ten minste de volgende disciplines:

- Revalidatiearts;
- Kinesitherapeut;
- Ergotherapeut;
- Psycholoog;
- Sociaal werker of sociaal verpleegkundige;
- Logopedist;
- Diëtist;
- Verpleegkundige met specifieke ervaring in de revalidatie.

De aantallen zijn afhankelijk van de te behandelen doelgroep binnen het zorgprogramma.

AFDELING 4 - ONDERDELEN VAN HET ZORGPROGRAMMA

Onderafdeling I - Een erkende hospitalisatiedienst

Artikel 21

De hospitalisaties zoals bedoeld in artikel 17, § 2, 1, gebeuren in de post-acute of evolutieve fase in een erkende dienst voor behandeling en revalidatie zoals bedoeld in de bijlage bij het BVR van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en de diensten moeten worden nageleefd.

Onderafdeling II - Liaisonfunctie en outreach

Artikel 22

De liaisonfunctie en *outreach* maakt het mogelijk de revalidatie en de multidisciplinaire deskundigheid ter beschikking te stellen van de behandelend arts, de huisarts, de coördinerend en raadgevende arts, de zorgverstrekkers van de doelgroep, de dienst fysieke geneeskunde en revalidatie, de functie revalidatie van de ziekenhuizen (onder andere diegene waarmee een samenwerkingsakkoord werd afgesloten) en de revalidanten thuis. Hierdoor moet de continuïteit van de zorg geoptimaliseerd worden, onnodige opnames vermeden, alsook synergieën en functionele samenwerkingsnetwerken ontwikkeld.

Artikel 23

Elk zorgprogramma biedt in het kader van de liaison een samenwerking aan met:

- Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging;
- Huisartsen en huisartsenkringen;
- Woonzorgcentra en rust- en verzorgingstehuizen;
- Centra voor dagverzorging;
- Herstelverblijf;
- Functie revalidatie van de ziekenhuizen;
- Niet aan een ziekenhuis of ziekenhuizen verbonden paramedici;
- VAPH (Vlaams Agentschap voor personen met een handicap)-voorzieningen.

Onderafdeling III - Ambulante activiteiten

Artikel 24

Het zorgprogramma biedt ambulante activiteiten aan, bestaande uit:

- Raadplegingen bij de arts fysieke geneeskunde en revalidatie, revalidatieartsen, artsen betrokken bij de revalidatie;
- Multidisciplinaire raadplegingen;
- Multidisciplinaire revalidatiebehandelingen en dagrevalidatie (ambulante revalidatie).

De ambulante revalidatie activiteit wordt aangeboden aan:

- Revalidanten met nood aan ambulante voortzetting van de revalidatie na hospitalisatie;
- Verwezen patiënten die na consultatie bij FGR en revalidatieartsen worden doorverwezen naar de ambulante revalidatie.

AFDELING 5 - KWALITEITSNORMEN EN NORMEN INZAKE KWALITEITSOPVOLGING

Onderafdeling I - Het multidisciplinair handboek voor revalidatie

Artikel 25

§ 1. Het zorgprogramma maakt een reeks afspraken over de samenwerking tussen de interne en externe actoren die in het multidisciplinair handboek voor revalidatie worden opgenomen.

Voormeld handboek bevat de volgende gegevens:

- Afspraken over interne verwijzingen en de opvolging van de revalidant;
- De samenwerking met functies zoals vermeld in artikel 13 en de afspraken over verwijzing;
- De modaliteiten volgens welke het zorgprogramma de liaisonfunctie vervult zoals vermeld in artikel 22 en 23 en een omschrijving van de liaisonfunctie;
- De modaliteiten volgens welke het zorgprogramma de functie een advies formuleert om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren in instellingen waarmee een samenwerking bestaat;
- Welke personen in het multidisciplinaire team welke taken vervullen;
- De omschrijving van het kwaliteitsbeleid van het zorgprogramma (waarden, doelstellingen, opdrachten);
- De organisatie van het zorgprogramma inclusief de organisatie van de functie zoals vermeld in artikel 1, 1.;
- De samenwerking met de gespecialiseerde zorgprogramma's.

Het handboek wordt om de drie jaar volgens de stand van de wetenschap geëvalueerd en geactualiseerd.

§ 2. Het multidisciplinaire revalidatiehandboek wordt ter beschikking gesteld van alle medewerkers van het zorgprogramma. Het ligt in het ziekenhuis ter inzage van de patiënt of zijn vertegenwoordiger, van alle zorgverstrekkers van het ziekenhuis en alle andere verstrekkers die door de samenwerking bij het zorgprogramma betrokken zijn.

Onderafdeling II - Het multidisciplinair revalidatieplan en overleg

Artikel 26

Voor elke revalidant (uit de doelgroep in bijlage I), ambulant, opgenomen in het ziekenhuis of in dagrevalidatie, stelt het multidisciplinaire revalidatieteam een multidisciplinair revalidatieplan op zoals vermeld in artikel 1, 7, over de diagnose, de behandeling en de revalidatie. Dit revalidatieplan maakt integraal deel uit van het dossier van de patiënt.

Artikel 27

§ 1. Het multidisciplinair revalidatieteam organiseert een wekelijks multidisciplinair overleg over de revalidanten. 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.

§ 2. Indien, in het kader van de liaisonfunctie, het multidisciplinaire revalidatieteam 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

Artikel 28

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

Artikel 29

§ 1. Het multidisciplinaire revalidatieteam neemt vanaf de opname in het ziekenhuis alle noodzakelijke maatregelen ter voorbereiding van een kwaliteitsvol ontslag, terugkeer naar huis of thuisvervangende woonomgeving. Het bevordert de continuïteit van de zorg in het algemeen.

§ 2. Het multidisciplinaire revalidatieteam is verantwoordelijk voor:

- Het evalueren van de revalidant, van zijn aanpassingsmogelijkheden in zijn woonomgeving alsook van de mantelzorg;
- Het informeren en bespreken met de revalidant en zijn mantelzorger van de beschikbare thuiszorg en thuiszorgdiensten;
- Het voorstellen, coördineren en evalueren van geïndividualiseerde zorgplannen in samenwerking met de eerste lijn;
- Het organiseren van multidisciplinaire vergaderingen inzake zorgcontinuïteit.

Artikel 30

§ 1. Op organisatorisch niveau hebben de liaisonfunctie en *outreach* de volgende opdracht:

- Bijdragen tot de cultuur van de zorgcontinuïteit;
- Het voorstellen en uitwerken van acties aangaande het door het ziekenhuis gevoerde beleid inzake zorgcontinuïteit;
- Het deelnemen aan de voortgezette opleiding voor het personeel over de beginselen van zorgcontinuïteit;
- Het uitwerken van multidisciplinaire samenwerkingssynergieën, in het geheel van de eenheden van het ziekenhuis;
- Het voorstellen van initiatieven over zorgcontinuïteit en de herintegratie van de patiënt te bevorderen (*outreach*).

§ 2. Daarenboven staat de liaisonfunctie in voor:

- De ontwikkeling van samenwerkingsverbanden met de eerste lijn en de structuren voor thuishulp en thuiszorg, onder meer door deelname aan multidisciplinaire comités voor de zorgcontinuïteit;
- De uitbouw van samenwerkingsnetwerken met andere zorginstellingen en met gespecialiseerde zorgprogramma's.

Onderafdeling IV - Kwaliteitsopvolging

Artikel 31

Het zorgprogramma verleent medewerking aan de interne en externe toetsing van de medische activiteit, overeenkomstig de bepalingen van het KB van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen. Hiertoe wordt door de bevoegde overheid een kwaliteitsorgaan opgericht dat belast is met de evaluatie van het in dit besluit beschreven zorgproces. Daarvoor zal het kwaliteitsorgaan samenwerken met het geheel van de in artikel 20 bedoelde disciplines.

Naast de opdrachten vermeld in artikel 8 van bedoeld besluit van 15 februari 1999 heeft het kwaliteitsorgaan eveneens als opdracht:

1. De ziekenhuizen ondersteunen bij het opstellen en aanpassen van een multidisciplinair revalidatiehandboek;
2. Richtlijnen voorstellen voor het opstellen en evalueren van het in artikel 26 van dit besluit vermelde revalidatiebilan, alsook van het in artikel 28 van dit besluit vermelde ontslagformulier;
3. Een intern registratiemodel opstellen, bedoeld in artikel 3 van voormeld KB van 15 februari 1999, waarbij de specifieke kenmerken en de risico's van de revalidant in aanmerking worden genomen. De registratie moet het mogelijk maken om, op basis van meetbare indicatoren, het multidisciplinaire zorgplan en de doelstellingen m.b.t. de zorg en de continuïteit te evalueren.

HOOFDSTUK IV - GESPECIALISEERDE ZORGPROGRAMMA'S VOOR MUSCULOSKELETALE EN NEUROLOGISCHE REVALIDATIE

AFDELING 1 - DOELGROEP, AARD EN INHOUD VAN DE ZORG

Artikel 32

§ 1. Een gespecialiseerd zorgprogramma voor musculoskeletale en neurologische revalidatie richt zich naar een van de doelgroepen die is opgenomen in bijlage II van dit besluit.

§ 2. Elk gespecialiseerd zorgprogramma biedt voor zijn doelgroep bijzondere en hooggespecialiseerde diagnostische, therapeutische en revalidatietechnieken en methodes aan en dient zich aan als referentie- en expertisecentrum voor deze doelgroep.

§ 3. Eén of meerdere gespecialiseerde zorgprogramma's kunnen worden erkend in een algemeen, universitair of revalidatieziekenhuis.

Artikel 33

§ 1. Het ziekenhuis met een gespecialiseerd zorgprogramma voor musculoskeletale en neurologische revalidatie sluit een functionele samenwerkingsovereenkomst af met een ziekenhuis met een zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie voor de doelgroepen die zij binnen het zorgprogramma behandelen.

§ 2. Voor zover het gespecialiseerde zorgprogramma zich niet bevindt in een algemeen of universitair ziekenhuis sluit het gespecialiseerde zorgprogramma een functionele samenwerkingsovereenkomst af met een algemeen of universitair ziekenhuis.

AFDELING 2 - VEREISTE INFRASTRUCTUUR

Artikel 34

§ 1. Het zorgprogramma beschikt over:

- Het diagnostische instrumentarium en de revalidatietoestellen, materialen en uitrusting die nodig zijn voor de behandeling van specifieke en/of zeldzamere en/of complexe aandoeningen met hogere revalidatienoden en, per groep van deze aandoeningen, zoals opgenomen in bijlage II van dit besluit, die worden aangepast volgens de gangbare internationale stand van de wetenschap;
- De noodzakelijke materialen om de veiligheid van revalidanten te bewaken en te waarborgen;
- Voldoende ruimte voor kinesitherapeutische en ergotherapeutische behandelingen, zowel in groep als individueel;
- Voldoende lokalen voor individuele behandelingen;
- Een multifunctionele ruimte (met faciliteiten voor een educatief programma);
- Een lokaal voor logopedie;
- Een lokaal voor de (neuro) psycholoog.

- § 2. Het gespecialiseerde zorgprogramma kan een beroep doen op:
- Hospitalisatie voor revalidanten in afzonderlijke bedden (R-bedden);
 - Ambulante revalidatie en dagrevalidatie voor revalidanten;
 - Lokalen voor raadplegingen;
 - Een lokaal voor teamvergaderingen en ander multidisciplinair overleg.

AFDELING 3 - VEREISTE MEDISCHE EN NIET-MEDISCHE PERSONEELSOMKADERING EN DESKUNDIGHEID

Artikel 35

§ 1. Een gespecialiseerd zorgprogramma beantwoordt aan de normen voor zijn doelgroep zoals opgenomen in bijlage II van dit besluit.

§ 2. Het geheel van één of meerdere gespecialiseerde zorgprogramma's staat onder leiding van een arts-specialist fysische geneeskunde en revalidatie, die minstens halftijds verbonden is aan het revalidatieaanbod. De revalidatiearts, die op het tijdstip van publicatie van dit besluit instaat voor de leiding van het gespecialiseerde zorgprogramma, kan deze functie blijven waarnemen tot 5 jaar na publicatie van het besluit.

§ 3. Hij organiseert de medische aspecten van het gespecialiseerde zorgprogramma en is verantwoordelijk voor de goede werking ervan. Hij wordt bijgestaan door de revalidatiecoördinator voor de uitvoering en aanpassing van de revalidatieprogramma's, de continuïteit van de dienstverlening, de uitrusting, de registratie, de kwaliteitsopvolging van het zorgprogramma en het opstellen van het handboek voor revalidatie.

§ 4. Hij werkt samen met de andere revalidatieartsen van het gespecialiseerde zorgprogramma en is verantwoordelijk voor:

- De opvolging en bewaking van de kwaliteit van de revalidatie en de zorg;
- De bewaking van de continuïteit van de revalidatie en de zorg, met name door de verslaggeving aan behandelend artsen;
- Het betrekken van de familie en de omgeving van de patiënten;
- De teamvergaderingen.

§ 5. Hij organiseert de evaluatie van de doelstellingen en vorderingen van de behandelingen, en de uitvoering en aanpassing van de revalidatieprogramma's van de patiënt volgens de besluiten van die evaluatie. Hiervoor worden op regelmatige tijdstippen evaluatieonderzoeken, medisch en paramedisch, gehouden.

§ 6. Hij is verantwoordelijk voor de permanente vorming met betrekking tot revalidatie van artsen en andere personeelsleden van het gespecialiseerde zorgprogramma.

Artikel 36

§ 1. Het gespecialiseerde zorgprogramma beschikt over voldoende bijkomende revalidatieartsen in functie van de activiteit, de aard en het volume van de behandelde aandoeningen.

§ 2. Tijdens de behandelingen is minstens één revalidatiearts aanwezig in het ziekenhuis en beschikbaar voor het gespecialiseerde zorgprogramma.

§ 3. De revalidatieartsen zijn eindverantwoordelijk voor het opstellen van een multidisciplinair revalidatiebilan en besteden ook de nodige aandacht aan het psychosociale aspect. Ze bewaken de kwaliteit van de uitvoering van het revalidatieprogramma.

Artikel 37

Het gespecialiseerde zorgprogramma beschikt over een multidisciplinair revalidatieteam dat aangepast wordt naar aantal en kwalificatie in functie van de aard en het volume van de behandelde aandoeningen zoals opgenomen in bijlage II van dit besluit. Een revalidatiecoördinator die verbonden is aan het zorgprogramma coördineert de therapeutische verstrekingen binnen het zorgprogramma.

AFDELING 3 - ONDERDELEN VAN HET GESPECIALISEERDE ZORGPROGRAMMA

Onderafdeling I - Een erkende hospitalisatiedienst

Artikel 38

De hospitalisaties gebeuren in de post-acute of evolutieve fase in een erkende gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie zoals bedoeld in de bijlage bij het KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en de diensten moeten worden nageleefd.

Onderafdeling II - De liaisonfunctie en outreach

Artikel 39

De liaisonfunctie maakt het mogelijk de revalidatie en de multidisciplinaire deskundigheid ter beschikking te stellen van de behandelende arts, de huisarts, de coördinerend en raadgevende arts, de zorgverstrekkers van de doelgroep, de functies revalidatie en zorgprogramma's beschreven onder hoofdstuk III en de revalidanten thuis (*outreach*). Hierdoor streeft ze ernaar om de continuïteit van de zorg te optimaliseren, onnodige opnames te vermijden, en synergieën en functionele samenwerkingsnetwerken te ontwikkelen.

Artikel 40

Elk gespecialiseerd zorgprogramma biedt in het kader van de liaisonfunctie een samenwerking aan met:

- Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging;
- Huisartsen en huisartsenkringen;
- Woonzorgcentra en rust- en verzorgingstehuizen;
- Centra voor dagverzorging;
- Herstelverblijven;
- Functie revalidatie van de ziekenhuizen;
- Zorgprogramma's voor musculoskeletale en neurologische revalidatie;
- Niet aan een ziekenhuis of ziekenhuizen verbonden paramedici;
- VAPH-voorzieningen.

Onderafdeling III - Ambulante activiteiten

Artikel 41

Het zorgprogramma biedt ambulante activiteiten aan, bestaande uit:

- Raadplegingen bij de arts fysische geneeskunde en revalidatie, revalidatie-artsen, artsen betrokken bij de revalidatie;
- Multidisciplinaire raadplegingen;
- Multidisciplinaire revalidatiebehandelingen of daghospitalisatie (ambulante revalidatie).

De ambulante revalidatie activiteit wordt aangeboden aan:

- Revalidanten met nood aan ambulante voortzetting van de revalidatie na hospitalisatie;
- Verwezen patiënten die na consultatie bij FGR en revalidatieartsen worden doorverwezen naar de ambulante revalidatie.

AFDELING 4 - KWALITEITSNORMEN EN NORMEN INZAKE KWALITEITSOPVOLGING

Onderafdeling I - Het multidisciplinair handboek voor revalidatie

Artikel 42

§ 1. Het gespecialiseerde zorgprogramma maakt een reeks afspraken over de samenwerking tussen de interne en externe actoren die in het multidisciplinaire handboek voor revalidatie worden opgenomen. Voormeld handboek bevat de volgende gegevens:

- Afspraken over interne en externe verwijzing en opvolging van de revalidant;
- De samenwerking met functies revalidatie en zorgprogramma's zoals vermeld in artikel 33, §1, en de afspraken over verwijzing;
- De modaliteiten volgens welke het gespecialiseerde zorgprogramma de liaisonfunctie en *outreach* vervult en een omschrijving van de liaisonfunctie en de *outreach* zoals vermeld in de artikelen 38 en 39 van dit besluit;
- De modaliteiten volgens welke het gespecialiseerde zorgprogramma een advies formuleert om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren in instellingen waarmee een samenwerking bestaat;
- Welke personen in het multidisciplinaire team welke taken vervullen;
- De omschrijving van het kwaliteitsbeleid van het gespecialiseerde zorgprogramma (waarden, doelstellingen, opdrachten);
- De organisatie van het gespecialiseerde zorgprogramma.

Het handboek wordt om de drie jaar volgens de stand van de wetenschap geëvalueerd en geactualiseerd.

§ 2. Het multidisciplinaire revalidatiehandboek wordt ter beschikking gesteld van alle medewerkers van het gespecialiseerde zorgprogramma. Het ligt in het ziekenhuis ter inzage van de patiënt of zijn vertegenwoordiger, van alle zorgverstrekkers van het ziekenhuis en alle andere verstrekkers die door de samenwerking bij het gespecialiseerde zorgprogramma betrokken zijn.

Onderafdeling II - Het multidisciplinaire revalidatieplan en overleg

Artikel 43

Voor elke revalidant van het gespecialiseerde zorgprogramma, ambulant, opgenomen in het ziekenhuis of in het dagziekenhuis, stelt het multidisciplinaire revalidatieteam een multidisciplinair revalidatieplan op zoals vermeld in artikel 1, 7, over de diagnose, de behandeling en de revalidatie. Dit revalidatieplan maakt integraal deel uit van het dossier van de patiënt.

Artikel 44

§ 1. Het multidisciplinaire revalidatieteam organiseert een wekelijks multidisciplinair overleg over de revalidanten. Aan dit overleg kunnen, voor de patiënten die hen aanbelangen, eveneens de behandelende huisarts, alsook andere artsen of zorgverstrekkers die bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn, deelnemen.

§ 2. Indien, in het kader van de liaison, het multidisciplinaire revalidatieteam 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

Artikel 45

Om de continuïteit van de zorg te bevorderen wordt het ontslag van de revalidant vanaf zijn opname in het ziekenhuis voorbereid. Bij elk ontslag van een revalidant 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.

Artikel 46

§ 1. Het multidisciplinaire revalidatieteam neemt vanaf de opname in het ziekenhuis alle noodzakelijke maatregelen ter voorbereiding van het kwaliteitsvolle ontslag of terugkeer naar huis of thuisvervangende woonomgeving. Het bevordert de continuïteit van de zorg in het algemeen.

§ 2. Het multidisciplinaire revalidatieteam is verantwoordelijk voor:

- Het evalueren van de revalidant, van zijn aanpassingsmogelijkheden in zijn woonomgeving en van de mantelzorg;
- Het informeren van de revalidant en zijn mantelzorger over de beschikbare thuiszorg en thuiszorgdiensten;
- Het voorstellen en coördineren van geïndividualiseerde zorgplannen in samenwerking met de eerste lijn;
- Het organiseren van multidisciplinaire vergaderingen over zorgcontinuïteit.

Artikel 47

§ 1. Op organisatorisch niveau bestaat de opdracht van de liaisonfunctie en *outreach* in:

- Het bijdragen aan de cultuur van de zorgcontinuïteit;
- Het voorstellen en uitwerken van acties aangaande het door het ziekenhuis gevoerde beleid inzake zorgcontinuïteit;
- Het deelnemen aan de voortgezette opleiding voor het personeel over de beginselen van zorgcontinuïteit;
- Het uitwerken van multidisciplinaire samenwerkingssynergieën, in het geheel van de eenheden van het ziekenhuis;
- Het voorstellen van initiatieven over zorgcontinuïteit en de herintegratie van de patiënt te bevorderen (*outreach*);
- Het nemen van initiatieven voor de organisatie van bijscholing en opleiding m.b.t. de doelgroepen van het gespecialiseerde zorgprogramma.

§ 2. Daarenboven staat de liaisonfunctie in voor:

- De ontwikkeling van samenwerkingsverbanden met de eerste lijn en de structuren voor thuishulp en thuiszorg, onder meer door deelname aan multidisciplinaire comités voor de zorgcontinuïteit;
- De uitbouw van samenwerkingsnetwerken met de andere zorginstellingen.

Onderafdeling IV - Kwaliteitsopvolging

Artikel 48

Het gespecialiseerde zorgprogramma verleent medewerking aan de interne en externe toetsing van de medische activiteit, overeenkomstig de bepalingen van het KB van 15 februari 1999 over de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen. Hiertoe wordt door de bevoegde overheid een kwaliteitsorgaan opgericht dat belast is met de evaluatie van het in dit besluit beschreven zorgproces. Daarvoor zal het kwaliteitsorgaan samenwerken met het geheel van de bedoelde disciplines opgenomen in bijlage II van dit besluit.

Naast de opdrachten vermeld in artikel 8 van bedoeld besluit van 15 februari 1999 heeft het kwaliteitsorgaan eveneens tot opdracht:

- De ziekenhuizen ondersteunen bij het opstellen en aanpassen van een multidisciplinair revalidatiehandboek;
- Richtlijnen voorstellen voor het opstellen en evalueren van het revalidatiebilan en van het ontslagformulier;
- Een intern registratiemodel opstellen, bedoeld in artikel 3 van voormeld KB van 15 februari 1999, waarbij de specifieke kenmerken en de risico's van de revalidant in aanmerking worden genomen. De registratie moet het mogelijk maken om op basis van meetbare indicatoren het multidisciplinaire zorgplan en de doelstellingen m.b.t. de zorg en de continuïteit te evalueren.

Algemene bepalingen m.b.t. het zorgprogramma en het gespecialiseerde zorgprogramma

Tevens dient voor elke groep in het revalidatieprogramma na de intensieve revalidatie tijdens de hospitalisatie ook aandacht te worden besteed aan de ambulante voortzetting van de therapie, onderhoudsprogramma's (groepssessies) en socioprofessionele integratieprogramma's. Hierin kadert ook een oplossing voor het vervoersprobleem voor de ambulante setting. De overgang van gehospitaliseerde revalidatiebehandeling naar ambulante therapie zal immers slechts optimaal verlopen wanneer de vervoerskosten worden vergoed zolang de patiënt in aanmerking komt voor therapie binnen zijn programma.

BIJLAGE I – DOELGROEPEN VAN HET ZORGPROGRAMMA MUSCULOSKELETALE EN NEUROLOGISCHE REVALIDATIE

Het vertrekpunt zijn de specifieke behoeften aan **revalidatie** van de patiënt. Die worden bepaald door de functionele status (*International Classification of functioning, disability and Health*, ICF) met vermelding van fysiologische en structurele stoornissen, beperkingen in de activiteiten en participatieproblemen), het revalidatiepotentieel van de revalidant, de complexiteit van de aandoening (*International Classification of Diseases*, ICD), de incidentie en prevalentie van de onderliggende aandoening en de comorbiditeit.

Er moet een **patiëntevaluatie- (PES) en patientclassificatiesysteem (PCS)** ontwikkeld worden, gekoppeld aan de revalidatiebehoefte en de noden van de patiënt, alsook aan de revalidatiedoelstellingen. Het PCS biedt ook de mogelijkheid om de personeelsomkadering verder uit te werken op basis van de revalidatiebehoefte.

Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen wat realiseerbaar is in de functie revalidatie en de revalidatie die specifieke zorg vereist in een zorgprogramma of complexe zorg vereist in een gespecialiseerd zorgprogramma.

Het ziekenhuis met een erkend zorgprogramma behandelt de volgende vier doelgroepen:

- Amputatie;
- Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) (uitgezonderd persisterend vegetatieve status (PVS), minimale responsatieve status (MRS) en locked in syndroom (LIS));
- Aandoeningen van het perifere zenuwstelsel, het ruggenmerg, neuromusculaire aandoeningen en evolutieve neurologische aandoeningen;
- Orthopedische en (poly)traumatische aandoeningen, reumatologische aandoeningen en brandwonden.

Per doelgroep wordt een aparte erkenning aangevraagd.

1. AMPUTATIE

1.1. Doelgroep

Patiënten met functiestoornissen of beperkingen inzake activiteiten- en/of participatieniveau ten gevolge van een amputatie van het onderste lidmaat op de volgende niveaus:

- Bilaterale transtibiale amputatie;
- Transtibiale amputatie met comorbiditeit ter hoogte van het contralaterale lidmaat;
- Transfemorale amputatie of desarticulatie ter hoogte van de knie.

Indien er hoge participatiedoelen zijn, professioneel of op het gebied van vrije tijd of sport, wordt de patiënt verwezen naar het gespecialiseerde zorgprogramma voor amputatie. Dat is tevens het geval wanneer er nood is aan hoogtechnologische prothesen (bv. computer-gestuurd) of wanneer het kinderen betreft met amputatie of congenitaal reductiedefect (zie kinderrevalidatie onder doelgroep 6).

1.2. Leiding en multidisciplinair revalidatieteam

Zie artikel 18§1.

1.2.1. Multidisciplinair revalidatieteam

Zie artikel 20.

1.2.2. Medische deskundigheid

Het zorgprogramma moet een beroep kunnen doen op de volgende artsen-specialisten:

- vasculair chirurg;
- endocrinoloog of internist;
- traumatoloog/orthopedist;
- plastisch chirurg;
- dermatoloog.

Het zorgprogramma moet binnen de 48 uur beroep kunnen doen op een orthopedische technicus/bandagist.

1.3. Uitrusting, infrastructuur en werking

Uitrusting:

- elektrisch bedienbare hoog-laagtafels;
- antidecubituskussens en –matrassen;
- aangepaste rolstoelen, (driewiel)fietsen en handbikes;
- loop- en ganganalysesysteem.

Daarnaast moet het zorgprogramma beschikken over de nodige uitrusting voor de toepassing van revalidatietechnieken, aangepast aan de doelgroep en rekening houdend met recente *evidence based* richtlijnen.

Infrastructuur:

- verpleegeenheid met aangepast sanitair en voorzien op rolstoelgebruik (R-dienst);
- kinesitherapie- en ergotherapiezaal met het nodige materiaal;
- voorzieningen orthopedische werkplaats;
- mogelijkheden voor sportaccommodatie op verplaatsing;
- gebruik kunnen maken van een multifunctionele ruimte;
- gebruik kunnen maken van vergaderlokalen/educatief lokaal/gesprekslokalen.

1.4. Outcome-indicatoren

De klinische *outcome*-indicatoren evalueren, in overleg met het kwaliteitsorgaan, het in dit besluit beschreven zorgproces. De operationele indicatoren, performantie-indicatoren en patiëntveiligheid moeten in samenspraak met de revalidatiecoördinatoren bepaald worden en opgenomen worden in het handboek van de revalidatie.

2. NIET AANGEBOREN HERSENLETSELS (NAH)

2.1. Doelgroep

NAH patiënten waarbij na een grondige screening meerdere revalidatiedoelstellingen op activiteiten- en participatieniveau vastgesteld worden. Patiënten met enkel beperktere functionele doelstellingen, kunnen in de functie revalidatie behandeld worden. Patiënten met zeer complexe revalidatienoden en -doelen, of met hoge participatiedoelen, professioneel of op vlak van vrije tijd of sport dienen te worden verwezen naar het gespecialiseerde zorgprogramma NAH. In de post-acute fase kunnen deze patiënten naar het zorgprogramma terugverwezen worden. Kinderen dienen verwezen te worden naar het gespecialiseerde zorgprogramma kinderrevalidatie. In de post-acute fase kunnen ze terug naar het zorgprogramma verwezen worden.

2.2. Leiding en multidisciplinair revalidatieteam

Zie artikel 18§1.

2.2.1. Multidisciplinair revalidatieteam

Naast de omkadering omschreven in artikel 20 moet het zorgprogramma een beroep kunnen doen op een orthopedisch technicus en diëtist.

2.2.2. Medische deskundigheid

Het zorgprogramma moet een beroep kunnen doen op artsen-specialisten van de volgende disciplines:

- urologie;
- orthopedie;
- neurochirurgie;
- dermatologie;
- plastische en reconstructieve heelkunde;
- inwendige geneeskunde;
- pneumologie;
- gastro-enterologie;
- cardiologie;
- psychiatrie;
- NKO;
- oogziekten;
- anesthesie/intensieve geneeskunde.

2.3. Uitrusting, infrastructuur en werking

Uitrusting:

- elektrisch bedienbare hoog-laagbedden met zijsponden;
- antidecubituskussens en -matrassen, positioneringsmateriaal;
- zuurstofvoorziening, aspiratiemateriaal, alle nodige beademingsapparatuur;
- aangepaste rolstoelen, orthesen en andere hulpmiddelen of aanpassingen;
- apparatuur voor verticalisatie, passieve mobilisatie BL/OL;
- elektrische hooglaagtafels;
- communicatie-ondersteunende systemen.

Daarnaast moet het zorgprogramma beschikken over de nodige uitrusting voor de toepassing van revalidatietechnieken, aangepast aan de doelgroep en rekening houdend met recente *evidence based* richtlijnen.

Infrastructuur:

- verpleegeenheid met aangepast sanitair en voorzien op rolstoelgebruik (R-dienst);
- kinesitherapiezaal;
- een lokaal om prikkelarm te kunnen werken;
- ergotherapiezaal met het nodige materiaal;
- therapielokaal logopedie;
- onderzoekruimte;
- lokalen uitgerust voor de consultants;
- mogelijkheden voor sportaccommodatie op verplaatsing;
- ontspanningsruimte;
- vergaderlokalen/educatief lokaal/gesprekslokalen.

Alle lokalen kunnen multifunctioneel gebruikt worden.

2.4. Outcome-indicatoren

De klinische *outcome*-indicatoren evalueren, in overleg met het kwaliteitsorgaan, het in dit besluit beschreven zorgproces. De operationele- en performantie-indicatoren en patiëntveiligheid moeten in samenspraak met de revalidatiecoördinatoren bepaald worden en opgenomen worden in het handboek van de revalidatie.

3. AANDOENINGEN VAN HET PERIFEER ZENUWSTELSEL, HET RUGGENMERG, NEUROMUSCULAIRE AANDOENINGEN EN EVOLUTIEVE NEUROLOGISCHE AANDOENINGEN

3.1. Doelgroep

- Ernstige perifere neuropathieën, polyradiculopathieën en lumbosacralisletsels (aangetoond op EMG, met een parese <4/5), cauda equinasyndroom. Een patiënt met een lichtere neuropathie kan binnen de functie revalidatie behandeld worden. Indien zich echter zeer complexe revalidatienoden of -doelen voordoen of indien andere systemen dan motoriek of sensibiliteit (bv. ademhaling, mictie, defecatie) zijn aangetast, moet worden verwezen naar het gespecialiseerde zorgprogramma. Ook is verwijzing nodig in geval van hoge participatiedoelen, professioneel of op het gebied van vrije tijd of sport;
- Neuromusculaire aandoeningen;
- Evolutive neurologische aandoeningen (zoals MS, Parkinson, ALS) bij een opstoot of functieverlies met beperktere afwijkingen, of in de post-acute fase bij een gecompliceerd deficit of functieverlies. Patiënten met een acute MS-opstoot en complexe revalidatienoden of -doelen kunnen verwezen worden naar een gespecialiseerd zorgprogramma;
- Medullaire letsels: medullopathie met para/tetra-parese/plegie met beperktere functionele doelstellingen kunnen toch in het zorgprogramma worden behandeld op basis van de volgende criteria:
 - * onvoldoende conditie/belastbaarheid die zo ernstig en onvoldoende behandelbaar zijn dat deelname aan een gespecialiseerd revalidatieprogramma niet mogelijk is;
 - * levensverwachting van minder dan twaalf maand (oncologische dwarslaesie);
 - * cognitieve stoornissen waardoor de revalidant onvoldoende leerbaar is;
 - * psychiatrische stoornissen die zo ernstig en onvoldoende behandelbaar zijn dat deelname aan een specifiek revalidatieprogramma niet mogelijk is.

Een patiënt met para/tetra-parese/plegie met hogere functionele doelstellingen en/of uitzicht op socioprofessionele re-integratie dient verwezen te worden naar een gespecialiseerd zorgprogramma.

3.2. Leiding en multidisciplinair revalidatieteam

Zie artikel 18§1.

3.2.1. Multidisciplinair revalidatieteam

Naast de omkadering omschreven in artikel 20 moet het zorgprogramma een beroep kunnen doen op een orthopedisch technicus.

3.2.2. Medische deskundigheid

Het zorgprogramma moet een beroep kunnen doen op artsen-specialisten van volgende disciplines:

- inwendige geneeskunde;
- neurologie/ neurochirurgie;
- orthopedie.

3.3. Uitrusting, infrastructuur en werking

Uitrusting:

- elektrisch bedienbare hoog-laagtafels;
- antidecubituskussens en –matrassen;
- aangepaste rolstoelen;
- loop- en ganganalysesysteem.

Daarnaast moet het zorgprogramma beschikken over de nodige uitrusting voor de toepassing van revalidatietechnieken, aangepast aan de doelgroep en rekening houdend met recente *evidence based* richtlijnen.

Infrastructuur:

- verpleegeenheid met aangepast sanitair en voorzien op rolstoelgebruik (Sp-dienst);
- kinesitherapie- en ergotherapiezaal met het nodige materiaal;
- mogelijkheden voor sportaccommodatie op verplaatsing;
- multifunctionele ruimte;
- vergaderlokalen/educatief lokaal/gesprekslokalen.

3.4. Outcome-indicatoren

De klinische *outcome*-indicatoren evalueren, in overleg met het kwaliteitsorgaan, het in dit besluit beschreven zorgproces. De operationele - en performantie-indicatoren en patiëntveiligheid moeten in samenspraak met de revalidatiecoördinatoren bepaald worden en opgenomen worden in het handboek van de revalidatie.

4. ORTHOPEDISCHE EN TRAUMATISCHE AANDOENINGEN, REUMATOLOGISCHE AANDOENINGEN EN BRANDWONDEN

4.1. Doelgroep

Meervoudige orthopedische of traumatische letsels van het beenderstelsel, de gewrichten, de pezen, spieren, fascia of het bindweefsel.

Enkelvoudige letsels van beenderen, gewrichten of spieren zonder significante comorbiditeit kunnen binnen de functie behandeld worden.

Brandwonden waarbij minstens twee gewrichten zijn aangetast worden verwezen naar het gespecialiseerde zorgprogramma.

4.2. Leiding en multidisciplinair revalidatieteam

Zie artikel 18§1.

4.2.1. Multidisciplinair revalidatieteam

Naast de omkadering omschreven in artikel 20 moet het zorgprogramma een beroep kunnen doen op een orthopedisch technicus/bandagist binnen de 48 uur.

4.2.2. Medische deskundigheid

Het zorgprogramma moet een beroep kunnen doen op artsen-specialisten van de volgende disciplines:

- vasculaire chirurgie;
- inwendige geneeskunde;
- traumatologie/orthopedie.

4.3. Uitrusting, infrastructuur en werking

Uitrusting:

- elektrisch bedienbare hoog-laagtafels;
- antidecubituskussens en -matrassen;
- aangepaste rolstoelen;
- loop- en ganganalysesysteem.

Daarnaast moet het zorgprogramma beschikken over de nodige uitrusting voor de toepassing van revalidatietechnieken, aangepast aan de doelgroep en rekening houdend met recente *evidence based* richtlijnen.

Infrastructuur:

- verpleegeenheid met aangepast sanitair en voorzien op rolstoelgebruik (Sp-dienst);
- kinesitherapie- en ergotherapiezaal met het nodige materiaal;
- orthopedische werkplaats;
- mogelijkheden voor sportaccommodatie op verplaatsing;
- gebruik kunnen maken van multifunctionele ruimte;
- gebruik kunnen maken van vergaderlokalen/educatief lokaal/gesprekslokalen.

4.4. Outcome-indicatoren

De klinische *outcome*-indicatoren evalueren, in overleg met het kwaliteitsorgaan, het in dit besluit beschreven zorgproces. De operationele - en performantie-indicatoren en patiëntveiligheid moeten in samenspraak met de revalidatiecoördinatoren bepaald worden en opgenomen worden in het handboek van de revalidatie.

BIJLAGE II – DOELGROEPEN VAN DE GESPECIALISEERDE ZORGPROGRAMMA'S MUSCULOSKELETALE EN NEUROLOGISCHE REVALIDATIE

Het vertrekpunt zijn de specifieke behoeften aan revalidatie van de patiënt. Die worden bepaald door de functionele status (*International Classification of functioning, disability and Health, ICF*) met vermelding van fysiologische en structurele stoornissen, beperkingen in de activiteiten en participatieproblemen, het revalidatiepotentieel van de revalidant, de complexiteit van de aandoening (*International Classification of Diseases, ICD*), de incidentie en prevalentie van de onderliggende aandoeningen en de comorbiditeit.

Er moet een patiëntevaluatie- (PES) en patientclassificatiesysteem (PCS) ontwikkeld worden, gekoppeld aan de revalidatiebehoefte en de noden van de patiënt, alsook aan de revalidatie-doelstellingen. Het PCS biedt ook de mogelijkheid om de personeelsomkadering verder uit te werken op basis van de revalidatiebehoefte.

Gespecialiseerde zorgprogramma's richten zich tot patiënten met bijzondere en meer zeldzame aandoeningen (met lage incidentie) met zeer specifieke revalidatienoden, waarvoor het belangrijk is om de deskundigheid te concentreren. Die gespecialiseerde zorgprogramma's profileren zich als expertisecentrum en algemene zorgprogramma's kunnen hiernaar doorverwijzen. Het gespecialiseerde zorgprogramma zal deze patiënten zo snel als mogelijk naar het desbetreffende zorgprogramma terugverwijzen.

Er worden zes doelgroepen weerhouden:

- Amputatie van een bovenste lidmaat, congenitaal defect of amputatie onderste lidmaat met nood aan complexe technologie;
- Niet aangeboren hersenletsels (NAH);
- Para/tetra-parese/plegie;
- Poly traumatische aandoeningen, zware brandwonden;
- Neuromusculaire aandoeningen en evolutieve neurologische aandoeningen;
- Kinderrevalidatie.

Tevens dient men voor elke doelgroep van het gespecialiseerde revalidatieprogramma na de intensieve revalidatie tijdens de hospitalisatie ook aandacht te besteden aan de ambulante voortzetting van de therapie en socioprofessionele integratieprogramma's. De onderhoudsbehandelingen moeten binnen de functie of het zorgprogramma worden voortgezet.

Hierin kadert ook een oplossing voor het vervoersprobleem voor de ambulante setting. De overgang van gehospitaliseerde revalidatiebehandeling naar ambulante therapie zal immers slechts optimaal verlopen indien de vervoerskosten worden vergoed zolang de patiënt in aanmerking komt voor therapie binnen zijn programma.

De medische omkadering van het gespecialiseerde zorgprogramma is multidisciplinair waarbij de fysische geneeskunde en revalidatie (FGR) het essentiële medisch specialisme is bij dit revalidatieproces.

1. AMPUTATIE VAN EEN BOVENSTE LIDMAAT, CONGENITAAL DEFECT OF AMPUTATIE ONDERSTE LIDMAAT MET NOOD AAN COMPLEXE TECHNOLOGIE

1.1. Doelgroep

Patiënten met functiestoornissen of beperkingen op activiteiten- en/of participatieniveau door een amputatie van het onderste lidmaat op de volgende niveaus:

- amputatie van een onderste lidmaat met nood aan complexe technologie;
- heupdesarticulatie;
- hemipelvectomie;
- congenitaal reductiedefect (eventueel omkeerplastiek).

Patiënten met een amputatie van een onderste lidmaat op een lager niveau wanneer er een indicatie is voor hoogtechnologische prothesen (bijvoorbeeld computergestuurd).

Kinderen met een amputatie of een congenitaal reductiedefect worden behandeld in samenspraak met het gespecialiseerde zorgprogramma "revalidatie van kinderen en adolescenten".

1.2. Leiding en multidisciplinair revalidatieteam

Zie artikel 35§2.

1.2.1. Multidisciplinair revalidatieteam

Het gespecialiseerde zorgprogramma beschikt over een multidisciplinair revalidatieteam dat minstens de volgende disciplines omvat:

- revalidatiearts;
- verpleegkundige met bijzondere ervaring in de revalidatie;
- verpleegkundige met bijzondere ervaring in de wondzorg;
- kinesitherapeut;
- ergotherapeut;
- logopedist;
- klinisch psycholoog;
- sociaal werker;
- therapeut voor aangepast sporten;
- revalidatiecoördinator.

Voor elk van de teamleden is een bijzondere opleiding of ervaring in de amputatierevalidatie vereist.

1.2.2. Medische deskundigheid

Het gespecialiseerde zorgprogramma moet een beroep kunnen doen op artsen-specialisten van de volgende disciplines:

- orthopedie;
- dermatologie;
- inwendige geneeskunde;
- pneumologie;
- endocrinologie;
- cardiologie;
- psychiatrie;
- anesthesie/intensieve geneeskunde.

1.3. Specifieke dienstverlening, uitrusting, infrastructuur en werking

Specifieke dienstverlening:

- multidisciplinaire raadpleging, screening- en vroegbegeleidingsprogramma's;
- arbeidsherintegratieprogramma;
- erkenning multidisciplinair team (MDT) voor mobiliteitshulpmiddelen;
- erkenning multidisciplinair team (MDT) voor VAPH;
- erkenning expertcentrum voor VAPH;
- educatief programma voor revalidanten en familie;
- interdisciplinair overleg met prothesiologie met bijzondere expertise in microproces-sorgestuurde prothesen.

Infrastructuur :

- verpleegeenheid(en) met aangepast sanitair en voorzien op rolstoelgebruik (R-dienst);
- revalidatiecentrum voorzien voor rolstoelgebruikers en met aangepast sanitair;
- revalidatieruimte voor interdisciplinaire revalidatie inclusief kinesitherapie en ergo-therapie (voor individuele behandelingen en groepsbehandelingen);
- mogelijkheden voor aangepast sporten;
- vaardigheidsparcours voor loop- en rolstoeltraining;
- therapeutisch appartement/locatie voor ADL-training;
- orthopedische werkplaats;
- consultatieruimten voor artsen-consulenten;
- vergaderlokalen/educatief lokaal/gesprekslokalen.

Uitrusting:

- elektrisch bedienbare hoog-laagbedden;
- antidecubituskussens en -matrassen, positioneringsmateriaal en tilliften;
- uitgebreid rolstoelpark: manuele rolstoelen (actief), elektronische rolstoelen en scooters;
- apparatuur voor verticalisatie, passieve mobilisatie ledematen (elektrische arm-/beenfiets);
- loopband met gewichtsondersteuning;
- sportmateriaal;
- zuurstofvoorziening, aspiratiemateriaal, bevochtigde perslucht;
- demonstratiematerialen (ADL, (loop)hulpmiddelen,...).

Daarnaast moet het gespecialiseerde zorgprogramma beschikken over de nodige uitrusting voor de toepassing van revalidatietechnieken, aangepast aan de doelgroep en rekening houdend met recente *evidence based* richtlijnen.

Werking:

- Er dienen revalidatieprogramma's te worden aangeboden voor zowel gehospitaliseerde als ambulante patiënten. Die zijn vastgelegd en uitgeschreven in zorgpaden en behandelprocedures;
- Aanwezigheid van een gemeenschappelijk elektronisch multidisciplinair patiëntendossier (met expliciet geformuleerde behandeldoelen en medegedeeld aan de huisarts);
- De follow-up van de patiënten gebeurt via specifieke evolutiebilans en verslagen;
- Elk behandelteam vergadert minstens eenmaal per week, waarbij de behandeling individueel wordt besproken en bijgestuurd;
- Multidisciplinair overleg met revalidant en familie;
- Er is een overleg met de thuiszorg en samenwerking met patiëntenorganisaties en ervaringsdeskundigen;
- Er dient een wetenschappelijke relatie en een opleidingsrelatie met een universiteit te bestaan;
- Het team organiseert klinisch wetenschappelijke vergaderingen (symposium, congres...).

1.4. Outcome-indicatoren

De klinische *outcome*-indicatoren evalueren, in overleg met het kwaliteitsorgaan, het in dit besluit beschreven zorgproces. De operationele- en performantie-indicatoren en patiëntveiligheid moeten in samenspraak met de revalidatiecoördinatoren worden bepaald en opgenomen worden in het handboek van de revalidatie.

2. NIET-AANGEBOREN HERSENLETSELS (NAH)

2.1. Doelgroep

Patiënten met een niet-aangeboren hersenletsel en met zeer complexe revalidatienoden en doelen, of met hoge participatiedoelen, professioneel of op het vlak van vrije tijd of sport.

Patiënten met een NAH die zich in een persisterend vegetatieve status (PVS), een minimaal responsieve status (MRS) bevinden of die een locked in syndroom (LIS) vertonen.

2.2. Leiding en multidisciplinair revalidatieteam

Zie artikel 35§2.

2.2.1. Multidisciplinair revalidatieteam

Het gespecialiseerde zorgprogramma beschikt over een multidisciplinair revalidatieteam dat als volgt is samengesteld:

- revalidatiearts;
- verpleegkundige met specifieke ervaring in de revalidatie;
- kinesitherapeut;
- ergotherapeut;
- logopedist;
- klinische psycholoog;
- sociaal werker;
- revalidatie coördinator.

Het gespecialiseerde zorgprogramma moet een beroep kunnen doen op een orthopedisch technicus en een diëtist.

2.2.2. Medische deskundigheid

Het gespecialiseerde zorgprogramma moet een beroep kunnen doen op artsen-specialisten van de volgende disciplines:

- urologie;
- orthopedie;
- neurologie;
- neurochirurgie;
- dermatologie;
- plastische en reconstructieve heelkunde;
- inwendige geneeskunde;
- pneumologie;
- gastro-enterologie;
- cardiologie;
- psychiatrie;
- NKO;
- oogziekten;
- anesthesie/intensieve geneeskunde.

2.3. Uitrusting, infrastructuur en werking

Het gespecialiseerde zorgprogramma voldoet aan de normen waaraan een afdeling 'expertisecentrum voor comapatiënten' moet voldoen om te worden erkend volgens het KB van 4 juni 2008.

Uitrusting:

- elektrisch bedienbare hoog-laagbedden met zijsponden;
- antidecubituskussens en -matrassen, positioneringsmateriaal;
- zuurstofvoorziening, aspiratiemateriaal, alle nodige ademhalingsapparatuur;
- aangepaste rolstoelen, orthesen en andere hulpmiddelen of aanpassingen;
- rolstoel-, omgevings- en computerbedieningssystemen;
- communicatieondersteunende systemen;
- apparatuur voor verticalisatie, passieve mobilisatie ledematen (elektrische arm/beenfiets);
- loop- en ganganalysesysteem;
- elektrische hoog-laagtafels.

Daarnaast moet het gespecialiseerde zorgprogramma beschikken over de nodige uitrusting voor de toepassing van revalidatietechnieken, aangepast aan de doelgroep en rekening houdend met recente *evidence based* richtlijnen.

Infrastructuur:

- verpleegeenheid met aangepast sanitair en voorzien op rolstoelgebruik (R-dienst) en voldoende beveiliging voor patiënten met ernstige gedragsstoornissen of desoriëntatie;

- kinesitherapiezaal;
- een lokaal om prikkelarm te kunnen werken;
- ergotherapiezaal met het nodige materiaal;
- therapielokalen logopedie;
- therapeutisch appartement/locatie voor ADL-training;
- ontspanningsruimte;
- onderzoeksruimte;
- orthopedische werkplaats;
- sportzaal + mogelijkheden voor sportaccommodatie op verplaatsing;
- vergaderlokalen/educatief lokaal/gesprekslokalen.

Alle lokalen kunnen multifunctioneel gebruikt worden.

2.4. Outcome-indicatoren

De klinische *outcome*-indicatoren evalueren, in overleg met het kwaliteitsorgaan, het in dit besluit beschreven zorgproces. De operationele - en performantie-indicatoren en patiëntveiligheid moeten in samenspraak met de revalidatiecoördinatoren bepaald worden en opgenomen worden in het handboek van de revalidatie.

3. PARA/TETRA-PARESE/PLEGIE

3.1. Doelgroep

De doelgroep bestaat uit patiënten met een parese of plegie van de onderste en/of bovenste ledematen door een ruggenmergaandoening.

Patiënten die binnen de doelgroep vallen kunnen toch naar het zorgprogramma of de functie worden verwezen op basis van de volgende criteria:

- Onvoldoende conditie/belastbaarheid die zo ernstig en onvoldoende behandelbaar zijn dat deelname aan een gespecialiseerd revalidatieprogramma niet mogelijk is
- Cognitieve stoornissen waardoor de revalidant onvoldoende leerbaar is;
- Psychiatrische stoornissen die zo ernstig en onvoldoende behandelbaar zijn dat deelname aan een specifiek revalidatieprogramma niet mogelijk is.

Bij een gunstige evolutie van de algemene/cognitieve/psychiatrische toestand kan de patiënt in een latere fase alsnog worden opgenomen in het gespecialiseerde zorgprogramma.

3.2. Leiding en multidisciplinair revalidatieteam

Zie artikel 35, §2. Hij kan zich laten bijstaan door een arts-specialist in de neurologie, neurochirurgie of orthopedie met bijkomende bekwaming revalidatie.

3.2.1. Multidisciplinair revalidatieteam

Het gespecialiseerde zorgprogramma beschikt over een multidisciplinair revalidatieteam dat minstens volgende disciplines omvat:

- revalidatiearts;
- verpleegkundige met bijzondere ervaring in de revalidatie;
- verpleegkundige met bijzondere ervaring in de wondzorg en incontinentie;
- kinesitherapeut;
- ergotherapeut;
- logopedist;
- klinisch psycholoog;
- sociaal werker;
- therapeut voor aangepast sporten;
- revalidatiecoördinator.

3.2.2. Medische deskundigheid

Het gespecialiseerde zorgprogramma moet een beroep kunnen doen op artsen-specialisten van de volgende disciplines:

- urologie (voornamelijk functionele urologie);
- orthopedie/traumatologie (voornamelijk rugchirurgie);
- neurochirurgie;
- dermatologie;
- plastische en reconstructieve heelkunde;
- handchirurgie;
- inwendige geneeskunde;
- pneumologie;
- gastro-enterologie;
- cardiologie;
- psychiatrie;
- pijnkliniek;
- NKO;
- anesthesie/intensieve geneeskunde.

3.3. Specifieke dienstverlening, uitrusting, infrastructuur en werking

Specifieke dienstverlening:

- spasticiteitsbehandeling (met de mogelijkheid tot de behandeling met botulinetoxine, ITB, heelkundige technieken (orthopedisch/neurochirurgisch);
- arbeidsevaluatie en beroepsoriëntatie;
- behandeling van seksualiteits- en fertiliteitsproblemen;
- bewegingsanalyse: 2/3D ganganalyse en evaluatie bovenste lidmaat;
- thuisbeademing;
- autosimulator/autorijden;
- onderwijs;
- educatief programma voor revalidanten en familie;
- informatica: hulpmiddelen en domotica;
- interdisciplinair overleg orthesiologie en rolstoelverstrekker;
- multidisciplinair handenteam (incl. handchirurg);
- technische aanpassingen;
- erkenning multidisciplinair team (MDT) voor mobiliteitshulpmiddelen;
- erkenning multidisciplinair team (MDT) voor VAPH.

Specifieke uitrusting:

- elektrisch bedienbare hoog-laagbedden;
- antidecubituskussens en -matrassen, positioneringmateriaal;
- aangepaste rolstoelen (onder meer manuele verzorging, actief en elektronische rolstoelen);
- rolstoel-, omgevings- en computerbedieningsystemen;
- apparatuur voor functionele elektrische stimulatie;
- apparatuur voor biofeedback;
- apparatuur voor verticalisatie, passieve mobilisatie ledematen (elektrische arm/beenfiets);
- loopband met gewichtsondersteuning;
- sportrolstoelen/handbikes/sportmateriaal;
- zuurstofvoorziening, aspiratiemateriaal, bevochtigde perslucht.

Daarnaast moet het gespecialiseerde zorgprogramma beschikken over de nodige uitrusting voor de toepassing van revalidatietechnieken, aangepast aan de doelgroep en rekening houdend met recente *evidence based* richtlijnen.

Infrastructuur:

- verpleegeenheid met aangepast sanitair en voorzien op rolstoelgebruik (R-dienst);
- interdisciplinaire revalidatieruimten inclusief kinesitherapie- (+rolstoeltraining) en ergotherapiezaal met het nodige materiaal;
- therapeutisch appartement/locatie voor ADL-training;
- lokalen uitgerust voor de consultants;
- orthopedische werkplaats;
- sportzaal;
- ontspanningsruimte;
- vergaderlokalen/educatief lokaal/gesprekslokalen.

Werking:

- Follow-up, gespecialiseerde evolutiebilans en verslagen afhankelijk van de evolutie;
- Organisatie van één teamvergadering per week;
- Organisatie van multidisciplinair overleg met revalidant en familie;
- Samenwerking met patiëntenorganisaties en ervaringsdeskundigen;
- Organisatie van een herintegratieprogramma;
- Huisbezoek bij de patiënt om de nodige aanpassingen te voorzien;
- Organisatie, alleen of in samenwerking, van minstens twee klinische en/of wetenschappelijke vergaderingen per jaar voor de teamleden;
- Organisatie van minstens één informatievergadering per jaar die toegankelijk is voor de hele medische gemeenschap;
- Wetenschappelijke relatie en opleidingsrelatie met een universiteit.

3.4. *Outcome-indicatoren*

De klinische *outcome*-indicatoren zijn in overleg met het kwaliteitsorgaan, belast met de evaluatie van het in dit besluit beschreven zorgproces. De operationele- en performantie-indicatoren en patiëntveiligheid moeten in samenspraak met de revalidatiecoördinatoren bepaald worden en opgenomen worden in het handboek van de revalidatie.

4. POLYTRAUMA EN ZWARE BRANDWONDEN

4.1. *Doelgroep*

Iedere patiënt die bij een ongeval letsels opliep die mogelijk levensbedreigend zijn of waarvan de combinatie tot ernstig orgaanfalen kan leiden. In de prehospitalfase gebeurt de beoordeling door de *Revised Trauma Score* van Champion. Eenmaal in het hospitaal gebruiken we de *Injury Severity Score* om een onderscheid te maken tussen drie verschillende modules:

- Zware brandwonden;
- Polytrauma (ISS>16, meerdere orgaansystemen);
- Levensbedreigend monotrauma (ISS>16, slechts één orgaansysteem);
- Multitrauma zonder onmiddellijke levensbedreiging, maar de combinatie van letsels veroorzaakt een belangrijk verhoogd risico op orgaanfalen. (ISS<16, meerdere orgaansystemen);
- Plexus brachialis letsel.

Voor de zorgprogramma's revalidatie komt een polytraumapatiënt zoals hoger gedefinieerd in aanmerking voor het gespecialiseerde zorgprogramma 'polytrauma' wanneer de ernstige letsels het bewegingsstelsel betreffen, er complexe revalidatienoden en -doelen zijn en hoge participatiedoelen worden beoogd. Bij een letsel van de wervelkolom met ruggenmergletsel of cauda equinaletsel, of craniocerebraal trauma wordt desgevallend verwezen naar het zorgprogramma NAH of naar de gespecialiseerde zorgprogramma's 'NAH' of 'dwarslaesie'. Hetzelfde geldt voor amputatiepatiënten. Voor patiënten met meer dan één van deze aandoeningen dient er nauwe samenwerking te zijn tussen de desbetreffende teams en wordt patiënt verwezen naar een centrum erkend voor de verschillende gespecialiseerde zorgprogramma's.

4.2. *Normen*

De normen moeten door de experts in de ziekenhuizen worden uitgewerkt.

5. NEUROMUSCULAIRE AANDOENINGEN EN EVOLUTIEVE NEUROLOGISCHE AANDOENINGEN

5.1. *Doelgroep*

1. Ernstige perifere neuropathieën, polyradiculopathieën en plexus brachialis-letsels of lumbosacralisletsels (aangetoond op EMG, met een parese <4/5), cauda equinasyndroom.
2. Neuromusculaire aandoeningen; de voornaamste neuromusculaire ziekten zijn:
 - spierdystrofieën (o.a. Duchenne, Becker, "Scapulo-Peroneal Muscular Dystrophy", spiergordel, Steinert, Facio Scapulo Humerale, Emery-Dreyfuss, oculofaryngeale, distale congenitale musculaire dystrofie);
 - congenitale myopathieën (o.a. "central core", "nemaline", centronucleaire);
 - inflammatoire myopathieën (o.a. polymyositis, "inclusion body myositis", dermatomyositis);
 - neuromusculaire junctie-ziekten (o.a. myasthenia gravis, Lambert-Eaton syndroom, congenitale myasthenie-syndromen);
 - myotone syndromen en periodische paralyse;
 - motor neuron-ziekten (o.a. ALS, post-polio syndroom, spinale spieratrofieën);
 - inflammatoire neuropathieën (o.a. Guillain-Barré, "Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculo Neuropathy");
 - hereditaire neuropathieën (o.a. Charcot Marie Tooth-neuropathieën);
 - metabole en mitochondriale ziekten. In deze categorie zijn er defecten die principieel de motor unit en het perifeer sensorisch neuron treffen (vaak enkel de spier), maar er zijn er ook waar dat niet het geval is (bv. sommige glycogenosen, vele mitochondriale syndromen);
 - degeneratieve (vaak hereditaire) neurologische ziekten. Hiertoe behoren de spinocerebellaire degeneraties zoals de ataxie van Friedreich. Die ziekten zijn ziekten van het centrale zenuwstelsel en geen primaire neuromusculaire ziekten, maar soms kan in mindere of meerdere mate het perifeer sensorisch neuron (bv. Friedreich) of het perifeer motorisch neuron (bv. Machado-Joseph) aangetast worden.
3. Evolutive centraal neurologische aandoeningen, zoals:
 - MS;
 - ziekte van Parkinson, Parkinson-like syndromen;
 - neuromyelitis optica;
 - acute disseminated encephalomyelitis;
 - Lyme disease met neurologische sequellen;
 - progressive multifocal leucoencephalopathy;
 - Behçet's syndrome;
 - herpes simplex encephalopathie;
 - neurosarcoïdose;
 - systemische lupus erythematosus;
 - spinocerebellaire syndromen.
4. Medullaire letsels: medullopathie met para/tetra-parese/plegie met beperktere functionele doelstellingen.
5. Cerebrale parese vanaf 16 jaar.

Bij chronische aandoeningen uit bovenstaande lijst is revalidatie aangewezen bij functieverlies of in de postacute fase na een interventie. De verwijzing naar functie, zorgprogramma of gespecialiseerd zorgprogramma gebeurt op basis van participatiedoelen (professioneel of op het gebied van vrije tijd of sport...). Dit wordt bepaald op basis van het PCS.

5.2. Leiding en multidisciplinair revalidatieteam

Zie artikel 35§2.

5.2.1. Multidisciplinair revalidatieteam

Het gespecialiseerde zorgprogramma beschikt over een multidisciplinair revalidatieteam dat als volgt is samengesteld:

- revalidatiearts;
- verpleegkundige met specifieke ervaring in de revalidatie;
- kinesitherapeut;
- ergotherapeut;
- logopedist;
- klinische psycholoog;
- sociaal werker;
- revalidatie coördinator.

Het gespecialiseerde zorgprogramma moet een beroep kunnen doen op een orthopedisch technicus en een diëtist.

5.2.2. Medische deskundigheid

Het zorgprogramma moet een beroep kunnen doen op artsen-specialisten van de volgende disciplines:

- inwendige geneeskunde/geriatrie;
- urologie;
- neurologie;
- orthopedie;
- neurochirurgie;
- pneumologie;
- gastro-enterologie;
- cardiologie;
- psychiatrie;
- NKO.

5.3. Specifieke dienstverlening, uitrusting, infrastructuur en werking

5.3.1. Specifieke dienstverlening

- spasticiteitsbehandeling;
- cognitieve revalidatie.

5.3.2 Uitrusting

- elektrisch bedienbare hoog-laagbedden met zijsponden;
- antidecubituskussens en -matrassen, positioneringsmateriaal;
- zuurstofvoorziening, aspiratiemateriaal, bevochtigde perslucht;
- aangepaste rolstoelen, orthesen en andere hulpmiddelen of aanpassingen;
- rolstoel- omgevings- en computerbedieningssystemen;
- apparatuur voor verticalisatie, passieve mobilisatie BL/OL;
- elektrische hooglaagtafels;
- loopband.

Daarnaast moet het zorgprogramma beschikken over de nodige uitrusting voor de toepassing van revalidatietechnieken, aangepast aan de doelgroep en rekening houdend met recente *evidence based* richtlijnen.

5.3.3 *Infrastructuur*

- verpleegeenheid met aangepast sanitair en voorzien op rolstoelgebruik (R-dienst);
- kinesitherapiezaal (+rolstoeltraining);
- meerdere lokalen voor alle therapiedoelstellingen;
- ergotherapiezaal met het nodige materiaal (oefenkeuken, ADL training);
- cognitief lokaal;
- therapielokaal logopedie;
- lokalen uitgerust voor de consulenten;
- mogelijkheden voor sportaccommodatie op verplaatsing;
- ontspanningsruimte;
- vergaderlokalen/educatief lokaal/gesprekslokalen.

Deze lokalen kunnen multifunctioneel gebruikt worden.

5.4. *Outcome-indicatoren*

De klinische *outcome*-indicatoren zijn in overleg met het kwaliteitsorgaan, belast met de evaluatie van het in dit besluit beschreven zorgproces. De operationele- en performantie-indicatoren en patiëntveiligheid moeten in samenspraak met de revalidatiecoördinatoren bepaald worden en opgenomen worden in het handboek van de revalidatie.

5.5. *Specifiek voor de neuromusculaire aandoeningen (nma)*

5.5.1. *Omschrijving patiëntendoelgroep*

Op basis van het ziekteverloop (vanuit medisch perspectief) zijn nma's in drie groepen in te delen:

1. Langzaam progressieve neuromusculaire aandoeningen. Dit betreft een groot aantal nma's, die globaal te verdelen zijn in twee subgroepen:

- Bij een deel van deze aandoeningen staat de problematiek centraal die veroorzaakt wordt door de langzaam toenemende spierzwakte (zoals FSHD, PPS), al dan niet in combinatie met sensibele stoornissen (zoals bij polyneuropathieën).
- Daarnaast zijn er nma's waarbij de problematiek meerdere functionele domeinen omvat. Die aandoeningen zijn het best te beschrijven als multisysteemziekten, waarbij naast toenemende spierzwakte ook diverse andere somatische en cognitieve aspecten/problemen een rol kunnen spelen (zoals myotone dystrofie, Duchenne spierdystrofie of mitochondriële myopathieën).

2. Snel progressieve neuromusculaire aandoeningen. Bij deze aandoeningen staan de snelle progressie van de spierzwakte en de hieruit voortkomende gevolgen centraal in combinatie met de achteruitgang van vitale functies. Bekende snel progressieve nma's zijn ALS en psma.

3. Regressieve neuromusculaire aandoeningen. Dit zijn nma's met een intermitterend be-loop (zoals myositis en myasthenia gravis) of nma's waarbij na een fase van toenemende spierzwakte (gedeeltelijk) herstel optreedt (zoals GBS).

5.5.2. *Subgroepen*

De eisen die aan het revalidatiebehandelaanbod worden gesteld bij nma's worden enerzijds bepaald door de veelheid van problemen op de verschillende functionele domeinen en de ernst van de problematiek per domein. Tevens wordt dit bepaald door het al dan niet aanwezig zijn (en de ernst en complexiteit) van de multi-orgaansysteemproblematiek (multimorbiditeit). Daarnaast speelt de mate van progressie en de te verwachten problematiek in de nabije toekomst een rol.

Functionele domeinen:

- 1. Medische problematiek:** multi-orgaansysteemproblematiek (hart/longproblemen, maag/darmproblemen, slik/spraakstoornissen), vitale functies en andere somatische problemen;
- 2. Mobiliteit:** houding handhaven, van houding veranderen, lopen, rolstoelrijden, hoogteverschillen overbruggen, vervoer;
- 3. Communicatie:** zich uiten, begrijpen;
- 4. Persoonlijke verzorging:** slapen, eten en drinken, zich wassen en verzorgen, zich aankleden, zich uitkleden, continentie;
- 5. Dagbesteding:** maaltijd verzorgen, interieur verzorgen, werk/school, bezigheden;
- 6. Cognitie en psychosociale aspecten:** psychische factoren en cognitieve problemen, vaak ook gepaard gaande met gedragsproblemen;
- 7. Relaties:** partner, kind(eren), vrienden/kennissen, seksualiteit/intimiteit.

Indeling in subgroepen:

Kenmerkende onderscheidende factoren bij neuromusculaire aandoeningen zijn de ernst en complexiteit van de problematiek (meerdere functionele domeinen) en de snelheid van de progressie. De revalidatiearts deelt de patiënt bij intake in een van deze niveaus in, onafhankelijk van de diagnose.

Niveau 1

1. Algemeen: de patiënt ondervindt geen tot lichte problemen; heeft een enkelvoudige hulpvraag;
2. Medische problematiek: de nma is regressief zonder restverschijnselen of zonder enmerkende (nma)-problematiek zoals beschreven onder niveau 2, 3 of 4;
3. Geen of lichte ervaren problemen/beperkingen op een van de volgende gebieden:
 - mobiliteit;
 - communicatie;
 - persoonlijke verzorging;
 - dagbesteding;
 - cognitie en psychosociale aspecten;
 - relaties.

Niveau 2

1. Algemeen: de patiënt ondervindt geen of lichte tot matige complexe problemen.
2. Medische problematiek: de nma is stationair, langzaam progressief of regressief met beperkte restverschijnselen. Geen problematiek met vitale functies. Er is geen (multi-) orgaansysteemproblematiek aanwezig en dit is ook niet te verwachten in de komende jaren. Bij aanwezige problematiek bevindt zich die met name op het motorische vlak.
3. Mobiliteit: De patiënt kan zich zelfstandig lopend verplaatsen, al dan niet met behulp van een loophulpmiddel.
4. Geen of lichte ervaren problemen/beperkingen in:
 - communicatie;
 - persoonlijke verzorging;
 - dagbesteding;
 - cognitie en psychosociale aspecten;
 - relaties.

Niveau 3

1. Algemeen: de patiënt ondervindt lichte tot matig complexe problemen.
2. Medische problematiek: De nma is langzaam tot zeer snel progressief (niet-stationair) of regressief met ernstige restverschijnselen. Er is mogelijk sprake van (multi-)orgaansysteemproblematiek.
3. Mobiliteit: de patiënt kan zich grotendeels zelfstandig verplaatsen, al dan niet met behulp van een loophulpmiddel.

4. Lichte tot matige problematiek in:

- communicatie;
- persoonlijke verzorging;
- dagbesteding;
- cognitie en psychosociale aspecten;
- relaties.

Niveau 4

1. Algemeen: de patiënt ondervindt matige tot zeer ernstige complexe problemen bij een nma die progressief is (niet stationair).
2. Medische problematiek: de nma is langzaam tot zeer snel progressief. Er is sprake van multi-orgaansysteemproblematiek en/of er is problematiek op het gebied van vitale functies.
3. Mobiliteit: de patiënt kan zich niet of moeilijk zelfstandig verplaatsen, al dan niet met behulp van een loophulpmiddel.
4. Matig tot zeer ernstige problematiek in:
 - communicatie;
 - persoonlijke verzorging;
 - dagbesteding;
 - cognitie en psychosociale aspecten;
 - relaties.

5.5.3. Probleemgebieden

Problematiek:

De nma-patiënt ervaart problemen op alle domeinen van de revalidatiegeneeskundige zorg. Hij (en zijn direct betrokkenen en omgeving) ervaart met name problemen die invloed hebben op zijn participatie, autonomie en functioneren. Specifiek voor veel nma is het progressieve karakter. Dit maakt een proactieve houding van hulpverleners nodig.

Wensen en verwachtingen van de patiënt:

- 1. Regie over de zorg:** de persoon met een spierziekte maakt desgewenst en indien mogelijk zelf keuzes inzake behandeling en zorg, voert de zorg zelf uit, maakt en bewaakt afspraken met (informele en formele) zorgverleners, beheert het (volledige) zorgplan, evalueert en stuurt bij. Waar nodig of gewenst vraagt de persoon met een spierziekte anderen om delen van de zorg over te nemen.
- 2. Effectieve zorg:** de persoon met een spierziekte krijgt de meest effectieve behandeling(en) en begeleiding aangeboden.
- 3. Continuïteit van zorg:** de persoon met een spierziekte weet wie (eind)verantwoordelijk is voor de zorg en wie zijn of haar aanspreekpunt is. De persoon met een spierziekte ervaart naadloze overgangen tussen zorginstellingen, tussen afdelingen en tussen zorgverleners.

5.5.4. Behandeldoelen

De kwaliteit van leven van de nma-patiënt staat centraal bij de behandeling. Daarbij wordt eerst op stoornisniveau en later op beperkingsniveau interventie gepleegd die erop gericht is een zo hoog mogelijk niveau van participatie, autonomie en functioneren na te streven. Daarbij wordt geanticipeerd op de toekomst van de nma-patiënt op zowel korte als lange termijn. De gevolgen van de nma worden zoveel mogelijk geminimaliseerd. De gehele behandeling is aangepast aan de individuele wensen van de patiënt.

5.5.5. Behandelaanbod en randvoorwaarden

Bij het beschrijven van het behandelaanbod van de revalidatiegeneeskundige zorg aan mensen met een spierziekte wordt deze ingedeeld in vier zorgniveaus. Indeling van de spier-

ziektepatiënt in de zorgniveaus vindt plaats door de revalidatiearts, die dit onderbouwt en uitlegt aan de patiënt. Hierbij wordt de patiënt op de hoogte gesteld van het behandelaanbod in de verschillende zorgniveaus. Op basis van dit advies en de informatie kan de patiënt in overleg met de revalidatiearts een weloverwogen keuze maken. De continuïteit van zorg voor de patiënt staat voorop.

Onderstaande tabel geeft het zorgaanbod weer.
Zorgniveau 3 en 4 kaderen binnen een neuromusculair referentiecentrum

	Zorgaanbod	Behandeling van patiënten
Zorgniveau 1*	Revalidatiearts	Patiëntniveau I
Zorgniveau 2	Revalidatiearts met kennis van nma die indien nodig andere disciplines kan inschakelen en/of beschikt over een revalidatieteam	Patiëntniveau I, II
Zorgniveau 3	Een in nma gespecialiseerde revalidatiearts met een in nma gespecialiseerd revalidatieteam.	Patiëntniveau I, II, III, en met consultatie patiëntniveau IV**
Zorgniveau 4	Een in nma gespecialiseerd revalidatieteam met een specifieke expertise en veel ervaring op het gebied van complexe problematiek bij nma's die beschikbaar is voor consultatie van deze expertise.	Patiëntniveau I, II, III, IV

*Aan zorgniveau 1 worden in dit behandelkader verder geen minimale eisen gesteld, omdat dit geen nma-specifieke zorg betreft. Deze zorg vraagt niet om specifieke nma-expertise.

**Het kan soms noodzakelijk zijn dat patiënten met een patiëntniveau 4 toch behandeld worden door een lager zorgniveau (3). Het is dan essentieel dat de arts/het team van het lagere zorgniveau voor consultatie, advies en expertise een beroep kan doen op een revalidatiearts/team werkzaam op een hoger zorgniveau (zie consultatie en advies) waarbij niveau 4 een 'expertisefunctie' heeft.

In de volgende situaties kan het wenselijk zijn om patiënten met een hoog patiëntniveau te behandelen in een lager zorgniveau:

1. De patiënt met niveau 4 kiest – vaak ingegeven door zijn lichamelijke beperkingen en/of snelle vermoeibaarheid – voor behandeling bij een arts/team zo dicht mogelijk in de buurt.
2. Voor adequate behandeling van patiënten in niveau 3 en 4 kan kennis van de regionale sociale kaart van doorslaggevend belang zijn. In die situatie wordt gekozen voor behandeling bij een arts/team zo dicht mogelijk bij de patiënt in de buurt.
3. Als gevolg van het progressieve karakter en de complexiteit van de spierziekte kan het patiëntniveau veranderen na verloop van tijd. De patiënt komt met patiëntniveau 3 binnen bij een revalidatiearts, bouwt een vertrouwensrelatie met deze arts (en team) op en wil (ook met een hoger patiëntniveau) onder behandeling blijven bij zijn revalidatiearts/team.

6. REVALIDATIE VAN KINDEREN EN ADOLESCENTEN

6.1. Inleiding

Er wordt momenteel gewerkt aan een grondige herstructurering van de revalidatie. De plaats van de revalidatie van kinderen en jongeren in het revalidatielandschap verdient bijzondere aandacht. Door meer inzicht in de ontwikkeling van het kind is men reeds geruime tijd geëvolueerd in de gedachte dat kinderen en jongeren geen kleine volwassenen zijn, en dat deze doelgroep een specifieke aanpak binnen een specifieke infrastructuur vereist. Tevens worden familie en omgeving van het kind en de jongere beschouwd als onmisbare schakels in het

revalidatieproces. Er bestaat ook een stijgende nood aan gespecialiseerde revalidatie voor kinderen en jongeren door de groeiende overlevingskansen bij een aangeboren of verworven letsel. Gezien de specificiteit en de complexiteit is revalidatie van kinderen en jongeren met een ernstige beperking een tertiair gespecialiseerd zorgprogramma revalidatie.

6.2. Definitie revalidatie kinderen en jongeren

Revalidatie van kinderen en jongeren richt zich specifiek naar kinderen/jongeren die in hun ontwikkeling worden bedreigd door de gevolgen van een aangeboren of verworven aandoening. Het is een actief proces gericht op een geheel van transdisciplinaire en doelgerichte activiteiten om - rekening houdend met de ontwikkeling - een optimaal niveau van onafhankelijkheid en functioneren te bereiken bij deze kinderen/jongeren die beperkt zijn in hun activiteit of participatie. Het is met deze specifieke revalidatie tevens de betrachting om het verdere individueel ontwikkelingstraject van het kind/jongere met zijn letsel zo optimaal mogelijk te laten verlopen, te streven naar preventie van een secundaire beperking en te zorgen voor een verbetering van de levenskwaliteit. De revalidatie van kinderen en jongeren verloopt in sterke interactie met persoonlijke factoren en hun onmiddellijke omgeving, waaronder familie en school.

6.3. Gespecialiseerd zorgprogramma revalidatie kinderen en jongeren

Het Gespecialiseerde Zorgprogramma Revalidatie Kinderen en Jongeren biedt hooggespecialiseerde multidisciplinaire diagnostiek, revalidatie en langdurige follow up bij kinderen en jongeren tot de leeftijd van 21 jaar. Indien in de periode van follow up blijkt dat een kind/jongere tijdens zijn ontwikkeling nood heeft aan een bijkomende periode van gespecialiseerde revalidatie, dan kan dit bij herhaling worden aangeboden binnen dit specifieke zorgprogramma. In het Gespecialiseerde Zorgprogramma Revalidatie Kinderen en Jongeren bestaat de mogelijkheid om kinderen of jongeren gedurende een korte periode te evalueren voor de opmaak van een multidisciplinair bilan, wat wordt gevolgd door een interdisciplinair advies (al of niet op verplaatsing).

Voor elk kind wordt, afhankelijk van de leeftijd en het letsel/de aandoening, een multidisciplinair revalidatieprogramma uitgeschreven op maat. De doelstellingen en interventies van de revalidatie worden omschreven door gebruik te maken van het *International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth* (ICF-CY). Er wordt gewerkt op vier niveau's:

1. Op het niveau van lichaamsfuncties en structuren, bv. behandelen van stoornissen, gebruik van medicatie, trainen, compenseren, ontwikkeling faciliteren en optimaliseren...;
2. Op het niveau van de activiteiten van het kind, bv. het aanleren van vaardigheden en gebruik hulpmiddelen, verhogen zelfredzaamheid...;
3. Op het niveau van de participatie van het kind, bv. stimuleren en faciliteren van deelname aan onderwijs, vrije tijd, zelfzorg, verplaatsing...;
4. Op het niveau van interne en externe factoren die bepalend zijn in het functioneren van een kind, bv. psycho-educatie, pedagogische begeleiding, indien nodig voorziening van hulpmiddelen en woningaanpassingen, betrekken van familie en vrienden...

De participatie van de ouders, broers, zussen en grootouders in het volledige revalidatieproces van het kind moet worden gefaciliteerd.

De kinderen kunnen enkel worden opgenomen in dit gespecialiseerd zorgprogramma na doorverwijzing van een arts. Het tijdig opstarten van de revalidatie is essentieel om de verdere ontwikkeling van het kind/jongere niet in het gedrang te brengen.

Alle kinderen en jongeren hebben recht op onderwijs. Het buitengewoon onderwijs type 5 (ziekenhuisschool) maakt integraal deel uit van het Gespecialiseerde Zorgprogramma Revalidatie Kinderen en Jongeren: kleuteronderwijs, lager onderwijs en secundair onderwijs worden aangeboden. Indien nodig wordt hoger onderwijs gefaciliteerd.

6.4. Doelgroep

De doelgroep van dit zorgprogramma zijn kinderen en jongeren tussen 0 en 21 jaar met een aangeboren of verworven ziekte of letsel, die worden beperkt in hun ontwikkeling en functioneren. Jongeren tussen 16 en 21 jaar hebben, afhankelijk van hun problematiek (letsel, cognitieve beperking, sociale context), de keuze tussen het gespecialiseerde zorgprogramma kinderrevalidatie of het (gespecialiseerde) zorgprogramma revalidatie voor volwassenen.

6.5. Aandoeningen

In het Gespecialiseerde Zorgprogramma Revalidatie Kinderen en Jongeren worden kinderen en jongeren behandeld met functionele stoornissen ten gevolge van een specifieke pathologie, waarbij wegens de complexiteit er nood is aan de expertise van een hooggespecialiseerd multidisciplinair team en een intensief revalidatieprogramma op maat. Onder complexiteit wordt verstaan: de combinatie van fysieke, mentale en/of psychosociale problemen die leiden tot ernstige functionele stoornissen.

De volgende aandoeningen worden gerevalideerd in het Gespecialiseerde Zorgprogramma Revalidatie Kinderen en Jongeren:

- paraparese/paraplegie;
- tetraparese/tetraplegie;
- aangeboren of verworven hersenaandoening (inclusief epilepsie);
- aangeboren of verworven ruggenmerg aandoening;
- aangeboren of verworven degeneratieve aandoeningen;
- aangeboren of verworven neuromusculaire aandoeningen;
- plexusletsel of uitgebreid perifere neurogeen letsel;
- focomelie/dysmelie/verworven amputatie van een bovenste of onderste lidmaat;
- skeletdysplasie;
- uitgebreide brandwonden, waarvan de betrokkenheid van minstens één gewricht;
- kinderreuma met functionele stoornissen;
- hemofilie met hemarthrose;
- polytrauma met multiple breuken en/of inwendige letsels aan de organen;
- uitgebreide orthopedische chirurgie ter hoogte van de wervelzuil of ledematen;
- longrevalidatie bij ernstige ademhalingsproblematiek, van primaire of secundaire oorsprong;
- complexe voedingsproblemen door een aangeboren of verworven aandoening;
- morbide obesitas;
- globale deconditionering na een periode van intensieve zorgen of langdurige hospitalisatie;
- belangrijke functionele beperkingen al dan niet met onderliggende psychiatrische comorbiditeit waarbij de algemene, sociaal emotionele en/of cognitieve ontwikkeling stagneert of dreigt te stagneren, en waarvoor revalidatie op gebied van zelfredzaamheid en sociale (re)integratie noodzakelijk is.

6.6. Vereiste medische en niet-medische personeelsomkadering en deskundigheid

6.6.1. Medische equipe

Revalidatie van kinderen en jongeren betekent intrinsiek dat er een geïntegreerde samenwerking bestaat tussen 'pediatrie' en 'revalidatie'. De coördinatie van het multidisciplinair team gebeurt door een arts-specialist mét revalidatie-erkenning, hetzij:

- Een arts specialist fysische geneeskunde-revalidatie met specifieke interesse voor kinderen;
- En/of een arts specialist kindergeneeskunde;
- En/of een arts specialist kinderneurologie.

Het Gespecialiseerde Zorgprogramma Revalidatie Kinderen en Jongeren beschikt over voldoende bijkomende arts-specialisten met een revalidatie-erkenning in functie van de activiteiten, en in functie van de aard en het volume van de behandelde aandoeningen.

De coördinerende revalidatiearts doet beroep op of werkt nauw samen met andere medische disciplines, zo nodig:

- Alle pediatische subdisciplines: kinderneurologie, kinderpneumologie, kindercardiologie, kindergastro- enterologie, kindernefrologie, kinderhemato-oncologie, neonatologie...;
- Andere medische disciplines: anesthesie, neus-keel-oorziekten, oogheelkunde, orthopedische chirurgie, neurochirurgie, algemene chirurgie, urologie, huidziekten, kinder- en jeugdpsychiatrie, plastische heelkunde/brandwondencentrum enz.

6.6.2. Het multidisciplinair team bestaat minstens uit:

- Een kinesitherapeut met specifieke bekwaamheid in kinderen en jongeren;
- Een ergotherapeut met specifieke interesse in kinderen en jongeren;
- Een (kinder)psycholoog;
- Een (kinder)psychotherapeut of een (ortho)pedagoog;
- Een logopedist met specifieke bekwaamheid in neurologische taal- en spraakstoornissen, bij kinderen en jongeren, en voedingsbegeleiding/slikrevalidatie;
- Een maatschappelijk werker;
- Een verpleegkundige;
- Een opvoedkundige of een zorgkundige;
- Een informaticus-technicus ter ondersteuning van de revalidatiesoftware en digitale omgevingsaanpassingen;
- Een diëtist.

6.6.3. Leerkrachten van het Buitengewoon Onderwijs type 5

Het buitengewoon onderwijs type 5 maakt deel uit van het Gespecialiseerde Zorgprogramma Revalidatie Kinderen en Jongeren. Er zijn afzonderlijke klassen voorzien voor kleuteronderwijs, lager onderwijs en secundair onderwijs.

6.7. Infrastructuur

De revalidatie-infrastructuur is volledig aangepast aan kinderen en jongeren met een ernstige beperking. De ruimten zijn vlot rolwagentoegankelijk. Er bestaat een fysieke scheiding met de volwassenenafdelingen in de centra waar ook volwassenen worden gerevalideerd. De revalidatie-infrastructuur moet veilig zijn voor kinderen en jongeren. Er wordt aandacht besteed aan de preventie van ongevallen en de overdracht van besmettelijke ziekten. Meubilair, vloer en speelgoed moeten desinfecteerbaar en af-of uitwasbaar zijn, en moeten regelmatig worden gereinigd via een vaste procedure. Medicatie is aangepast aan alle leeftijden en noden van kinderen en jongeren, en moet te allen tijde buiten het bereik van kinderen/jongeren worden bewaard. Op de afdeling is het medisch materiaal dat wordt gebruikt bij kinderen en jongeren (zoals cardio-respiratoire monitoring, saturatiemeter, bloeddrukmeter, aspiratiemateriaal, aërosoltoestel, reanimatiemateriaal) aangepast aan alle leeftijden. De kinderen en jongeren beschikken over een gezamenlijke leefruimte waar zij tot rust en ontspanning kunnen komen. Ten allen tijde is er voldoende toezicht aanwezig.

6.8. Revalidatie residentieel - dagbehandeling - poliklinisch

Kinderen en jongeren worden ingeschakeld in het Gespecialiseerde Zorgprogramma Revalidatie Kinderen en Jongeren hetzij residentieel, hetzij in dagbehandeling, hetzij poliklinisch (ambulant). Kinderen of jongeren worden niet in een revalidatieziekenhuis/revalidatiecentrum residentieel opgenomen, als de revalidatie die zij nodig hebben in dagbehandeling of

poliklinisch kan gebeuren. In het belang van het kind of de jongere wordt de duur van de hospitalisatie steeds zo kort mogelijk gehouden.

6.9. Transport van/naar het revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren

Opdat de duur van hospitalisatie van een kind/jongere zo kort mogelijk kan worden gehouden, moet het transport naar en van het revalidatiecentrum/-ziekenhuis voor elk kind/jongere -ongeacht de leeftijd- worden voorzien, voor de volledige periode van de revalidatie. Het transport verloopt veilig en is aangepast aan de wettelijke bepalingen voor het vervoer van kinderen en jongeren.

6.10. Liaisonfunctie

De liaisonfunctie maakt het mogelijk om de continuïteit van zorg te optimaliseren, onnodige opnames te vermijden, en synergieën en functionele samenwerkingsnetwerken te ontwikkelen. Partners waarmee het Gespecialiseerde Zorgprogramma Revalidatie Kinderen en Jongeren een liaison aangaat zijn:

- De behandelende kinderarts;
- De huisarts;
- De arts van het Centrum voor Leerlingenbegeleiding;
- Het multidisciplinair team van de verschillende referentiecentra (CP, NMRC, epilepsie,...);
- VAPH voorzieningen;
- vertrouwensartscentrum.

In het kader van een eventuele doorverwijzing na een revalidatieperiode wordt tevens een liaison aangegaan met:

- Het multidisciplinair team van een Multi Functioneel Centrum;
- Multidisciplinaire teams in de Centra voor Ambulante Revalidatie;
- Kinesitherapeuten en paramedici niet aan een ziekenhuis verbonden.

Het Gespecialiseerd Revalidatiecentrum voor Kinderen en Jongeren vormt het knooppunt in een netwerk met locoregionale ziekenhuizen, Centra voor Ambulante Revalidatie, en het Centrum voor Leerlingenbegeleiding. De Gespecialiseerde Revalidatiecentra voor Kinderen en Jongeren streven onderling naar een nauwe samenwerking in het kader van doorverwijzing, opleiding en wetenschappelijk onderzoek.

6.11. Samenwerking met referentiecentra

Het Gespecialiseerde Revalidatiecentrum voor Kinderen en Jongeren werkt nauw samen met de verschillende referentiecentra die werden opgericht voor de langdurige follow up van kinderen en jongeren met een ernstige chronische aandoening, waaronder:

- Cerebral palsy referentiecentrum;
- Neuromusculair referentiecentrum;
- Spina bifida referentiecentrum;
- Referentiecentrum voor autismespectrumstoornissen;
- Referentiecentrum voor refractaire epilepsie;
- Low vision referentiecentrum;
- Referentiecentrum voor mucoviscidose;
- Referentiecentrum voor erfelijke metabole aandoeningen;
- Referentiecentrum voor kindernefrologie.

Deze lijst is niet limitatief en kan in de toekomst verder worden aangevuld bij het ontstaan van nieuwe referentiecentra. Een kind of jongere die wordt gevolgd in een referentiecentrum heeft de mogelijkheid om één of meerdere intensieve revalidatieperiodes te volgen tijdens zijn ontwikkeling, met als doel de functionaliteit, zelfredzaamheid en participatie te verbeteren.

6.12. Kwaliteitsnormen

Het multidisciplinair revalidatie overleg:

Er bestaat een regelmatig en gestructureerd overleg met de medische en niet-medische teamleden van het Gespecialiseerde Zorgprogramma Revalidatie Kinderen en Jongeren. Tevens is er op regelmatige basis overleg tussen het multidisciplinair team en de ouders waarbij de vooruitgang en de aandachtspunten van het kind worden besproken. Voor de kinderen/jongeren wordt de informatie aangepast aan de leeftijd en het bevattingsvermogen van het kind/jongere. De privacy van elk kind/jongere en de ouders moet worden gegarandeerd. Indien gewenst gaat het multidisciplinair team van het Gespecialiseerde Revalidatiecentrum Kinderen en Jongeren ter plaatse naar het huis van het kind/jongere, de school of het centrum waarnaar het kind/jongere wordt doorverwezen, om advies of opleiding te geven.

De continuïteit van zorg:

Om de continuïteit van zorg na ontslag uit het Gespecialiseerde Revalidatiecentrum Kinderen en Jongeren te verzekeren wordt contact opgenomen met het betrokken Centrum voor Leerlingenbegeleiding van de thuishoofschool. Bij doorverwijzing naar een Centrum voor Ambulante Revalidatie of een Multi Functioneel Centrum, wordt er een multidisciplinair overleg georganiseerd.

Transitie naar volwassenen:

Voor adolescenten voorziet het Gespecialiseerde Zorgprogramma Revalidatie Kinderen en Jongeren een vlotte overgang naar de revalidatiecentra voor volwassenen.

BIJLAGE 2

ONTWERP BESLUIT VAN DE VLAAMSE REGERING TOT BEPALING VAN DE NORMEN DIE DOOR DE ZIEKENHUIZEN EN HUN DIENSTEN MOETEN WORDEN NAGELEEFD

BIJZONDERE NORMEN TOEPASSELIJK OP DE VERPLEEGEENHEID VOOR BEHANDELING EN REVALIDATIE KENLETTER R

1. De verpleegeenheid voor behandeling en revalidatie (kenletter R) is bestemd voor de revalidatie van patiënten¹ die zijn opgenomen in de functie en het (gespecialiseerde) zorgprogramma voor musculoskeletale en neurologische revalidatie (later kort zorgprogramma) waarvoor curatieve zorg en een aangepaste behandeling en revalidatie nodig is. Op deze R- verpleegeenheid kunnen ook patiënten worden opgenomen met nood aan revalidatie voor de doelgroepen en chronische onverklaarbare pijn.

Bedoelde patiënten behoeven een gespecialiseerde medische diagnose en behandeling, verpleegkundige zorg, revalidatie en reactivering in een ziekenhuismilieu² en hebben nood aan een actieve, verlengde maar in de tijd beperkte opvang.

De patiënt wordt in de R-verpleegeenheid opgenomen in de (post)-acute fase of in een evolutieve fase van de aandoening, waarvoor gespecialiseerde (maar in de tijd beperkte) revalidatiezorg nodig is.

2. Deze revalidatie is een actief proces gericht op een geheel van multidisciplinaire, doelgerichte en zinvolle activiteiten om een optimaal niveau van onafhankelijkheid en functioneren te bereiken en te behouden voor personen met een lichamelijke, functionele of cognitieve beperking die activiteiten en/of participatiebeperkingen tot gevolg hebben, in interactie met persoonlijke en omgevingsfactoren, met een redelijke verwachting van functionele verbetering en/of verbetering van de levenskwaliteit.

3. De R-verpleegeenheid is een functioneel onderdeel van de dienst fysische geneeskunde en revalidatie (revalidatiedienst) die op basis van inhoudelijke activiteiten onderverdeeld is in een functie, zorgprogramma en gespecialiseerd zorgprogramma.

De functie en zorgprogramma's bieden diagnose, behandeling en revalidatiezorg aan. Deze revalidatiezorg wordt aangeboden zowel aan ambulante als aan gehospitaliseerde revalidanten.

4. De R-verpleegeenheid maakt deel uit van een algemeen, universitair of een revalidatie-ziekenhuis.³

5. Het multidisciplinaire profiel van de zorgequipe (medisch, psychologisch, kinesitherapeutisch, paramedisch, verpleegkundig, sociaal) dient te beantwoorden aan de zorgbehoeften van de revalidanten voortvloeiend uit de erkenningsnormen van het zorgprogramma.

1 De UZ's nemen de kinderen op de E-afdelingen op. In de revalidatieziekenhuizen gebeurt dat in een Sp-bed, later om te vormen naar R-bed. Ofwel voorzien we ook R-bedden voor kinderen die behandeld worden in het GZP Kinderrevalidatie, een 'pediatrische R' ofwel worden kinderen opgenomen in een E-dienst met daaraan gekoppeld het GZP kinderrevalidatie. Vlaanderen gaat dit bekijken en terugkoppelen. Beide opties zijn verdedigbaar.

2 Ziekenhuismilieu = algemeen, universitair of een revalidatieziekenhuis (categoraal). Wegens de Vle staats-hervorming moeten de revalidatieziekenhuizen een decretale verankering krijgen om het ziekenhuisstatuut te waarborgen.

3 De revalidatieziekenhuizen moeten decretale verankering krijgen om het ziekenhuisstatuut te waarborgen.

6. Er worden functionele samenwerkingsnetwerken voorzien tussen de ziekenhuizen met de functies, zorgprogramma's en gespecialiseerde zorgprogramma's. Hierin moeten de samenwerkingsmodaliteiten en afspraken worden bepaald over verwijzing en terugverwijzing alsook over transfer in geval van spoedgevallen en specifieke consultaties.

I. ARCHITECTONISCHE NORMEN

1.

- De R-verpleegeenheid bevindt zich in een algemeen, universitair of revalidatieziekenhuis;
- De R-verpleegeenheid is een concentratie van R-bedden in een architectonische eenheid met een minimum bedcapaciteit van 20 bedden.

2. De R-verpleegeenheid moet aan de beperking van de patiënten zijn aangepast en rolstoeltoegankelijk zijn. De infrastructuur dient zodanig aangepast te zijn dat gevaar voor uitglijden of vallen wordt vermeden, bijvoorbeeld leuning. Handgrepen zijn beschikbaar over de hele afdeling (sanitair, gangen, polyvalente ruimtes, kamers). Rustplaatsen zijn voorzien in de gangen en polyvalente ruimtes.

3. Alle lokalen moeten over een efficiënt oproepsysteem of over aangepaste toezichtapparatuur beschikken.

4. De R-verpleegeenheid moet de mogelijkheid bieden om elke patiënt met respect voor veiligheid en privacy te onderzoeken.

5. Er is een aparte (polyvalente) dagzaal met mogelijkheid tot het nuttigen van een maaltijd.

6. De therapiegebonden aspecten voor revalidatie zijn opgenomen in de functie, het zorgprogramma en het gespecialiseerde zorgprogramma voor revalidatie.

II. FUNCTIONELE NORMEN

1. De verpleegeenheid moet over de nodige uitrusting beschikken voor de toepassing van de verpleeg- en zorgkundige handelingen eigen aan het specialisme van de dienst. Voor de toepassing van therapieën zoals ergotherapie, kinesitherapie, psychologie, diëtik, logopedie en voor gesprekken met de sociale dienst, moet in de nodige en aan de pathologie aangepaste uitrusting worden voorzien volgens de normen van het zorgprogramma revalidatie.

2. Voor elke patiënt zal, van bij de opname, een gedetailleerd (elektronisch) patiëntendossier worden aangelegd dat volgende elementen bevat :

- De noodzakelijke multidisciplinaire gegevens (met minimaal de medische, verpleegkundige en kinesitherapeutische gegevens) met een assessment binnen de 24u na opname. Dit is een eerste opstap naar een volledig multidisciplinair dossier (uitgebreid met o.a. psychologische en sociale gegevens);
- Een revalidatieplan met een revalidatiebilan en revalidatieprogramma waarin de doelstellingen/evaluatiecriteria op korte en lange termijn zijn opgenomen. Opvolgnota's, documentatie rond educatie, evaluatie van de revalidatiedoelstellingen en revalidatieresultaten en de ontslagbrief en/of verwijsbrieven;
- Een ontslagplan met evaluatie van de mogelijkheden en de eisen inzake terugkeer naar huis of naar een aangepast milieu.

3. Het kwaliteitshandboek is beschikbaar op de verpleegeenheid.

III. ORGANISATORISCHE NORMEN

1. De medische organisatie van de musculoskeletale en neurologische revalidatie wordt toevertrouwd aan een arts in de fysische geneeskunde en revalidatie.

2. Bedoelde arts onder punt 1 moet, indien nodig, op elk moment kunnen rekenen op de samenwerking van de bij de behandeling betrokken artsen en revalidatieartsen of bij ontstentenis hiervan, op die van een algemeen ziekenhuis waarmee een functionele binding bestaat.

3. Elke verpleegeenheid dient te beschikken over een hoofdverpleegkundige met een bijzondere ervaring in de revalidatie. Die wordt bijgestaan door voldoende verpleegkundig en verzorgend personeel, eveneens met een bijzondere ervaring in de revalidatie, zoals bedoeld in punt 4 hierna.

4. Per 30 bedden moet de basisbestaffing van de verpleegeenheid, naast één hoofdverpleegkundige, ten minste beschikken over:

- 8 VTE verpleegkundigen, waarvan ten minste 5 verpleegkundigen met een bachelordiploma;
- 6 VTE met een minimale kwalificatie zorgkundige om de ADL-noden van de revalidanten te verzorgen.

Afhankelijk van de patiëntencasemix, de activiteiten en de complexiteit van de revalidatiezorgnoden in de zorgprogramma's en de gespecialiseerde zorgprogramma's zullen er bijkomende personeelseffectieven moeten worden ingezet. Hiervoor wordt een hogere omkadering voorzien en gefinancierd.

5. De verpleegkundige permanentie moet worden verzekerd per verpleegeenheid.

6. De R-verpleegeenheid moet een beroep kunnen doen op kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten, maatschappelijk assistenten of sociale werkers en psychologen/orthopedagogen uit de zorgprogramma's revalidatie. Hun totale aantal hangt af van het aantal bedden in de dienst en de activiteiten in het zorgprogramma voor revalidatie. De therapeutische bestaffing dient in overeenstemming te zijn met de normen van het van toepassing zijnde zorgprogramma of gespecialiseerd zorgprogramma en is afhankelijk van de zorgbehoefte en PCS.

7. Om de kwaliteit van de zorgverlening maximaal te waarborgen dient wekelijks teamoverleg te worden gepleegd waarbij per patiënt wordt nagegaan in hoeverre de therapeutische en relationele hulp op een geïntegreerde wijze verliep.

BIJLAGE 3

ONTWERP VAN BESLUIT VAN DE VLAAMSE REGERING HOUDENDE VASTSTELLING VAN DE NORMEN WAARAAN DE FUNCTIE EN HET (GESPECIALISEERDE) ZORGPROGRAMMA VOOR DE MUSCULOSKELETALE EN NEUROLOGISCHE REVALIDATIE MOET VOLDOEN OM EEN ERKEND AMBULANT REVALIDATIE-AANBOD TE BEKOMEN

HOOFDSTUK I - AARD EN INHOUD VAN DE ZORG

Art. 1

De functie en het (gespecialiseerde) zorgprogramma voor de musculoskeletale en neurologische revalidatie zijn gericht op de revalidanten die nood hebben aan curatieve zorg en een aangepaste behandeling en revalidatie binnen een optimaal traject.

Art. 2

Het globaal revalidatieaanbod omvat:

1. Een verpleegeenheid (kenletter R) zoals bedoeld in de bijlage in het BVR van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en de diensten moeten worden nageleefd;
2. Een revalidatieconsultatie;
3. Een ambulante revalidatie;
4. Een dagrevalidatie;
5. Een liaisonfunctie en outreach.

HOOFDSTUK II – INHOUD VAN HET AMBULANTE REVALIDATIEAANBOD

AFDELING I DE REVALIDATIECONSULTATIE

§ 1. De revalidatieconsultatie wordt uitgevoerd door een arts-specialist FG&R of andere revalidatieartsen. De consultatie is bedoeld om een revalidatieadvies te verstrekken en interventies uit te voeren die geen multidisciplinaire aanpak vereisen.

§ 2. Een multidisciplinaire revalidatieconsultatie wordt uitgevoerd door een arts-specialist FG&R of andere revalidatieartsen, samen met ten minste twee teamleden van de volgende disciplines: kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist, psycholoog, diëtist, maatschappelijk werker, verpleegkundige met specifieke ervaring in de revalidatie. Deze consultatie is bedoeld om een revalidatieadvies te verstrekken en interventies uit te voeren die een multidisciplinaire aanpak vereisen.

§ 3. Indien de consultatie gebeurt op verzoek van de verwijzende arts worden in het kader van de continuïteit van de zorg de bevindingen van de arts-specialist schriftelijk aan deze arts en desgevallend aan de andere door de patiënt aangeduide zorgverleners overgemaakt. Deze bevindingen worden opgenomen in het patiëntendossier en de patiënt wordt geïnformeerd over dit doorgeven van informatie.

AFDELING II DE AMBULANTE REVALIDATIE

Er is de zuivere ambulante revalidatie (één dagdeel) en de dagrevalidatie.

Ambulante revalidatie start op aansturing van de arts-specialist FG&R. De doorverwijzing kan gebeuren vanuit de hospitalisatieafdeling of vanuit de consultatie FG&R op verzoek van een andere verwijzende arts (specialist, huisarts). De ambulante revalidatie heeft als doel het aanbieden van gecoördineerde multidisciplinaire revalidatie, waarbij expertise van de revalidatieafdeling een meerwaarde is t.o.v. therapie in de eerste lijn.

De **opname in de dagrevalidatie** gebeurt op verzoek van de verwijzende arts en na consultatie bij de arts-specialist FG&R en andere revalidatieartsen of artsen werkzaam binnen de revalidatie. De dagrevalidatie heeft als doel om de evaluatie en de revalidatie op multidisciplinaire wijze te organiseren en indien er nog somatische zorg nodig is (wondzorg, infuus...).

HOOFDSTUK III - ORGANISATORISCHE NORMEN VAN DE AMBULANTE REVALIDATIE

1. De revalidatie is wetenschappelijk onderbouwd en wordt onder supervisie uitgevoerd door een arts-specialist FG&R.
2. Bedoelde arts onder punt 1 moet, indien nodig, op elk moment kunnen rekenen op de samenwerking van de bij de behandeling betrokken artsen en revalidatieartsen, of bij ontstentenis hiervan op die van een algemeen ziekenhuis waarmee een functionele binding bestaat.
3. De dagrevalidatie moet beschikken over een verpleegkundige (met organisatorische bevoegdheid) met een bijzondere ervaring in de revalidatie. Ze wordt bijgestaan door voldoende revalidatiepersoneel (verpleging, zorgkundige, kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist, psycholoog, sociale dienst) met een bijzondere ervaring in de revalidatie, zoals bedoeld in punt 4 hierna.
4. De personeelseffectieven zijn afhankelijk van de patiëntencasemix en de activiteiten in de zorgprogramma's en de gespecialiseerde zorgprogramma's.

Ambulante revalidatie door het multidisciplinair team voldoet aan de volgende voorwaarden:

1. Ze is gebaseerd op een voorafgaandelijke multidisciplinaire evaluatie aan de hand van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten die een revalidatiebehoefte aantoont;
2. Voorafgaandelijk aan de revalidatie wordt een individueel revalidatieplan opgesteld dat wordt opgenomen in het patiëntendossier;
3. De revalidatie gebeurt door minstens twee zorgverleners die elk een verschillende discipline vertegenwoordigen;
4. Een wekelijkse teamvergadering om de voortgang van de patiënt te evalueren en om eventueel het individuele revalidatieplan aan te passen;
5. Na de revalidatie wordt een verslag opgesteld waarin de evolutie van de patiënt is beschreven en waarin een opvolgingsplan voor verdere thuiszorg is vevat. Deze documenten worden opgenomen in het patiëntendossier en bezorgd aan de behandelende arts en desgevallend de doorverwijzende arts-specialist en de andere zorgverleners die de patiënt aanduidt. De patiënt wordt geïnformeerd over dit doorgeven van informatie.

HOOFDSTUK IV - ARCHITECTONISCHE NORMEN VAN DE AMBULANTE REVALIDATIE

De ambulante revalidatie vindt plaats in een herkenbare en aanwijsbare entiteit maar kan gemeenschappelijk gebruikt worden met de zorgprogramma's. Deze entiteit omvat minimaal het volgende:

1. Voldoende onderzoekskolken voor medische, verpleegkundige en andere zorgverleners;
2. Een verzorgingslokaal;
3. Een oefenzaal en kolken voor individuele therapie met de revalidatieuitrusting zoals omschreven in het zorgprogramma;
4. Een rustruimte met rustplaatsen: bedden of zetels.

De voor revalidatie benodigde infrastructuur moet toegankelijk zijn voor deze ambulante patiënten. De kolken zijn gemakkelijk toegankelijk, in het bijzonder voor rolstoelen, en zijn aangepast aan het comfort en de veiligheid van de patiënt. In de gangen en doorlopen

worden alle oneffenheden van de vloeren zoals treden, trappen en andere hindernissen geweerd. Slipgevaar moet worden voorkomen. De patiënten moeten in hun verplaatsingen worden geholpen door leuning en handgrepen. Handgrepen zijn eveneens voorzien in de sanitaire lokalen. Er dienen in de gangen voldoende rustmogelijkheden aanwezig te zijn. Alle lokalen zijn uitgerust met een doeltreffend oproepingsstelsel. Vervoer voor ambulante revalidanten dient voorzien/geregeld te worden.

HOOFDSTUK V - FUNCTIONELE NORMEN VAN DE AMBULANTE REVALIDATIE

1. De ambulante revalidatieruimten moeten over de nodige uitrusting beschikken voor de toepassing van de revalidatiehandelingen. Voor de toepassing van therapieën zoals ergotherapie, kinesitherapie, psychologie, diëtik, logopedie en voor gesprekken met de sociale dienst moet in de nodige en aan de pathologie aangepaste uitrusting worden voorzien volgens de normen in het zorgprogramma revalidatie.

2. Voor elke patiënt zal van bij de eerste behandeling een gedetailleerd (elektronisch) patiëntendossier worden aangelegd dat de volgende elementen bevat:

- De noodzakelijke multidisciplinaire gegevens (met minimaal de medische, verpleegkundige, kinesitherapeutische en ergotherapeutische gegevens). Dit is een eerste opstap naar een volledig multidisciplinair dossier (uitgebreid met o.a. psychologische en sociale gegevens);
- Een revalidatieplan met een revalidatiebilan en revalidatieprogramma waarin de doelstellingen/evaluatiecriteria op korte en lange termijn zijn opgenomen. Opvolgnota's, documentatie over educatie, evaluatie van de revalidatiedoelstellingen en revalidatieresultaten en de ontslagbrief en/of verwijsbrieven.

3. Het kwaliteitshandboek is beschikbaar.

Lijst van afkortingen

AC	Acute Care
ADL	Activiteiten van het Dagelijks Leven
CAP	Clinical Assessment Protocols
CMH	Community Mental Health
DICA	Dutch Institute of Clinical Auditing
FGR	Dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie
FIM	Functional Independence Measurements
GTB	Gespecialiseerde Trajectbegeleiding
HC	Home Care
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability & Health
ICHOM	International Consortium for Healthcare Outcome Measurements
ICSO-R	International Classification of Service Organisation in Rehabilitation
InterRai	International Residence Assessment Instrument
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
LTCF	Long Term Care Facilities
P4P	Pay for Performance
PAC	Post-acute Care
PCS	Patiënten Classificatie Systeem
PES	Patiënten Evaluatie Systeem
RUG	Resource Utilisation Groups
UEMS	European Union of Medical Specialists
VSB	Vlaamse Sociale Bescherming
WHO	World Health Organization

Leden Stuurgroep Revalidatie Zorgnet-Icuro

Nico Andries	Rudy Poedts
Joost Baert	Jaak Roosens
Sofie Blancquaert	Mario Schurgers
Donald Bobbaers	Dominique Slock
Erwin Bormans	Geert Smits
Vera Capkova	Joyce Steenberghe
Karolien Casier	Philippe Valepyn
Bernard Ceriez	Erwig Van Buggenhout
Guido Claes	Ludo Van Kets
Toon Claes	Tom David Van Meel
Bert Cleuren	Katrien Van Rie
Liesbeth Crommen	Lieve Van Tittelboom
Bernard Dan	Kris Vandenecker
Griet De Brabanter	Catharine Vander Linden
Jan De Neve	Marc Vanderbeeken
Hilde De Nutte	An Vanderjeught
Dirk De Ridder	Omer Vanhaute
Patrick De Wit	Marc Vanmeenen
Annick Debuyscher	Isabelle Vanneuville
Danny Decoo	Ingrid Vanholme
Dirk Defrancq	Nancy Vansteenkiste
Lutgart Dereymaeker	
Niko Dierickx	
Bjorn Ghillemin	
Catherine Gorris	
Stefaan Gouwy	
Jan Gyselen	
Griet Gysemberg	
Stijn Gysenbergs	
Bernard Himpens	
Liesbet Huyghebaert	
Nele Kerkhof	
Carlotta Kiekens	
Hervé Lebbinck	
Pieterjan Leupe	
Patrick Linden	
Tine Logghe	
Jo Marcelis	
Dirk Mergeay	
Tom Meurrens	
Dominique Meurs	
Sabrina Meyfroidt	
Patrick Nieulandt	
Ingrid Nolis	
Peter Osten	
Petra Pauwels	
Greet Peeters	
Eveline Petitjean	
Hugo Pietermans	
Karen Pieters	

Zorgnet-Icuro
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

www.zorgneticuro.be
post@zorgneticuro.be

