

**Bijlage 1: voor een goed begrip van revalidatie en de verschillen tussen stoornis, beperking en handicap (voetnoot 9 van de conceptnota Vlaamse revalidatie)**

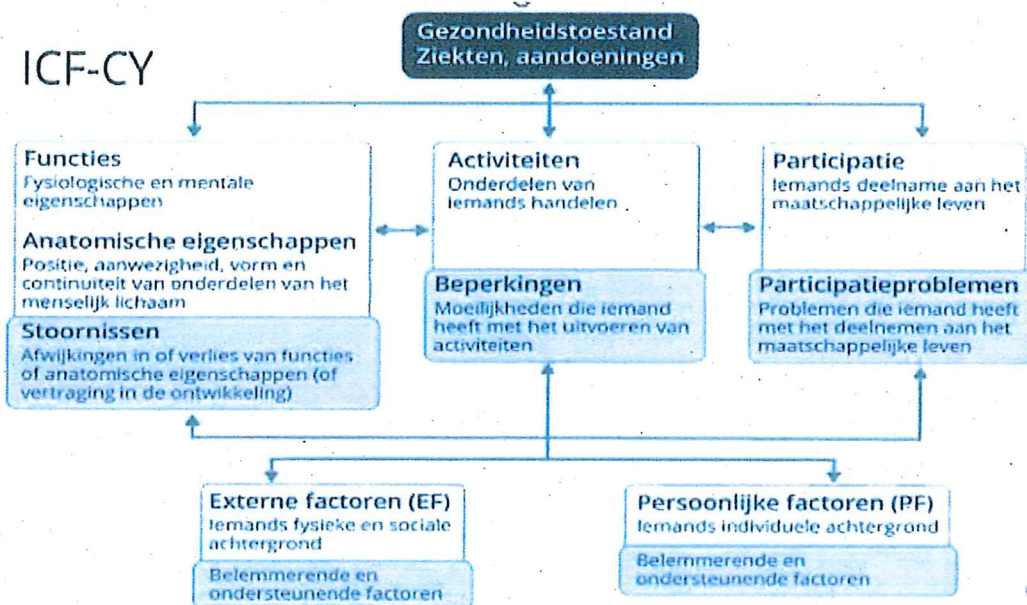
De historiek van de revalidatie en van zijn verschijningsvorm hangt nauw samen met de maatschappelijke visies op beperking en integratie. Daarom heeft de definitie van het begrip revalidatie doorheen haar jonge geschiedenis een hele evolutie ondergaan.

Voor revalidatie bestaat niet één of dé definitie. De meest enge benadering volgt de letterlijke betekenis van revalidatie 'opnieuw zijn waarde krijgen'. Revalidatie start op een verminderd functioneringsniveau en door actieve participatie van de revalidant behaalt hij een hoger functioneringsniveau dan dat men zou verwachten volgens natuurlijke evolutie van de aandoening.

Meteen zijn er een aantal vragen die deze simpele beschrijving toch minder logisch maken. Wanneer heb je een verminderd functioneringsniveau? Wat is dan dat hoger niveau? Hoe zou de spontane evolutie geweest zijn van de aandoening zonder actieve inspanning van de persoon in kwestie? Wat zou de evolutie geweest zijn zonder verdere invloed van de aandoening? Bovendien is niet alles meetbaar in cijfertjes: weten is meer dan enkel meten!

In verschillende gangbare definities vinden we o.a. deze kernwoorden terug: niet- of post-acute zorg, multidisciplinaire benadering, doelgericht, optimaal herstellend of behoud van autonomie. De verschillende doelgroepen van potentiële revalidanten zijn bijzonder uiteenlopend. Maar in elke definitie inzake revalidatie komt het element 'beperkt tijdspectief' voor.

Om de term revalidatie goed te begrijpen is de finaliteit, het doel ook belangrijk m.a.w. wat men wil herstellen? In deze context maken we het onderscheid tussen het letsel, de ongeschiktheid (ook wel onbekwaamheid of beperking genoemd) en de handicap of het participatieprobleem. In de internationale literatuur vinden we hiervan reeds in 1979 goede definities zoals in 'the international classification of impairments, disabilities and handicaps' een referentie werk. (WHA World Health Assembly May 1979). We kiezen voor de holistische benadering van de WHO en hanteren deze definitie net omdat zij rekening houdt met deze drie finaliteiten.



De Nederlandse vertaling van het Nederlands WHO-FIC-collaborating Centre van 2001 hanteert duidelijke vertalingen van deze definities en finaliteiten en komt tot het ICF model (zie bovenstaande figuur)

Het menselijk functioneren wordt gezien in het licht van een wisselwerking, een complexe relatie tussen een aandoening of ziekte enerzijds, en de externe en persoonlijke factoren anderzijds. De wisselwerking tussen al deze aspecten heeft een dynamisch karakter, interventies op één aspect of factor kunnen in beginsel veranderingen teweegbrengen in andere daaraan gerelateerde aspecten of factoren. De interacties zijn specifiek en staan niet in een voorspelbare één-op-één relatie tot elkaar. De interactie vindt plaats in beide richtingen; de aanwezigheid van functioneringsproblemen kan van invloed zijn op een aandoening of ziekte. Vaak lijkt het redelijk een beperking te veronderstellen op grond van één of meer stoornissen, of een participatieprobleem op grond van één of meer beperkingen. (zie ook gele pijlen in figuur 1 van de conceptnota)

Het is echter van belang de gegevens betreffende deze constructen, onafhankelijk van elkaar te verzamelen en vervolgens mogelijke relaties en causale verbanden te onderzoeken. Voor een volledige beschrijving van het functioneren zijn alle componenten van belang.

Zo kan iemand een stoornissen hebben zonder dat hij/zij beperkingen heeft (bijvoorbeeld een aangeboren misvorming brengt niet altijd concrete beperkingen met zich mee); beperkingen en participatieproblemen hebben zonder dat er sprake is van stoornissen (bijvoorbeeld de verminderde uitvoering van dagelijkse activiteiten, problemen hebben in de participatie zonder stoornissen of beperkingen (bijvoorbeeld: een herstelde ex-psychiatrische patiënt die gediscrimineerd wordt), beperkingen hebben zonder problemen in de participatie (bijvoorbeeld iemand met beperkingen in de mobiliteit kan door de samenleving voorzien zijn van een andere wijze om zich te verplaatsen en dus participeren in de samenleving), een zekere mate van achteruitgang in functioneren ervaren (bijvoorbeeld door het niet gebruiken van ledematen kan spieratrofie ontstaan; hospitalisering kan resulteren in verlies van sociale vaardigheden).

Om deze redenen zie je in figuur 1 van de conceptnota gele pijlen staan.

In het verleden is deze holistische definitie van de WHO niet altijd gehanteerd als vertrekpunt door de sector. In oktober 2004 is er een ruime studie gepubliceerd met vertegenwoordigers van de volledige Belgische revalidatiesector waarbij de volgende definitie werd weerhouden:

*'De revalidatie omvat de gecoördineerde multidisciplinaire activiteiten welke gericht zijn op het bevorderen van activiteiten en participaties bij personen met functiebeperkingen en dit met inachtnaam van de hierbij relevante externe en persoonlijke factoren'<sup>1</sup>.*

In de publicatie van Zorgnet-Icuro 2016 'musculoskeletale en neurologische revalidatiegeneeskunde in Vlaanderen' gaat men uit van de volgende definitie geïnspireerd op het rapport 57 van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en de definitie van de European Union of medical specialists (UEMS): '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 beperking, 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.

In bijlage 4 vind je een lijst van referentie teksten ivm revalidatie.

---

<sup>1</sup> 3juni 2004 audit revalidatiesector : r1zlv-Inami Dienst geneeskundige verzorging- Service des Soins de Santé

**Bijlage 2: duiding in verband met Persoonsvolgende financiering (voetnoot 23 conceptnota Vlaamse revalidatie)**

**Voor de wijze waarop de PersoonsVolgendeFinanciering (PVF) onder vorm van Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) van toepassing zal zijn in de Vlaamse revalidatie verwijzen we naar de conceptnota. Hierna worden vooral de verschillende vormen van PVF geduid.**

Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) is een volksverzekering. Het is de solidariteit die we organiseren voor mensen die veel zorg nodig hebben. Iedereen die bijdraagt, geniet automatisch ook van zorg en ondersteuning zodra dat nodig is. De VSB is gericht op een betere samenwerking, door ontschotting en door te werken vanuit één gedeelde visie en één concept: de vermaatschappelijking en de cirkels van de zorg, met de burger als regisseur van zijn eigen zorg en met zorg gericht op participatie en levenskwaliteit. Vlaanderen organiseert hiermee een nieuwe laag van sociale bescherming voor de Vlamingen.

De doelstellingen van VSB zijn de zorgbehoefte te meten met één uniek systeem van inschaling namelijk de BelRAI modules. Hierdoor volstaat een éénmalige inschaling om de zorgbehoefte in kaart te brengen en toegang te krijgen tot een zorgaanbod. Door deze uniforme inschaling kan de zorgvrager ook eenvoudig switchen van verschillende vormen van zorgaanbod. VSB vertrekt vanuit het principe van persoonsvolgende financiering, gekoppeld aan de zorgwaarde van een individu maar het is duidelijk verschillend van de persoonsgerichte financiering voor de personen met een handicap (die reeds in voege is). De persoonsvolgende financiering in de Vlaamse revalidatie zal onder vorm van zorgtickets (trekkingsrecht) zijn terwijl in de gehandicaptenzorg het gaat over persoonsvolgende budgetten die zowel in cash als voucher kunnen aangewend worden. De huidige financiering van de revalidatieovereenkomsten, van de nomenclatuur, kortom alle financiering van het RIZIV is persoonsgericht, met uitzondering van de 12den van het BFM van de ziekenhuizen. Zij is tevens gebonden aan een trekkingsrecht voor de nomenclatuur nl. de verzekeraarbaarheid, voor de revalidatieovereenkomst komen hierbij voorwaarden naargelang de doelgroep. De financiering wordt aldus binnen VSB vertaald naar persoonsvolgende financiering en het systeem van zorgtickets.

In regie door de zorgvrager zal in overleg met de zorgaanbieder bepaald worden in welke mate het zorgticket gaat gebruikt worden. Het zorgticket betaalt de zorggebonden kosten (die dus persoonsvolgend zijn). Het zorgticket wordt niet alleen bepaald door de zorgwaarde maar ook door de combinatie met de diagnose en de revalideerbaarheid.

Er is geen beperkte ingangspoort gezien de revalidatievoorzieningen zelf de BelRAI gaan toepassen mits zij voldoen aan de nodige voorwaarden om dit te mogen doen. Hierop zullen controles uitgeoefend worden.

De Vlaamse sociale bescherming omvat: de persoonsvolgende zorggebonden financiering en de organisatiegebonden financiering (zie punt 4.3)). Voor die laatste zullen outcome parameters die inzetten op kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie van de verleende zorg toegepast worden.

PVF voor personen met een handicap	PVF voor personen met een behoefte aan Vlaamse revalidatie
Cash in principe vrij besteedbaar maar met verantwoording kosten	Zorgticket enkel besteedbaar aan erkende revalidatievoorzieningen (trekkingsrecht)
Keuze van voucher mogelijk	Enkel zorgticket
Mogelijkheid tot contractuele indienstname mantelzorger	Geen contractuele indienstname
Uitgebreide inschaling zorgzwaarte	BelRAI modules voor indicatiestelling
Gesloten budget en georganiseerd systeem van prioritisering	Maximale capaciteit van centra, prioritisering door centra, geen centraal systeem van toewijzing
Geen programmatie zorgaanbod	Programmatie van revalidatieaanbod
Geen beperkte ingangspoort	Indicatiestelling kan door elke voorziening

verschil PVF voor personen met een handicap en voor personen met een behoefte aan Vlaamse revalidatie

### **Bijlage 3 : indicatieve tijdslijn voor implementatie van BelRAI in verband met Vlaamse revalidatie vanaf 1/1/2019.**

Om uiteindelijk de volledige implementatie te bereiken zal elk deel van revalidatie dat aanleiding geeft tot een module BelRAI de volgende drie periodes moeten doorlopen. Echter zal de doorlooptijd voor verschillende modules niet dezelfde zijn. Het proces verloopt asynchrone. De duurtijd vermeld bij elke periode, is de maximale duurtijd nodig om alle modules deze periode te laten doorlopen.

De omschakeling naar VSB wordt voorzien na 3 jaar vanaf 1/1/2019 maar staat los van de gefinaliseerde implementatie van BelRAI. De omschakeling naar VSB is wel voor alle revalidatievoorzieningen op hetzelfde moment.

**eerste periode 2 jaar : wetenschappelijk onderzoek tot verwerven van de nodige bouwstenen.**

*1<sup>e</sup> In kaart brengen van de revalidatiebehoefte en gebruik: Een verkennend onderzoek naar de behoefte en gebruik van het aanbod in Vlaamse revalidatieconventies zal medio 2019 worden afgerond voor een beperkte deel. Een gelijkaardig onderzoek zal nodig zijn om de andere delen ook in kaart te brengen.*

*2<sup>e</sup> evaluatie van het InterRAI aanbod voor revalidatie en ontwikkeling van een eigen instrument: een eerste onderzoek richt zich naar volwassenen met voornamelijk locomotorische en cognitieve revalidatienood, verder onderzoek voor de andere doelgroepen is nodig. Het eerste onderzoek toont aan dat er geen passende modules zijn in de interRAI voor de Vlaamse revalidatie. Een eerste poging tot ontwikkelen van een eigen instrument is lopend. Verder onderzoek is nodig om de toepasbaarheid te onderzoeken en mogelijks o.a via het ontwikkelen van een revalidatiescreener.*

*3<sup>e</sup> het vertalen en onderzoeken van de toepasbaarheid van de interRAI instrumenten voor revalidatie GGZ. Verder onderzoek is hiervoor nodig om de toepasbaarheid te evalueren.*

*4<sup>e</sup> bijkomend ontwikkelen van modules en onderzoeken van de toepasbaarheid van deze is nodig voor de Vlaamse revalidatie: sociale module, module minderjarige, module verslavingszorg, module forensische zorg,*

*5<sup>e</sup> via een wetenschappelijke gevalideerde methode de verschillende modules op elkaar afstemmen en de houdbaarheidsdatum van een BelRAI score bepalen.*

**Tweede periode 2 jaar: gebruik van BelRAI als zorgplanner**

*Eens het BelRAI instrument er is, dient de vertaling te gebeuren naar zorgplanning. Hiervoor is verder onderzoek nodig, proefprojecten en pilootprojecten kunnen hierbij helpen. Er moeten CAP's ontwikkeld worden. Wetenschappelijk onderzoek is nodig om te evalueren of het instrument voldoende de zorgbehoefte in kaart brengt en deze voldoende kwaliteitsvol monitort waardoor ook de opvolging van de progressie van de revalidant in kaart wordt gebracht. Eens een bepaalde module op kruissnelheid gebruikt wordt kan overstapt worden naar de derde periode.*

*In deze periode zal ook wetenschappelijk onderzocht worden hoe de combinatie tussen BelRAI score, diagnose en revalideerbaarheid de uiteindelijk revalidatiebehoefte kan bepalen.*

### **Derde periode 2 à 4 jaar: koppeling van de BelRAI aan financiering**

*Eens het BelRAI instrument door alle betrokken voorzieningen als zorgplanner gebruikt wordt, kan men verder via wetenschappelijk onderzoek de RUG's (resource utilisation groups) bepalen. Ook hier zijn proefprojecten en pilootprojecten op hun plaats. Aan de hand van RUG's kunnen revalidanten ingedeeld worden in zorgcategorieën volgens hun zorgwaarde die overeenstemt met een zorgverbruik (dienstverlening in aantal minuten of sessies- revalidatieverstrekkingen) en de nodige middelen hiervoor. De revalidatiebehoefte wordt op deze wijze vertaald naar een zorgticket.*

*Na het bepalen van de RUG's is het nodig om vergelijkende studies te doen wat koppeling van financiële middelen. De financiering volgens het huidige forfaitsysteem zal moeten vergeleken worden met de financiering volgens BelRAI en correcties zullen nodig zijn om een correcte financiering te hebben van de zorg. De beide financieringsprincipes zullen voor een periode van minstens 1 jaar worden toegepast alvorens de definitieve overgang naar BelRAI financiering wordt uitgevoerd.*

## **Bijlage 4 : referentieteksten ivm de conceptnota Vlaamse revalidatie**

Auditrapport RIZIV juni 2004 : revalidatie

Closon MC, Habimana L, Laokri S. Analyse des spécificités des services de réadaptation en Belgique. Rapport de recherche CIES-SESA UCL pour le Service Public Fédéral de la Santé Publique, mai 2005.

The Ministerial Working Group (Prof. Heilporn): "Network Of Musculoskeletal And Neurological Rehabilitation. Report in 2007.

Organisatie en Financiering van Musculoskeletale en Neurologische Revalidatie in België. KCE Reports 57A(2007)<https://kce.fgov.be/nl/organisatie-en-financiering-van-musculoskeletale-en-neurologische-revalidatie-in-belgi%C3%AB>

Ontwerp zorgprogramma 'Musculoskeletale en neurologische revalidatie'. Zorgnet, 7 maart 2012. <https://www.zorgnet.be/publicaties/ontwerp-zorgprogramma-musculoskeletale-en-neurologische-revalidatie>

Musculoskeletale en neurologische revalidatiegeneeskunde in Vlaanderen Ontwerp van normen voor de functie, het zorgprogramma en het gespecialiseerde zorgprogramma. Zorgnet 2016. <https://www.zorgnet.be/sites/default/files/Cahier%20Revalidatiegeneeskunde%20def.pdf>

Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) and Optional Protocol. United Nations 2006. Available from: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf> (last visited 1 February 2019)

World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Declaration of Astana. World Health Organization 2018. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

WHO 'Rehabilitation 2030: a call for action'. (febr 2017)

<https://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>

Sustainable Development Goals (SDG goal) 3: "good health and well-being". Het is een oproep tot gecoördineerde en geconcentreerde globale activiteit om revalidatie diensten en voorzieningen te versterken in de gezondheidszorg, gebaseerd op de 'Global Burden of Disease Study 2013' <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>

White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 8. The PRM specialty in the healthcare system and society. European journal of physical and rehabilitation medicine. 2018; 54(2):261-278. PubMed [journal] PMID: 29565109

**Bijlage 5: afkortingen gebruikt in de conceptnota Vlaamse revalidatie.**

**AAID:** American Association of Intellectual and Developmental disabilities

**ADHD:** attention deficit hyperactivity disorder

**ASS:** autisme spectrumstoornis

**BelRAI:** Belgische zorgzwaarte schaal gebaseerd op de principes van de interRAI, international Residential Assessment Instruments

**BFM:** budget financiële middelen: gedeelte van de ligdagprijs dat uitbetaald wordt door de verzekeringsinstellingen in twaalf delen.

**BRZ:** Budget revalidatieziekenhuizen, hervormd BFM voor de revalidatieziekenhuizen

**CAR:** centrum voor ambulante revalidatie

**CP:** cerebral palsy, hersenverlamming

**europASI:** European Addiction Severity Index

**G- bedden:** bedden voor geriatrische patiënten

**GGZ-revalidatie:** de revalidatie zich voornamelijk toelegt op de cognitieve, psychologische en psychosociale revalidatie ook wel geestelijk gezondheidszorgrevalidatie of GGZ-revalidatie genoemd

**ICF:** international classification of functioning, disability and health

**KJ:** kinderen en jongeren teams

**LUCAS:** het interdisciplinair kenniscentrum van de KU Leuven op het gebied van zorg en welzijn. Wij realiseren drie opdrachten: onderzoek, vorming en consultancy.

**Msoc:** medico-sociaal opvangcentrum: laagdrempelige centra voor ambulante zorg voor verslavingsproblematiek met oa sociale hulp en medicatie

**OCD:** obsessief compulsief disease

**PVF:** persoonsvolgende financiering

**Riziv:** Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering

**Sp-bedden:** bedden voor de Specialiseerde zorg

**VAPH:** Vlaams agentschap voor personen met een handicap

**VIKZ:** Vlaams Instituut voor kwaliteit van Zorg



**Bijlage 6: beknopt inhoudelijk overzicht van de Vlaamse revalidatieovereenkomsten**

Nummer centrum	Aantal centra in Vlaanderen	indeling	Revalidatieovereenkomsten
7.71	3	fysiek	<b>Neuro locomotorische stoornissen</b> Voornamelijk cognitieve revalidatie van personen met een hersenletsel zoals bv multiplesclerose, Niet-Aangeboren-Hersenaandoeningen, twee centra gevestigd in een revalidatieziekenhuis, één centrum ambulante
7.72	13	psy	<b>Volwassen psychiatrische patiënten</b> Psychosociale revalidatie in dagverblijf van personen met een psychiatrisch verleden die reeds een revalidatietraject hebben door lopen, gestabiliseerd zijn maar de intergratie in de maatschappij is nog de ontbrekende schakel, ontstaan uit artikel 107
7.73	13	psy	<b>Centra voor verslaafdenzorg</b> Een verschillend aanbod voor verslaafden in 13 centra zowel residentieel (acuut detox en langdurig residentieel) aanbod, dagbehandeling als msoc waar oa medicatie en ambulante laagdrempelige psychosociale ondersteuning wordt geboden
7.74.5	2	psy	<b>Stoornissen van de interactie ouders/kind</b> Binnen de muren van een psychiatrisch ziekenhuis, een apart afdeling voor opname van moeders met kind, tevens outreach werking waar de equipe op verplaatsing gaat bij de revalidant
7.74	3	psy	<b>Psychiatrische stoornissen kinderen</b> Drie verschillende centra voor kinderen met autisme, één residentieel (De Dauw), één dagcentrum ('t Appelboompje), één halve dagen revalidatie (COT)
7.74.6	4	psy	<b>Referentiecentra - autisme</b> Centra gevestigd in universitaire ziekenhuizen, derde lijnscentra voor diagnose en op puntstelling van behandelplannen.
9.53 - 9.65	50	psy	<b>Centra voor ambulante Revalidatie</b> Amubante multidisciplinaire centra die 14 verschillende doelgroepen kunnen behandelen vooral kinderen : NAH, mentale retardatie, cerebral palsy, adhd, autismspectrumstoornis, leerstoornissen, gehoorsstoornissen
9.69	4	fysiek	<b>Ernstige visuele stoornissen</b> Drie centre gevestigde in universitaire ziekenhuis, beter gekend onder low vision centrum, één gevestigd in ambulante centrum
7.76.5	1	fysiek	<b>Kinderen met respiratoire aandoeningen neurologische aandoeningen Pulderbos</b> , residentieel centrum met ook een ambulante module
7.90	73	Geen reva	<b>Rolstoel Advies Teams</b> Multidisciplinaire teams die een rolstoeladvies rapport mogen afleveren, voornamelijk gevestigd in algemene ziekenhuizen
7.74	2	psy	<b>Ernstig autisme, outreach + hospitalisatie : GAUZZ</b> Twee centra in één revalidatieovereenkomst, één centrum in Kortenberg (kinderen), één centrum in Mortsel (volwassenen)
7.76.7	2	Geen reva	<b>Respijtzorg</b> : tijdelijke opvang voor kinderen met nood aan multidisciplinaire zorg, om de mantelzorgers te ontlasten, één in het vakantiecentrum aan zee, één in de tuin van Pulderbos

--	--	--	--