

**DIRECTORAAT- GENERAAL ORGANISATIE
VAN DE GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN**

**NATIONALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**

Afdeling “Programmatie en Erkenning”

Réf. : NRZV/D/426-1(*)

Advies met betrekking tot de programmatie van Sp -bedden

Namens de Voorzitter,
Dhr Peter Degadt

De Secretaris
C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 16 mei 2013

Preambule

Onderhavig advies werd uitgewerkt in antwoord op de vraag geformuleerd op 24 november 2006 door Minister Demotte:

« Het Belgisch Staatsblad van 19 oktober 1993 publiceerde het KB van 12 oktober 1993 inzake de programmatie van Sp- bedden.

Het programmatiecijfer voor de Sp- bedden bedraagt 0,52 per duizend inwoners.

Deze programmatie van een nieuwe kenletter paste in het kader van de reconversie van de V- bedden. Ze werd nooit geëvalueerd.

Gelet op de steeds kortere ligduur, zou ik willen dat uw raad een advies formuleert over de opportuniteit van een aanpassing van deze programmatie.»

De werkgroep heeft gedurende enkele vergaderingen, 10 mei 2012, 21 juni 2012, 12 juli 2012, 13 september 2012, 11 oktober 2012 en tot slot op 14 maart 2013, gewerkt aan een derde deeladvies over de programmatie en erkenning van Sp-bedden.

1. Inleiding

Voor 1987 gebeurde de revalidatie in de R-, S- en V- diensten.

In 1987 worden de- R bedden geschrapt op basis van het principe dat stelt dat de revalidatie diende te gebeuren in de diensten: geneeskunde, heelkunde, pediatrie, geriatrie, enz. Deze theoretisch gegronde optie botste echter met de onomkeerbare tendens om de ligduur te beperken, wat een verlengd verblijf in de acute diensten bemoeilijkte. In 1993 wordt beslist om S- en V- bedden te reconverteren in bedden met kenletter Sp om **revalidatie van beperkte duur** te onderscheiden van residentiële zorg.

De ziekenhuisdiensten met kenletter **Sp werden opgericht in 1993** (KB van 12-10-1993).

De specifieke normen voor de afdelingen Sp – psychogeriatrische aandoeningen werden bepaald door het KB van 13-11-1995, deze van de afdelingen Sp – palliatieve zorg door het KB van 15-07-1997 en deze van de afdelingen Sp – cardiopulmonaire aandoeningen, Sp – neurologische aandoeningen, Sp - locomotorische aandoeningen, Sp – chronische aandoeningen door het KB van 10-08-1998.

De Sp- ziekenhuisdiensten bekleden een specifieke plaats in de organisatie van de gezondheidszorg in België en zijn gespecialiseerd in de behandeling en de revalidatie van patiënten met cardiopulmonaire, neurologische, locomotorische, psychogeriatrische en chronische aandoeningen. Deze diensten passen zowel in het kader van de **verlenging van de acute diensten** (continuïteit van de acute hospitalisatie) als van de **actieve en multidisciplinaire revalidatie** en liggen in de lijn van de directe behandeling van patiënten met verschillende **specifieke pathologieën** (multiple sclerose, chorea of ziekte van Huntington, comapatiënten, psychogeriatrische aandoeningen, chronische pulmonaire aandoeningen, ...).

De Sp- dienst kan bovendien ook bestemd zijn voor patiënten die lijden aan een ongeneeslijke ziekte en die zich in een terminale fase bevinden die **palliatieve zorg** vereist (Sp palliatieve zorg)

Patiënten die worden opgevangen in afdelingen met kenletter Sp zijn medisch gestabiliseerd doch vereisen hetzij nog verdere medische oppuntstelling, hetzij medische opvolging of constante zorg. Deze ziekenhuisdiensten zijn echter geen diensten met een lange ligduur. In de Sp diensten wordt er effectief gewerkt aan een actieve en multidisciplinaire revalidatie.

De configuratie van de Sp- diensten kan **zeer heterogeen** zijn, zowel wat betreft de omvang, de bestemming als de oorsprong of de geschiedenis ervan. In het Belgisch ziekenhuislandschap treffen we Sp- diensten aan die geïntegreerd zijn in een « acuut » algemeen ziekenhuis, afzonderlijke Sp- diensten (al dan niet in combinatie met G- bedden) en Sp- diensten die gekoppeld zijn aan een RVT.

Gelet enerzijds op de toename van de vraag naar revalidatieopvang en anderzijds op de vaststelling dat C- en D- bedden onderbezet waren, werd aan de algemene ziekenhuizen de mogelijkheid geboden om acute bedden te converteren in Sp- bedden. De vraag vanwege de acute ziekenhuizen om Sp- bedden te mogen oprichten is deels gegrond door de wens om te beschikken over bedden waar het mogelijk is patiënten te behandelen die het ziekenhuis niet kunnen verlaten maar bij wie het verblijf in een acuut bed de drempel van het aantal gerechtvaardigde dagen heeft bereikt. De motivering voor deze reconversies is te kunnen beschikken over opvangbedden en een snelle doorverwijzing van de patiënt naar een Sp- dienst mogelijk te maken om de gemiddelde ligduur te verkorten.

Deze operatie was financieel meer gerechtvaardigd dan deze van de Sp- bedden ontstaan uit V- of S- bedden, daar het budget (BFM) van dit nieuwe Sp- bed duidelijk hoger lag.

De bedden voor palliatieve zorg en de bedden voor psychogeriatrische zorg (PZ, AZ) vallen buiten het bestek van dit advies. De werkgroep benadrukt de belangrijke en specifieke rol die deze bedden innemen in het ziekenhuislandschap in twee vorige adviezen. We verwijzen graag naar deze twee vorige deeladviezen van de NRZV.

In een eerste deeladvies adviseerde de NRZV om de Sp-palliatieve bedden uit de programmatie van de Sp-bedden te halen (0,52 bedden per 1000 inwoners) en de NRZV verbond er zich toe om de programmatie van de palliatieve bedden te onderzoeken zodat elk ziekenhuis die het wenst de mogelijkheid heeft om patiënten op te nemen in palliatieve bedden.

In een tweede deeladvies formuleert de NRZV dat de Sp-bedden psychogeriatricie een eigen programmatienorm hebben welke (0,23 bedden per 1000 inwoners) nog niet opgebruikt is (zie bijlage voor de twee deeladviezen).

2. Erkende bedden en programmatie

TABEL 1	Brussel	Vlaanderen	Wallonië	TOTAAL
<u>Psychiatrisch ziekenhuis</u>				
Sp-psychogeriatricie	0	463	171	634
<u>Algemeen Ziekenhuis</u>				
S1 Sp cardio-pulmonair	80	213	164	457
S2 locomotorisch	350	1541	746	2637
S3 neurologisch	187	777	477	1441
S4 palliatief	54	209	116	379
S5 chronisch	114	381	263	758
S6 psychogeriatricie	125	314	281	720
Totaal AZ	910	3435	2047	6373
TOTAAL AZ+ PZ	910	3898	2218	7007

Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu – Directoraat-generaal Organisatie van de gezondheidszorgvoorzieningen – Dienst datamanagement

In september 2012 telde ons land 7007 bedden (zie bijlage 1: aantal bedden per kenletter en per gewest met aantal geprogrammeerde bedden). Deze bedden zijn verspreid over de

algemene ziekenhuizen 6373 bedden) en de psychiatrische ziekenhuizen (enkel Sp- bedden psychogeriatrische aandoeningen: 634 bedden).

Onderstaande tabel toont aan dat, met uitzondering van Brussel, de programmatie niet is ingevuld, ongeacht het type Sp- bedden. De programmatie is ingevuld voor het Brussels gewest voor wat betreft de niet psychogeriatrische Sp- bedden.

TABEL 2	Vlaanderen Erkende bedden	Brussel Erkende bedden	Wallonië Erkende bedden	Totaal erkende bedden	Programmatie
AZ (0,52/1000)					
Sp (excl. S6, incl S4)	3121	785	1766	5672	5729
Sp (excl. S4 en S6)	2912	731	1650	5293	5729
PZ (0,23/1000)					
Sp psychogeriatric	777		452	1354	2534
Bevolking	6.344.628	1.130.301	3.542.379		11.017.308

Waarnemingen bevolking per gewest op 1/1/2012 Bron Federaal Planbureau – Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie
Laatst gewijzigd op 08/03/2012

De vaststelling van een ontoereikend zorgaanbod moet worden geobjectiveerd met medewerking van onder meer het KCE en de universiteiten. Enkel deze objectivering zal kunnen leiden tot een omschrijving van de gedekte en niet gedekte zorgbehoeften (voor de patiëntenpopulaties bedoeld in volgend punt). Deze behoeften zullen zowel kwalitatief (vereiste zorgtype) als kwantitatief moeten omschreven worden.

Een bekommernis die er ook leeft is dat performante ziekenhuizen (meer verantwoorde bedden dan erkende bedden) ook nood hebben bijkomende opvangmogelijkheden in Sp bedden maar absoluut niet in de mogelijkheid zijn om bedden te reconverteren.

((1)) bedden erkend door de CoCof, de CoCom en de VGC op het grondgebied van Brussel - Hoofdstad

3. Toekomstmodel: Revalidatiebedden en Zorgcontinuïteit

De NRZV stelt een groeiend aantal chronisch zieken met meer co- of multimorbiditeit vast. De stijgende kosten en toenemende zorgvraag vergen een doelmatige aanpak om de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg te kunnen waarborgen. Er bestaat een verbeterde uitwisseling van gegevens door e-health toepassingen tussen het ziekenhuis, de woonzorgcentra en de eerste lijn die een gezamenlijk patiëntendossier mogelijk maken.

Inzetten op meer samenwerking tussen de eerstelijns, de woonzorgvoorzieningen en de ziekenhuizen lijkt dus een logische keuze maar er bestaan in België geen vaste modellen die deze samenwerking onderbouwen.

Vandaag worden de Sp-bedden in de ziekenhuizen (te vaak) gebruikt om ligduur beperking in de acute C,D, G bedden op te vangen. Het financieringsstelsel alsook het tekort aan plaatsen binnen ouderenzorg- en andere voorzieningen en het gebrek

aan mantelzorg werken dit opnamebeleid in de hand.

De oplossing voor dit probleem bestaat uit vier delen:

=> voldoende **revalidatiebedden** (cf onderstaande definitie) in de acute en categorale ziekenhuizen

=> voldoende RVT bedden in de ouderenzorgvoorzieningen voorzien

=> netwerking en samenwerking met doorverwijzing tussen revalidatiediensten onderling onder andere in functie van specialisatie

=> de patiënten die wachten op plaatsing in andere voorzieningen of die om niet-medische redenen nog niet naar huis kunnen, niet langer opnemen in een sp-bed, maar de **capaciteit van alternatieve opvangvormen buiten het ziekenhuis** uitbreiden (mogelijks capaciteitstudie).

De werkgroep NRZV stelt enerzijds de oprichting van revalidatie bedden in de ziekenhuizen en de creatie van voldoende RVT bedden in de ouderenzorg voor.

Revalidatie bedden (R-bedden) in de acute en categorale ziekenhuizen

De werkgroep stelt voor om de volgende categorieën van Sp-bedden: cardio-pulmonaire (S1), locomotorische (S2) en neurologische (S3) om te zetten naar deze R-bedden. R-bedden zijn revalidatiebedden met een intensief karakter met beperkte ligduur in de acute en categorale ziekenhuizen.

We stellen een reconversie voor van 1 Sp-cardiopulmonair-, neurologisch, locomotorisch bed naar 1 revalidatiebed.

De ziekenhuizen met Sp-chronische bedden die hierin zware polypathologie opnemen, krijgen de mogelijkheid om deze bedden via reconversie om te schakelen naar acute en subacute bedden (bv. G-bedden) of naar revalidatiebedden (complexe revalidatienood, met een 1 op 1 reconversie) of naar Sp-psychogeriatric bedden (neuro-degeneratieve en gerontopsychiatrische problematiek).

De huidige reconversieregels laten door desaffectatie ook toe dat acute bedden (C, D, G, E) omgezet worden naar Sp-bedden (KB d.d. 16 juni 1999). Door dit voorstel moeten dit dan ook revalidatiebedden worden.

Doelgroep: patiënten met nood aan medisch toezicht en met een behoefte aan intensieve en multidisciplinaire revalidatie in acute of categorale ziekenhuizen. Het kan hier zowel gaan over revalidatie voor patiënten na een recente acute problematiek als over revalidatie tijdens de revalideerbare fases van de ziekte van chronische patiënten.

De normering van deze revalidatiebedden (ligduur, intensiteit, omkadering, ...) moet verder met experts voorbereid worden. We pleiten in dit kader voor het ontwikkelen van de functie revalidatie en een zorgprogramma voor revalidatie. Bij de omschrijving van de normen dient ook expliciet voorzien te worden in de opvang van zwaardere doelgroepen bv. MS, coma, Huntington patiënten.

RVT-bedden

De gevolgen van de vergrijzing en de chronische zorgen dienen in geëigende en

goed uitgebouwde (alternatieve) opvangvormen opgevangen worden en niet langer in ziekenhuizen.

Het voorstel beoogt een duidelijker onderscheid te maken tussen de acute complexe specialistische zorg en de langdurige zorg van patiënten.

Hierdoor moeten de Sp-chronische bedden met een RVT-profiel in woonzorgcentra (RVT-bedden) gezet worden en dient de RVT-programmatie overeenkomstig te worden aangepast.

De sp-chronische bedden met een populatie uit de doelgroepen A,B en C (zie infra) moeten in de bijkomende alternatieve opvangvormen opgenomen worden.

De werkgroep stelt anderzijds voor om voor drie doelgroepen bijkomende alternatieve opvangvormen te voorzien.

Doelgroep A

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

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

Doelgroep B

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

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

Doelgroep C

Patiënten waarvoor specialistische zorg noodzakelijk is, doch geen geschikte permanente opvangplaatsen beschikbaar zijn (namelijk patiënten met fysieke of mentale handicap in een vergevorderd stadium van de aandoening / NAH / Korsakov / MS / Huntington / jonge dementerenden...).

De werkgroep stelt een zorgcontinuum voor van cure naar care.

Een concrete inschatting van de capaciteit vergt een capaciteitsmeting in de acute en categorale ziekenhuizen, de ouderenzorgvoorzieningen en de thuis- en mantelzorg.

De doelstelling van deze oefening bestaat erin de acute zorg en de revalidatie in acute en categorale ziekenhuizen duidelijker af te lijnen van de niet medische en chronische zorg. Dit moet leiden tot efficiëntere werking en inzet van mensen en middelen

Patiënten met multidisciplinaire revalidatienood en vaak ook multipathologie worden opgenomen in de revalidatiebedden in de acute en categorale ziekenhuizen. De andere doelgroepen moeten in aangepaste opvangstructuren opgenomen kunnen worden buiten de ziekenhuizen.

Hiervoor moet de transmurale samenwerking verscherpt worden. De leeftijdsgrenzen

in sommige opvangvormen, de budgettaire hinderpalen en de financiële drempels tussen de voorzieningen moeten verholpen worden.

4. FINANCIERING VAN DE SP- DIENSTEN VIA HET BFM

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

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

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

5. CONCLUSIES

De werkgroep van de NRZV stelt voor om:

1. de vaststelling van een ontoereikend zorgaanbod te objectiveren (in samenwerking met onder meer het KCE en de universiteiten). Enkel deze objectivering zal kunnen leiden tot een omschrijving van de gedekte en niet gedekte zorgbehoeften (voor de patiëntenpopulaties bedoeld in punt 7). Deze behoeften zullen zowel kwalitatief (vereiste zorgtype) als kwantitatief moeten omschreven worden.
2. in de ziekenhuizen te voorzien in voldoende revalidatiebedden (kenletter « R ») voor patiënten die nood hebben aan een intensieve en multidisciplinaire revalidatie in een acuut en categoriaal ziekenhuis: reconversie (1-1) van de Sp- bedden cardio-pulmonaire, locomotorische en neurologische aandoeningen in R- bedden. Het gaat om bedden voor intensieve revalidatie met een beperkte ligduur.
3. de financierings- en erkenningsnormen van de R- bedden te laten bepalen door experts op basis van zorgprogramma's revalidatie specifiek gericht op patiëntendoelgroepen (inclusief MS/ALS patiënten, comapatiënten en patiënten met chorea of de ziekte van Huntington).
4. de ziekenhuizen de mogelijkheid te bieden om Sp- bedden chronische aandoeningen te converteren (1-1) in G- bedden of R- bedden of ook in Sp- bedden psychogeriatrische aandoeningen.
5. patiënten die wachten op plaatsing in andere instellingen of die nog niet naar huis kunnen niet langer toe te laten in Sp- bedden, maar wel de capaciteit van de alternatieve opvangvormen buiten het ziekenhuis uit te breiden (eventueel een capaciteitsstudie uitvoeren).
6. voldoende RVT- bedden op te richten in de ouderenzorgsector.
7. te voorzien in bijkomende alternatieve opvangvormen voor drie patiëntendoelgroepen:
 - a. patiënten die wachten op een plaatsing of die tijdelijk of permanent nood hebben aan een verblijf in een thuisvervangend milieu
 - b. patiënten die nood hebben aan een tijdelijke opvang om opnieuw zelfredzaam te worden (herstelverblijf).
 - c. patiënten die nood hebben aan gespecialiseerde zorg (fysieke of mentale handicap in een vergevorderd stadium van hun aandoening).
8. te zorgen voor zorgcontinuïteit en een versterking van de samenwerking tussen de verschillende zorgvormen.
9. het budget van financiële middelen te corrigeren dat op zijn minst de kosten opgelegd door de erkenningsnormen zou moeten dekken zonder onderscheid tussen de Sp- bedden op basis van hun oorsprong.