

ONTWERP ZORGPROGRAMMA

# Musculosketale en neurologische revalidatie

The logo for Zorgnet Vlaanderen is a dark blue circle with a white border. Inside the circle, the word "zorgnet" is written in white lowercase letters, with "zorg" in a red box. Below "zorgnet", the word "VLAANDEREN" is written in white uppercase letters.

**zorgnet**  
VLAANDEREN

Revalidatie wordt vaak geassocieerd met zware verkeersslachtoffers of ernstige ziekten. Toch hebben heel diverse types van patiënten nood aan revalidatie, gedurende korte of lange tijd. Bijvoorbeeld patiënten met sportletsels, brandwonden of niet-aangeboren hersenletsels hebben baat bij kwaliteitsvolle revalidatie, aangepast aan hun behoeften.

Op heden is de revalidatie in België echter versnipperd en onvoldoende transparant georganiseerd om die aan elke patiënt op een betaalbare en kwaliteitsvolle manier aan te bieden. Zorgnet Vlaanderen wil hieraan iets doen en werkte een voorstel uit voor een zorgprogramma van revalidatie. Meer specifiek stellen we in deze nota een ontwerp van zorgprogramma voor musculoskeletale en neurologische revalidatie voor. In dat voorstel kunnen patiënten naargelang de complexiteit, incidentie en prevalentie van hun aandoening gebruikmaken van de functie revalidatie of een (algemeen of specifiek) zorgprogramma. Om die factoren correct in kaart te brengen en de patiënten de juiste zorgen te geven pleit Zorgnet Vlaanderen voor de invoer van een patiëntenclassificatiesysteem. Kritische succesfactoren van het voorstel zijn de multidisciplinaire werking, de rol van de arts fysieke geneeskunde en revalidatie, de kwaliteitsbewaking en de functionele netwerken tussen de ziekenhuizen, de huisartsen, de thuis-en mantelzorg en woonzorgcentra.

In een tweede fase wil Zorgnet Vlaanderen voorstellen doen voor de residentiële opvang van revalidanten. Het is immers broodnodig om die opvang te stroomlijnen, de samenwerking tussen de verschillende sectoren te bevorderen en de doorstroming van patiënten uit de ziekenhuizen naar andere opvangvormen (kortverblijf, herstelverblijf) te faciliteren.

## Organisatie van de revalidatie

### Historiek

Bij de opheffing van het Rijksfonds voor de Sociale Reclassering van de Mindervaliden in 1991 kwam revalidatie grotendeels onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen te liggen. Wat federaal bleef, werd hoofdzakelijk ondergebracht in het RIZIV.

Vanaf dan zijn de belangrijkste sturingselementen voor de organisatie van revalidatie:

- 1) De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (fysiotherapie, kinesitherapie, logopedie).
- 2) De revalidatienomenclatuur: die beperkt zich tot financiering van de cardiale revalidatie (25

erkende ziekenhuisdiensten), de vergoeding van bepaalde toestellen (electrolarynx, externe prothesen, haarprothesen, optische hulpmiddelen), diëtetiek en podologie, orthoptie, educatie van diabetespatiënten, diabeteszelfzorgmateriaal en recent (vanaf eind 2010) de financiering van ergotherapie.

- 3) De revalidatieovereenkomsten die voorbereid worden in het College van geneesheren-directeurs van het RIZIV. Op voorstel van dit college sluit het Verzekeringscomité van de Dienst Geneeskundige Verzorging revalidatie-overeenkomsten af met de revalidatie-inrichtingen.

Toen in 1995 budgetoverschrijdingen werden vastgesteld in de sector revalidatie, kwam er een

moratorium op het afsluiten van bepaalde nieuwe overeenkomsten. In 2000 vroeg toenmalig minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke een audit van de overeenkomsten voor revalidatie. Dat resulteerde eind 2000 in een doorlichting door het College van geneesheren-directeurs<sup>(1)</sup>. In oktober 2004 maakte de Raad van Advies inzake Revalidatie (RIZIV)<sup>(2)</sup> een verslag over de stand van zaken van de revalidatiegeneeskunde in België. In 2005 verscheen het rapport van de Commissie voor Budgetcontrole (RIZIV), gevolgd door een evaluatierapport van minister Demotte in 2007 met bijhorende aanbevelingen<sup>(3)</sup>. In hetzelfde jaar publiceerde ook het Kenniscentrum een lijvig rapport over de organisatie en de financiering van revalidatie in België<sup>(4)</sup>.

Uit alle rapporten blijkt het belang van revalidatie in de Belgische gezondheidszorg. Tegelijk tonen ze aan dat onze revalidatiezorg erg versnipperd en onvoldoende transparant georganiseerd is. Ondanks de vele overeenkomsten tussen het RIZIV en de ziekenhuizen blijft de impact van de ziekenhuizen op de inhoud en de organisatie van het revalidatiebeleid veeleer gering.

### **Actuele ontwikkelingen**

De toekomstige rol van revalidatie wordt door een aantal ontwikkelingen getekend. Niet alleen is er de vergrijzing met meer chronische pathologieën en multiorgaanfalen. Daarnaast leiden nieuwe behandelmethodes (zoals neuroradiologische thrombolysen) en moderne technologie (onder meer elektronica, robotica, prothesen en implantaten) tot betere overlevingskansen. De complexere behandelmethodes en noden zorgen bovendien voor een stijgende nood aan een multidisciplinaire aanpak.

Cruciaal bij elke patiënt is dat de revalidatie zo snel mogelijk wordt aangevat, dikwijls nog in de acute fase van de ziekte, verwonding of aandoening. Snelle revalidatie bevordert immers de kwaliteit van zorgen, beperkt de schade en bespoedigt het herstel. Nadat patiënten in het ziekenhuis een levensreddende ingreep ondergingen of een stabilisatiefase doormaakten, is het belangrijk dat ze samen met de zorgverstreker werken aan het behoud of het herstel van hun menselijke waardigheid, sociale en professionele autonomie, familiale, sociale en professionele relaties. Ook voor de maatschappij betekent een degelijke en snelle professionele integratie en het herwinnen van de autonomie van de patiënt, een belangrijke (ook economische) meerwaarde.

Die verschillende aspecten verklaren meteen waarom het belangrijk is dat bij het revalidatieproces verschillende disciplines worden betrokken, waarbij zowel het medische als het chirurgische, het bewegingstherapeutische, sociale, psychologische en het ergonomische aspect aan bod komen. Ook diverse resocialisatiemogelijkheden verdienen aandacht, zoals de aanpassing van de thuisomgeving en het werk, het opnieuw leren gebruiken van openbaar vervoer, enzovoort.

Naast multidisciplinaire samenwerking in de zorg- en behandelteams moet ook de samenwerking tussen de eerstelijnszorg, ziekenhuizen en woonzorgcentra versterkt worden en dienen transmurale samenwerkingscontracten te worden gestimuleerd.

## Verschillende aanbieders van zorg

Zorgnet Vlaanderen wil bekijken welke rol voor wie is weggelegd. Op dit ogenblik bieden verschillende 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).

Het ziekenhuis is een centrale, maar geen monopolistische aanbieder van revalidatie. Wel is het de enige zorgaanbieder die een continue, gespecialiseerde en multidisciplinaire zorg aanbiedt. De concentratie van middelen en mensen moet samenwerking versterken en stimuleert de noodzakelijke netwerking. Goede afstemming met nazorg en opvang thuis is onontbeerlijk.

## Ontwerp functie en zorgprogramma

Aangezien de nood aan een duidelijke ordening en structuur van de revalidatieactiviteiten in de ziekenhuizen meer en meer blijkt, werkte Zorgnet Vlaanderen een voorstel van organisatievorm uit. We willen de aanzet geven voor een brede visie en stellen de 'functie' en een 'zorgprogramma' voor als organisatievormen van revalidatie. Hiermee hopen we de complexe doelstellingen van revalidatie te bereiken en elke patiënt de revalidatie aan te bieden waaraan hij nood heeft.

Voorliggende nota presenteert een ontwerp van hoe de functie revalidatie (algemeen) en de zorgprogramma's (specialistisch) voor aandoeningen van spier, skelet en zenuwstelsel er in de toekomst zou kunnen uitzien. Alhoewel andere revalidatiedomeinen een beroep doen op

dezelfde behandelmethodes als de musculoskeletale en neurologische revalidatie (zoals de cardiale, pneumologische, geriatrische revalidatie) komen deze hier niet aan bod. Uitgangspunt is de revalidatie van locomotorische en neurologische patiënten, zoals beschreven in bestaande revalidatieovereenkomsten met het RIZIV. Bedoeling is de bestaande revalidatieovereenkomsten stop te zetten en te incorporeren in de zorgprogramma's. De bestaande RIZIV-revalidatieovereenkomsten die in aanmerking komen zijn

- locomotorische en neurologische revalidatie met algemene (47) en specifieke overeenkomsten (10) en de R30-R60 overeenkomsten (30)
- diensten die multidisciplinaire evaluaties opstellen van mobiliteitshulpmiddelen (56)
- referentiecentra voor neuromusculaire aandoeningen (6)
- referentiecentra voor refractaire epilepsie in derdelijn (5)
- referentiecentra gespecialiseerd in ademhalingsproblemen ten gevolge van neurologische of neuromusculaire oorzaken
- inrichtingen gespecialiseerd in de ambulante revalidatie van hersenverlamden (3) en formules in internaat
- revalidatiecentra voor patiënten met ernstig hersentrauma (3)
- referentiecentra Cerebral Palsy (5)
- referentiecentra Spina Bifida (3)

Het voorstel verwerkt bevindingen van het ministerieel rapport over revalidatie en de studie van het Kenniscentrum over epidemiologische studies en de indicaties over de incidentie, prevalentie, kritische massa en programmatie om een optimale spreiding van de revalidatiecentra te garanderen<sup>(5)</sup>.

Inhakend op de actualiteit willen we bovendien kort twee elementen belichten: de voorziene besparing door de ministerraad in de nomenclatuur van de fysiotherapie en de overheveling van sommige prestaties naar de kinesitherapie en de voorstellen tot communautarisering van de motorische revalidatieovereenkomsten. In het organisatiemodel dat hierna wordt voorgesteld horen de revalidatie-activiteiten verbonden te blijven met de ziekenhuisstructuren en kunnen blinde besparingen ernstig het revalidatieconcept met zijn complexe doelstellingen schaden.

## Algemene krijtlijnen

Het ontwerp bevat normen voor de **functie revalidatie**, het **zorgprogramma** musculoskeletale en neurologische revalidatie en de **specifieke zorgprogramma's** musculoskeletale en neurologische revalidatie. 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 (cf. infra).

Het ontwerp integreert de volgende kernbegrippen:

- De tijdige detectie van alle patiënten die nood hebben aan revalidatie en die revalidatie effectief aanbieden (de **functie**)
- Een geïntegreerde zorg met professionele omkadering in een multidisciplinair team
- Streven naar functioneel herstel of behoud van mogelijkheden en sociale en professionele re-integratie van de patiënten bevorderen
- Taakverdeling en continuïteit van de zorg
- Netwerking voorzien tussen de voorzieningen, ook intersectoraal.

Vertrekpunt is de specifieke **revalidatiebehoefte** van de patiënt. Die wordt bepaald door de functionele status (*International Classification of functioning, diasability and Health*, 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*), de incidentie en prevalentie van de onderliggende aandoening en de comorbiditeit.

Zorgnet Vlaanderen pleit voor de invoer van een **specifiek patiëntenclassificatiesysteem** (PCS) om de revalidatienoden op te sporen en te meten, en die vervolgens te koppelen aan de revalidatiedoelstellingen. Via deze objectieve evaluatie kan de toewijzing aan een bepaald behandelingsniveau worden verantwoord. Ook het KCE beveelt een specifieke patiëntenclassificatie aan voor revalidatie.

## Normen voor revalidatie

De normen voor de functie revalidatie, het zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie en enkele specifieke zorgprogramma's musculoskeletale en neurologische revalidatie staan uitgebreid beschreven in het ontwerp-KB op het einde van deze nota.

In de **functie revalidatie** wordt zowel mono- als multidisciplinaire revalidatie aangeboden met doelstellingen op korte termijn. De functie is breed toegankelijk voor revalidanten. In de beide **zorgprogramma's** worden complexe(re) multidisciplinaire revalidatieprogramma's aangeboden met verschillen in incidentie en prevalentie. Complexe revalidatie heeft meestal doelstellingen op middellange en lange termijn. De revalidatie kan zowel op ambulante basis als

in dagrevalidatie en op gehospitaliseerde basis aangeboden worden. De zorgprogramma's staan ook in voor de externe liaison.

De normen voor de algemene en specifieke zorgprogramma's beogen een **goede geografische spreiding** en bevatten voorstellen voor **samenwerkingsakkoorden** met de functies revalidatie in de algemene ziekenhuizen. De samenwerkingsakkoorden omschrijven het **functionele netwerk** en bevatten duidelijke regels voor doorverwijzing en terugverwijzing. Kwaliteitsindicatoren en een meting van resultaten moeten borg staan voor een kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt. Wij stellen de oprichting voor van een College van Fysische Geneeskunde en Revalidatie. Zij moeten kwaliteitsindicatoren en outcome-indicatoren uitwerken, en zo meewerken aan een uitdieping en verbreding van deze kwaliteitszorg, eventueel per doelgroep.

## Functie revalidatie

De functie revalidatie is verplicht in elk ziekenhuis<sup>(6)</sup>. De functie richt zich op ambulante en gehospitaliseerde patiënten met nood aan (musculoskeletale en/of neurologische) revalidatie, beoogt een functioneel herstel van de patiënt en zijn sociale en professionele herintegratie. De focus ligt bij preventie, vroege interventie en behandeling in de acute, post-acute en chronische fase.

De behandelend arts doet voor de functie revalidatie een beroep op de arts-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie (FGR) of een andere revalidatiearts van het ziekenhuis. De FGR neemt de medische coördinatie van de functie voor zijn rekening en kan zich hiervoor laten bijstaan door andere revalidatieartsen. Het multidisciplinaire revalidatieteam dat zich inzet

voor de functie revalidatie bestaat minstens uit een kinesitherapeut en een ergotherapeut, en kan een beroep doen op een logopedist, psycholoog, sociaal werker en een diëtist.

Wanneer de revalidant toch nood heeft aan langdurige revalidatie voor meer complexe aandoeningen, dan wordt hij doorverwezen naar een (specifiek) zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie. Daarvoor worden samenwerkingsakkoorden gesloten met ziekenhuizen die beschikken over een zorgprogramma. In deze samenwerkingsakkoorden wordt de werking van het functionele netwerk omschreven, staan duidelijke regels van doorverwijzing en terugverwijzing, en garanderen kwaliteitsindicatoren en outcome-indicatoren een kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt. De kwaliteitsindicatoren worden opgenomen in het multidisciplinaire handboek van de revalidatie.

## Zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie

Het zorgprogramma kan erkend worden in een algemeen of universitair ziekenhuis, in een associatie of groepering van ziekenhuizen of in een gespecialiseerd ziekenhuis voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp).

Het zorgprogramma richt zich tot een revalidant met een complexe pathologie die nood heeft aan gespecialiseerde revalidatie. Het zorgprogramma behandelt grotere aantallen patiënten met complexere aandoeningen en een hoge incidentie.

Elk zorgprogramma kan zich richten tot één of meerdere van de volgende **doelgroepen** (zie ook

bijlage 1 van het ontwerp-KB) en beantwoordt aan de respectieve normen.

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

Voor elke doelgroep kunnen de revalidatieprogramma's variëren in functie van de noden en doelen van de revalidant, de duur van de revalidatie, het multidisciplinaire karakter en de aard en aantallen van de nodige therapeuten.

De behandeling binnen een zorgprogramma vereist intense revalidatie in een **ziekenhuis-omgeving** door een multidisciplinair team. In een volgend stadium kan de behandeling uiteraard **ambulant** verder gezet worden. Ook **dag-revalidatie** behoort tot de mogelijkheden.

De **medische coördinatie** van het zorgprogramma wordt waargenomen door de FGR, die *voltijds* verbonden is aan het ziekenhuis of het samenwerkingsverband. De FGR organiseert de medische aspecten van het zorgprogramma en stelt voor elke revalidant een multidisciplinair revalidatieplan op als basis voor de revalidatie. Het revalidatieplan omvat een (multidisciplinair) revalidatiebilan en een (multidisciplinair) revalidatieprogramma. Hierbij worden objectieveerbare doelstellingen geformuleerd die voor evaluatie vatbaar zijn. Hij wordt bijgestaan door een **revalidatiecoördinator** die de paramedische verstrekkingen coördineert voor

de uitvoering en aanpassing van de revalidatieprogramma's.

Het zorgprogramma beschikt over voldoende **revalidatieartsen** die in samenspraak met de medische coördinator de taken zodanig verdelen dat voldoende werktijd besteed kan worden aan opleiding van het personeel, monitoring van de kwaliteit van zorg, gesprekken met familie en omgeving, de wekelijkse teamvergaderingen, bewaking van de continuïteit van de zorg, evaluatie van de doelstellingen en vorderingen van de behandelingen. Om die vorderingen goed op te volgen worden regelmatig medische en paramedische evaluatieonderzoeken gedaan, gevolgd door een adequaat ontslagbeleid.

Ook **de equipe** moet voldoende multidisciplinair zijn (kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist, psycholoog, sociaal werker, diëtist) en aangepast aan het volume en de complexiteit van de patiënten en aan de functionele eisen van het zorgprogramma. Het zorgprogramma voorziet ook in een **externe liaison**, die instaat voor de opvolging van de revalidant na de behandeling in het zorgprogramma. De externe liaison verzorgt de link naar de huisarts, thuiszorg, mantelzorg, familie...

In het **multidisciplinaire handboek van de revalidatie** staan criteria voor kwaliteitstoetsing. Het ziekenhuis stelt kwaliteitsindicatoren op die het jaarlijks evalueert. De indicatoren worden per zorgprogramma uitgewerkt en besproken met de hoofdarts, diensthoofden en betrokken artsen. Het zorgprogramma verleent medewerking aan de interne en externe toetsing van de medische activiteit. Hiertoe wordt een **College voor Fysische Geneeskunde en Revalidatie** opgericht dat belast is met de evaluatie van het zorgproces.



## Specifieke zorgprogramma's musculoskeletale revalidatie

Specifieke zorgprogramma's richten zich tot patiënten met bijzondere en meer zeldzame aandoeningen en een lage incidentie. Door de specifieke revalidatienoden van de patiënt is het belangrijk om de deskundigheid te concentreren. Deze specifieke zorgprogramma's profileren zich als expertisecentrum, waarnaar algemene zorgprogramma's kunnen doorverwijzen. Er zijn maar enkele expertisecentra nodig. Een goede geografische spreiding is aangewezen.

De doelgroepen zijn de volgende (zie bijlage 2 van het ontwerp-KB):

- Dwarslaesie
- Niet-aangeboren hersenletsels (NAH), inclusief persisterend vegetatieve status (PVS), minimale vegetatieve status (MVS), locked-in syndroom (LIS)
- Hersenverlamming (cerebral palsy)
- Spina bifida
- Multiple sclerose in de intensieve fase
- Uitgebreide (poly)traumatische aandoeningen (complexe gevallen en lage incidentie)
- Amputaties van bovenste of hoogniveau onderste ledematen (heup of hemipelvectomy) of met nood aan complexe technologie
- Brandwonden of necrotiserende fasciitis
- Epilepsie referentiecentra
- Kinderrevalidatie
- Plexus brachialis letsel en uitgebreide perifeer neurogene aandoening zoals syndroom van Guillain Barré met aantasting van meerdere systemen.

Eén of meer specifieke zorgprogramma's kunnen erkend worden in een algemeen, psychiatrisch of

universitair ziekenhuis, in een associatie of groepering van dit type ziekenhuizen, of in een ziekenhuis dat alleen beschikt over gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp). Voor sommige doelgroepen (zoals NAH) kunnen de specifieke zorgprogramma's ook ingericht worden in gespecialiseerde RVT's of voorzieningen voor personen met een handicap.

De specifieke zorgprogramma's sluiten samenwerkingsakkoorden met ziekenhuizen met een functie revalidatie of een zorgprogramma. Het is belangrijk dat rond de doelgroepen een functioneel netwerk ontstaat, waarbij duidelijke criteria geformuleerd worden over doorverwijzing in samenwerkingsakkoorden. Net als het gewone zorgprogramma voorziet het specifieke zorgprogramma in een externe liaison.

In het **multidisciplinaire handboek van de revalidatie** staan criteria voor kwaliteitstoetsing. Het ziekenhuis stelt zelf kwaliteitsindicatoren op die het jaarlijks evolueert. Ze worden besproken met de hoofdarts, diensthoofden en betrokken artsen. Het zorgprogramma verleent medewerking aan de interne en externe toetsing van de medische activiteit. Hiertoe wordt een **College voor Fysische Geneeskunde en Revalidatie** opgericht dat belast is met de evaluatie van het zorgproces.

## Financiering

Voor de financiering maken we een onderscheid tussen wat realiseerbaar is via de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen (de functie) en de situaties en doelgroepen die een behandeling vereisen die complexer is of langer duurt dan wat in de nomenclatuur voorzien is (zorgprogramma's).



De financiering van de functie revalidatie kan putten uit de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (fysiotherapie nomenclatuur K-waarden, kinesitherapie en logopedie nomenclatuur). De zorgprogramma's kunnen rekenen op de middelen van de bestaande revalidatieovereenkomsten, die ondergebracht worden in een nieuwe revalidatienomenclatuur (R-waarden). De financiering van de dagrevalidatie, de externe liaison, de onderhoudsbehandelingen en (kwaliteits)coördinatoren moet via een aanvullende regeling gefinancierd worden.

Kan een beroep doen op	FUNCTIE	ZORGPROGRAMMA	SPECIFIEK ZORGPROGRAMMA
<b>MONODISCIPLINAIR</b> ARTIKEL 7 (1) M- nomenclatuur (Kiné/ergo)	<b>X</b>		
<b>ONDERHOUD EN OPSTART BEHANDELING</b> ARTIKEL 22 (2) K15-K20	<b>X</b>		
<b>MULTIDISCIPLINAIR</b> ARTIKEL 22 (3) K30, K45, K60	<b>X</b>		
<b>MULTIDISCIPLINAIR R-FORFAITS (nieuw)</b> R30, R45, R60, R75, R90		<b>X</b>	
Dagrevalidatie Forfait		<b>X</b>	
Externe liaison		<b>X</b>	
BFM	Basisvergoeding voor kwaliteitbewaking	Kwaliteitscoördinator	
All in enveloppe of gemengd			<b>X</b>

- 1) Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekking dd 14 september 1984
- 2) Idem fysiotherapie nomenclatuur
- 3) Idem fysiotherapienomenclatuur

Voor de financiering van **de functie revalidatie** stellen we voor een beroep te doen op:

- De M-nomenclatuur voor de monodisciplinaire behandelingen (kine/ergo)
- De K30-, K45- of K60-nomenclatuur naargelang de duurtijd van de behandeling (1 uur, anderhalf uur tot 2 uur behandeling ) voor de multidisciplinaire behandelingen
- De K15-, K20- of M-waarden voor de onderhoudsbehandelingen
- Het BFM voorziet in een basisvergoeding voor de kwaliteitsbewaking.

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

- R30-, R45-, R60-, R75-, R90-forfaitaire bedragen in functie van de gekozen

doelgroepen voor de multidisciplinaire behandelingen, multidisciplinaire vergaderingen en coördinerende functies

- Het BFM dat voorziet in een financiering voor de kwaliteitscoördinator (middelen voor metingen en opvolging) van de revalidatiecentra
- Het BFM dat voorziet in een financiering voor de externe liaison
- Dagforfaits voor de revalidatie in daghospitalisatie.

De financiering van de **specifieke zorgprogramma's met lage incidentie/ prevalentie** kunnen een beroep doen op vaste budgetten die worden toegekend in functie van het patiëntenprofiel in het expertisecentrum.

**De constructieve gedachtewisseling tussen artsen, paramedici en ziekenhuisdirecties zorgde voor verschillende inzichten die de praktische inzetbaarheid van het voorstel mee borgen. We roepen alle betrokken actoren, zowel bestuurders als zorgverstrekkers en overheid, op om de handen in elkaar te slaan voor een betere revalidatiezorg, op maat van elke patiënt.**

**Redactie**

Ingrid Nolis

**Eindredactie**

Lieve Dhaene, Catherine Zenner

**Met dank aan de voorzitter, Chris D'Espallier, en alle leden van de werkgroep Revalidatie**

Eindnoten

- 1) College van geneesheren directeurs RIZIV, Doorlichting en evaluatie van de revalidatiesector in de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering in België, december 2000,
- 2) Raad voor advies inzake revalidatie RIZIV, Verslag over de stand van zaken van de revalidatiegeneeskunde in België, oktober 2004
- 3) Verslag van de ministeriële werkgroep Revalidatie, Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, 2007
- 4) Federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Organisation and financing of musculoskeletal and neurological rehabilitation in Belgium, 2007
- 5) Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Organisation et financement de la rééducation musculo-squelettique et neurologique en Belgique, 2007
- 6) KB 30 januari 1989 met de aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen (...), art. 2, § 1, 3°, d

# Ontwerp van Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan de functie revalidatie, het zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie en de specifieke 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 2sexies, § 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° specifiek zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie: het specifieke zorgprogramma omschreven in artikel 2sexies, § 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 doelgericht proces dat de mogelijkheid biedt om een optimaal niveau van functioneren en onafhankelijkheid te bereiken en/of te behouden, voor personen met beperkingen in activiteiten en/of maat-schappelijke participatie (persoonlijke of omgevingsfactoren mee in aanmerking genomen), wanneer er een redelijke mogelijkheid is op functionele winst of verbetering van levenskwaliteit.
- 5° musculoskeletale en neurologische revalidatie: diagnostische en therapeutische activiteiten door zorgverstrekkers waardoor een patiënt met een verworven of aangeboren musculo-skeletale en/of neurologische functionele en/of structurele stoornis een optimaal niveau van zelfredzaamheid en onafhankelijkheid kan bereiken en onderhouden.
- 6° musculoskeletale en neurologische revalidant: een patiënt met een verworven of aangeboren musculoskeletale en/of neurologische functionele en/of structurele stoornis waardoor zijn fysieke 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 alsook een verbetering van de levenskwaliteit wordt verkregen (later revalidant).

- 7° multidisciplinair revalidatieplan bestaat uit:
  - a) multidisciplinair revalidatiebilan: oriënterend, omstandig evaluatieverslag, opgesteld door een erkend arts-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie en/of door een ander erkend revalidatiearts in de locomotorische en neurologische revalidatie (vanaf nu revalidatiearts) onder leiding van de arts-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie, dat naast een evaluatie op somatisch-psychisch en sociaal vlak van de patiënt ook een revalidatie-indicatie en duidelijk omschreven revalidatie-doelstellingen bepaalt (multidisciplinair indien nodig).
  - b) multidisciplinair revalidatieprogramma: uitvoering van een reeks van (multidisciplinaire) revalidatieactiviteiten en -therapieën om de revalidatie-doelstellingen opgenomen in het revalidatiebilan te bereiken. Het programma bevat eveneens een evaluatie van de bereikte doelstellingen.
- 8° revalidatiearts: een arts in de fysische geneeskunde en revalidatie of een arts van een andere discipline met een bijzondere erkenning in de revalidatie die actief is voor de revalidatie binnen zijn specialiteit.

**Artikel 2.** Om erkend te worden moeten de functie revalidatie, het zorgprogramma voor musculoskeletale en neurologische revalidatie en het specifieke zorgprogramma voor musculo-skeletale 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 specifieke zorgprogramma musculo-skeletale 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, vroege interventie en behandelingen in de acute, post-acute en chronische fase en beoogt een functioneel herstel van de patiënt en zijn sociale en professionele herintegratie.

§ 2. Bij een nood aan langdurige revalidatie voor meer complexe revalidatienoden en doelen verwijst de functie revalidatie de revalidant naar een zorgprogramma of specifiek zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie om hem de meest aangepaste behandeling en begeleiding aan te bieden.

**Artikel 4.** De functie is beschikbaar in elk zieken-huis en biedt voor ambulante en gehospitali-seerde patiënten volgende procedures aan:

- 1° revalidatieprogramma's die musculoskeletale en/of neurologische functie-uitval behandelen
- 2° raadplegingen en behandelingen.

De patiënt kan op eigen initiatief of via zijn behandelend arts een beroep doen op de functie revalidatie. Daarbij wordt aan een geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie of een revalidatiearts gevraagd om een revalidatiebilan en indien nodig een revalidatie-programma 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:

- 1° het noodzakelijke diagnostische instrumentarium en de noodzakelijke revalidatie-toestellen en materialen die volgens de gangbare internationale stand van de wetenschap nodig zijn voor de te behandelen pathologie
- 2° de noodzakelijke materialen om de veiligheid van revalidanten te bewaken en te waarborgen.
- 3° een oefenzaal voor kinesitherapeutische en ergotherapeutische behandelingen, zowel in groep als individueel.

§ 2. De functie kan een beroep doen op:

- 1° lokalen voor raadplegingen
- 2° lokalen voor individuele behandeling
- 3° 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 verantwoordelijk voor 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 van artsen en andere personeelsleden van de functie.

**Artikel 7.** De in artikel 6 bedoelde arts kan bijgestaan worden door andere revalidatie-artsen. Alle artsen verbonden aan de functie zijn verantwoordelijk voor het opstellen van een (multidisciplinair) revalidatiebilan zoals beschreven in artikel 1, 7°, met aandacht voor het psycho-sociaal aspect; 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 aan-doeningen. In het team zijn minstens volgende kwalificaties aanwezig:

- 1° kinesitherapie
- 2° ergotherapie.

§ 2. De functie kan een beroep doen op:

- 1° een psycholoog;
- 2° een diëtist;
- 3° een logopedist;
- 4° een sociaal werker;
- 5° een orthopedisch technicus of bandagist;
- 6° een revalidatieverpleegkundige.

§ 3. Het multidisciplinaire revalidatieteam is verantwoordelijk voor:

- 1° het evalueren van de revalidant, van zijn aanpassingsmogelijkheden in zijn woonomgeving en van de mantelzorg;
- 2° het informeren van de revalidant en zijn mantelzorger over de beschikbare thuiszorg en thuiszorgdiensten;
- 3° het voorstellen en coördineren van geïndividualiseerde zorgplannen in samenwerking met de eerstelijns;
- 4° 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.

Voormeld handboek bevat de volgende gegevens:

- 1° afspraken voor het opsporen van de in het ziekenhuis opgenomen patiënten die nood hebben aan revalidatie;
- 2° afspraken inzake interne verwijzingen en opvolging van de revalidant, in het ziekenhuis en ambulant;
- 3° de samenwerking met zorgprogramma's en specifieke zorgprogramma's, en de afspraken inzake verwijzing;
- 4° de modaliteiten volgens dewelke de functie een advies formuleert om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren in instellingen waarmee een samenwerking bestaat;
- 5° welke personen in het multidisciplinaire team welke taken vervullen;
- 6° de omschrijving van het kwaliteitsbeleid van de functie (waarden, doelstellingen, opdrachten);
- 7° de organisatie van de functie.

Het handboek wordt op regelmatige tijdstippen volgens de stand van de wetenschap geëvalueerd en aangepast.

§ 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.

**Artikel 10.** Een functie heeft ten minste één geformaliseerd samenwerkingsverband met een erkend zorgprogramma voor de musculoskeletale en neurologische revalidatie.

##### *Onderafdeling II - ..... Het (multidisciplinaire) revalidatieplan en overleg*

**Artikel 11.** Voor elke revalidant, ambulant of opgenomen in het ziekenhuis, die multidisciplinair behandeld wordt in de functie revalidatie, 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 12.** Het multidisciplinaire 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.

##### *Onderafdeling III - ..... De continuïteit van de zorg*

**Artikel 13.** 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 opge-maakt 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 14.** Elk ziekenhuis met een functie fysische geneeskunde en revalidatie moet via een samenwerkingsverband aangesloten zijn bij minstens een zorgprogramma voor musculoskeletale en neurologische revalidatie.

In dit samenwerkingsverband moeten kwaliteitsindicatoren, volume- en outcome-parameters en criteria voor verwijzing worden opgenomen.

### **Hoofdstuk III - Zorgprogramma voor musculoskeletale en neurologische revalidatie**

#### **Afdeling 1 - Doelgroep, aard en inhoud van de zorg**

**Artikel 15.** § 1. Het zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie richt zich tot een of meer groepen van revalidanten met een complexe aandoening zoals opgenomen in bijlage I van dit besluit, die nood hebben aan gespecialiseerde revalidatie. Dit zorgprogramma beoogt voor hen een functioneel herstel en een sociale en professionele herintegratie.

§ 2. Het zorgprogramma kan erkend worden in een algemeen of universitair ziekenhuis, of in een associatie of groepering van zulke ziekenhuizen, of in een ziekenhuis dat alleen beschikt over gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp).

§ 3. Bij een nood aan langdurige en bijzondere revalidatie bij specifieke aandoeningen zoals vermeld in bijlage II van dit besluit, verwijst het zorgprogramma de revalidant naar een specifiek zorgprogramma musculoskeletale en neuro-logische revalidatie om hem de meest adequate begeleiding aan te bieden, zonder af te doen aan de vrije keuze van de revalidant.

**Artikel 16.** § 1. Het zorgprogramma biedt de volgende multidisciplinaire procedures aan voor gehospitaliseerde en ambulante patiënten met complexe aandoening zoals opgenomen in bijlage I van dit besluit:

- 1° revalidatieprogramma's die de gevolgen van musculoskeletale en/of neurologische aandoeningen behandelen;
- 2° raadplegingen en behandelingen;
- 3° een externe liaisonfunctie.

§ 2 In een algemeen ziekenhuis biedt het zorgprogramma ook de procedures van een functie revalidatie aan zoals omschreven in artikel 4 en waarmee het een functionele eenheid vormt.

#### **Afdeling 2 - Vereiste infrastructuur**

**Artikel 17.** § 1. Het zorgprogramma beschikt over:

- 1° het noodzakelijke diagnostische instrumentarium en de noodzakelijke revalidatietoestellen, materialen en uitrusting die nodig zijn voor de te behandelen complexe aandoeningen en, per groep van deze aandoeningen, zoals opgenomen in bijlage I van dit besluit; die worden aangepast volgens de gangbare internationale stand van de wetenschap
- 2° de noodzakelijke materialen om de veiligheid van revalidanten te bewaken en te waarborgen
- 3° voldoende ruimte voor kinesitherapeutische en ergotherapeutische behandelingen, zowel in groep als individueel
- 4° voldoende lokalen voor individuele behandelingen
- 5° een multifunctionele ruimte (met faciliteiten voor een educatief programma)

- 6° een lokaal voor logopedie
- 7° een lokaal voor de psycholoog.

§ 2. Het zorgprogramma kan een beroep doen op:

- 1° hospitalisatie voor revalidanten in afzonderlijke bedden (bij voorkeur Sp-bedden)
- 2° dagrevalidatie voor revalidanten
- 3° lokalen voor raadplegingen
- 4° een lokaal voor teamvergaderingen en ander multidisciplinair overleg.

#### **Afdeling 3 - De vereiste medische en niet-medische personeelsomkadering en deskundigheid**

**Artikel 18.** § 1. Het zorgprogramma staat onder leiding van een arts-specialist fysische geneeskunde en revalidatie die voltijds verbonden is aan het ziekenhuis of het samenwerkingsverband.

§ 2. Hij organiseert de medische aspecten van het zorgprogramma en is verantwoordelijk voor de goede werking ervan. Hij wordt bijgestaan door de revalidatie coördinator 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:

- 1° de opvolging en bewaking van de kwaliteit van de revalidatie en de zorg
- 2° de bewaking van de continuïteit van de revalidatie en de zorg, met name door de verslaggeving aan behandelend artsen
- 3° het betrekken van de familie en de omgeving van de patiënten
- 4° de teamvergaderingen.

§ 4. Hij organiseert de evaluatie van de doelstellingen en vorderingen van de behandelingen, en de uitvoering en aanpassing van de revalidatieprogramma's volgens de besluiten van deze evaluatie. Hiervoor worden op regelmatige tijdstippen evaluatie-onderzoeken, medisch en paramedisch, gehouden.

§ 5. Hij is verantwoordelijk voor de permanente vorming van artsen en andere personeelsleden van de functie.

**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 aan-doeningen zoals opgenomen in bijlage I van dit besluit.

Een revalidatie coördinator die voltijds verbonden is aan het zorgprogramma coördineert de paramedische verstrekkingen binnen het zorgprogramma.

Dit revalidatieteam biedt minstens volgende therapeutische activiteiten aan en is samengesteld uit ten minste de volgende disciplines:

- 1° kinesitherapie en ergotherapie met ten minste 4 voltijdse equivalenten, waarvan minstens twee voltijdse equivalenten kinesitherapeut en één voltijds ergotherapeut.
- 2° psychologische ondersteuning en revalidatie met ten minste één psycholoog die ten minste 5 halve werkdagen beschikbaar is voor de directe patiëntenzorg.
- 3° sociaal werk met ten minste één halftijds equivalent sociaal werker of sociaal verpleegkundige die ten minste 3 halve werkdagen beschikbaar is voor directe patiëntenzorg.
- 4° logopedie met ten minste één logopedist die ten minste 5 halve werkdagen beschikbaar is voor de directe patiëntenzorg.
- 5° voedingsadvies en diëtik die voor ten minste 0,1 voltijds equivalent verbonden is aan het programma en die ten minste een halve werkdag beschikbaar is voor de directe patiëntenzorg.

#### **Afdeling 4 - Onderdelen van het zorgprogramma**

##### Onderafdeling I - Een erkende hospitalisatiedienst

**Artikel 21.** De hospitalisaties zoals bedoeld in artikel 17, § 2, 1°, gebeuren bij voorkeur in een erkende gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) zoals bedoeld in de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en de diensten moeten worden nageleefd.

##### Onderafdeling II - De externe liaison

**Artikel 22.** De externe liaison maakt het mogelijk de revalidatie en de multidisciplinaire deskundigheid ter beschikking te stellen van de huisarts, de coördinerend en raadgevende arts, de zorg-verstrekkingen van de doelgroep en de functies fysische geneeskunde en revalidatie van algemene ziekenhuizen (onder andere diegene waarmee een samenwerkingsakkoord werd afgesloten).

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 externe liaison een samenwerking aan met :

- 1° geïntegreerde diensten voor thuisverzorging
- 2° huisartsen en huisartsenkringen
- 3° woonzorgcentra en rust- en verzorgingstehuizen
- 4° centra voor dagverzorging
- 5° herstelverblijf
- 6° functie fysische geneeskunde en revalidatie van een algemeen ziekenhuis
- 7° niet aan een ziekenhuis of ziekenhuizen verbonden paramedici.

#### **Afdeling 5 - Kwaliteitsnormen en normen inzake kwaliteitsopvolging**

##### Onderafdeling I - Het multidisciplinair handboek voor revalidatie

**Artikel 24.** § 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:

- 1° afspraken over interne verwijzingen en de opvolging van de revalidant
- 2° de samenwerking met functies zoals vermeld in artikel 10 en de afspraken over verwijzing
- 3° de modaliteiten volgens dewelke het zorgprogramma de externe liaison vervult zoals vermeld in artikel 22 en 23 en een omschrijving van de externe liaison
- 4° de modaliteiten volgens dewelke het zorgprogramma de functie een advies formuleert om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren in instellingen waarmee een samenwerking bestaat
- 5° aangeeft welke personen in het multidisciplinaire team welke taken vervullen
- 6° de omschrijving van het kwaliteitsbeleid van het zorgprogramma (waarden, doelstellingen, opdrachten)
- 7° de organisatie van het zorgprogramma inclusief de organisatie van de functie zoals vermeld in artikel 1, 1°.

Het handboek wordt op regelmatige tijdstippen volgens de stand van de wetenschap geëvalueerd en aangepast.

§ 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 25.** Voor elke revalidant (uit de doelgroep in bijlage I), ambulante, opgenomen in het ziekenhuis of in dagrevalidatie, stelt het multidisciplinaire revalidatieteam een multidisciplinair revalidatie-plan 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 26.** § 1. Het multidisciplinair revalidatieteam organiseert een systematisch 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 externe liaisonfunctie, het multidisciplinaire revalidatie-team 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 27.** 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 28.** § 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 woon-omgeving. Het bevordert de continuïteit van de zorg in het algemeen.

§ 2. Het multidisciplinaire revalidatieteam is verantwoordelijk voor:

- 1° het evalueren van de revalidant, van zijn aanpassingsmogelijkheden in zijn woon-omgeving alsook van de mantelzorg
- 2° het informeren van de revalidant en zijn mantelzorger over de beschikbare thuiszorg en thuiszorgdiensten
- 3° het voorstellen en coördineren van geïndividualiseerde zorgplannen in samenwerking met de eerstelijns
- 4° het organiseren van multidisciplinaire vergaderingen inzake zorgcontinuïteit.

**Artikel 29.** § 1. Op organisatorisch niveau bestaat de opdracht van de externe liaison erin :

- 1° bij te dragen tot de cultuur van de zorg-continuïteit

- 2° acties aangaande het door het ziekenhuis gevoerde beleid inzake zorgcontinuïteit voor te stellen en uit te werken
- 3° aan de voortgezette opleiding voor het personeel over de beginselen van zorgcontinuïteit deel te nemen
- 4° multidisciplinaire samenwerkingssynergieën uit te werken, in het geheel van de eenheden van het ziekenhuis
- 5° initiatieven over zorgcontinuïteit voor te stellen en de re-integratie van de patiënt te bevorderen.

§ 2. Daarenboven staat de externe liaison er voor in :

- 1° samenwerkingsverbanden te ontwikkelen met de eerstelijnszorg en de structuren voor thuishulp en thuiszorg, onder meer door deelname aan multidisciplinaire comités voor de zorgcontinuïteit;
- 2° samenwerkingsnetwerken uit te bouwen met de andere zorginstellingen en met de specifieke zorgprogramma's.

Onderafdeling IV - ... Kwaliteitsopvolging

**Artikel 30.** Het zorgprogramma verleent medewerking aan de interne en externe toetsing van de medische activiteit, overeenkomstig de bepalingen van het Koninklijk Besluit van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen.

Hiertoe wordt een College voor fysieke geneeskunde en revalidatie opgericht dat belast is met de evaluatie van het in dit besluit beschreven zorgproces. Daarvoor zal het College samenwerken met het geheel van de in artikel 19 bedoelde disciplines. Naast de opdrachten vermeld in artikel 8 van bedoeld besluit van 15 februari 1999 heeft het College eveneens tot 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 25 van dit besluit vermelde revalidatiebilan, alsook van het in artikel 27 van dit besluit vermelde ontslagformulier;
- 3° een intern registratiemodel opstellen, bedoeld in artikel 3 van voormeld Koninklijk Besluit 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 - Specifieke zorgprogramma's voor musculoskeletale en neurologische revalidatie**

### **Afdeling 1 - Doelgroep, aard en inhoud van de zorg**

**Artikel 31.** § 1. Een specifiek zorgprogramma voor musculoskeletale en neurologische revalidatie richt zich naar een van de doelgroepen die is opgenomen in bijlage II van dit besluit.

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

§ 3. Een of meer specifieke zorgprogramma's kunnen erkend worden in een algemeen, psychia-trisch of universitair ziekenhuis, een associatie of groepering van deze ziekenhuizen, een ziekenhuis dat alleen beschikt over gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp), of in een erkend woonzorgcentrum en/of rust- en verzorgingstehuis.

§ 4. De specifieke zorgprogramma's sluiten samenwerkingsakkoorden met ziekenhuizen met een functie revalidatie of zorgprogramma's musculoskeletale en neurologische revalidatie.

### **Afdeling 2 - Infrastructuur, vereiste medische en niet-medische personeelsomkadering en deskundigheid**

**Artikel 32.** Een specifiek zorgprogramma beantwoordt aan de normen voor zijn doelgroep zoals opgenomen in bijlage II van dit besluit.

### **Afdeling 3 - Onderdelen van het zorgprogramma**

#### **Onderafdeling I - Een erkende hospitalisatiedienst**

**Artikel 33.** De hospitalisaties gebeuren bij voorkeur in een erkende gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) zoals bedoeld in de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en de diensten moeten worden nageleefd.

#### **Onderafdeling II - De externe liaison**

**Artikel 34.** De externe liaison maakt het mogelijk de revalidatie en de multidisciplinaire deskundigheid ter beschikking te stellen van de huisarts, de coördinerend en raadgevende arts, de zorg-verstreckers van de doelgroep en de functies revalidatie en zorgprogramma's beschreven onder hoofdstuk III.

Hierdoor streeft ze ernaar om de continuïteit van de zorg te optimaliseren, onnodige opnames te vermijden, en synergieën en functionele samenwerkingsnetwerken te ontwikkelen.

**Artikel 35.** Elk specifiek zorgprogramma biedt in het kader van de externe liaison een samenwerking aan met:

- 1° geïntegreerde diensten voor thuisverzorging;
- 2° huisartsen en huisartsenkringen;
- 3° woonzorgcentra en rust- en verzorgingstehuizen;
- 4° centra voor dagverzorging;
- 5° herstelverblijven;
- 6° functie fysische geneeskunde en revalidatie van een algemeen ziekenhuis;
- 7° zorgprogramma's voor musculoskeletale en neurologische revalidatie;
- 8° niet aan een ziekenhuis of ziekenhuizen verbonden paramedici.

### **Afdeling 4 - Kwaliteitsnormen en normen inzake kwaliteitsopvolging**

#### **Onderafdeling I - Het multidisciplinair handboek voor revalidatie**

**Artikel 36.** § 1. Het specifieke 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:

- 1° afspraken over interne verwijzing en opvolging van de revalidant
- 2° de samenwerking met functies revalidatie en zorgprogramma's zoals vermeld in artikel 31, §4, en de afspraken over verwijzing
- 3° de modaliteiten volgens dewelke het specifieke zorgprogramma de externe liaison vervult en een omschrijving van de externe liaison zoals vermeld in de artikelen 34 en 35 van dit besluit
- 4° de modaliteiten volgens dewelke het specifieke zorgprogramma een advies formuleert om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren in instellingen waarmee een samenwerking bestaat
- 5° welke personen in het multidisciplinaire team welke taken vervullen
- 6° de omschrijving van het kwaliteitsbeleid van het specifieke zorgprogramma (waarden, doelstellingen, opdrachten)
- 7° de organisatie van het specifieke zorgprogramma.

Het handboek wordt op regelmatige tijdstippen volgens de stand van de wetenschap geëvalueerd en aangepast.

§ 2. Het multidisciplinaire revalidatiehandboek wordt ter beschikking gesteld van alle medewerkers van het specifieke 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 de functie betrokken zijn.

#### Onderafdeling II - Het multidisciplinaire revalidatieplan en overleg

**Artikel 37.** Voor elke revalidant van het specifieke zorgprogramma, ambulante, opgenomen in het ziekenhuis of in het dagziekenhuis, stelt het multidisciplinaire revalidatieteam een multi-disciplinair 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 38.** § 1. Het multidisciplinaire revalidatie-team organiseert een systematisch multi-disciplinair 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 externe liaisonfunctie, het multidisciplinaire revalidatie-team 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 39.** 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 40.** § 1. Het multidisciplinaire revalidatie-team neemt vanaf de opname in het ziekenhuis alle noodzakelijke maatregelen ter voorbereiding van de kwaliteitsvolle ontslag of terugkeer naar huis. Het bevordert de continuïteit van de zorg in het algemeen.

§ 2. Het multidisciplinaire revalidatieteam is verantwoordelijk voor :

- 1° het evalueren van de revalidant, van zijn aanpassingsmogelijkheden in zijn woon-omgeving en van de mantelzorg
- 2° het informeren van de revalidant en zijn mantelzorger over de beschikbare thuiszorg en thuiszorgdiensten
- 3° het voorstellen en coördineren van geïndividualiseerde zorgplannen in samenwerking met de eerstelijns

- 4° het organiseren van multidisciplinaire vergaderingen over zorgcontinuïteit.

**Artikel 41.** § 1. Op organisatorisch niveau bestaat de opdracht van de externe liaison erin:

- 1° bij te dragen tot de cultuur van de zorg-continuïteit;
- 2° acties aangaande het door het ziekenhuis gevoerde beleid over zorgcontinuïteit voor te stellen en uit te werken;
- 3° aan de voortgezette opleiding voor het personeel over de beginselen van zorgcontinuïteit deel te nemen;
- 4° multidisciplinaire samenwerkingssynergieën uit te werken, in het geheel van de eenheden van het ziekenhuis;
- 5° initiatieven over zorgcontinuïteit voor te stellen en de re-integratie van de patiënt te bevorderen.

§ 2. Daarenboven staat de externe liaison er voor in:

- 1° samenwerkingsverbanden te ontwikkelen met de eerstelijnszorg en de structuren voor thuiszorg en thuiszorg, onder meer door deelname aan multidisciplinaire comités voor de zorgcontinuïteit;
- 2° samenwerkingsnetwerken uit te bouwen met de andere zorginstellingen en met de algemene en andere specifieke zorgprogramma's.

#### Onderafdeling IV - Kwaliteitsopvolging

##### **Artikel 42.**

Het specifieke zorgprogramma verleent medewerking aan de interne en externe toetsing van de medische activiteit, overeenkomstig de bepalingen van het Koninklijk Besluit van 15 februari 1999 over de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen.

Hiertoe wordt een College voor fysieke geneeskunde en revalidatie opgericht dat belast is met de evaluatie van het in dit besluit beschreven zorgproces. Daarvoor zal het College 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 College eveneens tot opdracht:

- 1° de ziekenhuizen ondersteunen bij het opstellen en aanpassen van een multidisciplinair revalidatiehandboek;
- 2° richtlijnen voorstellen voor het opstellen en evalueren van het revalidatiebilan en van het ontslagformulier;
- 3° een intern registratiemodel opstellen, bedoeld in artikel 3 van voormeld Koninklijk Besluit 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.

## BIJLAGE I – Doelgroepen van het zorgprogramma musculoskeletale en neurologische revalidatie

Het vertrekpunt zijn de specifieke behoeften aan **revalidatie** van de patiënt. Deze worden bepaald door de functionele status (International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) met vermelding van fysiologische en structu-rele stoornissen, beperkingen in de activiteiten en participatieproblemen), het revalidatie potentieel van de revalidant, de complexiteit van de aan-doening (International Classification of Diseases (ICD), de incidentie en prevalentie van de onder-liggende aandoening en de comorbiditeit.

Er moet een **patiëntenclassificatiesysteem** ontwikkeld worden, gekoppeld aan de revalidatie-behoefte en de noden van de patiënt, alsook aan de revalidatiedoelstellingen.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen wat realiseerbaar is aan de hand van de moge-lijkheden die in de nomenclatuur over fysische geneeskunde en revalidatie worden aangeboden (en die behandeld worden binnen de functie) enerzijds en de situaties die een behandeling vereisen die complexer is of langer duurt dan wat in de functie mogelijk is en die een revalidatie in het zorgprogramma vereisen anderzijds.

Er worden 4 verschillende doelgroepen weerhouden:

1. amputatie;
2. niet-aangeboren hersenletsel (NAH) (uitgezonderd persisterend vegetatieve status (PVS), minimale responsatieve status (MRS), locked-in syndroom (LIS))
3. aandoeningen van het perifere zenuwstelsel, het ruggenmerg, neuromusculaire aan-doeningen en evolutieve neurologische aandoeningen
4. orthopedische en (poly)traumatische aan-doeningen, reumatologische aandoeningen en brandwonden.

Tevens dient voor elke groep in het revalidatie-programma na de intensieve revalidatie tijdens de hospitalisatie ook aandacht besteed te worden aan de ambulante verderzetting van de therapie, onderhoudprogramma's (groepssessies) en socioprofessionele integratieprogramma's.

Hierin kadert ook een oplossing voor het vervoersprobleem voor de ambulante setting. De overgang van gehospitaliseerde revalidatie-behandeling naar ambulante therapie zal immers slechts optimaal verlopen wanneer de vervoers-kosten worden vergoed zolang de patiënt in aanmerking komt voor therapie binnen zijn programma.

### 1. De amputatie

#### 1.1. Doelgroep

Patiënten met functiestoornissen of beperkingen op 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;

Voor de onderste ledematen kan een unilaterale amputatie onder de knie zonder comorbiditeit correct worden gerevalideerd in de functie revalidatie. Indien er hoge participatiedoelen zijn, profes-sioneel of op het gebied van vrije tijd of sport, wordt de patiënt verwezen naar het specifieke zorgprogramma voor amputatie.

Dat is tevens het geval wanneer er nood is aan hoogtechnologische prothesen (bijvoorbeeld computergestuurd) of wanneer het kinderen betreft met amputatie of congenitaal reductiedefect.

#### 1.2. Leiding en multidisciplinair revalidatieteam

Het zorgprogramma staat onder leiding van een geneesheer-specialist in fysische geneeskunde en revalidatie.

##### 1.2.1. Multidisciplinair revalidatieteam

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

- revalidatiearts
- revalidatieverpleegkundige
- ergotherapie en kinesitherapie met aangepaste specialisatie amputatie
- klinisch psycholoog
- sociaal werker
- therapeut die instaat voor sport en bewegingstherapie
- therapeut voor de sociale en professionele integratie
- administratief personeel
- revalidatiecoördinator.

##### 1.2.2. Medische deskundigheid

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

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

Het zorgprogramma moet een beroep kunnen doen op:

- de diensten van een algemeen ziekenhuis
- orthopedische techniker/bandagist: binnen de 48 uur.

### 1.3. Uitrusting, infrastructuur en werking

#### Uitrusting

- elektrisch bedienbare hoog-laagtafels
- antidecubituskussens en -matrassen
- aangepaste rolstoelen, (driewiel)fietsen en handbikes
- loop- en ganganalysesysteem
- toestel voor balanstreining met visuele feedback en automatische registratie
- apparatuur met biofeedback en automatische registratie

#### Infrastructuur

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

### 1.4. Quotum

Het zorgprogramma voldoet aan de normen van minimaal 12 nieuwe patiënten per jaar.

### 1.5. Outcome-indicatoren

De klinische outcome-indicatoren zijn in overleg met de Colleges van geneesheren fysische geneeskunde en revalidatie te bepalen.

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 bij wie na een grondige screening op gebied van 2 of meer systemen revalidatie-behoeften vastgesteld worden:

- motoriek/ spasticiteit
- sensibiliteit
- spraak (dysartrie, afasie, ...)
- neuropsychologisch/ cognitief
- gedrag
- sfincters
- slikfunctie
- ...

Patiënten met enkel motorische uitval of met 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 specifieke zorgprogramma NAH. In de postacute fase kunnen deze patiënten terug naar het zorgprogramma verwezen worden.

Kinderen dienen verwezen te worden naar het specifiek zorgprogramma kinderrevalidatie.

In de postacute fase kunnen ze terug naar het zorgprogramma verwezen worden.

### 2.2. Leiding en multidisciplinair revalidatieteam

Het zorgprogramma staat onder leiding van een geneesheer-specialist in fysische geneeskunde en revalidatie of een geneesheer-specialist in de neurologie met bijkomende bekwaming revalidatie.

#### 2.2.1. Multidisciplinair revalidatieteam

Het zorgprogramma beschikt over een multi-disciplinair revalidatieteam dat als volgt is samengesteld:

- revalidatiearts
- revalidatieverpleegkundige
- revalidatie coördinator
- ergotherapie en kinesitherapie met specialisatieopleiding
- psycholoog met bijkomende bekwaming in de neuropsychologie
- logopedie
- sociaal werk
- therapeut die instaat voor sport en bewegingstherapie
- therapeut voor sociale en professionele integratie
- administratief personeel.

Het zorgprogramma moet een beroep kunnen doen op een orthopedisch technicus

#### 2.2.2. Medische deskundigheid

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

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

### 2.3. Specifieke dienstverlening, uitrusting, infrastructuur en werking

#### Specifieke dienstverlening

- spasticiteitsteam
- cognitieve revalidatie



- sociale en professionele integratie (arbeidsevaluatie en beroeps(her)oriëntatie).

#### 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 computerbedieningssysteem
- apparatuur voor verticalisatie, passieve mobilisatie BL/OL (elektrische arm/beenfiets)
- elektrische hooglaagtafels
- loopband met gewichtsondersteuning
- loop- en ganganalysestelsel
- functionele elektrostimulatie
- toestel voor balanstreining met visuele feedback en automatische registratie
- apparatuur met biofeedback en automatische objectieve registratie;
- handfunctietoestel met geïntegreerde visuele feedback en objectieve registratie.

#### Infrastructuur

- verpleegeenheid met aangepast sanitair en voorzien op rolstoelgebruik (Sp-dienst);
- kinesitherapiezaal (+rolstoeltraining);
- bij voorkeur meerdere kleine lokalen om prikkelarm te kunnen werken;
- ergotherapiezaal met het nodige materiaal (oefenkeuken, ADL training);
- cognitief lokaal;
- therapielokalen logopedie;
- lokalen uitgerust voor de consulenten;
- mogelijkheden op verplaatsing (bv. sportzaal, hydrotherapie);
- ontspanningsruimte;
- multifunctionele lokalen: vergaderlokalen/educatief lokaal/gesprekslokalen.

#### 2.4. Quotum

Het zorgprogramma voldoet aan de normen van minimaal 40 nieuwe patiënten per jaar.

#### 2.5. Outcome-indicatoren

De klinische outcome-indicatoren zijn in overleg met de Colleges van geneesheren fysische geneeskunde en revalidatie te bepalen.

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 plexus brachialis-lletsels of lumbosacralisletsels (aangetoond op EMG, met een parese <4/5), cauda equinasyndroom zonder sfincterstoornissen.  
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 (bijvoorbeeld ademhaling, mictie, defecatie...) zijn aangetast, moet verwezen worden naar het specifieke zorgprogramma. Ook is verwijzing nodig in geval van hoge participatiedoelen, professioneel of op het gebied van vrije tijd of sport.
- Evolutieve neurologische aandoeningen (zoals MS) bij een opstoot of functieverlies bij beperktere afwijkingen, of in de postacute fase bij een gecompliceerd deficit of functieverlies. Patiënten met een acute MS-opstoot en complexe revalidatienoden of -doelen dienen verwezen te worden naar een gespecialiseerd centrum.
- Medullaire letsels: medullopathie met tetra-parese, paraparese, paraplegie met beperktere functionele doelstellingen.  
Een patiënt met een ernstige tetraparese of paraplegie met uitzicht op socioprofessionele re-integratie dient verwezen te worden naar een gespecialiseerd centrum.

#### 3.2. Leiding en multidisciplinair revalidatieteam

Het zorgprogramma staat onder leiding van een geneesheer-specialist in fysische geneeskunde en revalidatie of een geneesheer-specialist in de neurologie met bijkomende bekwaming revalidatie.

##### 3.2.1. Multidisciplinair revalidatieteam

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

- revalidatiearts
- revalidatieverpleegkundige
- revalidatie coördinator
- ergotherapie en kinesitherapie met specialisatieopleiding (minstens 1 VTE kinesitherapeut en 1 VTE ergotherapeut beschikbaar)
- klinisch psycholoog;
- sociaal werk
- therapeut die instaat voor sport en bewegingstherapie
- therapeut voor sociale en professionele integratie
- administratief personeel.

Het zorgprogramma moet een beroep kunnen doen op een orthopedisch technicus

### 3.2.2. Medische deskundigheid

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

- inwendige geneeskunde
- neurologie/ neurochirurgie
- orthopedist.

### 3.3. Uitrusting, infrastructuur en werking

#### Uitrusting

- elektrisch bedienbare hoog-laagtafels
- antidecubituskussens en –matrassen
- aangepaste rolstoelen
- loop- en ganganalysesysteem
- toestel voor balanstraining met visuele feedback en automatische registratie
- apparatuur met biofeedback en automatische registratie.

#### Infrastructuur

- verpleegeenheid met aangepast sanitair en voorzien op rolstoelgebruik (Sp-dienst)
- kinesitherapie- en ergotherapiezaal met het nodige materiaal
- orthopedische werkplaats
- mogelijkheden op verplaatsing (sportzaal, hydrotherapie)
- multifunctionele ruimte
- vergaderlokalen/educatief lokaal/ gesprekslokalen.

### 3.4. Quotum

Het zorgprogramma voldoet aan de normen van minimaal 25 nieuwe patiënten per jaar.

### 3.5. Outcome-indicatoren

De klinische outcome indicatoren zijn in overleg met de Colleges van geneesheren fysische geneeskunde en revalidatie te bepalen.

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 (poly)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 kunnen binnen de functie behandeld worden.

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

Polytrauma met aantasting van meerdere orgaansystemen of een verhoogd risico op orgaanfalen en levensbedreigende monotrauma, dienen na stabilisatie verwezen te worden naar een gespecialiseerd centrum.

### 4.2. Leiding en multidisciplinair revalidatieteam

Het zorgprogramma staat onder leiding van een geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie.

#### 4.2.1. Multidisciplinair revalidatieteam

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

- revalidatiearts
- revalidatieverpleegkundige
- revalidatie coördinator
- ergotherapie en kinesitherapie met aangepaste specialisatie
- klinisch psycholoog
- sociaal werker
- therapeut die instaat voor sport en bewegingstherapie
- therapeut voor sociale en professionele integratie
- administratief personeel.

Het zorgprogramma kan een beroep doen op een orthopedisch technicus/bandagist binnen de 48 uur en op de diensten van een algemeen ziekenhuis.

#### 4.2.2. Medische deskundigheid

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

- vasculair chirurgie
- inwendige geneeskunde
- traumatologie/orthopedie.

### 4.3. Uitrusting, infrastructuur en werking

#### Uitrusting

- elektrisch bedienbare hoog-laagtafels
- antidecubituskussens en –matrassen
- aangepaste rolstoelen
- loop- en ganganalysesysteem
- toestel voor balanstraining met visuele feedback en automatische registratie
- apparatuur met biofeedback en automatische registratie.

#### Infrastructuur

- verpleegeenheid met aangepast sanitair en voorzien op rolstoelgebruik (Sp-dienst)
- kinesitherapie- en ergotherapiezaal met het nodige materiaal
- orthopedische werkplaats
- mogelijkheden op verplaatsing (bv. sportzaal, hydrotherapie)



- gebruik kunnen maken van multifunctionele ruimte
- gebruik kunnen maken van vergaderlokalen/educatief lokaal/gesprekslokalen.

#### 4.4. Quotum

Het zorgprogramma voldoet aan de normen van minimaal 15 nieuwe patiënten.

#### 4.5. Outcome-indicatoren

De klinische outcome indicatoren zijn in overleg met de Colleges van geneesheren fysische geneeskunde en revalidatie te bepalen.

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 specifieke zorgprogramma's musculoskeletale en neurologische revalidatie

Het vertrekpunt zijn de specifieke behoeften aan **revalidatie** van de patiënt. Deze 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 revalidatie potentieel 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 **patiëntenclassificatiesysteem** ontwikkeld worden, gekoppeld aan de revalidatie-behoefte en de noden van de patiënt, alsook aan de revalidatiedoelstellingen.

Specifieke 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. Deze specifieke zorgprogramma's profileren zich als expertisecentrum en algemene zorgprogramma's kunnen naar hen doorverwijzen.

Er worden 11 doelgroepen weerhouden:

1. Dwarslaesie
2. Niet aangeboren hersenletsel (NAH): inclusief Persistent vegetatieve status (PVS), minimale vegetatieve status (MVS), locked-in syndroom (LIS)
3. Hersenverlamming (Cerebral Palsy)
4. Spina bifida
5. Multipel Sclerose in de intensieve fase
6. Uitgebreide (poly) traumatische aandoeningen (complexe gevallen en lage incidentie).
7. Amputaties van bovenste of hoogniveau onderste ledematen (heup of hemipelvectomy) of met nood aan complexe technologie
8. Brandwonden of necrotiserende fasciitis
9. referentiecentra
10. Kinderrevalidatie
11. Plexus brachialis letsel en uitgebreide perifere neurogene aandoening zoals syndroom van Guillain Barré waarbij aantasting van meerdere systemen

Tevens dient voor elke groep het revalidatie-programma na de intensieve revalidatie tijdens de hospitalisatie ook aandacht te besteden aan de ambulante verderzetting van de therapie en socioprofessionele integratieprogramma's. De onderhoudsbehandelingen moeten binnen de functie of het zorgprogramma worden verdergezet.

Hierin kadert ook een oplossing voor het vervoersprobleem voor de ambulante setting. De overgang van gehospitaliseerde revalidatie-behandeling

naar ambulante therapie zal immers slechts optimaal verlopen indien de vervoers-kosten worden vergoed zolang de patiënt in aanmerking komt voor therapie binnen zijn programma.

### 1. Dwarslaesie

#### 1.1. Doelgroep

De doelgroep bestaat uit patiënten met een ruggenmergletsel of met een (conus medullaris of cauda equina)letsel met blaas-, darm- of seksuele stoornissen.

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 specifiek revalidatie-programma 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.

#### 1.2. Leiding en multidisciplinair revalidatieteam

Het specifieke zorgprogramma staat onder leiding van een geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie of een geneesheer-specialist in de neurologie, neurochirurgie of orthopedie met bijkomende bekwaamheid revalidatie.

##### 1.2.1. Multidisciplinair revalidatieteam

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

- revalidatiearts
- revalidatie coördinator
- revalidatieverpleegkundige
- kinesitherapeut
- ergotherapeut
- logopedist
- klinische psycholoog
- sociaal werker
- therapeut voor sport en beweging.

##### 1.2.2. Medische deskundigheid

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

- urologie
- orthopedie/traumatologie
- neurochirurgie
- dermatologie
- plastische en reconstructieve heelkunde

- inwendige geneeskunde
  - pneumologie
  - gastro-enterologie
  - cardiologie
- psychiatrie
- NKO
- anesthesie/intensieve geneeskunde.

### 1.3. Specifieke dienstverlening, uitrusting, infrastructuur en werking

#### Specifieke dienstverlening

- spasticiteitsteam (met de mogelijkheid tot de behandeling met botulinetoxine, ITB, heelkundige technieken (orthopedisch/ neurochirurgisch), arbeidsevaluatie en beroepsoriëntatie)
- seksualiteit en fertiliteitteam
- thuisbeademing
- autosimulator/autorijden
- onderwijs
- informatica
- orthesiologie
- technische aanpassingen
- erkenning multidisciplinair team (MDT) voor mobiliteitshulpmiddelen
- erkenning multidisciplinair team (MDT) voor VAPH.

#### Uitrusting

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

#### Infrastructuur

- verpleegeenheid met aangepast sanitair en voorzien op rolstoelgebruik (Sp-dienst)
- kinesitherapiezaal (+rolstoeltraining)
- ergotherapiezaal met het nodige materiaal
- therapeutisch appartement
- lokalen uitgerust voor de consulenten
- orthopedische werkplaats
- sportzaal
- 3D ganglabo
- Ontspanningsruimte
- vergaderlokalen/educatief lokaal/ gesprekslokalen.

#### Werking

Follow-up, gespecialiseerde evolutiebilans en verslagen om de drie maand. Gebruik van de AIS-schaal en van de SCIM-schaal van functionele afhankelijkheid.

Organisatie van één teamvergadering per week.

Organisatie van een re-integratieprogramma.

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.

Minstens één gespecialiseerde publicatie per jaar voor het hele team.

Functionele relatie met alle specialismen van een algemeen ziekenhuis.

Wetenschappelijke relatie en opleidingsrelatie met een universiteit.

#### 1.4. Quotum

In de Europese landen zijn er 1 à 2 patiënten per 100.000 inwoners per jaar. Komt overeen met 150 nieuwe casussen per jaar. Een minimum van 25 nieuwe gevallen per jaar en een tenlasteneming van 30 patiënten per dag is aanbevolen.

Dat komt neer op 1 centrum per 2 miljoen inwoners. In de omliggende landen (UK, Duitsland, Frankrijk, Nederland) is de doelgroep die gedekt wordt door een referentiecentrum van de grootteorde van 4 tot 6 miljoen personen.

#### 1.5. Outcome-indicatoren

De klinische outcome indicatoren zijn in overleg met de Colleges van geneesheren fysische geneeskunde en revalidatie te bepalen.

De operationele - en 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

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

De oorzaak van het niet-aangeboren hersenletsel kan onder meer zijn: een beroerte, een trauma-tisch hersenletsel, anoxie, encefalitis, hersenabces of hersentumor.

Patiënten met een NAH die zich in een persisterend vegetatieve status, een minimaal responsieve status bevinden of die een locked-in syndroom vertonen.

PVS (persisterend vegetatieve status)

De patiënt in een vegetatieve status moet aan de volgende criteria beantwoorden:

- geen enkele vorm van bewustzijn van zichzelf of van de omgeving, geen communicatie met anderen;
- geen enkele volgehouden, gerichte, vrijwillige en replicerbare respons op stimulatie van het gezichtsvermogen, het gehoor, de tastzin of pijnprikkels;
- geen enkel teken van welke vorm van taalvermogen, noch begrip, noch expressie;
- soms spontaan de ogen openen, oogbewegingen maken, zonder met de ogen te volgen;
- kan slaap-waakritme vertonen en ontwaken met tussenpozen, zonder bewust te zijn;
- autonome hypothalamische en hersenstamfuncties zijn voldoende om te overleven met medische en verpleegkundige zorg;
- geen emotionele respons op een verbaal commando;
- urinaire of fecale incontinentie;
- aanwezigheid van een relatief behoud van craniale en spinale reflexen.

**Persisterend** vegetatieve status: indien vegetatieve status langer dan 1 maand duurt

**Permanent** vegetatieve status: langer dan 3 maand tot 12 maanden (andere setting opzoeken dan specifiek zorgprogramma)

MRS (minimaal responsieve status)

De patiënt in een minimaal responsieve status moet aan de volgende criteria beantwoorden:

- indien hij bekwaam is tot bepaalde interactie met de omgeving, m.a.w. cognitief bepaald gedrag, niet standvastig maar wel repro-duceerbaar, lang genoeg aanhoudend om van een eenvoudige reflex te worden onderscheiden
- uitvoeren van eenvoudige bevelen
- ja-nee-antwoorden, verbaal of via gebaren (al dan niet correct)
- verstaanbare woorden
- betekenisvol gedrag: bewegingen of affectief gedrag dat verband heeft met relevante omgevingsprikkels en niet-reflexmatig optreedt. Bv. glimlachen of wenen als antwoord op een prikkel met een emotionele of niet-neutrale inhoud (visueel, verbaal...)
- stem maken of bewegen als antwoord op de taalkundige inhoud van een vraag
- gericht reiken naar een voorwerp
- vastnemen van een voorwerp, overeenkomstig de grootte en de vorm van het voorwerp
- met de ogen volgen van een bewegende prikkel, het langer fixeren van een stilstaande prikkel.

Iemand is niet langer minimaal responsief indien hij in staat is tot:

- functionele interactieve communicatie;
- functioneel gebruik van 2 verschillende voorwerpen.

LIS (Lock in syndroom)2.2. Leiding en multidisciplinair revalidatieteam

Het specifieke zorgprogramma staat onder leiding van een geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie of een geneesheer-specialist in de neurologie of neurochirurgie met bijkomende bekwaamheid revalidatie.

2.2.1. Multidisciplinair revalidatieteam

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

- revalidatiearts
- revalidatie coördinator
- revalidatieverpleegkundige
- kinesitherapeut
- ergotherapeut
- logopedist
- klinische psycholoog
- sociaal werker
- therapeut voor sport en beweging.

2.2.2. Medische deskundigheid

Het specifieke zorgprogramma moet een beroep kunnen doen op geneesheren-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. Specifieke dienstverlening, uitrusting, infrastructuur en werking

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

Specifieke dienstverlening

- spasticiteitsteam (met de mogelijkheid tot de behandeling met botulinetoxine, ITB, heelkundige

technieken (orthopeisch/neurochirurgisch),  
cognitieve revalidatie

- aangepaste rolstoelen, orthesen en aanpassingen
- seksualiteitsteam
- informatica
- orthesiologie
- technische aanpassingen
- erkenning multidisciplinair team (MDT) voor mobiliteitshulpmiddelen
- erkenning multidisciplinair team (MDT) voor VAPH.

#### Uitrusting

- elektrisch bedienbare hoog-laagbedden met zijsponden
- antidecubituskussens en -matrassen, positioneringsmateriaal
- zuurstofvoorziening, aspiratiemateriaal, bevochtigde perslucht, PEP maskers (positive end pressure) en alle nodige ademhalingsapparatuur
- aangepaste rolstoelen (o.a. manuele verzorgingsrolstoelen en elektronische rolstoelen, aangepaste zitschelp indien nodig)
- rolstoel-, omgevings- en computerbedieningssystemen
- communicatieondersteunende systemen
- apparatuur voor verticalisatie, passieve mobilisatie ledematen (elektrische arm/beenfiets)
- loopband met gewichtsondersteuning.

#### Infrastructuur

- verpleegeenheid met aangepast sanitair en voorzien op rolstoelgebruik (Sp-dienst)
- kinesitherapiezaal (met rolstoeltraining)
- meerdere kleine lokalen om prikkelarm te kunnen werken
- ergotherapiezaal met het nodige materiaal
- cognitief lokaal
- computerlokaal
- therapielokalen logopedie
- therapeutisch appartement
- lokalen uitgerust voor de consulenten
- orthopedische werkplaats
- sportzaal + mogelijkheden op verplaatsing (bv. hippotherapie) 3D ganglabo
- hydrotherapie
- ontspanningsruimte/snoezelruimte
- vergaderlokalen/educatief lokaal/gesprekslokalen.

#### 2.4. Quotum

Het zorgprogramma behandelt minimaal 30 nieuwe patiënten per jaar.

#### 2.5. Outcome-indicatoren

De klinische outcome indicatoren zijn in overleg met de Colleges van geneesheren fysische geneeskunde en revalidatie te bepalen.

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. Hersenverlamming (cerebral palsy of CP)

#### 3.1. Doelgroep

Patiënten met hersenverlamming.

#### 3.2. Leiding en multidisciplinair revalidatieteam

Het specifieke zorgprogramma staat onder leiding van een geneesheer-specialist in fysische geneeskunde en revalidatie.

##### 3.2.1. Multidisciplinair revalidatieteam

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

- revalidatiearts
- revalidatie coördinator
- revalidatieverpleegkunde
- kinesitherapeut
- ergotherapeut.

Het zorgprogramma kan een beroep doen op een psycholoog, logopedist en sociaal werker.

##### 3.2.2. Medische deskundigheid

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

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

#### 3.3. Uitrusting, infrastructuur en werking

Therapie is voornamelijk functioneel (kinesithérapie, ergotherapie en revalidatie-verpleging)  
Afhankelijk van bijkomende problemen kan een beroep gedaan worden op andere disciplines van het referentiecentrum: psycholoog, logopedist en sociaal werker.

#### Infrastructuur en uitrusting

- ruimte voor kinesithérapie en ergotherapie met het nodige adequate materiaal voor functionele training zoals loopband met gewichts-ondersteuning, hometrainers, functionele elektrostimulatie, biofeedback, evenwichts-training, tiltingtafels,

materiaal voor spier-training, hoog-laagtafels, lange evenwijdige baren, 3D ganglabo

- spasticiteitsteam (met mogelijk tot behandeling met botulinetoxine, ITB, heelkundige technieken orthopedisch of neurochirurgisch)
- ziekenhuisschool.

### 3.4. Quotum

Uit te drukken in nieuwe aantallen patiënten per jaar en aantal behandelingen per dag, door experts aan te vullen.

### 3.5. Outcome-indicatoren

De klinische outcome indicatoren zijn in overleg met de Colleges van geneesheren fysische geneeskunde en revalidatie te bepalen.

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. Spina bifida

Deze doelgroep wordt vaak samen met de doelgroep in de CP-referentiecentra behandeld.

De normen moeten door de experts uitgewerkt worden.

## 5. Multipole sclerose (MS)

### 5.1. Doelgroep

- Vroegbegeleiding (= kortdurend ambulant, multidisciplinair), gespecialiseerd revalidatie-advies op maat van symptomatische MS in de beginfase van de aandoening en met toene-mende functionele hinder, met aandacht voor verborgen symptomen, energiemanagement, re-integratie, opstellen van thuisbehandelings-programma's.
- In een acute opstoot met ernstig functioneel deficit op meer dan twee systemen, met complexe revalidatienoden of –doelen.
- Meerdere opflakkingen met ernstig functioneel deficit binnen de zes maanden met complexe revalidatienoden of –doelen.
- Progressieve deterioratie met ernstig functioneel deficit op een termijn van zes maanden, ondanks het volgen van een onderhouds-oefenprogramma en neurologische behandeling.
- Inschaling en integratie van complexe hulpmiddelen zoals omgevingsbediening bij tetraparese, communicatiedevices bij anarthrie, low vision bij neuropsychologische beperkingen.
- Nood aan multidisciplinaire expertinterventies voor recidiverende decubitus, verwickelde spasticiteit, seksualiteitsproblematiek, ondervoeding, psychorelationele decompensatie.

### 5.2. Leiding en multidisciplinair revalidatieteam

Het specifieke zorgprogramma staat onder leiding van een geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie of een geneesheer-specialist in de neurologie met bijkomende bekwaming revalidatie.

#### 5.2.1. Multidisciplinair revalidatieteam

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

- revalidatiearts
- revalidatie coördinator
- revalidatieverpleegkundige
- kinesitherapeut
- ergotherapeut
- logopedist
- klinisch psycholoog
- sociaal werker
- sport- en bewegingstherapeut.

#### 5.2.2. Medische deskundigheid

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

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

### 5.3. Specifieke dienstverlening, uitrusting, infrastructuur en werking

#### Specifieke dienstverlening

- multidisciplinaire MS-raadpleging, screening- en vroegbegeleidingsprogramma's
- arbeidsreintegratieprogramma
- erkenning multidisciplinair team (MDT) voor mobiliteitshulpmiddelen
- erkenning multidisciplinair team (MDT) voor VAPH
- erkenning expertcentrum voor VAPH
- orthopedische werkplaats.

#### Infrastructuur

- verpleegeenhe(i)d(en) met aangepast sanitair en voorzien op rolstoelgebruik (Sp-dienst)



- revalidatiecentrum voorzien voor rolstoelgebruikers en met aangepast sanitair
- kinesitherapiezaal en -lokalen (voor individuele behandelingen en groepsbehandelingen)
- hydrotherapie
- mogelijkheden voor sporttherapie al dan niet ter plaatse
- parcours voor rolstoeltraining
- ergotherapiezaal en lokalen (voor individuele behandelingen en groepsbehandelingen)
- therapeutisch appartement voor ADL-training
- trainingslokaal voor cognitieve training en aangepast computer gebruik
- orthopedische werkplaats
- behandellokalen voor logopedie (incl. IPV-behandeling)
- akoestisch geïsoleerd evaluatielokaal logopedie
- behandellokalen voor klinische psychologie en neuropsychologie
- individuele lokalen voor de sociaal werkers
- consultatieruimten voor artsen-consultanten
- aangepaste infrastructuur voor de opvang van de ambulante patiënten (eetruimten, cafetaria, toiletten...)
- vergaderlokalen/educatief lokaal/ gesprekslokalen
- cybercafé.

#### Uitrusting

- elektrisch bedienbare hoog-laagbedden
- antidecubituskussens en -matrassen, positioneringsmateriaal en tilliften
- uitgebreid rolstoelpark: manuele rolstoelen (actief of verzorging), 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...).

#### Werking

- er dienen revalidatieprogramma's worden aangeboden voor zowel gehospitaliseerde als ambulante patiënten. Die zijn vastgelegd en uitgeschreven in zorgprogramma's 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
- er is een overleg met de thuiszorg (huisartsen, kinesiasten, sociaal assistent, thuisverpleging, MS-Liga...)

- er dient een functionele relatie te zijn met alle relevante specialismen van een algemeen ziekenhuis
- er dient een wetenschappelijke relatie en een opleidingsrelatie met een universiteit te bestaan
- het team organiseert jaarlijks minstens één klinisch wetenschappelijke vergadering (symposium, congres...).

#### 5.4. Quotum

In België zijn er ongeveer 10.000 MS patiënten, per jaar worden circa 450 nieuwe diagnoses gesteld. Recente onderzoeksgegevens uit Frankrijk, Denemarken en het Verenigd Koninkrijk tonen aan dat de prevalentie en de incidentie van MS toeneemt.

Het revalidatiecentrum moet minimum 60 nieuwe gevallen per jaar (eerste contacten in zorgprogramma's) behandelen en een dagelijkse opvolging van minstens 60 patiënten garanderen, met een redelijke spreiding over hospitalisatie en ambulante programma's.

#### 5.5. Outcome-indicatoren

De klinische outcome indicatoren zijn in overleg met de Colleges van geneesheren fysische geneeskunde en revalidatie te bepalen.

De operationele - en performantie-indicatoren en patiëntveiligheid moeten in samenspraak met de revalidatiecoördinatoren bepaald worden en opgenomen worden in het Handboek van de revalidatie.

### 6. Polytrauma (complex en lage incidentie)

#### 6.1. Doelgroep

Iedere patiënt die bij een ongeval letsels opliep die mogelijk levensbedreigend zijn of waarvan de combinatie tot ernstig orgaanfalen kan leiden. In de prehospitalaire fase 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:

- 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).

Voor de zorgprogramma's revalidatie komt een polytraumapatiënt zoals hoger gedefinieerd in aanmerking voor het specifieke 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 asuinaletsel, of craniocerebraal trauma wordt desgevallend verwezen naar het zorgprogramma NAH of naar de specifieke zorgprogramma's 'NAH' of 'dwarslaesie'.

### Normen

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

## **7. Amputatie van een bovenste lidmaat of congenitaal defect of hoogniveau amputatie onderste lidmaat (heupdesarticulatie of hemipelvectomie) of nood aan complexe technologie**

### 7.1. Doelgroep

Patiënten met functiestoornissen of beperkingen op activiteiten- en/of participatieniveau door een amputatie van het bovenste lidmaat.

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

- bilaterale amputatie van een onderste lidmaat waarbij minstens een zijde een amputatieniveau hoger is dan transtibiaal
- heupdesarticulatie
- hemipelvectomie
- congenitaal reductiedefect (eventueel omkeerplastiek).

Patiënten met een amputatie van een onderste lidmaat op een lager niveau indien er hoge participatiedoelen zijn, professioneel of op het gebied van vrije tijd of sport.

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 specifieke zorgprogramma 'revalidatie van kinderen en adolescenten'.

### Normen

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

## **8. Brandwonden of necrotiserende fasciitis**

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

## **9. Epilepsie referentiecentra**

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

## **10. Revalidatie van kinderen en adolescenten**

### 10.1. Doelgroep

De doelgroep bestaat uit kinderen of adolescenten tussen de leeftijd van 0 tot 18 jaar, met een ernstige musculoskeletale en/of neurologische aandoening:

- pathologieën van cerebrale oorsprong, congenitaal of verworven, acuut of degeneratief
- pathologieën van medullaire oorsprong, congenitaal of verworven
- perifere neurogene aandoeningen, congenitaal of verworven  
vb. Guillain-Barré, HMSN, plexus letsel, polyneuropathieën
- pathologieën van de neuromusculaire junctie, congenitaal of verworven
- spieraandoeningen, spierziekten, congenitaal of verworven
- pathologieën ten gevolge van metabole of endocrinologische aandoeningen, bindweefselaandoeningen... met belangrijke functionele weerslag
- polytrauma, met een uitgebreid en complex letsel aan ten minste één lidmaat
- amputatie van een lidmaat, congenitaal of verworven. Gezien de specificiteit bij kinderen worden, in tegenstelling tot volwassenen, ook onderbeenamputaties en hand- of onderarmamputaties hierbij geïnccludeerd
- skeletale aandoeningen, congenitaal of verworven, met ernstig functioneel verlies
- juveniele Rheumatoïde Arthritis opstoot met belangrijke functionele beperking
- brandwonden of ernstige huiddefecten ter hoogte van de ledematen en/of de romp, met belangrijke functionele en psychologische weerslag
- zeldzame congenitale of verworven aandoeningen op kinder- of adolescentenleeftijd met ernstige functionele uitvalsverschijnselen.

### 10.2. Leiding en multidisciplinair revalidatieteam

Het specifieke zorgprogramma voor kinderen staat onder leiding van een geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie of een geneesheer-specialist in de pediatrie met bijkomende bekwaamheid revalidatie.

#### 10.2.1. Multidisciplinair revalidatieteam

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

- revalidatiearts
- kinesitherapeut, met specifieke bijscholing voor het behandelen van kinderen
- ergotherapeut, met specifieke bijscholing voor het behandelen van kinderen
- logopedist, met specifieke bijscholing voor het behandelen van kinderen
- kinderpsycholoog, met specifieke bijscholing voor het behandelen van kinderen
- sociaal werker

- sport/speltherapeut, met specifieke bijscholing voor het behandelen van kinderen.

#### 10.2.2. Medische deskundigheid

Het specifieke zorgprogramma voor kinderen moet een beroep kunnen doen op geneesheren-specialisten van de volgende disciplines:

- pediatrie (alle subdisciplines binnen de pediatrie : neurologie, gastro-enterologie, cardiologie, nefrologie, reumatologie, pneumologie, endocrinologie)
- kinderorthopedie/traumatologie
- kinderurologie
- kinderneurochirurgie
- dermatologie
- plastische en reconstructieve heelkunde
- kinderpsychiatrie
- NKO
- Anesthesie
- pediatrie intensieve geneeskunde.

#### 10.3. Specifieke dienstverlening, uitrusting, infrastructuur en werking

##### Specifieke dienstverlening

- onderwijs type 5 (ziekenhuisschool) is een absolute vereiste in het geval van langdurige revalidatie van kinderen
- spasticiteitsteam (met de mogelijkheid tot de behandeling met botulinetoxine, ITB, neurochirurgische of orthopedische technieken)
- aangepaste informatica – hardware en software voor kinderen
- neurocognitieve trainingsprogramma's voor kinderen
- orthopsie voor kinderen, in het bijzonder voor kinderen met centrale visuele inperking
- orthesiologie voor kinderen
- erkenning multidisciplinair team voor mobiliteitshulpmiddelen en VAPH
- aangepast transport van kinderen van huis naar het kinderrevalidatiecentrum en omgekeerd, werkende ouders zijn niet in staat om hun kinderen naar het Kinderrevalidatiecentrum te brengen.

##### Uitrusting

- elektrisch bedienbare hoog-laag brede onderzoeks- en behandelafel
- positioneringmateriaal
- aangepaste en in hoogte verstelbare kinderstoelen om aan tafel te kunnen zitten
- aangepaste en in hoogte verstelbare tafels met buikuitsparing en mogelijkheid tot inclineren van het werkblad
- kinderrolstoelen (manuele en elektronische rolstoelen)
- omgevings- en computerbedieningssystemen
- apparatuur voor functionele elektrische stimulatie
- apparatuur voor verticalisatie, sta-apparaten in verschillende afmetingen

- apparatuur voor passieve mobilisatie ledematen (kinetec, motomed, elektrische arm/beenfiets)
- in hoogte verstelbare parallelle baren voor peuters, kleuters, kinderen en tieners
- aangepaste loophulp : krukken voor alle leeftijden, Kay-walkers in alle maten
- loopband met gewichtsondersteuning, aangepast voor kinderen : met minimale stapnelheid en lage armleniging
- fietsen in alle vormen en maten: loopfietsen voor peuters, gewone fietsen voor tieners, driewielers in verschillende afmetingen
- sportrolstoelen/handbikes/sportmateriaal voor kinderen
- materiaal voor visuele, auditieve en tactiele stimulatie
- interimprothesen in verschillende afmetingen voor amputaties van onderbeen/bovenbeen bij kinderen
- zuurstofvoorziening en aspiratiemateriaal
- aanwezigheid van reanimatiemateriaal voor kinderen van alle leeftijden, inclusief reanimatierichtlijnen
- speelgoed, educatief materiaal, beloningsmateriaal.

##### Infrastructuur

Een kinderrevalidatiecentrum moet voldoen aan de volgende organisatorische en structurele normen van het zorgprogramma voor kinderen.

De kinderen die worden gerevalideerd, mogen niet tegelijkertijd met volwassen patiënten in dezelfde ruimte behandeld of verzorgd worden.

Kinderen die tijdens de revalidatie dienen te worden gehospitaliseerd, verblijven in een erkende pediatrie verpleegafdeling, volledig aangepast aan de noden van zieke en/of revaliderende kinderen.

De inrichting van het kinderrevalidatiecentrum, de uitrusting en het materiaal zijn aangepast aan de specifieke noden van alle kinderen. Meubilair, vloer en speelgoed moeten desinfecteerbaar en af- of uitwasbaar zijn.

Het verblijf binnen de revalidatieafdeling moet voor alle personen, en in het bijzonder voor de kinderen, veilig zijn.

De nodige maatregelen worden genomen om te voorkomen dat de kinderen de afdeling verlaten zonder dat dit verantwoord is.

De volgende ruimtes/faciliteiten worden hiervoor voorzien:

- kinesitherapiezaal
- ergotherapiezaal
- logopedielokaal
- psychologielokaal
- lokaal voor sociaal verpleegkundige
- keuken
- snoezelruimte voor auditieve, visuele en tactiele stimulatie
- prikkelarm testlokaal
- ontspanningsruimte en slaapruiimte
- aangepast sanitair voor kinderen, met verzorgingskussen en kindertoilet

- aangepaste kleedruimte voor kinderen, met lage kastjes voor knuffel en boekentas, lage kapstokjes
- vergaderlokalen
- sportzaal
- hydrotherapie – zwembad
- orthopedische werkplaats
- 3D-ganglabo.

#### Werking

Gezien kinderen groeien en zich verder ontwikkelen, bestaat er bij hen een continue uitdaging om zich aan te passen aan nieuwe eigen situaties of omgevingsveranderingen.

Daarom is er na de acute revalidatiefase, verdere multidisciplinaire opvolging op regelmatige tijdstippen nodig (minimum zes maandelijks). Tevens moet de mogelijkheid bestaan om een nieuwe revalidatieperiode van drie maanden aan te vragen in het geval van specifieke revalidatie-doelstellingen. Ter illustratie: een kind met een dwarslaesie op de leeftijd van twee jaar dient een nieuwe revalidatieperiode te volgen rond de leeftijd van zes jaar voor het aanleren van zelfstandige transfers, autosondage, enzovoort (handelingen die op de leeftijd van twee jaar nog niet mogelijk waren).

Wordt voorzien:

- organisatie van één teamvergadering per week
- organisatie van een re-integratieprogramma
- huisbezoek of schoolbezoek 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
- minstens één gespecialiseerde publicatie per jaar voor het hele team
- functionele relatie met alle specialismen van een algemeen ziekenhuis
- wetenschappelijke relatie en opleidingsrelatie met een universiteit.

#### 10.4. Quotum

De aantal te behandelen patiënten moet nog door de experts worden bepaald.

#### 10.5. Outcome indicatoren

De klinische outcome indicatoren zijn in overleg met de Colleges van geneesheren fysische geneeskunde en revalidatie te bepalen.

De operationele - en performantie-indicatoren en patiëntveiligheid moeten in samenspraak met de revalidatiecoördinatoren bepaald worden en opgenomen worden in het Handboek van de revalidatie.

### 11. Plexus brachialis letsel en uitgebreide perifeer neurogene aandoening zoals syndroom van Guillain Barré waarbij aantasting van meerdere systemen

#### 11.1. Doelgroep:

Patiënten met ernstige perifere neuropathieën, polyradiculopathieën en plexus lumbosacralisletsels (aangetoond op EMG, met een parese <4/5) die zeer complexe revalidatie-noden of doelen stellen die onvoldoende kunnen worden behandeld in het zorgprogramma zoals beschreven in bijlage I, met name:

- indien andere systemen zijn aangetast naast motoriek of sensibiliteit (bv. ademhaling, mictie, defecatie...)
- in geval van hoge participatiedoelen (professioneel of op het gebied van vrije tijd of sport)
- gezien de lage incidentie en complexe noden op het gebied van het medisch multidisciplinair team (met gespecialiseerde handchirurg en neurochirurg) wanneer het een ernstig plexus brachialis letsel betreft.

#### Normen

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

