
Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm.: FRZV/D/627-2 (*)

Advies van de werkgroep Sp van Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen

Visienota Revalidatie Dagziekenhuis¹

Namens de voorzitter van de FRZV,
Margot Cloet,

Sabine Stordeur
Directrice-generaal

(*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 15/01/2026 en door het Bureau op hetzelfde datum geratificeerd.

¹ Gebaseerd op visienota revalidatiedagziekenhuis. Prof. dr. Catharine Vander Linden, Diensthoofd Sp-revalidatie UZ Gent. Voorzitter Belgische Beroepsvereniging van artsen-specialisten Revalidatieartsen

Inhoud

1.	Situering	3
2.	Inleiding.....	3
3.	Definitie “Revalidatie Dagziekenhuis”	6
4.	Doelgroep.....	7
5.	Doel van het “Revalidatie Dagziekenhuis”	7
6.	Interventies in het “Revalidatie Dagziekenhuis”	9
7.	Minimale vereisten voor het “Revalidatie Dagziekenhuis”	10
a.	Slechts 1 type ‘dagrevalidatie-bed’ in het Revalidatie Dagziekenhuis	10
b.	Medisch kader en personeel: Revalidatie Dagziekenhuis Volwassenen (> 16 jaar)	10
c.	Medisch kader en personeel: Revalidatie Dagziekenhuis Kinderen & Jongeren (0-21 jaar): bijkomende	11
d.	Het multidisciplinair gespecialiseerd revalidatieteam voor volwassenen.....	12
e.	Infrastructuur.....	12
f.	Kwaliteitsborging	13
8.	Financiering en budgettaire impact	14
a.	Financiering van het Revalidatie Dagziekenhuis.....	14
b.	Financiële impact op het globaal budget.....	15
c.	Testen van het concept in een proeftuin.....	15
9.	Georganiseerd vervoer tussen huis en “Revalidatie Dagziekenhuis”	16
10.	Besluit	16
11.	Bronnen	18

1. Situering

De Federale raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) formuleerde in 2023 een aantal aanbevelingen over de revalidatie in de ziekenhuizen (ref FRZV/D/581-2 van 28/09/2023:advies m.b.t. programmatie en aanbod aan revalidatiezorg Sp-bedden²).

In dit advies doet de raad een aantal concrete suggesties en is bereid om hieromtrent een vervolgadvis te verlenen. Het gaat over de volgende aanbevelingen:

- De raad vraagt aan de minister om op korte termijn verdere acties i.v.m. het RCS-tool te nemen, meer bepaald:
 - Evaluatie van de oorspronkelijke RCS-tool en een onderzoek naar de noodzaak van aanpassing aan de Belgische situatie
 - Onderzoek naar het gebruik van dit tool voor andere vormen van revalidatie dan neurologisch
 - Uittesten naar gebruik van dit tool in een aantal pilootziekenhuizen met Sp-bedden
- De uitwerking van de concepten ‘intern liaisonteam’ en ‘dagziekenhuis revalidatie’
- De opstart van een FRZV-RIZIV werkgroep, die zich buigt over de verschillende vormen van personeelsomkadering en financiering.

Deze nota geeft een eerste advies voer het concept ‘dagziekenhuis revalidatie’. Het is tevens aangewezen om dit advies aan te vullen met een verdere uitwerking van het concept van intern liaisonteam.

Vertrekkend vanuit eerdere adviezen, die ingingen op de vraag naar een aanpassing van de programmatie van Sp-bedden, focust deze nota op het dagziekenhuis revalidatie voor volwassenen en kinderen. Dezelfde principes zijn ook toepasbaar op de kinderrevalidatie, waarvan de specifieke noden eveneens in deze nota worden beschreven.

2. Inleiding

Door de stijgende overleving na ernstige aandoeningen en de vergrijzing groeit de rol van revalidatie binnen de gezondheidszorg jaarlijks. Revalidatie biedt bovendien aanzienlijke maatschappelijke en economische voordelen, zoals snellere zelfstandigheid, minder complicaties, hogere arbeidsparticipatie en verlaging van langdurige zorgkosten.

De toenemende vraag legt druk op de bestaande revalidatiecapaciteit (Sp-bedden), waardoor een hertekening van het revalidatielandschap nodig is.

Deze visienota beschrijft de oprichting van een “Revalidatie Dagziekenhuis”, waarmee de doorstroming vanuit hospitalisatie naar ambulante revalidatie kan worden versneld, wat zowel het individueel revalidatietraject als de capaciteit van het zorgsysteem ten goede kan komen.

² <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/frzvd581-2-advies-mbt-de-programmatie-en-aanbod-aan-revalidatiezorg-sp-bedden-deel-1>

Revalidatie is een specifieke tak binnen de geneeskunde die zich niet enkel richt op het "genezen" van mensen met een beperking, maar vooral op het vergroten van hun mogelijkheden om zelfstandig te functioneren, volwaardig deel te nemen aan de maatschappij en hun kwaliteit van leven te verbeteren. Door de toegenomen overleving na ernstige ziektes en ongevallen, én door de vergrijzing van de bevolking, groeit het belang van revalidatie binnen onze gezondheidszorg elk jaar verder.

De return on investment van revalidatie situeert zich niet enkel op persoonlijk vlak bij de revalidant, maar ook op maatschappelijk vlak. Zo is revalidatie vanuit gezondheidseconomisch perspectief voordelig om een aantal belangrijke redenen:

- **snellere terugkeer naar zelfstandigheid:** Revalidatie helpt patiënten om snel opnieuw zo zelfstandig mogelijk te functioneren, waardoor ze minder lang (intensieve) zorg nodig hebben. Dat verlaagt de kosten voor ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorg.
- **minder complicaties en heropnames:** Mensen die goed revalideren, hebben minder kans op complicaties (zoals doorligwonden, longontstekingen of valincidenten), waardoor dure heropnames of extra behandelingen worden voorkomen.
- **hogere arbeidsparticipatie:** Als patiënten dankzij revalidatie weer (deels) kunnen werken, leveren ze opnieuw economische waarde op en verminderen ze het beroep op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Mensen met een beperking zijn niet "chronisch ziek", ze hebben naast hun beperking nog heel wat andere mogelijkheden. Dit maakt het ook mogelijk dat de mantelzorger sneller weer aan het werk kan.
- **verlaging van langdurige zorgkosten:** Revalidatie kan langdurige afhankelijkheid van zorg (bijvoorbeeld in woon-zorgcentra) voorkomen of uitstellen, wat op de lange termijn enorme besparingen oplevert.
- **verbeterde kwaliteit van leven:** mensen die zelfstandig functioneren en een goede kwaliteit van leven ervaren, gebruiken gemiddeld minder vaak medische zorg en medicatie, wat opnieuw weer kosten bespaart.

Door de toenemende vraag naar revalidatie neemt de druk op de huidige revalidatiecapaciteit (Sp-bedden) steeds verder toe. Zowel op gewestelijk als federaal niveau groeit bij verschillende instanties en ministers het besef dat een nieuw revalidatielandschap nodig is om de toekomstige uitdagingen het hoofd te bieden. Vanuit het werkveld denken we actief mee over hoe de efficiëntie van de revalidatiezorg kan worden verhoogd en hoe het bestaande aanbod aan Sp-bedden optimaal kan worden ingezet. In dit kader stellen we het concept van een "Revalidatie Dagziekenhuis" voor, dat één van de mogelijke concepten is dat er op gericht is een snellere doorstroming van patiënten vanuit hospitalisatie naar een ambulante revalidatievorm te ondersteunen.

De Raad benadrukt dat dit concept aanvullend is aan de huidige capaciteit van Sp-bedden³ en niet kan leiden tot afbouw van het huidig aantal Sp-bedden.

De stap tussen revalidatie tijdens opname en volledig ambulante revalidatie is vaak té groot, waardoor revalidanten soms langer gehospitaliseerd blijven dan strikt noodzakelijk. Volgende redenen kunnen het ontslag uit een revalidatie-/Sp-bed vertragen:

- **verpleegkundige zorg:** wondzorg (vb. decubitus) al of niet onder pijnstilling, aanleren van intermitterende urinaire sondage bij dwarslaesie, canulezorg, medicatie-toediening IV, educatie aan patiënten en gezin, ...

³ We verwijzen hiervoor naar vroegere adviezen van de FRZV, waarbij de nood aan bijkomende Sp-bedden aangegeven werd (advies 540-2 dd 18/11/2021 over de programmatie van het aanbod van ziekenhuiszorg, advies 549-2 dd 10/02/2022 betreffende het programmatie criterium voor Sp1- tot Sp5-bedden)

- **medische zorg:** er bestaat een noodzaak voor strikte medische opvolging vb. epilepsie bij hersenletsels, behandeling autonome dysreflexie, opvolging diepe veneuze trombose bij dwarslaesie, labo- of technische onderzoeken, consultaties al of niet aan bed van andere medische disciplines, ...
- **psychologische problemen of gedragsstoornissen** (vb. bij hersenletsels)
- **overdag geen omkadering** of onvoldoende supervisie in de thuiscontext bij revalidanten die nog grotendeels afhankelijk zijn (vb. gezinsleden gaan overdag werken)
- **geen vervoersmogelijkheden** van en naar het revalidatiecentrum tijdens de kantooruren omdat er geen gezin/familie/vrienden zijn die de revalidant kan brengen of afhalen

De oprichting van een “Revalidatie Dagziekenhuis” kan mee het tekort aan revalidatiecapaciteit tijdens hospitalisatie opvangen door de doorstroming te verhogen, en het revalidatieproces van de individuele patiënt versnellen. Tegelijkertijd dient te worden ingezet op uitbouw van de eerstelijnszorg zodat bij ontslag van de patiënt uit ziekenhuis continuïteit en kwaliteit van zorg gewaarborgd blijven.

Een intensief multidisciplinair revalidatietraject na een ernstige ziekte of ongeval kunnen we arbitrair indelen in opeenvolgende stadia, die noodzakelijkerwijze niet allemaal doorlopen moeten worden:

- **Revalidatie tijdens hospitalisatie:** Tijdens het traject van intensieve zorgen naar een acute hospitalisatieafdeling, en vervolgens (eventueel) naar een Sp-revalidatiebed, ontvangt de patiënt pluri- of multidisciplinaire revalidatie onder toezicht en coördinatie van de revalidatiearts. Omdat er een aanzienlijke behoefte aan medische en verpleegkundige zorg bestaat, blijft in dit stadium hospitalisatie noodzakelijk.
- **Revalidatie via daghospitalisatie:** Zodra de medische en verpleegkundige zorg minder prominent aanwezig is en de patiënt voldoende zelfredzaam is om 's avonds naar huis terug te keren (onder begeleiding van familie of mantelzorgers), kan de pluri- of multidisciplinaire revalidatie verlopen via daghospitalisatie.
- **Revalidatie in een herstelverblijf en andere residentiële revalidatie**
- **Ambulante revalidatie:** het multidisciplinaire revalidatietraject kan volledig ambulant worden verdergezet, wanneer de nood aan medische of verpleegkundige zorg minimaal is en de patiënt zelfredzaam is.

Elke patiënt die in aanmerking komt voor een revalidatietraject, kan verschillende stadia van revalidatie doorlopen. De duur en het verloop van het revalidatietraject binnen de hierboven beschreven stadia zijn niet alleen afhankelijk van de ernst van de functiebeperking, maar ook van diverse interne en externe factoren, zoals beschreven in het ICF-model (International Classification of Functioning, Disability and Health):

- Onder **interne factoren** verstaan we onder andere de herstelcapaciteit, leeftijd, aanwezigheid van co-morbiditeiten, motivatie en psychische draagkracht.
- **Externe factoren** omvatten de sociale omkadering, zoals het al dan niet alleen wonen, de aanwezigheid van familie of vrienden, aansluiting bij school of werk, en de toegankelijkheid van de woning.

De revalidatie kan ook zonder hospitalisatieperiode van start gaan in het Revalidatie Dagziekenhuis of zelfs onmiddellijk ambulant. Bovendien moet de mogelijkheid bestaan om vlot te schakelen tussen de ambulante revalidatie en het Revalidatie Dagziekenhuis, of zelfs indien nodig terug naar de hospitalisatieafdeling bij ernstige complicaties of co-morbiditeit.

Niet elke revalidant doorloopt de revalidatiestadia op een lineaire manier. Personen met een beperking worden doorheen de verschillende levensfasen geconfronteerd met veranderende doelstellingen, zorgnoden en uitdagingen, met blijvende kans op complicaties binnen reeds bestaande pathologie. Dit vereist de mogelijkheid om flexibel en vlot te schakelen tussen verschillende revalidatievormen.

Na ontslag uit het revalidatiecentrum is, buiten enkele specifieke indicaties, doorgaans enkel monodisciplinaire opvolging mogelijk. Er is daarom nood aan een model van *lifespan care* dat toelaat om, op indicatie, tijdelijke multidisciplinaire revalidatie-interventies op te starten, waaronder revalidatie in het dagziekenhuis, met een hospitalisatie-vermijdend effect.

Wanneer tijdens de hospitalisatie blijkt dat de patiënt wel nood heeft aan revalidatie, maar onvoldoende fysieke of psychische mogelijkheden heeft om een intensief multidisciplinair traject te volgen, wordt de patiënt doorverwezen naar een andere voorziening.

Mogelijkheden met een lichter revalidatietraject zijn bijvoorbeeld: een revaliderend herstelverblijf (overeenkomstig de afspraken met de centra voor revaliderend herstelverblijf, RIZIV) of een geriatriesch dagziekenhuis wanneer het gaat om een kwetsbare oudere patiënt met multi-mobiditeit en zorgafhankelijkheid (Clinical Frailty Scale ≥ 5).

Het opdrijven van de capaciteit voor het revaliderend herstel (en vooral de volgende stappen in de financiering zodat patiënten de huidige financiële drempel zelf niet moeten dragen) is een mogelijkheid die door sommigen wordt overwogen om de doorstroming van patiënten verbeteren. Daarnaast zijn er ook de bedden oriënterend kortverblijf, maar deze zijn gericht op een oriëntatie naar het meest passende zorgaanbod (en dus niet per definitie een terugkeer naar huis).

3. Definitie “Revalidatie Dagziekenhuis”

Een "Revalidatie Dagziekenhuis" biedt revalidanten de mogelijkheid om zonder overnachting meerdere geplande diagnostische of therapeutische revalidatie-interventies te ondergaan, in kader van een ernstige aandoening die in de huidige financiering opgenomen is op de limitatieve lijst voor pluridisciplinaire revalidatie (K60) of op de lijsten van de revalidatieovereenkomsten 9.50, 9.51, 7.71. Na afloop van de testfase van het pilootproject dient een evaluatie te worden uitgevoerd van het beoogde doelpubliek (plafonds, update of vervangingen van de lijst), evenals van de eventuele noodzaak tot uitbreiding naar K30 en/of K45.

Het college artsen directeurs van het RIZIV is al meer dan 10 jaar vragende partij om de doelgroepen van deze conventies te herdefiniëren.

Naast het patiëntenprofiel kan ook het patiëntenclassificatiesysteem (in casu RCS-E) hierin mogelijk ook richtinggevend zijn. Dit vraagt nog verder onderzoek.

De opname in het Revalidatie Dagziekenhuis heeft een repetitief karakter: de revalidant komt enkele dagen per week tot dagelijks, gedurende een afgebakende periode. De opname in het revalidatie dagziekenhuis is gelinkt aan de revalidatiebehandeling, met een maximum looptijd of een maximum aantal beurten voor respectievelijk de revalidatieovereenkomst of de K-nomenclatuur.

De opname in het revalidatiedagziekenhuis sluit aan bij een klassieke opname in een revalidatiedienst. In uitzonderlijke gevallen kan een afzonderlijke (her)opname in het dagziekenhuis nodig zijn, zonder voorafgaande hospitalisatie. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een acute opstoot of een complicatie van een bestaande aandoening, waarbij gespecialiseerde en complexere zorg vereist is die thuis niet kan worden aangeboden.

Belangrijk is dat een verschuiving van ambulante revalidatie naar daghospitalisatie vermeden wordt, dat zowel de doelgroep als de betekenis van een “dag” duidelijk gedefinieerd wordt en dat een transparant financieringsmechanisme wordt uitgewerkt..

4. Doelgroep

De doelgroep van het Revalidatie Dagziekenhuis bestaat uit kinderen⁴ en volwassenen met recente significante functionele beperkingen ten gevolge van een ernstige ziekte of ongeval, die gedurende een bepaalde tijdspanne een intensief multidisciplinair revalidatietraject nodig hebben en aankunnen. Dit omvat zowel revalidanten in de acute fase na een plotse aandoening als revalidanten met een acute significante functionele achteruitgang binnen het kader van een meer chronische aandoening.

Revalidanten komen in aanmerking voor daghospitalisatie wanneer zij cumulatief voldoen aan de volgende criteria:

- lijden aan een ernstige aandoening met functionele beperkingen. Dit is momenteel de populatie waarvoor een goedkeuring van de adviserend arts noodzakelijk is voor multidisciplinaire revalidatie (pluridisciplinaire revalidatie K60 of multidisciplinaire revalidatie volgens revalidatieovereenkomst 9.50, 9.51, 7.71). Na afloop van de testfase van het pilootproject dient een evaluatie te worden uitgevoerd van het beoogde doelpubliek, evenals van de eventuele noodzaak tot uitbreiding naar K30 en/of K45.
- revalidanten moeten minstens 2 uur of 4 urrevalidatie aankunnen. De revalidatieduur ligt in lijn met de (minimale) aanwezigheids- en/of multidisciplinaire behandelduren per dag, die reeds gelden bijv bij ambulante prestaties van de conventies 950, 951 en 7.71, ...
- behoefte aan medische of verpleegkundige zorg en verlengd medisch of psycho-sociaal toezicht, zonder dat hospitalisatie noodzakelijk is
- in staat zijn om thuis te overnachten, in aanwezigheid van voldoende sociale omkadering
- het vervoer van en naar het dagziekenhuis fysisch en psychisch aankunnen

Voor het Revalidatie Dagziekenhuis geldt geen minimum- of maximumleeftijd. De acute functiebeperking en de nood aan intensieve revalidatie staan centraal. Wanneer van toepassing, wordt daarbij rekening gehouden met het kwaliteits- en eisenkader van het zorgprogramma voor kinderen en het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.

Bij afwezigheid van een Revalidatie Dagziekenhuis voor Kinderen en Jongeren, kunnen jongeren vanaf 16 jaar worden opgenomen in het Revalidatie Dagziekenhuis Volwassen.

De revalidatie die geboden wordt in de centra voor residentiële revalidatie moet meegenomen worden in de berekening van de noden voor een kinderdagziekenhuis revalidatie wanneer er bv geen voldoende omkadering thuis is maar een ziekenhuisopname niet noodzakelijk is.

5. Doel van het “Revalidatie Dagziekenhuis”

Het doel van het Revalidatie Dagziekenhuis is om pluri/multidisciplinaire revalidatie te bieden met de nodige medische en verpleegkundige omkadering, zonder hospitalisatie.

⁴ We vragen ook aandacht voor alle kinderrevalidatiecentra met een revalidatie-overeenkomst

Net zoals binnen een klassieke revalidatie-hospitalisatie of Sp-dienst, is de werking gericht op het maximaal herstel of het optimaal behoud van het fysieke, psychische en sociale functioneren van de revalidant.

Ten opzichte van een langdurige klassieke hospitalisatie in een revalidatie/Sp-bed, heeft een repetitieve dagopname in een Revalidatie Dagziekenhuis volgende voordelen:

Kwaliteit

- Revalidanten worden sneller uit 'hun bed gehaald' wat de kwaliteit en het tempo van het revalidatieproces ten goede komt.
- Er is een snellere input en bijsturing van problemen die de revalidant in de thuiscontext ondervindt, wat een enorme meerwaarde is binnen onze 'persoons-gerichte' revalidatie.
- Het Revalidatie Dagziekenhuis bevordert een vroegtijdige en intensieve betrokkenheid van gezin, familie en mantelzorgers bij het revalidatietraject. Hierdoor kunnen zij beter worden geïnformeerd en ondersteund, en kunnen eventuele moeilijkheden thuis sneller worden opgevangen via (psycho)educatie en gerichte begeleiding.

Veiligheid

- Revalidanten in het Revalidatie Dagziekenhuis blijven onder nauwgezette en veilige supervisie van het medisch, verpleegkundig en paramedisch team.
- Er is in geval van cognitieve of gedragsmatige stoornissen (bijvoorbeeld anosognosie na hersenletsel) gerichtere bijsturing mogelijk wanneer de revalidant reeds gedeeltelijk thuis verblijft. Aanwezigheid van risicovol gedrag op persoonlijk, sociaal of professioneel vlak wordt sneller herkend en kan beter worden begeleid.
- Omdat de revalidant gedeeltelijk thuis verblijft, wordt de samenwerking en informatie-uitwisseling met eerstelijnszorgverleners (zoals huisartsen en thuisverpleging, logopedie, kinesithérapie, ergotherapie,..) versterkt mits een duidelijk afsprakenkader daarrond (+ tijd (en enige financiering) om een kwalitatief netwerk rond specifieke revapathologie lokaal te verankeren),, wat de veiligheid en continuïteit van de zorg op korte en lange termijn aanzienlijk bevordert.
- Kleine medische interventies kunnen in alle veiligheid worden uitgevoerd, met voldoende observatietijd nadien (vb. Botulinetoxine infiltraties ter behandeling van spasticiteit).

Efficiëntie

- Het Revalidatie Dagziekenhuis voorkomt dat patiënten onnodig lang opgenomen blijven in een klassiek revalidatie-/Sp-bed vanwege problemen zoals nood aan verzorging of gebrek aan dagopvang.
- Door een verhoogde doorstroom op de revalidatiebedden kunnen sneller en meer patiënten met een acute revalidatienood worden opgenomen. Dit is essentieel gezien de groeiende relatieve schaarste aan revalidatiebedden (stabiel aantal bedden versus stijgend aantal revalidanten door demografische evoluties en verbeterde overlevingskansen na ziekte of ongeval).
- De efficiëntie van het revalidatieproces stijgt doordat de impact van revalidatie sneller wordt getoetst aan de thuissituatie, school- of werkomgeving, wat een realistischer en doelgerichter herstel mogelijk maakt.
- Consultaties bij andere medische specialismen kunnen tijdens de opname in het Revalidatie Dagziekenhuis efficiënter worden georganiseerd dan bij een zuiver ambulante traject, zeker voor revalidanten met beperkte mobiliteit.
- De uitbouw van een Revalidatie Dagziekenhuis kan dankzij de vlotte transitie van klassieke hospitalisatie naar daghospitalisatie, het efficiënter doorstromen van acute bedden naar Sp-bedden en hierdoor de optimalisatie van beschikbare zorgmiddelen bevorderen en

mogelijks kostenefficiënter zijn. Concrete berekeningen die met alle factoren (vervoer, bestaffing,...) rekening houdt, zijn nog niet beschikbaar.

Patiënten tevredenheid

- Dankzij de combinatie van het Revalidatie Dagziekenhuis met het overnachten thuis, krijgt de revalidant meer regie over zijn of haar eigen revalidatietraject. Problemen die zich in de thuissituatie voordoen, kunnen sneller worden besproken en aangepakt, waardoor de persoonlijke verantwoordelijkheid toeneemt, het zelfvertrouwen groeit en de weg naar meer autonomie wordt versneld.
- De dagelijkse terugkeer naar huis en het thuis zijn tijdens weekends stimuleert de sociale re-integratie. De revalidant kan zijn of haar rol als zoon/dochter, partner, ouder of vriend(in) opnieuw (gedeeltelijk) opnemen tijdens het revalidatieproces.
- Ouders en familieleden hoeven geen verlof te nemen om overdag supervisie of vervoer te voorzien. Hierdoor vermijdt men dat de revalidant het gevoel krijgt anderen tot last te zijn, wat het zelfbeeld en de eigenwaarde aanzienlijk ten goede komt.
- Het psychologisch verwerkingsproces van wat de revalidant in de acute medische periode heeft doorstaan, komt sneller op gang in de thuiscontext, zowel voor de revalidant zelf als voor zijn gezinscontext.

6. Interventies in het “Revalidatie Dagziekenhuis”

De continuïteit van de pluri- of multidisciplinaire revalidatie staat centraal in het revalidatiedagziekenhuis. Aanvullend op de revalidatie kan een opname in het Revalidatie Dagziekenhuis ook gepaard gaan met medische of verpleegkundige interventies, waarvan we hier een niet-limitatieve opsomming geven::

- medische interventie bij acute problemen: vb. opstoot van autonome dysreflexie bij dwarslaesie, val-accident, epilepsieaanval bij hersenletsel, ademhalingsinsufficiëntie door acute obstructie van luchtweg of tracheacanule bij een geventileerde tetraplegie patiënt, behandeling van urineweginfectie bij revalidanten die zich intermitterend sonderen, ...
- advies/consultatie/technische onderzoeken uitgevoerd door andere medische disciplines (vb. urologie, gastro-enterologie, cardiologie, pediatrie, geriatrie,...)
- verpleegkundige/zorgkundige interventies: meten van basis lichamelijke parameters, complexe wondzorg, verwijderen hechtingen, aanleren intermitterende urinaire sondage, colonspoelingen, trachea-canulewissel, toediening van medicatie IV-IM-SC, vervangen nasogastrische sonde, toediening van sondevoeding, ADL ondersteuning bij revalidatie-behandelingen (vb. aan-uitkleden bij hydrotherapie), ...
- multidisciplinaire opvolging van wonden in samenwerking met het wondzorgteam (vb. decubituswonden, brandwonden, wonden na amputatie...)
- multidisciplinaire behandeling van pijnklachten (vb. fantoompijn na amputatie, neuralgische pijn na dwarslaesie, ...)
- behandeling van cerebrale of spinale spasticiteit (vb. op punt stellen van orale spasmolytica, proefbehandeling met baclofen via intrathecale katheter, toediening van infiltraties met botulinetoxine, ...)
- aanleren van het correct gebruik van ADL-hulpmiddelen (direct toe te passen in de thuiscontext)
- afstellen of herstel van persoonlijke rolwagen/fiets/sporthulpmiddelen/...
- educatie en opvolging voor een correcte inname van geneesmiddelen door de revalidant

- educatie van de revalidant en gezinsleden in kader van valpreventie, intermitterende urinaire sondage, colonspoelingen, ...
- samenwerking met diëtist, opvolging voedingspatroon (voorkomen van malnutritie of obesitas)
- aanbieden van onderwijs via de Ziekenhuisschool voor kinderen en jongeren
- opvolging van het arbeidsreïntegratie-traject
- advies voor G-sport door G-sportcoach
-

7. Minimale vereisten voor het “Revalidatie Dagziekenhuis”

In dit hoofdstuk doen we een aantal voorstellen van ‘normen’ waaraan het revalidatiedagziekenhuis zou moeten voldoen. Gezien het concept in deze vorm niet bestaat, zal het uittesten van het concept en bijhorende normen nodig zijn. De voorstellen in dit advies moeten na de proeffase worden geëvalueerd.

Het uittesten van dit concept zou ook al een zekere inschatting moeten geven van de vereiste capaciteit van deze zorgvorm (op macroniveau, in welk type ziekenhuis is dit een meerwaarde, aantal ‘dagrevalidatiebedden’ per ziekenhuis,...).

a. Slechts 1 type ‘dagrevalidatie-bed’⁵ in het Revalidatie Dagziekenhuis

Het is niet wenselijk om de huidige opsplitsing van de revalidatie Sp-bedden op basis van pathologie (Sp1: cardiopulmonaal, Sp2: locomotorisch, Sp3: neurologisch, Sp5: chronische polypathologie) door te trekken naar het Revalidatie Dagziekenhuis. Er wordt de voorkeur gegeven aan één uniform type ‘dagrevalidatiebed’, ongeacht de primaire aandoening waarvoor revalidatie nodig is. De palliatieve dienst (Sp4) en psychogeriatricie (Sp6) worden hierbij voorlopig buiten beschouwing gelaten.

Er moet aandacht worden besteed aan de zichtbaarheid voor de patiënt, omdat het niet mogelijk zal zijn om alle pathologieën/specialismen in één dagziekenhuis te behandelen. Aangezien het de bedoeling is om vanuit een hospitalisatiefase de opname in het dagziekenhuis te realiseren en de revalidatie-arts zal beslissen of patiënt past in het aanbod, kan de link met de pathologie op deze manier gerealiseerd worden.

b. Medisch kader en personeel: Revalidatie Dagziekenhuis Volwassenen (> 16 jaar)

Het Revalidatie Dagziekenhuis voor Volwassenen (> 16 jaar) wordt gecoördineerd en gesuperviseerd door de arts-specialist met een bijkomende bekwaamheid in de revalidatie, zoals voorzien in de huidige erkenningsnormen van de Sp-diensten. Tijdens de openingsuren van het Revalidatie Dagziekenhuis is de revalidatiearts fysiek op de campus aanwezig.

Voorliggend voorstel gaat uit van een dagziekenhuis met minstens 10 plaatsen. Een bijsturing van dit voorstel kan noodzakelijk na evaluatie van een pilootproject van dit concept (zie ook verder).

⁵ We gebruiken hier de term ‘dagrevalidatie-bed’ maar de patiënt zal niet noodzakelijk altijd een ‘fysiek bed’ nodig hebben.

Voorstel van bestaffing voor de **eerste 10 'dagziekenhuisplaatsen'** in het Revalidatie Dagziekenhuis Volwassenen:

4 FTE verpleegkundig, verzorgend en paramedisch personeel⁶. Deze 4 VTE's zijn flexibel verdeeld over verpleegkundigen met aantoonbare ervaring in revalidatie (verpleegkundige zorg: wondverzorging, medicatie, enz.), zorgkundigen en paramedici (ergotherapeut, logopedist of kinesitherapeut) , op voorwaarde dat deze 3 beroepsprofielen goed vertegenwoordigd zijn binnen het team In het kader van “**therapeutische geïntegreerde zorg**” kan het paramedisch personeel (in intensieve samenwerking met verpleging) bijvoorbeeld volgende taken hebben:

- Ergo/kine begeleiding in en uit de auto/taxi bij toekomen of vertrek
- Ergo/kine begeleiding bij ADL vb. aan-uitkleden bij hydrotherapie
- Ergo/kine begeleiding bij transfer op-af toilet/in-uit rolwagen/ in-uit bed
- Ergo/kine begeleiding en advies bij douche-moment op het einde van de revalidatie-dag
- Logopedische begeleiding en advies tijdens de maaltijd
- ...

Het paramedisch personeel maakt deel uit van het **multidisciplinair gespecialiseerd revalidatieteam** dat exclusief instaat voor de revalidatie.

Evaluatie van dit profiel maakt deel uit van het pilootproject (zie ook verder).

Het lijkt aangewezen om de 4FTE zorg- en therapeutisch personeel voorzien voor deze 10 plaatsen, flexibel te kunnen inzetten.

Daarnaast moet het dagziekenhuis ook beroep kunnen doen op een administratief bediende, die is beschikbaar is tijdens de openingsuren van het revalidatie dagziekenhuis. Deze functie kan een gedeelde functie zijn voor zowel het dagziekenhuis als de hospitalisatie-afdeling.

Voor elke uitbreiding met 5 dagziekenhuisplaatsen bovenop de eerste 10 dagziekenhuisplaatsen in het Revalidatie Dagziekenhuis, zal een uitbreiding van bestaffing noodzakelijk zijn. In deze fase is het nog niet mogelijk om dit vast te leggen.. De concrete invulling hiervan zal echter afhangen van de evaluatie van dit concept in een aantal pilootsettings.

c. Medisch kader en personeel: Revalidatie Dagziekenhuis Kinderen & Jongeren (0-21 jaar): bijkomende

Kinderen < **16 jaar** kunnen uitsluitend in een Revalidatie Dagziekenhuis specifiek voor kinderen & jongeren worden opgenomen.

Bij afwezigheid van een Revalidatie Dagziekenhuis voor Kinderen & Jongeren, kunnen jongeren vanaf **16 jaar** worden opgenomen in het Revalidatie Dagziekenhuis Volwassenen.

Het Revalidatie Dagziekenhuis voor Kinderen & Jongeren wordt gecoördineerd en gesuperviseerd door de arts-specialist, gespecialiseerd in “de functionele en professionele revalidatie van personen met een handicap”, met aantoonbare ervaring in de kinderrevalidatie. Tijdens de openingsuren van het Revalidatie Dagziekenhuis is zowel de kinderrevalidatiearts als een pediater fysiek aanwezig op de campus, om medische urgenties bij revaliderende kinderen en jongeren te kunnen opvangen.

⁶ Gebaseerd op de erkenningsnormen van de Sp-bedden: Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80 % moet de dienst, naast 1 hoofdverpleegkundige, ten minste beschikken over 8 voltijds equivalent verpleegkundigen waaronder ten minste 5 gegradueerde verpleegkundigen en 6 voltijds equivalent leden van het verzorgend personeel.

De minimale bestaffing voor de **eerste 10 posities** in het Revalidatie Dagziekenhuis Kinderen & Jongeren is dezelfde als diegene, die voorzien wordt voor het dagziekenhuis voor volwassenen, met toevoeging van 1 FTE orthopedagoog voor opvang en pedagogische begeleiding van kinderen en jongeren.

Daarnaast moet het dagziekenhuis ook beroep kunnen doen op een administratief bediende, die is beschikbaar is tijdens de openingsuren van het revalidatie dagziekenhuis. Deze functie kan een gedeelde functie zijn voor zowel het dagziekenhuis als de hospitalisatie-afdeling.

Het paramedisch personeel van het Revalidatie Dagziekenhuis maakt deel uit van het **multidisciplinair gespecialiseerd kinderrevalidatieteam** dat exclusief instaat voor de revalidatie

Voor elke uitbreiding met 5 dagziekenhuisplaatsen bovenop de eerste 10 dagziekenhuisplaatsen in het Revalidatie Dagziekenhuis, zal een uitbreiding van de bestaffing noodzakelijk zijn. In deze fase is het nog niet mogelijk om dit vast te leggen.. De concrete invulling hiervan zal ook hier afhangen van de evaluatie van dit concept in een aantal pilootsettings.

d. Het multidisciplinair gespecialiseerd revalidatieteam voor volwassenen

Naast het medisch, verzorgend en paramedisch team op het Revalidatie Dagziekenhuis, staat een gespecialiseerd multidisciplinair revalidatieteam klaar voor de organisatie van de revalidatie, zoals nu voorzien wordt binnen het huidige financieringsmodel via de nomenclatuur of respectievelijke conventie (9.50, 9.51, 7.71). Dit revalidatieteam bestaat uit: revalidatieartsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, psychologen, neuropsychologen, diëtisten, orthopedische technologen, medewerkers van de sociale dienst. Dit team kan uitgebreid worden met een sportcoach of sporttherapeuten, leerkrachten onderwijs en arbeidsconsulenten. De samenstelling van het multidisciplinaire team rond de revalidant wordt op maat afgestemd, afhankelijk van de leeftijd (kinderen, jongeren of volwassenen), de revalidatiedoelstellingen en het revalidatiepotentieel.

Het gespecialiseerd multidisciplinair revalidatieteam werkt **niet exclusief** voor de revalidanten die opgenomen zijn in het Revalidatie Dagziekenhuis, maar staat eveneens in voor de revalidatie van gehospitaliseerde én ambulante revalidanten en zorgt ook voor de afstemming met eerste lijn, de coördinatie en regie rond de revalidant met eerste lijn. Het feit dat dezelfde therapeuten de revalidanten kunnen opvolgen doorheen hun volledige revalidatietraject (hospitalisatie, dagziekenhuis en ambulant), verzekert continuïteit en geeft vertrouwen bij de revalidanten.

Bovendien moet de extra belasting voor het multidisciplinaire team als gevolg van de oprichting van een dagziekenhuis worden geanalyseerd in het kader van het proefproject.

e. Infrastructuur

Het Revalidatie Dagziekenhuis moet worden geïntegreerd op een locatie waar patiënten ook worden gehospitaliseerd voor revalidatie. De focus ligt immers op het bevorderen van een vlotte doorstroming van gehospitaliseerde patiënten naar het dagziekenhuis.

Hoewel het geen afzonderlijke architectonische eenheid vormt, dient het Revalidatie Dagziekenhuis binnen de bestaande revalidatiehospitalisatie-afdeling duidelijk herkenbaar en functioneel afgebakend te zijn.

De inrichting per eenheid van 10 posities dagziekenhuis omvat:

- aanwezigheid van een onderzoeklokaal voor medische of verpleegkundige zorg
- aanwezigheid van een groot lokaal waar gezamenlijk een maaltijd kan worden genomen, deze
- Bovenstaande lokalen kunnen dezelfde zijn als voor gehospitaliseerde en/of ambulante patiënten van de revalidatieafdeling.
- De posities moeten aangepast zijn aan de noden van de patiëntenpopulatie. Er zijn voldoende rolstoeltoegankelijke eenpersoonskamers met elektrisch hoog-laagbed en tillift (kan noodzakelijk zijn om de patiënten de nodige rust en privacy tijdens verzorging en behandeling te gunnen)
- Daarnaast worden gezamenlijke zitposities met rustgelegenheid (aangepaste ligzetels) met mogelijkheid tot garantie van voldoende privacy.
- aanwezigheid van aansluitingen voor zuurstof en lachgas (in kader van pijnlijke medische procedures of wondverzorging)
- aanwezigheid van rolstoeltoegankelijk sanitair (toilet en douche)
- aanwezigheid van een ingerichte en toegankelijke oefenzaal voor kinesitherapie en ergotherapie, in combinatie met meer individuele lokalen voor logopedie en psychologie. Deze infrastructuur is polyvalent en kan dezelfde zijn als voor gehospitaliseerde en/of ambulante patiënten.
- monitors die worden gebruikt voor een momentopname van bloeddruk, saturatie, hartslag
- ECG toestel, infuuspompen (vb. bij proefbehandeling met intrathecale Baclofen)
- Het dagziekenhuis moet een vooral 'huiselijke' inrichting krijgen

Specifiek voor kinderen en jongeren

- kinderen worden visueel en auditief afgeschermd van volwassen revalidanten
- de infrastructuur is kindvriendelijk, bedoeld voor alle leeftijden tussen 0 – 21 jaar
- ouders kunnen bij het kind of de jongere blijven indien het medische procedures moet ondergaan
- er bestaat een nauwe samenwerking met dienst pediatrie op dezelfde campus

f. Kwaliteitsborging

De kwaliteit van het Revalidatie Dagziekenhuis wordt gewaarborgd door:

- een performant opname- en ontslagbeleid, met duidelijke opname- en ontslagcriteria. We verwijzen hiervoor ook naar het patiëntenclassificatiesysteem (RCS-E).
- er bestaat een continuïteit van zorg tussen hospitalisatie en dagziekenhuis, en een continuïteit van revalidatie tussen hospitalisatie, dagziekenhuis en ambulante therapie
- er is permanentie door ten minste 1 verpleegkundige/zorgkundige (binnen de eenheid) en 1 revalidatiearts (op de campus) tot de laatste patiënt uit het Revalidatie Dagziekenhuis is ontslagen.
- omdat de revalidant 's avonds en in het weekend terug naar huis keert, is er een nauw overleg met de 1^e lijns hulpverlening (huisarts, thuisverpleging, jeugdzorg). Hiervoor moet een duidelijk afsprakenkader/zorgpad uitgewerkt worden. Elementen zoals een informatiedeling en dossiervorming, regelmatige evaluatie, behandeldoelen,... kunnen hierin opgenomen worden.
- er zijn veiligheidsvoorschriften bij ongevallen, in het bijzonder bij valincidenten
- administratieve vereenvoudiging: omwille van de dagelijks terugkerende revalidatie-behandelingen dient er geen opnameverklaring te worden voorgelegd bij elk bezoek van de revalidant aan het Revalidatie Dagziekenhuis. Er kan een eenmalige

- opnameverklaring opgemaakt worden voor een bepaalde periode zodat dit de volledige periode dekt. Mogelijkheid van aanpassing op vraag van de patiënt moet mogelijk zijn.
- opvolging van kwaliteitsindicatoren (nog uit te werken).

8. Financiering en budgettaire impact

In dit hoofdstuk formuleert de Raad enkele suggesties m.b.t. de financiering van het revalidatiedagziekenhuis. Voor meer diepgaande uitwerking van het financieringsvoorstel is er nood aan het uittesten van deze principes in een pilootproject. Hierbij zal rekening moeten gehouden worden met de hervorming van de nomenclatuur, de hervorming van de ziekenhuisfinanciering alsook met de voorstellen in de nota van de expertenwerkgroep i.v.m. hervorming van het ziekenhuislandschap. Daarnaast dient de financiering van het revalidatiedagziekenhuis ook samen geëvalueerd te worden met de huidige vormen van financiering via conventies, K-nomenclatuur en het BFM.

a. Financiering van het Revalidatie Dagziekenhuis

Verschillende opties worden naar voor geschoven om een financiering van de werkingskosten van het dagziekenhuis te waarborgen. Het gaat over volgende kosten:

- bezoldiging van het personeel op de dagkliniek (exclusief revalidatiearts)
- alle "hotel"-kosten (voeding, onderhoud, was/linnen, administratie)
- alle kosten voor medisch of verpleegkundig verbruiksmateriaal

Optie 1: invoering van een "dagziekenhuisforfait voor revalidatie" per dag en per patiënt. Het 'forfait dagziekenhuis voor revalidatie' wordt toegekend voor een halve dag (half forfait) of voor een volledige dag (volledig forfait). Naast het aantal uren pluri- of multidisciplinaire revalidatie wordt het ook bepaald door de zorg die aan de patiënt wordt verleend.

Optie 2: ontwikkeling van een functie 'dagziekenhuis voor revalidatie' met erkenningsnormen, waarvoor een vast forfait of een forfaitaire financiering per aangevallen activiteitsschijf zou kunnen worden voorzien (zie model voor de financiering van het geriatrisch dagziekenhuis, artikel 63ter van het KB BFM).

Optie 3: financiering op basis van een lijst van prestaties. In dat geval zal het nodig zijn om de betrokken prestaties te kunnen identificeren.

Naast de financiering van de werkingskosten zal het mogelijk zijn om de volgende niet-inbegrepen prestaties aan te rekenen:

- toezichts- en coördinatiehonorarium voor de revalidatiearts
- de pluridisciplinaire revalidatieverstrekkingen of multidisciplinaire revalidatieverstrekkingen in kader van de revalidatieovereenkomst 9.50/9.51/7.71
- prestatie gebonden nomenclatuur voor medische consultaties, technische investeringen, kleine medische interventies, ...

Eventueel kan op het 'Revalidatie Dagziekenhuis Forfait' een beperkte hoeveelheid remgeld aan de patiënt worden aangerekend om de motivatie van de revalidant te verhogen voor de overstap van het Revalidatie Dagziekenhuis naar volledig ambulante revalidatie. Tegelijk moet erover worden gewaakt dat een verblijf in het Revalidatie Dagziekenhuis voor de revalidant steeds goedkoper blijft dan een opname op een klassieke revalidatiehospitalisatie-afdeling, waarbij – van uit

patiëntenperspectief – steeds het totaalbeeld in rekening wordt gebracht. Ten slotte moet worden nagedacht over de volledige of gedeeltelijke dekking van de vervoerskosten (zie paragraaf 9 hieronder).

Er zal ook aandacht moeten besteed worden aan de financiering van de vereiste infrastructuur via de deelstaten.

De Raad engageert zich om na evaluatie van de pilootprojecten zich verder te buigen over een voorstel van financiering. Ook de eventuele nood aan programmatie kan hierbij aan bod komen.

b. Financiële impact op het globaal budget

Het is niet eenvoudig om de financiële impact van de oprichting van een Revalidatie Dagziekenhuis op het globaal budget te berekenen:

- op niveau van de individuele revalidant gaat dit vermoedelijk om een kostenbesparing, omdat hierdoor de klassieke hospitalisatieduur opmerkelijk verkort.
- op federaal / deelstaten-niveau zal dit echter niet onmiddellijk leiden tot een besparing in het globaal budget. Momenteel bestaat er een ernstig structureel tekort aan Sp-bedden, veroorzaakt door de jaarlijks stijgende vraag naar revalidatie (als gevolg van demografische evoluties en verbeterde overlevingskansen na ongeval of ziekte). Hoewel het Revalidatie Dagziekenhuis dit structurele tekort niet kan oplossen, kan het wel bijdragen aan een snellere doorstroming van patiënten in de bestaande Sp-bedden.

Bovendien moet het proefproject het mogelijk maken om de kosten-batenverhouding te berekenen van de oprichting van een dagziekenhuis (waarbij de kosten voor het vervoer van patiënten gedeeltelijk of volledig worden meegerekend) ten opzichte van een klassieke ziekenhuisopname.

c. Testen van het concept in een proeftuin

Om het nieuwe concept op een gecontroleerde manier te kunnen evalueren en verder uit te werken, stellen we voor om dit nieuw zorgmodel eerst in een 'proeftuin' in een beperkt aantal ziekenhuizen uit te proberen zodat men kan leren wat werkt en wat niet, zonder meteen grote investeringen of structurele veranderingen te doen. Tijdens deze testperiode hoeven ziekenhuizen dus geen rekening te houden met de voorwaarden met betrekking tot de infrastructuur.

Deze testfase zou gerealiseerd kunnen worden via een apart budget binnen het B4-onderdeel van het BFM.

Daarnaast zal ook in financiering voor registratie voorzien moeten worden. Dit gaat o.a. over de karakteristieken van de patiënt, die opgenomen wordt in het dagziekenhuis. De RCS-E score kan hiervan onderdeel uitmaken, maar zal vermoedelijk onvoldoende zijn. Wat betreft de personeelsinzet is het belangrijk dat registratie van verpleegkundige en paramedische activiteiten gebeurt, met het oog op het verder uitwerken van een definitief personeelskader.

Voor de patiënt moet in deze testperiode ook een tegemoetkoming voor vervoer voorzien worden zodat dit geen meerkost wordt voor de patiënt.

Het doel van deze aanpak is om praktijkervaring en relevante gegevens te verzamelen, zodat de haalbaarheid en meerwaarde van het concept op grotere schaal kunnen worden beoordeeld en een financieringsmodel kan uitgewerkt worden.

De Raad is bereid om een concreet voorstel te formuleren voor de verdere uitwerking van de pilootprojecten.

9. Georganiseerd vervoer tussen huis en “Revalidatie Dagziekenhuis”

Revalidanten die niet in staat zijn om zelfstandig naar het Revalidatie Dagziekenhuis te komen, hetzij met eigen vervoer, hetzij met het openbaar vervoer, moeten **tijdens hun revalidatieperiode** kunnen rekenen op gespecialiseerd vervoer.

Een financiële tussenkomst in deze vervoersregeling is **essentieel** om de overstap van de hospitalisatieafdeling naar het Revalidatie Dagziekenhuis, en nadien naar ambulante revalidatie, mogelijk te maken. Hierbij moet ook rekening gehouden worden met het type vervoer dat nodig is voor de doelgroep (aangepaste voertuigen).

De onmogelijkheid om zelfstandig te reizen betreft niet enkel motorische beperkingen, maar ook factoren zoals leeftijd (<21 jaar of >65 jaar), cognitieve problemen, gedragsstoornissen of ernstige vermoeidheid.

Bovendien mag het niet de bedoeling zijn dat werkende gezinsleden noodgedwongen omstandigheidsverlof moeten opnemen om dagelijks in te staan voor het vervoer van revalidanten (kinderen, jongeren en volwassenen) van en naar het Revalidatie Dagziekenhuis.

10. Besluit

Door de stijgende overlevingskansen na ernstige ziekten en ongevallen, en de vergrijzing van de bevolking, neemt de vraag naar revalidatie voortdurend toe. Hierdoor komt er jaarlijks steeds meer druk op de beschikbare revalidatie (Sp)-bedden. De oprichting van een “Revalidatie Dagziekenhuis” kan één van de elementen zijn die een snellere doorstroming van patiënten vanuit de hospitalisatie naar een ambulante revalidatiecontext mee bewerkstelligt. Bovendien laat het de revalidanten toe om hun maatschappelijke en familiale rol maximaal te behouden terwijl ze gespecialiseerde revalidatie krijgen met de nodige verpleegkundige en medische omkadering.

Het Revalidatie Dagziekenhuis kadert in een toekomstgerichte visie op de organisatie van revalidatie in België, met aandacht voor geïntegreerde zorg, een versnelde overgang naar ambulante revalidatie en het garanderen van hedendaagse kwaliteits- en organisatienormen.

De FRZV vraagt om dit concept als een **pilootproject** te kunnen uittesten (en te financieren) in een aantal ziekenhuizen. Op basis hiervan kan de verdere verfijning van zowel de organisatie (doelgroepen, interventies, minimale vereisten, programmatie) als de financiering en mogelijkheden van structuralisering verder uitgewerkt worden. Bij de uitwerking en evaluatie van de financiering is het ook zinvol om ook de andere settings (zoals revaliderend herstel) in ogenschouw te nemen. Bij het uittesten van dit concept moeten de pilootziekenhuizen geen rekening houden met de voorwaarden inzake infrastructuur.

Het lijkt ook aangewezen om hierbij gebruik te maken van RCS-E als inschalingsinstrument, bv bij start en einde van opnamereeks in het dagziekenhuis. Zo kan geëvalueerd worden welke onderscheidende rol RCS-E kan spelen in dit specifieke traject t.o.v. de hospitalisatie en de ambulante revalidatie.

De ontwikkeling van een concept voor revalidatiedagziekenhuis, en een aangepaste financiering, zal tot slot nog dienen ingepast te worden in de hervorming van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering, met het oog op een structurele verankering.

11. Bronnen

- *Gezamenlijk advies van de FRZV en de overeenkomstencommissie RIZIV m.b.t. de herziening van de organisatie, het functioneren en de financiering van de daghospitalisatie. (FRZV/D/499-1 12/09/2019).*
- *Advies van de FRZV over financiering van het dagziekenhuis (FRZV/D/562-2 30/09/2022)*
- *Kenniscentrum rapport KCE 2012/192A: Evolutie van Daghospitalisatie: impact van de financiering en regelgeving.*
- *Kenniscentrum rapport KCE 2017/282: Hoe kan dagchirurgie in België verder worden uitgebreid?*
- *Kenniscentrum rapport: KCE 2017 / 289A: Benodigde ziekenhuis capaciteit in 2025 en criteria voor aanbodbeheersing van complexe kankerchirurgie, radiotherapie en materniteit.*
- *Eisenkader D-dienst en functie niet-chirurgisch daghospitalisatie met behoud van wijzigingen, Agentschap Zorg & Gezondheid.*
- *Ontwerp overeenkomst met de centra voor revaliderend herstelverblijf, RIZIV 4/12/2023*
- *Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt: <https://www.departementzorg.be/nl/geriatrie>; <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/2007/01/29/2007022208/justel>*
- *Zorgprogramma pediatrie: <https://www.departementzorg.be/nl/moeder-en-kind-basiszorg>; https://www.ejustice.just.fgov.be/cqi_loi/article.pl?language=nl&arch=006&lg_txt=nl&type=&sort=&numac_search=2006022735&cn_search=2006071354&caller=eli&&view_numac=2006071354nl*
- *Limitatieve lijst van aandoeningen voor pluridisciplinaire revalidatie*

"K.B. 22.6.2004" (in werking 1.8.2004) + "K.B. 14.9.2007" (in werking 1.12.2007)
§ 11. LIMITATIEVE LIJST VAN AANDOENINGEN VOOR PLURIDISCIPLINAIRE REVALIDATIE
 (558810 - 558821, 558014-558025 en 558832 - 558843)

Codenr.	Aandoening	Type	Max.aantal
	-Centraal Zenuwstelsel-		
101 A	Cerebrale letsels met neurologische uilvalsverschijnselen	K 60	120 beh.
102 A	Dwarslesie/paraplegie-parese/tetraplegie-parese	K 60	120 beh.
103 A	Progressieve neurologische aandoening n.a.v. duidelijke verandering van de functionele autonomie	K 60	120 beh.
	-Perifere zenuwbanen-		
201 A	Perifeer zenuwletsel/radiculopathie/plexusletsel	K 60	120 beh.
202 A	Polyneuropathie n.a.v. duidelijke verandering van de functionele autonomie	K 60	120 beh.
	-Spierstelsel-		
301 A	Myopathie/myositis met duidelijke verandering van de autonomie	K 60	120 beh.
	-Orthopedische aandoeningen-		
401 A	Algodystrofie (Sudeck), Frozen Shoulder (complex regionaal pijnsyndroom)	K 60	120 beh.
402 A	Gewrichtsprothese van grote + middelgrote gewrichten der ledematen	K 45	60 beh.
403 A	Amputaties BL/OL (uitgezet vinger D2-D5)	K 60	60 beh.
404 A	Orthopedisch-functionele stoornis met aantasting van grote + middelgrote gewrichten der ledematen	K 60	60 beh.
405 B	Functiestoornissen op basis van ernstige peesletsels met partiële of volledige onderbreking van continuïteit	K 30	60 beh.
406 B	Indekingsfracturen wervel(s)	K 30	60 beh.
407 B	Bekkenfracturen met ilio- en ischiopubische fractuur met sacroiliacale verplaatsing, na heelkundige correctie	K 30	60 beh.
	-Varia-		
501 B	<i>Geschrapd door K.B. 7.10.2011 (in werking 1.1.2012)</i>		
502 A	Littekens van uitgebreide brandwonden met functionele hinder tijdens hun evolutieve fase of na heelkundige/plastische correctie	K 60	60 beh.
503 A	Chronische reumatische-evolutieve gewrichtsaandoeningen n.a.v. duidelijke verandering van de functionele autonomie	K 60	60 beh.
504 B	Longrevalidatie voor obstructieve of restrictieve respiratoire insufficiëntie met ESW < 60 % en/of bewezen desaturatie, op verwijzing van de pneumoloog	K 30	60 beh. *