

NAH procedure

Knelpunten en stand van zaken 2025

De Vlaamse en Federale Revalidatiediensten blijven een aantal belangrijke knelpunten ervaren aangaande de NAH procedure (voor personen met een niet-aangeboren hersenletsel of tetraplegie) die de uitstroom uit de revalidatiediensten sterk bemoeilijken en de opnameduur doen toenemen. Hierdoor blijven de revalidatiediensten dichtslibben waardoor hun eigen wachtlijsten toenemen terwijl er juist een snelle en vlotte doorstroming nodig is. Hierdoor blijft continu een deel van de bedden bezet door patiënten die ontslagklaar zijn en eigenlijk onmiddellijk doorverwezen zouden moeten kunnen worden.

1. Zware zorgprofielen waarvoor goedkeuring werd verkregen via de NAH procedure, kunnen niet in een VAPH voorziening terecht

Er zijn tekortkomingen bij de vergunde zorgaanbieders voor de zwaarste doelgroep waarbij sprake is van hoge zorgnoden. Ook wanneer ze open plaatsen hebben, is het niet mogelijk om deze doelgroep op te nemen wegens onvoldoende specifieke omkadering, gebrek aan deskundig opgeleid zorgpersoneel en gebrek aan nachtpermanentie. Terwijl dit net een belangrijke voorwaarde is om goedkeuring te kunnen krijgen via de NAH procedure. De weinige vergunde zorgaanbieders die dergelijk profiel wel aankunnen, hebben geen open plaatsen meer. En als er wel eens een voorziening is met een open plaats, is dit soms heel ver van huis, wat een grote impact heeft op het netwerk van de patiënt. Dit is een heel belangrijk knelpunt waar de laatste tijd steeds tegenaan wordt gelopen. Eens er goedkeuring is, begint een quasi onmogelijke zoektocht naar een geschikte plaats in een voorziening. Dit is niet alleen tijdrovend maar ook heel frustrerend. Vanuit het VAPH wordt op dit vlak ook geen ondersteuning geboden die tot resultaten leidt.

Er is momenteel sprake van een contradictorische situatie: patiënten voor wie er wel een aanbod is in VAPH-voorzieningen krijgen net geen goedkeuring via de procedure, patiënten die wel goedkeuring krijgen vinden geen VAPH aanbod.

2. Patiënten (zowel met NAH als hoge tetraplegie) die 'net niet' in aanmerking komen voor de NAH procedure.

De revalidatiediensten dienen voor deze groep vaak een aanvraag in voor de NAH procedure maar krijgen vervolgens een weigering.

Probleem van deze weigering is dat deze patiënten net niet aan de heel zware voorwaarden voldoen maar wel een gepast profiel hebben voor een VAPH-voorziening en daar ook vlot zouden kunnen naar doorstromen omdat voor dat profiel wel een aanbod is bij veel vergunde zorgaanbieders. Dit zijn vaak heel jonge mensen die eveneens een hoge zorgzwaarte hebben die we dan zouden moeten doorverwijzen

naar een woonzorgcentrum (WZC). Deze piste moeten volgen is zowel ethisch als deontologisch onverantwoord omdat ze als jongvolwassenen terecht komen in een setting gericht op ouderenzorg zonder de gepaste omkadering en ondersteuning waar ze nood aan hebben, in sommige gevallen zelfs op een gesloten afdeling voor dementerende ouderen. Bovendien worden dergelijke aanvragen voor een WZC de laatste tijd meer en meer systematisch geweigerd omdat de WZC vinden dat deze doelgroep (terecht) niet in hun setting maar in een VAPH voorziening thuishoort, ze kunnen onvoldoende tegemoet komen aan de noden van deze zorgprofielen. Ze hebben immers een heel andere aanpak en missen de nodige expertise. Ze gaan er ook vanuit dat deze patienten via de NAH procedure goedkeuring kunnen krijgen en begrijpen niet waarom ze die aanvragen krijgen.

Een bijkomend probleem waarop we de laatste tijd soms botsen is dat WZC's een opname weigeren omdat ze hun bewoners niet meer willen fixeren terwijl dit voor een aantal van onze NAH patienten noodzakelijk is in functie van hun eigen veiligheid.

Bijkomende redenen waarom het onrechtvaardig is voor deze doelgroep om in een WZC te worden opgenomen zijn:

- Hogere kostprijs (ondanks lagere personeelsomkadering): de gemiddelde kostprijs voor een verblijf in een WZC bedraagt momenteel 2500 euro per maand. Jonge personen met NAH hebben dikwijls een beperkt inkomen (ziekte – of invaliditeitsuitkering mogelijk aangevuld met een integratietegemoetkoming (IT) en/of een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT)), wat doorgaans niet voldoende is om dit zelf te kunnen bekostigen, zonder daarbij zelfs rekening te houden met het eventuele jonge gezin dat voor zijn bestaansmiddelen (deels) afhankelijk blijft van het inkomen van de betrokken patient. Op deze manier dwingen we de patiënt en zijn jonge gezin dikwijls in een onmogelijke financiële situatie en bovenop de ingrijpende, vaak traumatische verlieservaring die een NAH veroorzaakt.
- Verminderde rechten op individuele materiele bijstand (IMB) vanuit het VAPH (bv omgevingsbediening bij tetraplegie) of een eigen aangepaste rolstoel

Als voor deze subgroep de gewone aanvraagprocedure voor een PVB wordt gevolgd, is er enerzijds geen garantie dat ze prioriteitengroep (PG) 1 toegewezen krijgen maar zelfs dan is er ondanks de aanzienlijke inkorting van de wachttijd in PG1, een veel te lange wachttijd om in afwachting zo lang in een revalidatiesetting opgenomen te kunnen blijven (zie ook punt ivm K-nomenclatuur). En dit is nog los van de doorlooptijd van de aanvraagprocedure zelf die eveneens meerdere maanden kan oplopen (cfr volgende punt doorlooptijd aanvraagprocedure).

Een bijkomende kanttekening hierbij is dat bij het toekennen van de prioriteitengroep er soms onterecht vanuit gegaan wordt dat een verblijf in een WZC betekent dat er geen hoogdringendheid meer is gezien er al ondersteuning aanwezig is waardoor deze personen in PG2 of zelfs 3 terecht dreigen te komen wat absoluut onterecht is. Als personen jonger van 65 jaar in een WZC terecht komen betekent dit immers automatisch dat ze in een verkeerde onaangepaste setting zitten waardoor PG1 (automatisch) toegewezen zou moeten worden zodat ze zo snel als mogelijk in de juiste VAPH setting terecht kunnen komen.

De redenen waarom de revalidatiediensten voor de 'net-niet' profielen toch aanvragen blijven indienen voor de NAH procedure zijn in de eerste plaats omdat we vinden dat

deze doelgroep in een VAPH setting thuishoort en ondanks het (misschien) net niet beantwoorden aan de criteria toch hoge zorgnoden heeft waarvoor een gespecialiseerde setting en omkadering met 24/7 permanentie noodzakelijk is. Bovendien krijgen de families van deze patiënten overal het advies om deze procedure aan te vragen, bv vanuit de mutualiteit, VAPH voorzieningen die ze bezoeken, zelfs bij contact met het VAPH zelf. Ze hebben hierdoor de indruk dat dit een vanzelfsprekendheid is alsof het hebben van een NAH automatische toekenning geeft. Hierdoor is het voor hen heel moeilijk te begrijpen en aanvaarden dat ze hiervoor niet in aanmerking zouden komen.

Een oplossing hiervoor zou zijn om de doelgroep die in aanmerking komt voor de NAH procedure uit te breiden naar zorgprofielen die hiervoor momenteel net niet in aanmerking komen, bv vanaf BC 14.

3. K-nomenclatuur

De meeste Vlaamse revalidatieziekenhuizen (o.a. Revarte, Inkendaal) zijn gebonden aan de K-nomenclatuur omdat dit de enige nomenclatuur is die ze kunnen gebruiken voor die doelgroep. Hierdoor kunnen patiënten maximaal 6 maanden in de revalidatiesetting opgenomen blijven, daarna wordt de revalidatie niet meer gefinancierd vanuit de overheid. De NAH procedure (net als andere VAPH aanvragen) mag echter ten vroegste na 6 maanden worden ingediend waardoor het in praktijk onmogelijk is om dit tijdig rond te krijgen gezien patiënten doorgaans na 1-2 maanden in de setting terechtkomen waardoor er in theorie 1-2 maanden tijd zou zijn voor de aanvraag, goedkeuring en doorverwijzing. Rekening houdend met de huidige termijnen tussen aanvraag en goedkeuring en de grote problemen daarna om een geschikte voorziening te vinden (zie punt hierboven), is dit een onhaalbare kaart. Hierdoor zijn patiënten langer gehospitaliseerd dan nodig en blijven bedden langer bezet en kunnen geen nieuwe opnames plaatsvinden. Dit heeft grote financiële gevolgen, zowel voor de overheid als voor de revalidatieziekenhuizen en maakt tevens dat overheidsmiddelen niet efficiënt ingezet kunnen worden waarvoor ze bedoeld zijn.

4. Doorlooptijd aanvraagprocedures

Een deel van de revalidatiediensten zijn zelf erkend als MDT en hebben tevens een erkende inschaler. In dat geval gaat weinig tijd verloren tussen de beslissing om de NAH procedure aan te vragen en de effectieve indiening van de aanvraag. De andere revalidatiediensten zijn voor de aanvraag afhankelijk van een ander MDT (doorgaans mutualiteit) voor de afname van het ZZI. Hoewel er in principe de afspraak is dat mutualiteiten deze aanvragen voorrang geven, resulteert dit toch in een aanzienlijke verlenging van de doorlooptijd van de aanvraag die hierdoor tot meerdere maanden kan oplopen. En in een acute revalidatiesetting is 1 maand zelfs al heel lang.

Hoewel de tijd tussen het indienen en de goedkeuring/afkeuring van de aanvraag eveneens doorgaans redelijk vlot verloopt, kan het ook gebeuren dat hier om allerlei redenen vertraging optreedt, en ook hier is het moeten wachten van enkele weken tot een maand heel erg lang.

Deze lange doorlooptijd komt bijgevolg nog bovenop het feit dat minimaal 6 maanden gewacht moet worden vooraleer men kan indienen wat gezien vorig punt (K-nomenclatuur) eigenlijk niet verenigbaar is met de maximaal mogelijke opnameduur en vereiste vlotte doorstroming in acute revalidatiesettings.

Als de aanvraag voor de NAH procedure geweigerd wordt is er nog een heroverwegingsprocedure mogelijk. Ook dit betekent opnieuw een verlenging van de doorlooptijd met enkele maanden. Als de aanvraag ook daarna geweigerd wordt zijn we genoodzaakt om alsnog de gewone PVB-procedure op te starten waardoor er hiervoor al veel wachttijd verloren is gegaan. Op dat moment moeten er een ondersteuningsplan (OP), module A (erkenning handicap), B (nieuw ZZI) en C (prioritering) opgemaakt worden en worden we geconfronteerd met de lange wachttijden van de MDT's van de mutualiteiten (zowel voor het ondersteuningsplan als de eigenlijke aanvraag). Vervolgens moet er opnieuw meerdere weken tot maanden gewacht worden op een beslissing en vervolgens ettelijke maanden/jaren op een effectief budget.

Gezien een revalidatiedienst onmogelijk zo lang kan wachten, is er geen andere optie dan door te verwijzen naar een WZC met de hierboven reeds aangehaalde problemen en knelpunten. Hierdoor bevinden de revalidatiediensten zich eigenlijk nog steeds in dezelfde impasse met schrijnende casussen. Voor de maatschappelijk werkers is het vaak zeer frustrerend om patiënten na een intensief en multidisciplinair revalidatietraject op deze wijze te moeten doorverwijzen, wetende dat de continuïteit van zorg niet gegarandeerd kan worden, gezien het geen geen zorg op maat betreft en dus niet aangepast aan de jonge NAH-doelgroep.

5. Zorgzwaarte inschaling:

Een deel van de aanvragen wordt geweigerd omdat patienten niet in budgetcategorie (BC) 16 vallen, terwijl die patienten wel voldoen aan de medische criteria van de aanvraag. De voorwaarden om BC 16 te kunnen halen, zijn heel erg streng waardoor ondanks de hoge zorgnoden die aanwezig zijn bij die doelgroep, het toch niet haalbaar is om BC 16 te halen. Het hangt ook een beetje af van de vertrouwdeheid/kennis/expertise van de ZZI inschaler met de NAH doelgroep, wat bij de mutualiteiten doorgaans niet het geval is. Bovendien moeten zij zich baseren op informatie van enkele informanten waardoor ze onvoldoende zicht hebben op het dagdagelijks functioneren van de patient. Veel patienten hebben immers wel continu (24/7) toezicht en permanentie nodig, wat niet betekent dat er continu iemand op de kamer aanwezig moet zijn of er camerabewaking moet zijn, of dat dit om medisch toezicht zou moeten gaan. Vooral het criterium in verband met medisch toezicht is soms een discussiepunt of punt van weigering. Strikt genomen zou dit eigenlijk voor onze patienten betekenen dat ze op intensieve zorgen zouden moeten opgenomen zijn, wat uiteraard niet het geval is gezien ze in een revalidatiesetting verblijven. Los daarvan is het net die nood aan 24/7 permanentie die voor veel VAPH voorzieningen een reden tot weigering is omdat ze dergelijk toezicht (oa verpleegkundig) niet kunnen bieden. Wat dus een contradictorische situatie is zoals reeds eerder aangehaald.

Voor budgetcategorie 16 moeten patiënten volgende B en P waarden hebben: B7/P4 - B5/P6 - B3/P7. We stellen vast dat veel van onze patiënten die net niet in aanmerking komen B6P5 krijgen, wat overeenkomt met BC14. Het probleem situeert zich vermoedelijk vnl in de differentiatie tussen P5 en P6 en de operationalisering daarvan.

6. Noodzaak aanstellen bewindvoerder

Als de betrokken patient niet wils/handelsbekwaam is en bijgevolg niet zelf de aanvraag kan ondertekenen (wat doorgaans het geval is bij de aanvragen voor de NAH procedure), stelt het VAPH dat enkel een wettelijk aangestelde bewindvoerder de aanvraag kan ondertekenen. Er zijn echter nog een aantal andere wettelijk vastgelegde juridische procedures mogelijk in geval van wilsonbekwaamheid. We denken hierbij aan een zorgvolmacht of indeplaatsstelling. Een wettelijke indeplaatsstelling is de bevoegdheid van de familierechtbank en maakt het mogelijk dat een echtgenoot alle bevoegdheden van zijn/haar partner kan overnemen, alsof hij zelf de 'zieke' persoon vervangt. Dit heeft voor gehuwden met een goede verstandhouding een minder grote impact dan een bewindvoering en maakt het mogelijk dat de echtgenoot een VAPH aanvraag indient voor zijn/haar partner of bv de besteding van een PVB opvolgt.

Gezien dit wettelijk vastgelegde procedures en stelsels zijn, stellen we ons de vraag of deze ook door het VAPH erkend en gevolgd kunnen worden. We stellen ook vast dat deze alternatieven soms wel en soms niet door het VAPH worden aanvaard bij een aanvraag. Eenvormigheid en flexibiliteit zijn hiervoor aangewezen.

Bijkomende opmerkingen

7. Inschakeling bemiddelingscommissie:

Bij goedkeuring van het NAH-budget dient het ziekenhuis zelf een geschikte opvangplaats te vinden. Indien dit niet lukt binnen de 3 maanden, wordt intensieve bemiddeling aangevraagd. In praktijk betekent dit enkel een verlenging van 3 maanden terwijl je als ziekenhuis alleen blijft staan in de zoektocht en wordt er vanuit het VAPH geen daadwerkelijke hulp geboden. En als er na een aantal verlengingen nog steeds geen geschikte voorziening is gevonden, gaat het budget verloren.

Als doorverwijzer blijft het enorm onduidelijk welke patiënten kunnen doorverwezen worden naar een bepaalde VAPH voorziening. Bij de NAH doelgroep zijn er grote verschillen qua zorgprofiel waarbij zorginstellingen zelf bepalen of zij meer (kunnen) inzetten op een welbepaald profiel (bv grotere fysieke of cognitieve afhankelijkheid). De zoekfuncties "Ik zoek zorg" en "Zorgwijs" bieden geen correcte of relevante informatie om de moeilijke zoektocht te beginnen.

8. RTH dagopvang als tussentijdse oplossing:

Mensen die nood hebben aan woonondersteuning en geen PVB of NAH-budget op korte termijn ter beschikking hebben, zouden soms gebaat zijn met voltijdse dagopvang als (tussen)oplossing maar de huidige RTH-punten op jaarbasis zijn absoluut ontoereikend hiervoor. Bovendien hebben de meeste voorzieningen geen ruimte meer om mensen te laten opstarten binnen RTH. Ze kunnen enkel dagopvang aanbieden als er een PVB budget is waardoor ook deze piste een doodlopend spoor is.

9. WZC met erkenning VAPH-bedden:

De doelgroep met zeer zwaar zorgprofiel die nood heeft aan 24/7 verpleegkundige zorgen en permanentie kunnen zoals eerder aangehaald vaak niet terecht in een VAPH-voorziening wegens ontbreken van (permanentie van) verpleegkundig personeel. Een beperkt aantal WZC's zijn erkend als VAPH zorgaanbieder waardoor patiënten met een NAH-budget daar soms wel terecht kunnen. In Oost-Vlaanderen gaat o.a. om WZC Zuiderlicht en Zonnebloem die voor deze doelgroep een extra aanbod en omkadering hebben gecreëerd binnen een afzonderlijke leefgroep/afdeling. Er is nood aan meerdere soortgelijke initiatieven over heel Vlaanderen waarvan meerdere in elke provincie.

Vragen aan het VAPH

De revalidatiediensten vragen op korte termijn een overleg met het VAPH om bovengenoemde knelpunten te kunnen bespreken en na te denken over mogelijke oplossingen.

In het bijzonder zouden we willen inzoomen op de knelpunten van de 6-maanden termijn en budgetcategorie 16 (en het criterium medisch toezicht en de differentiatie tussen P5 en P6).

Verder kregen we graag een stand van zaken over het aantal budgetten dat jaarlijks wordt toegekend, hoeveel er momenteel worden ingezet, wat de wachttijden zijn tot het gewone PVB, hoeveel weigeringen er zijn en op welke grond (medische criteria, budgetcategorie,...).

In juni 2025 vond vanuit de provincie Vlaams Brabant reeds een overleg plaats met het VAPH waar veel van bovengenoemde knelpunten werden besproken. Er werd toen een overleg voorgesteld in het najaar met de NAH werkgroep vanuit de Revalidatiecentra die deze nota mee ondertekenen. Echter kregen we eind september bericht van het VAPH dat dit overleg wordt uitgesteld wegens de geplande hervormingen na de conceptnota van minister Gennez. We begrijpen dat de geplande hervormingen eveneens een impact zullen hebben op de huidige NAH procedure,

maar de acute knelpunten waar we als Revalidatiecentra mee geconfronteerd blijven, vragen echter een dringende tussenoplossing in afwachting daarvan. Om deze reden blijven we aandringen op een overleg om te bekijken op welke manier tegemoet gekomen kan worden aan onze noden.

Vanuit Zorgnet Icuuro en de Vlaamse en Federale revalidatiediensten zal binnenkort eveneens een nota worden verstuurd naar het kabinet, die ook belangrijke knelpunten signaleert in verband met de doorstroom naar VAPH. Dit onderstreept het belang om zowel met het kabinet als VAPH een dialoog te kunnen aangaan omtrent deze ervaren knelpunten. Beide nota's worden ondersteund vanuit de Hersenletsel Liga.

We hopen op een positief antwoord,

Met achtingsvolle groeten,

Namens:

Revalidatieziekenhuis Inkendaal

Revalidatieziekenhuis Revarte

Revalidatieziekenhuis Klief

Revalidatiecentrum UZ Gent

Revalidecampus Pellenberg UZ Leuven

Revalidatiecampus De Mick AZ Klina

Nationaal MS Centrum Melsbroek

Hersenletsel Liga

Contactpersoon: Engelien.Lannoo@uzgent.be