



Nota

Doorstroomproblematiek VAPH van personen met een ernstige verworven aandoening vanuit revalidatiediensten van algemene en revalidatieziekenhuizen

9 januari 2026

1. Situering

Patiënten met een ernstige verworven aandoening, die opgenomen zijn in een revalidatiedienst, kunnen, gezien hun beperkte zelfredzaamheid, niet altijd terug naar hun oorspronkelijke woning of hebben dikwijls nood aan bepaalde hulpmiddelen of woningaanpassingen indien ze toch in staat zijn om naar huis terug te keren. We stellen vast dat dit vaak leidt tot verschillende problemen. Deze nota gaat dieper in op de problematiek.

2. Probleemstelling

Revalidanten met een ernstige en complexe verworven aandoening (o.a. NAH, tetraplegie, dwarslaesie, ernstig polytrauma) die opgenomen zijn in de revalidatiediensten van de algemene en Vlaamse revalidatieziekenhuizen, kunnen pas **zes maanden na het ontstaan van hun letsel** een aanvraag indienen bij het VAPH. Dit geldt zowel voor aanvragen voor residentiële ondersteuning, dagondersteuning (PVB) als IMB-aanvragen (hulpmiddelen en woningaanpassingen). Deze termijn leidt tot fundamentele knelpunten in doorstroom, continuïteit van zorg en financiële draagkracht van patiënten en ziekenhuizen.

2.1 Doorverwijzing naar residentiële VAPH-ondersteuning

Volgens de huidige regelgeving kunnen deze patiënten pas **zes maanden** na het ontstaan van hun letsel een aanvraag indienen voor een budget voor residentiële opvang bij het VAPH. Dit kan via versnelde procedure NAH/tetrabudget of de standaardprocedure

persoonsvolgendbudget (PVB). In zeer uitzonderlijke situaties kan een "noodprocedure" ingediend worden.

Dit staat haaks op de beperkte K60-nomenclatuur (geeft recht op 120 sessies of 6 maanden therapie), waaraan deze patiënten meestal onderworpen zijn. Na deze 120 sessies of 6 maanden zijn deze patiënten 'financieel uitgerevalideerd'.

De combinatie van lange VAPH-procedures- en wachttijden en een gebrek aan alternatieve opvangopties leidt tot aanzienlijke financiële lasten voor de (revalidatie)ziekenhuizen enerzijds en een lange ligduur waardoor geen doorstroming van patiënten anderzijds.

De verplichte wachttijd van zes maanden maakt dus dat revalidanten bij het einde van hun revalidatieperiode geen toegang hebben tot passend VAPH-aanbod, ondanks een hoog ondersteuningsprofiel.

2.2 Terugkeer naar huis

Aanvragen voor IMB-hulpmiddelen, woningaanpassingen of dagondersteuning kunnen eveneens pas na zes maanden worden gestart, waardoor het onmogelijk is een gepast ontslag voor te bereiden.

Veel patiënten beschikken echter niet over de financiële mogelijkheden om cruciale hulpmiddelen (traplift, omgevingsbediening,...) voor te financieren.

Voor dagondersteuning is er een structureel tekort aan plaatsen, en komt men door bestaande thuiszorg (om de dagen zonder dagcentrum te overbruggen) vaak in prioriteitengroep 2 terecht, wat integratie en herstel bemoeilijkt. Hierbij willen we voorstellen om de versnelde NAH/tetra-procedure ook in te voeren om 5 dagen per week dagondersteuning te kunnen aanvragen.

Het gevolg hiervan is dat het overschrijden van de ligduur van 6 maanden in het ziekenhuis, een hoge 'beddendruk' creëert. Er is geen doorstroom meer mogelijk voor nieuwe opnames. De patiënten die nog gehospitaliseerd zijn blijven te lang opgenomen, louter en alleen voor een procedure aanvraag, niet altijd omdat er nog revalidatiepotentieel is.

2.3 Wachttijden bij MDT's

Bij de bovenvermelde 6 maanden komen ook nog eens de wachttijden die MDT's (of mutualiteiten, DOP) hebben om de aanvraag te behandelen. In 2024 liepen die wachttijden op tot 9 à 18 maanden, afhankelijk van het type aanvraag.

Revalidatieziekenhuizen zijn meestal zelf geen erkend MDT, en leveren wel uitgebreide input zonder bijkomende middelen.

2.4 Verwijzing naar WZC's

Het moeizame aanvraag- en beslissingsproces bij het VAPH heeft tot gevolg dat veel jonge NAH-tetraplegieslachtoffers en patiënten met andere complexe problematieken noodgedwongen worden doorverwezen naar woonzorgcentra (WZC). Deze centra kampen echter met ernstige personeelstekorten en de aanwezige medewerkers

beschikken vaak niet over de vereiste competenties en expertise om adequaat zorg te verlenen aan deze specifieke patiëntengroep.

Hierdoor worden bijvoorbeeld NAH-profielen en tetraplegieprofielen steeds moeilijker geaccepteerd binnen WZC's.

We constateren dat tot een jaar geleden binnen de VAPHsector nog wel een geschikt aanbod aanwezig was (afhankelijk van provincie), mits een goedkeuring van budget. We merken echter dat het afgelopen jaar in heel Vlaanderen steeds moeilijker wordt om een geschikte plaats in een VAPH-voorziening te vinden (zoals reeds eerder aangegeven).

Bijkomend is een opname in een WZC financieel volledig ten laste van de jonge patiënt, dit betekent een oplegkost van minstens 2200 euro per maand. Dit is een groot verschil met de eigen inbreng bij een vergunde zorgaanbieder.

Verder zijn we bezorgd dat jonge patiënten die noodgedwongen worden doorverwezen naar een WZC geen hoge prioriteit meer krijgen om op korte termijn te kunnen doorverwezen worden naar een VAPH-vergunde zorgaanbieder. Het WZC zou kunnen gezien worden als tussenbestemming, maar niet als eindbestemming voor deze jonge patiënten.

2.5 Versnelde procedure NAH/tetraplegie

Personen met een complexe NAHproblematiek/tetraplegie hebben immers onmiddellijk na hun opname in een revalidatiesetting nood aan gepaste zorg en ondersteuning en hebben een tussentijdse oplossing nodig om de wachttijd op een budget te kunnen overbruggen.

Door het gebrek aan deze tussenoplossing gaven de revalidatiecentra al snel aan dat er onvoldoende doorstroom was naar de vergunde zorgaanbieders (cfr nota's gericht aan minister Vandeurzen(2018) en minister Beke (2021) in bijlage).

Als antwoord hierop werd in 2018 de versnelde procedure NAH/tetraplegie goedgekeurd en werden er middelen voorbehouden voor een totaliteit van 57 meerderjarige personen in heel Vlaanderen die – in afwachting van hun definitief PVB – via directe financiering bij een VAPH vergunde zorgaanbieder kunnen verblijven.

Kanttekening is hier dat bovenstaande wachttijd van 6 maanden ook geldt voor deze procedure en daarbovenop ook nog een periode tussen de goedkeuring van het NAH- of tetraplegiebudget en de eigenlijke opname in een VAPH-voorziening.

We stellen ook vast dat er een tekort is aan geschikte plaatsen voor deze doelgroep binnen de VAPH-voorzieningen. M.a.w. ook als er een budget snel ter beschikking wordt gesteld, is het een enorme zoektocht om binnen de 3 maanden een geschikte woonvoorziening te zoeken die passend is voor deze doelgroep. Meestal is dit binnen deze tijdsspanne geen haalbare kaart waardoor een verlenging in de dossieraanvraag dient te gebeuren. Een geschikte plaats vinden bij het eigen netwerk van de patiënt, is eerder zeldzaam. De sociale diensten doen in deze situaties hun uiterste best om een zo goed mogelijke alternatieve oplossing te zoeken. Helaas is dit ook voor jonge mensen meestal een WZC.

Er werd, rekening houdend met de beschikbare middelen, beslist dat deze procedure enkel geldt voor volwassen personen met een NAH of tetraplegie ten gevolge van een hoge dwarslaesie (boven C4) met de hoogste zorg- en ondersteuningsbehoeften (ZZI:

budgetcategorie 16 of hoger) die blijvend aangewezen zijn op intensieve hulpverlening en waarbij geen verbetering meer mogelijk is.

Echter zien we dat de groep die net onder budgetcategorie 16 zit en dus eveneens niet in staat is om in een thuissituatie te functioneren in de kou blijft staan.

Het gaat uiteraard om jonge mensen, soms zeer jong (tss 30j en 40j) die we noodgedwongen naar een woonzorgcentrum moeten sturen. Zij krijgen ofwel een weigering binnen de bestaande versnelde procedure of er wordt geen aanvraag gedaan gezien niet voldaan wordt aan de criteria. Voor hen geldt dus de reguliere aanvraagprocedure.

Zo zien we dus nog steeds schrijnende situaties waarbij jonge mensen uiteindelijk noodgedwongen moeten doorverwezen worden naar een WZC. Deze doelgroep heeft nochtans een gepast profiel voor opname in een VAPH-voorziening (zie aanbeveling 3.3).

2.6 Noodprocedures, subrogatie en juridische vertegenwoordiging

Bij **aanvragen voor noodsituaties** wordt door VAPH vaak gesteld dat er geen sprake is van een echte noodsituatie, onder meer omdat men "ontbreken van netwerk" strikt interpreteert.

Men formuleert de noodsituatie als 'het plots wegvallen van het netwerk', indien er voorheen geen netwerk was, komt men dus als "alleenstaande" niet in aanmerking. Ook in andere situaties, kan men er niet altijd zomaar vanuit gaan dat, als er een sociaal netwerk is, zij ook automatisch de zorg kunnen opnemen voor het zwaarhulpbehoevend familielid. Hierbij denken we aan een vader/moeder die de zware fysieke zorg niet op zich kan nemen, of kinderen die zelf een voltijdse job en een druk gezinsleven hebben (waardoor er dus geen permanente zorg of toezicht kan gegarandeerd worden). Daarbij komt dat personen waarvan verwacht wordt, dat zij de zorg moeten opnemen (of de patiënt bij hen laten intrekken) ook niet altijd over de juiste infrastructuur beschikken vb. een niet rolstoeltoegankelijke woning.

Subrogatieaanvragen worden behandeld door de Provinciale afdeling (PA) volgens de standaardprocedures, ongeacht de status van de administratieve afhandeling bij de juridische dienst in Brussel. Dit proces moet mogelijk worden herzien om er voor te zorgen dat de erkenning van personen met een handicap en hun recht op ondersteuning niet afhangt van bureaucratische vertragingen of de aanwezigheid van een derde betaler.

Als de betrokken patient niet wils/handelsbekwaam is en bijgevolg niet zelf de aanvraag kan ondertekenen, 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. We stellen vast dat deze alternatieven soms wel en soms niet door het VAPH worden aanvaard bij een aanvraag. Eenvormigheid en flexibiliteit zijn hiervoor aangewezen.

Verder eveneens de vraag of de aanvraag al niet verder kan behandeld worden als het verzoekschrift is ingediend bij het vredegerecht.

2.7 Expertise NAH binnen VAPH-actoren

Onvoldoende kennis van NAH binnen MDT's, DOP's en VAPH-beoordelaars leidt tot **onderschatting van zorgzwaarte**, te lage budgetten en onjuiste inschalingen.

2.8 Beslissing opname aanvragen VAPHvoorziening

In de praktijk stellen we vast dat het heel erg lang duurt vooraleer een VAPHvoorziening een beslissing neemt en effectief overgaat tot een opname door o.a. gebrek aan personeel, tijdens de zomerperiode geen overlegmomenten (en dus geen beslissing binnen de 3 maanden), voorrang proefweekends,...

Zoals eerder aangegeven wordt de wachttijd hierdoor nog verlengd en wordt het voor de revalidatieziekenhuizen- en afdelingen een onhoudbare situatie.

3. Aanbevelingen

3.1 Beter afstemmen van termijnen K-nomenclatuur en termijnen voor indienen van VAPH-aanvragen.

3.2 Uitbreiding en versterking van VAPH-aanbod

- Verhoging van capaciteit en middelen binnen VAPH-voorzieningen, met specifieke aandacht voor NAH en dwarslaesie.
- Versnellen van opnamebeslissingen door voorzieningen (garantie op beslissing binnen 3 maanden).

3.3 Herziening versnelde NAH/tetraplegieprocedure

- Uitbreiding naar profielen vanaf **budgetcategorie 14** om de "net-niet-groep" te versterkenjk.
- Invoering van een **versnelde procedure voor 5 dagen dagondersteuning**, gezien RTH ontoereikend is.

3.4 Kwaliteitsverbetering MDT's en VAPH-beslissers

- Extra bestaffing en middelen om wachttijden te reduceren.
- Gerichte opleidingen rond NAH-problematiek, bij voorkeur in samenwerking met de Hersenletselliga.

3.5 Aanpassing van noodprocedures en subrogatie

- Ruimere interpretatie van "noodsituatie", ook bij beperkte draagkracht van het netwerk.
- Stroomlijning en versnelling van subrogatieprocedures.

3.6 Eenvormige erkenning van juridische vertegenwoordiging

- Aanvaarden van zorgvolmacht en indeplaatsstelling als geldige rechtsgronden voor ondertekening en behandeling van dossiers.
- Mogelijkheid tot opstart dossier zodra het verzoekschrift bij het vredegerecht is ingediend.

4. Vraag tot overleg

De Vlaamse revalidatieziekenhuizen, de revalidatieafdelingen van de federale ziekenhuizen en Zorgnet-Icuro vragen een **structureel overleg** met het VAPH om:

- de beschreven knelpunten en aanbevelingen te bespreken,
- oplossingspistes te bekomen en te prioriteren
- en te komen tot een geïntegreerd traject dat wederzijdse doorstroming en passende zorg waarborgt.

Namens de werkgroep sociale diensten algemene, universitaire en revalidatieziekenhuizen

Lijst met afkortingen

- NAH: Niet Aangeboren Hersenletsel
- VAPH: Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
- PVB: Persoonsvolgend budget
- IMB: Individuele Materiële Bijstand
- WZC: Woonzorgcentrum
- MDT: Multidisciplinair team
- DOP: Diensten Ondersteuningsplan
- DMW: Diensten Maatschappelijk Werk
- PA: Provinciale Afdeling
- BC: Budgetcategorie
- RTH: Rechtstreeks Toegankelijk Hulp