

Rapport 16

Verkennd onderzoek naar de noden van het aanbod in de Vlaamse revalidatieconventies

Onderzoeker: dr. Emily Verté
Promotor: Prof. dr. Dominique Van de Velde
Copromotor: Prof. dr. Paul Gemmel

Samenvatting

In het licht van de zesde staatshervorming en de overheveling van federale bevoegdheden in de revalidatiesector naar Vlaanderen, werd de opdracht gegeven een verkennend onderzoek uit te voeren naar de noden van het aanbod binnen de Vlaamse revalidatieconventies. Gezien de specifieke historische grondslag van de conventies en de grote verscheidenheid binnen de revalidatiesector, bleken er onvoldoende gegevens voor handen voor de Vlaamse overheid om een adequaat Vlaams revalidatiebeleid uit te tekenen. Het was dan ook het doel van voorliggend onderzoek om prioriteiten te bepalen voor het behandelen van aanvraagdossiers en een groeipad uit te tekenen voor de Vlaamse revalidatiesector. Negen conventiedomeinen waren het onderwerp van dit verkennend onderzoek:

- 7.71 Locomotorische en neurologische revalidatie;
- 7.72 Psychosociale revalidatie van volwassenen;
- 7.73 Revalidatie van verslaafden;
- 7.74 Kinderpsychiatrische aandoeningen;
- 7.74.5 Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind;
- 7.74.6 Referentiecentra voor autisme;
- 7.76.5 Respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen;
- 953 en 965 Centra voor ambulante revalidatie;
- 969 Visuele revalidatie.

Om aanbevelingen te kunnen maken voor het optimaliseren van het huidige revalidatieaanbod en met het oog op het bepalen van prioriteiten, werd een mixed-method aanpak gehanteerd door eerst kwalitatief groepsinterviews af te nemen van experts (N=9, een focusgroep per domein) gevolgd door een kwantitatieve brede bevraging van het personeel binnen de Vlaamse revalidatiesector (N=218).

Voor elke revalidatieconventie werden in een eerste fase doelen en factoren geïdentificeerd die het succes bepalen van het respectievelijke domein (kwalitatief). In een tweede fase werd een score toegekend op basis van belang voor succes en de mate van aanwezigheid van het conventiedomein die

samen de mate van het succes van het domein aangeeft (kwantitatief). Tot slot werd alle verkregen data gevalideerd op basis van twee consultatierondes met experts ter zake.

De onderzoeksresultaten wijzen op een grote verscheidenheid tussen de diverse conventiedomeinen. De resultaten tonen zowel verschillen in focus (andere doelen en factoren) als verschillen in mate van succes (diverse scores op basis van belang en aanwezigheid). Alle factoren kunnen dan ook beschouwd worden als beleidsprioriteiten van het respectievelijke conventiedomein. Er werden in totaal 382 factoren geïdentificeerd, waaronder: Locomotorische en neurologische revalidatie 48, Psychosociale revalidatie van volwassenen 29, Revalidatie van verslaafden 44, Kinderpsychiatrische aandoeningen 47, Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind 40, Referentiecentra voor autisme 47, Respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen 37, Centra voor ambulante revalidatie 44 en Visuele revalidatie 46.

Na het bepalen van de prioriteiten, werd een verdere opsplitsing gemaakt in de prioriteiten: (1) factoren die bijkomende investeringen vragen (voor groei) en (2) factoren die blijvende investeringen nodig hebben (voor behoud). We leggen voornamelijk de focus op het eerste, met name de factoren (prioriteiten) die de kwaliteitsstandaard momenteel niet halen en bijgevolg veel groeipotentieel vertonen. Kader 1 geeft een overzicht van de belangrijkste prioriteiten per conventiedomein.

Naast deze factoren, blijkt uit de resultaten dat adequate echelonnering een groot aandachtspunt is voor alle conventiedomeinen indien men de wachtlijsten en wachttijden wenst aan te pakken. Hoe hoog het op de agenda staat, verschilt naargelang het conventiedomein. Over de conventiedomeinen heen is er geen consistentie terug te vinden in het belang noch de aanwezigheid van de onderliggende factoren om adequate echelonnering mogelijk te maken. Wel blijkt hoe belangrijker het objectief adequate echelonnering is, hoe minder aanwezig de onderliggende factoren zijn, en dus hoe slechter het conventiedomein scoort. Deze resultaten tonen aan dat verder onderzoek per conventiedomein nodig is om adequate echelonnering te doorgronden met het oog op het wegwerken van wachtlijsten per conventiedomein.

Naast de verschillen in prioritering toont dit verkennend onderzoek ook gelijkenissen aan tussen de conventiedomeinen. Er blijken met name universeel gedragen succesfactoren (prioriteiten) te bestaan die voor elk conventiedomein opgaan. Dit leidt tot vier voorwaarden voor een succesvol revalidatiedomein die de basis vormen voor het beleid van elk conventiedomein:

1. Persoonsgerichte aanpak, inclusief focus op de ruime context;
2. Netwerk en samenwerking met andere actoren;
3. Flexibiliteit in zorg en ondersteuning, met focus op de cliënt/patiënt;
4. Outreachend werken.

Bovenop deze fundamente (eerste beleidslaag) kan het beleid verder gradueel opgebouwd worden aan de hand van de specifieke kritische succesfactoren van een respectievelijk conventiedomein. De tweede beleidslaag vormen de factoren uit de top 10 prioritair succesfactoren die het meeste groeipotentieel aangeven, die dus de target momenteel niet halen. Daar bovenop komt een derde beleidslaag met de minder belangrijke factoren die de meeste groeimarge aantonen, gevolgd door een vierde laag met de factoren die de minder groeimarge aangeven, gradueel van belangrijk tot minder belangrijk.

Kader 1. Overzicht bijkomende investeringen per conventiedomein

Het grootste aandachtspunt binnen het *locomotorische en neurologische* conventiedomein is het ter beschikking stellen van tools om zingeving en psychologische drivers voor de cliënt, context en personeel mee te nemen in de zorgverstrekkingen.

Binnen het domein van de *psychosociale revalidatie* is het grootste werkpunt het verleggen van de focus naar de patiënt, inclusief zijn of haar context. Dit betekent het ter beschikking stellen van tools om outreachend te werken en flexibele vormen van zorg in en met de vertrouwde omgeving.

Het grootste aandachtspunt van de *revalidatie voor verslaafden* blijkt het faciliteren van een adequaat patiëntendossier te zijn.

Voor het domein van de *kinderpsychiatrische aandoeningen* zijn extra investeringen aanbevolen om met de cliënt in de maatschappij aan de slag te zijn om zijn of haar participatie te verhogen.

De resultaten voor het domein *vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind* tonen diverse werkpunten aan. Extra ondersteuning is nodig om meer autonomie te verkrijgen als zelfstandige entiteit. Ruimte voor zorgoverleg, flexibiliteit om in thuisomgeving van de cliënt aan de slag te gaan, en duidelijkere administratieve en beleidsmatige bepalingen zijn binnen dit conventiedomein eveneens aangeraden.

Extra personeel en verhoging van de capaciteit zijn de aandachtspunten bij uitstek van het domein *referentiecentra voor autisme*, maar ook een flexibelere manier van werken en het ter beschikking stellen van tools om outreachend aan de slag te gaan, vragen extra investeringen. Een ander groot werkpunt is het faciliteren van de aansluiting van de eerste, tweede en derde lijnszorg. Daarnaast is ook het versterken van de bestaande hulpverlening belangrijk indien men de positie van de referentiecentra voor autisme wenst te verbeteren.

De werkpunten van het domein *respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen* situeren zich voornamelijk in de implementatie van een patiëntgecentreerde aanpak. Ruimte creëren en tools ter beschikking stellen van het domein om de patiënt centraal te zetten vraagt extra investeringen in flexibelere zorgverlening in en rond de patiënt, dit in de samenleving en niet in instellingen. Dit vraagt ook de mogelijkheid om transdisciplinair te werken met andere zorgverstrekkers (ambulant en residentieel). Bijscholing en vorming is in dit licht cruciaal, echter vraagt het extra beleidsaandacht.

De werkpunten van de *centra voor ambulante revalidatie* kunnen gezien worden als een luide roep naar de mogelijkheid tot een brede cliëntgecentreerde aanpak die flexibiliteit vergt in zowel de zorg als in de omkadering. Aanbevelingen zijn hier ruimte voor innovatie, flexibelere zorgverstrekkingen, mogelijkheid tot het opnemen van een rol in het voor- en natraject, minder administratie en flexibiliteit om groeps- en individuele therapie te combineren.

Aangaande het conventiedomein *visuele revalidatie* dient men vooral te investeren in een dynamisch en breed gedragen informatie- en communicatieplatform en flexibele zorgvormen met het oog op zorg in de context van de patiënt. Een ander werkpunt blijkt het mogelijk maken van psychosociale begeleiding.

Op basis van de resultaten van dit verkennend onderzoek lijkt, op eerste zicht, een “one-size-fits-all”-beleid binnen de Vlaamse revalidatiesector uit den boze te zijn. Echter geven de resultaten aan dat een modulair systeem hieraan kan remediëren door zowel een inclusieve als een categoriale benadering te hanteren. De aanwezigheid van een universele, generische basis van prioriteiten binnen de Vlaamse revalidatiesector maakt het mogelijk om sectorbrede beleidsacties te ondernemen. De diversiteit in prioritering en de specificiteit van een domein wijst dan weer richting maatwerk per revalidatieconventie.

De gedachte achter deze succesfactoren of prioriteiten en de wijze waarop ze kunnen geoperationaliseerd worden in de praktijk moet echter blijken uit vervolgonderzoek die eerder kwalitatief dan kwantitatief van aard zal/moet zijn. Verder inzicht in zowel de aanbodzijde (scope van dit verkennend onderzoek) als de vraagzijde (buiten de scope van dit onderzoek) van elke afzonderlijke revalidatieconventie is dan weer noodzakelijk om na te gaan in hoeverre elk respectievelijk aanbod effectief aansluit op de behoeften van hun cliënten of patiënten en zo een goede aansluiting te voorzien.