

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Towards a projection model for the Flemish social protection

Part I

An overview of literature

Part II

A projection model for residential care for the older persons and for home care

Part III

A first step to projecting future needs, service use, and costs in ambulatory mental health care and psychosocial rehabilitation

Dr. Johanna de Almeida Mello

Dr. Anja Daems

Prof. dr. Carine Vande Voorde

Prof. dr. Anja Declercq

Prof. dr. Erik Schokkaert



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
 Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
 Tel 0032 16 37 34 32
 E-mail: swvg@kuleuven.be
 Website: <http://www.steunpuntwvg.be>



Publicatie nr. 2022/08
 SWVG-Rapport 76
 Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Towards a projection model for the Flemish social protection. Samenvatting.

Promotor: Prof. dr. Erik Schokkaert¹
 Copromotor: Prof. dr. Carine Vande Voorde¹, prof. dr. Anja Declercq²
 Onderzoekers: Dr. Johanna de Almeida Mello², dr. Anja Daems²

¹ Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen, KU Leuven

² LUCAS KU Leuven

This report has been produced with the support of the Flemish Government. It contains research results of the author(s) and not those of the Flemish Government. The Flemish Government cannot be held liable for the use which may be made of the information provided.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove Prof. dr. Anja Declercq
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Johan Put
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
UGent	
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg	Prof. dr. An De Sutter
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen	
· Centrum OASeS, Departement Sociologie	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt	
· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent	
· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

Rapport 76

Maart 2022

Towards a projection model for the Flemish social protection [Naar een prognosemodel voor de Vlaamse Sociale Bescherming].

Onderzoekers: Dr. Johanna de Almeida Mello², dr. Anja Daems²
Promotor: Prof. dr. Erik Schokkaert¹
Copromotor: Prof. dr. Anja Declercq², prof. dr. Carine Vande Voorde¹

¹ Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen, KU Leuven

² LUCAS KU Leuven

Samenvatting

In 2016, bij de uitvoering van de zesde staatshervorming, werden de Vlaamse bevoegdheden inzake gezondheids- en zorgbeleid aanzienlijk verruimd. Vóór 2016 was Vlaanderen reeds bevoegd voor (een deel van) de geestelijke gezondheidszorg en voor (een deel van) de gezondheidspreventie. Met de verruiming kwam de langdurige residentiële zorg onder de bevoegdheid van de gewesten en werden de bevoegdheden inzake geestelijke gezondheidszorg en revalidatie uitgebreid. Deze nieuwe competenties werden vervolgens gecombineerd met reeds bestaande Vlaamse competenties, zoals gezinszorg en aanvullende thuiszorg, in de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB).

Om een coherent beleid te kunnen formuleren en de kosten van zorg en sociale hulp te integreren in de globale Vlaamse begroting, rekening houdend met toekomstige behoeften, zijn budgettaire projecties op lange termijn nodig. Het doel van dit onderzoek is de constructie van een voorspellingsmodel voor de kost van de VSB. De eerste noodzakelijke stap hiervoor is natuurlijk het verzamelen van relevante data en dat bleek verre van triviaal. Het ontbreken van adequate gegevens voor sommige onderdelen van de VSB is te wijten aan de vrij recente wijziging in de Vlaamse bevoegdheden. Voor sommige onderdelen van de VSB (residentiële zorg en thuiszorg) leverde het samenvoegen van gegevens die op federaal niveau door het Intermutualistisch Agentschap (IMA) en op het niveau van de Vlaamse overheid worden verzameld (VESTA-gegevens), een dataset op die voldoende rijk is voor de opbouw van een projectiemodel. Voor andere onderdelen van de VSB (geestelijke gezondheidszorg en revalidatie) zijn de beschikbare gegevens echter onvolledig. Voor deze onderdelen waren we dus genoodzaakt minder ambitieus te zijn en ons te beperken tot een beschrijvende analyse.

Deel I van het rapport bevat een inleiding tot enkele methodologische problemen, een overzicht van bestaande modellen voor langdurige zorg en een korte beschrijving van de Vlaamse Sociale Bescherming.

Deel II beschrijft de constructie van een projectiemodel van het gebruik en de kosten voor de overheid van de residentiële zorg voor de ouderen en de thuiszorg. Simulaties illustreren op welke wijze het model kan gebruikt worden ter ondersteuning van het beleid.

Deel III bevat een kwantitatieve beschrijving van de sector van de geestelijke gezondheidszorg en de revalidatie, met een voorstel voor toekomstige dataverzameling in deze sectoren.

Deel I

De Vlaamse Sociale Bescherming

In deel I geven we een beknopte beschrijving van de inhoud en de doelstellingen van de Vlaamse Sociale Bescherming. Sinds de zesde staatshervorming is de Vlaamse Gemeenschap bevoegd geworden voor het beleid inzake de verstrekking van geestelijke gezondheidszorg in instellingen buiten ziekenhuizen, inclusief de Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT) en de Initiatieven voor Beschut Wonen. De financiering van de psychiatrische ziekenhuizen zelf is nog steeds een federale bevoegdheid. Organisaties en diensten in de geestelijke gezondheidszorg die onder de VSB ressorteren zijn de Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR), de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), de Revalidatiecentra voor Verslaving, de Psychosociale Revalidatiecentra voor Volwassenen, de Centra voor Vroegtijdige Stoornissen in de Interactie ouders-kinderen, de Referentiecentra voor Autisme en de Centra voor Kinderpsychiatrische Aandoeningen. Daarnaast zijn de volgende organisaties voor lichamelijke revalidatie opgenomen in de VSB: Revalidatievoorzieningen voor Locomotorische en Neurologische Revalidatie, de Centra voor Visuele Revalidatie, de Centra voor Revalidatie van Kinderen met Respiratoire en Neurologische aandoeningen en de Eenheden voor Respijtzorg. De Vlaamse Gemeenschap is tenslotte ook bevoegd voor de (grote) sectoren van de aanvullende gezinszorg en de residentiële ouderenzorg.

Een bondig overzicht van bestaande prognosemodellen

De zorgplanning moet anticiperen op toekomstige langdurige zorgbehoeften. Daartoe moeten de factoren die de vraag naar zorg en hulp beïnvloeden geïdentificeerd worden en, indien mogelijk, geïntegreerd in een coherent prognosemodel. Hierbij worden de statistische tijdspatronen op lange termijn geschat op basis van beschikbare (historische) gegevens. Bij de prognose wordt dan verondersteld dat deze historische tendensen zich in de toekomst zullen doorzetten.

Indien mogelijk, is het aangewezen om bij de constructie van het model te vertrekken van gegevens op het niveau van de individuele personen. Dat vereist een grote hoeveelheid gegevens over alle relevante individuele kenmerken in een steekproef die representatief is voor de hele populatie. Vaak worden gegevens uit verschillende databestanden verzameld en zijn er geavanceerde statistische technieken nodig om die verschillende databases te standaardiseren en met elkaar te linken. Bij de projectie worden de individuele gegevens geaggregeerd om groepen van mensen te kunnen onderscheiden (bv. de aantallen in verschillende leeftijdsgroepen) waarvan de evolutie in de toekomst kan geprojecteerd worden.

Om prognoses te kunnen maken, moeten determinanten van lange-termijn uitgaven in de modellen worden opgenomen. Afhankelijk van de beschikbaarheid van gegevens, worden in alle modellen in de literatuur ongeveer dezelfde verklarende factoren opgenomen: demografische verschuivingen in de

bevolking, evolutie van de gezondheidstoestand van de bevolking, inkomen, gedrag van cliënten, technische wijzigingen, prijzen en productiviteit en organisatie van de zorg.

Voor het literatuuroverzicht werden in totaal 26 studies geselecteerd, waarvan 13 modellen in verschillende landen meer in detail worden toegelicht. We bespreken steeds bondig de methodologie en de prognoseresultaten. Voor België is het meest relevante model geconstrueerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en het Federaal Planbureau. Dit model voorspelde het aantal bedden in de residentiële zorg voor ouderen voor de periode 2011-2025. Determinanten in het model waren de bevolkingsopbouw in termen van geslacht en leeftijd, de gezinssamenstelling, de beschikbaarheid van mantelzorgers en de trends in de gezondheidstoestand van de bevolking. Bij de constructie van het model werd gebruik gemaakt van de Gezondheidsenquête (HIS) voor de jaren 2004 en 2008 en van de Permanente Steekproef (EPS), opgezet door het Intermutualistisch Agentschap (IMA). Het model verklaart de verdeling van de bevolking over verschillende zorgcategorieën: geen zorg; twee thuiszorgsituaties 'laag' en 'hoog'; vijf niveaus van residentiële zorg - categorieën O, A, B, C en Cd; ziekenhuisopname; en, ten slotte, de dood. Met het geconstrueerde model worden verschillende alternatieve scenario's gesimuleerd. Het prognosemodel dat wij voorstellen in deel II maakt eveneens gebruik van EPS-data en vertoont gelijkenissen met dit KCE-FPB model.

In een ideale wereld zouden alle zorguitgaven die onder de Vlaamse Sociale Bescherming vallen, geïntegreerd moeten worden in één samenhangend prognosemodel. Voor de sectoren van de geestelijke gezondheidszorg en van de revalidatie zijn er echter onvoldoende individuele gegevens beschikbaar om een volwaardig prognosemodel te construeren. Voor residentiële zorg en thuiszorg (inclusief verpleegkundige zorg, een federale bevoegdheid), hebben we de individuele gegevens in de Permanente Steekproef (EPS) van IMA gekoppeld aan de VESTA-databank, die gegevens over het gebruik van thuiszorgdiensten bevat op individueel niveau. Dit maakt het mogelijk om voor deze sectoren een model te schatten dat perfect vergelijkbaar is met de modellen voor andere landen die in deel I beschreven worden.

Deel II

In deel II beschrijven we de ontwikkeling van een projectiemodel om het gebruik van thuiszorg en het aantal dagen in residentiële zorg te voorspellen. Voor de schatting maken we gebruik van individuele gegevens en we gebruiken het model om toekomstige uitgaven en beleidsscenario's te simuleren.

Afhankelijke en verklarende variabelen

De structuur van deel II volgt de voornaamste stappen die bij de opbouw van een projectiemodel moeten gezet worden. Eerst beschrijven we in detail de beschikbare databanken: de Permanente Steekproef (EPS) van het Intermutualistisch Agentschap en het VESTA-platform met data over de gezinszorg. Zoals reeds gezegd, werden deze twee databanken aan elkaar gekoppeld. We schetsen de evolutie doorheen de tijd van de afhankelijke variabelen: het aantal dagen residentiële zorg, uitgesplitst naar de verschillende zorgcategorieën (O, A, B, C, Cd en kortverblijf), het aantal prestaties in de thuisverpleging, het aantal uren gezinszorg en logistieke hulp. De uitgaven voor de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) worden niet in detail bestudeerd. Het model concentreert zich op de verklaring van het zorggebruik, niet op de evolutie van eenheidskosten en prijzen. We beschikken niet over de nodige informatie om daarvoor een behoorlijk model te schatten. We berekenen daarom de

uitgaven door de geprojecteerde gebruiksvolumes te vermenigvuldigen met de meest recent beschikbare eenheidskosten. Het spreekt echter vanzelf dat in de beleidssimulaties verschillende veronderstellingen over de kostenevolutie kunnen geïmplementeerd worden.

De verklarende variabelen komen grotendeels overeen met de variabelen die in soortgelijke modellen in andere landen worden gebruikt, zoals beschreven in deel I. Het belang van leeftijd en geslacht is evident, en in het licht van de vergrijzing, een belangrijke factor in de projecties. We introduceren ook een variabele voor de aanwezigheid van een handicap: hierbij wordt gebruik gemaakt van de definitie zoals die op federaal niveau en in de EPS wordt gehanteerd. Dataproblemen maakten het onmogelijk om te werken met de definitie van "handicap" die door de Vlaamse Gemeenschap wordt gehanteerd. De socio-economische achtergrond van de individuen wordt benaderd met een variabele die aangeeft of ze al dan niet een laag inkomen hebben. Binnen de EPS is, op basis van de samenstelling van de huishoudens, ook een variabele geconstrueerd, die de potentiële beschikbaarheid van een mantelzorger weergeeft. De morbiditeit (cardiovasculaire problemen, COPD, diabetes, Parkinson) wordt benaderend gemeten aan de hand van het geneesmiddelengebruik in de EPS. De variabele voor Alzheimer schiet echter duidelijk tekort omdat het geneesmiddelengebruik voor die aandoening in het verleden onvolledig en variabel is. De aanwezigheid van Alzheimer is nochtans evident een essentieel kenmerk voor onze doelstellingen: we hebben daarom een imputatieprocedure toegepast zodat we de globale prevalentiecijfers voor Alzheimer in de populatie en in de residentiële zorg, die bekend zijn uit andere bronnen, zo goed mogelijk benaderen. Tenslotte gaan we ook na of het regionale aanbod van gezinszorg en de regionale beschikbaarheid van bedden in de residentiële zorg invloed hebben op het zorggebruik.

De beschikbare gegevens zijn zeker niet perfect, maar ze zijn wel goed vergelijkbaar met de voorbeelden voor andere landen die wij in het eerste deel hebben beschreven. Ook het door ons voorgestelde projectiemodel kan de toets van een vergelijking met die internationale voorbeelden doorstaan.

Methodologische keuzes

We gaan uitvoerig in op onze methodologische keuzes. Uiteindelijk hebben wij geopteerd voor de meest eenvoudige en meest gebruiksvriendelijke benadering waarin een lineair model wordt geschat met gewone kleinste kwadraten (OLS) op basis van een gepoolde dataset, waarin alle gegevens voor alle jaren (2009-2017) worden samengebracht. Voor 2018 en 2019 zijn ook reeds globale administratieve gegevens beschikbaar. Wij hebben met de verschillende voor de periode 2009-2017 geschatte modellen het gebruik in 2018-2019 voorspeld en die geprojecteerde waarden vergeleken met de werkelijke data. Voor de simulaties hebben we dan verder gewerkt met de specificatie die bij deze oefening de beste predicties opleverde. Gezien projectie van de toekomstige uitgaven de eerste bedoeling is van deze oefening, leek ons dat veruit het beste criterium.

De keuze voor de eenvoudige benadering betekent niet dat wij niet geëxperimenteerd hebben met meer gesofistikeerde benaderingen. We hebben hiërarchische modellen geschat, waarbij eerst de bevolking in verschillende categorieën wordt ingedeeld (geen zorg, thuiszorg, overgang van thuiszorg naar residentiële zorg, residentiële zorg) en dan het specifieke zorggebruik binnen elke categorie wordt geanalyseerd. Terwijl in het door ons verkozen model met een variabele "gestorven in het jaar" wordt gewerkt, hebben wij ook de alternatieve benadering geëxploreerd, waarbij de data geannualiseerd worden. Ten slotte hebben we om beter rekening te kunnen houden met een hele reeks niet observeerbare individuele kenmerken, van de panelstructuur van de gegevens gebruik gemaakt om een model met "fixed effects" te schatten. Al deze resultaten worden samengebracht in een appendix,

waaruit blijkt dat de voorspellende prestatie van het eenvoudige OLS-model minstens even goed en meestal beter was dan die van de meer gesofistikeerde modellen.

In hoofdstuk 4 van deel II worden de schattingsresultaten voorgesteld. Deze liggen perfect in de lijn van de verwachtingen. Leeftijd en morbiditeit hebben de verwachte effecten. Een laag inkomen en een handicap hebben een positief effect op het zorggebruik. Zeer belangrijk is de beschikbaarheid van mantelzorg. Ondanks de onnauwkeurige meting van deze variabele, is ze significant voor alle zorgcategorieën. De beschikbaarheid van mantelzorg houdt mensen inderdaad langer weg uit de residentiële zorg. Wij vinden ook interessante aanbodeffecten: wanneer het aanbod van gezinszorg in een zorgregio toeneemt, daalt het aantal dagen in de categorieën O en A van de residentiële zorg en in kortverblijf.

Projecties en beleidssimulaties

Met het geschatte model simuleren we vervolgens de toekomstige zorgvolumes en kosten voor de periode van 2019 tot 2035. Bij deze projecties worden de bevolkingsvooruitzichten van Statbel gebruikt. Voor de andere verklarende variabelen worden de trends uit het verleden naar de toekomst geëxtrapoleerd.

In hoofdstukken 6 en 7 wordt geïllustreerd hoe verschillende scenario's kunnen worden geconstrueerd en gesimuleerd om het effect van relevante beleidsbeslissingen op het zorggebruik en de kosten te laten zien. Het uiteindelijke doel van een projectiemodel is de mogelijkheid te creëren om dergelijke beleidssimulaties uit te voeren. 'Projecties' mogen niet worden beschouwd als 'voorspellingen', aangezien het duidelijk is dat er in de toekomst maatschappelijke veranderingen zullen optreden die wij in de gegevens over het verleden niet konden ontdekken. Vergelijking van de referentieprojectie met de simulatieresultaten voor alternatieve veronderstellingen geeft echter nuttige inzichten in het relatieve belang van de verschillende verklarende variabelen en in de waarschijnlijke effecten van beleidsveranderingen. Ter illustratie van deze mogelijkheid hebben wij de budgettaire gevolgen getoond van de omzetting van ROB in RVT-bedden en van de financiering van meer "boven norm"-personeel. Een andere simulatie suggereert dat een verhoging van het aanbod van gezinszorg het aantal personen dat beroep doet op residentiële zorg doet afnemen en dat het zelfs mogelijk is dat deze verschuiving op lange termijn een positief effect heeft op de overheidsuitgaven, omdat de besparingen in de residentiële zorg groter worden dan de meeruitgaven in de gezinszorg. We tonen ook hoe belangrijk de afnemende beschikbaarheid van mantelzorg is voor de toekomstige evolutie van het gebruik van formele zorg.

Deze simulatieresultaten zijn slechts illustraties van het nut van het prognosemodel. Er zijn nog vele andere mogelijkheden en de belangrijkste output van dit werk is niet het overzicht van enkele simulatieresultaten, maar wel het model zelf dat door beleidsmakers kan gebruikt worden voor de analyse van de effecten van een hele reeks van beleidsmaatregelen. Aangezien het model wordt geschat met gegevens tot 2017, is daarvoor echter een regelmatige actualisering noodzakelijk. Dit is des te meer het geval omdat we mogen aannemen dat de covid-19-crisis tot een aantal structurele veranderingen in het systeem en in het gedrag heeft geleid, die niet kunnen worden geanalyseerd op basis van de gegevens van vóór de covid-19-crisis.

Deel III

In Deel III wordt een beeld geschetst van de behoeften, het huidige gebruik en de kosten in de ambulante geestelijke gezondheidszorg en de psychosociale revalidatiesector. Omwille van de beperkte beschikbaarheid van gegevens was het niet mogelijk een projectiemodel uit te werken voor de voorzieningen in deze sectoren. Wij hebben ons dan ook beperkt tot een gedetailleerde beschrijving van het huidige gebruik, met bijzondere aandacht voor de wijze waarop de beschikbare gegevens in de toekomst zouden kunnen worden verbeterd. Voorzieningen waarvoor voldoende gebruiksgegevens beschikbaar zijn, beschrijven we in afzonderlijke hoofdstukken, waarbij telkens dezelfde structuur gevolgd wordt:

- Eerst wordt een beschrijving gegeven van de doelgroep, de doelstellingen en de organisatiestructuur van de voorziening.
- Ten tweede bespreken wij de financiering en de kosten, zowel voor de cliënten als voor de overheid.
- Ten derde introduceren wij de beschikbare gegevens met betrekking tot het gebruik van diensten en de daaraan verbonden kosten.
- Tenslotte wordt alle informatie gebundeld in een poging om de toekomstige behoeften en kosten te ramen, rekening houdend met externe informatie zoals demografische gegevens en prevalentiegegevens en met bijzondere nadruk op de leemten in de beschikbare gegevens.

Beschikbare gegevens

De Permanente Steekproef van de IMA-databank (EPS), die we gebruikten voor de ontwikkeling van het model van de residentiële ouderenzorg en de thuiszorg, is ontoereikend voor de analyse van het gebruik van diensten in de geestelijke gezondheidszorg en revalidatiesector, vooral wegens het beperkte aantal relevante gevallen in de steekproef. Ook de informatie in de volledige IMA-databank zou ontoereikend zijn om een volledig beeld te schetsen, aangezien de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg nooit deel uitmaakten van de federale ziekteverzekering en de geleverde diensten dus niet in de IMA-databank geregistreerd zijn. Voor andere diensten, die vóór de zesde staatshervorming wel deel uitmaakten van de federale ziekteverzekering, zijn de nomenclatuurcodes vrij algemeen, zodat er weinig details beschikbaar zijn over de behandelde aandoeningen of de eigenlijke zorgactiviteiten waarop zij betrekking hebben.

De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg maken gebruik van hun eigen specifieke registratiesysteem. Veel belangrijke variabelen voor het beschrijven van cliëntprofielen en het gebruik van diensten zijn opgenomen in dit elektronisch patiëntendossier of EPD. Afgezien van de jaarlijkse samenvattende rapporten op de website van het Agentschap Zorg en Gezondheid, wordt de schat aan informatie die sinds 2008 in het EPD is geregistreerd echter weinig gebruikt in onderzoek en is er weinig informatie beschikbaar met betrekking tot de standaardisatie van de registratie en de betrouwbaarheid van de gegevens. Voor het huidige rapport verkregen we een aantal geaggregeerde datasets. Hoewel deze informatie te beperkt is voor de constructie van een projectiemodel, blijkt uit de beschrijvende statistieken het potentieel van de EPD-databank, indien de informatie op individueel niveau toegankelijk zou kunnen worden gemaakt voor onderzoeksdoeleinden.

Voor de Centra voor Ambulante Revalidatie vormden de jaarverslagen die jaarlijks naar het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) werden gestuurd een mogelijke bron van nuttige

informatie, zij het niet op individueel niveau, maar op het niveau van het centrum en in afzonderlijke documenten. In het kader van dit project werden deze gegevens gedigitaliseerd in een kleine databank, waaruit bleek dat een aanzienlijk deel van de gegevens ontbrak en de kwaliteit ervan variabel was.

Voor de beschrijving van het gebruik van diensten in de Revalidatiecentra voor Verslaving, hebben wij gebruik gemaakt van een geaggregeerde dataset die is afgeleid van de Treatment Demand Indicator databank (TDI). Omdat door Sciensano belangrijke inspanningen zijn geleverd om de registratie te standaardiseren, is de betrouwbaarheid van deze dataset sinds 2011 aanvaardbaar. Het in kaart brengen van het gebruik van de diensten en de zorgverlening is echter niet het hoofddoel van de verzameling van TDI-gegevens. Als gevolg daarvan zijn veel relevante behandelingsvariabelen niet opgenomen en zijn de gegevens beperkt tot nieuw opgestarte zorgperiodes, waardoor de dataset beperkt bruikbaar is voor de doeleinden van dit onderzoek.

Een bijkomend aandachtspunt is de substantiële overlapping in het profiel van de cliënten van de verschillende diensten. Personen met psychische aandoeningen ontvangen zorg in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, maar vormen ook de belangrijkste doelgroep van de Centra voor Psychosociale Revalidatie en de Initiatieven voor Beschut Wonen. Kinderen en jongeren met ontwikkelingsstoornissen en comorbide psychische problemen worden bij voorkeur geholpen door de Centra voor Ambulante Revalidatie en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg in een gezamenlijk zorgtraject, enz. Koppeling van gegevens tussen voorzieningen is daarom noodzakelijk voor het beschrijven van zorggebruik en het voorspellen van toekomstige trends.

De ideale dataset moet dus bestaan uit rijen die groepen op basis van hun zorgbehoefte onderscheiden en kolommen die de verschillende diensten van geestelijke gezondheidszorg en revalidatie vertegenwoordigen. Niet alleen het gebruik van een gemeenschappelijk identificatienummer is hiervoor cruciaal. Tevens is het noodzakelijk dat belangrijke cliënt- en behandelvariabelen die behoeftengroepen identificeren, consequent op een gestandaardiseerde manier in de hele sector worden geregistreerd. Met de introductie van BelRAI in de geestelijke gezondheidszorg en revalidatiesector zijn de eerste stappen gezet in het implementeren van een beoordelingsinstrument met het potentieel om een dergelijke uniforme, allesomvattende dataset op te leveren.

Aanbodbeperkingen

Naast het probleem van de beschikbaarheid van gegevens doet zich een fundamenteel conceptueel probleem voor bij de beschrijving van het gebruik van diensten in de geestelijke gezondheidszorg en de psychosociale revalidatiesector. Voor de meeste van deze diensten leiden capaciteitsrestricties tot onvoldoende aanbod voor de zorgbehoeften in sommige of alle Vlaamse provincies. De wachtlijsten zijn lang en nemen toe, wat ertoe leidt dat cliënten gebruikmaken van diensten die niet helemaal op hun behoeften zijn afgestemd of dat potentiële cliënten helemaal niet worden behandeld.

In deze context zijn gegevens over het gebruik van diensten onvoldoende informatief voor het in kaart brengen van de behoeften. Toekomstprognoses die uitsluitend gebaseerd zijn op waarnemingen over het gebruik in het verleden, kunnen dan zeer misleidend zijn als indicator voor toekomstige tendensen. Bijgevolg is het noodzakelijk prevalentiegegevens in de analyse op te nemen als een middel om de behoeften aan geestelijke gezondheidszorg of revalidatie te beoordelen, onafhankelijk van het feitelijke gebruik van diensten. Een samenvatting van informatie in verband met de prevalentie van enkele belangrijke geestelijke gezondheidsproblemen en ontwikkelingsstoornissen toont echter aan dat de

Vlaamse prevalentiegegevens momenteel ontoereikend zijn. Ten slotte is ook andere aanvullende informatie nodig voor de constructie van een volledig model voor het gebruik van diensten in de geestelijke gezondheidszorg en revalidatiesector. Aangezien de specifieke zorg die wordt geboden door de gespecialiseerde diensten niet altijd geïndiceerd is voor alle mensen die dat probleem melden, is informatie over het verband tussen probleem (bv. ernst, comorbiditeiten, enz.) en passende dienst noodzakelijk. Gegevens met betrekking tot cliëntprofielen van alle voorzieningen in het zorgtraject van cliënten zijn derhalve belangrijk, met inbegrip van gegevens van huisartsen en andere verwijzende instanties.

Aanbevelingen voor toekomstige gegevensverzameling

De implementatie van BelRAI als basis voor zorgplanning en financiering in de sector van de geestelijke gezondheidszorg en psychosociale revalidatie is een belangrijke stap in de ontwikkeling van een uniform systeem van gegevensverzameling. De definitieve invoering zal echter nog een aanzienlijk aantal jaren in beslag nemen, en het zal nog langer duren voordat tijdreeksen een voldoende lange periode bestrijken om trends in het gebruik van de diensten te kunnen schatten. Bij het formuleren van aanbevelingen moet dus enerzijds rekening worden gehouden met de BelRAI als basis voor toekomstige gegevensverzameling, zonder anderzijds de rijkdom aan informatie uit het verleden verloren te laten gaan.

In een eerste fase kunnen de resultaten in dit rapport helpen om (de evolutie in) cliëntprofielen in verband te brengen met (de evolutie in) behandelingskenmerken, en zo cruciale cliënt- en behandelingsvariabelen te bepalen die moeten worden opgenomen in BelRAI of in om het even welk systeem van gegevensverzameling in de sector van de geestelijke gezondheidszorg en psychosociale revalidatie.

Gezien het geschetste probleem van het beperkte aanbod, is voor de ontwikkeling van modellen voor de beschrijving en voorspelling van het gebruik van diensten bovendien aanvullende interne en externe informatie nodig, waaronder:

- Interne gegevens over wachttijden en wachtlijsten, die continu en op uniforme wijze worden geregistreerd in de gehele sector van de geestelijke gezondheidszorg en de revalidatie.
- Externe informatie betreffende de toegangspoorten tot de gespecialiseerde diensten voor geestelijke gezondheidszorg en revalidatie, met de mogelijkheid om gegevens op cliëntniveau te koppelen door middel van het gebruik van de INSZ-code.
- Betrouwbare en voldoende frequent verzamelde externe prevalentiegegevens voor de ontwikkelingsgerelateerde, psychosociale en fysieke gezondheidsproblemen die behandeld worden in de gespecialiseerde ambulante geestelijke gezondheidszorg en psychosociale revalidatiesector. Hoewel prevalentiegegevens bij voorkeur worden verzameld bij de algemene bevolking, onafhankelijk van het zorggebruik, zou het informatief zijn om in de gebruikte enquêtes vragen over het zorggebruik op te nemen voor alle zorgvoorzieningen. Op die manier wordt het mogelijk om kenmerken van de onderzochte aandoeningen en stoornissen (bv. ernst, comorbiditeit, enz.) te koppelen aan specifiek dienstengebruik. Bovendien is het aangewezen dezelfde definities te hanteren voor het bepalen van de prevalentie van stoornissen in de algemene bevolking als voor de registratie van diagnostische informatie in de geestelijke gezondheidszorg en revalidatiediensten.

Gezien het lange traject dat nog voor de boeg ligt voor de implementatie van BelRAI, kunnen onder-tussen de bestaande databanken die in dit rapport worden beschreven efficiënter gebruikt worden. Vooral het EPD-systeem in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg bevat uitgebreide en gedetailleerde informatie op het niveau van de individuele cliënt en de zorgperiode. Het is echter noodzakelijk om de bruikbaarheid en de kwaliteit van deze gegevens in kaart te brengen en zo nodig te verbeteren.

Voor de andere geestelijke gezondheidszorg- en revalidatiediensten blijft de IMA-databank de belangrijkste gegevensbron voor informatie over het gebruik van diensten in het verleden. Er moet evenwel gebruik worden gemaakt van de volledige dataset, gezien het geringe aantal relevante gevallen in de Permanente Steekproef (EPS). Vooral voor de Centra voor Ambulante Revalidatie zou het de moeite waard zijn de IMA-dataset verder te onderzoeken, gezien het gebruik van diagnosespecifieke nomenclatuurcodes voor het factureren van behandelingssessies. Daarnaast kan voor de Revalidatie-centra voor Verslaving koppeling met de TDI-database worden gerealiseerd via de INSZ.

Hoewel de codes voor facturering gewijzigd zijn, is de financiering van de diensten die na de zesde staatshervorming naar de Vlaamse overheid zijn overgegaan, op dit ogenblik nog steeds in grote lijnen op dezelfde manier gestructureerd als vroeger onder de federale ziekteverzekering. Dit betekent dat het voor nu en in de nabije toekomst mogelijk en dus raadzaam is de registratie op dezelfde wijze voort te zetten om tijdreeksen te produceren die naadloos aansluiten op de federale gegevens die in de IMA-databank worden verzameld.