



INLEIDING

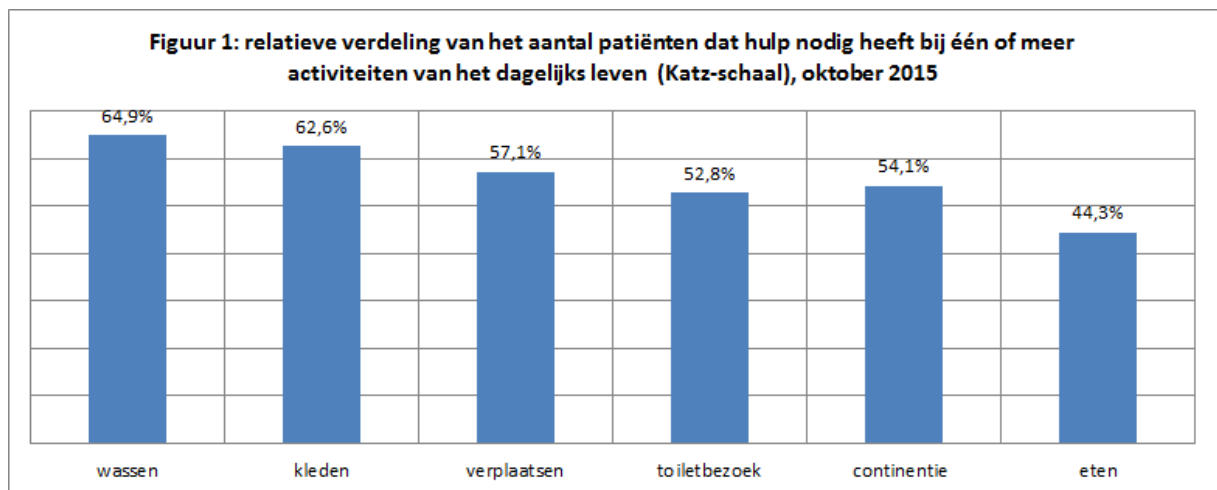
De hierna volgende informatie is een uitbreiding van het hoofdstuk 'Kerncijfers' in het jaarverslag van 2015.

DE ITEMS VAN DE KATZ-SCHAAL

Met behulp van de Katz-schaal wordt de zorgbehoevendheid van patiënten in de thuisverpleging (en ook in de rust- en verzorgingstehuizen) gemeten. Het formulier van de Katz-schaal wordt ingevuld door de behandelende geneesheer of door de verpleegkundige; hierbij wordt gekeken naar zes belangrijke ADL-activiteiten:

- zich wassen
- zich kleden
- zich verplaatsen
- Toiletbezoek
- incontinentie
- eten

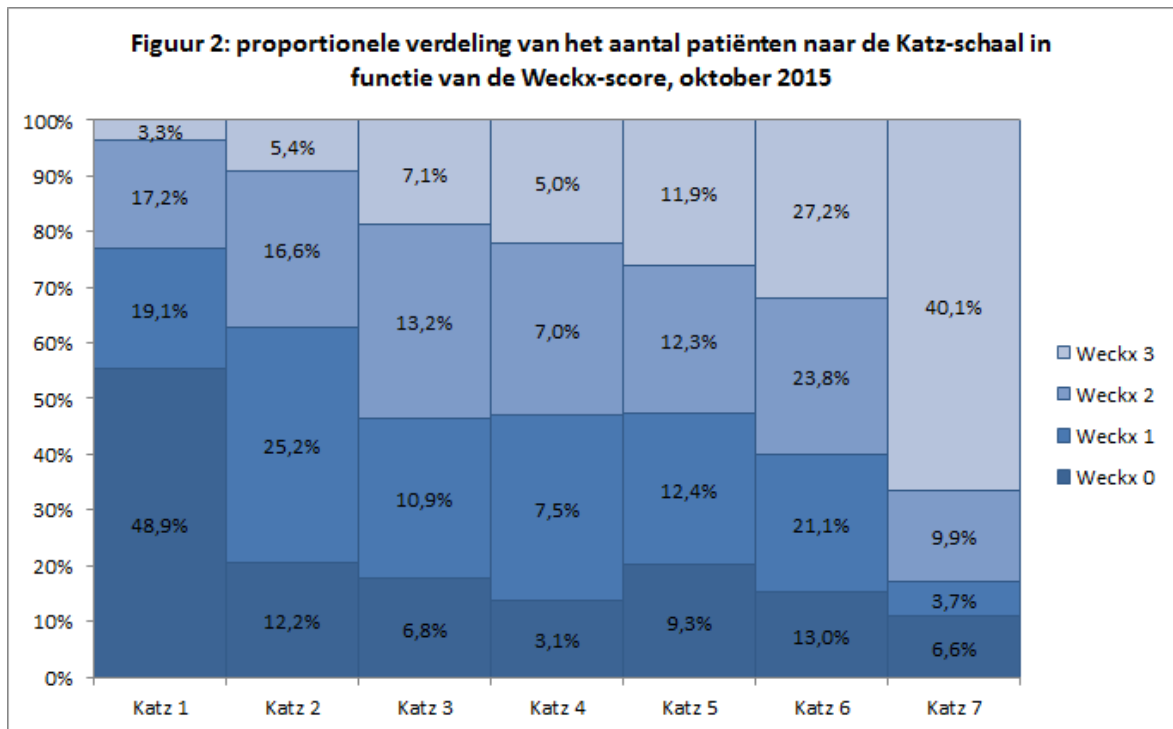
Elk item (wassen, kleden, ...) wordt gescoord op een vierpuntenschaal, naargelang de afhankelijkheid van de patiënt. De verpleegkundige evalueert aan de hand hiervan de zorgafhankelijkheid van de patiënt, bij aanvang van de verzorging en later op regelmatige tijdstippen. De meeste patiënten zijn afhankelijk voor 'wassen' en 'kleden' (resp. 64,9 % en 62,6 %). Toch zien we dat nog 44,3 % hulp nodig heeft bij het eten. De taak behelst vnl. het hapklaar maken van het eten en het goed positioneren van de patiënt. 2,7 % van de patiënten is totaal afhankelijk bij het eten (1.928 personen), 7,2 % heeft gedeeltelijk hulp nodig bij het eten of het drinken (5.043 personen). Het relatief aantal patiënten dat afhankelijk is (d.i. een score 2, 3 of 4) voor de verschillende items, wordt weergegeven in **figuur 1**.



DE WECKX-SCHAAL

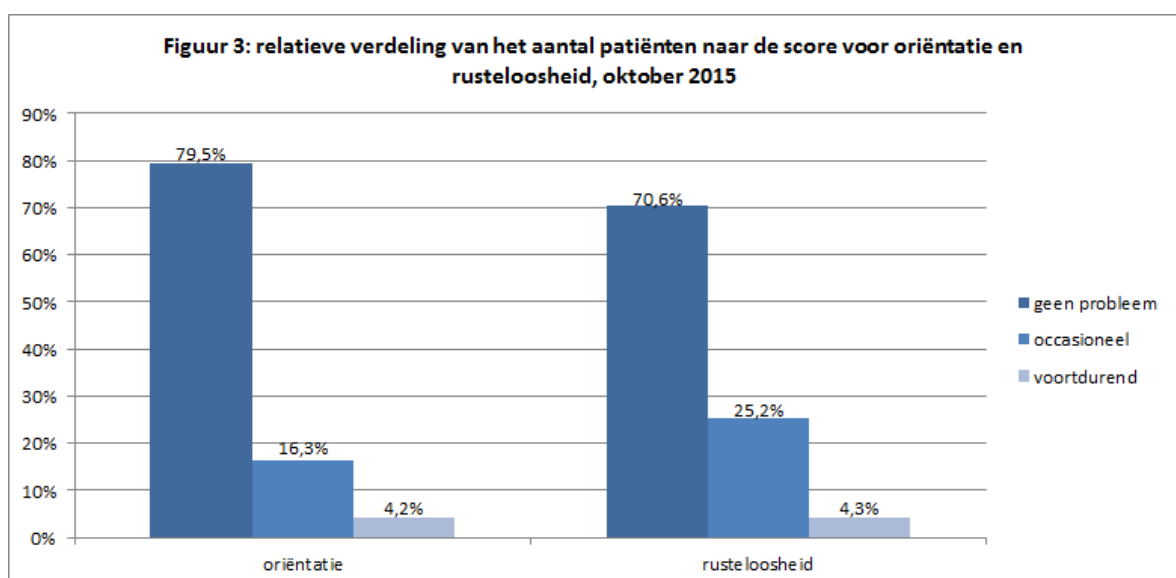
Om te weten hoe de psychosociale context is van de patiënt hanteren de thuisverpleegkundigen de Weckx-schaal. Deze schaal beoordeelt de patiënt op 5 parameters: de graad van oriëntatie, de graad van rusteloosheid, de woonsituatie van de patiënt, de mantelzorg (of de patiënt voldoende omringd is door familie of vrienden) en de mate van comfort dat de patiënt in huis geniet. De schaal kent 4 niveaus met een totaal score van 0 tot 3. Een score 0 betekent dat de patiënt geen enkel probleem heeft voor elk van de items. Score 1 geeft aan dat de patiënt onder hetzelfde dak woont met een valide doch niet beschikbare of met een niet-valide persoon, dat er soms mantelzorgers over de vloer komen en dat er hoewel geen ingerichte badkamer, wel stromend warm water in de keuken is. Score 2 geeft aan dat de patiënt occasioneel gedesoriënteerd of rusteloos is, of alleen woont, of beschikt over een mantelzorg die sporadisch of zelfs afwezig is ofwel dat de patiënt geen stromend warm water heeft in huis. De hoogste score (score 3) geeft aan dat de patiënt voortdurend gedesoriënteerd of rusteloos is.

Figuur 2 geeft de verdeling aan van patiënten naar de Katz-schaal in functie van de Weckx-schaal. We merken op dat het merendeel van de patiënten die score 6 of score 7 halen op de Katz-schaal ook het hoogste scoort op de Weckx-schaal (score 3).



ORIËNTATIE EN RUSTELOOSHEID

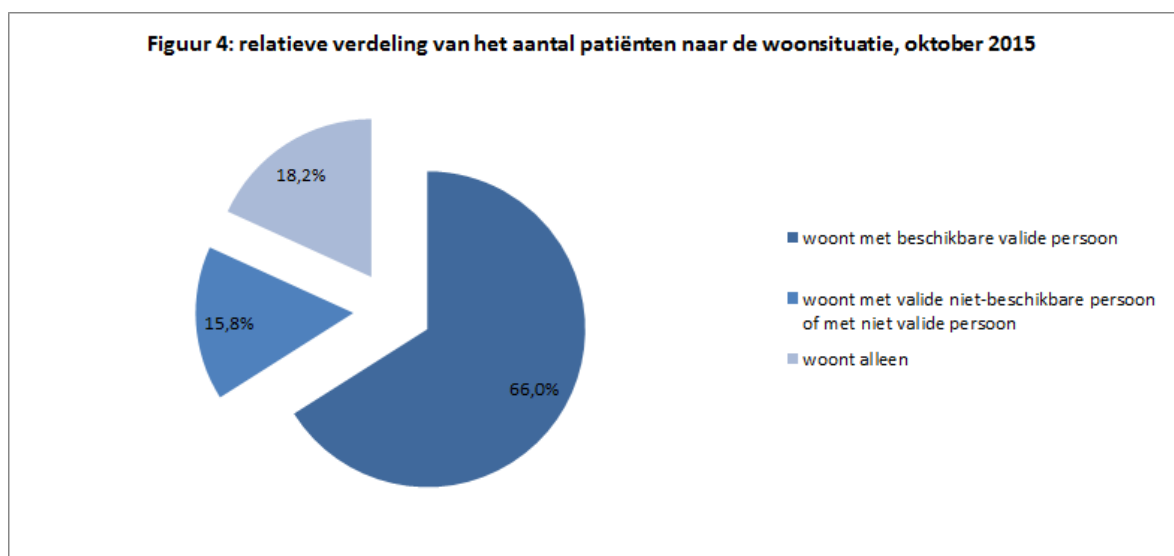
De grote meerderheid (79.5 %) van de patiënten heeft geen oriëntatieproblemen (**figuur 3**). 16.3 % is occasioneel gedesoriënteerd en een minderheid (4.2 %) is voortdurend gedesoriënteerd. Voor rusteloosheid vinden we gelijkaardige verhoudingen terug. Deze verhoudingen blijven over de jaren heen stabiel.



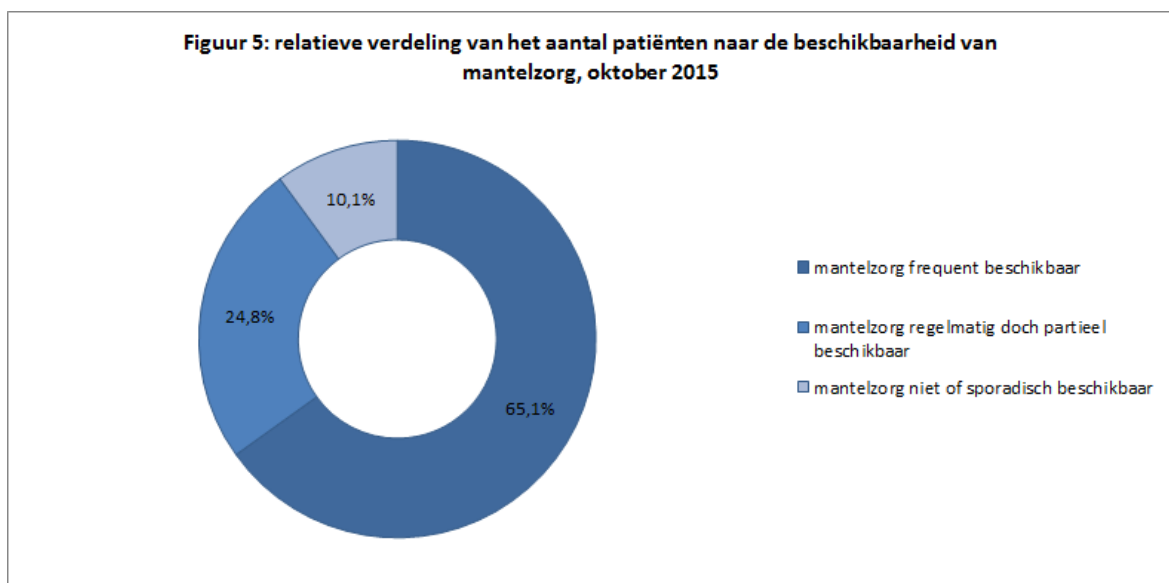
WOONSITUATIE – MANTELZORG (Weckx-schaal)

De woonsituatie is bepalend voor de score op de Weckx-schaal. Wonen er al dan niet andere personen onder hetzelfde dak en in welke mate zijn zij beschikbaar?

Cijfers over de woonsituatie tonen aan dat de meerderheid van de patiënten woont met een beschikbare valide persoon (66,0 %). Vrij opvallend is dus dat 34,0 % van de patiënten niet kan rekenen op inwonende mantelzorg omdat ze alleen wonen (18,2 %) of samenwonen met een niet beschikbare valide persoon (15,8 %) (**figuur 4**).

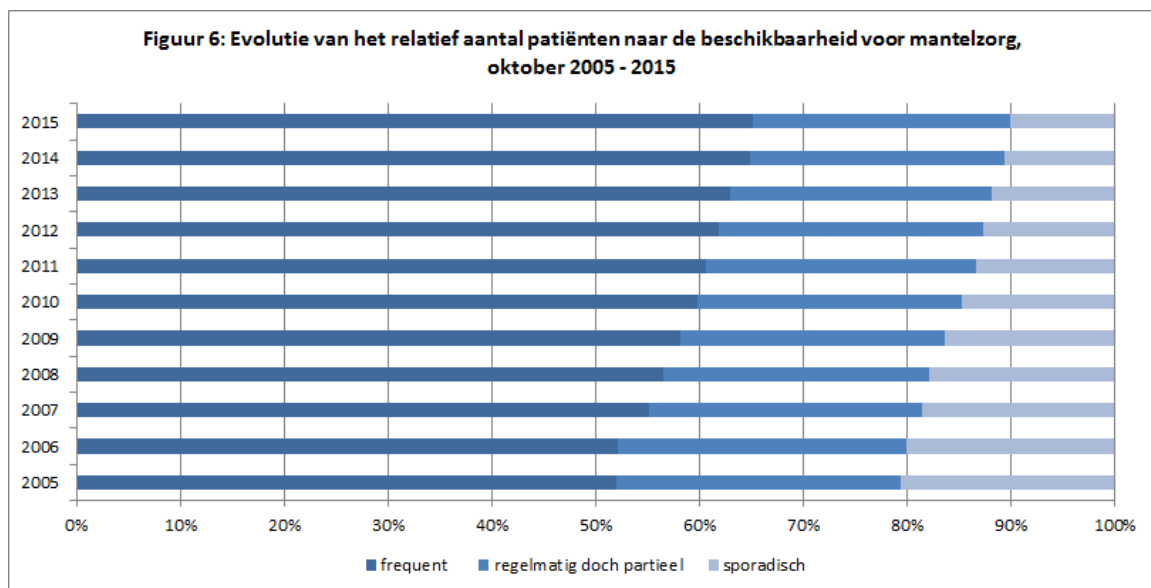


Bij het merendeel van de patiënten (65,1 %) is het netwerk van mantelzorgers goed uitgebouwd, bij iets minder dan een kwart van de patiënten (24,8 %) is de mantelzorg partieel aanwezig maar in 10,1 % van de gevallen is deze niet of sporadisch aanwezig (**figuur 5**).



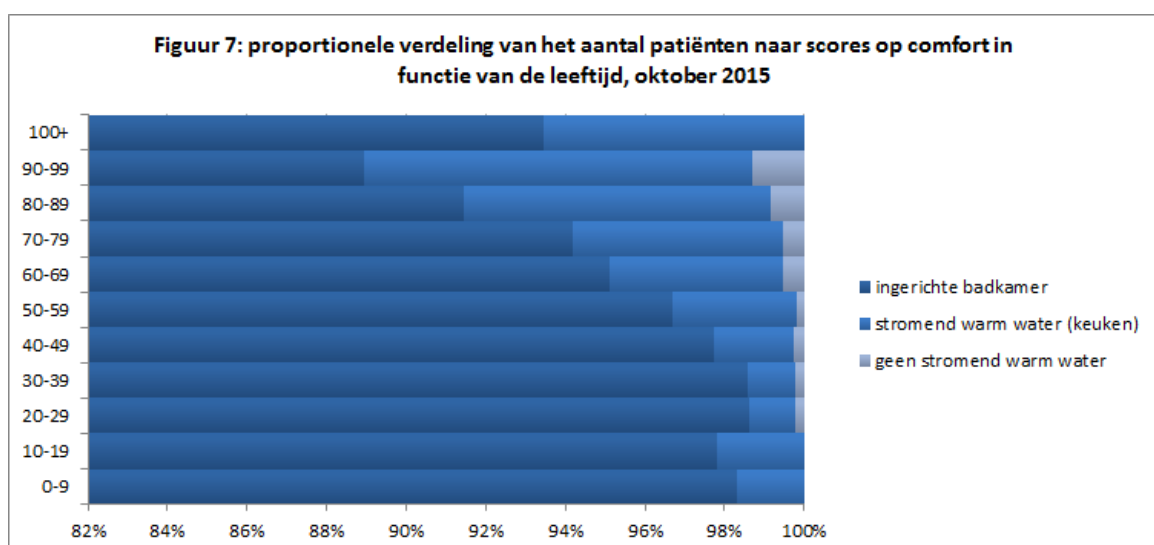
De thuisverpleegkundige heeft dus vaak niet enkel een verpleegtechnische rol, ook haar sociale functie is van groot belang.

Op de lange termijn valt bovendien op dat er een trage maar gestage evolutie naar een betere mantelzorg voor de patiënten kan vastgesteld worden, waarbij de mantelzorg die sporadisch verleend wordt blijft verminderen en de mantelzorg die frequent aanwezig is toeneemt (**figuur 6**).



COMFORT (WECKX-SCHAAL)

Ondanks de algemene welvaart in Vlaanderen beschikt 6,4 % van de patiënten niet over een ingerichte badkamer. 0,6 % heeft zelfs geen stromend warm water in de woning (442 personen). Deze cijfers geven aan dat de omstandigheden waarin de hulpverlening verstrekt wordt niet altijd optimaal zijn. Dit gebrek aan basiscomfort is belangrijker bij oudere patiënten (**figuur 7**).



Uit voorgaande figuren blijkt wel dat patiënten niet enkel fysieke noden hebben: ook aan psychische en psychosociale noden moet de thuisverpleegkundige dus een deskundig antwoord bieden.

VERBAND KATZ-SCHAAL EN VERGOEDING

Tabel 1 geeft de vergoedingscategoriën weer in relatie met de Katz-scores. We zien dat forfait-C-patiënten en patiënten met het palliatief forfait C zich uitsluitend in de categorie Katz 7 bevinden. Omgekeerd merken we echter dat 8.4 % (3.783 personen) van de patiënten waarvoor er een vergoeding per handeling is, een Katz-score van 6 of 7 hebben, hetgeen toch een grote afhankelijkheid inhoudt voor de items incontinentie en/of eten.

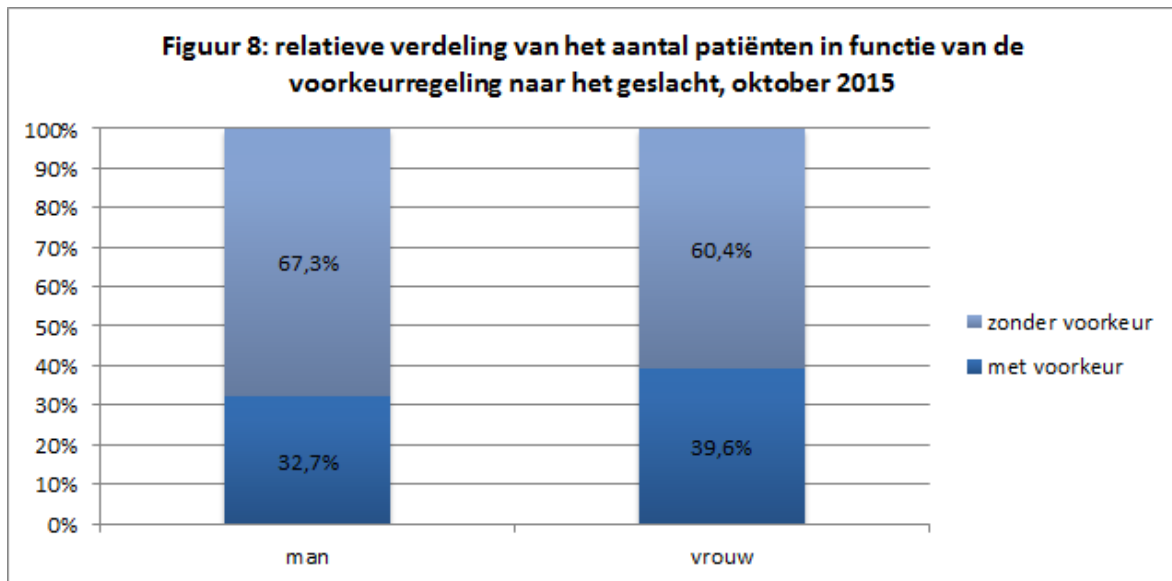
Tabel 1: Relatieve verdeling van patiënten volgens het vergoedingstype en de afhankelijkheid op de Katz-schaal, oktober 2015

katzcat	per handeling	FFA	FFB	FFC	FPA	FPB	FPC
Katz 1	46,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Katz 2	23,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Katz 3	15,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%
Katz 4	2,5%	21,3%	0,0%	0,0%	15,3%	0,0%	0,0%
Katz 5	3,4%	50,1%	0,1%	0,1%	56,6%	0,0%	0,0%
Katz 6	7,0%	24,0%	65,6%	0,1%	19,8%	45,9%	0,0%
Katz 7	1,4%	4,6%	34,3%	99,8%	7,9%	54,1%	100,0%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

SOCIAAL STATUUT VAN DE PATIËNTEN

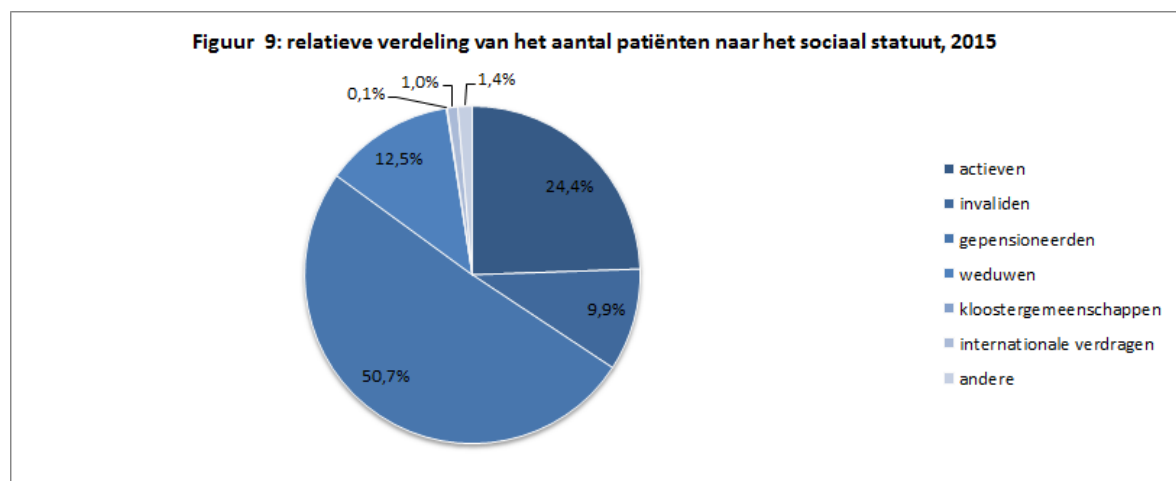
Van alle patiënten is ook het sociaal statuut gekend. Zo geniet 36,1 % van de patiënten de voorkeurregeling. Dit betekent dat deze groep recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming in de terugbetaling van de zorgen. Deze regeling houdt in dat het honorarium van de thuisverpleegkundige voor deze groep voor 100 % vergoed wordt door het RIZIV. Voor de andere patiënten is een remgeld van 25 % eisbaar.

In de mannelijke populatie zijn er lichtjes meer patiënten die geen recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming dan bij de rechthebbenden, nl. 67.3 % t.o.v. 63.9 % (zie **figuur 8**). In de vrouwelijke populatie is dit omgekeerd: meer vrouwen hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming (resp. 39.6 % t.o.v. 36.1 % bij de rechthebbenden).



De gemiddelde leeftijd bij de mannelijke populatie die onder de voorkeurregeling valt is hoger dan deze zonder voorkeurregeling: resp. 68.8 jaar t.o.v. 64.1 jaar. In de vrouwelijke populatie is dit verschil in leeftijd groter: nl. 73.5 jaar voor patiënten die onder de voorkeurregeling vallen en 64.4 jaar voor patiënten zonder voorkeurregeling.

Figuur 9 toont de relatieve verdeling van patiënten naargelang van het statuut waarin ze zich bevinden. We merken op dat de grootste groep (50,7 %) gepensioneerde patiënten zijn, gevolgd door 'actieven' (24,4 %); dit zijn patiënten die hetzij arbeidsgeschikt zijn hetzij korter dan een jaar arbeidsongeschikt zijn en die beroep hebben gedaan op de zorgen verleend door een thuisverpleegkundige. Andere grote categorieën zijn de weduwen of weduwnaars (12,5 %) en de invaliden (9,9 %). Andere groepen zijn in geringe mate aanwezig (de groep van de 'andere'): hiertoe behoren o.a. patiënten die tot een kloostergemeenschap zijn toegetreden of wezen.

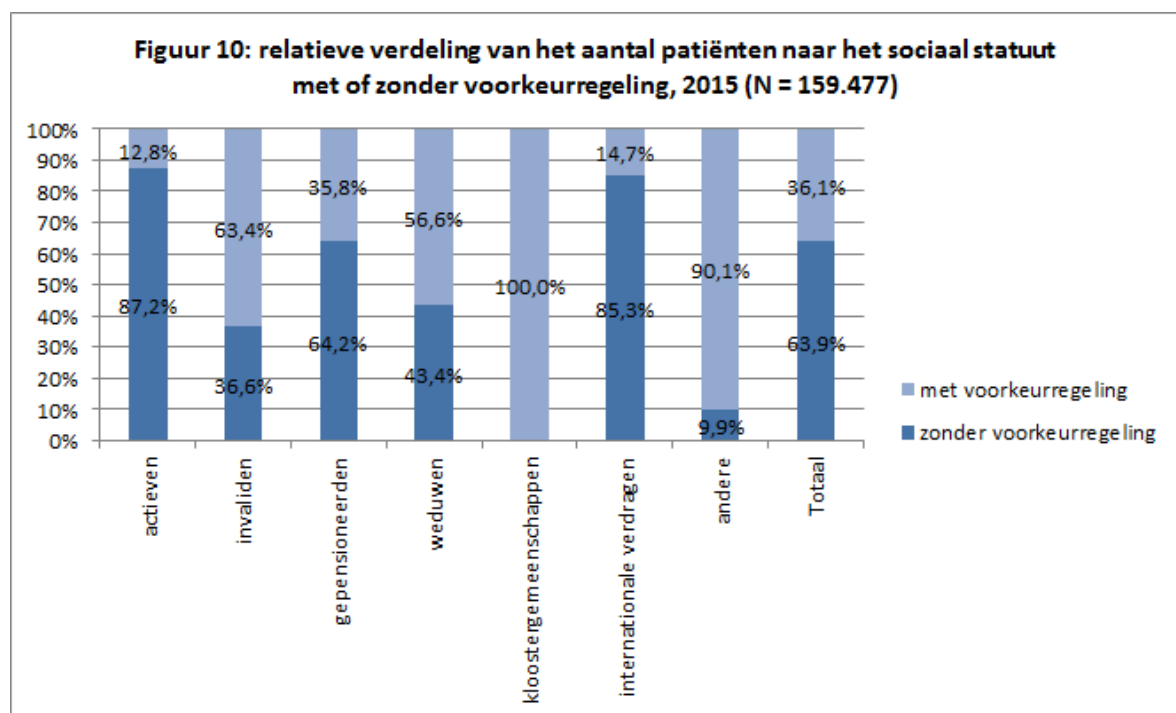


VOORKEURREGELING OF VERHOOGDE TEGEMOETKOMING

Patiënten die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming waren vroeger enkel WIGW (weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen). Zij ontvangen voor bepaalde geneeskundige of verpleegkundige verstrekkingen een hogere vergoeding. Tegenwoordig gaat het vooral om de volgende personen: de rechthebbenden op een tegemoetkoming aan personen met een handicap, patiënten met een gewaarborgd inkomen, met een leefloon of gelijkaardige steun, alsook de weduwnaars/weduwen, gepensioneerden, invaliden, wezen en sommige werklozen, indien zij voldoen aan de gestelde inkomensvoorwaarden.

Van alle patiënten uit de bovenstaande figuur heeft het merendeel geen recht op de verhoogde tegemoetkoming (63,9 %).

Figuur 10 toont de relatieve verdeling van patiënten naar het sociaal statuut en naargelang het recht of geen recht op de verhoogde tegemoetkoming (wel of geen voorkeurregeling).

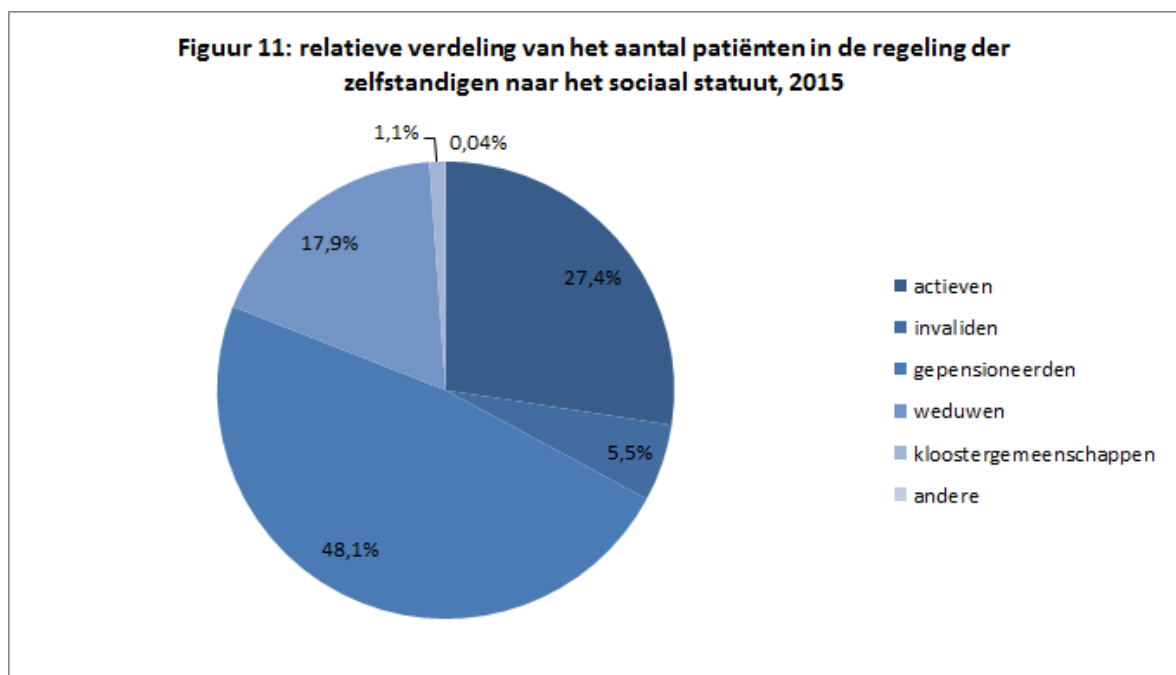


HET STATUUT VAN DE ZELFSTANDIGEN

Vanaf 1 januari 2008 kregen zelfstandigen het recht op een verzekering voor de kleine risico's waardoor deze patiënten ook aanspraak konden maken op een terugbetaling van o.a. verpleegkundige zorgen door de mutualiteiten. Deze groep van patiënten met het sociaal statuut van zelfstandige, ontving voorheen verpleegkundige zorg bij middel van een vrijwillige verzekering. 8,2 % van de patiënten van Wit-Gele Kruis hebben het statuut van zelfstandige.

Het merendeel (48,1 %) van deze patiënten is gepensioneerd (**figuur 11**). Van deze groep heeft 61,0 % recht op een verhoogde tegemoetkoming. De tweede grootste groep van 'zelfstandigen' zijn de 'actieven' (27,4 %). Dit zijn patiënten die hetzij niet, hetzij korter dan een jaar arbeidsongeschikt zijn en beroep doen op een thuisverpleegkundige. 94,1 % van deze patiënten geniet geen voorkeuregeling. De derde grootste groep (17,9 %) zijn de weduwen of weduwnaars. Van deze groep geniet het merendeel van de verhoogde tegemoetkoming (77,2 %).

De vierde groep van 'zelfstandigen' zijn de invaliden (4,7 %). Voor deze groep is het zo dat 41,7 % recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming. Een klein aantal patiënten van Wit-Gele Kruis behoort tot een kloostergemeenschap: 1,1 %. Alle patiënten (100 %) van deze groep hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming.



Opvallend is dus dat iets minder dan de helft van de patiënten die onder de regeling van de zelfstandigen vallen recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming (48,2 %), tegen 35,0 % van de patiënten die geen zelfstandig statuut hebben. De overgrote meerderheid (94,3 %) van deze eerste groep van patiënten is weduwe, invalide, gepensioneerd of wees. Voor de groep die niet ressorteert onder het zelfstandig statuut ligt dit percentage iets lager: 86,4 % van de patiënten.

PALLIATIEVE VERPLEEGKUNDIGE ZORG

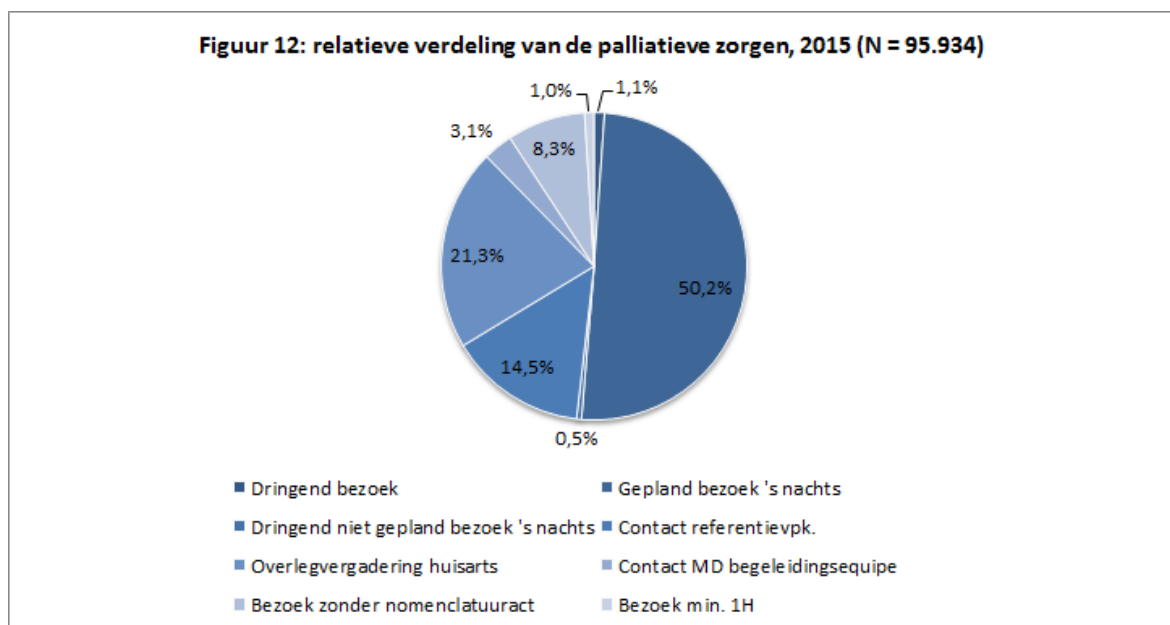
Palliatieve zorg begeleidt de patiënt in zijn/haar laatste levensfase. Hierin staat niet de ziekte centraal, maar wel het maximaal fysiek, psychisch, relationeel en spiritueel comfort van de zieke. Door deze zorg kan de verpleegkundige aan patiënten een menswaardig levenseinde bieden.

De palliatieve verpleegkundige zorg wordt sedert oktober 2001 in de nomenclatuur vertaald door forfaits voor fysiek afhankelijke palliatieve patiënten: FPA, FPB en FPC. Een klein aantal palliatieve patiënten is niet onder te brengen in één van deze categorieën omdat ze buiten de voorwaarde vallen waarvoor een palliatief forfait (A, B of C) geldt. Voor deze patiënten mag de verpleegkundige een supplementair honorarium PN aanrekenen of een forfaitair honorarium PP in de betaling per handeling.

Naast de klassieke handelingen ontvangen deze patiënten ook specifieke palliatieve zorg: 0,4 % van deze handelingen situeert zich in deze forfaits (FPA, FPB, FPC, de PN en de PP).

Geplande bezoeken 's nachts wordt het meest geregistreerd (50.2 %). Maar ook overlegvergaderingen met de huisarts (21.3 %) en contact met de referentieverpleegkundige (14.5 %) behoren tot de groep van de palliatieve handelingen die het meest voorkomen. **Figuur 12** geeft aan welke palliatieve zorgen er zijn.

In 2015 waren er 3.507 patiënten palliatief. Dit vertegenwoordigt 2,2 % van het totale patiëntenbestand.



We merken ook op dat over de laatste jaren er een toename is in bepaalde palliatieve handelingen. Vooral bij geplande bezoeken 's nachts, bij dringende niet geplande bezoeken 's nachts en bij contacten met de multidisciplinaire begeleidingsequipe van palliatieve zorg is de toename belangrijk: sedert 2009 is er een toename met resp. +80.6 %, en +227.2 % en 108.7 %.

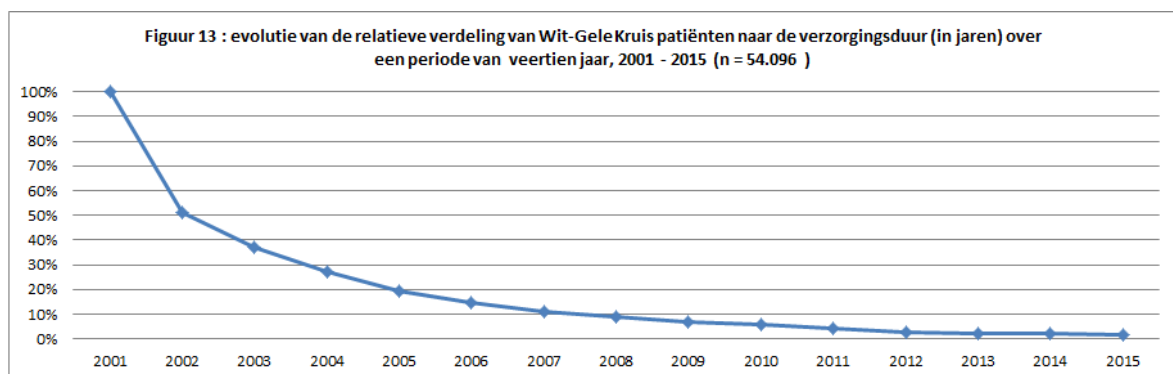
PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN

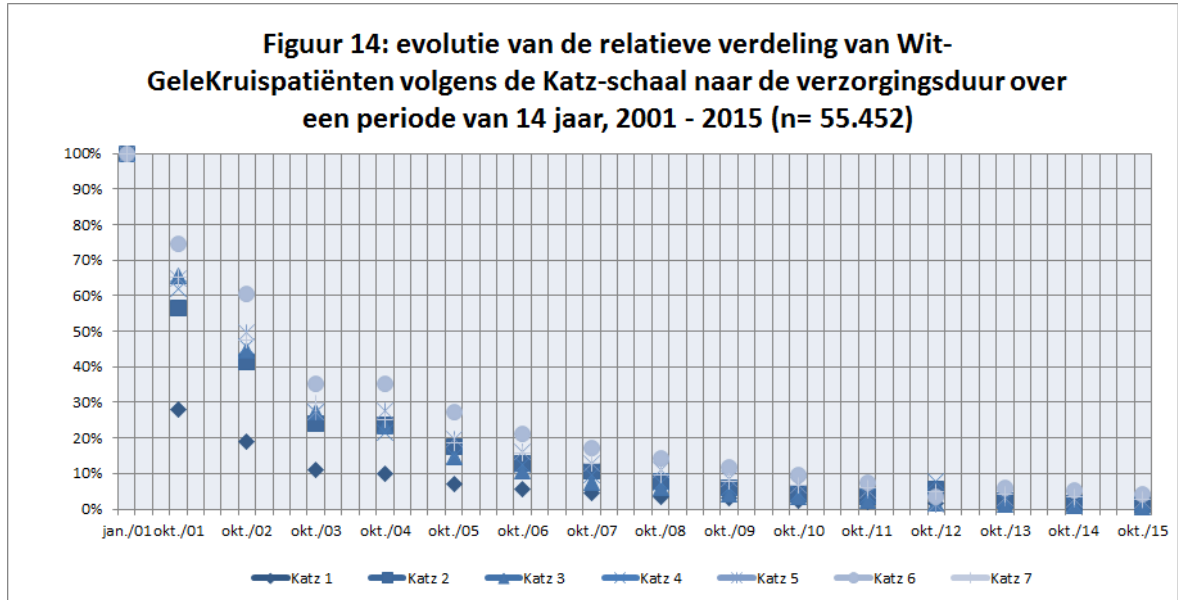
Ook bij psychiatrische patiënten kan de thuisverpleegkundige aan huis komen. Sedert 1 oktober 2007 krijgt de thuisverpleegkundige een vergoeding indien zij verpleegkundige hulp biedt bij het voorbereiden en toedienen van medicatie aan chronisch psychiatrische patiënten die lijden aan schizofrenie of een bipolaire stemmingsstoornis. Deze zorg kan worden verleend aan nomenclatuurpatiënten die in de week of in het weekend deze zorg behoeven of aan forfaitpatiënten. In de praktijk hebben Wit-Gele Kruisverpleegkundigen dit in 2015 meer dan 320.743 keer gedaan voor een beperkte groep van 2.348 patiënten.

CHRONISCH ZIEKEN

Veel patiënten van het Wit-Gele Kruis zijn chronisch ziek. In 2001 is men bij het Wit-Gele Kruis gestart met het opvolgen van de toenmalige populatie (54.096 patiënten). Na een jaar was nog 51 % van deze patiënten in verzorging; na twee jaar was meer dan een derde (37 %) nog steeds in verzorging. Na 14 jaar blijven van de oorspronkelijke populatie nog 833 patiënten (2 %) over bij wie de thuisverpleegkundige regelmatig langs komt. Het retentiecijfer op maandbasis bedraagt zo'n 85 %. Met andere woorden: per maand bieden zich gemiddeld 15 % nieuwe patiënten aan voor verzorging. **Figuur 13** geeft de evolutie weer van het aantal patiënten dat sedert 2001 verpleegd wordt.

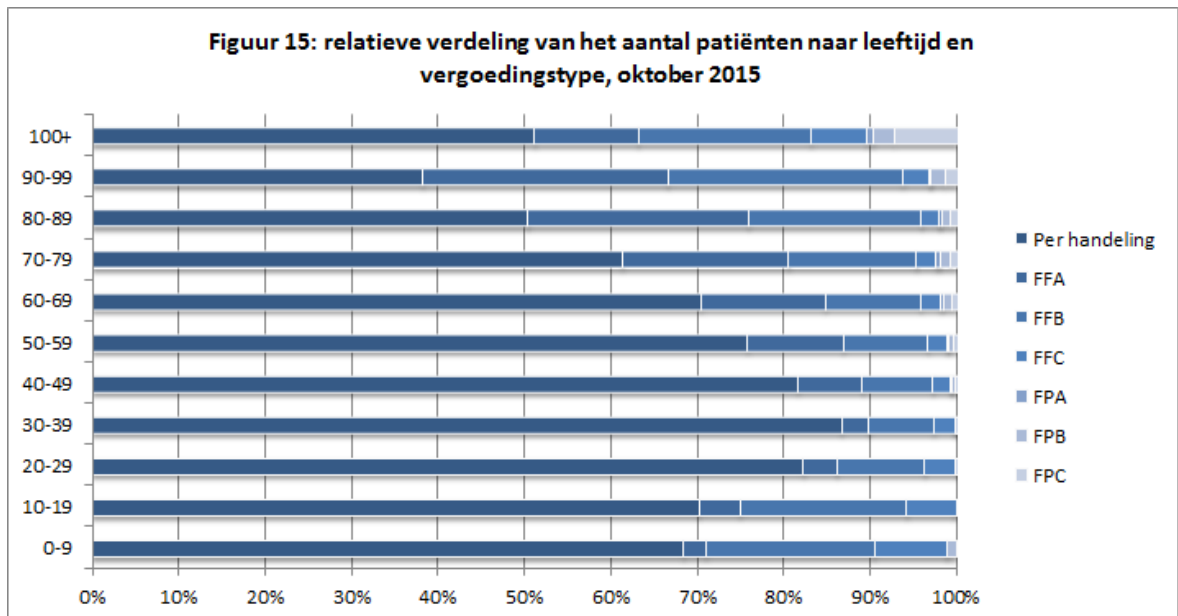
Over de jaren heen wordt de evolutie van de Katz-score van deze patiënten ook bijgehouden. **Figuur 14** geeft de uitval weer van patiënten in functie van de Katz-schaal. De uitval van patiënten is het sterkst in het eerste jaar verzorging en dit vooral voor patiënten met een Katz-waarde = 1. Zoals te verwachten is vermindert het relatief aandeel van patiënten met een Katz-waarde van 5, 6 en 7 het traagst. De zwaarst zorgafhankelijke patiënten (Katz-categorieën 5, 6 en 7) blijven dus het langst in verzorging.





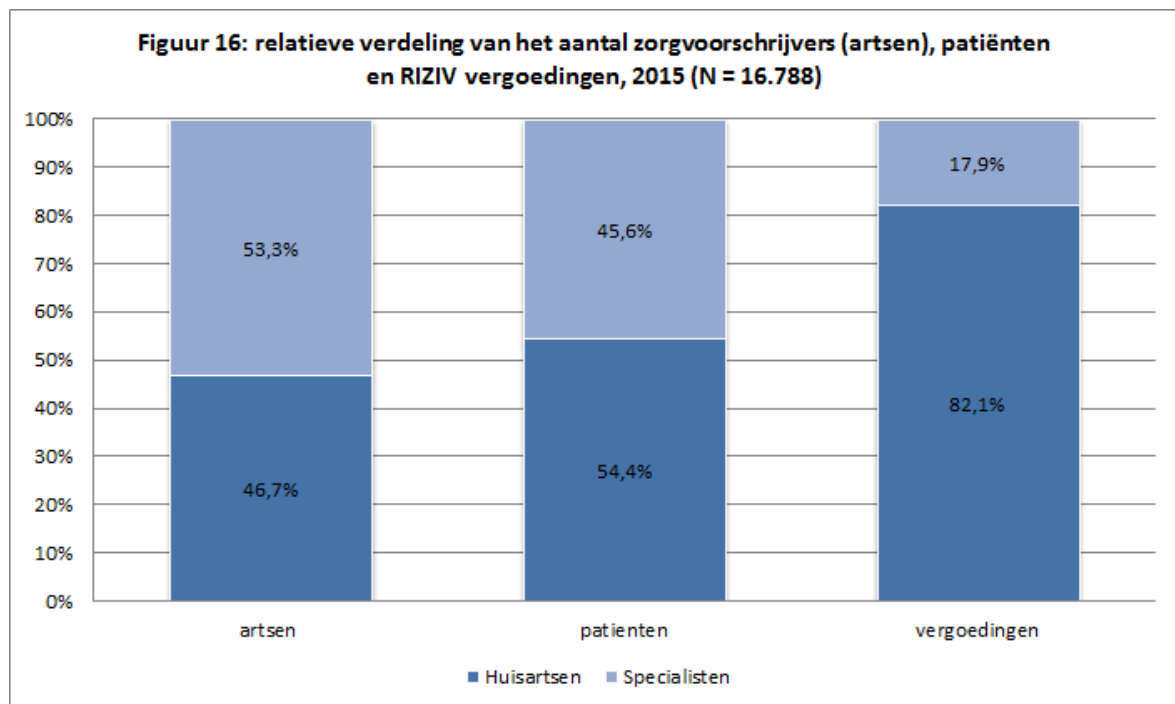
VERGOEDING

Naarmate de leeftijd vordert vergroot ook de zorgafhankelijkheid. Het verband tussen het vergoedingsstype en de leeftijd weergegeven in **Figuur 15** toont dit aan. De proporties wijzigen met toenemende leeftijd. Op hogere leeftijd wordt zichtbaar dat meer patiënten in de forfaitgroepen belanden. Deze cijfers illustreren in ruime mate de nood van patiënten aan deskundige verpleegkundige verzorging.



HUISARTSEN – SPECIALISTEN

In 2015 hebben 16.788 artsen verpleegkundige zorg voorgeschreven. **Figuur 16** toont de relatieve verdeling van artsen, patiënten en vergoedingen naargelang het gaat over een voorschrift van huisartsen of van specialisten.

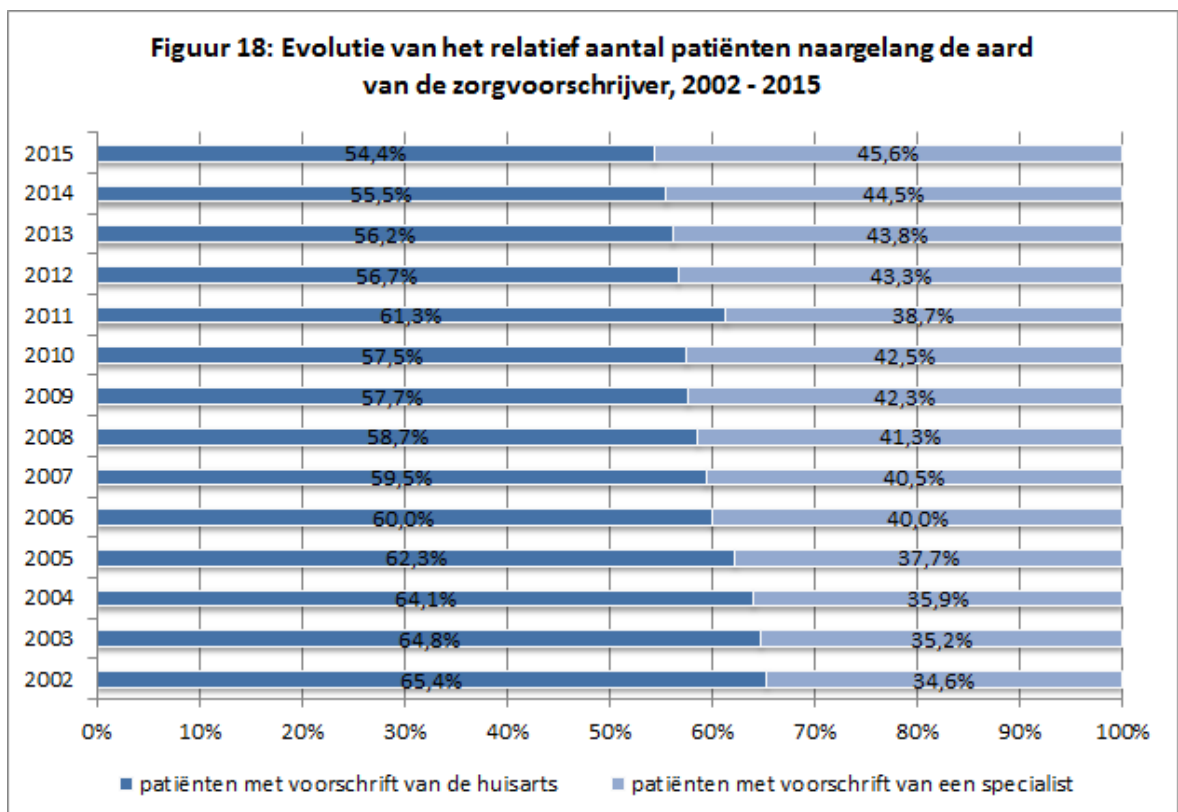
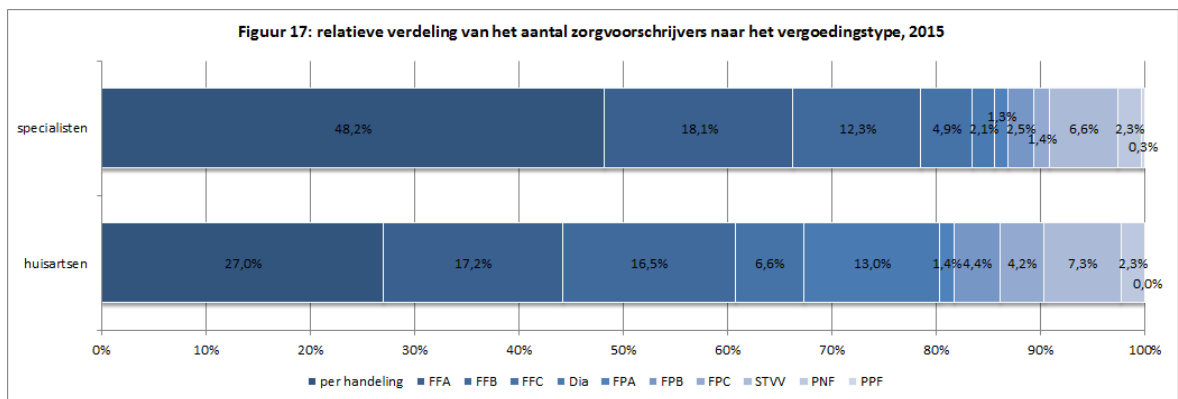


Door de jaren heen nam het percentage artsen specialisten dat zorg voorschreef steeds meer toe: in 2015 is het merendeel van deze zorgvoorschrijvers een specialist (53.3 %), waar dit vóór 2012 de huisarts was. Aan de grondslag hiervan ligt ook het feit dat er steeds meer specialisatie sub-categorieën worden erkend door het RIZIV.

De huisartsen schreven nog altijd aan het merendeel van de patiënten (54.4 %) verpleegkundige verzorging voor. Het merendeel (82.1 %) van de inkomsten uit de RIZIV-vergoedingen zijn ook vergoedingen voor zorg voorgeschreven door huisartsen. Dit komt door het feit dat specialisten meer zorg voorschrijven die per handeling wordt vergoed in vergelijking met de huisartsen: 37.1 % van de inkomsten uit de zorg voorgeschreven door specialisten situeert zich in de groep per handeling, tegenover 19.3 % door huisartsen.

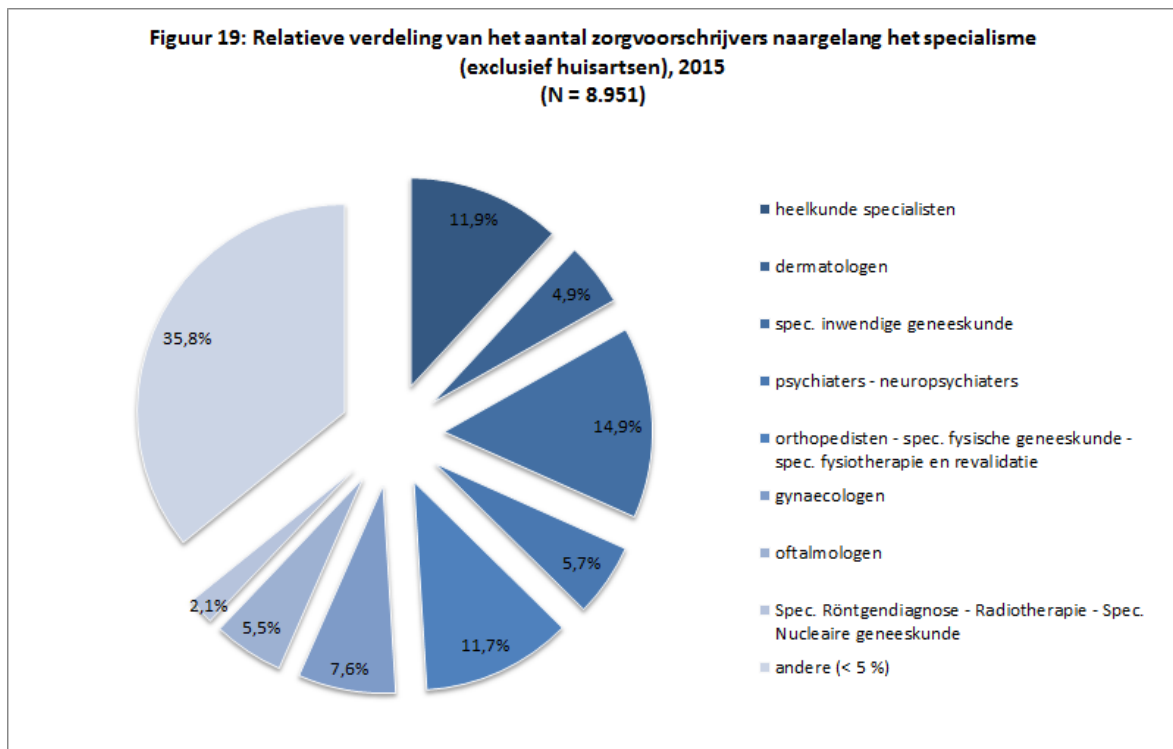
Figuur 17 geeft een beeld van het aantal zorgvoorschrijvers naargelang van het vergoedingstype. We zien dat 48.2 % van de specialisten zorg voorschreven voor patiënten die vergoed worden volgens prestatie, tegen 27.0 % van de huisartsen.

Het aantal huisartsen dat diabeteszorgen voorgeschreven heeft, is ook betrekkelijk hoog vergeleken met de specialisten: 13,0 % van de huisartsen schreef deze zorgen voor tegen 2,1 % van de specialisten. . Voor wat betreft de palliatieve vergoedingsgroepen zijn het ook de huisartsen die het meest zorg voorschrijven: 77,7 % van alle artsen die palliatieve zorg voorschreven is een huisarts. Zij zijn aldus verantwoordelijk voor 90,1 % van de inkomsten afkomstig van palliatieve zorg.



In 2015 is er nog een klein overwicht (54,4 %) van patiënten met een voorschrift van een huisarts, maar dit vermindert met de jaren, zoals blijkt uit **figuur 18**.

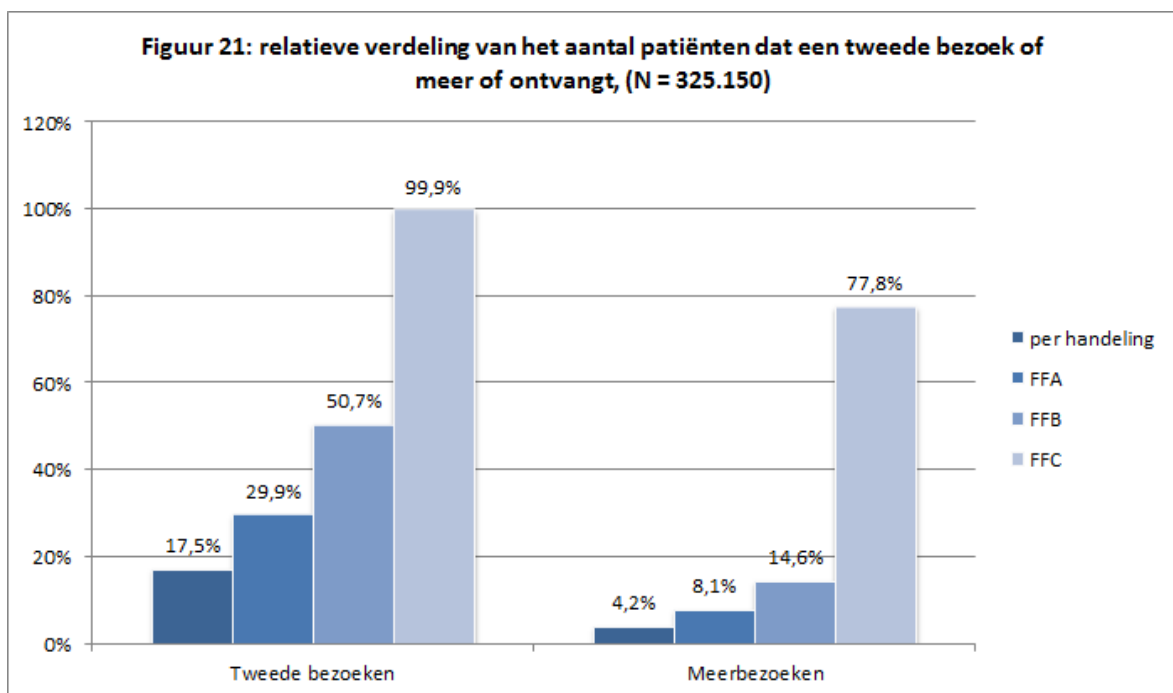
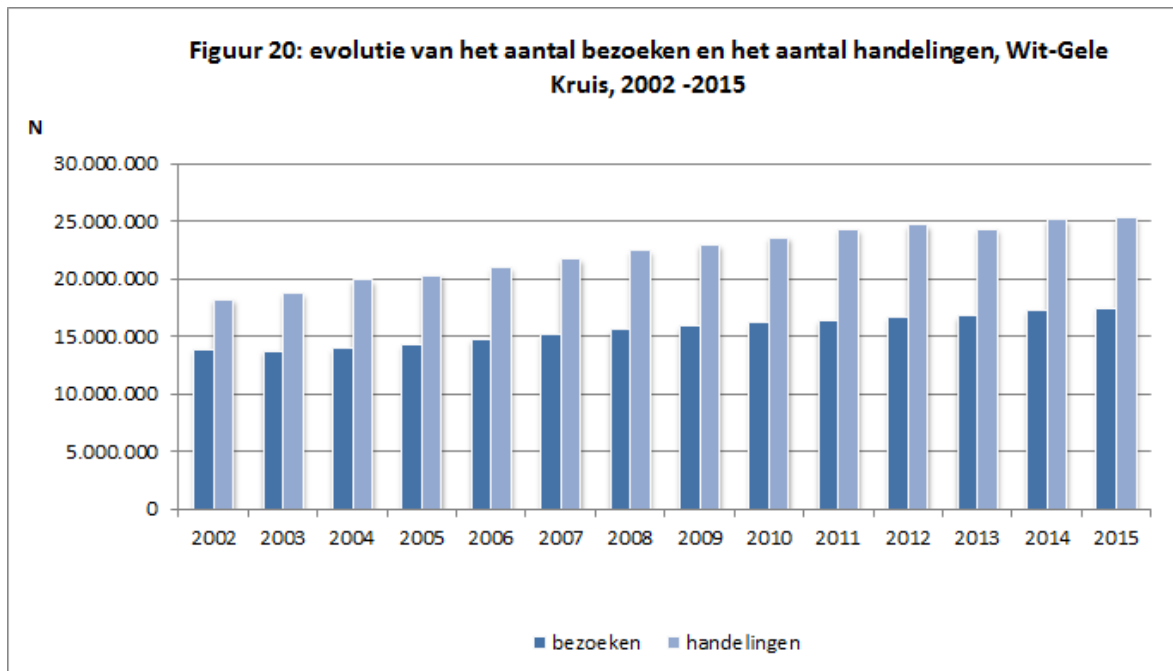
Figuur 19 geeft het aantal zorgvoorschrijvers weer naargelang van hun specialisme. Specialisten inwendige geneeskunde (14.9 %) zijn het best vertegenwoordigd, gevolgd door heelkunde specialisten (11.9,0 %). Orthopedisten, specialisten fysische geneeskunde en specialisten fysiotherapie en revalidatie zijn de derde grootste groep (11.7 %).



Dankzij specifieke bekwalificatiecodes kan men eveneens uitmaken dat 1,3 % van deze artsen een specialisatie heeft als geriater en 8.3 % als diabetoloog al dan niet naast andere specialisaties.

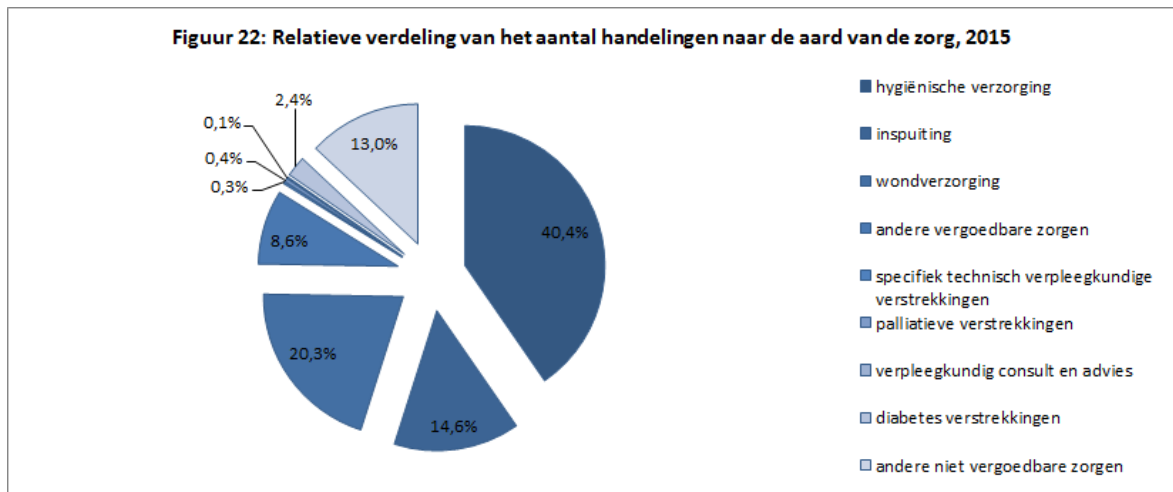
BEZOEKEN EN HANDELINGEN VOLGENS AFHANKELIJKHEID

In de RIZIV-nomenclatuur worden zowel de bezoeken geregistreerd als de verpleegtechnische handelingen. De bezoeken en de handelingen kennen in 2015 een stijging met resp. 1.3 % en 1.7 % (**figuur 20**) t.o.v. het jaar ervoor. Bij de beschrijving van de patiënten gebruiken we een indeling naar vergoedingstype omdat dit ook indicaties geeft over de graad van zorgafhankelijkheid van de patiënten. Het aantal patiënten dat een tweede bezoek ontvangt (of meer dan twee) in functie van het vergoedingstype is weergegeven in **figuur 21**. Zo behoeft 77.8 % van de patiënten in de FFC (incl. FPC) meer dan twee bezoeken. Uit de figuur blijkt eens te meer dat hoe zwaarder de zorgafhankelijkheid is, hoe meer bezoeken een patiënt behoeft.



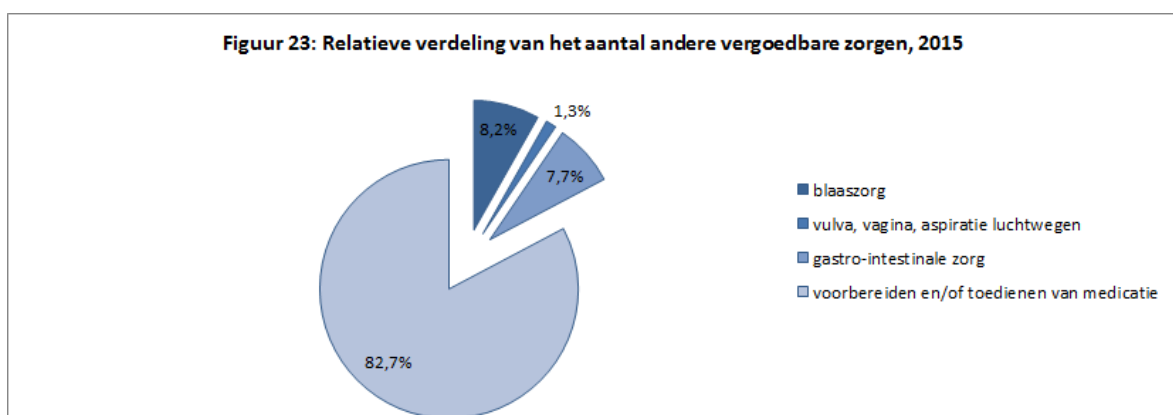
Figuur 22 geeft de relatieve verdeling van de verpleegkundige prestaties naar de aard van de zorg (in %). Hygiënische verzorgingen maken de hoofdmoot uit (40,4 %), wondverzorging is de tweede belangrijkste zorg (20,3 %) en insputingen komen op de derde plaats (14,6 %). Andere niet vergoedbare prestaties maken 13,0 % uit van de totaliteit van de zorgen. De diabetes forfaits maken

2,4 % uit van alle zorgen. Deze zorgen bestaan vooral uit het opvolgen van patiënten die geen educatie mogen of kunnen volgen maar wel een insuline inspuiting behoeven (95.4 %).

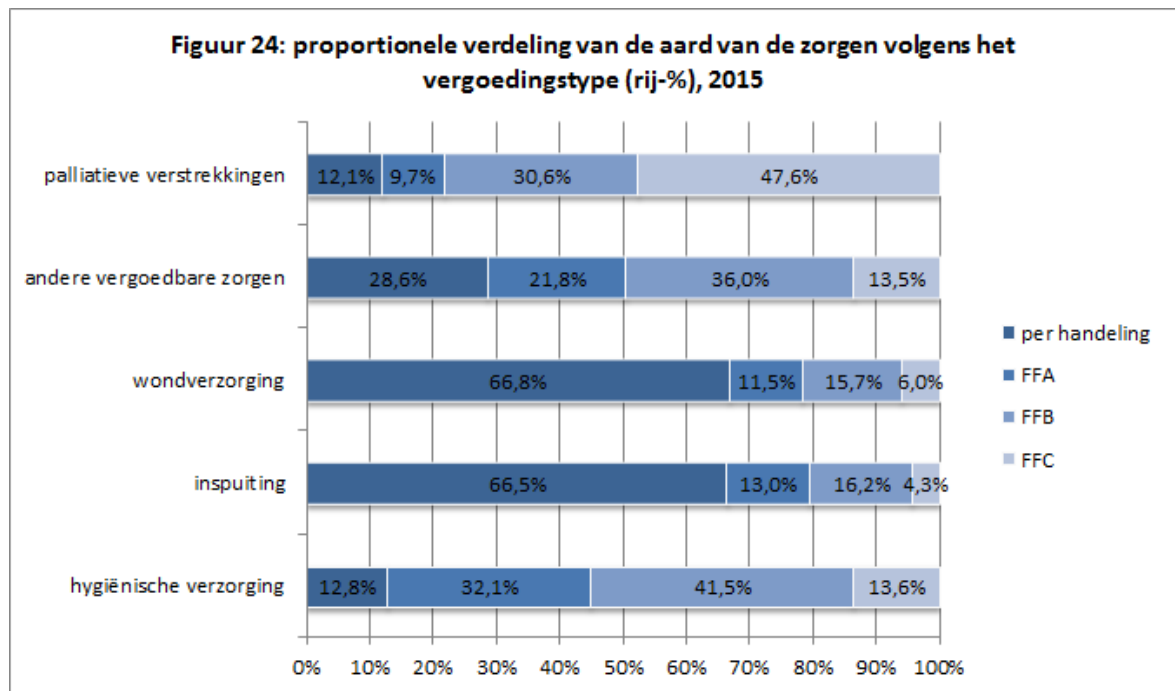


'Andere vergoedbare zorgen', zijn meer gespecialiseerde verpleegkundige zorgen zoals blaaszorg, waaronder blaassondage, -instillatie en –spoeling (8,2 %), gastro-intestinale zorg (7,7 %) met o.m. gastro-intestinale tubage en drainage, darmspoelingen, enterale voeding via maagsonde, gastro- of enterostomiesonde, vulva-, vaginazorgen of aspiratie van luchtwegen (1,3 %) of het voorbereiden en/of toedienen van medicatie (82,7 %), waartoe het toedienen (+ voorbereiden van) medicatie bij chronisch psychiatrische patiënten (17.7 %), het wekelijks voorbereiden van geneesmiddelen per os (12.5 %) en het voorbereiden van medicatie toe behoren (voorheen een palliatieve pseudocode maar sinds 01.04.2014 een gewone pseudocode die dus ook in de gewone forfaits geregistreerd kan worden (69.7%).

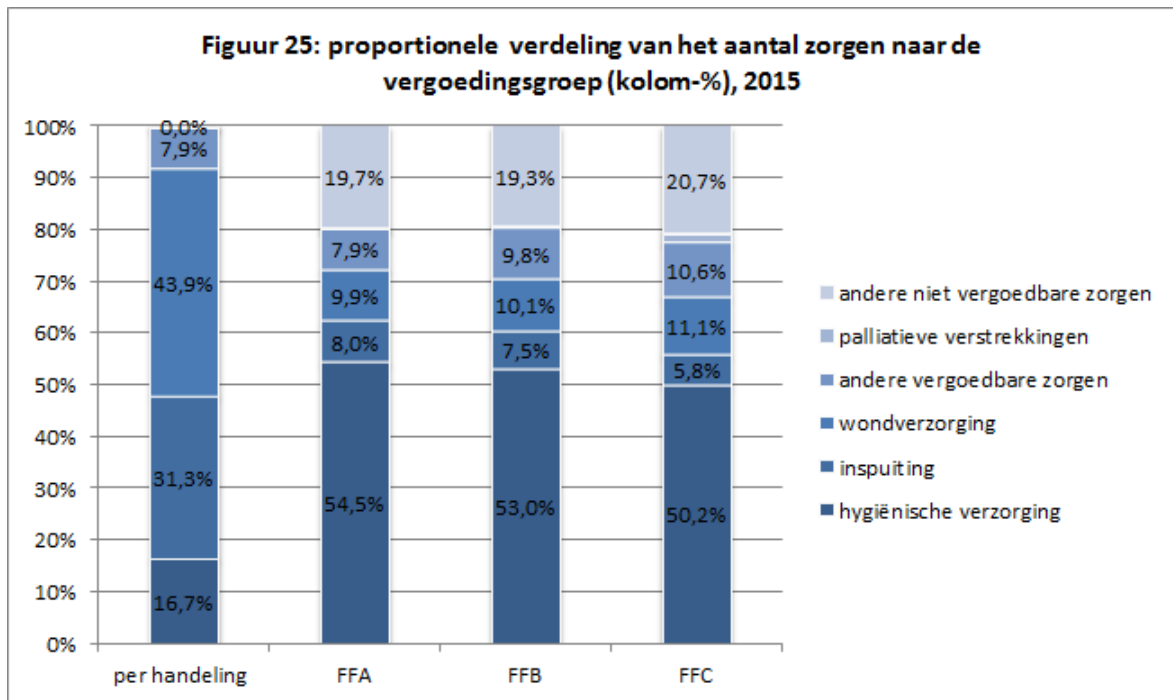
Andere vergoedbare zorgen maken 8.6 % van alle zorgen en worden weergegeven in **figuur 23**.



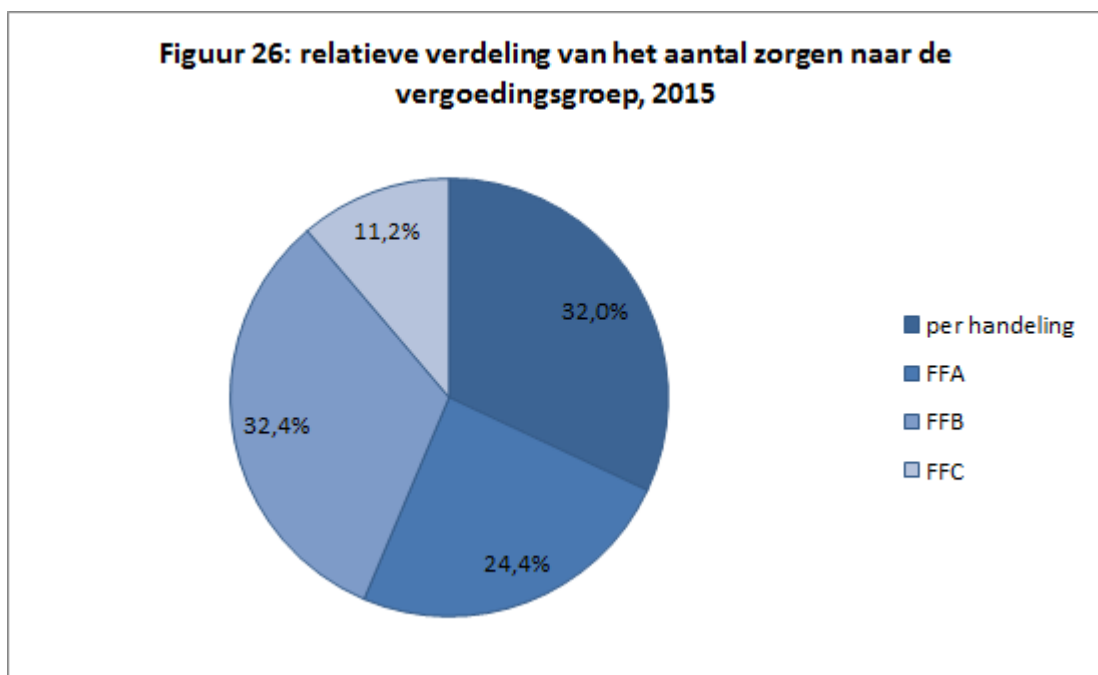
Uit **figuur 24** blijkt dat het aandeel van inspuitingen en de wondzorgen het grootst is in de per handeling (resp. 66,5 % en 66,8 %), dat de palliatieve verstrekkingen het meest voorkomen in de FFC (47,6 %).



Uit **figuur 25** valt op te maken dat in de forfaitgroepen het relatief aandeel van de hygiënische verzorgingen en dat van de inspuitingen daalt naarmate de zorgafhankelijkheid vergroot. Het aandeel van de andere niet vergoedbare zorgen stijgt naar de grootte van de zorgafhankelijkheid.



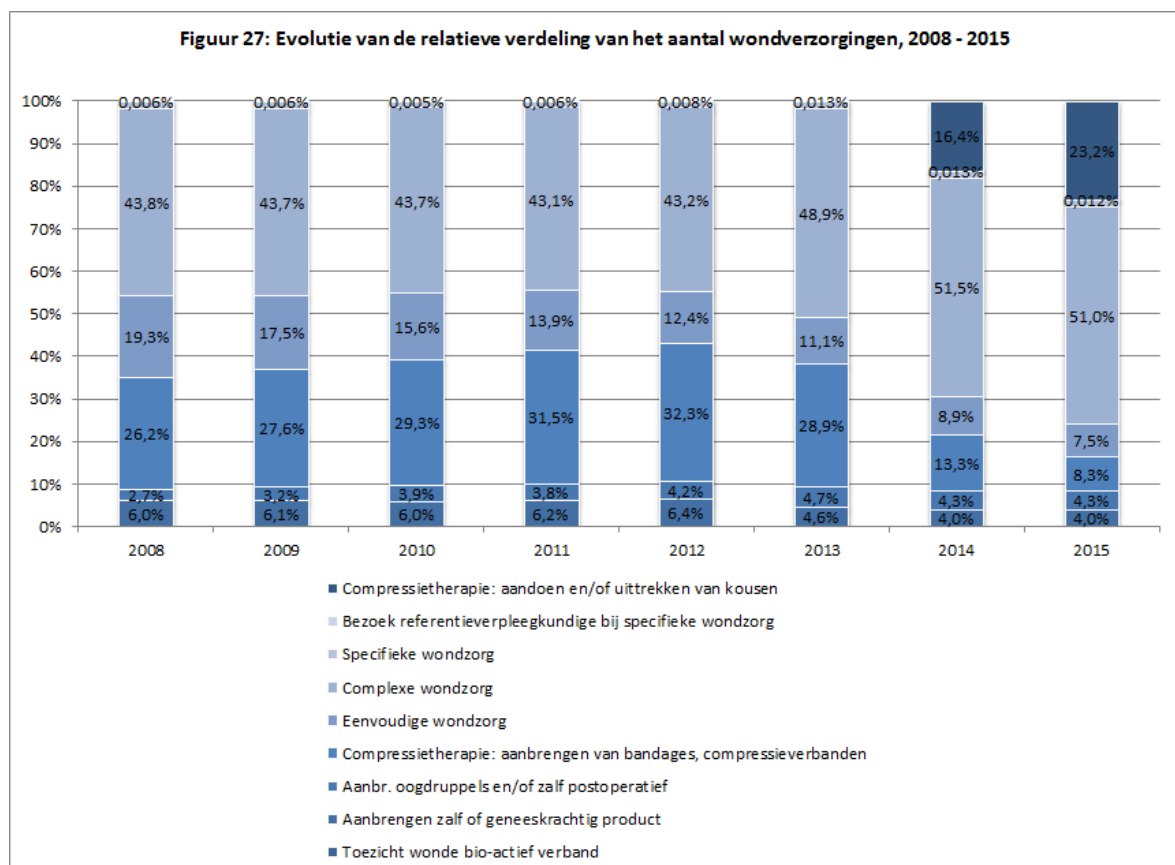
Hoewel de meeste patiënten onder het vergoedingstype 'per handeling' worden ingedeeld, gebeurt het grootste aantal prestaties (68.2 %) toch bij de forfaitpatiënten, wat meteen ook de intensiteit en complexiteit van de verzorging aan deze patiënten aangeeft (figuur 26).



WONDVERZORGING

Sedert 1 juli 2003 is er in de RIZIV nomenclatuur een verruiming en differentiatie van het begrip wondzorg ingevoerd. Enerzijds wordt onderscheid gemaakt tussen eenvoudige, complexe of specifieke wondverzorging naargelang de aard van de wonde. Anderzijds werden een aantal handelingen die voorheen niet vergoed werden toegevoegd aan de nomenclatuur.

Figuur 27 geeft de evolutie aan van de verschillende soorten wondverzorgingen tussen 2008 en 2015. We merken op dat de complexe wondverzorging het meest verricht wordt (51,0 % in 2015) en dat het aanbrengen van bandages, compressieverbanden e.a. (23,2 % in 2015) de tweede belangrijkste verzorging is die behoort tot de groep van de wondverzorging. Ook eenvoudige wondverzorgingen (7,5 % in 2015) worden nog regelmatig verricht, hoewel dit in de loop der jaren wel vermindert.



INSPUITINGEN

Ook deze verstrekkingen behoren traditioneel tot het takenpakket van verpleegkundigen. De RIZIV nomenclatuur maakt enkel in de groep per handeling onderscheid tussen verschillende soorten insputingen. Voor forfaitpatiënten wordt dit onderscheid niet gemaakt en worden alle insputingen geregistreerd onder eenzelfde nomenclatuurcode. In 2015 werden in totaal (in de 'per handeling' en de forfaits samen) 3.705.399 insputingen gegeven. Het grootste deel van de insputingen zijn intramusculaire, subcutane of hypodermale injecties (65,9 %) op één of meerdere plaatsen.

DIABETES

Diabetespatiënten zijn dankzij de invoering van een specifieke nomenclatuur sedert 1 juli 2003 gekend in de thuisverpleging. Via forfaitaire vergoedingen heeft men zicht op de verpleegkundige activiteit. Zo is geweten dat diabetespatiënten in 2015 verpleegkundige verzorging van een Wit-Gele Kruisverpleegkundige ontvingen onder de vorm van één of meerdere insputingen per dag of een educatie. Meestal (bij een insputing) wordt een opvolgingshonorarium aangerekend (95,4 %). In 2015 waren er in totaal 9.294 diabetespatiënten (6,0 %) die een Wit-Gele Kruisverpleegkundige over de vloer kregen.

Vanaf 1 september 2009 kunnen diabetespatiënten een zorgtraject doorlopen waardoor zij nog beter worden opgevolgd. Een zorgtraject organiseert en coördineert de aanpak, de behandeling en de opvolging van een patiënt met een chronische ziekte, in casu diabetes type II, bij insuline en/incretinemimetica (medicatie die werkzaam is ter hoogte van het darmstelsel en die insuline en glucagon secretie reguleert) dependente patiënten. Erkende en geregistreerde diabeteseducators verrichten een starteducatie, verzekeren de opvolging van deze educatie of geven een extra educatie bij probleemsituaties. Ook andere zorgverleners (diëtisten, kinesitherapeuten of podologen) mogen deze verstrekkingen attesteren. Het detail van de educaties wordt weergegeven in **Tabel 2**. 47,1 % van de educaties zijn starteducaties, voor 97,0 % gegeven door de verpleegkundigen.

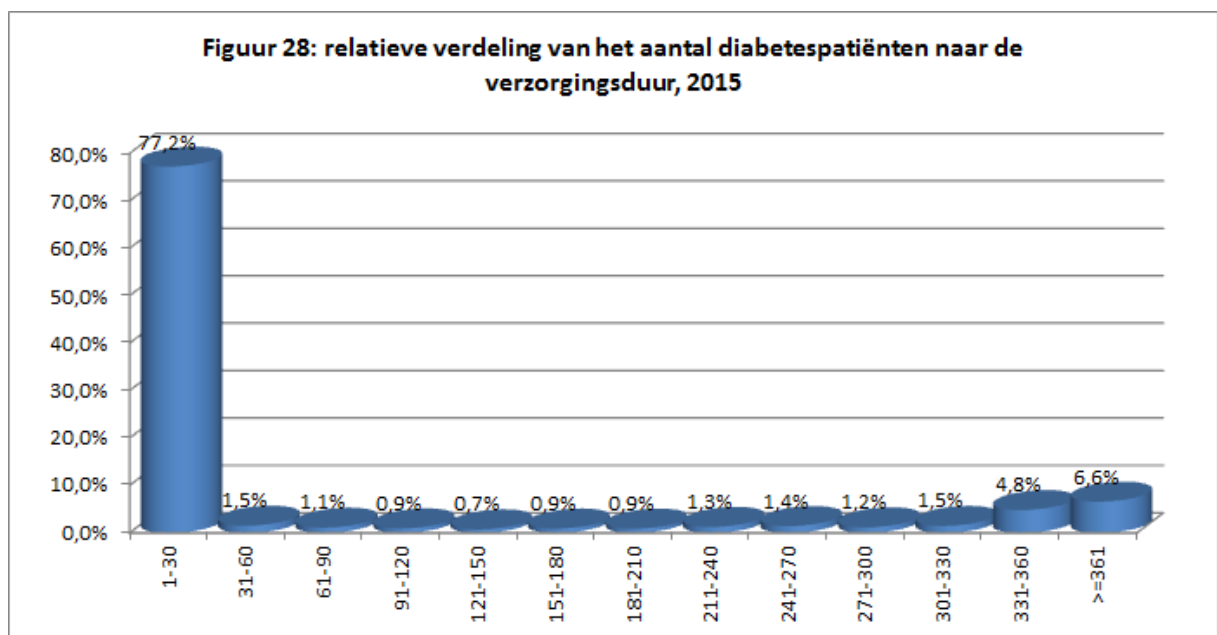
Tabel 2: Absolute en relatieve verdeling van de diabeteseducaties (verpleegkundigen en andere zorgverleners), 2015

Buiten het zorgtraject	N	%
- Educatie tot zelfzorg	34	0.1 %
- Educatie tot inzicht	103	0.4 %
- Opvolging educatie tot zelfzorg	86	0.3 %
In het zorgtraject		
- Starteducatie en instelling van insuline en/of incretinemimetica	12.767	47.1 %

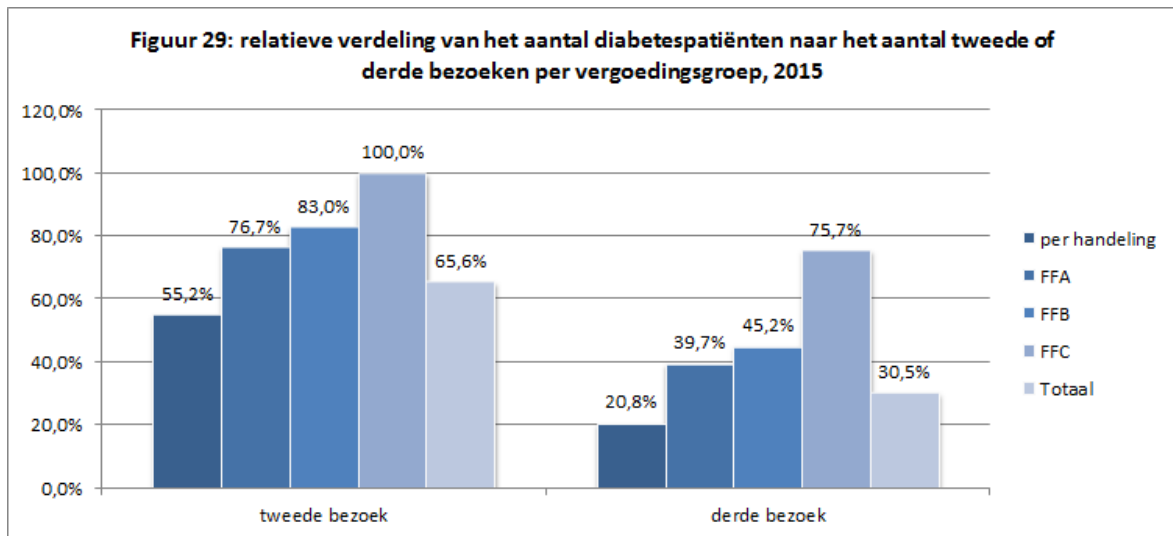
- Opvolgeducatie van de patiënt op insuline	9.564	35.3 %
- Extra educatie bij probleemsituaties	4.534	16.7 %
Totaal	27.088	100 %

In totaal hebben 6 877 patiënten een zorgtraject doorlopen in 2015. De klassieke diabeteseducaties zijn mede door de zorgtrajecten op hun retour.

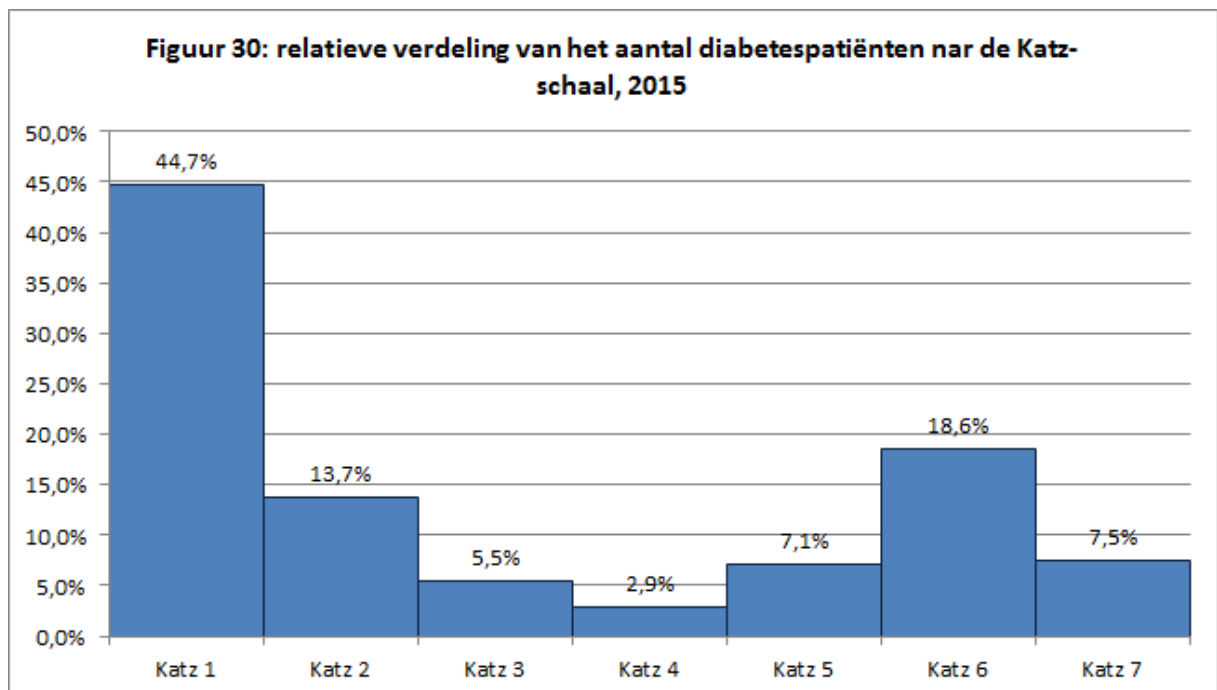
De meeste diabetespatiënten die door het Wit-Gele Kruis worden geholpen behoeven verzorging voor een langere tijd, hetgeen blijkt uit **figuur 28**. 12,9 % van de diabetespatiënten wordt langer dan 300 dagen verzorgd.



De intensiteit van deze zorg wordt weergegeven in **figuur 29**: ongeacht de vergoedingsgroep heeft 65,6 % van de diabetespatiënten een tweede bezoek en 30,5 % zelfs een derde bezoek. De verdeling per vergoedingsgroep toont dat alle diabetespatiënten in de FFC-groep een tweede bezoek ontvangen en drievierde een derde bezoek.



Figuur 30 geeft de zorgafhankelijkheid weer van de diabetespatiënten. Het merendeel (63,9 %) van deze patiënten scoort laag op de Katz-schaal (Katz 1 t.e.m. Katz 3). Een kwart (26,1 %) van de diabetespatiënten hebben een Katz-score van 6 of 7 en behoeven een intensievere verzorging.



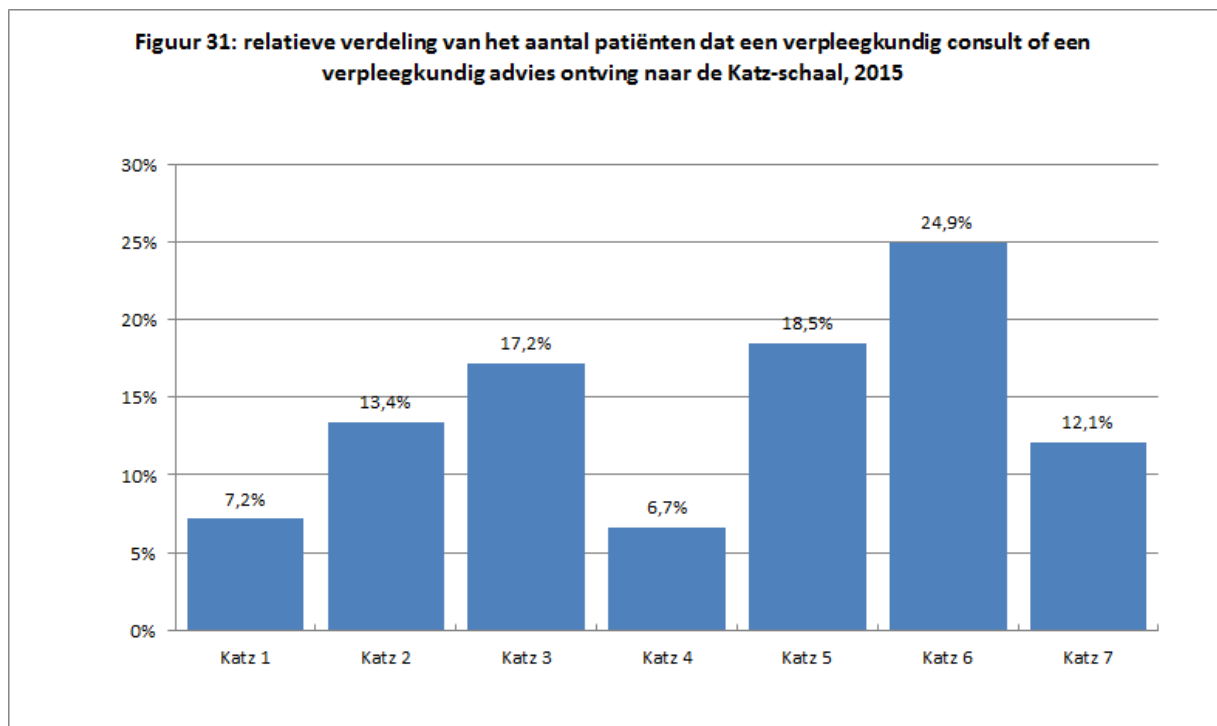
VERPLEEGKUNDIG CONSULT EN VERPLEEGKUNDIG ADVIES

In februari 2009 werd de eerste verstrekking voor het eerst vergoed. Met deze intellectuele handeling worden verpleegkundige gezondheidsproblemen en zorgdoelen van de patiënt geformuleerd, hetgeen in een verslag zijn uitdrukking vindt. De patiënt hoeft hiervoor ook geen persoonlijk aandeel te betalen. Deze verstrekking, die zonder een medisch voorschrift mag verleend worden mag maximaal 1 maal per kalenderjaar en per patiënt geattesteerd worden door een gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige of door een vroedvrouw.

30 290 patiënten van het Wit-Gele Kruis (19,6 %) hebben dit consult in 2015 ontvangen.

Op 1 juni 2012 wordt bovendien een nieuwe verstrekking tarifeerbaar: het verpleegkundig advies en overleg in functie van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os (voor orale toediening) met akkoord van de behandelend geneesheer. De verstrekking, die samen met de wekelijkse voorbereiding van geneesmiddelen per os (= voor orale toediening) zijn intrede doet in de nomenclatuur, is voorbehouden voor verpleegkundigen en kan enkel geattesteerd worden bij de patiënt thuis en in de week. Het verpleegkundig advies is in 2015 bij 6 405 patiënten (4,1 %) verstrekt.

Uit **figuur 31** blijkt dat het vooral de zwaar zorgafhankelijke patiënten zijn die in aanmerking komen. Meer dan de helft van de patiënten (55,6 %) situeert zich in de Katz-categorie 5 t.e.m. 7.

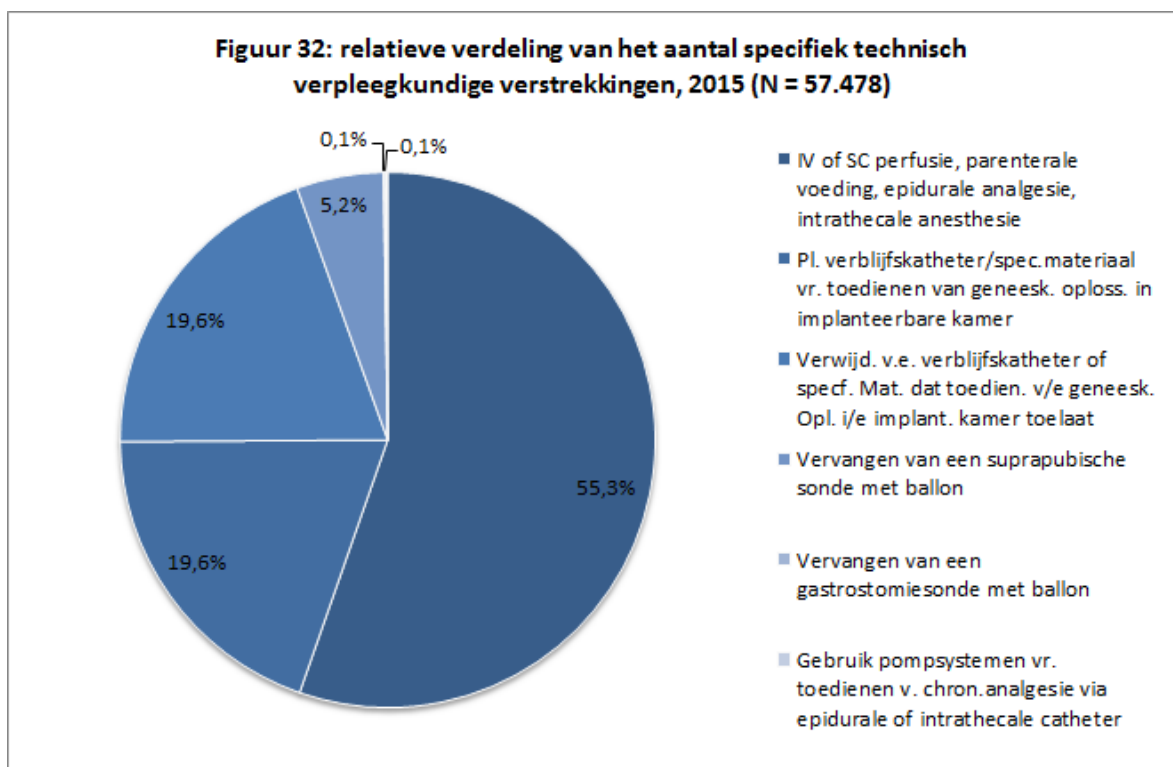


SPECIFIEK TECHNISCH VERPLEEGKUNDIGE VERSTREKKINGEN

Dit zijn gespecialiseerde handelingen zoals intraveneuze of subcutane perfusie, parenterale voeding en het plaatsen van een verblijfskatheter of specifiek materiaal voor het toedienen van geneeskundige oplossingen in een implanteerbare kamer. Nieuwe specifiek technisch verpleegkundige handelingen werden vanaf 01 februari 2009, en 2010 gehonoreerd, nl. resp. de verwijdering van een verblijfskatheter of van een specifiek materiaal dat de toediening van een geneeskundige oplossing in een implanteerbare kamer toelaat (in 2009) en het vervangen van een suprapubische sonde met ballon en het vervangen van een gastrostomiesonde met ballon (in 2010).

Vanaf 1 juli 2012 wordt onder de code voor de toediening van medicatie via epidurale of intrathecale katheter enkel de perfusie (intraveneus en subcutaan) en de parenterale voeding geregistreerd. Een nieuwe specifiek technisch verpleegkundige verstrekking ziet dan ook het licht: het toezichts- en opvolgingshonorarium bij gebruik van pompsystemen voor toedienen van chronische analgesie via epidurale of intrathecale katheter. Nieuw is dat deze verstrekking verder verduidelijkt wordt d.m.v. enkele pseudocodes.

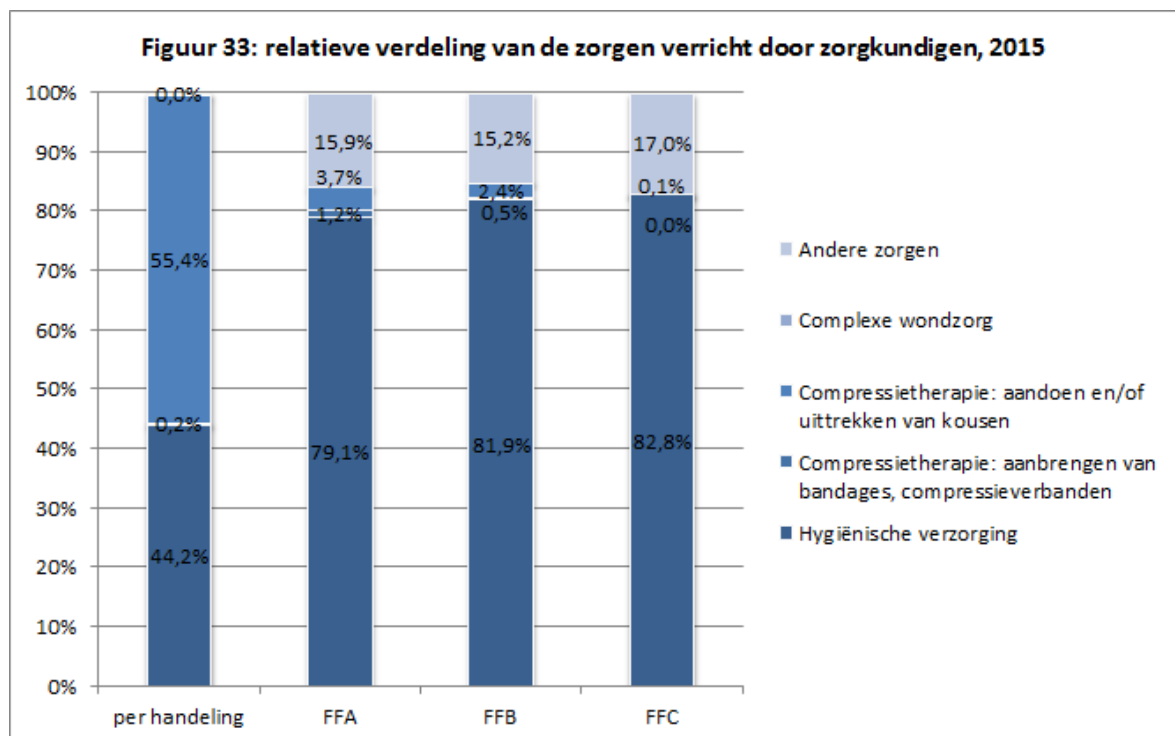
Uit **figuur 32** valt af te leiden dat de eerst genoemde handeling het meest voorkomt: resp. 55,3 %. De tweede en derde verstrekking komt beide voor in 19,6 % van alle specifiek technisch verpleegkundige handelingen.



ZORGKUNDIGEN

Zorgkundigen zijn opgeleid om de verpleegkundige bij te staan inzake zorgverstrekking, gezondheidsopvoeding en logistiek. Sinds september 2007 zijn zij bij Wit-Gele Kruis actief. In 2015 namen 831 zorgkundigen welomlijnde taken over van de Wit-Gele Kruisverpleegkundigen. Een groot deel van hen was korte tijd als jobstudent tewerkgesteld.

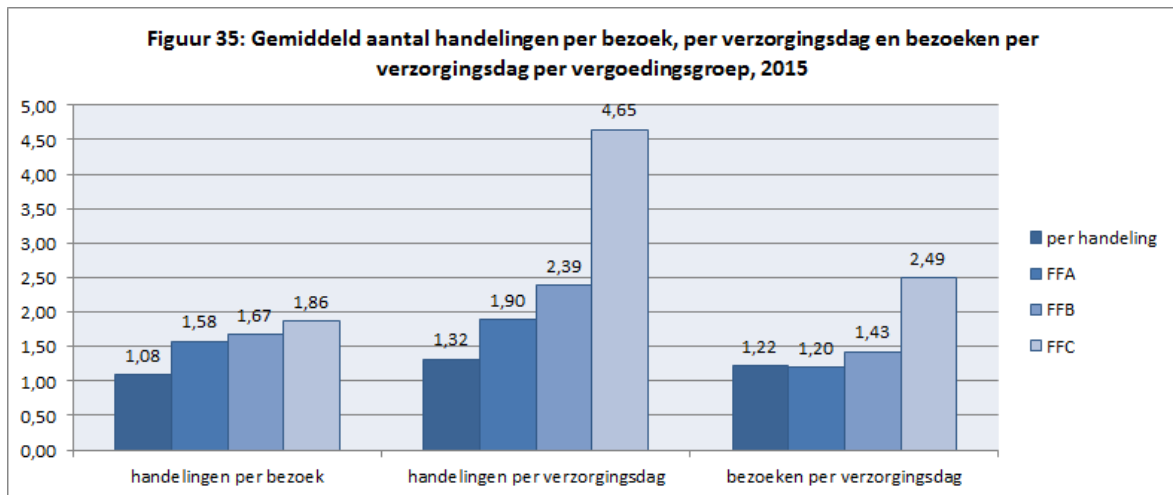
Samen hebben zij zo'n 22 065 patiënten verzorgd. Hun taken (**figuur 33**) omvatten vooral hygiënische verzorgingen (75,4 %), het aan- of uittrekken van kousen (10,7 %), het aanbrengen van compressieverbanden (0,6 %) en een aantal 'andere zorgen' (13,3 %) (de 'andere' zorgen worden vermeld in het KB van 18 juni 1990 en worden in de nomenclatuur niet verder gespecificeerd). Ook in de complexe wondzorg hebben ze een bescheiden aandeel (0,1 %): de zorg die ze hier uitvoeren is de hygiënische zorg van een geheelde stoma.



DE HANDELINGEN PER BEZOEK - PER VERZORGINGSDAG - BEZOEKEN PER VERZORGINGSDAG

Figuur 34 geeft per vergoedingstype het gemiddeld aantal handelingen per bezoek en per verzorgingsdag weer, alsook het aantal bezoeken per verzorgingsdag.

We noteren hier een stijgend aantal handelingen en bezoeken naar het vergoedingstype wat het verband illustreert tussen de mate van ADL-afhankelijkheid en de mate van zorgafhankelijkheid.



HET WIT-GELE KRUIS IN DE SECTOR VAN DE THUISVERPLEGING

Het Wit-Gele Kruis is reeds decennia lang de grootste dienst voor thuisverpleging in Vlaanderen. In 2015 bedraagt het marktaandeel in Vlaanderen 32,2 %. Voor bepaalde verstrekkingen is het aandeel bovendien bovengemiddeld groot; dit is het geval voor de diabeteseducaties (**figuur 35**). Ook voor het verpleegkundig consult heeft het Wit-Gele Kruis een groter aandeel dan gemiddeld, nl. 62,5 % in de Vlaamse sector.

