

## INLEIDING

De hierna volgende informatie is een uitbreiding van het hoofdstuk 'Kerncijfers' in het jaarverslag van 2018. De maand oktober is de referentiemaand. Indien gegevens voor het hele jaar werden gebruikt is dit ook aangegeven.

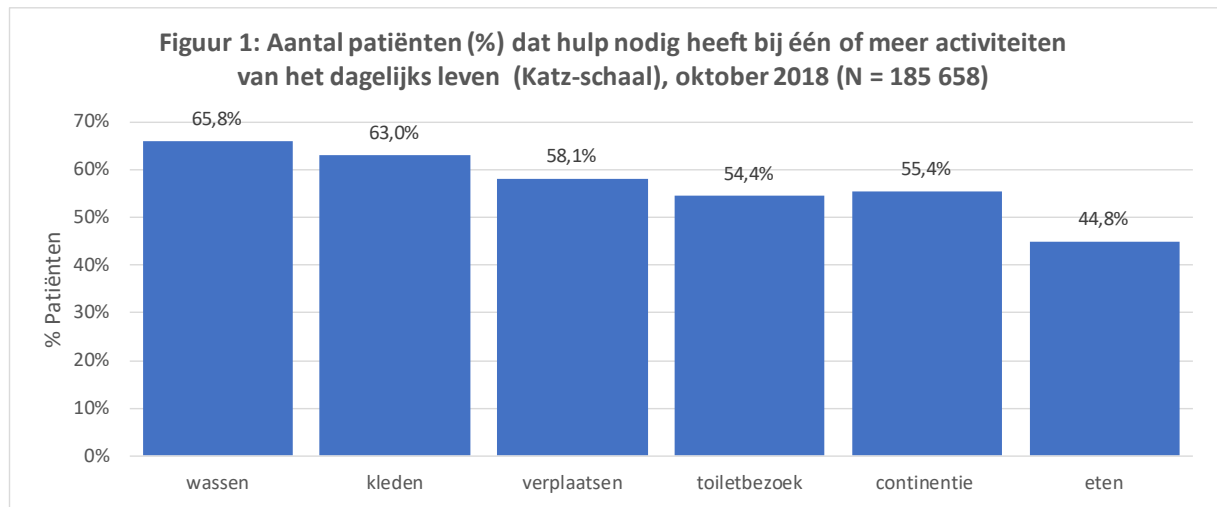
## DE ITEMS VAN DE KATZ-SCHAAL

Met behulp van de Katz-schaal wordt de zorgbehoefte 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 vierpuntschaal, 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. 65,8 % en 63,0 %). Toch zien we dat nog 44,8 % 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 (1.968 personen), 7,2 % heeft gedeeltelijk hulp nodig bij het eten of het drinken (5.159 personen).

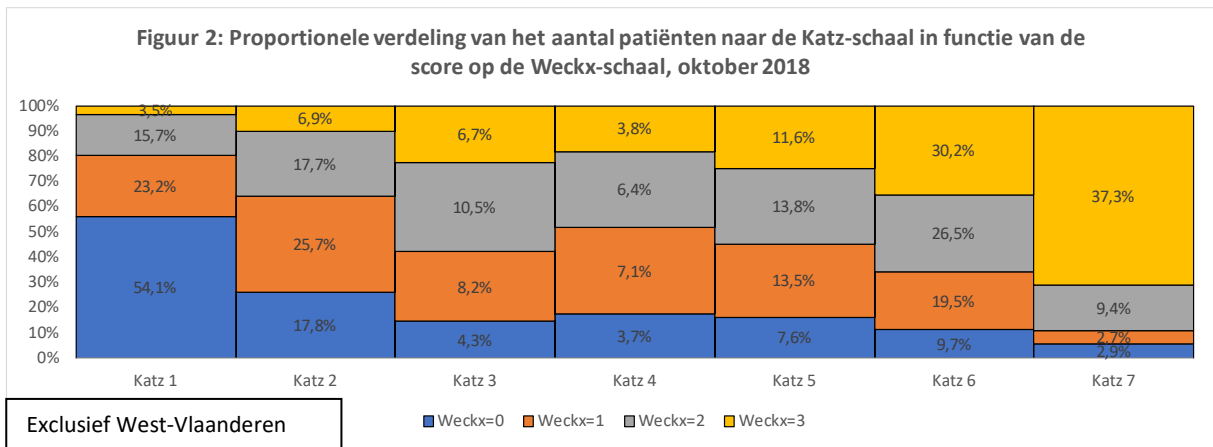
Het relatief aantal patiënten dat afhankelijk is (d.i. een score 2, 3 of 4) voor de verschillende items, wordt weergegeven in **figuur 1**.



## DE WECKX-SCHAAL

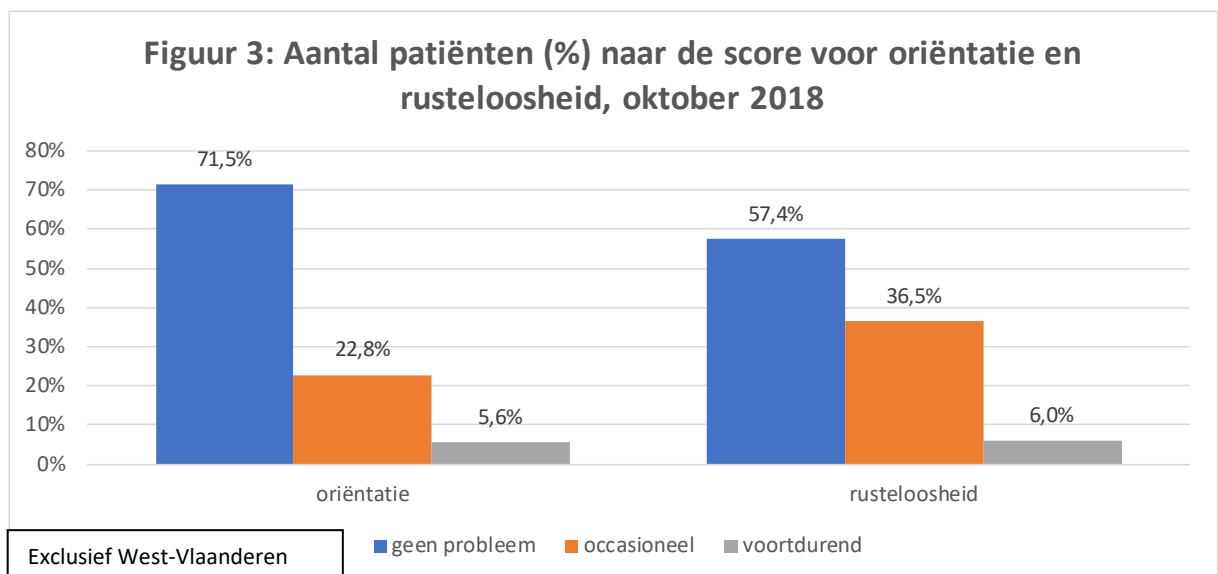
Om te weten hoe de psychosociale context is van de patiënt hanteren de thuisverpleegkundigen de Weckx-schaal. Deze schaal beoordeelt de patiënt op 5 parameters: de graad van oriëntatie, de graad van rusteloosheid, de woonsituatie van de patiënt, de mantelzorg (of de patiënt voldoende omringd is door 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.

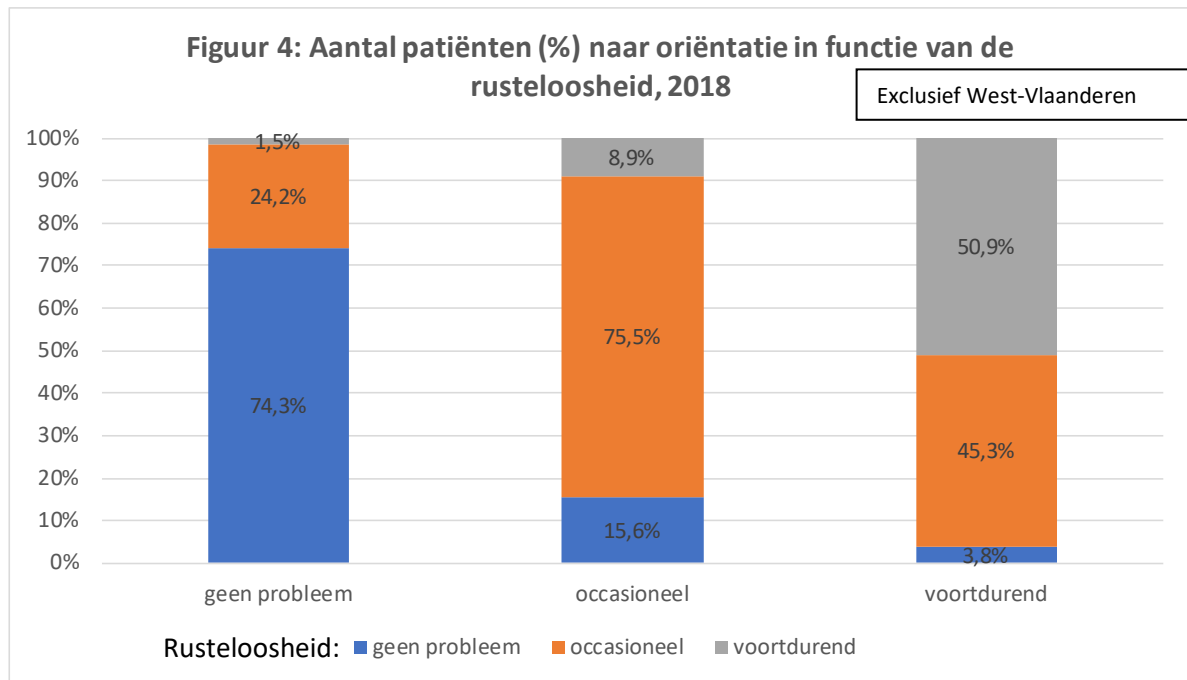
**Figuur 2** geeft de verdeling aan van patiënten naar de Katz-schaal in functie van de Weckx-schaal. We merken op dat het merendeel van de patiënten die score 6 of score 7 halen op de Katz-schaal ook het hoogste scoort op de Weckx-schaal (score 3).



### ORIËNTATIE EN RUSTELOOSHEID

De grote meerderheid (72,1 %) van de patiënten heeft geen oriëntatieproblemen (**figuur 3**). 22,8 % is occasioneel gedesoriënteerd en een minderheid (5,6 %) is voortdurend gedesoriënteerd. Voor rusteloosheid zien we dat de meerderheid geen problemen heeft (57,4 %) en dat iets meer dan een derde van de patiënten occasioneel rusteloos is (36,5 %). Ook hier is een minderheid voortdurend rusteloos (6,0 %).





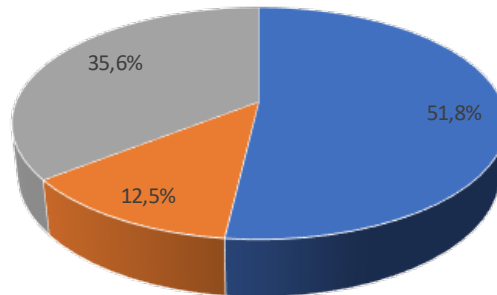
**Figuur 4** geeft de relatie weer tussen de beide parameters. Hieruit blijkt dat de meeste patiënten die geen problemen hebben met oriëntatie ook geen rusteloosheidsproblemen ondervinden (74,3 %). Van de patiënten die occasioneel gedesoriënteerd zijn, zijn veel patiënten ook occasioneel rusteloos (75,5 %). Patiënten die voortdurend gedesoriënteerd zijn, zijn in 50,9 % van de gevallen ook voortdurend rusteloos en in 45,3 % van de gevallen occasioneel rusteloos.

#### WOONSITUATIE – MANTELZORG (Weckx-schaal)

Anders dan in een ziekenhuis komen verpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis aan huis bij de patiënt. De woonsituatie is dan ook 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?

**Figuur 5** toont aan dat de meeste patiënten (51,8 %) wonen met een valide persoon die ook beschikbaar is. Bij 12,5 % van de patiënten is deze persoon echter niet beschikbaar. Bovendien woont meer dan een derde van de patiënten (35,6 %) alleen.

**Figuur 5: Aantal patiënten (%) naar de woonsituatie, oktober 2018**

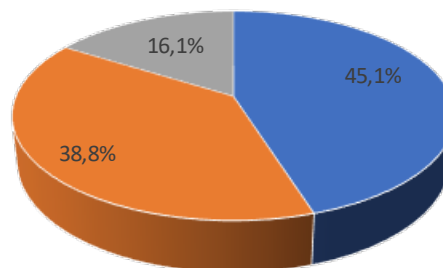


- woont met beschikbare valide persoon
- woont met beschikbare niet-valide persoon of niet beschikbare valide persoon
- woont alleen

Exclusief West-Vlaanderen

**Figuur 6** toont in welke mate de mantelzorg beschikbaar is. Bij iets minder dan de helft van de patiënten (45,1 %) is deze frequent beschikbaar, bij iets meer dan een derde (38,8 %) is deze regelmatig doch partieel beschikbaar en bij 16,1 % van de patiënten is de mantelzorg sporadisch of in het geheel niet beschikbaar.

**Figuur 6: Aantal patiënten (%) naar de beschikbaarheid van mantelzorg, oktober 2018**

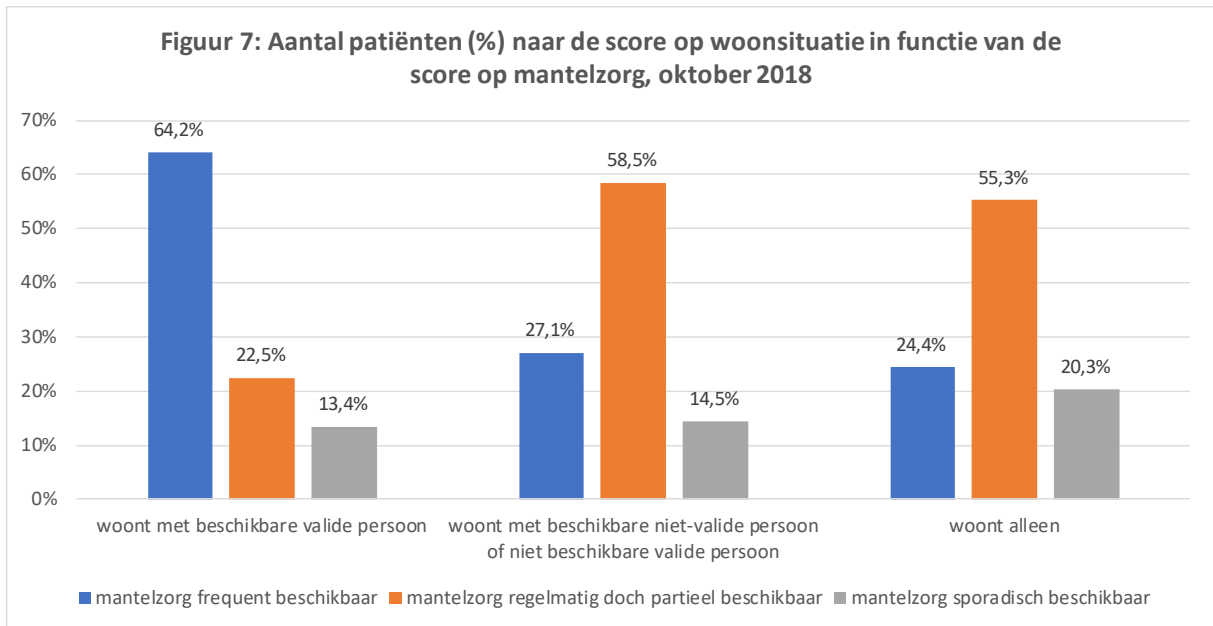


- mantelzorg frequent beschikbaar
- mantelzorg regelmatig doch partieel beschikbaar
- mantelzorg sporadisch beschikbaar

Exclusief West-Vlaanderen

**Figuur 7** geeft de relatie weer tussen beide parameters. Hieruit blijkt dat de meeste patiënten die wonen met een beschikbare valide persoon ook frequent beschikbare mantelzorg hebben (64,2 %). Bij 22,5 % van die groep is de mantelzorg hoewel regelmatig slechts partieel beschikbaar en voor 13,4 % is de mantelzorg sporadisch beschikbaar. Van de groep patiënten die wonen met een beschikbare niet-valide persoon of niet beschikbare valide persoon beschikt de meerderheid regelmatig over partiële mantelzorg. Bij de groep patiënten die alleen wonen heeft het merendeel

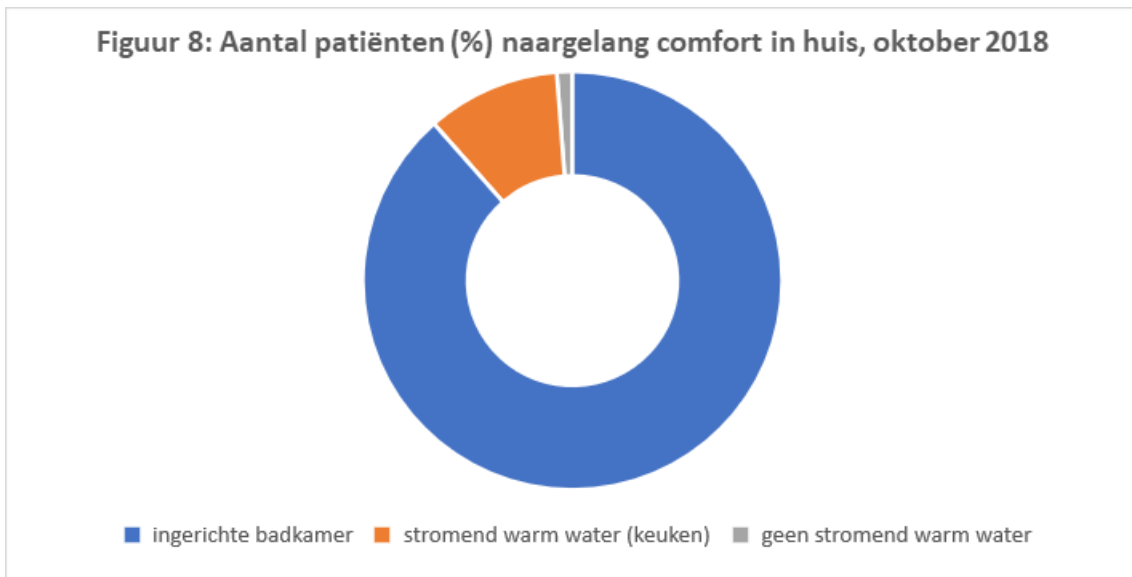
ook regelmatig doch partieel mantelzorg, maar bij één op vijf alleenwonenden (20,3 %) is de mantelzorg slechts sporadisch beschikbaar. Het is voor deze kwetsbare groep patiënten dat de komst van de thuisverpleegkundige omwille van de sociale context belangrijk is. De thuisverpleegkundige heeft dus vaak niet enkel een verpleegtechnische rol, ook haar sociale functie is van groot belang.



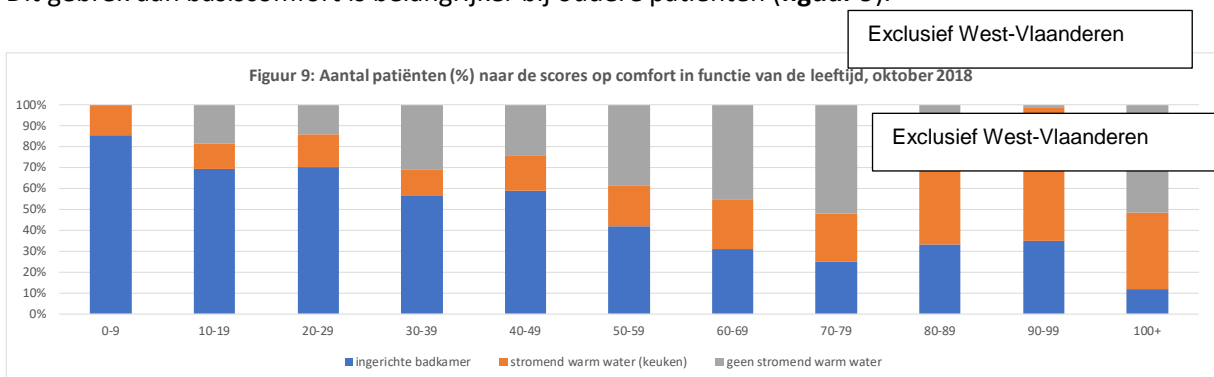
### COMFORT (WECKX-SCHAAL)

Ondanks de algemene welvaart in Vlaanderen beschikt 11,5 % van de patiënten niet over een ingerichte badkamer (**Figuur 6**). 1,2 % heeft zelfs geen stromend warm water in de woning (664 personen). Deze cijfers geven aan dat de omstandigheden waarin de hulpverlening verstrekt wordt niet altijd optimaal zijn.

Figuur 8: Aantal patiënten (%) naargelang comfort in huis, oktober 2018



Dit gebrek aan basiscomfort is belangrijker bij oudere patiënten (figuur 9).



Uit het voorgaande 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 vergoedingscategorieën weer in relatie met de Katz-scores. We zien dat forfait-C-patiënten en patiënten met het palliatief forfait C zich vnl. in de categorie Katz 7 bevinden. Omgekeerd merken we echter dat 10,7 % (3 815 personen) van de patiënten waarvoor er een vergoeding per handeling is, een Katz-score van 6 of 7 heeft, 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 2018**

Katzcat/V G	per handeling	FFA	FFB	FFC	FPA	FPB	FPC
1	39,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2	29,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
3	13,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
4	3,5%	19,9%	0,0%	0,0%	49,4%	0,0%	0,0%
5	4,3%	52,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
6	9,0%	24,6%	69,6%	0,1%	38,6%	49,1%	0,0%
7	1,7%	3,4%	30,4%	99,9%	12,0%	50,9%	100,0%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

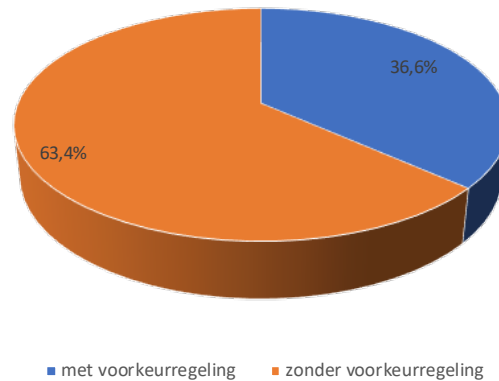
Exclusief West-Vlaanderen

## SOCIAAL STATUUT VAN DE PATIËNTEN

Van alle patiënten is ook het sociaal statuut gekend. Zo geniet 36,6 % van de patiënten de voorkeurregeling (**figuur 10**). 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.

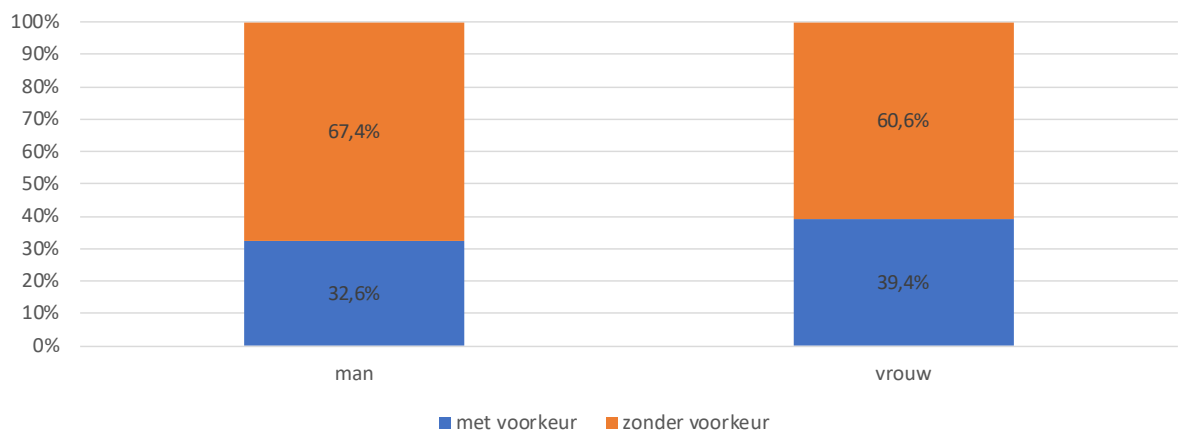


**Figuur 10: Aantal patiënten (%) in functie van de voorkeurregeling**



In de mannelijke populatie zijn er lichtjes meer patiënten die geen recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming dan bij de rechthebbenden, nl. 67,4 % t.o.v. 60,6 % (zie **figuur 11**): meer vrouwen hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming (resp. 39,4 % t.o.v. 32,6 % bij de mannen).

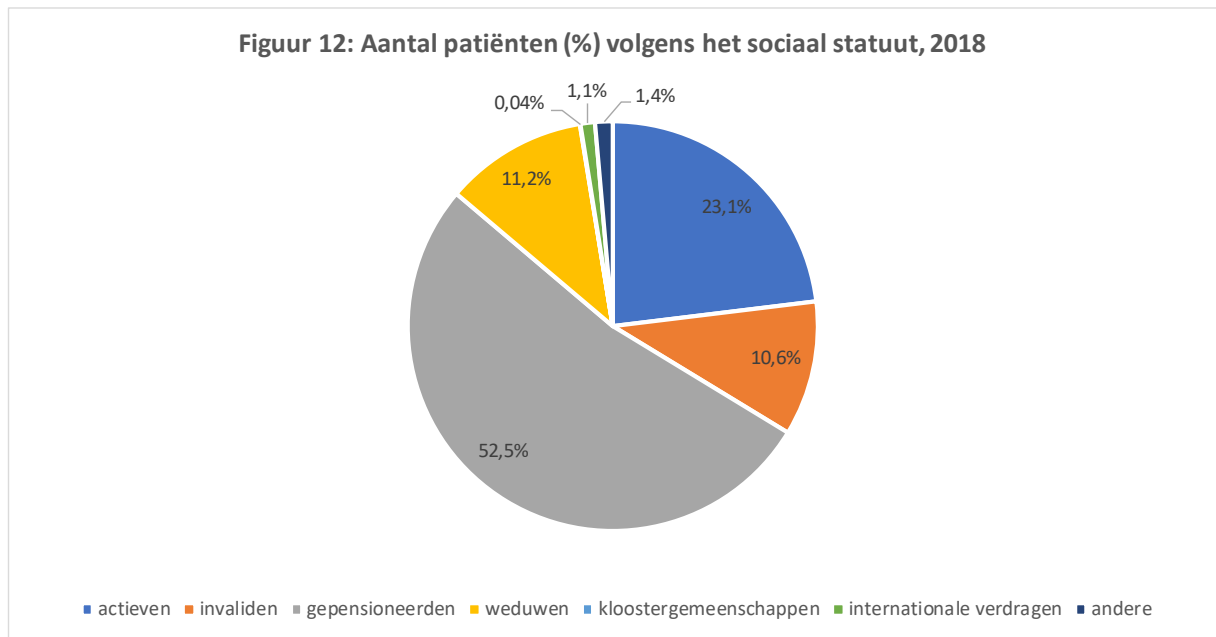
**Figuur 11: Aantal patiënten (%) naar geslacht en voorkeurregeling, 2018**



De gemiddelde leeftijd bij de mannelijke populatie die onder de voorkeurregeling valt is hoger dan deze zonder voorkeurregeling: resp. 67,9 jaar t.o.v. 65,3 jaar (zonder voorkeur). In de vrouwelijke populatie is dit verschil in leeftijd groter: nl. 72,7 jaar voor patiënten die onder de voorkeurregeling vallen en 65,1 jaar voor vrouwen zonder voorkeurregeling.

**Figuur 12** toont de relatieve verdeling van patiënten naargelang van het statuut waarin ze zich bevinden. We merken op dat de grootste groep (52,5 %) gepensioneerde patiënten zijn, gevolgd door 'actieven' (23,1 %); 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 (11,2 %) en de invaliden

(10,6 %). Andere groepen zijn in geringe mate aanwezig (de groep van de 'andere'): hiertoe behoren o.a. niet beschermde personen met of zonder voorkeurregeling of wezen.



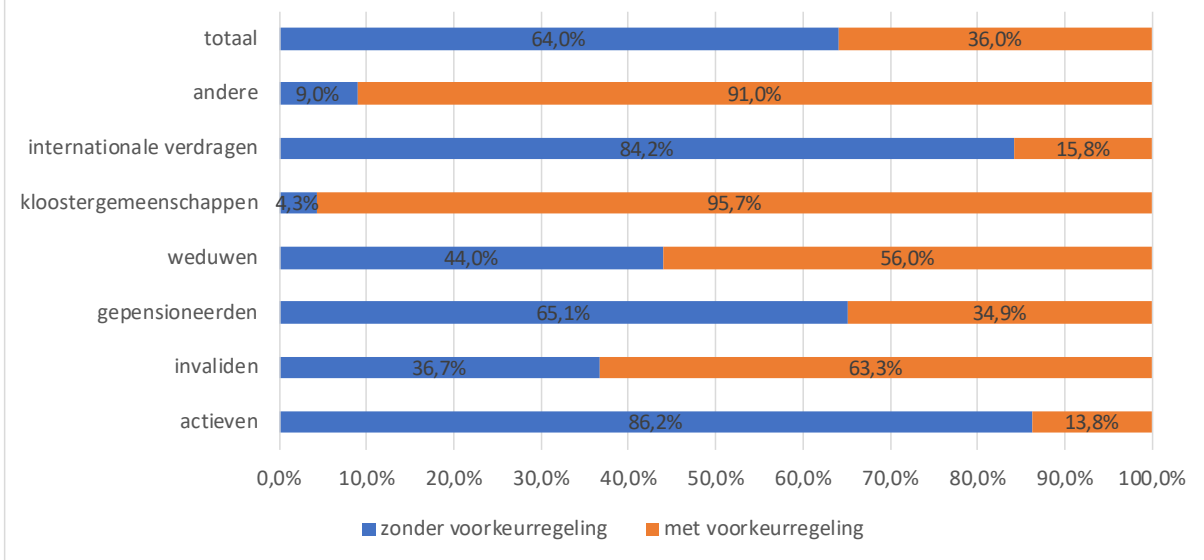
#### VOORKEURREGELING OF VERHOOGDE TEGEMOETKOMING

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 (64,0 %).

**Figuur 13** 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).

**Figuur 13: Proportionele verdeling van het aantal patiënten naar de voorkeuregeling, 2018**



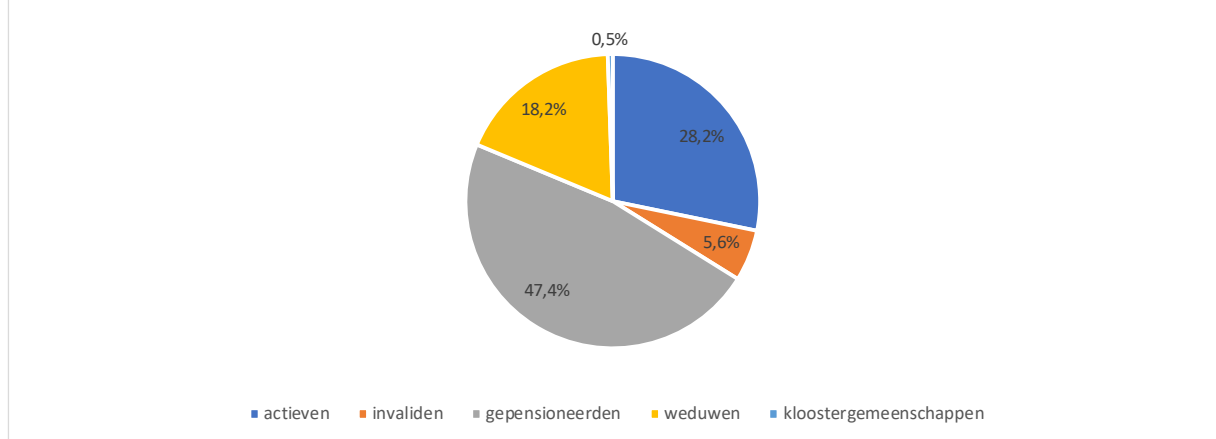
### HET STATUUT VAN DE ZELFSTANDIGEN (PATIËNTEN)

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. 7,6 % van de patiënten van Wit-Gele Kruis heeft het statuut van zelfstandige.

Het merendeel (47,4 %) van deze patiënten is gepensioneerd (**figuur 14**). Van deze groep heeft 59,6 % recht op een verhoogde tegemoetkoming. De tweede grootste groep van 'zelfstandigen' zijn de 'actieven' (28,2 %). Dit zijn patiënten die hetzij niet, hetzij korter dan een jaar arbeidsongeschikt zijn en beroep doen op een thuisverpleegkundige. 92,9 % van deze patiënten geniet geen voorkeuregeling. De derde grootste groep (18,2 %) zijn de weduwen of weduwnaars. Van deze groep geniet het merendeel van de verhoogde tegemoetkoming (75,6 %).

De vierde groep van 'zelfstandigen' zijn de invaliden (5,6 %). Voor deze groep is het zo dat 43,5 % recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming. Een klein aantal patiënten van Wit-Gele Kruis behoort tot een kloostergemeenschap: 0,5 %, waarvan 100 % recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming.

Figuur 14: Aantal patiënten (%) in de regeling van zelfstandigen volgens sociaal statuut, 2018



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 (47,0 %), tegen 35,1 % van de patiënten die geen zelfstandig statuut hebben. In beide groepen (zelfstandigen en niet zelfstandigen) is de overgrote meerderheid van patiënten weduwe, invalide, gepensioneerd of wees.

#### PALLIATIEVE VERPLEEGKUNDIGE ZORG

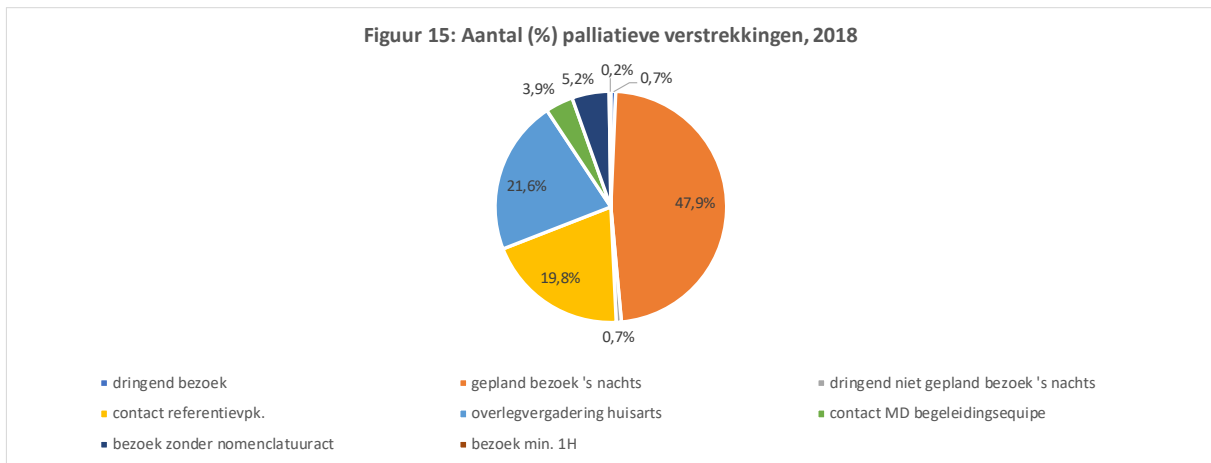
Palliatieve zorg begeleidt de patiënt in zijn/haar laatste levensfase. Hierin staat niet de ziekte centraal, maar wel het maximaal fysiek, psychisch, relationeel en spiritueel comfort van de zieke. Door deze zorg kan de verpleegkundige aan patiënten een menswaardig levenseinde bieden.

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.

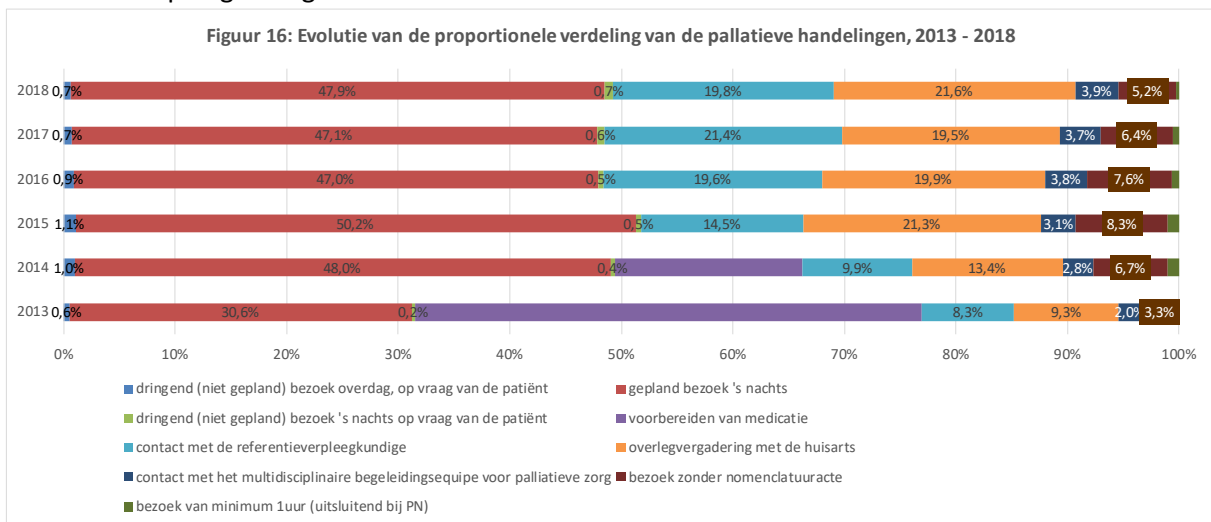
Naast de klassieke handelingen ontvangen deze patiënten ook specifieke palliatieve zorg: 0,4 % van deze handelingen situeert zich in deze forfaits (FPA, FPB, FPC, de PN en de PP).

Geplande bezoeken 's nachts worden het meest geregistreerd (47,9 %). Maar ook overlegvergaderingen met de huisarts (21,6 %) en contact met de referentieverpleegkundige (19,8 %) behoren tot de groep van de palliatieve handelingen die het meest voorkomen. **Figuur 15** geeft aan welke palliatieve zorgen er zijn.

In 2018 waren er 3.537 patiënten palliatief. Dit aantal vertegenwoordigt 2,3 % van het totale patiëntenbestand.



We merken ook op dat over de laatste jaren er een toename is in bepaalde palliatieve handelingen (figuur 16). Vooral bij geplande bezoeken 's nachts en bij contacten met de multidisciplinaire begeleidingsequipe van palliatieve zorg is de toename belangrijk evenals de contacten met de referentieverpleegkundige.

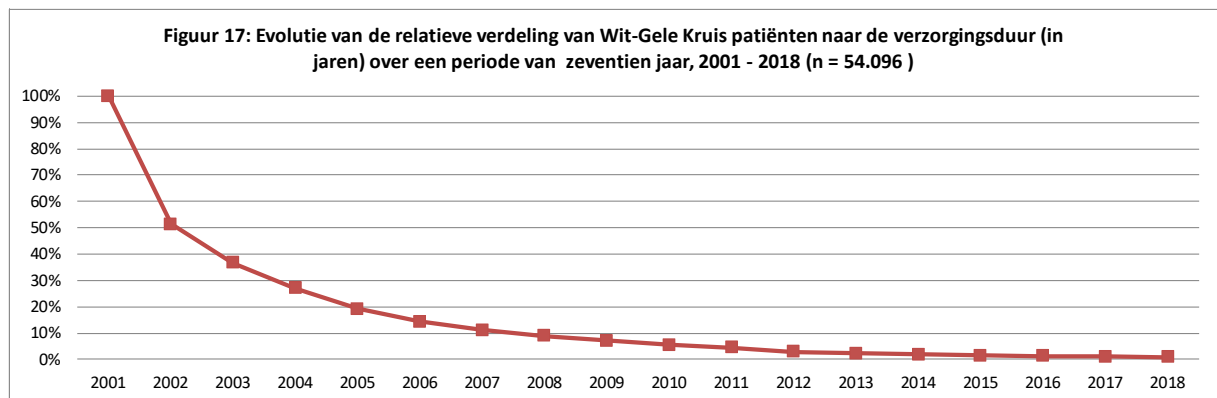


## PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN

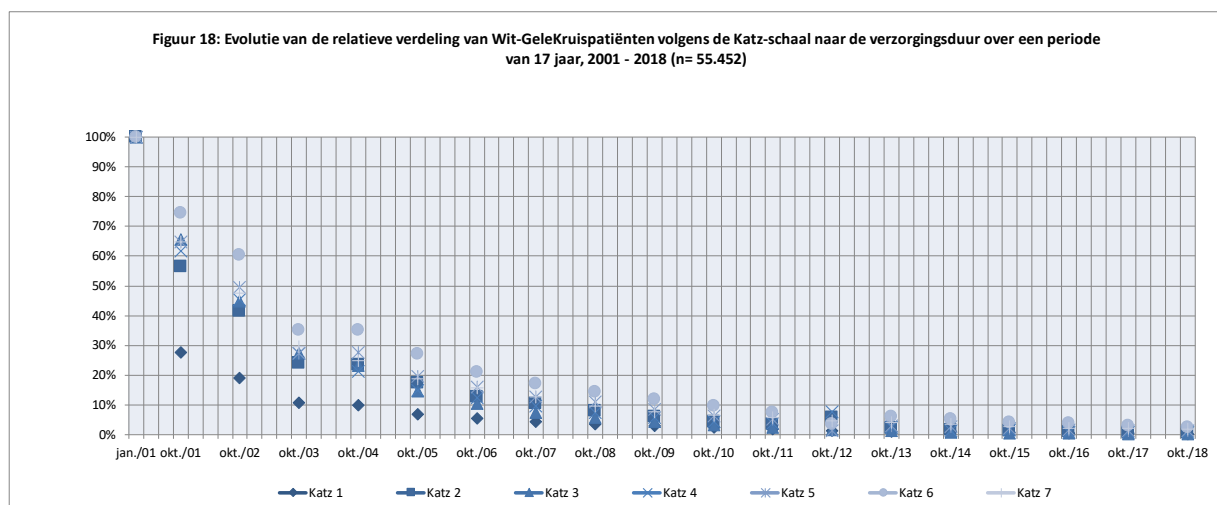
Ook bij psychiatrische patiënten kan de thuisverpleegkundige aan huis komen. Sedert 1 oktober 2007 krijgt de thuisverpleegkundige een vergoeding indien zij verpleegkundige hulp biedt bij het voorbereiden en toedienen van medicatie aan chronisch psychiatrische patiënten die lijden aan schizofrenie of 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 2018 meer dan 337.475 keer gedaan voor een beperkte groep van 2 300 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 17 jaar blijven van de oorspronkelijke populatie nog 458 patiënten (0,8 %) over bij wie de thuisverpleegkundige regelmatig langs komt. Het retentiecijfer op maandbasis bedraagt zo'n 84 %. Met andere woorden: per maand bieden zich gemiddeld 16 % nieuwe patiënten aan voor verzorging. Dit percentage is stabiel over de jaren heen. **Figuur 17** geeft de evolutie weer van het aantal patiënten dat sedert 2001 verpleegd wordt.

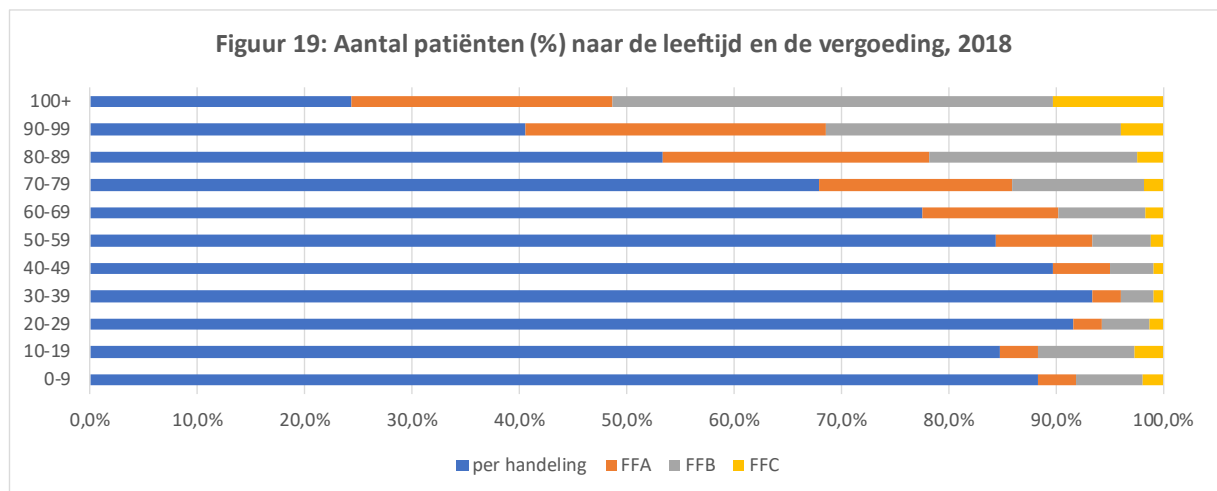


Van dezelfde populatie is ook de Katz-score bijgehouden. **Figuur 18** geeft dit weer. Waar in de beginfase een duidelijk verschil is waar te nemen in aantal patiënten naargelang de Katz-score is dit voor chronisch zieken die reeds zeventien jaar in zorg zijn genivelleerd.



## VERGOEDING EN LEEFTIJD

Naarmate de leeftijd vordert, vergroot ook de zorgafhankelijkheid. Het verband tussen het vergoedingsstype en de leeftijd weergegeven in **Figuur 19** 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.



## DE ZORGEN IN FUNCTIE VAN DE LEEFTIJD

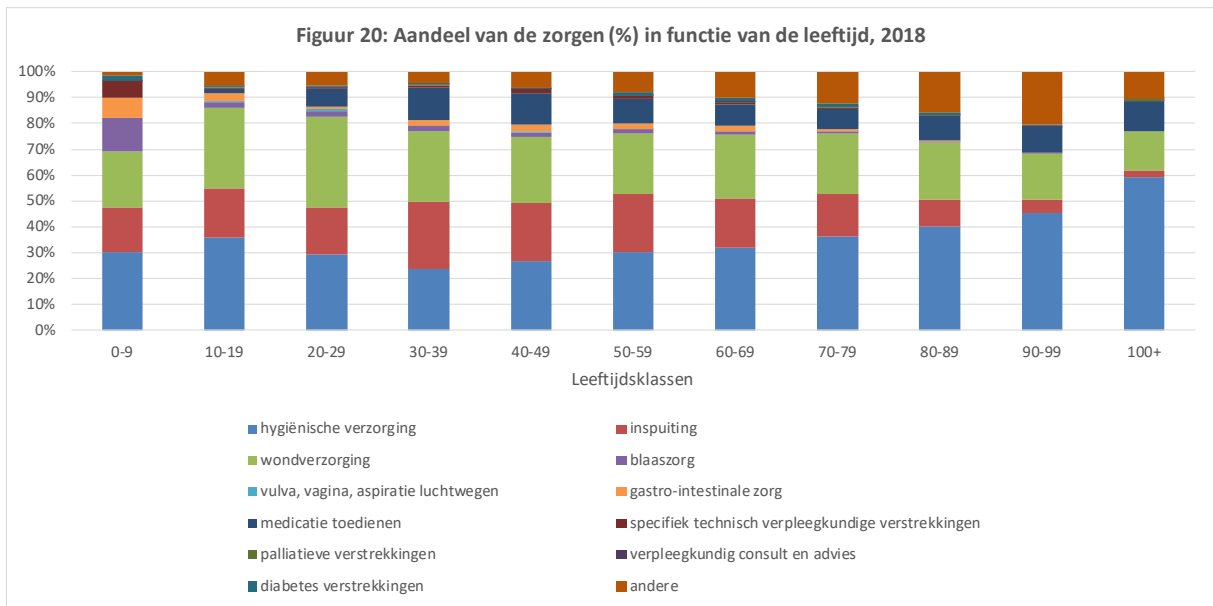
Welke zorgen patiënten ontvangen is afhankelijk van de leeftijd. **Figuur 20** toont dit aan.

Naarmate de leeftijd van patiënten vordert vergroot het aandeel van de hygiënische zorg. In de leeftijdsgroep van 100+ is 59,4 % van alle zorgen een hygiënische zorg.

De meeste insputingen worden verstrekt aan patiënten tot 59 jaar. Vanaf dan daalt het aandeel tot 2,4 % bij de 100+.

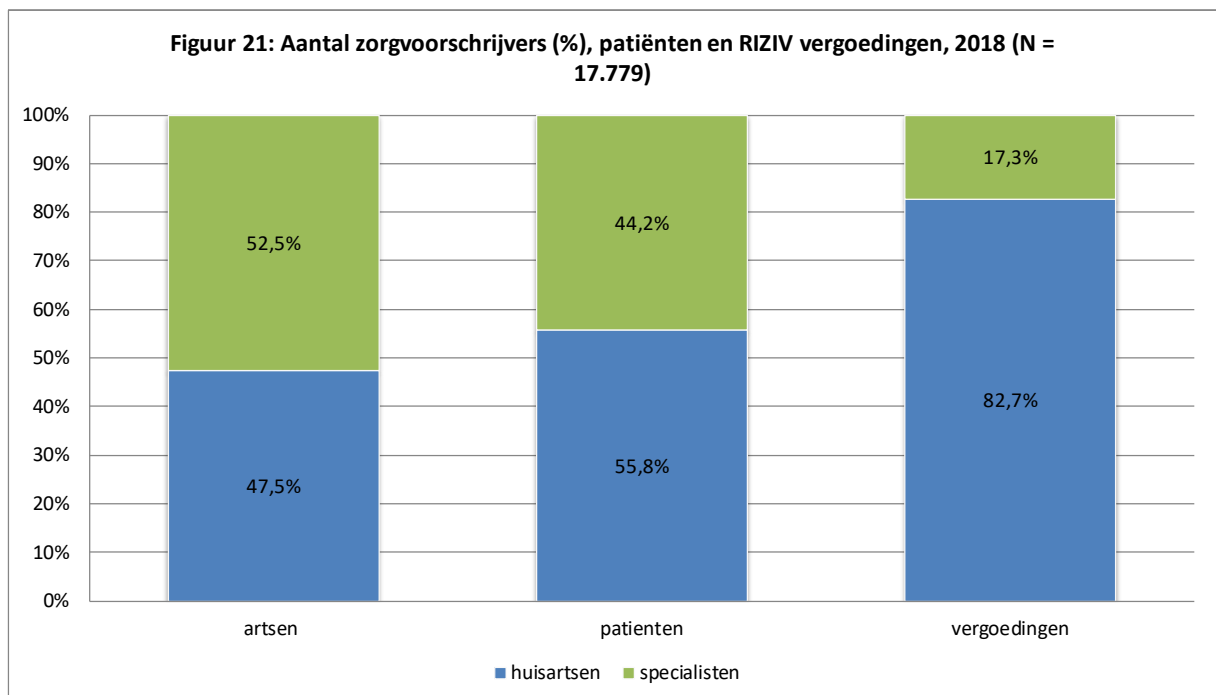
Ook het aandeel van de wondzorgen daalt met de leeftijd vanaf 70 jaar.

Het aandeel van de andere zorgen, vergoedbaar in de forfaits neemt toe tot 99 jaar. In de leeftijdscategorie van 90 tot 99 jaar is één op de vijf zorgen een andere zorg.



## HUISARTSEN – SPECIALISTEN

In 2018 hebben 17.779 artsen verpleegkundige zorg voorgeschreven. **Figuur 21** toont de relatieve verdeling van artsen, patiënten en vergoedingen naargelang het gaat over een voorschrift van huisartsen of van specialisten.



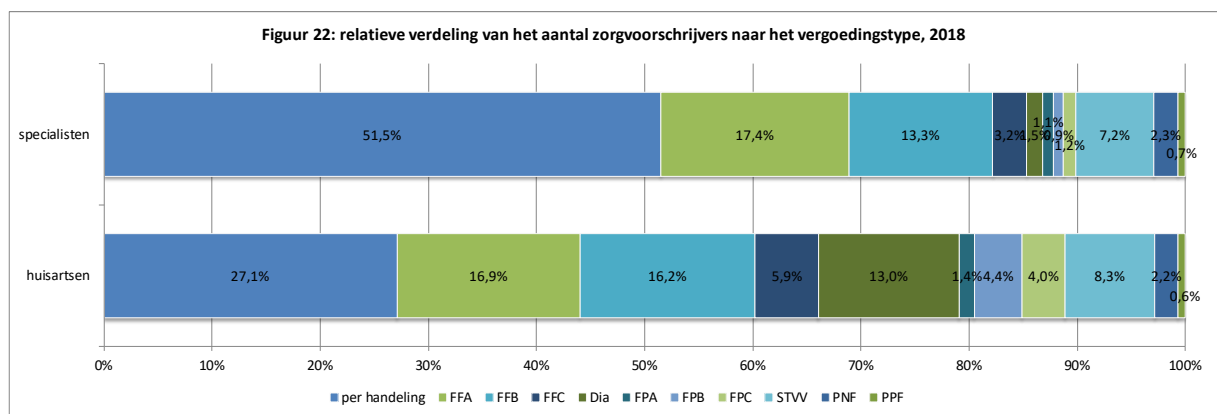


Door de jaren heen nam het percentage artsen specialisten dat zorg voorschreef steeds meer toe: in 2018 is, net als in 2017 en 2016, het merendeel van deze zorgvoorschrijvers een specialist (52,5 %), waar dit vóór 2012 de huisarts was. Eén van de oorzaken is het feit dat er steeds meer specialisatie subcategorieën worden erkend door het RIZIV, maar het aantal artsen dat specialiseert neemt ook toe.

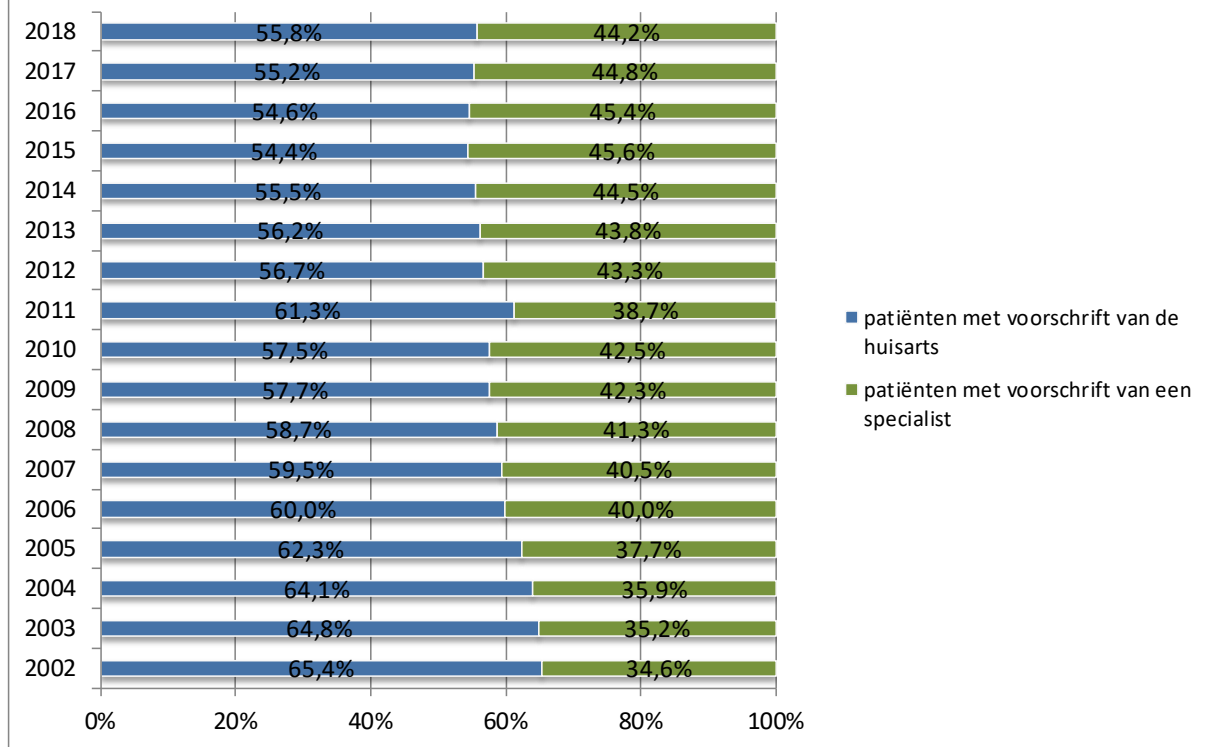
De huisartsen schreven nog altijd aan het merendeel van de patiënten (55,8 %) verpleegkundige verzorging voor. Het merendeel (82,7 %) van de inkomsten uit de RIZIV-vergoedingen zijn ook vergoedingen voor zorg voorgeschreven door huisartsen. Dit komt door het feit dat specialisten meer zorg voorschrijven die per handeling wordt vergoed in vergelijking met de huisartsen: 43,8 % van de inkomsten uit de zorg voorgeschreven door specialisten situeert zich in de groep per handeling, tegenover 20,5 % door huisartsen.

**Figuur 22** geeft een beeld van het aantal zorgvoorschrijvers naargelang het vergoedingstype. We zien dat 51,5 % van de specialisten zorg voorschreven voor patiënten die vergoed worden volgens prestatie, tegen 27,1 % 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 1,5 % van de specialisten. Voor wat betreft de palliatieve vergoedingsgroepen zijn het ook de huisartsen die het meest zorg voorschrijven: 82,9 % van alle artsen die palliatieve zorg voorschreven is een huisarts. Zij zijn aldus verantwoordelijk voor 93,0 % van de inkomsten afkomstig van palliatieve zorg.



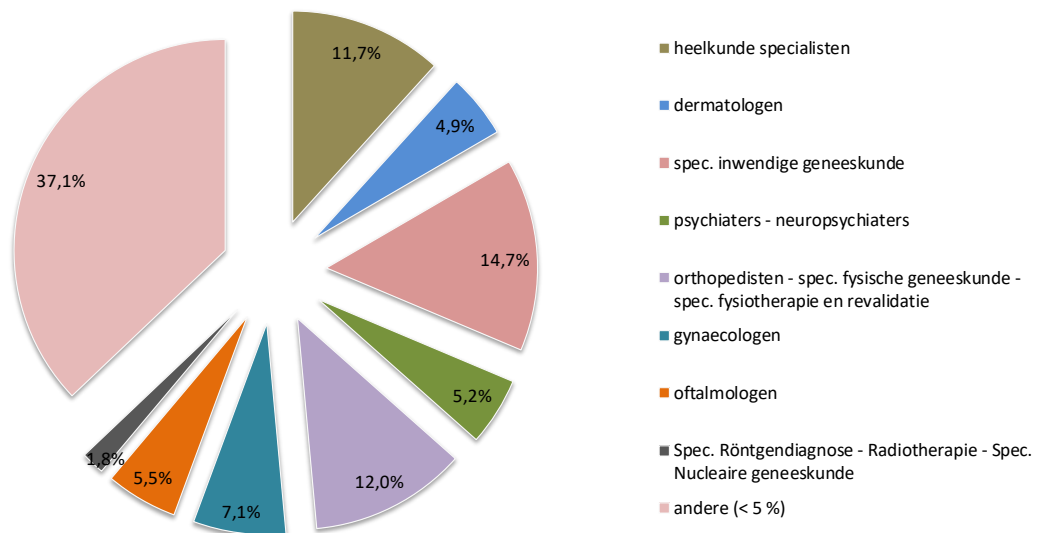
**Figuur 23: Evolutie van het relatief aantal patiënten naargelang de aard van de zorgvoorschrijver, 2002 - 2018**



In 2018 is er net als de vorige jaren, nog een klein overwicht (55,8 %) van patiënten met een voorschrift van een huisarts, maar dit vermindert met de jaren, zoals blijkt uit **figuur 23**.

**Figuur 24** geeft het aantal zorgvoorschrijvers weer naargelang van hun specialisme. Specialisten inwendige geneeskunde (14,7 %) zijn het best vertegenwoordigd, gevolgd door orthopedisten, specialisten fysische geneeskunde en specialisten fysiotherapie en revalidatie (12,0 %). Heelkunde specialisten zijn de derde grootste groep (11,7 %).

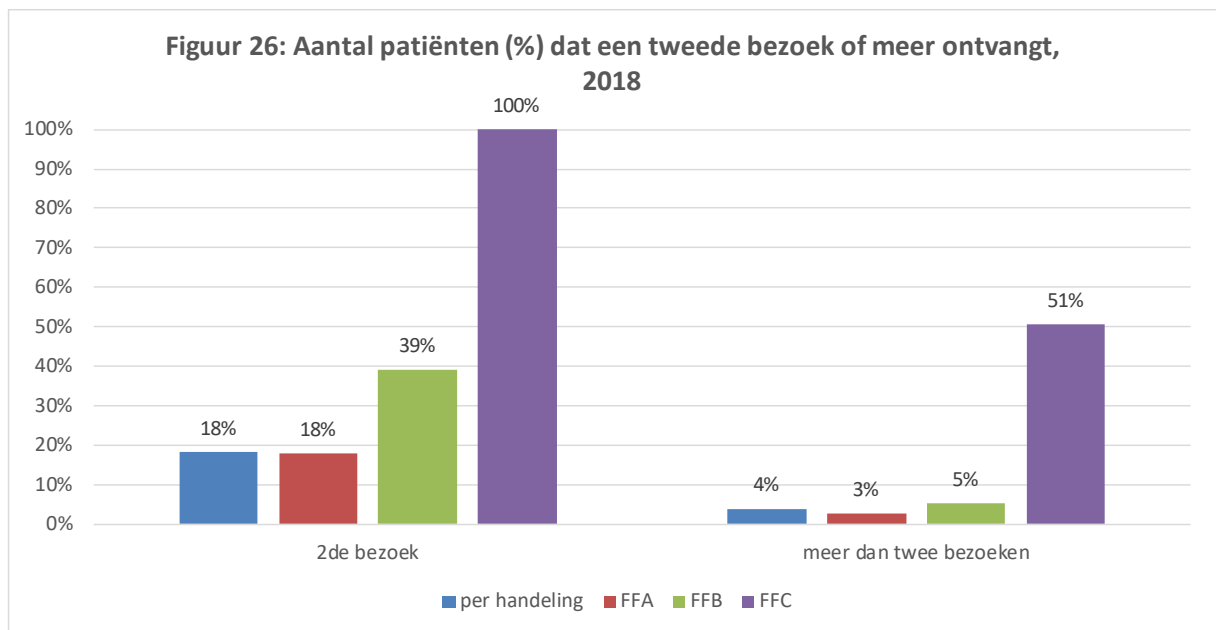
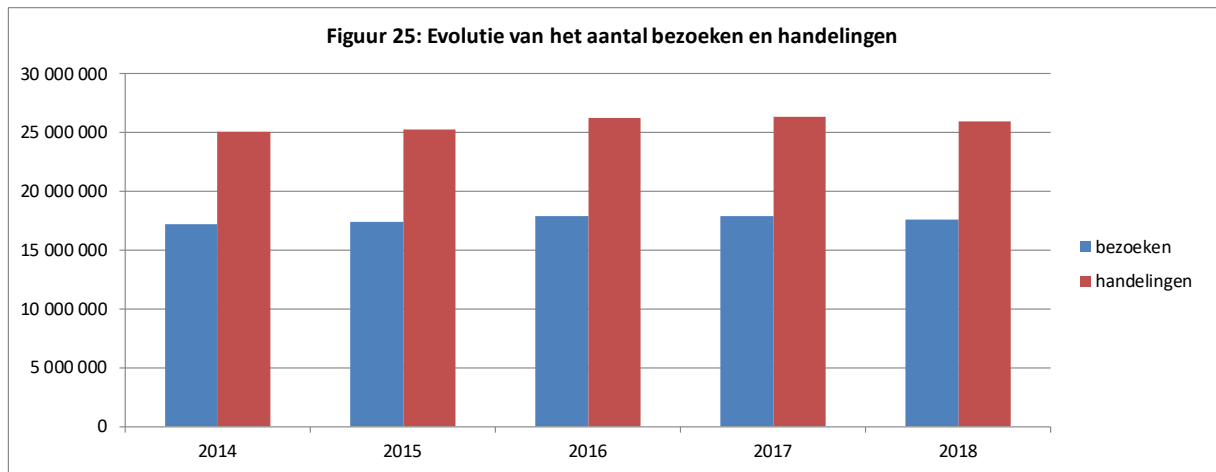
**Figuur 24: Relatieve verdeling van het aantal zorgvoorschrijvers naargelang het specialisme (exclusief huisartsen), 2018 (N = 9.329)**



Dankzij specifieke bekwalificatiecodes kan men eveneens uitmaken dat 0,7 % van deze artsen een specialisatie heeft als geriater en 9,5 % als diabetoloog al dan niet naast andere specialisaties.

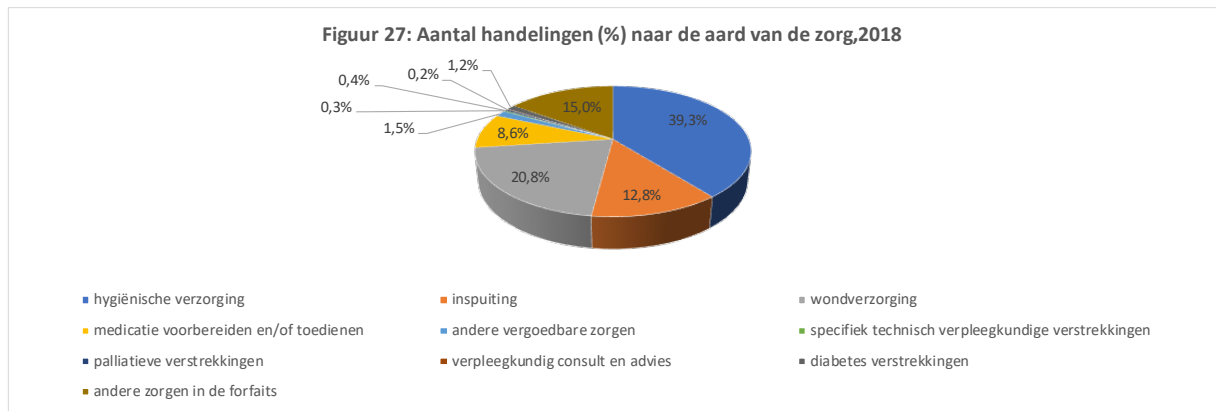
#### BEZOEKEN EN HANDELINGEN VOLGENS AFHANKELIJKHEID

In de RIZIV-nomenclatuur worden zowel de bezoeken geregistreerd als de verpleegtechnische handelingen (**figuur 25**). 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 24**. Zo behoeven 79 % van alle 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 heeft.



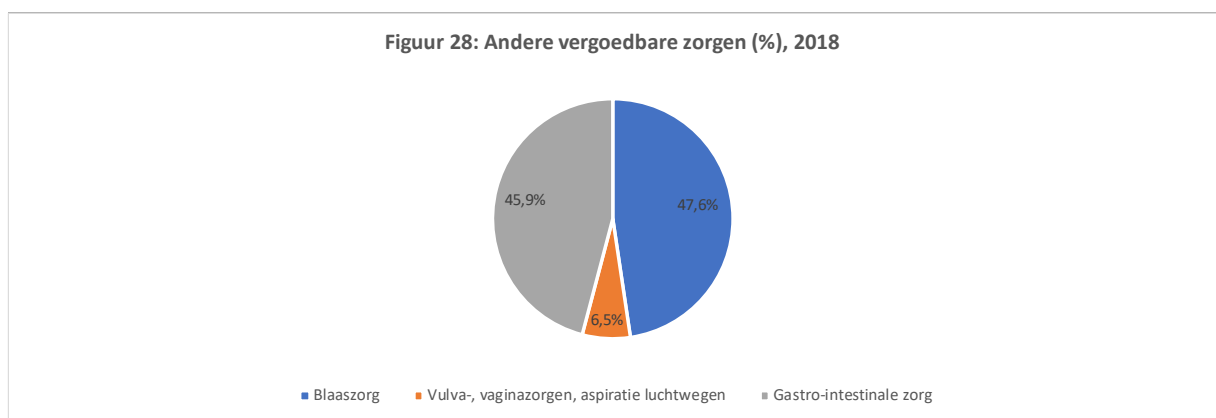
**Figuur 27** geeft de relatieve verdeling van de verpleegkundige prestaties naar de aard van de zorg (in %). Hygiënische verzorgingen maken de hoofdmoot uit (39,3 %), wondverzorging is de tweede belangrijkste zorg (20,8 %) en andere zorgen in de forfaits komen op de derde plaats (15,0 %). Dit zijn zorgen die niet verder gespecificeerd worden. Zij worden gevolgd door de insputingen (12,8 %).

De diabetes forfaits maken 1,2 % uit van alle zorgen. Deze zorgen bestaan vooral uit het opvolgen van patiënten die geen educatie mogen of kunnen volgen maar wel een insuline insputing behoeven (89,3 %).



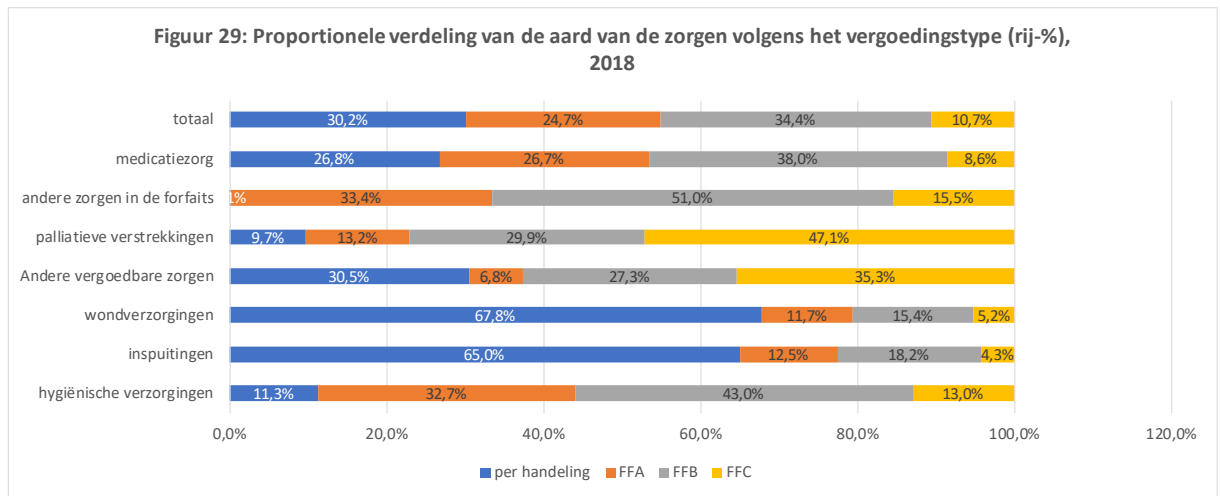
'Andere vergoedbare zorgen', zijn meer gespecialiseerde verpleegkundige zorgen zoals blaaszorg, waaronder blaassondage, -instillatie en -spoeling (47,6 %), gastro-intestinale zorg (45,9 %) met o.m. gastro-intestinale tubage en drainage, darmspoelingen, enterale voeding via maagsonde, gastro- of enterostomiesonde, vulva-, vaginazorgen of aspiratie van luchtwegen (6,5 %).

De andere vergoedbare zorgen maken 1,5 % van alle zorgen en worden weergegeven in **figuur 28**.

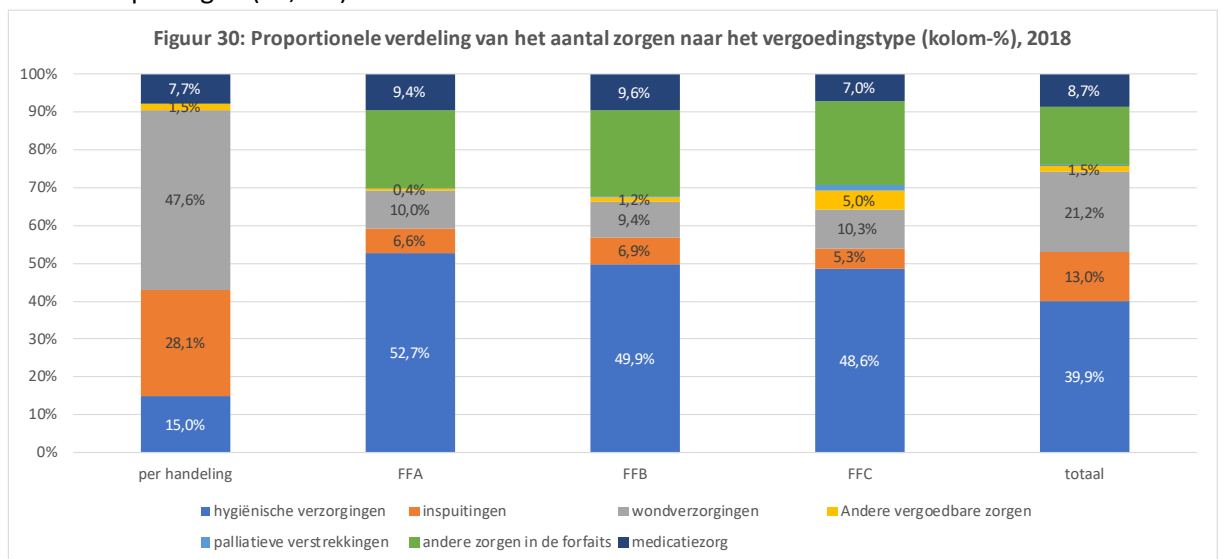


Het voorbereiden van medicatie is over het algemeen een belangrijke handeling die de verpleegkundige verricht voor de patiënt. Hiertoe behoren het voorbereiden en/of toedienen van medicatie aan chronisch psychiatrische patiënten (15,2 %), het wekelijks voorbereiden van geneesmiddelen per os (12,7 %) en het voorbereiden van medicatie (voorheen een palliatieve pseudocode maar sinds 01.04.2014 een gewone pseudocode die dus ook in de gewone forfaits geregistreerd kan worden) (72,1 %).

Uit **figuur 29** blijkt dat het aandeel van inspuitingen en de wondzorgen het grootst is in de per handeling (resp. 65,0 % en 67,8 %) en dat de palliatieve verstrekkingen het meest voorkomen in de FFC (47,1 %)

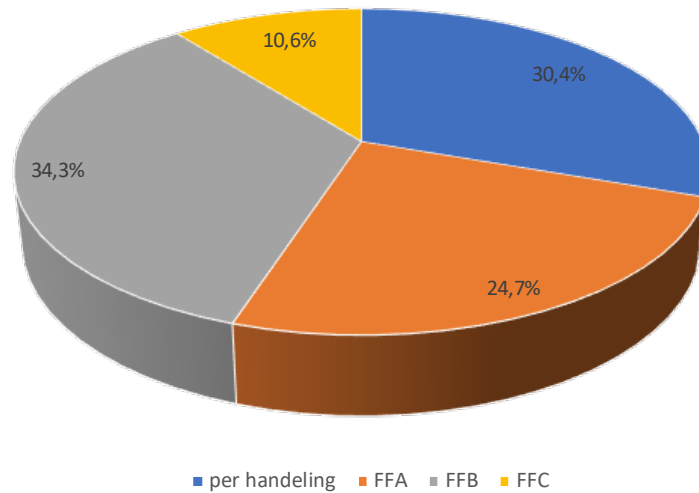


Uit **figuur 30** valt op te maken dat in de forfaitgroepen het relatief aandeel van de hygiënische verzorgingen en dat van de inspuitingen daalt naarmate de zorgafhankelijkheid vergroot. Ook blijkt uit de figuur dat in de per handeling de meest voorkomende zorgen de wondverzorgingen (47,6 %) zijn naast de inspuitingen (28,1 %).



Hoewel de meeste patiënten onder het vergoedingstype 'per handeling' worden ingedeeld, gebeurt het grootste aantal prestaties (69,6%) toch bij de forfaitpatiënten, wat meteen ook de intensiteit en complexiteit van de verzorging aan deze patiënten aangeeft (**figuur 30**).

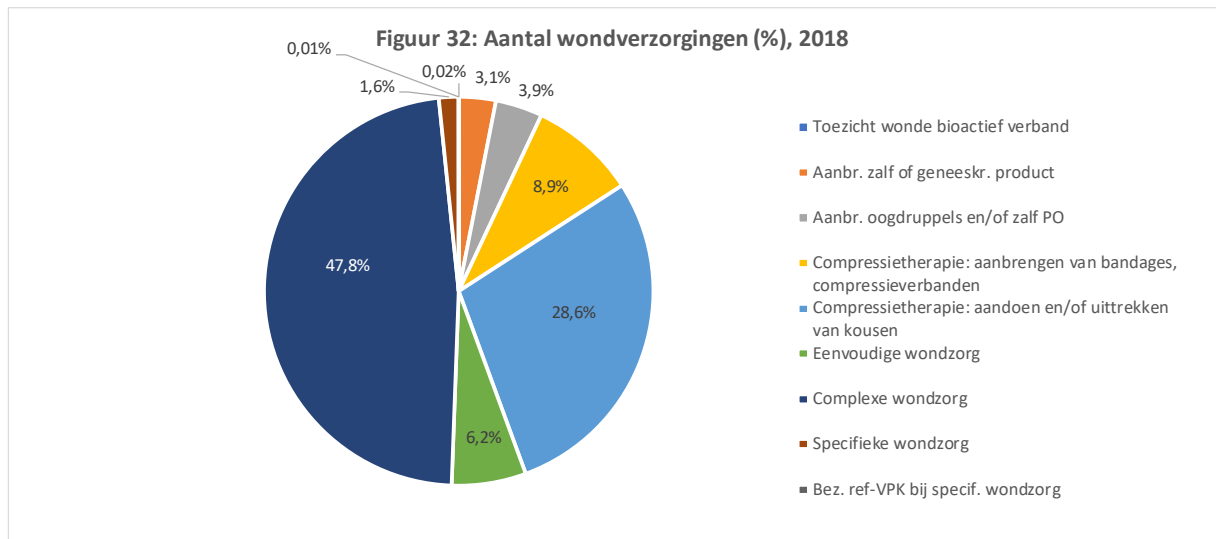
**Figuur 31: Relatieve verdeling van het aantal zorgen per vergoedingstype, 2018**



## 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 32** geeft de verschillende soorten wondverzorgingen naar aantal weer in 2018. We merken op dat de complexe wondverzorging het meest verricht wordt (47,8 %). Ook eenvoudige wondverzorgingen (6,2 %) 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 2018 werden in totaal (in de 'per handeling' en de forfaits samen) 3 331 307 insputingen gegeven. Het grootste deel van de insputingen zijn intramusculaire, subcutane of hypodermale injecties (64,4 %) op één of meerdere plaatsen.

## DIABETES

Diabetes is een aandoening waarbij het suikergehalte in het bloed chronisch verhoogd is.

Diabetespatiënten waren reeds geruime tijd gekend in de thuisverpleging dankzij de invoering van een specifieke nomenclatuur in 2003. Hierdoor wisten we dat verpleegkundigen in 2018 10 758 diabetespatiënten hebben verzorgd. Hiervan kregen 1.217 diabetespatiënten in 2018 één of meerdere insputingen per dag.

Diabetespatiënten kunnen ook 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.



In mei 2018 trad een herziening van de diabetes nomenclatuur in voege. De educaties in het zorgtraject werden hervormd en van dan af werden ook diabetespatiënten opgevolgd die in een prézorgtraject terecht kwamen, waarbij een behandeling met orale antidiabetica werd opgestart en opgevolgd.

Het detail van de educaties wordt weergegeven in **Tabel 2**. 9 447 patiënten werden opgevolgd in een zorgtraject. 97,1 % van de educaties in een zorgtraject werden verricht door verpleegkundigen; 2,9 % werd gegeven door een diëtist.

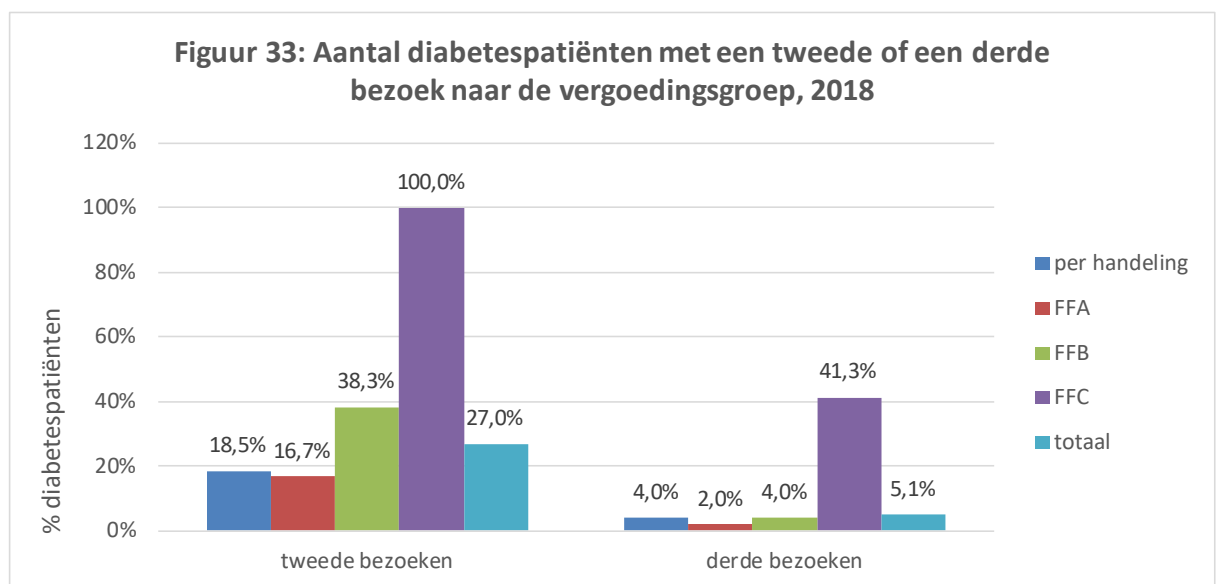
**Tabel 2: Absolute en relatieve verdeling van de diabeteseducaties (verpleegkundigen en andere zorgverleners), 2018**

<b>Buiten het zorgtraject</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
- Educatie tot zelfzorg	5	8,6%
- Educatie tot inzicht	44	75,9%
- Opvolging Educatie tot zelfzorg	9	15,5%
<b>Totaal</b>	<b>58</b>	<b>100,0%</b>
<b>In het zorgtraject</b>		
- Starteducatie en instelling van insuline en/of incretinemimetica	11 950	39,9%
- Opvolgeducatie van de patiënt op insuline	12 558	41,9%
- Extra educatie bij probleemsituaties	5 470	18,2%
<b>Totaal</b>	<b>29 978</b>	<b>100,0%</b>
<b>In het zorgtraject vanaf 01.05.2018</b>		
Indiv. zitting diabeteseducatie door diabetes educator in praktijkkamer of regiohuis	532	16,5%
Indiv. Zitting diabeteseducatie door diabetes educator thuis bij de patiënt	2 693	83,5%
Groepseducatie door diabetes educator	0	0,0%
<b>Totaal</b>	<b>3 225</b>	<b>100,0%</b>
<b>Prézorgtraject (opvolging)</b>		
Indiv. zitting door diabetes educator in praktijkkamer of regiohuis: info ziekte en levensstijl	81	62,3%

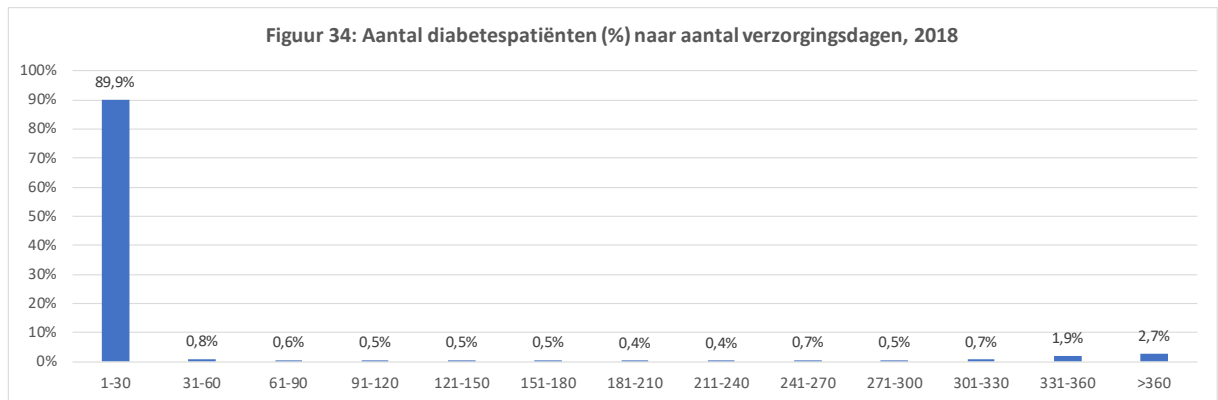
Indiv. zitting diabeteseducatie door verpleegkundige/vpk educator (bij de patiënt thuis): opvolgingsbezoek/zelf-managementsondersteuning	49	37,7%
Educatie door diabetes educator (in praktijkkamer of regiohuis): info over ziekte en levensstijl	0	0,0%
<b>Totaal</b>	<b>130</b>	<b>100,0%</b>

In totaal hebben 9 447 patiënten een zorgtraject doorlopen in 2018. De klassieke diabeteseducaties zijn mede door de zorgtrajecten op hun retour.

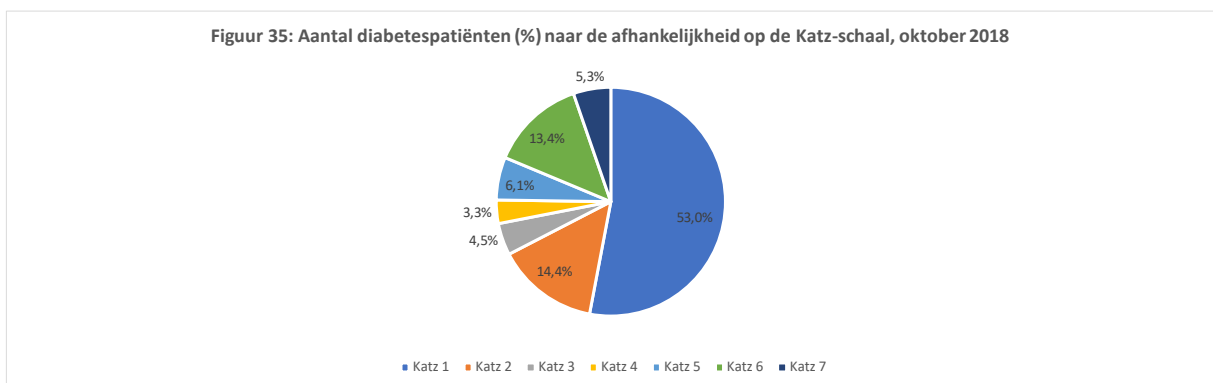
De intensiteit van deze zorg wordt weergegeven in de onderstaande figuur: ongeacht de vergoedingsgroep heeft 58,1 % van de diabetespatiënten een tweede bezoek en 27,3 % zelfs een derde bezoek. De verdeling per vergoedingsgroep toont dat alle diabetespatiënten in de FFC-groep een tweede bezoek ontvingen en drievierde een derde bezoek.



De meeste diabetespatiënten ontvangen zorg gedurende maximaal 30 dagen (89,9 %). Andere diabetespatiënten die door het Wit-Gele Kruis worden geholpen, behoeven verzorging voor een langere tijd, hetgeen blijkt uit **figuur 34**. 5,3 % van de diabetespatiënten wordt langer dan 300 dagen verzorgd.



De onderstaande figuur geeft de zorgafhankelijkheid weer van de diabetespatiënten. Het merendeel (71,9 %) van deze patiënten scoorde laag op de Katz-schaal (Katz 1 t.e.m. Katz 3). Eén vijfde (18,7 %) van de diabetespatiënten had een Katz-score van 6 of 7 en behoefde een intensievere verzorging.



#### VERPLEEGKUNDIG CONSULT EN VERPLEEGKUNDIG ADVIES

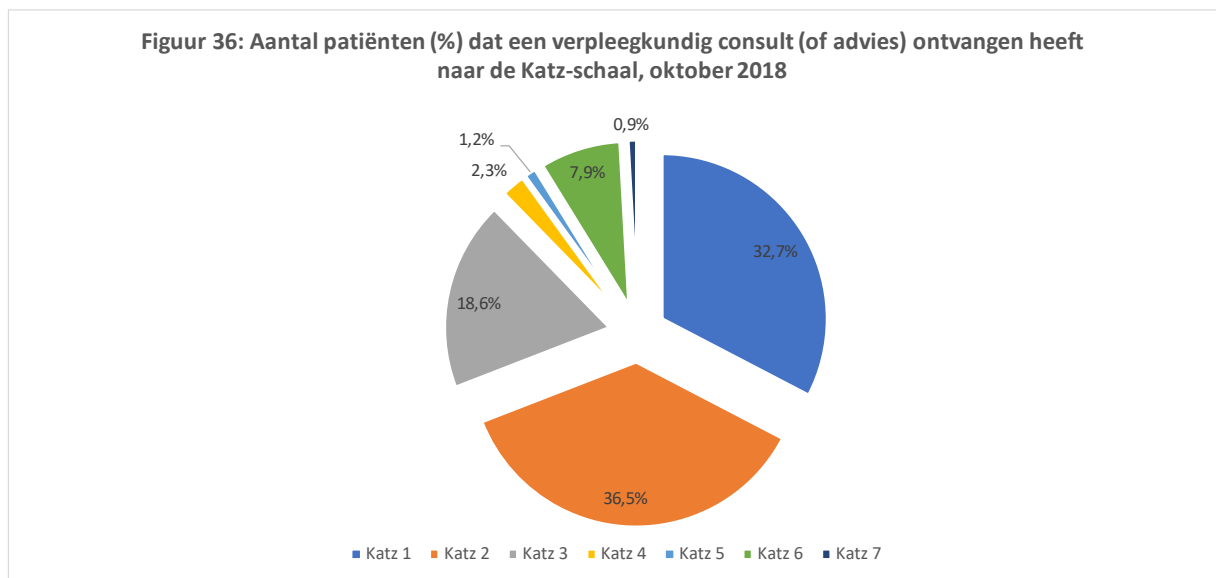
In februari 2009 werd de eerste verstrekking voor het eerst vergoed. Met deze intellectuele handeling worden verpleegkundige gezondheidsproblemen en zorgdoelen van de patiënt geformuleerd, hetgeen in een verslag zijn uitdrukking vindt. De patiënt hoeft hiervoor ook geen persoonlijk aandeel te betalen. 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.

33 234 patiënten van het Wit-Gele Kruis (21,5 %) hebben dit consult in 2018 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 2018 bij 7 823 patiënten (5,1 %) verstrekt.

Uit **figuur 36** blijkt dat het vooral de licht zorgafhankelijke patiënten zijn die in aanmerking komen. 87,7 % van de patiënten situeert zich in de Katz-categorie 1 t.e.m. 3.



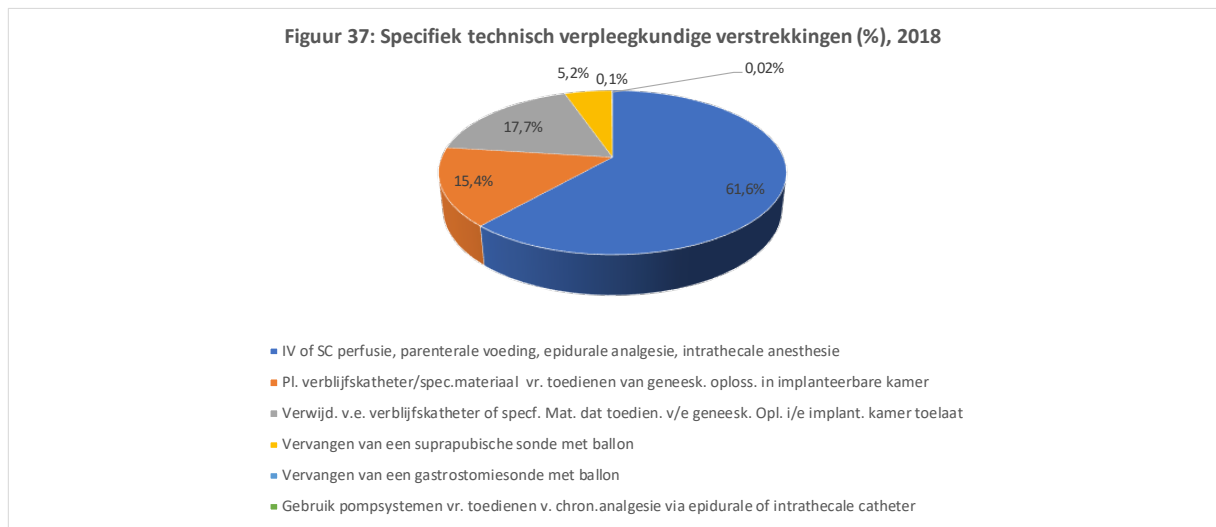
#### **SPECIFIEK TECHNISCH VERPLEEGKUNDIGE VERSTREKKINGEN**

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 37** valt af te leiden dat de eerst genoemde handeling het meest voorkomt: resp. 61,6 %. De tweede en derde verstrekking komt resp. voor in 15,4 % en 17,7 % van alle specifiek technisch verpleegkundige handelingen.

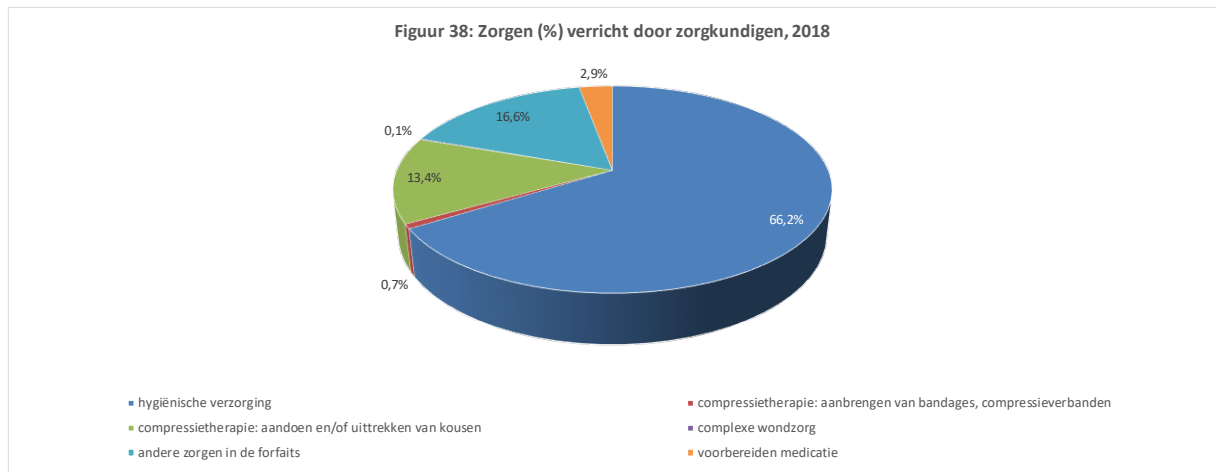
In totaal kregen 6 667 patiënten één of meerdere specifiek technisch verpleegkundige verstrekkingen toegediend.



## ZOR GKUNDIGEN

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 2018 namen 1021 zorgkundigen welomlijnde taken over van de Wit-Gele Kruisverpleegkundigen. Een groot deel van hen was korte tijd als jobstudent tewerkgesteld.

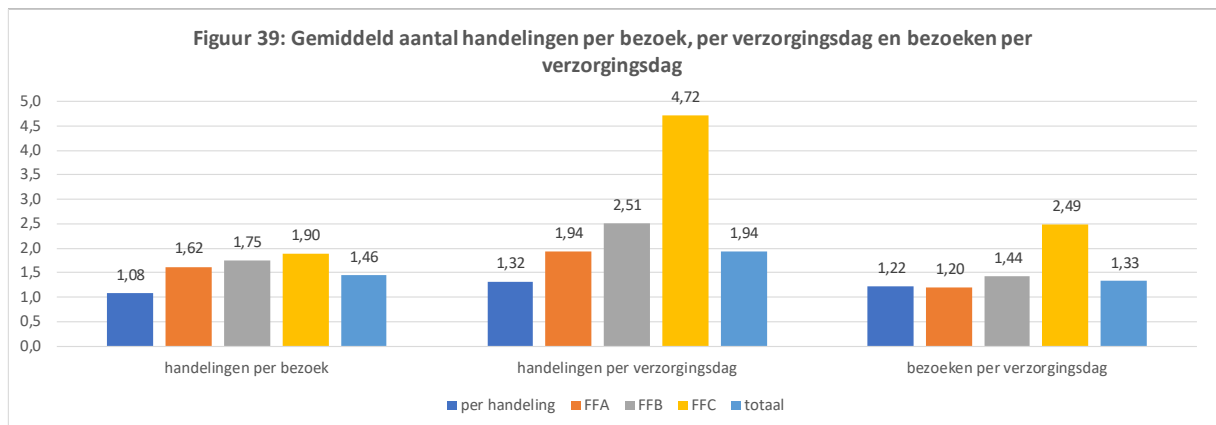
Samen hebben zij zo'n 23 292 patiënten verzorgd. Hun taken (**figuur 38**) omvatten vooral hygiënische verzorgingen, het aan- of uittrekken van kousen, het aanbrengen van compressieverbanden en een aantal 'andere zorgen' (de 'andere' zorgen worden vermeld in het KB van 18 juni 1990 en worden in de nomenclatuur niet verder gespecificeerd). Ook in de complexe wondzorg hebben ze een bescheiden aandeel: de zorg die ze hier uitvoeren is de hygiënische zorg van een geheelde stoma.



#### DE HANDELINGEN PER BEZOEK - PER VERZORGINGSDAG - BEZOEKEN PER VERZORGINGSDAG

**Figuur 39** 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 **UPDATEN**

In de Vlaamse sector van de thuisverpleging heeft het Wit-Gele Kruis een globaal marktaandeel van 31,1 %. Voor bepaalde handelingen overstijgt het marktaandeel dit gemiddelde. Zo is er voor de diabeteseducaties in de zorgtrajecten een marktaandeel van 60,4 %. Daarbovenop stelt het Wit-Gele Kruis hiervoor naast verpleegkundigen ook diëtisten te werk. Ook voor het verpleegkundig consult is het marktaandeel aanzienlijk: 48,6 %.

**Figuur 36: Marktaandeel van het aantal diabeteseducaties door verpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis in Vlaanderen, 2017**

