

Revalidatie

Brancherapport 2007





Revalidatie Brancherapport 2007

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Wat is revalidatie	5
1.2	Revalidatiefeiten 2007	6
2	Geleverde zorg	9
2.1	Totale geleverde zorg	11
2.2	Revalidatiepatiënten	12
2.3	Zorg per regio	24
2.4	Poliklinische behandeling	29
2.5	Klinische opname	30
3	Behandelproces	33
3.1	Verpleegduur en behandelintensiteit	33
3.2	Plaats in de zorgketen	34
3.3	Wachttijden voor revalidatiezorg	36
3.4	Inzet personeel	38
4	Kwaliteit van de revalidatiezorg	41
4.1	Tevredenheid	41
4.2	Veiligheid	42
4.3	Effectiviteit	42
4.4	Tijdigheid	42
4.5	Transparantie	42
4.6	Samenwerking	42
4.7	Deskundigheid	43
4.8	Opleiding	43
4.9	Onderzoek	43
5	Financiën	45
5.1	Personele kosten	45
5.2	Materiële kosten	45
5.3	Kostenopbouw	47
5.3	Doelmatigheid	48
6	Personeel	49
6.1	Werkgelegenheid	49
6.2	Leeftijd en duur dienstverband	50
6.3	Verloop personeel	51
6.4	Ziekteverzuim	51

Bijlage 1	Verantwoording	53
B1.1	Totstandkoming	53
B1.2	Revalidatie Databank	53
Bijlage 2	Overzicht leden Revalidatie Nederland	55
Bijlage 3	Overzicht prestatie-indicatoren	57
Bijlage 4	Begrippen en definities	61
Bijlage 5	Diagnoseclassificatie revalidatiegeneeskunde	63

1 Inleiding

1.1 Wat is revalidatie

Revalidatie richt zich op het herstel of de verbetering van mogelijkheden van mensen met blijvend lichamelijk letsel of een functionele beperking. Het betreft complexe problematiek als gevolg van ziekte, ongeval of een aangeboren aandoening. De indicatie wordt gesteld door een medisch specialist, meestal een revalidatiearts. Revalidatie kent de functies: diagnostiek, advisering, behandeling en nazorg. Behandeling vindt plaats in een multidisciplinair team, onder coördinatie van de revalidatiearts. In dit team worden de medische disciplines samengebracht die noodzakelijk zijn voor de vaak complexe aandoeningen. Het team kent fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, psychologen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en nog vele andere disciplines.

Revalidatie is vrijwel altijd onderdeel van een keten: de zorg vindt plaats in afstemming met andere specialismen in ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg, huisartsen en andere eerstelijnsvoorzieningen. Bij kinderen en jongeren wordt nauw samengewerkt met scholen voor speciaal onderwijs, in het bijzonder mytyl- en tytylscholen.

Revalidatiegeneeskunde is een erkend medisch specialisme sinds 1955. Het recht op medisch specialistische revalidatie is onderdeel van het basispakket in de zorgverzekeringswet. De indicatiestelling is uitgewerkt in de 'Indicatiestelling revalidatiezorg' van mei 2001. Revalidatiezorg vindt plaats in revalidatiecentra (categorale ziekenhuizen) en in algemene of academische ziekenhuizen. Nederland telt 24 revalidatiecentra die allen lid zijn van de branchevereniging Revalidatie Nederland.

Dit brancherapport van Revalidatie Nederland bevat zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie over de revalidatie in Nederland. Zo wordt er ingegaan op de omvang van de revalidatiezorg, de verschillende behandelvormen en patiëntengroepen, de personele inzet en de financiën. Dit jaar wordt wederom aandacht besteed aan de resultaten van kwaliteitsmetingen aan de hand van door de revalidatie-instellingen ontwikkelde prestatie-indicatoren.

In dit brancherapport staat vooral de medisch specialistische revalidatiezorg centraal, zoals deze wordt geleverd door de 24 revalidatiecentra. Dit is circa 90% van de totale medisch specialistische revalidatie in Nederland. Het resterende deel wordt uitgevoerd door algemene- en academische ziekenhuizen in de vorm van poliklinische revalidatie. Dit onderdeel van de revalidatiezorg wordt in dit rapport ook op hoofdlijnen meegenomen. De gegevens in dit brancherapport hebben betrekking op 2007. Waar mogelijk wordt verslag gedaan over een langere periode.

1.2 Revalidatiefeiten 2007

Toegankelijkheid van de zorg

Veruit het grootste deel van de revalidatiezorg wordt geboden door de 24 revalidatiecentra.

Hiernaast wordt ook vanuit de algemene en academische ziekenhuizen revalidatiezorg geboden, waarbij meestal sprake is van een samenwerkingsverband tussen het ziekenhuis en een revalidatiecentrum waardoor de expertise van het revalidatiecentrum ook in het ziekenhuis beschikbaar kan komen. Klinische revalidatiezorg wordt uitsluitend uitgevoerd in revalidatiecentra.

Patiënten

In totaal werd in 2007 aan bijna 61.000 patiënten zorg verstrekt. Ruim 7.700 patiënten kregen een klinische revalidatiebehandeling, waaronder bijna 400 kinderen. Ongeveer 56.800 patiënten ontvingen een poliklinische behandeling, waaronder bijna 13.000 kinderen.

Patiëntprofielen

In 2007 zijn alle revalidatiecentra overgestapt naar een nieuwe diagnoseclassificatie. Deze classificatie is specifiek op de revalidatiezorg afgestemd en geeft een duidelijker beeld dan voorheen van de aandoeningen waarvoor men zorg nodig heeft.

De meeste patiënten worden behandeld voor neurologische of hersenaandoeningen. Er zijn poliklinisch en klinisch bepaalde patronen zichtbaar op basis van leeftijd en geslacht.

Hersenaandoeningen komen bijvoorbeeld relatief veel voor bij heel jonge patiënten en bij patiënten boven de 40. En vrouwen hebben bijvoorbeeld relatief veel aandoeningen van het bewegingsapparaat waarbij de behandeling gericht is op het omgaan met de pijn.

Productie

Ten opzichte van het voorgaande jaar is het productievolume in 2007 met 4% gestegen, vooral als gevolg van het toegenomen aantal eerste consulten en een toename van het aantal revalidatiebehandelingen voor alle patiënten. Het aantal klinische opnamen voor volwassenen is licht toegenomen terwijl het aantal opnamen voor kinderen met 6% is afgenomen. Eén van de uitgangspunten binnen de revalidatie is om klinische opname bij kinderen zoveel mogelijk te voorkomen.

Toegang tot de zorg

Gemiddeld vindt voor 63% van de patiënten het eerste consult plaats binnen vier weken. Voor poliklinische zorg wordt 76% van de patiënten binnen zes weken gezien door de revalidatiearts. Voor vrijwel alle klinische patiënten is de wachttijd voor opname korter dan zeven weken.

Behandelproces

De gemiddelde verpleegduur voor volwassenen is in 2007 verder gedaald naar 66,7 dagen. Gelijktijdig is het aantal revalidatiebehandelingen per verpleegdag toegenomen. Klinische behandelingen worden dus steeds korter en intensiever. Voor kinderen is de verpleegduur licht toegenomen, tot gemiddeld 80 dagen. Ook hier is sprake van een verdere intensivering van de behandeling ten opzichte van voorgaande jaren.

Kwaliteit

Alle 24 revalidatiecentra gebruiken jaarlijks de “Basisset Prestatie-indicatoren” om de kwaliteit van de revalidatiezorg te toetsen. De uitkomsten laten over de tijd heen een toename van de kwaliteit en de tevredenheid van patiënten zien.

Werkgelegenheid en opleiding

De revalidatiesector telt 8.874 werkzame personen. In FTE's uitgedrukt zijn dat 5.943 volledige arbeidsplaatsen. Meer dan 70% van het aantal arbeidsplaatsen wordt ingezet voor de zorgverlening aan de patiënt. De revalidatiecentra zijn actief betrokken bij het opleiden van studenten. Naast de begeleiding aan bijna 450 co-assistenten geneeskunde wordt onder andere begeleiding geboden aan studenten fysiotherapie, ergotherapie en psychologie.

Financiën

De uitgaven van de gehele zorgsector bedragen in 2007 meer dan 50 miljard euro. Hiervan wordt circa 38% besteed aan curatieve zorg. Het aandeel van de revalidatiesector in de curatieve zorg is bescheiden; iets meer dan 2%. De personele kosten van de revalidatiecentra beslaan 73% van het totale budget, de materiële kosten 27%. Van alle kosten binnen de centra heeft bijna 60% een directe relatie met de patiëntenzorg. Het wettelijk budget voor de aanvaardbare kosten van alle revalidatiecentra bedraagt in 2007 ruim 395 miljoen euro.

Doelmatigheid

Ten opzichte van 2006 is het productievolume met 4% toegenomen. De productiekosten zijn eveneens gestegen, maar met minder dan 4%. Voor het vierde jaar op een rij slaagt de revalidatiesector er weer in met de beschikbare middelen meer zorg te leveren dan in het voorgaande jaar.



2 Geleverde zorg

De medisch specialistische revalidatiezorg in Nederland wordt primair verzorgd door de 24 revalidatiecentra die lid zijn van Revalidatie Nederland. Deze centra bieden alle poliklinische en in de meeste gevallen ook klinische revalidatiezorg. Klinische revalidatiezorg wordt uitsluitend in revalidatiecentra aangeboden. Poliklinische revalidatie wordt, veelal in samenwerking met de 24 revalidatiecentra, ook in ziekenhuizen aangeboden. De niet-specialistische revalidatie vindt vooral in verpleeghuizen plaats.

In dit brancherapport staat de medisch specialistische revalidatiezorg centraal, zoals deze wordt geleverd door de 24 revalidatiecentra. In bijna alle gevallen worden de multidisciplinaire behandelteams gecoördineerd door revalidatieartsen, waarvan er in revalidatiecentra en ziekenhuizen 399 werkzaam zijn.

Spreiding van zorg

Tussen de revalidatiecentra en de ziekenhuizen bestaan vele samenwerkingsverbanden. Dit heeft geresulteerd in een groot aantal plaatsen in Nederland waar revalidatiezorg beschikbaar is. De tabellen 1.1 en 1.2 geven een beeld van de omvang waarin wordt samengewerkt.

Tabel 1.1 Aanbod multidisciplinaire revalidatiezorg door revalidatiecentra

	aantal	Plaats van vestiging	
		niet bij ziekenhuis	bij ziekenhuis
Revalidatiecentra			
hoofdvestigingen	24	19	5
sublocaties	43	20	23
Totaal	67	39	28

Tabel 1.2 Aantal algemene en academische ziekenhuizen dat revalidatiezorg aanbiedt

	Aantal
Ziekenhuizen	
met eigen multidisciplinair revalidatieteam	22
in samenwerking met:	
- revalidatiecentra	67
- Stichting Revalidatie Ziekenhuizen	6
- Medisch Centrum Rijnmond Zuid	3
Totaal	98

Bron: Revalidatie Databank

Samenwerkingsverbanden

In ieder Nederlands ziekenhuis is het revalidatiespecialisme beschikbaar. In enkele gevallen zal de aanwezige revalidatiearts alleen als medebehandelaar optreden, maar in het merendeel van de algemene en academische ziekenhuizen is een volledig multidisciplinair behandelteam beschikbaar.

Bij de 22 'zelfstandige' ziekenhuizen is het multidisciplinaire revalidatieteam een onderdeel van de eigen ziekenhuisorganisatie. De meeste ziekenhuizen verzekeren zich echter van revalidatiezorg door een samenwerkingsverband met een revalidatiecentrum. Deze verbanden hebben vele verschijningsvormen.

Het minst vergaand is de situatie waarin een revalidatiearts van een revalidatiecentrum wordt gedetacheerd in het ziekenhuis. Naar schatting is dit in ongeveer 20% van de ziekenhuizen het geval.

Bij circa 25% van de ziekenhuizen is de betrokkenheid van het centrum zodanig dat er sprake is van een sublocatie, waarbij het revalidatiecentrum volledig verantwoordelijk is voor de behandeling, de organisatie en de faciliteiten. Ook zijn er een aantal ziekenhuizen die voor de revalidatiezorg een beroep doen op een stichting waarin een aantal revalidatieartsen zich heeft verenigd. Een drietal ziekenhuizen werkt samen met een ziekenhuis dat een eigen multidisciplinair revalidatieteam beschikbaar heeft.

Kenmerkend is dat binnen deze samenwerkingsverbanden voornamelijk zorg wordt geleverd aan volwassen patiënten. In totaal zijn er in Nederland 137 afzonderlijke locaties waar revalidatie wordt aangeboden. Geografisch gezien is dit type zorg voor de patiënt dan ook goed bereikbaar.

Afhankelijk van de aard van het samenwerkingsverband wordt de geproduceerde zorg aan het centrum en/of aan het ziekenhuis toegerekend. Uit de registratie van de centra blijkt dat ongeveer 7% van de totale productie uit de samenwerkingsverbanden afkomstig is.

In tabel 2.3 wordt, voor het verslagjaar 2006¹, de totale revalidatieproductie van de centra vergeleken met die van de ziekenhuizen. De productie wordt uitgedrukt in consulten en revalidatiebehandeluren (RBU). Het RBU is de meest kenmerkende productieparameter van de revalidatiezorg. Dit is de directe tijd die door behandelaars wordt besteed aan patiënten.

Tabel 2.3 Totale revalidatieproductie verslagjaar 2006

	FTE's		Geproduceerde		Klinische	Polikliniek	herhaal
	revalidatieartsen		RBU's*		consulten	consulten	consulten
Revalidatiecentra	216	67%	2.312.680	90%	nvt	9.285	13.388
Ziekenhuizen	105,2	33%	261.230	10%	33.904	63.636	100.547
Totaal	321,2	100%	2.573.910	100%	33.904	72.921	113.935

* aantal RBU's dat op de eigen rekenstaat wordt opgevoerd

Bron: Revalidatie Databank en de Jaarenquête Ziekenhuizen

De revalidatiecentra verzorgen iets meer dan 90% van de totale RBU productie in Nederland. Revalidatieartsen in ziekenhuizen produceren in verhouding een gering aantal RBU's (10%), de nadruk van hun activiteiten ligt op het geven van consulten en het medebehandelen van patiënten.

Behoudens het hiervoor gegeven overzicht van de totale revalidatiezorg in Nederland behandelt dit rapport verder alleen de multidisciplinaire revalidatiezorg zoals verleend door de 24 revalidatiecentra. In dit rapport wordt hiermee 90% van de totale revalidatiezorg in Nederland behandeld. Revalidatiezorg die door algemene en academische ziekenhuizen wordt geboden is in de berekeningen alleen meegenomen voor zover deze plaatsvindt onder de formele erkenning van een revalidatiecentrum, bijvoorbeeld als deze zorg in een samenwerkingsverband aan het revalidatiecentrum wordt toegerekend.

¹ Voor verslagjaar 2007 zijn nog geen productiecijfers van de ziekenhuizen beschikbaar.

2.1 Totale geleverde zorg

Revalidatiezorg vindt bij voorkeur poliklinisch plaats. Klinische opname is pas aan de orde als de patiënt een 24-uurs therapeutisch en verpleegkundig klimaat nodig heeft of niet in staat is vanuit de woonsituatie het revalidatiecentrum te bezoeken.

Over het algemeen geldt, hoe hoger de leeftijd, hoe groter de behoefte aan verzorging en een therapeutisch klimaat en dus aan klinische opname. Het ontbreken van een partner, of een partner die niet meer in staat is thuis ondersteuning te geven speelt hierbij ook een belangrijke rol. Bovendien is in deze groep sprake van andere problematiek: een andere diagnosesamenstelling waarbij tevens meer sprake is van multi-problematiek.

In de volgende tabel wordt de geleverde zorg voor kinderen (jonger dan 17 jaar) en volwassenen (17 jaar of ouder) afzonderlijk weergegeven. Als productiemaat geldt ook hier het RBU. Er wordt onderscheid gemaakt tussen klinische- en poliklinische RBU's. Verder zijn ook de eerste consulten en verpleegdagen belangrijke parameters voor het volume van de geleverde zorg.

Tabel 2.4 Totale productie in de periode 2003 - 2007

	2003	2004	2005	2006	2007	% verandering 2006-2007
Kinderen						
eerste consulten	7.165	7.727	7.372	8.261	8.644	5%
poliklinische RBU's	489.196	538.911	557.865	595.518	655.163	10%
klinische opnames	467	411	428	451	423	-6%
verpleegdagen	36.375	34.313	34.090	34.918	33.895	-3%
klinische RBU's	53.986	55.686	55.791	58.079	64.159	10%
Volwassenen						
eerste consulten	29.501	30.735	31.369	31.549	35.554	13%
poliklinische RBU's	753.234	785.291	818.046	859.557	908.666	6%
klinische opnames	6.549	6.996	7.089	6.946	7.118	2%
verpleegdagen	475.463	481.453	482.336	483.272	474.787	-2%
klinische RBU's	662.282	730.441	755.685	799.526	800.303	0%
Totaal						
eerste consulten	36.666	38.462	38.741	39.810	44.308	11%
poliklinische RBU's	1.242.430	1.324.202	1.375.911	1.455.075	1.563.829	7%
klinische opnames	7.016	7.407	7.517	7.397	7.541	2%
verpleegdagen	511.838	515.766	516.426	518.190	508.682	-2%
klinische RBU's	716.268	786.127	811.476	857.605	864.462	1%
toename van rbu productie in tijdvak						5%
groei op basis van de gestandaardiseerde productie in tijdvak						4%

Bron: Revalidatie Databank

Tabel 2.4 geeft een overzicht van de productie over de periode 2003 t/m 2007. In de laatste kolom wordt in procenten de groei of krimp van de productie t.o.v. 2006 weergegeven. Hierbij valt op dat:

- De productie van RBU's en eerste consulten bij zowel kinderen als volwassenen is gestegen.
- Het aantal verpleegdagen bij zowel kinderen als volwassenen is teruggelopen.
- Het aantal klinische opnamen bij kinderen is gedaald en bij volwassenen is gestegen.

Uit de toename van het aantal klinische RBU's en het verminderde aantal verpleegdagen kan worden geconcludeerd dat de klinische behandeling van kinderen intensiever is geworden bij een kortere opnameduur. Bij volwassenen is weliswaar het aantal klinische RBU's niet gestegen maar door de afname van het aantal verpleegdagen is ook hier de conclusie dat de behandeling intensiever is geworden.

Voor de totale productie in 2007 kan worden vastgesteld dat deze ten opzichte van 2006 is gestegen met 4%¹. Een stijging die grotendeels wordt veroorzaakt door de toename van het aantal revalidatiebehandelingen (RBU's). Opgemerkt moet worden dat het aantal klinische opnamen bij kinderen gering van omvang is en van jaar tot jaar toevallige schommelingen kan vertonen. De opname van slechts enkele patiënten die een intensieve behandeling behoeven zal bijvoorbeeld al leiden tot een plotselinge toename van het aantal klinische RBU's. Verschillen tussen de opeenvolgende jaren dienen daarom in dit geval voorzichtig te worden geïnterpreteerd.

2.2 Revalidatiepatiënten

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van de patiënten en de aandoeningen waarvoor zij multidisciplinaire revalidatiezorg ontvangen.

Voor de presentatie van deze gegevens is uitgegaan van de nieuwe diagnoseclassificatie die in 2007 in de revalidatiesector is ingevoerd. Deze classificatie, de ICD9-DE-REV, betreft een aanpassing van de bestaande ICD9-DE. Ze biedt de mogelijkheid een meer specifieke diagnose aan te geven welke een eenduidige relatie heeft met de benodigde behandeling.

Voor de tabellen en figuren in dit rapport zijn deze diagnoses ingedeeld in zeven hoofdgroepen:

Aandoeningen aan het bewegingsapparaat

- Hieronder vallen zowel aangeboren als verworven aandoeningen aan ledematen en romp die betrekking hebben op spieren, gewrichten en skelet.

Amputaties

- Het betreft hier amputaties van (een deel van) de onderste of bovenste ledematen.

Hersenen

- aandoeningen, aangeboren, of verworven zoals cva's en tumoren, die het functioneren van de hersenen beïnvloeden.

Neurologie

- Hieronder vallen voornamelijk aandoeningen aan het perifere zenuwstelsel en neurologische aandoeningen (behalve hersenen) die het functioneren van spieren beïnvloeden.

¹ Hiertoe worden de verschillende zorgvormen aan de hand van wegingsfactoren naar dezelfde zorgeenheid omgerekend (zie bijlage 4).

Dwarslaesie

- In deze groep vallen de aandoeningen die zijn veroorzaakt door een, meestal traumatische, onderbreking van de zenuwbanen in het ruggenmerg.

Organen

- Aandoeningen aan onder andere hart, longen, huid en bloedvaten.

Chronische pijn

- In deze groep is niet de aandoening bepalend maar het beperkte functioneren door pijn.

Deze nieuwe classificatie en de daarmee gepaard gaande indeling in hoofdgroepen levert een samenhangend beeld op van de (meest) voorkomende aandoeningen en daaraan gerelateerde revalidatiezorg.

Patiëntgroepen

In totaal is door de 24 revalidatiecentra aan meer dan 60.000 patiënten zorg verleend. Onderstaande tabel geeft weer hoe deze zorg over de patiënten en de multidisciplinaire revalidatiebehandelvormen is verdeeld.

Tabel 2.5 Aantallen Revalidatiepatiënten in 2007

Behandelvorm	Klinisch		Poliklinisch		Totaal*	
Kinderen (< 17 jaar)	392	5%	12.938	23%	13.098	22%
Volwassenen	7.357	95%	43.927	77%	47.722	78%
Totaal	7.749	100%	56.865	100%	60.820	100%

Bron: Revalidatie Databank

In tabel 2.5 worden de aantallen unieke patiënten per behandelvorm weergegeven. Aangezien een deel van de patiënten na ontslag uit een klinische behandeling ook een poliklinische vervolgbehandeling in dezelfde instelling krijgt, is het totale aantal unieke patiënten lager dan het totaal van de klinische en poliklinische patiënten.

Verreweg de meeste patiënten worden poliklinisch behandeld. In totaal 78% en slechts 22% klinisch. Hierbij moet worden aangetekend dat de meeste klinische patiënten een poliklinische vervolgbehandeling krijgen en daarom in beide behandelvormen worden meegeteld.

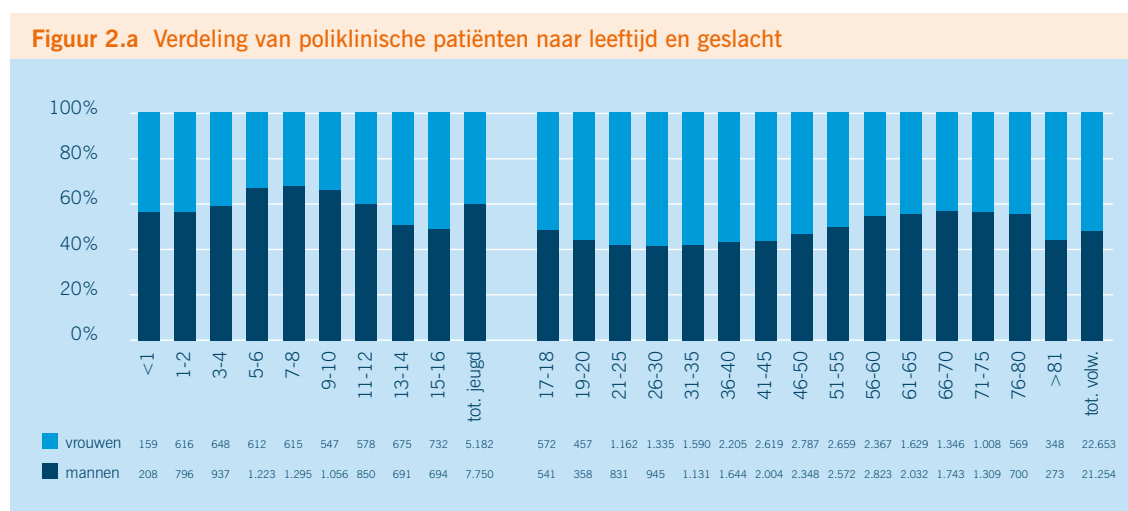
Bij kinderen wordt een klinische opname zoveel mogelijk vermeden; het is beleid om ze zoveel mogelijk vanuit de thuissituatie te behandelen waardoor de omgeving waarin zij opgroeien maximaal wordt behouden. Ouders en vriendjes blijven zo binnen handbereik.

In dit hoofdstuk wordt verder ingegaan op twee aspecten van de zorgvraag; de aandoening waarvoor de patiënt zorg vraagt en de kenmerken van de patiënt die hiermee verband houden. Deze samenhang wordt voor de klinische en poliklinische behandelvormen afzonderlijk beschreven.

Poliklinische revalidatie

De man/vrouw verhouding binnen de patiëntenpopulatie verandert met de leeftijd. In onderstaande figuur is per leeftijdsgroep het percentage mannen en vrouwen aangegeven. In de figuur wordt onderscheid gemaakt tussen jonge patiënten tot 17 jaar en volwassenen. Voor beide groepen representeert de laatste kolom in de (deel)tabel de leeftijdsverdeling voor de gehele groep.

Onder de tabel worden per leeftijdscohort de aantallen mannelijke en vrouwelijke patiënten vermeld.



Bron: Revalidatie Databank

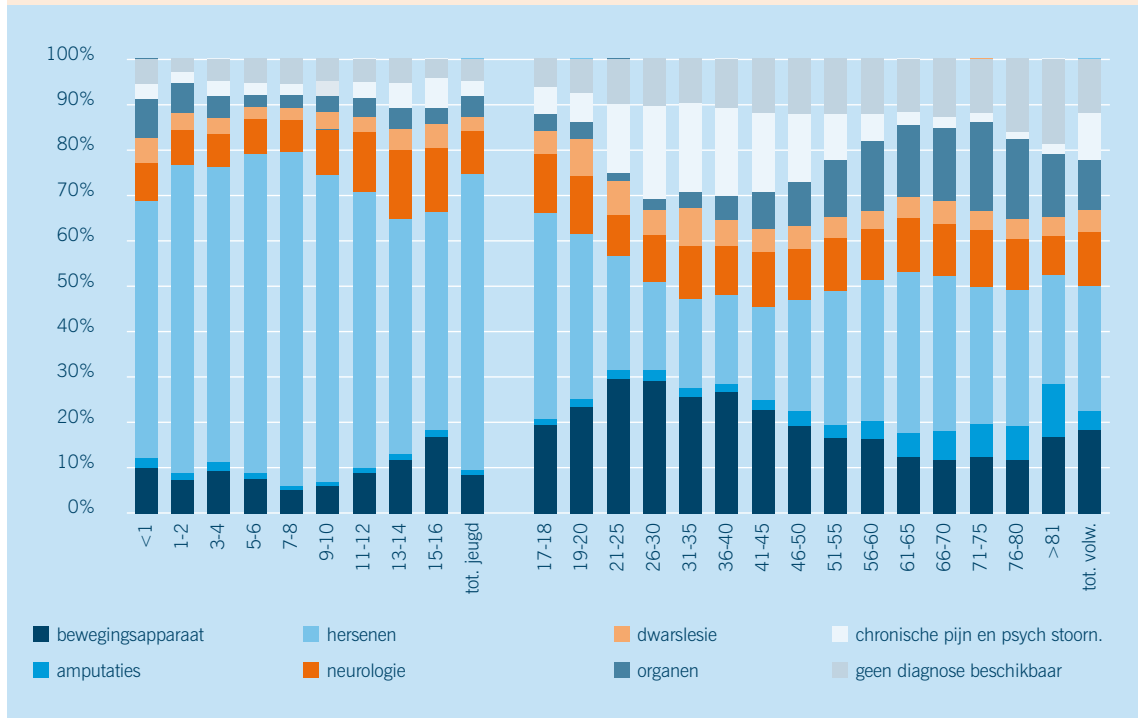
Uit figuur 2.a kan het volgende worden geconcludeerd:

- De jonge patiëntengroep bestaat voor 60% uit jongens.
- In bijna ieder leeftijdscohort zijn er meer jongens dan meisjes.
- Bij volwassenen is de totale man/vrouw verhouding ongeveer gelijk.
- De man/vrouw verhouding varieert wel in de afzonderlijke leeftijdscohorten; het percentage mannelijke patiënten stijgt duidelijk bij een toename van de leeftijd. Pas op latere leeftijd neemt het aandeel vrouwen weer toe.

Hoewel in praktisch alle diagnosegroepen zowel mannen en vrouwen voorkomen is er wel een duidelijk verschil waar te nemen in de onderlinge verhouding. Dit wordt zichtbaar in de figuren 2.b en 2.c waar mannen en vrouwen per leeftijdscohort op basis van hun diagnose in een van de beschreven groepen zijn ingedeeld.

In iedere kolom van deze figuur wordt de procentuele verdeling gegeven van de aandoeningen waarvoor de patiënten in het leeftijdscohort revalidatiezorg krijgen.

Figuur 2.b Diagnoses mannelijke poliklinische patiënten naar leeftijd

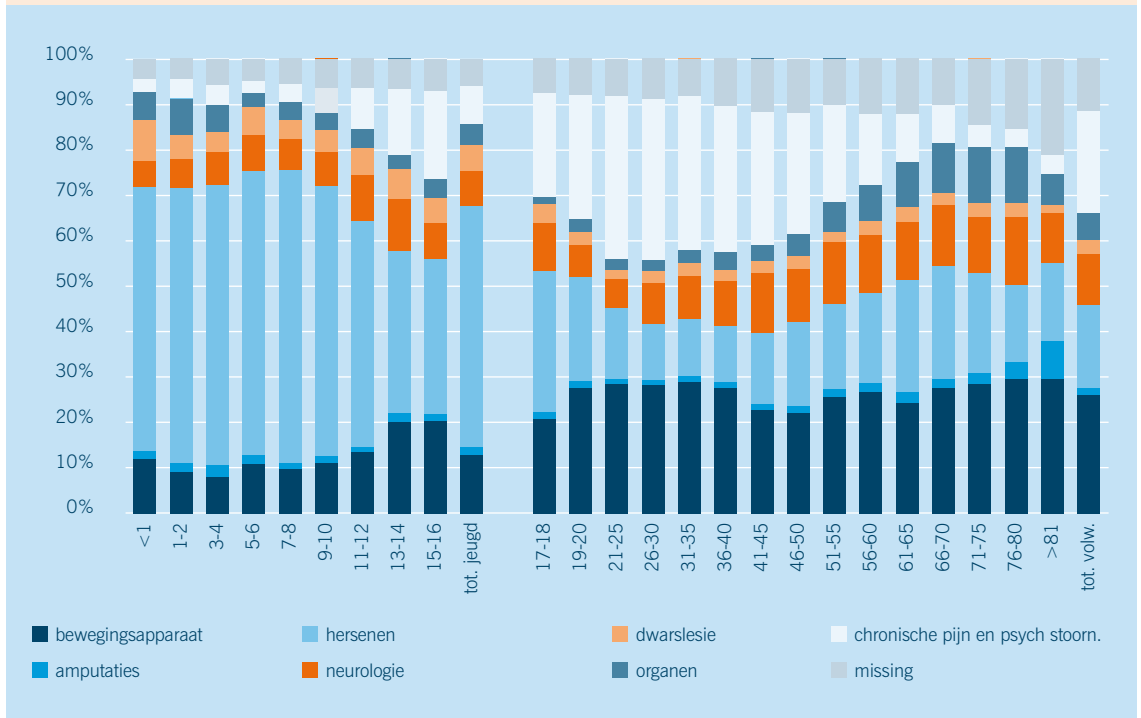


Bron: Revalidatie Databank

Figuur 2.b laat de volgende conclusies toe:

- Bij jongens is duidelijk zichtbaar dat aandoeningen aan de hersenen het meest voorkomen; meer dan 60% voor alle jongens tot 17 jaar. Deze groep aandoeningen neemt tot de leeftijdsgroep 7-8 jaar langzaam toe en daarna weer langzaam af.
- Het aandeel van de (met name congenitale) hersenaandoeningen blijft afnemen tot ongeveer 40 jaar. Boven de 40 jaar nemen ze weer toe, vooral door vasculaire en andere degeneratieve afwijkingen.
- Aandoeningen van het bewegingsapparaat nemen vanaf 9-10 jaar langzaam toe tot 30-jarige leeftijd.
- Aandoeningen die gepaard gaan met chronische pijn vertonen eenzelfde patroon als aandoeningen van het bewegingsapparaat. Afgezien van kleine wijzigingen blijft de groep van neurologische aandoeningen met circa 10% over alle leeftijdsgroepen stabiel.

Figuur 2.c Diagnoses vrouwelijke poliklinische patiënten



Bron: Revalidatie Databank

Voor bijna alle diagnosegroepen, behalve aandoeningen aan het bewegingsapparaat, zijn bij vrouwen dezelfde patronen als bij mannen herkenbaar. Wel is er bij hen sprake van andere verhoudingen:

- Hersenaandoeningen zijn bij meisjes het meest voorkomend, maar het aandeel in het geheel is kleiner dan bij jongens.
- Vooral het aandeel van de groep chronische pijn verschilt; de omvang van deze groep is in ieder leeftijdscohort groter dan bij mannen. Verder is het opvallend dat aandoeningen aan het bewegingsapparaat bij vrouwen toenemen tot het leeftijdscohort 19-20 jaar en daarna vrijwel stabiel blijven.

De diagnosegroepen in de figuren zijn de hoofdgroepen van de nieuwe diagnoseclassificatie. Binnen iedere diagnosegroep kan een gedetailleerder onderscheid worden gemaakt. In tabel 2.6 is dit gedaan door iedere diagnosegroep op te splitsen naar de drie meest voorkomende diagnoseclusters. Tussen haakjes wordt voor iedere diagnosegroep het absolute aantal patiënten (mannen of vrouwen) vermeld. Daaronder wordt voor ieder diagnosecluster aangegeven hoeveel % van de mannen of vrouwen een diagnose heeft in de betreffende groep.

Tabel 2.6 Meest voorkomende aandoeningen bij poliklinische patiënten

Kinderen	jongens	meisjes
Hersenen	(5.019)	(2.771)
cerebrale functiestoornissen (incl. aangeboren)	47,8%	60,6%
development Coördination Disorder	44,5%	29,0%
contusio cerebri	2,8%	3,5%
overige diagnoses in deze groep	4,9%	6,9%
Bewegingsapparaat	(699)	(675)
aangeboren aandoeningen	40,3%	37,0%
aandoeningen bovenste ledematen	18,9%	20,1%
reumatische aandoeningen	10,6%	13,2%
overige diagnoses in deze groep	30,2%	29,6%
Amputaties	(70)	(73)
amputaties bovenste ledematen	50,0%	43,8%
amputaties onderbeen en knie	22,9%	23,3%
amputaties bovenbeen en hoger	12,9%	11,0%
overige diagnoses in deze groep	14,3%	21,9%
Neurologische aandoeningen	(745)	(423)
neuromusculaire aandoeningen	60,9%	45,2%
aandoeningen aan het perifere zenuwstelsel	15,8%	21,5%
plexusletsel	9,7%	14,2%
overige diagnoses in deze groep	13,6%	19,1%
Dwarslaesies	(259)	(261)
spina bifida	84,2%	90,4%
hoge dwarslaesie (C1-C8, T1-T6)	10,8%	6,5%
lage dwarslaesie (T7-T12 en lager)	5,0%	3,1%
overige diagnoses in deze groep	0,0%	0,0%
Organen	(316)	(245)
overige aandoeningen	81,7%	82,0%
hartaandoeningen	7,6%	4,9%
ademhalings aandoeningen	5,7%	9,0%
overige diagnoses in deze groep	5,0%	4,1%
Chronische pijn en psychische stoornissen	(254)	(433)
psychische stoornissen	71,7%	47,3%
overige pijn	26,0%	46,0%
overige diagnoses in deze groep	2,4%	6,7%
Geen diagnose beschikbaar	(388)	(301)

Bron: Revalidatie Databank

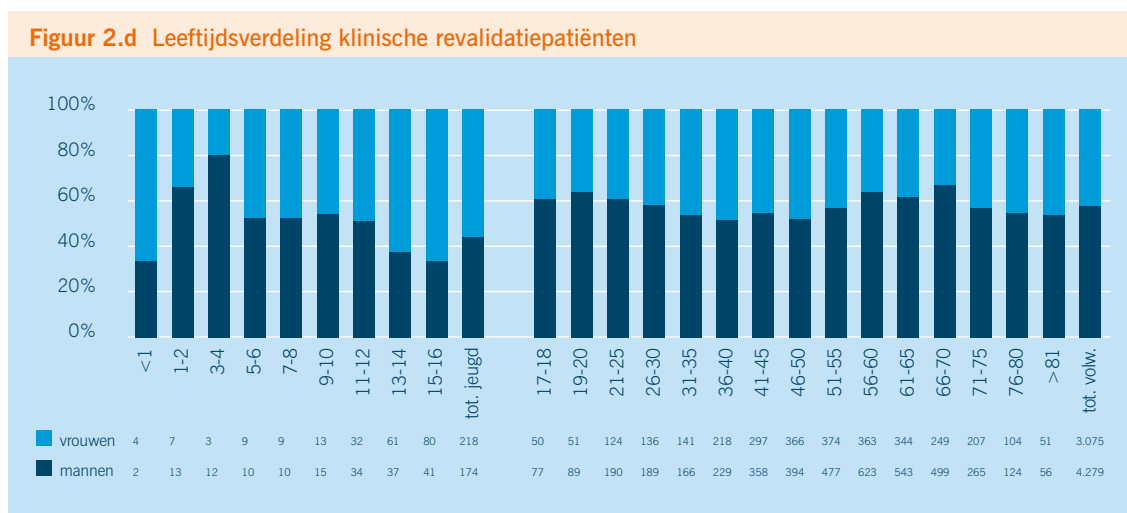
Tabel 2.6 Vervolg

Volwassenen	mannen	vrouwen
Hersenen	(5.941)	(4.186)
cerebro vasculair accident	66,9%	66,3%
cerebrale functiestoornissen (incl. aangeboren)	14,8%	16,4%
contusio cerebri	13,6%	10,3%
overige diagnoses in deze groep	4,6%	7,1%
Bewegingsapparaat	(4.032)	(5.844)
aandoeningen bovenste ledematen	45,6%	30,4%
aandoeningen aan wervelkolom en romp	18,8%	19,5%
reumatische aandoeningen	11,7%	22,4%
overige diagnoses in deze groep	24,0%	27,7%
Amputaties	(798)	(367)
amputaties onderbeen en knie	58,3%	51,8%
amputaties bovenbeen en hoger	25,3%	32,4%
overige diagnoses in deze groep	16,4%	15,8%
Neurologische aandoeningen	(2.442)	(2.668)
neuromusculaire aandoeningen	55,1%	61,5%
aandoeningen aan het perifere zenuwstelsel	30,3%	27,8%
cerebrospinaal	8,4%	5,3%
overige diagnoses in deze groep	6,3%	5,4%
Dwarslaesies	(1.029)	(542)
hoge dwarslaesie (C1-C8, T1-T6)	67,4%	55,9%
lage dwarslaesie (T7-T12 en lager)	23,1%	26,2%
spina bifida	8,3%	17,0%
overige diagnoses in deze groep	1,2%	0,9%
Organen	(2.360)	(1.343)
hartaandoeningen	62,7%	45,5%
ademhalings aandoeningen	14,1%	25,2%
bloedvaten	4,7%	4,4%
overige diagnoses in deze groep	18,5%	24,9%
Chronische pijn en psychische stoornissen	(2.155)	(5.224)
overige pijn (algemeen)	82,0%	82,7%
chronische pijn WPN 1	8,1%	2,0%
chronische pijn WPN 3	3,3%	8,0%
overige diagnoses in deze groep	6,5%	7,3%
Geen diagnose beschikbaar	(2.497)	(2.479)

Bron: Revalidatie Databank

Opvallend is dat bijna alle kinderen met een aandoening in de hoofdgroep hersenen in slechts twee verschillende onderliggende diagnoseclusters vallen. Bij meer dan 55% van alle jongeren die poliklinisch worden behandeld is een diagnose gesteld die valt in het cluster “cerebrale functiestoornis” of “development coördinatie stoornis”. Bij volwassenen is het diagnosebeeld veel gevarieerder.

Klinische revalidatie



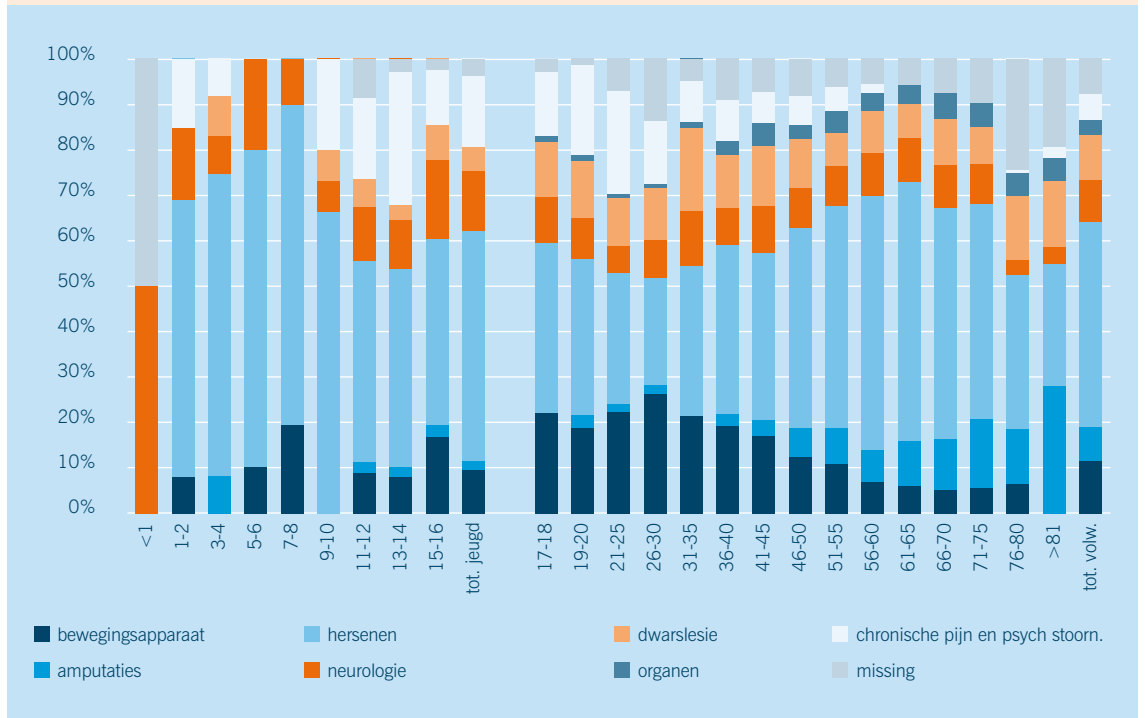
Bron: Revalidatie Databank

Bij de interpretatie van gegevens betreffende de klinische patiënten moet rekening worden gehouden met het feit dat het totale aantal klinische behandelde kinderen gering is. Hierdoor kan alleen betekenis worden toegekend aan grote verschillen.

Bij de jeugdigen zijn er meer meisjes dan jongens. Bij de volwassenen geldt dat bijna 60% van de volwassen patiënten man is.

Ook bij de klinische zorg is een duidelijk verschil aanwezig tussen de diagnoses die voorkomen bij mannen en vrouwen. De tabellen 2.e en 2.f maken dit inzichtelijk.

Figuur 2.e Diagnoses mannelijke klinische patiënten naar leeftijd

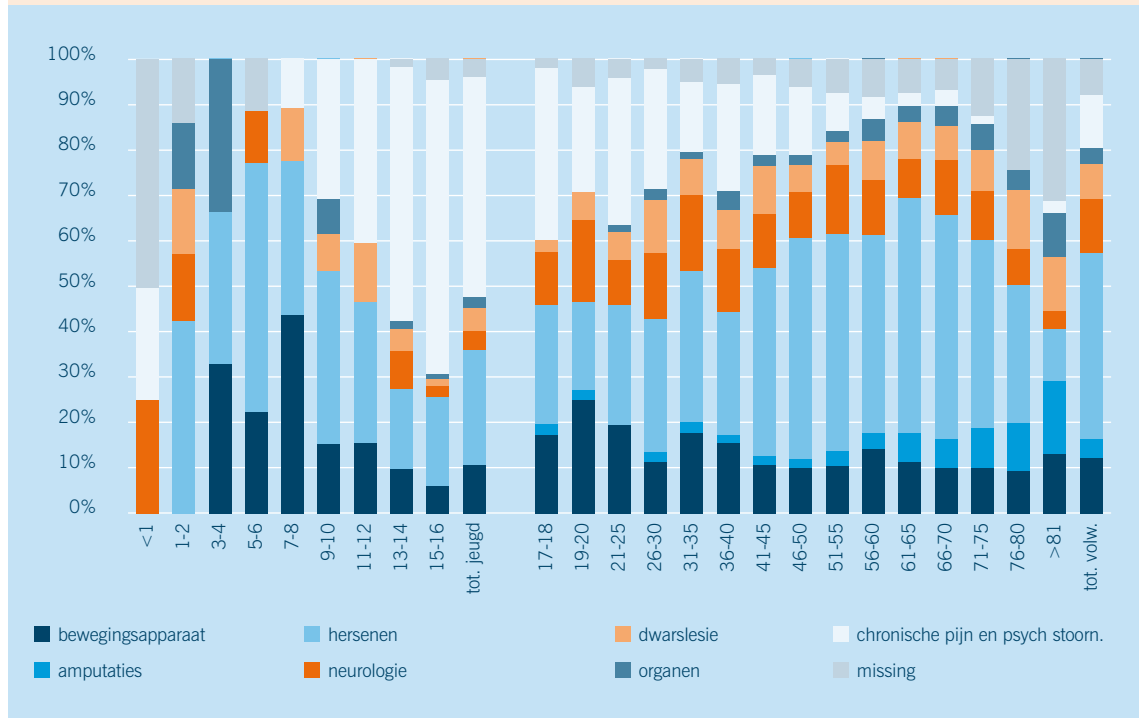


Bron: Revalidatie Databank

Uit de figuur kan worden opgemaakt dat:

- Vooral jongens en in iets geringere mate mannen, worden behandeld voor aandoeningen die in de diagnosegroep "hersenen" valt.
- Relatief weinig jongens worden behandeld voor chronische pijn en psychische stoornissen.

Figuur 2.f Diagnoses vrouwelijke klinische patiënten naar leeftijd



Bron: Revalidatie Databank

Uit bovenstaande figuren kan worden geconcludeerd dat:

- Aandoeningen die gerelateerd zijn aan chronische pijn en psychische stoornissen bij meisjes vanaf 7-jarige leeftijd fors toenemen en in het leeftijdscohort 15-16 jaar een piek bereiken van meer dan 63%.
- Hersenaandoeningen bij meisjes relatief weinig voorkomen. Dit aandeel stijgt echter gestaag met de leeftijd om in het leeftijdscohort 61-65 jaar een piek van meer dan 51% te bereiken.
- Bij vrouwen aandoeningen die in de diagnosegroep 'hersenen' vallen het meest voorkomen. (41%).

In tabel 2.7 zijn deze diagnosegroepen verder gespecificeerd.

Tabel 2.7 Meest voorkomende aandoeningen bij klinische patiënten

Kinderen	jongens	meisjes
Hersenen	(88)	(54)
cerebrale functiestoornissen (incl. aangeboren)	36,4%	29,6%
contusio cerebri	25,0%	38,9%
cerebro vasculair accident	15,9%	16,7%
overige diagnoses in deze groep	22,7%	14,8%
Bewegingsapparaat	(17)	(25)
overig; vnl aangeboren afwijkingen	47,1%	44,0%
aandoeningen wervelkolom en romp	17,6%	16,0%
bovenste extremiteiten	11,8%	12,0%
reumatische aandoeningen	5,9%	16,0%
overige diagnoses in deze groep	64,7%	56,0%
Amputaties	(4)	(0)
amputaties van voet onderbeen en knie	50,0%	-
amputaties bovenbeen en hoger	25,0%	-
onderste ledematen niet gespecificeerd	25,0%	-
overige diagnoses in deze groep	0,0%	-
Neurologie	(23)	(10)
neuromusculaire aandoeningen	82,6%	20,0%
aandoeningen aan het perifere zenuwstelsel	13,0%	30,0%
cerebrospinaal	4,3%	20,0%
overige diagnoses in deze groep	0,0%	30,0%
Dwarslaesies	(8)	(11)
hoge dwarslaesie (C1-C8, T1-T6)	87,5%	27,3%
lage dwarslaesie (T7-T12 en lager)	12,5%	27,3%
spina bifida	0,0%	45,5%
overige diagnoses in deze groep	0,0%	0,0%
Organen	(-)	(5)
brandwonden	-	40,0%
overige aandoeningen	-	60,0%
overige diagnoses in deze groep	-	0,0%
Chronische pijn en psychische stoornissen	(28)	(104)
overige pijn	50,0%	59,6%
psychische stoornissen	39,3%	32,7%
overige diagnoses in deze groep	10,7%	7,7%
Geen diagnose beschikbaar	(6)	(9)

Bron: Revalidatie Databank

Tabel 2.7 Vervolg

Volwassenen	mannen	vrouwen
Hersenen	(1.926)	(1.264)
cerebrale functiestoornissen (incl. aangeboren)	80,4%	83,5%
contusio cerebri	12,7%	6,3%
tumor cerebri	2,4%	4,9%
overige diagnoses in deze groep	4,5%	5,2%
Bewegingsapparaat	(503)	(393)
aandoeningen aan wervelkolom en romp	29,6%	35,1%
aandoeningen onderste ledematen	22,3%	22,4%
overig; vnl. aandoeningen aan de weke delen met pijnklachten	37,8%	26,2%
overige diagnoses in deze groep	10,3%	16,3%
Amputaties	(315)	(121)
amputaties voet, onderbeen en knie	66,0%	57,9%
amputaties bovenbeen en hoger	21,3%	32,2%
amputaties onderste ledematen niet gespec.	9,2%	4,1%
overige diagnoses in deze groep	3,5%	5,8%
Neurologie	(391)	(364)
aandoeningen aan het perifere zenuwstelsel	54,2%	42,6%
neuromusculaire aandoeningen	35,3%	47,3%
cerebrospinaal	7,7%	5,2%
overige diagnoses in deze groep	2,8%	4,9%
Dwarslaesies	(426)	(238)
hoge dwarslaesie (C1-C8, T1-T6)	67,4%	58,8%
lage dwarslaesie (T7-T12 en lager)	25,8%	32,4%
spina bifida	3,1%	6,7%
overige diagnoses in deze groep	3,8%	2,1%
Organen	(166)	(107)
hartaandoeningen	39,8%	38,3%
huidaandoeningen, incl. decubitus en ulcus cruris	24,1%	19,6%
ademhalings aandoeningen	10,8%	20,6%
overige diagnoses in deze groep	25,3%	21,5%
Chronische pijn en psychische stoornissen	(223)	(356)
overige pijn (algemeen)	47,5%	80,9%
chronische pijn WPN 1	43,9%	7,0%
chronische pijn WPN 3	3,1%	5,1%
overige diagnoses in deze groep	5,4%	7,0%
Geen diagnose beschikbaar	(329)	(232)

Bron: Revalidatie Databank

Bij de klinisch behandelde kinderen valt op dat binnen de diagnosegroep neurologie er relatief veel neuromusculaire aandoeningen voorkomen bij jongens (82,6% en slechts 20% bij meisjes).

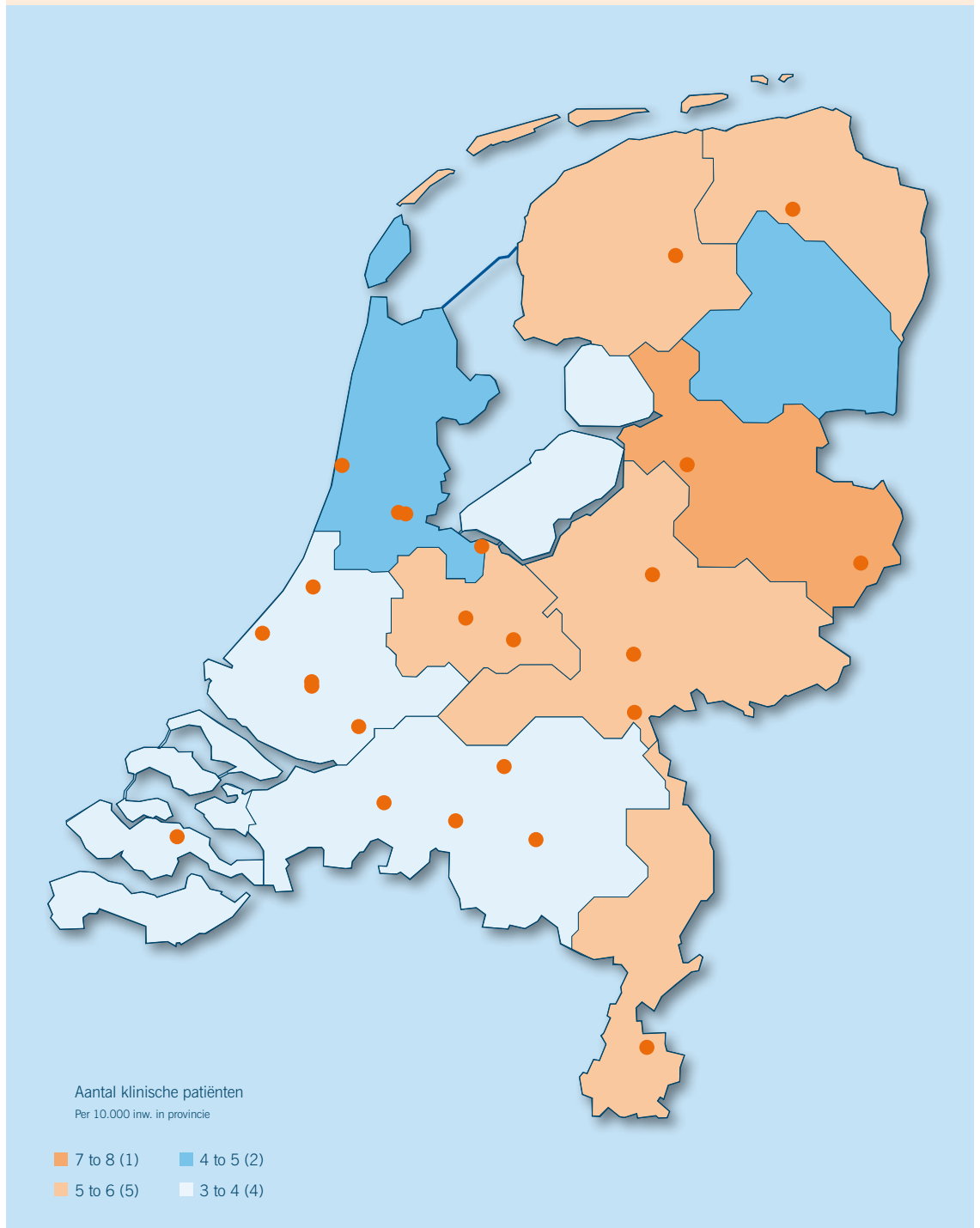
Ook binnen de diagnosegroep dwarslaesies is het opvallend om te zien dat jongens ten opzichte van meisjes veel vaker een hoge dwarslaesie hebben (resp. 87,5% en 27,3%).

Bij volwassenen is het opmerkelijk dat relatief veel vrouwen binnen de diagnosegroep “chronische pijn en psychische stoornissen” worden gediagnosticeerd met de diagnose “overige pijn algemeen” (80,9%).

2.3 Zorg per regio

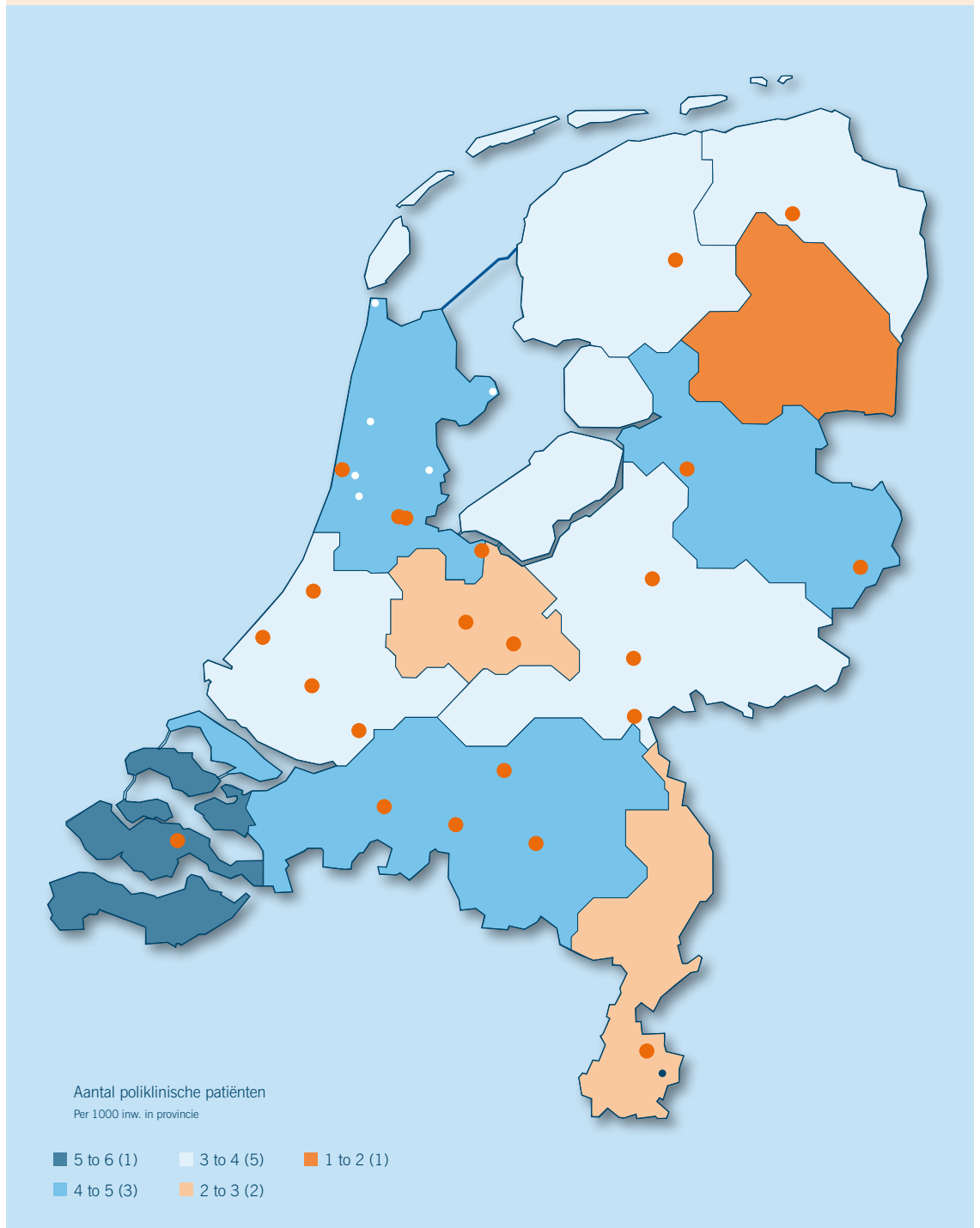
Er is sprake van een landelijk dekkend netwerk van revalidatiecentra. De spreiding van de centra over Nederland maakt multidisciplinaire revalidatiezorg bereikbaar voor iedereen. Op kaart 2.a wordt het aantal klinische patiënten per 10.000 inwoners in de provincies weergegeven. De revalidatiecentra zijn op de kaart met rode stippen aangegeven.

Kaart 2.a Overzicht spreiding van klinische revalidatiepatiënten in Nederland



Bron: Revalidatie Databank

Kaart 2.b Overzicht spreiding van poliklinische revalidatiepatiënten in Nederland



Bron: Revalidatie Databank

Op kaart 2.b wordt de spreiding van de poliklinische patiënten in beeld gebracht. Deze kaart is gebaseerd op poliklinische patiënten waarvan de woonplaats bekend is. Dit zijn patiënten van:

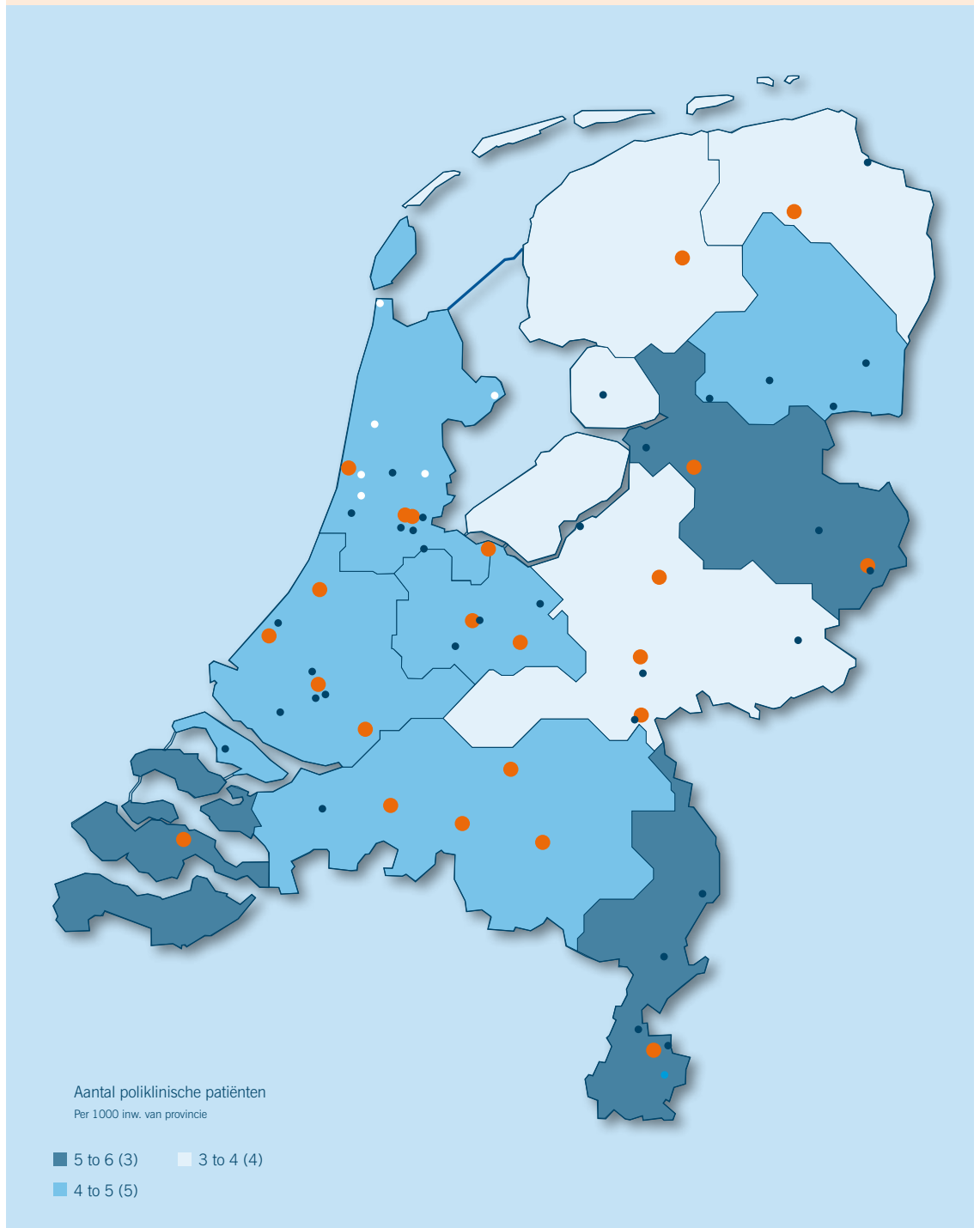
- de 24 revalidatiecentra;
- de ziekenhuizen waar een revalidatiecentrum de patiëntenregistratie voert;
- de zelfstandige ziekenhuizen in Noord-Holland;
- de Revalidatie Artsen Praktijk (SGL) in Heerlen.

De 'zelfstandige' ziekenhuizen in Noord-Holland, waar de Stichting Revalidatie Ziekenhuizen (SRZ) de revalidatie verzorgt, zijn op de kaart met een witte punt aangegeven. De hoofdvestiging van SGL is met een lichtblauwe punt aangegeven.

Van 32 ziekenhuizen, waarvan bekend is dat zij poliklinische revalidatiezorg leveren, zijn helaas geen patiëntengegevens beschikbaar.

Op basis van de bekende RBU productie van deze ziekenhuizen en met behulp van een eenvoudig spreidingsmodel is op kaart 2.c een schatting gemaakt van de totale poliklinische revalidatie.

Kaart 2.c Overzicht Spreiding van poliklinische revalidatiepatiënten in Nederland met
bijchatting van 'zelfstandige' ziekenhuizen

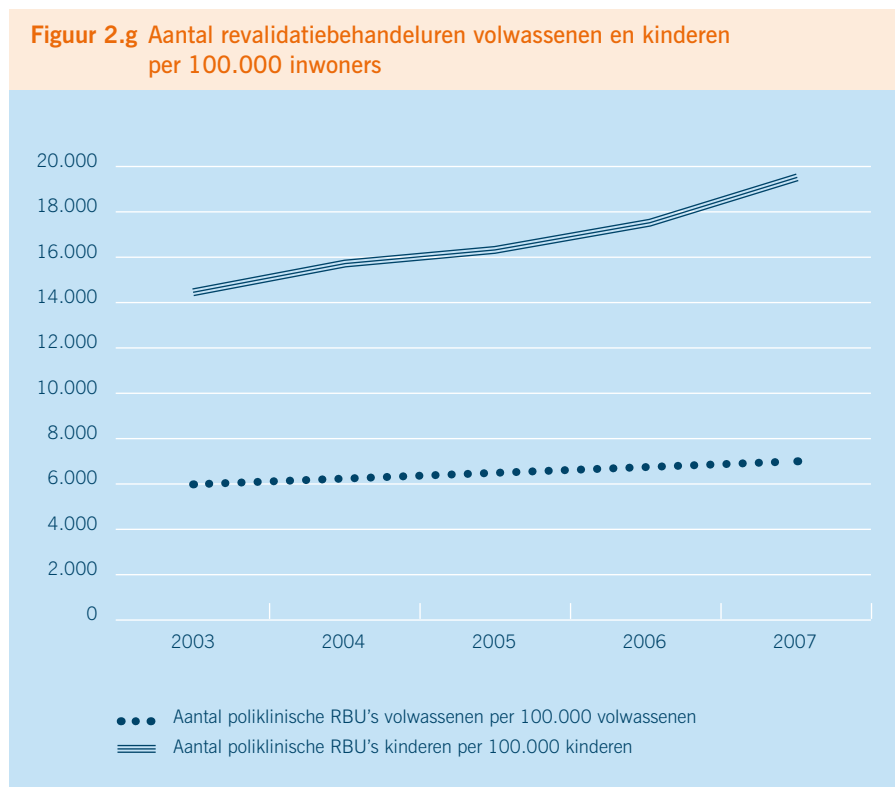


Bron: Revalidatie Databank

Op de kaart zijn de ziekenhuizen waarvan het aantal patiënten is ingeschat met een zwarte punt aangegeven. De bijchatting geeft als resultaat dat de spreiding van de revalidatiepatiënten over de provincies een evenwichtiger beeld laat zien.

2.4 Poliklinische behandeling

Om het volume van de geleverde zorg in perspectief te plaatsen wordt deze gerelateerd aan de bevolkingsomvang. Voor volwassenen wordt hiertoe het aantal revalidatiebehandeluren (RBU's) per 100.000 volwassenen weergegeven. Voor kinderen per 100.000 inwoners jonger dan 17 jaar.

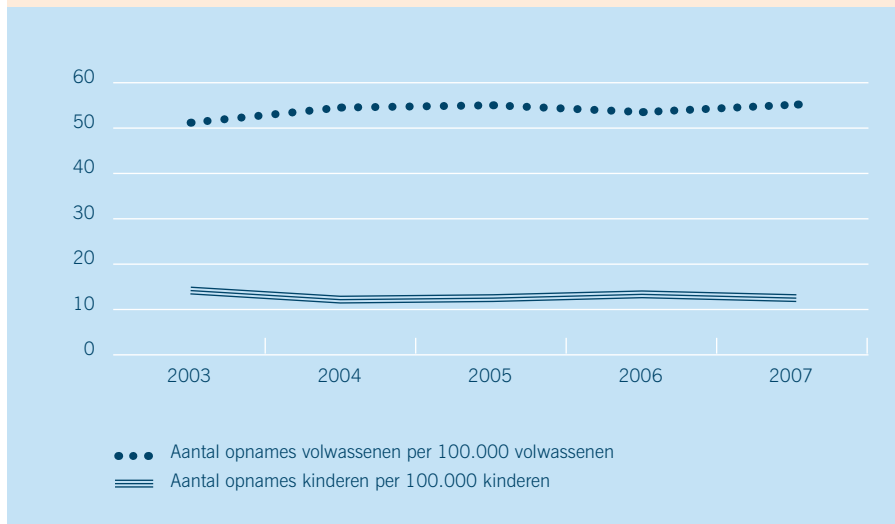


Bron: Revalidatie Databank

Bij de poliklinische zorgconsumptie, uitgedrukt in het aantal RBU's per 100.000 inwoners, is een duidelijke tendens waar te nemen. Figuur 2.g geeft aan dat de consumptie van revalidatiezorg geleidelijk stijgt, bij kinderen iets meer dan bij volwassenen.

2.5 Klinische opname

Figuur 2.h Aantal klinische opnamen volwassenen en kinderen per 100.000 inwoners



Bron: Revalidatie Databank

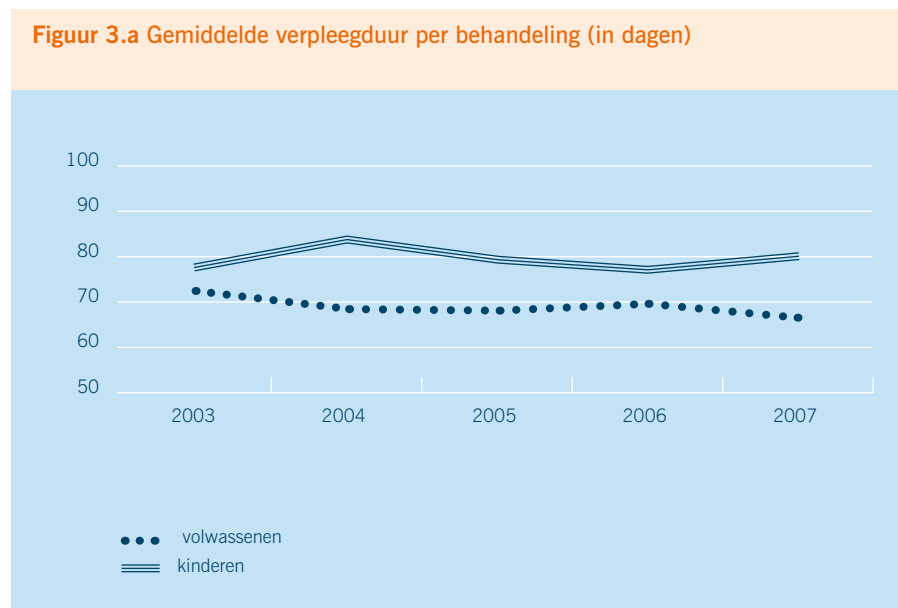
Het aantal volwassenen per 100.000 inwoners dat klinisch wordt opgenomen is sinds 2003 licht gestegen. Voor kinderen in dezelfde periode is nauwelijks een verandering opgetreden.



3 Behandelproces

3.1 Verpleegduur en behandelintensiteit

Om een beeld te krijgen van de wijze waarop de klinische revalidatiezorg zich ontwikkelt, is het informatief om de verpleegduur en de behandelintensiteit in samenhang te beoordelen. De figuren 3.a en 3.b brengen de ontwikkeling van deze gegevens afzonderlijk in beeld.



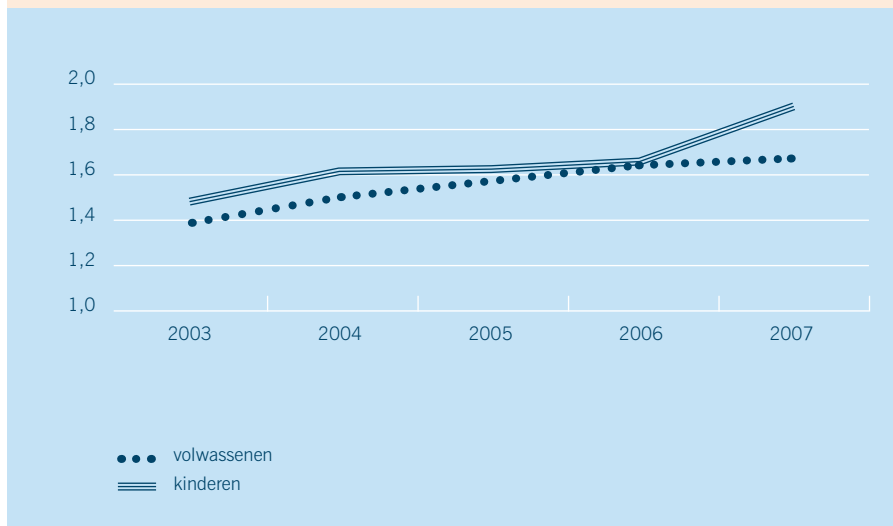
Bron: Revalidatie Databank

Uit figuur 3.a kan worden afgeleid dat:

- In de klinische revalidatie kinderen gemiddeld langer worden opgenomen dan volwassenen.
- De gemiddelde opnameduur voor volwassen patiënten sinds 2003 met bijna 6 dagen is afgenomen.

Naast de duur van de klinische behandeling is ook de intensiteit van de behandeling van belang. Figuur 3.b geeft de ontwikkeling van de behandelintensiteit weer.

Figuur 3.b Gemiddeld aantal RBU's per verpleegdag



Bron: Revalidatie Databank

Uit de figuur 3.b kan worden afgeleid dat de behandelintensiteit voor zowel kinderen als volwassenen sinds 2003 ieder jaar toeneemt. Voor kinderen is van 2006 op 2007 zelfs een forse stijging te zien

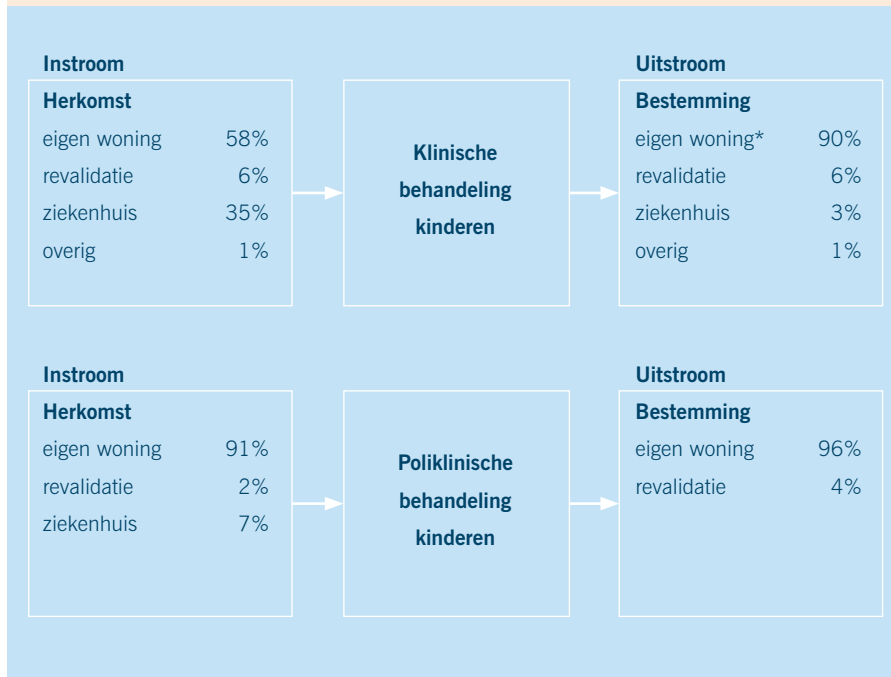
Op basis van de figuren 3.a en 3.b kan worden geconcludeerd dat de sinds 2003 ingezette trend om de klinische opnameduur te verkorten en gelijktijdig de behandeling te intensiveren nog voortduurt.

3.2 Plaats in de zorgketen

Revalidatiecentra leggen bij aankomst en vertrek van de patiënten gegevens vast over de herkomst en bestemming. Met deze gegevens zijn de hiernavolgende stroomdiagrammen samengesteld.

Revalidatiezorg wordt vaak geboden in een keten. In onderstaande figuren 3.c en 3.d is grafisch weergegeven vanuit welke omgeving de patiënten het revalidatiecentrum instromen en waar zij, na beëindiging van de (poli) klinische behandeling, naartoe gaan.

Figuur 3.c Plaats in de zorgketen van (poli)klinische behandeling voor kinderen in 2007



* In de praktijk is bekend dat na een klinische behandeling vrijwel altijd een poliklinische behandeling volgt. Van de groep kinderen die uitstroomt naar de "eigen woning" (90%) mag dan ook worden verondersteld dat het overgrote deel een poliklinische vervolgbehandeling krijgt.

Bron: Revalidatie Databank

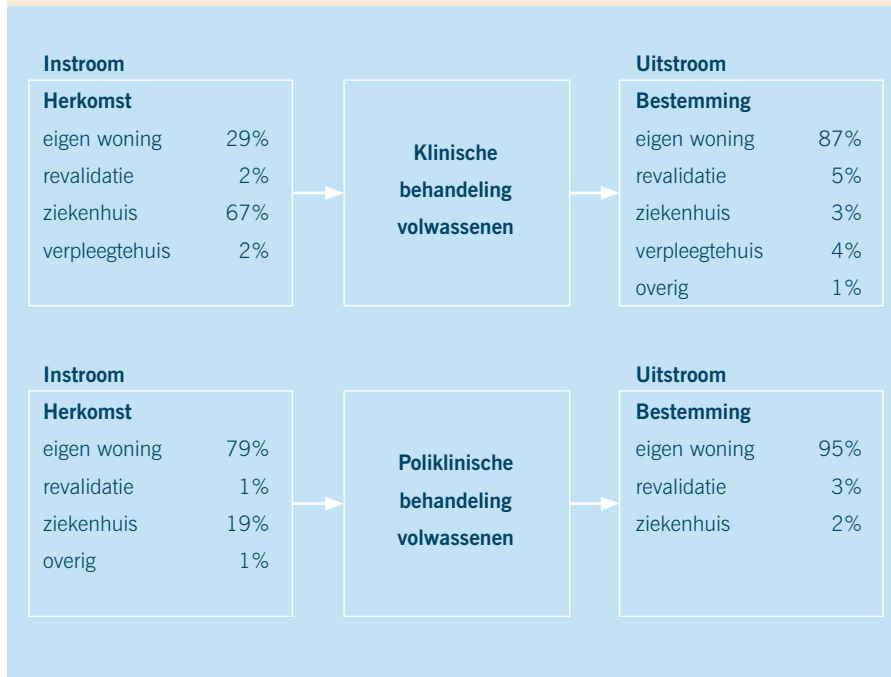
Van de opgenomen kinderen komt 58% van huis en 35% uit een algemeen of academisch ziekenhuis. Na ontslag gaat de overgrote meerderheid (90%) terug naar de eigen woonomgeving.

In de praktijk is bekend dat na een klinische behandeling vrijwel altijd een poliklinische behandeling volgt. Van de groep kinderen die uitstroomt naar de "eigen woning" (90%) mag dan ook worden verondersteld dat het overgrote deel een poliklinische vervolgbehandeling krijgt.

Van de 24 centra bieden er 9 klinische revalidatie voor kinderen aan waardoor ouders en patiëntjes voor deze zorg soms ver van huis zijn. Bij beëindiging van de klinische opnameperiode zal een deel daarom kiezen voor een poliklinische vervolgbehandeling in een centrum dicht bij huis. Dit verklaart bij kinderen de uitstroom naar "revalidatie" (6%).

Bij de uitstroom uit de poliklinische behandeling naar revalidatie kan sprake zijn van een 2^e poliklinische behandeling in hetzelfde centrum of een specifieke behandeling die het kind in een ander centrum wordt geboden.

Figuur 3.d Plaats in de zorgketen van (poli)klinische behandelingen voor volwassenen in 2007



Bron: Revalidatie Databank

Van de opgenomen volwassenen komt 29% van huis en 67% uit een algemeen of academisch ziekenhuis. Na ontslag gaat de overgrote meerderheid (87%) terug naar de eigen woonomgeving. Aangenomen mag worden dat de meeste patiënten na ontslag uit de klinische behandeling een poliklinische (na)behandeling krijgen. Poliklinische revalidatiezorg wordt voornamelijk gegeven aan patiënten in de thuissituatie.

3.3 Wachttijden voor revalidatiezorg

De meeste revalidatiecentra registreren de wachttijden van hun patiënten. Bij het beoordelen van de wachttijden wordt uitgegaan van de zogenaamde "Treeknorm", de door zorgaanbieders en zorgverzekeraars opgestelde streef-norm voor wachttijden. Hierin is voor iedere behandelvorm een maximale wachttijd vastgesteld. Tabel 3.1 geeft voor iedere behandelvorm de Treeknorm voor wachttijden.

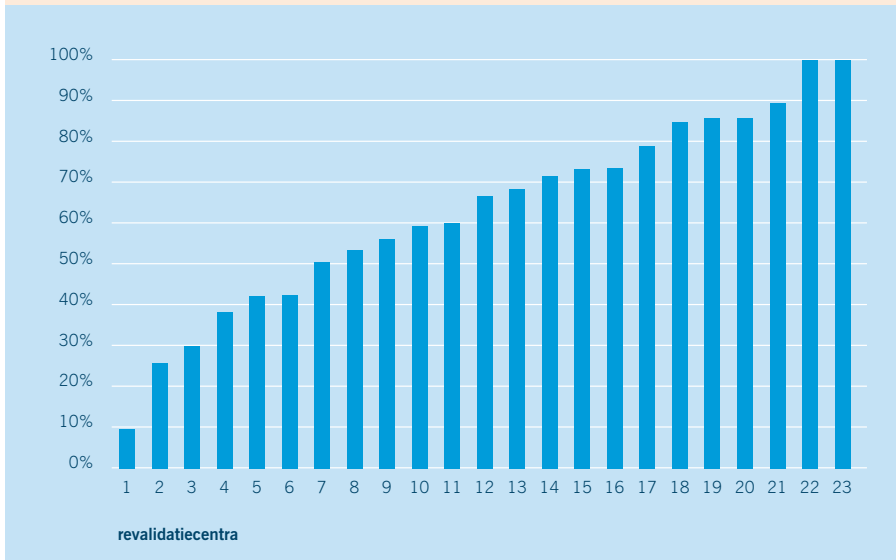
Tabel 3.1 Treeknormen voor wachttijden

Wachttijd voor	Treeknorm
eerste onderzoek	< 4 weken
poliklinische behandeling	< 6 weken
klinische behandeling	< 7 weken

Bron: Revalidatie Databank

Revalidatiecentra hebben voor iedere behandelvorm opgegeven voor hoeveel % van de patiënten zij erin zijn geslaagd de wachttijd onder de Treeknorm te houden. In de volgende figuren zijn de resultaten weergegeven.

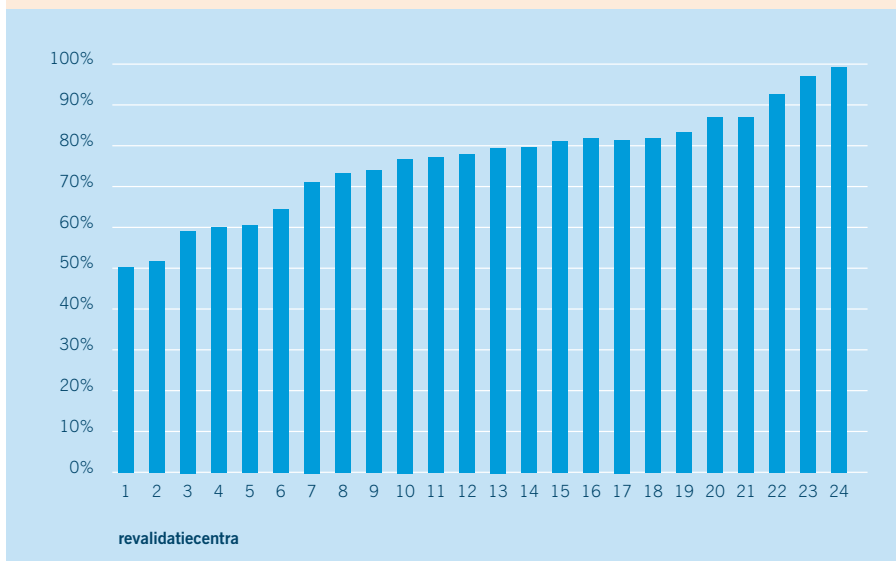
Figuur 3.e Wachttijden binnen Treeknorm voor het eerste onderzoek



Bron: Revalidatie Databank

Iedere kolom stelt de prestatie voor van een revalidatiecentrum, 23 centra hebben wachtijdgegevens aangeleverd. Iedere kolom geeft weer hoeveel procent van de patiënten, die bij het betreffende centrum hebben gewacht op het eerste onderzoek, binnen de geldende Treeknorm zijn onderzocht. Gemiddeld heeft 63% van alle patiënten in de sector binnen de Treeknorm van 4 weken het eerste onderzoek gekregen.

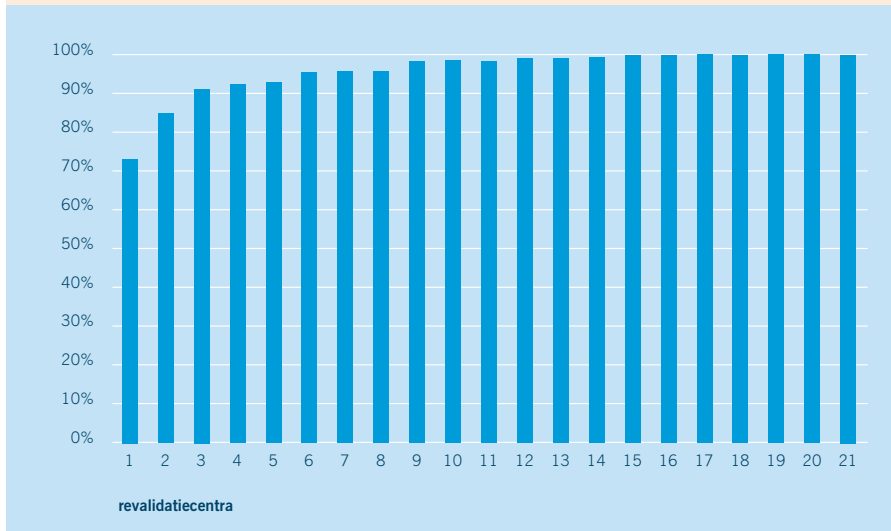
Figuur 3.f Wachttijden binnen Treeknorm voor poliklinische zorg



Bron: Revalidatie Databank

Gemiddeld heeft meer dan 76% van alle patiënten korter gewacht op toegang tot poliklinische behandeling dan de Treeknorm van 6 weken.

figuur 3.g Wachttijden binnen Treeknorm voor de klinische zorg

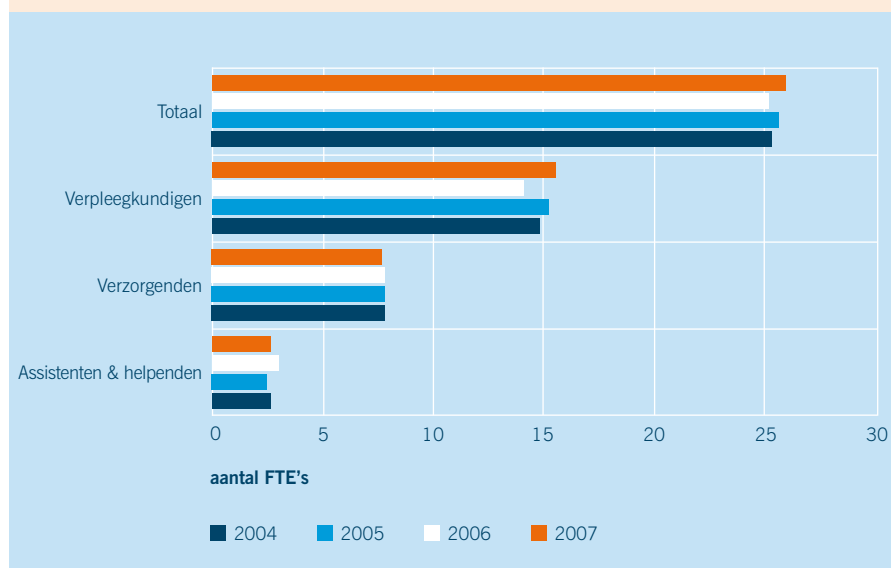


Gemiddeld heeft bijna 96% van alle patiënten korter gewacht op toegang tot klinische behandeling dan de Treeknorm van 7 weken.

3.4 Inzet personeel

In deze paragraaf wordt ingegaan op de inzet van personeel met patiëntgebonden taken. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen verplegend en verzorgend personeel, voor het overgrote deel in de klinische revalidatie werkzaam, en het behandelend en behandelingsondersteunend personeel.

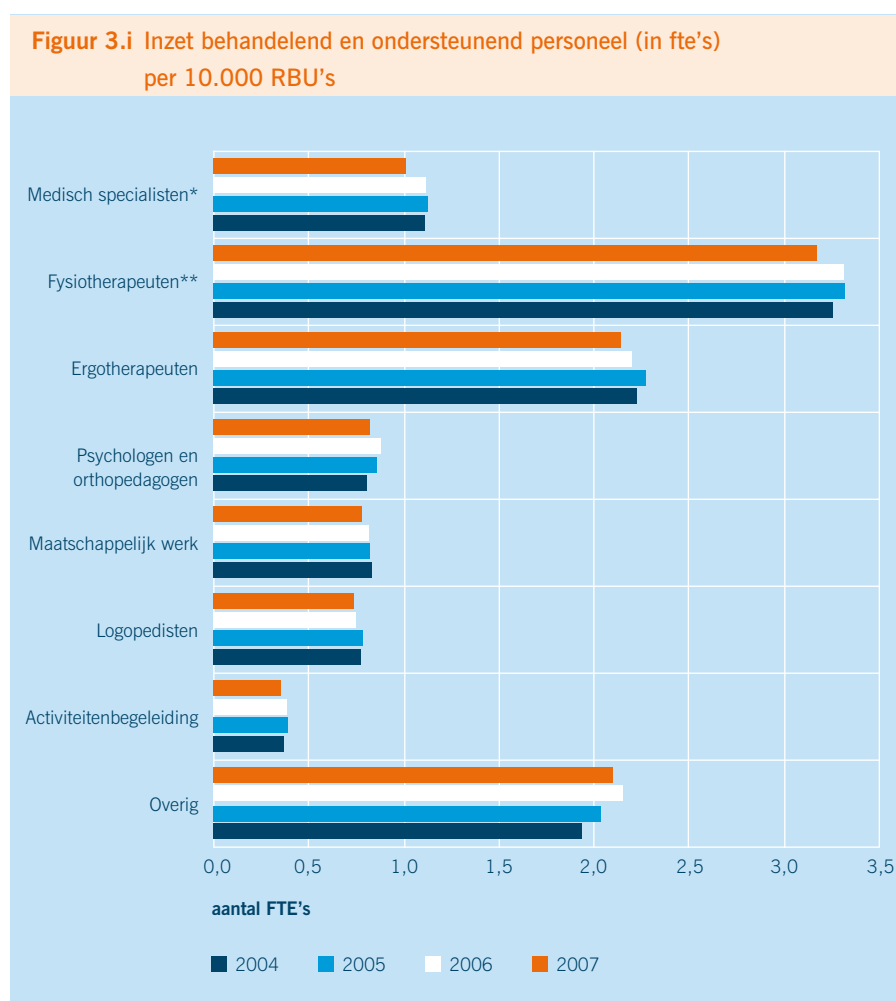
Figuur 3.h Inzet verplegend en verzorgend personeel¹ (in fte's) per 10.000 verpleegdagen



¹ Inclusief personeel in opleiding

Bron: Revalidatie Databank

Per 10.000 verpleegdagen werden in 2007 bijna 26 fte's verplegend en verzorgend personeel ingezet. Een stijging van bijna 3% t.o.v. 2006. Deze toename is bijna geheel veroorzaakt door meer inzet van verpleegkundigen. Een toename van 9,6% ten opzichte van 2006. Deze formatie-uitbreiding van verpleegkundigen is een noodzakelijk gevolg van het feit dat algemene en academische ziekenhuizen patiënten voor klinische revalidatiebehandeling sneller ontslaan. Hierdoor stijgt de zorgzwaarte in een revalidatiecentrum.



* revalidatieartsen, overige medisch specialisten en artsen in opleiding

** inclusief hydrotherapeuten en bewegingsagogen/sportleiders

Bron: Revalidatie Databank

Figuur 3.i brengt de samenstelling van het behandelend en ondersteunend revalidatieteam in beeld. De totale inzet van behandelend en ondersteunend personeel is in de afgelopen 4 jaar vrijwel stabiel gebleven (0,8% verminderd). Ook in de samenstelling van het team zijn geen noemenswaardige wijzigingen opgetreden. Fysiotherapeuten en ergotherapeuten leveren de grootste inzet binnen het revalidatieteam (bijna 50%). De categorie "overig" bestaat onder meer uit helpenden, muziektherapeuten, technici en therapieassistenten. Uit de figuur valt eveneens af te lezen dat ten opzichte van 2006 in iedere functie minder fte's beschikbaar zijn voor dezelfde productie. Behandelend en ondersteunend personeel wordt dus efficiënter ingezet.



4 Kwaliteit van de revalidatiezorg

De leden van Revalidatie Nederland streven er naar om kwalitatief hoogstaande zorg te leveren. Kwaliteit is echter niet altijd direct zichtbaar of meetbaar, en komt tot uitdrukking in meerdere aspecten van de zorgverlening. Bijvoorbeeld het werken volgens vaststaande behandelprotocollen, het beschikken over de juiste middelen, de omgang met de patiënt en de deskundigheid van het personeel. De mate waarin een revalidatie-instelling over deze aspecten 'beschikt' is wel kwantitatief meetbaar te maken en geeft daarmee een indicatie van de kwaliteit van de zorg. Revalidatie Nederland en de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen hebben hiertoe de "Basisset Prestatie-indicatoren Revalidatiecentra" ontwikkeld. Deze set wordt sinds 2004 gebruikt en bevat vragen over 25 aspecten van het werk in de revalidatiecentra. De vragen gaan over structuren, processen en uitkomsten van het zorgproces.

Figuur 4.a typen prestatie-indicatoren

Structuurindicatoren verwijzen naar de bronnen en middelen die benodigd zijn om zorg te kunnen leveren, zoals bijvoorbeeld personeel, materiële middelen, organisatie en (behandel) protocollen.

Procesindicatoren hebben betrekking op het primaire proces van de zorg; de keten van gebeurtenissen die een aanvang neemt op het moment dat een persoon in contact treedt met zorg- of hulpverleners, tot het moment dat hij of zij dit contact beëindigt.

Uitkomstindicatoren worden gedefinieerd als veranderingen in de gezondheidstoestand en het welbevinden van een patiënt welke aan een interventie, of het uitblijven daarvan, kunnen worden toegeschreven.

De "Basisset Prestatie-indicatoren" is nog in ontwikkeling. Structuurindicatoren worden waar mogelijk opgenomen in het HKZ-certificatieschema voor de revalidatiesector. Met dit schema kunnen revalidatiecentra en revalidatie-afdelingen in ziekenhuizen hun kwaliteitssysteem laten certificeren op basis van ISO9001-voorwaarden voor het borgen en verbeteren van de kwaliteit.

In eerste aanleg is een prestatie-indicator steeds een streefnorm, die impliciet weergeeft welk resultaat men zou moeten ambiëren. Wanneer blijkt dat een meerderheid van de revalidatiecentra beschikt over een bepaalde indicator, ontstaat vanzelf een minimumnorm. Op deze wijze ontstaan standaarden waarmee een beeld kan worden gevormd van het kwaliteitsniveau van de revalidatiezorg. Over 2007 is het volgende kwaliteitsbeeld ontstaan.

4.1 Tevredenheid

Op basis van patiënttevredenheidsonderzoeken wordt een indicatie gekregen van de tevredenheid van patiënten. Hieruit blijkt dat volwassen patiënten de revalidatiecentra gemiddeld beoordelen met een 7,7 als rapportcijfer. Ouders van kinderen die in behandeling waren geven gemiddeld een 7,2 als rapportcijfer.

4.2 Veiligheid

Op basis van de landelijke decubitusprevalentiemeting kan worden geconcludeerd dat de mate waarin klinische patiënten doorligwonden krijgen, in revalidatiecentra gemiddeld zeer laag is met 2,1%. Hieruit blijkt dat het beleid ter preventie van decubitus effectief is.

4.3 Effectiviteit

In lijn met de ontwikkeling van de basisset van structuurindicatoren naar uitkomstindicatoren, voeren steeds meer revalidatiecentra projecten uit om de resultaten van de interventies te meten. Inmiddels voert 90% van de centra resultaatmetingen uit en/of meet de effecten op zelfstandigheid.

4.4 Tijdigheid

De meeste patiënten worden binnen de overeengekomen maximale wachttijden in behandeling genomen. 62,7% van de patiënten wordt binnen vier weken uitgenodigd voor een eerste consult. 76,3% van de patiënten komt binnen zes weken in poliklinische behandeling en 95,8% van de klinische patiënten wordt binnen de afgesproken zeven weken opgenomen voor behandeling.

4.5 Transparantie

In 2006 werden de laatste interne kwaliteitstoetsingen bij revalidatiecentra uitgevoerd. In dit kader zijn over een periode van tien jaar alle revalidatiecentra twee keer getoetst. Tussen de eerste en tweede toetsing is de gemiddelde score van 60% naar 70% gestegen. Deze score geeft aan in welke mate aan de door de revalidatiesector opgestelde criteria is voldaan. Eind 2008 wordt overgegaan op certificering op basis van het HKZ-certificatieschema specialistische revalidatiezorg.

4.6 Samenwerking

Bijna alle revalidatiecentra voeren structureel overleg met patiëntenorganisaties, zoals Samen Verder (CVA vereniging), Cerebraal (vereniging voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel), de Dwarslaesie Organisatie Nederland, de Vereniging Spierziekten Nederland en de BOSK (vereniging van motorische gehandicapten (kinderen) en hun ouders).

4.7 Deskundigheid

Vanuit 22 revalidatiecentra zijn revalidatieartsen structureel vertegenwoordigd in één of meerdere geaccrediteerde werkgroepen van de Vereniging van Revalidatieartsen, waar zij de kwaliteit van de zorg voor een bepaalde doelgroep bewaken en verder trachten te verbeteren door de ontwikkeling van meetinstrumenten, richtlijnen, protocollen, behandelkaders en prestatie-indicatoren. Andere behandelaars uit de revalidatiecentra participeren in diverse landelijke kwaliteitsbijeenkomsten zoals de landelijke themadag van de Werkgroep CVA Nederland en de Platformbijeenkomst Cognitieve Revalidatie.

4.8 Opleiding

Alle centra zijn actief met het opleiden van studenten in de gezondheidszorg. Zeventien centra bieden begeleiding bij de opleiding van 449 co-assistenten geneeskunde. Ook voor studenten fysiotherapie, ergotherapie, HBO-V en psychologie wordt door de meerderheid van de revalidatiecentra opleidingsmogelijkheid geboden en actief geparticipeerd in het geven van onderwijs.

In 2007 verzorgen 18 van de 24 revalidatiecentra de opleiding tot revalidatiearts. Het totaal aantal assistenten in opleiding (AIOS) in revalidatiecentra bedraagt daarmee 97, variërend van 1 tot 15 per centrum. Het totale aantal assistenten geneeskunde in opleiding voor klinisch onderzoeker (AGIKO's) bedraagt 12.

4.9 Onderzoek

Wetenschappelijk onderzoek behoort sinds de start van het Stimuleringsprogramma Revalidatieonderzoek tot de reguliere werkzaamheden van de meerderheid van de revalidatiecentra. Meer dan driekwart van de centra publiceert soms tot regelmatig in wetenschappelijke bladen.

In bijlage 3 wordt een volledig overzicht gegeven van alle beschikbare prestatie-indicatoren van de revalidatiecentra.



5 Financiën

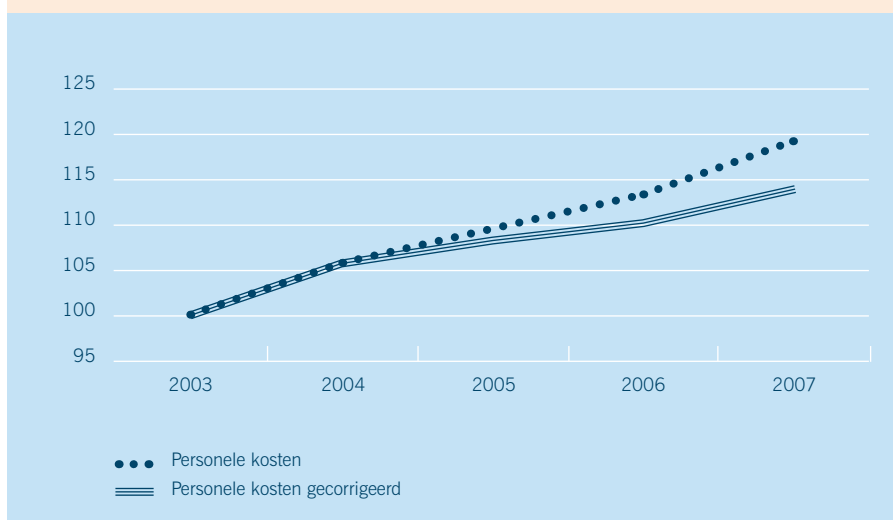
De uitgaven voor de totale zorgsector waren voor 2007 begroot op meer dan 50 miljard euro. Hiervan wordt iets meer dan 38% besteed aan curatieve zorg. Het wettelijke budget voor de aanvaardbare kosten van alle revalidatiecentra bedroeg in 2007 ruim 395 miljoen euro. Het aandeel van de revalidatiesector in de kosten van de curatieve zorg is dan ook gering; iets meer dan 2%.

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de kosten van de revalidatiecentra in Nederland. In de kosten is een onderscheid gemaakt naar personele en materiële kosten. In paragraaf 5.4 worden de kosten gerelateerd aan de geleverde zorg.

5.1 Personele kosten

De personele kosten van de revalidatiecentra bedragen in 2007 iets meer dan € 295 miljoen, dit is 75% van het totale (wettelijke) budget. In figuur 5.a wordt de ontwikkeling van de personele kosten vanaf 2003 geïndexeerd weergegeven. In een tweede lijn is de ontwikkeling van deze kosten gecorrigeerd met het indexcijfer voor CAO-lonen gezondheids- en welzijnzorg van het CBS.

Figuur 5.a Ontwikkeling van de personele kosten in 2003-2007 (2003=100)



Bron: Revalidatie Databank en CBS statline

De totale personele kosten zijn over periode 2003-2007 met bijna 19% toegenomen. Gecorrigeerd met de index voor de CAO-lonen in de gezondheidszorg is de totale toename 13,5%. De gemiddelde gecorrigeerde stijging per jaar in dezelfde periode bedraagt 3,2%.

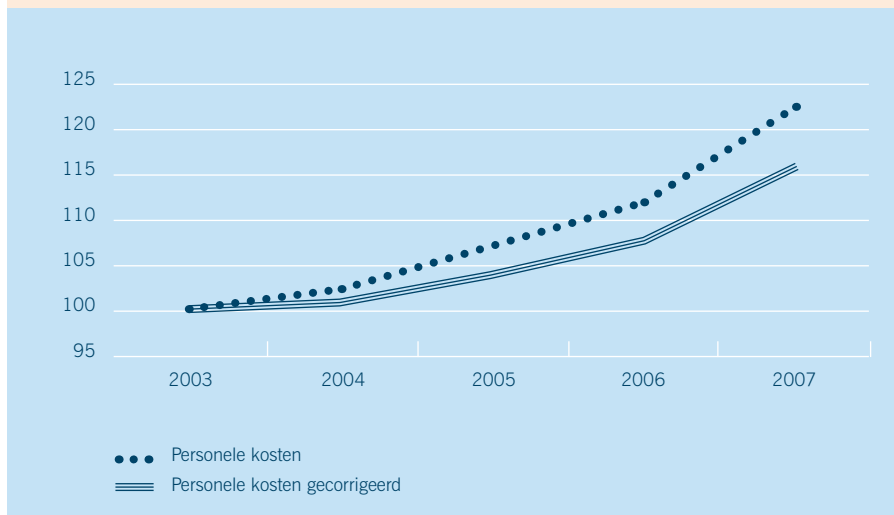
5.2 Materiële kosten

Figuur 5.b geeft de ontwikkeling van de materiële kosten exclusief de kapitaallasten weer over de afgelopen 5 jaar. In een tweede lijn wordt de ontwikkeling gecorrigeerd met de consumentenprijsindex (inflatie).

¹ Bron: Macro kosten Budgettair Kader Zorg in Nederland 2003-2007

Gezien het feit dat de ontwikkeling van de kapitaallasten van andere factoren afhankelijk is en het kostenverloop daarmee significant afwijkt van de overige materiële kosten, worden deze in figuur 5.c afzonderlijk in beeld gebracht.

Figuur 5.b Ontwikkeling in de materiële kosten (2003=100)



Bron: Revalidatie Databank en CBS statline

Figuur 5.c Ontwikkeling in de kapitaallasten (2003=100)

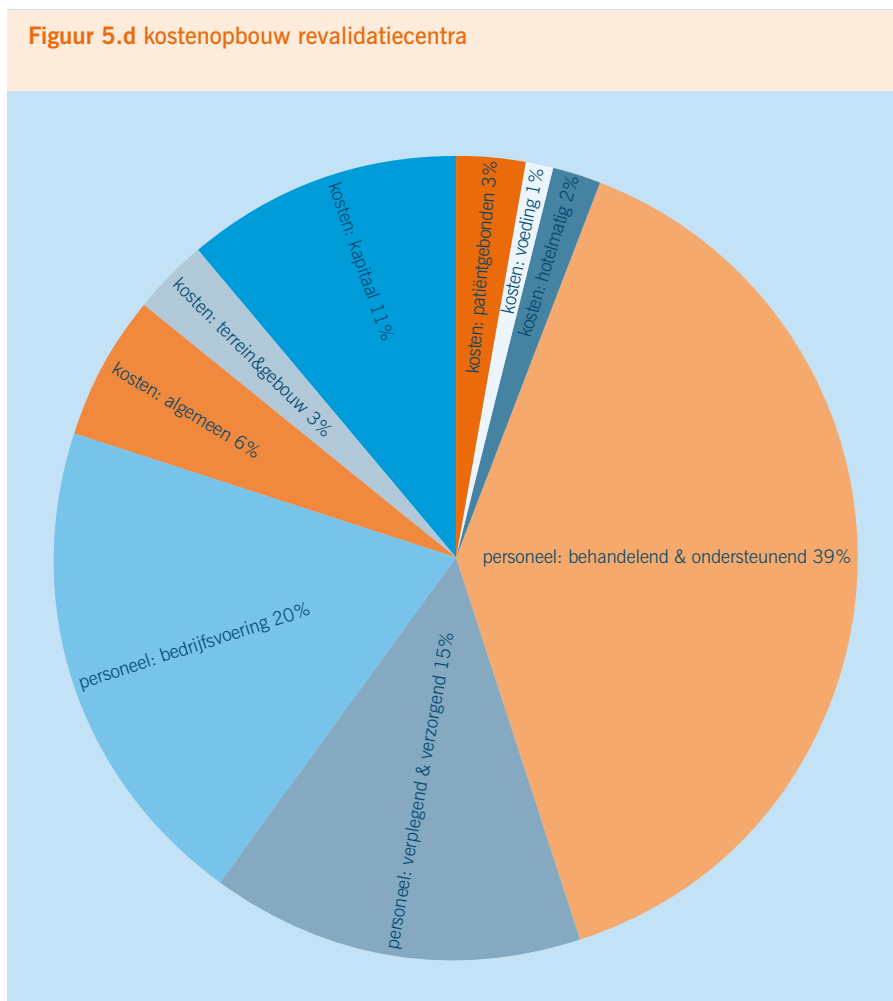


Bron: Revalidatie Databank en CBS statline

De kapitaallasten ontwikkelen zich minder trendmatig dan de overige materiële kosten. Dit wordt enerzijds veroorzaakt door de oplevering van nieuwbouw en de forse toename van de kosten die daarna plaatsvindt. Anderzijds zijn de kosten afhankelijk van de rentestand en de rentevastperiodes welke een grote invloed kunnen hebben op de absolute hoogte van deze lasten.

5.3 Kostenopbouw

In tabel 5.d zijn zowel de materiële- als personele kosten van de centra opgenomen en onderverdeeld naar de verschillende kostengroepen.

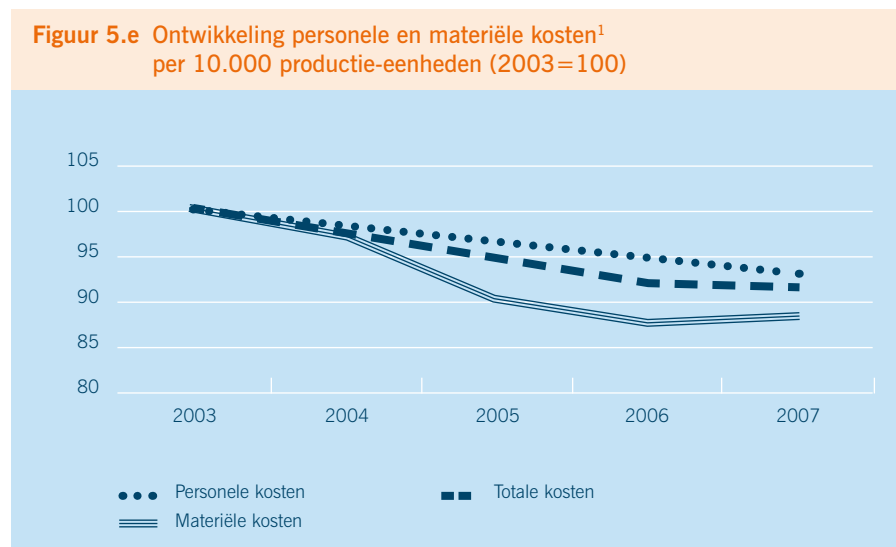


Bron: Revalidatie Databank en CBS statline

Binnen de revalidatiecentra heeft bijna 60% van de kosten een directe relatie met de patiëntenzorg. De overige kosten hebben betrekking op personeel ten behoeve van de bedrijfsvoering, kapitaallasten, terreinen & gebouwen en algemene kosten. De kapitaallasten en algemene kosten zijn de grootste niet direct-patiëntgerelateerde materiële kostencomponenten.

5.4 Doelmatigheid

Een doelmatige inzet van de middelen kan worden aangetoond door de personele en materiële kosten te relateren aan de geleverde zorg. Als maat voor de geleverde zorg is gekozen voor het productievolume van de revalidatiezorg; de gewogen som van het aantal eerste consulten, poliklinische en klinische RBU's en het aantal verpleegdagen. In onderstaande figuur is de doelmatigheid zichtbaar gemaakt.



¹ Deze kosten zijn gecorrigeerd op basis van het indexcijfer voor Cao-lonen gezondheid- en welzijnszorg en de consumentenprijsindex (inflatie).

Bron: Revalidatie Databank en CBS statline

Uit figuur 5.e kan worden afgeleid dat:

- De totale productiekosten per 10.000 productie-eenheden sinds 2003 dalen.
- De loonkosten per 10.000 productie-eenheden nog steeds een dalende trend laten zien.

² Voor de berekening van deze gestandaardiseerde productiemaat wordt verwezen naar bijlage 3, tabel B3.

6 Personeel

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de kenmerken van het personeel werkzaam in de revalidatiecentra.

De revalidatiebranche onderscheidt een drietal hoofdfunctiegroepen, te weten 'bedrijfsvoering', 'behandelend en ondersteunend' en 'verpleegkundig en verzorgend'. Tot de hoofdfunctiegroep 'bedrijfsvoering' worden onder andere de algemene en administratieve functies gerekend. De hoofdfunctiegroep 'behandelend en ondersteunend' bestaat onder meer uit medisch, paramedisch, sociaal wetenschappelijk en psychosociaal personeel.

De hoofdfunctiegroep 'verpleegkundig en verzorgend' bestaat uit verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden van verschillende niveaus.

6.1 Werkgelegenheid

In totaal zijn er ruim 5.940 arbeidsplaatsen, uitgedrukt in fte's, bij de revalidatiecentra aanwezig. Dit betreft zo'n 8.870 werkzame personen. Ruim 70% van deze medewerkers is direct betrokken bij de revalidatiezorg.

Tabel 6.1 Aantal arbeidsplaatsen, fte's en deeltijdfactor¹

	2003	2004	2005	2006	2007	% verandering 2003-2007
aantal arbeidsplaatsen in fte's						
Bedrijfsvoering	1.741	1.774	1.785	1.763	1.768	1,6%
Behandelend en ondersteunend	2.424	2.523	2.649	2.732	2.849	17,5%
Verpleegkundig en verzorgend	1.356	1.330	1.337	1.309	1.326	-2,2%
Totaal	5.521	5.627	5.771	5.805	5.943	7,6%
aantal werkzame personen						
Bedrijfsvoering	2.572	2.595	2699	2653	2.582	0,4%
Behandelend en ondersteunend	3.524	3.807	4028	4158	4.298	22,0%
Verpleegkundig en verzorgend	1.985	1.981	2011	1941	1.994	0,5%
Totaal	8.080	8.383	8739	8752	8.874	9,8%
Deeltijdfactor						
Bedrijfsvoering	0,68	0,68	0,66	0,66	0,68	1,2%
Behandelend en ondersteunend	0,69	0,66	0,66	0,66	0,66	-3,6%
Verpleegkundig en verzorgend	0,68	0,67	0,66	0,67	0,67	-2,7%
Totaal	0,68	0,67	0,66	0,66	0,67	-2,0%

¹ de gegevens in deze tabel zijn berekend over het personeel in loondienst + personeel niet in loondienst

Bron: Revalidatie Databank en CBS statline

Het totale aantal arbeidsplaatsen is in de afgelopen 5 jaar met 7,6% toegenomen, voornamelijk binnen de functiegroep 'behandelend en ondersteunend'. Het aantal arbeidsplaatsen in de functiegroep bedrijfsvoering is in dezelfde periode nauwelijks toegenomen, waardoor de overhead is verminderd.

Het behandelend en ondersteunend personeel is veruit de grootste functiegroep in de centra. Dit is verklaarbaar uit het feit dat revalidatie een multidisciplinaire aanpak kent, waarbij meerdere behandelaars zijn betrokken naast de revalidatiearts, zoals bijvoorbeeld fysiotherapeuten, psychologen en maatschappelijk werkers.

De deeltijdfactor, die berekend wordt op basis van het aantal arbeidsplaatsen en werkzame personen, is vanaf 2003 licht afgenomen.

6.2 Leeftijd en duur dienstverband

Tabel 6.2 Leeftijd en duur dienstverband personeel in loondienst

	gem. leeftijd (jr.)			
	2004	2005	2006	2007
Bedrijfsvoering	43,0	43,8	44,6	44,9
Behandelend en ondersteunend	39,3	39,6	39,6	39,8
Verpleegkundig en verzorgend	39,6	40,1	40,3	40,9
Totaal	40,5	41,0	41,3	41,5

	gem. duur dienstverband (jr.)			
	2004	2005	2006	2007
Bedrijfsvoering	8,9	9,1	9,3	9,3
Behandelend en ondersteunend	8,2	8,4	8,1	8,4
Verpleegkundig en verzorgend	8,1	8,7	8,4	9,5
Totaal	8,4	8,7	8,5	8,9

Bron: Revalidatie Databank

Werknemers in de revalidatiecentra hebben een gemiddelde leeftijd van 41,5 jaar. De gemiddelde leeftijd is in de functiegroep bedrijfsvoering met bijna 45 jaar het hoogst. Medewerkers blijven gemiddeld bijna 9 jaar bij een revalidatiecentrum werken. Zichtbaar is dat de gemiddelde leeftijd in alle functiegroepen langzaam stijgt. Daar ook de duur van het gemiddelde dienstverband stijgt, moet worden aangenomen dat het verloop zich vooral voordoet bij medewerkers die relatief kort in dienst zijn.

6.3 Verloop personeel

Tabel 6.3 Verloop personeel in loondienst

	% verloop in functiegroep			
	2004	2005	2006	2007
Bedrijfsvoering	8,9	9,9	11,8	14,1
Behandelend en ondersteunend	10,4	10,2	13,4	13,4
Verpleegkundig en verzorgend	7,8	8,2	10,4	11,6
Totaal	9,3	9,7	12,2	13,2

Bron: Revalidatie Databank

Het verloop van personeel in de revalidatie lijkt sinds 2004 in alle functiegroepen toe te nemen. Zoals eerder al geconstateerd doet dit verloop zich voornamelijk voor bij het personeel dat relatief kort in dienst is.

6.4 Ziekteverzuim

Tabel 6.4 Ziekteverzuimpercentage en -frequentie personeel in loondienst

	verzuimpercentage			
	2004	2005	2006	2007
Bedrijfsvoering	5,3	5,2	4,5	4,1
Behandelend en ondersteunend	4,4	4,6	4,5	4,0
Verpleegkundig en verzorgend	5,9	6,2	5,9	5,7
Totaal	5,1	5,2	4,8	4,4

	verzuimfrequentie			
	2004	2005	2006	2007
Bedrijfsvoering	1,5	1,6	1,6	1,8
Behandelend en ondersteunend	1,9	1,7	1,9	1,8
Verpleegkundig en verzorgend	2,1	1,8	2,0	2,1
Totaal	1,8	1,7	1,8	1,9

Bron: Revalidatie Databank

Binnen de functiegroepen die worden onderscheiden in de revalidatie loopt het ziekteverzuim uiteen van 4,0% bij het behandelend en ondersteunend personeel tot 5,7% bij het verplegend en verzorgend personeel. In iedere functiegroep is het verzuimpercentage gedaald.

Voor het totale personeelsbestand is het verzuimpercentage in 2007 gedaald naar 4,4%, het laagste in de afgelopen 4 jaar. Daar tegelijkertijd de verzuimfrequentie iets is gestegen kan worden geconcludeerd dat met name het langdurige verzuim is teruggelopen.

Bijlage 1 Verantwoording

B1.1 Totstandkoming

In juni 2006 heeft Revalidatie Nederland de Revalidatie Databank en het opstellen van rapportages zoals dit brancherapport in eigen beheer genomen. Het Brancherapport 2007 is voorbereid door de Commissie Informatievoorziening van Revalidatie Nederland. De commissie heeft met name de analyses van de gegevens uitgevoerd. De commissie is als volgt samengesteld:

Hans van Dijk, Rijndam revalidatiecentrum, voorzitter
Luc te Boekhorst, Revalidatiecentrum De Hoogstraat
Joep Cluitmans, St. Revalidatie Limburg
Gerrit Renes, Revalidatie Friesland
Frank Vermeulen, Sophia Revalidatie
Arik Wassink, Revalidatiecentrum Amsterdam
Henk Wierda, Revalidatie Nederland, secretaris, uitvoering

B1.2 Revalidatie Databank

In 1997 is Revalidatie Nederland gestart met het systematisch verzamelen van landelijke gegevens over de revalidatiezorg. Deze gegevensverzameling is uitgegroeid tot de Revalidatie Databank. Door politieke, maatschappelijke en zorginhoudelijke ontwikkelingen verandert de informatiebehoefte voortdurend. De databank evolueert dan ook steeds.

Deze databank is een uniek product dat is toegerust op een marktgericht gezondheidszorgstelsel. Hierbij zijn transparantie, geïntegreerde informatieproductie en maatschappelijke verantwoording essentieel. Om dit te kunnen bereiken hebben de revalidatiecentra zich gecommitteerd aan een datacontract. Hierin zijn de verschillende verantwoordelijkheden van de diverse partijen geregeld. Zo wordt op basis daarvan jaarlijks vastgesteld wanneer welke gegevens conform de vastgestelde definities door de revalidatie-instellingen worden geleverd. Via deze weg wordt gestreefd naar optimale kwaliteit en continuïteit. Nadere analyses van het beschikbare cijfermateriaal, aangevuld met kwalitatieve informatie en ervaringskennis vanuit de branche, zullen de komende jaren zorgen voor een nog beter beeld van de vele aspecten van revalidatie.

De Revalidatie Databank bestaat uit twee bronnen: patiëntgegevens en bedrijfsgegevens. Informatie ten aanzien van patiëntgegevens wordt halfjaarlijks door instellingen aangeleverd. Zij krijgen ook halfjaarlijks een terugkoppeling over de kwaliteit van de aanlevering. De bedrijfsmatige informatie wordt jaarlijks opgevraagd. Instellingen geven dan ondermeer hun capaciteit, personeels- en financiële gegevens op. Tevens wordt de omvang van de productie opgegeven zoals vastgesteld in de rekenstaat van de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA).

Op basis van de verzamelde gegevens wordt jaarlijks een Revalidatie Brancherapport en een Managementoverzicht per instelling gemaakt. In het laatste worden de resultaten van de instellingen gespiegeld aan een zelfgekozen referentiegroep en het landelijk gemiddelde. Het Managementoverzicht per revalidatie-instelling is een interne publicatie.

Daar waar in dit brancherapport gegevens in hele procenten worden weergegeven, ontstaan afrondingsverschillen, waardoor de totaalstelling niet altijd precies op 100% uitkomt.

Een deel van de patiënten die een klinische behandeling hebben ontvangen stromen na ontslag door naar een poliklinische vervolgbehandeling. Deze patiëntengroep wordt daarom zowel in de klinische- als de poliklinische behandelvorm meegeteld. Bij de bepaling van het “totaal aantal patiënten” worden ze als 1 patiënt geteld.

Plaats in de zorgketen

Figuur 3.c en 3.d in dit brancherapport geven een beeld van herkomst en bestemming van patiënten in de revalidatiebehandeling. Voor de samenstelling van deze figuren zijn alleen de afgesloten behandelingen meegenomen. Patiënten waarvan de klinische behandelingen zijn beëindigd en die binnen 3 maanden een poliklinische vervolgbehandeling krijgen, worden aangemerkt als ‘doorstroom’. Vanwege deze ‘latentieperiode’ van 3 maanden is het niet mogelijk de klinische behandelingen mee te nemen die in het laatste kwartaal van 2007 vallen. Dit omdat van deze groep gedeeltelijk onbekend is wanneer zij (eventueel) een poliklinische vervolgbehandeling krijgen.

Erratum

In de voorgaande Brancherapporten zijn twee onjuiste berekeningen geslopen die in dit rapport zijn gecorrigeerd. Bij de berekening van de fte's van de revalidatiecentra's is uitgegaan van de verkeerde doelgroep waardoor in alle jaren een te laag aantal fte's werd gerapporteerd. Bij de weergave van de kosten was de beschreven inflatiecorrectie niet doorgevoerd.

Bijlage 2 Overzicht leden Revalidatie Nederland

Tabel B.2 Revalidatiecentra in Nederland

NAAM	HOOFDVESTIGING
Jan van Breemen Instituut	Amsterdam
Revalidatiecentrum Amsterdam	Amsterdam
ViaReva, revalidatiegeneeskunde	Apeldoorn
Groot Klimmendaal, revalidatie voor kinderen, jongeren en volwassenen	Arnhem
Revalidatie Friesland	Beetsterzwaag
Stichting Revalidatiecentrum Breda	Breda
Sophia Revalidatie	Den Haag
Militair Revalidatie Centrum Aardenburg	Doorn
Revalidatiecentrum De Waarden	Dordrecht
Revalidatiecentrum Blixembosch, onderdeel van de Libra Zorggroep	Eindhoven
Het Roessingh, centrum voor revalidatie	Enschede
Stichting Revalidatiegeneeskunde Zeeland	Goes
Centrum voor Revalidatie - UMCG, lokatie Beatrixoord	Haren
Stichting Revalidatie Limburg	Hoensbroek
Revalidatiecentrum De Trappenberg	Huizen
Rijnlands Revalidatie Centrum	Leiden
Revalidatiecentrum van de Sint Maartenskliniek	Nijmegen
Rijndam revalidatiecentrum	Rotterdam
Rotterdamse Stichting voor Cardiologische Revalidatie	Rotterdam
Revalidatiecentrum Tolbrug	's-Hertogenbosch
Revalidatiecentrum Leijpark, onderdeel van de Libra Zorggroep	Tilburg
Revalidatiecentrum De Hoogstraat	Utrecht
Stichting Heliomare	Wijk aan Zee
De Vogellanden, centrum voor revalidatie	Zwolle

Bron: Revalidatie Nederland

Bijlage 3 Overzicht prestatie-indicatoren

Onderstaande tabel geeft een bondig overzicht van alle prestatie-indicatoren die jaarlijks worden afgenomen en de daarbij behorende (beknopte) conclusies.

Alle 24 revalidatiecentra nemen deel aan het prestatie-indicatoren project.

Tabel b.3 Overzicht van het aantal centra dat over de gevraagde indicator beschikt (in absolute aantallen)

Rubriek	Ja	Nee	Nvt	Beknopte conclusie
1. Tevredenheid				
1.1 Patiëntentevredenheid				uitkomstindicator
1.1.1 Onderzoek patiëntentevredenheid	24	0	0	Alle centra hebben recent de patiëntentevredenheid onderzocht met dezelfde instrumenten. De resultaten van 22 centra zijn daardoor landelijk vergelijkbaar. Volwassenen gaven het revalidatiecentrum gemiddeld 7,7 als rapportcijfer. Ouders van kinderen die in behandeling waren gaven gemiddeld 7,2 als rapportcijfer.
2. Veiligheid				
2.1 Basis medische zorg				structuur indicator
2.1.1 Reglement basis medische zorg	21	3	0	De meerderheid van de instellingen heeft een reglement basis medische zorg.
2.2 Infectiepreventie				structuur indicator
2.2.1 Beleid infectiepreventie	16	8	0	Een groot deel van de centra heeft volledig beleid voor infectiepreventie. Nog eens zes centra hebben partieel beleid.
2.3 Complicaties				structuur indicator
2.3.1 Registratie complicaties bij schouderinjecties	8	13	3	Het aantal centra dat complicaties bij schouderinjecties registreert is sterk gestegen na invoering 2006.
2.4 Decubitusprevalentie				structuur indicator & uitkomst indicator
2.4.1 Registratie	21	0	3	Alle klinische centra hebben aan de landelijke decubitusprevalentie-meting deelgenomen. De puntprevalentie is met gemiddeld 2,1% zeer laag. Dit % heeft betrekking op 39 patiënten met een decubitus graad van 2 of hoger.
2.5 Decubitusincidentie klin. patiënten met een dwarslaesie				structuur indicator & uitkomst indicator
2.5.1 Registratie	5	13	6	Drie klinische en drie poliklinische centra behandelen geen klinische patiënten met dwarslaesie.
2.5.2 Incidentie	5	13	6	
3. Effectiviteit				
3.1 Behandelovereenkomst				structuur indicator
3.1.1 Projecten resultaatmeting	19	5	0	De meeste centra voeren projecten uit om resultaatmeting te doen.
3.2 Resultaten				structuur indicator
3.2.1 Percentage ontslagen patiënten, dat zelfstandig gaat wonen	21	0	3	Het percentage klinische patiënten dat na de behandeling zelfstandig gaat wonen ligt gemiddeld op 90%.
3.2.2 Registratie effecten van de behandeling op zelfstandigheid	13	11	0	Voor de registratie/meting van de effecten op zelfstandigheid worden meer dan 20 doelgroepspecifieke meetinstrumenten gebruikt (b.v. Barthell, Pedi).
3.2.3 Uitkomsten van registratie	1	23	0	Kwantitatieve uitkomsten van de metingen op het effect van behandeling zijn bij enkele instellingen beschikbaar.

Rubriek	Ja	Nee	Nvt	Beknpte conclusie
4. Tijdigheid				
4.1 Wachttijden				proces indicator & uitkomst indicator
4.1.1 Eerste onderzoek	23	1	0	62,7% van de patiënten heeft korter gewacht dan de (Geen suggesties) (< 4 weken).
4.1.2 Poliklinische revalidatiebehandeling	24	0	0	76,3% van de patiënten heeft korter gewacht dan de (< 6 weken).
4.1.3 Klinische revalidatiebehandeling	21	0	3	95,8% van de patiënten heeft korter gewacht dan de (< 7 weken).
4.1.4 Publicatie op internet per diagnosegroep	10	14	0	Tien centra geven aan de wachttijden voor diagnosegroepen op de eigen website te publiceren.
5. Transparantie				
5.1 Externe toetsing revalidatiezorg				structuur indicator
5.1.1 Laatste scores externe toetsing	23	0	1	Tussen 1e en 2e toetsing is gemiddelde score van 60% naar 70% gestegen. Tijdens de 2e toetsing steeg het gemiddelde per jaar van 63% in 2003 naar 73% in 2006.
5.1.2 Voorlaatste scores externe toetsing	23	0	1	
5.1.3 Datum laatste visitatie VIOP/ VINOP	15	0	9	
6. Samenwerking				
6.1 Samenwerking met patiëntenverenigingen				structuur
6.1.1 Systematisch overleg patiëntenvertegenw.	19	5		Aantal (n) revalidatiecentra welke structureel overleg voeren met: - Samen Verder, de Nederlandse CVA vereniging (18) - Cerebraal, vereniging voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel (14) - Dwarslaesie Organisatie Nederland (10) - VSN, Vereniging Spierziekten Nederland (14) - BOSK, Vereniging van motorische gehandicapten (kinderen) en hun ouders (12) - Landelijke vereniging van geamputeerden (8) - Stichting Pijnhoop (3) - Hartzorg (1) - Astmafonds (2) - Reumafonds (6)
6.1.2 Welke patiëntenorganisaties	19	5		
7. Deskundigheid en deskundigheidsontwikkeling				
7.1 Participatie in landelijke werkgroepen VRA				structuur
7.1.1 Participatie werkgroepen VRA	22	2		Aantal revalidatiecentra (n) dat deelneemt aan gespecificeerde VRA werkgroepen: - Platform kinderrevalidatie artsen (22) - Werkgroep CVA Nederland (21) - Werkgroep Amputaties en Prothesiologie (20) - Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (22) - Kerngroep Revalidatieartsen voor spiergroepen (19) - Werkgroep Traumatisch hersenletsel (16) - Nederlands-Vlaams Dwarslaesie Genootschap (13) - Werkgroep Trauma Revalidatie (13) - Werkgroep Transculturele Revalidatie (8) - Kwaliteitscommissie (8) [coördineert kwaliteitsvisitaties] - Consilium (12) [betreft inhoudelijke eisen aan opleiding revalidatiearts]
7.1.2 Welke werkgroepen	22	2		
7.1.3 Participatie andere bijeenkomsten professionals	22	2		Aantal revalidatiecentra (n) dat deelneemt aan gespecificeerde bijeenkomsten: - Landelijke themadag van de Werkgroep CVA Nederland (19) - Jaarlijks interdisciplinair congres van het Nederlands-Vlaams dwarslaesie genootschap (11) - Studiedag van de Werkgroep Amputaties en prothesiologie (15) - Teamdag van de Werkgroep Traumatisch Hersenletsel (12) - Platform en/of Commissie cognitieve revalidatie van VRA, NIP en RN (19)

Rubriek	Ja	Nee	Nvt	Beknopte conclusie
8. Onderwijs, Opleiding en Onderzoek				
8.1 Onderwijs		structuur indicator		
8.1.1 Participatie klinisch onderwijs geneeskunde	17	7		In totaal participeren 17 revalidatiecentra in de opleiding van: ruim 449 co-assistenten.
8.1.2 Aantal co-assistenten	17	7		Aantal revalidatiecentra dat participeert in andere geneeskundige onderwijsrichtingen: - geven van colleges (14) - begeleiden van werkgroepen (7) - begeleiden van stages (13)
8.1.3 Participatie andere activiteiten onderwijs geneeskunde	16	8		Aantal revalidatiecentra dat participeert in het klinisch onderwijs van andere studierichtingen dan geneeskunde: - Fysiotherapie (20) - Ergotherapie (20) - HBO-V (17) - Bewegingsagogie (15) - Gezondheidspsychologie (18) - Logopedie (19) - Maatschappelijk werk (15) - MBO-V (16)
8.1.4 Welke activiteiten	16	8		
8.1.5 Participatie klinisch onderwijs andere studierichtingen	22	2		
8.1.6 Welke studierichtingen	22	2		
8.2 Opleiding tot specialist		structuur indicator		
8.2.1 Participatie opleiding revalidatiearts	18	6		Een ruime meerderheid van de centra neemt deel aan de opleiding revalidatiearts.
8.2.2 Aantal AIOS in dienst op 31 december	18	6		Het aantal AIOS in revalidatiecentra bedraagt 97 en varieert van 1 tot 13 per centrum.
8.2.3 Aantal AIOS tevens opleiding klinisch wetenschappelijk onderzoeker	7	17		Het totale aantal AGIKO's bedraagt 12 en varieert van 1 tot 4 per centrum.
8.3 Wetenschappelijk onderzoek		uitkomst indicator		
8.3.1 Aantal peer-reviewed publicaties door medewerkers	19	5		De meerderheid van de centra publiceert in wetenschappelijke bladen. Negen centra hebben tussen de één en tien publicaties. Vijftien centra hebben er meer dan tien.

Bijlage 4 Begrippen en definities

Eerste consult

Voordat een patiënt poliklinisch in behandeling wordt genomen door een revalidatiecentrum is er een eerste consult met een revalidatiearts. Dit eerste contact vindt vaak plaats in een revalidatiecentrum, maar kan ook plaatsvinden in een ziekenhuis. In een aantal gevallen werkt de revalidatiearts alleen voor het ziekenhuis. Alle eerste consulten worden dan geregistreerd door het ziekenhuis.

Financiële gegevens

Dit betreft de kosten die gemaakt worden ten behoeve van de revalidatiegeneeskundige functies conform de CTG-richtlijnen, inclusief de meervoudige en enkelvoudige hart/longrevalidatie. De kosten en inkomsten betreffende overige activiteiten en dienstverlening vallen hierbuiten.

FTE's en personen

Gemiddeld aantal fulltime equivalenten en personen.

Gemiddeld dienstverband in jaren

Som van de lengtes van de dienstverbanden gedeeld door het aantal personen in loondienst.

Gemiddelde leeftijd

Som van de leeftijden van de medewerkers gedeeld door het aantal personen in loondienst.

Gestandaardiseerde productie

Voor het berekenen van het totale productievolume van de revalidatiezorg worden de verschillende zorgproducten omgerekend naar Revalidatie Behandelingen (RBU's). Tabel B.4 vermeldt voor ieder zorgproduct de gebruikte wegingsfactor.

Loonkosten

De som van lonen en salarissen, sociale lasten, pensioenpremies, overige personele kosten en de kosten voor personeel niet in loondienst.

Sublocatie van revalidatiecentrum

Bij de bepaling van het aantal sublocaties van een revalidatiecentrum is een kwaliteitscriterium toegepast. Alleen locaties waarvan het centrum heeft aangegeven dat de 'Basisset Prestatie-indicatoren Revalidatiecentra' er van toepassing is, worden als sublocatie geteld.

Wachttijden

Gepresenteerd worden de wachttijden van de individuele instellingen. De gemiddelden over de gehele sector zijn ongewogen; er wordt dus geen onderscheid gemaakt naar de omvang van de instelling.

Zelfstandig ziekenhuis

In dit brancherapport wordt een ziekenhuis als 'zelfstandig' aangemerkt als in de enquêtes is opgegeven dat de geproduceerde revalidatiebehandelingen (RBU's) op de rekenstaat van het ziekenhuis worden opgevoerd.

Tabel B.4 Wegingsfactoren voor berekening totale productie

Behandelvormen	Factor
Kinder- en jeugdrevalidatie	
1e consult	0,5
Poliklinische RBU	1
Poliklinische opname	0
verpleegdag	1
Klinische RBU	1
Volwassenen revalidatie	
1e consult	0,5
Poliklinische RBU	1
Poliklinische opname	0
verpleegdag	1
Klinische RBU	1
Bijzondere erkenningen	
Opname hoge dwarslaesies	0
Beademingsdagen	0,5
Overige verrichtingen¹	
Enkelvoudig	1
Meervoudig hart/long	1

¹ Vanaf 2005 worden de "overige verrichtingen" reeds als RBU waarde door de centra aangeleverd

Bijlage 5 Diagnoseclassificatie revalidatiegeneeskunde

In de revalidatiezorg kunnen ruim 1700 verschillende ICD9-DE-REV diagnoses worden gesteld. Voor rapportage-doeleinden worden deze geïnclassificeerd naar één van de 45 diagnoseclusters en uiteindelijk naar de 7 diagnostische hoofdgroepen (witte achtergrond). Tabel B5 geeft een overzicht van alle hoofdgroepen en de daaronder vallende diagnoseclusters.

Tabel B.5 Hoofdgroepen diagnoseclassificatie

Aand. bewegingsapparaat		Dwarslaesie	
Aangeboren aandoeningen B.E.		Dwarslaesie hoog: C1-C8, T1-T6	
Aangeboren aandoeningen O.E.		Dwarslaesie laag: T7-T12 en lager	
Overige aangeboren aand. beweging		Spina bifida	
Overige aandoening B.E.		Ernstige decubitus t.g.v. dwarslaesie	
Overige aandoening O.E.			
Aandoening wervelkolom, romp			
Reumatische aandoeningen			
Multitrauma			
Overig aand. bewegingsapparaat			
Amputaties BE		Organen	
Amputatie door of boven de elleboog		Huidaandoen., incl. decubitus en ulcus cruris	
Amputatie onderarm/hand, excl. vingers		Brandwonden	
Amputatie vinger(s)		Hartaandoeningen	
Amputatie B.E. niet gespecificeerd		Bloedvaten	
Amputatie bovenbeen en hoger		Respiratoire aandoeningen	
Amputatie voet onderbeen en knie		Overige orgaanaandoeningen	
Amputatie te(n)en			
Amputatie O.E. niet gespecificeerd			
Hersenen		Chronische pijn en psych.stoorn.	
Cerebrale functiestoornissen, incl. cong.		Chronische Pijnsyndroom WPN 1	
DCD (Development Coördination Disorder)		Chronische Pijnsyndroom WPN 2	
CVA		Chronische Pijnsyndroom WPN 3	
Contusio cerebri		Chronische Pijnsyndroom WPN 4	
Infectieuze hersenaandoeningen		Overige pijn	
Tumor cerebri		Psychische stoornissen	
Overige hersenaandoeningen			
Neurologie			
Neurologie cerebrospinaal			
Plexusletsel			
Perifeer zenuwletsel, zenuwaandoeningen			
Neuro musculaire aandoeningen			
Overige neurologische aandoeningen			

Toelichting op de chronische pijnsyndromen
 Het onderscheid naar de 4 onderkende pijnsyndromen WPN 1 t/m WPN 4 wordt gemaakt op basis van de mate waarin naast de somatische problematiek ook psychische en sociale factoren een onderhoudende of zelfs oorzakelijke rol spelen. Psychische en sociale factoren spelen in WPN 1 geen rol. In niveau 4 spelen zij een belangrijke onderhoudende of veroorzakende rol. De overige twee niveaus bevinden zich daartussen.



WAAR KUNT U TERECHT VOOR REVALIDATIE?

1 Haren	Centrum voor Revalidatie - UMCG, locatie Beatrixoord	050 5338911	www.centrumvoorrevalidatie-umcg.nl
2 Beetsterzwaag	Revalidatie Friesland	0512 389494	www.revalidatie-friesland.nl
3 Zwolle	De Vogellanden, centrum voor revalidatie	038 4981111	www.vogellanden.nl
4 Enschede	Het Roessingh, centrum voor revalidatie	053 4875875	www.roessingh.nl
5 Apeldoorn	ViaReva, revalidatiegeneeskunde	055 5382700	www.viareva.nl
6 Arnhem	Groot Klimmendaal, revalidatie voor kinderen, jongeren en volwassenen	026 3526100	www.grootklimmendaal.nl
7 Doorn	Militair Revalidatie Centrum Aardenburg	0343 598445	www.mrc.nl
8 Utrecht	Revalidatiecentrum De Hoogstraat	030 2561211	www.dehoogstraat.nl
9 Huizen	Revalidatiecentrum De Trappenberg	035 6929600	www.trappenberg.nl
10 Amsterdam	Revalidatiecentrum Amsterdam	020 6071607	www.rcamsterdam.nl
11 Amsterdam	Jan van Breemen Instituut	020 5896589	www.janvanbreemen.nl
12 Wijk aan Zee	Stichting Heliomare	0251 288222	www.heliomare.nl
13 Leiden	Rijnlands Revalidatie Centrum	071 5195195	www.rrc.nl
14 Den Haag	Sophia Revalidatie	070 3593593	www.SophiaRevalidatie.nl
15 Rotterdam	Rotterdamse Stichting voor Cardiologische Revalidatie	010 4366988	www.rscr.nl
16 Rotterdam	Rijndam revalidatiecentrum	010 2412412	www.rijndam.nl
17 Dordrecht	Revalidatiecentrum De Waarden	078 6523000	www.rcdewaarden.nl
18 Goes	Stichting Revalidatiegeneeskunde Zeeland	0113 236236	www.rgz.nl
19 Breda	Stichting Revalidatiecentrum Breda	076 5331700	www.rcbreda.nl
20 Tilburg	Revalidatiecentrum Leijpark, onderdeel van de Libra Zorggroep	013 5398539	www.rcleijpark.nl
21 Eindhoven	Revalidatiecentrum Blixembosch, onderdeel van de Libra Zorggroep	040 2642742	www.blixembosch.nl
22 's-Hertogenbosch	Revalidatiecentrum Tolbrug	073 6992028	www.tolbrug.nl
23 Nijmegen	Revalidatiecentrum van de Sint Maartenskliniek	024 3659911	www.maartenskliniek.nl
24 Hoensbroek	Stichting Revalidatie Limburg	045 5282828	www.srl.nl

- Revalidatiecentrum hoofdvestiging
- Ziekenhuis waar revalidatie wordt geboden
(Bron: werkadressen VRA)

Zie ook: www.revalidatie.nl

Hoe kunt u Revalidatie Nederland bereiken?

Revalidatie Nederland, Oudlaan 4, Postbus 9696, 3506 GR Utrecht
T 030 2739384 F 030 2739406 info@revalidatie.nl www.revalidatienederland.nl

Colofon

Uitgave van Revalidatie Nederland. Tekst: Revalidatie Nederland.
Fotografie: Inge Hondebrink.
Vormgeving: AC+M, Maarssen. Drukwerk: Tailormade, Buren.

