

Revalidatie 
Brancherapport **2009**





Revalidatie Brancherapport 2009

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Wat is revalidatie	5
1.2	Revalidatiefeiten 2009	6
2	Geleverde zorg	9
2.1	Totale geleverde zorg in de revalidatiecentra	11
2.2	Revalidatiepatiënten	13
2.3	Zorg per regio	29
2.4	Poliklinische behandeling	34
2.5	Klinische opname	35
3	Behandelproces	37
3.1	Verpleegduur en behandelintensiteit	37
3.2	Plaats in de zorgketen	38
3.3	Wachttijden voor revalidatiezorg	41
3.4	Inzet personeel	43
4	Kwaliteit van de revalidatiezorg	47
4.1	Tevredenheid	47
4.2	Veiligheid	48
4.3	Effectiviteit	48
4.4	Tijdigheid	48
4.5	Transparantie	48
4.6	Samenwerking	48
4.7	Deskundigheid	49
4.8	Opleiding	49
4.9	Onderzoek	49
5	Financiën	51
5.1	Personele kosten	51
5.2	Materiële kosten	51
5.3	Kostenopbouw	53
5.4	Doelmatigheid	54
6	Personeel	55
6.1	Werkgelegenheid	55
6.2	Leeftijd en duur dienstverband	56
6.3	Verloop personeel	57
6.4	Ziekteverzuim	57

Bijlage 1	Verantwoording	59
Bijlage 2	Overzicht leden Revalidatie Nederland	61
Bijlage 3	Overzicht prestatie-indicatoren	62
Bijlage 4	Begrippen en definities	66
Bijlage 5	Diagnoseclassificatie revalidatiegeneeskunde	68

1 Inleiding

1.1 Wat is revalidatie

Revalidatie richt zich op het herstel van autonomie en/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 meestal plaats in een multidisciplinair team, onder coördinatie van de revalidatiearts. In dit team worden de para- en perimedische disciplines samengebracht die noodzakelijk zijn voor de vaak complexe aandoeningen. Het team kent fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, psychologen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, en nog enkele 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 (hierna: ziekenhuizen). Nederland telde in 2009 23 revalidatiecentra die alle lid zijn van de branchevereniging Revalidatie Nederland. Daarnaast waren in 2009 ook 6 ziekenhuizen geassocieerd lid van 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 revalidatiecentra ontwikkelde prestatie-indicatoren.

In dit brancherapport staat vooral de medisch specialistische revalidatiezorg centraal, zoals deze wordt geleverd door de 23 revalidatiecentra. Dit betreft qua totaal aantal revalidatiebehandeluren (RBU's) ca. 86% (poliklinisch: 80%) van de totale medisch specialistische revalidatie in Nederland. Het resterende deel wordt uitgevoerd door de ziekenhuizen. Dit onderdeel van de revalidatiezorg wordt in dit rapport ook op hoofdlijnen meegenomen.

De gegevens in dit brancherapport hebben betrekking op 2009. Waar mogelijk wordt verslag gedaan over een langere periode.

1.2 Revalidatiefeiten 2009

Toegankelijkheid van de zorg

Medisch specialistische revalidatiezorg wordt mono-disciplinair (door revalidatieartsen) of multidisciplinair (door revalidatieteams) aangeboden. Een multidisciplinair revalidatietraject vangt altijd aan met een beoordeling door een revalidatiearts, gewoonlijk in een ziekenhuis. Klinische multidisciplinaire revalidatiebehandelingen vinden altijd plaats in de revalidatiecentra. Van de poliklinische multidisciplinaire behandelingen wordt ca. 20% in de ziekenhuizen gegeven, en ca. 80% in de revalidatiecentra. Vaak is er sprake van een samenwerkingsverband tussen het ziekenhuis en een revalidatiecentrum.

Patiënten

In totaal ontvingen bijna 75.500 patiënten zorg in 2009. 8.137 Patiënten kregen een klinische revalidatiebehandeling, waaronder 421 kinderen. 71.883 Patiënten ontvingen een poliklinische behandeling, waaronder 15.646 kinderen.

Patiëntprofielen

In 2007 zijn alle revalidatiecentra overgestapt op 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 hersenaandoeningen. Daarna volgen aandoeningen aan het bewegingsapparaat en chronische pijn. Er zijn poliklinisch en klinisch bepaalde patronen zichtbaar op basis van leeftijd en geslacht. Zo komen hersenaandoeningen, amputaties, dwarslaesies en orgaanaandoeningen relatief veel voor bij jongens en mannen, terwijl bij meisjes en vrouwen chronische pijn en psychische stoornissen en aandoeningen aan het bewegingsapparaat relatief veel voorkomen.

Productie

Ten opzichte van het voorgaande jaar is het productievolume in 2009 met 4% gestegen, vooral als gevolg van het toegenomen aantal revalidatiebehandelingen (RBU's)¹ voor alle patiënten. Daarnaast is het aantal klinische opnamen in totaal licht toegenomen. Bij de kinderen was sprake van een daling van 10%.

Toegang tot de zorg

Gemiddeld vindt voor 61% van de patiënten het eerste consult plaats binnen de Treeknorm² van vier weken. Voor poliklinische zorg wordt 79% van de patiënten binnen zes weken gezien door de revalidatiearts. Voor vrijwel alle klinische patiënten (96%) is de wachttijd voor opname korter dan zeven weken.

Behandelproces

De gemiddelde verpleegduur voor volwassenen is in 2009 verder gedaald van 66 naar 65 dagen. Gelijktijdig is het aantal revalidatiebehandelingen per verpleegdag toegenomen van 1,8 naar 1,9. Klinische behandelingen worden dus steeds korter en intensiever.

Bij kinderen is de gemiddelde verpleegduur weliswaar gestegen van 76 naar 78 dagen, het aantal revalidatiebehandelingen per verpleegdag is ook gestegen, van 2,0 naar 2,2. Ook hier is dus sprake van een verdere intensivering van de behandeling ten opzichte van voorgaande jaren.

¹ Revalidatiebehandeluur (RBU) is de eenheid waarin wordt uitgedrukt hoeveel directe tijd behandelaars besteden aan patiënten.

² Zorgaanbieders en verzekeraars hebben afspraken gemaakt over aanvaardbare wachttijden in de zorg. Deze maximaal aanvaardbare wachttijden worden 'treeknormen' genoemd. Zie ook paragraaf 3.3.

Kwaliteit

Alle 23 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 8.930 werkzame personen. In FTE's uitgedrukt zijn dat 5.981 volledige arbeidsplaatsen. In totaal wordt 75% van het aantal arbeidsplaatsen ingezet voor de zorgverlening aan de patiënt. De revalidatiecentra zijn actief betrokken bij het opleiden van studenten. Naast de begeleiding van 310 co-assistenten geneeskunde wordt onder andere begeleiding geboden aan studenten fysiotherapie, ergotherapie en psychologie.

Financiën

De uitgaven van de gehele zorgsector bedroegen in 2009 meer dan 58 miljard euro³. Hiervan wordt circa 40% besteed aan curatieve zorg. Het aandeel van de revalidatiesector in de curatieve zorg is bescheiden; minder dan 2%. De personele kosten van de revalidatiecentra beslaan 74% van het totale budget, de materiële kosten 26%. Van alle kosten binnen de centra heeft 64% een directe relatie met de patiëntenzorg (2008: idem). Het wettelijk budget voor de aanvaardbare kosten van alle revalidatiecentra bedroeg in 2008 414 miljoen euro.

Doelmatigheid

Ten opzichte van 2008 is het productievolume in 2009 met 4% toegenomen. De productiekosten zijn eveneens gestegen, maar met minder dan 4%. Wederom is de revalidatiesector er in geslaagd met de beschikbare middelen meer zorg te leveren dan in het voorgaande jaar.

³ Bron: Budgettair Kader Zorg (BKZ) 2009



2 Geleverde zorg

Medisch specialistische revalidatiezorg in Nederland wordt verzorgd door revalidatiecentra en door revalidatieafdelingen van ziekenhuizen. De revalidatiecentra bieden poliklinische en in de meeste gevallen ook klinische revalidatiezorg. De ziekenhuizen bieden poliklinische revalidatie, en zijn daarnaast actief betrokken bij de klinisch opgenomen patiënten, vaak al kort na opname in het ziekenhuis. Niet-specialistische revalidatie vindt vooral in verpleeghuizen plaats.

In dit brancherapport staat de medisch specialistische revalidatiezorg centraal, zoals deze wordt geleverd door de 23 revalidatiecentra. In bijna alle gevallen worden de multidisciplinaire behandelteams gecoördineerd door revalidatieartsen, waarvan er in revalidatiecentra en ziekenhuizen per eind 2009 426 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 2.1 en 2.2 geven een beeld van de omvang waarin in 2009 werd samengewerkt.

Tabel 2.1 Aanbod multidisciplinaire revalidatiezorg door revalidatiecentra

	aantal	Plaats van vestiging	
		niet bij ziekenhuis	bij ziekenhuis
Revalidatiecentra			
hoofdvestigingen	23	19	4
sublocaties ⁴	76	29	47
Totaal	99	48	51

Bron: Locatie-enquête 2009

Tabel 2.2 Aantal ziekenhuizen dat revalidatiezorg aanbiedt

	Aantal
Ziekenhuizen die revalidatiezorg aanbieden	91
Waarvan:	
academische ziekenhuizen	8
algemene ziekenhuizen	83
samenwerkend met revalidatiecentrum	57

Bron: Enquête Omvang Ziekenhuisrevalidatie 2009, Bedrijfsenquête 2009.

Samenwerkingsverbanden

In ieder Nederlands ziekenhuis is het specialisme revalidatiegeneeskunde aanwezig. In enkele gevallen zal de aanwezige revalidatiearts alleen als medebehandelaar optreden, maar in bijna alle andere ziekenhuizen is een volledig multidisciplinair behandelteam beschikbaar.

Bij de ziekenhuizen die niet met een revalidatiecentrum samenwerken, de '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.

⁴ Sublocaties zijn locaties waarvan de revalidatiecentra hebben aangegeven dat er revalidatiezorg aanwezig is. Deze zorg kan variëren van uitsluitend spreekuren van revalidatieartsen tot volledige revalidatieafdelingen met multidisciplinaire behandelteams, zoals revalidatieafdelingen van ziekenhuizen.

Het minst vergaand is de situatie waarin een revalidatiearts van een revalidatiecentrum wordt gedetacheerd in het ziekenhuis. Bij een aantal andere ziekenhuizen is de betrokkenheid van het centrum echter zodanig dat er sprake is van een sublocatie, waarbij het revalidatiecentrum volledig verantwoordelijk is voor de behandeling, de organisatie en de faciliteiten.

Ook is er een aantal ziekenhuizen dat voor de revalidatiezorg een beroep doet op een stichting waarin een aantal revalidatieartsen zich heeft verenigd. Enkele ziekenhuizen werken samen met een ziekenhuis dat een eigen multidisciplinair revalidatieteam beschikbaar heeft.

Binnen deze samenwerkingsverbanden wordt zowel aan kinderen als aan volwassen patiënten zorg geleverd. In totaal zijn er in Nederland 139 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. In tabel 2.3 wordt, voor het verslagjaar 2009, de totale revalidatieproductie van de centra vergeleken met die van de ziekenhuizen. De productie wordt uitgedrukt in consulten en revalidatiebehandelingen (RBU's). 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 2009

	FTE's revalidatieartsen		Geproduceerde RBU's*		Klinische consulten	1e Polikliniek bezoeken
Revalidatiecentra	249	65%	2.662.956	89%	nvt	46.770
Ziekenhuizen	137	35%	342.259	11%	27.528	75.517
Totaal	386	100%	3.005.215	100%	27.528	122.287

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

Bron: Bedrijfsenquête 2009, Enquête Omvang Ziekenhuisrevalidatie 2009, Jaarenquête Ziekenhuizen 2009

De revalidatiecentra verzorgen 89% van de totale RBU-productie in Nederland, althans: 89% van de productie staat op de rekenstaat van de revalidatiecentra. In de ziekenhuizen wordt echter ook RBU-productie gerealiseerd, die deels op de rekenstaat van de revalidatiecentra wordt opgevoerd. Indien deze productie bij de ziekenhuizen wordt opgeteld, dan bedraagt de ziekenhuisproductie naar schatting 425.000 RBU's⁵, ofwel 14% van de totale RBU-productie in Nederland. Afgezet tegen de totale poliklinische RBU-productie betreft het aandeel van de ziekenhuisrevalidatie naar schatting 20%.

Uit de tabel blijkt dat de revalidatieartsen in ziekenhuizen naar verhouding een geringer aantal RBU's produceren dan de revalidatiecentra. Hierbij moeten echter de volgende kanttekeningen worden gemaakt:

⁵ Bron: Enquête Omvang Ziekenhuisrevalidatie 2009

- de aard van de werkzaamheden van de ziekenhuisrevalidatiearts is anders. Een groot deel van zijn/haar tijd wordt gevuld met activiteiten die samenhangen met de rol als 'poort-arts': spreekuren voor poliklinische patiënten, verwezen door huisartsen of interne specialisten. Veel van deze patiënten komen niet in een poliklinische multidisciplinaire revalidatiebehandeling terecht. Zij worden enkelvoudig behandeld, er worden diagnoses en/of interventies gepleegd (bijvoorbeeld injecties), of er worden orthopedisch technici geraadpleegd (bijvoorbeeld schoen- of instrumentenmakers). Daarnaast besteedt de ziekenhuisrevalidatiearts tijd aan het uitvoeren van consulten en het medebehandelen van klinische patiënten;
- het totale aantal RBU's van de revalidatiecentra is inclusief de RBU's van de mytilscholen. De tijdsbesteding van de revalidatiearts bij deze RBU's ligt echter een stuk lager dan bij de overige poliklinische revalidatiebehandelingen. Het niet meenemen van de RBU-productie van de mytilscholen zou het verschil in RBU's per revalidatiearts in de ziekenhuizen en de revalidatiecentra dus verkleinen.

Behoudens het hiervoor gegeven overzicht van de totale revalidatiezorg in Nederland behandelt dit rapport verder alleen de multidisciplinaire revalidatiezorg zoals verleend door de 23 revalidatiecentra. Revalidatiezorg die door 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.

2.1 Totale geleverde zorg in de revalidatiecentra

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 2005 – 2009

	2005	2006	2007	2008	2009	% verandering 2008-2009
Kinderen						
eerste consulten	7.372	8.261	8.644	7.814	9.144	17%
poliklinische RBU's	557.865	595.518	655.163	699.579	727.554	4%
klinische opnamen	428	451	423	467	422	-10%
verpleegdagen	34.090	34.918	33.895	35.720	32.931	-8%
klinische RBU's	55.791	58.079	64.159	71.482	72.504	1%
Volwassenen						
eerste consulten	31.369	31.549	35.664	33.929	37.626	11%
poliklinische RBU's	818.046	859.557	908.666	932.362	991.700	6%
klinische opnamen	7.089	6.946	7.118	7.248	7.372	2%
verpleegdagen	482.336	483.272	474.787	470.958	471.732	0%
klinische RBU's	755.685	799.526	800.303	842.481	871.198	3%
Totaal						
eerste consulten	38.741	39.810	44.308	41.743	46.770	12%
poliklinische RBU's	1.375.911	1.455.075	1.563.829	1.631.941	1.719.254	5%
klinische opnamen	7.517	7.397	7.541	7.715	7.794	1%
verpleegdagen	516.426	518.190	508.682	506.678	504.663	0%
klinische RBU's	811.476	857.605	864.462	913.963	943.702	3%
Toename van rbu-productie in tijdvak						5%
Groei op basis van gestandaardiseerde productie in tijdvak						4%

Bron: Revalidatie Databank

Tabel 2.4 geeft een overzicht van de productie over de periode 2005 t/m 2009. In de laatste kolom wordt in procenten de groei of krimp van de productie in 2009 ten opzichte van 2008 weergegeven. Hierbij valt op dat:

- het aantal eerste consulten zowel bij kinderen als volwassenen, na een daling in 2008, in 2009 weer behoorlijk is gestegen;
- het aantal RBU's zowel bij kinderen als bij volwassenen is gestegen;
- het aantal klinische opnamen bij volwassenen nog licht is gestegen, maar bij kinderen is afgenomen;
- het aantal verpleegdagen eenzelfde patroon te zien geeft; constant voor de volwassenen en dalend bij de kinderen.

Bij kinderen is het aantal klinische RBU's licht gestegen, terwijl het aantal verpleegdagen is gedaald. Geconcludeerd kan worden dat de klinische behandeling van kinderen intensiever is geworden: er worden per verpleegdag meer RBU's ingezet.

Bij volwassenen is het aantal klinische RBU's ook gestegen, in sterkere mate dan het aantal verpleegdagen. Ook voor volwassenen kan geconcludeerd worden dat de behandeling intensiever is geworden.

Voor de totale productie in 2009 kan worden vastgesteld dat deze ten opzichte van 2008 is gestegen met 4%⁶. Deze stijging wordt grotendeels veroorzaakt door de toename van eerste consulten en 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.

De gepresenteerde diagnosegegevens zijn gebaseerd op de ICD9-DE-REV, een op de ICD-9 gebaseerde classificatie. Elke diagnosecode is direct gekoppeld aan een DBC-diagnosecode.

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 zenuwen en spieren beïnvloeden.

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.

⁶ Hiertoe worden de verschillende zorgvormen aan de hand van wegingsfactoren naar dezelfde zorgeenheid omgerekend (zie bijlage 4)

Patiëntgroepen

In totaal is door de 23 revalidatiecentra aan bijna 75.500 patiënten zorg verleend. Onderstaande tabel geeft weer hoe deze zorg over de patiënten en de multidisciplinaire revalidatiebehandelvormen is verdeeld.

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.

Tabel 2.5 Aantallen revalidatiepatiënten in 2009

Behandelvorm	Klinisch		Poliklinisch		Totaal	
Kinderen (< 17 jaar)	421	5%	15.646	22%	15.778	21%
Volwassenen	7.716	95%	56.237	78%	59.702	79%
Totaal	8.137	100%	71.883	100%	75.480	100%

Bron: Revalidatie Databank

Van de totale zorg is 10% klinisch, en 90% poliklinisch. Van het totale aantal unieke patiënten wordt 11% klinisch behandeld; 95% wordt (ook) poliklinisch behandeld.

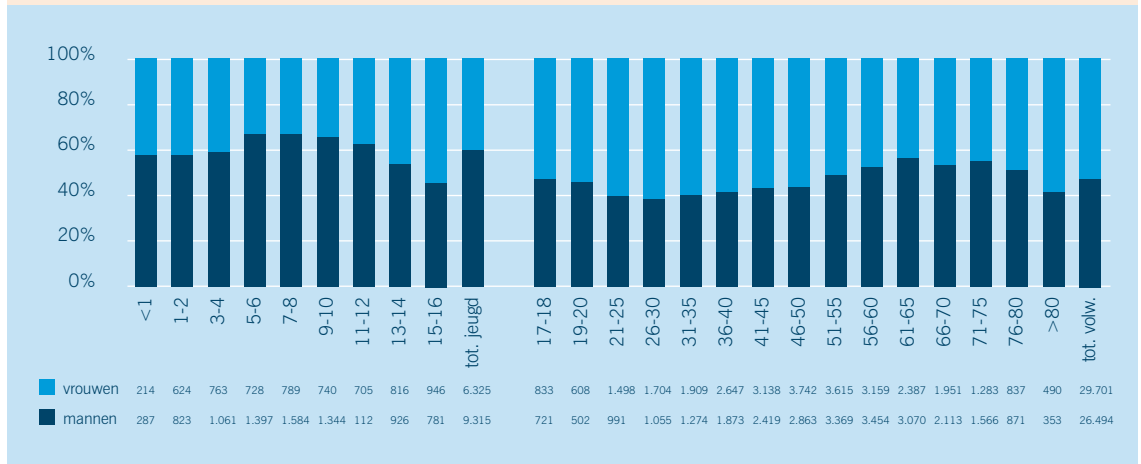
Bij kinderen wordt een klinische opname zoveel mogelijk vermeden; het is beleid om ze zoveel mogelijk vanuit de thuissituatie te behandelen waardoor de omgeving waarin zij opgroeien maximaal wordt behouden. Ouders en vriendjes blijven zo binnen handbereik.

Hierna 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 verhouding man/vrouw varieert per leeftijdscategorie. In figuur 2.a 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.

Figuur 2.a Verdeling van poliklinische patiënten naar leeftijd en geslacht



Bron: Revalidatie Databank

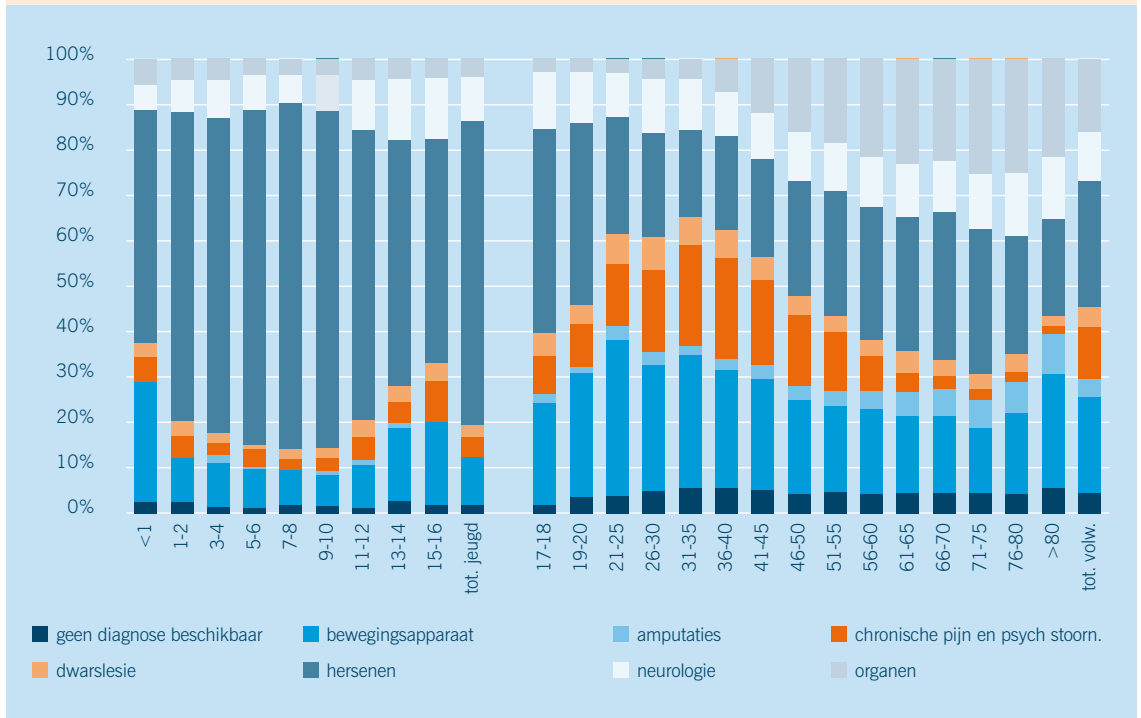
Uit figuur 2.a kan het volgende worden geconcludeerd:

- de jonge patiëntengroep bestaat voor 60% uit jongens;
- in bijna ieder leeftijdscohort zijn er meer jongens dan meisjes;
- bij volwassenen zijn er iets meer vrouwelijke patiënten dan mannelijke.

De verhouding man/vrouw 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 als 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

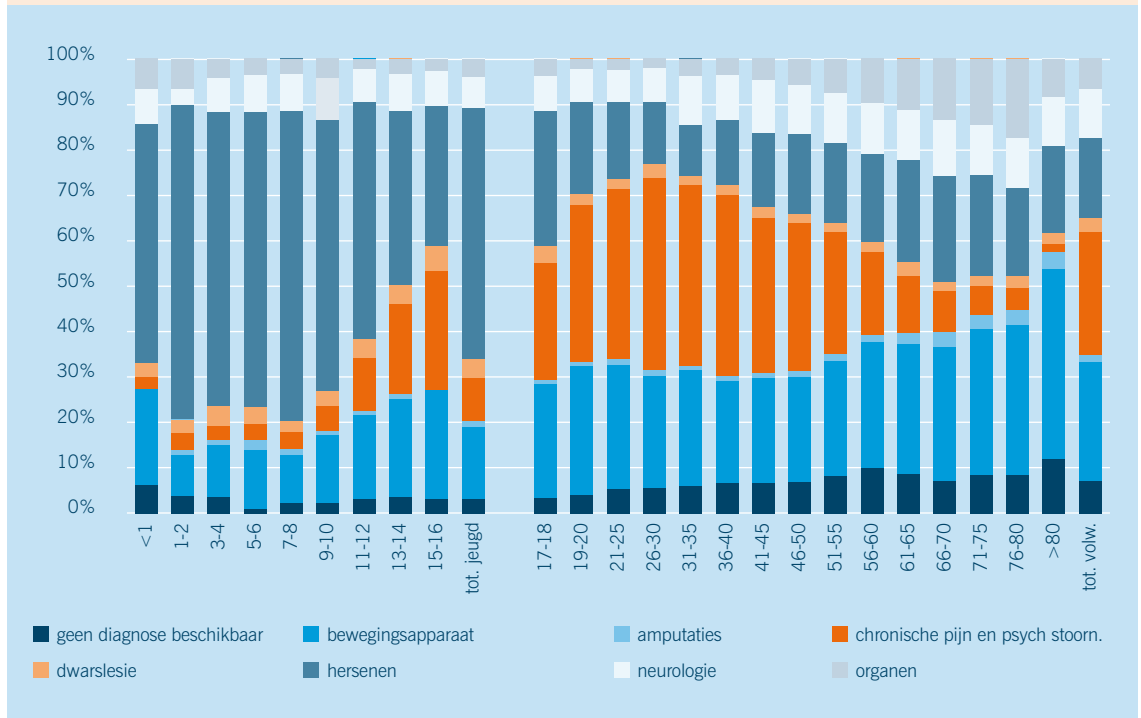


Bron: Revalidatie Databank

Uit figuur 2.b kan het volgende worden geconcludeerd:

- bij jongens is duidelijk zichtbaar dat aandoeningen aan de hersenen het meest voorkomen; meer dan 60% bij alle jongens tot 17 jaar. Deze aandoeningen nemen vanaf het 11e levensjaar overigens relatief wel af;
- aandoeningen aan het bewegingsapparaat nemen vanaf 11-12 jaar langzaam toe tot 31-35 jarige leeftijd;
- aandoeningen die gepaard gaan met chronische pijn vertonen ongeveer hetzelfde patroon als aandoeningen aan het bewegingsapparaat;
- afgezien van kleine wijzigingen blijft de groep van neurologische aandoeningen met circa 10% over alle leeftijdsgroepen stabiel;
- het aandeel van organen stijgt logischerwijze met het oplopen van de leeftijd.

Figuur 2.c Diagnoses vrouwelijke poliklinische patiënten naar leeftijd



Bron: Revalidatie Databank

Voor bijna alle diagnosegroepen, behalve bij de 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 en psychische stoornissen verschilt; de omvang van deze groep is in ieder leeftijdscohort bij vrouwen groter dan bij mannen;
- verder is het opvallend dat aandoeningen aan het bewegingsapparaat bij vrouwen toenemen tot het leeftijdscohort 21-25 jaar, daarna redelijk stabiel blijven, om vervolgens bij de hogere leeftijden weer te stijgen;
- ook bij de vrouwen stijgt het aandeel van orgaanaandoeningen bij het stijgen van de leeftijd.

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 meest voorkomende diagnoseclusters. Tussen haakjes wordt voor iedere diagnosegroep het absolute aantal patiënten (mannen of vrouwen) vermeld. Daaronder wordt voor ieder diagnosecluster aangegeven welk percentage van de mannen of vrouwen een diagnose heeft in de betreffende groep.

Tabel 2.6.a Meest voorkomende aandoeningen bij jeugdige poliklinische patiënten

	2007			2008			2009	
	jongens	meisjes		jongens	meisjes		jongens	meisjes
Hersenen	5019	2771		5698	3122		6210	3426
Cerebrale functiestoornissen	47,8%	60,6%	DCD (Development Coördination Disorder)	47,3%	31,4%	DCD (Development Coördination Disorder)	49,5%	32,9%
Development Coördination Disorder	44,5%	29,0%	Cerebrale functiestoornissen, incl. cong.	45,4%	58,8%	Cerebrale functiestoornissen, incl. cong.	43,4%	57,2%
Contusio cerebri	2,8%	3,5%	Contusio cerebri	3,1%	3,6%	Cerebro vasculair accident (CVA)	2,7%	3,6%
Overige diagnoses in deze groep	4,9%	6,9%	Overige diagnoses in deze groep	4,2%	6,2%	Overige diagnoses in deze groep	4,4%	6,3%
Bewegingsapparaat	699	675		874	830		1049	1064
Aangeboren aandoeningen	40,3%	37,0%	Overige aangeboren aand. beweging	26,0%	22,0%	Overige aangeboren aand. beweging	27,2%	21,1%
Aandoeningen bovenste ledematen	18,9%	20,1%	Overige aandoening B.E.	19,8%	22,3%	Overige aandoening B.E.	17,8%	19,5%
Reumatische aandoeningen	10,6%	13,2%	Overig aand. bewegingsapparaat	17,6%	18,2%	Overig aand. bewegingsapparaat	15,4%	17,0%
Overige diagnoses in deze groep	30,2%	29,6%	Overige diagnoses in deze groep	36,6%	37,5%	Overige diagnoses in deze groep	39,6%	42,4%
Amputaties	70	73		73	72		43	37
amputaties bovenste ledematen	50,0%	43,8%	Amputatie B.E. niet gespecificeerd	43,8%	50,0%	Amputatie B.E. niet gespecificeerd	38,6%	41,3%
amputaties onderbeen en knie	22,9%	23,3%	Amputatie voet, onderbeen en knie	23,3%	20,8%	amputatie voet, onderbeen en knie	21,4%	8,1%
amputaties bovenbeen en hoger	12,9%	11,0%	Amputatie bovenbeen en hoger	13,7%	5,6%	Amputatie bovenbeen en hoger	14,3%	4,8%
Overige diagnoses in deze groep	14,3%	21,9%	Overige diagnoses in deze groep	19,2%	23,6%	Overige diagnoses in deze groep	25,7%	45,8%
Neurologische aandoeningen	745	423		792	462		860	489
neuromusculaire aandoeningen	60,9%	45,2%	Neuro-musculaire aandoeningen	59,6%	44,8%	neuro-musculaire aandoeningen	58,1%	48,9%
aandoeningen aan het perifere zenuwstelsel	15,8%	21,5%	Perifeer zenuwletsel, zenuwaandoeningen	14,4%	18,8%	Perifeer zenuwletsel, zenuwaandoeningen	13,1%	15,1%
plexusletsel	9,7%	14,2%	Overige neurologische aandoeningen	12,5%	15,4%	Overige neurologische aandoeningen	12,3%	14,1%
Overige diagnoses in deze groep	13,6%	19,1%	Overige diagnoses in deze groep	13,5%	21,0%	Overige diagnoses in deze groep	16,5%	21,9%

Tabel 2.6.a Meest voorkomende aandoeningen bij jeugdige poliklinische patiënten

	2007		2008		2009	
	jongens	meisjes	jongens	meisjes	jongens	meisjes
Dwarslaesies	259	261	268	279	263	266
Spina bifida	84,2%	90,4%	Spina bifida	84,0% 88,5%	Spina bifida	82,1% 85,3%
hoge dwarslaesie (C1-C8, T1-T6)	10,8%	6,5%	Dwarslaesie hoog: C1-C8, T1-T6	10,8% 6,8%	Dwarslaesie hoog: C1-C8, T1-T6	9,5% 6,4%
Lage dwarslaesie (T7-T12 en lager)	5,0%	3,1%	Dwarslaesie laag: T7-T12 en lager	5,2% 4,7%	Dwarslaesie laag: T7-T12 en lager	3,8% 6,0%
Overige diagnoses in deze groep	0,0%	0,0%	Overige diagnoses in deze groep	0,0% 0,0%	Overige diagnoses in deze groep	4,6% 2,3%
Organen	316	245	350	261	360	247
Overige aandoeningen	81,7%	82,0%	Overige orgaanaandoeningen	79,4% 85,1%	Overige orgaanaandoeningen	77,8% 88,7%
hartaandoeningen	7,6%	4,9%	Respiratoire aandoeningen	8,0% 6,9%	Respiratoire aandoeningen	8,9% 6,9%
ademhalings aandoeningen	5,7%	9,0%	Hartaandoeningen	7,1% 4,6%	Hartaandoeningen	8,3% 2,4%
Overige diagnoses in deze groep	5,0%	4,1%	Overige diagnoses in deze groep	5,5% 3,4%	Overige diagnoses in deze groep	5,0% 2,0%
Chronische pijn en psychische stoornissen	254	433	297	478	321	606
Psychische stoornissen	71,7%	47,3%	Psychische stoornissen	66,3% 40,8%	Psychische stoornissen	65,4% 33,7%
Overige pijn	26,0%	46,0%	Overige pijn	27,3% 42,5%	Overige pijn	24,6% 37,3%
Overige diagnoses in deze groep	2,4%	6,7%	Chronische Pijnsyndroom WPN 3	2,4% 6,5%	Chronische Pijnsyndroom WPN 4	4,4% 6,6%
			Overige diagnoses in deze groep	4,0% 10,2%	Overige diagnoses in deze groep	5,6% 22,4%
Geen diagnose beschikbaar	388	301	367	313	209	190

Bron: Revalidatie Databank

Tabel 2.6.b Meest voorkomende aandoeningen bij volwassen poliklinische patiënten

	2007			2008			2009	
	man	vrouw		man	vrouw		man	vrouw
Hersenen	5941	4186		6497	4739		7167	5305
Cerebro vasculair accident (CVA)	66,9%	66,3%	Cerebro vasculair accident (CVA)	64,3%	63,1%	Cerebro vasculair accident (CVA)	62,7%	61,2%
Cerebrale functiestoornissen incl. aangeboren	14,8%	16,4%	Cerebrale functiestoornissen, incl. Cong.	16,2%	17,7%	Cerebrale functiestoornissen, incl. Cong.	16,2%	18,7%
Contusio cerebri	13,6%	10,3%	Contusio cerebri	13,9%	11,4%	Contusio cerebri	14,3%	11,2%
Overige diagnoses in deze groep	4,6%	7,1%	Overige diagnoses in deze groep	5,6%	7,8%	Overige diagnoses in deze groep	6,8%	8,9%
Bewegingsapparaat	4032	5844		4917	6788		5674	7831
Aandoeningen bovenste ledematen	45,6%	30,4%	Overige aandoening B.E.	52,9%	37,8%	Overige aandoening B.E.	57,3%	41,9%
Aandoeningen aan wervelkolom en romp	18,8%	19,5%	Aandoening wervelkolom, romp	14,3%	13,9%	Aandoening wervelkolom, romp	11,7%	11,2%
Reumatische aandoeningen	11,7%	22,4%	Overig aand. Bewegingsapparaat	12,6%	15,1%	Reumatische aandoeningen	11,1%	22,2%
Overige diagnoses in deze groep	24,0%	27,7%	Overige diagnoses in deze groep	20,2%	33,2%	Overige diagnoses in deze groep	19,9%	24,7%
Amputaties	798	367		870	394		967	453
Amputaties onderbeen en knie	58,3%	51,8%	Amputatie voet, onderbeen en knie	54,4%	50,8%	Amputatie voet, onderbeen en knie	55,7%	50,6%
Amputaties bovenbeen en hoger	25,3%	32,4%	Amputatie bovenbeen en hoger	28,7%	31,0%	Amputatie bovenbeen en hoger	27,3%	33,1%
Overige diagnoses in deze groep	16,4%	15,8%	Amputatie O.E. niet gespecificeerd	4,8%	3,3%	Amputatie O.E. niet gespecificeerd	5,3%	5,1%
			Overige diagnoses in deze groep	12,1%	14,9%	Overige diagnoses in deze groep	11,7%	11,2%
Neurologische aandoeningen	2442	2668		2723	2975		2916	3160
Neuromusculaire aandoeningen	55,1%	61,5%	Neuro-musculaire aandoeningen	53,8%	60,6%	Neuro-musculaire aandoeningen	54,1%	60,3%
Aandoeningen aan het perifere zenuwstelsel	30,3%	27,8%	Perifeer zenuwletsel, zenuwaandoeningen	30,0%	28,4%	Perifeer zenuwletsel, zenuwaandoeningen	30,7%	27,2%
Cerebrospinaal	8,4%	5,3%	Neurologie cerebrospinaal	7,6%	4,8%	Neurologie cerebrospinaal	6,8%	5,3%
Overige diagnoses in deze groep	6,3%	5,4%	Overige diagnoses in deze groep	8,6%	6,2%	Overige diagnoses in deze groep	8,4%	7,2%

Tabel 2.6.b Meest voorkomende aandoeningen bij volwassen poliklinische patiënten

	2007			2008			2009	
	man	vrouw		man	vrouw		man	vrouw
Dwarslaesies	1029	542		1113	621		1283	758
Hoge dwarslaesie (C1-C8, T1-T6)	67,4%	55,9%	Dwarslaesie hoog: C1-C8, T1-T6	62,3%	50,7%	Dwarslaesie hoog: C1-C8, T1-T6	56,0%	47,2%
Lage dwarslaesie (T7-T12 en lager)	23,1%	26,2%	Dwarslaesie laag: T7-T12 en lager	27,5%	29,8%	Dwarslaesie laag: T7-T12 en lager	31,9%	31,1%
Spina bifida	8,3%	17,0%	Spina bifida	7,3%	17,2%	Spina bifida	6,8%	17,3%
Overige diagnoses in deze groep	1,2%	0,9%	Overige diagnoses in deze groep	2,9%	2,3%	Overige diagnoses in deze groep	5,3%	4,4%
Organen	2360	1343		2796	1611		4228	2130
Hartaandoeningen	62,7%	45,5%	Hartaandoeningen	64,6%	46,7%	Hartaandoeningen	80,7%	60,8%
Ademhalings aandoeningen	14,1%	25,2%	Overige orgaanaandoeningen	16,3%	22,5%	Respiratoire aandoeningen	10,5%	19,7%
Bloedvaten	4,7%	4,4%	Respiratoire aandoeningen	13,5%	23,5%	Overige orgaanaandoeningen	5,1%	14,1%
Overige diagnoses in deze groep	18,5%	24,9%	Overige diagnoses in deze groep	5,6%	7,3%	Overige diagnoses in deze groep	3,7%	5,4%
Chronische pijn en psychische stoornissen	2155	5224		2537	6437		2904	7878
Overige pijn (algemeen)	82,0%	82,7%	Overige pijn	73,6%	68,0%	Overige pijn	58,4%	55,6%
Chronische pijn WPN 1	8,1%	2,0%	Chronische Pijnsyndroom WPN 3	12,0%	17,7%	Chronische Pijnsyndroom WPN 3	18,8%	23,8%
Chronische pijn WPN 3	3,3%	8,0%	Chronische Pijnsyndroom WPN 2	6,4%	6,4%	Chronische Pijnsyndroom WPN 2	10,0%	8,5%
Overige diagnoses in deze groep	6,5%	7,3%	Overige diagnoses in deze groep	8,0%	7,9%	Overige diagnoses in deze groep	12,8%	12,1%
Geen diagnose beschikbaar	2497	2479		2401	2803		1365	2202

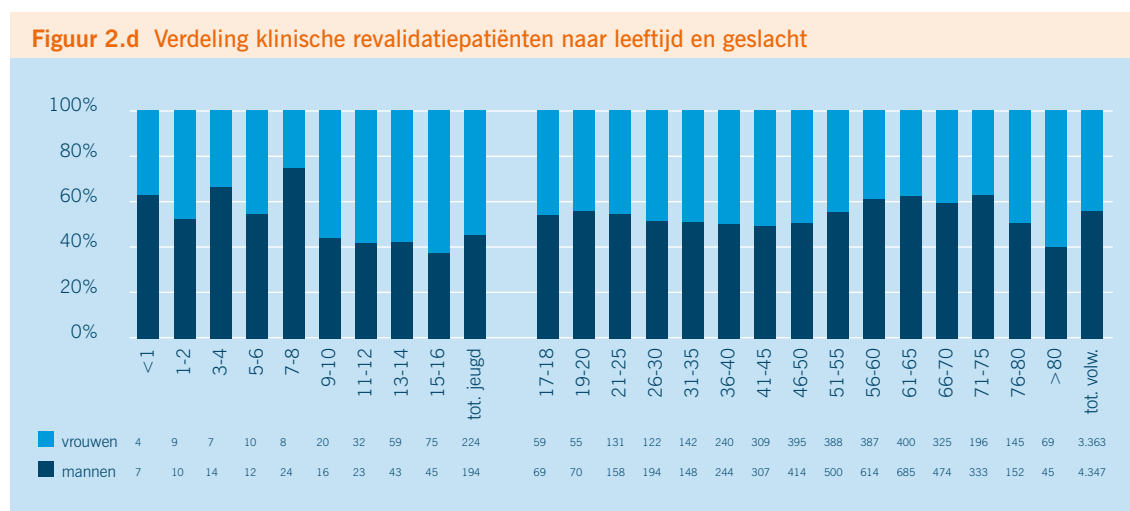
Bron: Revalidatie Databank

In tabel 2.6.a zijn de meest voorkomende aandoeningen bij jeugdige poliklinische patiënten over de laatste drie jaren weergegeven. Enkele opvallende zaken:

- het aantal patiënten met hersenaandoeningen blijft stijgen, waarbij het om veel meer jongens dan om meisjes gaat;
- ook het aantal patiënten met aandoeningen aan het bewegingsapparaat blijft stijgen;
- in lichtere mate geldt dit ook voor 'neurologische aandoeningen' en 'chronische pijn en psychische aandoeningen'. Voor deze laatste categorie geldt dat de stijging zowel relatief als absoluut veel groter is bij de meisjes dan bij de jongens;
- het aantal patiënten waarvan geen diagnosecode beschikbaar is, is flink gedaald, hetgeen wijst op een verbeterde kwaliteit van de patiëntenregistratie.

Bij de volwassenen (tabel 2.6.b) valt vooral op dat de stijging in aantallen patiënten voor poliklinische behandeling zich voordoet in alle diagnosegroepen. Met name de stijging bij orgaanaandoeningen is erg opvallend.

Klinische revalidatie



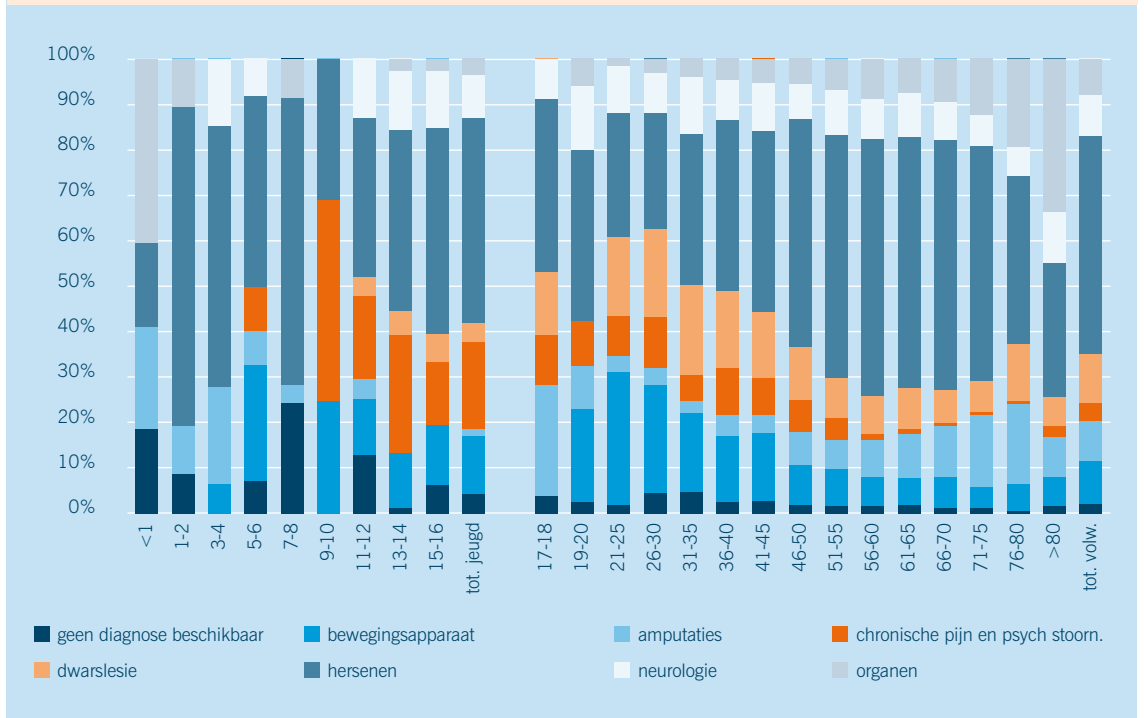
Bron: Revalidatie Databank

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

Bij de kinderen is het aantal behandelde jongens met 46% iets kleiner dan het aantal behandelde meisjes, en relatief ook iets minder dan vorig jaar (51%). Bij de volwassenen geldt dat 56% van de patiënten man is (vorig jaar 57%).

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

Figuur 2.e Diagnoses mannelijke klinische patiënten naar leeftijd

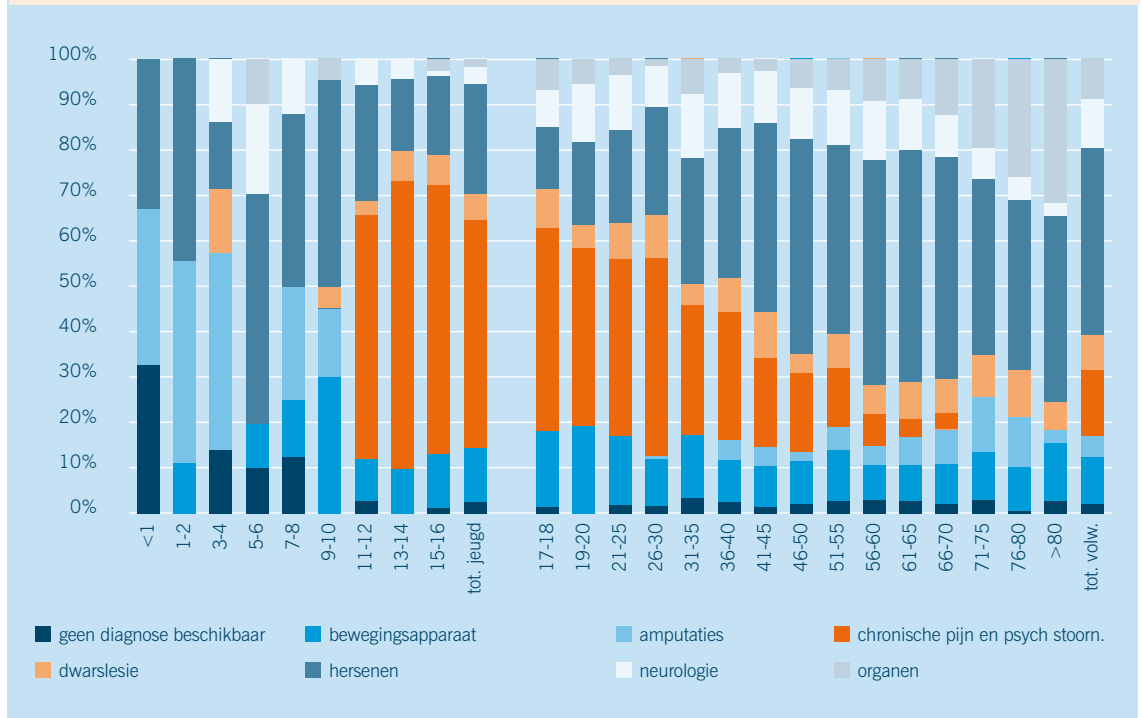


Bron: Revalidatie Databank

Uit de figuur kan worden opgemaakt dat:

- zowel jongens als mannen vooral worden behandeld voor aandoeningen die in de diagnosegroep “hersenen” vallen;
- chronische pijn en psychische stoornissen vooral bij jongeren voorkomen, om bij latere leeftijden sterk af te nemen;
- aandoeningen aan het bewegingsapparaat veel bij jongere mannen, en amputaties veel bij oudere mannen voorkomen.

Figuur 2.f Diagnoses vrouwelijke klinische patiënten naar leeftijd



Bron: Revalidatie Databank

Uit bovenstaande figuur kan worden geconcludeerd dat:

- aandoeningen die gerelateerd zijn aan chronische pijn en aan psychische stoornissen bij meisjes vanaf 11-jarige leeftijd fors toenemen, bij 15-16 jaar een piek bereiken, en daarna met het oplopen van de leeftijd steeds verder afnemen;
- hersenaandoeningen bij meisjes relatief weinig voorkomen. Dit aandeel stijgt echter gestaag met het oplopen van de leeftijd;
- bij vrouwen aandoeningen die in de diagnosegroep "hersenen" vallen het meest voorkomen.

In tabel 2.7 zijn deze diagnosegroepen verder gespecificeerd.

Tabel 2.7.a Meest voorkomende aandoeningen bij jeugdige klinische patiënten

	2007		2008		2009			
	jongens	meisjes	jongens	meisjes	jongens	meisjes		
Hersenen	88	54	112	55	86	53		
Cerebrale functiestoornissen	36,4%	29,6%	Cerebrale functiestoornissen, incl. Cong.	38,4%	34,5%	Contusio cerebri	40,7%	26,4%
Contusio cerebri	25,0%	38,9%	Contusio cerebri	31,3%	40,0%	Cerebrale functiestoornissen, incl. Cong.	34,9%	35,8%
Cerebro vasculair accident (CVA)	15,9%	16,7%	Cerebro vasculair accident (CVA)	11,6%	16,4%	Cerebro vasculair accident (CVA)	10,5%	13,2%
Overige diagnoses in deze groep	22,7%	14,8%	Overige diagnoses in deze groep	18,7%	9,1%	Overige diagnoses in deze groep	13,9%	24,6%
Bewegingsapparaat	17	25	20	35	25	27		
overig; vnl aangeboren afwijkingen	47,1%	44,0%	Overig aand. Bewegingsapparaat	35,0%	45,7%	Multitrauma	32,0%	7,4%
aandoeningen wervelkolom en romp	17,6%	16,0%	Overige aandoening O.E.	20,0%	17,1%	Overig aand. Bewegingsapparaat	28,0%	33,3%
bovenste extremiteiten	11,8%	12,0%	Aandoening wervelkolom, romp	15,0%	8,6%	Overige aandoening O.E.	20,0%	18,5%
Overige diagnoses in deze groep	23,5%	28,0%	Overige diagnoses in deze groep	30,0%	28,6%	Overige diagnoses in deze groep	20,0%	40,8%
Amputaties	4	0	2	1	2	0		
Amputaties voet, onderbeen en knie	50,0%	-	Amputatie voet, onderbeen en knie	100,0%	0,0%	Amputatie voet, onderbeen en knie	100,0%	0,0%
Amputaties bovenbeen en hoger	25,0%	-	Amputatie bovenbeen en hoger	0,0%	100,0%			
Onderste ledematen niet gespecificeerd	25,0%	-						
Overige diagnoses in deze groep	0,0%	-	Overige diagnoses in deze groep	0,0%	0,0%	Overige diagnoses in deze groep	0,0%	0,0%
Neurologische aandoeningen	23	10	24	10	18	10		
Neuromusculaire aandoeningen	82,6%	20,0%	Neuro-musculaire aandoeningen	58,3%	40,0%	Perifeer zenuwletsel, zenuwaandoeningen	44,4%	30,0%
Aandoeningen aan het perifere zenuwstelsel	13,0%	30,0%	Perifeer zenuwletsel, zenuwaandoeningen	29,2%	30,0%	Neuro musculaire aandoeningen	33,3%	30,0%
Cerebrospinaal	4,3%	20,0%	Neurologie cerebrospinaal	4,2%	20,0%	Overige neurologische aandoeningen	11,1%	20,0%
Overige diagnoses in deze groep	0,0%	30,0%	Overige diagnoses in deze groep	8,3%	10,0%	Overige diagnoses in deze groep	11,2%	20,0%

Tabel 2.7.a Meest voorkomende aandoeningen bij jeugdige klinische patiënten

	2007		2008		2009			
	jongens	meisjes	jongens	meisjes	jongens	meisjes		
Dwarslaesies	8	11	11	6	7	12		
Hoge dwarslaesie (C1-C8, T1-T6)	87,5%	27,3%	Dwarslaesie laag: T7-T12 en lager	36,4%	33,3%	Spina bifida	57,1%	33,3%
Lage dwarslaesie (T7-T12 en lager))	12,5%	27,3%	Spina bifida	36,4%	50,0%	Dwarslaesie hoog: C1-C8, T1-T6	42,9%	25,0%
Spina bifida	0,0%	45,5%	Dwarslaesie hoog: C1-C8, T1-T6	27,3%	16,7%			
Overige diagnoses in deze groep	0,0%	0,0%	Overige diagnoses in deze groep	0,0%	0,0%	Overige diagnoses in deze groep	0,0%	41,7%
Organen	--	5		5	4		7	4
Brandwonden	-	40,0%	Respiratore aandoeningen	40,0%	50,0%	Overige orgaanaandoeningen	71,4%	50,0%
Overige aandoeningen	-	60,0%	Brandwonden	20,0%	0,0%	Respiratore aandoeningen	28,6%	50,0%
Overige diagnoses in deze groep	-	0,0%	Huidaandoen., incl. Decubitus en ulcus cruris	20,0%	0,0%			
			Overige diagnoses in deze groep	20,0%	50,0%	Overige diagnoses in deze groep	0,0%	0,0%
Chronische pijn en psychische stoornissen	28	104		34	97		37	111
Overige pijn	50,0%	59,6%	Overige pijn	52,9%	61,9%	Psychische stoornissen	48,6%	31,5%
Psychische stoornissen	39,3%	32,7%	Psychische stoornissen	29,4%	17,5%	Overige pijn	35,1%	32,4%
Overige diagnoses in deze groep	10,7%	7,7%	Chronische Pijnsyndroom WPN 4	14,7%	12,4%	Chronische Pijnsyndroom WPN 4	5,4%	25,2%
			Overige diagnoses in deze groep	3,0%	8,2%	Overige diagnoses in deze groep	10,9%	10,9%
Geen diagnose beschikbaar	6	9		13	6		12	7

Bron: Revalidatie Databank

Tabel 2.7.b Meest voorkomende aandoeningen bij volwassen klinische patiënten

	2007			2008			2009	
	man	vrouw		man	vrouw		man	vrouw
Hersenen	1926	1264		1984	1264		2054	1366
Cerebrale functie- stoornissen (incl. aangeboren)	80,4%	83,5%	Cerebro vasculair accident (CVA)	81,0%	82,0%	Cerebro vasculair accident (CVA)	79,6%	81,7%
Contusio cerebri	12,7%	6,3%	Contusio cerebri	11,5%	7,5%	Contusio cerebri	10,9%	6,7%
Tumor cerebri	2,4%	4,9%	Tumor cerebri	3,3%	5,7%	Tumor cerebri	3,8%	6,5%
Overige diagnoses in deze groep	4,5%	5,2%	Overige diagnoses in deze groep	4,2%	4,8%	Overige diagnoses in deze groep	5,7%	5,1%
Bewegingsapparaat	503	393		514	424		443	346
aandoeningen aan wervelkolom en romp	29,6%	35,1%	Overig aand. bewegingsapparaat	32,9%	23,1%	Overig aand. bewegingsapparaat	29,1%	22,0%
Aandoeningen onderste ledematen	22,3%	22,4%	Aandoening wervelkolom, romp	27,6%	25,9%	Aandoening wervelkolom, romp	21,9%	25,7%
Overig; vnl. aandoeningen aan de weke delen met pijnklachten	37,8%	26,2%	Overige aandoening O.E.	20,0%	20,3%	Overige aandoening O.E.	21,2%	25,4%
Overige diagnoses in deze groep	10,3%	16,3%	Overige diagnoses in deze groep	19,5%	30,7%	Overige diagnoses in deze groep	27,8%	26,9%
Amputaties	315	121		318	150		351	159
Amputaties voet, onderbeen en knie	66,0%	57,9%	Amputatie voet, onderbeen en knie	61,6%	60,0%	Amputatie voet onderbeen en knie	65,2%	58,5%
Amputaties bovenbeen en hoger	21,3%	32,2%	Amputatie bovenbeen en hoger	30,8%	37,3%	Amputatie bovenbeen en hoger	31,1%	37,1%
Amputaties onderste ledematen niet gespec.	9,2%	4,1%	Amputatie O.E. niet gespecificeerd	5,7%	1,3%	Amputatie O.E. niet gespecificeerd	2,3%	0,6%
Overige diagnoses in deze groep	3,5%	5,8%	Overige diagnoses in deze groep	1,9%	1,4%	Overige diagnoses in deze groep	1,4%	3,8%
Neurologische aandoeningen	391	364		386	333		408	366
Aandoeningen aan het perifere zenuwstelsel	54,2%	42,6%	Perifeer zenuwletsel, zenuwaandoeningen	49,0%	39,6%	Perifeer zenuwletsel, zenuwaandoeningen	49,5%	39,3%
Neuromusculaire aandoeningen	35,3%	47,3%	Neuro musculaire aandoeningen	35,8%	46,8%	Neuro musculaire aandoeningen	34,1%	42,3%
Cerebrospinaal	7,7%	5,2%	Neurologie cerebrospinaal	7,8%	4,2%	Neurologie cerebrospinaal	8,3%	9,0%
Overige diagnoses in deze groep	2,8%	4,9%	Overige diagnoses in deze groep	7,4%	9,4%	Overige diagnoses in deze groep	8,1%	9,4%

Tabel 2.7.b Meest voorkomende aandoeningen bij volwassen klinische patiënten

	2007			2008			2009	
	man	vrouw		man	vrouw		man	vrouw
Dwarslaesies	426	238		473	250		481	261
Hoge dwarslaesie (C1-C8, T1-T6)	67,4%	58,8%	Dwarslaesie hoog: C1-C8, T1-T6	62,6%	55,6%	Dwarslaesie hoog: C1-C8, T1-T6	54,3%	51,7%
Lage dwarslaesie (T7-T12 en lager))	25,8%	32,4%	Dwarslaesie laag: T7-T12 en lager	30,0%	38,0%	Dwarslaesie laag: T7-T12 en lager	35,8%	39,5%
Spina bifida	3,1%	6,7%	Ernstige decubitus t.g.v. dwarslaesie	5,9%	3,2%	Ernstige decubitus t.g.v. dwarslaesie	7,9%	6,5%
Overige diagnoses in deze groep	3,8%	2,1%	Overige diagnoses in deze groep	1,5%	3,2%	Overige diagnoses in deze groep	2,0%	2,3%
Organen	166	107		282	246		331	305
Hartaandoeningen	39,8%	38,3%	Respiratoire aandoeningen	40,1%	52,8%	Hartaandoeningen	9,7%	3,9%
Huidaandoeningen, incl. decubitus en ulcus cruris	24,1%	19,6%	Hartaandoeningen	38,3%	29,3%	Respiratoire aandoeningen	34,1%	42,3%
Ademhalingsaandoeningen	10,8%	20,6%	Overige orgaanaandoeningen	9,9%	9,3%	Overige orgaanaandoeningen	8,8%	9,2%
Overige diagnoses in deze groep	25,3%	21,5%	Overige diagnoses in deze groep	11,7%	8,6%	Overige diagnoses in deze groep	47,4%	44,6%
Chronische pijn en psychische stoornissen	223	356		198	437		168	481
Overige pijn (algemeen)	47,5%	80,9%	Overige pijn	73,7%	71,6%	Overige pijn	32,7%	28,7%
Chronische pijn WPN 1	43,9%	7,0%	Chronische Pijnsyndroom WPN 4	9,6%	10,8%	Chronische Pijnsyndroom WPN 4	31,0%	40,5%
Chronische pijn WPN 3	3,1%	5,1%	Chronische Pijnsyndroom WPN 3	9,1%	11,2%	Chronische Pijnsyndroom WPN 3	26,8%	22,9%
Overige diagnoses in deze groep	5,4%	7,0%	Overige diagnoses in deze groep	7,6%	6,4%	Overige diagnoses in deze groep	9,5%	7,9%
Geen diagnose beschikbaar	329	232		313	227		112	80

Bron: Revalidatie Databank

Bij de klinisch behandelde kinderen valt op dat veel meer meisjes dan jongens werden behandeld in de diagnosegroep “chronische pijn en psychische stoornissen”.

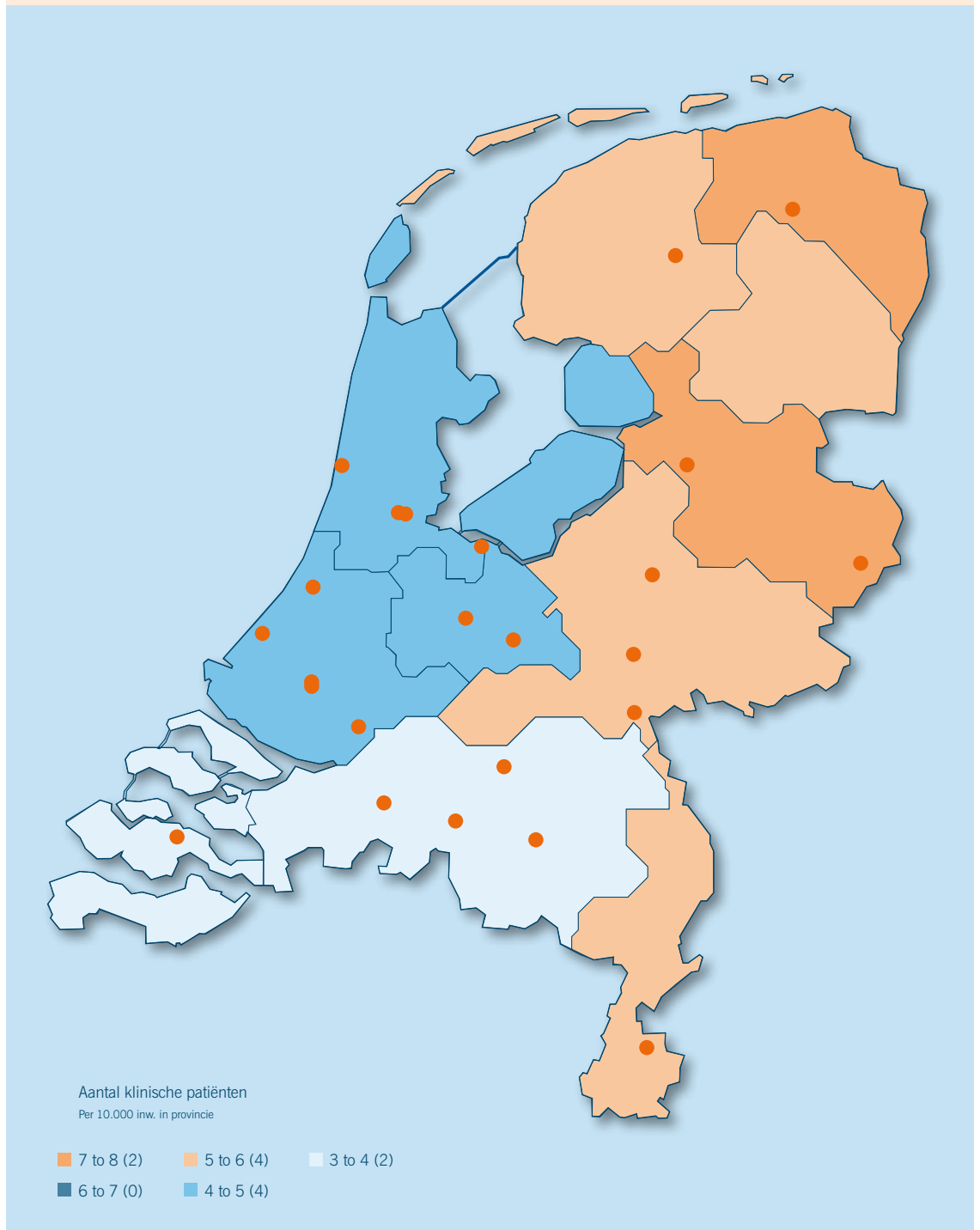
Hierbij moet worden aangetekend dat het wel gaat om relatief geringe aantallen patiënten.

Ook bij volwassenen komt bij de vrouwen relatief vaak de diagnosegroep “chronische pijn en psychische stoornissen” voor, terwijl de mannen relatief vaker binnen de diagnosegroep “hersenen” vallen.

2.3 Zorg per regio

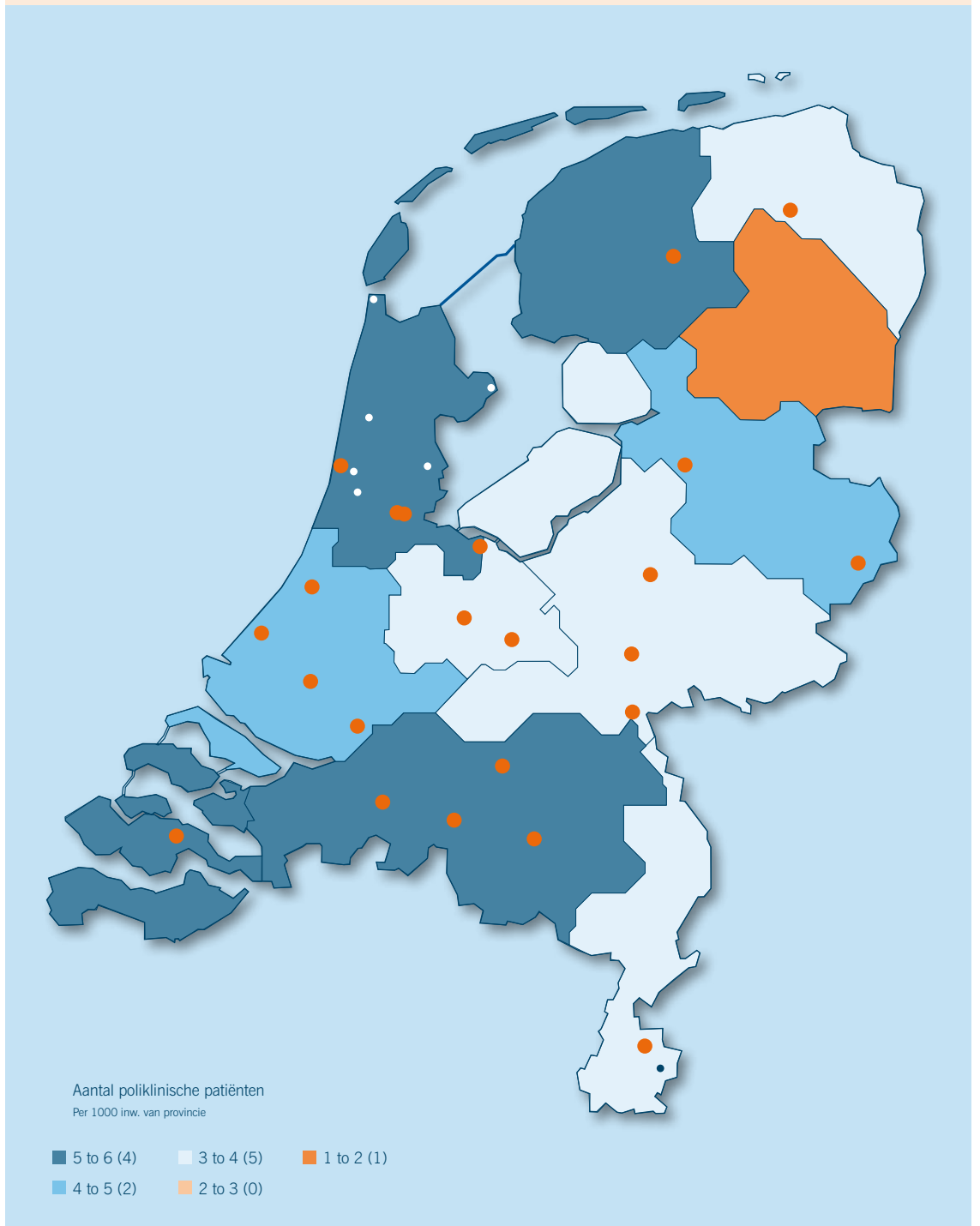
Er is sprake van een landelijk dekkend netwerk van revalidatiecentra. De spreiding van de centra over Nederland maakt multidisciplinaire revalidatiezorg bereikbaar voor iedereen. Op kaart 2.a wordt het aantal klinische patiënten per 10.000 inwoners in de provincies weergegeven. De revalidatiecentra zijn op de kaart met oranje 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 23 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 donkerblauwe punt aangegeven.

Van de ziekenhuizen waarvan bekend is dat zij revalidatiezorg leveren (de SRZ-ziekenhuizen uitgezonderd) zijn geen patiëntengegevens beschikbaar. Om die reden worden zij niet weergegeven op deze kaart.

Op kaart 2.c staan alle locaties in Nederland waar revalidatiezorg wordt geboden, aangegeven. Het betreft de 23 revalidatiecentra, de ziekenhuizen, en SGL in Limburg.

Uit de kaart valt op te maken dat revalidatiezorg in heel Nederland binnen een redelijke afstand beschikbaar is.

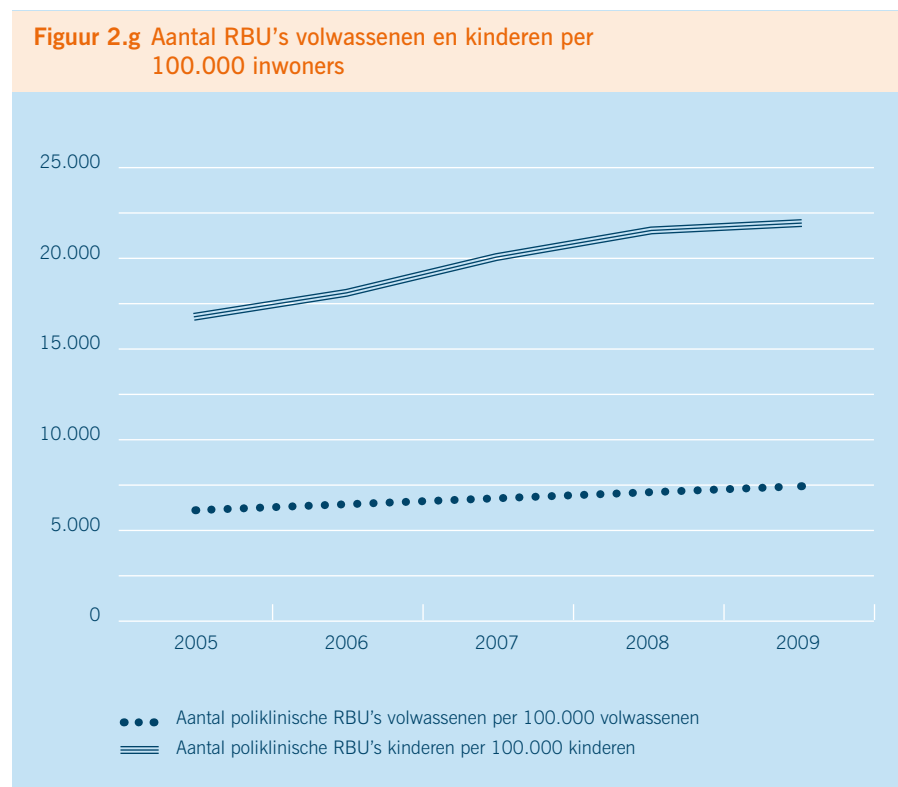
Kaart 2.c Beschikbaarheid revalidatiezorg in Nederland



Bron: Revalidatie Databank, Enquête Omvang Ziekenhuisrevalidatie 2009, Jaarenquête Ziekenhuizen 2009

2.4 Poliklinische behandeling

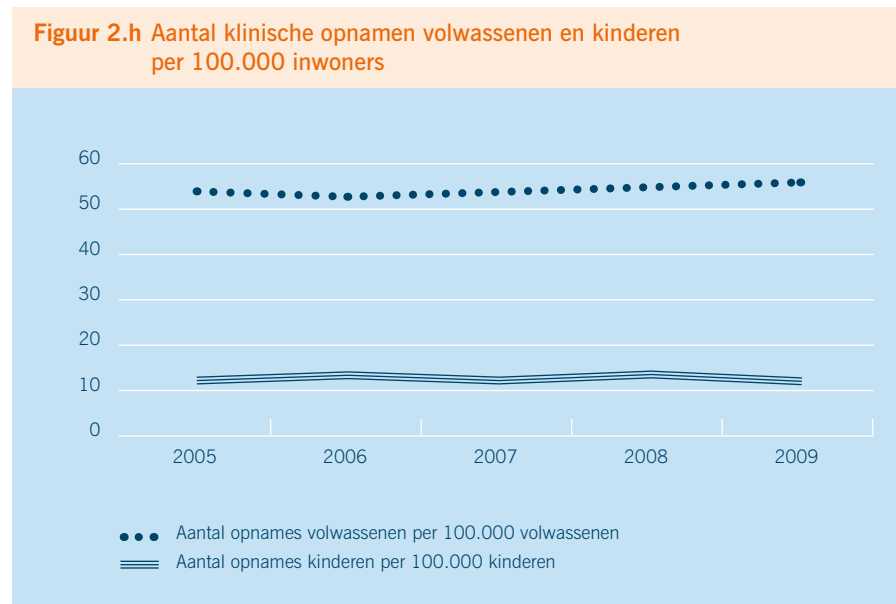
Om het volume van de geleverde zorg in perspectief te plaatsen wordt deze gerelateerd aan de bevolkingsomvang. Voor volwassenen wordt hiertoe het aantal revalidatiebehandelingen per 100.000 volwassenen weergegeven, voor kinderen per 100.000 inwoners jonger dan 17 jaar.



Bron: Revalidatie Databank

Bij de poliklinische zorgconsumptie, uitgedrukt in 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.

2.5 Klinische opname



Bron: Revalidatie Databank

Het aantal volwassenen per 100.000 inwoners dat klinisch wordt opgenomen is sinds 2005 licht gestegen. Voor kinderen geldt dat na een lichte toename in 2008, het aantal klinische opnamen per 100.000 inwoners in 2009 weer een lichte daling laat zien.

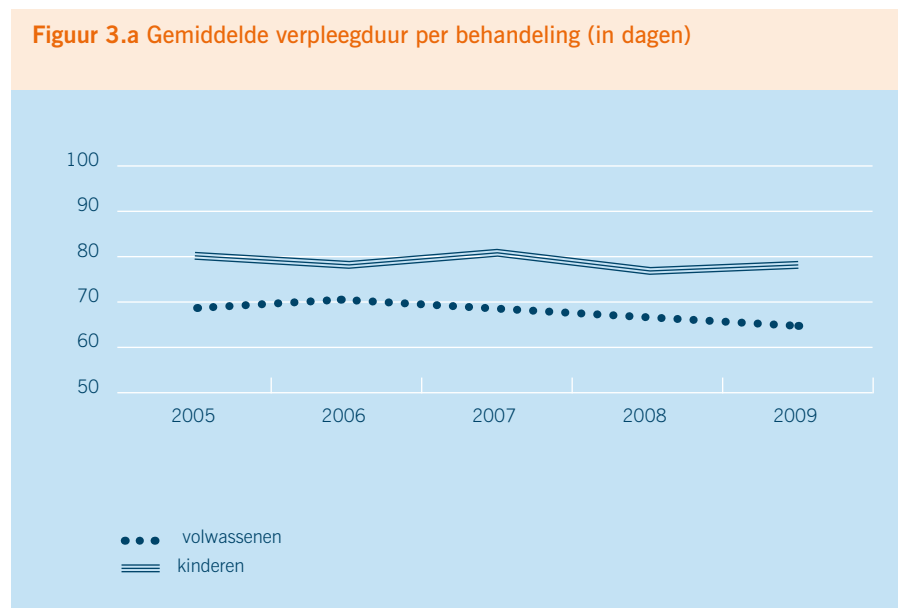
Hierbij moet worden benadrukt dat het totaal aantal klinische opnamen van kinderen slechts zeer gering is, waardoor optredende verschillen met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.



3 Behandelproces

3.1 Verpleegduur en behandelintensiteit

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



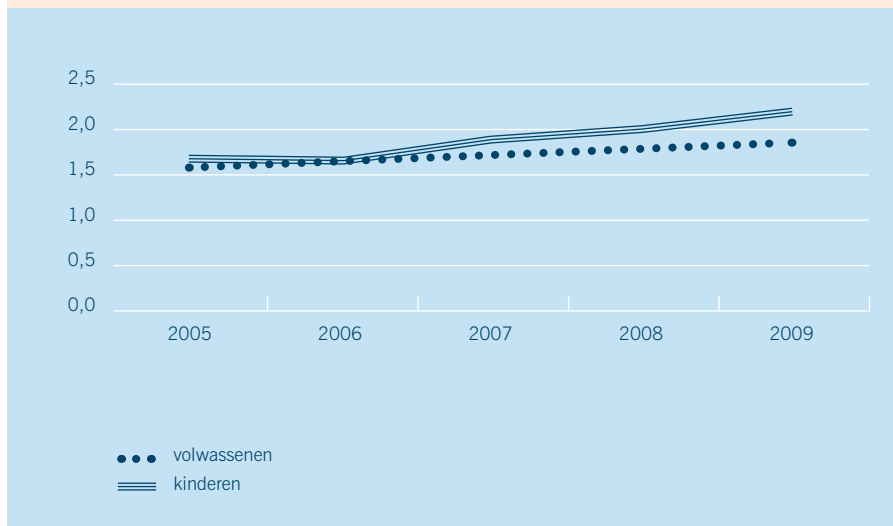
Bron: Revalidatie Databank

Uit figuur 3.a kan worden afgeleid dat:

- in de klinische revalidatie kinderen gemiddeld langer worden opgenomen dan volwassenen;
- de gemiddelde opnameduur van kinderen in 2009 weer licht is gestegen. Hierbij moet worden opgemerkt dat het bij klinische opnamen van kinderen om beperkte aantallen gaat, waardoor er jaarlijks fluctuaties in de gemiddelde verpleegduur kunnen optreden;
- de gemiddelde verpleegduur van volwassen patiënten voor het derde achtereenvolgende jaar is gedaald.

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 figuur 3.b kan worden afgeleid dat de behandelintensiteit voor zowel kinderen als volwassenen sinds 2005 ieder jaar toeneemt. Voor kinderen is daarbij een grotere stijging te zien dan voor de volwassenen.

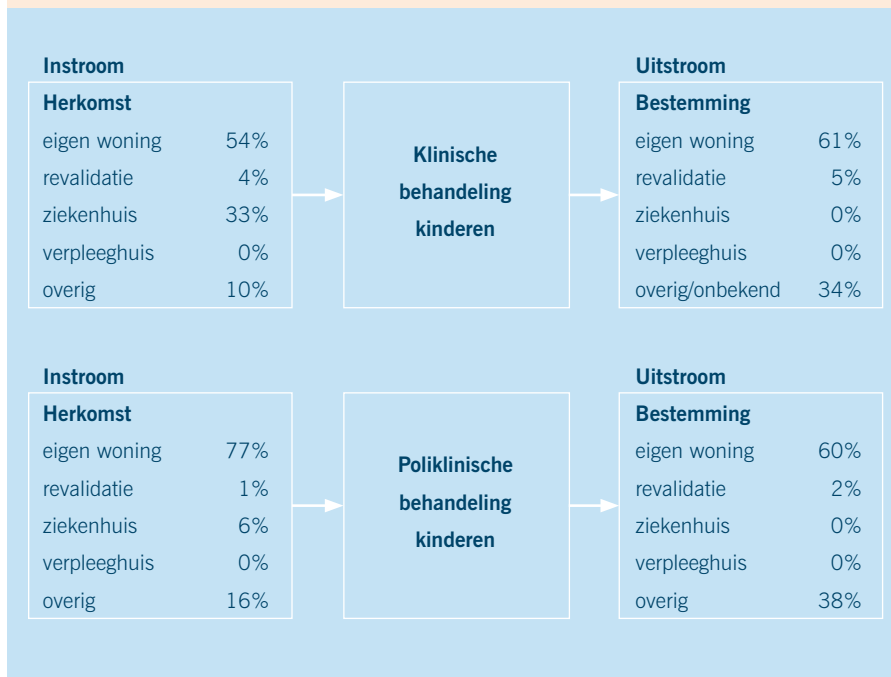
Op basis van de figuren 3.a en 3.b kan worden geconcludeerd dat de sinds 2005 ingezette trend om de klinische opnameduur te verkorten en gelijktijdig de behandeling te intensiveren, in ieder geval bij de volwassen patiënten nog voortduurt. Ook bij de kinderen neemt de behandelintensiteit nog steeds toe.

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 de hierna volgende 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 van kinderen in 2009



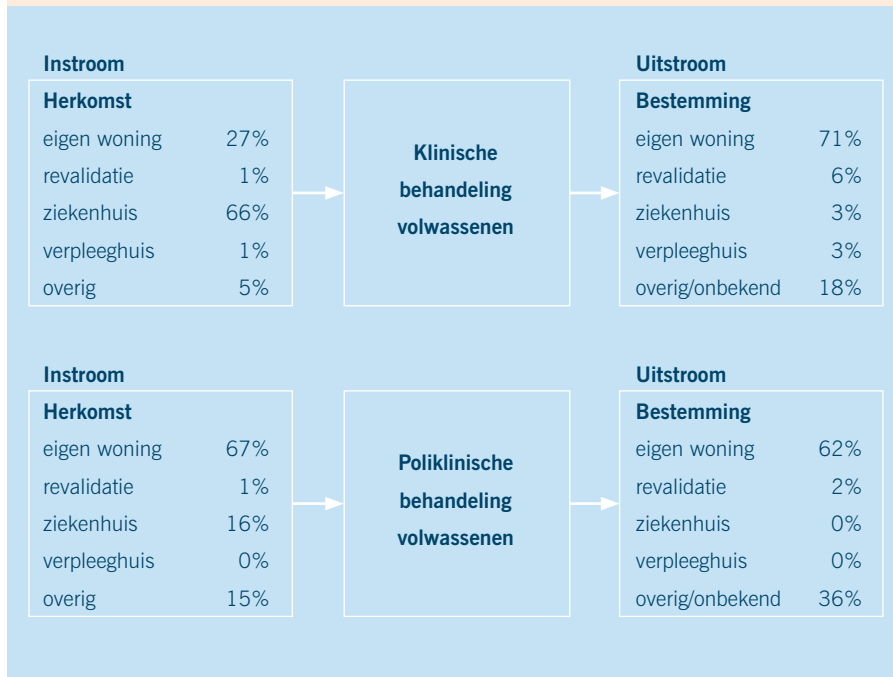
* In de praktijk is bekend dat na een klinische behandeling vrijwel altijd een poliklinische behandeling volgt. Van de groep kinderen die uitstroomt naar de "eigen woning" mag dan ook worden verondersteld dat het overgrote deel een poliklinische vervolgbehandeling krijgt.

Bron: Revalidatie Databank

Van de opgenomen kinderen komt 54% van huis en 33% uit een ziekenhuis. Na ontslag gaat de overgrote meerderheid (61%) terug naar de eigen woonomgeving. Aangenomen mag worden dat de groep 'overig/onbekend' ook grotendeels naar de eigen woonomgeving terug gaat.

Bij de uitstroom uit de poliklinische behandeling naar revalidatie kan sprake zijn van een tweede 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 behandeling van volwassenen in 2009



Bron: Revalidatie Databank

Van de opgenomen volwassenen komt 27% van huis en 66% uit een ziekenhuis. Na ontslag gaat de overgrote meerderheid (71%) 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 in de regel voornamelijk gegeven aan patiënten in de thuissituatie.

3.3 Wachttijden voor revalidatiezorg

Alle 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 streefnorm voor wachttijden. Hierin is voor iedere behandelvorm een maximale wachttijd vastgesteld. Tabel 3.1 geeft voor iedere behandelvorm de Treeknorm voor wachttijden.

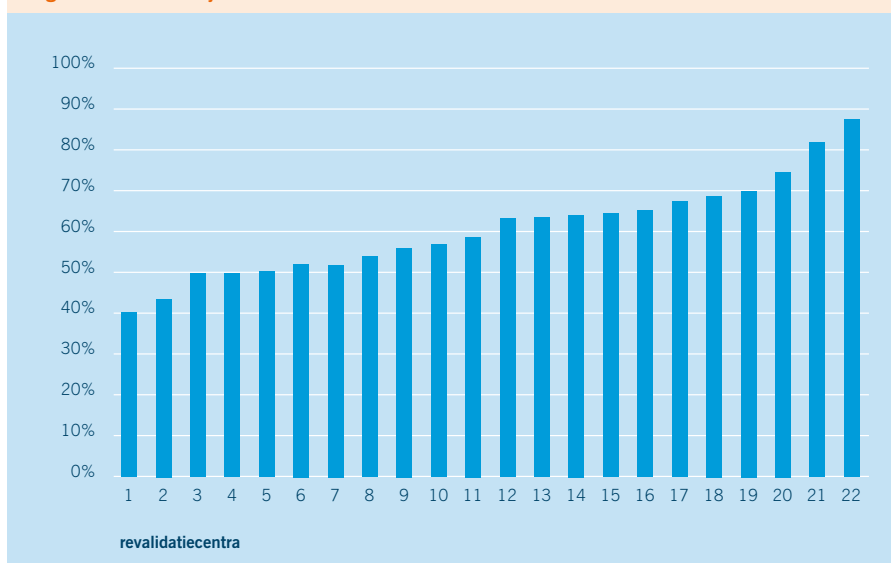
Tabel 3.1 Treeknormen voor wachttijden

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

Bron: Revalidatie Databank

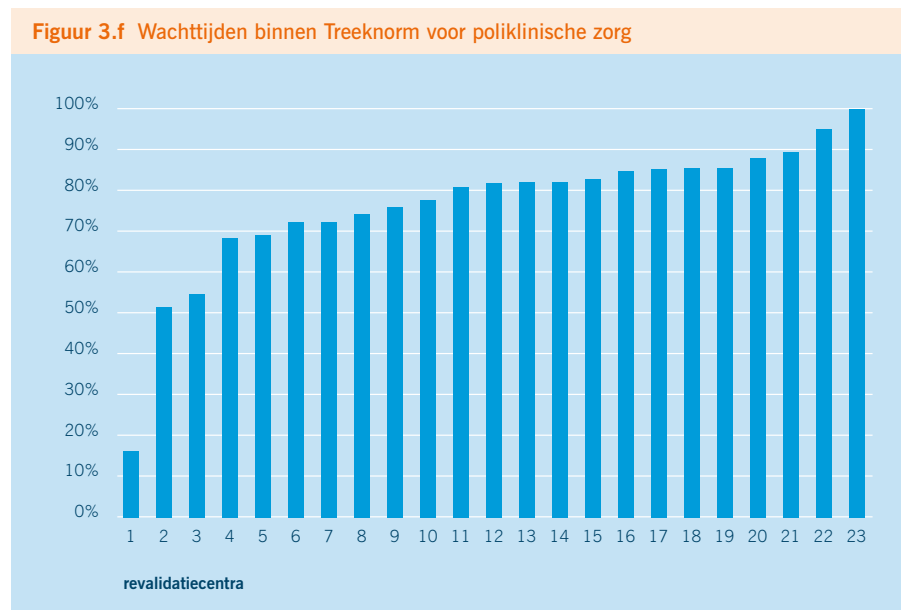
Revalidatiecentra hebben voor iedere behandelvorm opgegeven voor welk percentage van de patiënten zij erin zijn geslaagd de wachttijd onder de Treeknorm te houden. In de volgende figuren zijn de resultaten weergegeven.

Figuur 3.e Wachttijden binnen Treeknorm voor het eerste onderzoek



Bron: Revalidatie Databank

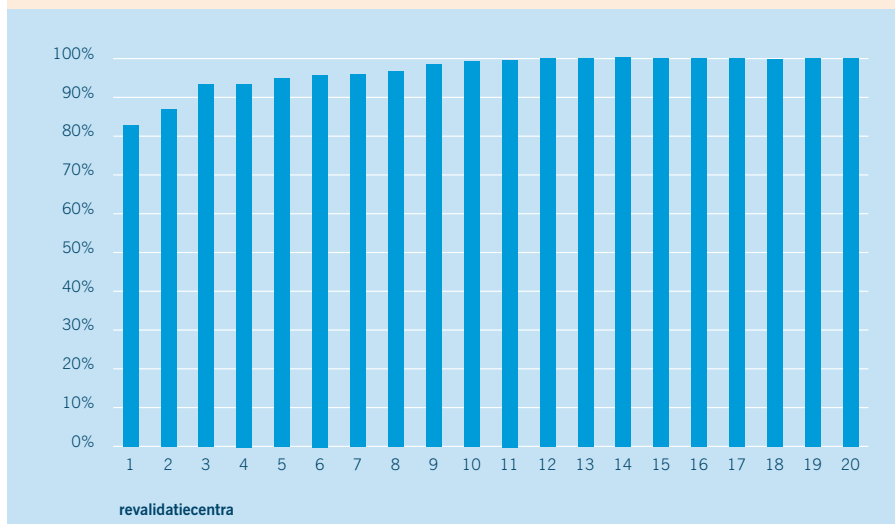
Iedere kolom stelt de prestatie van een revalidatiecentrum voor; 22 centra hebben wachttijdgegevens aangeleverd. Iedere kolom geeft weer hoeveel procent van de patiënten bij dat centrum het eerste onderzoek heeft gekregen binnen de geldende Treeknorm. Gemiddeld heeft 61% van alle patiënten in de sector binnen de Treeknorm van vier weken het eerste onderzoek gekregen. Dit is een daling ten opzichte van het vorige jaar (67%).



Bron: Revalidatie Databank

Gemiddeld heeft 79% van alle patiënten korter gewacht op toegang tot poliklinische behandeling dan de Treeknorm van zes weken. Dit percentage is vergelijkbaar met het vorige jaar.

Figuur 3.g Wachttijden binnen Treeknorm voor klinische zorg



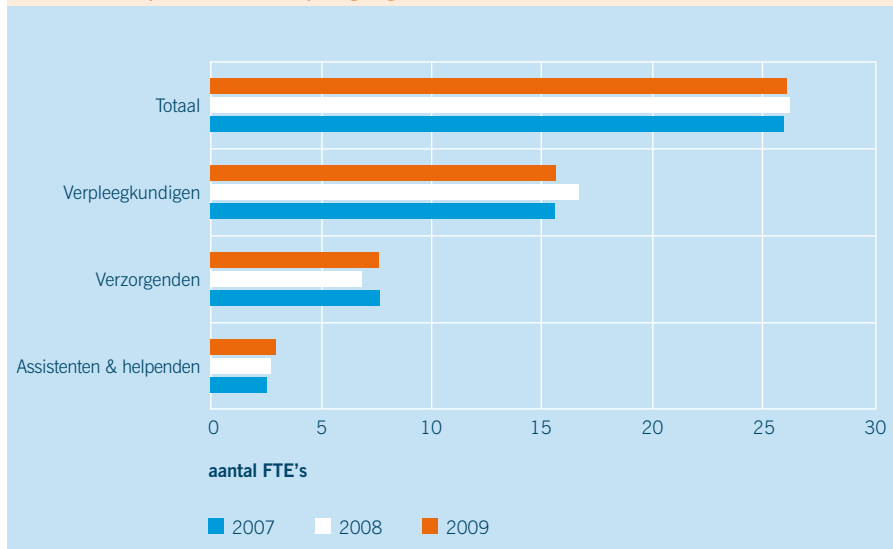
Bron: Revalidatie Databank

Gemiddeld heeft 96% van alle patiënten korter gewacht op toegang tot klinische behandeling dan de Treeknorm van zeven weken. Dit percentage is vergelijkbaar met het vorige jaar.

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, dat voor het overgrote deel in de klinische revalidatie werkzaam is, en het behandelend en behandelingondersteunend personeel.

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

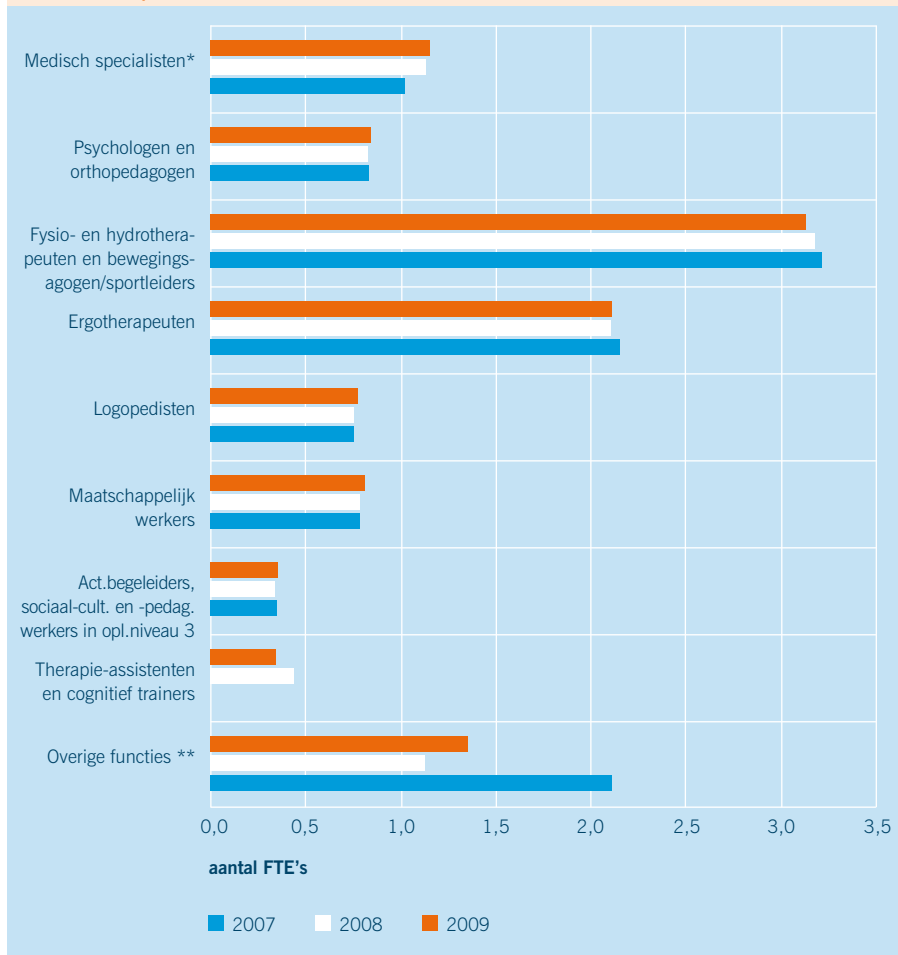


* exclusief personeel in opleiding

Bron: Revalidatie Databank

Per 10.000 verpleegdagen werden in 2009 ruim 26 fte's verplegend en verzorgend personeel ingezet; een heel lichte daling ten opzichte van 2008. De inzet van verplegend personeel is met zes procent gedaald ten opzichte van 2008; de inzet van verzorgend personeel is met ruim negen procent gestegen.

Figuur 3.i Inzet behandelend en ondersteunend personeel (in fte's) per 10.000 RBU's



* revalidatieartsen, aios, anios en overige medische specialisten

** De groep 'overige functies' omvat de volgende functies: diëtisten, muziektherapeuten, geestelijk verzorgers, personeel (medische) elektronica en revalidatietechniek en overig personeel behandelend & ondersteunend.

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 ten opzichte van 2008 licht gestegen. Vanaf 2008 is er in de bedrijfsenquête een nieuwe groep onderscheiden (therapieassistenten en cognitief trainers) en is de samenstelling van de groep 'overige functies' gewijzigd. Deze twee aanpassingen hebben geleid tot een kleine verschuiving binnen de groepen.

Fysiotherapeuten en ergotherapeuten leveren ongeveer de helft van de totale inzet binnen het revalidatieteam.

Uit de figuur valt eveneens af te lezen dat het aandeel van de medisch specialisten in het revalidatieteam een licht stijgende tendens vertoont.



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 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" wordt nog steeds verder ontwikkeld. 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 2009 is het volgende kwaliteitsbeeld ontstaan.

4.1 Tevredenheid

Op basis van patiënttevredenheidsonderzoeken wordt een indicatie gekregen van de tevredenheid van patiënten. In 2009 hebben de revalidatiecentra meegedaan aan patiënttevredenheidsonderzoek middels de CQ-index. Volwassen patiënten gaven de revalidatiecentra een 8,2 als gemiddeld rapportcijfer. Ouders van kinderen die in behandeling waren, gaven gemiddeld een 8,1 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 1,1%. 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 voeren vrijwel alle centra resultaatmetingen uit en/of meten de effecten op zelfstandigheid.

Zowel bij de volwassen patiënten als bij de kinderen gaat gemiddeld 90% na de behandeling weer naar huis.

4.4 Tijdigheid

De meeste patiënten worden binnen de overeengekomen maximale wachttijden in behandeling genomen. 61% van de patiënten wordt binnen vier weken uitgenodigd voor een eerste consult.

79% van de patiënten komt binnen zes weken in poliklinische behandeling en 96% van de klinische patiënten wordt binnen de afgesproken zeven weken opgenomen voor behandeling.

4.5 Transparantie

In 2009 is het eerste revalidatiecentrum HKZ-gecertificeerd. De overige centra verwachten het HKZ-certificaat binnen 1 tot 3 jaar te behalen.

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 VSN (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, de Platformbijeenkomst Cognitieve Revalidatie, of de 5e Dutch-ACD bijeenkomst voor professionals in de kinderrevalidatie.

4.8 Opleiding

Vrijwel alle centra zijn actief met het opleiden van studenten in de gezondheidszorg. Twintig centra bieden begeleiding bij de opleiding van 310 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 2009 verzorgden 17 van de 23 revalidatiecentra de opleiding tot revalidatiearts. Het totaal aantal assistenten in opleiding (AIOS) in revalidatiecentra bedroeg 98, variërend van 1 tot 14 per centrum. Het totale aantal assistenten geneeskunde in opleiding voor klinisch onderzoeker (AGIKO's) bedroeg 8.

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 80% 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

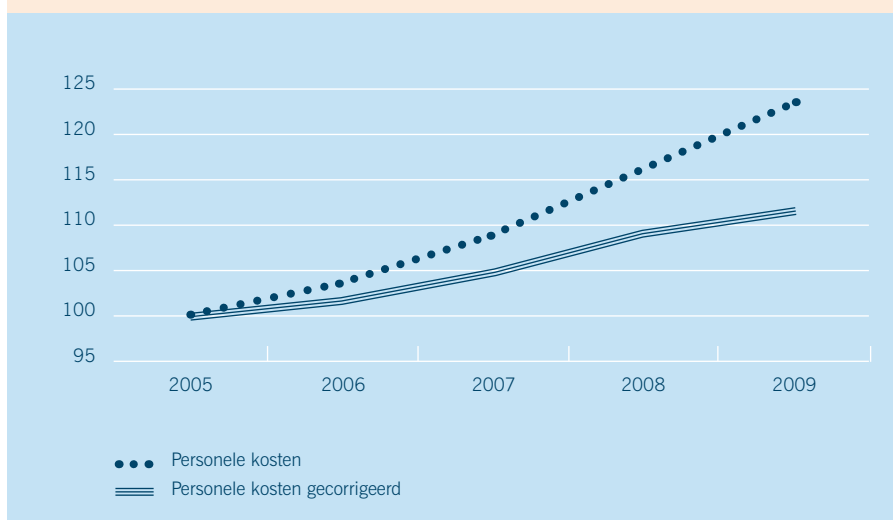
De uitgaven voor de totale zorgsector waren voor 2009 begroot op 58 miljard euro⁷. Hiervan wordt circa 40% besteed aan curatieve zorg. Het wettelijke budget voor de aanvaardbare kosten van alle revalidatiecentra bedroeg in 2009 414 miljoen euro. Het aandeel van de revalidatiesector in de kosten van de curatieve zorg is dan ook gering; minder 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 bedroegen in 2009 ruim € 335 miljoen, dit is bijna 81% van het totale (wettelijke) budget. In figuur 5.a wordt de ontwikkeling van de personele kosten vanaf 2004 geïndexeerd weergegeven. In een tweede lijn is de ontwikkeling van deze kosten gecorrigeerd met het indexcijfer voor CAO-lonen gezondheids- en welzijnszorg van het CBS.

Figuur 5.a Ontwikkeling van de personele kosten in 2005-2009 (2005 = 100)



Bron: Revalidatie Databank en CBS statline

De totale personele kosten zijn over periode 2005-2009 met 24% toegenomen. Gecorrigeerd met de index voor de CAO-lonen in de gezondheidszorg is de totale toename 11%. De gemiddelde gecorrigeerde stijging per jaar in dezelfde periode bedraagt circa 2,75%

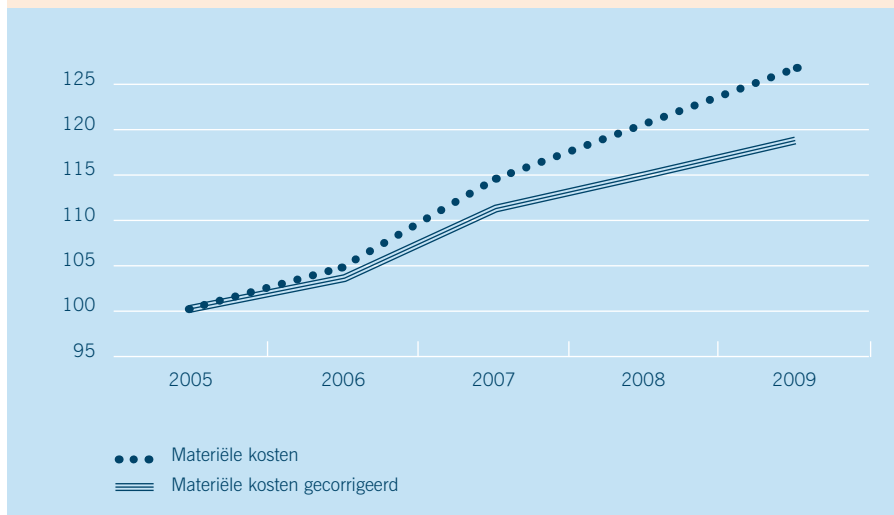
5.2 Materiële kosten

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).

⁴ Bron: Budgettair Kader Zorg (BKZ) 2009

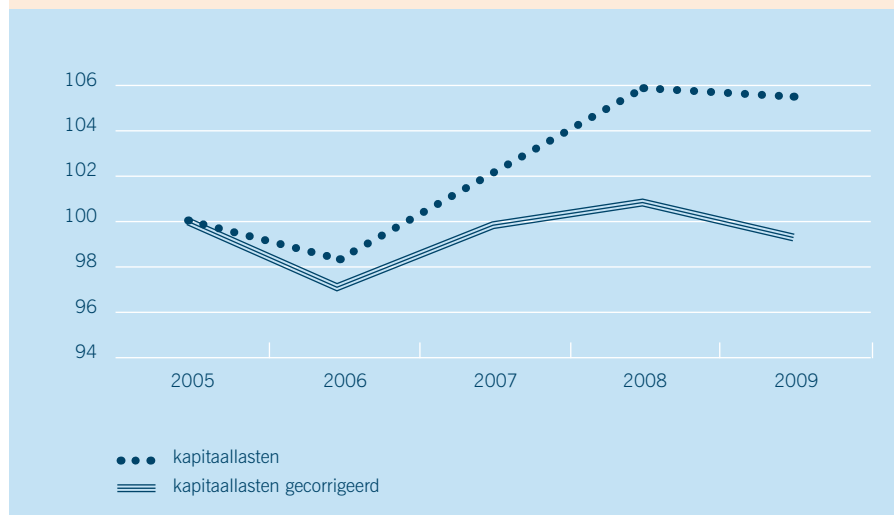
Gezien het feit dat de ontwikkeling van de kapitaallasten van andere factoren afhankelijk is en het kostenverloop daarmee significant afwijkt van de overige materiële kosten, wordt deze in figuur 5.c afzonderlijk in beeld gebracht.

Figuur 5.b Ontwikkeling van de materiële kosten in 2005-2009 (2005 = 100)



Bron: Revalidatie Databank en CBS statline

Figuur 5.c Ontwikkeling van de kapitaallasten in 2005-2009 (2005 = 100)



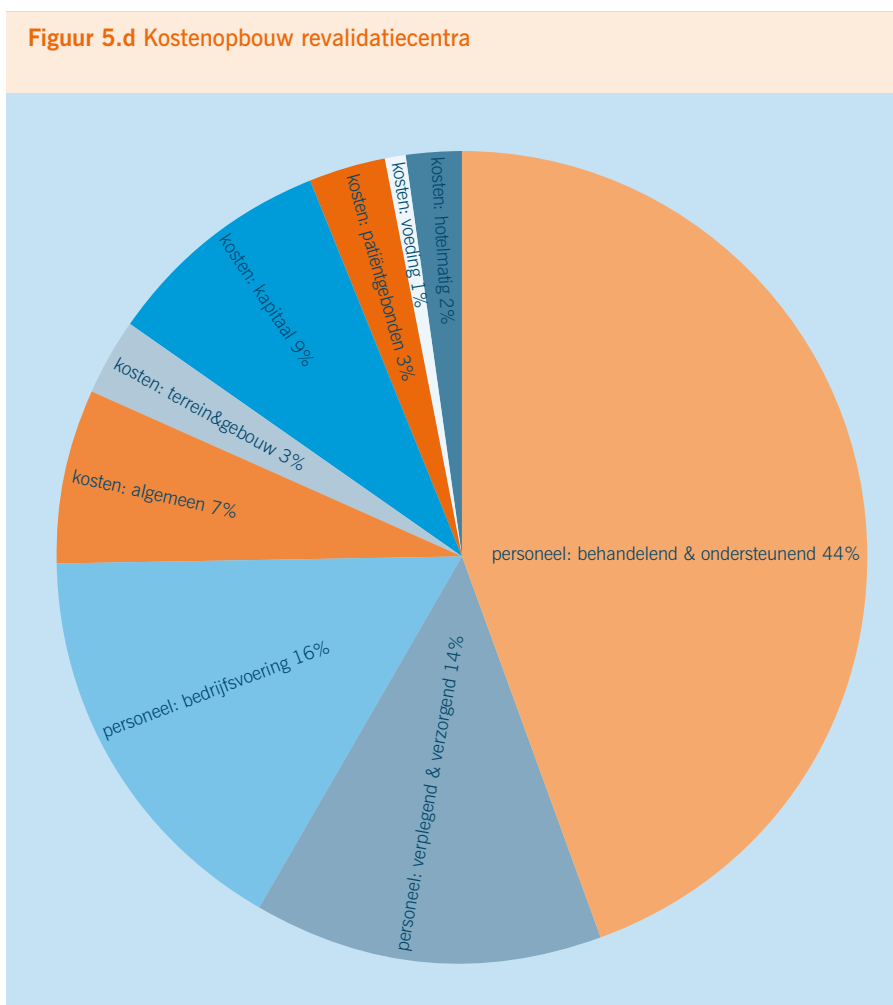
Bron: Revalidatie Databank en CBS statline

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.

In 2009 werden de kapitaallasten geremd doordat door de onduidelijkheid in de financieringssystematiek van de afgelopen jaren enkele centra met grote nieuwbouwplannen deze plannen hebben uitgesteld.

5.3 Kostenopbouw

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

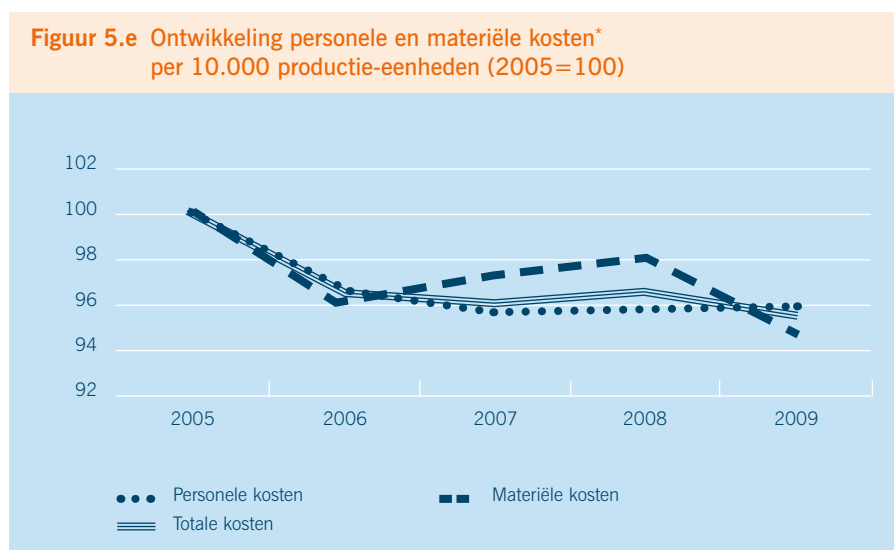


Bron: Revalidatie Databank en CBS statline

Binnen de revalidatiecentra heeft, net als vorig jaar, 64% van de kosten een directe relatie met de patiëntenzorg. De overige kosten hebben betrekking op personeel ten behoeve van de bedrijfsvoering, kapitaallasten, terreinen en 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 verpleegdagen⁸. In onderstaande figuur is de doelmatigheid zichtbaar gemaakt.



* Deze kosten zijn gecorrigeerd op basis van het indexcijfer voor Cao-lonen gezondheid- en welzijnzorg 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 in 2009 zijn gedaald; de doelmatigheid van de ingezette middelen is dus vergroot;
- deze daling vooral toe te schrijven is aan een sterke daling van de materiële kosten per 10.000 productie-eenheden. Enerzijds zijn de materiële kosten op onderdelen gedaald (kapitaallasten, energiekosten), en anderzijds is de productie gestegen, waardoor de materiële kosten per 10.000 productie-eenheden flink zijn gedaald;
- de materiële, de personele en de totale kosten per 10.000 productie-eenheden allen onder het niveau van 2005 liggen.

⁸ Voor de berekening van deze gestandaardiseerde productiemaat wordt verwezen naar bijlage 4, tabel B4.

6 Personeel

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de kenmerken van het personeel dat werkzaam is 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 5.981 arbeidsplaatsen, uitgedrukt in fte's, bij de revalidatiecentra aanwezig. Dit betreft 8.930 werkzame personen. Net als in 2008 is ca. 75% van de medewerkers direct betrokken bij de revalidatiezorg⁹.

Tabel 6.1 Aantal arbeidsplaatsen, fte's en deeltijdfactor*

	2005	2006	2007	2008	2009	% verandering 2005-2009
aantal arbeidsplaatsen in fte's						
Bedrijfsvoering	1785	1763	1768	1424	1502	-15,9%
Behandelend en ondersteunend	2649	2732	2849	3040	3159	19,3%
Verpleegkundig en verzorgend	1337	1309	1326	1355	1320	-1,2%
Totaal	5771	5804	5943	5820	5981	3,6%
aantal werkzame personen						
Bedrijfsvoering	2699	2653	2582	2117	2225	-17,6%
Behandelend en ondersteunend	4028	4158	4298	4512	4714	17%
Verpleegkundig en verzorgend	2011	1941	1994	1992	1991	-1%
Totaal	8738	8752	8874	8620	8930	2,2%
Deeltijdfactor						
Bedrijfsvoering	0,66	0,66	0,68	0,67	0,68	2,1%
Behandelend en ondersteunend	0,66	0,66	0,66	0,67	0,67	1,9%
Verpleegkundig en verzorgend	0,66	0,67	0,66	0,68	0,66	-0,3%
Totaal	0,66	0,66	0,67	0,68	0,67	1,4%

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

Bron: Revalidatie Databank

⁹ Door een andere opzet van de bedrijfsenquête in 2008 heeft er een verschuiving plaatsgevonden van 'bedrijfsvoering' naar 'behandelend en ondersteunend'. Bij 'behandelend en ondersteunend' zijn er veel nieuwe functies bijgekomen. Met name de nieuwe functie 'management & staf patiënt/cliëntgebonden functies' is verschillend geregistreerd, waardoor 'bedrijfsvoering' in 2008 relatief fors is gedaald en 'behandelend en ondersteunend' relatief fors is gestegen.

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 fysiotherapeuten, psychologen en maatschappelijk werkers.

De deeltijdfactor, die berekend wordt op basis van het aantal arbeidsplaatsen en werkzame personen, is vanaf 2005 nagenoeg gelijk gebleven.

6.2 Leeftijd en duur dienstverband

Tabel 6.2 Leeftijd en duur dienstverband personeel in loondienst

	gem. leeftijd (jr.)				
	2005	2006	2007	2008	2009
Bedrijfsvoering	43,8	44,6	44,9	45,5	45,6
Behandelend en ondersteunend	39,6	39,6	39,8	40,4	40,7
Verpleegkundig en verzorgend	40,1	40,3	40,9	41,2	40,2
Totaal	41,0	41,3	41,5	41,9	42,9
	gem. duur dienstverband (jr.)				
	2005	2006	2007	2008	2009
Bedrijfsvoering	9,1	9,3	9,3	9,5	10,1
Behandelend en ondersteunend	8,4	8,1	8,4	8,7	9,1
Verpleegkundig en verzorgend	8,7	8,4	9,5	9,6	9,3
Totaal	8,7	8,5	8,9	9,1	9,4

Bron: Revalidatie Databank

Werknemers in de revalidatiecentra hebben een gemiddelde leeftijd van 42,9 jaar. De gemiddelde leeftijd is in de functiegroep “bedrijfsvoering” met 45,6 jaar het hoogst. Medewerkers blijven gemiddeld ruim 9 jaar bij een revalidatiecentrum werken. Zichtbaar is dat de gemiddelde leeftijd structureel stijgt, met uitzondering van het “verpleegkundig en verzorgend” personeel, dat in 2009 voor het eerst een daling laat zien. Naast de leeftijd stijgt ook de gemiddelde duur van het dienstverband. Er kan dan ook 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				
	2005	2006	2007	2008	2009
Bedrijfsvoering	9,9	11,8	14,1	13,2	9,6
Behandelend en ondersteunend	10,2	13,4	13,4	12,6	11,2
Verpleegkundig en verzorgend	8,2	10,4	11,6	14,4	12,1
Totaal	9,7	12,2	13,2	13,1	10,9

Bron: Revalidatie Databank

Het personeelsverloop is in 2009 fors gedaald, vooral in de groep “bedrijfsvoering”. Hoewel de zorgsector een relatief conjunctuurongevoelige branche is, mag worden aangenomen dat het onzekere economische klimaat in 2009 een remmende werking op het verloop heeft gehad.

6.4 Ziekteverzuim

Tabel 6.4 Ziekteverzuimpercentage en –frequentie personeel in loondienst

	verzuimpercentage				
	2005	2006	2007	2008	2009
Bedrijfsvoering	5,2	4,5	4,1	3,7	4,2
Behandelend en ondersteunend	4,6	4,5	4,0	4,3	4,1
Verpleegkundig en verzorgend	6,2	5,9	5,7	5,7	5,4
Totaal	5,2	4,8	4,4	4,4	4,5

	verzuimfrequentie				
	2005	2006	2007	2008	2009
Bedrijfsvoering	1,6	1,6	1,8	1,4	1,4
Behandelend en ondersteunend	1,7	1,9	1,8	1,7	1,6
Verpleegkundig en verzorgend	1,8	2,0	2,1	2,0	1,9
Totaal	1,7	1,8	1,9	1,7	1,6

Bron: Revalidatie Databank

Het verzuimpercentage is in 2009 heel licht opgelopen, van 4,4 naar 4,5. Aangezien de verzuimfrequentie in 2009 licht is gedaald, kan worden geconcludeerd dat met name het langdurige verzuim licht is opgelopen.

Bijlage 1 Verantwoording

B1.1 Totstandkoming

Het Brancherapport 2009 is tot stand gekomen in nauwe samenwerking tussen Revalidatie Nederland en Kiwa Prismant, beheerder van de Revalidatie Databank. Het Brancherapport 2009 is voorbereid door de Commissie Informatievoorziening van Revalidatie Nederland. Deze commissie heeft met name de analyses van de gegevens uitgevoerd. De Commissie Informatievoorziening is als volgt samengesteld:

Rob Beuse, Revalidatiecentrum De Hoogstraat, voorzitter
Harrie Brand, Reade
Joep Cluitmans, Adelante Zorggroep
Gerrit Niestijl, Rijndam revalidatiecentrum
Gerrit Renes, Revalidatie Friesland
Frank Vermeulen, Sophia Revalidatie
Michel Leenders, 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 Zorgautoriteit (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 stroomt 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 één 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 revalidatie-behandeling. 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 2009 vallen. Dit omdat van deze groep gedeel-
telijk onbekend is wanneer zij (eventueel) een poliklinische vervolgbehandeling krijgen.

Bijlage 2 Overzicht leden Revalidatie Nederland

Tabel B.2 Revalidatiecentra in Nederland

NAAM	HOOFDVESTIGING
Reade, locatie Dr. Jan van Breemenstraat	Amsterdam
Reade, locatie Overtoom	Amsterdam
ViaReva, revalidatiegeneeskunde	Apeldoorn
RMC Groot Klimmendaal	Arnhem
Revalidatie Friesland	Beetsterzwaag
Revant Revalidatiecentrum Breda	Breda
Sophia Revalidatie	Den Haag
Militair Revalidatie Centrum Aardenburg	Doorn
Revalidatiecentrum Blixembosch, onderdeel van de Libra Zorggroep	Eindhoven
Het Roessingh, centrum voor revalidatie	Enschede
Revant Revalidatiecentrum Lindenhof	Goes
Centrum voor Revalidatie - UMCG, locatie Beatruxoord	Haren
Adelante Zorggroep	Hoensbroek
Revalidatiecentrum De Trappenberg, onderdeel van Merem Behandelcentra	Huizen
Rijnlands Revalidatie Centrum	Leiden
Revalidatiecentrum van de Sint Maartenskliniek	Nijmegen
Rijndam revalidatiecentrum	Rotterdam
Capri Hartrevalidatie Rotterdam	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 23 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 Patiënttevredenheid				uitkomstindicator
1.1.1 Onderzoek patiënttevredenheid met CQ-Index Revalidatie	22	0	1	22 centra deden in 2009 mee aan de pilot met de CQ-Index. Eén centrum deed niet mee vanwege een aanstaande fusie. - Volwassenen gaven het revalidatiecentrum gemiddeld 8,2 als rapportcijfer. - Ouders van kinderen die in behandeling waren gaven gemiddeld 8,1 als rapportcijfer.
2. Veiligheid				
2.1 Basis medische zorg				structuur indicator
2.1.1 Reglement basis medische zorg	23	0	0	Alle instellingen hebben een reglement basis medische zorg.
2.2 Infectiepreventie				structuur indicator
2.2.1 Beleidsplan infectiepreventie	22	1	0	22 instellingen beschikken geheel of gedeeltelijk over een geactualiseerd beleidsplan infectiepreventie.
MRSA	22	1	0	22 instellingen beschikken over een beleidsplan op het deelgebied MRSA.
PEP protocol	19	4	0	19 instellingen beschikken over een beleidsplan op het deelgebied PEP protocol.
Hepatitis B	22	1	0	22 instellingen beschikken over een beleidsplan op het deelgebied Hepatitis B.
Kruisinfecties	19	4	0	19 instellingen beschikken over een beleidsplan op het deelgebied Kruisinfecties.
2.3 Complicaties				structuur indicator
2.3.1 Registratie complicaties bij schouderinjecties	13	7	3	Het aantal centra dat complicaties bij schouderinjecties registreert is gelijk gebleven ten opzichte van vorig jaar.
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 1,1% zeer laag.
2.5 Decubitusincidentie klin. patiënten met een dwarslaesie				structuur indicator & uitkomst indicator
2.5.1 Registratie	11	4	5	Het aantal centra dat decubitusincidentie registreert is gestegen. De incidentie bedraagt 8,2%.
2.6 Medicatieveiligheid				ontwikkelindicator
2.6.1 Elektronische beschikbaarheid van informatie	13	10	0	vooruitlopend op het EPD hebben steeds meer centra de medicatiegegevens elektronisch beschikbaar
3. Effectiviteit				
3.1 Resultaatmeting				structuur indicator
3.1.1 Projecten resultaatmeting	0	0	0	projecten resultaatmeting niet uitgevraagd in 2009
3.1.2 PEDI-NL wordt gebruikt voor resultaatmeting	18	5	0	
3.1.3 USER wordt gebruikt voor resultaatmeting	9	11	3	
3.1.4 SIGAM-WAP wordt gebruikt voor resultaatmeting	17	6	0	

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

Rubriek	Ja	Nee	Nvt	Beknopte conclusie
3.2 Resultaten				structuur indicator & uitkomst indicator
3.2.1 Percentage ontslagen volwassen patiënten, dat zelfstandig gaat wonen	20	0	3	Het percentage volwassen patiënten dat na de behandeling zelfstandig gaat wonen ligt gemiddeld op 90%. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren
3.2.2 Percentage ontslagen kinderen, dat weer naar huis gaat	9	0	14	Het percentage kinderen dat na de behandeling weer naar huis gaat, ligt gemiddeld op 90%. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren
3.2.3 Registratie effecten van de behandeling op zelfstandigheid	0	0	0	in 2009 niet uitgevraagd
4. Tijdigheid				
4.1 Wachttijden				proces indicator & uitkomst indicator
4.1.1 Eerste onderzoek	22	1	0	60,6% van de patiënten heeft korter gewacht dan de Treeknorm van 4 weken
4.1.2 Poliklinische revalidatiebehandeling	22	1	0	78,9% van de patiënten heeft korter gewacht dan de Treeknorm van 6 weken
4.1.3 Klinische revalidatiebehandeling	20	0	3	96,9% van de patiënten heeft korter gewacht dan de Treeknorm van 7 weken
4.1.4 Publicatie op internet per diagnosegroep	8	15	0	Het aantal centra dat in 2009 wachttijden per diagnosegroep publiceerde is toegenomen
5. Transparantie				
5.1 HKZ				ontwikkel indicator
5.1.1 HKZ certificaat Medisch Specialistische Revalidatiezorg	1	22	0	In 2009 was 1 centrum HKZ gecertificeerd. De overige centra verwachten het HKZ certificaat binnen 1 tot 3 jaar te behalen.
5.2 Visitatie professionals				structuur indicator
5.2.1 Opleidingsvisitatie	17	1	5	Van alle opleidingscentra heeft één centrum geen gegevens aangeleverd
5.2.2 Kwaliteitsvisitatie	16	7	0	Zestien centra hebben de afgelopen jaren een kwaliteitsvisitatie gehad
6. Samenwerking				
6.1 Ketenzorg				ontwikkel indicator
6.1.1 Verwijzersonderzoek	12	11	0	12 centra hebben recentelijk (in 2007, 2008 of 2009) verwijzersonderzoek uitgevoerd.
6.2 Regionaal Revalidatiegeneeskundig netwerk				ontwikkel indicator
6.2.1 Structureel overleg met ketenpartners	23	0	0	Alle centra voeren structureel overleg met de ketenpartners

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

Rubriek	Ja	Nee	Nvt	Beknopte conclusie
6.3 Samenwerking met patiëntenverenigingen				structuur indicator
6.3.1 Systematisch overleg patiëntenvertegenw.	21	2	0	Het systematische overleg met patiëntenvertegenwoordigers is iets gestegen
6.3.2 Welke patiëntenorganisaties				Aantal centra dat structureel overleg voert met: <ul style="list-style-type: none"> - Samen Verder, de Nederlandse CVA vereniging (18) - Cerebraal, vereniging voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel (18) - Dwarslaesie Organisatie Nederland (11) - VSN, Vereniging Spierziekten Nederland (17) - BOSK, Vereniging van motorische gehandicapten (kinderen) en hun ouders (16) - Landelijke vereniging van geamputeerden (14) - Stichting Pijnhoop (4) - Hartzorg (3) - Astmafonds (3) - Reuma Patiënten Vereniging (8) - Anders (13)
7. Deskundigheid en deskundigheidsontwikkeling				
7.1 Participatie in landelijke werkgroepen VRA				structuur indicator
7.1.1 Participatie werkgroepen VRA	22	1	0	Een centrum uitgezonderd participeerden alle centra in werkgroepen
7.1.2 Welke werkgroepen				Aantal revalidatiecentra (n) dat deelneemt aan gespecificeerde VRA werkgroepen: <ul style="list-style-type: none"> - Platform Kinderrevalidatie artsen (21) - Werkgroep CVA Nederland (22) - Werkgroep Amputaties en Prothesiologie (21) - Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (21) - Kerngroep Revalidatieartsen voor spierziekten (18) - Werkgroep Traumatisch hersenletsel (17) - Nederlands-Vlaams Dwarslaesie Genootschap (13) - Werkgroep Trauma Revalidatie (16) - Werkgroep Transculturele Revalidatie (8) - Kwaliteitscommissie (7) [coördineert kwaliteitsvisities] - Consilium (12) [betreft inhoudelijke eisen aan opleiding revalidatiearts]
7.1.3 Participatie andere bijeenkomsten professionals	22	1	0	Aantal revalidatiecentra (n) dat deelneemt aan gespecificeerde bijeenkomsten: <ul style="list-style-type: none"> - Landelijke themadag van de Werkgroep CVA Nederland (21) - Jaarlijks interdisciplinair congres van het Nederlands-Vlaams Dwarslaesie Genootschap (10) - Studiedag van de Werkgroep Amputaties en Prothesiologie (14) - Teamdag van de Werkgroep Traumatisch Hersenletsel (15) - Platform Cognitieve Revalidatie van VRA, NIP en RN (17) - 5e Dutch-ACD bijeenkomst voor professionals in de kinderrevalidatie (16)

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

Rubriek	Ja	Nee	Nvt	Beknopte conclusie
8. Onderwijs, Opleiding en Onderzoek				
8.1 Onderwijs	structuur indicator			
8.1.1 Participatie klinisch onderwijs geneeskunde	20	3	0	In totaal participeren 20 revalidatiecentra in de opleiding van: 310 co-assistenten.
8.1.2 Aantal co-assistenten				310 co-assistenten.
8.1.3 Participatie andere activiteiten onderwijs geneeskunde	19	4	0	In totaal participeren 19 revalidatiecentra in andere activiteiten van het geneeskundig onderwijs: - geven van colleges (16) - begeleiden van werkgroepen (11) - begeleiden van stages (14)
8.1.4 Welke activiteiten				
8.1.5 Participatie klinisch onderwijs andere studierichtingen	21	2	0	In totaal participeren 21 revalidatiecentra in klinisch onderwijs van andere studierichtingen: - Fysiotherapie (20) - Ergotherapie (18) - HBO-V (16) - Bewegingsagogie (13) - Psychologie (16) - Logopedie (17) - Maatschappelijk werk (13) - MBO-V (12)"
8.1.6 Welke studierichtingen				
8.2 Opleiding tot specialist	structuur indicator			
8.2.1 Participatie opleiding revalidatiearts	17	6	0	Een ruime meerderheid van de centra neemt deel aan de opleiding revalidatiearts.
8.2.2 Aantal AIOS in dienst op 31-12-2009	17	6	0	Het aantal AIOS in de centra bedraagt 98 en varieert van 1 tot 14 per centrum.
8.2.3 Aantal AIOS tevens opleiding klinisch wetenschappelijk onderzoeker	6	17	0	Zes centra leiden AIOIS op tot klinisch wetenschappelijk onderzoeker. Het totaal aantal bedraagt 8 (2008: 7)
8.2.4 Participatie opleiding GZ psycholoog	19	4	0	Een ruime meerderheid van de centra neemt deel aan de opleiding GZ psycholoog het aantal GZ psychologen in opleiding in de centra bedraagt 30 en varieert van 1 tot 3 per centrum
8.2.5 Aantal GZ psychologen in opleiding op 31-12-2009	19	4	0	
8.3 Wetenschappelijk onderzoek	uitkomst indicator			
8.3.1 Aantal peer-reviewed publicaties door medewerkers	20	3	0	De meerderheid van de centra publiceert in wetenschappelijke bladen. Het aantal publicaties varieert van 1 tot 81 per centrum.

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 ziekenhuis, maar kan ook plaatsvinden in een revalidatiecentrum. 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.

Revalidatiebehandeluur

Revalidatiebehandeluur (RBU) is de eenheid waarin wordt uitgedrukt hoeveel directe tijd behandelaars besteden aan patiënten.

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 verrichtingen*	
Enkelvoudig	1
Meervoudig hart/long	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 B.5 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 cerebrosпинаal			
Plexusletsel			
Perifeer zenuwletsel, zenuwaandoeningen			
Neuro musculaire aandoeningen			
Overige neurologische aandoeningen			

Toelichting op de chronische pijnsyndromen:

Het onderscheid naar de 4 onderkende pijnsyndromen WPN1 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	RMC Groot Klimmendaal	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, onderdeel van Merem Behandelcentra	035 6929600	www.trappenberg.nl
10 Amsterdam	Reade, locatie Overtoom	020 6071607	www.reade.nl
11 Amsterdam	Reade, locatie Dr. Jan van Breemenstraat	020 5896589	www.reade.nl
12 Wijk aan Zee	Stichting Heliomare	0251 288888	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	Capri Hartrevalidatie Rotterdam	010 2435335	www.caprihr.nl
16 Rotterdam	Rijndam revalidatiecentrum	010 2412412	www.rijndam.nl
17 Goes	Revant Revalidatiecentrum Lindenhof	0113 236236	www.revant.nl
18 Breda	Revant Revalidatiecentrum Breda	076 5797900	www.revant.nl
19 Tilburg	Revalidatiecentrum Leijpark, onderdeel van de Libra Zorggroep	013 5398539	www.rcleijpark.nl
20 Eindhoven	Revalidatiecentrum Blixembosch, onderdeel van de Libra Zorggroep	040 2642742	www.blixembosch.nl
21 's-Hertogenbosch	Revalidatiecentrum Tolbrug	073 6992028	www.tolbrug.nl
22 Nijmegen	Revalidatiecentrum van de Sint Maartenskliniek	024 3659911	www.maartenskliniek.nl
23 Hoensbroek	Adelante Zorggroep	045 5282828	www.adelante-zorggroep.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.
ISSN 1877-0827

© Revalidatie Nederland, december 2009

