

Revalidatie

Brancherapport 2006





Revalidatie Brancherapport 2006

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Wat is revalidatie	5
1.2	Belangrijkste ontwikkelingen in 2006	6
2	Geleverde zorg	9
2.1	Totale geleverde zorg	10
2.2	Zorg per patiëntengroep	12
2.3	Zorg per regio	22
2.4	Poliklinische behandeling	26
2.5	Klinische opname	27
3	Behandelproces	29
3.1	Verpleegduur en behandelintensiteit	29
3.2	Plaats in de zorgketen	30
3.3	Wachttijden voor revalidatiezorg	31
3.4	Inzet personeel	34
4	Kwaliteit van de revalidatiezorg	37
4.1	Tevredenheid	37
4.2	Veiligheid	38
4.3	Effectiviteit	38
4.4	Tijdigheid	38
4.5	Transparantie	38
4.6	Samenwerking	38
4.7	Deskundigheid	39
4.8	Opleiding	39
4.9	Onderzoek	39
5	Financiën	41
5.1	Personele kosten	41
5.2	Materiële kosten	42
5.3	Kostenopbouw	43
5.3	Doelmatigheid	44
6	Personeel	45
6.1	Werkgelegenheid	45
6.2	Leeftijd en duur dienstverband	46
6.3	Verloop personeel	46
6.4	Ziekteverzuim	47

Bijlage 1	Verantwoording	49
B1.1	Totstandkoming	49
B1.2	Revalidatie Databank	49
B1.2.1	Aantal patiënten versus aantal behandelingen	50
B1.2.2	Plaats in de zorgketen	50
Bijlage 2	Overzicht leden Revalidatie Nederland	51
Bijlage 3	Overzicht prestatie-indicatoren	53
Bijlage 4	Begrippen en definities	57

1 Inleiding

1.1 Wat is revalidatie

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

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

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 algemene- en academische ziekenhuizen. Nederland telt 24 revalidatiecentra die allen lid zijn van de branchevereniging Revalidatie Nederland.

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

In dit brancherapport staat met name de medisch specialistische revalidatiezorg centraal, zoals deze wordt geleverd door de 24 revalidatiecentra in Nederland. Dit is circa 90% van de totale medisch specialistische revalidatie in Nederland. Het resterende deel wordt uitgevoerd door algemene- en academische ziekenhuizen in de vorm van poliklinische revalidatie. Aangezien over dit onderdeel van de revalidatiezorg onvoldoende detailgegevens beschikbaar zijn, wordt het alleen op hoofdlijnen in dit brancherapport meegenomen.

Indien mogelijk wordt in dit brancherapport een uitspraak gedaan betreffende de totale revalidatiezorg in Nederland. De gegevens in dit brancherapport hebben betrekking op 2006. Waar mogelijk wordt verslag gedaan over een langere periode.

1.2 Belangrijkste ontwikkelingen in 2006

Toegankelijkheid van de zorg

Veruit het grootste deel van de revalidatiezorg wordt geboden vanuit de 24 revalidatiecentra. Hiernaast wordt door meer dan 79 ziekenhuizen revalidatiezorg verleend. In de meeste gevallen is hier sprake van een samenwerkingsverband tussen het ziekenhuis en een revalidatiecentrum, waarbinnen revalidatie-expertise beschikbaar komt in het ziekenhuis. Klinische zorg wordt uitsluitend verleend vanuit de revalidatiecentra zelf.

Patiënten

In totaal werd in 2006 aan meer dan 56.000 patiënten zorg verstrekt. Ruim 7.700 patiënten ontvingen in 2006 een klinische revalidatiebehandeling, waaronder 354 kinderen. Ongeveer 52.000 patiënten ontvingen een poliklinische behandeling, waaronder meer dan 12.000 kinderen.

Patiëntprofielen

Voor de poliklinische patiënten geldt dat bij jongeren het overgrote deel (80%) van de behandelingen wordt gegeven voor neurologische aandoeningen. Bij volwassenen bestaat een grotere diversiteit aan aandoeningen, maar ook hier zijn de neurologische aandoeningen met 40% gemiddeld de grootste groep.

Voor de klinische patiënten geldt eveneens dat de meeste behandelingen worden gegeven voor neurologische aandoeningen, bij jeugdigen iets minder dan 60% en bij volwassenen meer dan 65%.

Voor zowel klinische- als poliklinische patiënten bestaat er een duidelijke relatie tussen de leeftijd van de patiënt en aandoening waarvoor wordt behandeld. Naast leeftijd is er ook duidelijk een verband tussen het geslacht van de patiënt en de aandoening.

Productie

Ten opzichte van het voorgaande jaar is het zorgvolume in 2006 met 4,7% gestegen, met name als gevolg van het toegenomen aantal revalidatiebehandelingen voor alle patiënten en het aantal eerste consulten voor kinderen.

Toegang tot de zorg

Gemiddeld wacht 70% van de patiënten korter dan vier weken op het eerste consult. Voor poliklinische zorg wacht zo'n 80% van de patiënten korter dan zes weken. Voor bijna alle klinische patiënten (96%) is de wachttijd voor opname korter dan zeven weken.

Behandelproces

De gemiddelde verpleegduur is in 2006 niet verder gedaald dan voorgaande jaren en ligt nu op 70 dagen.

Uit het gestegen aantal RBU's (revalidatiebehandelingen) per verpleegdag komt tot uitdrukking dat de intensiteit van de behandeling is toegenomen.

Kwaliteit

Alle 24 revalidatiecentra gebruiken jaarlijks de "Basisset Prestatie-indicatoren" om de kwaliteit van de revalidatiezorg te toetsen. De resultaten laten over de tijd een toename van de kwaliteit en tevreden patiënten zien.

Werkgelegenheid en opleiding

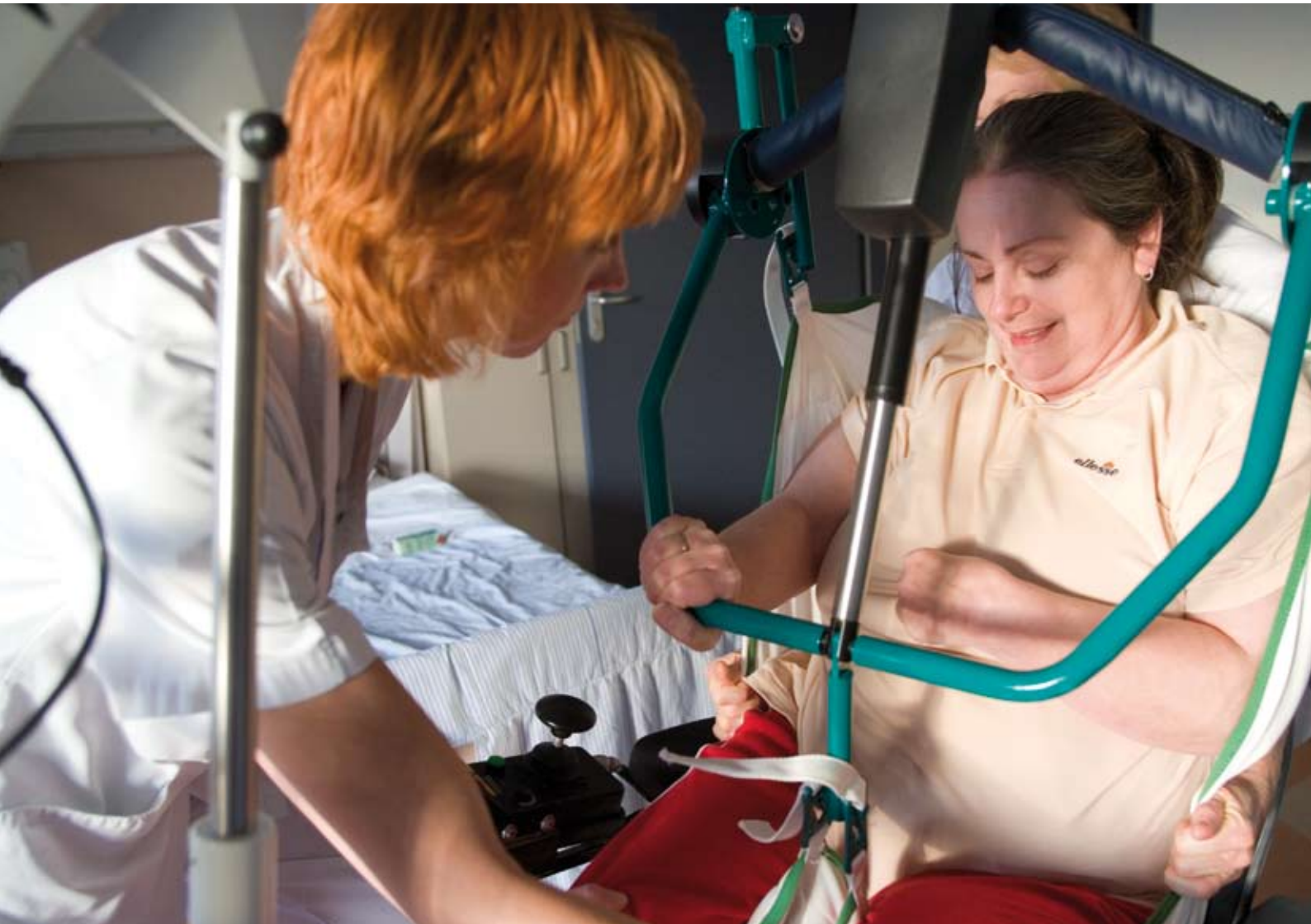
De revalidatiesector telt meer dan 8740 werkzame personen. In FTE's uitgedrukt zijn dat 5.545 volledige arbeidsplaatsen.

Financiën

De uitgaven van de totale zorgsector bedragen in 2006 meer dan 47,6 miljard euro. Hiervan wordt iets meer dan 39% besteed aan curatieve zorg. Het aandeel van de revalidatiesector in de kosten van de curatieve zorg is gering; slechts 2%. De personele kosten beslaan 73% van het totale budget, de materiële kosten 27%. Van alle kosten binnen het revalidatiecentrum heeft bijna 60% een directe relatie met de patiëntenzorg.

Doelmatigheid

Bij een stijging van het productievolume met 4,7% zijn de personele kosten gering toegenomen. De materiële kosten zijn zelfs gedaald. Voor het derde jaar op een rij slaagt de revalidatiesector erin met de beschikbare middelen meer zorg te leveren dan in het voorgaande jaar.



2 Geleverde zorg

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

In dit brancherapport staat de medisch specialistische revalidatiezorg centraal, zoals deze wordt geleverd door de 24 revalidatiecentra. In bijna alle gevallen worden de multidisciplinaire behandelteams geleid door revalidatieartsen, waarvan er in Nederland 360 werkzaam zijn.

Spreiding van zorg

De revalidatiecentra hebben veelal meerdere locaties, soms als onderdeel van het centrum maar vaker nog in de vorm van een samenwerkingsverband met een algemeen of academisch ziekenhuis. Tabel 1 geeft een overzicht van de aard en het aantal locaties.

Tabel 1. Locaties waar revalidatiezorg wordt geboden	
	Aantal vestigingen
Revalidatiecentra	
hoofdvestigingen	24
locaties	24
Ziekenhuizen	
in samenwerking met revalidatiecentrum	59
zelfstandig	20
Totaal	127

Bron: Revalidatie Databank

Op bijna alle bovenstaande locaties wordt poliklinische revalidatiezorg aangeboden. De klinische zorg wordt uitsluitend verleend in de revalidatiecentra.

Samenwerkingsverbanden

De samenwerkingsverbanden met de ziekenhuizen hebben vele verschijningsvormen, maar hebben allen gemeen dat in het algemene ziekenhuis de expertise van het revalidatiecentrum beschikbaar komt. In ongeveer 20% beperkt de samenwerkingsvorm zich tot het detacheren van een revalidatiearts bij het ziekenhuis. In de overige gevallen is de samenwerkingsvorm intensiever. In meer dan de helft van alle samenwerkingsverbanden is het revalidatiecentrum verantwoordelijk voor de gehele behandeling, hetgeen tot uiting komt in het vastleggen van de patiëntgegevens in het patiëntinformatiesysteem van het revalidatiecentrum. Uitgedrukt in RBU's produceren de centra's in 2006 gezamenlijk iets meer dan 6,5% van hun productie in de samenwerkingsverbanden. In deze samenwerkingsverbanden wordt voornamelijk zorg geleverd aan volwassenen.

In volume uitgedrukt produceren de 24 centra het overgrote deel van de revalidatiezorg. Uitgedrukt in “Revalidatie Behandelingen” (RBU’s) is dit goed zichtbaar. Het revalidatiebehandeluur (RBU) is de meest kenmerkende productieparameter van de revalidatiezorg. Dit is de directe tijd die door behandelaars wordt besteed aan patiënten.

Tabel 2. Totale revalidatieproductie

	FTE's revalidatieartsen		Geproduceerde RBU's		1 ^e polikliniek bezoeken		Overige consulten
Revalidatiecentra	216	66%	2.312.680	91%	40.810	38%	-
Ziekenhuizen*	111	34%	238.502	9%	66.211	62%	113.846
Totaal	327	100%	2.551.182	100%	107.021	100%	113.846

* klinische consulten en herhaalconsulten

Bron: Revalidatie Databank

De revalidatiecentra verzorgen iets meer dan 90% van de totale RBU productie in Nederland. Revalidatieartsen in ziekenhuizen produceren in verhouding een gering aantal RBU's (9%). De nadruk van hun activiteiten ligt veel meer op 1e polikliniekbezoeken en het geven van consulten.

Behoudens het hiervoor gegeven overzicht van de totale revalidatiezorg in Nederland behandelt dit rapport verder alleen de multidisciplinaire revalidatiezorg zoals verleend door de 24 revalidatiecentra. In dit rapport wordt hiermee 90% van de totale revalidatiezorg in Nederland behandeld.

Revalidatiezorg die door algemene- en academische ziekenhuizen wordt geboden is in de berekeningen alleen meegenomen voor zover deze plaatsvindt onder de formele erkenning van een revalidatiecentrum, bijvoorbeeld als deze zorg in een samenwerkingsverband aan het revalidatiecentrum wordt toegerekend.

2.1 Totale geleverde zorg

Revalidatiezorg vindt bij voorkeur poliklinisch plaats. Klinische opname is 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 een 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 2.1 Totale productie in de periode 2003 - 2006

	2003	2004	2005	2006	% verandering 2005-2006
Kinderen					
eerste consulten	7.165	7.727	7.372	8.261	12%
poliklinische RBU's	489.196	538.911	557.865	595.518	7%
klinische opnames	467	411	428	451	5%
verpleegdagen	36.375	34.313	34.090	34.918	2%
klinische RBU's	53.986	55.686	55.791	58.079	4%
Volwassenen					
eerste consulten	29.501	30.735	31.369	31.549	1%
poliklinische RBU's	753.234	785.291	818.046	859.557	5%
klinische opnames	6.549	6.996	7.089	6.946	-2%
verpleegdagen	475.463	481.453	482.336	483.272	0%
klinische RBU's	662.282	730.441	755.685	799.526	6%
groei op basis van de gestandaardiseerde productie in tijdvak					4,7%
toename van rbu productie in tijdvak					5,7%

Bron: Revalidatie Databank

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de productie over de periode 2003 t/m 2006. Hierbij valt op dat:

- De productie bij kinderen op alle parameters is gestegen; met name de eerste consulten.
- De productiestijging bij volwassenen zich beperkt tot de RBU's.

Uit de toename van de klinische RBU's en de lichte daling van de opnames gecombineerd met het gelijk blijven van het aantal verpleegdagen, kan worden geconcludeerd dat de klinische behandeling bij volwassenen meer dan bij kinderen is geïntensiveerd.

Over de productie in 2006 kan worden vastgesteld dat deze ten opzichte van 2005 is gestegen met 4,7%¹. Een stijging die bijna geheel wordt veroorzaakt door de toename van het aantal revalidatiebehandelingen (RBU's) met 5,7%.

Opgemerkt moet worden dat het aantal klinische opnames bij kinderen gering van omvang is en van jaar tot jaar toevallige schommelingen kan vertonen, hetgeen ook van invloed is op de hieraan gerelateerde klinische RBU's. Verschillen tussen de opeenvolgende jaren dienen daarom voorzichtig te worden geïnterpreteerd.

Bij de volwassen patiënten is het aantal opnames iets gedaald bij een praktisch gelijkblijvend aantal verpleegdagen. Bij een toename van het aantal klinische RBU's met 6% blijkt de al langer aanwezige trend van intensivering van de klinische zorg zich voort te zetten.

¹ Hiertoe worden de verschillende zorgvormen middels wegingsfactoren naar dezelfde zorgeenheid omgerekend (zie bijlage 4, tabel b.4).

2.2 Zorg per patiëntengroep

In totaal is vanuit de 24 revalidatiecentra aan meer dan 56.000 patiënten zorg verleend. Onderstaande tabel geeft weer hoe deze zorg over de patiënten en de multidisciplinaire revalidatiebehandelvormen is verdeeld.

Tabel 2.2 Aantallen Revalidatiepatiënten in 2006

Behandelvorm	Klinisch		Poliklinisch		Totaal*	
Kinderen (< 17 jaar)	354	5%	12.109	23%	12.249	22%
Volwassenen	7.376	95%	40.355	77%	44.235	78%
Totaal	7.730	100%	52.464	100%	56.484	100%

Bron: Revalidatie Databank

In de tabel 2.2 worden de aantallen unieke patiënten per behandelvorm weergegeven. Aangezien een deel van de patiënten na ontslag uit een klinische behandeling, een poliklinische vervolgbehandeling in dezelfde instelling krijgt, is het totale aantal unieke patiënten lager dan het totaal van de klinische en poliklinische patiënten.

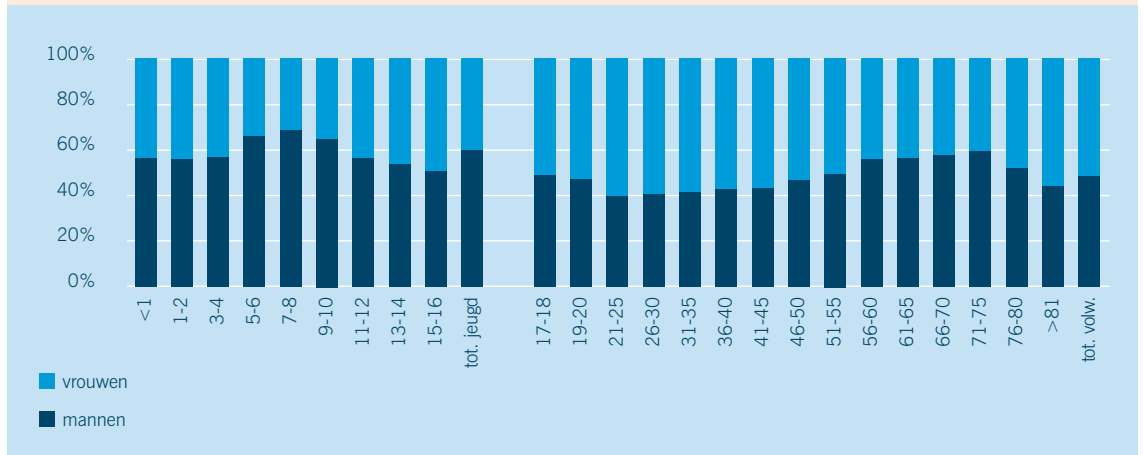
Verreweg de meeste revalidatiezorg is poliklinisch van aard. Van alle patiënten ontvangt meer dan 90% een poliklinische behandeling. Iets minder dan 14% ontvangt een klinische behandeling. Bij kinderen is het percentage opnames nog geringer; nog geen 3%. Dit is het gevolg van het beleid om kinderen zo veel mogelijk poliklinisch te behandelen. Kinderen kunnen dan vanuit de thuissituatie worden behandeld, met hun ouders/verzorgers en vriendjes binnen handbereik.

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

Poliklinische revalidatie

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

Grafiek 2.1 Leeftijdsverdeling poliklinische revalidatiepatiënten

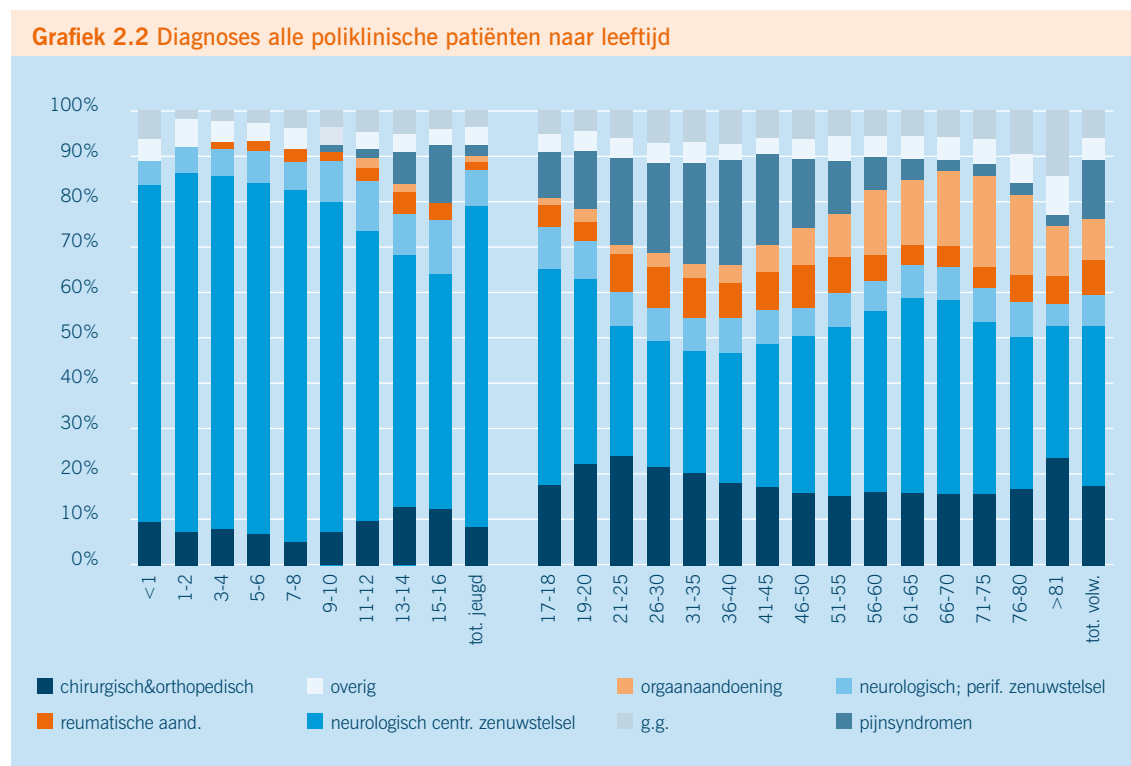


Bron: Revalidatie Databank

Uit grafiek 2.1 kan het volgende worden geconcludeerd:

- Voor de gehele groep jeugdige patiënten wordt 60% van de poliklinische behandelingen aan jongens gegeven.
- Jongens ontvangen in ieder leeftijdscohort meer behandelingen dan de meisjes.
- Het aantal poliklinische behandelingen voor volwassenen is over alle leeftijdscohorten samen voor beide seksen ongeveer gelijk.
- Maar deze verhouding varieert wel in de afzonderlijke leeftijdscohorten; het percentage behandelingen voor mannelijke patiënten stijgt duidelijk bij een toename van de leeftijd. Pas op latere leeftijd stijgt het percentage behandelingen voor vrouwen.

Het verband tussen leeftijd en de aandoening waarvoor is behandeld wordt weergegeven in onderstaande grafiek.



Bron: Revalidatie Databank

Bij kinderen kan worden geconstateerd dat:

- Het grootste deel van de kinderen (80%) voor een neurologische aandoening wordt behandeld.
- Meer dan 70% van de kinderen heeft een aandoening aan het centraal zenuwstelsel.
- In de oudere leeftijdsgroepen neemt het aandeel kinderen met een aandoening aan het perifere zenuwstelsel toe.

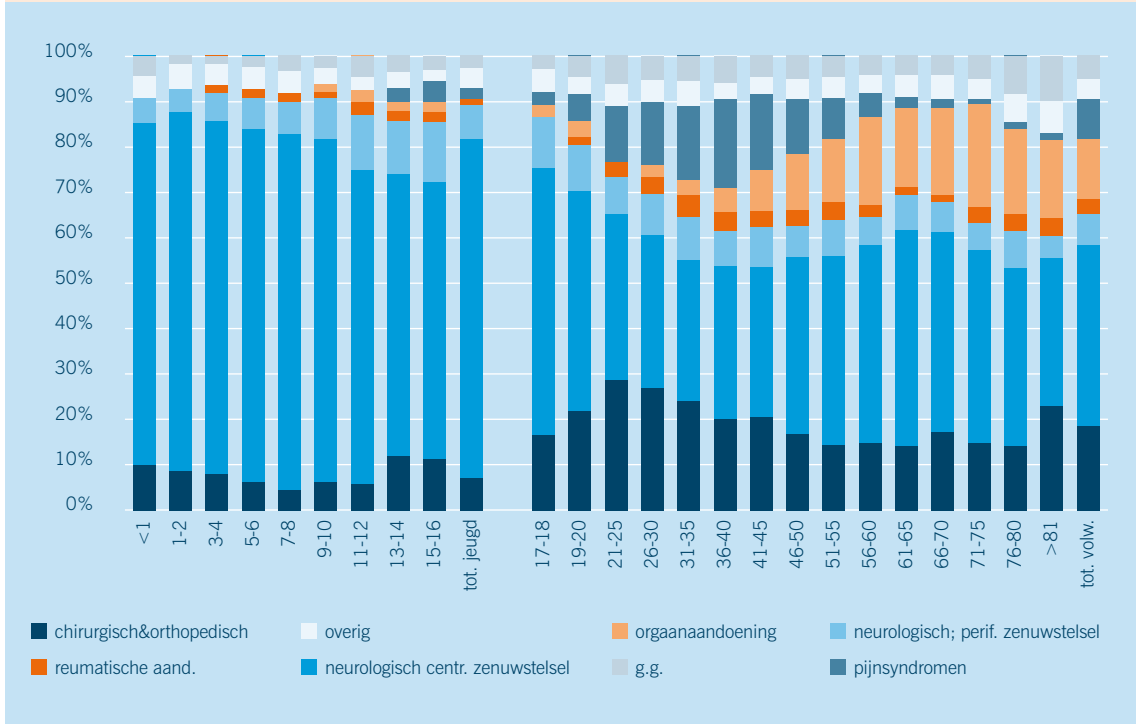
Ook bij volwassenen is een afhankelijkheid te constateren:

- Behandeling voor chronische pijn komt vooral voor op relatief jonge leeftijd.
- Vanaf het 40e jaar is er sprake van een gestage daling van het aandeel patiënten met pijn.
- Vanaf het 40e jaar is er sprake van een stijging van het aandeel orgaanaandoeningen.

Voor de gehele populatie geldt dat meer dan 50% van alle behandelingen wordt gegeven aan patiënten met neurologische aandoeningen met pieken op relatief jonge leeftijd en tussen 56 en 70 jaar.

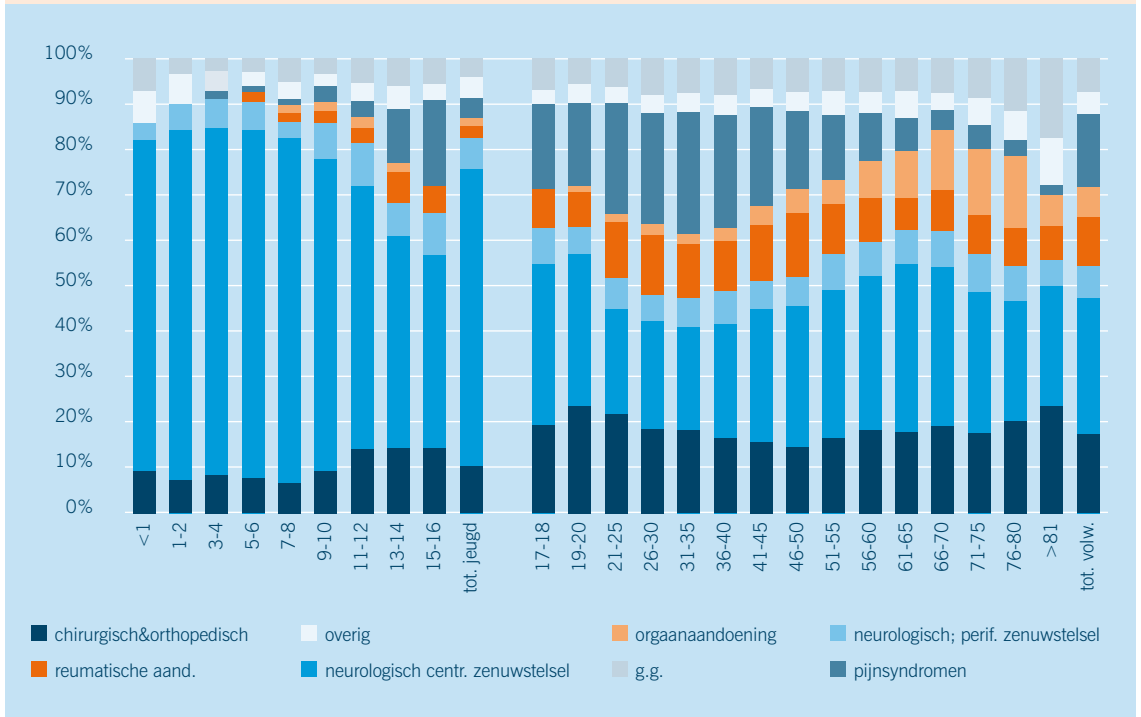
Naast de leeftijd is er ook een verband tussen geslacht en aandoening. De grafieken 2.3 en 2.4 maken deze relatie zichtbaar.

Grafiek 2.3 Diagnoses mannelijke poliklinische patiënten naar leeftijd



Bron: Revalidatie Databank

Grafiek 2.4 Diagnoses vrouwelijke poliklinische patiënten naar leeftijd



Bron: Revalidatie Databank

Uit de grafieken 2.3 en 2.4 kan het volgende worden opgemerkt:

- Opvallend is dat er bij jongens nauwelijks wordt behandeld voor de aandoening pijn, terwijl deze behandelindicatie voor meisjes vanaf 9 jaar toeneemt tot een substantieel aandeel van 25% van het totale aantal behandelingen bij vrouwen tussen de 31 en 45 jaar.
- Bij volwassenen is het aandeel vrouwen met pijn als behandelindicatie op de totale populatie behandelde vrouwen aanzienlijk groter dan bij de mannen.
- Het aantal vrouwen dat wordt behandeld voor reumatische aandoeningen is in alle leeftijdscategorieën aanmerkelijk groter dan het aantal mannen.
- Behandeling voor een neurologische aandoening komt onder mannen vaker voor dan onder vrouwen.

Gezien de omvang van de aandoeningen in de neurologische groep 'centraal zenuwstelsel' wordt deze diagnosegroep in tabel 2.3 verder gespecificeerd.

**Tabel 2.3 Diagnoses binnen de neurologische groep 'centraal zenuwstelsel'
Poliklinische behandelvorm**

Kinderen	jongens	meisjes
Cerebrale parese	38%	42%
Ontwikkelingsstoornissen	33%	20%
Spina bifida	4%	7%
Overige en niet gespecificeerde congenitale afwijkingen	3%	4%
Overige congenitale afwijkingen van het zenuwstelsel	3%	4%
Chromosoom afwijkingen	3%	4%
Overige diagnoses binnen de groep centraal zenuwstelsel	18%	18%
Totaal	100%	100%

Volwassenen	mannen	vrouwen
Afsluiting van cerebrale arteriën	14%	11%
Acute, niet scherp omschreven cerebrovasculaire aandoeningen	12%	10%
Contusio cerebri en hersenlaceratie	8%	5%
Overige en niet scherp omschreven cerebrovasculaire aandoeningen	7%	6%
Overige paralytische syndromen	6%	4%
Intracerebrale bloeding	5%	5%
Multipele sclerose	5%	14%
Cerebrale infantiele paralyse	5%	5%
Late gevolgen van cerebrovasculaire ziekte	4%	4%
Ziekten van voorhoornzellen	4%	4%
Overige aandoeningen van de hersenen	3%	2%
Fractuur van de wervelkolom, met ruggemergletsel	3%	2%
Ziekte van Parkinson	2%	2%
Overige aandoeningen van de regio cervicalis	2%	6%
Subarachnoidale bloeding	2%	4%
Overige diagnoses binnen de groep centraal zenuwstelsel	17%	17%
Totaal	100%	100%

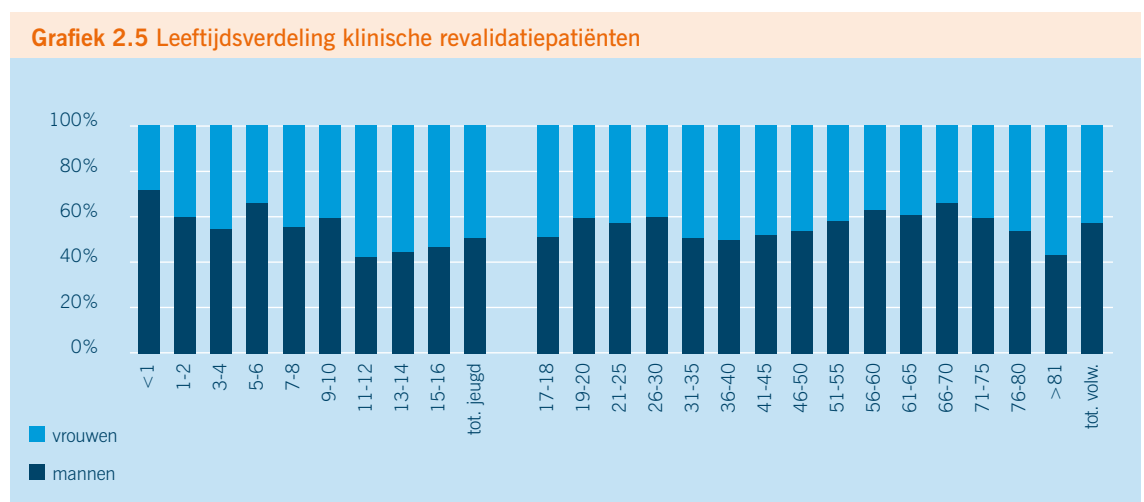
Bron: Revalidatie Databank

Bij kinderen blijkt het grootste deel van de behandelingen van het centraal zenuwstelsel betrekking te hebben op patiënten met een “cerebrale parese” of een “ontwikkelingsstoornis”.

Ook hier blijkt een relatie met het geslacht van de patiënt te bestaan; er worden meer dan 1,5 keer zoveel behandelingen aan jongens met ontwikkelingsstoornis gegeven. In mindere mate ligt deze relatie voor ontwikkelingsstoornissen juist andersom.

Bij volwassenen zijn de neurologische aandoeningen van het centraal zenuwstelsel meer divers; de zes grootste diagnosegroepen maken hier nog geen 50% van het totaal uit. Behalve voor de aandoening “multipale sclerose” (vaker bij vrouwen) lijkt hier weinig sprake te zijn van afhankelijkheid van het geslacht.

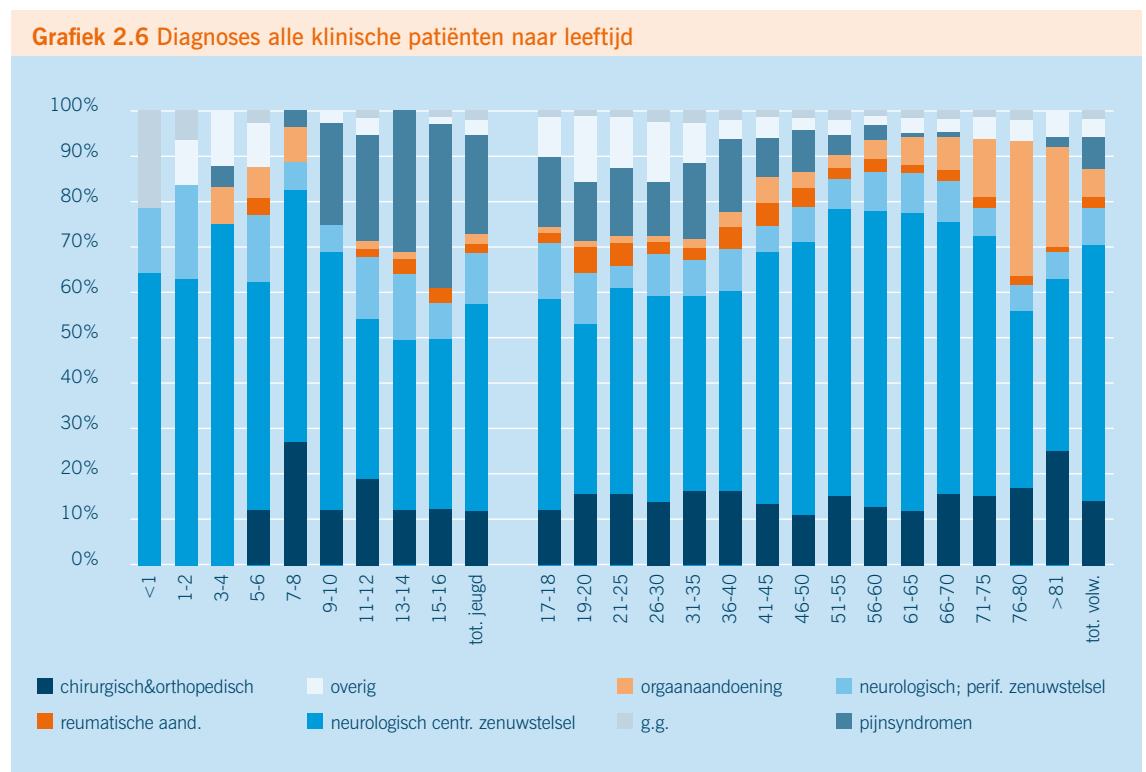
Klinische revalidatie



Bron: Revalidatie Databank

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

Duidelijk is dat jongens en meisjes ongeveer evenveel behandelingen krijgen. Bij volwassenen worden meer klinische behandelingen (60%) gegeven aan mannen, met een piek in de leeftijdscategorie van 56 – 70. Vanaf het leeftijdscohort 71 tot 75 jaar neemt het aandeel vrouwen toe tot boven de 50%.



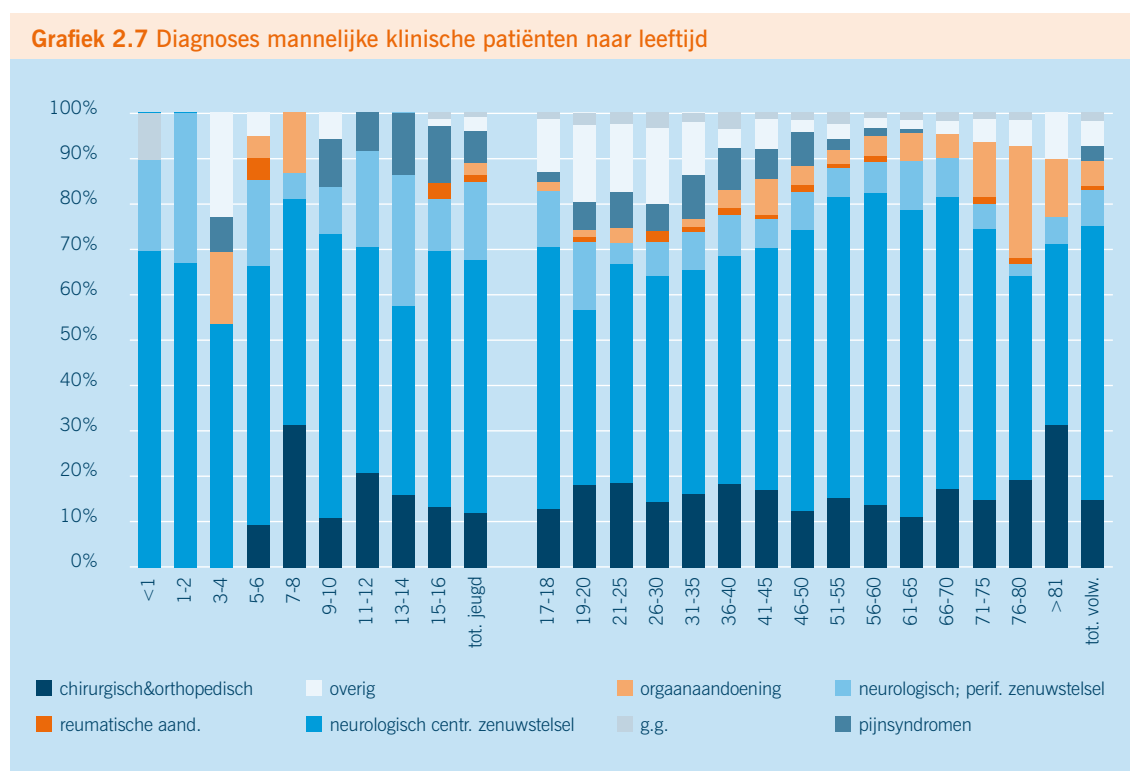
Bron: Revalidatie Databank

Bij jeugdigen valt op dat:

- In alle leeftijdscohorten worden verreweg de meeste behandelingen gegeven aan patiënten met een neurologische aandoening.
- Het aandeel neurologische patiënten is het hoogst bij de allerjongste patiënten.
- Pijnsyndromen komen na neurologische aandoeningen het meest voor.

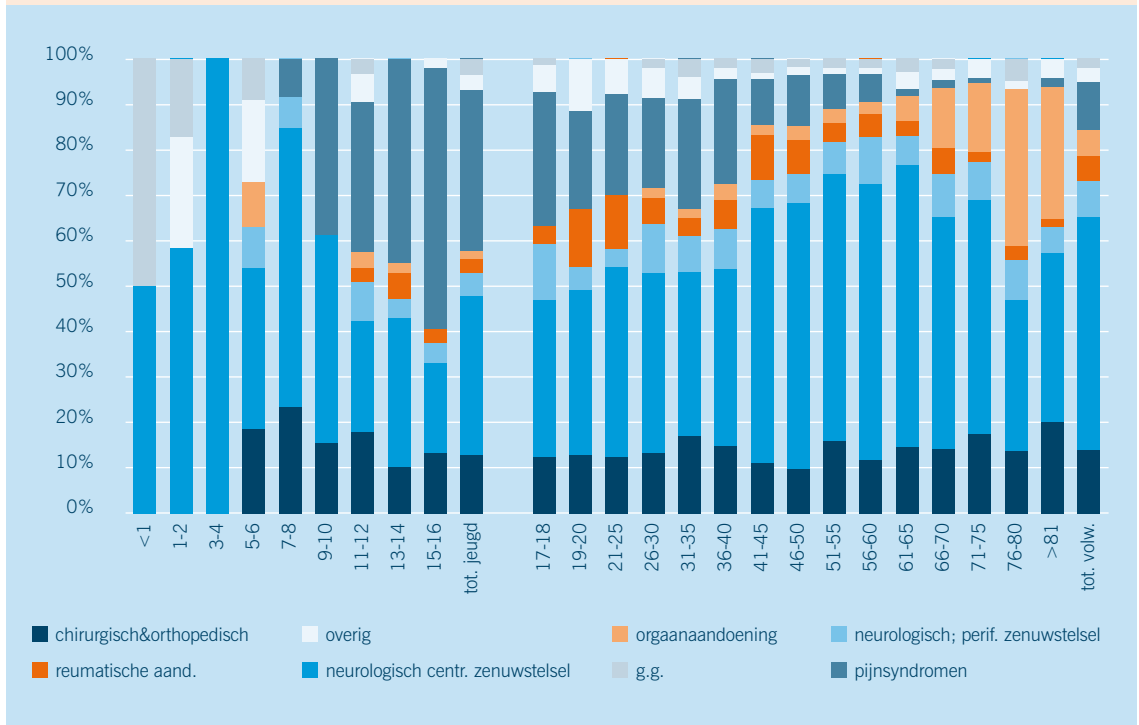
Bij volwassenen valt op dat:

- Ook hier de neurologische aandoeningen het meest voorkomen. Patiënten met deze aandoeningen ontvangen meer dan de helft van alle behandelingen.
- Het aantal neurologische behandelingen neemt vanaf 40 jaar toe tot bijna 70% van de opgenomen populatie om vanaf 65 jaar weer te dalen. Vanaf dit leeftijdscohort laat het aandeel patiënten met een orgaanaandoening (hart/longen) een forse stijging zien.



Bron: Revalidatie Databank

Grafiek 2.8 Diagnoses vrouwelijke klinische patiënten naar leeftijd



Bron: Revalidatie Databank

Uit bovenstaande grafieken kan worden geconcludeerd dat:

- In vergelijking met meisjes/vrouwen is het aandeel mannelijke patiënten met een neurologische aandoening in alle leeftijdscohorten het grootst.
- Chronische pijn vormt bij meisjes veel vaker aanleiding voor klinische behandeling dan bij jongens.
- Aandoeningen van het perifere zenuwstelsel komen bij klinische opname onder meisjes minder voor dan bij jongens.

Ook bij de klinische behandelvorm wordt het meest behandeld voor de neurologische groep 'Centraal zenuwstelsel'. In tabel 2.4 zijn de diagnoses in deze groep verder gespecificeerd.

Tabel 2.4 Diagnoses binnen de neurologische groep 'centraal zenuwstelsel'
Klinische behandelvorm

Kinderen	jongens	meisjes
Cerebrale parese	22%	17%
Encefalitis, myelitis en encefalomyelitis	19%	4%
Contusio cerebri en hersenlaceratie	17%	27%
Ontwikkelingsstoornis	8%	16%
Overige aandoeningen van de hersenen	6%	4%
Spina bifida	6%	1%
Intracerebrale bloeding	5%	6%
Overige paralytische syndromen	3%	7%
Overige diagnoses binnen de groep centraal zenuwstelsel	15%	17%
Totaal	100%	100%

Volwassenen	mannen	vrouwen
Afsluiting van cerebrale arteriën	19%	17%
Acute, niet scherp omschreven cerebrovasculaire aandoening	12%	14%
Intracerebrale bloeding	11%	11%
Overige paralytische syndromen	11%	9%
Overige en niet scherp omschreven cerebrovasculaire aandoeningen	10%	9%
Contusio cerebri en hersenlaceratie	8%	5%
Fractuur van de wervelkolom, met ruggemergletsel	5%	3%
Overige aandoeningen van de hersenen	4%	3%
Afsluiting en stenose van precerebrale arteriën	3%	3%
Multipele sclerose	2%	6%
Overige diagnoses binnen de groep centraal zenuwstelsel	16%	20%
Totaal	100%	100%

Bron: Revalidatie Databank

Meer dan de helft van de jeugdige patiënten in deze klinische groep heeft aandoeningen die betrekking hebben op “traumatisch hersenletsel”, “cerebrale parese” of “ontwikkelingsstoornis”. Aangezien de aantallen klinische behandelingen laag zijn kan niet veel waarde worden gehecht aan de verschillen tussen jongens en meisjes.

Bij volwassenen is het beeld anders. Het betreft weliswaar aandoeningen uit dezelfde groep, maar de diagnoses hebben bij volwassenen in meerderheid betrekking op problemen die zijn gerelateerd aan de bloedvoorziening van de hersenen. Ook hier zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen te gering om betekenis aan te geven.

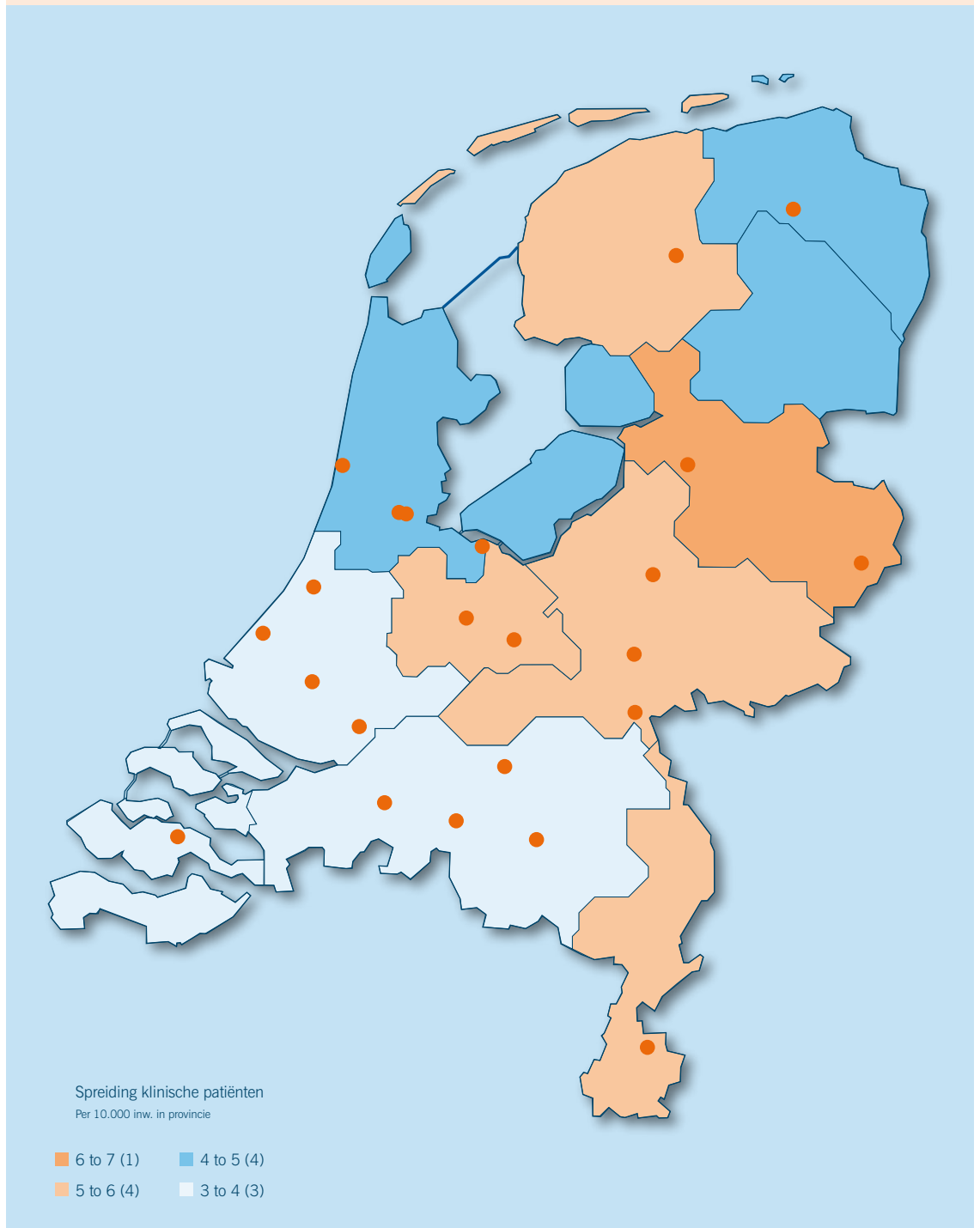
2.3 Zorg per regio

Er is sprake van een landelijk dekkend netwerk van revalidatiecentra. Deze spreiding van revalidatiecentra over Nederland maakt revalidatiezorg bereikbaar voor iedereen. Op de hiernavolgende kaarten van Nederland wordt de ligging van de revalidatiecentra met oranje stippen aangegeven.

Hiernaast wordt in een zestal ziekenhuizen in Noord-Holland poliklinische revalidatiezorg verleend door de Stichting Revalidatie Ziekenhuizen (SRZ). Van de SRZ patiënten zijn de woongemeenten bekend, en deze gegevens zijn in de spreidingsberekeningen meegenomen. Deze ziekenhuizen zijn op de kaart aangegeven met een witte stip.

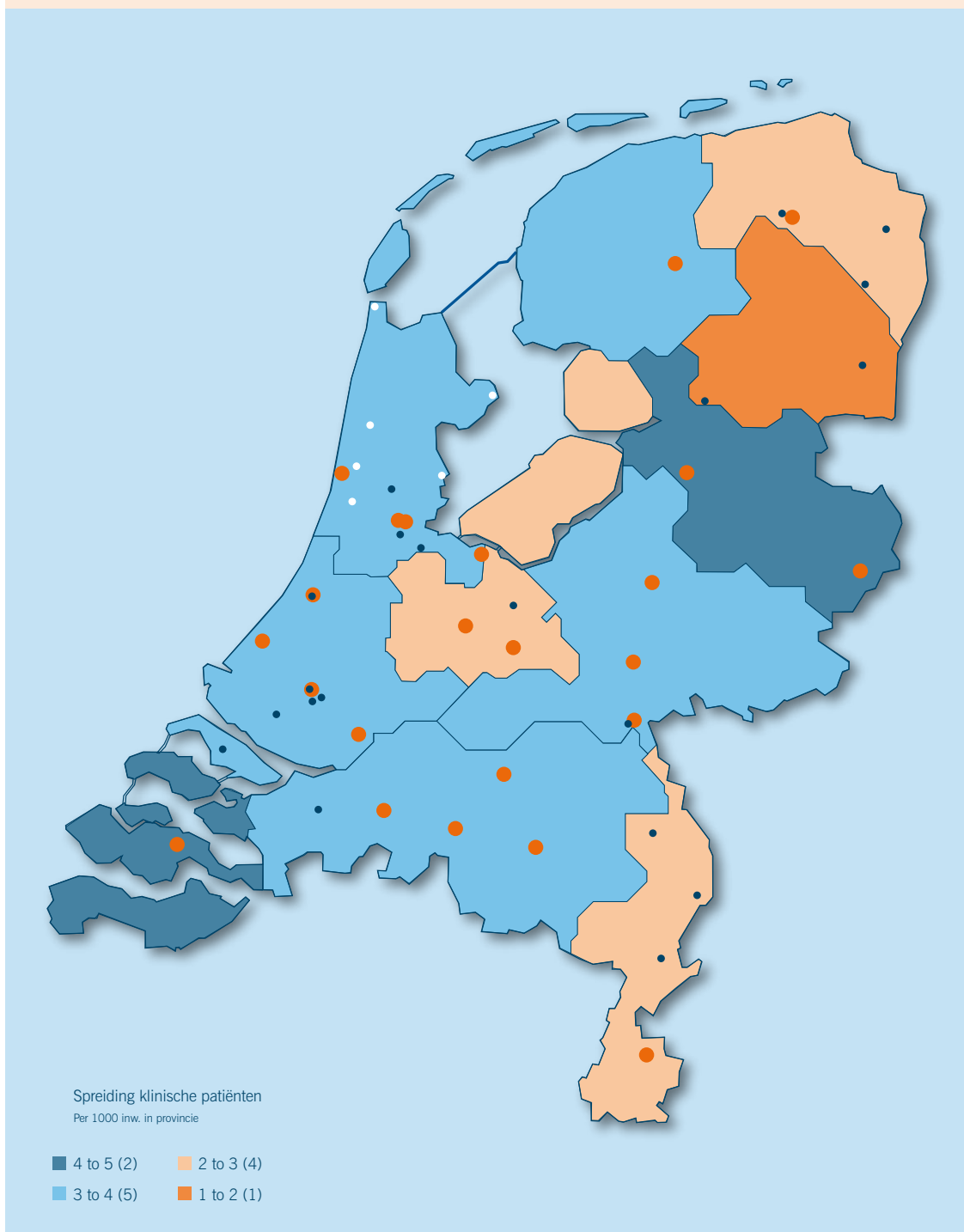
Zoals eerder vermeld wordt poliklinische revalidatiezorg ook door een aantal zelfstandige ziekenhuizen aangeboden. Deze worden op de kaarten met een donker blauwe stip aangegeven.

Kaart 1 Overzicht spreiding van klinische revalidatie patiënten in Nederland



Bron: Revalidatie Databank

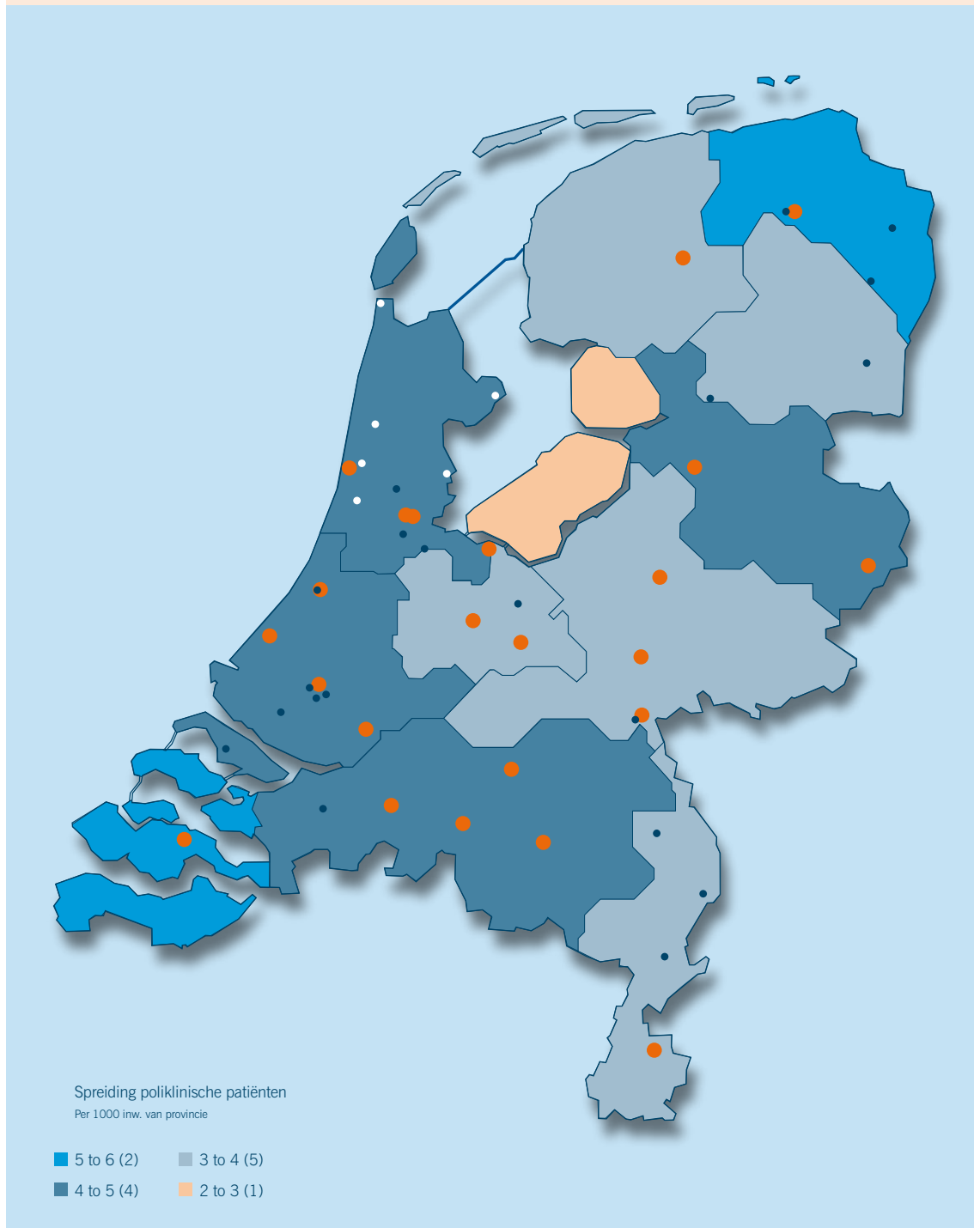
Kaart 2 Spreiding van poliklinische revalidatiepatiënten in Nederland



Bron: Revalidatie Databank

In deze kaart zijn alleen de patiënten van de 24 revalidatiecentra en de SRZ verwerkt, omdat van hen de woongemeenten van de patiënten beschikbaar zijn. Dit geldt niet voor de patiënten die poliklinisch worden behandeld door de zelfstandige ziekenhuizen.

Kaart 3 Spreiding van poliklinische patiënten in Nederland met bijschatting van zelfstandige ziekenhuizen

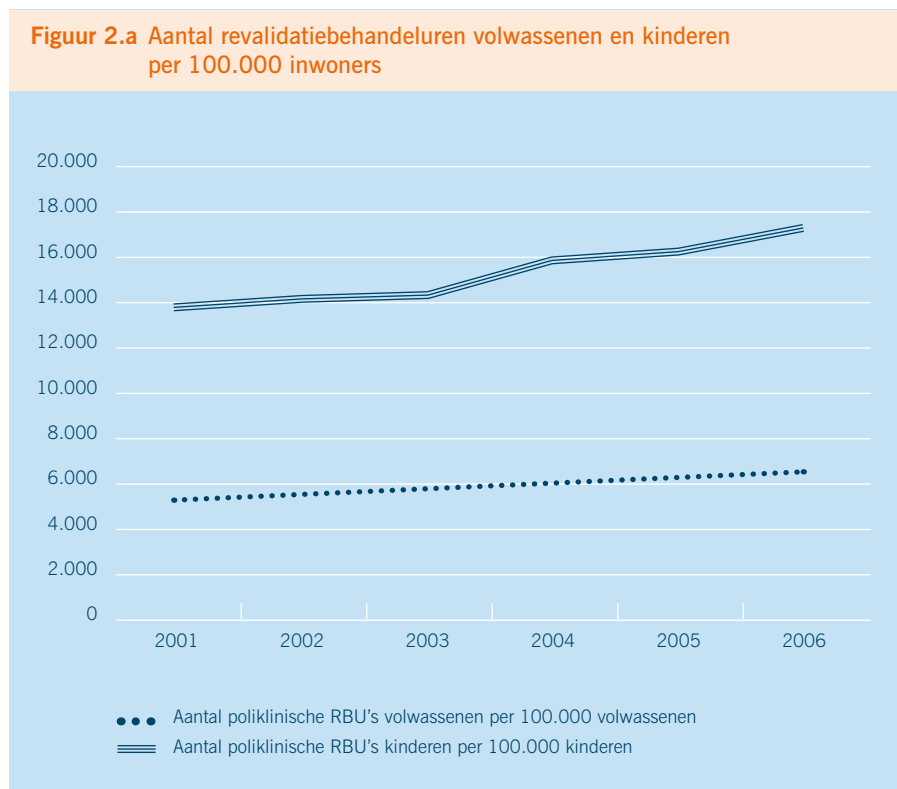


Bron: Revalidatie Databank

Voor deze kaart is, op basis van een eenvoudig spreidingsmodel, een schatting gemaakt van de spreiding van revalidatiepatiënten van de algemene ziekenhuizen. Door opname van deze patiënten in de kaart wordt het spreidingspatroon evenwichtiger.

2.4 Poliklinische behandeling

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

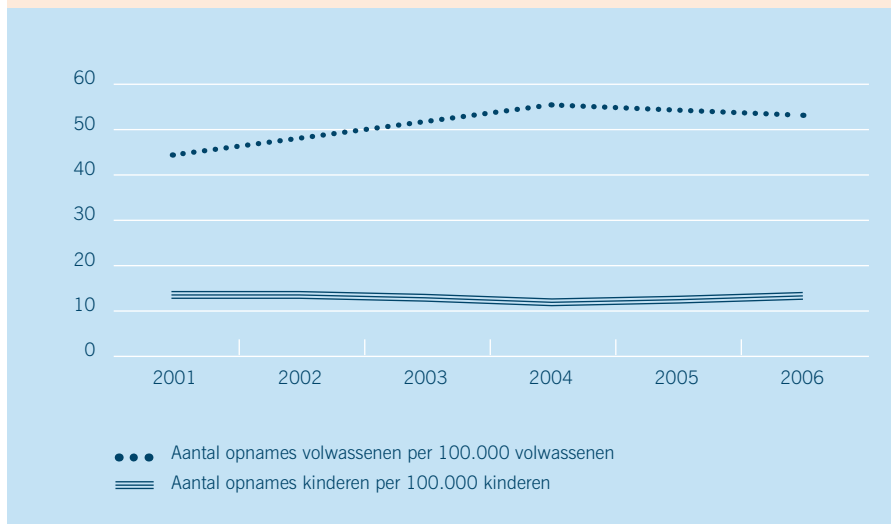


Bron: Revalidatie Databank

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

2.5 Klinische opname

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



Bron: Revalidatie Databank

De klinische zorgconsumptie lijkt zich zowel bij kinderen als volwassenen niet noemenswaardig te wijzigen.

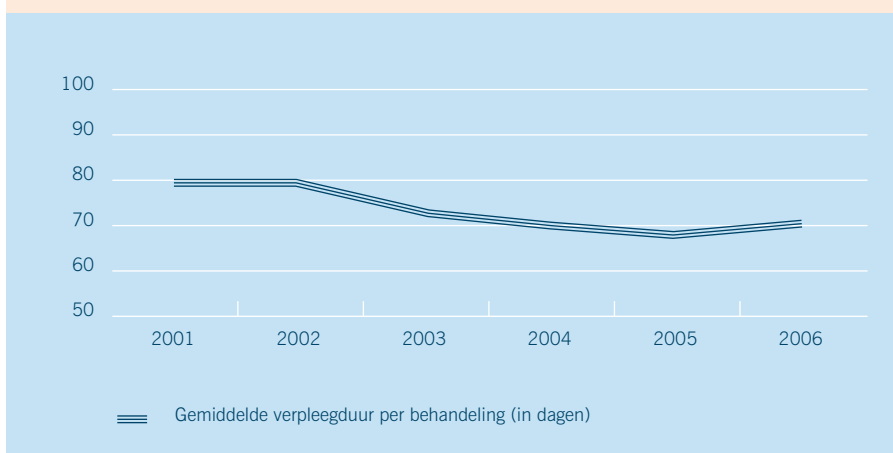


3 Behandelproces

3.1 Verpleegduur en behandelintensiteit

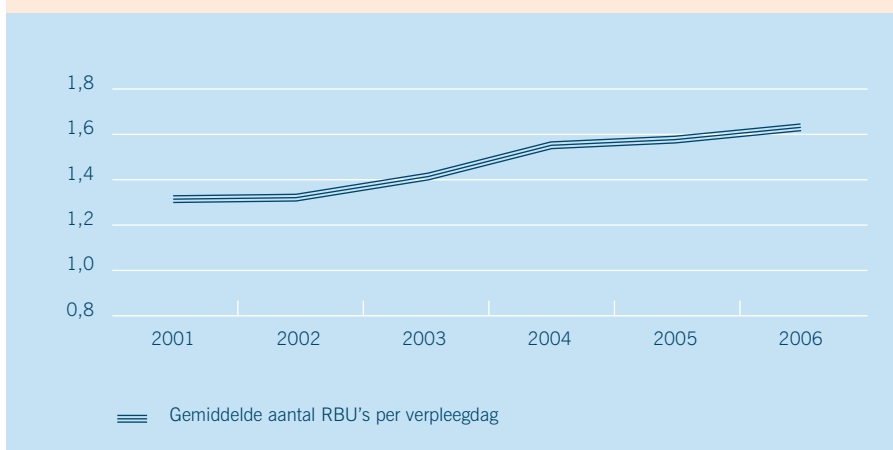
Om een beeld te krijgen van de wijze waarop de klinische revalidatiezorg zich ontwikkelt, is het informatief om de verpleegduur en de behandelintensiteit in samenhang te beoordelen. De figuren 3.a en 3.b brengen de ontwikkeling van deze gegevens afzonderlijk in beeld.

Figuur 3.a Gemiddelde verpleegduur per behandeling (in dagen)



Bron: Revalidatie Databank

Figuur 3.b Gemiddelde aantal RBU's per verpleegdag

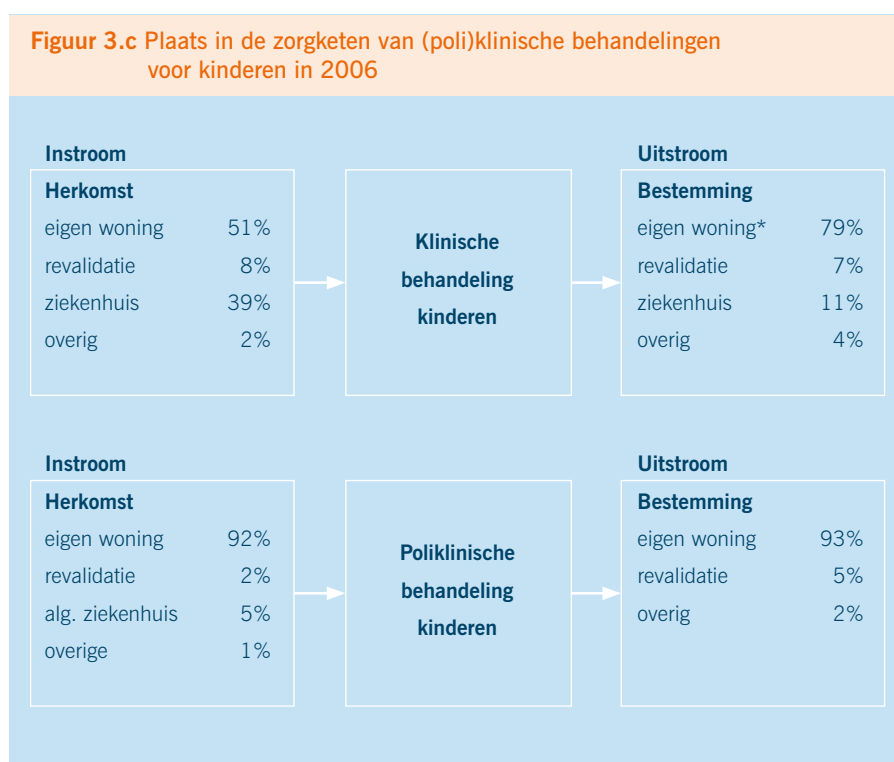


Bron: Revalidatie Databank

In de klinische revalidatie lijkt de gemiddelde verpleegduur per opgenomen patiënt, zich na een aantal jaren van daling nu te stabiliseren. De behandelintensiteit, uitgedrukt in behandeluren per verpleegdag, neemt nog steeds toe. Uit deze trends kan worden opgemaakt dat er nog steeds een intensivering van de behandeling gaande is.

3.2 Plaats in de zorgketen

Revalidatiezorg wordt vaak geboden in een zorgketen. In onderstaande figuren 3.c en 3.d is grafisch weergegeven waar patiënten vandaan komen en naar toe gaan voor en na een opname of poliklinisch bezoek.

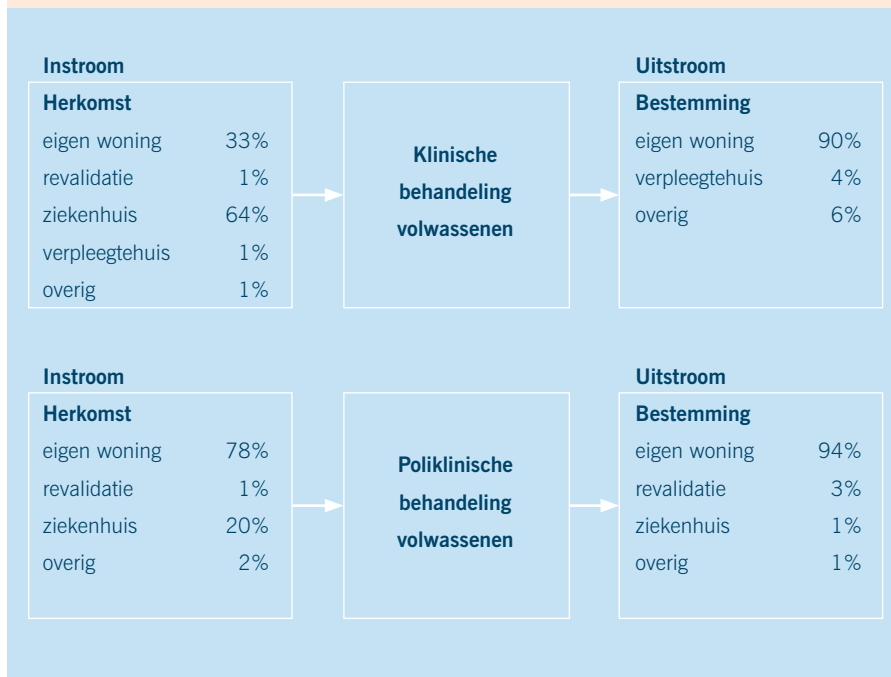


* In de praktijk is bekend dat na een klinische behandeling vrijwel altijd een poliklinische behandeling volgt. Van de groep kinderen die uitstroomt naar de "eigen woning" (79%) mag dan ook worden verondersteld dat het overgrote deel een poliklinische vervolgbehandeling krijgt.

Bron: Revalidatie Databank

Dat bij kinderen onder uitstroom specifiek 7% "revalidatie" wordt opgegeven betekent veelal dat de poliklinische behandeling in een ander centrum wordt voortgezet.

Figuur 3.d Plaats in de zorgketen van (poli)klinische behandelingen voor volwassenen in 2006



Bron: Revalidatie Databank

Met de beschikbare 'stroomgegevens' over 2006 ontstaat het volgende beeld:

- van de opgenomen kinderen komt 51% van huis en 39% uit een algemeen ziekenhuis;
- van de opgenomen volwassenen komt 33% van huis en 64% uit een algemeen ziekenhuis;
- van de opgenomen kinderen gaat de overgrote meerderheid (79%) terug naar de eigen woonomgeving;
- van de opgenomen volwassenen gaat de overgrote meerderheid (90%) terug naar de eigen woonomgeving.

Aangenomen mag worden dat de meeste patiënten na ontslag uit de klinische behandeling een poliklinische (na)behandeling krijgen.

3.3 Wachttijden voor revalidatiezorg

De meeste revalidatiecentra beschikken over gegevens over 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.

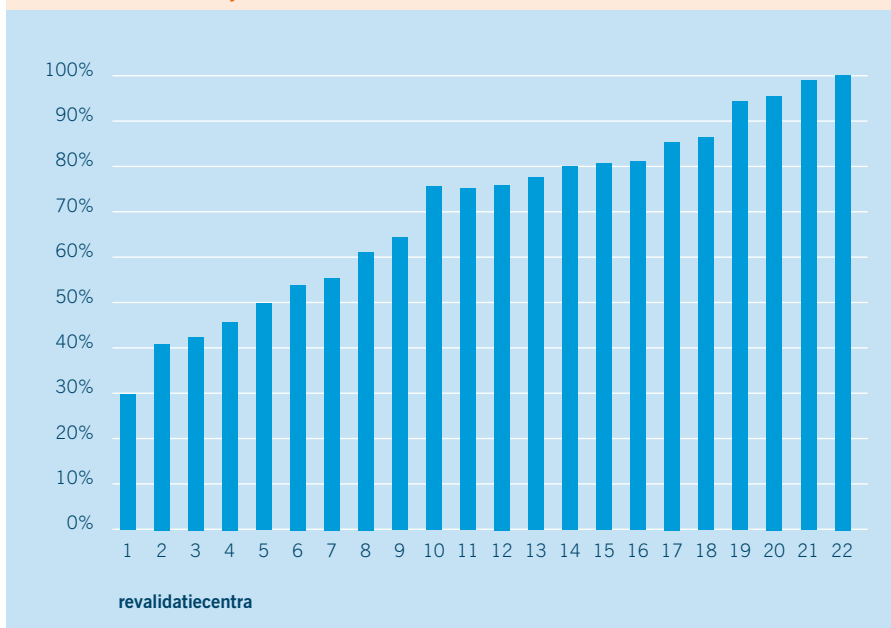
Tabel 3.1 Treeknormen voor wachttijden

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 hoeveel % van de patiënten zij er in geslaagd zijn de wachttijd onder de Treeknorm te houden. In de volgende grafieken zijn de resultaten weergegeven.

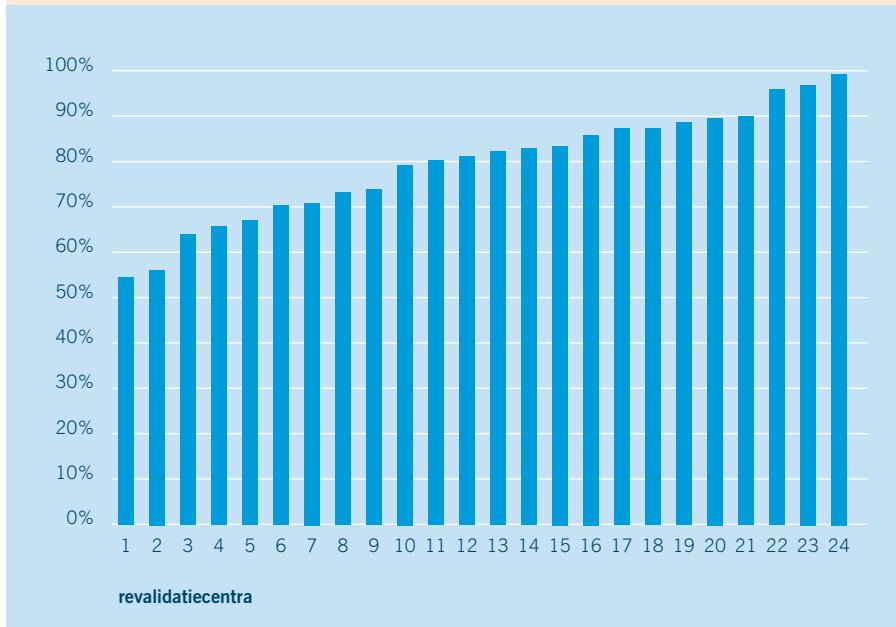
Grafiek 3.1 Wachttijden voor het eerste onderzoek



Bron: Revalidatie Databank

In deze grafiek zijn wachttijd gegevens van 22 centra verwerkt. Voor ieder revalidatiecentrum afzonderlijk wordt aangegeven hoeveel % van de patiënten voor het eerste onderzoek wordt opgeroepen binnen de geldende Treeknorm van minder dan 4 weken. Gemiddeld heeft 70% van alle patiënten in de sector korter gewacht op een eerste onderzoek dan de Treeknorm.

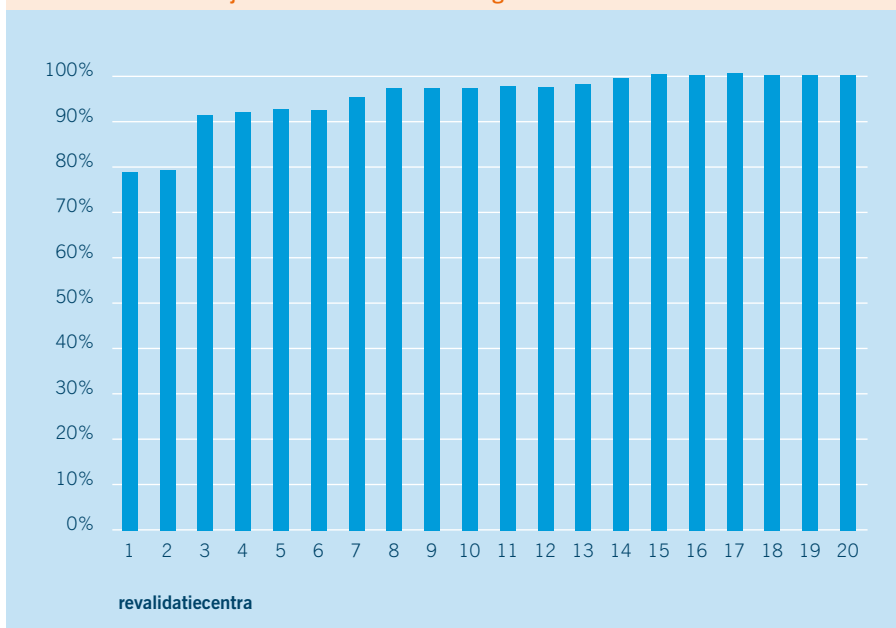
Grafiek 3.2 Wachttijden voor de poliklinische zorg



Bron: Revalidatie Databank

Gemiddeld heeft bijna 80% van alle patiënten korter gewacht op toegang tot poliklinische behandeling dan de Treeknorm van 6 weken.

Grafiek 3.3 Wachttijden voor de klinische zorg

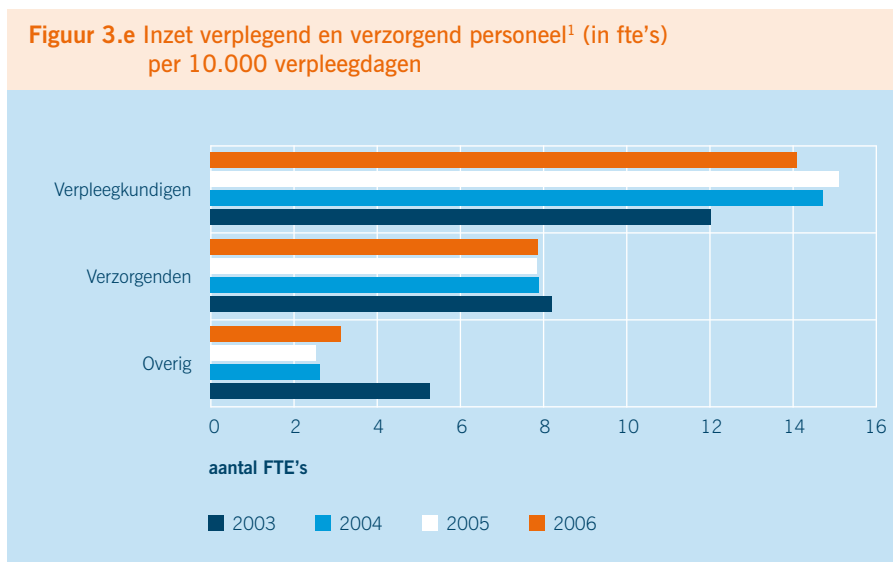


Bron: Revalidatie Databank

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

3.4 Inzet personeel

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

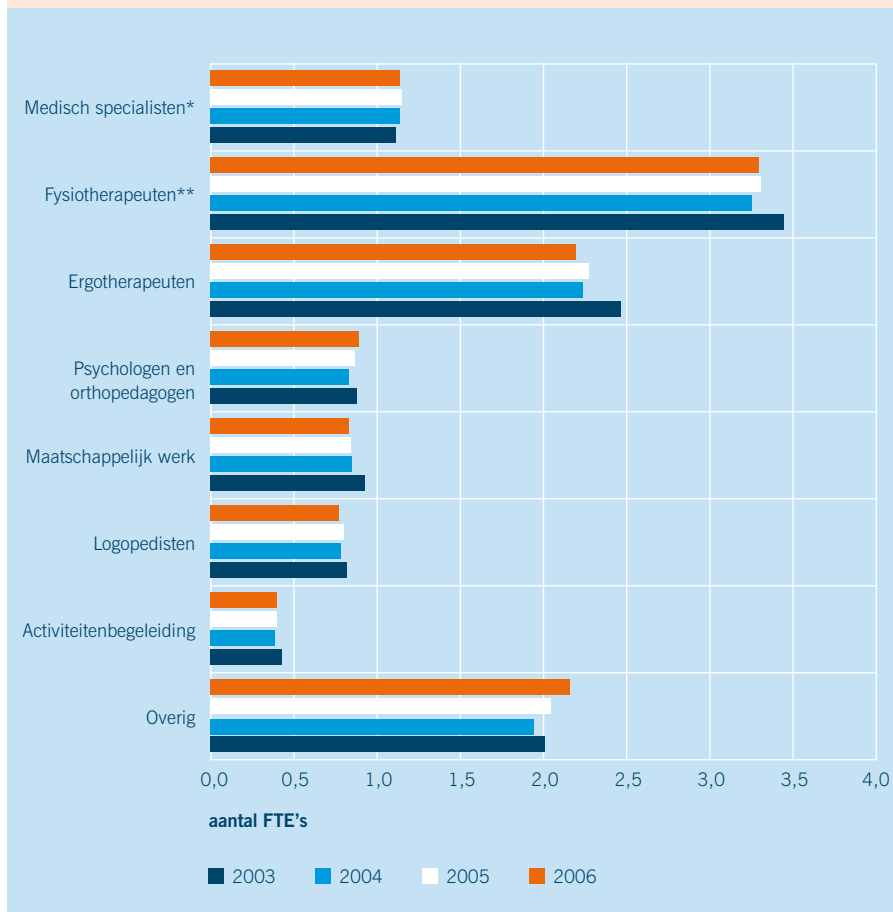


¹ Inclusief personeel in opleiding

Bron: Revalidatie Databank

De inzet van het verplegend en verzorgend personeel, uitgedrukt in inzet per 10.000 verpleegdagen, is in 2006 ten opzichte van de voorgaande jaren iets teruggelopen. Dit betreft vooral de inzet van verpleegkundigen. Bij de categorie "overig" is een lichte stijging te zien.

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



* revalidatieartsen, overige medisch specialisten en artsen in opleiding

** inclusief hydrotherapeuten en bewegingsagogen/sportleiders

Bron: Revalidatie Databank

Bovenstaande figuur geeft een beeld van de inzet van de verschillende disciplines. Fysiotherapeuten en ergotherapeuten leveren de grootste inzet binnen de revalidatiezorg. De inzet van behandelend en ondersteunend personeel wijzigt nauwelijks ten opzichte van vorige jaren. De categorie "overig" bestaat onder meer uit helpenden, muziektherapeuten, technici en therapieassistenten.



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.

Typen prestatie-indicatoren

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

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

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

De "Basisset Prestatie-indicatoren" is in ontwikkeling. Structuurindicatoren worden waar mogelijk opgenomen in het HKZ-certificatieschema voor de revalidatiesector. Met dit schema kunnen revalidatiecentra en revalidatie-afdelingen in ziekenhuizen hun kwaliteitssysteem laten certificeren op basis van ISO:9001-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 2006 is het volgende kwaliteitsbeeld ontstaan.

4.1 Tevredenheid

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

4.2 Veiligheid

Op basis van de landelijke decubitusprevalentie-meting kan worden geconcludeerd dat de mate waarin klinische patiënten doorligwonden krijgen, in revalidatiecentra gemiddeld zeer laag is, met 1,2%. Uit het onderzoek blijkt dat het beleid ter preventie van decubitus werkt.

4.3 Effectiviteit

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

4.4 Tijdigheid

De meeste patiënten worden binnen de overeengekomen maximale wachttijden in behandeling genomen. Ongeveer 70% van de patiënten wordt binnen vier weken uitgenodigd voor een eerste consult. 80% van de patiënten komt binnen zes weken in poliklinische behandeling en 95% van de klinische patiënten wordt binnen de afgesproken zeven weken opgenomen voor behandeling.

4.5 Transparantie

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

4.6 Samenwerking

Alle centra hebben formele afspraken gemaakt met partners in de zorgketen (ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg, huisartsen, e.a) over één of meerdere doelgroepen (patiënten met niet-aangeboren hersenletsel, beroerte, chronische pijn, dwarslaesies, amputaties, kinderen, e.a.). De revalidatieartsen van bijna alle revalidatiecentra hebben structurele contacten met collega revalidatieartsen werkzaam bij verschillende organisaties in de gezondheidsregio. Ook wordt door de meerderheid van de revalidatiecentra structureel overleg gevoerd met patiëntenorganisaties, zoals Samen Verder (CVA vereniging), Cerebraal (vereniging voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel), de Dwarslaesie Organisatie Nederland, de Vereniging Spierziekten Nederland en de BOSK (vereniging van motorische gehandicapten (kinderen) en hun ouders).

4.7 Deskundigheid

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

4.8 Opleiding

Alle centra zijn actief met het opleiden van studenten in de gezondheidszorg. Twintig centra bieden begeleiding bij de opleiding van 480 co-assistenten geneeskunde. Ook voor studenten fysiotherapie, ergotherapie, HBO-V, psychologie, etc. wordt door de meerderheid van de revalidatiecentra opleidingsmogelijkheid geboden en actief geparticipeerd in het geven van onderwijs.

In 2006 verzorgen 18 van de 24 revalidatiecentra de opleiding tot revalidatiearts. Het totaal aantal AIOS in revalidatiecentra bedraagt daarmee 107, gevarieerd van 1 tot 15 per centrum. Het totale aantal AGIKO's bedraagt 10.

4.9 Onderzoek

Wetenschappelijk onderzoek behoort sinds de start van het Stimuleringsprogramma Revalidatieonderzoek tot de reguliere werkzaamheden van de meerderheid van de revalidatiecentra. Meer dan driekwart van de centra publiceren soms tot regelmatig in wetenschappelijke bladen. Het aantal wetenschappelijke publicaties varieerde in 2006 van 1 tot 55. Het gemiddelde ligt op 16.

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



5 Financiën

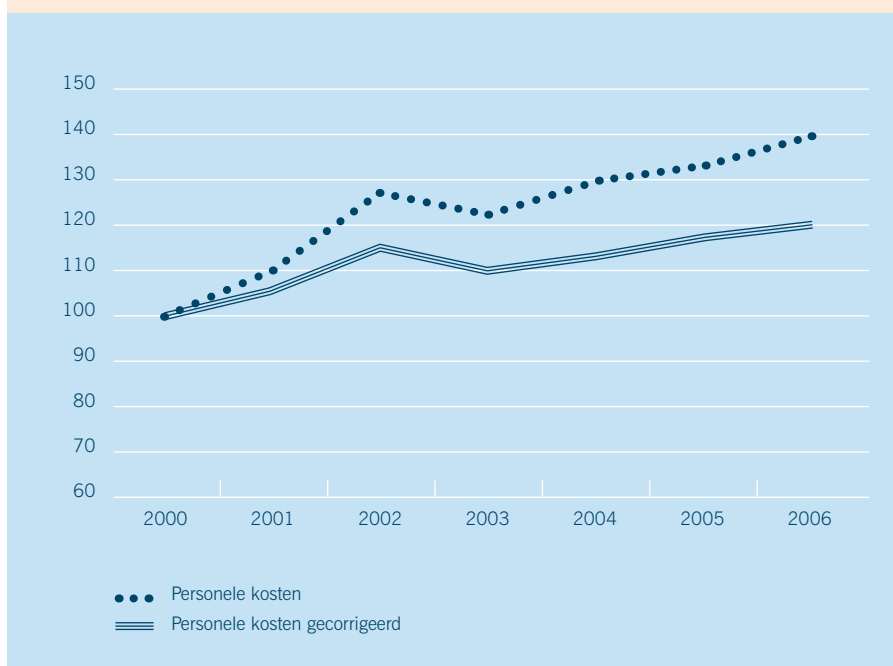
De uitgaven van de totale zorgsector¹ bedragen in 2006 meer dan 47.6 miljard euro. Hiervan wordt iets meer dan 39% besteed aan curatieve zorg. Het wettelijke budget voor de aanvaardbare kosten van alle revalidatiecentra bedraagt in 2006 bijna 370 miljoen euro. Het aandeel van de revalidatiesector in de kosten van de curatieve zorg is dan ook gering; slechts 2%.

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de kosten van de revalidatiezorg in Nederland. In de kosten is een onderscheid gemaakt naar personele en materiële kosten. In paragraaf 4.3 worden de kosten gerelateerd aan de geleverde zorg.

5.1 Personele kosten

De personele kosten voor de revalidatiecentra bedragen in 2006 iets meer dan € 271 miljoen, dit is ruim 73% van het totale (wettelijke) budget. In figuur 4.a wordt de ontwikkeling van de personele kosten vanaf 2000 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 2000-2005 (2000=100)



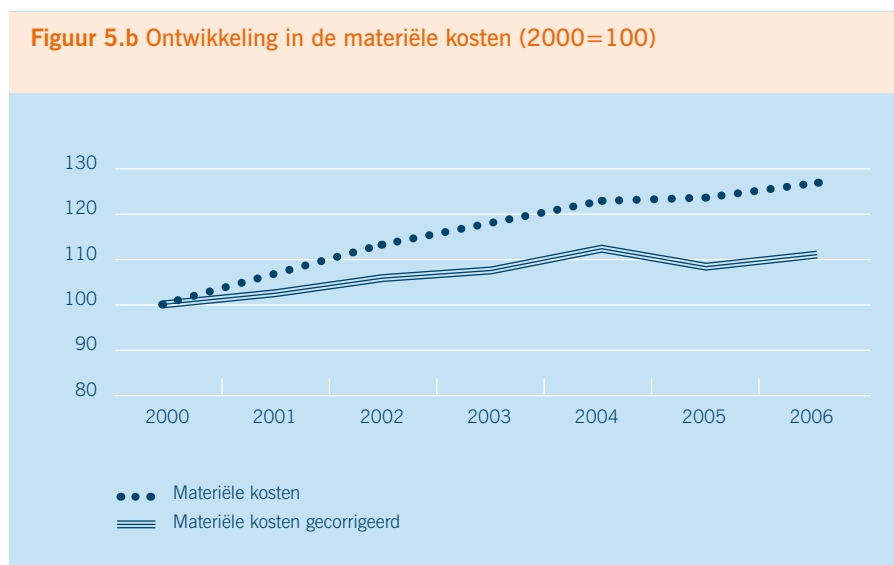
Bron: Revalidatie Databank

De totale personele kosten zijn over periode 2001-2006 met 30% toegenomen, met een gemiddelde groei van 5,4% per jaar. Na correctie op basis van CAO-lonen is dit 2,6%. De stijging van de personele kosten over deze periode is vooral te verklaren door de toename van het aantal personeelsleden. In 2006 is het aantal personeelsleden beperkt toegenomen. Dat komt tot uiting in de geringe kostenstijging.

¹ Bron: Rijksbegroting 2007 [30 800 XVI] vaststelling begrotingsstaten VWS

5.2 Materiële kosten

Figuur 4.b geeft de ontwikkeling van de materiële kosten weer over de afgelopen 6 jaar. In een tweede lijn wordt de ontwikkeling gecorrigeerd met de consumentenprijsindex (inflatie).

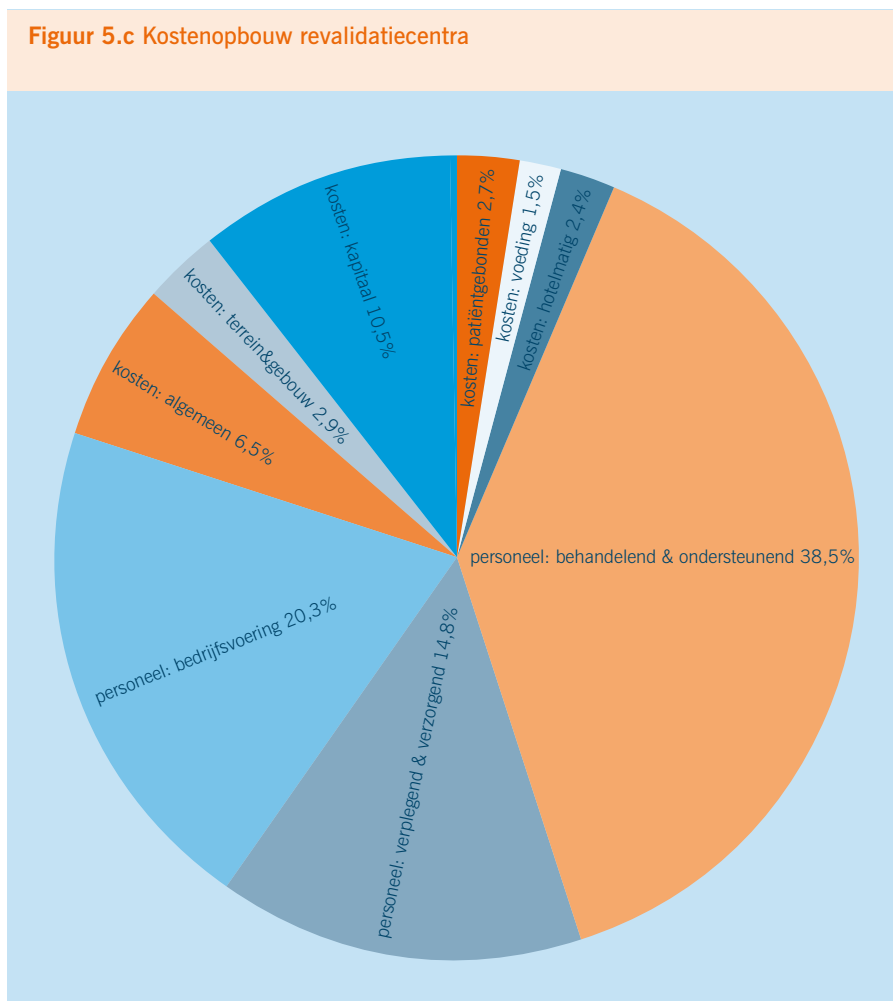


Bron: Revalidatie Databank

De materiële kosten zijn opgebouwd uit kapitaallasten, algemene/administratieve kosten, voedings- en verblijfskosten, gebouw- en terreingebonden kosten en patiëntgebonden kosten. In 2006 bedroeg het totaal aan materiële kosten € 101 miljoen. Dit is minder dan 27% van het totale budget. Over de periode 2001-2006 zijn deze kosten met 24% toegenomen, met een gemiddelde groei van 4,5% per jaar. Na inflatiecorrectie is dit gemiddeld 2% per jaar.

5.3 Kostenopbouw

In grafiek 5.c zijn zowel de materiele- als personele kosten van de centra opgenomen en onderverdeeld naar de verschillende kostengroepen.

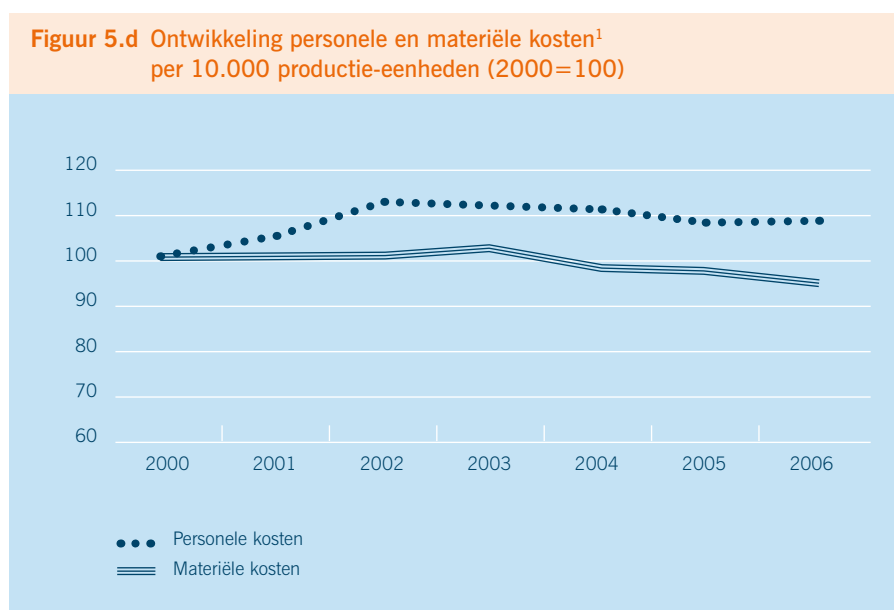


Bron: Revalidatie Databank

Binnen de revalidatiecentra heeft bijna 60% van de kosten een directe relatie met de patiëntenzorg. De overige kosten hebben betrekking op personeel, bedrijfsvoering, kapitaallasten, terreinen en gebouwen en algemene kosten. De kapitaallasten en algemene kosten zijn de grootste niet direct-patiëntgerelateerde materiele kostencomponenten. De patiëntgebonden kosten kennen met een gemiddelde groei van 8,4% per jaar de hoogste groei, maar leveren door hun beperkte omvang toch een beperkte bijdrage aan de toename van de kosten.

5.3 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 productievolume² van de revalidatiezorg; de gewogen som van het aantal eerste consulten, poliklinische en klinische RBU's en het aantal verpleegdagen. In onderstaande figuur is de doelmatigheid zichtbaar gemaakt.



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

Bron: Revalidatie Databank

De financiële middelen die voor revalidatiezorg beschikbaar zijn, worden over de jaren heen doelmatiger besteed. Dit komt doordat de stijging van de personele en materiële kosten relatief gezien lager is dan de stijging in de kosten per eenheid product. Met andere woorden, voor eenzelfde investering in personele en materiële kosten wordt anno 2006 meer zorg geleverd dan in voorgaande jaren. Vandaar dat in figuur 4.d een daling van de kosten per productie-eenheid is waar te nemen.

² Voor de berekening van deze gestandaardiseerde productiemaat wordt verwezen naar bijlage 4, tabel B.4.

6 Personeel

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de kenmerken van het personeel van revalidatiecentra. De revalidatiebranche onderscheidt een drietal hoofdfunctiegroepen, te weten 'bedrijfsvoering', 'behandelend en ondersteunend' en 'verpleegkundig en verzorgend'. Tot de hoofdfunctiegroep 'bedrijfsvoering' worden onder andere de algemene en administratieve functies gerekend. De hoofdfunctiegroep 'behandelend en ondersteunend' bestaat onder meer uit medisch, paramedisch, sociaal wetenschappelijk en psychosociaal personeel. De hoofdfunctiegroep 'verpleegkundig en verzorgend' bestaat uit verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden van verschillende niveaus.

6.1 Werkgelegenheid

In totaal zijn er ruim 5.500 arbeidsplaatsen, uitgedrukt in fte's, bij de revalidatiecentra aanwezig. Dit betreft zo'n 8.750 werkzame personen, waarvan een kwart een verpleegkundige of verzorgende functie heeft.

Tabel 6.1 Aantal arbeidsplaatsen, fte's en deeltijdfactor

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	% verandering 2002-2006
aantal arbeidsplaatsen in fte's								
Bedrijfsvoering	1.591	1.626	1.686	1.741	1.695	1.711	1.684	0,0%
Behandelend en ondersteunend	2.124	2.223	2.319	2.424	2.343	2.479	2.556	2,5%
Verpleegkundig en verzorgend	1.236	1.264	1.285	1.356	1.325	1.332	1.305	0,4%
Totaal	4.950	5.113	5.290	5.521	5.363	5.521	5.545	1,2%
aantal werkzame personen¹								
Bedrijfsvoering			2.465	2.572	2.595	2699	2653	1,9%
Behandelend en ondersteunend			3.440	3.524	3.807	4028	4158	4,9%
Verpleegkundig en verzorgend			1.946	1.985	1.981	2011	1941	-0,1%
Totaal			7.850	8.080	8.383	8739	8752	2,8%
Deeltijdfactor								
Bedrijfsvoering			0,68	0,68	0,65	0,63	0,63	-1,9%
Behandelend en ondersteunend			0,67	0,69	0,62	0,62	0,61	-2,3%
Verpleegkundig en verzorgend			0,66	0,68	0,67	0,66	0,67	0,5%
Totaal			0,67	0,68	0,64	0,63	0,63	-1,5%

¹ het aantal werkzame personen werd voor 2002 niet geregistreerd

Bron: Revalidatie Databank

Het aantal formatieplaatsen in 2006 is ten opzichte van 2005 licht gestegen. De toename heeft bijna geheel plaatsgevonden in de behandelende en ondersteunend functies.

Het behandelend en ondersteunend personeel vormt met 46% van de fte's de meerderheid van het aantal arbeidsplaatsen. Dit is verklaarbaar uit het feit dat revalidatie een multidisciplinaire aanpak kent, waarbij meerdere behandelaars zijn betrokken naast de revalidatiearts, zoals bijvoorbeeld fysiotherapeuten, psychologen en maatschappelijk werkers.

De deeltijdfactor, die berekend wordt op basis van het aantal arbeidsplaatsen en werkzame personen, is vanaf 2002 met iets meer dan 1,5% gedaald. De toenemende flexibiliteit in de vorm van nuluren-contracten is hiervoor een verklaring. Van 2005 op 2006 is het verschil zeer beperkt.

6.2 Leeftijd en duur dienstverband

Tabel 6.2 Leeftijd en duur dienstverband personeel in loondienst

	gem. leeftijd (jr.)			gem. duur dienstverband (jr.)		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Bedrijfsvoering	43,0	43,8	44,6	8,9	9,1	9,3
Behandelend en ondersteunend	39,3	39,6	39,6	8,2	8,4	8,1
Verpleegkundig en verzorgend	39,6	40,1	40,3	8,1	8,7	8,4
Totaal	40,5	41,0	41,3	8,4	8,7	8,5

Bron: Revalidatie Databank

De medewerkers van de revalidatiecentra hebben een gemiddelde leeftijd van iets meer dan 41 jaar. De gemiddelde leeftijd is in de functiegroep bedrijfsvoering met meer dan 44 jaar het hoogst. Medewerkers blijven gemiddeld 8,5 jaar bij een revalidatiecentrum werken.

6.3 Verloop personeel

Tabel 6.3 Verloop personeel in loondienst

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

Bron: Revalidatie Databank

Het verloop van personeel in de revalidatie lijkt sinds 2004 in alle functiegroepen toe te nemen. In 2006 is het verloop over alle functiegroepen 12,9%, een stijging van meer dan 2,5 % t.o.v. 2005.

6.4 Ziekteverzuim

Tabel 6.4 Ziekteverzuimpercentage en -frequentie personeel in loondienst

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

Bron: Revalidatie Databank

De verzuimfrequentie is met 1,8 in de revalidatiesector hoger dan in de gehele zorgsector (Vernet 1,44) en de ziekenhuissector (Vernet 1,5). Hieruit kan worden afgeleid dat het personeel, vergeleken met de rest van de zorgsector, relatief vaker maar kort ziek is.

In 2006 is het ziekteverzuim in de revalidatie met 4,8% iets afgenomen ten opzichte van 2005. De daling treedt op in alle functiegroepen. Het verzuim is lager dan het verzuim in de gehele zorgsector (Vernet: 5% in 2006), maar hoger dan het verzuim in de ziekenhuizen (Vernet: 4,4% in 2006).

Binnen de functiegroepen die worden onderscheiden in de revalidatie loopt het ziekteverzuim uiteen van 4,5% bij het behandelend en ondersteunend personeel tot 5,9% bij het verplegend en verzorgend personeel.

Bijlage 1 Verantwoording

B1.1 Totstandkoming

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

Hans van Dijk, Rijndam revalidatiecentrum, voorzitter

Joep Cluitmans, St. Revalidatie Limburg

Gerrit Renes, Revalidatie Friesland

Frank Vermeulen, Sophia Revalidatie

Arik Wassink, Revalidatiecentrum Amsterdam

Robert van Schijndel, Revalidatie Nederland, advies

Henk Wierda, Revalidatie Nederland, uitvoering.

B1.2 Revalidatie Databank

In 1997 is Revalidatie Nederland begonnen 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 per kwartaal door instellingen aangeleverd. Zij krijgen ook per kwartaal een terugkoppeling over de kwaliteit van de aanlevering. De bedrijfsmatige informatie wordt jaarlijks opgevraagd. Instellingen geven dan ondermeer hun capaciteit, personeels- en financiële gegevens op. Tevens wordt de omvang van de productie opgegeven zoals vastgesteld in de rekenstaat van de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA).

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

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

B1.2.1 Aantal patiënten versus aantal behandelingen

Uit de structuur van de landelijke databank en de aangeleverde gegevens kan worden afgeleid dat één unieke patiënt in de loop van een verslagjaar meerdere (deel)behandelingen ontvangt. Er worden dus meer (deel)-behandelingen in de databank vastgelegd dan dat er unieke patiënten zijn.

Overzicht patiëntenregistratie 2006	
Aantallen behandelingen	
Kinderen	
Klinisch	419
Poliklinisch	13.579
Volwassenen	
Klinisch	7.958
Poliklinisch	44.011
Alle leeftijden	
Consulten	69.838
Overig	7.368
Aantallen patiënten	
Kinderen	
Klinisch	354
Poliklinisch	12.109
Totaal*	12.249
Volwassenen	
Klinisch	7.376
Poliklinisch	40.355
Totaal*	44.235
Totaal aantal patiënten*	
	56.484

De cijfers onder de noemer "aantallen patiënten" betreffen het aantal unieke personen welke op enig moment in het verslagjaar in behandeling waren.

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

B1.2.2 Plaats in de zorgketen

Figuur 3.3 en 3.4 in dit brancherapport geven een beeld van herkomst en bestemming van patiënten in de revalidatiebehandeling. Voor de samenstelling van deze figuren zijn alleen de afgesloten behandelingen meegenomen. Patiënten waarvan de klinische behandelingen zijn beëindigd en die binnen 3 maanden een poliklinische vervolgbehandeling krijgen, worden aangemerkt als 'doorstroom'. Vanwege deze 'latentieperiode' van 3 maanden is het niet mogelijk de klinische behandelingen mee te nemen die in het laatste kwartaal van 2006 vallen. Dit omdat van deze groep gedeeltelijk onbekend is wanneer zij (eventueel) een poliklinische vervolgbehandeling krijgen.

Bijlage 2 Overzicht leden Revalidatie Nederland

Tabel B.2 Revalidatiecentra in Nederland

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

Bron: Revalidatie Nederland

Bijlage 3 Overzicht prestatie-indicatoren

Overzicht prestatie-indicatoren revalidatiesector

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de aantallen centra die in 2006 wel of niet over een bepaalde prestatie-indicator beschikken. De score 'ja', geeft aan dat centra aangeven over de indicator te beschikken. De score 'nee' betekent dat centra de indicator niet hebben, dat de vraag voor hen niet van toepassing is of dat de centra de vraag niet hebben ingevuld.

Tabel 1 Overzicht van het aantal centra dat over de gevraagde indicator beschikt (in absolute aantallen)

Rubriek	Ja	Nee	Nvt	Beknopte conclusie
1. Tevredenheid				
1.1 Patiëntentevredenheid				uitkomstindicator
1.1.1 Onderzoek patiëntentevredenheid	24	0	0	Alle centra hebben in 2006 de patiëntentevredenheid onderzocht met dezelfde instrumenten. De resultaten van 22 centra zijn daardoor landelijk vergelijkbaar. Volwassenen gaven het revalidatiecentrum gemiddeld 7,7 als rapportcijfer. Ouders van kinderen die in behandeling waren gaven gemiddeld 7,2 als rapportcijfer.
2. Veiligheid				
2.1 Basis medische zorg				structuur indicator
2.1.1 Reglement basis medische zorg	18	6	0	De meerderheid van de instellingen heeft een reglement basis medische zorg. Vier instellingen hebben aangegeven dat zij voor september 2007 eveneens over het reglement beschikken.
2.2 Infectiepreventie				structuur indicator
2.2.1 Beleid infectiepreventie	22	2	0	Nagenoeg alle centra hebben de infectiepreventie geprotocolleerd.
2.3 Complicaties				structuur indicator
2.3.1 Registratie complicaties algemeen	nvt	nvt	0	In 2006 is voor het eerst de registratie schoudercomplicatie volgens VRA-methodiek beschikbaar.
Registratie complicaties bij schouderinjecties	3	18	3	
2.4 Decubitusprevalentie				structuur indicator & uitkomst indicator
2.4.1 Registratie	20	1	3	Alle klinische centra op één na hebben aan de landelijke decubitusprevalentie-meting deelgenomen. De puntprevalentie voor decubitus graad van 2 of hoger is met gemiddeld 1,2% zeer laag. Dit % heeft betrekking op slechts 16 van 1309 klinische patiënten.
2.5 Decubitusincidentie klin. patiënten met een dwarslaesie				structuur indicator & uitkomst indicator
2.5.1 Registratie	7	11	6	Drie klinische en drie poliklinische centra behandelen geen klinische patiënten met dwarslaesie.
2.5.2 Incidentie	5	13	6	
2.6 Medicatieveiligheid				structuur indicator en uitkomst indicator
Elektronisch overzicht klinisch voorgeschreven medicatie				
2.6.1 Op spreekkamers en verpleegafdelingen	3	18	3	De elektronische overzichten van voorgeschreven medicatie zijn beperkt. Vermoedelijk wordt gewacht op het "Electronisch Patiënten Dossier" voor de Revalidatiesector. Dit EPD zal in het eerste kwartaal van 2009 worden opgeleverd.
Elektronisch overzicht poliklinisch voorgeschreven medicatie				
2.6.2 Spreekkamers	3	21	0	als 2.6.1
Elektronisch overzicht elders voorgeschreven medicatie				
2.6.3 Spreekkamers en verpleegafdelingen	2	22	0	als 2.6.1

Rubriek	Ja	Nee	Nvt	Beknopte conclusie
3. Effectiviteit				
3.1 Behandelovereenkomst				structuur indicator
3.1.1 Projecten resultaatmeting	19	5	0	De meeste centra voeren projecten uit om resultaatmeting te doen.
3.2 Resultaten				structuur indicator
3.2.1 Percentage ontslagen patiënten, dat zelfstandig gaat wonen	19	2	3	Het percentage klinische patiënten dat na de behandeling zelfstandig gaat wonen ligt gemiddeld op 89,5%.
3.2.2 Registratie effecten van de behandeling op zelfstandigheid	12	12	0	Voor de registratie/meting van de effecten op zelfstandigheid worden meer dan 20 doelgroepspecifieke meetinstrumenten gebruikt (b.v. Barthell, Pedi).
3.2.3 Uitkomsten van registratie	1	23	0	Kwantitatieve uitkomsten van de metingen op het effect van behandeling zijn bij enkele instellingen beschikbaar.
4. Tijdigheid				
4.1 Wachtijden				proces indicator & uitkomst indicator
4.1.1 Eerste onderzoek	22	2	0	69,7% van de patiënten heeft korter gewacht dan de landelijk overeengekomen wachttijd (< 4 weken).
4.1.2 Poliklinische revalidatiebehandeling	24	0	0	79,3% van de patiënten heeft korter gewacht dan de landelijk overeengekomen wachttijd (< 6 weken).
4.1.3 Klinische revalidatiebehandeling	20	1	3	95,0% van de patiënten heeft korter gewacht dan de landelijk overeengekomen wachttijd (< 7 weken).
4.1.4 Deelname wachttijdenregistratie	22	2	0	Voor publicatie op de website van Revalidatie Nederland leveren 22 centra maandelijks de te verwachten wachttijden voor 1e onderzoek en (poli)klinische behandeling.
4.1.5 Publicatie op internet per diagnosegroep	6	18	0	Zes centra publiceren op de eigen website wachttijden voor diagnosegroepen
5. Transparantie				
5.1 Externe toetsing revalidatiezorg				structuur indicator
5.1.1 Laatste scores externe toetsing	23	0	1	Tussen de 1e en 2e landelijke toetsing is de gemiddelde score van 60% naar 70% gestegen. Tijdens de 2e toetsing steeg het gemiddelde per jaar van 63% in 2003 naar 73% in 2006.
5.1.2 Voorlaatste scores externe toetsing	23	0	1	
5.1.3 Datum laatste visitatie VIOP/ VINOP	22	2	0	
6. Samenwerking				
6.1 Ketenzorg				structuur indicator
6.1.1 Geformaliseerde afspraken ketenpartners	24	0		Alle centra hebben formele afspraken gemaakt met partners in de zorgketen (ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg, huisartsen e.a) over doelgroepen (NAH, CVA, kinderen, pijnpatiënten, hartpatiënten, dwarslaesies, amputaties, longpatiënten e.a.).
6.1.2 Type ketenpartners	24	0		
6.1.3 Doelgroepen	24	0		
6.2 Regionaal Revalidatiegeneeskundig netwerk				structuur
6.2.1 Participatie regionaal revalidatiegeneeskundig netwerk	22	2		Bijna alle centra hebben van structurele contacten en maken van afspraken tussen collega revalidatieartsen werkzaam bij verschillende organisaties in de gezondheidsregio.

Rubriek	Ja	Nee	Nvt	Beknpte conclusie
6.3 Samenwerking met patiëntenverenigingen				structuur
6.3.1 Systematisch overleg patiëntenvertegenw. 18		6		Aantal (n) revalidatiecentra welke structureel overleg voeren met: - Samen Verder, de Nederlandse CVA vereniging (16) - Cerebraal, vereniging voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel (12) - Dwarslaesie Organisatie Nederland (11) - VSN, Vereniging Spierziekten Nederland (11) - BOSK, Vereniging van motorische gehandicapten (kinderen) en hun ouders (10) - Landelijke vereniging van geamputeerden (4) - Stichting Pijnhoop (4) - Hartzorg (1) - Astmafonds (1)
6.3.2 Welke patiëntenorganisaties	18	6		
7. Deskundigheid en deskundigheidsontwikkeling				
7.1 Participatie in landelijke werkgroepen VRA				structuur indicator
7.1.1 Participatie werkgroepen VRA	22	2		Aantal revalidatiecentra (n) dat deelneemt aan gespecificeerde VRA werkgroepen: - Platform kinderrevalidatie artsen (21) - Werkgroep CVA Nederland (21) - Werkgroep Amputaties en Prothesiologie (20) - Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (21) - Kerngroep Revalidatieartsen voor spiergroepen (18) - Werkgroep Traumatisch hersenletsel (17) - Nederlands-Vlaams Dwarslaesie Genootschap (12) - Werkgroep Behandeling spasticiteit bij kinderen (13) - Werkgroep Trauma Revalidatie (13) - Werkgroep Transculturele Revalidatie (6) - Kwaliteitscommissie (10) [voert visitaties uit] - Consilium (11) [betreft inhoudelijke eisen aan opleiding revalidatiearts]
7.1.2 Welke werkgroepen	22	2		
7.1.3 Participatie andere bijeenkomsten professionals	21	3		Aantal revalidatiecentra (n) dat deelneemt aan gespecificeerde bijeenkomsten: - Landelijke themadag van de Werkgroep CVA Nederland (20) - Jaarlijks interdisciplinair congres van het Nederlands-Vlaams dwarslaesie genootschap (10) - Studiedag van de Werkgroep Amputaties en prothesiologie (13) - Teamdag van de Werkgroep Traumatisch Hersenletsel (8) - Platform en/of Commissie cognitieve revalidatie van VRA, NIP en RN (13)*
8. Onderwijs, Opleiding en Onderzoek				
8.1 Onderwijs				structuur indicator
8.1.1 Participatie klinisch onderwijs geneeskunde	20	4		In totaal participeren 20 revalidatiecentra in de opleiding van ruim 480 co-assistenten. Aantal revalidatiecentra dat participeert in andere geneeskundige onderwijsrichtingen: - geven van colleges (14) - begeleiden van werkgroepen (7) - begeleiden van stages (9) Aantal revalidatiecentra dat participeert in het klinisch onderwijs van andere studierichtingen dan geneeskunde: - Fysiotherapie (23) - Ergotherapie (21) - HBO-V (19) - Bewegingsagogie (17) - Gezondheidspsychologie (17) - Logopedie (16) - Maatschappelijk werk (16) - MBO-V (15)
8.1.2 Aantal co-assistenten	20	4		
8.1.3 Participatie andere activiteiten onderwijs geneeskunde	15	9		
8.1.4 Welke activiteiten	15	9		
8.1.5 Participatie klinisch onderwijs andere studierichtingen	23	1		
8.1.6 Welke studierichtingen	23	1		

Rubriek	Ja	Nee	Nvt	Beknopte conclusie
8.2 Opleiding tot specialist				structuur indicator
8.2.1 Participatie opleiding revalidatiearts	18	6		Een ruime meerderheid van de centra neemt deel aan de opleiding revalidatiearts. Het aantal AIOS in revalidatiecentra bedraagt 107 en varieert van 1 tot 15 per centrum. Het totale aantal AGIKO's bedraagt 10 en varieert van 1 tot 2 per centrum.
8.2.2 Aantal AIOS in dienst op 31 december	18	6		
8.2.3 Aantal AIOS tevens opleiding klinisch wetenschappelijk onderzoeker	6	18		
8.3 Wetenschappelijk onderzoek				uitkomst indicator
8.3.1 Aantal peer-reviewed publicaties door medewerkers	18	6		De meerderheid van de centra publiceert in wetenschappelijke bladen. Het aantal publicaties varieert van 1 tot 55. Het gemiddelde ligt op 15,8.

Bijlage 4 Begrippen en definities

Behandelplaatsen

Gevraagd wordt naar het aantal overeengekomen en op de rekenstaat vermelde behandelpaatsen. Hier gaat het om de calculatorische behandelpaatsen. Indien de erkenning van bedden niet gesplitst is naar volwassenen en kinderen, terwijl beide officieel wel aanwezig zijn, mag er een schatting gemaakt worden.

Bruto jaarsalarissen

De som van de bruto jaarsalarissen, inclusief vakantietoeslag, eindejaarsuitkering, onregelmatigheidstoeslag en overwerk. Dit is exclusief werkgeverslasten.

Eerste consult

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

Einddatum klinische behandeling

De revalidatiearts bepaalt de einddatum van de klinische behandeling. Indien er gedurende 14 achtereenvolgende kalenderdagen geen sprake is van daadwerkelijk fysiek verblijf van de patiënt in het klinische bed dan wordt de desbetreffende klinische behandeling als beëindigd beschouwd. Als de patiënt na 14 dagen terugkomt, wordt een nieuwe klinische behandeling geopend.

Einddatum poliklinische behandeling

Voor de polikliniek geldt dat, indien gedurende 91 achtereenvolgende kalenderdagen (=13 weken) geen poliklinische behandelactiviteit plaatsvindt, de desbetreffende poliklinische behandeling als beëindigd wordt beschouwd. Als de patiënt na 91 dagen terugkomt, wordt een nieuwe poliklinische behandeling geopend. Indien in het behandelplan staat aangegeven dat nog nazorg zal plaatsvinden, dan wordt de behandelperiode pas afgesloten als de nazorg heeft plaatsgevonden.

Erkende bedden

Gevraagd wordt naar het aantal erkende bedden, conform de rekenstaat, dus niet het aantal calculatorische bedden.

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 en personen

Gemiddeld aantal fulltime equivalenten en personen.

Gemiddeld dienstverband in jaren

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

Gemiddelde leeftijd

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

Percentage verloop

Aantal medewerkers (personen) dat uit dienst is gegaan, uitgedrukt in het percentage van het totaal aantal medewerkers.

Personeel bedrijfsvoering

De functies die tot de bedrijfsvoering worden gerekend zijn de algemene en administratieve functies, hotelfuncties, terrein- en gebouwgebonden functies en instroom- en doorstroombanen.

Personeel behandelend en ondersteunend

De functies die tot behandelend en ondersteunend worden gerekend zijn revalidatieartsen, overige medisch specialisten, anio's, aio's, psychologen, orthopedagogen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, maatschappelijk werkers, activiteitenbegeleiders, bewegingsagogen/sportleiders, hydrotherapeuten, diëtisten en muziektherapeuten.

Personeel verpleging en verzorging

De functies die tot de verpleging en verzorging worden gerekend zijn verpleegkundigen niveau 4 en 5, verzorgenden niveau 3, helpenden niveau 2, verpleegkundigen en verzorgenden in opleiding.

Productiegegevens

Het betreft de geregistreerde productie zoals die conform de CTG-richtlijnen op de rekenstaat is opgenomen.

Productie-eenheid

Om de totale omzet in tabellen te kunnen weergeven was een gestandaardiseerde productiemaat noodzakelijk. Dit is gerealiseerd door de verschillende revalidatie'producten', zoals kenbaar vanuit de bedrijfsenquête, onderling vergelijkbaar te maken middels een wegingsfactor. Product en gebruikte factor zijn in tabel B.3 weergegeven.

RBU

Revalidatiebehandeluur. Het betreft de directe tijd die de behandelaars besteden aan patiënten. Dit wordt vanuit de behandelaar gezien. Deze inzet is gekoppeld aan de behandelvorm van de patiënt. Het betreft hier de RBU's zoals opgegeven op de rekenstaat van het CTG.

Uitzendkrachten

De uitzendkrachten worden gerekend tot het 'personeel niet in loondienst'.

Ziekteverzuim

Het totaal aantal verzuimdagen in kalenderdagen, uitgedrukt in een percentage van het totaal aantal mensdagen (= aantal personen x 365) met dien verstande dat:

- deeltijdmedewerkers worden gerekend als voltijd;
- 7 kalenderdagen per week;
- verzuim vanaf de 365ste dag niet meer wordt meegerekend;
- het officiële zwangerschaps- en bevallingsverlof niet wordt meegerekend. Ziekteverzuim ten gevolge van zwangerschap wel.

Ziekteverzuimfrequentie

Het aantal ziekmeldingen plus het aantal herstelmeldingen, gedeeld door twee, gedeeld door het gemiddeld aantal personen, eveneens tot 365 dagen en exclusief het officiële zwangerschaps- en bevallingsverlof.

Tabel B.4 Wegingsfactoren voor berekening totale productie

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

¹ Vanaf 2005 worden de "overige verrichtingen" omgerekend naar RBU's



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

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

Zie ook: www.revalidatie.nl

Hoe kunt u Revalidatie Nederland bereiken?

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

Colofon

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

