



ETC TANGRAM

**Aard en omvang  
geriatrische revalidatie  
anno 2009/2010**

**Eindrapport**

**ETC Tangram  
Leusden, 1 juli 2010**





# Inhoudsopgave

1.	Inleiding .....	1
2.	De aanpak .....	3
3.	De aard en omvang .....	4
3.1.	Deelnemende instellingen .....	4
3.2.	De uitkomsten van 2009 .....	4
3.3.	Vergelijking met 2006/2007 .....	6
3.4.	Extrapolatie naar landelijk .....	8
3.5.	Ziekenhuisverplaatste zorg? .....	9
4.	Kwalitatieve elementen .....	12
5.	Beschouwing en conclusies .....	15





## 1. Inleiding

De geriatrische revalidatiezorg zoals die in verpleeghuizen plaatsvindt, zal begin 2012 conform het beleid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) worden overgeheveld. Vervolgens zal de bekostiging in 2013 via DBC's gaan verlopen.

In 2007 is door ETC Tangram en het LUMC een onderzoek uitgevoerd in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) naar de omvang, aard en intensiteit van de revalidatie in de AWBZ. Het onderzoek was toegespitst op het in kaart brengen van een vijftal patiëntencategorieën:

- I. Patiënten met een CVA;
- II. Patiënten na een electieve heup of knie operatie;
- III. Overige orthopedie/traumatologie;
- IV. Patiënten met een amputatie;
- V. Overige kortdurende somatische revalidatie/herstelzorg.

Het onderzoek werd vanuit twee perspectieven benaderd, namelijk:

### 1. De totale omvang aan zorg

Dit onderzoeksonderdeel betrof het inventariseren van het totale volume aan curatieve zorg (aantal en aard van de patiënten en duur van de opname) onder alle instellingen in Nederland. Gegevens zijn destijds verzameld over de jaren 2006 en 2007 en 128 aanbieders verleenden hieraan hun medewerking. Dit onderdeel is uitgevoerd door ETC Tangram te Leusden. Tijdens dit onderzoek werd er overigens nog niet geregistreerd in ZZP's.

### 2. De aard en intensiteit van de zorg

Dit onderzoeksonderdeel betrof het in kaart brengen van de aard en intensiteit van de geboden behandeling bij patiënten binnen het Universitair Verpleeghuisnetwerk Zuid-Holland (UVN-ZH). Het is uitgevoerd onder leiding van de afdeling verpleeghuisgeneeskunde van de PublicHealth – Eerstelijngeneeskunde groep van het Leids Universitair Medisch Centrum (PHEG / LUMC).

Het onderzoek bleek onvoldoende informatie op te leveren omtrent de revalidatie die in dagbehandeling plaatsvindt. Hiervoor is in opdracht van CVZ in 2008 een vervolgonderzoek uitgevoerd door ETC Tangram.

Het huidige onderzoek is uitgevoerd in het kader van de vraag van het ministerie aan de NZa om middels een uitvoeringstoets advies uit te brengen over financiële aspecten van de overheveling, de risico's, de maatregelen om deze risico's te ondervangen en het te volgen tijdspad. In maart 2009 heeft de NZa het eerste deel van de uitvoeringstoets opgeleverd. Het rapport is als basis gebruikt voor uitstippelen van het verdere overhevelingstraject.

Om een gedegen advies uit te kunnen brengen, is het voor de NZa onder meer van belang inzicht te krijgen in het huidige volume van revalidatiezorg in de AWBZ. De vraag is of de uitkomsten van het hiervoor besproken onderzoek nog actueel zijn. Zijn er redenen aan te wijzen waardoor het aannemelijk is dat er veranderingen zijn opgetreden in het volume van de revalidatiezorg? Te denken valt dan onder andere aan de invoering van Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP's) en het vervolgens aanscherpen van de definitie 'revalidatie' in ZZP 9. In een controlerapport van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) van 2007 bleken er door zorgaanbieders zwaardere ZZP's gescoord te worden in vergelijking met de scores van de



controleurs.

Gelet op de recente ontwikkelingen heeft de NZa de volgende vragen:

- A. Zijn er tussen 2007 en 2009 trends waarneembaar in termen van patiëntengroepen (diagnoses), omvang en gemiddelde behandelduur?
- B. Hoe kan met terugwerkende kracht in het databestand van 2007 een onderscheid worden gemaakt tussen ZZP 9 en ZZP 6, respectievelijk andere ZZP's?
- C. Wat zijn de te verwachten effecten van de sinds 2010 aangescherpte definitie van ZZP 9?
- D. Hoe ligt de verhouding tussen ZZP 9a en 9b?
- E. Is er sprake van afwenteling van de Zvw op de AWBZ, in die zin dat een ziekenhuisinterventie met een korte opnameduur, waarbij het herstel (eveneens kort) vervolgens plaatsvindt in het verpleeghuis is op te vatten als ziekenhuisverplaatste zorg?

Teneinde een antwoord te kunnen geven op de vraagstelling, is een in omvang beperkt onderzoek gedaan met een kwantitatieve en een kwalitatieve component. Het kwantitatieve onderdeel heeft als primair doel het aanpassen van de database uit 2007 aan de nieuwe situatie met ZZP's. Het aantal instellingen ligt een stuk lager als bij het onderzoek over 2006/2007, 19 instellingen hebben nu hun medewerking verleend. Omdat verschuivingen niet persé in statistisch significante verschillen kunnen worden opgespoord, is een kwalitatief onderdeel toegevoegd waarbij met een semi-gestructureerde vragenlijst een aantal instellingen is geïnterviewd. Het gaat hier met name om het duiden van trends en de verwachte effecten van de aangescherpte definitie van ZZP 9.



## 2. De aanpak

Doel van het onderzoek was het verkrijgen van een betrouwbaar en representatief beeld op jaarbasis van revalidatiezorg in verpleeghuizen welke nu valt onder de AWBZ. De volgende activiteiten zijn ontplooid.

### *Kwantitatieve deel*

- ◆ Op basis van de al aanwezige dataset uit het vorige onderzoek zijn voor de kwantitatieve gegevensverzameling 20 revalidatie-instellingen geselecteerd.
- ◆ Ten behoeve van het eerdere onderzoek naar de omvang van de revalidatiezorg is een webapplicatie ontwikkeld. Deze is aangepast met aanvullende vragen (herkomst voor ziekenhuisopname, ZZP-score, indien categorie overig; opnamediagnose) en opnieuw in gebruik genomen.
- ◆ Ter ondersteuning van de instellingen is er, naast een handleiding, een helpdesk ingericht gedurende de onderzoeksperiode.
- ◆ Een interview middels een semigestructureerde vragenlijst met de 20 deelnemende instellingen. Tien interviews vonden op locatie plaats, de overige tien interviews werden telefonisch afgenomen.
- ◆ De kwantitatieve onderzoeksgegevens zijn geanalyseerd en vergeleken met de data van dezelfde huizen uit 2006/2007.
- ◆ Op basis van de verzamelde en vergeleken gegevens is een extrapolatie gemaakt naar het landelijke volume.

### *Kwalitatieve deel*

- ◆ Een enquête per email aan experts naar de gevolgen van de aanscherping van de definitie van ZZP 9 sinds 2010.
- ◆ In kaart brengen van de gehanteerde omschrijving van ZZP 9 in de verschillende jaren.
- ◆ Het CIZ is verzocht gegevens aan te leveren van het aantal afgegeven indicaties ZZP 9 over de eerste 3 maanden van 2008, 2009 en 2010.
- ◆ In het kader van de mogelijke afwenteling van de Zvw op de AWBZ is in 10 instellingen de opnameduur in het ziekenhuis, voorafgaand op de revalidatie in het verpleeghuis, achterhaald.



### 3. De aard en omvang

#### 3.1. Deelnemende instellingen

Aan het in opdracht van het CVZ uitgevoerde onderzoek in 2007 hebben destijds 128 verpleeghuizen hun medewerking verleend<sup>1</sup>. Via een webapplicatie zijn op basis van de ontslagen patiënten in een aangegeven kwartaal (deels uit 2006 en deels uit 2007) de patiëntkenmerken aangeleverd. Voor het onderhavige onderzoek is een dertigtal instellingen, dat ook de vorige keer heeft meegedaan, benaderd voor deelname. Bij de selectie van de instellingen is gekozen voor instellingen met middelgrote tot grote revalidatie-afdelingen, om een zeker onderzoeksvolume te bereiken. Daarbij dient aangetekend te worden dat door die aanpak geen sprake is van een landelijk representatieve groep. Van de 30 benaderde instellingen hebben er uiteindelijk 19 wederom gegevens aangeleverd. Aan de instellingen is gevraagd de gegevens over hetzelfde kwartaal (maar nu over 2009) aan te leveren, teneinde de bestaande seizoensinvloed uit te sluiten. Ten opzichte van het vorige onderzoek is een aantal vragen toegevoegd betreffende:

- ◆ de herkomst van de cliënt voor de ziekenhuisopname, in verband met de scheiding van 9a en 9b;
- ◆ de diagnose indien het de categorie “overig” betreft;
- ◆ de toegekende indicatie (ZZP).

In het kader van de mogelijke afwenteling van de Zvw op de AWBZ is in 9 instellingen de opnameduur in het ziekenhuis, voorafgaand aan de revalidatie in het verpleeghuis, achterhaald.

#### 3.2. De uitkomsten van 2009

In totaal zijn er door de 19 instellingen 1.047 patiënten geïncludeerd, waarvan 68,2% vrouwen en 31,8% mannen. De gemiddelde leeftijd van vrouwen (78,9 jaar) ligt iets hoger dan van de mannen (75,4). De omvang van de ingevoerde patiënten varieerde van 13 tot 166 per instelling (gemiddeld 55,1)

De invoer van de data betrof de vier kwartalen van 2009. De verdeling is in tabel 1 weergegeven.

**Tabel 1: Spreiding over kwartalen**

<b>Kwartaal 2009</b>	<b>Percentage</b>	<b>Aantal patiënten</b>
1e kwartaal	29,5%	309
2e kwartaal	8,9%	93
3e kwartaal	15,7%	164
4e kwartaal	45,9%	481
Totaal	100%	1047

In tabel 2 wordt de verdeling van de patiënten over de verschillende patiëntencategorieën alsmede de gemiddelde opnameduur gepresenteerd.

<sup>1</sup> ETC Tangram /LUMC, Revalidatie in de AWBZ, omvang, aard en intensiteit (2008)





**Tabel 2: Verdeling van de patiëntencategorieën inclusief gemiddelde opnameduur 2009**

2009	Aantal patiënten	Percentage	Opnameduur (in dagen)	Mediaan
CVA	196	18,7%	61,8	50
Electieve orthopedie	237	22,6%	25,4	18
Trauma	324	30,9%	50,7	40
Overige diagnoses	198	18,9%	50,2	36,5
Amputatie	24	2,3%	54,3	41,5
Onbekend / geen rev	68	6,5%	52,7	36,5
Totaal	1047	100%	47,2	35

Het overgrote deel van de patiënten beschikt over een ZZP 9 indicatie (96,6 %). Van degenen met een andere ZZP-indicatie (36 patiënten) zien we met name ZZP 6 en ZZP 8.

Voor wat betreft het achterhalen van de woonomgeving voorafgaand aan de ziekenhuisopname bleek het ondoenlijk om de 9b-cliënten (reeds bewoner van het verpleeghuis) in beeld te krijgen. In de regel gaan deze cliënten na de ziekenhuisopname terug naar hun oude kamer en worden daar gerevalideerd. De medewerkers van de revalidatie-afdeling hebben geen zicht op deze cliëntstromen en de informatiesystemen in verpleeghuizen blijken niet ingericht om de gewenste gegevens te genereren. In feite moeten alle afdelingen worden afgelopen om zicht te krijgen op het volume 9b.

Voor wat betreft het volume aan ZZP 9b zijn alleen gegevens bekend op basis van een analyse vanuit de AZR<sup>2</sup>. Hierin wordt tussen 9a en 9b een verhouding gevonden van 90:10.

Een verdieping ten opzichte van het vorige onderzoek heeft plaatsgevonden bij het nader specificeren van de groep overige diagnoses. In tabel 3 is de verdeling dienaangaande weergegeven (opnamediagnose). Bedacht moet worden dat naast de opname- of hoofddiagnose vaak sprake is van co-morbiditeit. Naast de genoemde groepen is er een "restgroep" waarin uiteenlopende diagnoses genoemd worden. Het betreft verschillende vormen van kanker, urologische problematiek en vaatproblematiek. Daarnaast is er sporadisch sprake van crisisopname.

**Tabel 3: Specificatie van de groep "overige diagnoses"**

Groep "Overig"	Aantal	Percentage
Anemie/algehele zwakte	14	7%
Cardiovasculair	32	16%
Gastro-intestinaal	36	18%
Neurologisch	29	15%
Respiratoir	34	17%
Restgroep	53	27%
Totaal	198	100%

<sup>2</sup> HHM, inhoudelijke verkenning van cliënten met ZZP 9 (maart 2010)



### 3.3. Vergelijking met 2006/2007

Met de nieuw verzamelde gegevens is een vergelijking gemaakt met de gegevens uit 2006/2007, waarmee eventuele trends zichtbaar worden in volume, diagnosegroepen en revalidatieduur.

Een paar opmerkingen vooraf:

- ◆ De nu ingevoerde data worden vergeleken met exact dezelfde huizen (verzameld over 2006/2007).
- ◆ In 3 van de 19 huizen bleek bij controle sprake te zijn geweest van een onvolledige data-invoer. Om een goede vergelijking te kunnen maken zijn de data van deze huizen niet meegenomen bij de vergelijking.
- ◆ Er hebben zich bij de 16 huizen mutaties in de beddencapaciteit voorgedaan. Dit bleek op drie afdelingen het geval te zijn. In 2006/2007 bedroeg de beddencapaciteit bij deze huizen opgeteld 550 revalidatiebedden. In 2010 was het aantal bedden 614 (een toename met 11%).

In tabel 4 zijn de geslachtsverdeling en de gemiddelde leeftijd weergegeven.

**Tabel 4: Geslachtsverdeling en leeftijd**

<b>Geslacht</b>	<b>2006/2007</b>	<b>2009</b>
Man	38,9%	31,4%
Vrouw	61,1%	68,6%
<b>Leeftijd</b>		
Man	76,2 jaar	75,1 jaar
Vrouw	79,6 jaar	78,7 jaar
Totaal	78,3 jaar	77,6 jaar

In tabel 5 is een vergelijking opgenomen van de volumina over de diagnosegroepen voor de 16 huizen (2006/2007 versus 2009). In de laatste 2 kolommen is de totale onderzoekspopulatie uit 2006/2007 opgenomen. Voor het totaal is sprake van een lichte stijging van 738 naar 789 patiënten (6%).

**Tabel 5: Vergelijking aantallen patiënten per diagnosegroep 2006/2007 met 2009**

	<b>Aantal patiënten 16 instellingen 2006/2007</b>	<b>Percentage 2006/2007</b>	<b>Aantal patiënten 16 instellingen 2009</b>	<b>Percentage 2009</b>	<b>Aantal patiënten totale populatie 2006/2007 128 instellingen</b>	<b>Percentage totale populatie 2006/2007</b>
CVA	189	25,6%	135	17,1%	710	24,4%
Electief	154	20,9%	175	22,2%	590	20,2%
Trauma	178	24,1%	248	31,4%	746	25,6%
Overig/onbekend	206	27,9%	211	26,7%	828	28,4%
Amputatie	11	1,5%	20	2,6%	40	1,4%
Totaal	738	100%	789	100%	2.914	100%

Uit de tabel blijkt bij de vergelijking van de 16 huizen een relatieve afname van CVA-opnames en een toename van de trauma opnames. De verdeling van de overige groepen is



redelijk constant.

In tabel 6 wordt de revalidatieduur vergeleken voor de verschillende diagnosegroepen (2006/2007 versus 2009).

**Tabel 6: Vergelijking opnameduur per diagnosegroep**

	Gemiddelde revalidatieduur 2006/2007 16 instellingen	Mediaan 2006/2007	Gemiddelde revalidatieduur 2009 16 instellingen	Mediaan 2009	Gemiddelde revalidatieduur totale populatie 2006/2007 128 instellingen	Mediaan totale populatie 2006/2007
CVA	71,1	55	65,5	54	69,1	55
Electief	32,2	19	21,3	15	40,6	30
Trauma	54,6	46	52,4	41,5	61,5	54
Overig/onbekend	61,7	45,5	51,3	36	61,7	48
Amputatie	75,1	48	49,8	41,5	81,5	63
Totaal	56,5	42	47,4	35	59,4	47

Sprake blijkt van een substantiële afname van de gemiddelde revalidatieduur (van 56,5 naar 47,4 dagen). Statistisch is deze afname ook significant. Als we kijken naar de revalidatieduur van alle 19 instellingen dan komt het beeld overeen, namelijk een gemiddelde afname van 56,5 naar 47,2 dagen.

In tabel 7 is de ontslagbestemming (na de revalidatie) opgenomen. Ontslag naar eigen woning betreft met name de electieve orthopedie, maar ook uit de andere diagnosegroepen is ontslag naar huis geen uitzondering (zie tabel 8).

**Tabel 7: De ontslagbestemming**

	2006/2007	2009
Eigen Woning	54,7%	58,5%
Eigen Woning + dagbeh	2,6%	2,3%
Overleden	10,6%	8,5%
Revalidatie-afdeling VPH	1,2%	5,5%
Revalidatie Centrum	0,5%	0,1%
Psychogeriatric afd. VPH	3,0%	2,4%
Somatiek afd. VPH	7,7%	6,3%
Verzorgingshuis	8,5%	8,2%
Ziekenhuis	5,1%	6,9%
Onbekend	6,0%	1,3%

**Tabel 8: Ontslag eigen woning naar diagnosegroepen**

Diagnose	2007	2009
CVA	20,5%	14,8%
Electief	28,1%	33,1%
Trauma	28,6%	28,6%
Amputatie	0,7%	1,6%
Overig/onbekend	21,9%	21,7%

### 3.4. Extrapolatie naar landelijk

Om de gevolgen van de gevonden cijfers te bepalen voor het berekenen van het landelijke volume aan revalidatiezorg, is het van belang eerst aan te tonen of de in 2009 gevonden cijfers inderdaad statistisch significant afwijken van de cijfers uit 2006/2007. Bij de berekening van het volume wordt enerzijds uitgegaan van de gemiddelde opnameduur en anderzijds wordt gestratificeerd per diagnosegroep. Uitgaande van de getallen uit tabel 9, zijn voor beide gegevens testen uitgevoerd, waarbij de nulhypothese is dat er geen veranderingen hebben plaatsgevonden.

1. Een tweezijdige test over de gemiddelde opnameduur<sup>3</sup>:  $p=0,001$
2. Een chi-square test voor de verdeling over de diverse diagnosegroepen:  $p=0,0001$

Omdat in beide gevallen  $p < 0,05$  is, betekent dit dat de gevonden getallen voor deze instellingen significant afwijken van de cijfers over 2006/2007, of om het anders te zeggen, dat met meer dan 95% zekerheid gezegd kan worden dat de gegevens van 2009 afwijken van die van 2006/2007. Er is dus aanleiding om de berekening van het landelijke volume uit 2007 opnieuw te bezien.

**Tabel 9: Vergelijking van volume zorg in opnamedagen (16 instellingen)**

	Aantal geregistreerde patiënten 2006/2007 (a)	Gemiddelde opnameduur 2006/2007 (b)	Aantal verblijfsdagen 2006/2007 $a \times b$	Aantal geregistreerde patiënten 2009 (y)	Gemiddelde opnameduur 2009 (z)	Aantal verblijfsdagen 2009 $y \times z$
CVA	189	71,1	13.438	135	65,5	8.843
Electief	154	32,2	4.959	175	21,3	3.728
Trauma	178	54,6	9.719	248	52,4	12.995
Overig/ onbekend	206	61,7	12.710	211	51,3	10.824
Amputatie	11	75,1	826	20	49,8	996
Totaal	738	56,5	41.652	789	47,4	37.386

We zien in tabel 9 een aantal verschuivingen ten opzichte van 2006/2007 die tot gevolg hebben dat het totale volume aan zorg afneemt:

- ◆ We zien bij de 16 onderzochte instellingen een toename van de capaciteit van het aantal bedden van 550 tot 614 (11%);
- ◆ Sprake is van toename van het aantal (ontslagen) patiënten per kwartaal van 738 naar 789 (7%);

<sup>3</sup> Kruskal-Wallis test voor de vergelijking van de gemiddelden van twee groepen



- ◆ De gemiddelde opnameduur is afgenomen met 19% (van 56,5 naar 47,4 dagen); deze daling doet zich zeer pregnant voor bij de diagnosegroep electief (>30% afname).
- ◆ Het totale volume aan zorgdagen is afgenomen met 10% (van 41.652 naar 37.386 dagen).

Grosso modo zijn de vergeleken patiëntenpopulaties overeenkomend (geslachtverdeling, leeftijd en aandoeningen). Onbekend is of de afname van de gemiddelde opnameduur is gebaseerd op interne factoren (intensievere revalidatieprogramma's) of dat sprake is van externe factoren (bijvoorbeeld door kortere wachttijd voor woonhuisaanpassingen of snellere doorstroming naar een verzorgingshuis).

Interessant is dat ondanks de uitbreiding van de bedden capaciteit (op grond van instellingsbeleid) het totaal aantal zorgdagen is afgenomen (afgenomen bedbezetting). Indien de trend die wordt gezien in de 16 deelnemende instellingen zich ook landelijk voordoet, betekent dit dat, ondanks de stijging van het aantal patiënten, het landelijke volume aan revalidatiezorg aan het afnemen is.

### 3.5. Ziekenhuisverplaatste zorg?

Eén van de onderzoeksthema's betreft de vraag of er mogelijk sprake is van afwenteling van de Zvw op de AWBZ, in die zin dat een ziekenhuisinterventie met een korte opnameduur, waarbij het feitelijke (eveneens vaak korte) herstel vervolgens plaatsvindt in het verpleeghuis is op te vatten als ziekenhuisverplaatste zorg (eigenlijk nu reeds Zvw en mogelijk dus dubbel bekostigd)? Met name geldt die vraag voor de electieve orthopedie (zogenaamde heup- en kniestraten). Is hier sprake van multidisciplinaire revalidatie of meer van enkelvoudige herstelzorg?

Er zijn namelijk ook regio's waar deze cliëntengroep na de ziekenhuisopname thuis herstelt, waarbij de zorg voor het herstel vanuit de eerstelijns wordt geboden. Duidelijkheid hieromtrent is geboden ("level playing field").

Om hier meer inzicht in te verkrijgen zijn in 9 deelnemende instellingen de kwartaalgegevens in kaart gebracht omtrent de duur van de voorafgaande ziekenhuisopname. In totaal betreft het de gegevens van 330 patiënten (waarvan 130 aangaande electieve orthopedie). In tabel 10 is de gemiddelde opnameduur per diagnosegroep voor de 9 huizen als totaal weergegeven.

**Tabel 10: Verdeling van patiëntencategorieën inclusief gemiddelde opnameduur ziekenhuis**

	Aantal patiënten	Percentage	Opnameduur (gemiddeld) In dagen	Opnameduur (mediaan) In dagen
CVA	43	13%	19,4	16
Electieve orthopedie	130	39,4%	4,9	4
Trauma	84	25,5%	17,6	12,5
Amputatie	7	2,10%	54,7	42
Overigen	53	16,1%	33,4	27
Onbekend	13	3,9%	20,4	15
Totaal	330	100%	16,3	10



In tabel 11 zijn de gegevens van de individuele instellingen opgenomen. Naast de variatie in het volume van 12 tot 81 patiënten, valt de variatie in de duur van de ziekenhuisopname op.

**Tabel 11: Opnameduur ziekenhuis per instelling (alle diagnosegroepen)**

Instelling	Aantal patiënten	Percentage	Opnameduur gemiddeld	Opnameduur mediaan
I	35	10,6%	20,8	15
II	32	9,7%	16,8	12
III	49	14,8%	11,5	8
IV	35	10,6%	18,3	13
V	14	4,2%	49,5	33,5
VI	12	3,6%	26,1	20,5
VII	47	14,2%	16	10
VIII	25	7,7%	35,5	31
IX <sup>4</sup>	81	24,6%	3,2	3
Totaal	330	100%	16,3	10

In tabel 12 zijn de resultaten aangaande de electieve orthopedie nader gespecificeerd.

**Tabel 12: Opnameduur ziekenhuis electieve orthopedie**

Instelling	Aantal patiënten	Gemiddelde leeftijd	Gemiddelde opnameduur ziekenhuis	Mediaan	Gemiddelde revalidatieduur	Mediaan
I	4	80	7,3	7,5	37,4	28
II	11	79,7	10,7	5	35,3	29
III	19	77,3	4,7	4	42,8	42
IV	1	78	4,0	4	39	39
VII	11	77,2	6,4	6	30,3	26
VIII	3	83,6	22,3	22	18,7	20,5
IX	81	70,7	3,2	3	9,7	9
Totaal	130	73,6	4,9	4	20,1	13

De gemiddelde duur van de ziekenhuisopname electieve orthopedie bedraagt 4.9 dagen (mediaan 4 dagen) met een spreiding tussen de instellingen van 3.2 tot 22.3 dagen. De daaropvolgende revalidatieduur in de verpleeghuizen bedraagt gemiddeld 20,1 dagen (mediaan 13 dagen).

Instelling IX neemt een aparte positie in, in die zin dat sprake is van het grootste volume (81 patiënten), een lage gemiddelde leeftijd, gecombineerd met de kortste ziekenhuisopname (gemiddeld 3,2 dagen) die wordt gevolgd door de kortste revalidatieperiode (gemiddeld 9,7 dagen). De vraag is of hier sprake is van een vorm van ziekenhuisverplaatste zorg of dat sprake is van een optimale keten waarbij ziekenhuisinterventie en revalidatieprogramma perfect op elkaar zijn afgestemd.

<sup>4</sup> Het betreft hier alleen gegevens van patiënten met electieve orthopedie



Hierbij kan worden aangetekend dat voor de electieve orthopedie sprake is van een zogenaamd standaard indicatieprotocol (SIP). Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) zet de indicatie in principe zonder eigen afweging om in een indicatiebesluit. Toetsing vindt achteraf en steekproefsgewijs plaats.

In het algemeen toetst het CIZ of sprake is van een voorliggende voorziening (bijvoorbeeld zorg/diensten die vallen onder de Zvw, WMO of onderwijs), alvorens een AWBZ-indicatie af te geven. Als echter iemand aan een heup of knie in het ziekenhuis is geopereerd, wordt niet gekeken of de geboden zorg in het ziekenhuis is afgerond (conform het gebruikelijke aantal opnamedagen). Een check op de afronding van de gebruikelijke zorg binnen een voorliggende voorziening is er dus niet. In die zin kan er sprake zijn van dubbele bekostiging: In de ziekenhuis-DBC is een X-aantal opnamedagen in het ziekenhuis opgenomen. Indien het ziekenhuis standaard patiënten sneller ontslaat naar het verpleeghuis voor een korte herstelfase wordt feitelijk een deel van de ziekenhuis-DBC geleverd door het verpleeghuis. Echter het verpleeghuis wordt vanaf dag één bekostigd vanuit de AWBZ.



## 4. Kwalitatieve elementen, ZZP 9 in de tijd

In 2008 zijn zorgzwaartepakketten (ZZP's) in de AWBZ ingevoerd voor cliënten die intramuraal verblijven. Voor de sector Verpleging & Verzorging zijn 10 ZZP's opgesteld.

ZZP 9 behelst verblijf met herstelgerichte verpleging en verzorging. Sinds 2008 is de cliëntprofielomschrijving van ZZP 9 zowel in 2009 als in 2010 aangepast. De inleidende teksten waren:

### **2008: ZZP 9 Herstelgerichte verpleging en verzorging**

In verband met een revalidatiedoelstelling, na bijvoorbeeld een heup- of knieoperatie, heeft deze cliëntengroep behoefte aan verzorging en verpleging, in een tijdelijke verblijfssituatie. Binnen deze cliëntengroep worden alle 'revalidanten' gevat, van net opgenomen tot bijna uitgerevalideerd.

### **2009: ZZP 9 Herstelgerichte verpleging en verzorging**

Deze cliëntgroep heeft op basis van een doorgemaakte operatie en/of aandoening (bijvoorbeeld CVA, knie- en heupoperatie), doorgaans na een klinisch zorgtraject, behoefte aan (geprotocolleerde) herstelgerichte zorg met behulp van behandeling door een multidisciplinair team, in een tijdelijke verblijfssituatie met therapeutisch leefklimaat.

Met name in 2009 is een brede discussie gevoerd omtrent de definitie van de over te hevelen zorg. De nadere markering is neergelegd in een zogeheten Spoorboekje<sup>5</sup>. De zorg die voor overheveling in aanmerking komt, is als volgt omschreven:

- ◆ Er heeft medisch-specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden, waarbij doorgaans sprake is geweest van een opname;
- ◆ De medisch-specialistische diagnostiek/interventie is afgerond;
- ◆ In aansluiting hierop is behoefte aan herstelgerichte behandeling die een integrale en multidisciplinaire aanpak vereist in een tijdelijke verblijfssituatie (meestal 2-6 maand) met een therapeutisch leefklimaat;
- ◆ Naast de aandoening waarvoor de cliënt wordt gerevalideerd, heeft de cliënt ook vaak andere problemen in de zin van comorbiditeit (zoals problemen met de bloedsomloop, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen), hetgeen leidt tot instabiliteit en complicaties;
- ◆ Het betreft behandeling (vrijwel altijd in combinatie met verzorging en/of begeleiding) die direct aansluit op een medische interventie door een medisch specialist;
- ◆ De behandeling richt zich op terugkeer naar de thuissituatie of het verzorgingshuis.

Het cliëntprofiel dat voor 2010 is opgesteld zou een scherpe markering op moeten leveren. Opvallend is dat niet meer gesproken wordt over herstelgerichte verpleging en verzorging maar dat hieraan ook de herstelgerichte behandeling is toegevoegd.

### **2010: ZZP 9 Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging**

Bij deze cliëntgroep heeft medisch-specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden waarbij doorgaans sprake is geweest van een opname. In aansluiting hierop is behoefte aan herstelgerichte behandeling die een integrale en multidisciplinaire aanpak vereist in een tijdelijke verblijfssituatie (meestal 2-6 maand) met een therapeutisch leefklimaat. De medisch-specialistische diagnostiek/interventie is afgerond. Naast de aandoening waarvoor de cliënt wordt gerevalideerd, heeft de cliënt ook andere problemen in de zin van co-morbiditeit (zoals problemen met de bloedsomloop, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen), hetgeen leidt tot instabiliteit en complicaties. In de profielomschrijving wordt een onderscheid

---

<sup>5</sup> VWS, Spoorboekje overheveling somatische revalidatiezorg (2009)





gemaakt tussen cliënten die voorafgaand aan de revalidatie nog geen behandeling in combinatie met verblijf ontvingen (groep A) en cliënten die reeds behandeling in combinatie met verblijf ontvingen (groep B).

Op basis van dit nieuwe profiel zou uit de registratie over 2010 meer duidelijkheid moeten ontstaan over het volume van de uitname. De vraag is of en hoe het CIZ de nieuwe omschrijving toepast in de praktijk en wat de gevolgen zijn.

Van de 19 onderzochte huizen geven er 9 aan dat ze sinds begin dit jaar bij revalidatiecliënten vaker met ZZZP 6 worden geconfronteerd. Als redenen komen naar voren:

- Fysieke belasting van het bewegingsapparaat nog niet toegestaan (orthopedische patiënten).
- Bij overige diagnoses met comorbiditeit waarbij het CIZ van oordeel is dat geen sprake is van revalidatie.
- Nog beperkte belastbaarheid i.v.m. de conditie, terwijl de revalidatie toch voorzichtig wordt begonnen. Gelet op de matige conditie en veelal ook de mobiliteit is dit tijdsintensief.
- Ook blijkt het soms lastig bij een herindicatie ZZZP 9 te krijgen.

E.e.a. staat in schril contrast met het beleid van het CIZ en de schriftelijke instructie voor indicatiestellers. Ook als een patiënt eerst moet aansterken alvorens gestart kan worden met de revalidatie dient ZZZP 9 af te worden gegeven. Ook kwantitatief is er geen sprake van een afname van ZZZP 9, zoals ook blijkt uit tabel 13. Hierin is het aantal door het CIZ op kwartaalbasis afgegeven indicaties plus herindicaties ZZZP 9 V&V weergegeven<sup>6</sup>. In het eerste kwartaal van 2010 blijkt ZZZP 9 vaker te zijn afgegeven dan in alle kwartalen van 2009.

**Tabel 13: Afgegeven indicaties ZZZP9 V&V**

Kwartaal + Jaar	Aantal indicaties
1 <sup>e</sup> kwartaal 2008	14.626
2 <sup>e</sup> kwartaal	13.341
3 <sup>e</sup> kwartaal	13.157
4 <sup>e</sup> kwartaal	12.646
1 <sup>e</sup> kwartaal 2009	13.186
2 <sup>e</sup> kwartaal	12.249
3 <sup>e</sup> kwartaal	12.209
4 <sup>e</sup> kwartaal	12.297
1 <sup>e</sup> kwartaal 2010	13.366

Bron: CIZ

Lopende het onderzoek is met het CIZ afgesproken dat de instellingen die kampen met dit probleem casuïstiek selecteren en deze aan het CIZ voorleggen, zodat duidelijkheid ontstaat over de ervaren discrepantie. Inmiddels is gebleken dat het beeld genuanceerder ligt. In een aantal gevallen van de aangeleverde casuïstiek blijkt dat de zorgaanvraag (aanmelding, veelal gedaan door het ziekenhuis) een aanvraag voor ZZZP6 in plaats van ZZZP9 betrof. Het CIZ heeft daarbij de aanvraag gewoon gevolgd. Tegelijkertijd blijkt dat de inhoudelijke onderbouwing ten aanzien van het behandeldoel ontbreekt. Wel worden woorden als

<sup>6</sup> Deze aantallen gelden zowel voor verpleeghuizen als verzorgingshuizen. Een uitsplitsing naar type instelling is niet mogelijk.



aansterken en herstel in de aanvraag gebruikt, maar niet het daadwerkelijk revalidatie doel. Nadere informatie en instructie in de richting van het zorgveld lijkt derhalve geboden.

In het algemeen blijkt het markeren van ZZP 9 soms lastig, met name daar waar het de groep overige diagnoses betreft. Wanneer is sprake van herstelzorg en wanneer van revalidatiezorg. De omschrijving voor 2010 klopt, maar desondanks blijven er interpretatieverschillen. Te overwegen is, om naast termen van inclusie, ook termen van exclusie te formuleren.



## 5. Beschouwing en conclusies

Alvorens in te gaan op de onderzoeksvragen volgen hieronder enige algemene noties.

- De 19 onderzochte huizen behoren tot de groep verpleeghuizen met een middelgrote tot grote revalidatieafdeling.
- Bij 3 instellingen was sprake van een niet volledige data-invoer, hetgeen hen ongeschikt maakte voor een vergelijking (2006/2007 versus 2009).

Hieronder worden op basis van de respectievelijke onderzoeksvragen de resultaten nader beschouwd.

### ***Zijn er tussen 2006/2007 en 2009 trends waarneembaar in termen van patiëntengroepen (diagnoses), omvang en gemiddelde behandelduur?***

- ◆ We zien bij de 16 onderzochte instellingen een toename van de capaciteit van het aantal bedden van 550 tot 614 (11%);
- ◆ Sprake is van toename van het aantal (ontslagen) patiënten per kwartaal van 738 naar 789;
- ◆ De gemiddelde opnameduur is afgenomen met 19% (van 56,5 naar 47,4 dagen);
- ◆ Het totale volume aan zorgdagen is afgenomen met 10% (van 41.652 naar 37.386 dagen).

Van belang is op te merken dat deze ontwikkelingen de 16 onderzochte huizen met middelgrote tot grote revalidatie-afdelingen betreffen en derhalve niet één op één naar landelijk kunnen worden geëxtrapoleerd. Overigens had deze groep ook al een kortere gemiddelde opnameduur in het onderzoek van 2006/2007 in vergelijking met het gemiddelde van de 128 instellingen.

### ***Hoe kan met terugwerkende kracht in het databestand van 2007 een onderscheid worden gemaakt tussen ZZP 9 en ZZP 6, respectievelijk andere ZZP's?***

Het overgrote deel (96,6%) van de in 2009 onderzochte patiënten bleek over een ZZP 9 indicatie te beschikken. Er zijn geen redenen om aan te nemen dat dit percentage in 2006/2007 anders zou hebben gelegen.

### ***Wat zijn de te verwachten effecten van de sinds 2010 aangescherpte definitie van ZZP 9?***

De aangescherpte cliëntprofielomschrijving van ZZP 9 (sinds 2010) heeft geen gevolgen gehad voor de werkinstructies binnen het CIZ. Het CIZ geeft aan dat men al eerder de regels heeft aangescherpt. In kwantitatieve zin (aantal afgegeven indicaties) is er in het eerste kwartaal ook geen trendbreuk of iets dergelijks waarneembaar.

In het algemeen blijkt het markeren van ZZP 9 soms lastig, met name daar waar het de groep overige diagnoses betreft. Wanneer is sprake van herstellzorg en wanneer van revalidatiezorg. De omschrijving voor 2010 klopt, maar desondanks blijven er interpretatieverschillen. Te overwegen is, om naast termen van inclusie, ook termen van exclusie te formuleren.

### ***Hoe ligt de verhouding tussen ZZP 9a en 9b?***

Voor wat betreft het achterhalen van de woonomgeving voorafgaand aan de ziekenhuisopname bleek het niet mogelijk om de 9b-cliënten (reeds bewoner van het verpleeghuis) in beeld te krijgen. In de regel gaan deze cliënten na de ziekenhuisopname



terug naar hun oude kamer en worden daar gerevalideerd. De medewerkers van de revalidatie-afdeling hebben geen zicht op deze cliëntstromen en de informatiesystemen in verpleeghuizen blijken niet ingericht om de gewenste gegevens te genereren.

***Is er sprake van afwenteling van de Zvw op de AWBZ, in die zin dat een ziekenhuisinterventie met een korte opnameduur, waarbij het herstel (eveneens kort) vervolgens plaatsvindt in het verpleeghuis is op te vatten als ziekenhuisverplaatste zorg?***

In één van de onderzochte instellingen bleek bij de groep electieve patiënten sprake te zijn van een relatief groot volume, een lage gemiddelde leeftijd, gecombineerd met de kortste ziekenhuisopname (gemiddeld 3,2 dagen) die wordt gevolgd door de kortste revalidatieperiode (gemiddeld 9,7 dagen).

De vraag is of hier sprake is van een vorm van ziekenhuisverplaatste zorg of dat sprake is van een optimale keten waarbij ziekenhuisinterventie en revalidatieprogramma perfect op elkaar zijn afgestemd.

In het algemeen toetst het CIZ of sprake is van een voorliggende voorziening (bijvoorbeeld zorg/diensten die vallen onder de Zvw, WMO of onderwijs), alvorens een AWBZ-indicatie af te geven. Als echter iemand aan een heup of knie in het ziekenhuis is geopereerd, wordt niet gekeken of de geboden zorg in het ziekenhuis is afgerond (conform het gebruikelijke aantal opnamedagen). Een check op de afronding van de gebruikelijke zorg binnen een voorliggende voorziening is er dus niet. In die zin kan er sprake zijn van dubbele bekostiging: In de ziekenhuis-DBC is een X-aantal opnamedagen in het ziekenhuis opgenomen. Indien het ziekenhuis standaard patiënten sneller ontslaat naar het verpleeghuis voor een korte herstelfase wordt feitelijk een deel van de ziekenhuis-DBC geleverd door het verpleeghuis. Echter het verpleeghuis wordt vanaf dag één bekostigd vanuit de AWBZ.