

ETC TANGRAM

**REVALIDATIE IN NEDERLAND  
DE GRENZEN VAN AWBZ EN ZVW**

**ETC TANGRAM  
Arthur Eyck, MA MSc  
Dr. Peter Bob Peerenboom, CMC  
Leusden, oktober 2006**



.../ETC Tangram/projecten/.../064801/Rapport Revalidatie 20.10.2006

Dit rapport bevat 93 pagina's

ETC Tangram |  
Postbus 64 | 3830 AB | Leusden |  
T: 033 – 432 60 38 | F: 033 – 494 07 91 |  
E: a.eyck@etc-tangram.nl | p.peerenboom@etc-tangram.nl |  
W: www.etc-tangram.nl |



## INHOUDSOPGAVE

<b>1.</b>	<b>INLEIDING.....</b>	<b>1</b>
1.1.	Algemeen .....	1
1.2.	Methodologie .....	2
1.3.	De definitie revalidatie .....	2
1.4.	Inhoud rapport .....	3
<b>2.</b>	<b>REVALIDATIE IN WET- EN REGELGEVING.....</b>	<b>4</b>
2.1.	Revalidatie in de ZVW .....	4
2.2.	De revalidatie in de AWBZ.....	6
2.3.	Beschouwing .....	8
<b>3.</b>	<b>REVALIDATIE IN DE PRAKTIJK.....</b>	<b>10</b>
3.1.	Historie .....	10
3.2.	Patiëntengroepen toegelicht .....	11
3.2.1.	Cerebrovasculair Accident (CVA).....	11
3.2.2.	Knieën, heupen, traumatologie en amputaties.....	12
3.2.3.	Overige zorg .....	14
3.3.	De indicatiestelling.....	15
3.3.1.	Indicatiestelling voor de keuze van het traject .....	15
3.3.2.	Indicatiestelling door het CIZ.....	16
3.4.	De institutionele organisatie van de revalidatie .....	17
3.4.1.	Ziekenhuizen .....	17
3.4.2.	Revalidatiecentra.....	18
3.4.3.	Verpleeghuizen.....	19
3.5.	De professionals in de revalidatie .....	19
3.5.1.	De mate van samenwerking.....	21
3.6.	Conclusies.....	21
<b>4.</b>	<b>REVALIDATIE IN MAAT EN GETAL .....</b>	<b>23</b>
4.1.	Inleiding .....	23
4.2.	Opzet kwantitatief onderzoek.....	23
4.3.	Epidemiologische modellering .....	24
4.3.1.	Beroerte.....	24
4.3.2.	Electieve heup- en knie operaties en overige orthopedie .....	25
4.3.3.	Amputaties.....	25
4.3.4.	Overige kortdurende somatische opnames .....	26
4.4.	Enquête onder de verpleeghuizen .....	26
4.5.	Analyse gegevensbestanden.....	26
4.6.	Schatting van het aantal cliënten en de kosten .....	27
4.7.	Conclusie.....	27
<b>5.</b>	<b>BESCHOUWINGEN EN CONCLUSIES .....</b>	<b>28</b>
5.1.	Intenties van rijksbeleid .....	28
5.2.	Enkele aanbevelingen vanuit het veld.....	28
5.3.	Samenvatting van onderzoeksresultaten .....	29
5.4.	Aanspraak in beweging .....	32
5.4.1.	Om welke patiënten gaat het?.....	32
5.4.2.	Mogelijke oplossingsrichtingen.....	32
5.5.	Conclusies.....	34
<b>6.</b>	<b>AANBEVELINGEN AAN HET CVZ .....</b>	<b>35</b>



## **Bijlagen**

Bijlage 1. Onderzoeksopzet.....	39
Bijlage 2. Deelnemers begeleidingsgroep.....	41
Bijlage 3. Gebruikte literatuur .....	42
Bijlage 4. Bezochte instanties.....	43
Bijlage 5. Deelnemers werkconferentie 29 juni .....	44
Bijlage 6. Artikel 2.6 en bijlage 1 van de AMvB bij de ZVW .....	45
Bijlage 7. ICF schema .....	47
Bijlage 8. Schema landelijke nota indicatiestelling revalidatiezorg .....	49
Bijlage 9. IZA 10 Verpleging en Verzorging .....	50
Bijlage 10. Geïndiceerde functies binnen de SIP's .....	51
Bijlage 11. Enquête formulier verpleeghuizen.....	52
Bijlage 12. Resultaten enquête verpleeghuizen.....	54
Bijlage 13. Kwantitatieve gegevens revalidatie .....	58



## AFKORTINGEN

AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZR	AWBZ-brede Zorg Registratie
BZA	Besluit Zorgaanspraken AWBZ
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CVA	Cerebro Vasculair Accident
CVV	Classificatie van Verrichtingen
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandelcombinatie
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IZA	Intramuraal Zorg Arrangement
KPZ	Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor ambtenaren
LMR	Landelijke Medische Registratie
LZV	Landelijke Zorgregistratie Verpleging en Verzorging
MDO	Multi Disciplinair Overleg
NHS	Nederlandse Hartstichting
NVVA	Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuis Artsen
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
RBU	Revalidatie behandeluur
RIVM	Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu
RN	Revalidatie Nederland
SIP	Standaard Indicatie Protocol
TOP	Tijdelijke Opname Plaats
VRA	Nederlandse Vereniging van Revalidatie Artsen
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WTZ	Wet Toelating Zorginstellingen
ZAio	Zorg Autoriteit in oprichting
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZVW	Zorgverzekeringswet





# 1. Inleiding

## 1.1. Algemeen

Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet (ZVW) per 1 januari 2006 is revalidatiezorg<sup>1</sup> als bijzondere verstrekking losgelaten. In de ZVW is revalidatie onderdeel van het meer in algemene termen omschreven verzekerde risico 'geneeskundige zorg, verpleging, verzorging, verblijf' ed. In een algemene maatregel van bestuur (AMvB) is de inhoud en omvang van de verzekerde prestatie nader geregeld in functionele termen (de aanspraak). Het door wie en waar van de uitvoering van de zorg wordt in de functiegerichte omschrijving van de ZVW niet meer geregeld op het niveau van de wet- en regelgeving, maar in de polis tussen zorgverzekeraar en verzekerde.

Op dit moment worden binnen de AWBZ vormen van kortdurende zorg (drie tot zes maanden) op somatische grondslag door verpleeghuizen uitgevoerd, soms direct aansluitend aan een ziekenhuisopname. Dit geldt ook voor dagbehandeling. Een deel van deze zorg is te kenschetsen als revalidatie.

Het Ministerie van VWS heeft de intentie om op termijn de curatief gerelateerde zorgvormen over te hevelen vanuit de AWBZ naar de ZVW. Gelet op dit voornemen wenst het College voor Zorgverzekeringen, in het kader van het pakketbeheer, inzage in de huidige praktijk van revalidatie:

- ◆ Revalidatie onder verantwoordelijkheid van de revalidatiearts in een multidisciplinaire setting in revalidatiecentrum/ziekenhuis, al dan niet met opname of in dagbehandeling.
- ◆ Kortdurende behandelingen op somatische grondslag in verpleeghuizen onder verantwoordelijkheid van de verpleeghuisarts, al dan niet in een multidisciplinaire setting, al dan niet met opname of in dagbehandeling.

Teneinde inzicht te krijgen in deze problematiek heeft het CVZ een opdracht aan ETC Tangram verstrekt om onderzoek uit te voeren met de volgende beleidsvragen:

- ◆ Welke patiënten categorieën worden op dit moment gerevalideerd vanuit de AWBZ (somatisch verpleeghuiszorg), en welke vanuit de ZVW, wat is de huidige omvang en de verwachte groei (aantallen, duur en kosten)?
- ◆ Welke criteria (richtlijnen) worden gehanteerd voor revalidatie onder leiding van een revalidatiearts dan wel de revalidatie in het somatisch verpleeghuis<sup>2</sup>?
- ◆ Hoe verhoudt zich de huidige aanspraak in de AWBZ tot de aanspraak in de ZVW; waar zitten de knelpunten?

Bij het zoeken naar een antwoord op bovenstaande vragen, wordt in dit rapport vooral ingegaan op die patiënten die in verpleeghuizen worden gerevalideerd. Vanuit die optiek wordt ook naar de 'revalidatie branche' gekeken. Het rapport probeert dus niet om de totale revalidatiebranche in kaart te brengen, maar vooral te beschrijven hoe de kwalitatieve en kwantitatieve overeenkomsten en verschillen zijn tussen de revalidatie in de verpleeghuizen en revalidatiecentra bij specifieke groepen patiënten.

Bij revalidatie bestaat, naast ZVW en AWBZ, ook grensvlakproblematiek met andere secto-

<sup>1</sup> In dit rapport wordt de term 'revalidatie' breed geïnterpreteerd; de term 'revalidatiezorg' wordt gebruikt volgens de definitie in de oude Ziekenfondswet. Voor details zie paragraaf 1.3.

<sup>2</sup> Het onderzoek beperkt zich tot opnames en dagbehandelingen op somatische grondslag. Het is echter bekend dat een deel van deze patiënten tevens psychogeriatrische co-morbiditeit heeft, maar dat is dan niet de primaire reden van opname.



ren. Voorbeelden daarvan zijn de woningaanpassingen inclusief begeleiding en instructie daarover (Wet voorzieningen gehandicapten, in de toekomst WMO), de verkeerde bedproblematiek in revalidatiecentrum of verpleeghuis vanwege het ontbreken van een aangepaste woonruimte, ed. Deze problematiek is echter geen onderdeel van het onderhavige onderzoek. Dit rapport beperkt zich tot de zorg zoals die vanuit de ZVW en AWBZ op dit moment wordt gefinancierd en de grenzen tussen die twee wetten.

## 1.2. Methodologie

In het plan van aanpak heeft ETC Tangram de doelstellingen en beleidsvragen geoperationaliseerd in drie clusters (zie voor details bijlage 1):

1. Revalidatie in de praktijk.
2. Revalidatie in wet- en regelgeving.
3. Visies van partijen over toekomstige cq. wenselijke ontwikkelingen.

Het onderzoek bestond uit een kwalitatieve en kwantitatieve component:

### Kwalitatieve aanpak

- ◆ Het bestuderen van bestaande documenten en literatuur (zie bijlage 3).
- ◆ Het houden van semi-gestructureerde interviews met personen uit het veld en koepelorganisaties (zie bijlage 4).
- ◆ Het uitvoeren van een aantal veldbezoeken aan revalidatiecentra en verpleeghuizen.
- ◆ Het organiseren van een werkconferentie aan het eind van het onderzoek met aanbieders, professionals en andere betrokkenen (zie bijlage 5).

### Kwantitatieve aanpak

- ◆ Het maken van een inventarisatie van bestaande gegevensbestanden; het opvragen van specifieke informatie uit bepaalde databanken.
- ◆ Het uitvoeren van een enquête onder alle verpleeghuizen, om inzicht te krijgen in het volume van aan revalidatie verwante zorg (bijlagen 11 en 12).

Uit de deelname van het veld aan de onderzoeksactiviteiten bleek een grote betrokkenheid bij het onderwerp.

Ten behoeve van voortgang en draagvlak was een begeleidingsgroep met deelnemers vanuit het veld en een aantal koepelorganisaties ingesteld (zie bijlage 2).

Het onderzoeksteam van ETC Tangram bestond uit de volgende personen: Marieke Blom, Arthur Eyck, Peter Bob Peerenboom en Jan Spek.

## 1.3. De definitie revalidatie

De term revalidatie is geen 'beschermd' begrip. Allerlei verschillende vormen van zorg, in verschillende settingen, hebben het etiket revalidatie. Datgene wat revalidatieartsen tot hun domein rekenen, de revalidatiegeneeskunde, omvat maar een deel van wat in de praktijk van alle dag 'revalidatie' wordt genoemd. Ook internationaal gezien bestaat er géén eenduidige definitie. In dit rapport wordt revalidatie gezien in de context van de onderzoeksopdracht en wordt **de term 'revalidatie' breed geïnterpreteerd**. Echter het moet altijd gaan om zorg die wordt gegeven met als doelstelling het opheffen of verminderen van beperkingen en/of participatieproblemen zoals gedefinieerd in de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF, zie bijlage 7 voor een toelichting).

Daarnaast wordt in dit rapport aangehaakt bij de tekst van de voormalige Ziekenfondswet (ZFW), waarin revalidatiezorg als aparte aanspraak was omschreven:





*“Art. 23. Revalidatiezorg van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard omvat onderzoek, behandeling en advisering, te verlenen door een aan een instelling voor revalidatiezorg verbonden multidisciplinair team van deskundigen, staande onder leiding van een specialist.”*

Teneinde geen verwarring te creëren met de terminologie uit de ZVW, wordt in dit rapport gekozen voor het begrip **‘revalidatiezorg’ als aanduiding van de revalidatie zoals die in de oude ZFW was gedefinieerd**. Feitelijk komt dit overeen met de term ‘specialistische revalidatie’ zoals die ook wel door de branche zelf wordt gebruikt.

#### **1.4. Inhoud rapport**

In hoofdstuk twee wordt de huidige wet- en regelgeving beschreven, waarbij een aantal knelpunten worden aangegeven. Hoofdstuk drie beschrijft in kwalitatieve termen de huidige praktijk van de revalidatie in Nederland vanuit verschillende gezichtspunten: patiëntencategorieën, beroepsbeoefenaren en organisatievorm. Daarnaast wordt het proces van indicatiestelling beschreven en welke criteria daarbij worden gebruikt. Hoofdstuk vier vervolgt met een kwantitatieve analyse van de huidige patiëntengroepen. In hoofdstuk vijf wordt een aanzet gegeven tot mogelijke oplossingen van bestaande knelpunten. Het rapport eindigt met een aantal aanbevelingen aan het CVZ in hoofdstuk zes.



## 2. Revalidatie in wet- en regelgeving

In dit hoofdstuk wordt een onderscheid gemaakt tussen de wet- en regelgeving zoals verwoord in officiële teksten en de uitwerking daarvan in de praktijk. Om een voorbeeld te noemen: in de AMvB bij de ZVW wordt de **aanspraak** op zorg geformuleerd (het wat). Zorgverzekeraars moeten in de praktijk in de polisvoorwaarden vastleggen **door wie en waar de zorg wordt geleverd**. Vervolgens worden deze voorwaarden vertaald in contracten met zorgaanbieders. Eventueel kunnen daarbij ook meldings- en toestemmingsprocedure worden vastgelegd.

Tot eind 2005 gold de aanspraak 'revalidatiezorg' zoals die in de vroegere regelgeving rond de Ziekenfondswet was geformuleerd (zie paragraaf 1.3). Teneinde een zekere beperking aan te brengen in het volume van dit type zorg, was er geregeld dat voor de indicatiestelling een landelijke richtlijn zou worden gehanteerd: de landelijke nota indicatiestelling revalidatiezorg. Deze richtlijn wordt tot op heden in de praktijk gebruikt (zie paragraaf 3.3). Tevens waren er een meldings- en toestemmingsprocedure vastgelegd.

### 2.1. Revalidatie in de ZVW

In de ZVW is het risico op zorg verzekerd<sup>3</sup>. Revalidatie als zodanig wordt in de nieuwe ZVW niet genoemd. Het valt onder het breed geformuleerde verzekerd risico. In de AMvB bij de ZVW wordt een nadere omschrijving gegeven over de inhoud en omvang van deze zorg:

*“Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts specialisten die plegen te bieden, alsmede paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6.”*

Voor de letterlijke tekst van artikel 2.6 (inclusief de daarbij behorende bijlage) wordt verwezen naar bijlage 6.

In de door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ontwikkelde modelovereenkomst<sup>4</sup> wordt revalidatie als volgt omschreven:

*“Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist verbonden aan een conform de bij of krachtens wet gestelde regels toegepaste instelling voor revalidatie.”*

In artikel 11 van de modelovereenkomst wordt de verstrekking verder verbijzonderd:

*“Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor revalidatie, doch uitsluitend indien en voor zover:*

- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van*

<sup>3</sup>Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan: a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden; b. mondzorg; c. farmaceutische zorg; d. hulpmiddelenzorg; e. verpleging; f. verzorging, waaronder de kraamzorg; g. verblijf in verband met geneeskundige zorg; h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een aanspraak op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

<sup>4</sup>Voorbeeld 'modelovereenkomst' Zorgverzekeringwet (restitutie en natura), ZN november 2005. Het is een voorbeeld van een omschrijving zoals zorgverzekeraars die in hun polisvoorwaarden als overeenkomst tussen verzekeraar en verzekerde, kunnen opnemen.



*stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en,*

- *de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.”*

De ZVW kent vormen van eigen bijdragen en een eigen risico voor medisch-specialistische zorg. De medisch-specialistische zorg wordt in principe gefinancierd vanuit de DBC-systematiek. Echter, voor de revalidatiezorg geldt op dit moment nog de oude financierings-systematiek via de RBU regeling. De DBC's voor de revalidatiesector (centra en ziekenhuizen) zijn in ontwikkeling en nog niet door het CVZ getoetst aan de huidige regelgeving. Het ligt in de verwachting dat er per 01-01-2007 met registratie van de in de sector ontwikkelde DBC's begonnen gaat worden.

### **Enkele kanttekeningen**

Bij de huidige tekst van de ZVW en de door ZN opgestelde modelovereenkomst kan men een aantal kanttekeningen plaatsen:

- ◆ De verstrekking paramedisch zorg wordt in de AMvB bij de ZVW ingeperkt tot bepaalde beroepsgroepen en aandoeningen. De vraag kan worden gesteld in hoeverre de nu aan revalidatiecentra verbonden beroepsgroepen en patiëntencategorieën voldoen aan de omschrijving in de AMvB.
- ◆ In de AMvB bij de ZVW gaat het om een functionele omschrijving van de inhoud van de aanspraak. Zo kan medisch-specialistische zorg ook worden geleverd door andere beroepsbeoefenaren. Hier gelden de criteria van de Wet BIG, namelijk 'bekwaam' en 'bevoegd', en andere wettelijke kaders.
- ◆ In de ZVW is de koppeling van verblijf met de erkenning van ziekenhuizen losgelaten. Met andere woorden verblijf kan worden geleverd door meerdere instellingen; wel moet er een noodzaak tot verblijf zijn vanwege geneeskundige zorg. De ZVW biedt dus ruimte voor de aanspraak verblijf, ook als bijvoorbeeld een huisarts dat noodzakelijk vindt voor het uitvoeren van diagnostiek en behandeling. In de praktijk komt dit echter (nog) niet voor.
- ◆ Naast revalidatiezorg worden ook andere vormen van revalidatie gefinancierd binnen de ZVW, maar deze vallen niet onder het begrip 'revalidatie' zoals geformuleerd in de modelovereenkomst van ZN. Deze vormen van zorg vallen onder de meer algemeen geformuleerde aanspraken. Te denken valt aan allerlei vormen van paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie, logopedie en ergotherapie) onder leiding van een medisch specialist dan wel in de eerstelijns.
- ◆ Door in de definitie in de modelovereenkomst van ZN het begrip 'revalidatie' weer te gebruiken, is de definitie deels een cirkelredenering 'revalidatie is datgene wat in revalidatie-instellingen gebeurt'. Dat sluit overigens aan bij de huidige formulering in de ZVW, waarbij geneeskundige zorg beschreven wordt als de zorg die men 'pleegt te bieden'.
- ◆ De formulering in de modelovereenkomst grijpt terug op de definitie en toelating van categorale ziekenhuizen in de oude wetgeving. In de nieuwe Wet Toelating Zorginstellingen wordt een dergelijke categorisering niet meer gehanteerd. Ook houdt de formulering geen rekening met de activiteiten van poliklinieken in algemene en academische ziekenhuizen, die naast consulten soms ook volwaardige poliklinische revalidatiezorg aanbieden.
- ◆ Het gaat in de modelovereenkomst van ZN om de 'polisvoorwaarden' tussen verzekerde en verzekeraar. Verzekeraars zijn echter niet verplicht de tekst uit de modelovereenkomst te gebruiken. Als verzekeraars de omschrijving van revalidatie gebruiken in hun polis, lijkt op korte termijn de levering van revalidatiezorg in het kader van de ZVW waarborgd. Op middellange termijn blijft het echter de vraag in hoeverre datgene wat in



de oude ZFW stond geformuleerd als revalidatiezorg ook voldoende als aanspraak is geborgd in de nieuwe tekst van de ZVW.

Voor de volledigheid wordt hierbij nog opgemerkt dat geneeskundige zorg met verblijf van langer dan één jaar automatisch valt onder de financiering vanuit de AWBZ. Dit komt echter sporadisch voor. De financiering langer dan één jaar van poliklinische revalidatie is wel mogelijk via de ZVW.

## 2.2. De revalidatie in de AWBZ

In de AWBZ kennen we zeven functiegerichte aanspraken, te weten:

- ◆ Behandeling ;
- ◆ Activerende begeleiding (AB) ;
- ◆ Ondersteunende begeleiding (OB) ;
- ◆ Verpleging ;
- ◆ Persoonlijke verzorging ;
- ◆ Huishoudelijke verzorging ;
- ◆ Verblijf.

In de wet- en regelgeving rond de AWBZ wordt het begrip revalidatie als aanspraak niet gebruikt. Wel worden in de praktijk allerlei vormen van kortdurende opnames op somatische grondslag vanuit de AWBZ gefinancierd. Door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) wordt deze zorg soms ook 'revalidatie of reactivering' genoemd. Er zijn Standaard Indicatie Protocolen (SIP) ontwikkeld bij 'Revalidatie na ziekenhuisopname in verband met CVA' en 'Re-activering na operatie heup/knie' of ook wel 'Revalidatie na joint care'<sup>5</sup> genoemd. Voorwaarde hierbij is dat de betreffende cliënt voldoet aan de indicatiecriteria voor de AWBZ en dat geen sprake is van de noodzaak tot medisch-specialistische behandeling.

De kortdurende behandelingen op somatische grondslag kunnen in dagbehandeling of intramuraal worden geleverd. In ieder geval is altijd sprake van de functie behandeling. In het besluit zorgaanspraken AWBZ wordt behandeling in artikel 8 als volgt omschreven:

*“Behandeling omvat behandeling van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, te verlenen door een instelling of door een psychiater of zenuwarts.”*

Ingeval er sprake is van intramurale zorg zijn minimaal de functies behandeling en verblijf aan de orde. In het kader van dit onderzoek betreft het kortdurende vormen van verblijf (maximaal drie à zes maanden). Door de combinatie van verblijf met behandeling is ook artikel 15 van het BZA van toepassing. De tekst luidt als volgt:

*“1. Voor zover gepaard gaande met verblijf in dezelfde instelling, omvat de zorg, bedoeld in de artikelen 8, 13 en 14, tevens:*

*a. geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg; b. farmaceutische zorg; c. hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg; d. tandheelkundige zorg; e. kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling; f. het individueel gebruik van een rolstoel.*

*2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, aanhef, omvat niet het verkrijgen van onderwijs, kleedgeld en zakgeld.”*

<sup>5</sup> Het begrip 'joint care' wordt in dit verband gebruikt rond electieve heup- en knieoperaties die groepsgewijs worden uitgevoerd en waarbij sluitende ketenafspraken zijn gemaakt.



De intramurale zorg wordt in de AWBZ bekostigd op basis van de functiegerichte aanspraken. Op dit moment verloopt dat nog via een gebudgetteerde verblijfscomponent inclusief behandeling. In de praktijk betekent dit een vast bedrag per opgenomen verpleeghuispatiënt (van ongeveer €175,00 per dag). Voor revalidatie van patiënten met een beroerte bestaat er daarnaast een maximum toeslag van € 102,40 per dag voor een maximumperiode van acht weken. Voorwaarden voor deze toeslag zijn onder andere dat de instelling specifieke zorg kan leveren aan een groep van tenminste vijf CVA-patiënten, de zorg is ingebed in het beleid van de instelling en dat er met het zorgkantoor overeenstemming bestaat over de productieafspraken. Voor andere vormen van kortdurende opnames voor revalidatie bestaat geen toeslag.<sup>6</sup>

In de toekomst zal de functie verblijf worden gefinancierd naar zorgzwaarte. De huidige vormen van kortdurende opnames op somatische grondslag vallen dan in IZA 10 deel V&V, zijnde 'herstelgerichte verpleging en verzorging' (voor details zie bijlage 9). De gemiddelde behandelingsduur wordt geschat op vier uur per week. De dagbehandeling wordt ook gefinancierd volgens een vast bedrag per patiënt, onafhankelijk van zijn of haar aandoening.

De AWBZ kent een eigen bijdrage die deels inkomensafhankelijk is, deels een vast bedrag per uur geleverde zorg betreft.

#### Enkele kanttekeningen:

- ◆ In de tekst van het besluit zorgaanspraken wordt een onderscheid gemaakt tussen behandeling van medisch-specialistische aard (artikel 8) en geneeskundige zorg van algemeen medisch aard (artikel 15). De interpretatie is dat de behandeling zoals die door verpleeghuisartsen wordt gegeven valt onder artikel 8, dus van medisch-specialistische aard is. Met artikel 15 wordt beoogd dat voor diegenen die medisch-specialistische behandeling ondergaan samen met verblijf, ook de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden moet worden gegarandeerd. In dit rapport gaan wij verder niet in op de juridische interpretatie van deze wetgeving; voor de gemiddelde leek lijkt hier echter een tegenstelling te liggen. De vraag doet zich voor of een cliënt verblijvend in een verpleeghuis inclusief de functie behandeling, niet tevens aanspraak kan maken op zorg van zijn eigen huisarts; dit mede gelet op het feit dat de ZVW voorliggend is en cliënt premie betaalt.
- ◆ Het werk van paramedici in de AWBZ instellingen kan worden gefinancierd vanuit twee functies: de functie behandeling en de functie activerende begeleiding. Het onderscheid is niet altijd helder. In beide gevallen moet het in combinatie met de functie verblijf gaan om specialistische paramedische zorg, want algemene paramedische zorg wordt in artikel 15 uitdrukkelijk uitgesloten.
- ◆ Op dit moment worden een aantal eisen gesteld aan de zorg voor CVA-patiënten via de financieringssystematiek (CTG-beleidsregel Verpleging & Verzorging). Opvallend daarbij is dat niet wordt gerefereerd aan de netwerkontwikkeling rond CVA-patiënten zoals die de afgelopen jaren vorm heeft gekregen in de ontwikkelde stroke-services.
- ◆ De CVA-toeslag wordt beperkt tot acht weken onafhankelijk van de medische noodzaak tot een langere behandeling.

#### GGZ en gehandicaptensector

In de AWBZ kan ook behandeling aan de orde zijn op andere grond dan een somatische aandoening. In het besluit zorgaanspraken staat *“op grond van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.”*

<sup>6</sup> Met betrekking tot orthopediepatiënten bestaat er een principeovereenstemming tot een toeslag van maximaal € 43,20 voor de duur van zes tot acht weken, maar deze beleidsregel is niet in werking getreden.



Het huidige onderzoek beperkt zich tot de kortdurende vormen van behandeling bij een somatische aandoening in de V&V-sector. Echter ook in de andere sectoren van de AWBZ kan er sprake zijn van revalidatie. In de regel staat die onder leiding van een revalidatiearts en wordt deze gefinancierd vanuit de ZVW. Maar dit is niet altijd het geval. Tijdens het onderzoek zijn wij ook een gespecialiseerd verpleeghuis tegengekomen dat psychogeriatrische patiënten tracht te 'revalideren'. Ook zijn er instellingen voor lichamelijk of meervoudige gehandicapte cliënten, die onderdelen van revalidatie extramuraal financieren vanuit de functie 'activerende begeleiding'. Soms wordt vanuit die financieringsbron ook zorg 'ingekocht' bij een revalidatiecentrum. In de huidige regelgeving is het onderscheid niet altijd duidelijk. Instellingen zoeken dan begrijpelijkerwijs in overleg met zorgkantoor en CTG naar vormen die het best aansluiten bij de behoefte van hun cliënten. Bij een eventuele wijziging in de regelgeving is het van belang hiermee rekening te houden.

### 2.3. Beschouwing

De wet- en regelgeving overziende kunnen een aantal opmerkingen worden geplaatst.

- ◆ De ZVW is voorliggend aan de AWBZ. Omdat in het verleden de AWBZ voorliggend was aan de ZFW, leverde de afbakening minder problemen op. Nu de zorgverzekeraars risicodragend zijn geworden, is het wel degelijk van belang helder te krijgen wat onder de aanspraak in de regelgeving moet worden verstaan.
- ◆ In de wet- en regelgeving rond de ZVW en de AWBZ wordt het begrip revalidatie niet gebruikt. In de praktijk wordt het begrip revalidatie wel gebruikt in de model polisvoorwaarden opgesteld door ZN (in het kader van de ZVW) en ook door het CIZ bij de indicatiestelling (in het kader van de AWBZ).
- ◆ In zowel de ZVW als de AWBZ komt de aanspraak geneeskundige zorg voor. De ZVW spreekt van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De AWBZ spreekt van behandeling van medisch-specialistische aard. In de praktijk van alledag wordt hieronder in de AWBZ het werk van de verpleeghuisarts verstaan. Verpleeghuisartsen zijn echter formeel geen medisch specialisten in de zin van de regelingen rond de registratie van medisch specialisten. Echter, dat wil niet zeggen dat verpleeghuisartsen in functionele termen geen medisch-specialistische zorg zouden kunnen bieden. Heeft de wetgever dat hier bedoeld? Op dit punt wordt in hoofdstuk 5 teruggekomen.
- ◆ In zowel de ZVW als de AWBZ wordt het begrip paramedische zorg gebruikt. In de AWBZ is deze zorg verbijzonderd naar specialistische paramedische behandeling, zonder daarbij aan te geven wat dat is of een criterium daarover te vermelden. Algemeen wordt dit geïnterpreteerd als behandeling door paramedici voor de aandoening die aanleiding was tot opname. De paramedische zorg zoals die in de ZVW is verzekerd, wordt binnen de AWBZ expliciet uitgesloten. Algemeen wordt dan geïnterpreteerd dat het gaat om de behandeling voor een aandoening die géén verband houdt met de reden tot opname.
- ◆ In de AWBZ wordt in artikel 15 over geneeskundige zorg van algemene aard gesproken; dit wordt in de praktijk uitgelegd als 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Deze laatste vorm van zorg wordt echter expliciet genoemd in de ZVW. Financiering vanuit de AWBZ lijkt daarmee niet echt logisch, temeer omdat in de ZVW geneeskundige zorg en verblijf uitdrukkelijk zijn losgekoppeld. Inhoudelijk is deze koppeling van artikel 15 aan de functie behandeling voor chronische care patiënten echter wel zinvol.
- ◆ Afhankelijk van de instelling waar men na een ziekenhuisopname terecht komt (revalidatie-centrum of verpleeghuis dan wel ambulante zorg) wordt een eigen risico cq. een eigen bijdrage van kracht die per verzekeringsregiem verschillend is. Dit leidt tot rechtsongelijkheid omdat patiënten die in een verpleeghuis worden gerevalideerd een hogere eigen bijdrage hebben dan de patiënten in revalidatiecentra.
- ◆ Sommige activiteiten van revalidatieartsen en paramedici worden nu gefinancierd vanuit de AWBZ, met name in de gehandicaptensector. Dit lijkt in strijd met de ZVW waarin de-



ze zorg als geneeskundige zorg in de aanspraak is omschreven en gelet op het feit dat de ZVW voorliggend is op de AWBZ.



### 3. Revalidatie in de praktijk

Teneinde een antwoord te vinden op de vraagstelling, wordt in dit rapport vooral ingegaan op die patiënten die in verpleeghuizen worden gerevalideerd. Daarbij gaat het om patiënten die op de grondslag somatiek kortdurend (drie à zes maanden) worden opgenomen voor behandeling, dan wel een programma van dagbehandeling volgen. Op geen enkele manier gaat dit rapport in op andere vormen van zorg die door verpleeghuizen wordt geleverd. Het schets dus géén compleet beeld.

Voor wat betreft de revalidatiebranche geldt hetzelfde. De beschrijving beperkt zich tot de categorieën patiënten die ook in verpleeghuizen worden gerevalideerd. In de revalidatiebranche wordt vanzelfsprekend veel meer gedaan. Denk alleen maar aan al die patiënten die zijn aangewezen op specialistische revalidatiezorg waarvoor een behandeling in verpleeghuizen volstrekt niet aan de orde is.

De focus van het rapport ligt dus op de kwalitatieve en kwantitatieve overeenkomsten en verschillen tussen de revalidatie in verpleeghuizen en revalidatiecentra bij specifieke groepen patiënten. Achtereenvolgens worden de volgende onderwerpen behandeld: geschiedenis, patiëntengroepen, indicatiestelling, instellingen en beroepsgroepen. Als laatste worden enige conclusies getrokken.

#### 3.1. Historie

Voor de interpretatie van de huidige praktijk is het van belang een aantal ontwikkelingen te signaleren. Wij noemen er enkele:

- ◆ *Ontwikkelingen in de geneeskunde.* Voor het onderzoek belangrijke voorbeelden zijn de sterk geïntensiverde behandeling van CVA-patiënten en de enorme vlucht die het plaatsen van heup- en knieprothesen de afgelopen 30 jaar heeft genomen.
- ◆ *Ontwikkelingen in de ziekenhuizen.* Ziekenhuizen specialiseren zich hoe langer hoe meer als diagnostisch-therapeutische interventiecentra. Wanneer het directe toezicht of begeleiding door een medisch specialist niet meer noodzakelijk is, worden patiënten naar huis of elders verwezen. Lag men vroeger na een heupprothese wekenlang in het ziekenhuis, door afspraken met verpleeghuizen en de thuiszorg kunnen patiënten nu na enkele dagen worden ontslagen. Dus wat vroeger viel onder het begrip 'gebruikelijke medisch-specialistische zorg inclusief verblijf' wordt nu hoe langer hoe meer een kort verblijf voor diagnostiek en de start van de behandeling. Het verblijf is niet meer noodzakelijk in het ziekenhuis, want patiënt kan mede door de toegenomen mobiliteit, voor controle op de polikliniek terecht. Mede hierdoor stijgt in de AWBZ de vraag naar 'herstelzorg' voor mensen die om wat voor reden dan ook niet direct naar huis kunnen<sup>7</sup>.
- ◆ *Ontwikkelingen in de revalidatiegeneeskunde.* Een dertigtal jaren geleden waren er slechts enkele revalidatiecentra. Sporadisch was er een revalidatiearts aan een algemeen ziekenhuis verbonden als consulent. Tegenwoordig is er een goede spreiding van revalidatiecentra over het land en zijn aan alle algemene en academische ziekenhuizen revalidatieartsen verbonden. Het aantal revalidatieartsen is fors toegenomen tot ongeveer 400.
- ◆ *Ontwikkelingen in de verpleeghuizen.* Door afspraken met de ziekenhuizen worden hoe langer hoe meer patiënten vanuit het ziekenhuis voor kortere of langere tijd opgenomen in een verpleeghuis. Daardoor is de 'verkeerde' bedproblematiek van ziekenhuizen sterk gereduceerd. Voor verpleeghuizen is deze vorm van zorg aantrekkelijk, want het brengt meer variëteit in de zorg, die voorheen vrijwel uitsluitend werd gegeven aan chronische

<sup>7</sup> Het betreft een diversiteit aan patiënten, waarvoor géén inhoudelijke, overal gehanteerde definitie voorhanden is.





care-patiënten. Ondanks het ontbreken van een passende financiële vergoeding wordt - vaak met eigen middelen- toch in deze vorm van zorg geïnvesteerd. Het blijkt van positieve invloed op de kwaliteit van zorg in het hele verpleeghuis.

- ◆ *Ontwikkelingen in de patiëntenpopulatie.* Belangrijk daarin is de toenemende extramuralisering, waardoor grote groepen mensen, ook met zware beperkingen, toch thuis verblijven. Patiënten zijn mondiger geworden en stellen meer eisen aan de invulling van hun leven, wat ook financiële gevolgen heeft voor de vraag naar zorg. Daaraan toegevoegd kan worden de vergrijzing van de bevolking, waardoor de kwantitatieve behoefte aan zorg toeneemt.

*De regeling van revalidatiezorg in de Ziekenfondswet*, die deze vorm van zorg alleen onder vrij strikte voorwaarden financierde voor een specifieke complexe patiëntenproblematiek waarbij multidisciplinaire behandeling vereist is. Daardoor is de revalidatiezorg in Nederland altijd beperkt geweest tot revalidatiecentra en in beperkte mate ook bij revalidatieartsen in algemene ziekenhuizen. In andere landen wordt het begrip revalidatie vaak breder geïnterpreteerd en ook door meerdere specialisten uitgevoerd.

## 3.2. Patiëntengroepen toegelicht

In deze paragraaf worden de patiëntencategorieën besproken die in verpleeghuizen worden gerevalideerd. Derhalve wordt niet ingegaan op patiëntencategorieën die exclusief revalidatiezorg krijgen onder leiding van een revalidatiearts. De belangrijkste groep waarbij sprake is van overlap betreft de CVA-patiënten. Daarnaast nemen verpleeghuizen ook veel patiënten op na amputaties en na electieve operaties voor knie- en heupprothesen. Als laatste bestaat er een restcategorie met een grote mate van diversiteit.

### 3.2.1. Cerebrovasculair Accident (CVA)

De moderne zorg voor CVA-patiënten is georganiseerd in zogenaamde stroke services<sup>8</sup>. De behandeling en organisatie is de afgelopen jaren sterk verbeterd met het ontwikkelen van landelijke richtlijnen; 23 van de 67 regio's hebben een doorbraakprogramma uitgevoerd en er is een instrument ontwikkeld voor periodieke kwaliteitsmeting. Voor CVA-patiënten wordt een actief behandeltraject uitgezet, waarbij een bewuste keuze plaatsvindt waar de patiënt het beste kan worden gerevalideerd. De huidige patiëntenpopulatie in verpleeghuizen is dan ook niet een verschuiving van patiënten vanuit revalidatiecentra, maar veeleer een nieuwe groep, die vroeger langer in het ziekenhuis verbleef, dan wel thuis werd verzorgd. Door deze actieve aanpak is de prognose van CVA-patiënten aanzienlijk verbeterd.

Recentelijk is door de Nederlandse Hartstichting (NHS) een rapport uitgebracht over Hart- en vaatziekten in Nederland<sup>9</sup>. Daarin wordt het aantal eerste CVA's in het jaar 2000 geschat op ongeveer 41.000. Van deze eerste CVA's wordt ongeveer 70% opgenomen. Daarnaast wordt er in ziekenhuizen ook een groep patiënten opgenomen met een recidief CVA. Per jaar sterven ruim 10.000 patiënten met als belangrijkste doodsoorzaak een beroerte. In tabel worden de aantallen opnames in de diverse instellingen voor het jaar 2004 weergegeven.<sup>10</sup>

<sup>8</sup> Een stroke service kan worden omschreven als een regionale keten van zorgverleners of zorgverlenende instellingen die gezamenlijk een integrale, deskundige en samenhangende zorg en behandeling voor de patiënten met een beroerte waarborgen in alle fasen van de aandoening. Commissie CVA-revalidatie. (2001). *Revalidatie na een beroerte, richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners*. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.

<sup>9</sup> Jager-Geurts, M.H., R.J.G. Peters, S.J. van Dis, M.L. Bots. (2006). *Hart- en vaatziekten in Nederland 2006: cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte*. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.

<sup>10</sup> Voor ziekenhuizen en verpleeghuizen betreft het cijfers uit de LMR; voor revalidatiecentra komen de cijfers uit de registratie van RN. Vanwege registratieproblemen betreffen het voor revalidatiecentra en verpleeghuizen voor een deel dubbelregistraties. Het aantal opnames in verpleeghuizen betreft de totale groep, waarvan slechts een deel wordt gerevalideerd.



Aantallen	Ziekenhuizen	Revalidatiecentra	Verpleeghuizen
Totaal aantal opnames	34.721	2.400	5.486
% naar huis ontslagen	59%	75%	?

**Tabel 1. Opnames met een beroerte in 2004**

De meeste patiënten met een beroerte gaan na de ziekenhuisopname naar huis (59%). De daarop volgende behandeling vindt plaats bij therapeuten dicht bij huis of poliklinisch in een ziekenhuis of een revalidatiecentrum. Ongeveer 4% van de patiënten gaat vanuit het ziekenhuis voor opname naar een revalidatiecentrum en 15% naar een verpleeghuis. Het is van belang er op te wijzen dat deze percentages weinig zeggen over de totale geleverde zorg door revalidatiecentra en verpleeghuizen. Het gaat om bestemming na ontslag uit het ziekenhuis. Patiënten thuis kunnen poliklinisch revalidatiezorg krijgen. En ook zijn er plaatsen in het land waar het ontslag uit het ziekenhuis standaard wordt gevolgd door opname in een verpleeghuis als de patiënt niet naar huis kan. Daarna wordt pas in tweede instantie bekeken of de patiënt in aanmerking zou moeten komen voor opname in een revalidatiecentrum. Het aantal opnames in verpleeghuizen wordt tevens vergroot, omdat ongeveer de helft van deze patiënten geen revalidatie behandeling krijgen, maar worden opgenomen voor chronische care.

De revalidatie in de verpleeghuizen is divers georganiseerd, waarbij onderscheid kan worden gemaakt tussen de verpleeghuizen die incidenteel een CVA-patiënt opnemen, en de verpleeghuizen die structureel deel uitmaken van een strokeservice. Uit de eigen enquête blijkt dat rond 90% van de grote instellingen<sup>11</sup> een aparte afdeling heeft ingericht voor de CVA-revalidatie. Dit percentage ligt bij kleinere instellingen met 57% aanzienlijk lager. Behandeling geschiedt door een multidisciplinair team, waarvan verpleeghuisarts, logopedist, ergotherapeut, fysiotherapeut en psycholoog deel uitmaken. Vaak is ook een revalidatiearts als consulent betrokken bij de behandeling. Wat betreft het soort behandeling is de revalidatie niet te onderscheiden van de zorg in revalidatiecentra. Het gaat met uitzondering van de revalidatiearts om dezelfde disciplines die gezamenlijk een multidisciplinair behandelplan opstellen. Wel wordt een te onderscheiden groep patiënten (zie paragraaf 3.6 over triage en indicatiestelling) opgenomen ten opzichte van revalidatiecentra, waardoor er van de behandelaars extra aandacht wordt gevraagd voor co-morbiditeit. De therapeutische setting is anders, met een ander leefklimaat, een lager tempo en een lagere belastbaarheid. De gemiddelde leeftijd in verpleeghuizen (77 jaar) is ook aanzienlijk hoger dan in de revalidatiecentra (57 jaar).

Het opzetten van stroke services in de afgelopen jaren is een positieve ontwikkeling. De sterke verbetering is bereikt met een projectmatige aanpak, maar zonder structurele financiering. Momenteel zijn er een aantal problemen die bij gebrek aan een eenduidige probleemeigenaar, niet makkelijk zijn op te lossen (zie ook paragraaf 5.2). Er zijn signalen uit het veld dat de ontwikkeling van de stroke services stopt of erger nog dat bestaande netwerken dreigen af te brokkelen. Positief is te melden dat recentelijk het kennisnetwerk CVA Nederland is opgericht. Voornemen is een continue monitoring van een aantal kwaliteitsindicatoren op te zetten als start van een landelijke benchmark met een minimum set aan indicatoren. Op dit moment hebben 25 ketens zich aangesloten bij het netwerk.

### 3.2.2. Knieën, heupen, traumatologie en amputaties

In verpleeghuizen worden diverse groepen patiënten kortdurend opgenomen na een ortho-

<sup>11</sup> De de indeling groot, middelgroot en klein is gebaseerd op een indeling van Arcares gebruikt; voor details zie bijlage 12.



pedische/chirurgische ingreep in het ziekenhuis. Te onderscheiden groepen zijn: electieve knie- en heupoperaties, traumatologie en amputaties.

### Electieve knie- en heupoperaties

Het betreft hier een relatief grote groep patiënten die na plaatsing van een prothese postoperatief worden gerevalideerd. Revalidatieartsen zijn niet structureel betrokken bij deze patiënten. Wel bestaan er vaak structurele afspraken tussen ziekenhuis (afdelingen orthopedie), verpleeghuizen en thuiszorg (zogenaamde joint-care projecten). Ongeveer 11% van deze patiënten gaat naar het verpleeghuis voor revalidatie. Het gaat om geplande zorg, waarbij de capaciteit van de verschillende ketenpartners goed op elkaar wordt afgestemd. Voor de meeste patiënten heeft men voorafgaand aan de operatie al ingeschat dat ze postoperatief niet direct naar huis kunnen vanwege co-morbiditeit en/of de thuissituatie. Het CIZ heeft voor de indicatiestelling van deze patiënten een SIP ontwikkeld.

<b>Knie- en heupprothesen</b>	<b>2004</b>	
Totaal aantal ziekenhuisopnames	44.226	100%
In ziekenhuis overleden	486	1%
Naar huis ontslagen	37.649	85%
Naar verpleeghuis ontslagen	4.653	11%
Naar revalidatiecentrum ontslagen	408	1%

**Tabel 2. Aantallen uitgevoerde interventies en de ontslagbestemming<sup>12</sup>.**

De primaire reden van opname is revalidatie na een chirurgische ingreep, waarbij er inhoudelijke redenen zijn om bij deze cliëntengroep een multidisciplinaire aanpak in een therapeutische omgeving te indiceren. De cliënt ondergaat in een relatief korte tijd (gemiddeld 37 dagen) intensieve therapie gericht op verbetering in het zelfstandig functioneren in de thuissituatie. Het betreft een soort zorg die in revalidatiecentra nauwelijks wordt geleverd, maar die veel kenmerken heeft van 'revalidatiezorg'; de zorg is in de regel echter minder gespecialiseerd. De reden van opname kan verschillend zijn; enerzijds optredende co-morbiditeit, anderzijds soms alleen huiselijke omstandigheden (ontbreken mantelzorg e.d.). Omdat het in de regel niet gaat om een revalidatietechnisch gezien complexe problematiek, worden deze patiënten niet in revalidatiecentra opgenomen. De overige patiënten, die direct naar huis gaan, ontvangen de revalidatie onder leiding van de medisch specialist.

### Traumatologie

Diverse afdelingen traumatologie van ziekenhuizen hebben vaste afspraken met bepaalde verpleeghuizen voor het opnemen van patiënten die na medisch-specialistisch te zijn uitbehandeld, toch niet direct naar huis kunnen. Het betreft vaak multitrauma-patiënten, dan wel ouderen met bijvoorbeeld een heupfractuur die vanwege co-morbiditeit en/of de kwetsbare thuissituatie niet direct naar huis kunnen. Er bestaan voor deze vormen van zorg in het verpleeghuis geen landelijke protocollen of richtlijnen. De afspraken hebben een sterk lokaal karakter.

<sup>12</sup> Het betreft de LMR codes CVV 5-814.5; 5-814.7; 5-815.0; 5-815.2; 5-816.0; 5-816.1; 5-816.2; 5-816.51; 5-816.52; de verantwoording van de aantallen wordt gegeven in bijlage 13.



Bij ouderen met een geopereerde heupfractuur is onderzoek gedaan naar de gevolgen van een vroege opname voor revalidatie in een verpleeghuis versus een langer durend verblijf in het ziekenhuis. Vanwege de hoge leeftijd van de doelgroep, de veelvuldig voorkomende complicaties en co-morbiditeit wordt de behoefte aan intensieve revalidatie benadrukt. Vervroegd ontslag uit het ziekenhuis naar een verpleeghuis had geen duidelijk effect op mortaliteit, functioneren en kwaliteit van leven na vier maanden. Mogelijk is er wel een effect aantoonbaar als grotere groepen worden bestudeerd. Wat betreft kosten werden ook geen statistisch significante verschillen gevonden. Vanzelfsprekend is er wel verschil in diegene die de zorg financiert: ziekenhuizen via de ZVW en verpleeghuizen uit de AWBZ (Van Balen 2003).

Het betreft een diverse groep patiënten. Afhankelijk van complexiteit van het letsel, leeftijd, prognostiek, complicaties, co-morbiditeit e.d. wordt gekozen voor revalidatie in een revalidatiecentrum, verpleeghuis of vanuit de thuissituatie.

### Amputaties<sup>13</sup>

De meeste patiënten waarbij een amputatie heeft plaatsgevonden gaan naar huis, en worden in de eerste lijn gerevalideerd dan wel komen ze voor poliklinische revalidatiezorg in aanmerking. Voorafgaand aan de ingreep is de revalidatiearts in de regel reeds betrokken bij de patiënt. De landelijke nota indicatiestelling revalidatiezorg vormt daarbij de leidraad voor de verwijzing. Een klein deel wordt na operatie opgenomen in een verpleeghuis of een revalidatiecentrum. Patiënten met een amputatie aan de bovenste ledematen komen meestal voor revalidatiezorg in een revalidatiecentrum in aanmerking, patiënten met een amputatie aan de onderste ledematen gaan gemiddeld vaker naar een verpleeghuis.

De cijfers in tabel 3 hebben betrekking op patiënten met een amputatie van een ledemaat; niet de amputatie van (delen van) handen en voeten, omdat deze laatste patiënten zelden om die reden zullen worden opgenomen in een verpleeghuis. De reden van amputatie is divers. Verreweg de grootste groep betreft onderliggend vaatlijden.

Amputaties	Ziekenhuizen	Revalidatiecentra	Verpleeghuizen
Totaal aantal opnames	4.155	345	579
Naar huis ontslagen	70%	83%	
Overleden	311		

**Tabel 3. Aantal opnames patiënten voor/na amputatie in 2004<sup>14</sup>**

### 3.2.3. Overige zorg

In of vanuit verpleeghuizen wordt kortdurende zorg verleend aan patiënten, teneinde hen weer in staat te stellen om naar hun eigen meer zelfstandige leefsituatie terug te keren. Deze patiënten komen vanuit een ziekenhuisopname of vanuit thuis naar het verpleeghuis. In het veld bestaat de indruk dat de groep groeiende is. De reden van opname is divers; in een enkel geval gaat het om revalidatie, maar meestal niet. Voor een deel van deze patiënten is het volgen van een revalidatieprogramma ook te inspannend. De enquête onder verpleeghuizen laat zien dat het hier om een zeer diverse patiëntenpopulatie gaat: longziekten, hartziekten, neurologie, plastische chirurgie, orthopedie, enz.

<sup>13</sup> Het betreft de LMR CVV code 5-840 t/m 5-849: Amputatie en exarticulatie van ledematen; niet de amputaties van (delen van) handen/voeten; verantwoording van de aantallen wordt gegeven in bijlage 13.

<sup>14</sup> Voor ziekenhuizen en verpleeghuizen betreft het cijfers uit de LMR; voor revalidatiecentra komen de cijfers uit de registratie van RN.



Daarnaast komen kortdurende opnames voor na een ziekenhuisopname waarbij de nadruk niet ligt op behandeling, maar puur op de verpleging/verzorging. In sommige plaatsen zijn daarvoor 'zotels' ontwikkeld. Elders worden daarvoor de zogenaamde TOP-plaatsen in verzorgingshuizen gebruikt.

### 3.3. De indicatiestelling

In de volgende tekst maken wij een onderscheid tussen het begrip indicatiestelling gehanteerd door medisch specialisten en verpleeghuisartsen en het gebruik van dezelfde term door het CIZ. In het eerste geval wordt op inhoudelijke gronden beoordeeld voor welke behandeling patiënt in aanmerking komt, en dus in welk traject de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis terecht moet komen. In het tweede geval betreft de indicatiestelling de formule procedure van het CIZ, waarbij gekeken wordt of patiënten aanspraak hebben op zorg die wordt vergoed vanuit de AWBZ.

#### 3.3.1. Indicatiestelling voor de keuze van het traject

Voor patiënten die in een ziekenhuis zijn opgenomen en die zijn aangewezen op een vervolgbehandeling om te revalideren staan verschillende wegen open:

1. Terugverwijzing naar de huisarts en/of poliklinische controle door de medisch specialist (niet-revalidatiearts), al dan niet met paramedische zorg.
2. Poliklinische revalidatie onder leiding van een revalidatiearts in het ziekenhuis indien het ziekenhuis over een dergelijke faciliteit beschikt.
3. Doorverwijzing naar een verpleeghuis (via een CIZ-indicatie); in de regel gaat het hier om behandeling met verblijf. In tweede instantie kan de patiënt ook in dagbehandeling worden genomen.
4. Doorverwijzing naar een revalidatiecentrum voor opname of poliklinische revalidatie.

De procedure voor deze trajectkeuze is niet landelijk vastgesteld. Per ziekenhuis en medisch specialisme is de werkwijze verschillend. Voor CVA-patiënten en de electieve orthopedie zijn echter bepaalde patronen herkenbaar.

De afdelingen neurologie van algemene en academische ziekenhuizen hebben meestal een multidisciplinair overleg (MDO), waaraan in de regel een revalidatiearts structureel deelneemt. Daardoor ziet de revalidatiearts de dossiers van opgenomen neurologiepatiënten, inclusief de patiënten met een beroerte en andere patiënten die voor revalidatie in aanmerking zouden kunnen komen. In het MDO wordt op voorstel van de revalidatiearts de trajectkeuze bepaald. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de landelijke nota Indicatiestelling Revalidatiezorg<sup>15</sup>. In sommige ziekenhuizen neemt ook een verpleeghuisarts structureel deel aan het MDO.

Andere ziekenhuizen verwijzen CVA patiënten standaard naar huis dan wel het verpleeghuis. Een aantal weken na ontslag volgt dan een poliklinisch consult bij de revalidatiearts om te bepalen of patiënt in tweede instantie naar een revalidatiecentrum moet worden verwezen. Voor de betreffende patiënt betekent dit een tweede overplaatsing.

Voor de electieve knie- en heupoperaties hebben ziekenhuizen meestal afspraken met ver-

<sup>15</sup> De problematiek van CVA-patiënten is vaak complex; naast motorische beperkingen bestaan er vaak ook cognitieve stoornissen, depressies, gedragsveranderingen, enz. Voor de bepaling van de prognose is een instrument ontwikkeld dat behulpzaam kan zijn bij de keuze voor de plaats van revalidatie na ziekenhuisopname (The Stroke-unit Discharge Guideline' proefschrift R.Meijer). Dit instrument wordt echter vanwege de bewerkelijkheid niet overal systematisch toegepast, de landelijke nota wèl.



pleeghuizen en de thuiszorg. Omdat het in de regel niet gaat om revalidatiezorg, zijn revalidatieartsen niet structureel betrokken bij deze patiëntencategorie. Bij andere medisch-specialistische zorg zoals traumatologie, vaatchirurgie, reumatologie wordt de revalidatiearts vaak op consultbasis betrokken, soms al in een vroegtijdig stadium (bv. bij amputaties om het beste niveau te bepalen).

### Landelijke Nota Indicatiestelling Revalidatiezorg

Revalidatieartsen hanteren de landelijke nota indicatiestelling revalidatiezorg. Deze richtlijn is een aantal jaren geleden gezamenlijk vastgesteld door organisaties uit de branche en de zorgverzekeraars<sup>16</sup>. Vanzelfsprekend moet het in de eerste plaats gaan om stoornissen die (kunnen) leiden tot complexe en/of ingrijpende blijvende beperkingen en handicaps<sup>17</sup>. In de richtlijn worden diverse criteria genoemd om in aanmerking te komen voor revalidatiezorg:

- ◆ De verwachte mate van herstel;
- ◆ De meervoudigheid van de aanwezige of te verwachten beperkingen en handicaps, gecombineerd met de complexiteit van de doelstellingen, in aanmerking genomen de levensfase en het premorbide niveau van functioneren van de patiënt;
- ◆ De leerbaarheid en trainbaarheid;
- ◆ De mogelijkheid dat de patiënt weer (op termijn) in een eigen, eventueel aangepaste, woonsituatie kan functioneren.

Bij de schematische voorstelling van het indicatieproces worden begrippen gehanteerd als blijvende beperking, meervoudige en complexe revalidatiedoelen, leerbaarheid, trainbaarheid, en de mogelijkheid naar eigen woonsituatie terug te keren (zie bijlage 8).

### Trajectkeuze

Vanuit de gevoerde interviews ontstaat het volgende beeld:

- ◆ Er zijn geen grote wachtlijsten noch voor het revalidatiecentrum noch voor het verpleeghuis; deze bepalen dus bij uitzondering de keuze.
- ◆ Soms is het onduidelijk waar een patiënt het beste heen kan. Dit heeft niet zozeer te maken met een discussie over competenties tussen revalidatiecentrum en verpleeghuis, als wel met onzekerheid omtrent de prognose.
- ◆ In specifieke gevallen kan het de voorkeur genieten patiënt te revalideren op de poliklinische revalidatieafdeling in een ziekenhuis. Keuze daarvoor is mede afhankelijk van eventuele medebehandeling door een andere medisch specialist.
- ◆ De genoemde criteria worden niet altijd voor de volle 100% toegepast. De voorkeur van patiënten en/of familie weegt ook mee, waarbij de afstand tot een bepaald verpleeghuis en/of revalidatiecentrum vaak een rol speelt. Ook kan de levensbeschouwelijke kleur van een instelling een rol spelen.
- ◆ Er bestaat geen verschil van inzicht over de te hanteren criteria. De landelijke nota indicatiestelling revalidatiezorg functioneert naar ieders tevredenheid. In de praktijk wordt de indicatiestelling met enige soepelheid uitgevoerd, niet in het minst in het belang van de patiënt.

### 3.3.2. Indicatiestelling door het CIZ

Het CIZ heeft voor twee groepen revalidatiepatiënten een Standaard Indicatie Protocol (SIP) ontwikkeld: de CVA's en de electieve knie- en heupprothesen. De SIP's worden alleen gebruikt wanneer het CIZ en de desbetreffende instelling hierover een contract hebben gesloten. Om in aanmerking te komen voor AWBZ-zorg is een positieve indicatie van het CIZ noodzakelijk.

<sup>16</sup> Revalidatie Nederland, de VRA, de NVZ, ZN en KPZ.

<sup>17</sup> Tijdens het opstellen van dit document in 2001 was de Nederlandse versie van de ICF niet beschikbaar, waardoor de gebruikte terminologie niet geheel overeenkomt met die van de ICF.



### Revalidatie na ziekenhuisopname in verband met CVA (tijdelijk verblijf)

Dit SIP is toepasbaar voor cliënten die na de ziekenhuisopname volgens het oordeel van de behandelend arts voor revalidatie in een verblijfssetting in aanmerking komen. Criteria zijn onder andere de verwachte terugkeer naar de thuissituatie binnen zes maanden, de motivatie voor het volgen van intensieve therapie, de noodzaak voor een multidisciplinaire aanpak in een therapeutische omgeving en het beschikken over voldoende leervermogen.

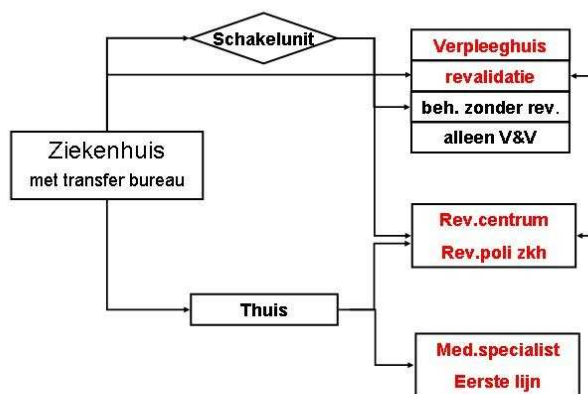
Bij dit SIP worden de volgende functies geïndiceerd: verblijf, behandeling, verpleging, persoonlijke verzorging, ondersteunende en activerende begeleiding en huishoudelijke verzorging. Het betreft een indicatie met een geldigheidsduur van zes maanden (voor details zie bijlage 10). In individuele gevallen kan het CIZ vanzelfsprekend afwijken van het SIP.

### Kortdurend reactivering met verblijf na operatie heup/knie<sup>18</sup>

Het SIP geldt voor cliënten waarbij sprake is van plaatsing/vervanging van een prothese en er een inhoudelijke reden is voor een multidisciplinaire aanpak in een therapeutische omgeving. Het gaat om intensieve therapie (reactivering) gericht op verbetering in het zelfstandig functioneren in de thuissituatie. Criteria zijn onder andere voldoende motivatie voor intensieve therapie, de noodzaak tot een multidisciplinaire aanpak in een therapeutische omgeving, en het beschikken over voldoende leervermogen. Tevens moet de verwachting bestaan dat cliënt binnen drie maanden terugkeert in de thuissituatie.

Bij dit SIP worden de zelfde functies geïndiceerd als bij het CVA. Het betreft een indicatie met een geldigheidsduur van drie maanden.

## 3.4. De institutionele organisatie van de revalidatie



In het voorgaande is een onderscheid gemaakt tussen ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen en de thuissituatie. De revalidatie in de instellingen kan al dan niet met verblijf worden aangeboden.

### 3.4.1. Ziekenhuizen

Aan alle algemene en academische ziekenhuizen zijn revalidatieartsen verbonden. De revalidatiearts heeft geen 'eigen' bedden, maar heeft een consultfunctie naast poliklinisch spreekuur. In negentien algemene ziekenhuizen (ruim 10%) en de acht academische ziekenhuizen bestaat

er een revalidatieafdeling met de mogelijkheid van volwaardige poliklinische revalidatie en dagbehandeling. Andere ziekenhuizen hebben wel een polikliniek revalidatie, maar geen mogelijkheden voor dagbehandeling. In sommige gevallen heeft het ziekenhuis een eigen erkenning met productieafspraken, in andere gevallen is de verantwoordelijkheid van de revalidatiezorg overgedragen aan een revalidatiecentrum. In dit laatste geval bestaan er twee varianten: het ziekenhuis heeft alleen de verantwoordelijkheid overgedragen, maar heeft wel

<sup>18</sup> Er bestaan ook varianten van SIP's na operatie heup/knie zonder verblijf, maar daarbij gaat het alleen om zorg zonder de functie behandeling. Er is in dat geval geen sprake van 'reactivering'. Het gaat hier ook niet om 'dagbehandeling' en deze SIP's worden hier niet verder besproken.



een eigen erkenning en maakt zelf productieafspraken met de zorgverzekeraar óf het ziekenhuis heeft de verantwoordelijkheid en het maken van productieafspraken overgedragen aan het revalidatiecentrum. In dit laatste geval wordt de productie opgenomen in de statistiek van het revalidatiecentrum.

Overdracht van patiënten vanuit ziekenhuis naar verpleeghuis of naar huis wordt meestal geregeld via een zogenaamd transferpunt. Deze transferpunten bevinden zich in de regel in het ziekenhuis, maar de bemensing is wisselend per regio: personeel van het ziekenhuis zelf, een AWBZ-instelling (bv. de Thuiszorg), of het CIZ zelf.

### Schakelafdelingen

In veel ziekenhuizen zijn zogenaamde schakelunits opgezet. In de regel is het een verpleegafdeling beheerd door een verpleeghuis, waar een omschreven patiëntengroep na opname in het ziekenhuis naar toe wordt overgeplaatst. Voorwaarde daarbij is dat zorg van een medisch specialist op het moment van overplaatsing niet meer noodzakelijk is. Wel is er nog de noodzaak van verpleging, verzorging, reactivering of revalidatie, die maakt dat de patiënt niet naar huis kan terugkeren. In de regel is in overleg tussen verpleeghuis, ziekenhuis en zorgkantoor een maximale verblijfsduur vastgesteld, die uiteenloopt van minimaal 14 tot maximaal 100 dagen.

Doelstelling van dergelijke afdelingen is enerzijds het beperken van de bedbezetting door patiënten in het ziekenhuis (verkeerde bed problematiek); anderzijds heeft het voor oudere patiënten vele voordelen als een verpleeghuis een dergelijke afdeling beheert. Veelal kan een volledig pakket aan AWBZ-zorg worden geboden, inclusief activerende begeleiding, dagactiviteiten, enz. De mogelijkheden om de revalidatie in deze schakelunits te starten is wisselend per locatie. Soms start de revalidatie pas bij opname in het verpleeghuis of revalidatiecentrum.

De doelgroepen voor schakelafdelingen zijn uiteenlopend. Genoemd worden onder andere:

- ◆ Patiënten bij wie een blijvende opname in het verpleeghuis wordt verwacht.
- ◆ Patiënten bij wie revalidatie en/of verder herstel mogelijk wordt geacht, gevolgd door ontslag naar de oorspronkelijke woonsituatie.
- ◆ Patiënten die wachten op een volgende medische behandeling (bv. operatie of bestraling), waarbij geen verdere diagnostiek nodig is en overbrugging van de wachttijd thuis niet mogelijk is.
- ◆ Patiënten waarbij het niet duidelijk is of zij naar de oorspronkelijke woonsituatie terug kunnen keren. Observatie en een start van de revalidatie behandeling is nodig om een goede inschatting te kunnen maken en patiënt secundair over te brengen naar een revalidatiecentrum, verpleeghuis of de thuissituatie.

### 3.4.2. Revalidatiecentra

Er zijn momenteel 24 revalidatiecentra verspreid over heel Nederland met in totaal 1.690 erkende bedden en 956 poliklinische behandelaatsen. Drie revalidatiecentra hebben alleen poliklinische behandelaatsen. Eén instelling heeft zich gespecialiseerd in cardiologische revalidatie. De spreiding van de algemene centra is goed te noemen, maar door het relatief kleine aantal is de gemiddelde afstand voor patiënten tot een revalidatiecentrum vele malen groter dan tot een verpleeghuis. Revalidatiecentra kennen geen kleuring naar levensbeschouwelijke achtergrond.

In revalidatiecentra wordt onderscheid gemaakt in klinische, poliklinische en semi-klinische behandeling. Dit laatste is vergelijkbaar met de dagbehandeling in verpleeghuizen. Patiënten volgen overdag een intensief programma, maar zijn 's avonds en 's nachts gewoon thuis. Daarnaast bestaan er allerlei tussenvormen zoals therapeutische peutergroepen, revalidatiebehandeling die op kinderdagverblijven wordt gegeven, enz.





Revalidatiecentra kunnen in de regel een breed scala aan behandelingen geven. Een aantal centra heeft zich gespecialiseerd in de behandeling van specifieke problematiek: patiënten met (hoge) dwarslaesies, beademing, brandwonden, hersenletsel met ernstige en/of communicatieve stoornissen, ed.

Sommige revalidatiecentra ontwikkelen ook activiteiten buiten de instelling; de behandeling wordt naar de patiënt toegebracht in plaats van dat de patiënt naar de instelling komt. Voorbeeld hiervan is de behandeling en begeleiding van meervoudig gehandicapte kinderen die in kinderdagverblijven worden gevolgd en behandeld. De financieringsbron van deze behandeling is wisselend; soms komt de financiering vanuit de ZVW, een enkele keer ook uit de AWBZ.

### 3.4.3. Verpleeghuizen

In verpleeghuizen kan een onderscheid worden gemaakt in de patiënten die voor revalidatie worden opgenomen, patiënten die om andere redenen kortdurend worden opgenomen op somatische grondslag, en patiënten die worden opgenomen op de chronische care afdeling. Afhankelijk van de mogelijkheid al dan niet thuis te wonen, wordt besloten tot opname of revalidatie in dagbehandeling.

De meeste verpleeghuizen die meedoen aan een stroke-service hebben een speciale afdeling ingericht voor de revalidatie van CVA-patiënten. Ook zijn er verpleeghuizen die afspraken hebben met bepaalde afdelingen van ziekenhuizen voor de nabehandeling van specifieke patiënten groepen: orthopedie, traumatologie, nazorg bij hart- en longziekten, enz. Zij hebben daarvoor vaak een aparte afdeling ingericht. Bij veel van deze patiënten wordt bij de uitvoering van het behandelplan door een diversiteit aan disciplines samengewerkt: verpleeghuisartsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten, orthopedisch schoenmaker, ed. Verpleeghuizen zonder aparte revalidatieafdeling(en) hebben niet altijd al deze disciplines in huis. Dan is de betrokkenheid van de verpleeghuisartsen bij de behandeling niet altijd even intensief.

De inhoudelijke ontwikkeling van de revalidatie in de verpleeghuissector is nog maar vijftien jaar oud. Dit komt mede door het feit dat er met uitzondering van de CVA-patiënten geen structurele financiering beschikbaar is. Weliswaar zijn sommige verpleeghuizen in staat geweest extra middelen te mobiliseren (projectgelden, eigen vermogen, ed.), op langere termijn gaat een meer intensieve behandeling van bepaalde groepen patiënten in principe ten koste van de beschikbare behandeluren voor andere groepen.

De keuze voor een bepaald verpleeghuis wordt in de regel niet op inhoudelijke grond gemaakt. Vaak zijn de praktische afspraken tussen een bepaald ziekenhuis en bepaalde verpleeghuizen leidend. De vraag kan worden gesteld in hoeverre de kwaliteit van zorg overall hetzelfde is.

## 3.5. De professionals in de revalidatie

Vormen van revalidatie komen voor in de eerstelijns, het ziekenhuis, het verpleeghuis en in revalidatiecentra. Vanuit de medische beroepsgroep bezien is de verdeling van taken in tabel 4 weergegeven. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen hoofdbehandelaar, medebehandelaar en consulent.

	Ziekenhuis	Rev. Centrum of	Verpleeghuis	Thuis
--	------------	-----------------	--------------	-------



		<b>Rev.afd. ziekenhuis</b>		
<b>Medisch specialist</b>	hoofdbehandelaar	medebehandelaar of consulent	ev. consulent	ev. medebehandelaar
<b>Revalidatiearts</b>	medebehandelaar of consulent	hoofdbehandelaar	ev. consulent of medebehandelaar	hoofdbehandelaar, medebehandelaar of consulent
<b>Verpleeghuisarts</b>	ev. consulent	-	hoofdbehandelaar	ev. consulent
<b>Huisarts</b>	ev. consulent	ev. consulent	ev. consulent	hoofdbehandelaar ev. consulent

**Tabel 4. De professionele taakverdeling tussen artsen bij revalidatie**

Voor wat betreft de werkgebieden van de revalidatiearts en de verpleeghuisarts vinden we de volgende verdeling.

#### **Het werkterrein van de revalidatiearts**

Het betreft langdurige integrale revalidatie voor mensen met complexe gevolgen van aangeboren en/of verworven stoornissen met beperkingen in het zelfstandig functioneren, met name indien tevens sprake is van ontwikkeling/scholing (jeugdigen en jong volwassenen), arbeid (reïntegratie), gezinstak (ouderschap) en/of complexe maatschappelijke taken. Het betreft dus vooral jeugdigen, volwassenen en maatschappelijk nog actieve ouderen, hoewel er nadrukkelijk geen leeftijdscriterium van toepassing is. Overigens vormen ook kortdurende diagnostische en therapeutisch gespecialiseerde interventies het werkterrein van de revalidatiearts, bijvoorbeeld gangbeeldanalyses en orthese-indicatiestelling.

Alle revalidatieartsen in Nederland zijn in loondienst van een ziekenhuis/revalidatiecentrum. Sommige werken vanuit een dienstverband op meerdere locaties; soms is er een detachering vanuit een revalidatiecentrum naar een ziekenhuis.

#### **Het werkterrein van de verpleeghuisarts**

Het betreft vaak revalidatie voor mensen met een voorspelbaar vertraagd en/of beperkt herstel. De voorspelbaarheid is gerelateerd aan:

- Bijkomende progressieve polymorbiditeit met een verhoogde kans op ontregeling, complicering en/of nadelige gevolgen van immobiliteit/bedlegerigheid (bijvoorbeeld: diabetes mellitus, cognitieve stoornissen, delier, depressie).
- Toegenomen kwetsbaarheid vanwege voortgeschreden verlies van (over)capaciteit van orgaan(systeem)functies (bijvoorbeeld: hartfalen, COPD, nierfunctiestoornis).
- Al langer bestaande onzelfstandigheid in dagelijkse activiteiten en participatie.

Het betreft dus vooral maatschappelijk blijvend beperkt functionerende volwassenen en de (oudste) ouderen met opeenhopende progressieve problematiek.

Verpleeghuisartsen hebben in de regel een dienstverband bij de instelling waar ze werkzaam zijn. Er bestaat een langzame beweging onder de verpleeghuisartsen zich meer zelfstandig te organiseren en in meerdere instellingen tegelijk werkzaam te zijn. Revalidatie is als onderwerp structureel opgenomen in de opleiding tot verpleeghuisarts.

#### **Diversen**

Uit bovenstaande beschreven werkterreinen zou men de indruk kunnen krijgen, dat er weinig verschil is tussen de twee werkterreinen. In de praktijk is er echter een duidelijk onderscheid. Revalidatieartsen zijn continue met revalidatie bezig en het betreft een duidelijk onderscheiden patiëntengroep, voor wie zijn specialistische kennis van revalidatie noodzakelijk is. Zij hebben hiervoor een vierjarige opleiding tot medische specialist gevolgd. Verpleeghuisartsen krijgen wel een stuk revalidatie in de opleiding, maar hun kennisgebied is veel breder. Zij



houden zich ook niet alleen met revalidatie bezig.

De andere professionele groepen die betrokken zijn bij de behandeling in revalidatiecentra en verpleeghuizen zijn divers. De belangrijkste zijn: ergotherapeuten, logopedisten, fysiotherapeuten, psychologen, maatschappelijk werkers, technici, orthopedisch schoenmakers. Het blijft de vraag in hoeverre de activiteiten van al deze beroepsgroepen voldoende zijn geregeld als aanspraak in de ZVW.

### 3.5.1. De mate van samenwerking

Naast de verdeling op basis van de rol van de medische discipline, kan een indeling worden gehanteerd die uitgaat van het in meer of mindere mate samenwerken tussen de diverse disciplines, al dan niet multidisciplinair.

**Zelfstandig:** Er is een directe relatie tussen patiënt en behandelaar zonder bemoeienis van andere behandelaars of zorgverleners. Voorbeeld: de patiënt met beperkingen gaat op eigen initiatief naar de fysiotherapeut, zonder tussenkomst van een arts.

**Enkelvoudige samenwerking:** Er is sprake van een medische verwijzing door huisarts of medisch specialist - zelfstandig onderzoek en ev. behandeling – terugrapportage.

**Meervoudige samenwerking:** Er is sprake van een medische verwijzing - keten van onderzoek en behandeling in onderlinge, vaak volgtijdelijke relatie – terugverwijzing. Voorbeeld: joint-care projecten bij electieve heupprothesen.

**Integrale (of samengestelde) samenwerking:** Er worden multidisciplinaire deelplannen opgesteld – er is sprake van regievoering tot een gezamenlijk zorg/behandelplan - coördinatie van de uitvoering van delen van het gezamenlijk zorg/behandelplan - evaluatie en bijstelling.<sup>19</sup>

	Medisch specialist	Revalidatiearts	Verpleeghuisarts	Huisarts
<b>Zelfstandig</b>	-	-	-	-
<b>Enkelvoudig</b>	+	+	+	+
<b>Meervoudig</b>	+	+	+	+
<b>Integraal</b>	-	+	+	-

Tabel 5. De mate van samenwerking afhankelijk van de hoofdbehandelaar

Wat betreft de integraliteit van de behandeling is de revalidatie in verpleeghuizen voor bepaalde categorieën patiënten, waaronder de CVA's, niet te onderscheiden van de revalidatiezorg in revalidatiecentra.

### 3.6. Conclusies

1. Er hebben zich de afgelopen 20 jaar belangrijke ontwikkelingen in de revalidatie voorgedaan. Naast de revalidatiezorg in revalidatiecentra, hebben andere vormen van revalidatie een belangrijke groei doorgemaakt: poliklinische revalidatie in algemene en academische ziekenhuizen en revalidatie van bepaalde categorieën patiënten in verpleeghuizen.
2. In de ZVW wordt de indicatiestelling voor de te leveren zorg bepaald door de bij de zorg betrokken beroepsgroepen. In de AWBZ is de financiering van de zorg afhankelijk van een indicatiebesluit door het CIZ.
3. Voor een belangrijk deel hanteert het CIZ criteria voor de revalidatie van CVA-cliënten en na electieve orthopedie die overeenkomen met de criteria van de landelijke nota Indicatiestelling Revalidatiezorg: belastbaarheid voor het volgen van een intensieve therapie,

<sup>19</sup> Deze omschrijving van integrale zorg sluit aan bij de formulering 'revalidatiezorg' in de ZFW.



leerbaarheid, perspectief op naar huis gaan, de noodzaak tot multidisciplinaire zorg. De trajectkeuze voor revalidatiezorg of verpleeghuis wordt in de praktijk naar tevredenheid van de betrokken professionals toegepast. Bij opname in een verpleeghuis is vaak sprake van co-morbiditeit. Bij opname in een revalidatiecentrum is vaak sprake van complexe revalidatieproblematiek.

4. De kortdurende opnames op somatische grondslag in verpleeghuizen betreffen een grote diversiteit aan patiënten. Daarbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen patiënten die primair voor revalidatie worden opgenomen en de patiënten die om andere redenen in het verpleeghuis worden behandeld. De groep die wordt opgenomen voor revalidatie is verreweg het grootst. Het gaat in het merendeel om patiënten voor revalidatie na een beroerte of een chirurgische ingreep.
5. Voor de transfer van de meeste categorieën patiënten die voor revalidatie in verpleeghuizen wordt opgenomen, bestaan géén landelijke richtlijnen en de werkwijze wordt sterk bepaald door al dan niet bestaande afspraken tussen ziekenhuizen en individuele verpleeghuizen.
6. De zorg voor CVA-patiënten is in Nederland goed georganiseerd. Patiënten met een beroerte worden na ziekenhuisopname gerevalideerd tijdens een verblijf in een revalidatiecentrum of verpleeghuis, dan wel vanuit de thuissituatie. Het betreft een zelfde soort behandeling waarin dezelfde disciplines multidisciplinair samenwerken. Het gaat echter gemiddeld om verschillende populaties, waarbij tempo en intensiteit van revalidatie verschillend zijn. De plaats van revalidatie wordt via landelijk vastgestelde procedures en richtlijnen bepaald.
7. Rond de behandeling van CVA-patiënten heeft een enorme ontwikkeling plaatsgevonden. Een aantal verpleeghuizen heeft aparte afdelingen voor CVA-revalidatie opgezet. Ook bestaat hiervoor een aparte toeslag op het tarief (AWBZ). De ontwikkeling van stroke services dreigt echter te stagneren door het ontbreken van een eenduidige probleemhouder en eenduidige financiering.
8. In verpleeghuizen wordt in diverse gradaties aan revalidatie gedaan. Er bestaat een glijdende schaal met aan het ene uiterste de integrale zorg die te vergelijken is met de revalidatiezorg in revalidatiecentra; daar tussenin vormen van meervoudige samenwerking tot aan het andere uiterste de enkelvoudige revalidatie die lijkt op de behandeling zoals die in de eerste lijn wordt gegeven. De opname voor revalidatie betreft een groep patiënten waarvoor de therapeutische setting van het verpleeghuis meer is aangewezen dan de setting in revalidatiecentra. Belangrijke redenen daarvoor zijn onder andere de levensfase van de patiënten en de meestal bestaande co-morbiditeit.
9. De extra inzet van personeel en middelen voor de groeiende groep revalidatiepatiënten in verpleeghuizen kan, zonder dat deze zorg extra wordt gefinancierd, ten koste gaan van de inzet van middelen voor de chronische care-patiënten. Dit kan vanuit het onderzoek echter niet cijfermatig worden onderbouwd.
10. Er is een groep patiënten die kortdurend in verpleeghuizen wordt opgenomen voor een behandeling, zonder dat deze primair gericht is op revalidatie. Deze patiënten komen uit het ziekenhuis, maar soms ook vanuit huis. Door extramuralisering, vergrijzing en door de verdere specialisatie van ziekenhuizen tot diagnostisch-therapeutische centra, is het te verwachten dat deze groep aanzienlijk in omvang zal toenemen. Het betreft patiënten waarvoor de zorg op medisch inhoudelijke gronden moeilijk is af te bakenen van de geneeskundige zorg in de ZVW.



## 4. Revalidatie in maat en getal

### 4.1. Inleiding

Voor de uitwerking van de onderzoeksvragen was in het onderzoeksvoorstel een kwantitatief onderzoek voorzien. Dit onderzoek zou zicht moeten verschaffen op de volgende punten:

- ◆ De huidige omvang en verwachte ontwikkeling van kortdurend somatisch verblijf op basis van epidemiologische gegevens en demografische ontwikkelingen;
- ◆ De financiering: de huidige declarabele kosten in AWBZ en ZVW en mogelijke knelpunten.

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van het kwantitatieve onderdeel van het onderzoek. Gedetailleerde gegevens en een kritische bespreking van de resultaten en de gegevensbronnen zijn in de bijlagen 12 en 13 opgenomen.

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek toegelicht. Vervolgens wordt de epidemiologische modellering besproken. Daarna worden de analyses van de enquête en van de andere kwantitatieve gegevensbronnen beknopt besproken. Daarbij worden conclusies getrokken over de bruikbaarheid van de uitkomsten van het kwantitatief onderzoek voor de bepaling van de aard en omvang van de onder de AWBZ gefinancierde revalidatie. Tot slot wordt een schatting van de aantallen cliënten en de kosten ten laste van de AWBZ gepresenteerd.

### 4.2. Opzet kwantitatief onderzoek

Vanuit de achterliggende doelstelling van het onderzoek - het overhevelen van de curatieve zorg van de AWBZ naar de ZVW – werd het zinvol geacht om de focus van het kwantitatieve onderzoek vooral te richten op de kortdurende opnames op somatische grondslag in verpleeghuizen. De gegevens over de revalidatiezorg in revalidatiecentra zouden vooral moeten dienen als vergelijkings- en achtergrondmateriaal.

Na een uitgebreide inventarisatie van beschikbare bronnen bleek dat er geen informatiesysteem bestaat dat de benodigde gegevens kant-en-klaar kon leveren. Helaas bleek het ook niet mogelijk om de instroom in verpleeghuizen op basis van de indicatiestelling vast te stellen.

Wel bleken er gegevensbestanden te zijn die op bepaalde punten mogelijk zinvolle inzichten konden leveren. Op basis daarvan en van inzichten uit het kwalitatieve onderzoek is in overleg met de begeleidingsgroep de keuze voor de onderzoeksopzet gemaakt.

De beschikbare gegevensbestanden op basis waarvan is getracht inzicht te krijgen in de omvang van de revalidatie in verpleeghuizen en revalidatiecentra waren:

1. De Landelijke Medische Registratie (LMR) die Prismant voor de NVZ (Ned. Vereniging van ziekenhuizen) en de Orde van Medisch Specialisten bijhoudt;
2. De Landelijke Zorgregistratie Verpleging & Verzorging (LZV) in de periode 1998-2004 door Prismant voor Arcares bijgehouden;
3. De registratie van Revalidatie Nederland.

Daarnaast werd het noodzakelijk geacht om zelf een enquête onder de verpleeghuizen op te zetten om meer inzicht te krijgen in de praktijk van de kortdurende somatische opnames. De opzet en uitwerking van de enquête is uitgebreid besproken met de begeleidingscommissie. Voor het onderzoek werden de volgende patiëntencategorieën als het meest relevant geïdentificeerd: beroerte, electieve heupen en knieën, overige orthopedie, amputaties en overi-



ge kortdurende opnames op somatische grondslag. Vervolgens zijn bij de kwantitatieve analyse van de andere gegevensbestanden dezelfde patiëntencategorieën, al dan niet in combinatie, centraal gesteld.

### 4.3. Epidemiologische modellering

Bij de opzet van het onderzoek is gekozen voor het verkennen van de mogelijkheid om een schatting van de omvang van de consumptie van revalidatie te maken op basis van beschikbare epidemiologische gegevens. Deze gegevens zouden moeten dienen ter validering van de uitkomsten van het kwantitatieve onderzoek, op basis van de enquête en de gegevensbestanden. Aan dit idee lagen verschillende veronderstellingen ten grondslag. Er werd aanvankelijk verondersteld dat het aantal diagnosegroepen beperkt en duidelijk af te bakenen zou zijn. Daarnaast werd verondersteld dat de omvang van deze groepen en de gemiddelde behandelduur van de diagnosegroepen bekend zouden zijn. Helaas bleek de praktijk aanzienlijk weerbarstiger.

Elk van de drie aannames bleek in de verpleeghuispraktijk problematisch. De in de verpleeghuispraktijk geïdentificeerde patiëntencategorieën lieten zich – met uitzondering van de beroerten – niet eenvoudig in eenduidige diagnosegroepen vertalen. Daarnaast is er over de gemiddelde behandelduur van deze groep in verpleeghuizen weinig bekend. Al met al was de ontwikkeling van eenduidige epidemiologische modellen daarmee niet mogelijk.

Uit de beschikbare epidemiologische gegevens konden hooguit tendensen worden gedestilleerd die in de toekomst van invloed zijn op de ontwikkeling van de zorgconsumptie. De beroerten vormen een duidelijk afgebakende groep waarover veel studie is gedaan. Voor heupen en knieën geldt dat al aanzienlijk minder, ofschoon de tendensen in artrose, osteoporose en de ermee samenhangende heupfracturen van groot belang zijn. De groep overige orthopedie is veel minder duidelijk te vangen, ofschoon ook hierbij osteoporose en heupfracturen belangrijke groepen vormen. De amputaties vormen een zeer diverse groep waarbij alleen diabetes mellitus in enige omvang (circa 20%) voorkomt. De inschatting van de restcategorie is per definitie een hachelijke zaak.

Overigens zijn de effecten van epidemiologische en demografische tendensen over het algemeen lastig te kwantificeren omdat deze ook invloeden van andere factoren ondervinden. Vaak is het zelfs lastig om de uiteindelijke richting van de gezamenlijke effecten te bepalen. Los van bovengenoemde problematiek aan de vraagkant is wel duidelijk dat veranderingen in de medische uitvoeringspraktijk van grote invloed zijn op het 'aanbod' aan revalidatiecliënten, zowel positief als negatief. Het speculeren van de invloed hiervan op elk van de patiëntencategorieën is weinig zinvol.

Ondanks de hierboven beschreven reserves, is het niettemin zinvol om voor de verschillende patiëntencategorieën enkele globale epidemiologische trends te presenteren.

#### 4.3.1. Beroerte

Beroerte is een ernstige aandoening. De ouderdomsaandoening staat in de top-drie van de sterfte en de verloren levensjaren. De ziekte behoort eveneens tot de top-vijf van de ziekten met het hoogste verlies aan kwaliteit van leven.

De schattingen van de incidentie en prevalentie lopen uiteen. De VTV van 2006 geeft de volgende prevalenties voor 2003: 228.500 personen (111.100 mannen; 117.400 vrouwen). De incidentie bedraagt 33.700 personen (15.200 mannen; 18.500 vrouwen). De Nederlandse Hartstichting schat de incidentie van CVA's op ongeveer 41.000 gevallen per jaar. Sinds 2000 lijkt de relatieve prevalentie licht te stijgen. Nationaal Kompas geeft aan dat op basis van de demografische ontwikkelingen de absolute incidentie tussen 2000 en 2020 met



43,6% zal stijgen.

In 2004 bedroeg de totale sterfte aan CVA's 11.089 personen. De sterfte neemt al een aantal jaren af, onder meer door verbeterde diagnosestelling en behandeling. Het aantal ziekenhuisopnames is tussen 2000 en 2004 met 18% gestegen tot 34.721. Deze trend zal naar verwachting nog enige tijd doorzetten. Hierdoor zal het aantal te revalideren CVA-patiënten eveneens toenemen, wellicht in versterkte mate door het succesvol opereren van de 'stroke services'.<sup>20</sup> Anderzijds wordt nu al een aanzienlijk percentage van alle CVA's in ziekenhuizen behandeld. Daardoor zal op termijn de huidige groei afzwakken.

#### 4.3.2. Electieve heup- en knie operaties en overige orthopedie

De aantallen interventies worden beïnvloed door de toename in prevalentie van een aantal onderliggende oorzaken zoals (osteo-)artrose, osteoporose en het aantal valincidenten (heupfracturen). Ofschoon de schattingen uiteenlopen, gaat het daarbij om aanzienlijke aantallen:

- ◆ Artrose van heupen en knieën:
  - De VTV van 2006 stelt vast dat artrose behoort tot de top-drie van de meest voorkomende ziekten en tot de top-vijf van de ziekten met het hoogste verlies aan kwaliteit van leven. De VTV geeft een schatting van de prevalentie van 682.100 personen (223.000 mannen; 459.100 vrouwen).
  - Ziekenhuisopnamen: 28.828 (8.271 mannen; 20.567 vrouwen; LMR);
- ◆ Osteoporose:
  - Prevalentie volgens de VTV 2006: 156.100 (17.500 mannen; 138.600 vrouwen);
  - Op basis van het ERGO-onderzoek werden voor 2000 de volgende, eveneens aanzienlijke hogere, prevalenties aangenomen: 431.900 personen (87.700 mannen en 344.200 vrouwen).
- ◆ Incidentie heupfracturen: 17.400 (4.800 mannen; 12.600 vrouwen; VTV 2006).

Voor de beide ouderdomsaandoeningen artrose en osteoporose zijn de exacte oorzaken onduidelijk en is het belang van de verschillende (mogelijke) determinanten niet duidelijk. De beschikbare prevalentiecijfers zijn gebaseerd op extrapolaties van onderzoeksresultaten en lopen sterk uiteen. Helder is dat beide aandoeningen met de leeftijd sterk toenemen en dat het aanzienlijk meer voorkomt bij vrouwen. Men verwacht op afzienbare termijn weinig veranderingen in de relatieve incidentie- en prevalentiecijfers, mede doordat preventie en behandeling van beide aandoeningen nog in de kinderschoenen staan. Door de (dubbele) vergrijzing nemen de absolute incidentie- en prevalentiecijfers evenwel sterk toe. Naar verwachting stijgt het aantal personen met artrose of osteoporose in de periode 2000-2020 met ongeveer 30-40%. Deze stijging komt overeen met de algemene door de VTV 2006 veronderstelde vergrijzingseffecten.

Wellicht wordt de toename van het aantal valincidenten dat tot een heupfractuur leidt in de toekomst geremd door preventie, en vroegtijdige opsporing en behandeling van hoogrisicopatiënten, maar de effecten daarvan zijn vooralsnog onduidelijk. Naar verwachting zal de medische uitvoeringspraktijk een toename van het aantal (routinematige) interventies – met name de plaatsing van prothesen – blijven toenemen.

#### 4.3.3. Amputaties

De redenen om tot een amputatie over te gaan zijn divers. Hierdoor is het moeilijk om trends

<sup>20</sup> M.H. Jager-Geurts, R.J.G. Peters, S.J. van Dis, M.L. Bots. (2006). Hart- en vaatziekten in Nederland 2006: cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.



te presenteren. Uit de LMR-registratie bleek het relatieve belang van diabetes mellitus. Door de vergrijzing en de toename van de prevalentie van diabetes mellitus kan het aantal noodzakelijke amputaties toenemen. Daarentegen is er ook een tendens tot verbeterde opsporing en behandeling van diabetes waarneembaar. Het is vooralsnog onduidelijk welke invloed beide trends hebben op het toekomstige aantal amputaties.

#### 4.3.4. Overige kortdurende somatische opnames

Uit het kwalitatieve onderzoek bleek dat er naast de beroerte, de orthopedische cliënten en de amputaties nog een belangrijke restcategorie bestaat. Uit de enquête bleek dat ruim 90% van de verpleeghuizen die kortdurende somatische zorg aanbieden, ook in de een of andere vorm 'herstelzorg' aanbieden. Globaal gaat het daarbij om cliënten die na een operatie of een periode van malaise moeten herstellen. Vaak is daarbij sprake van co-morbiditeit. Bij een vijfde van de instellingen begint deze zorg al op een schakelafdeling in het ziekenhuis. Door zijn diversiteit is deze groep cliënten niet uit de LMR en de LZV te isoleren.

#### 4.4. Enquête onder de verpleeghuizen

De respons op de enquête onder de verpleeghuizen was met 176 geretourneerde enquêtes (53%) zeer bevredigend. Deze instellingen vertegenwoordigden 44% van het aantal toegelaten bedden. Men lijkt te hebben geprobeerd de vragen zo nauwgezet mogelijk te beantwoorden. De enquête leverde dan ook veel zinvolle uitkomsten en inzichten op. Helaas bleken de getalsmatige uitkomsten van de verpleeghuizen niet goed bruikbaar voor het verschaffen van inzicht in de aard en omvang van de revalidatie. De zeer matige informatiesystemen in de verpleeghuizen - 85% van de respondenten nam zijn toevlucht tot inschattingen - spelen daarbij een belangrijke rol.

De extrapolaties op basis van de enquêtes leidden tot cliëntenaantallen voor CVA's en amputaties die een factor drie tot vijf hoger uitkwamen dan de instroom vanuit de ziekenhuizen op basis van de LMR-gegevens. Het is zeer onwaarschijnlijk dat de cijfers voor de andere patiëntencategorieën een betrouwbaarder beeld geven.

Op basis van de gegevens van het beperkte aantal verpleeghuizen met een informatiesysteem kunnen wel cijfers worden gepresenteerd over de gemiddelde behandel- en verblijfsduur.

Categorie	Klinische behandelduur in dagen	Verblijfsduur in dagen
CVA-clieënten	73	84
Heup- en knieclieënten	37	48
Overige orthopedie	49	63
Amputaties	104	119
Overige kortdurende somatische opnames	83	87

**Tabel 6: Gemiddelde behandel- en verblijfsduur kortdurende opnames in verpleeghuizen**

#### 4.5. Analyse gegevensbestanden

Uit een gedetailleerde analyse (zie bijlage 13) blijkt dat de geraadpleegde registraties geen oplossing bieden voor de in de vorige paragraaf geschetste problemen ten aanzien van de het bepalen van de aard en omvang van de cliënten die op somatische grondslag kortdurend in een verpleeghuis verblijven. Gezien de sombere constatering over de informatiebron-





nen in de VTV 2006, lijken de in dit onderzoek geconstateerde problemen niet op zichzelf te staan.

Om verschillende redenen zijn de uitkomsten uit die registraties niet bruikbaar voor het deugdelijk inschatten van de aard en de omvang van de cliëntenstromen voor kortdurende opnames op somatische grondslag in verpleeghuizen. De registraties die voor dit onderzoek zijn geraadpleegd, zijn voor andere doeleinden opgezet. Zo bevat de LMR bijvoorbeeld de ontslagbestemming van een patiënt vanuit het ziekenhuis, maar geen gegevens over welke zorg er in die ontslagbestemming geleverd wordt. Daarnaast blijken de uitkomsten van de verschillende gegevensbestanden slecht op elkaar aan te sluiten. Voorbeeld zijn de ontslagen voor CVA's naar revalidatiecentra. In de LMR wordt voor 2004 een getal van 1.044 aangegeven, terwijl in de cijfers van Revalidatie Nederland 2.400 opnames zijn geregistreerd. Een belangrijke reden voor de 'mismatch' tussen de registraties zijn de verschillende diagnosecategorieën, de onduidelijke representativiteit en verschillende vormen van bias die moeilijk te kwantificeren zijn. Wel kunnen ze dienen ter validering van de enquêteresultaten en het opstellen van een beredeneerde inschatting van de aantallen cliënten.

In de toekomst zou de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR) mogelijk uitkomst kunnen bieden voor beleidsrelevant kwantitatief onderzoek. Tevens mag worden gehoopt dat men er in zal slagen om de 100%-dekking van de LMR in stand te houden.

#### **4.6. Schatting van het aantal cliënten en de kosten**

Ondanks de weinig betrouwbare resultaten uit de verschillende onderzochte gegevensbestanden en teleurstellende resultaten van de eigen enquête, is het toch niet onmogelijk om met behulp van deze resultaten tot een beredeneerde schatting te komen van het aantal cliënten dat op somatische grondslag kortdurend in een verpleeghuis verblijft. Deze schatting is in bijlage 13 nader onderbouwd en verantwoord.

Op basis van de beschikbare kwantitatieve gegevens, gecombineerd met de kwalitatieve geluiden uit het 'veld', bedroeg het aantal cliënten in 2004 waarschijnlijk tussen de 8.500 en 11.000. Hiervan wordt het aandeel van de niet-revalidatiecliënten op ongeveer een kwart geschat.

De schatting van het aantal cliënten kan worden gecombineerd met een inschatting van de gemiddelde zorgkosten per cliënt. Dit leidt tot een zeer globale schatting die eveneens in bijlage 13 is onderbouwd en verantwoord. Deze schatting resulteert in de verwachting dat er in 2004 met het kortdurende verblijf van de cliënten in verpleeghuizen waarschijnlijk een bedrag van 140 tot 175 miljoen euro gemoeid was, dat ten laste van de AWBZ is gebracht. Deze schatting is inclusief de CVA-toeslagen van 33 miljoen euro. In de schatting zijn evenwel de kosten die gemoeid zijn met het verblijf 'tussen het ziekenhuis en het verpleeghuis' niet opgenomen. Het bleek onmogelijk om zicht te krijgen op de kosten die voortvloeien uit de 'verkeerde-bed-regeling' en die van het verblijf op schakel- en transferafdelingen voor de revalidatiecliënten.

#### **4.7. Conclusie**

Het bepalen van de aard en omvang van de kortdurende somatische opnames in de verpleeghuizen is een lastig te verwezenlijken taak gebleken. Binnen de gekozen onderzoeksopzet zijn er geen absoluut betrouwbare resultaten bereikbaar.

Niettemin is het mogelijk gebleken om door het combineren van de verschillende gegevensbronnen tot een zinvolle schatting van de aard en de omvang van de kortdurende somatische opnames te komen. In het verlengde hiervan bleek het ook mogelijk om een globaal kostenbeslag op te stellen.



## 5. Beschouwingen en Conclusies

### 5.1. Intenties van rijksbeleid

Hoofdlijn van het rijksbeleid is dat de Zorgverzekeringswet betrekking heeft op de zorg die is gericht op genezing, terwijl de AWBZ eigenlijk bedoeld is voor zorgvormen die betrekking hebben op langdurige, zware onverzekerbare zorg. In het recent uitgebrachte rapport over de toekomst van de AWBZ van een interdepartementale beleidsgroep, wordt onder andere gedacht aan overheveling van alle zorg op somatische grondslag voor de doelgroep ouderen.<sup>21</sup> Het kabinet heeft naar aanleiding daarvan recentelijk aangegeven dat op korte termijn geen grote wijzigingen in het stelsel van AWBZ en ZVW zullen worden voorgesteld. Wel zal er onderzoek worden gedaan als voorbereiding op mogelijke overheveling van onderdelen in de toekomst.

Het rijksbeleid is er tevens op gericht het verblijf in ziekenhuizen van medisch-specialistisch uitbehandelde patiënten te beperken.<sup>22</sup> Een deel van deze patiënten komt in aanmerking voor een AWBZ-indicatie verblijf. Ziekenhuizen krijgen echter slechts bij uitzondering een AWBZ-toelating.<sup>23</sup> Als intramurale instellingen voor AWBZ-zorg onvoldoende capaciteit hebben, verdient het de voorkeur dat de ziekenhuizen afspraken maken met deze instellingen over het tijdelijk verblijf. Daardoor zijn in de praktijk zogenaamde transfer- of schakelafdelingen ontstaan onder de verantwoordelijkheid en de toelating van de instelling voor AWBZ-zorg. Welke categorieën patiënten op dit moment gebruik maken van deze transfer- of schakelafdelingen is niet scherp gedefinieerd. Het voornemen om de curatief gerelateerde zorg vanuit AWBZ over te hevelen naar de ZVW komt aan dit afbakeningsprobleem tegemoet.

### 5.2. Enkele aanbevelingen vanuit het veld

Op 29 juni 2006 heeft het CVZ een werkconferentie georganiseerd met betrekking tot het thema revalidatie. Een veertigtal personen uit de praktijk van de revalidatie en van koepelinstellingen hebben daaraan deelgenomen (zie bijlage 5 voor de deelnemerslijst). In deze paragraaf worden een aantal conclusies aangegeven over de thema's die in de werkgroepen zijn bediscussieerd.

#### Het begrip 'revalidatie'

In de praktijk van alledag wordt het begrip revalidatie breed gebruikt. Wanneer revalidatie in de regelgeving zou worden opgenomen, is het van belang een grens te stellen aan de 'gespecialiseerde' revalidatie (revalidatiezorg), vanwege de (in principe) onbeperkte vraag. Daarbij moet gezocht worden naar een evenwicht tussen inhoud van zorg, kwaliteit en kosten.

Elementen voor een mogelijke definitie in de praktijk zouden kunnen zijn: de mogelijkheid van verbetering van beperkingen en participatieproblemen, de mate van leerbaarheid en

<sup>21</sup> Toekomst AWBZ, Eindrapportage van de werkgroep Organisatie romp AWBZ, interdepartementaal Beleidsonderzoek, juni 2006 en het Kabinetsstandpunt dienaangaande.

<sup>22</sup> Uit: toelichting invoering Wet Toelating Zorginstellingen

<sup>23</sup> Het betreft verzekerden met een somatische dan wel psychogeriatrische aandoening of beperking, die een indicatie hebben voor behandeling en verblijf, als omschreven in de artikelen 8 en 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, waarbij het voortgezet verblijf plaats heeft in directe aansluiting op een klinische opname in het ziekenhuis en, waarbij het voortgezet verblijf van tijdelijke aard is, en uitsluitend het gevolg is van een tekort aan definitieve plaatsingsmogelijkheden in instellingen die op redelijke afstand zijn gelegen van de woonplaats van verzekerde. De zogenaamde wachttijdoverbrugging.



trainbaarheid, het aanbieden van de behandeling in een specifieke therapeutische setting, het gaat om multidisciplinaire complexe zorg. Het blijft overigens de vraag of een goed bruikbare definitie te vinden is.

Mocht een definitie worden ontwikkeld, dan wordt aanbevolen de diverse beroepsgroepen daarbij te betrekken, zodat de definitie aansluit bij de praktijk van de revalidatie zoals die nu plaatsvindt in revalidatiecentra, revalidatieafdelingen in ziekenhuizen en verpleeghuizen.

### **Het onderscheid tussen kortdurende en langdurige revalidatie**

Men kan, na een diagnostische fase, in de regel wel de duur van behandeling inschatten. In verzekeringstechnisch opzicht is het niet zinnig een onderscheid te maken tussen kort- en langdurende revalidatie. Wel kan men in een soort DBC-achtige systematiek de gemiddelde duur van behandeling per categorie afspreken. De prognose na de diagnostische fase zou dan leidend kunnen zijn voor de duur van de behandeling.

### **De kwaliteit van revalidatie in de verpleeghuissector**

Er is geen reden aparte kwaliteitseisen voor revalidatie in verpleeghuizen in de regelgeving op te nemen. Wel zou de branche zelf kwaliteitseisen moeten ontwikkelen. Elementen daarbij zijn onder andere de continuïteit van zorg en het werken volgens richtlijnen gebaseerd op internationale standaarden en evidence based, het structureel werken volgens een behandelplan, en het aantal patiënten dat wordt behandeld.

### **De keten- en netwerkzorg**

Het is van groot belang voor de patiënt de keten- en netwerkzorg te stimuleren. De ervaring van CVA-netwerken en orthopedie-straten leert dat hierdoor betere resultaten van zorg mogelijk zijn. Bestaande knelpunten zijn o.a.: de financiering van de schakels van de keten; de logistieke planning die afhankelijk is van het (wisselende) aanbod; de doorstroom naar chronische plaatsen; de ongelijkheid in eigen bijdrage vanwege verschillende financieringsregimes; de coördinerende rol van de huisarts bij ontslag vanuit het ziekenhuis direct naar huis; gemeenten (WMO) die niet gewend zijn in zorgketens te werken.

Een mogelijke oplossing zou kunnen liggen in het ontwikkelen van ketenfinanciering volgens de DBC-systematiek. Een andere suggestie is om het geld de patiënt te laten volgen, onafhankelijk wie de zorg levert.

### **Afbakening tussen ZVW en AWBZ**

Een vast tijds criterium (bv. drie of zes maanden) formuleren in de regelgeving lijkt niet de aangewezen weg. Men zou na ongeveer drie weken wel de prognose kunnen aangeven, die dan leidend wordt voor het stellen van de revalidatietermijn. Essentieel is niet zozeer een absolute termijn als wel de verwachting of de patiënt weer in een redelijke mate van zelfstandigheid naar zijn oude woonomgeving kan terugkeren.

## **5.3. Samenvatting van onderzoeksresultaten**

Vanuit het uitgevoerde onderzoek kunnen we een aantal conclusies trekken. Daarbij wordt een indeling gemaakt volgens de oorspronkelijke vraagstelling.

### **De aanspraak in AWBZ en ZVW**

De oorspronkelijke vraag luidde: Hoe verhoudt zich de huidige aanspraak in de AWBZ tot de aanspraak in de ZVW; waar zitten de knelpunten?

- ◆ De regelgeving rond ZVW en AWBZ sluit niet goed op elkaar aan. Het verschil tussen 'geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'



- (ZVW) en 'medisch-specialistische behandeling' (AWBZ) is niet duidelijk.
- ◆ Vraag blijft ook of geneeskundige zorg van algemene medische aard of de behandeling van specialistisch-paramedische aard (AWBZ) niet feitelijk hetzelfde zijn als de geneeskundige zorg zoals omschreven in de ZVW (zorg zoals huisartsen die plegen te bieden ..... alsmede paramedische zorg).
  - ◆ De Ziekenfondswet is vervallen. De status van de destijds daarop aansluitende landelijke richtlijn Indicatiestelling Revalidatiezorg is momenteel onduidelijk. In de door ZN ontwikkelde modelovereenkomst bij de ZVW wordt de oude omschrijving van revalidatiezorg weliswaar weer ingevoerd, maar het is de vraag in hoeverre alle zorg die door revalidatiecentra en revalidatieafdelingen in ziekenhuizen wordt geleverd ook inderdaad onder de huidige aanspraak valt zoals geformuleerd in de ZVW. De door de branche opgestelde DBC's moeten nog door het CVZ worden getoetst. Overigens is de omschrijving in de modelovereenkomst niet geheel in overeenstemming met de huidige wetgeving rond de erkenning van zorginstellingen (WTZ).
  - ◆ Vanuit het perspectief van kwaliteit van zorg is het van belang een integrale keten- of netwerkbenadering te stimuleren voor zover meerdere disciplines en/of organisaties betrokken zijn bij de zorg. De zorg in CVA-netwerken is hiervan een goed voorbeeld. Financiering vanuit één verzekeringsregiem kan de afstemming faciliteren.
  - ◆ Vanuit rechtsgelijkheid (eigen risico en/of eigen bijdrage) en duidelijkheid voor patiënten is het van belang de aanspraken dusdanig te formuleren dat er een heldere afbakening ontstaat tussen AWBZ en ZVW.
  - ◆ Er bestaat in de praktijk een diversiteit aan handelwijzen rond de transfer van bepaalde categorieën patiënten vanuit het ziekenhuis naar verpleeghuizen. De gemiddelde opnameduur in het ziekenhuis verschilt lokaal. Daarbij bestaat er een beweging die de gemiddelde ziekenhuisopname verder bekort. Vanwege de invoering van de DBC-systematiek lijkt het aanbevelenswaardig daarover per DBC afspraken te maken, zodat duidelijk is welke opnameduur vanuit het DBC wordt gefinancierd.

### Criteria voor trajectkeuze

De oorspronkelijke vraag luidde: Welke criteria (richtlijnen) worden gehanteerd voor revalidatie onder leiding van een revalidatiearts dan wel de revalidatie in het somatisch verpleeghuis?

- ◆ De revalidatiebranche gebruikt voor de criteria om iemand in behandeling te nemen de landelijke richtlijn Indicatiestelling Revalidatiezorg. Criteria zijn: complexe of ingrijpende beperkingen, meervoudige en complexe revalidatiedoelen, de verwachte mate van herstel, leerbaarheid, zicht op terugkeer naar de eigen woonsituatie.
- ◆ In verpleeghuizen wordt een aantal vormen van behandeling gegeven die, al dan niet met verblijf, als revalidatie kunnen worden aangemerkt. Voor een deel is deze zorg vergelijkbaar met de revalidatiezorg zoals die in de oude Ziekenfondswet was gedefinieerd (patiënten met een beroerte), met uitzondering van het feit dat verpleeghuizen geen erkenning hebben als revalidatiecentrum en de behandeling niet onder leiding staat van een revalidatiearts.
- ◆ Voor een belangrijk deel hanteert het CIZ criteria voor de revalidatie van patiënten met een beroerte en na electieve orthopedie die overeenkomen met de criteria van de landelijke richtlijn Indicatiestelling Revalidatiezorg: belastbaarheid voor het volgen van een intensieve therapie, leerbaarheid, perspectief op naar huis gaan, de noodzaak tot multidisciplinaire zorg. Bij opname in een verpleeghuis is meestal sprake van belangrijke co-morbiditeit.



- ◆ De trajectkeuze voor revalidatiezorg of verpleeghuis wordt in de praktijk naar ieders tevredenheid toegepast.

### **Patiëntencategorieën, omvang en groei**

De oorspronkelijke vraagstelling luidde: Welke patiënten categorieën worden op dit moment gerevalideerd vanuit de AWBZ (somaatich verpleeghuuszorg), en welke vanuit de ZVW, wat is de huidige omvang en de verwachte groei (aantallen, duur en kosten)?

- ◆ Bij kortdurende opnames op somatische grondslag in verpleeghuizen kan een onderscheid worden gemaakt tussen patiënten die primair voor revalidatie worden opgenomen en de patiënten die om andere redenen in het verpleeghuis worden behandeld. De groep die wordt opgenomen voor revalidatie is verreweg het grootst. Het gaat in het merendeel om patiënten voor revalidatie na een beroerte of een chirurgische/orthopedische ingreep.
- ◆ De groep patiënten met een beroerte die voor revalidatie in een verpleeghuis wordt opgenomen wordt geschat op 3.000 patiënten per jaar. Door verdere samenwerking in stroke services en een stijgende vraag naar thuiswonen, is de verwachting dat deze groep sterker zal groeien dan op demografische gronden mag worden verwacht. Vanwege een recentelijk ingezette afname van hart- en vaatziekten in Nederland kan deze stijging op middellange termijn stabiliseren.
- ◆ De groep patiënten die na een chirurgische ingreep in een verpleeghuis wordt gerevalideerd is groeiende. Bij een grove schatting gaat het om ongeveer 4.500 patiënten per jaar. De huidige groei wordt veroorzaakt door epidemiologische factoren (veroudering), een toegenomen vraag (patiënten stellen hogere eisen) en een verbeterd aanbod in ziekenhuizen (electieve knie- en heupprothesen!). Door verbetering van de revalidatie in verpleeghuizen is de verwachting dat deze groep met een hoger tempo zal stijgen dan op demografische factoren alleen mag worden verwacht.
- ◆ De patiënten die kortdurend worden opgenomen in verpleeghuizen zonder de primaire doelstelling revalidatie betreft een diversiteit aan patiëntencategorieën. Hierbij bestaat een glijdende schaal van intensieve behandeling tot opnames waarbij vooral sprake is van verpleging/verzorging. Vanwege de verdere specialisatie van ziekenhuizen en extramuralisering van de chronische zorg, is de verwachting dat het aantal opnames de komende jaren sterker zal toenemen dan alleen op demografische gronden mag worden verwacht.
- ◆ Op basis van de beschikbare kwantitatieve gegevens en de kwalitatieve geluiden uit het 'veld' bedraagt het aantal kortdurende opnames in verpleeghuizen op somatische grondslag waarschijnlijk tussen de 8.500 en 11.000. Hiervan bedraagt het aandeel van de niet-revalidatiecliënten ongeveer een kwart.
- ◆ Met het kortdurende verblijf van de cliënten in verpleeghuizen is waarschijnlijk een bedrag van 140 tot 175 miljoen euro gemoeid dat ten laste van de AWBZ wordt gebracht. Dit is inclusief de CVA-toeslagen van 33 miljoen euro (2005).

### **Diversen**

- ◆ Het begrip 'revalidatie' wordt breed gebruikt. Als in het kader van de ziektekostenverzekeringen het begrip 'revalidatie' wordt gedefinieerd, dan moet rekening worden gehouden met de huidige praktijk. Het is wenselijk in de regelgeving geen onderscheid te maken tussen revalidatie in revalidatiecentra en in verpleeghuizen, zodat alleen op inhoudelijke gronden een keuze kan worden gemaakt over het vervolgtraject.
- ◆ De huidige registraties in ziekenhuizen en verpleeghuizen zijn incompleet, waardoor een betrouwbare schatting van het aantal huidige patiënten een hachelijke zaak is.



## 5.4. Aanspraak in beweging

### 5.4.1. Om welke patiënten gaat het?

Bij het nadenken over een andere inrichting van de zorg is het van belang de patiënt in het vizier te houden. Om welke groepen gaat het in de verpleeghuizen?

1. **Revalidatie** van redelijk omschreven groepen, die gezamenlijk ongeveer 75% van de kortdurende somatische opnames betreffen: CVA-patiënten, orthopedie, traumatologie, amputaties. Voor deze groepen bestaan veelal vaste afspraken tussen diverse zorgaanbieders. Vaak is sprake van somatische en/of psychogeriatrische co-morbiditeit. In de huidige praktijk levert dit niet veel problemen op. De financiering volgt op dit moment nog de vanouds bestaande wegen. De regelgeving is echter niet altijd even duidelijk.
2. **Revalidatie** van een diversiteit aan andere groepen, waarbij de zorg in de regel niet in keten- of netwerkafspraken is georganiseerd. Patiënten worden wel met de doelstelling revalidatie opgenomen. Deze patiënten zijn in het uitgevoerde onderzoek ondergebracht bij de groep 'diversen'. De behoefte aan revalidatie van deze groep is moeilijk in kaart te brengen vanuit bestaande registraties. Het is ook onduidelijk in hoeverre hier sprake is van een verschuiving van ZVW naar AWBZ.
3. **Geén revalidatie**, maar wel opname op somatische grondslag. Een groeiende groep, die om diverse redenen kortdurend wordt opgenomen. De reden van opname is divers: onduidelijkheid over de prognose en een definitieve trajectkeuze, het ontbreken van een plek elders, de tijdelijke opname vanwege een intercurrente ziekte thuis, het uitzieken na een opname in het ziekenhuis voor een diversiteit aan aandoeningen, enz.

### 5.4.2. Mogelijke oplossingsrichtingen

Vanzelfsprekend moeten vragen rond de interpretatie en aanscherping van de huidige teksten worden opgelost. Als dat is gebeurd, staan er diverse opties open om revalidatie alleen dan wel samen met andere onderdelen van de kortdurende curatieve zorg op somatische grondslag van AWBZ naar ZVW over te hevelen.

#### **De korte termijn: uitleg over het begrip behandeling in de AWBZ**

Door de invoering van de ZVW per 1-1-2006 is het noodzakelijk geworden de regelgeving in de AWBZ daarop af te stemmen. In de AWBZ zou men het begrip behandeling kunnen interpreteren als "geneeskundige zorg die niet valt onder de ZVW". Door uitleg over deze interpretatie hoeft men in principe niets over te hevelen. Het betekent verduidelijking van de begrippen 'medisch-specialistische behandeling, specialistisch-paramedische behandeling en geneeskundige zorg van algemene medische aard' in het huidige BZA. Dit vormt echter geen oplossing voor de toenemende verschuiving van ZVW naar AWBZ voor wat betreft de bovengenoemde groepen 2 en 3, waarvoor de grens niet helder is gedefinieerd.

#### **Experimentele tussenvoorziening**

Vanuit de praktijk is de suggestie gedaan voor een experiment, waarbij de huidige schakelafdelingen in ziekenhuizen worden omgevormd tot een echte tussenvoorziening. Een afdeling waaraan zowel een revalidatiearts als een verpleeghuisarts wordt verbonden, en eventueel ook een klinisch geriater. Er kan reeds worden gestart met de eventueel noodzakelijke revalidatie. De opnameduur wordt beperkt tot enkele weken, maar moet voldoende zijn om nadere diagnostiek te doen en te bepalen welk vervoltraject patiënt het beste zou kunnen volgen. Financiering zou kunnen via een apart te ontwikkelen DBC. Een dergelijk experiment lost weliswaar de overhevelingsproblematiek niet op, maar schept wel de mogelijkheid voor een beter inzicht van de behoefte aan zorg van een nu vaag omschreven groep. Het biedt tevens de mogelijkheid van een structurele samenwerking tussen revalidatiebranche en ver-



pleeghuizen, waardoor er gezamenlijk kan worden gewerkt aan ontwikkeling van de zorg, waaronder een gezamenlijk indicatieprotocol voor revalidatie.

### **Overheveling van alleen ‘revalidatie’ patiënten**

Vanzelfsprekend blijft bij een overheveling van alleen de revalidatiepatiënten de grensproblematiek tussen ZVW en AWBZ wat betreft groep 3 (de groep overige kortdurende opnames) bestaan. Een dergelijke overheveling heeft wel de nodige gevolgen voor de verpleeghuizen die op dat moment met twee verschillende financieringsregimes worden geconfronteerd.

Bij regulering van de overheveling kan men in twee richtingen denken:

#### **Optie 1: Herlezing van de huidige regelgeving**

Men zou de huidige ZVW als volgt kunnen lezen: “verpleeghuisartsen en paramedici leveren geneeskundige zorg zoals die in de ZVW omschreven is voor die patiënten die met de doelstelling revalidatie worden opgenomen”. Verpleeghuisartsen en paramedici leveren dan zorg die al in functionele termen in de ZVW is opgenomen. Op die manier zou de groep ‘revalidatieopnames’ worden overgeheveld van AWBZ naar ZVW. Voor deze doelgroep is niet de ‘chronische care’ deskundigheid van de verpleeghuisarts van belang, maar zijn kennis van de oudere mens in relatie tot diens functioneren in zijn/haar omgeving (groepen 1 en 2). De groep ‘overige zorg’ blijft daarmee in de AWBZ. Voor een dergelijke redenering is geen wetswijziging nodig, wel een wijziging van de manier waarop de huidige wet op dit moment wordt geïnterpreteerd. De medisch-specialistische zorg in de AWBZ wordt dan beperkt tot ‘chronische care-behandeling’. Het begrip ‘revalidatie’ wordt niet nader gedefinieerd.

#### **Optie 2. Invoering van het begrip ‘revalidatie’ in de ZVW**

Bij deze optie moet de AMvB bij de ZVW worden aangepast. Daarbij is het van belang een definitie te kiezen die geen onderscheid maakt tussen de oude ‘revalidatiezorg’ en de revalidatie die in verpleeghuizen wordt gegeven. Wel moet deze vorm van revalidatie worden onderscheiden van de revalidatie zoals die in de eerste lijn en door medisch-specialisten niet-revalidatieartsen wordt gegeven. Een tentatieve definitie zou kunnen luiden:

*“Revalidatie is integrale zorg van geneeskundige, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard door een multidisciplinair team verbonden aan een zorginstelling gericht op het opheffen of verminderen van stoornissen, beperkingen en/of het bevorderen van participatie met als uiteindelijke doel beter te kunnen functioneren in een al dan niet aangepaste eigen woonomgeving”.*

Gevolg van deze optie is het overhevelen van een groot deel van de huidige kortdurende opnames van AWBZ naar ZVW. Het kan een stimulans betekenen voor betere samenwerking en afstemming tussen ziekenhuizen, revalidatiecentra en verpleeghuizen. De grensproblematiek wordt voor de grootste groepen opgelost. De duur van revalidatietrajecten kan in contracten tussen zorgverzekeraars en aanbieders worden vastgelegd. Keten- en/of netwerksamenwerking kan via de contractering worden gestimuleerd. Tevens zou het een oplossing kunnen bieden voor het vraagstuk van de diverse disciplines die in de revalidatie werkzaam zijn, maar mogelijk niet onder de huidige aanspraak van paramedische zorg in de ZVW kunnen worden gevat.

#### **Het overhevelen van alle kortdurende behandelingen op somatische grondslag**

Als men niet specifiek iets voor revalidatiepatiënten zou willen regelen, is het ook mogelijk om alle kortdurende somatische zorg in de V&V sector (en eventueel ook de gehandicaptensector) over te hevelen van AWBZ naar ZVW. Alle vormen van behandeling waarvan de verwachting is dat het minder dan drie tot zes maanden zal duren, worden onder de ZVW



gebracht. Een helder criterium, waarmee automatisch de huidige revalidatiepatiënten in de verpleeghuizen onder de ZVW worden gebracht. Door eventueel ook andere functies zonder verblijf over te hevelen, komt een betere integratie van zorg in de eerste lijn in het verschiet. Een dergelijke overheveling heeft echter verstrekkende gevolgen en vereist een aanpassing van de regelgeving. Daarbij is het aan te bevelen ook de gevolgen voor de zorg op de grondslag psychogeriatricie en de gehandicaptenzorg in kaart te brengen.

Deze laatste manier van overhevelen sluit overigens het invoeren van het begrip 'revalidatie' in de ZVW niet uit.

## 5.5. Conclusies

Het onderscheid tussen geneeskundige zorg in de ZVW en de functie behandeling in de AWBZ is niet scherp. Dit leidt enerzijds tot rechtsongelijkheid voor cliënten (eigen bijdrage en eigen risico), anderzijds tot een onduidelijke afbakening met betrekking tot de aanspraak en financiering.

In verpleeghuizen worden veel patiënten gerevalideerd in aansluiting op een ziekenhuisopname; de belangrijkste groepen zijn patiënten met een beroerte, patiënten na een electieve orthopedische ingreep, overige patiënten na een chirurgische ingreep (amputaties, traumatologie e.d.) en een groep diversen. De revalidatie van deze patiënten komt als soort zorg overeen met de zorg die andere patiënten gefinancierd krijgen vanuit de ZVW. Het belangrijkste verschil tussen de twee groepen is niet de revalidatie op zich, maar de noodzaak voor het volgen van de behandeling in een specifieke therapeutische setting. De indicatiecriteria voor revalidatie in revalidatiecentrum of verpleeghuis zijn voor een belangrijk deel identiek; de revalidatie in revalidatiecentra is echter vaker complex en patiënten moeten in staat zijn een hoog tempo van behandeling te volgen. Daardoor zijn er gemiddeld wel degelijk twee verschillende groepen te onderscheiden.

De kwantiteit van de revalidatie in verpleeghuizen is vanuit bestaande gegevensbronnen niet betrouwbaar in te schatten. Het gaat echter om aanzienlijk aantal patiënten van in totaal 8.500 – 11.000 opnames per jaar. Om diverse redenen kan worden verwacht dat er de komende jaren een toename zal plaatsvinden die groter is dan de groei die op demografische gronden kan worden geschat.

Over de revalidatie zoals die in Nederland is gegroeid bestaat tussen de twee belangrijkste betrokken sectoren (verpleeghuizen en revalidatiecentra) een redelijke consensus. Betrokken sectoren lijken bereid om gezamenlijk te werken aan verdere afstemming en verbetering.

In verpleeghuizen worden naast de opnames voor revalidatie, ook een groep patiënten kortdurend opgenomen om andere redenen. Deels betreft dit patiënten op schakelafdelingen in ziekenhuizen. De indruk bestaat dat deze groep flink groeiende is, maar binnen het kader van het onderhavige onderzoek kon dit niet cijfermatig worden onderbouwd.





## 6. Aanbevelingen aan het CVZ

- ◆ Het verdient aanbeveling om een standpunt in te nemen aangaande de aanspraken in de huidige teksten in ZVW en AWBZ en dit standpunt duidelijk naar het veld te communiceren. De gebruikte terminologie in ZVW en AWBZ leidt gemakkelijk tot verwarring, waardoor het niet altijd duidelijk is welke aanspraak in welke wet wordt gedekt. Harmonisatie van de gebruikte terminologie is gewenst.
- ◆ Het is vanuit verzekeringstechnisch oogpunt gewenst om de gemiddelde opnameduur per DBC vast te leggen, zodat duidelijk is vanaf welk moment na ziekenhuisopname patiënten eventueel een beroep kunnen doen op de AWBZ voor een aansluitende opname.
- ◆ Het is aan te bevelen de revalidatie in verpleeghuizen als aanspraak onder de ZVW te brengen. Het is te overwegen daarbij tegelijkertijd het begrip 'revalidatie' in de ZVW te introduceren.
- ◆ Het verdient aanbeveling nader onderzoek te doen naar de groeiende groep patiënten op schakelafdelingen, teneinde zicht te krijgen op het soort patiënten en de reden van opname.
- ◆ Het is aan te bevelen een experiment te starten waarbij schakelafdelingen tussen ziekenhuis en verpleeghuis gaan fungeren als een tussenvoorziening voor verdere diagnostiek en trajectkeuze voor de verdere behandeling. In een dergelijke afdeling zouden revalidatieartsen en verpleeghuisarts structureel moeten samenwerken. Tevens moet een dergelijke afdeling de mogelijkheid hebben om al te starten met een eventueel noodzakelijke revalidatiebehandeling. Het verdient overweging voor de financiering een aparte DBC te introduceren.
- ◆ Teneinde het mogelijk te maken om vanuit systematisch bijgehouden registraties inhoudelijke beleidskeuzes te onderbouwen, verdient het aanbeveling om bestaande registraties beter op elkaar te laten aansluiten, om de volledigheid van bestaande registraties te bevorderen en om gegevens in de registraties op te nemen met betrekking tot de reden van opname, de gezondheidstoestand van patiënten en de inhoud van de geleverde zorg.
- ◆ Onderzocht moet worden hoe de financieringssystematiek kan bijdragen aan het stimuleren van samenwerking, keten- en netwerkvorming voor patiënten die in aanmerking komen voor revalidatie.





## **BIJLAGEN**





## Bijlage 1. Onderzoeksopzet

Het onderzoek heeft zich op vier aspecten gericht, namelijk:

- ◆ Verstrekkingstechnisch/juridisch: de aanspraak in ZVW en AWBZ
- ◆ Medisch inhoudelijk: welke zorg wordt geleverd in termen van zorgarrangement/behandelplan.
- ◆ Financiering: de huidige declarabele kosten in AWBZ en ZVW en mogelijke knelpunten.
- ◆ Huidige omvang en verwachte ontwikkeling op basis van demografische factoren en epidemiologische gegevens.

Gegeven de doelstelling van het CVZ zijn vier clusters van onderzoeksvragen aan de orde:

### 1. *Revalidatiezorg in de praktijk*

- Welke patiëntencategorieën of -profielen zijn in relatie tot de revalidatiezorg te onderscheiden binnen de ZVW en de AWBZ;
- Welke disciplines zijn bij deze vormen van revalidatie betrokken en hoe zijn de onderlinge verantwoordelijkheden geregeld;
- Wat voor aantallen van cliënten betreft het en welke kosten zijn daarmee verboden;
- Welke vormen en intensiteiten van revalidatie (klinisch, dagbehandeling, ambulante) zijn in de verschillende settings te onderscheiden;
- Wat zijn de criteria (richtlijnen, protocollen) en wie zijn de verwijzers voor verwijzing naar of indicatiestelling voor het revalidatiecentrum en het verpleeghuis;
- Welke functies worden geïndiceerd voor revalidatie bij dagbehandeling of opname van cliënten in het verpleeghuis;
- Is er sprake van een gemiddeld en uniform patroon in Nederland, voor wat betreft de doorverwijzing naar en de verdeling tussen revalidatiecentra en verpleeghuizen; Wat is de verwachting omtrent de volumeontwikkelingen.

### 2. *Revalidatiezorg in de wet en regelgeving*

- Op welke wijze is revalidatiezorg in de ZFW geregeld;
- Op welke wijze is revalidatiezorg in de ZVW geregeld c.q. bedoeld;
- Toetsing van de strekking en de betekenis van de Modelovereenkomst Zorgverzekeringswet;
- Op welke wijze is revalidatiezorg in somatische verpleeghuizen ingebed in de functiegerichte aanspraken conform de AWBZ;
- Hoe verhouden de huidige AWBZ-aanspraken zich tot de toekomstige aanspraak ZVW, waar zitten de knelpunten.

### 3. *Visies uit het veld*

- Welke visie hebben (de wetenschappelijke verenigingen van) verwijzende beroepsbeoefenaren;
- Welke visie hebben (de wetenschappelijke verenigingen van) revalidatieartsen, verpleeghuisartsen en eventuele andere beroepsgroepen;
- Welke visie hebben de koepels van ziekenhuizen, revalidatiecentra en verpleeghuizen;
- Welke visie hebben cliënten- en patiëntenorganisaties;
- Welke visie hebben het CIZ, het ministerie van VWS, de zorgverzekeraars / zorgkantoren en het CVZ.



#### 4. *Conclusies*

- Vanuit de kwantitatieve en kwalitatieve gegevens omtrent de huidige zorg (eerste cluster onderzoeksvragen) analyseren van overlap en onderscheid tussen AWBZ en ZVW. Hierbij ligt de nadruk op het medisch inhoudelijke aspecten.
- Het schatten van de volumeontwikkeling (aantallen, kosten en duur) bij ongewijzigd beleid.
- Het identificeren van problemen van verstrekkingstechnische en financieringstechnische aard vanuit enerzijds de wet- en regelgeving (tweede cluster) en anderzijds gesprekken met het veld (derde cluster).
- Het signaleren van knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen (voor zover van toepassing) gezien de mogelijke veranderingen in regelgeving van de AWBZ rond de begeleidingsfuncties en in behandeling



## **Bijlage 2. Deelnemers begeleidingsgroep**

- ◆ Mevr. M.J.A. van Eindhoven, arts M&G, adviseur CVZ, voorzitter
- ◆ De heer Dr. R. van Balen, verpleeghuisarts Verpleeghuis Antonius Binnenweg Rotterdam
- ◆ De heer J.W. Schouten, arts M&G, adviseur Zorgverzekeraars Nederland
- ◆ Mevr. C. van Everdingen, arts M&G, indicatieadviseur CIZ
- ◆ De heer C. Pijls, Lid Raad van Bestuur Revalidatiecentrum Leijpark, namens RN
- ◆ Mevr. Dr. L. Heijnen, revalidatiearts De Trappenberg Huizen, voorzitter van de WCN, namens de VRA
- ◆ De heer drs. A.M. Hopman, beleidsmedewerker CVZ
- ◆ Mevr.mr. A.M.J. le Cocq d'Armandville, beleidsmedewerker CVZ
- ◆ Mevr. Dr. M.S.L. Plokker, arts adviseur CVZ
- ◆ De heer A. Eyck MA Msc, ETC Tangram
- ◆ De heer Dr. P.B.G. Peerenboom CMC, ETC Tangram
- ◆ De heer drs. J. Spek, ETC Tangram



### Bijlage 3. Gebruikte literatuur

- ◆ Balen, R. van. (2003). *Hip Fracture in the Elderly, Impact, Recovery, and Early Geriatric Nursing Home Rehabilitation*. Proefschrift Rotterdam 2003.
- ◆ Benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen 2004/2005. Prestaties van zorgaanbieders gemeten. Algemeen rapport. (2005). Utrecht: Arcares.
- ◆ Besluit Zorgverzekering, 18 juni 2005.
- ◆ Besluit Zorgaanspraken AWBZ 25 oktober 2002, bijgewerkt na inwerkingtreding van de ZVW.
- ◆ CBO. (2001). Richtlijn Beroerte.
- ◆ Zorgzwaartoeslag voor orthopediepatiënten met reactiveringszorg, CTG brief aan AWBZ-instellingen, december 2005.
- ◆ Circulaire CTG/ZAio. Beleidsregels Verpleging & Verzorging, 6 december 2005.
- ◆ CIZ. (2005). Handboek Standaard Indicatieprotocollen.
- ◆ Commissie CVA-Revalidatie. (2001). Revalidatie na een beroerte. Richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.
- ◆ CVZ. (2003). Functiegerichte aanspraken, Een gids voor uitleg in de praktijk.
- ◆ Cools, H.J.M. (2005). 'Stroke-services toenemend effectief.' *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2005 149 nr 42.
- ◆ Cools, H.J.M. & J.W.A. Swen. (2001). 'Minder sterfte en meer zelfredzaamheid.' *Medisch Contact* 2001, 56 nr 20.
- ◆ Exel, N.J.A. van, e.a. (2003). 'Costs of stroke and stroke services: determinants of patient costs and a comparison of costs of regular care and care organised in stroke services.' *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2003, 1.
- ◆ Exel, N.J.A. van, e.a. (2005). 'Cost-effectiveness of integrated stroke services.' *QJM: An International Journal of Medicine* 2005, 6.
- ◆ Hollander, A.E.M. de, e.a. (2006). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Bilthoven: RIVM.
- ◆ Jaarboeken Verpleeghuizen. Gebaseerd op de gegevens uit het SIG Verpleeghuisinformatie-systeem SIVIS. (1994-1996). Utrecht: SIG Zorginformatie.
- ◆ Jager-Geurts, M.H., R.J.G. Peters, S.J. van Dis, M.L. Bots. (2006). *Hart- en vaatziekten in Nederland 2006: cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte*. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.
- ◆ Jansen, P.G.M. (2006). Totaal overzicht Zorgzwaartepakketten. HHM.
- ◆ Landelijke cijfers LZV1998-2002 & 1999-2003. Utrecht: Arcares.
- ◆ Meijer, R. (2005). *The Stroke-unit. Discharge Guideline*. Proefschrift UvA.
- ◆ Minkman, M. e.a. (2005). De beste zorg bij CVA, handreiking voor het verbeteren van de CVA-zorgketen. CBO.
- ◆ Nieboer, A. e.a. (2005). *Stroke services gespiegeld; hoofdrapport haalbaarheidsstudie benchmark CVA-zorgketens*. Rotterdam/Utrecht: iBMG/ Prismant.
- ◆ Nota Indicatiestelling Revalidatiezorg, mei 2001; RN, VRA, NVZ, NFU, ZN, KPZ.
- ◆ Paas, G.R.A. & K.C.W. Veenhuizen. (2002). Onderzoek naar de betrouwbaarheid van de LMR. Utrecht: Prismant.
- ◆ Revalidatie Nederland. (2005). Managementoverzicht revalidatie-instellingen 2004.
- ◆ Tervoort, M.A. e.a. (1998). 'Snellere opname in verpleeghuis mogelijk.' *Medisch Contact* 1998, 53 nr 46.
- ◆ Toekomst AWBZ. Eindrapportage van de werkgroep Organisatie romp AWBZ. Interdepartementaal Beleidsonderzoek. (2006) en het Kabinetstandpunt dienaangaande.
- ◆ Vermeer, G.J. (2006). 'Transmurale zorg chronisch hartfalen.' *Medisch Contact* 2006, 61 nr. 13.
- ◆ Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering, 4 januari 1966.
- ◆ Westert, G.P. & H. Verkleij (ed.). 2006. *Zorgbalans. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004*. Bilthoven: RIVM.
- ◆ Wetstekst van de Zorgverzekeringwet met Memorie van Toelichting.





## **Bijlage 4. Bezochte instanties**

### **Landelijke organisaties**

- ◆ CIZ
- ◆ PWC Advisory Utrecht
- ◆ ZN Zeist
- ◆ VRA Utrecht
- ◆ Revalidatie Nederland Utrecht
- ◆ NVVA Utrecht
- ◆ Arcares Utrecht
- ◆ Prismant Utrecht
- ◆ Ministerie van VWS Den Haag
- ◆ CVZ Diemen
- ◆ CVA-patiëntenvereniging

### **Verpleeghuizen**

- ◆ Stichting Savelanden Bergen op Zoom
- ◆ Verpleeghuis Antonius Binnenweg Rotterdam
- ◆ St. Pieter van Foreest, Locatie Bieslandhof Delft
- ◆ Zorgcombinatie Zwolle
- ◆ Stichting Zorgcentra Rivierenland Tiel
- ◆ Huize Blankenburg Cadier en Keer
- ◆ Reumaverpleeghuis Rotterdam

### **Revalidatiecentra**

- ◆ De Trappenberg Huizen
- ◆ Revalidatiecentrum Amsterdam
- ◆ Rijndam Rotterdam

### **Ziekenhuizen**

- ◆ AMC Amsterdam
- ◆ MCRZ Rotterdam
- ◆ Transferbureau Alysis Rijnstate Arnhem
- ◆ ErasmusMC Rotterdam
- ◆ Albert Schweitzer Ziekenhuis Dordrecht

### **Diversen**

- ◆ Stichting revalidatiezorg Limburg Sittard



## **Bijlage 5. Deelnemers werkconferentie 29 juni**

- ◆ R. van Balen, Verpleeghuis Antonius Binnenweg
- ◆ T. Bank, Reumaverpleeghuis Rotterdam
- ◆ W. Beemsterboer, Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
- ◆ D. Beens, Univé
- ◆ M. Blom, ETC Tangram
- ◆ B. Boksteijn, College voor Zorgverzekeringen
- ◆ A. Le Cocq d'Armandville, College voor Zorgverzekeringen
- ◆ J. Coolen, Zorgverzekeraars Nederland
- ◆ H. Cools, St. Zorginstellingen Pieter van Foreest
- ◆ M. van Eijndhoven, College voor Zorgverzekeringen
- ◆ C. van Everdingen, Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
- ◆ A. Eyck, ETC Tangram
- ◆ T. de Graas, Evean
- ◆ A. de Groot, Verpleeghuis Naarderheem
- ◆ R. Groothuis, Zorggroep Apeldoorn
- ◆ L. Heijnen, De Trappenberg
- ◆ F. Hopman, College voor Zorgverzekeringen
- ◆ P. van Houten, Zonnehuis Amstelveen
- ◆ W. Juurlink, Zorgcombinatie Zwolle
- ◆ J. van Kampen, Revalidatiecentrum Breda
- ◆ P. Koppe, Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
- ◆ M. Kuijper, Evean,
- ◆ J. Landheer-Zwart, Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
- ◆ J. van Loenhout, College voor Zorgverzekeringen
- ◆ P.B.G. Peerenboom, ETC Tangram
- ◆ F. Rikken, College voor Zorgverzekeringen
- ◆ E. Rolink, Revalidatie Nederland
- ◆ J. Spek, ETC Tangram
- ◆ M. Veenstra, Revalidatie Nederland
- ◆ S. Vegter, De Trappenberg
- ◆ A. Versteegde, Salland Verzekeringen
- ◆ W. Vink, Arcares
- ◆ D. Wever, Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
- ◆ A. Weinberg, Verpleeghuis Rivas
- ◆ R. Wiewel, NVVA, de beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters



## **Bijlage 6. Artikel 2.6 en bijlage 1 van de AMvB bij de ZVW**

### **Artikel 2.6**

1. Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering.
2. Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste negen behandelingen.
3. Voor verzekerden jonger dan achttien jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan het tweede lid tevens uit ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen.
4. Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.
5. Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandeluren per jaar.
6. Dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden, tot een maximum van vier behandeluren per jaar.

### **Bijlage 1 behorende bij artikel 2.6, tweede lid.**

De aandoeningen, bedoeld in artikel 2.6, tweede, betreffen:

1. a. een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:
  - 1°: cerebrovasculair accident;
  - 2°: ruggemergaandoening;
  - 3°: multipele sclerose;
  - 4°: perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval;
  - 5°: extrapyramidale aandoening;
  - 6°: motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en hij jonger is dan 17 jaar;
  - 7°: aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel;
  - 8°: cerebellaire aandoening;
  - 9°: uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg dan wel als gevolg van hersenletsel;
  - 10°: radiculair syndroom met motorische uitval;
  - 11°: spierziekte;
  - 12°: myasthenia gravis;
- b. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:
  - 1°: aangeboren afwijking;
  - 2°: progressieve scoliose;
  - 3°: juveniele osteochondrose en hij jonger is dan 22 jaar;
  - 4°: reflexdystrofie;
  - 5°: wervelfractuur als gevolg van osteoporose;
  - 6°: fractuur als gevolg van morbus Kahler, botmetastase of morbus Paget;
  - 7°: frozen shoulder (capsulitis adhaesiva);
  - 8°: reumatoïde artritis of chronische reuma;
  - 9°: chronische artritiden;
  - 10°: spondylitis ankylopoetica (morbus Bechterew);
  - 11°: reactieve artritis;
  - 12°: juveniele chronische artritis;

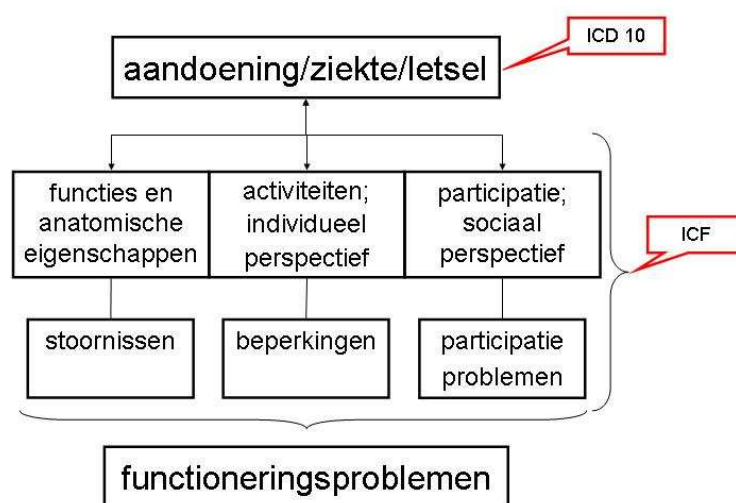


- 13° hyperostotische spondylose (morbus Forestier);
  - 14° collageenziekten;
  - 15° status na amputatie;
  - 16° whiplash;
  - 17° postpartum bekkeninstabiliteit;
  - 18° fracturen indien deze conservatief worden behandeld;
- c. of een van de volgende hartaandoeningen:
- 1° myocard-infarct (AMI);
  - 2° status na coronary artery bypass-operatie (CABG );
  - 3° status na percutane transluminale coronair angioplastiek (PTCA);
  - 4° status na hartklepoperatie;
  - 5° status na operatief gecorrigeerde congenitale afwijkingen;
- d. of een van de volgende aandoeningen:
- 1° chronic obstructive pulmonary disease indien sprake is van een FEV1/VC kleiner dan 60%;
  - 2° aangeboren afwijking van de tractus respiratorius;
  - 3° lymfoedeem;
  - 4° littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma;
  - 5° status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginstelling of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling;
  - 6° claudicatio intermittens (vasculair) graad 2 of 3 Fontaine;
  - 7° weke delen tumoren;
  - 8° diffuse interstitiële longaandoening indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis.
2. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in onderdeel a, subonderdeel 10, en onderdeel b, subonderdeel 17°, is de duur van behandeling maximaal drie maanden.
3. Indien het een aandoening betreft als bedoeld, onderdeel b, subonderdeel 18, is de duur van behandeling maximaal zes maanden na conservatieve behandeling.
4. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in onderdeel b, subonderdeel 7, en onderdeel d, subonderdeel 6, is de duur van behandeling maximaal twaalf maanden.



## Bijlage 7. ICF schema

De 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) is een nieuw lid van de WHO Familie van Internationale Classificaties. De ICF beschrijft hoe mensen omgaan met hun gezondheidstoestand. Het is een classificatie van gezondheids-domeinen en domeinen die ermee verband houden, die lichaams-functies en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie beschrijven. De domeinen worden ingedeeld vanuit lichamelijk, individueel en maatschappelijk perspectief. Aangezien iemands functioneren en de problemen daarmee, plaatsvinden in een bepaalde context, bevat de ICF ook omgevingsfactoren. De ICF vult aldus de ICD-10 (International Classification of Diseases, 10<sup>e</sup> versie) aan en kijkt daarmee verder dan aandoeningen, ziekten en letsels. De ICF kijkt op een integrale wijze naar het menselijk functioneren, zoals in beeld gebracht in de onderstaande figuur.



**Stoornissen** zijn afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen (ICF).

**Functies** zijn de fysiologische en mentale functies van het menselijk organisme. Als standaard voor functies wordt aangehouden datgene wat statistisch een normaalwaarde voor mensen is.

**Anatomische eigenschappen** betreffen de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van anatomische delen van het lichaam zoals organen, ledematen en hun onderdelen.

**Gezondheidsproblemen** worden in de regel geclassificeerd met de ICD; het is een overkoepelende term voor aandoening, ziekte, letsel of trauma; het kan ook andere omstandigheden betreffen zoals zwangerschap, veroudering, stress, erfelijke afwijkingen, of genetische aanleg (ICD).

**Activiteiten** zijn onderdelen van iemands handelen. De term verwijst naar het functioneren vanuit individueel perspectief (ICF).

**Beperkingen** zijn de moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten. Een beperking kan een lichte of ernstige afwijking in kwalitatieve of kwantitatieve zin betreffen bij het uitvoeren van een activiteit, en wel zodanig groot dat deze afwijking niet te verwachten is bij mensen zonder het functioneringsprobleem (ICF).



**Participatie** is iemands deelname aan of betrokkenheid bij een levenssituatie. De term verwijst naar het sociale perspectief van het functioneren (ICF).

**Participatieproblemen** zijn problemen die iemand heeft met de deelname aan het maatschappelijk leven. De aanwezigheid van een participatieprobleem wordt bepaald door iemands participatieprobleem te vergelijken met datgene wat je van iemand zonder stoornis of beperking verwacht in de desbetreffende cultuur of samenleving (ICF).

**Functioneringsprobleem** is een overkoepelende term voor stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. De term duidt op negatieve aspecten in de wisselwerking tussen iemands functioneren en zijn/haar externe en persoonlijke factoren.

**Externe en persoonlijke factoren** zijn de factoren die tezamen de complete achtergrond in iemands leven vormen.

**Externe factoren** verwijzen naar alle aspecten van de externe of extrinsieke wereld die de achtergrond van iemands leven vormen en als zodanig iemands functioneren beïnvloeden. Externe factoren omvatten de, al dan niet door mensen gemaakte, fysieke wereld en zijn verschijnselen, andere mensen in verschillende relaties en rollen, attitudes en waarden, sociale systemen en dienstverlening, beleid, regels en wetten (ICF).

**Persoonlijke factoren** betreffen het individu zoals leeftijd, geslacht, sociale status, levenservaring, enz (ICF).

**Belemmerende factoren**<sup>24</sup> zijn die factoren in iemands omgeving die door hun af- of aanwezigheid het menselijk functioneren belemmeren en de problemen daarmee verhogen. Het gaat bijvoorbeeld om zaken als een ontoegankelijke fysieke omgeving, de afwezigheid van de nodige technische hulpmiddelen, de negatieve attitudes van mensen tegenover functioneringsproblemen, naast diensten, stelsels en beleidsmaatregelen die ofwel niet bestaan ofwel specifiek erop gericht zijn de betrokkenheid van alle mensen met een functioneringsprobleem bij de verschillende levensgebieden te belemmeren (ICF).

---

<sup>24</sup> Naast belemmerende factoren bestaan er ook ondersteunende factoren



## Bijlage 8. Schema landelijke nota indicatiestelling revalidatiezorg

Schematische voorstelling voor het bepalen van een revalidatieindicatie:

### 1. Zijn er blijvende beperkingen / handicaps te verwachten?

- \* Neen => geen revalidatiebehandelingsindicatie
- \* Misschien => 1. door primaire behandelaar te voorkomen of te behandelen => geen indicatie  
2. onduidelijk => indicatie voor revalidatiediagnostiek en/of advisering
- \* Ja => volgende criterium

### 2. Zijn er meervoudige en complexe revalidatiedoelen?

- \* Neen => geen revalidatiebehandelingsindicatie
- \* Misschien => nadere diagnostiek eventueel met inschakelen revalidatieteam
- \* Ja => volgende criterium

### 3. Is de patiënt c.q. zijn directe omgeving leerbaar / trainbaar?

- \* Neen => geen revalidatiebehandelingsindicatie
- \* Misschien => eventueel observatie gedurende 4 – 6 weken overwegen met proefbehandeling
- \* Ja => volgende criterium

### 4. Kan de patiënt zich (nu al) voldoende redden thuis, eventueel met (georganiseerde of informele hulp)?

- \* Ja => kan de behandeling elders door andere hulpverleners met specialistische revalidatiegeneeskundige ondersteuning plaatsvinden?
  - \* ja => indicatie voor advisering / medebehandeling
  - \* neen => indicatie voor revalidatiedagbehandeling c.q. specialistische revalidatiebehandeling in de verblijfsituatie
- \* Neen => volgende criterium

### 5. Kan de patiënt op termijn naar een (aangepaste) eigen woonomgeving?

- \* Ja => indicatie voor klinische revalidatie
- \* Neen => is gespecialiseerde revalidatiediagnostiek en/of behandeling nodig ter verbetering van de verpleegbaarheid / verzorging?
  - \* ja => indicatie klinische revalidatie ter voorbereiding opname elders
  - \* neen => opname elders (b.v. verpleeghuis); indicatie voor advisering / medebehandeling.



## Bijlage 9. IZA 10 Verpleging en Verzorging

IZA 10 VV		Herstelgerichte verpleging en verzorging							
<b>Clïëntprofiel</b>									
<p>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.</p> <p>De cliënten hebben ten aanzien van hun <i>psychosociale/cognitieve functies</i> in het algemeen geen of af en toe hulp, toezicht en sturing nodig.</p> <p>De cliënten hebben bij hun <i>sociale redzaamheid</i> in het algemeen toezien of stimuleren nodig. Betreffende de complexere taken en het huishoudelijk leven is vaak overname van zorg nodig.</p> <p>Ten aanzien van de <i>mobiliteit</i> hebben deze cliënten in het algemeen hulp nodig. Betreffende het verplaatsen buitenshuis is vaak overname van zorg nodig. Gedurende de verblijfsperiode vermindert de mobiliteitsproblematiek van deze cliënten in het algemeen.</p> <p>De cliënten hebben ten aanzien van hun <i>ADL</i> bij binnenkomst veelal overname van zorg nodig. In de loop van de tijd neemt deze zorgbehoefte meestal af. Ten aanzien van eten en drinken is meestal alleen toezien en stimuleren benodigd.</p> <p>Bij deze cliënten is meestal geen sprake van <i>gedragsproblematiek</i>.</p> <p>De <i>aard van het begeleidingsdoel</i> is meestal ontwikkelingsgericht.</p> <p>Bij deze cliënten is meestal geen sprake van <i>psychiatrische problematiek</i>.</p> <p>De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag. De zorg moet <i>voortdurend in de nabijheid</i> zijn. Bij deze cliëntengroep is sprake van veel inzet van behandelaars.</p> <p>Het <i>beperkingenbeeld</i> van deze cliënten verandert zeer snel.</p> <p>De <i>dominante grondslagen</i> voor dit cliëntprofiel zijn zowel een somatische ziekte/aandoening als een psychogeriatrische ziekte/aandoening, mits er maar sprake is van een revalidatiesituatie.</p> <p>Voorbeelden van cliëntgroepen zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revalidatiecliënten in het verpleeghuis.</li> </ul>									
<b>Gemiddelde scores beperkingen</b>									
<b>Aard van het begeleidingsdoel</b>									
<b>Aard psychiatrische problematiek</b>									
Doorgaans is er geen sprake van psychiatrische problematiek.									
<b>Functies en klassen/tijd per cliënt per week</b>									
<b>Woonzorg</b>		<b>Dagbesteding</b>			<b>Behandeling</b>	<b>Totaaltijd</b>			
Functie	OB-alg	PV	VP	AB-alg	Functie	OB-dag	AB-dag	4,0 uur	Incl. dagbesteding: 21,2 uur
Klasse	3	4	2	-	Dagdelen	2,0	-		
Bandbreedte: 13,0 – 20,7 uur Gemiddeld : 16,9 uur									
<b>Verblijfskenmerken</b>									
<b>Setting</b>		<b>Nachtdienst</b>			<b>Leveringsvoorwaarde (OB, PV en VP)</b>				
Beschermd verblijf		Wakende wacht			Voortdurend in de nabijheid				





## Bijlage 10. Geïndiceerde functies binnen de SIP's

<b>SIP: Revalidatie na CVA; tijdelijk verblijf</b>	
Grondslag	Somatisch
Functie	VB-tijd BH-VBF VP PV OB -alg AB -alg HV
Activiteit	VB-tijd: 6.0 kortdurend verblijf i.v.m. reactivering BH-VBF: 1.0 specifieke en algemene behandeling primair ivm somatische ziekte/aandoening VP: 1.5 Medicijnen klaarzetten en toedienen VP: 1.7 Verpleegkundige begeleiding bij omgaan met ziekte PV: 1.1 Zich wassen: delen van het lichaam of gehele lichaam PV: 1.2 Zich kleden: aan- en uitkleden OB: 1.1 Problemen oplossen, besluiten nemen en gevolgen inschatten OB: 1.4 Dagelijkse routine regelen: structuur in dagindeling OB: 1.5 Dagelijkse bezigheden: activiteiten plannen/uitvoeren AB: 3.1 Training gericht op zelfstandig functioneren primair ivm lichamelijke handicap HV: 1.4 Licht poetswerk in huis; kamers opruimen HV: 1.5 Huis schoonmaken, stofzuigen, wc/badkamer reinigen
Zorgduur	6 maanden
Klasse	<b>VB-TIJD: 7 (= 7 ETMALEN)</b>  BH-VBF HV: 2 (= 2-3,9 uur per week) VP: 3 (= 4-6,9 uur per week) PV: 4 (= 7-9,9 uur per week) OB- alg: 3 (= 4-6,9 uur per week) AB - alg: 2 (= 2-3,9 uur per week)
Leveringsvoorwaarde	C: voortdurend in de nabijheid
Geldigheidstermijn besluit	<b>6 MAANDEN</b>

<b>SIP Tijdelijk verblijf in verband met reactivering na operatie heup/knie</b>	
Grondslag	Somatisch
Functie	VB-tijd/BH-VBF/VP/PV/AB-alg/OB-alg
Activiteit	VB-tijd  BH-VBF VP: 1.1 Verpleegtechnisch handelen VP: 1.2 Controle lichaamsfuncties VP: 1.3 Wond- en stomaverzorging VP: 1.4 Ondersteuning bij uitscheiding (catheter etc.) VP: 1.5 Medicijnen klaarzetten en toedienen PV: 1.1 Zich wassen: delen van het lichaam of gehele lichaam PV 1.2 Zich kleden: aan- en uitkleden PV: 1.4 Zich verplaatsen in zit- of lighouding (hulp bij beweging, houding) AB: 3.1 Training gericht op zelfstandig functioneren primair ivm lichamelijke handicap OB: 1.1 Problemen oplossen, besluiten nemen en gevolgen inschatten HV: 1.4 Licht poetswerk in huis; kamers opruimen HV: 1.5 Huis schoonmaken, stofzuigen, wc/badkamer reinigen
Zorgduur	3 maanden
Klasse	VB-tijd: 6.0 kortdurend verblijf i.v.m. reactivering. BH-VBF: 1.0 specifieke en algemene behandeling primair ivm somatische ziekte/aandoening HV: 2 (= 2-3,9 uur per week) VP: 3 (= 4-6,9 uur per week) PV: 4 (= 7-9,9 uur per week) AB-alg: 2 (= 2-3,9 uur per week) OB-alg: 3 (= 4-6,9 uur per week)
Leveringsvoorwaarde	C: voortdurend in de nabijheid
Geldigheidstermijn	3 maanden



### Bijlage 11. Enquête formulier verpleeghuizen

1. Naam verpleeghuis / locatie: .....				
2. Adres: .....				
3. Contactpersoon: .....				
4. Functie: .....				
<p><i>Er is, mede in overleg met Arcares, gekozen voor een niet-anonieme opzet van de enquête. De belangrijkste reden hiervoor is dat bij eventuele nadere vragen eenvoudig contact kan worden opgenomen met de instelling. Hierbij willen de onderzoekers benadrukken dat de gegevens uit deze enquête vertrouwelijk worden behandeld en uitsluitend gebruikt worden voor het doel waarvoor ze verzameld zijn. Mocht u echter liever anoniem willen reageren, dan is dat vanzelfsprekend ook mogelijk. Het is de bedoeling dat de enquête per locatie wordt ingevuld (inclusief de samenwerkingsverbanden als genoemd in vraag 21). We geven de voorkeur aan schattingen door een betrokken professional boven het niet retourneren van het formulier vanwege het eventueel ontbreken van exacte gegevens.</i></p>				
5. Aantal toegelaten bedden:			... bedden psychogeriatrisch ... bedden somatisch ... bedden gecombineerd	
6. Neemt uw verpleeghuis cliënten op voor kortdurende somatische revalidatie?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
<i>Zo nee, hartelijk dank voor uw medewerking! Stuur het formulier s.v.p. terug naar ETC Tangram (z.o.z.).</i>				
7. Indien ja	a. Beroerte?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
	b. Electieve heupen en knieën?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
	c. Overige orthopedie?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
	d. Amputaties?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
	e. Overige kortdurende somatische revalidatie?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
8. Welke aandoeningen komen voor onder de categorie 'overige orthopedie' (vraag 7c)? .....				
9. Welke aandoeningen komen voor onder de categorie 'overige kortdurende revalidatie' (vraag 7e)? .....				
<i>Mochten exacte gegevens niet voorhanden zijn, dan volstaat een globale omschrijving.</i>				
10. Zijn de revalidatiecliënten in aparte afdelingen ondergebracht?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
11. Zijn beroerte- en orthopediecliënten gescheiden?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
12. Welke disciplines worden voor de revalidatie ingezet?				
a. Fysiotherapeut?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	b. Diëtist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
c. Logopedist?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	d. Maatschappelijk werk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
e. Psycholoog?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	f. Gespecialiseerd verpleeg-	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee



			kundige?			
g. Ergotherapeut?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	h. Andere: .....		<input type="checkbox"/> Ja	
13. Wat is de gemiddelde inzet van (para)medisch personeel per cliënt per week?			... uren per cliënt per week			
<i>Bedoeld wordt de netto inzet per cliënt in uren per week door ondersteunende disciplines als genoemd in vraag 12; dus exclusief niet direct aan de cliënt bestede tijd. Bij het ontbreken van exacte gegevens volstaan schattingen.</i>						
		Beroerte	Electieve heup / knie	Overige orthopedie	Ampu- taties	Overige korte rev.
14. Aantal revalidatiecliënten per jaar?						
15. Gemiddelde totale verblijfsduur cliënt in dagen?						
16. Behandelduur revalidatie in dagen?						
17. Gemiddelde wachttijd in dagen vanaf de voltooiing van de revalidatie tot het daadwerkelijke ontslag?						
<p><i>NB. Bij het ontbreken van exacte gegevens volstaan schattingen.</i></p> <p><i>Totale verblijfsduur: de periode vanaf de feitelijke opname tot het feitelijke vertrek van een cliënt (of overplaatsing naar een afdeling voor chronische zorg).</i></p> <p><i>Behandelduur revalidatie: de periode waarin de cliënt gerevalideerd wordt. Kortom, wanneer kan een patiënt vanuit 'revalidatie-technisch' oogpunt naar zijn ontslagbestemming vertrekken; d.w.z. de behandeldoelen zijn bereikt. Het eindpunt van de revalidatiebehandeling hoeft niet samen te vallen met de feitelijke ontslagdatum omdat een cliënt, bijvoorbeeld om praktische redenen, niet onmiddellijk kan vertrekken. De ontslagbestemming kan zowel extern (naar huis of verzorgingshuis) als intern (langdurig verblijf) zijn.</i></p> <p><i>Wachttijd: periode tussen de voltooiing van de daadwerkelijke revalidatie en het feitelijke ontslag van een cliënt; bijvoorbeeld vanwege het wachten op een (her)indicatie of een noodzakelijke woningaanpassing.</i></p>						
18. Behandelt uw instelling revalidatiecliënten in de dagbehandeling?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
19. Zo ja, hoeveel cliënten gemiddeld per jaar?				... cliënten per jaar		
<i>NB Bij het ontbreken van exacte gegevens volstaan schattingen</i>						
20. Maakt uw instelling onderdeel uit van één of meerdere 'stroke services'?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
21. Beschikt uw instelling over een schakel-, herstel-, of transferafdeling binnen een ziekenhuis?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
22. Zo ja, vindt er op deze afdeling al revalidatie plaats?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
23. Neemt uw instelling nog deel in andere dan de hierboven genoemde geformaliseerde samenwerkingsverbanden met een ziekenhuis?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
<i>Het gaat bij deze vraag niet om bestuurlijke samenwerkingsverbanden, doch uitsluitend om geformaliseerde praktische samenwerkingsverbanden, anders dan de 'stroke service' (vraag 20.) en de schakel-, herstel-, of transferafdeling binnen een ziekenhuis (vraag 21).</i>						
24. Heeft u de vragen (hoofdzakelijk) ingevuld op basis van (in)schattingen of op basis van gegevens uit een geautomatiseerd informatiesysteem?			<input type="checkbox"/> Informatiesysteem	<input type="checkbox"/> (In)schattingen		
25. Heeft u nog verdere opmerkingen die in het voorgaande niet of onvoldoende aan bod zijn gekomen? .....						

Voor eventuele vragen kunt u contact opnemen met Arthur Eyck van ETC Tangram (033 - 432 60 38; secretariaat@etc-tangram.nl).



## Bijlage 12. Resultaten enquête verpleeghuizen

### Inleiding

Begin mei 2006 heeft het CvZ de enquêteformulieren met een toelichtende brief en gefrankeerde retourenveloppen naar 330 verpleeghuizen verstuurd. Het adressenbestand was van Arcares afkomstig en betrof zowel instellingen die zich richten op de somatische als de psychogeriatrische zorg. De aangeschreven instellingen betroffen zowel individuele verpleeghuizen als organisaties waarvan meerdere verpleeghuizen deel uitmaken. In een aantal gevallen heeft een geadresseerde instelling met meerdere locaties per locatie een enquête geretourneerd. Om deze reden is een 'keiharde' respons niet vast te stellen.

Men heeft over het algemeen veel moeite gedaan om de enquête zo volledig mogelijk in te vullen. Telefonische contacten met een aantal verpleeghuizen bevestigden deze positieve indruk. Het feit dat Arcares de enquête op zijn website heeft aangekondigd en haar ondersteuning kenbaar gemaakt heeft zeker positief bijgedragen aan de goede respons.

### Respons

Bij de start van de verwerking van de gegevens waren er 176 enquêtes door de verpleeghuizen geretourneerd.<sup>25</sup> Vrijwel alle enquêtes werden niet-anoniem geretourneerd. Dit maakte het mogelijk om telefonisch contact te zoeken in geval van onduidelijkheden. In enkele gevallen is dit ook gebeurd.

De 176 instellingen beschikken over 44% van het totaal aantal landelijk toegelaten bedden (28.161); respectievelijk 47% (12.801) van de toegelaten somatische bedden en 42% (14.947) van de toegelaten psycho-geriatrische bedden.<sup>26</sup> Het beperkte aantal opgegeven gecombineerde bedden (633) is in de analyses naar rato toegedeeld aan PG en somatische bedden.

Van de 176 waren er in totaal 22 huizen (12½%) met louter psychogeriatrische toegelaten bedden (2.975 bedden). In één geval biedt een uitsluitend psychogeriatrische instelling kortdurende revalidatie voor een psychogeriatrische clientèle. Men heeft aangegeven dat deze revalidatiecliënten vrijwel altijd permanent in de instelling worden opgenomen. Om deze reden is deze instelling bij de verdere analyse buiten beschouwing gebleven.

Van de instellingen die kortdurende revalidatie aanbieden, heeft 15% de enquêtes ingevuld op basis van gegevens uit een informatiesysteem. Ruim 80% heeft de enquête ingevuld op basis van inschattingen. Hoewel er meestal sprake lijkt te zijn van een weloverwogen 'educated guess', is de betrouwbaarheid van de inschattingen hoogstwaarschijnlijk beperkt. Van de grotere instellingen heeft ongeveer een derde uit een informatiesysteem geput. Voor de kleine en middelgrote instellingen was dit slechts 13,0% respectievelijk 10,4%.

### Instellingen die kortdurende revalidatie aanbieden

Van de 154 nader geanalyseerde instellingen bieden er 143 *revalidatie* aan (92%). Deze 143 instellingen vormden het uitgangspunt voor de verdere analyses. Deze instellingen beschikken gezamenlijk over 38,4% van het totaal aantal toegelaten bedden:

<sup>25</sup> Peildatum 21 juni 2006. Sindsdien zijn nog 9 enquêtes ontvangen.

<sup>26</sup> Totaal aantal toegelaten bedden in 2004: 63.027 (27.392 somatiek; 35.635 Psychogeriatrisch) [www.brancherapporten.minvws.nl/object\\_document/o611n438.html#1](http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o611n438.html#1) (8.3.2006)



Somatische bedden	12.434
PG bedden	11.208
Gecombineerde bedden	612
Totaal aantal bedden	24.236

Arcares hanteert in een benchmarkstudie<sup>27</sup> een driedeling op basis van aantallen ligdagen. Uitgaande van een bedbezetting van 95% leidt dat tot de volgende driedeling:

- ◆ Klein: kleiner dan 140 bedden;
- ◆ Middelgroot: 140 tot 230 bedden;
- ◆ Groot: meer dan 230 bedden.

Daar waar relevant wordt in het navolgende naar deze indeling in kleine, middelgrote en grote verpleeghuizen verwezen.

Het aantal van de verder onderzocht instellingen met een aparte *revalidatieafdeling* bedraagt 112 (78%; 20.204 bedden). Bij de middelgrote en grote instellingen gaat dit om rond de 90% (respectievelijk 91,3% en 84,6%), terwijl van de kleinere instellingen ruim de helft over een aparte revalidatieafdeling beschikt (57,4%). Bij twee derde van de grotere instellingen worden beroerte- en orthopediepatiënten op gescheiden afdelingen gehuisvest. Bij de kleinere en middelgrote ligt dit aandeel aanzienlijk lager op 13,3% respectievelijk 36,4%.

Het aantal instellingen dat revalidatie in *dagbehandeling* aanbiedt bedraagt 106 (74%; 18.935 bedden). Bij de grotere instelling biedt 88,5% dagbehandeling aan, tegenover 77,9% bij de middelgrote en 65,2 bij de kleinere instellingen. Het gemiddelde aantal cliënten in dagbehandeling per jaar bedraagt 31. Hierbij zijn opmerkelijk grote verschillen tussen de instellingen waar te nemen. De middelgrote instellingen behandelen gemiddeld 53 cliënten in dagbehandeling, terwijl dit met 27 en 46 cliënten bij de kleine en grote instellingen aanzienlijk lager ligt.

Op basis van de enquêtes kan geconcludeerd worden dat *'herstelzorg'* als een reguliere vorm van kortdurende revalidatie wordt beschouwd. Onder herstelzorg verstaat men onder andere het herstel na een OK of het herstel na een periode van doorgemaakte malaise. Ruim 90% van de huizen die KSR aanbieden naast de CVA, orthopedie en amputaties, geven aan dat er herstelzorg geboden wordt.

Vrijwel alle verpleeghuizen zetten meerdere disciplines in voor de KSR; bij 94% zijn dit zelfs vijf of meer disciplines. De inzet van minder disciplines is vooral bij kleinere huizen waarneembaar, ofschoon ook in die groep ongeveer 90% vijf of meer disciplines inzet.

Van de 143 instellingen maken er 85 deel uit van een of meerdere *stroke-services* (59%; 15.523 bedden). Het gaat hierbij vooral om de wat grotere instellingen (middelgroot 71,6%; groot: 65,4%). In de kleinere instellingen is dit aandeel slechts 44,4%.

Van de 143 instellingen beschikken er 31 (22%; 5.506 bedden) over een *schakel- of transferafdeling* in een ziekenhuis. Ook hier is het aandeel van de wat grotere instellingen groter dan dat van de kleine instellingen (middelgroot 27,9%; groot: 20,0%; klein: 15,2%). Opvallend is dat kortdurende somatische revalidatie vooral plaatsvindt op de schakelafdelingen van de middelgrote instellingen (94,7%) en ook dat de kleine instellingen dat meer doen dan de grotere (77,8% tegenover 66,7%).

De gemiddelde *inzet van (para)medici* per patiënt werd in de kleine en middelgrote instellingen op ongeveer 9 uur per week geschat, terwijl dit voor de grote huizen 6 uur per week bedraagt.

<sup>27</sup> Benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen 2004/2005. Prestaties van zorgaanbieders gemeten. Algemeen rapport. (2005). Utrecht: Arcares.



## Cliënten

De 143 instellingen bieden kortdurende opnames op somatische grondslag aan de volgende cliëntencategorieën:

<i>Categorie</i>	<i>Instellingen</i>	<i>Percentage</i>
CVA-cliënten	134	94%
Heup- en kniecliënten	128	90%
Overige orthopedie	130	91%
Amputaties	128	90%
Overige kortdurende somatische opnames	132	92%

Na standaardisatie zijn de relatieve aandelen van de onderzochte cliëntencategorieën in instellingen die de alle vijf de cliëntencategorieën behandelen als volgt:

<i>Categorie</i>	<i>Aandeel</i>
CVA-cliënten	44%
Heup- en kniecliënten	20%
Overige orthopedie	14%
Amputaties	3%
Overige kortdurende somatische opnames	19%
Totaal	100%

Uit de enquêtes bleek een groot verschil tussen de gemiddelde behandel- en verblijfsduur zoals opgegeven door de verpleeghuizen met en zonder informatiesysteem. Terwijl de gemiddelde verblijfsduur in instellingen met een informatiesysteem 73 bedroeg (n=13), bedroeg de inschatting van de andere instellingen met 95 dagen (n=82) ongeveer een derde hoger. Per patiëntencategorie verdeeld zijn de verblijfs- en behandelduur volgens de instellingen met een informatiesysteem als volgt.

<i>Categorie (met informatiesysteem)</i>	<i>Behandelduur in dagen</i>	<i>Verblijfsduur in dagen</i>	<i>Wachttijd in dagen</i>
CVA-cliënten	73	84	11
Heup- en kniecliënten	37	48	11
Overige orthopedie	49	63	14
Amputaties	104	119	15
Overige kortdurende somatische opnames	83	87	4

Op basis van de enquêtegegevens kunnen extrapolaties voor de aantallen cliënten van alle verpleeghuizen worden opgesteld. Als vertrekpunt bij de extrapolaties zijn hierbij de aantallen toegelaten bedden gebruikt. De waarde van de uitkomsten van deze extrapolaties kan enigermate worden bepaald door een vergelijking met de gegevens uit de Landelijke Medische Registratie (LMR). In de LMR zijn de ontslaggegevens van de Nederlandse ziekenhuizen opgenomen. Uit de LMR zijn de naar verpleeghuizen ontslagen patiëntenaantallen op basis van hoofddiagnose (ICD-9) en/of op basis van verrichtingen vast te stellen. Deze instroom biedt de mogelijkheid voor een validatie van de extrapolaties op basis van de enquête.

In de onderstaande tabel zijn de uitkomsten van een (gewogen) extrapolatie opgenomen voor de totalen cliënten per diagnosecategorie per jaar:



<i>Categorie</i>	<i>Enquête</i>	<i>LMR (2004)</i>	<i>Vershil</i>
Aantal CVA-cliënten	12.000	5.486	219%
Heup- en kniecliënten	12.700	4.653	278%
Overige orthopedie	8.500	-	-
Amputaties	1.600	579	276%
Overige kortdurende somatische revalidatie	13.000	-	-

De mate van overschatting is in werkelijkheid aanzienlijk groter dan aangegeven, omdat een aanzienlijk deel van de patiënten die volgens de LMR vanuit een ziekenhuis naar een verpleeghuis worden ontslagen geen kortdurende revalidatie ondergaat, maar bijvoorbeeld permanent wordt opgenomen.

Al met al zijn de verschillen tussen de extrapolaties en de LMR-gegevens dusdanig groot dat geconcludeerd moet worden dat er in de enquêtegegevens sprake is van een aanzienlijke overschatting van het aantal cliënten.



## Bijlage 13. Kwantitatieve gegevens revalidatie

### Inleiding

In het onderzoek is geprobeerd inzicht te krijgen in de aard en omvang van de kortdurende verblijf op somatische grondslag in verpleeghuizen. In deze bijlage wordt gereflecteerd op de verschillende gegevensbestanden en de uitkomsten die de analyses opleverden. De belangrijkste cijfermatige uitkomsten zijn in tabellen aan het einde van deze bijlage opgenomen. Tot slot wordt een beredeneerde schatting gegeven van de aantallen cliënten en de kosten die met hun verblijf en behandeling gemoeid zijn voor het peiljaar 2004.

Op basis van het kwalitatief onderzoek en de discussies in de begeleidingsgroep zijn voor de praktijk van de kortdurende revalidatie de volgende relevante patiëntencategorieën geïdentificeerd:

- Beroerte;
- Electieve plaatsing van heup- en knieprotheses;
- Overige orthopedie;
- Amputaties;
- Overige kortdurende opnames.

Na een uitgebreide inventarisatie van beschikbare bronnen bleek dat er geen informatiesysteem bestond dat de benodigde gegevens kant-en-klaar kon leveren. Helaas bleek het ook niet mogelijk om de instroom en verblijf in verpleeghuizen op basis van de indicatiestelling vast te stellen. Wel bleken er gegevensbestanden te zijn die op bepaalde punten mogelijk zinvolle inzichten konden leveren. Op basis daarvan en van inzichten uit het kwalitatieve onderzoek is in overleg met de begeleidingsgroep de definitieve keuze voor de onderzoeksopzet gemaakt.

Voor de kwantitatieve analyses is gebruik gemaakt van de volgende gegevensbronnen:

1. Landelijke Medische Registratie (LMR);
2. Landelijke Zorgregistratie Verpleging & Verzorging (LZV);
3. De registratie van Revalidatie Nederland.

In de selectie en de analyse van gegevens is uitgegaan van de bovenstaande patiëntencategorieën, al dan niet samengevat. Deze gegevensbestanden zijn bewerkt en geanalyseerd met behulp van het statistische bewerkingsprogramma SPSS 12.

Omdat de verwachting bestond dat de bovenstaande gegevensbronnen onvoldoende informatie zouden opleveren, is tevens besloten om zelf een enquête onder de verpleeghuizen uit te zetten. Naast vragen gericht kwantitatieve zaken, werd ook gevraagd naar een aantal kwalitatieve zaken. In de enquête werd uitgebreid gevraagd naar de eerder geïdentificeerde patiëntencategorieën. De enquête zelf is opgenomen in bijlage 11 en de resultaten van de enquête worden besproken in bijlage 12.

Tot slot zijn van CTG/ZAio gegevens ontvangen over de CVA-toeslagen.

### Landelijke Medische Registratie

Uit de LMR die Prismant voor de NVZ Vereniging van ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten bijhoudt, kunnen verschillende relevante variabelen in hun onderlinge verband worden onderzocht:

- ◆ Jaar van ontslag;
- ◆ Geslacht;
- ◆ Leeftijd;





- ◆ De hoofddiagnose (op basis van ICD9-codes);
- ◆ Verrichtingen
- ◆ Klinische opname of dagbehandeling;
- ◆ De ontslagbestemming.

In de databank wordt de kortdurende revalidatie na ontslag naar een revalidatiecentrum of verpleeghuis niet geregistreerd.

Het is bij de beschouwing van de LMR-gegevens van groot belang te beseffen dat het handelt om opnamen en niet over patiënten. Dit betekent dat patiënten die naar een ander ziekenhuis worden ontslagen worden 'dubbel tellen'. Dit fenomeen kan het beeld sterk beïnvloeden. Zo gaat het bij de CVA daarbij om rond de 2.000 patiënten per jaar die dubbel tellen.

In 2002 is de betrouwbaarheid van de LMR uitgebreid onderzocht.<sup>28</sup> De betrouwbaarheid bleek over het algemeen zeer hoog te zijn. De betrouwbaarheid van de hoofddiagnosen bedroeg 84%; die van de verrichtingen 92%; en die van de opname- en ontslaggegevens 99%.

Vanwege de opzet van het gegevensbestand bleek het niet mogelijk om de uit de LMR-databank de vijf patiëntencategorieën te selecteren. Slechts drie van de vijf categorieën konden uit de databank: CVA, electieve heup- en knieoperaties en amputaties.

In overleg met Prismant zijn opnamen uit de LMR-databank geselecteerd die aan de volgende criteria voldeden:

- ◆ Jaar van ontslag: 2000 – 2004;
- ◆ Hoofddiagnose: ICD9-codes 430-438 (CVA);
- ◆ Verrichtingen:
  - CVV-verrichtingencodes<sup>29</sup> 5-814.5; 5-814.7; 5-815.0; 5-815.2; 5-816.0; 5-816.1; 5-816.2; 5-816.51; 5-816.52 (plaatsing heup- en knieprothesen);
  - CVV-verrichtingencodes 5-840 t/m 5-849 (amputaties van(delen) van ledematen).

Het door Prismant geleverde ruwe databestand is met het statistisch bewerkingsprogramma SPSS bewerkt en geanalyseerd. Bij de analyse zijn slechts de klinische opnamen beschouwd omdat er vanuit is gegaan dat dagbehandelingspatiënten in het ziekenhuis geen gebruik maken van revalidatie in een revalidatiecentrum of verpleeghuis.

In de tabellen achteraan deze bijlage zijn de ontslagbestemmingen per patiëntencategorie voor de periode 2000-2004 opgenomen. Het is bij de beschouwing van de cijfers van belang te beseffen dat slechts een deel van de naar de verpleeghuizen ontslagen patiënten voor kortdurende revalidatie wordt opgenomen.

In de periode 2000-2004 is er voor de onderzochte categorieën een toename van de aantallen patiënten waar te nemen; respectievelijk 18% voor CVA, 32% voor heup- en knieoperaties en 4% voor amputaties. Voor de uitstroom naar de verpleeghuizen is deze stijging zelfs groter: 43% voor de CVA, 40% voor de heupen & knieën en 18% voor de amputaties. Dit betekent dat een toenemend deel van de ontslagen patiënten in een verpleeghuis terecht komt.

Deze toenames reflecteert een aantal (deels samenhangende) tendensen. Naast de epidemiologische veranderingen zoals de (dubbele) vergrijzing, spelen ook veranderingen in de organisatie van de zorg - zoals een toenemend belang van de stroke services - en het meer routinematig toepassen van interventies - bijvoorbeeld plaatsing van heup- en knieprothesen bij 80-plussers - een rol.

<sup>28</sup> G.R.A. Paas, K.C.W. Veenhuizen. 2002. Onderzoek naar de betrouwbaarheid van de LMR. Utrecht: Prismant.

<sup>29</sup> CVV = Classificatie van verrichtingen.



Opvallend is dat het aandeel van de verschillende ontslagbestemmingen over de onderzochte periode vrij stabiel zijn, ondanks de waargenomen stijging van patiëntenaantallen. Met uitzondering van de gelijkelijk verdeelde amputaties, zijn vrouwen oververtegenwoordigd in de groep patiënten die naar een verpleeghuis ontslagen worden; respectievelijk ongeveer 60% bij beroertes en 80-85% bij electieve heup- en knieoperaties. De gemiddelde leeftijden van de laatste groepen is ongeveer 78 jaar. Voor amputaties is de gemiddelde leeftijd van de verpleeghuisgroep met 76 jaar iets lager. Het aandeel van de naar revalidatiecentra ontslagen patiënten is stabiel: CVA: 3%; heupen & knieën: 1-2%; amputaties: 4%.

Het aantal CVA-patiënten in 2004 komt overeen met het aantal in de laatste publicatie van de Nederlandse Hartstichting.<sup>30</sup> Van het totale aantal CVA-patiënten vertrok het merendeel van de ontslagen patiënten naar huis (gemiddeld 58%; 2004: 20.521). Gemiddeld 15% werd voor revalidatie of verblijf naar een verpleeghuis ontslagen (2004: 4.653). Voor revalidatie in een revalidatie-instelling vertrok ongeveer 3% (2004: 1.044). Opvallend is dat 6% van de patiënten werd doorverwezen naar een ander ziekenhuis. Deze patiënten tellen dubbel in de opnamen.

In de LMR-gegevens is de door de Hartstichting gerapporteerde algemene daling van de sterfte aan CVA, waar te nemen (van 19% in 1998 naar 13% in 2004). In 2004 bedroeg de uit de LMR gerapporteerde ziekenhuissterfte van 4.653 42% van de totale door de Hartstichting gerapporteerde sterfte aan CVA (11.089).

Van de heup- en kniepatiënten vertrok het leeuwendeel naar huis (gemiddeld 86%; 2004: 37.649). Ongeveer 10% van de patiënten vertrok naar een verpleeghuis (2004: 4.653) voor revalidatie en andersoortig verblijf. Slechts 1 procent (2004: 408) vertrok voor revalidatie naar een revalidatie-instelling.

De categorie 'heupen & knieën' is geselecteerd op basis van implantaties, revisies en conversies van knie- of heupprothesen. Bij een nadere beschouwing van de van de hoofddiagnoses van de verpleeghuisgroep blijkt dat het in deze groep enerzijds gaat om electieve aandoeningen (artrose en herstel van complicaties met een eerder geplaatste prothese; gemiddeld ongeveer 60%) en anderzijds om een zeer aanzienlijk groep fracturen (37%; veelal het gevolg van osteoporose). Daarnaast bleef er nog een zeer gevarieerde restcategorie over.

Van de groep amputatiepatiënten werd eveneens de meerderheid naar huis ontslagen (gemiddeld 71%; 2004: 2.911). Ongeveer 13% vertrok naar een verpleeghuis (2004: 579) en 4% naar een revalidatie-instelling (2004: 169).

De groep amputaties is eveneens op basis van verrichtingen (amputatie van (delen van) ledematen) verkregen. Bij analyse van de onderliggende hoofddiagnoses komt een zeer gevarieerd beeld naar voren. Ongeveer een kwart komt voor rekening van gangreen en ongeveer 20% is toe te schrijven aan diabetes mellitus. De restgroep is groot (55%) en zeer divers (atherosclerose, embolieën etc.).

Bij de beschouwing van het aantal patiënten dat voor kortdurende revalidatie naar een verpleeghuis vertrekt, dient rekening te worden gehouden met verschillende 'vervuilingen'. Zo worden in de ontslagbestemming 'verpleeghuis' alle verpleeghuispatiënten meegeteld; ook die patiënten die niet kortdurende in een verpleeghuis opgenomen. Deze vervuiling kan verschillende achtergronden hebben; bijvoorbeeld patiënten bij wie slecht een gering herstel verwacht wordt en permanent verblijf in een verpleeghuis aangewezen is; residentiële (PG) verpleeghuiscliënten die goed van hun aandoening hersteld zijn, maar vanwege andere omstandigheden permanent in een verpleeghuis verblijven.

<sup>30</sup> M.H. Jager-Geurts, R.J.G. Peters, S.J. van Dis, M.L. Bots. (2006). Hart- en vaatziekten in Nederland 2006: cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Nederlandse Hartstichting: Den Haag.



Een andere vervuiling kan worden veroorzaakt door een afwijkende organisatie van het 'zorgpad'. Zo ontslaan sommige ziekenhuizen CVA-patiënten standaard naar een verpleeghuis, waarna eventuele verwijzing naar een revalidatiecentrum plaatsvindt. Eén en ander betekent dat het aantal patiënten dat in werkelijkheid in een verpleeghuis wordt opgenomen lager is dan uit het overzicht blijkt, terwijl het aantal patiënten dat naar een revalidatie-instelling gaat groter is. De exacte omvang van deze vervuiling is onduidelijk.

In de ontslagbestemming 'overige instellingen' bevinden zich hoogstwaarschijnlijk ook nog patiënten die ontslagen zijn naar een verpleeghuis of revalidatiecentrum. In overleg met Prismant is er voor gekozen om deze patiënten in het navolgende toe te wijzen aan de verpleeghuizen en de revalidatie-instellingen. Bij de toewijzing is uitgegaan van de verhouding tussen de patiëntenstromen naar verpleeghuizen en revalidatiecentra. Het toegerekende aandeel van de verpleeghuizen bedraagt daardoor respectievelijk: CVA: 83,1%; heupen & knieën: 92,8%; amputaties: 76,8%.

## **Landelijke Zorgregistratie Verpleging & Verzorging**

In de Landelijke Zorgregistratie Verpleging & Verzorging (LZV) verzamelde Prismant voor Arcares in de periode 1998-2004 op gegevens over de verleende zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen. De gegevens werden door de deelnemende instellingen op vrijwillige basis aangeleverd. De LZV is in 2003 afgesloten ten faveure van de Zorgzwaartemeting Ouderen Zorg (ZOZ).

De representativiteit van de LZV-gegevens is onduidelijk. Weging van de uitkomsten op basis van de aantallen somatische en PG-bedden was niet mogelijk. Dit maakt (in)directe extrapolaties van de uitkomsten naar landelijke cijfers erg lastig. Daarmee werd ook de vergelijking met de LMR-uitkomsten niet goed mogelijk.

Het aantal deelnemende instellingen varieerde zeer sterk van 212 in 1998 tot 49 in 2004.

Hierdoor variëren de uitkomsten in absolute termen sterk. Het jaar 1998 leverde naast zeer grote aantallen (vier tot zestienmaal zo groot als de andere jaren) in een aantal gevallen afwijkende verhoudingsgetallen.

Arcares heeft voor dit onderzoek een ruw databestand geleverd op basis van een aantal diagnoses die aansloten op de onderverdeling in vijf patiëntencategorieën. Dit ruwe bestand is vervolgens bewerkt en geanalyseerd.

De opzet en ordening van de LZV maakte het moeilijk om aansluiting te vinden op de gekozen vijf patiëntencategorieën. Slechts de CVA's en amputaties bleken op een zinvolle manier uit het gegevensbestand te destilleren. Helaas zijn er voor de amputaties slechts gegevens over de periode 1998-2001 beschikbaar.

Het bleek praktisch onmogelijk om op basis van de 'berichten beëindiging zorg' de behandelduur te bepalen omdat de relevante velden vaak niet waren ingevuld. In de analyse is daarom uitsluitend uitgegaan van het zogenaamde 'bericht aanvang zorg' omdat in deze berichten de diagnose, de verwachte behandeling en de verblijfsduur werd gemeld. De doelgroep van de kortdurende somatische revalidatie was te achterhalen door de 'productcode reactivering / revalidatie'.

Vanwege de onmogelijkheid om de LZV-cijfers naar landelijke cijfers te extrapoleren, is de bruikbaarheid van de LZV-gegevens voor dit onderzoek zeer beperkt. De aantallen opgenomen cliënten hebben geen betekenis. Met een groot voorbehoud ten aanzien van de representativiteit kunnen gemiddelden en verhoudingsgetallen mogelijk wel betekenis hebben.

Van de CVA-clieënten bleek 40-50% voor revalidatie te zijn opgenomen. In de loop van de jaren steeg dat aantal van circa 40% naar rond de 50%. In de periode 1999-2004 ging het daarbij over gemiddeld 15 CVA-revalidatieclieënten per jaar. Over de hele linie werden iets meer vrouwen dan mannen opgenomen (56% versus 44%). De gemiddelde leeftijd van de



voor revalidatie opgenomen CVA-cliënten varieerde tussen mannen (75-76 jaar) en vrouwen (79-80 jaar). Het is onduidelijk hoeveel CVA-cliënten voorafgaand aan het doormaken van de CVA al in een verpleeghuis waren opgenomen.

De bij opname verwachte opnameduur varieerde voor de CVA-revalidatie van drie weken tot meer dan een jaar [sic!]. In de loop van de jaren nam de verwachte opnameduur toe van 48 dagen in 1998 tot 142 dagen in 2004. Deze tendens van oprekken van de verwachte opnameduur is breder. In de loop van de jaren is voor alle diagnosegroepen een zeer sterke toename van de verwachte opnameduur waar te nemen. (bij amputaties bijvoorbeeld een verdubbeling van 50 in 1998 tot 100 in 2001). Het is onduidelijk welke oorzaak hiervoor verantwoordelijk is.

In de met de LMR overlappende periode (2000-2001) is het aantal in de LZV gerapporteerde amputatiecliënten opmerkelijk genoeg hoger dan de totale uitstroom amputatiepatiënten uit de ziekenhuizen. De oorzaak hiervan is onduidelijk. Gezien de eerder vastgestelde betrouwbaarheid van de LMR-gegevens is er waarschijnlijk (ook) sprake van het niet op elkaar aansluiten van de registraties.

Voor de amputaties bleek ook ongeveer de helft van de patiënten voor revalidatie te zijn opgenomen. Er is daarbij een licht stijgende tendens waar te nemen. Het gemiddelde aantal cliënten is met 2 per instelling erg laag. Net als bij de CVA-cliënten is er een leeftijdsverschil tussen mannen en vrouwen waar te nemen (namelijk: 74-77 jaar bij mannen en 77-80 jaar bij vrouwen).

Aan de LZV-registratie ging een andere registratie vooraf, het SIVIS verpleeghuisinformatiesysteem. De SIVIS-rapportages bleken helaas geen voor dit onderzoek bruikbare informatie op te leveren.

## Revalidatie Nederland

Vanwege de aangegeven gelijkvormige opzet van het gegevensbestand, waren de vragen aan Revalidatie Nederland (RN) grotendeels conform die aan Prismant voor de LMR. Om er van verzekerd te zijn dat goed vergelijkbare uitkomsten zouden worden gegenereerd, is er voor de te gebruiken zoekopdrachten contact geweest tussen RN en Prismant. Desondanks heeft RN voor de jaren 2003-2005 aanvankelijk slechts een beperkte analyse op basis van een geringere set opname- en ontslaggegevens kunnen aanleveren. Van de eerder onderscheiden patiëntencategorieën waren alleen de CVA en amputaties op een zinvolle wijze in de gegevens te onderscheiden.

De onderstaande analyses zijn op deze eerste opname- en ontslagtabellen gebaseerd. RN heeft in een later stadium, na afronding van de analyses, opnieuw opname- en ontslagtabellen aangeleverd; aangevuld met enkele kerngegevens over poliklinische behandelingen. Ondanks de wat andere opzet en indeling, en enkele correcties, lijken de CVA-cijfers niet tot een substantieel ander beeld aanleiding te geven. Aangezien de aantallen opgenomen amputatiepatiënten in de nieuwe tabellen verviervoudigd en anders verdeeld waren, zijn voor de amputatiepatiënten nieuwe berekeningen gemaakt. Anders dan in de oorspronkelijke tabellen, zijn in de nieuwe tabellen de patiënten die werden opgenomen uit of werden ontslagen naar andere revalidatiecentra buiten beschouwing gelaten. Ter informatie zijn beide tabellen-sets zijn hieronder opgenomen.

Het aantal in revalidatie-instellingen opgenomen CVA-patiënten steeg in de gerapporteerde periode met 31% van 1.848 in 2003 naar 2.421 in 2005. Deze patiëntengroep kende een stabiele gemiddelde leeftijd van rond de 57 jaar en kende een aandeel mannen van rond de 60%. De gemiddelde behandelingsduur van volwassen CVA-patiënten bedroeg rond de drie maanden en daalde licht van 94 (2003) naar 86 dagen (2005). Van de opgenomen CVA-patiënten was ongeveer driekwart (71-78%) afkomstig uit ziekenhuizen en met ongeveer een



zeer beperkt aantal uit verpleeghuizen. Tegen de 60% van de patiënten wordt naar huis ontslagen. Kleine aantallen patiënten vertrekken naar een andere revalidatie-instelling, een ziekenhuis of een verpleeghuis. De ontslagbestemming is bij ongeveer 30% van de patiënten onbekend (26,4-32,4%).<sup>31</sup>

Het aantal opgenomen amputatiepatiënten schommelde rond de 350, waarvan slechts een zeer beperkt deel jonger dan 17 jaar oud was.. De gemiddelde leeftijd van de volwassen patiënten bedroeg circa 62 jaar (60,9-62,8). Het aandeel mannen bedroeg ongeveer tweederde (65,2-66,2%). De overgrote meerderheid van deze patiëntengroep was afkomstig uit een ziekenhuis (84,2-86,6%). Uit verpleeghuizen werden nagenoeg geen patiënten opgenomen. De gemiddelde behandeltime van volwassen amputatiepatiënten bedroeg in deze periode ruim drie maanden (92,1-101,0). De meeste patiënten vertrekken naar huis (76,1%-82,8%).

Voor het peiljaar 2004 zijn de volgende kerngegevens beschikbaar:

<i>Gegevens 2004</i>	<i>CVA-patiënten</i>	<i>Amputatiepatiënten</i>
Totaal aantal revalidatiepatiënten	2.400 (100%)	345 (100%)
Waarvan uit ziekenhuizen	1.693 (71%)	295 (86%)
Waarvan uit verpleeghuizen	34 (1,4%)	0 (0%)
Waarvan herkomst onbekend	344 (11%)	6 (2%)
Gemiddelde leeftijd bij opname	57 jaar	61 jaar
Aandeel mannen bij opname	61,1%	65,2%
Gemiddelde behandelduur	89 dagen	101 dagen
Ontslag naar huis	1.348 (57%)	301 (82%)
Ontslag naar een verpleeghuis	66 (3%)	11 (3%)
Ontslagbestemming onbekend	764 (32%)	28 (8%)

Een opmerkelijk fenomeen is dat voor de overlappende jaren (2003-2004) de instroom van de CVA-patiënten uit ziekenhuizen 62-66% hoger is dan uit de LMR-gegevens blijkt. Zelfs wanneer de helft van het aantal CVA-patiënten dat volgens de LMR naar een onbekende andere instelling is vertrokken aan de revalidatie-instellingen wordt toegerekend zijn er ongeveer 'onverklaarbare' 200 ziekenhuispatiënten (22-25%). Uit het eerder aangehaalde onderzoek bleken de LMR-ontslagbestemmingen zeer betrouwbaar. RN heeft voor dit verschil geen verklaring kunnen geven.

Het aantal patiënten afkomstig uit verpleeghuizen lijkt met enkele tientallen per jaar daarentegen erg laag, gezien de praktijk dat sommige ziekenhuizen hun CVA-patiënten na een beperkt aantal dagen standaard naar een verpleeghuis ontslaan waarna pas een eventuele overplaatsing naar een revalidatiecentrum plaatsvindt. Mogelijk zijn deze patiënten opgenomen in de relatief grote categorie 'uit ziekenhuis opgenomen', mogelijk zijn ze ook opgenomen in 10-15% van de patiënten (i.e. enkele honderden) waarvan de herkomst niet bekend is.

Het aandeel patiënten dat poliklinisch werd behandeld voor CVA bedroeg gemiddeld rond de 15% van het totale aantal poliklinische behandelde revalidatiepatiënten. In absolute getallen was in de periode 2003-2005 een stijging van 40% waar te nemen, van 3.614 naar 5.046. Ongeveer 60% hiervan waren mannen. Voor de amputatiepatiënten bedroeg het aandeel een kleine 3%. Het aantal poliklinische patiënten bedroeg ruim tweemaal zo veel als het aantal klinische patiënten. In deze groep was een stijging van ongeveer een kwart waar te nemen.

<sup>31</sup> Uit de aanvullende gegevens van RN bleek dat een zeer groot deel van de patiënten die het aanvankelijk revalidatiecentrum met onbekende bestemming verlieten naar huis worden ontslagen; in totaal wordt ongeveer driekwart van de patiënten naar huis ontslagen.



men. Ongeveer twee derde van deze patiëntengroep bestond uit mannen. De behandelduur voor beide aandoeningen bedroeg gemiddeld 5-5½ maand.

### CVA-toeslag CTG/ZAiO

CTG ZAiO houdt sinds 2001 de ontwikkeling van de omvang van de CVA-toeslagen bij. Op basis van de gerealiseerde ligdagen en de voorwaarden in de beleidsregel (onder andere een beperking tot 56 dagen), is het mogelijk om het minimale aantal in verpleeghuizen gerealiseerde CVA-patiënten te berekenen.

Jaar	Productie afspraken (dagen)	Realisatie (dagen)	Realisatie (%)	Tarief per dag	Totale kosten	Aantal cliënten bij 56 dagen	Index
2001	201.900	196.500	97,3%	€ 91,11	€ 17.903.115	3.509	100%
2002	306.400	255.900	83,5%	€ 96,61	€ 24.722.499	4.570	130%
2003	328.900	298.985	90,9%	€ 96,61	€ 28.884.941	5.339	152%
2004	348.921	333.886	95,7%	€ 99,70	€ 33.288.434	5.962	170%
2005	374.710	342.555	91,4%	€ 101,30	€ 34.700.822	6.117	174%
2006	377.381	349.077	92,5%	€ 102,40	€ 35.745.528	6.234	178%

Voor de evaluatie van de CVA-toeslag in 2003<sup>32</sup> heeft het CTG helaas geen onderzoek gedaan naar de aantallen cliënten. De CTG-enquête resultaten gaven aan dat de hoogte van toeslag voldoende was voor het dekken van de meerkosten van de CVA-revalidatie. Over de (gemiddelde) revalidatieperiode kon men geen conclusies trekken.

De bruikbaarheid van deze cijfers wordt verder ondergraven wanneer ze worden vergeleken met de LMR-gegevens. Het aantal revalidatiecliënten op basis van de CVA-toeslag zou in 2004 hoger geweest zijn dan de totale uitstroom van CVA-patiënten vanuit de ziekenhuizen naar de verpleeghuizen (5.486). Aannemende dat het aandeel te revalideren CVA-patiënten 50-75% bedraagt, is de schatting op basis van de CVA-toeslag 3.000 tot 1.500 te hoog. Ondanks de beperkte bruikbaarheid van de cijfers voor het bepalen van de omvang van de groep revaliderende CVA-patiënten in verpleeghuizen, kunnen de totale kosten van de CVA-toeslagen wel gebruikt worden voor het bepalen van een schatting van de kosten van het kortdurende verblijf ten laste van de AWBZ.

### Conclusie onderzoek gegevensbestanden

De registraties die voor dit onderzoek zijn geraadpleegd, zijn voor andere doeleinden opgezet. Om deze reden leveren ze slechts gedeeltelijk antwoorden op vragen voor het onderzoek naar kortdurende somatische revalidatie. Daarnaast blijken de uitkomsten van de verschillende gegevensbestanden slecht op elkaar aan te sluiten. Een belangrijke reden hiervoor zijn de verschillende diagnosecategorieën, de onduidelijke representativiteit en de moeilijk te kwantificeren verschillende vormen van bias.

In de toekomst zal de AWBZ-brede Zorg Registratie (AZR) mogelijk soelaas kunnen bieden voor beleidsrelevant kwantitatief onderzoek. Het valt daarnaast te hopen dat de 100%-dekking van de LMR in de toekomst in stand kan worden gehouden.

### Beredeneerde schatting

Ondanks de problematische gegevensbronnen is het niet onmogelijk om een schatting van

<sup>32</sup> CTG. Evaluatie toeslag voor CVA-patiënten in verpleeghuizen (II 03-21; 11.6.2003)



het aantal cliënten te maken die voor kortdurend verblijf op somatische grondslag in een verpleeghuis zijn opgenomen. Het referentiejaar voor deze schatting is 2004. Op basis van een aantal aannames kan vervolgens een schatting gemaakt worden van de kosten die ten laste van de AWBZ komen.

Het uitgangspunt voor de schatting zijn de LMR-gegevens. Van de patiënten met de ontslagbestemming 'overige instellingen' is een deel aan de verpleeghuizen toegerekend en een ander deel aan de revalidatiecentra op basis van de patiëntenstromen naar verpleeghuizen en revalidatiecentra. Het toegerekende aandeel van de verpleeghuizen bedraagt daardoor voor CVA: 83,1%; voor heupen & knieën: 92,8%; en voor amputaties: 76,8%. Vervolgens is aangenomen dat het aandeel van deze cliënten dat voor revalidatie in aanmerking komt tussen de 50% en 75% bedraagt. Dit leidt tot de volgende aantallen:

<b>CVA</b>			
Verpleeghuizen	5.486	5.486	5.486
Toerekening OI	649	649	649
Subtotaal	6.135	6.135	6.135
Aandeel revalidatie	50%	60%	75%
Totaal	3.068	3.681	4.601
<b>Heupen &amp; knieën</b>			
Verpleeghuizen	4.653	4.653	4.653
Toerekening OI	768	768	768
Subtotaal	5.421	5.421	5.421
Aandeel revalidatie	50%	60%	75%
Totaal	2.710	3.252	4.065
<b>Amputaties</b>			
Verpleeghuizen	579	579	579
Toerekening OI	69	69	69
Subtotaal	648	648	648
Aandeel revalidatie	50%	60%	75%
Totaal	324	389	486
<b>Totaal</b>	<b>6.102</b>	<b>7.322</b>	<b>9.153</b>

Deze schatting van het aantal patiënten heeft betrekking op slechts een deel van de totale cliëntenpopulatie. Buiten beschouwing zijn gebleven een deel van de 'overige orthopedie' (met name heupfracturen die voor een deel al is opgenomen onder de 'heupen & knieën') en de 'restcategorie'. Op basis van het kwalitatieve onderzoek kan worden aangenomen dat het aandeel van de niet in de bovenstaande schatting meegerekende cliënten ongeveer een kwart tot een derde bedraagt. Deze aanname leidt tot de volgende aantallen cliënten:

	50%	60%	75%
Subtotalen	6.102	7.322	9.153
1/3	3.051	3.661	4.576
Totalen	9.153	10.983	13.729
Subtotalen	6.102	7.322	9.153
1/4	2.034	2.441	3.051
Totalen	8.136	9.763	12.204

Het totale aantal cliënten zou zich daarmee globaal tussen de 8.000 en 14.000 bevinden. De onderzoekers achten een aandeel van 50-60% voor de revalidatie en 1/3 voor de restcategorie het meest voor de hand te liggen. De schatting kan daarmee worden ingeperkt tot een



bandbreedte van ruwweg 9.000 tot 11.000 cliënten.

De schatting kan ook op een gedeeltelijk andere manier worden opgebouwd; naar de vijf eerder onderscheiden patiëntencategorieën. Hierbij moet ook een schatting gemaakt worden van de categorieën 'overige orthopedie' en de restcategorie.

Het aandeel van de heupfracturen in de LMR-categorie 'heupen & knieën' bedraagt ruim een derde. Deze groep hoort eigenlijk thuis in de groep 'overige orthopedie'. Uit het kwalitatief onderzoek is gebleken dat men de totale groep orthopediecliënten ongeveer even hoog inschat dan de CVA-categorie. Voor de restcategorie is een aandeel van 25% aangenomen. Uitgaande van de aannames van 50% en 60% revalidatiecliënten per cliëntencategorie, leidt dat tot de volgende twee schattingen van de cliëntenaantallen:

#### 50% revalidatie naar verpleeghuizen

Cliëntencategorie	Cliënten	Aandeel
CVA	3.068	36%
Electieve heupen & knieën	1.626	19%
Overige orthopedie	1.441	17%
Amputaties	324	4%
Restcategorie (25%)	2.153	25%
Totaal	8.612	100%

#### 60% revalidatie naar verpleeghuizen

Cliëntencategorie	Cliënten	Aandeel
CVA	3.681	36%
Electieve heupen & knieën	1.951	19%
Overige orthopedie	1.730	17%
Amputaties	389	4%
Restcategorie (25%)	2.584	25%
Totaal	10.335	100%

De onderzoekers achten het niet uitgesloten dat de twee orthopediecategorieën gezamenlijk een groter aandeel hebben, maar daarover is niets met zekerheid te zeggen.

De bandbreedte uit deze ruwe schatting 8.500 - 10.500 valt grotendeels samen met de vorige schatting (9.000 - 11.000).

Op basis van de hierboven geschatte cliëntenaantallen kunnen schattingen van de kosten worden gemaakt. Hierbij worden de volgende aannames gevolgd: een gemiddelde vergoeding van 175 euro per verpleegdag; een verblijfsduur zoals deze uit de enquête is voortgekomen; de kosten voor de CVA-toeslag op basis van de gegevens van CTG/ZAiO.

Een globale berekening op basis van de eerder vastgesteld bandbreedte van 9.000 – 11.000 cliënten en een gemiddelde verblijfsduur van 73 dagen uit de enquête leidt tot de volgende inschatting van de kosten ten laste van de AWBZ:

Aantal cliënten	9.000	11.000
Gemiddeld verblijf	73	73
Aantal dagen	657.000	803.000
Ligprijs	175	175
Subtotaal	€ 114.975.000	€ 140.525.000
CVA-toeslag	€ 33.288.434	€ 33.288.434
Totaal	€ 148.929.682	€ 174.627.682

Wanneer de gegevens van de 50% en 60% schattingen worden gecombineerd met de ge-





middelde verblijfsduur per categorie uit de enquête dan leidt dit tot de volgende schattingen van de kosten.

#### 50% revalidatie naar verpleeghuizen

	CVA	Heupen & knieën	Ov. Orthopedie	Amputaties	Restcategorie	Totalen
Aantal cliënten	3.068	1.626	1.441	324	2.153	8.612
Gemiddeld verblijf	84	48	63	119	87	
Aantal dagen	257.672	78.055	90.806	38.564	187.314	652.412
Ligprijs	€ 175	€ 175	€ 175	€ 175	€ 175	
Subtotaal	€ 45.092.552	€ 13.659.707	€ 15.891.049	€ 6.748.778	€ 32.779.994	114.172.081
Toeslag	€ 33.288.434					33.288.434
Totaal	€ 78.380.986	€ 13.659.707	€ 15.891.049	€ 6.748.778	€ 32.779.994	147.460.515

#### 60% revalidatie naar verpleeghuizen

	CVA	Heupen & knieën	Ov. Orthopedie	Amputaties	Restcategorie	Totalen
Aantal cliënten	3.681	1.951	1.730	389	2.584	10.335
Gemiddeld verblijf	84	48	63	119	87	401
Aantal dagen	309.206	93.667	108.967	46.277	224.777	782.894
Ligprijs	€ 175	€ 175	€ 175	€ 175	€ 175	875
Subtotaal	€ 54.111.063	€ 16.391.648	€ 19.069.259	€ 8.098.534	€ 39.335.993	137.006.497
Toeslag	€ 33.288.434					33.288.434
Totaal	€ 87.708.962	€ 16.485.537	€ 19.178.465	€ 8.145.105	€ 39.561.032	171.079.101

Samenvattend kan – met de nodige voorbehouden ten aanzien van de gebruikte aannamen - worden geconcludeerd dat het aantal patiënten dat in 2004 op basis van een somatische grondslag in een verpleeghuis werd opgenomen waarschijnlijk tussen de 8.500 en 11.000 bedroeg. Hiervan bedroeg het aandeel cliënten uit de restcategorie ongeveer een kwart. In deze groep bevond zich waarschijnlijk ook een groot aandeel niet-revalidatiepatiënten. Met het verblijf van de cliënten op somatische grondslag was waarschijnlijk een bedrag van 140 tot 175 miljoen euro (inclusief de CVA-toelagen) gemoeid.

In deze schattingen zijn de niet nader vast te stellen kosten van het verblijf ‘tussen het ziekenhuis en het verpleeghuis’ niet opgenomen. Het gaat daarbij om verblijf van feitelijk uitbehandelde patiënten in het ziekenhuis in afwachting van een verpleeghuisplaats. Het betreft hier zowel de kosten ten laste van de zogenaamde ‘verkeerde bed-regeling’, als de kosten van de de zogenaamde schakel- en transferafdelingen.

Op grond van ‘verkeerde bed-regeling’ kon een tijdelijk verlengd verblijf van patiënten in een ziekenhuis vergoed worden. Het moest daarbij gaan om patiënten met een verpleeghuis-indicatie die door plaatsgebrek nog geen verpleeghuisplaats konden krijgen. Met deze regeling was in 2004 in totaal 15 miljoen euro gemoeid.

De schakel- en transferafdelingen in ziekenhuizen kennen geen uniforme opzet. Veelal staan ze als vooruitgeschoven post onder beheer van een verpleeghuis, maar ook komt het voor dat het ziekenhuis de AWBZ-afdeling beheren. Voor verblijf op deze afdelingen was in 2004 eveneens een verpleeghuisindicatie vereist.

Het is gebleken dat voor beide verblijfs categorieën niet is vast te stellen hoeveel en hoe lang welke patiënten in afwachting van hun volgende bestemming in het ziekenhuis verbleven. Bijgevolg was het onmogelijk om een redelijke schatting van de kosten voor dit type AWBZ-verblijf van revalidatiepatiënten op te stellen. Overigens lijken de implicaties van het niet opnemen van deze kosten, gezien de totale omvang van de kosten en de onzekerheden in de schattingen, relatief beperkt.



## Ontslagbestemmingen (klinische opnamen)

### Beroerte

Jaar	2000		2001		2002		2003		2004		Gem.
Totaal aantal ziekenhuisopnames	29.431	100%	29.809	100%	31.246	100%	32.623	100%	34.721	100%	100%
Index (2000 = 100%)	100%		101%		106%		111%		118,0%		
Naar huis ontslagen	16.935	58%	16.905	57%	17.692	57%	18.854	58%	20.521	59%	58%
Naar verpleeghuis ontslagen	3.825	13%	4.036	14%	4.622	15%	5.105	16%	5.486	16%	15%
Naar revalidatiecentrum ontslagen	973	3%	911	3%	854	3%	879	3%	1.044	3%	3%
In ziekenhuis overleden	5.503	19%	5.500	18%	5.336	17%	4.851	15%	4.653	13%	16%
Naar ander ziekenhuis	1.696	6%	1.846	6%	1.981	6%	2.045	6%	2.176	6%	6%
Overige instellingen	441	1%	569	2%	717	2%	839	3%	781	2%	2%
Diversen niet nader gedifferentieerd	58	0%	42	0%	44	0%	50	0%	60	0%	0%

### Heup & Knie

Jaar	2000		2001		2002		2003		2004		Gem.
Totaal aantal ziekenhuisopnames	33.483	100%	36.198	100%	39.752	100%	42.444	100%	44.226	100%	100%
Index (2000 = 100%)	100%		108%		119%		127%		132%		
Naar huis ontslagen	28.613	85%	31.028	86%	34.217	86%	36.308	86%	37.649	85%	86%
Naar verpleeghuis ontslagen	3.324	10%	3.488	10%	3.691	9%	4.414	10%	4.653	11%	10%
Naar revalidatiecentrum ontslagen	258	1%	303	1%	298	1%	245	1%	408	1%	1%
In ziekenhuis overleden	569	2%	629	2%	618	2%	521	1%	486	1%	1%
Naar ander ziekenhuis	195	1%	191	1%	186	0%	159	0%	185	0%	0%
Overige instellingen	508	2%	538	1%	726	2%	784	2%	827	2%	2%
Diversen niet nader gedifferentieerd	16	0%	21	0%	16	0%	13	0%	18	0%	0%

### Amputaties

Jaar	2000		2001		2002		2003		2004		Gem.
Totaal aantal ziekenhuisopnames	3.991	100%	4.138	100%	4.190	100%	4.268	100%	4.155	100%	100%
Index (2000 = 100%)	100%		104%		105%		107%		104%		
Naar huis ontslagen	2.873	72%	2.998	72%	2.987	71%	3.034	71%	2.911	70%	71%
Naar verpleeghuis ontslagen	492	12%	502	12%	538	13%	558	13%	579	14%	13%
Naar revalidatiecentrum ontslagen	153	4%	149	4%	166	4%	168	4%	169	4%	4%
In ziekenhuis overleden	314	8%	349	8%	333	8%	319	7%	311	7%	8%
Naar ander ziekenhuis	80	2%	56	1%	78	2%	74	2%	86	2%	2%
Overige instellingen	70	2%	79	2%	83	2%	105	2%	90	2%	2%
Diversen niet nader gedifferentieerd	9	0%	5	0%	5	0%	10	0%	9	0%	0%

Bron: Landelijke Medische Registratie, Prismant  
 Beroerten: ICD-9 430-438  
 Heup & knie: CVV 5-814.5; 5-814.7; 5-815.0; 5-815.2; 5-816.0; 5-816.1; 5-816.2; 5-816.51; 5-816.52  
 Amputaties: CVV 5-840 t/m 5-849



## Gegevens uit de Landelijke Zorgregistratie Verpleging & Verzorging LZV - CVA

Bericht aanvang zorg  
1ste Diagnose: 706 (CVA)

Jaar	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Aantal instellingen	212	196	156	135	92	95	49
Mannen	10.508	2.652	1.938	1.965	1.167	1.576	669
Vrouwen	13.566	3.430	2.435	2.443	1.442	1.926	876
Totaal	24.074	6.082	4.373	4.408	2.609	3.502	1.545

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Mannen	44%	44%	44%	45%	45%	45%	43%
Vrouwen	56%	56%	56%	55%	55%	55%	57%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

### Reactivering/revalidatie na CVA

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Mannen	3.800	969	786	795	529	754	328
Vrouwen	5.734	1.375	1.198	1.187	767	962	466
Totaal	9.534	2.344	1.984	1.982	1.296	1.716	794

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Mannen	36%	37%	41%	40%	45%	48%	49%
Vrouwen	42%	40%	49%	49%	53%	50%	53%
Totaal	40%	39%	45%	45%	50%	49%	51%

### Karakteristieken leeftijd

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Modus	80	78	78	79	79	79	79
Mediaan	84	81	80	77	81	82	82
Gemiddelde	78,9	76,9	77,0	77,5	77,7	77,6	77,6
Gem. leeftijd mannen	76,7	74,5	74,6	75,1	75,2	75,8	75,9
Gem. leeftijd vrouwen	80,3	78,6	78,6	79,1	79,4	78,9	79,6

*De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn significant (BI 95%).*

### Prognose behandelduur

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
21 dagen	24,5%	10,4%	6,9%	5,8%	3,9%	2,1%	1,4%
42 dagen	65,4%	47,6%	48,3%	44,0%	6,9%	7,6%	3,0%
90 dagen	3,1%	15,7%	19,2%	19,8%	39,1%	47,0%	41,7%
180 dagen	4,6%	19,7%	20,1%	21,0%	39,4%	34,9%	43,8%
365 dagen	1,0%	3,4%	3,3%	3,3%	5,0%	3,2%	4,5%
>365 dagen	1,4%	3,2%	2,3%	6,1%	5,6%	5,1%	5,5%
Totaal	100,0%	100,0%	100,1%	100,0%	99,9%	99,9%	99,9%

### Gemiddeld aantal cliënten per instelling

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Mannen	18	5	5	6	6	8	7
Vrouwen	27	7	8	9	8	10	10
Totaal	45	12	13	15	14	18	16

**LZV - Amputatie**

Bericht aanvang zorg  
1ste Diagnose: 1904 (Amputatiestatus)

Jaar	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Aantal instellingen	212	196	156	135	92	95	49
Mannen	2.029	462	337	320			
Vrouwen	2.112	469	265	259			
Totaal	4.141	931	602	579	-	-	-
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Mannen	49%	50%	56%	55%			
Vrouwen	51%	50%	44%	45%			
Totaal	100%	100%	100%	100%			

**Reactivering/revalidatie na amputatie**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Mannen	973	243	192	177			
Vrouwen	1.001	239	141	145			
Totaal	1.974	482	333	322	-	-	-
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Mannen	48%	53%	57%	55%			
Vrouwen	47%	51%	53%	56%			
Totaal	48%	52%	55%	56%			

**Prognose behandelduur**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
21 dagen	17,9%	7,1%	4,5%	4,3%			
42 dagen	71,8%	49,6%	45,9%	39,8%			
90 dagen	2,8%	17,0%	19,8%	18,6%			
180 dagen	5,6%	20,5%	24,0%	28,0%			
365 dagen	0,9%	2,1%	3,3%	2,2%			
>365 dagen	1,0%	3,7%	2,4%	7,1%			
Totaal	100,0%	100,0%	99,9%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%

**Karakteristieken leeftijd**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Modus	80,0	78,0	79,0	79,0			
Mediaan	79,0	76,0	78,0	79,0			
Gemiddelde	78,1	75,2	75,6	76,5			
Gem. leeftijd mannen	76,6	73,5	73,5	76,0			
Gem. leeftijd vrouwen	79,5	77,0	78,5	77,0			

Met uitzondering van 2001 zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen zijn significant (BI 95%).

**Gemiddeld aantal cliënten per instelling**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Mannen	5	1	1	1	-	-	-
Vrouwen	5	1	1	1	-	-	-
Totaal	9	2	2	2	-	-	-

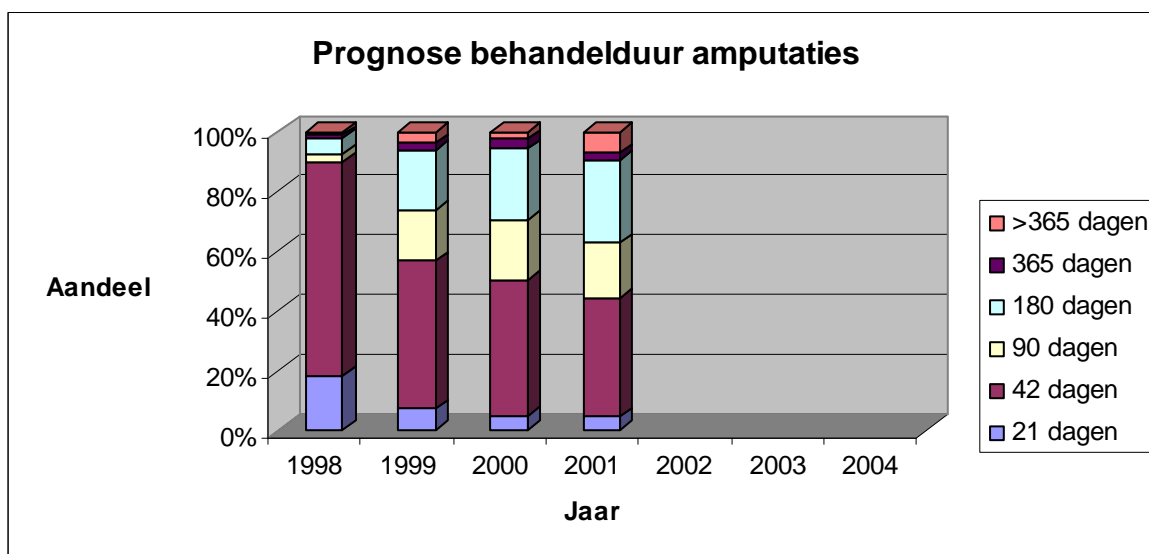
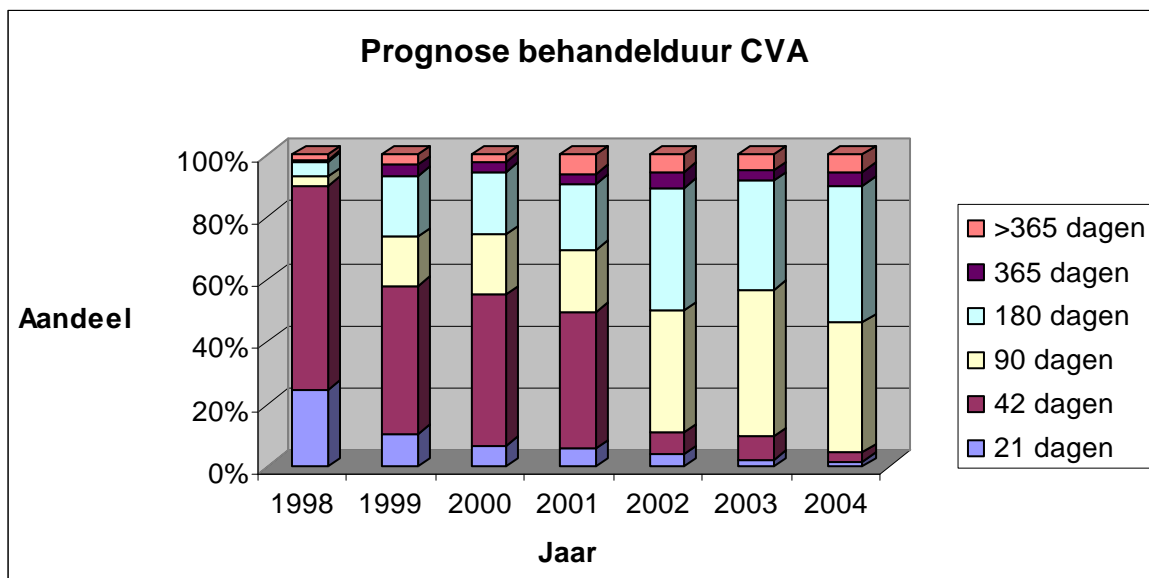


**Prognose behandelduur**

Op basis van algemeen bestand, bericht aanvang zorg, reactivering & revalidatie

**Prognose behandelduur**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
21 dagen	14,9%	8,3%	6,6%	7,0%	7,7%	5,2%	4,8%
42 dagen	77,6%	56,4%	52,4%	44,7%	9,7%	11,8%	8,6%
90 dagen	3,3%	17,0%	21,9%	24,8%	46,3%	49,3%	54,5%
180 dagen	3,0%	14,4%	14,7%	17,4%	28,9%	27,1%	25,6%
365 dagen	0,5%	1,9%	2,1%	2,0%	2,6%	2,3%	2,2%
>365 dagen	0,8%	2,1%	2,3%	4,0%	4,9%	4,4%	4,3%
	100,1%	100,1%	100,0%	99,9%	100,1%	100,1%	100,0%
n =	48.013	10.888	8.666	8.144	5.409	6.485	3.504





## Oorspronkelijke opname- en ontslagtabellen van Revalidatie Nederland

Overzicht kenmerken unieke klinische patiënten opgenomen in 2003.																
			LEEFTIJD		xherkomst											
			Aantal	gem. leeftijd	eigen woning		revalidatie centrum		academische of alg		verpleeghuis		overig		totaal	
					Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %
2003	CVA groep	0 < 17: kinderen														
		M	7	11	2	28,6%			5	71,4%					7	100%
		V	10	10	1	14,3%			6	85,7%					7	100%
		>= 17: volwassenen													0	0%
		M	1.059	57	62	6,6%	7	0,7%	845	89,3%	20	2,1%	12	1,3%	946	100%
		V	772	56	53	7,8%	4	0,6%	602	88,5%	11	1,6%	10	1,5%	680	100%
	amputaties	0 < 17: kinderen													0	0%
		M													0	0%
		V	3	14				3	100,0%					3	100%	
		>= 17: volwassenen													0	0%
		M	54	62	4	8,7%	2	4,3%	40	87,0%					46	100%
		V	29	68	3	15,8%	1	5,3%	15	78,9%					19	100%
	overige diagnoses	0 < 17: kinderen													0	0%
		M	125	10	60	60,6%	7	7,1%	31	31,3%	1	1,0%			99	100%
		V	140	12	79	63,7%	7	5,6%	35	28,2%	1	0,8%	2	1,6%	124	100%
		>= 17: volwassenen													0	0%
		M	1.636	46	536	36,5%	14	1,0%	871	59,3%	17	1,2%	31	2,1%	1469	100%
		V	1.183	48	427	41,4%	7	0,7%	581	56,4%	7	0,7%	9	0,9%	1031	100%
	diagnose onbekend	0 < 17: kinderen													0	0%
		M	4	10											0	0%
		V	7	9											0	0%
		>= 17: volwassenen													0	0%
		M	374	54	1	100,0%									1	100%
		V	297	56					3	100,0%					3	100%



## Overzicht kenmerken unieke klinische patiënten opgenomen in 2004.

	LEEFTIJD		xherkomst														
	Aantal	gem. leeftijd	eigen woning		revalidatie centrum		academische of alg.		verpleeghuis		overig		totaal				
			Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %			
2004 CVA groep																	
		0 < 17: kinderen	M	10	11	3	37,5%	2	25,0%	3	37,5%					8	100,0%
			V	8	10	4	57,1%			3	42,9%					7	100,0%
		>= 17: volwassenen	M	1.456	57	171	13,6%	7	0,6%	1.039	82,5%	21	1,7%	21	1,7%	1259	100,0%
			V	926	56	98	12,5%	5	0,6%	648	82,9%	13	1,7%	18	2,3%	782	100,0%
amputaties		0 < 17: kinderen	M													0	0,00
			V													0	0,00
		>= 17: volwassenen	M	44	61	5	17,2%			24	82,8%					29	100,0%
			V	25	66	7	33,3%	1	4,8%	12	57,1%			1	4,8%	21	100,0%
overige diagnoses		0 < 17: kinderen	M	155	11	58	45,3%	7	5,5%	60	46,9%			3	2,3%	128	100,0%
			V	136	11	65	60,2%	3	2,8%	38	35,2%			2	1,9%	108	100,0%
		>= 17: volwassenen	M	1.946	47	614	39,0%	22	1,4%	900	57,1%	11	0,7%	29	1,8%	1576	100,0%
			V	1.683	48	682	52,0%	10	0,8%	592	45,2%	8	0,6%	19	1,4%	1311	100,0%
diagnose onbekend		0 < 17: kinderen	M	9	13											0	0,0%
			V	7	10											0	0,0%
		>= 17: volwassenen	M	200	56											0	0,0%
			V	171	53											0	0,0%



## Overzicht kenmerken unieke klinische patiënten opgenomen in 2005.

	LEEFTIJD		xherkomst													
	Aantal	gem.	eigen woning		revalidatie centrum		academische of alg.		verpleeghuis		overig		totaal			
		leeftijd	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %		
2005 CVA groep	0 < 17: kinderen	M	12	12	2	16,7%			10	83,3%					12	100,0%
		V	6	6	3	50,0%			3	50,0%					6	100,0%
	>= 17: volwassenen	M	1.449	58	139	10,7%	5	0,4%	1.119	85,9%	30	2,3%	10	0,8%	1303	100,0%
		V	954	56	87	10,0%	6	0,7%	761	87,5%	10	1,1%	6	0,7%	870	100,0%
amputaties	0 < 17: kinderen	M													0	0,00
		V													0	0,00
	>= 17: volwassenen	M	56	65	11	26,8%			28	68,3%	1	2,4%	1	2,4%	41	100,0%
		V	24	62	4	21,1%			15	78,9%					19	100,0%
overige diagnoses	0 < 17: kinderen	M	149	11	51	43,6%	13	11,1%	51	43,6%			2	1,7%	117	100,0%
		V	166	11	97	71,3%	1	0,7%	38	27,9%					136	100,0%
	>= 17: volwassenen	M	1.846	48	669	40,0%	30	1,8%	943	56,3%	17	1,0%	15	0,9%	1674	100,0%
		V	1.538	48	741	53,3%	10	0,7%	619	44,5%	13	0,9%	7	0,5%	1390	100,0%
diagnose onbekend	0 < 17: kinderen	M	4	10											0	0,0%
		V	3	4											0	0,0%
	>= 17: volwassenen	M	427	56	13	21,3%			48	78,7%					61	100,0%
		V	336	52	3	10,0%			25	83,3%	1	3,3%	1	3,3%	30	100,0%





## Overzicht kenmerken unieke klinische patiënten ontslagen in 2003.

	LEEFTIJD		behandeltijd in dagen gem.	xbestemming												totaal	
	Aantal	gem. leeftijd		eigen woning		revalidatie centrum		academische of alg.		verpleeghuis		overig					
			beh. Tijd	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %		
2003 CVA groep	0 < 17: kinderen	M	6	10	122,67	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%					3	100%
		V	7	10	99,57	5	100,0%									5	100%
	>= 17: volwassenen	M	1.047	57	96,20	605	82,2%	48	6,5%	40	5,4%	35	4,8%	8	1,1%	736	100%
		V	743	57	90,78	432	85,4%	38	7,5%	22	4,3%	12	2,4%	2	0,4%	506	100%
amputaties	0 < 17: kinderen	M														0	0%
		V	4	15	77,00											0	0%
	>= 17: volwassenen	M	49	65	79,39	13	50,0%	10	38,5%	2	7,7%	1	3,8%			26	100%
		V	27	69	103,48	4	28,6%	6	42,9%	3	21,4%	1	7,1%			14	100%
overige diagnoses	0 < 17: kinderen	M	111	11	62,72	51	83,6%	4	6,6%	6	9,8%					61	100%
		V	131	12	73,72	72	82,8%	8	9,2%	7	8,0%					87	100%
	>= 17: volwassenen	M	1.578	47	86,34	872	73,5%	67	5,6%	71	6,0%	31	2,6%	146	12,3%	1187	100%
		V	1.188	48	83,63	744	81,8%	46	5,1%	47	5,2%	23	2,5%	50	5,5%	910	100%
diagnose onbekend	0 < 17: kinderen	M	6	11	127,50	2	100,0%									2	100%
		V	11	8	143,27	5	83,3%			1	16,7%					6	100%
	>= 17: volwassenen	M	376	54	66,72	105	71,4%	3	2,0%	14	9,5%	3	2,0%	22	15,0%	147	100%
		V	300	55	67,40	79	89,8%			1	1,1%	4	4,5%	4	4,5%	88	100%



## Overzicht kenmerken unieke klinische patiënten ontslagen in 2004.

	LEEFTIJD		behandeltijd in		xbestemming													
	Aantal	gem. leeftijd	dagen gem. beh. Tijd	eigen woning		revalidatie centrum		academische of alg.		verpleeghuis		overig		totaal				
				Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %			
2004	CVA groep	0 < 17: kinderen	M	9	13	79,78	4	100,0%									0	0%
			V	10	11	121,60	2	50,0%	2	50,0%							4	100%
		>= 17: volwassenen	M	1.413	58	88,31	812	82,9%	76	7,8%	38	3,9%	43	4,4%	10	1,0%	979	100%
			V	927	56	90,37	530	87,2%	32	5,3%	18	3,0%	23	3,8%	5	0,8%	608	100%
	amputaties	0 < 17: kinderen	M														0	0%
			V														0	0%
		>= 17: volwassenen	M	47	61	70,00	9	52,9%	4	23,5%	3	17,6%	1	5,9%			17	100%
			V	28	66	78,14	3	60,0%	1	20,0%			1	20,0%			5	100%
	overige diagnoses	0 < 17: kinderen	M	149	11	68,01	59	68,6%	22	25,6%	4	4,7%	1	1,2%			86	100%
			V	135	11	77,30	64	76,2%	13	15,5%	7	8,3%					84	100%
		>= 17: volwassenen	M	2.013	47	78,11	1.049	75,8%	82	5,9%	54	3,9%	14	1,0%	185	13,4%	1384	100%
			V	1.691	48	73,76	911	78,6%	127	11,0%	40	3,5%	19	1,6%	62	5,3%	1159	100%
	diagnose onbekend	0 < 17: kinderen	M	7	13	33,29	4	66,7%	2	33,3%							6	100%
			V	8	11	104,50	6	100,0%									6	100%
		>= 17: volwassenen	M	188	56	48,66	98	83,1%	10	8,5%	5	4,2%			5	4,2%	118	100%
			V	188	51	56,14	102	75,6%	24	17,8%	2	1,5%	4	3,0%	3	2,2%	135	100%



## Overzicht kenmerken unieke klinische patiënten ontslagen in 2005.

	LEEF TIJD		behandeltijd in dagen gem.	xbestemming												totaal	
	Aantal	gem. leeftijd		eigen woning		revalidatie centrum		academische of alg.		verpleeghuis		overig					
			beh. Tijd	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %	Aantal	Rij %		
2005 CVA groep	0 < 17: kinderen	M	13	11	116,92	5	100,0%									5	100,0%
		V	6	9	101,67	4	80,0%			1	20,0%					5	100,0%
	>= 17: volwassenen	M	1.483	58	85,06	854	78,0%	96	8,8%	69	6,3%	53	4,8%	23	2,1%	1095	100,0%
		V	960	56	87,76	592	83,9%	59	8,4%	29	4,1%	22	3,1%	4	0,6%	706	100,0%
amputaties	0 < 17: kinderen	M														0	0,00
		V														0	0,00
	>= 17: volwassenen	M	56	64	75,43	12	50,0%	8	33,3%	3	12,5%	1	4,2%			24	100,0%
		V	24	65	69,00	3	33,3%	4	44,4%			2	22,2%			9	100,0%
overige diagnoses	0 < 17: kinderen	M	150	11	72,43	59	79,7%	5	6,8%	5	6,8%			5	6,8%	74	100,0%
		V	156	11	68,91	84	81,6%	7	6,8%	9	8,7%			3	2,9%	103	100,0%
	>= 17: volwassenen	M	1.835	47	74,71	1.014	75,2%	75	5,6%	52	3,9%	30	2,2%	177	13,1%	1348	100,0%
		V	1.497	48	69,43	823	81,1%	92	9,1%	35	3,4%	19	1,9%	46	4,5%	1015	100,0%
diagnose onbekend	0 < 17: kinderen	M	4	10	51,75					1	50,0%			1	50,0%	2	100,0%
		V	2	6	74,50	1	100,0%									1	100,0%
	>= 17: volwassenen	M	428	58	47,86	41	43,2%	27	28,4%	12	12,6%			15	15,8%	95	100,0%
		V	357	53	49,03	41	45,1%	27	29,7%	5	5,5%	2	2,2%	16	17,6%	91	100,0%



## Tweede serie tabellen van Revalidatie Nederland

### Toelichting op de tabellen door Revalidatie Nederland

Teleenheid in tabellen	De gegevens in deze tabellen hebben betrekking op unieke patiënten.
Herkomst en bestemmings gegevens	De herkomst- en bestemminggegevens zijn door de Revalidatiesector verzameld met een ander doel; meer de locatie dan de medische inhoud.
-	Deze gegevens worden in de komende periode opnieuw gedefinieerd op basis van de medische betekenis.
Betreffende "herkomst":	De herkomst van poliklinische patiënten is per definitie de woonomgeving. Om deze reden is dit gegeven niet getabelleerd.
-	De herkomst bevat de categorie "onbekend". De aangeleverde codering liet geen indeling naar de inhoudelijk relevante herkomstcategorieën toe.
Betreffende "bestemming"	De bestemming bevat de categorie "onbekend". De aangeleverde codering liet geen indeling naar de inhoudelijk relevante herkomstcategorieën toe.
-	Na overleg met deskundigen uit het veld nemen wij aan dat zich in deze categorie een substantieel aantal cases bevindt die eigenlijk in de categorie "eigen woning" thuishoren.
Domein	De gegevens in de poliklinische tabellen hebben uitsluitend betrekking op patiënten die een multidisciplinaire poliklinische behandelingen ontvangen
-	De tabellen geven dus alleen informatie over een deel van het totaal aantal poliklinische patiënten, zij het wel de belangrijkste en omvangrijkste qua productie.
-	De tabellen betreffen uitsluitend de revalidatiezorg van de 24 revalidatie-instellingen; de revalidatiezorg van de ziekenhuizen is dus niet meegenomen. Dit betekent dat:
-	De aantallen in klinische tabellen een geringe onderschatting zijn;
-	De aantallen in de poliklinische tabellen een behoorlijke onderschatting in van de totaal verleende revalidatiezorg in Nederland, hetgeen ook gevolgen heeft voor de
-	De betrouwbaarheid van de bestemming van de poliklinische patiënten. Bestemmingsgegevens zijn daarom voor de poliklinische patiënten niet meer opgenomen in de tabellen.
-	Hiernaast geldt dat, evenals bij de LMR (ontslagregistratie), de revalidatiecentra de bestemming van de patiënt vastleggen bij het ontslag. Het gegeven betreft dus een momentopname.
-	Informatie over de werkelijke (zorginhoudelijk relevante) bestemming waar de patiënt na enige tijd werkelijk terecht komt, zal niet altijd ter beschikking van het revalidatie centrum komen.



## Revalidatie Nederland

Overzicht kenmerken unieke klinische patiënten opgenomen in 2003

				herkomst					
				teller	LEEFTIJD	eigen woning	academische of algemeen ziekenhuis	verpleeghuis	onbekend
				Aantal	Gemiddeld	Rij %	Rij %	Rij %	Rij %
2003	CVA groep	0 < 17: kinderen	M	8	11,1	28,6%	71,4%	0,0%	0,0%
			V	10	9,9	14,3%	85,7%	0,0%	0,0%
		>= 17: volwassenen	M	1.143	57,0	8,7%	87,3%	2,0%	1,9%
			V	827	56,1	9,6%	86,8%	1,7%	2,0%
	amputaties	0 < 17: kinderen	M	0		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
			V	4	11,0	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
		>= 17: volwassenen	M	226	60,9	9,2%	89,2%	0,0%	1,5%
			V	111	66,6	18,2%	80,7%	0,0%	1,1%
	overige diagnoses	0 < 17: kinderen	M	124	10,4	60,6%	31,3%	1,0%	7,1%
			V	139	12,1	64,2%	27,6%	0,8%	7,3%
		>= 17: volwassenen	M	1.436	44,6	38,8%	56,4%	1,3%	3,4%
			V	1.078	46,3	42,7%	54,9%	0,6%	1,7%
	diagnose onbekend	0 < 17: kinderen	M	4	9,8	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
			V	7	8,7	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
		>= 17: volwassenen	M	319	53,9	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
			V	265	54,6	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%



## Revalidatie Nederland

### Overzicht kenmerken unieke klinische patiënten ontslagen in 2003

				bestemming						
				teller	LEEFTIJD	behandeltijd	eigen woning	academische of algemeen ziekenhuis	verpleeghuis	onbekend
				Valid N	Mean	Mean	Rij %	Rij %	Rij %	Rij %
2003	CVA groep	0 < 17: kinderen	M	8	11,3	139,6	25,0%	50,0%	0,0%	25,0%
			V	7	10,0	99,6	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
		>= 17: volwassenen	M	1.134	56,9	95,5	81,7%	5,3%	4,6%	8,4%
			V	797	56,4	90,7	85,2%	4,4%	2,7%	7,8%
	amputaties	0 < 17: kinderen	M	0	.	.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
			V	5	12,0	70,6	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
		>= 17: volwassenen	M	218	62,3	92,1	75,7%	10,8%	3,4%	10,1%
			V	107	66,6	96,7	75,8%	10,6%	3,0%	10,6%
	overige diagnoses	0 < 17: kinderen	M	110	10,8	62,2	85,0%	8,3%	0,0%	6,7%
			V	130	12,0	73,9	82,6%	8,1%	0,0%	9,3%
		>= 17: volwassenen	M	1.382	45,2	85,4	72,6%	5,5%	2,5%	19,4%
			V	1.090	46,5	82,8	81,3%	5,0%	2,4%	11,2%
	diagnose onbekend	0 < 17: kinderen	M	5	10,2	101,8	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
			V	11	8,4	143,3	83,3%	16,7%	0,0%	0,0%
		>= 17: volwassenen	M	316	53,6	61,7	71,4%	9,5%	2,0%	17,0%
			V	264	53,9	64,1	89,8%	1,1%	4,5%	4,5%



## Revalidatie Nederland

### Overzicht kenmerken unieke klinische patiënten opgenomen in 2004

				herkomst					
				teller	LEEFTIJD	eigen woning	academische of algemeen ziekenhuis	verpleeghuis	onbekend
				Aantal	Gemiddeld	Rij %	Rij %	Rij %	Rij %
2004	CVA groep	0 < 17: kinderen	M	11	10,9	37,5%	37,5%	0,0%	25,0%
			V	9	9,4	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%
		>= 17: volwassenen	M	1.540	57,1	15,2%	80,9%	1,7%	2,3%
			V	965	55,6	13,3%	82,2%	1,6%	2,9%
	amputaties	0 < 17: kinderen	M	2	8,0	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
			V	0		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
		>= 17: volwassenen	M	225	60,0	8,7%	90,3%	0,0%	1,0%
			V	118	62,7	17,3%	77,6%	0,0%	5,1%
	overige diagnoses	0 < 17: kinderen	M	152	10,7	44,4%	47,6%	0,0%	7,9%
			V	135	11,0	60,7%	34,6%	0,0%	4,7%
		>= 17: volwassenen	M	1.681	45,2	42,5%	53,3%	0,7%	3,5%
			V	1.551	47,2	54,5%	42,7%	0,7%	2,1%
	diagnose onbekend	0 < 17: kinderen	M	9	13,2	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
			V	7	10,4	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
		>= 17: volwassenen	M	200	55,7	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
			V	171	52,6	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%



## Revalidatie Nederland

### Overzicht kenmerken unieke klinische patiënten ontslagen in 2004

				bestemming						
				teller	LEEFTIJD	behandeltijd	eigen woning	academische of algemeen ziekenhuis	verpleeghuis	onbekend
				Valid N	Mean	Mean	Rij %	Rij %	Rij %	Rij %
2004	CVA groep	0 < 17: kinderen	M	10	12,9	98,4	80,0%	0,0%	0,0%	20,0%
			V	10	10,9	121,6	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%
		>= 17: volwassenen	M	1.490	57,7	86,8	83,0%	3,8%	4,4%	8,8%
			V	969	55,7	89,5	87,4%	3,0%	3,7%	5,9%
	amputaties	0 < 17: kinderen	M	2	8,0	7,5	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%
			V	0	.	.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
		>= 17: volwassenen	M	245	60,5	98,2	84,6%	6,2%	2,5%	6,8%
			V	126	63,7	108,2	80,0%	12,0%	1,3%	6,7%
	overige diagnoses	0 < 17: kinderen	M	146	10,7	67,5	69,9%	4,8%	1,2%	24,1%
			V	135	11,2	77,3	76,2%	8,3%	0,0%	15,5%
		>= 17: volwassenen	M	1.738	45,3	75,9	74,0%	3,8%	0,8%	21,4%
			V	1.551	47,3	71,1	78,2%	2,8%	1,8%	17,3%
	diagnose onbekend	0 < 17: kinderen	M	7	13,1	33,3	66,7%	0,0%	0,0%	33,3%
			V	8	11,1	104,5	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
		>= 17: volwassenen	M	189	56,1	49,1	83,1%	4,2%	0,0%	12,7%
			V	188	51,0	56,1	75,6%	1,5%	3,0%	20,0%





## Revalidatie Nederland

### Overzicht kenmerken unieke klinische patiënten opgenomen in 2005

				herkomst					
				teller	LEEFTIJD	eigen woning	academische of algemeen ziekenhuis	verpleeghuis	onbekend
				Aantal	Gemiddeld	Rij %	Rij %	Rij %	Rij %
2005	CVA groep	0 < 17: kinderen	M	14	11,9	15,2%	75,8%	0,0%	9,1%
			V	7	5,9	42,9%	57,1%	0,0%	0,0%
		>= 17: volwassenen	M	1.604	57,4	12,4%	84,4%	2,2%	1,0%
			V	1.045	55,5	11,1%	86,2%	1,2%	1,4%
	amputaties	0 < 17: kinderen	M	2	13,5	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%
			V	0		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
		>= 17: volwassenen	M	231	62,1	15,4%	82,6%	0,5%	1,5%
			V	121	61,6	11,2%	87,9%	0,0%	0,9%
	overige diagnoses	0 < 17: kinderen	M	154	10,6	41,7%	43,7%	0,0%	14,5%
			V	176	11,3	71,6%	26,0%	0,0%	2,4%
		>= 17: volwassenen	M	1.775	46,6	42,6%	53,4%	1,2%	2,8%
			V	1.558	48,4	56,6%	41,4%	0,9%	1,0%
	diagnose onbekend	0 < 17: kinderen	M	4	10,0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
			V	3	4,0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
		>= 17: volwassenen	M	206	55,7	22,0%	78,0%	0,0%	0,0%
			V	155	51,9	10,0%	83,3%	3,3%	3,3%



## Revalidatie Nederland

### Overzicht kenmerken unieke klinische patiënten ontslagen in 2005

				bestemming						
				teller	LEEFTIJD	behandeltijd	eigen woning	academische of algemeen ziekenhuis	verpleeghuis	onbekend
				Valid N	Mean	Mean	Rij %	Rij %	Rij %	Rij %
2005	CVA groep	0 < 17: kinderen	M	15	11,6	110,3	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
			V	7	7,9	101,1	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%
		>= 17: volwassenen	M	1.652	57,3	83,0	78,7%	6,2%	4,7%	10,5%
			V	1.060	55,6	86,3	83,9%	4,4%	3,0%	8,7%
	amputaties	0 < 17: kinderen	M	2	13,5	8,0	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
			V	0	.	.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
		>= 17: volwassenen	M	238	61,6	95,4	82,1%	7,6%	2,1%	8,3%
			V	126	62,5	100,0	82,3%	6,3%	5,1%	6,3%
	overige diagnoses	0 < 17: kinderen	M	156	10,7	73,6	79,5%	6,8%	0,0%	13,7%
			V	167	11,1	69,7	82,4%	7,8%	0,0%	9,8%
		>= 17: volwassenen	M	1.779	46,1	70,2	73,0%	3,6%	2,3%	21,1%
			V	1.534	48,5	63,9	80,4%	2,9%	1,9%	14,8%
	diagnose onbekend	0 < 17: kinderen	M	4	10,0	51,8	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%
			V	2	6,0	74,5	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
		>= 17: volwassenen	M	178	57,7	32,8	42,6%	12,8%	0,0%	44,7%
			V	150	52,6	45,0	45,1%	5,5%	2,2%	47,3%



## Revalidatie Nederland

### Overzicht kenmerken unieke poliklinische patiënten behandeld in 2003

				teller	LEEFTIJD
				Aantal	Gemiddeld
2003	CVA groep	0 < 17: kinderen	M	47	8,9
			V	31	7,2
		>= 17: volwassenen	M	2.054	57,2
			V	1.482	53,8
	amputaties	0 < 17: kinderen	M	52	6,4
			V	41	6,7
		>= 17: volwassenen	M	427	59,1
			V	200	58,0
	overige diagnoses	0 < 17: kinderen	M	2.110	6,6
			V	1.546	6,9
		>= 17: volwassenen	M	5.903	47,5
			V	7.378	45,1
diagnose onbekend	0 < 17: kinderen	M	173	7,2	
		V	121	8,3	
	>= 17: volwassenen	M	1.450	50,3	
		V	2.320	49,4	

### Overzicht kenmerken unieke poliklinische patiënten ontslagen in 2003

				teller	LEEFTIJD	behandeltijd
				Valid N	Mean	Mean
2003	CVA groep	0 < 17: kinderen	M	39	9,7	117,7
			V	26	8,0	151,9
		>= 17: volwassenen	M	1.855	57,4	150,2
			V	1.328	54,2	153,5
	amputaties	0 < 17: kinderen	M	53	6,7	112,3
			V	36	7,2	100,8
		>= 17: volwassenen	M	393	58,3	165,5
			V	188	57,3	177,1
	overige diagnoses	0 < 17: kinderen	M	2.019	7,1	188,7
			V	1.338	7,4	176,7
		>= 17: volwassenen	M	5.621	47,5	142,4
			V	7.086	45,3	162,1
diagnose onbekend	0 < 17: kinderen	M	112	7,8	158,4	
		V	72	8,3	107,7	
	>= 17: volwassenen	M	1.190	50,2	118,6	
		V	1.758	49,8	145,5	



## Revalidatie Nederland

### Overzicht kenmerken unieke poliklinische patiënten opgenomen in 2004

				teller	LEEFTIJD
				Aantal	Gemiddeld
2004	CVA groep	0 < 17: kinderen	M	49	8,1
			V	43	8,5
		>= 17: volwassenen	M	2.660	56,7
			V	1.817	53,6
	amputaties	0 < 17: kinderen	M	64	7,1
			V	49	6,1
		>= 17: volwassenen	M	502	57,2
			V	248	57,1
	overige diagnoses	0 < 17: kinderen	M	2.644	6,7
			V	1.749	7,2
		>= 17: volwassenen	M	7.844	48,0
			V	9.684	45,6
diagnose onbekend	0 < 17: kinderen	M	147	7,8	
		V	142	8,5	
	>= 17: volwassenen	M	1.115	49,2	
		V	2.020	48,4	

### Overzicht kenmerken unieke poliklinische patiënten ontslagen in 2004.

				teller	LEEFTIJD	behandeltijd
				Valid N	Mean	Mean
2004	CVA groep	0 < 17: kinderen	M	38	10,4	198,7
			V	39	8,6	241,9
		>= 17: volwassenen	M	2.480	57,3	156,8
			V	1.727	54,0	155,1
	amputaties	0 < 17: kinderen	M	55	7,7	117,3
			V	43	6,4	124,6
		>= 17: volwassenen	M	500	58,2	168,3
			V	234	55,8	168,3
	overige diagnoses	0 < 17: kinderen	M	2.259	7,2	193,7
			V	1.538	7,8	185,0
		>= 17: volwassenen	M	7.641	48,1	137,9
			V	9.258	45,4	147,1
diagnose onbekend	0 < 17: kinderen	M	100	8,0	218,9	
		V	79	10,0	142,3	
	>= 17: volwassenen	M	968	49,5	169,5	
		V	1.819	49,1	199,9	



## Revalidatie Nederland

### Overzicht kenmerken unieke poliklinische patiënten opgenomen in 2005.

				teller	LEEFTIJD
				Aantal	Gemiddeld
2005	CVA groep	0 < 17: kinderen	M	55	9,1
			V	33	8,4
		>= 17: volwassenen	M	2.955	56,9
			V	2.003	53,9
	amputaties	0 < 17: kinderen	M	61	6,6
			V	50	8,6
		>= 17: volwassenen	M	502	57,9
			V	274	55,1
	overige diagnoses	0 < 17: kinderen	M	2.833	6,8
			V	1.914	7,4
		>= 17: volwassenen	M	9.044	48,6
			V	10.281	46,2
diagnose onbekend	0 < 17: kinderen	M	106	7,8	
		V	120	9,7	
	>= 17: volwassenen	M	988	51,3	
		V	2.053	50,1	

### Overzicht kenmerken unieke poliklinische patiënten ontslagen in 2005.

				teller	LEEFTIJD	behandeltijd
				Valid N	Mean	Mean
2005	CVA groep	0 < 17: kinderen	M	48	10,0	155,2
			V	28	10,6	140,0
		>= 17: volwassenen	M	2.762	57,1	149,8
			V	1.826	54,5	152,0
	amputaties	0 < 17: kinderen	M	59	6,3	92,3
			V	42	7,0	148,9
		>= 17: volwassenen	M	494	57,6	160,4
			V	260	56,6	156,4
	overige diagnoses	0 < 17: kinderen	M	2.401	7,6	182,8
			V	1.621	8,0	169,2
		>= 17: volwassenen	M	8.705	48,5	133,4
			V	10.136	46,1	144,8
diagnose onbekend	0 < 17: kinderen	M	100	7,9	235,2	
		V	75	9,2	215,1	
	>= 17: volwassenen	M	976	51,5	194,1	
		V	2.075	50,2	226,9	