

Revalidatie 

Brancherapport **2008**





Revalidatie Brancherapport 2008

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Wat is revalidatie	5
1.2	Revalidatiefeiten 2008	6
2	Geleverde zorg	9
2.1	Totale geleverde zorg	11
2.2	Revalidatiepatiënten	12
2.3	Zorg per regio	26
2.4	Poliklinische behandeling	31
2.5	Klinische opname	32
3	Behandelproces	35
3.1	Verpleegduur en behandelintensiteit	35
3.2	Plaats in de zorgketen	36
3.3	Wachttijden voor revalidatiezorg	38
3.4	Inzet personeel	40
4	Kwaliteit van de revalidatiezorg	43
4.1	Tevredenheid	43
4.2	Veiligheid	44
4.3	Effectiviteit	44
4.4	Tijdigheid	44
4.5	Transparantie	44
4.6	Samenwerking	44
4.7	Deskundigheid	45
4.8	Opleiding	45
4.9	Onderzoek	45
5	Financiën	47
5.1	Personele kosten	47
5.2	Materiële kosten	47
5.3	Kostenopbouw	49
5.4	Doelmatigheid	50
6	Personeel	51
6.1	Werkgelegenheid	51
6.2	Leeftijd en duur dienstverband	52
6.3	Verloop personeel	53
6.4	Ziekteverzuim	53

Bijlage 1	Verantwoording	55
B1.1	Totstandkoming	55
B1.2	Revalidatie Databank	55
Bijlage 2	Overzicht leden Revalidatie Nederland	57
Bijlage 3	Overzicht prestatie-indicatoren	58
Bijlage 4	Begrippen en definities	61
Bijlage 5	Diagnoseclassificatie revalidatiegeneeskunde	63

1 Inleiding

1.1 Wat is revalidatie

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

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

Revalidatiegeneeskunde is een erkend medisch specialisme sinds 1955. Het recht op medisch specialistische revalidatie is onderdeel van het basispakket in de Zorgverzekeringswet. De indicatiestelling is uitgewerkt in de 'Indicatiestelling revalidatiezorg' van mei 2001. Revalidatiezorg vindt plaats in revalidatiecentra (categorale ziekenhuizen) en in algemene of academische ziekenhuizen. Nederland telde in 2008 24 revalidatiecentra die allen lid zijn van de branchevereniging Revalidatie Nederland.

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

In dit brancherapport staat vooral de medisch specialistische revalidatiezorg centraal, zoals deze wordt geleverd door de 24 revalidatiecentra. Dit is circa 90% van de totale medische specialistische revalidatie in Nederland. Het resterende deel wordt uitgevoerd door algemene en academische ziekenhuizen in de vorm van poliklinische revalidatie. Dit onderdeel van de revalidatiezorg wordt in dit rapport ook op hoofdlijnen meegenomen.

De gegevens in dit brancherapport hebben betrekking op 2008. Waar mogelijk wordt verslag gedaan over een langere periode.

1.2 Revalidatiefeiten 2008

Toegankelijkheid van de zorg

Veruit het grootste deel van de revalidatiezorg wordt geboden door de 24 revalidatiecentra. Hiernaast wordt ook vanuit de algemene en academische ziekenhuizen revalidatiezorg geboden, waarbij meestal sprake is van een samenwerkingsverband tussen het ziekenhuis en een revalidatiecentrum. Hierdoor kan de expertise van het revalidatiecentrum ook in het ziekenhuis beschikbaar komen. Klinische revalidatiezorg wordt uitsluitend uitgevoerd in revalidatiecentra.

Patiënten

In totaal werd in 2008 aan bijna 69.000 patiënten zorg verstrekt. Ruim 8.200 patiënten kregen een klinische revalidatiebehandeling, waaronder 435 kinderen. Bijna 64.800 patiënten ontvingen een poliklinische behandeling, waaronder 14.545 kinderen.

Patiëntprofielen

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

De meeste patiënten worden behandeld voor hersenaandoeningen. Daarna volgen aandoeningen aan het bewegingsapparaat en chronische pijn. Er zijn poliklinisch en klinisch bepaalde patronen zichtbaar op basis van leeftijd en geslacht.

Hersenaandoeningen komen bijvoorbeeld relatief veel voor bij jongens, en bij mannen boven de 40.

Vrouwen hebben bijvoorbeeld relatief veel aandoeningen aan het bewegingsapparaat en worden relatief vaak, evenals meisjes, behandeld wegens chronische pijn.

Productie

Ten opzichte van het voorgaande jaar is het productievolume in 2008 met 4% gestegen, vooral als gevolg van het toegenomen aantal revalidatiebehandelingen (RBU's)¹ voor alle patiënten. Daarnaast is het aantal klinische opnamen zowel voor volwassenen als voor kinderen licht toegenomen, waarbij moet worden aangetekend dat het aantal klinische opnamen van kinderen slechts een fractie is van het aantal klinische opnamen van volwassenen (6%).

Toegang tot de zorg

Gemiddeld vindt voor 67% van de patiënten het eerste consult plaats binnen vier weken. Voor poliklinische zorg wordt 79% van de patiënten binnen zes weken gezien door de revalidatiearts. Voor vrijwel alle klinische patiënten (96%) is de wachttijd voor opname korter dan zeven weken.

Behandelproces

De gemiddelde verpleegduur voor volwassenen is in 2008 verder gedaald van 67 naar 66 dagen. Gelijkzeitig is het aantal revalidatiebehandelingen per verpleegdag toegenomen van 1,7 naar 1,8. Klinische behandelingen worden dus steeds korter en intensiever.

Voor kinderen geldt hetzelfde. De gemiddelde verpleegduur is gedaald van 80 naar 76 dagen, bij een toename van het aantal revalidatiebehandelingen van 1,9 naar 2,0. Ook hier is dus sprake van een verdere intensivering van de behandeling ten opzichte van voorgaande jaren.

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

Kwaliteit

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

Werkgelegenheid en opleiding

De revalidatiesector telt 8.620 werkzame personen. In FTE's uitgedrukt zijn dat 5.820 volledige arbeidsplaatsen. In totaal wordt 75% van het aantal arbeidsplaatsen ingezet voor de zorgverlening aan de patiënt. De revalidatiecentra zijn actief betrokken bij het opleiden van studenten. Naast de begeleiding van 323 co-assistenten geneeskunde wordt onder andere begeleiding geboden aan studenten fysiotherapie, ergotherapie en psychologie.

Financiën

De uitgaven van de gehele zorgsector bedroegen in 2008 meer dan 54 miljard euro. Hiervan wordt circa 38% besteed aan curatieve zorg. Het aandeel van de revalidatiesector in de curatieve zorg is bescheiden: bijna 2%. De personele kosten van de revalidatiecentra beslaan 73% van het totale budget, de materiële kosten 27%. Van alle kosten binnen de centra heeft 64% een directe relatie met de patiëntenzorg (2007: 60%). Het wettelijk budget voor de aanvaardbare kosten van alle revalidatiecentra bedroeg in 2008 400 miljoen euro.

Doelmatigheid

Ten opzichte van 2007 is het productievolume in 2008 met 4% toegenomen. Doordat de kosten echter iets harder zijn gestegen, is het voor het eerst in 5 jaar tijd niet gelukt om in 2008 met de beschikbare middelen meer zorg te leveren dan in het voorgaande jaar.



2 Geleverde zorg

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

In dit brancherapport staat de medisch specialistische revalidatiezorg centraal, zoals deze wordt geleverd door de 24 revalidatiecentra. In bijna alle gevallen worden de multidisciplinaire behandelteams gecoördineerd door revalidatieartsen, waarvan er in revalidatiecentra en ziekenhuizen 427 werkzaam zijn.

Spreiding van zorg

Tussen de revalidatiecentra en de ziekenhuizen bestaan vele samenwerkingsverbanden. Dit heeft geresulteerd in een groot aantal plaatsen in Nederland waar revalidatiezorg beschikbaar is. De tabellen 2.1 en 2.2 geven een beeld van de omvang waarin in 2008 werd samengewerkt.

Tabel 2.1 Aanbod multidisciplinaire revalidatiezorg door revalidatiecentra

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

Bron: Locatie-enquête 2008

Tabel 2.2 Aantal algemene en academische ziekenhuizen dat revalidatiezorg aanbiedt

	Aantal
Ziekenhuizen die revalidatiezorg aanbieden	94
Waarvan:	
academische ziekenhuizen	8
algemene ziekenhuizen	86
samenwerkend met revalidatiecentrum	55

Bron: Enquête Omvang Ziekenhuisrevalidatie 2008, Bedrijfsenquête 2008 en Jaarenquête Ziekenhuizen 2008.

Samenwerkingsverbanden

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

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

Het minst vergaand is de situatie waarin een revalidatiearts van een revalidatiecentrum wordt gedetacheerd in het ziekenhuis. Naar schatting is dit in ongeveer 10%² van de ziekenhuizen het geval.

Bij circa 25% van de ziekenhuizen is de betrokkenheid van het centrum zodanig dat er sprake is van een sublocatie, waarbij het revalidatiecentrum volledig verantwoordelijk is voor de behandeling, de organisatie en de faciliteiten.

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

Kenmerkend is dat binnen deze samenwerkingsverbanden voornamelijk zorg wordt geleverd aan volwassen patiënten. In totaal zijn er in Nederland 133 afzonderlijke locaties waar revalidatie wordt aangeboden. Geografisch gezien is dit type zorg voor de patiënt dan ook goed bereikbaar.

Afhankelijk van de aard van het samenwerkingsverband wordt de geproduceerde zorg aan het centrum en/of aan het ziekenhuis toegerekend.

In tabel 2.3 wordt, voor het verslagjaar 2008, de totale revalidatieproductie van de centra vergeleken met die van de ziekenhuizen. De productie wordt uitgedrukt in consulten en revalidatiebehandeluren (RBU's). Het RBU is de meest kenmerkende productieparameter van de revalidatiezorg. Dit is de directe tijd die door behandelaars wordt besteed aan patiënten.

Tabel 2.3 Totale revalidatieproductie verslagjaar 2008

	FTE's revalidatieartsen		Geproduceerde RBU's*		Klinische consulten	1e Polikliniek bezoeken
Revalidatiecentra	241	62%	2.545.904	89%	nvt	41.743
Ziekenhuizen	146	38%	309.806	11%	21.443	78.059
Totaal	387	100%	2.855.710	100%	21.443	119.802

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

Bron: Bedrijfsenquête 2008 en Enquête Omvang Ziekenhuisrevalidatie 2008

De revalidatiecentra verzorgen bijna 90% van de totale RBU-productie in Nederland. Revalidatieartsen in ziekenhuizen produceren in verhouding een gering aantal RBU's (11%). De nadruk van hun activiteiten ligt op het geven van consulten en het medebehandelen van patiënten.

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

² Bron: Enquête Omvang Ziekenhuisrevalidatie 2008

2.1 Totale geleverde zorg

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

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

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

Tabel 2.4 Totale productie in de periode 2004 - 2008

	2004	2005	2006	2007	2008	% verandering 2007-2008
Kinderen						
eerste consulten	7.727	7.372	8.261	8.644	7.814	-10%
poliklinische RBU's	538.911	557.865	595.518	655.163	699.579	7%
klinische opnamen	411	428	451	423	467	10%
verpleegdagen	34.313	34.090	34.918	33.895	35.720	5%
klinische RBU's	55.686	55.791	58.079	64.159	71.482	11%
Volwassenen						
eerste consulten	30.735	31.369	31.549	35.664	33.929	-5%
poliklinische RBU's	785.291	818.046	859.557	908.666	932.362	3%
klinische opnamen	6.996	7.089	6.946	7.118	7.248	2%
verpleegdagen	481.453	482.336	483.272	474.787	470.958	-1%
klinische RBU's	730.441	755.685	799.526	800.303	842.481	5%
Totaal						
eerste consulten	38.462	38.741	39.810	44.308	41.743	-6%
poliklinische RBU's	1.324.202	1.375.911	1.455.075	1.563.829	1.631.941	4%
klinische opnamen	7.407	7.517	7.397	7.541	7.715	2%
verpleegdagen	515.766	516.426	518.190	508.682	506.678	0%
klinische RBU's	786.127	811.476	857.605	864.462	913.963	6%
Toename van rbu-productie in tijdvak						5%
Groei op basis van gestandaardiseerde productie in tijdvak						4%

Bron: Revalidatie Databank

Tabel 2.4 geeft een overzicht van de productie over de periode 2004 t/m 2008. In de laatste kolom wordt in procenten de groei of krimp van de productie in 2008 ten opzichte van 2007 weergegeven. Hierbij valt op dat:

- het aantal eerste consulten zowel bij kinderen als volwassenen is gedaald;
- het aantal RBU's vooral bij kinderen, maar ook bij volwassenen behoorlijk is gestegen;
- het aantal klinische opnamen zowel bij kinderen als bij volwassenen is gestegen;
- het aantal verpleegdagen bij kinderen is gestegen, maar bij volwassenen licht is teruggelopen.

Bij kinderen is het aantal klinische RBU's sterker gestegen dan het aantal verpleegdagen. Daarnaast is het aantal verpleegdagen per opname gedaald. Geconcludeerd kan worden dat de klinische behandeling van kinderen intensiever is geworden: minder verpleegdagen, maar een intensievere behandeling per dag.

Bij volwassenen is het aantal klinische RBU's ook gestegen. Het aantal verpleegdagen daarentegen is gedaald, zowel totaal als per opname. Ook voor volwassenen kan geconcludeerd worden dat de behandeling intensiever is geworden.

Voor de totale productie in 2008 kan worden vastgesteld dat deze ten opzichte van 2007 is gestegen met 4%³. Een stijging die grotendeels wordt veroorzaakt door de toename van het aantal revalidatiebehandelingen (RBU's). Opgemerkt moet worden dat het aantal klinische opnamen bij kinderen gering van omvang is en van jaar tot jaar toevallige schommelingen kan vertonen. De opname van slechts enkele patiënten die een intensieve behandeling behoeven zal bijvoorbeeld al leiden tot een plotselinge toename van het aantal klinische RBU's. Verschillen tussen de opeenvolgende jaren dienen daarom in dit geval voorzichtig te worden geïnterpreteerd.

2.2 Revalidatiepatiënten

Inleiding

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

De gepresenteerde diagnosegegevens zijn gebaseerd op de ICD9-DE-REV, een op de bestaande ICD9-DE gebaseerde classificatie. Hiermee ontstaat een duidelijker beeld dan voorheen van de aandoeningen waarvoor men zorg nodig heeft.

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

Aandoeningen aan het bewegingsapparaat

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

Amputaties

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

Hersenen

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

Neurologie

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

³ Hiertoe worden de verschillende zorgvormen aan de hand van wegingsfactoren naar dezelfde zorgeenheid omgerekend (zie bijlage 4)

Dwarslaesie

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

Organen

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

Chronische pijn

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

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

Patiëntgroepen

In totaal is door de 24 revalidatiecentra aan bijna 69.000 patiënten zorg verleend. Onderstaande tabel geeft weer hoe deze zorg over de patiënten en de multidisciplinaire revalidatiebehandelvormen is verdeeld.

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

Tabel 2.5 Aantallen revalidatiepatiënten in 2008

Behandelvorm	Klinisch		Poliklinisch		Totaal	
Kinderen (< 17 jaar)	435	5%	14.545	22%	14.685	21%
Volwassenen	7.804	95%	50.243	78%	54.136	79%
Totaal	8.239	100%	64.788	100%	68.821	100%

Bron: Revalidatie Databank

Van de totale zorg is 11% klinisch, en 89% poliklinisch. Van het totale aantal unieke patiënten wordt 12% klinisch behandeld; 94% wordt (ook) poliklinisch behandeld.

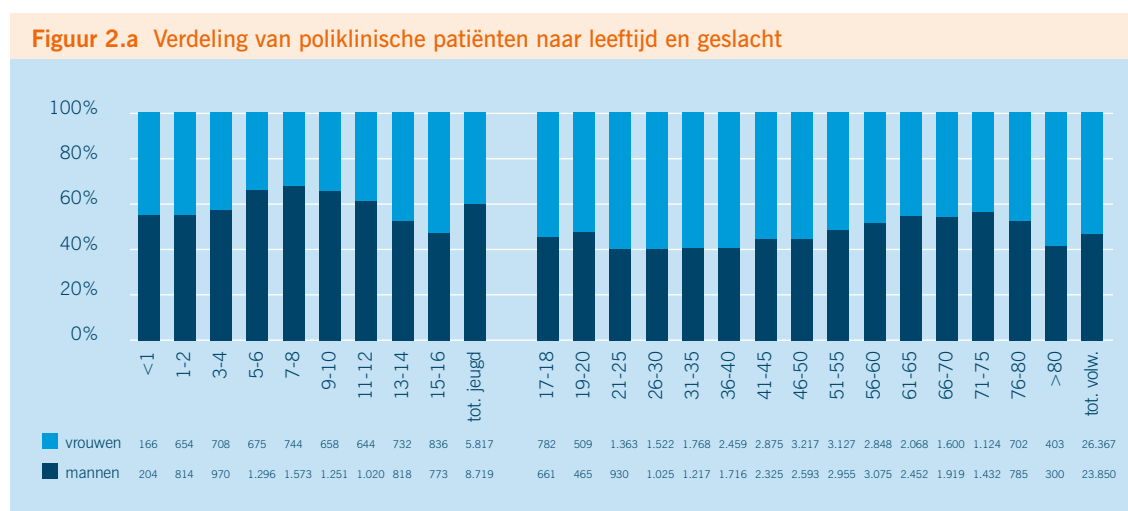
Bij kinderen wordt een klinische opname zoveel mogelijk vermeden; het is beleid om ze zoveel mogelijk vanuit de thuissituatie te behandelen waardoor de omgeving waarin zij opgroeien maximaal wordt behouden. Ouders en vriendjes blijven zo binnen handbereik.

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

Poliklinische revalidatie

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

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



Bron: Revalidatie Databank

Uit figuur 2.a kan het volgende worden geconcludeerd:

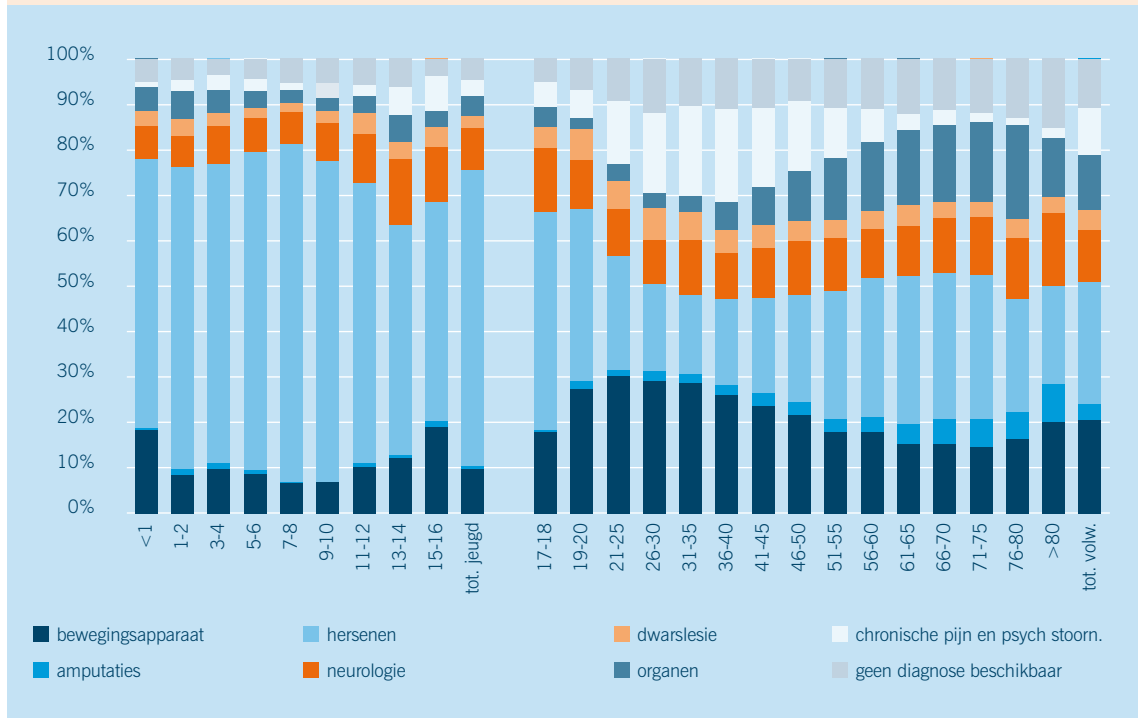
- de jonge patiëntengroep bestaat voor 60% uit jongens;
- in bijna ieder leeftijdscohort zijn er meer jongens dan meisjes;
- bij volwassenen zijn er iets meer vrouwelijke patiënten dan mannelijke.

De verhouding man/vrouw varieert wel in de afzonderlijke leeftijdscohorten; het percentage mannelijke patiënten stijgt duidelijk bij een toename van de leeftijd. Pas op latere leeftijd neemt het aandeel vrouwen weer toe.

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

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

Figuur 2.b Diagnoses mannelijke poliklinische patiënten naar leeftijd

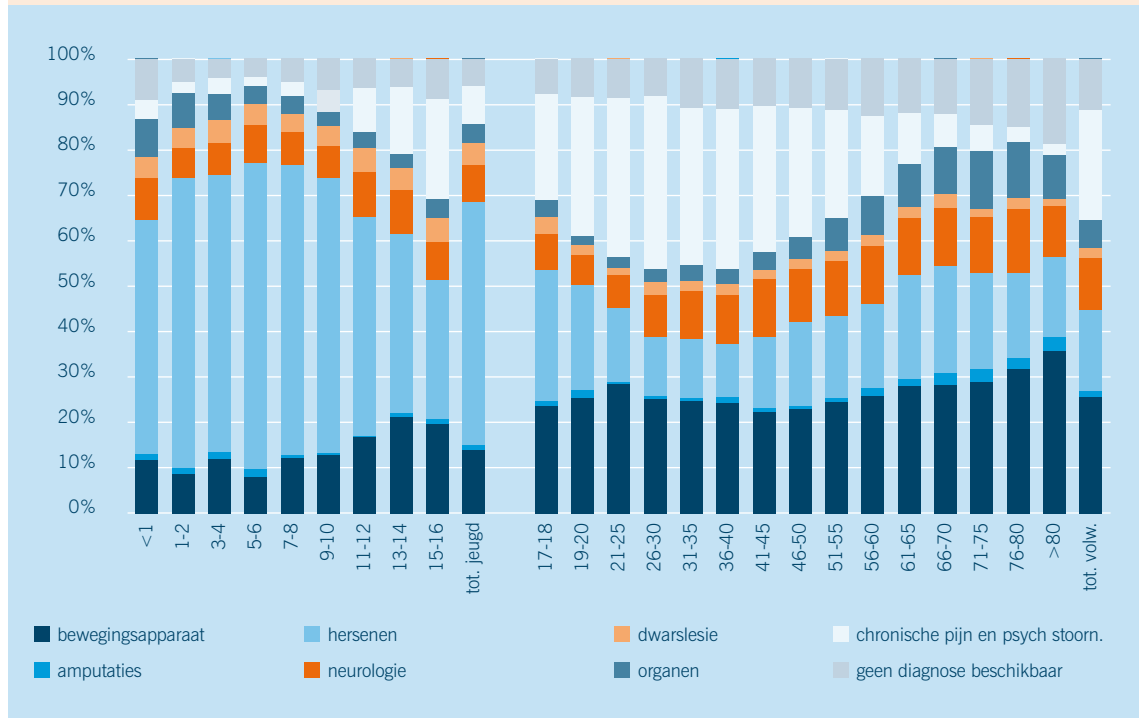


Bron: Revalidatie Databank

Uit figuur 2.b kan het volgende worden geconcludeerd:

- bij jongens is duidelijk zichtbaar dat aandoeningen aan de hersenen het meest voorkomen; meer dan 60% bij alle jongens tot 17 jaar. Deze aandoeningen nemen tot de leeftijdsgroep 7-8 jaar langzaam toe en daarna weer langzaam af;
- het aandeel van de (met name congenitale) hersenaandoeningen blijft afnemen tot ongeveer 40 jaar. Boven de 40 jaar neemt het weer toe, vooral door vasculaire en andere degeneratieve afwijkingen, om vanaf de 70 jaar weer langzaam te dalen;
- aandoeningen aan het bewegingsapparaat nemen vanaf 11-12 jaar langzaam toe tot 30-35 jarige leeftijd;
- aandoeningen die gepaard gaan met chronische pijn vertonen ongeveer hetzelfde patroon als aandoeningen aan het bewegingsapparaat;
- afgezien van kleine wijzigingen blijft de groep van neurologische aandoeningen met circa 10% over alle leeftijdsgroepen stabiel.

Figuur 2.c Diagnoses vrouwelijke poliklinische patiënten naar leeftijd



Bron: Revalidatie Databank

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

- hersenaandoeningen zijn bij meisjes het meest voorkomend, maar het aandeel in het geheel is kleiner dan bij jongens;
- vooral het aandeel van de groep chronische pijn en psychische stoornissen verschilt; de omvang van deze groep is in ieder leeftijdscohort bij vrouwen groter dan bij mannen;
- verder is het opvallend dat aandoeningen aan het bewegingsapparaat bij vrouwen toenemen tot het leeftijdscohort 20-25 jaar en daarna vrijwel stabiel blijven.

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

Tabel 2.6.a Meest voorkomende aandoeningen bij jeugdige poliklinische patiënten

	jongens	meisjes
Hersenen	(5698)	(3122)
DCD (Development Coördination Disorder)	47,3%	31,4%
Cerebrale functiestoornissen, incl. cong.	45,4%	58,8%
Contusio cerebri	3,1%	3,6%
CVA	2,5%	3,6%
Tumor cerebri	1,1%	1,3%
Infectieuze hersenaandoeningen	0,6%	1,4%
Overige hersenaandoeningen	0,0%	0,0%
Bewegingsapparaat	(874)	(830)
Overige aangeboren aand. beweging	26,0%	22,0%
Overige aandoening B.E.	19,8%	22,3%
Overig aand. bewegingsapparaat	17,6%	18,2%
Reumatische aandoeningen	11,7%	15,1%
Aangeboren aandoeningen B.E.	8,6%	7,8%
Overige aandoening O.E.	8,4%	4,1%
Aangeboren aandoeningen O.E.	5,3%	5,5%
Aandoening wervelkolom, romp	2,6%	4,8%
Multitrauma	0,1%	0,1%
Amputaties	(73)	(72)
Amputatie B.E. niet gespecificeerd	43,8%	50,0%
Amputatie voet onderbeen en knie	23,3%	20,8%
Amputatie bovenbeen en hoger	13,7%	5,6%
Amputatie onderarm/hand, excl. vingers	11,0%	13,9%
Amputatie vinger(s)	4,1%	2,8%
Amputatie O.E. niet gespecificeerd	2,7%	2,8%
Amputatie door of boven de elleboog	1,4%	1,4%
Amputatie te(n)en	0,0%	2,8%
Neurologie	(792)	(462)
Neuro-musculaire aandoeningen	59,6%	44,8%
Perifeer zenuwletsel, zenuwaandoeningen	14,4%	18,8%
Overige neurologische aandoeningen	12,5%	15,4%
Plexusletsel	9,2%	14,3%
Neurologie cerebrospinaal	4,3%	6,7%
Dwarslaesies	(268)	(279)
Spina bifida	84,0%	88,5%
Dwarslaesie hoog: C1-C8, T1-T6	10,8%	6,8%
Dwarslaesie laag: T7-T12 en lager	5,2%	4,7%
Ernstige decubitus t.g.v. dwarslaesie	0,0%	0,0%

Tabel 2.6.a Meest voorkomende aandoeningen bij jeugdige poliklinische patiënten

	jongens	meisjes
Organen	(350)	(261)
Overige orgaanaandoeningen	79,4%	85,1%
Respiratoire aandoeningen	8,0%	6,9%
Hartaandoeningen	7,1%	4,6%
Brandwonden	2,9%	2,3%
Huidaandoen., incl. decubitus en ulcus cruris	1,4%	1,1%
Bloedvaten	1,1%	0,0%
Chronische pijn en psych.stoorn.	(297)	(478)
Psychische stoornissen	66,3%	40,8%
Overige pijn	27,3%	42,5%
Chronische Pijnsyndroom WPN 3	2,4%	6,5%
Chronische Pijnsyndroom WPN 4	2,0%	4,6%
Chronische Pijnsyndroom WPN 2	1,7%	5,4%
Chronische Pijnsyndroom WPN 1	0,3%	0,2%
Geen diagnose beschikbaar	(367)	(313)

Bron: Revalidatie Databank

Tabel 2.6.b Meest voorkomende aandoeningen bij volwassen poliklinische patiënten

	mannen	vrouwen
Hersenen	(6497)	(4739)
CVA	64,3%	63,1%
Cerebrale functiestoornissen, incl. cong.	16,2%	17,7%
Contusio cerebri	13,9%	11,4%
Tumor cerebri	3,0%	4,8%
Infectieuze hersenaandoeningen	1,7%	2,2%
DCD (Development Coördination Disorder)	0,8%	0,7%
Overige hersenaandoeningen	0,0%	0,1%
Bewegingsapparaat	(4917)	(6788)
Overige aandoening B.E.	52,9%	37,8%
Aandoening wervelkolom, romp	14,3%	13,9%
Overig aand. Bewegingsapparaat	12,6%	15,1%
Reumatische aandoeningen	11,2%	23,7%
Overige aandoening O.E.	6,9%	6,8%
Multitrauma	1,0%	0,5%
Overige aangeboren aand. Beweging	0,8%	1,7%
Aangeboren aandoeningen B.E.	0,2%	0,2%
Aangeboren aandoeningen O.E.	0,1%	0,3%

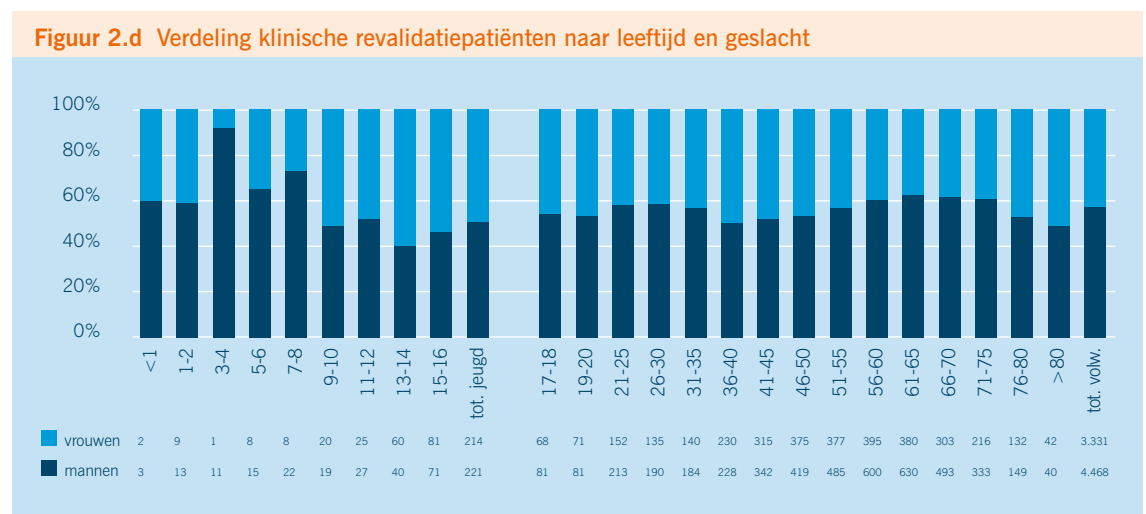
Tabel 2.6.b Meest voorkomende aandoeningen bij volwassen poliklinische patiënten

	mannen	vrouwen
Amputaties	(870)	(394)
Amputatie voet onderbeen en knie	54,4%	50,8%
Amputatie bovenbeen en hoger	28,7%	31,0%
Amputatie O.E. niet gespecificeerd	4,8%	3,3%
Amputatie onderarm/hand, excl. Vingers	4,0%	3,6%
Amputatie door of boven de elleboog	2,8%	3,0%
Amputatie B.E. niet gespecificeerd	2,4%	4,3%
Amputatie vinger(s)	2,3%	2,3%
Amputatie te(n)en	0,6%	1,8%
Neurologie	(2723)	(2975)
Neuro-musculaire aandoeningen	53,8%	60,6%
Perifeer zenuwletsel, zenuwaandoeningen	30,0%	28,4%
Neurologie cerebrosпинаal	7,6%	4,8%
Overige neurologische aandoeningen	5,9%	4,0%
Plexusletsel	2,8%	2,2%
Dwarslaesies	(1113)	(621)
Dwarslaesie hoog: C1-C8, T1-T6	62,3%	50,7%
Dwarslaesie laag: T7-T12 en lager	27,5%	29,8%
Spina bifida	7,3%	17,2%
Ernstige decubitus t.g.v. dwarslaesie	3,0%	2,3%
Organen	(2796)	(1611)
Hartaandoeningen	64,6%	46,7%
Overige orgaanaandoeningen	16,3%	22,5%
Respiratoire aandoeningen	13,5%	23,5%
Huidaandoen., incl. decubitus en ulcus cruris	3,4%	4,5%
Bloedvaten	1,8%	2,2%
Brandwonden	0,5%	0,7%
Chronische pijn en psych.stoorn.	(2537)	(6437)
Overige pijn	73,6%	68,0%
Chronische Pijnsyndroom WPN 3	12,0%	17,7%
Chronische Pijnsyndroom WPN 2	6,4%	6,4%
Psychische stoornissen	3,4%	3,4%
Chronische Pijnsyndroom WPN 4	3,2%	2,9%
Chronische Pijnsyndroom WPN 1	1,5%	1,5%
Geen diagnose beschikbaar	(2401)	(2803)

Bron: Revalidatie Databank

Opvallend is dat bijna alle kinderen met een aandoening in de hoofdgroep “hersenen” in slechts twee verschillende onderliggende diagnoseclusters vallen. Bij meer dan 90% van alle jongeren die poliklinisch worden behandeld is een diagnose gesteld die valt in het cluster “cerebrale functiestoornis” of “development coordination disorder”. Ook bij volwassenen vallen de meeste diagnoses in een tweetal diagnoseclusters, met dien verstande dat “development coordination disorder” bij hen nauwelijks voorkomt, maar CVA met bijna 64% des te meer.

Klinische revalidatie



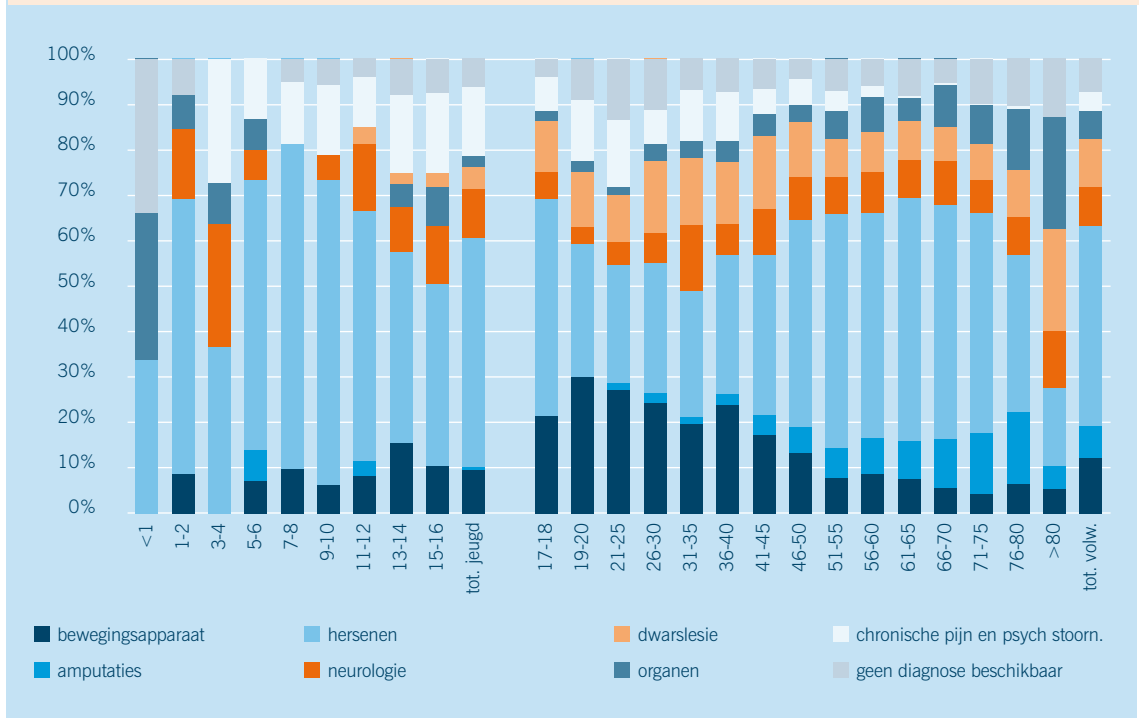
Bron: Revalidatie Databank

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

Bij de kinderen is het aantal behandelde jongens ongeveer even groot als het aantal behandelde meisjes. Bij de volwassenen geldt dat bijna 60% van de patiënten man is.

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

Figuur 2.e Diagnoses mannelijke klinische patiënten naar leeftijd

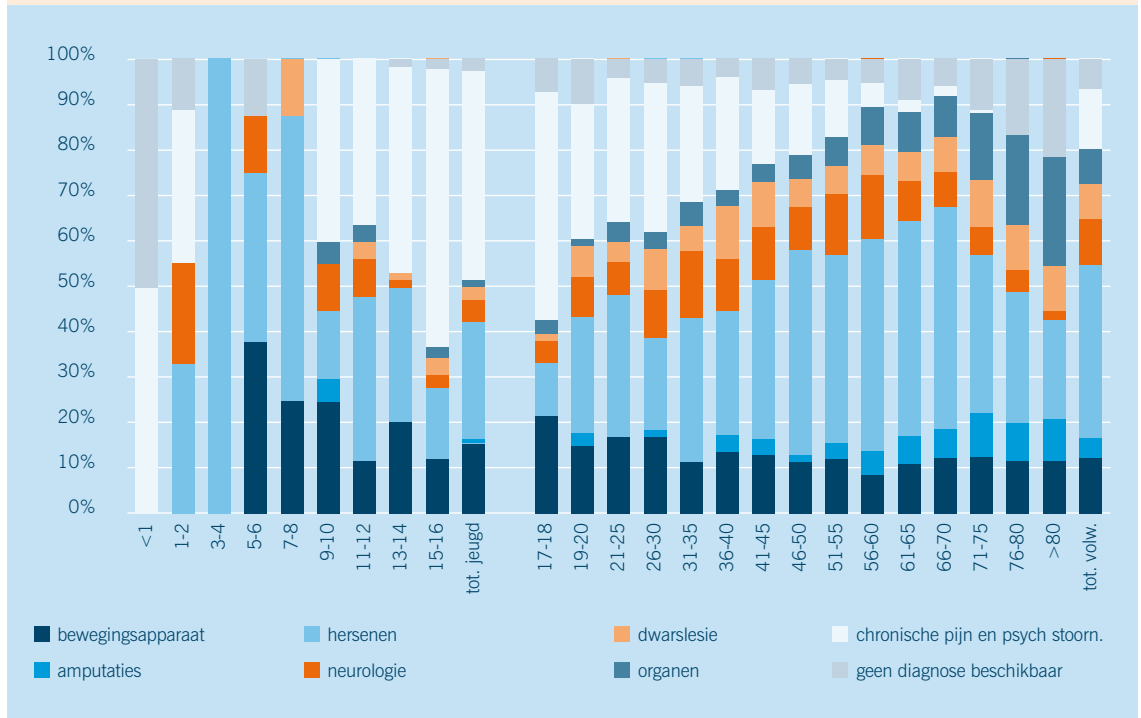


Bron: Revalidatie Databank

Uit de figuur kan worden opgemaakt dat:

- vooral jongens en in iets geringere mate mannen, worden behandeld voor aandoeningen die in de diagnose-groep "hersenen" vallen;
- relatief weinig jongens en mannen worden behandeld voor chronische pijn en psychische stoornissen;
- behandeling aan het bewegingsapparaat vooral bij jongere volwassen mannen voorkomt.

Figuur 2.f Diagnoses vrouwelijke klinische patiënten naar leeftijd



Bron: Revalidatie Databank

Uit bovenstaande figuur kan worden geconcludeerd dat:

- aandoeningen die gerelateerd zijn aan chronische pijn en aan psychische stoornissen bij meisjes vanaf 9-jarige leeftijd fors toenemen, bij 15-16 jaar een piek bereiken, en daarna met het oplopen van de leeftijd steeds verder afnemen;
- hersenaandoeningen bij meisjes relatief weinig voorkomen. Dit aandeel stijgt echter gestaag met de leeftijd tot circa 70 jaar, om daarna relatief weer iets af te nemen;
- bij vrouwen aandoeningen die in de diagnosegroep "hersenen" vallen het meest voorkomen.

In tabel 2.7 zijn deze diagnosegroepen verder gespecificeerd.

Tabel 2.7.a Meest voorkomende aandoeningen bij jeugdige klinische patiënten

	jongens	meisjes
Hersenen	(112)	(55)
Cerebrale functiestoornissen, incl. cong.	38,4%	34,5%
Contusio cerebri	31,3%	40,0%
CVA	11,6%	16,4%
Infectieuze hersenaandoeningen	7,1%	5,5%
Tumor cerebri	7,1%	0,0%
DCD (Development Coördination Disorder)	4,5%	3,6%
Overige hersenaandoeningen	0,0%	0,0%
Bewegingsapparaat	(20)	(35)
Overig aand. Bewegingsapparaat	35,0%	45,7%
Overige aandoening O.E.	20,0%	17,1%
Aandoening wervelkolom, romp	15,0%	8,6%
Multitrauma 15,0%	5,7%	
Overige aangeboren aand. Beweging	10,0%	5,7%
Aangeboren aandoeningen O.E.	5,0%	5,7%
Aangeboren aandoeningen B.E.	0,0%	0,0%
Overige aandoening B.E.	0,0%	2,9%
Reumatische aandoeningen	0,0%	8,6%
Amputaties	(2)	(1)
Amputatie voet onderbeen en knie	100,0%	0,0%
Amputatie bovenbeen en hoger	0,0%	100,0%
Amputatie B.E. niet gespecificeerd	0,0%	0,0%
Amputatie door of boven de elleboog	0,0%	0,0%
Amputatie O.E. niet gespecificeerd	0,0%	0,0%
Amputatie onderarm/hand, excl. Vingers	0,0%	0,0%
Amputatie te(n)en	0,0%	0,0%
Amputatie vinger(s)	0,0%	0,0%
Neurologie	(24)	(10)
Neuro-musculaire aandoeningen	58,3%	40,0%
Perifeer zenuwletsel, zenuwaandoeningen	29,2%	30,0%
Neurologie cerebrosпинаal	4,2%	20,0%
Overige neurologische aandoeningen	4,2%	10,0%
Plexusletsel	4,2%	0,0%
Dwarslaesies	(43)	(19)
Dwarslaesie laag: T7-T12 en lager	36,4%	33,3%
Spina bifida	36,4%	50,0%
Dwarslaesie hoog: C1-C8, T1-T6	27,3%	16,7%
Ernstige decubitus t.g.v. dwarslaesie	0,0%	0,0%

Tabel 2.7.a Meest voorkomende aandoeningen bij jeugdige klinische patiënten

	mannen	vrouwen
Organen	(5)	(4)
Respiratoire aandoeningen	40,0%	50,0%
Brandwonden	20,0%	0,0%
Huidaandoen., incl. decubitus en ulcus cruris	20,0%	0,0%
Overige orgaanaandoeningen	20,0%	50,0%
Bloedvaten	0,0%	0,0%
Hartaandoeningen	0,0%	0,0%
Chronische pijn en psych.stoorn.	(34)	(97)
Overige pijn	52,9%	61,9%
Psychische stoornissen	29,4%	17,5%
Chronische Pijnsyndroom WPN 4	14,7%	12,4%
Chronische Pijnsyndroom WPN 1	2,9%	0,0%
Chronische Pijnsyndroom WPN 2	0,0%	4,1%
Chronische Pijnsyndroom WPN 3	0,0%	4,1%
Geen diagnose beschikbaar	(13)	(6)

Bron: Revalidatie Databank

Tabel 2.7.b Meest voorkomende aandoeningen bij volwassen klinische patiënten

	mannen	vrouwen
Hersenen	(1984)	(1264)
CVA	81,0%	82,0%
Contusio cerebri	11,5%	7,5%
Tumor cerebri	3,3%	5,7%
Cerebrale functiestoornissen, incl. cong.	2,3%	2,3%
Infectieuze hersenaandoeningen	1,8%	2,5%
Overige hersenaandoeningen	0,1%	0,0%
DCD (Development Coördination Disorder)	0,0%	0,0%
Bewegingsapparaat	(514)	(424)
Overig aand. bewegingsapparaat	32,9%	23,1%
Aandoening wervelkolom, romp	27,6%	25,9%
Overige aandoening O.E.	20,0%	20,3%
Multitrauma	12,1%	10,8%
Reumatische aandoeningen	4,1%	15,3%
Overige aandoening B.E.	2,7%	2,6%
Overige aangeboren aand. beweging	0,4%	1,4%
Aangeboren aandoeningen B.E.	0,2%	0,0%
Aangeboren aandoeningen O.E.	0,0%	0,5%
Amputaties	(318)	(150)
Amputatie voet onderbeen en knie	61,6%	60,0%
Amputatie bovenbeen en hoger	30,8%	37,3%
Amputatie O.E. niet gespecificeerd	5,7%	1,3%
Amputatie door of boven de elleboog	0,6%	0,0%
Amputatie B.E. niet gespecificeerd	0,3%	0,7%
Amputatie onderarm/hand, excl. vingers	0,3%	0,0%
Amputatie te(n)en	0,3%	0,7%
Amputatie vinger(s)	0,3%	0,0%
Neurologie	(386)	(333)
Perifeer zenuwletsel, zenuwaandoeningen	49,0%	39,6%
Neuro-musculaire aandoeningen	35,8%	46,8%
Neurologie cerebrosпинаal	7,8%	4,2%
Overige neurologische aandoeningen	6,7%	8,4%
Plexusletsel 0,8%	0,9%	
Dwarslaesies	(45)	(29)
Dwarslaesie hoog: C1-C8, T1-T6	62,6%	55,6%
Dwarslaesie laag: T7-T12 en lager	30,0%	38,0%
Ernstige decubitus t.g.v. dwarslaesie	5,9%	3,2%
Spina bifida	1,5%	3,2%

Tabel 2.7.b Meest voorkomende aandoeningen bij volwassen klinische patiënten

	mannen	vrouwen
Organen	(282)	(246)
Respiratoire aandoeningen	40,1%	52,8%
Hartaandoeningen	38,3%	29,3%
Overige orgaanaandoeningen	9,9%	9,3%
Huidaandoen., incl. decubitus en ulcus cruris	7,8%	6,9%
Bloedvaten	2,1%	1,2%
Brandwonden	1,8%	0,4%
Chronische pijn en psych.stoorn.	(198)	(437)
Overige pijn	73,7%	71,6%
Chronische Pijnsyndroom WPN 4	9,6%	10,8%
Chronische Pijnsyndroom WPN 3	9,1%	11,2%
Chronische Pijnsyndroom WPN 2	3,5%	1,8%
Psychische stoornissen	3,5%	4,1%
Chronische Pijnsyndroom WPN 1	0,5%	0,5%
Geen diagnose beschikbaar	(313)	(227)

Bron: Revalidatie Databank

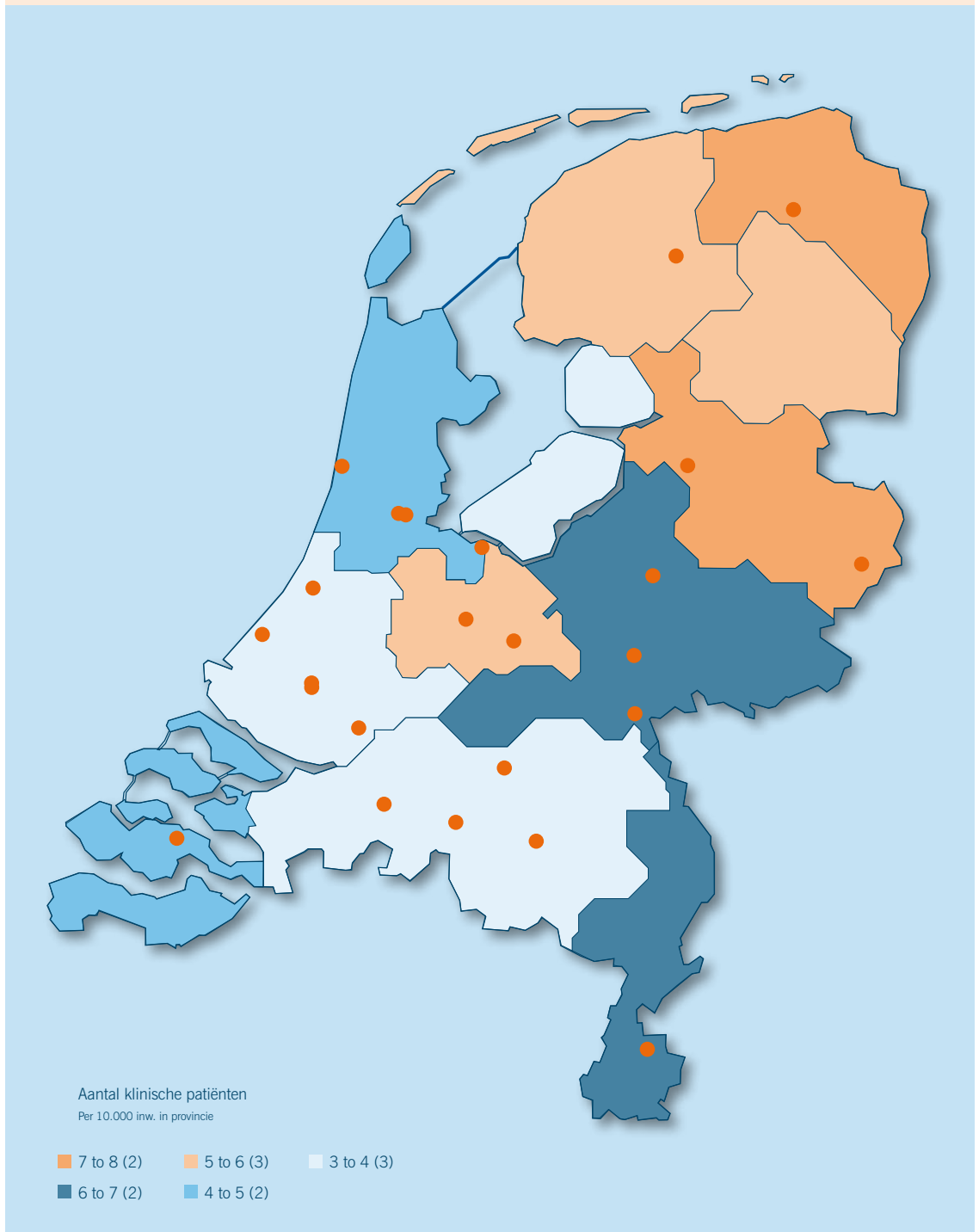
Bij de klinisch behandelde kinderen valt op dat veel meer meisjes dan jongens werden behandeld in de diagnosegroep “chronische pijn en psychische stoornissen”. Deze meisjes worden veel behandeld binnen de diagnose “overige pijn”. Hierbij moet worden aangetekend dat het gaat om geringe aantallen patiënten.

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

2.3 Zorg per regio

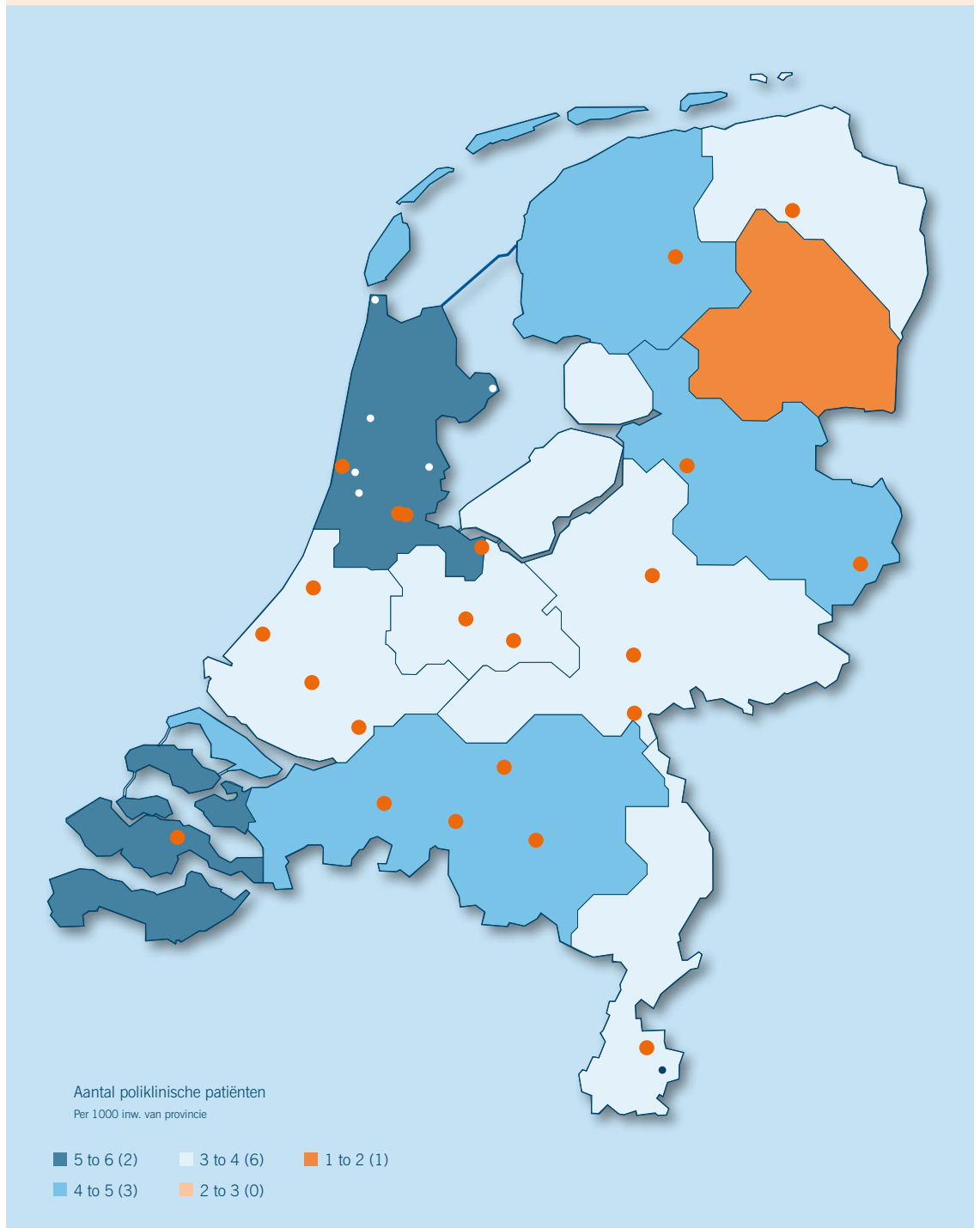
Er is sprake van een landelijk dekkend netwerk van revalidatiecentra. De spreiding van de centra over Nederland maakt multidisciplinaire revalidatiezorg bereikbaar voor iedereen. Op kaart 2.a wordt het aantal klinische patiënten per 10.000 inwoners in de provincies weergegeven. De revalidatiecentra zijn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

Kaart 2.a Overzicht spreiding van klinische revalidatiepatiënten in Nederland



Bron: Revalidatie Databank

Kaart 2.b Overzicht spreiding van poliklinische revalidatiepatiënten in Nederland



Bron: Revalidatie Databank

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

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

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

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

Op kaart 2.c staan alle locaties in Nederland waar revalidatiezorg wordt geboden, aangegeven. Het betreft de 24 revalidatiecentra, de (algemene en academische) ziekenhuizen, en SGL in Limburg.

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

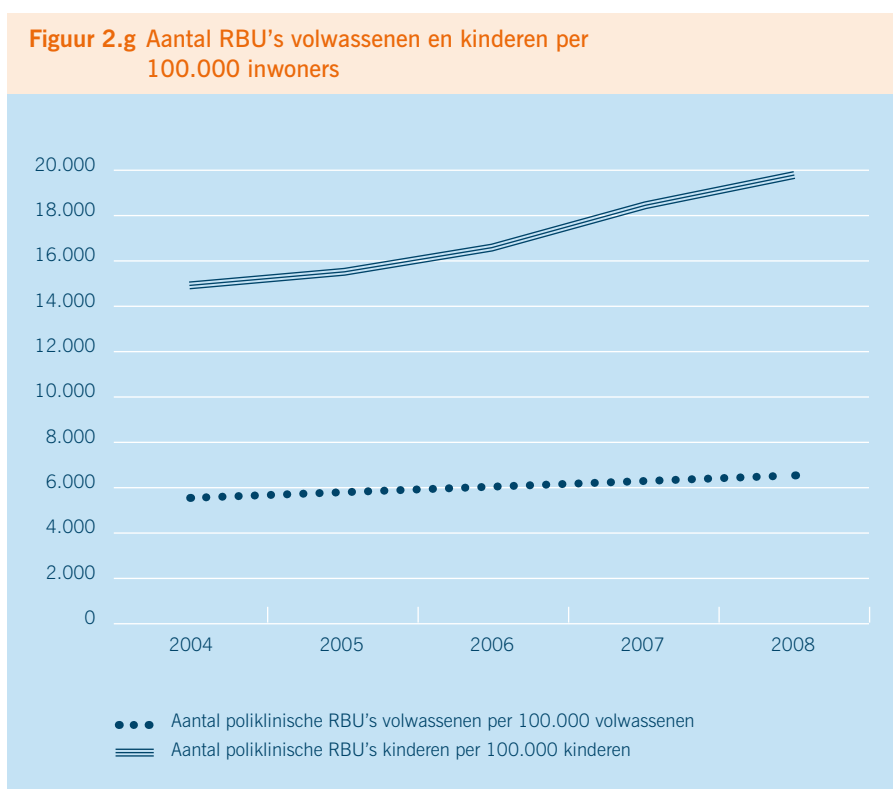
Kaart 2.c Beschikbaarheid revalidatiezorg in Nederland



Bron: Revalidatie Databank, Enquête Omvang Ziekenhuisrevalidatie 2008, Jaarenquête Ziekenhuizen 2008

2.4 Poliklinische behandeling

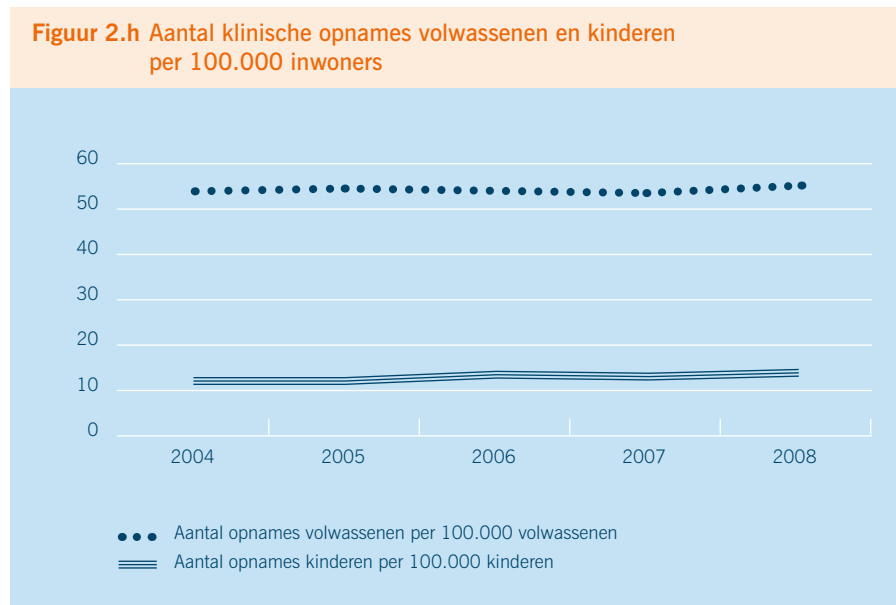
Om het volume van de geleverde zorg in perspectief te plaatsen wordt deze gerelateerd aan de bevolkingsomvang. Voor volwassenen wordt hiertoe het aantal revalidatiebehandelingen per 100.000 volwassenen weergegeven. Voor kinderen per 100.000 inwoners jonger dan 17 jaar.



Bron: Revalidatie Databank

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

2.5 Klinische opname



Bron: Revalidatie Databank

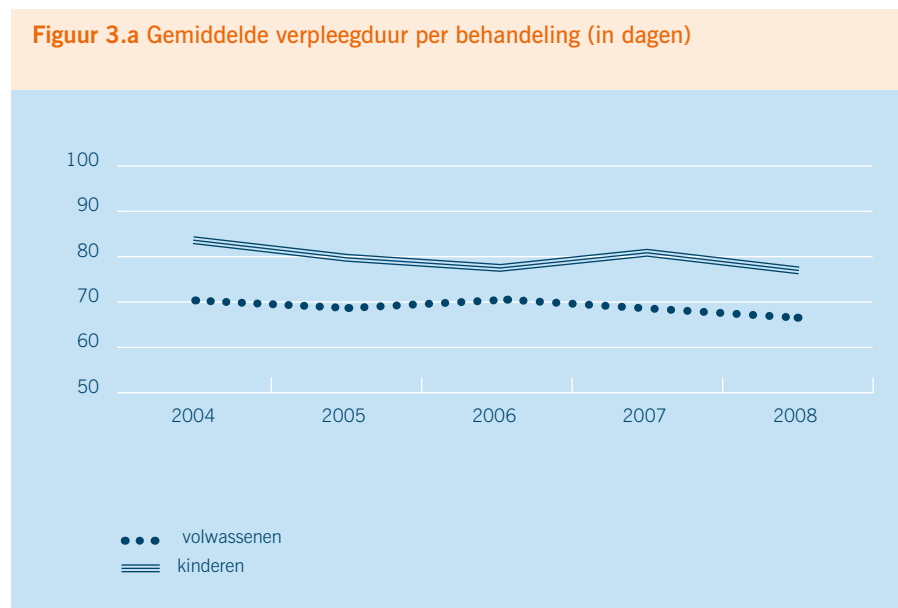
Het aantal volwassenen per 100.000 inwoners dat klinisch wordt opgenomen is sinds 2004 licht gestegen. Voor kinderen is in dezelfde periode ook een lichte stijging waar te nemen. Hierbij moet worden benadrukt dat het totaal aantal klinische opnames van kinderen slechts zeer gering is, waardoor optredende verschillen met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.



3 Behandelproces

3.1 Verpleegduur en behandelintensiteit

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



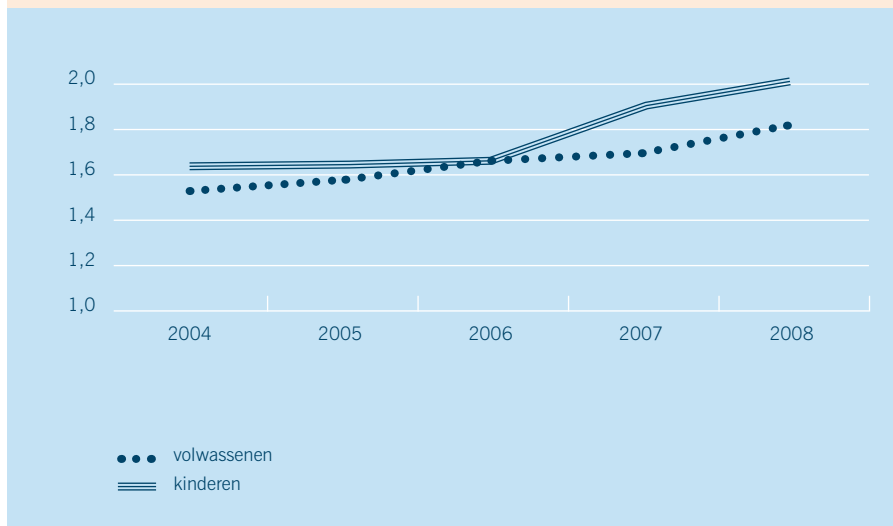
Bron: Revalidatie Databank

Uit figuur 3.a kan worden afgeleid dat:

- in de klinische revalidatie kinderen gemiddeld langer worden opgenomen dan volwassenen;
- de gemiddelde opnameduur voor zowel volwassen patiënten als voor kinderen sinds 2004 een dalende tendens vertoont.

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

Figuur 3.b Gemiddeld aantal RBU's per verpleegdag



Bron: Revalidatie Databank

Uit figuur 3.b kan worden afgeleid dat de behandelintensiteit voor zowel kinderen als volwassenen sinds 2004 ieder jaar toeneemt. Voor kinderen is van 2006 naar 2007 zelfs een forse stijging te zien.

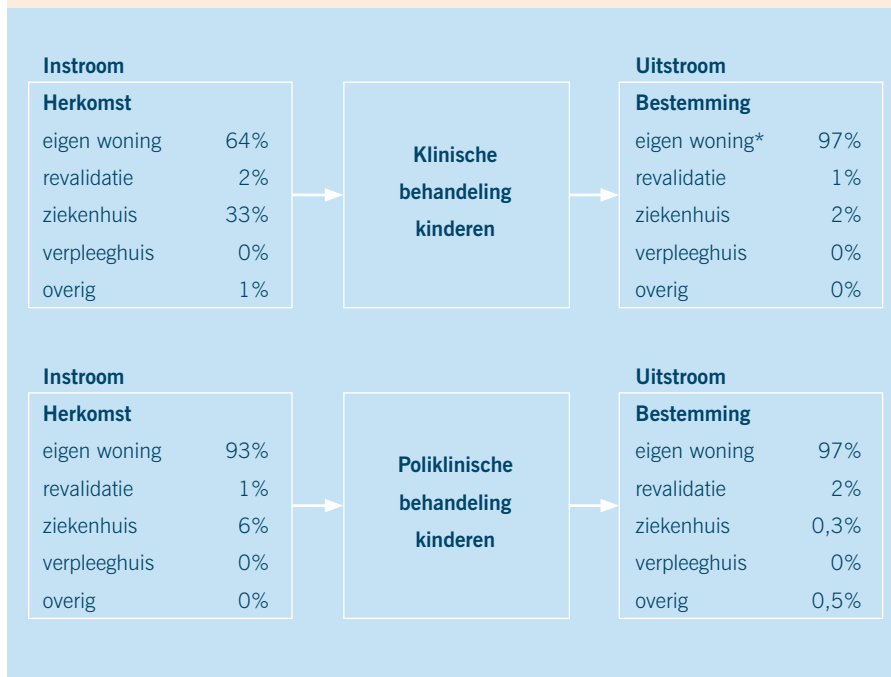
Op basis van de figuren 3.a en 3.b kan worden geconcludeerd dat de sinds 2004 ingezette trend om de klinische opnameduur te verkorten en gelijktijdig de behandeling te intensiveren, nog voortduurt.

3.2 Plaats in de zorgketen

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

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

Figuur 3.c Plaats in de zorgketen van (poli)klinische behandeling van kinderen in 2008



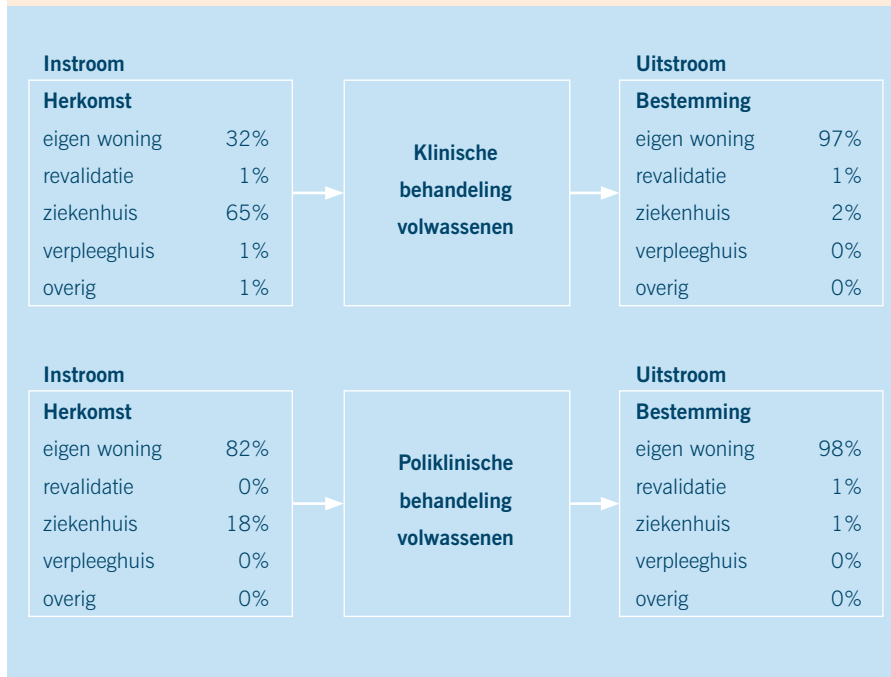
* In de praktijk is bekend dat na een klinische behandeling vrijwel altijd een poliklinische behandeling volgt. Van de groep kinderen die uitstroomt naar de "eigen woning" (97%) mag dan ook worden verondersteld dat het overgrote deel een poliklinische vervolgbehandeling krijgt.

Bron: Revalidatie Databank

Van de opgenomen kinderen komt 64% van huis en 33% uit een algemeen of academisch ziekenhuis. Na ontslag gaat de overgrote meerderheid (97%) terug naar de eigen woonomgeving.

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

Figuur 3.d Plaats in de zorgketen van (poli)klinische behandeling van volwassenen in 2008



Bron: Revalidatie Databank

Van de opgenomen volwassenen komt 32% van huis en 65% uit een algemeen of academisch ziekenhuis. Na ontslag gaat de overgrote meerderheid (97%) terug naar de eigen woonomgeving. Aangenomen mag worden dat de meeste patiënten na ontslag uit de klinische behandeling een poliklinische (na)behandeling krijgen. Poliklinische revalidatiezorg wordt in de regel voornamelijk gegeven aan patiënten in de thuissituatie.

3.3 Wachttijden voor revalidatiezorg

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

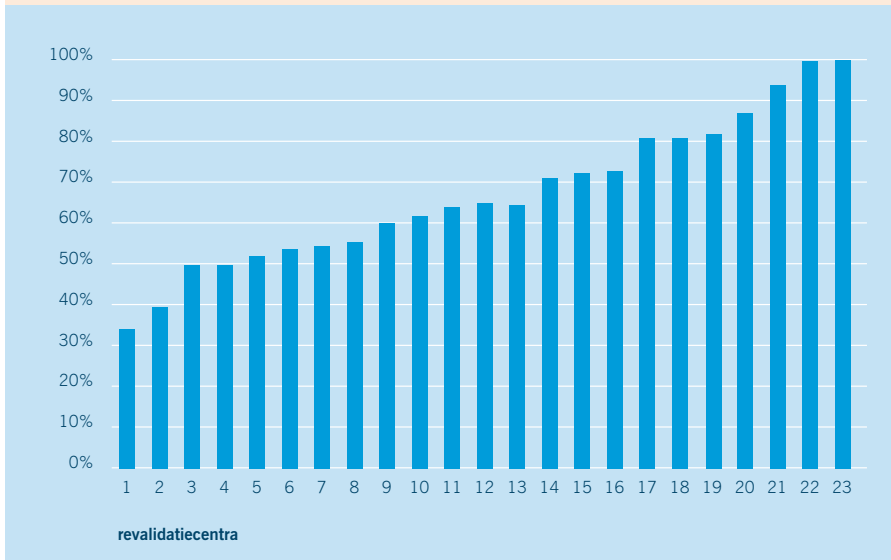
Tabel 3.1 Treeknormen voor wachttijden

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

Bron: Revalidatie Databank

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

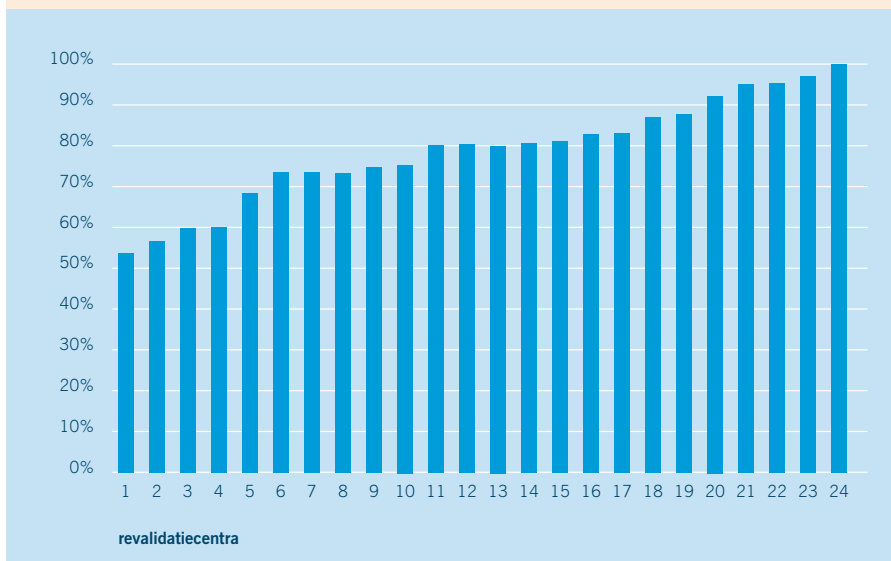
Figuur 3.e Wachttijden binnen Treeknorm voor het eerste onderzoek



Bron: Revalidatie Databank

Iedere kolom stelt de prestatie van een revalidatiecentrum voor; 23 centra hebben wachtijdgegevens aangeleverd. Iedere kolom geeft weer hoeveel procent van de patiënten bij dat centrum het eerste onderzoek heeft gekregen binnen de geldende Treeknorm. Gemiddeld heeft 67% van alle patiënten in de sector binnen de Treeknorm van vier weken het eerste onderzoek gekregen. Dit is een stijging ten opzichte van het vorige jaar (63%).

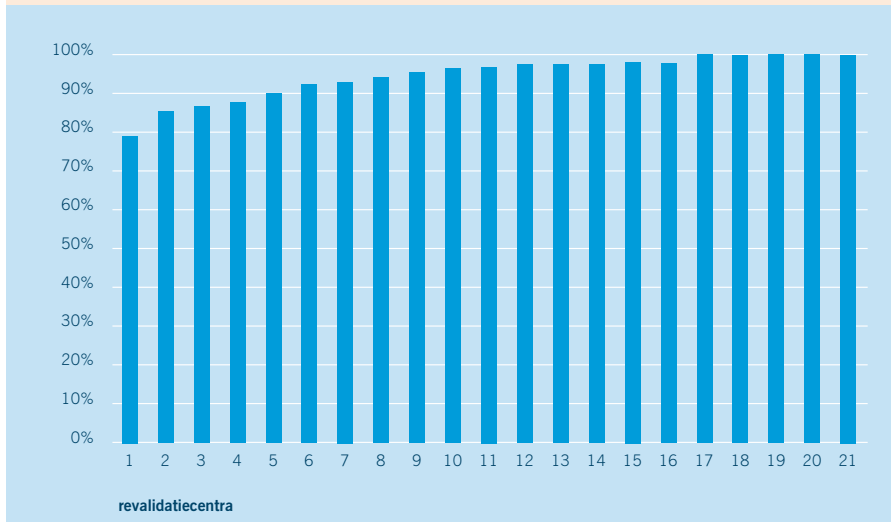
Figuur 3.f Wachttijden binnen Treeknorm voor poliklinische zorg



Bron: Revalidatie Databank

Gemiddeld heeft 79% van alle patiënten korter gewacht op toegang tot poliklinische behandeling dan de Treeknorm van zes weken. Dit is een stijging ten opzichte van het vorige jaar (76%).

Figuur 3.g Wachttijden binnen Treeknorm voor klinische zorg



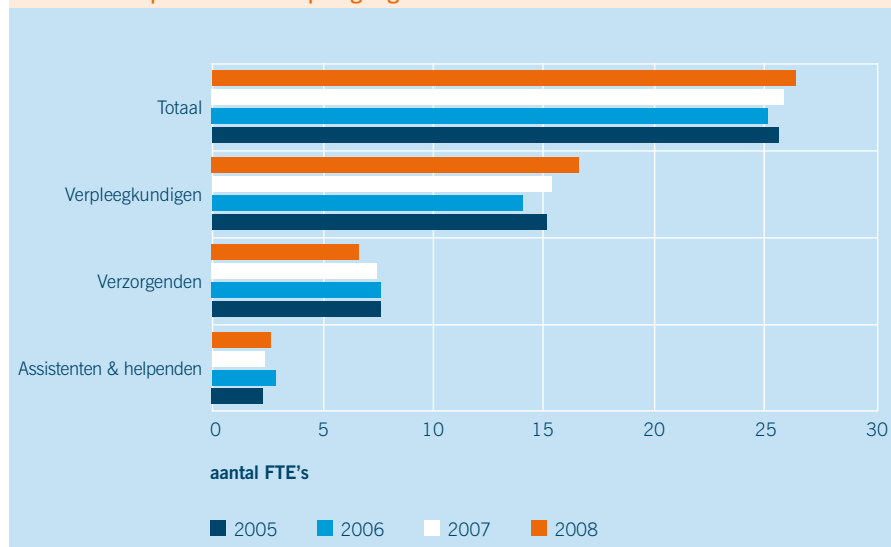
Bron: Revalidatie Databank

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

3.4 Inzet personeel

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

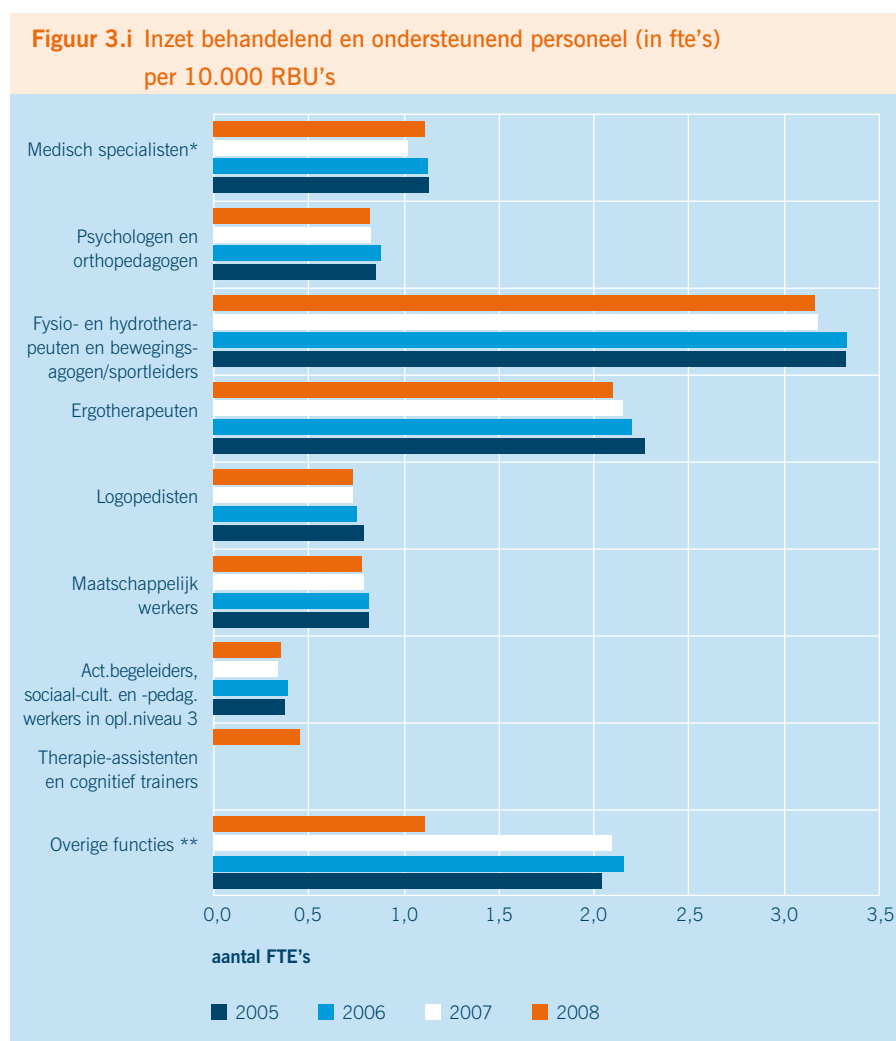
Figuur 3.h Inzet verplegend en verzorgend personeel* (in fte's) per 10.000 verpleegdagen



* exclusief personeel in opleiding

Bron: Revalidatie Databank

Per 10.000 verpleegdagen werden in 2008 ruim 26 fte's verplegend en verzorgend personeel ingezet; een kleine stijging ten opzichte van 2007. De inzet van verplegend personeel is iets gestegen ten opzichte van 2007; de inzet van verzorgend personeel is wat gedaald.



* revalidatie artsen, aijs, anios en overige medische specialisten

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

Bron: Revalidatie Databank

Figuur 3.i brengt de samenstelling van het behandelend en ondersteunend revalidatieteam in beeld. De totale inzet van behandelend en ondersteunend personeel is ten opzichte van 2007 licht gedaald. Vanaf 2008 is er in de bedrijfsenquête een nieuwe groep onderscheiden (therapie-assistenten en cognitief trainers) en is de samenstelling van de groep 'overige functies' gewijzigd. Deze twee aanpassingen hebben geleid tot een kleine verschuiving binnen de groepen. Fysiotherapeuten en ergotherapeuten leveren nog steeds ongeveer de helft van de totale inzet binnen het revalidatieteam, al is er in de inzet van de ergotherapeuten de laatste jaren een licht dalende trend te ontdekken.

Uit de figuur valt eveneens af te lezen dat het aantal fte's in nagenoeg iedere functie een dalende tendens vertoont. Aangezien de productie over dezelfde periode is gestegen, kan worden geconcludeerd dat behandelend en ondersteunend personeel efficiënter wordt ingezet.



4 Kwaliteit van de revalidatiezorg

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

Figuur 4.a typen prestatie-indicatoren

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

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

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

De "Basisset Prestatie-indicatoren" is nog in ontwikkeling. Structuurindicatoren zijn waar mogelijk opgenomen in het HKZ-certificatieschema voor de revalidatiesector.

In eerste aanleg is een prestatie-indicator steeds een streefnorm, die impliciet weergeeft welk resultaat men zou moeten ambiëren. Wanneer blijkt dat een meerderheid van de revalidatiecentra beschikt over een bepaalde indicator, ontstaat vanzelf een minimumnorm. Op deze wijze ontstaan standaarden waarmee een beeld kan worden gevormd van het kwaliteitsniveau van de revalidatiezorg. Over 2008 is het volgende kwaliteitsbeeld ontstaan.

4.1 Tevredenheid

Op basis van patiënttevredenheidsonderzoeken wordt een indicatie gekregen van de tevredenheid van patiënten. Doordat in 2008 veel tijd is besteed aan de ontwikkeling van de CQ-index, is er dat jaar geen patiënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd. In 2007 beoordeelden volwassen patiënten de revalidatiecentra met een 7,7 als gemiddeld rapportcijfer. Ouders van kinderen die in behandeling waren, gaven gemiddeld een 7,2 als rapportcijfer.

4.2 Veiligheid

Op basis van de landelijke decubitusprevalentiemeting kan worden geconcludeerd dat de mate waarin klinische patiënten doorligwonden krijgen, in revalidatiecentra gemiddeld zeer laag is met 1,3%. Hieruit blijkt dat het beleid ter preventie van decubitus effectief is.

4.3 Effectiviteit

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

4.4 Tijdigheid

De meeste patiënten worden binnen de overeengekomen maximale wachttijden in behandeling genomen. 67% van de patiënten wordt binnen vier weken uitgenodigd voor een eerste consult. 69% van de patiënten komt binnen zes weken in poliklinische behandeling en 96% van de klinische patiënten wordt binnen de afgesproken zeven weken opgenomen voor behandeling.

4.5 Transparantie

In 2006 werden de laatste externe kwaliteitstoetsingen bij revalidatiecentra uitgevoerd. In dit kader zijn over een periode van tien jaar alle revalidatiecentra twee keer getoetst. Aangezien de laatste toetsingen in 2006 plaatsvonden, zijn de toetsingen in 2008 niet meer gevraagd.

Begin 2009 is het HKZ-certificatieschema specialistische revalidatiezorg vastgesteld. Met dit schema kunnen revalidatiecentra en revalidatie-afdelingen in ziekenhuizen hun kwaliteitssysteem laten certificeren op basis van ISO9001-voorwaarden voor het borgen en verbeteren van de kwaliteit.

4.6 Samenwerking

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

4.7 Deskundigheid

Vanuit 23 revalidatiecentra zijn revalidatieartsen structureel vertegenwoordigd in één of meerdere geaccrediteerde werkgroepen van de Vereniging van Revalidatieartsen, waar zij de kwaliteit van de zorg voor een bepaalde doelgroep bewaken en verder trachten te verbeteren door de ontwikkeling van meetinstrumenten, richtlijnen, protocollen, behandelkaders en prestatie-indicatoren. Andere behandelaars uit de revalidatiecentra participeren in diverse landelijke kwaliteitsbijeenkomsten zoals de landelijke themadag van de Werkgroep CVA Nederland en de Platformbijeenkomst Cognitieve Revalidatie.

4.8 Opleiding

Alle centra zijn actief met het opleiden van studenten in de gezondheidszorg. Negentien centra bieden begeleiding bij de opleiding van 323 co-assistenten geneeskunde. Ook voor studenten fysiotherapie, ergotherapie, HBO-V en psychologie wordt door de meerderheid van de revalidatiecentra opleidingsmogelijkheid geboden en actief geparticipeerd in het geven van onderwijs.

In 2008 verzorgen 18 van de 24 revalidatiecentra de opleiding tot revalidatiearts. Het totaal aantal assistenten in opleiding (AIOS) in revalidatiecentra bedraagt 97, variërend van 1 tot 13 per centrum. Het totale aantal assistenten geneeskunde in opleiding voor klinisch onderzoeker (AGIKO's) bedraagt 7.

4.9 Onderzoek

Wetenschappelijk onderzoek behoort sinds de start van het Stimuleringsprogramma Revalidatieonderzoek tot de reguliere werkzaamheden van de meerderheid van de revalidatiecentra. Meer dan 80% van de centra publiceert soms tot regelmatig in wetenschappelijke bladen.

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



5 Financiën

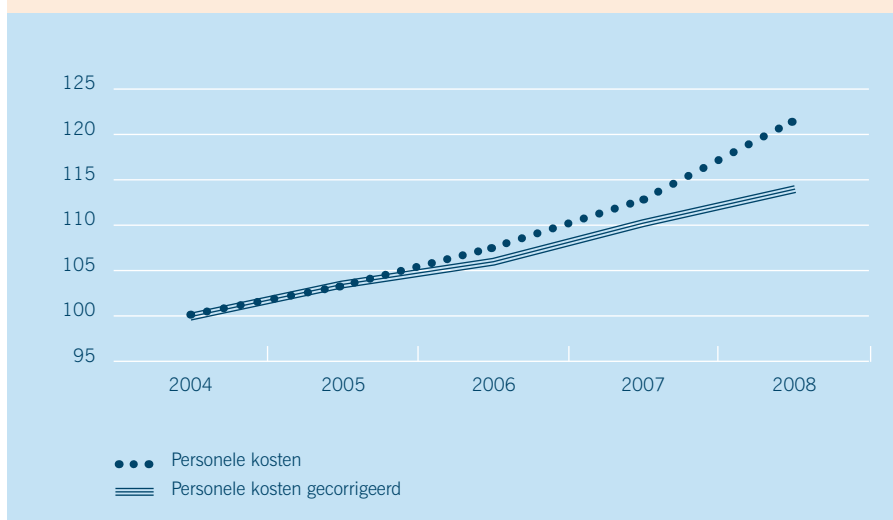
De uitgaven voor de totale zorgsector waren voor 2008 begroot op meer dan 54 miljard euro⁴. Hiervan wordt iets meer dan 38% besteed aan curatieve zorg. Het wettelijke budget voor de aanvaardbare kosten van alle revalidatiecentra bedroeg in 2008 400 miljoen euro. Het aandeel van de revalidatiesector in de kosten van de curatieve zorg is dan ook gering; iets minder dan 2%.

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

5.1 Personele kosten

De personele kosten van de revalidatiecentra bedroegen in 2008 iets meer dan € 316 miljoen, dit is 79% van het totale (wettelijke) budget. In figuur 5.a wordt de ontwikkeling van de personele kosten vanaf 2004 geïndexeerd weergegeven. In een tweede lijn is de ontwikkeling van deze kosten gecorrigeerd met het indexcijfer voor CAO-lonen gezondheids- en welzijnszorg van het CBS.

Figuur 5.a Ontwikkeling van de personele kosten in 2004-2008 (2004 = 100)



Bron: Revalidatie Databank en CBS statline

De totale personele kosten zijn over periode 2004-2008 met bijna 21% toegenomen. Gecorrigeerd met de index voor de CAO-lonen in de gezondheidszorg is de totale toename bijna 15%. De gemiddelde gecorrigeerde stijging per jaar in dezelfde periode bedraagt circa 3,5%.

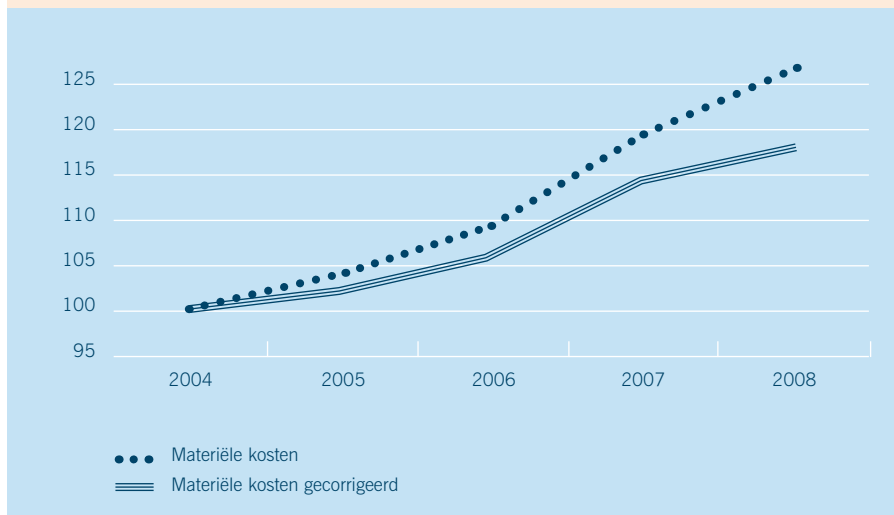
5.2 Materiële kosten

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

⁴ Bron: Budgettair Kader Zorg 2008

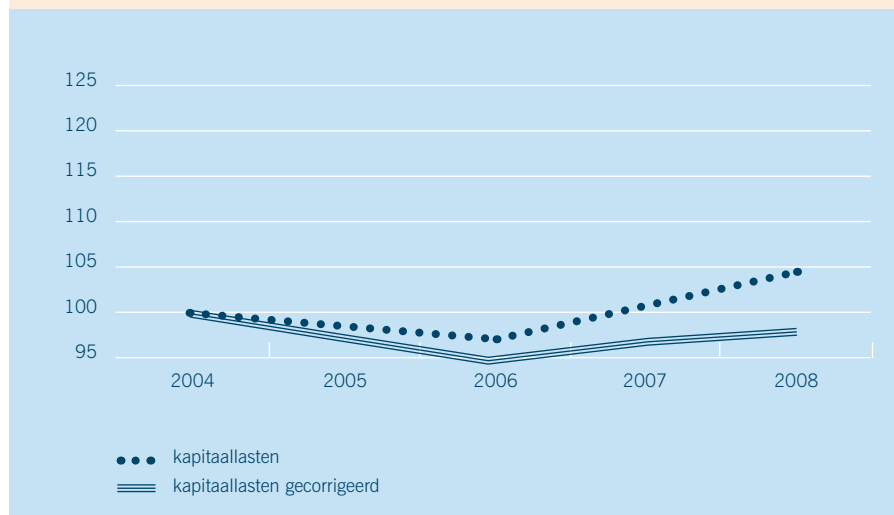
Gezien het feit dat de ontwikkeling van de kapitaallasten van andere factoren afhankelijk is en het kostenverloop daarmee significant afwijkt van de overige materiële kosten, wordt deze in figuur 5.c afzonderlijk in beeld gebracht.

Figuur 5.b Ontwikkeling van de materiële kosten in 2004-2008 (2004 = 100)



Bron: Revalidatie Databank en CBS statline

Figuur 5.c Ontwikkeling van de kapitaallasten in 2004-2008 (2004 = 100)

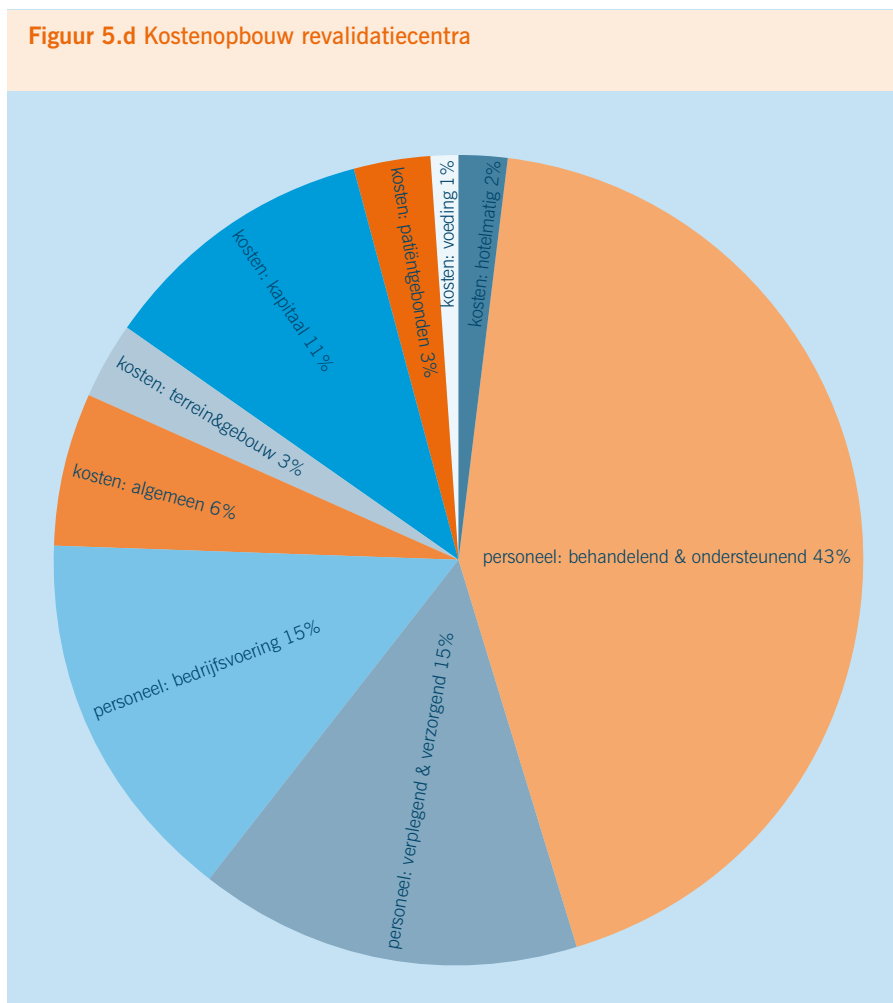


Bron: Revalidatie Databank en CBS statline

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

5.3 Kostenopbouw

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

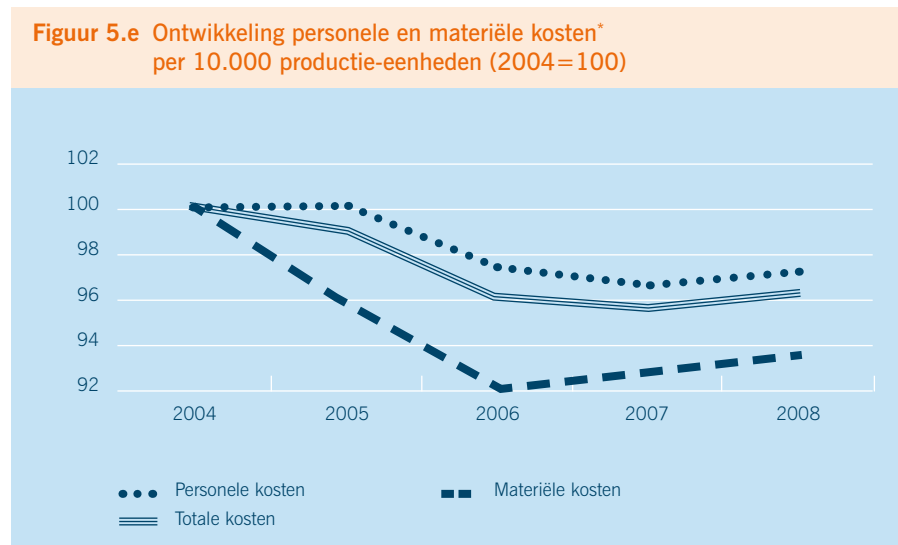


Bron: Revalidatie Databank en CBS statline

Binnen de revalidatiecentra heeft 64% van de kosten een directe relatie met de patiëntenzorg. De overige kosten hebben betrekking op personeel ten behoeve van de bedrijfsvoering, kapitaallasten, terreinen en gebouwen, en algemene kosten. De kapitaallasten en algemene kosten zijn de grootste niet direct-patiëntgerelateerde materiële kostencomponenten.

5.4 Doelmatigheid

Een doelmatige inzet van de middelen kan worden aangetoond door de personele en materiële kosten te relateren aan de geleverde zorg. Als maat voor de geleverde zorg is gekozen voor het productievolume van de revalidatiezorg: de gewogen som van het aantal eerste consulten, poliklinische en klinische RBU's en het aantal verpleegdagen⁵. In onderstaande figuur is de doelmatigheid zichtbaar gemaakt.



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

Bron: Revalidatie Databank en CBS statline

Uit figuur 5.e kan worden afgeleid dat:

- de totale productiekosten per 10.000 productie-eenheden in 2008 licht zijn gestegen;
- zowel de materiële als de personele kosten aan deze stijging hebben bijgedragen;
- de materiële, de personele en de totale kosten per 10.000 productie-eenheden nog steeds onder het niveau van 2004 liggen.

⁵ Voor de berekening van deze gestandaardiseerde productiemaat wordt verwezen naar bijlage 4, tabel B4.

6 Personeel

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

6.1 Werkgelegenheid

In totaal zijn er ruim 5.820 arbeidsplaatsen, uitgedrukt in fte's, bij de revalidatiecentra aanwezig. Dit betreft 8.620 werkzame personen. Van deze medewerkers is 75% (in 2007: 71%) direct betrokken bij de revalidatiezorg⁶.

Tabel 6.1 Aantal arbeidsplaatsen, fte's en deeltijdfactor*

	2004	2005	2006	2007	2008	% verandering 2004-2008
aantal arbeidsplaatsen in fte's						
Bedrijfsvoering	1774	1785	1763	1768	1424	-20%
Behandelend en ondersteunend	2523	2649	2732	2849	3040	20%
Verpleegkundig en verzorgend	1330	1337	1309	1326	1355	2%
Totaal	5627	5771	5804	5943	5820	3%
aantal werkzame personen						
Bedrijfsvoering	2595	2699	2653	2582	2117	-18%
Behandelend en ondersteunend	3807	4028	4158	4298	4512	19%
Verpleegkundig en verzorgend	1981	2011	1941	1994	1992	1%
Totaal	8383	8738	8752	8874	8620	3%
Deeltijdfactor						
Bedrijfsvoering	0,68	0,66	0,66	0,68	0,67	-2%
Behandelend en ondersteunend	0,66	0,66	0,66	0,66	0,67	2%
Verpleegkundig en verzorgend	0,67	0,66	0,67	0,66	0,68	1%
Totaal	0,67	0,66	0,66	0,67	0,68	1%

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

Bron: Revalidatie Databank en CBS statline

⁶ Door een andere opzet van de bedrijfsenquête in 2008 heeft er een verschuiving plaatsgevonden van 'bedrijfsvoering' naar 'behandelend en ondersteunend'. Bij 'behandelend en ondersteunend' zijn er veel nieuwe functies bijgekomen. Met name de nieuwe functie 'management & staf patiënt/cliëntgebonden functies' is verschillend geregistreerd, waardoor sprake lijkt van een onderschatting van 'bedrijfsvoering' en een overschatting van 'behandelend en ondersteunend'.

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

De deeltijdfactor, die berekend wordt op basis van het aantal arbeidsplaatsen en werkzame personen, is vanaf 2004 nagenoeg gelijk gebleven.

6.2 Leeftijd en duur dienstverband

Tabel 6.2 Leeftijd en duur dienstverband personeel in loondienst

	gem. leeftijd (jr.)				
	2004	2005	2006	2007	2008
Bedrijfsvoering	43,0	43,8	44,6	44,9	45,5
Behandelend en ondersteunend	39,3	39,6	39,6	39,8	40,4
Verpleegkundig en verzorgend	39,6	40,1	40,3	40,9	41,2
Totaal	40,5	41,0	41,3	41,5	41,9

	gem. duur dienstverband (jr.)				
	2004	2005	2006	2007	2008
Bedrijfsvoering	8,9	9,1	9,3	9,3	9,5
Behandelend en ondersteunend	8,2	8,4	8,1	8,4	8,7
Verpleegkundig en verzorgend	8,1	8,7	8,4	9,5	9,6
Totaal	8,4	8,7	8,5	8,9	9,1

Bron: Revalidatie Databank

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

6.3 Verloop personeel

Tabel 6.3 Verloop personeel in loondienst

	% verloop in functiegroep				
	2004	2005	2006	2007	2008
Bedrijfsvoering	8,9	9,9	11,8	14,1	13,2
Behandelend en ondersteunend	10,4	10,2	13,4	13,4	12,6
Verpleegkundig en verzorgend	7,8	8,2	10,4	11,6	14,4
Totaal	9,3	9,7	12,2	13,2	13,1

Bron: Revalidatie Databank

Het structureel stijgende verloop van personeel in de afgelopen jaren is in 2008 tot stilstand gekomen. Hoewel de zorgsector een relatief conjunctuurongevoelige branche is, mag worden aangenomen dat het onzekere economische klimaat in 2008 een remmende werking op het verloop heeft gehad.

6.4 Ziekteverzuim

Tabel 6.4 Ziekteverzuimpercentage en –frequentie personeel in loondienst

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

	verzuimfrequentie				
	2004	2005	2006	2007	2008
Bedrijfsvoering	1,5	1,6	1,6	1,8	1,4
Behandelend en ondersteunend	1,9	1,7	1,9	1,8	1,7
Verpleegkundig en verzorgend	2,1	1,8	2,0	2,1	2,0
Totaal	1,8	1,7	1,8	1,9	1,7

Bron: Revalidatie Databank

Binnen de functiegroepen die worden onderscheiden in de revalidatie loopt het ziekteverzuim uiteen van 3,7% bij “bedrijfsvoering” tot 5,7% bij “verpleegkundig en verzorgend”.

Voor het totale personeelsbestand is het verzuimpercentage in 2008 gelijk gebleven met 2007.

Aangezien de verzuimfrequentie in 2008 is gedaald, kan worden geconcludeerd dat met name het langdurige verzuim licht is opgelopen.

Bijlage 1 Verantwoording

B1.1 Totstandkoming

Het Brancherapport 2008 is tot stand gekomen in nauwe samenwerking tussen Revalidatie Nederland en Prismant, beheerder van de Revalidatie Databank. Het Brancherapport 2008 is voorbereid door de Commissie Informatievoorziening van Revalidatie Nederland. Deze commissie heeft met name de analyses van de gegevens uitgevoerd. De Commissie Informatievoorziening is als volgt samengesteld:

Hans van Dijk, Rijndam revalidatiecentrum, voorzitter (tot oktober 2009)
Rob Beuse, Revalidatiecentrum De Hoogstraat, voorzitter (vanaf oktober 2009)
Harrie Brand, Revalidatiecentrum Amsterdam/Jan van Breemen Instituut
Joep Cluitmans, Adelante Zorggroep
Gerrit Niestijl, Rijndam revalidatiecentrum
Gerrit Renes, Revalidatie Friesland
Frank Vermeulen, Sophia Revalidatie
Michel Leenders, Revalidatie Nederland, secretaris, uitvoering

B1.2 Revalidatie Databank

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

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

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

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

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

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

Plaats in de zorgketen

Figuur 3.c en 3.d in dit brancherapport geven een beeld van herkomst en bestemming van patiënten in de revalidatiebehandeling. Voor de samenstelling van deze figuren zijn alleen de afgesloten behandelingen meegenomen. Patiënten waarvan de klinische behandelingen zijn beëindigd en die binnen 3 maanden een poliklinische vervolgbehandeling krijgen, worden aangemerkt als ‘doorstroom’. Vanwege deze ‘latentieperiode’ van 3 maanden is het niet mogelijk de klinische behandelingen mee te nemen die in het laatste kwartaal van 2008 vallen. Dit omdat van deze groep gedeeltelijk onbekend is wanneer zij (eventueel) een poliklinische vervolgbehandeling krijgen.

Bijlage 2 Overzicht leden Revalidatie Nederland

Tabel B.2 Revalidatiecentra in Nederland

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

Bron: Revalidatie Nederland

Bijlage 3 Overzicht prestatie-indicatoren

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

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

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

Rubriek	Ja	Nee	Nvt	Beknopte conclusie
1. Tevredenheid				
1.1 Patiënttevredenheid uitkomstindicator				
1.1.1 Onderzoek patiënttevredenheid	24	0	0	In 2008 is er door de ontwikkeling van de CQ-index geen tevredenheidsonderzoek uitgevoerd. De resultaten uit 2007 waren: - Volwassenen gaven het revalidatiecentrum gemiddeld 7,7 als rapportcijfer. - Ouders van kinderen die in behandeling waren gaven gemiddeld 7,2 als rapportcijfer.
2. Veiligheid				
2.1 Basis medische zorg structuur indicator				
2.1.1 Reglement basis medische zorg	24	0	0	Alle instellingen hebben een reglement basis medische zorg.
2.2 Complicaties structuur indicator				
2.2.1 Registratie complicaties bij schouderinjecties	13	4	7	Het aantal centra dat complicaties bij schouderinjecties registreert is net als vorig jaar weer sterk gestegen
2.3 Decubitusprevalentie structuur indicator & uitkomst indicator				
2.3.1 Registratie	21	0	3	Alle klinische centra hebben aan de landelijke decubitusprevalentie-meting deelgenomen. De puntprevalentie is met gemiddeld 1,3% zeer laag.
2.4 Decubitusincidentie klin. patiënten met een dwarslaesie structuur indicator & uitkomst indicator				
2.4.1 Registratie	9	2	13	Het aantal centra dat decubitusincidentie registreert is gestegen. Ook de incidentie is sterk gestegen (14,8%)
3. Effectiviteit				
3.1 Resultaatmeting structuur indicator				
3.1.1 Projecten resultaatmeting	23	1	0	De meeste centra voeren projecten uit om resultaatmeting te doen. PEDI-NL en SIGAM-WAP worden vaak gebruikt voor het meten van resultaten, USER veel minder
3.1.2 PEDI-NL wordt gebruikt voor resultaatmeting	19	5	0	
3.1.3 USER wordt gebruikt voor resultaatmeting	7	14	3	
3.1.4 SIGAM-WAP wordt gebruikt voor resultaatmeting	15	9	0	
3.2 Resultaten structuur indicator				
3.2.1 Percentage ontslagen volwassen patiënten, dat zelfstandig gaat wonen	21	0	3	Het percentage volwassen patiënten dat na de behandeling zelfstandig gaat wonen ligt gemiddeld op 90%.
3.2.2 Percentage ontslagen kinderen, dat weer naar huis gaat	9	1	14	Het percentage kinderen dat na de behandeling weer naar huis gaat, ligt gemiddeld op 90%
3.2.3 Registratie effecten van de behandeling op zelfstandigheid	15	9	0	De registratie van behandelresultaten is licht gestegen

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

Rubriek	Ja	Nee	Nvt	Beknopte conclusie
4. Tijdigheid				
4.1 Wachttijden				proces indicator & uitkomst indicator
4.1.1 Eerste onderzoek	23	1	0	67,2% van de patiënten heeft korter gewacht dan de Treeknorm van 4 weken
4.1.2 Poliklinische revalidatiebehandeling	24	0	0	79,0% van de patiënten heeft korter gewacht dan de Treeknorm van 6 weken
4.1.3 Klinische revalidatiebehandeling	21	0	3	95,6% van de patiënten heeft korter gewacht dan de Treeknorm van 7 weken
4.1.4 Publicatie op internet per diagnosegroep	3	21	0	Het aantal centra dat in 2008 wachttijden op de eigen website publiceerde, is afgenomen
5. Transparantie				
5.1 Externe toetsing revalidatiezorg				structuur indicator
5.1.1 Laatste en voorlaatste scores externe toetsing	nvt	nvt	nvt	Toetsingen hebben voor de meeste centra al enkele jaren geleden plaatsgevonden; indicator is in 2008 niet meer gevraagd
5.1.2 Opleidingsvisitatie	17	1	6	Van alle opleidingscentra heeft één centrum geen gegevens aangeleverd
5.1.3 Kwaliteitsvisitatie	16	8	0	Zestien centra hebben de afgelopen jaren een kwaliteitsvisitatie gehad
6. Samenwerking				
6.1 Samenwerking met patiëntenverenigingen				structuur
6.1.1 Systematisch overleg patiëntenvertegenw.	20	4	0	Het systematische overleg met patiëntenvertegenwoordigers is iets gestegen Aantal centra dat structureel overleg voert met: - Samen Verder, de Nederlandse CVA vereniging (19) - Cerebraal, vereniging voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel (15) - Dwarslaesie Organisatie Nederland (10) - VSN, Vereniging Spierziekten Nederland (16) - BOSK, Vereniging van motorische gehandicapten (kinderen) en hun ouders (16) - Landelijke vereniging van geamputeerden (13) - Stichting Pijnhoop (7) - Hartezorg (2) - Astmafonds (3) - Reuma Patiënten Vereniging (8) - Anders (12)
6.1.2 Welke patiëntenorganisaties				
7. Deskundigheid en deskundigheidsontwikkeling				
7.1 Participatie in landelijke werkgroepen VRA				structuur
7.1.1 Participatie werkgroepen VRA	23	1	0	De participatie in werkgroepen VRA nam licht toe.
7.1.2 Welke werkgroepen				Aantal revalidatiecentra dat deelneemt aan gespecificeerde VRA werkgroepen: - Platform Kinderrevalidatie artsen (22) - Werkgroep CVA Nederland (21) - Werkgroep Amputaties en Prothesiologie (21) - Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (22) - Kerngroep Revalidatieartsen voor spierziekten (19) - Werkgroep Traumatisch hersenletsel (18) - Nederlands-Vlaams Dwarslaesie Genootschap (13) - Werkgroep Trauma Revalidatie (16) - Werkgroep Transculturele Revalidatie (7) - Kwaliteitscommissie (9) [coördineert kwaliteitsvisitaties] - Consilium (12) [betreft inhoudelijke eisen aan opleiding revalidatiearts]

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

Rubriek	Ja	Nee	Nvt	Beknopte conclusie
7.1.3 Participatie andere bijeenkomsten professionals	23	1	0	Aantal revalidatiecentra dat deelneemt aan gespecificeerde bijeenkomsten: - Landelijke themadag van de Werkgroep CVA Nederland (21) - Jaarlijks interdisciplinair congres van het Nederlands-Vlaams Dwarslaesie Genootschap (11) - Studiedag van de Werkgroep Amputaties en Prothesiologie (14) - Teamdag van de Werkgroep Traumatisch Hersenletsel (14) - Platform Cognitieve Revalidatie van VRA, NIP en RN (19) - 4e Dutch-ACD bijeenkomst voor professionals in de kinderrevalidatie (13)
8. Onderwijs, Opleiding en Onderzoek				
8.1 Onderwijs	structuur indicator			
8.1.1 Participatie klinisch onderwijs geneeskunde	19	5	0	In totaal participeren 19 revalidatiecentra in de opleiding van: 323 co-assistenten.
8.1.2 Aantal co-assistenten	323 co-assistenten			
8.1.3 Participatie andere activiteiten onderwijs geneeskunde	16	8	0	In totaal participeren 16 revalidatiecentra in andere activiteiten van het geneeskundig onderwijs: - geven van colleges (15) - begeleiden van werkgroepen (8) - begeleiden van stages (12)
8.1.4 Welke activiteiten				
8.1.5 Participatie klinisch onderwijs andere studierichtingen	22	2	0	In totaal participeren 22 revalidatiecentra in klinisch onderwijs van andere studierichtingen: - Fysiotherapie (21) - Ergotherapie (20) - HBO-V (16) - Bewegingsagogie (16) - Psychologie (15) - Logopedie (19) - Maatschappelijk werk (16) - MBO-V (14)
8.1.6 Welke studierichtingen				
8.2 Opleiding tot specialist	structuur indicator			
8.2.1 Participatie opleiding revalidatiearts	18	6	0	Een ruime meerderheid van de centra neemt deel aan de opleiding revalidatiearts.
8.2.2 Aantal AIOS in dienst op 31-12-2008	18	6	0	Het aantal AIOS in de centra bedraagt 97 en varieert van 1 tot 13 per centrum.
8.2.3 Aantal AIOS tevens opleiding klinisch wetenschappelijk onderzoeker	6	18	0	Zes centra leiden AIOS op tot klinisch wetenschappelijk onderzoeker. Het totaal aantal bedraagt 7 (2007: 12)
8.2.4 Participatie opleiding GZ psycholoog	18	6	0	Een ruime meerderheid van de centra neemt deel aan de opleiding GZ psycholoog. Het aantal GZ psychologen in opleiding in de centra bedraagt 25 en varieert van 1 tot 3 per centrum
8.2.5 Aantal GZ psychologen in opleiding op 31-12-2008	18	6	0	
8.3 Wetenschappelijk onderzoek	uitkomst indicator			
8.3.1 Aantal peer-reviewed publicaties door medewerkers	20	4	0	De meerderheid van de centra publiceert in wetenschappelijke bladen. Het aantal publicaties varieert van 2 tot 57 per centrum.

Bijlage 4 Begrippen en definities

Eerste consult

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

Financiële gegevens

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

FTE's en personen

Gemiddeld aantal fulltime equivalenten en personen.

Gemiddeld dienstverband in jaren

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

Gemiddelde leeftijd

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

Gestandaardiseerde productie

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

Loonkosten

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

Revalidatiebehandeluur

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

Sublocatie van revalidatiecentrum

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

Wachttijden

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

Zelfstandig ziekenhuis

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

Tabel B.4 Wegingsfactoren voor berekening totale productie

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

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

Bijlage 5 Diagnoseclassificatie revalidatiegeneeskunde

In de revalidatiezorg kunnen ruim 1700 verschillende ICD9-DE-REV diagnoses worden gesteld. Voor rapportage-doeleinden worden deze geïnclassificeerd naar één van de 45 diagnoseclusters en uiteindelijk naar de 7 diagnostische hoofdgroepen (witte achtergrond). Tabel B.5 geeft een overzicht van alle hoofdgroepen en de daaronder vallende diagnoseclusters.

Tabel B.5 Hoofdgroepen diagnoseclassificatie

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

Toelichting op de chronische pijnsyndromen:
 Het onderscheid naar de 4 onderkende pijnsyndromen WPN1 t/m WPN 4 wordt gemaakt op basis van de mate waarin naast de somatische problematiek ook psychische en sociale factoren een onderhoudende of zelfs oorzakelijke rol spelen. Psychische en sociale factoren spelen in WPN 1 geen rol. In niveau 4 spelen zij een belangrijke onderhoudende of veroorzakende rol. De overige twee niveaus bevinden zich daartussen.



WAAR KUNT U TERECHT VOOR REVALIDATIE?

1 Haren	Centrum voor Revalidatie - UMCG, locatie Beatrixoord	050 5338911	www.centrumvoorrevalidatie-umcg.nl
2 Beetsterzwaag	Revalidatie Friesland	0512 389494	www.revalidatie-friesland.nl
3 Zwolle	De Vogellanden, centrum voor revalidatie	038 4981111	www.vogellanden.nl
4 Enschede	Het Roessingh, centrum voor revalidatie	053 4875875	www.roessingh.nl
5 Apeldoorn	ViaReva, revalidatiegeneeskunde	055 5382700	www.viareva.nl
6 Arnhem	Groot Klimmendaal, revalidatie voor kinderen, jongeren en volwassenen	026 3526100	www.grootklimmendaal.nl
7 Doorn	Militair Revalidatie Centrum Aardenburg	0343 598445	www.mrc.nl
8 Utrecht	Revalidatiecentrum De Hoogstraat	030 2561211	www.dehoogstraat.nl
9 Huizen	Revalidatiecentrum De Trappenberg	035 6929600	www.trappenberg.nl
10 Amsterdam	Revalidatiecentrum Amsterdam	020 6071607	www.rcamsterdam.nl
11 Amsterdam	Jan van Breemen Instituut	020 5896589	www.janvanbreemen.nl
12 Wijk aan Zee	Stichting Heliomare	0251 288888	www.heliomare.nl
13 Leiden	Rijnlands Revalidatie Centrum	071 5195195	www.rrc.nl
14 Den Haag	Sophia Revalidatie	070 3593593	www.SophiaRevalidatie.nl
15 Rotterdam	Capri Hartrevalidatie Rotterdam	010 2435335	www.caprihr.nl
16 Rotterdam	Rijndam revalidatiecentrum	010 2412412	www.rijndam.nl
17 Dordrecht	Revalidatiecentrum De Waarden	078 6523000	www.rcdewaarden.nl
18 Goes	Stichting Revalidatiegeneeskunde Zeeland	0113 236236	www.rgz.nl
19 Breda	Stichting Revalidatiecentrum Breda	076 5331700	www.rcbreda.nl
20 Tilburg	Revalidatiecentrum Leijpark, onderdeel van de Libra Zorggroep	013 5398539	www.rcleijpark.nl
21 Eindhoven	Revalidatiecentrum Blixembosch, onderdeel van de Libra Zorggroep	040 2642742	www.blixembosch.nl
22 's-Hertogenbosch	Revalidatiecentrum Tolbrug	073 6992028	www.tolbrug.nl
23 Nijmegen	Revalidatiecentrum van de Sint Maartenskliniek	024 3659911	www.maartenskliniek.nl
24 Hoensbroek	Adelante Zorggroep	045 5282828	www.adelante-zorggroep.nl

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

Zie ook: www.revalidatie.nl

Hoe kunt u Revalidatie Nederland bereiken?

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

Colofon

Uitgave van Revalidatie Nederland. Tekst: Revalidatie Nederland.
Fotografie: Inge Hondebrink.
Vormgeving: AC+M, Maarssen. Drukkerwerk: Tailormade, Buren.
ISSN 1877-0827

