



Onderzoek Eerstelijns verblijf

ActiZ
Maart 2018

Oudlaan 4
3515 GA Utrecht

Postbus 9696
3506 GR Utrecht

T 088 102 09 10
E samenwerken@qconsultzorg.nl
I www.qconsultzorg.nl

Onderdeel van CQT Zorg & Gezondheid

Managementsamenvatting

Het Eerstelijns Verblijf (ELV) is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven, maar waarvoor geen opname is aangewezen in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling of (geriatrische) revalidatiezorg. Het gaat om medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige (huisartsen-)zorg. Onder ELV vallen de prestaties: ELV hoog complex, ELV laag complex en ELV palliatieve zorg.

Voor veel zorgaanbieders leidt het aanbod rondom ELV tot diverse knelpunten. Deze knelpunten betreffen onder andere de afbakening met andere zorgvormen en diversiteit van cliënten die zorg krijgen onder de prestaties binnen ELV.

Doel

Dit onderzoek is uitgezet door ActiZ in samenwerking met diverse zorgaanbieders die ELV leveren. Het doel van dit onderzoek is meer inzicht verkrijgen in de doelgroep cliënten die zorg krijgt onder ELV en welke zorg en behandeling deze cliënten ontvangen. Dit onderzoek geeft antwoord op de volgende hoofdvragen:

1. Wat is de herkomst van cliënten die zorg ontvangen binnen ELV?
2. Welke diagnoses hebben cliënten binnen ELV hoogcomplex, laagcomplex en palliatieve zorg
3. Wat is de gemiddelde behandelinzet en ligduur bij ELV per cliëntengroep

Methode

De uitvoering van dit onderzoek bestaat uit vier fases:

- *Voorbereiding:* Dit betreft de voorbereiding waarin de kaders van het onderzoek zijn vastgesteld met landelijke partijen middels een begeleidingscommissie¹ en voorbereiding met de aanbieders.
- *Registratie:* De registratie vindt plaats gedurende een periode van 4 maanden. Vastgelegde gegevens betreffen onder andere de geleverde zorg- en behandelingsduur van Specialist ouderengeneeskunde, paramedici en de verpleegkundige handelingen en transmurale begeleiding.
- *Verwerking:* Na afloop van de registratiefase leveren de zorgaanbieders gegevens aan bij Q-Consult Zorg, die deze verwerkt en controleert.
- *Analyse:* Binnen de analysefase wordt allereerst een individuele benchmark voor de organisaties opgesteld. Vervolgens wordt een analyse uitgevoerd om een antwoord te verkrijgen op de onderzoeksvragen. De conceptresultaten zijn besproken met zowel de deelnemende zorgorganisaties als de begeleidingscommissie. Hiermee zijn de conceptresultaten geduid en geïnterpreteerd.

Resultaten

Deelname aan het onderzoek was op vrijwillige basis. In totaal hebben 26 organisaties data aangeleverd ten behoeve van dit onderzoek. De deelnemende organisaties variëren in organisatie-grootte, het aanbod van GRZ, en het aantal locaties waarop ELV wordt geboden. Daarnaast zijn de organisaties geografisch verspreid.

¹ In de begeleidingscommissie nemen deel: vertegenwoordigers van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), ActiZ, Verenso, Zorginstituut en vertegenwoordigers van een aantal zorgorganisaties

In totaal worden over de gehele onderzoeksperiode gegevens aangeleverd over 1.529 unieke cliënten. Gedurende de onderzoeksperiode zijn 1.024 cliënten ontslagen, dit betreft 11% van de totale populatie ELV-clieënten. ELV-clieënten komen voornamelijk vanuit huis (34%), of het ziekenhuis (33%). 10% van de trajecten zijn opgenomen in de avond of in het weekend.

Van de trajecten die zijn gesloten gedurende de periode van het onderzoek zijn 634 trajecten hoogcomplex, 283 trajecten laagcomplex en 132 trajecten PTZ:

- *Hoogcomplex*: 53% van deze cliënten (waarbij ontslagbestemming gevuld is) gaat naar huis en 25% wordt opgenomen in een instelling. De gemiddelde ligduur voor trajecten met ELV-prestatie hoogcomplex is 28,5 dagen (standaarddeviatie: 21,4). Voor hoogcomplex trajecten is een hogere mate van spreiding in ligduur waarneembaar ten opzichte van laagcomplex trajecten en PTZ trajecten. De gemiddelde behandelinzet is 20 min per dag (standaarddeviatie: 27,6). Bij 78% van de trajecten is de Specialist Ouderengeneeskunde betrokken.
- *Laagcomplex*: 77% van deze cliënten gaat na ontslag naar huis. Trajecten met ELV-prestatie laagcomplex hebben een gemiddelde ligduur van 25,4 dagen (standaarddeviatie 18,3). Voor 39% van deze trajecten heeft geen tijdsregistratie van behandelaars plaats gevonden tijdens het traject. Zorgaanbieders geven aan dat dit een reëel beeld geeft omdat alleen de huisarts behandeling en de verpleging en verzorging inzet bieden (niet opgenomen in dit onderzoek).
- *PTZ*: Trajecten met ELV-prestatie PTZ hebben een gemiddelde ligduur van 14,7 dagen (standaarddeviatie 16,2).

Conclusies

In de resultaten is zichtbaar dat de ligduur die is vastgelegd binnen dit onderzoek een ondervertegenwoordiging van (zeer) lange trajecten heeft. De werkelijke gemiddelde ligduur zal dus hoger liggen. Opvallend is dat de gemiddelde behandeling binnen hoogcomplex hoger is dan binnen het tarief vergoed wordt². Dit komt volgens zorgaanbieders overeen met de situatie in de praktijk.

De ELV-clieënten blijken een zeer diverse groep, voor wat betreft leeftijd, diagnoses, behandelinzet en ligduur. Ook lijken een deel van de cliënten die nu binnen ELV zorg ontvangen beter te passen in GRZ (bijvoorbeeld cliënten met diagnose CVA) of WLZ-crisis (zichtbaar in o.a. de uitstroom naar WLZ). In discussie met zorgaanbieders blijkt dat per regio grote verschillen bestaan binnen organisatie van ELV.

Vanwege de diversiteit binnen de cliëntengroep ELV is het zeer lastig om homogene cliëntengroepen te onderscheiden binnen ELV. Alleen de primaire diagnose is onvoldoende voor definiëring van een cliëntengroep. Zorgaanbieders geven aan in de praktijk wel cliëntengroepen te onderscheiden in hoogcomplex:

- Cliënten waarbij de diagnose bekend is, maar die langzaam achteruit zijn gegaan en weer op krachten moeten komen. Dit kan een diversiteit aan diagnoses zijn. Voor deze cliënten ligt de focus op herstel en zorgdiagnostiek.
- Cliënten die met een diagnose binnenkomen, maar waarbij blijkt dat er meer aan de hand is, en eerst ontrafeld moet worden wat nodig is. Bij deze cliënten is veel diagnostiek/observatie nodig.

² Binnen het huidige tarief is binnen één ELV-dag ruimte voor 1,5 uur behandeling per week (13 minuten per dag).

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	2
1. Inleiding.....	5
1.1 Doel.....	5
1.2 Onderzoeksvraag.....	5
1.3 Scope en uitgangspunten.....	6
2. Methode.....	7
2.1 Fase 1: Voorbereiding.....	7
2.2 Fase 2: Registratie.....	7
2.3 Fase 3: Verwerking.....	8
2.4 Fase 4: Analyse	8
3. Resultaten.....	9
3.1 Deelnemende organisaties.....	9
3.1.1 Representativiteit	10
3.2 Uitkomsten data-analyse.....	11
3.2.1 Kenmerken cliënten.....	11
3.2.2 Herkomst en tijdstip opname.....	11
3.2.3 Ontslagbestemming.....	12
3.2.4 Diagnose, Ligduur en Behandelinzet.....	13
3.2.5 Inzet van behandelaren per ELV-prestatie.....	17
3.2.6 Vergelijking met GRZ.....	19
4. Conclusies.....	20
Bijlage 1: Uitsplitsing ligduur en inzet per diagnose	22
Bijlage 2 Spreiding ligduur en behandelinzet bij top 3 diagnoses hoogcomplex.....	25

1. Inleiding

Het Eerstelijns Verblijf (ELV) is per 1 januari 2017 overgeheveld van de Wet langdurige zorg (Wlz) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze zorg is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven, maar waarvoor geen opname is aangewezen in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling of (geriatrische) revalidatiezorg. Het gaat om medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige (huisartsen-)zorg.

Onder ELV vallen de prestaties: ELV hoog complex, ELV laag complex en ELV palliatieve zorg³.

- Eerstelijnsverblijf laag complex is medisch noodzakelijk verblijf in verband met een enkelvoudige aandoening. Deze cliënten ontvangen zorg van een gedragsdeskundige en/of arts en hulp bij algemene dagelijkse handelingen.
- ELV Hoog complex is medisch noodzakelijk verblijf in verband met meerdere aandoeningen die elkaar beïnvloeden. Cliënten ontvangen zorg van een verzorgende of verpleegkundige en behandeling van paramedici en artsen. Algemene dagelijkse handelingen worden vaak overgenomen en toezicht en sturing is nodig.
- Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg is medisch noodzakelijk vanwege een levensbedreigende ziekte of aandoening met een gemiddelde levensverwachting van minder dan drie maanden. Verblijf kan samengaan met zorg van een verzorgende, verpleegkundige, of paramedicus.

Voor veel zorgaanbieders leidt het aanbod rondom ELV tot diverse knelpunten. Deze knelpunten betreffen onder andere de afbakening met andere zorgvormen en diversiteit van cliënten die zorg krijgen onder de prestaties binnen ELV.

1.1 Doel

Het doel van dit onderzoek is meer inzicht verkrijgen in de doelgroep cliënten die zorg krijgt onder ELV en welke zorg en behandeling deze cliënten ontvangen. Dit onderzoek is gestart door ActiZ. Op vrijwillige basis hebben een aantal zorgorganisaties zich aangemeld om bij te dragen bij dit onderzoek. In het hoofdstuk Resultaten is meer informatie over deze organisaties beschreven.

1.2 Onderzoeksvraag

Dit onderzoek geeft antwoord op de volgende hoofd- en subvragen:

4. Wat is de herkomst van cliënten die zorg ontvangen binnen ELV?
 - 4.1. Wat is de verhouding in opname tijdens kantooruren en ANW-uren?
5. Welke diagnoses hebben cliënten binnen ELV hoogcomplex, laagcomplex en palliatieve zorg
 - 5.1. Hoe groot is de groep cliënten waarbij geen diagnose kan worden gesteld bij binnenkomst, en zijn hierin verschillende subgroepen te onderscheiden?
6. Wat is de gemiddelde behandelinzet en ligduur bij ELV per cliëntengroep
 - 6.1. Heeft het *type organisatie* impact op de behandelinzet en ligduur?

³ De prestatie onderlinge dienstverlening wordt hierbij buiten beschouwing gelaten

Hierbij wordt gekeken naar de grootte van de zorgorganisatie, of deze wel of geen Geriatrische RevalidatieZorg (GRZ) aanbiedt, en of ELV op één specifieke locatie wordt geboden of verspreid is over de organisatie.

- 6.2. Is het mogelijk om gemiddelde ligduur en behandelinzet van ELV en GRZ⁴ op hoofddoelgroepen met elkaar te vergelijken, zo ja waar zitten de verschillen en overeenkomsten?

1.3 Scope en uitgangspunten

De volgende uitgangspunten zijn gehanteerd binnen het onderzoek:

- Het onderzoek betreft alle cliënten die zorg ontvangen in de prestatie ELV hoogcomplex, laagcomplex of palliatieve zorg, ongeacht of dit inhoudelijk terecht is. Hiermee is een reëel beeld gegeven van de cliënten die zorg ontvangen binnen deze prestatie.
- De verzorging heeft geen tijd geregistreerd in het onderzoek, vanwege de verwachte impact op een grote groep medewerkers. In plaats daarvan wordt de Barthel-index gebruikt (begin en eindscore) als maat voor de zorgzwaarte en daarmee samenhangende behoefte aan verzorging.
- Deelnemende organisaties hebben zorg geleverd naar behoefte van de cliënt (zo min mogelijk geleid door tarief of huidige wet- en regelgeving). Dit is het geval bij 82% van de deelnemende organisaties⁵. Toch is het mogelijk dat het huidige tarief en wet- en regelgeving impact heeft gehad op de tijdsregistratie.
- Registratie verpleging: dit betreft alleen de verpleegkundige handelingen (die ook binnen de GRZ worden gehanteerd) en transmurale begeleiding
- De functie maatschappelijk werk betreft ook geestelijke verzorging en zorgbemiddelaars (indien van toepassing).
- In de rapportage wordt onderscheid gemaakt tussen 'trajecten': de zorg voor een cliënt vanaf binnenkomst tot ontslag, en 'cliënten': unieke cliënten die zorg krijgen binnen ELV binnen de onderzoeksperiode. Het is mogelijk dat een cliënt meerdere trajecten heeft.
- Bij aanvang van het onderzoek was de wens om een uitspraak te kunnen doen over cliënttevredenheid middels de Netto Promotor Score (NPS). Echter het is gebleken dat deze gegevens niet herleidbaar worden vastgelegd voor ELV-cliënten. Daarom is dit niet meegenomen in de resultaten van dit onderzoek.

⁴ Bron GRZ: NZa op basis van DIS-gegevens: overzicht ligduur en behandelinzet 2013 - 2016.

⁵ Bron: uitkomst discussie bij bijeenkomst van zorgaanbieders die deelnamen aan het onderzoek (n=23)

2. Methode

De uitvoering van dit onderzoek bestaat uit vier fases: voorbereiding, registratie, verwerking en analyse. Hieronder staan deze fases verder uitgewerkt.

2.1 Fase 1: Voorbereiding

Het doel van de voorbereidingsfase is het vaststellen van de kaders waarbinnen dit onderzoek plaatsvindt. Daartoe zijn de definitieve dataspecificaties voor de registratie en onderzoeksvragen vastgesteld in overleg met een begeleidingscommissie met vertegenwoordigers van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), ActiZ, Verenso, Zorginstituut en vertegenwoordigers van een aantal zorgorganisaties.

Om zorgaanbieders te faciliteren in de data-registratie zijn een drietal bijeenkomsten gehouden. In deze bijeenkomsten zijn de zorgorganisaties geïnformeerd over de uitgangspunten, het proces, het resultaat van het onderzoek en de maatregelen om de kwaliteit van data te borgen. Ook is een helpdesk ingericht waarbij zorgorganisaties hun vragen kunnen stellen. Deze helpdesk heeft veel gestelde vragen en antwoorden onder de deelnemende organisaties verspreid om uniformiteit in de verzamelde data te vergroten. Tot slot is een registratietool in Excel ontworpen, inclusief een registratiehandleiding, om zorgorganisaties te faciliteren in de registratie.

2.2 Fase 2: Registratie

Het doel van fase 2 is het uniform vastleggen van registratiegegevens van de deelnemende zorgorganisaties gedurende een periode van vier maanden. De registratie vindt plaats in de Excelregistratietool of in een eigen registratiesysteem van de aanbieder. Bij registratie in een eigen registratiesysteem zijn de dataspecificaties van het onderzoek leidend.

Voor het onderzoek leggen de zorgorganisaties op hoofdniveau cliëntgegevens vast. Dit betreft bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, prestatie, en ligduur. Daarnaast registreert de specialist ouderengeneeskunde gegevens bij de intake (of in het geval van laagcomplex werden deze gegevens veelal vastgelegd door andere functionarissen, vanuit de verwijzing van de huisarts). Dit betreft onder andere: diagnose, herkomst en doel van opname. Tot slot registreren verpleegkundigen en behandelaren zorg- of behandelijd. Dit betreft indirecte en directe cliëntgebonden tijd. Niet cliëntgebonden tijd is niet meegenomen. De medewerkers die tijd registreren voor dit onderzoek zijn:

- specialist ouderengeneeskunde
- gedragswetenschapper / psycholoog
- fysiotherapeut
- ergotherapeut
- oefentherapeut Mensendieck
- diëtist
- logopedist
- maatschappelijk werker / geestelijk verzorger / zorgbemiddelaar
- verpleging. Om de registratielast te verminderen leggen alleen de verpleegkundige handelingen (conform GRZ) en transmurale begeleiding vast.

Na een maand leveren de deelnemende zorgorganisaties de registratiegegevens over die periode aan. Q-Consult Zorg controleert deze data en koppelt uitkomsten terug. Middels deze eerste aanlevering wordt de kwaliteit van data en uniformiteit van dataregistratie gewaarborgd.

2.3 Fase 3: Verwerking

Na afloop van de registratiefase leveren de zorgaanbieders de registratiegegevens aan bij Q-Consult zorg. Q-Consult zorg verwerkt de gegevens en controleert deze gegevens vervolgens op volledigheid. Na het inlezen van de data deed Q-Consult een controle op volledigheid. Per instelling worden daarom onderstaande controles uitgevoerd: een vergelijking tussen het aantal ingelezen cliënten, diagnoses, minuten, en behandelaren met de aangeleverde data. Vervolgens zijn dubbele rijen uit de database geanalyseerd. De foutieve dubbele rijen (vanwege registratiefouten) zijn verwijderd. De terechte dubbele rijen (cliënten die meer dan een keer opgenomen zijn gedurende de onderzoeksperiode) zijn in het onderzoek geïnccludeerd.

De volgende inclusiecriteria zijn gehanteerd:

- In de rapportage voor de onderwerpen ligduur en behandelinzet zijn enkel gesloten trajecten geïnccludeerd. In totaal werden 1096 gesloten trajecten geïnccludeerd.
- In de overige analyses (o.a. herkomst en diagnoses) zijn zowel open als gesloten trajecten meegenomen; in totaal 1628 trajecten.
- Trajecten waarbij de cliënt halverwege naar een andere instelling (buiten het onderzoek) verhuist zijn uitgesloten in alle analyses (21 trajecten).
- Er is voor gekozen om onvolledig aangeleverde trajecten niet volledig te excluseren. Hier is bewust voor gekozen, om zo veel mogelijk aangeleverde informatie mee te nemen per onderwerp. Dit is als volgt terug te zien in de resultaten: per onderwerp wordt het aantal trajecten waarvoor informatie niet of onvolledig is aangeleverd weergegeven en/of genoemd.

2.4 Fase 4: Analyse

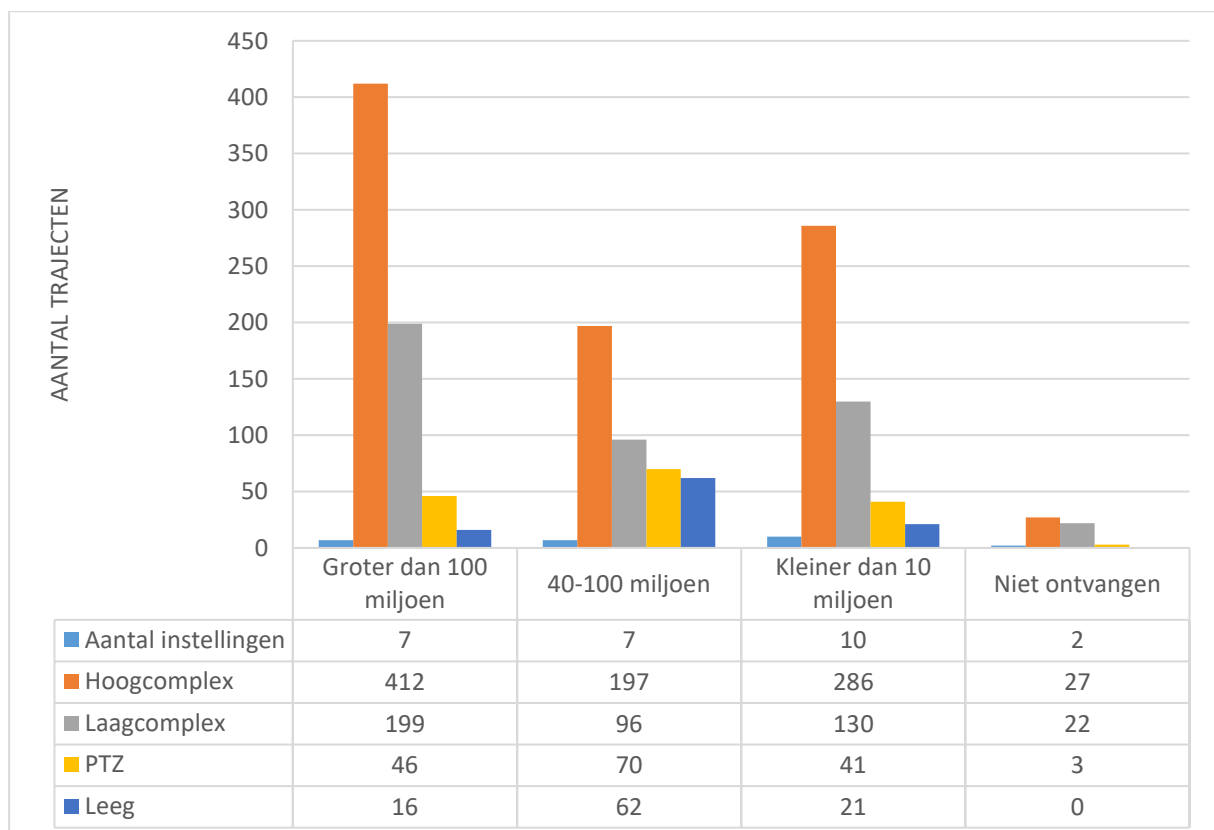
Wanneer de gegevens zijn goedgekeurd stelt Q-Consult Zorg voor de individuele deelnemers een benchmark op waarin elke zorgaanbieder zijn kwaliteits- en doelmatigheidsgegevens gebenchmarkt ziet t.o.v. de totale groep pilot zorgaanbieders. Vervolgens voert Q-Consult Zorg de data-analyse uit om antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen. De conceptresultaten zijn besproken met zowel de deelnemende zorgorganisaties als de begeleidingscommissie waarin ZN, NZa, VWS, ActiZ, Verenso, Zorginstituut vertegenwoordigd zijn. Hiermee zijn de conceptresultaten geduid en geïnterpreteerd.

3. Resultaten

3.1 Deelnemende organisaties

Deelname aan het onderzoek is op vrijwillige basis. In totaal hebben 26 organisaties data aangeleverd ten behoeve van dit onderzoek. Per organisatie is het ELV verschillend georganiseerd: zo levert 85% van deze organisaties naast ELV ook GRZ. 23% van de organisaties die PTZ levert heeft ook een hospice. Het gemiddeld aantal ELV-trajecten per jaar (cijfers 2016) voor deze organisaties is 100. Het gemiddeld aantal ELV-locaties per organisatie is 5,5. Het aantal ELV-locaties per organisatie is divers, dit varieert van 1 tot 20. Organisaties met een hoog aantal ELV-locaties hebben hoogstwaarschijnlijk geen onderscheid gemaakt in doelgroep per locatie, maar bieden ELV op elke locatie aan.

In Figuur 1 is zowel de grootte van de organisatie als het aantal aangeleverde trajecten per prestatie (laagcomplex, hoogcomplex en palliatief terminale zorg) weergegeven. De organisatiegrootte betreft de omzet van de totale organisatie, dit is weergegeven in verschillende grootteklassen. Dit geeft inzicht in het type organisatie wat heeft aangeleverd en het aandeel wat de organisaties hebben in de aangeleverde trajecten. Opvallend is dat geen van de deelnemende organisaties in de grootteklasse '10-40 miljoen' valt. Voor alle organisatiegroottes zijn de meeste aangeleverde trajecten hoogcomplex: voor grootteklasse 'Groter dan 100 miljoen' 61%, voor grootteklasse '40-100 miljoen' 46% en voor grootteklasse 'Kleiner dan 10 miljoen' 60%.



Figuur 1: Aantal aangeleverde trajecten per ELV-prestatie per grootteklasse (n = 1628). Voor 2 organisaties is de grootteklasse onbekend ('niet ontvangen')

3.1.1 Representativiteit

De steekproef in het huidige onderzoek voldoet aan de gewenste minimale steekproefomvang. De totale onderzoekspopulatie bestaat uit 26.940 ELV cliënten⁶. Dit zijn 8.980 ELV cliënten per vier maanden. Het huidige onderzoek betreft 1024 cliënten over een onderzoeksperiode van vier maanden. Het aandeel cliënten op de totale onderzoekspopulatie is daarmee 11%.

De gewenste foutmarge in dit onderzoek is vastgesteld op 5% of lager. Het huidige onderzoek heeft een omvang van 1024 cliënten; de foutmarge bij een steekproef van deze omvang is 3%.

Aansluitend op deze steekproef en de berekende foutmarge, is het betrouwbaarheidsniveau van dit onderzoek 95%. Dit betekent dat de steekproef in het huidige onderzoek representatief is voor de totale onderzoekspopulatie. Echter, de hoge mate van spreiding in de data laat zien dat de ELV-clieñten geen homogene groep betreft. Dit wordt bevestigd door de deelnemende zorgorganisaties die aangeven dat 'de ELV-clieñt' niet bestaat maar dat dit een diverse groep is met diverse zorgvragen. Hierdoor is nader onderzoek nodig wat de spreiding van de ligduur en behandeling kan verklaren.

Deelname aan het onderzoek was op vrijwillige basis. Hierdoor was het niet mogelijk vooraf een representatieve steekproef te kiezen. De geografische spreiding van de deelnemende organisaties is wel divers. In Figuur 2 is zichtbaar dat zowel organisaties in landelijke als in stedelijke regio's hebben deelgenomen aan dit onderzoek.

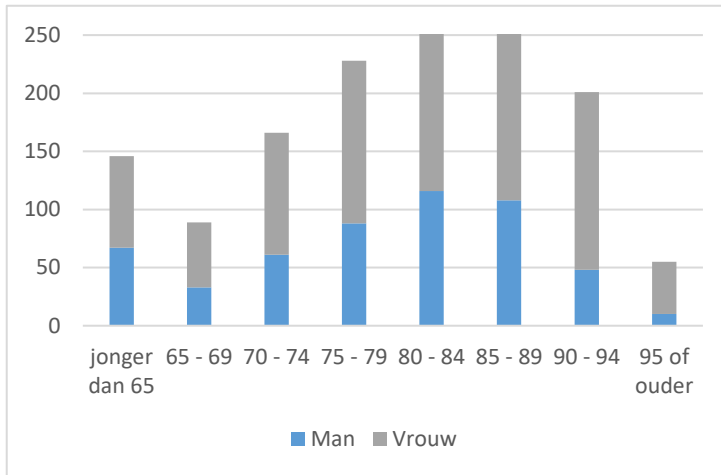


Figuur 2: Landelijke spreiding van de 26 deelnemende organisaties

⁶ Marktscan acute zorg - NZa (cijfers 2016)

3.2 Uitkomsten data-analyse

3.2.1 Kenmerken cliënten



Het onderzoek betreft 1628 trajecten, waarvan 1529 unieke cliënten (65% vrouw, 35% man). Dit betekent dat een deel van de cliënten (6%) meer dan één keer opgenomen is geweest gedurende de onderzoeksperiode.

In Figuur 3 zijn geslacht en leeftijd van de cliënten groep weergegeven. De meeste cliënten zijn tussen de 80 en 89 jaar (42%).

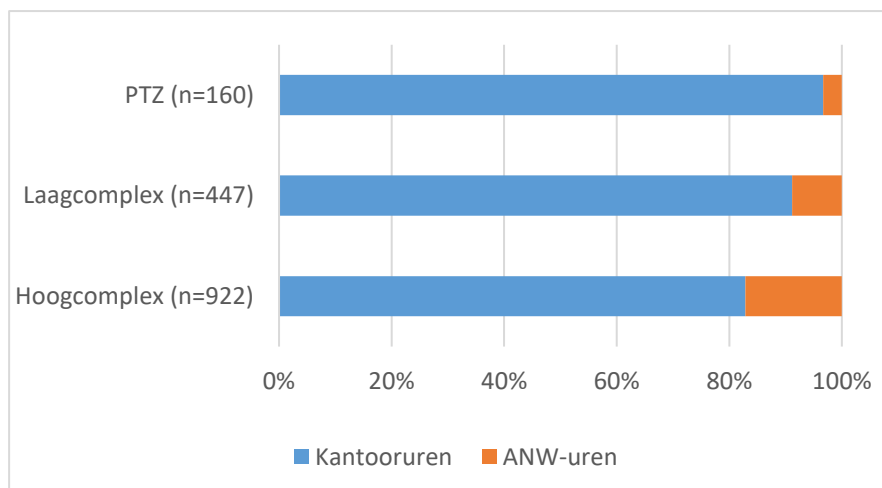
Figuur 3: Cliënten naar geboortjaar en geslacht (n = 1529)

3.2.2 Herkomst en tijdstip opname

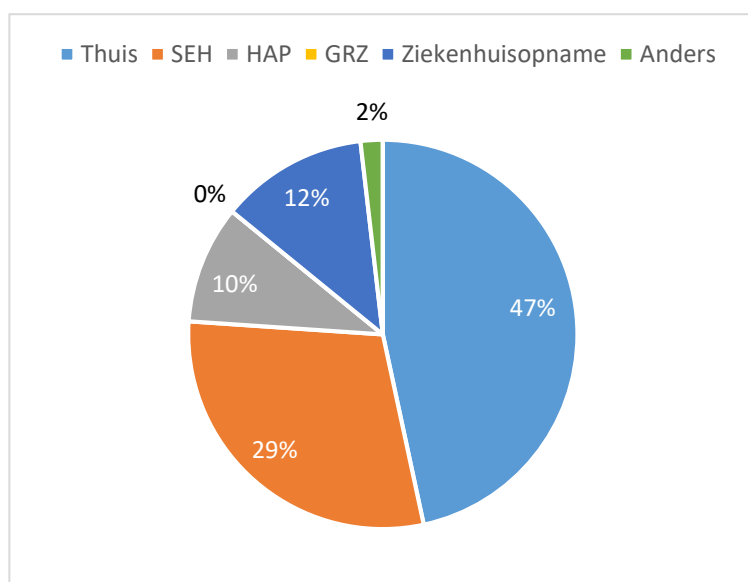
ELV-cliënten komen vanuit huis (34%), de huisartsenpraktijk (19%), de SEH (6%), het ziekenhuis (33%) of de GRZ (4%). 2% van de cliënten heeft een andere herkomst (niet nader gespecificeerd) en voor 21% is dit gegeven niet ingevuld. De verwijzer bij ELV-opname is voor 36% de huisarts (hoofdzakelijk de opnames vanuit huis), voor 32% de medisch specialist (hoofdzakelijk de opnames vanuit het ziekenhuis en SEH) en voor 8% de specialist ouderengeneeskunde (hoofdzakelijk de opnames vanuit GRZ en ziekenhuis).

ELV-cliënten kunnen zowel gedurende kantoortijden en als om avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) opgenomen worden. In

Figuur 4 is de verhouding opname gedurende kantoortijden en ANW-uren per ELV-prestatie weergegeven. De meeste opnames vinden plaats gedurende kantoortijden. In totaal geldt voor 163 trajecten (10%) een opnamemoment in de ANW-uren. In de uitvraag is geen onderscheid gemaakt tussen avond, nacht en weekend. Echter, zorgaanbieders geven aan dat hoewel opnames in de nacht vrijwel niet zullen voorkomen, het geen zin heeft om onderscheid te maken in opnames gedurende avond of in het weekend. Regionale verschillen in organisatie ELV en sturing van verwijzers speelt hierin een rol.



Figuur 4: Opnamemoment per ELV-prestatie per traject (n=1628). Trajecten waarvoor ELV-prestatie niet ingevuld is (leeg) zijn niet weergegeven.

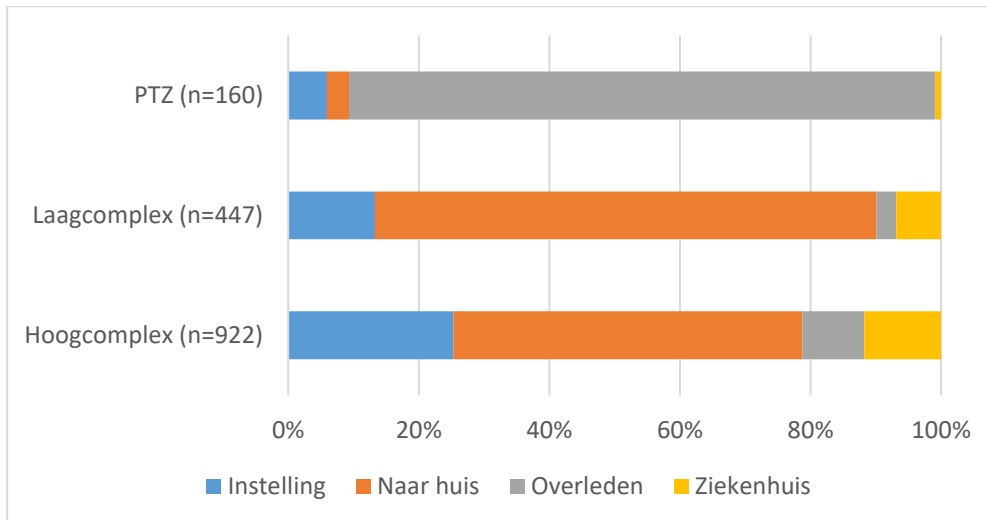


In Figuur 5 is voor de opnames tijdens ANW-uren de herkomst weergegeven. Hierin is te zien dat 47% van deze 163 trajecten uit het ziekenhuis komt. Opnames in ANW-uren betreffen veelal spoedopnames, of cliënten die op vrijdagavond worden opgenomen omdat verwacht wordt dat ze het weekend thuis niet goed doorkomen.

Figuur 5: Herkomst bij opname in ANW-uren (n=163). SEH = Spoed Eisende Hulp; HAP = Huisartsen Praktijk; GRZ = Geriatrische Revalidatie Zorg

3.2.3 Ontslagbestemming

In Figuur 6 is de ontslagbestemming per ELV-prestatie weergegeven. Van de hoogcomplexen trajecten (waarvan ontslagbestemming gevuld is), gaat 53% van de cliënten naar huis en worden 125 trajecten (25% van het totaal) opgenomen in een instelling. Deze 125 trajecten betreffen met name cliënten die zorg krijgen binnen de WLZ (79%) en een aantal opnames binnen de GRZ (13%). Bij de overige trajecten die opgenomen worden in een instelling is de vervolgzorg niet bekend. Bij laagcomplexen trajecten gaan in vergelijking met hoogcomplex meer cliënten (77%) na ontslag naar huis. 7% wordt opgenomen in een instelling, dit betreft allemaal opnames binnen de WLZ. Voor PTZ betreft ontslag naar een instelling voor een deel een verwijzing naar een ander hospice (wanneer de organisatie hier zelf geen beschikking over heeft).



Figuur 6: Ontslagbestemming per ELV-prestatie per traject (n=1628). Voor een deel van de trajecten is de Ontslagbestemming niet ingevuld (n=753), deze worden niet weergegeven. Tevens zijn trajecten met ontslagbestemming 'Vervolg in een andere ELV instelling' (n = 21) niet meegenomen in alle analyses.

3.2.4 Diagnose, Ligduur en Behandelinzet

In totaal zijn van de 1628 trajecten, 1096 trajecten (67%) gesloten gedurende de periode van het onderzoek. Van de gesloten trajecten zijn 634 trajecten hoogcomplex, 283 trajecten laagcomplex en 132 trajecten PTZ. De primaire diagnoses⁷, ligduur en behandelinzet van deze trajecten is per prestatie (hoogcomplex, laagcomplex, PTZ) bekeken, en wordt hieronder één voor één besproken.

Hoogcomplex

De meest voorkomende diagnosegroep onder trajecten met ELV-prestatie hoogcomplex is trauma (dit betreft de diagnoses trauma met en zonder fractuur). De minst voorkomende diagnoses zijn CVA, dementie en diagnose nog onbekend. Zorgaanbieders geven aan dat cliënten met de diagnose CVA mogelijk sprake is van cliënten die binnen de GRZ zorg kunnen ontvangen. De diagnose dementie komt volgens zorgaanbieders veel voor bij cliënten ELV hoogcomplex, echter veelal als nevendiagnose. Rondom 'Diagnose onbekend' geven zorgaanbieders aan dat er slechts een klein deel van de cliënten zonder diagnostiek binnen komt. Echter, voor veel cliënten waar door een verwijzer een diagnose is gesteld, blijken binnen het verpleeghuis nog onverklaarbaar gedrag of somatische problematiek te vertonen, waardoor alsnog zorgdiagnostiek een groot deel uitmaakt van de activiteiten gedurende ELV.

De gemiddelde ligduur voor trajecten met ELV-prestatie hoogcomplex is 28,5 dagen (standaarddeviatie: 21,4⁸). In Tabel 1 is deze gemiddelde ligduur uitgesplitst over de verschillende diagnosegroepen. Voor hoogcomplex trajecten is een hogere mate van spreiding in ligduur waarneembaar ten opzichte van

⁷ Binnen ELV-trajecten (hoogcomplex) is er sprake van meerdere, elkaar beïnvloedende aandoeningen. Echter, in het ELV-onderzoek is slechts bij 35% van de trajecten hoogcomplex meer dan een diagnose geregistreerd. Zorgaanbieders geven aan dat dit onderregistratie betreft. Daarom is in onderstaande overzichten de primaire diagnose als uitgangspunt genomen

⁸ Een standaarddeviatie is een maat om de spreiding in de data weer te geven. De standaarddeviatie kan een indicator zijn voor het normaal verdeeld zijn van een waarde. Een vuistregel is dat in het interval met als bovengrens het gemiddelde plus één maal de standaarddeviatie en als ondergrens het gemiddelde min één maal de standaarddeviatie, ongeveer 68% van alle waarden voor komen. Bij het interval van het gemiddelde plus of min twee maal de standaarddeviatie ligt ongeveer 95%, en bij het gemiddelde plus of min drie maal de standaarddeviatie ligt 99% van de waarden.

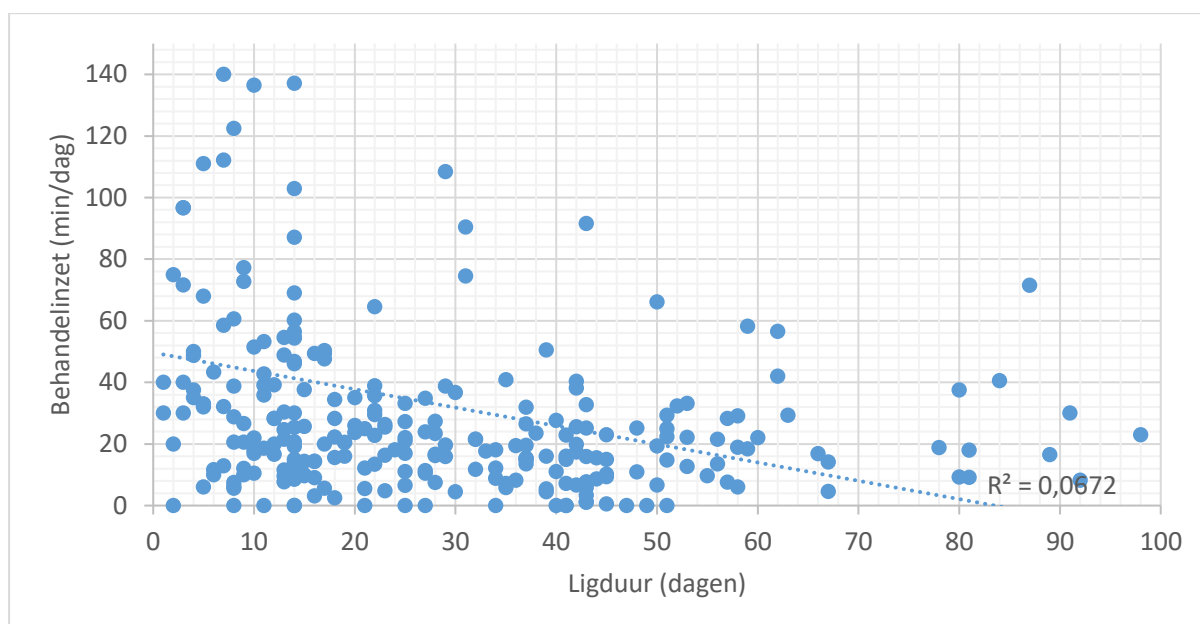
laagcomplexere trajecten en PTZ trajecten. De gemiddelde behandelinzet is 20 min per dag (standaarddeviatie: 27,6). In bijlage 1 is deze informatie per diagnose weergegeven.

Diagnosegroepen	Aantal gesloten trajecten	Ligduur (dagen)	Behandelinzet (min / dag)	Verpleging (min / dag)
<i>Niet ingevuld</i>	129	24,1	15	5
Trauma	121	30,8	20	7
Overig	93	28,7	16	13
Overige aandoeningen bewegingsapparaat	65	31,0	20	15
Infecties	44	25,7	20	13
Oncologische aandoeningen	37	24,1	25	10
Orgaanaandoeningen en systeemziekten	36	28,9	21	10
Electieve orthopedie	32	29,3	20	2
Overige neurologische aandoeningen	30	33,7	23	33
Diagnose nog onbekend	18	28,7	24	4
Dementie	18	23,5	22	17
CVA	11	32,5	35	7
Eindtotaal	634	28,5	20	12

Tabel 1 Aantal gesloten trajecten, gemiddelde ligduur, gemiddelde behandelinzet en gemiddelde verpleeginzet voor de diagnosegroepen bij ELV-prestatie hoogcomplex (een totaaloverzicht van alle diagnoses is toegevoegd in de bijlage).

Ter verdieping op Tabel 1 zijn voor de drie meest voorkomende diagnoses bij ELV-prestatie hoogcomplex de spreiding in ligduur en behandelinzet weergegeven in een boxplot (bijlage 2). In beide figuren is een hoge mate van spreiding binnen deze diagnosegroepen waarneembaar, zowel in ligduur als in behandelinzet. Bijvoorbeeld bij de diagnose 'Trauma met factuur' loopt de ligduur uiteen van 2 tot 100 dagen.

In figuur 7 is de relatie weergegeven tussen behandelinzet en ligduur van hoogcomplexere cliënten die na de ELV weer naar huis gaan. In de figuur is de trendlijn en de regressie coëfficiënt (R^2) weergegeven. Dit laat zien dat enig verband bestaat tussen ligduur en behandelinzet, maar dat dit geen significant verband betreft (regressie coëfficiënt van 1 wijst op een betrouwbare trendlijn, hier is sprake van een regressie coëfficiënt van 0,07). Andere factoren zullen dus invloed hebben op de ligduur. Dit wordt bevestigd door zorgaanbieders die aangeven dat o.a. ook de leeftijd van cliënten en de thuissituatie de ligduur beïnvloeden.



Figuur 7 relatie tussen behandelinzet en ligduur hoogcomplexen cliënten met ontslagbestemming naar huis (n=264). Enkele uitbijters in behandelinzet (hoger dan 150 minuten per dag) zijn uit dit overzicht verwijderd

Een van de onderzoeksvragen die voorafgaand aan het onderzoek zijn opgesteld is of het type organisatie invloed heeft op de ligduur en de behandelinzet. Het type organisatie is gespecificeerd als: de grootte van de organisatie, het wel of niet aanbieden van GRZ, aanbieden van ELV op één of meerdere locaties. In Tabel 2 is de gemiddelde ligduur en behandelinzet voor ELV hoogcomplex weergegeven per type organisatie. Hierin is te zien dat de behandelinzet en ligduur per type organisatie op hoofdlijnen vergelijkbaar zijn. De diversiteit van de cliëntengroep bemoeilijkt nadere uitspraken.

Type organisatie	Aantal gesloten trajecten	Ligduur	Behandelinzet (min/dag)	
Grootteklasse	Groter dan 100 miljoen	292	27,0	18,3
	40 – 100 miljoen	151	30,7	18,4
	Kleiner dan 10 miljoen	191	29,1	24,1
GRZ aanbieder	GRZ-aanbieder	562	28,7	20
	Geen GRZ	72	Niet representatief*	Niet representatief*
Specificatie	ELV op 1 locatie	85	27,0	Niet representatief*
	ELV op meerdere locaties	549	28,7	21,2

Tabel 2 Ligduur en behandelinzet per type organisatie voor alle gesloten trajecten binnen ELV-prestatie hoogcomplex (n=634). * vanwege lage n en onder-registratie wordt uitkomst als niet representatief gezien

Laagcomplex

De meest voorkomende diagnosegroep bij laagcomplex (trauma) en de minst voorkomende diagnosegroepen (CVA en dementie) komen overeen met de prestatie hoogcomplex. Trajecten met ELV-prestatie laagcomplex hebben een gemiddelde ligduur van 25,4 dagen (standaarddeviatie 18,3). In Tabel 3 is de gemiddelde ligduur over de verschillende diagnosegroepen weergegeven. In bijlage 1 is deze informatie per diagnose weergegeven.

Voor een deel van de laagcomplexe gesloten trajecten (39%) heeft geen tijdsregistratie van behandelingen plaats gevonden tijdens het traject. Zorgaanbieders geven aan dat dit een reëel beeld geeft, en dat bij deze trajecten alleen de huisarts behandeling biedt (niet opgenomen in dit onderzoek) en de verpleging en verzorging inzet bieden. Indien er behandelinzet heeft plaats gevonden voor laagcomplexe trajecten, is deze gemiddeld lager ten opzichte van hoogcomplexe trajecten en PTZ trajecten.

Diagnosegroepen	Aantal trajecten	Gemiddelde ligduur	Behandelinzet* (min/dag)	Verpleging* (min/dag)
<i>Niet ingevuld</i>	142	26,5	3	1
Trauma	35	25,1	2	6
Overig	25	23,4	1	18
Overige aandoeningen bewegingsapparaat	25	23,1	-	10
Infecties	12	10,0	0	17
Electieve orthopedie	9	24,1	1	1
Orgaanaandoeningen en systeemziekten	9	24,4	-	5
Diagnose nog onbekend	7	28,3	1	5
Overige neurologische aandoeningen	6	24,2	4	8
Oncologische aandoeningen	6	38,2	1	2
Dementie	6	31,7	2	4
CVA	1	3,0	-	-
Eindtotaal	283	25,4	7	9

*Tabel 3 Aantal trajecten, gemiddelde ligduur, gemiddelde behandelinzet en gemiddelde verpleeginzet per diagnosegroep bij ELV-prestatie laagcomplex. *: Gemiddelde is verlaagd door meenemen trajecten zonder behandeling*

De organisatie van laagcomplex verschilt per zorgaanbieder. De helft van de aanbieders die laagcomplexe zorg aanbiedt heeft alle paramedici die behandeling leveren voor deze cliënten in loondienst. De overige zorgaanbieders bieden deze behandeling aan door (deels) paramedici uit de eerste lijn in te zetten. Voor deze aanbieders bleek het lastiger om bijvoorbeeld de primaire diagnose van de cliënten uit systemen te achterhalen. Dit verklaart deels de 142 cliënten waarbij geen primaire diagnose is gevuld.

Palliatief Terminale zorg

In Tabel 4 is voor de prestatie PTZ het aantal trajecten, de ligduur, behandeling en inzet van verpleegtechnische handelingen en transmurale begeleiding weergegeven. De indeling in diagnosegroepen bij PTZ wijkt licht af van de indeling bij andere prestaties, omdat bij PTZ andere diagnoses voorkomen dan bij de andere prestaties. Trajecten met ELV-prestatie PTZ hebben een gemiddelde ligduur van 14,7 dagen (standaarddeviatie 16,2). Bijlage 1 geeft onderstaande informatie per diagnose weer. In deze bijlage is te herleiden welke diagnoses ten grondslag liggen aan de diagnosegroepen PTZ.

Diagnosegroepen	Aantal trajecten	Gemiddelde ligduur	Behandelinzet (min/dag)	Verpleging (min/dag)
Oncologische aandoeningen	54	17,6	26	33
<i>Niet ingevuld</i>	37	14,5	17	33
Overig	17	13,6	43	75
Hartaandoening	10	14,3	22	40
Orgaanaandoeningen en systeemziekten	7	2,8	46	85
Infecties	5	9,8	16	26
Diagnose nog onbekend	2	19,0	9	3
Eindtotaal	132	14,7	24	34

Tabel 4 Gemiddelde ligduur, behandeling en verpleging voor Palliatief Terminale Zorg (PTZ)

Ligduur en behandelinzet

Zorgaanbieders geven aan dat de gemiddelde ligduur die uit dit onderzoek naar voren komt lager is dan dat ze verwachten op basis van hun eigen cijfers. Om toch een goede inschatting te kunnen geven van de werkelijke ligduur is naast de meting in de onderzoeksperiode een vergelijking gemaakt met het gewogen gemiddelde ligduur van 14 organisaties die in de verzekeringsmonitor 2017 is doorgegeven (Tabel 5). Dit betreft de berekende ligduur van trajecten die in een kwartaal bij een organisatie gesloten zijn. Ook bij deze cijfers is een grote spreiding te zien tussen organisaties (een ligduur variërend van 20 tot 60 dagen bij hoogcomplex).

In tabel 5 is zichtbaar dat de ligduur die in dit onderzoek naar voren komt lager is dan de ligduur vanuit de monitor van de zorgverzekeraars. Dit onderzoek kent dus een ondervertegenwoordiging van langdurige trajecten. Binnen de open trajecten in de dataset van dit onderzoek (n=534) staat 14,4% langer dan 60 dagen open. 5,6 % van de open trajecten staat langer dan 90 dagen open.

Diagnosegroepen	Gemiddelde Ligduur ELV-onderzoek	Gewogen gemiddelde Ligduur monitor zorgverzekeraar
Hoogcomplex	28,5 dagen	35,7 dagen
Laagcomplex	25,4 dagen	29,0 dagen
PTZ	14,7 dagen	16,7 dagen

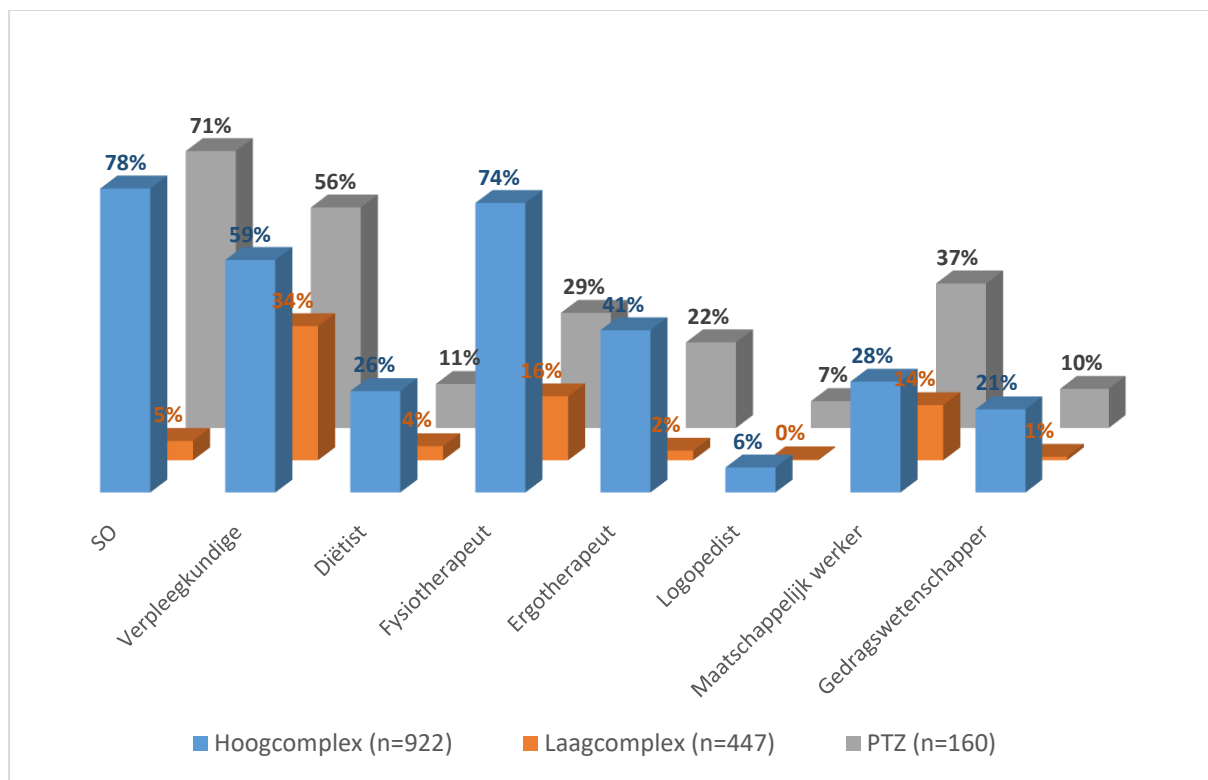
Tabel 5 Vergelijking ligduur ELV-onderzoek en monitor Zorgverzekeraar

3.2.5 Inzet van behandelaren per ELV-prestatie

In Figuur 8 is weergegeven in welke mate per ELV-prestatie verschillende type behandelaren tijd geregistreerd hebben. Hierbij is het goed om op te merken dat naast deze behandelaren ook de huisartsen en de verzorging tijd besteden aan ELV. Deze tijd valt buiten de scope van dit onderzoek.

Bij 78% van de hoogcomplex trajecten is de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) betrokken, tegenover 5% van de laagcomplex trajecten. Een verklaring voor het percentage betrokken SO bij hoogcomplex ligt in de diversiteit van organisatie van ELV tussen organisaties. Voor een van de deelnemende organisaties geldt bijvoorbeeld dat de huisarts hoofdbehandelaar is van hoogcomplex cliënten, en daar is over het algemeen geen SO betrokken (wanneer de situatie dit vereist is het wel mogelijk).

Zowel bij hoogcomplex als laagcomplex zijn verpleegkundige handelingen en/of transmurale begeleiding geregistreerd, respectievelijk 59% en 56%. In 74% van de gevallen is de fysiotherapeut betrokken in hoogcomplex trajecten. Er is in de figuren geen onderscheid gemaakt tussen groepsbehandeling en individuele behandeling. 23% van de organisaties geeft aan groepsbehandeling voor ELV-cliënten aan te bieden (op een deel van de locaties).



Figuur 8: Gedeelte van de trajecten per ELV prestatie (%) waarbij behandelaars tijd geregistreerd hebben. Aangeleverde trajecten zonder tijdsregistratie (n=304) worden niet getoond.

Naast inzet van de verpleging en behandelaars wordt ook door de zorg inzet geleverd bij ELV. Echter, bij het bepalen van de scope van het onderzoek is gekozen om de zorg geen tijd te laten schrijven. Hiermee werd de registratielast voor instellingen enigszins verlicht. Om toch een uitspraak te kunnen doen over de behoefte van ELV-cliënten aan verzorging is de Barthel-index opgenomen in de registratieset.

De Barthel-index is een meetinstrument om te bepalen in hoeverre iemand de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zelfstandig kan uitvoeren (en dus indirect hoeveel hulp daarbij nodig is). Uitkomst varieert van 0 tot 20, waarbij deze als volgt geïnterpreteerd kan worden:

- 0-4: Volledig hulpbehoevend
- 5-9: Ernstig hulpbehoevend
- 10-14: Wel hulp nodig maar kan veel zelf
- 15-19: Redelijk tot goed zelfstandig
- 20: Volledig ADL-zelfstandig

In Tabel 6 is de gemiddelde Barthelscore bij opname en ontslag opgenomen. Omdat het meten van de Barthelscore niet standaard is opgenomen in de procedure voor ELV is dit item slechts voor een deel van de cliënten ingevuld. In de tabel is zichtbaar dat bij opname de gemiddelde Barthelscore in de

categorie 10 – 14 valt en daarmee cliënten betreft die “hulp nodig hebben maar veel zelf kunnen”. De standaard deviaties tonen geen duidelijke verschillen in mate van spreiding tussen ELV-prestaties, dit geldt zowel voor de Barthelscore bij opname als bij de Barthelscore bij ontslag.

	Barthelscore bij opname	Standaard deviatie	n	Barthelscore bij ontslag	Standaard deviatie	n
Hoogcomplex	11	5	215	13	6	167
Laagcomplex	12	5	53	15	5	50
PTZ	7	5	35	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
<i>Niet gevuld</i>	<i>11</i>	<i>5</i>	<i>36</i>	<i>15</i>	<i>4</i>	<i>9</i>
Totaal	10		339	12		242
<i>Percentage ingevuld</i>			<i>31%</i>			<i>21%</i>

Tabel 6 Gemiddelde Barthelscore bij opname en bij ontslag per ELV-prestatie. Het percentage gevuld betreft het percentage gesloten trajecten waarbij de Barthelscore is ingevuld.

3.2.6 Vergelijking met GRZ

Een van de vragen van dit onderzoek is de vraag of het mogelijk is om gemiddelde ligduur en behandelinzet van ELV en GRZ op hoofddoelgroepen met elkaar te vergelijken. Voor de GRZ zijn deze hoofddoelgroepen gebaseerd op de primaire diagnose. Echter, voor ELV bestaat een grote diversiteit in behandelinzet en ligduur per diagnose, wat deze vergelijking niet mogelijk maakt. Een gemiddelde waarde geeft onvoldoende zicht op de werkelijk geleverde inzet per cliënt.

Deze diversiteit in behandelinzet wordt volgens zorgaanbieders veroorzaakt door enerzijds diverse meewegende factoren die behandelinzet bepalen; zoals leeftijd, comorbiditeit en leefomstandigheden. Anderzijds worden op dit moment binnen de groep ELV cliënten ook cliënten behandeld waarvan blijkt dat ze binnen andere prestaties thuishoren (de WLZ of GRZ bijvoorbeeld).

4. Conclusies

In dit onderzoek is door 26 verschillende zorgaanbieders vastgelegd welke behandeling werd geleverd aan cliënten met Eerstelijns verblijf. In de resultaten is zichtbaar dat de ligduur die is vastgelegd binnen dit onderzoek een ondervertegenwoordiging van (zeer) lange trajecten heeft. In vergelijking met de ligduur die gedurende een jaar is vastgelegd is de vastgelegde ligduur in dit onderzoek lager. De spreiding in ligduur binnen de prestaties hoogcomplex, laagcomplex en PTZ is hoog.

De behandeling bij cliënten hoogcomplex is gemiddeld 20 minuten per dag. Binnen het huidige tarief is binnen een ELV-dag ruimte voor 1,5 uur behandeling per week (13 minuten per dag). Opvallend is dat de gemiddelde behandeling voor elke diagnose binnen hoogcomplex hoger is. Dit komt volgens zorgaanbieders overeen met de situatie in de praktijk.

De ELV-clieënten blijken een zeer diverse groep, voor wat betreft leeftijd, diagnoses, behandelinzet en ligduur. Ook lijken een deel van de cliënten die nu binnen ELV zorg ontvangen beter te passen in GRZ (bijvoorbeeld cliënten met diagnose CVA) of WLZ-crisis (zichtbaar in o.a. de uitstroom naar WLZ). In discussie met zorgaanbieders blijkt dat per regio grote verschillen bestaan binnen organisatie van ELV. Deze verschillen zijn zichtbaar in:

- **Organisatie in de regio:** In een stedelijke omgeving wordt de samenwerking bemoeilijkt door het grote aantal partijen in de keten met diverse belangen. Ook is de invloed merkbaar van andere organisaties in de regio. Een voorbeeld is opname gedurende ANW-uren. Een organisatie gaf aan dat zij de enige organisatie waren die buiten kantooruren cliënten kon opnemen. Dit had een aanzuigende werking waardoor ook cliënten van buiten de regio werden opgenomen in ELV.
- **Organisatie in de keten:** zorgaanbieders geven zeer diverse terugkoppeling over de samenwerking met verwijzers in de keten. Grote verschillen zijn zichtbaar in de mate van samenwerking met, en beschikbare kennis over mogelijkheden van vervolgzorg van het ziekenhuis, de huisarts of regionale toegangspunten. Ook zijn verschillen zichtbaar in de regionale toegang. Een deel van de regio's hebben regionale toegangspunten of zijn bezig deze op te zetten. Binnen deze toegangspunten kan informatie worden opgevraagd over de verwijsmogelijkheden per cliënt en de beschikbare plaatsen bij zorginstellingen.
- **Interne organisatie:** Een deel van de organisaties biedt alle prestaties aan (en kan daarmee eenvoudiger wijzigen in prestatie gedurende het traject), en een deel biedt bijvoorbeeld alleen laagcomplex zorg. Daarnaast biedt een deel van de organisaties ELV aan op een locatie, al dan niet in combinatie met GRZ. Bij laagcomplex is een verschil te zien in of behandelaren in loondienst zijn van de organisatie (50% van deelnemende organisaties die GRZ leveren) of (deels) uit de eerstelijns komen.
- **(interne) Sturing op ELV:** Organisaties verschillen in de wijze waarop ze sturen op de toegang van ELV en in welke mate ze achter de voordeur actief onderscheid maken tussen ELV cliënten, Wlz-crisis en GRZ. Daarnaast zijn er verschillen te zien in hoeverre wordt gestuurd op inzet van behandeling binnen het tarief.

Vanwege de diversiteit binnen de cliëntengroep ELV is het zeer lastig om homogene cliëntengroepen te onderscheiden binnen ELV. Alleen de primaire diagnose is onvoldoende voor definiëring van een

cliëntengroep. Dit blijkt zowel uit de discussie met zorgaanbieders als uit de data (hoge mate van spreiding ligduur en behandeling). Zorgaanbieders geven aan in de praktijk wel cliëntgroepen te onderscheiden in hoogcomplex:

- Cliënten waarbij de diagnose bekend is, maar die langzaam achteruit zijn gegaan en weer op krachten moeten komen. Dit kan een diversiteit aan diagnoses zijn. Voor deze cliënten ligt de focus op herstel en zorgdiagnostiek.

Cliënten die met een diagnose binnenkomen, maar waarbij blijkt dat er meer aan de hand is, en eerst ontrafeld moet worden wat nodig is. Bij deze cliënten is veel diagnostiek/observatie nodig.

Bijlage 1: Uitsplitsing ligduur en inzet per diagnose

Diagnosegroepen hoogcomplex	Aantal trajecten	Ligduur (dagen)	Behandeling (min/dag)	Verpleging (min/dag)
CVA	11	32,5	35	7
Overige neurologische aandoeningen	30	33,7	23	33
Neuromusculaire aandoeningen	7	42,0	25	54
Overige hersenaandoeningen	6	33,5	22	35
Overige neurologische aandoeningen	17	25,5	23	10
Trauma	121	30,8	20	7
Trauma met fractuur	85	35,9	19	5
Trauma zonder fractuur	36	25,7	21	9
Overige aandoeningen bewegingsapparaat	65	31,0	20	15
Aandoening wervelkolom	20	36,0	22	10
Overige aandoeningen bewegingsapparaat	29	30,1	19	23
Overige aandoeningen onderste extremiteit	16	26,9	21	13
Diagnose nog onbekend	18	28,7	24	4
Dementie	18	23,5	22	17
Electieve orthopedie	32	29,3	20	2
Orgaanaandoeningen en systeemziekten	36	28,9	21	10
Overige orgaan aandoeningen	31	25,7	16	14
Reumatische aandoening	5	32,0	26	6
Overig	93	28,7	16	13
Amputaties	7	44,3	15	4
Bloedvaten	7	22,0	18	16
Delier	15	27,9	25	54
GGZ problematiek	14	36,6	24	15
Hartaandoening	25	27,8	19	6
Overige aandoeningen bovenste extremiteit	6	46,7	8	2
Respiratoire aandoeningen	19	24,1	15	7
Verslavingsproblematiek	0	-	-	-
Oncologische aandoeningen	37	24,1	25	10
Infecties	44	25,7	20	13
<i>Niet ingevuld</i>	<i>129</i>	<i>24,1</i>	<i>15</i>	<i>5</i>
Eindtotaal	634	28,5	20	12

Tabel 7 aantal trajecten, ligduur, behandeling en verpleging per diagnose voor hoogcomplex trajecten.

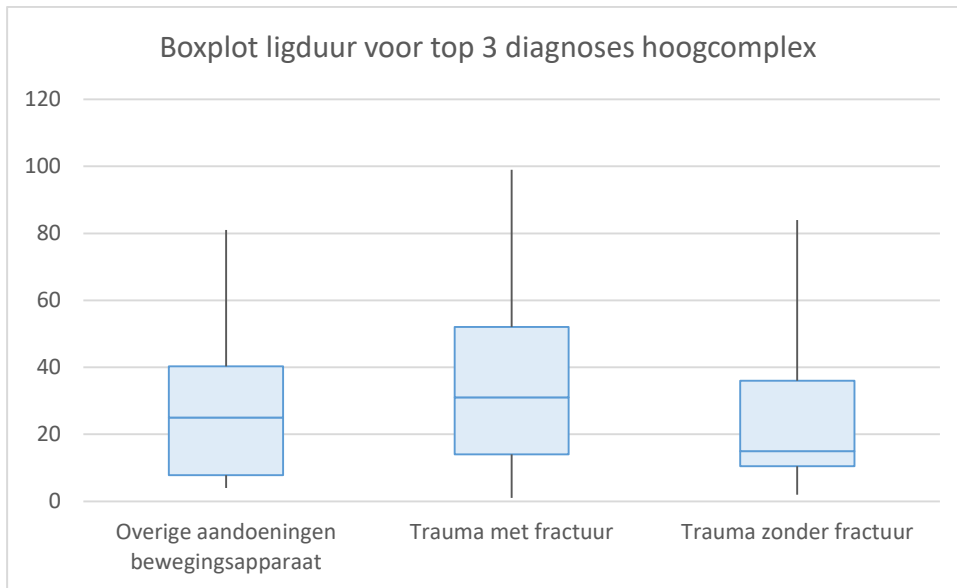
Diagnosegroepen	Aantal trajecten	Ligduur (dagen)	Behandeling (min/dag)	Verpleging (min/dag)
CVA	1	3	-	-
Dementie	6	32	2	4
Diagnose nog onbekend	7	28	1	5
Electieve orthopedie	9	24	1	1
Infecties	12	10	-	17
Oncologische aandoeningen	6	38	1	2
Overige orgaan aandoeningen	9	24	-	5
Overig	25	23	1	18
Amputaties	1	7	-	66
Bloedvaten	6	24	1	4
Delier	1	30	-	39
GGZ problematiek	2	22	1	5
Hartaandoening	7	33	1	7
Overige aandoeningen bovenste extremiteit	2	26	-	-
Respiratoire aandoeningen	6	22	2	2
Overige aandoeningen bewegingsapparaat	25	23	-	10
Aandoening wervelkolom	10	23	-	9
Overige aandoeningen bewegingsapparaat	11	25	-	10
Overige aandoeningen onderste extremiteit	4	21	-	11
Overige neurologische aandoeningen	6	24	4	8
Neuromusculaire aandoeningen	2	26	-	21
Overige hersenaandoeningen	1	31	4	-
Overige neurologische aandoeningen	3	16	10	3
Trauma	35	25	2	6
Trauma met fractuur	23	26	3	6
Trauma zonder fractuur	12	24	2	7
<i>Niet ingevuld</i>	<i>142</i>	<i>26</i>	<i>3</i>	<i>1</i>
Eindtotaal	283	25,4	7	9

Tabel 8 aantal trajecten, ligduur, behandeling en verpleging voor laagcomplexen trajecten

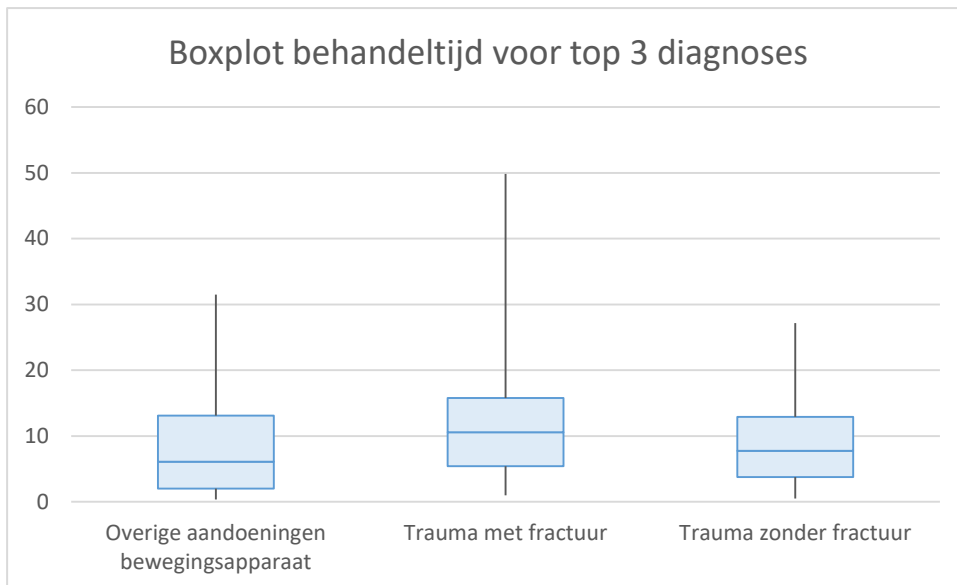
Diagnosegroepen	Aantal trajecten	Ligduur (dagen)	Behandeling (min/dag)	Verpleging (min/dag)
Diagnose nog onbekend	2	19	9	3
Infecties	5	10	16	26
Oncologische aandoeningen	54	18	26	33
Orgaanaandoeningen en systeemziekten	7	3	46	85
Overige orgaan aandoeningen	6	4	63	85
Reumatische aandoening	1	2	30	
Overig	17	14	42	76
Bloedvaten	2	3	53	57
CVA	2	38	18	1
Delier	2	10	30	306
Dementie	1	7	21	2
Neuromusculaire aandoeningen	1	4	113	65
Overige aandoeningen onderste extremiteit	1	5	35	67
Overige neurologische aandoeningen	1	44	16	
Respiratoire aandoeningen	5	4	54	28
Trauma met fractuur	2	7		
Hartaandoening	10	14	22	40
<i>Niet ingevuld</i>	37	15	17	33
Eindtotaal	132	15	24	34

Tabel 9 Aantal trajecten, ligduur, behandeling en verpleging voor trajecten PTZ

Bijlage 2 Spreiding ligduur en behandelinzet bij top 3 diagnoses hoogcomplex



Figuur 9: Boxplot voor ligduur (gemiddelde dagen per traject) bij de drie meest voorkomende diagnoses (ELV-prestatie hoogcomplex)



Figuur 10: Boxplot voor behandelinzet (gemiddeld aantal uren totale behandeling per traject) bij de drie meest voorkomende diagnoses (ELV-prestatie hoogcomplex)