

## **Geriatrische revalidatie voor patiënten met gedragsproblemen**

Uitwerking slotverklaring werkconferentie van 3 september 2021 te Den Bosch

### **1. Schets van de problematiek**

De huidige geriatrische revalidatie (GR) schiet fors te kort qua inrichting en toerusting voor de revalidatie van patiënten met matige tot ernstige gedragsproblematiek, al dan niet in combinatie met cognitieve problematiek. Een aanzienlijke groep patiënten krijgt onvoldoende toegang tot revalidatie of valt tussen de wal en het schip. Dit is de conclusie van de werkconferentie op 3 sept 2021 te Den Bosch. (In de bijlage vindt u de namen van de vertegenwoordigde organisaties en aantallen deelnemers).

#### *Niet ingericht*

De GR is een voorziening voor kwetsbare ouderen die na ontslag uit het ziekenhuis (nog) niet in staat zijn terug naar huis te gaan. Zij hebben tijdelijke multidisciplinaire revalidatie en herstel nodig gericht op weer zelfstandig kunnen functioneren. De revalidatie is gericht op het terugdringen van functieverlies (mobiliteit, cognitie), het verhogen van zelfredzaamheid (ADL) en participatie in kleine en grotere verbanden. Aanwezig psychisch lijden is een belemmerende factor bij het behalen van de revalidatiedoelen. Dit leidt tot het niet-toelaten (uitsluiting) van deze patiënten in een geriatrisch revalidatietraject, met als gevolg dat deze patiënten veel langer in het ziekenhuis blijven. Psychisch lijden dat tijdens de revalidatie manifest wordt in gedragsproblemen leidt tot beëindiging van de behandeling of tot (forse) overschrijding van de reguliere behandelduur en -intensiteit. Er is te weinig aandacht, tijd en ruimte voor screening op en preventie/behandeling van psychische problematiek, voorafgaand aan of parallel aan de revalidatiebehandeling.

#### *Niet toegerust*

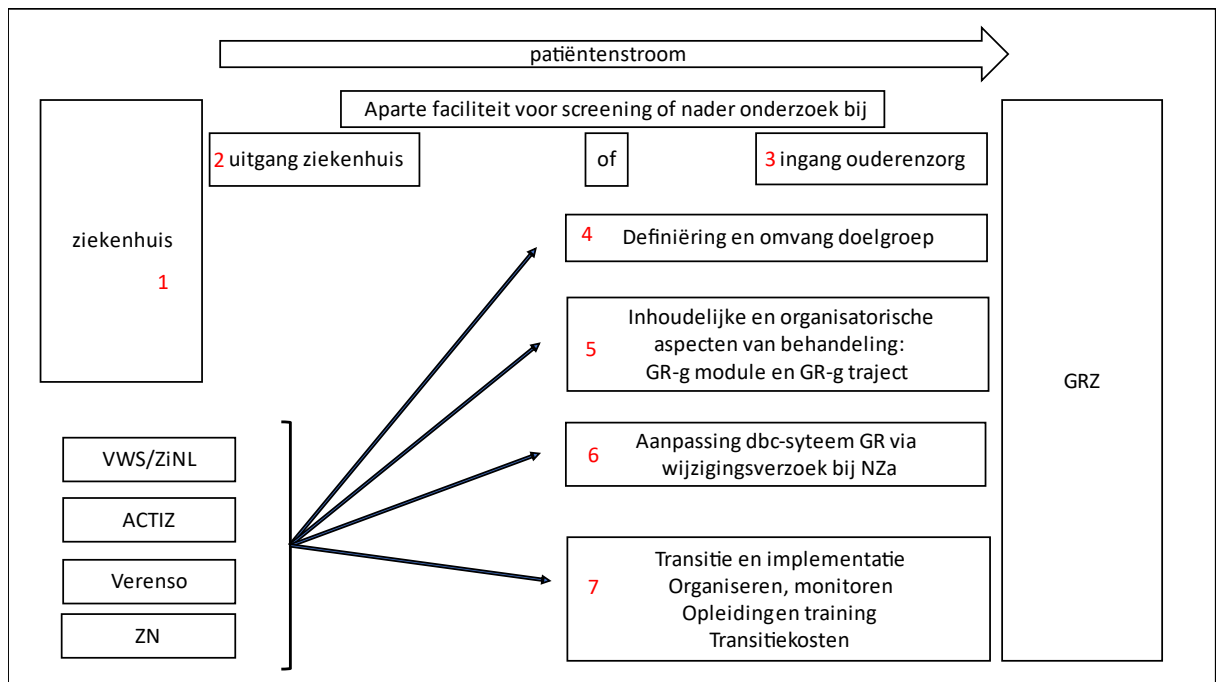
In de opleiding van specialisten ouderengeneeskunde, therapeuten, verpleegkundigen en verzorgenden wordt weinig aandacht besteed aan gedragsproblematiek als uiting/signaal van psychisch lijden. Hierbij ervaart overigens de mantelzorg ook extra zware belasting. Toch is uit wetenschappelijk onderzoek bekend dat bij veel ouderen (circa 20%) in de huidige GR sprake is van één of meerdere symptomen van psychische aandoeningen, met name depressie en angst. Voor een groot deel van hen geldt zelfs dat hun psychische problemen toenemen gedurende hun revalidatie in plaats van afnemen. De competenties om de psychische problemen als zodanig tijdig te signaleren en te behandelen zijn onvoldoende ontwikkeld.

De geschetste problematiek heeft inhoudelijke, beleidsmatige, bestuurlijke en verzekeringstechnische aspecten (paneldiscussie werkconferentie te Den Bosch dd. 3 sept 2021, deelnemers: Verenso/VWS/Actiz/Lector/Hoogleraar). Een gecoördineerde inspanning van revalidatieprofessionals, overheid, bestuurders en zorgverzekeraars kan bijdragen aan het realiseren van voorwaarden waaronder de GR ook voor revalidanten

met matige en ernstige gedragsmatige problematiek en hun mantelzorgers beschikbaar is.

Deze notitie gaat nader in op de problematiek en de voorwaarden om tot oplossingen te komen. Met Verenso, VWS, ACTIZ en ZN bespreken we graag in vervolg op de paneldiscussie welke mogelijkheden zij zien om vanuit hun positie en rol aan het vervullen van deze voorwaarden bij te dragen.

## 2. Schematisch overzicht van de problematiek



Toelichting op de genummerde vraagstukken uit het schema

### 1. Ziekenhuis

Oudere patiënten met probleemgedrag geven vaak overlast in het ziekenhuis en hun behandeling verloopt moeizamer. De professionals worden er extra door belast en voelen zich vaak handelingsverlegen.

### 2. Uitgang ziekenhuis

Oudere patiënten met probleemgedrag zijn moeilijk te ontslaan; zij worden geweigerd en afgewezen voor GR. Gevolg is dat deze patiënten langer een bed bezet houden in het ziekenhuis en niet in aanmerking komen voor GR waardoor zij een hoog risico lopen slecht te herstellen. Een dubbel verliessituatie. Bij de doorverwijzing is er ook te weinig aandacht voor de psychische behoeften van deze groep patiënten deels ten gevolge van gebrekkige herkenning.

### 3. Ingang ouderenzorg

Oudere patiënten met probleemgedrag worden vaak geweigerd om diverse redenen. Deze patiëntengroep heeft een verlengend effect op de reguliere

revalidatie duur. Een zo kort mogelijke revalidatieduur is een belangrijk afrekenpunt voor de verzekeraar bij GR. Verder verstoort deze patiëntengroep het revalidatieproces en werkt gevoelens van handelingsverlegenheid bij de betrokken professionals in de hand. Als zij toch (onopgemerkt) opgenomen blijken te zijn nemen hun psychische klachten tijdens de GR gemiddeld genomen toe in plaats van af. Inrichting van een passende triage voor juiste zorgtoeleiding is noodzakelijk.

4. Definiëring en omvang doelgroep

Bij de definiëring ligt aansluiting bij de definities van gerontopsychiatrie en expertisecentrum Dementie en zeer moeilijk probleemgedrag (D-zep) voor de hand. De omvang kan op basis van bestaand onderzoek redelijk geschat worden. Een nu lopend onderzoek zal naar verwachting eind 2022 een nauwkeuriger inschatting mogelijk maken.

5. Inhoudelijke en organisatorische aspecten van behandeling

Oudere patiënten met probleemgedrag hebben specifieke revalidatie behoeften. Dit stelt andere eisen aan de inrichting van het revalidatieproces, de professionele vaardigheden (klinisch redeneren en stepped care: STIP-Methode) en het type professionele expertise. Dit heeft gevolgen voor de behandelintensiteit met een positief effect op behandelduur in vergelijking met de huidige situatie zonder deze specifieke inzet.

Twee typen behandeling zijn nodig. Voor de relatief minder hoog complexe gedragsproblematiek is een aparte behandelmodule (GR-g module) een adequate voorziening, die aangeboden wordt parallel aan het huidige programma. Voor de groep met ernstige, op de voorgrond staande gedragsproblematiek is een apart GR-traject (GR-g traject) noodzakelijk. Op hoofdlijnen is een wetenschappelijk onderbouwde format (IRR-programma) beschikbaar voor deze twee typen behandeling.

6. Aanpassing van de diagnose behandel combinatie Geriatrische revalidatiezorg via wijzigingsverzoek bij Nza. Een aanpassing van de huidige dbc is nodig om ruimte te creëren voor de GR-g module en het GR-g traject. Een onderbouwd wijzigingsverzoek kan bij Nza worden ingediend.

7. Vraagstukken in verband met transitie en implementatie

Bij de transitie implementatie van programma's en trajecten GR-g spelen bestuurlijke, organisatorische en inhoudelijke kwesties. Inbedding in het netwerk van het geheel van de ouderenzorg, de organisatorische vormgeving en het verwerven van de vereiste deskundigheid vragen om de inzet van extra middelen. Graag overleggen we over de wegen waarlangs deze tijdelijke middelen kunnen verwerven en inzetten. Op opleidingsgebied is al veel ontwikkeld.

Deze notitie gaat verder in op de kenmerken van de doelgroep van patiënten en becijfert de omvang ervan. Vervolgens komen de inhoudelijke en organisatorische aspecten van de behandeling in beeld in een beschrijving op hoofdlijnen van een module GR-g voor patiënten met lichte tot matige en een traject GR-g voor patiënten met ernstige gedragsproblematiek. Vervolgens laat de notitie zien hoe via een wijzigingsverzoek bij

de NZa de bekostigingssystematiek (beperkt) kan worden aangepast om de voorwaarden te creëren de doelgroep een passende behandeling te bieden. De notitie sluit af met een beschouwing van transitie en implementatie, waarin opleidings- en trainingsprogramma's om professionals en managers adequaat uit te rusten een belangrijk onderdeel zijn.

De notitie laat verder in het midden in hoeverre de overdracht van ziekenhuis naar ouderenzorg als warme overdracht georganiseerd kan worden.

### **3. Doelgroep Geriatrische Revalidatie en Gedrag**

#### **3.1. Definitie<sup>1</sup>**

Mensen die tot de doelgroep GR-g behoren kunnen onderscheiden worden in twee hoofdgroepen:

I. Revalidanten met matige/ernstige (chronische) psychiatrische problematiek, die al dan niet formeel is vastgesteld volgens de DSM- classificatie.

II. Revalidanten met naast lichte/matige cognitieve stoornissen ten gevolge van diverse oorzaken last van matig/ernstig probleemgedrag dat niet alleen matig/zeer ernstig en frequent, maar ook moeilijk hanteerbaar en onvoorspelbaar is. Bij hen is veelal sprake van 'co-morbide' psychiatrische symptomen/syndromen en hoge prikkelgevoeligheid. Voor beide groepen (inclusief mengvormen) geldt dat zij vaak beperkt ziekte-inzicht hebben m.b.t. hun revalidatie- en (co-)psychiatrische problematiek. Verder is kenmerkend dat er sprake is van verlies van zelfregie en een stapeling van problemen. Dat wil zeggen dat naast de revalidatie en psychiatrische problematiek op nog minimaal twee, maar meestal meer, andere domeinen problemen zijn: gedrag, cognitie, lichamelijke gezondheid, (i)ADL en/of sociale betrokkenheid.

#### **Inclusiecriteria:**

- Aanwezigheid van GR problematiek doelen
- Aanwezigheid van matige/ernstige (chronische) psychiatrische problematiek (DSM V classificatie of sterk vermoeden); NPI (12): > 3 of 1 of meer items ernstig;
- Beperkt ziekte-inzicht m.b.t. revalidatie en (co-) psychiatrische problematiek;
- Naast revalidatie en psychiatrische problematiek is er sprake van problemen op minstens twee van de volgende domeinen: gedrag, cognitie, lichamelijke gezondheid, (i)ADL en/of sociale betrokkenheid; BI: > 5; kan staan;
- Gedragsproblemen worden (waarschijnlijk) veroorzaakt door (co-morbide) psychiatrische problematiek. NPI (12): > 3 of 1 of meer items ernstig.

#### **Exclusiecriteria:**

- Ontbreken GR problematiek doelen
- Afwezigheid psychiatrische problematiek;
- Cognitie stoornis: MMSE < 12.

---

<sup>1</sup> De hier gehanteerde definitie is samengesteld uit de definities van gerontopsychiatrie en expertisecentrum D-zep.

PM

- Lichte problematiek: in eigen GR traject met GR-g module
- Matige/ernstige problematiek in apart gedragstraject: GR-g Traject

### 3.2. Omvang van de doelgroep GR-g

Een indicatie van de omvang van de doelgroep GR-g kan becijferd worden op basis van verschillende beschikbare gegevens en schattingen. Twee schattingen worden in deze notitie beschreven, een derde schatting zal later beschikbaar zijn op basis van de uitkomsten van een lopend promotieonderzoek aan LUMC/HR.

In 2020 was het aantal GR patiënten 53.320 met een gemiddelde opnameduur van 43 dagen, uiteenlopend van 30 tot 67 dagen.<sup>2</sup> Uit onderzoek van Buick<sup>3</sup> blijkt ongeveer 20% van de huidige GR populatie onvoldoende herstelt, langer revalideert en met meer psychische problemen kampt dan bij de start van de behandeling. Op basis hiervan ging het in 2020 om ongeveer 10.700 patiënten. Uitgaande van de 80/20 regel is de behoefte aan de GR-g module te berekenen op 8.560 en het GR-g traject op 2.140 patiënten.

In de tweede helft van 2022 worden binnen het hiervoor genoemde promotieonderzoek bij LUMC en Hogeschool Rotterdam (Wilco Achterberg en Ton Bakker) alle verpleeghuizen die GR bieden uitgenodigd een vragenlijst in te vullen. Dit onderzoek is specifiek gericht op het verkrijgen van inzicht in de omvang van GR-G revalidanten met (geronto)psychiatrische problemen en/of probleemgedrag in combinatie met cognitieve stoornissen. Dit onderzoek is naar verwachting eind 2022 gereed en biedt een nauwkeuriger schatting van de omvang van de doelgroep voor de GR-g module en het GR-g traject. De resultaten kunnen leiden tot nieuwe inzichten, waarbij wel een kritische beschouwing van de invloed van corona op de dataverzameling nodig is. Het is ook van belang te onderkennen dat de afbakening van de doelgroep volgens een definitie zoals hierboven beschreven (Bakker, 2022) nog niet algemeen is geïmplementeerd in de praktijk, waardoor deze groep revalidanten mogelijk niet altijd als zodanig wordt herkend.

De uitdaging is zo mogelijk nog groter om de omvang van de doelgroep in het ziekenhuis en de thuissituatie in te schatten. Uit onderzoek bij ziekenhuizen door Bakker en Mackenbach (NPO-onderzoek Zorgprogramma Preventie en Herstel) is bekend dat een derde van de 60+ patiënten in het ziekenhuis een NPI-score heeft van 3 of > (in combinatie met andere beperkingen als MMSE <24 en BI < 16). Dat betekent dat per dag circa 500 en jaarlijks circa 180.000 ouderen met functieverlies het ziekenhuis verlaten. Bekend is dat ruim 50.000 hiervan instromen in de GR en ongeveer 35.000 in de ELV. Voor een deel van de overige 95.000 patiënten zal een GR programma een passend vervolg zijn op ziekenhuiszorg, met behandelbare gedragsproblematiek. Als we dat deel laag schatten op 10% dan spreken we al over 9.500 patiënten die opgeteld kunnen worden bij het hierboven berekende aantal van 10.700. Volgens de 80/20 regel gaat het

---

<sup>2</sup> Vektis Intelligence 19-07-2021

<sup>3</sup> Buick 2013

dan om 7.600 patiënten die voor de GR-g module en 1.900 patiënten die voor het GR-g traject in aanmerking komen.

#### **4. Inhoudelijke en organisatorische aspecten van behandeling van revalidanten met gedragsproblematiek**

Het GR-g traject wordt uitgevoerd tijdens een klinische opname op een gespecialiseerde GR-afdeling van >10 bedden met psychiatrisch geschoolde professionals. Dit programma duurt gemiddeld 13 weken. Naast de reguliere interdisciplinaire GR-zorg bestaat het programma uit integratieve psychotherapeutische interventies ter behandeling van de multipale psychiatrische symptomen van de patiënt en systeemtherapie, gericht op de mantelzorger. Het cognitief en lichamelijk functioneren van de patiënt wordt geoptimaliseerd.

Het GR-g traject team bestaat uit het verplegingsteam, een specialist ouderengeneeskunde met kaderopleiding psychogeriatric, een klinisch psycholoog, een maatschappelijk werker, een muziektherapeut, een psychomotorisch therapeut, een creatief therapeut, een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een logopedist, een diëtist en een activiteitenbegeleider.

Bij aanmelding wordt een interdisciplinaire triage ondersteund met meetinstrumenten (NPI, GDS, BI) uitgevoerd door SO, verpleegkundige en maatschappelijk werker.

Conform de STIP-Methode wordt voor iedere revalidant en mantelzorger direct bij opname een volledige NPI en uitgebreide biografie afgenomen. Een brede analyse met behulp van een DSA-scan wordt uitgevoerd. Vervolgens wordt een persoonsgericht integraal interventieplan samengesteld, bestaand uit gemiddeld 5 thema's, verdeeld over verschillende van de volgende 6 dimensies: beleving (bijvoorbeeld depressie, angst of agressie), persoonlijkheid (bijvoorbeeld narcistische, borderline of afhankelijke trekken), levensgebeurtenissen (bijvoorbeeld traumatische ervaringen door oorlog, incest of het overlijden van een partner), sociaal functioneren (bijvoorbeeld relatieproblemen met partner of kinderen of verlies van sociale contacten), cognitief functioneren (bijvoorbeeld geheugenproblemen of verlies van zelfredzaamheid) en functie beperkende somatiek (bijvoorbeeld vallen, polyfarmacie of ondervoeding). De psychotherapeutische interventies – gebaseerd op een probleemoplossend theoretisch kader – zijn voor alle professionals in een richtlijn vastgelegd.

Interventies worden primair in groepsverband aangeboden en waar nodig ook individueel. Gemiddeld wordt een revalidant voor 5 functionele problemen gerevalideerd door professionals uit 4 disciplines. Na consultatie in het interdisciplinaire team en in overleg met revalidant en mantelzorger worden volgens het Stepped Care principe de interventies voorgeschreven door een psychogeriatric geschoolde SO; dit is een specialist ouderengeneeskunde met ervaring in psychiatrische behandeling. Bij het vaststellen en het wekelijks monitoren van de doelen van revalidant en mantelzorger wordt gebruik gemaakt van een gestandaardiseerde methode van 'goal attainment scaling' (GAS-score). De score op deze schaal loopt van 1-7, waarbij 7 staat voor

'onafhankelijk' (geen hulp nodig) en 1 voor > 75% onvoorspelbare hulp nodig hebben. Tijdens de wekelijkse revalidatiebespreking wordt een consensuscore vastgesteld, gebaseerd op de scores die professionals van de betrokken disciplines hebben ingevoerd. Als de doelen voldoende behaald zijn volgt een persoonlijk begeleid ontslag naar huis.

Vanuit deze afdeling kan een consultatieteam beschikbaar gesteld worden voor de invulling van de GR-g module bij reguliere GR programma's.

Het GR-g traject loopt parallel aan de gebruikelijke GR behandeling. Vergeleken met de huidige situatie in geval van gedragsproblematiek – lange behandelduur of afgebroken behandeling, beide zonder behalen van de revalidatiedoelen – kan bij het traject een langere behandelduur nodig zijn, waarbij de revalidatiedoelen wel behaald worden.

De GR-g module loopt parallel aan de gebruikelijke GR behandeling zonder noemenswaardige verlenging van de behandelduur.

Samenvattend leiden traject en module met intensivering en inzet van extra en andere disciplines tot meer patiënten met succesvol ontslag. Ze zullen zowel somatisch als psychisch beter functioneren.

## 5. 'Winst' van een GR-g Module en - Traject

De winst is voor diverse partijen uiteraard verschillend. We onderscheiden: Gr revalidanten en hun familie/mantelzorger, professionals, instellingen (GR-verpleeghuis/ Ziekenhuis/ Thuiszorg/ GGZ), Verzekeraar en Gemeente.

### *Gr revalidanten en hun familie/mantelzorger:*

Passende GR; verzilvering van hun recht op GR. Minder psychisch lijden en hogere kwaliteit van leven; vermindering belasting van de mantelzorg/ familie.

### *Professionals: (alle settingen)*

Passende GR; hogere kwaliteit van zorg inclusief verwijzing; minder handelingsverlegen; meer beroepstrots; beter opgeleid.

### *Instellingen:*

- *GR-verpleeghuis:*

Hogere kwaliteit van zorg met duidelijk zorgprogramma/-traject; minder 'verstoringen'; duidelijke GR vergoeding en - duur; minder triage gedoe met afwijzing; kortere GR duur andere trajecten

- *Ziekenhuis:*

Heldere triage en verwijzing; kortere ligduur; minder draaideur

- *Thuiszorg:*

Minder 'verrassingen'; betere handvatten; minder kosten

- *GGZ:*

Betere Triage; minder crisis; minder begeleiding

- *Verzekeraar en Gemeente:*

Betere invulling taken; minder kosten; duidelijke evaluatie/ productie afspraken.

## **6. Wijzigingsverzoek dbc-systeem bij NZa**

Overleg met NZA levert het volgende beeld op:

1. Een aparte DBC- gedrag, die parallel aan de GR DBC geopend wordt, is niet mogelijk.
2. De facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg is bedoeld om lokale knelpunten op te lossen in zorg die al via bestaande DBC-zorgproducten gedeclareerd wordt. Gedragsproblematiek in de GR is geen lokaal, maar een landelijk verschijnsel.
3. Een wijzigingsverzoek DBC-systeem medisch-specialistische zorg is de aangewezen weg om de knelpunten in het bestaande systeem van bekostiging op te lossen.

Voor een wijzigingsverzoek DBC-systeem medisch-specialistische zorg is een toetsingskader (BR/REG-19164) beschikbaar, waarin de aanvraagprocedure en de beoordelingscriteria zijn vastgelegd. De aanvraagprocedure bij GR houdt in:

- a) Actiz en Verenso zijn als respectievelijk branchepartij en wetenschappelijke vereniging, gerechtigd een wijzigingsverzoek in te dienen, gebruik makend van een digitaal formulier.
- b) Het standpunt van Zorgverzekeraars Nederland met een onderbouwd (positief, negatief of neutraal) oordeel over nut en noodzaak van het wijzigingsverzoek tegen de achtergrond van de toetsingscriteria gaat mee.
- c) NZA bespreekt het wijzigingsverzoek in zijn periodiek technisch overleg (TO) msz, waarbij Actiz wel en Verenso niet wordt uitgenodigd voor een toelichting. NZA kan besluiten interne of externe andere deskundigen of partijen uit te nodigen.
- d) NZA kan besluiten het wijzigingsverzoek in een hoorzitting buiten het TO te bespreken met partijen die niet voor TO worden uitgenodigd.
- e) Een wijzigingsverzoek dat dat voor 1 juni 2022 wordt ingediend wordt, bij goedkeuring, per 1 mei 2024 van kracht. De NZA kan hiervan afwijken als het uitsluitend gaat om aanpassing van de regelgeving.

Het toetsingskader bevat vier criteria

- a) Aansluiting bij de wettelijke taken NZA (borgen kostenbeheersing en toegankelijkheid).
- b) Aansluiting bij doel en functies DBC-systeem (declarabiliteit; uniforme taal voor contract, vergelijkbaarheid en medische herkenbaarheid; doelmatigheid).



- c) Aansluiting bij kabinets- en NZa-beleid (lagere administratieve lastendruk; zorg op juiste plek; taakherschikking).
- d) Balans tussen criteria 1-3 (wat levert het op en wat kost het).

Los hiervan heeft NZa ook de bevoegdheid ambtshalve bestaande prestaties of tarieven te wijzigen. Dat kan o.a. op basis van nieuwe eigen inzichten of een standpunt van Zorginstituut Nederland.

## 7. Transitie en implementatie

De werkconferentie van 3 september 2021 heeft duidelijk gemaakt dat de urgentie van de aanpak van gedragsproblematiek breed gevoeld wordt. De aanloop naar deze conferentie met workshops op het Jaarcongres GRZ 2020 en een invitational conference later in 2020 heeft laten zien dat er instellingen zijn die bereid zijn de rol van koploper op zich te nemen. Er is een draagvlak gecreëerd waarop kan worden voortgebouwd. Leergangen STIP-methode zijn beschikbaar en NKOP/Trimbos heeft een *Teachers model* ontwikkeld. Met de aanpassing van het dbc-systeem kan een volgende stap gezet worden in de transitie naar de nieuwe situatie. Voor het gericht en succesvol organiseren en ondersteunen van deze transitie is een plan nodig, waarbij bijvoorbeeld gewerkt kan worden met het model van Kotter. Transities gaan met kosten gepaard. In overleg met overheid en veldpartijen kunnen deze worden vastgesteld.

Zoals eerder in deze notitie aangegeven bespreken we in vervolg op de paneldiscussie van 3 september graag met Verenso, VWS, ACTIZ en ZN welke mogelijkheden zij zien om vanuit hun positie en rol aan deze voorwaarden bij te dragen.

Maart 2022

Ton Bakker en Hans van Dijk  
Stichting Wetenschap Balans

Bijlage: Overzicht vertegenwoordigde zorgorganisatie werkconferentie *Geriatrische revalidatie van cliënten met probleemgedrag van 3 september 2021.*

Bijlage

Werkconferentie *Geriatrische revalidatie van cliënten met probleemgedrag van 3 september 2021*.  
Den Bosch, 3 september 2021

Overzicht vertegenwoordigde zorgorganisaties

<b>Naam</b>	<b>Aantal deelnemers</b>
Aafje	4
Amsta	1
Beweging 3.0	1
Brabantzorg	1
Careyn	2
Cordaan	1
De Zorgboog	3
Envida	3
Evean	1
Haaglanden Medisch Centrum	1
iCare	1
Interzorg Noord-Nederland	1
Jeroen Bosch Ziekenhuis	2
Kennemerhart	3
Kwadrantgroep	1
Land van Horne	1
Liemerije	2
Magenta	1
Marente	3
Mijzo	4
MUMC+   Herstelzorg	1
Omring	2
Opella	1
Pieter van Foreest	2
Pleyade	1
Quarijn	4
Saffier	1
Sensire	2
Sevagram	2
Treant	1
Vitalis	4
WVO Zorg	1
Zellingen	14
Zorgcentra de Betuwe	2
Zorggroep Apeldoorn e.o.	1
Zorggroep Solis	3
Zorgspectrum	2
ZuidOostZorg	4