



Deze beschouwing is een uitgave van het NIVEL
De gegevens mogen met bronvermelding (Swinkels ICS, Kooijman MK,
Tol J, Veenhof C. **Beschouwing Jaarcijfers LiPZ 2009**. Utrecht: NIVEL,
2010) worden gebruikt.

LiPZ

Beschouwing Jaarcijfers LiPZ 2009

Gezien de toename van het aantal personen met een ongezonde leefstijl en daaraan gerelateerde ziekten vormen beweging en voeding steeds belangrijkere aspecten binnen de huidige samenleving en gezondheidszorg (1). Fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck – die naast behandeling van aandoeningen aan het bewegingsapparaat ook kunnen sturen op bewegen – en diëtisten, gaan hierbij mogelijk een steeds grotere rol spelen. De zorg van deze beroepsgroepen wordt al geruime tijd onderzocht binnen de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) en gepubliceerd op <http://www.nivel.nl/lipz>. Recent zijn de gegevens betreffende patiënten die in 2009 in behandeling zijn geweest bij de fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck of vrijgevestigde diëtist ook op de website geplaatst. De LiPZ-cijfers bieden een overzicht van een breed scala aan gegevens. Zo toont de website bijvoorbeeld wat de mate van lichamelijke activiteit van patiënten is aan het begin en aan het einde van de diëtistische behandeling. En biedt het informatie over het aantal uren diëtistische zorg en de toereikendheid van vier uur diëtetiek per kalenderjaar. In de jaarcijfers fysiotherapie en oefentherapie Cesar en Mensendieck (C/M) staat onder andere beschreven hoe oud een gemiddelde patiënt is, welke verrichtingen een fysiotherapeut of oefentherapeut C/M vaak toepast en in hoeverre de opgestelde behandeldoelen worden behaald. Deze informatie kunt u terugvinden op de website. Een tweetal relevante ontwikkelingen in het jaar 2009 wordt in deze beschouwing uitgelicht.

Bijna vier op de tien patiënten komt via directe toegang/op eigen initiatief bij de fysiotherapeut

Sinds enkele jaren zijn de fysiotherapeut (sinds 2006) en oefentherapeut C/M (sinds medio 2008) direct toegankelijk. Hierdoor kan een patiënt (in de meeste gevallen) de therapeut bezoeken en de behandeling declareren bij zijn verzekeraar, zonder dat er hierbij een verwijzing van een arts nodig is. Mogelijk wordt directe toegang ook ingevoerd voor andere paramedische beroepsgroepen, waaronder de diëtetiek (2). De LiPZ-gegevens laten zien dat in 2009 al 17% van de patiënten op eigen initiatief naar de vrijgevestigde diëtist kwam. Behandeling van deze patiënten kan echter pas starten als er ook een verwijzing is. Bij de fysiotherapeut is een toenemend gebruik van directe toegang zichtbaar; in 2009 kwam 38% van de patiënten op eigen initiatief vergeleken met 21% in het eerste jaar na invoering. Patiënten die via directe toegang een behandeling bij de fysiotherapeut starten zijn vooral hoger opgeleiden, patiënten met kortdurende klachten en patiënten met (lage) rugklachten, nekklachten of schouderklachten. Daarentegen maken ouderen relatief weinig gebruik van directe toegang (3). Gemiddeld krijgen patiënten die op eigen initiatief bij de fysiotherapeut zijn gekomen

twee behandelingen minder vergeleken met verwezen patiënten (4). Bij de oefentherapeuten Cesar en Mensendieck komt bijna een kwart van de patiënten op eigen initiatief. Dit is iets meer dan in de eerste twee maanden na invoering van de maatregel het geval was (5). Resultaten van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) laten zien dat sinds directe toegang fysiotherapie is ingevoerd het aantal patiënten dat naar de fysiotherapeut verwezen wordt, gedaald is van 67 per 1000 patiënten in 2005 naar 42 per 1000 patiënten in 2009 (6). In een praktijk van 2350 patiënten betekent dit dat ruim 50 contacten per jaar worden uitgespaard. Dit valt in het niet bij het totaal aantal patiënten dat jaarlijks met klachten aan het bewegingsapparaat bij de huisarts komt (7) en daarom zal het op microniveau niet direct tot een verlaging van de werklast voor de huisarts leiden. Onduidelijk is nog in hoeverre directe toegang tot een kosteneffect in de zorg heeft geleid.

Integrale bekostiging in de diëtistenpraktijk

Per 1 januari 2010 is integrale bekostiging (IB) ingevoerd voor diabetes en voor cardiovasculair risicomanagement en per 1 juli 2010 ook voor patiënten met COPD. Voor patiënten met hartfalen zal IB in een later stadium mogelijk gemaakt worden (8). IB gaat uit van de zorgvraag van de patiënt, waarbij de zorg rondom de patiënt georganiseerd moet worden. Zorggroepen moeten hierbij de zorg aan de patiënten coördineren en uitvoeren. Binnen een zorggroep sluit de hoofdcontractant hiervoor contracten af met zorgverzekeraars en zorgverleners. In theorie valt een groot deel van de patiëntenpopulaties van de diëtist binnen de doelgroep voor IB. Zo laten LiPZ-gegevens zien dat 80% van de patiënten bij de diëtist minimaal één van de risicofactoren heeft voor het krijgen van hart- en vaatziekten en daarmee dus in aanmerking kan komen voor cardiovasculair risicomanagement. De meest voorkomende medische factoren uit de diëtistische diagnose waren overgewicht (72%), diabetes (26%), hypercholesterolemie (27%) en hypertensie (15%). Bij de vrijgevestigde diëtist komt 52% van de patiënten met meerdere diagnoses (multimorbiditeit) in behandeling waarbij de ene diagnose wel en de andere niet onder een zorggroep kan vallen of aandoeningen tot verschillende zorggroepen behoren. Dit kan zowel voor de patiënt als de diëtist verwarring opleveren. Deze nieuwe financieringsvorm dient dan ook goed gemonitord te worden. Daarnaast is het voor diëtisten belangrijk om zich bij zorggroepen aan te sluiten gezien het feit dat een groot deel van hun patiënten een aandoening heeft die onder integrale bekostiging valt.

Het LiPZ-netwerk is een elektronisch registratienetwerk waarbij gegevens geëxtraheerd worden uit de software die paramedici gebruiken voor het vastleggen van de patiëntgegevens. Een deel van de geëxtraheerde gegevens wordt ingevuld ten behoeve van het declaratieverkeer met zorgverzekeraars. Daarnaast wordt een deel speciaal voor het LiPZ-onderzoek ingevuld. De LiPZ-database bevat dan ook de daadwerkelijk gegeven zorg die bij zorgverzekeraars of patiënten in rekening wordt gebracht. Hoe de verrekening van behandelingen die in het kader van de integrale bekostiging gegeven worden plaatsvindt wisselt per regio, echter zelden wordt deze in de reguliere praktijksoftware opgenomen. Deze zorg ontbreekt vooralsnog dan ook in de LiPZ-rapportages. Daarnaast blijkt in de praktijk dat gegevens met betrekking tot de evaluatie van de zorg niet altijd vastgelegd kunnen worden. Gegevens zijn bijvoorbeeld niet altijd bekend omdat een patiënt onverwachts stopt.

1. World Health Organization (WHO). Global strategy on Diet, Physical activity and health. Geneve: WHO, 2004.
2. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Doelstellingenbrief eerstelijnszorg. Kenmerk CZ/EKZ/2862066, 3 juli 2008.
3. Swinkels ICS, Kooijman MK, Leemrijse CJ. Steeds meer fysiotherapiepatiënten komen zonder verwijfsbrief. Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, 2009.
4. Swinkels ICS, Kooijman MK, Leemrijse CJ. Patiënten die rechtstreeks bij de fysiotherapeut komen behalen vaker de behandeldoelen. Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, 2009.
5. Kooijman MK, Swinkels ICS, Leemrijse CJ. Eén op de vijf patiënten vindt oefentherapeut zonder verwijzing. Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, 2009.
6. Verheij RA, Van Dijk CE, Abrahamse H, Davids R, Van den Hoogen H, Braspenning J, Van Althuis T. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ, 2009, [<http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?pageid=12742>], bezocht op 31 augustus 2010
7. Van Dijk CE, Verheij RA, de Bakker D. Directe toegankelijkheid fysiotherapie. Huisarts en Wetenschap 2008; 11: 525-525.
8. Nederlandse Zorgautoriteit. *NZa maakt ketenzorg mogelijk voor COPD*, geraadpleegd op 31 augustus 2010. <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-maakt-ketenzorg-mogelijk-voor-COPD/>