



Deze factsheet is een uitgave van het NIVEL  
De gegevens mogen met bronvermelding (Ilse CS Swinkels, Margit K  
Kooijman, Chantal J Leemrijse. **Steeds meer fysiotherapiepatiënten  
komen zonder verwijfsbrief.** Factsheet Landelijke Informatievoorziening  
Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, 2009) worden gebruikt.

**LIPZ**

## **Steeds meer patiënten komen zonder verwijfsbrief bij de fysiotherapeut**

*Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg, januari 2009*

Sinds voor een behandeling door de fysiotherapeut geen verwijfsbrief meer nodig is (Directe Toegang Fysiotherapie (DTF)), komen steeds meer patiënten zonder tussenkomst van een arts bij de fysiotherapeut. In het eerste kwartaal van 2006 kwam een kwart van de patiënten zonder tussenkomst van een verwijzer bij de fysiotherapeut, in het laatste kwartaal van 2007 is dit percentage toegenomen tot 35%. Deze stijging blijkt zich voor te doen bij alle onderzochte patiëntencategorieën. Bij patiënten bij wie de klacht voor het eerst is opgetreden, patiënten met lage rugklachten, knieklachten en jongeren is de toename meer dan gemiddeld.

### **Achtergrond in vogelvlucht**

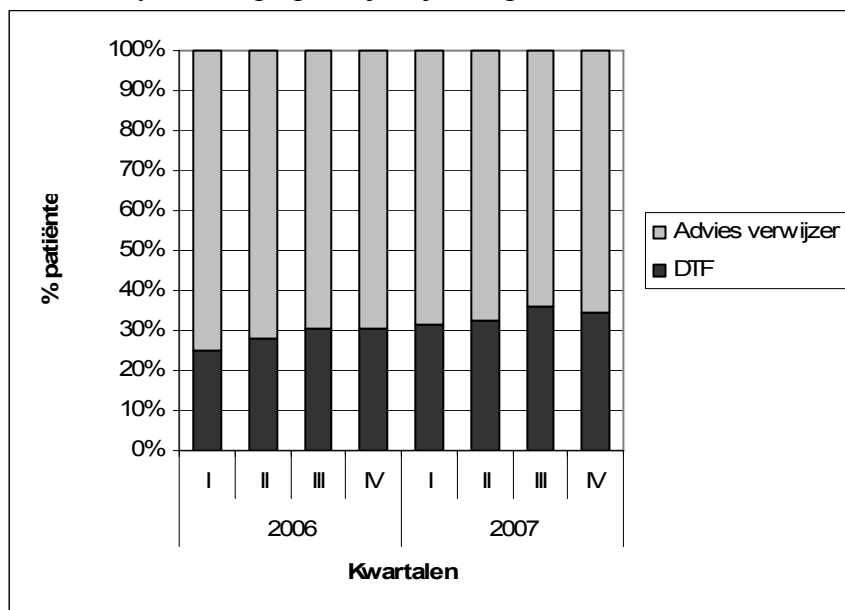
Sinds 1 januari 2006 kunnen patiënten zonder tussenkomst van een arts bij de fysiotherapeut terecht (directe toegang fysiotherapie (DTF)). Een evaluatie van het gebruik van DTF in 2006 toonde aan dat 28% van de fysiotherapiepatiënten van deze mogelijkheid gebruik maakte. Dit bleken voornamelijk jonge, hoog opgeleide patiënten te zijn met kortdurende of recidiverende klachten. Daarnaast toonde de evaluatie aan dat DTF binnen de praktijken uit de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) niet leidde tot een grotere toeloop van patiënten naar de fysiotherapeut (1;2). Onderzoek door het College voor Zorgverzekeringen leidde tot dezelfde conclusie (3). Vaak genoemde redenen om gebruik te maken van DTF waren de bekendheid met de klacht, of eerdere ervaringen met de fysiotherapeut (4). Uit deze evaluatie bleek ook dat nog niet alle patiënten in de eerste helft van 2006 op de hoogte waren van DTF en dat patiënten die nog via de huisarts kwamen bij een volgende klacht wellicht wel zouden kiezen voor DTF. Het is daarom aannemelijk dat het gebruik van DTF inmiddels is toegenomen. In deze factsheet wordt de verandering van gebruik van DTF in de periode 2006-2007 onderzocht voor diverse subpopulaties. Zie voor de definitie van DTF de verantwoording aan het einde van deze factsheet.

### **Het gebruik van DTF stijgt**

Figuur 1 toont aan dat het DTF-gebruik sinds de invoering sterk gestegen is. In het eerste kwartaal na de invoering van deze maatregel lag het gebruik op 25%, terwijl het gebruik in het laatste kwartaal van 2007 35% bedraagt.

Tabel 1 toont het DTF-gebruik voor het gehele jaar 2007 ten opzichte van het gehele jaar 2006. In 2007 was het DTF-gebruik 5% hoger dan in 2006 (respectievelijk 33,5% en 28,4%). Dit betekent een relatieve toename van 18,3%. De totale patiëntenpopulatie van de LiPZ-praktijken is in deze periode in absolute zin niet gegroeid (5). Dit betekent dat er absoluut gezien minder patiënten met een verwijzing komen, maar juist meer patiënten zonder tussenkomst van een arts.

Figuur 1. Wijze van toegang per kwartaal voor patiënten die in 2006 of 2007 in de fysiotherapiepraktijk zijn aangemeld



Tabel 1. Percentage gebruikers directe toegang fysiotherapie (DTF) ten opzichte van het totale aantal patiënten in 2006 en 2007 en de relatieve verandering in 2007 ten opzichte van 2006

		% DTF-gebruikers in 2006	% DTF-gebruikers in 2007	% verandering
Totaal		28,4	33,5	+18,3%
Geslacht	Mannen	29,1	35,6	+22,4%
	Vrouwen	27,9	32,0	+15,0%
Leeftijd	0 – 19 jaar	26,8	35,7	+33,1%
	20 – 39 jaar	34,3	39,2	+14,2%
	40 – 59 jaar	30,2	35,5	+17,6%
	60 jaar en ouder	21,2	25,9	+21,9%
Opleiding	Lager opgeleid	21,3	25,7	+20,7%
	Middelbaar opgeleid	31,8	35,6	+11,9%
	Hoger opgeleid	41,8	49,4	+18,3%
Verwijsdiagnose	Lage rugklachten	37,5	47,3	+26,3%
	Nekklachten	36,7	43,4	+18,2%
	Rugklachten, n.n.o.*	43,1	48,9	+13,3%
	Schouderklachten	28,3	32,9	+16,3%
	Knieklachten	22,9	28,1	+22,5%
	Neksyndromen	24,7	28,6	+15,7%
Duur van de klacht	< 1 maand	35,4	41,4	+17,0%
	1 – 3 maanden	24,6	29,7	+20,9%
	> 3 maanden	22,9	26,5	+15,9%
Recidivering van klacht	Recidiverende klacht	37,3	42,7	+14,6%
	Nieuwe klacht	23,5	29,2	+24,3%
Eerdere fysiotherapie	Ja	35,6	39,9	+12,1%
	Nee	22,6	27,5	+21,6%

\* n.n.o. = niet nader omschreven

### **Patiënt met nieuwe klacht is bezig met inhaalslag**

Als specifiek naar subpopulaties gekeken wordt, blijkt het DTF-gebruik in alle onderzochte subpopulaties te zijn toegenomen in 2007 (zie tabel 1). Bij patiënten onder de 20 jaar, patiënten met lage rugklachten, patiënten met knieklachten en patiënten bij wie de klacht voor het eerst is opgetreden, is het gebruik meer dan gemiddeld gestegen.

Uit tabel 1 is tevens af te lezen dat vooral hoger opgeleide patiënten, patiënten met kortdurende klachten, patiënten met (lage) rugklachten, nekpijn en schouderklachten vaak gebruik maakten van DTF. Ook als sprake is van recidiverende klachten of de patiënt al eerder fysiotherapie heeft gehad werd vaker gebruik gemaakt van DTF. Ouderen maken minder vaak gebruik van DTF. Om een voorbeeld te geven: van de subpopulatie van hoog opgeleide patiënten tussen de 20 en 39 jaar oud met kortdurende rugklachten maakte in 2006 en 2007 67% gebruik van DTF. Van de subpopulatie laag opgeleide patiënten van 60 jaar of ouder met langdurige rugklachten maakte in deze periode 25% gebruik van DTF; van de oudere, laag opgeleide patiënten met andere langdurige klachten maakte 15% gebruik van DTF.

### **Beschouwing**

Middels de invoering van de DTF beoogde het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport te komen tot meer patiëntgerichte en vraaggestuurde zorg en tot ontlasting van de werkdruk van huisartsen. Directe toegang tot de fysiotherapeut verhoogt de keuzevrijheid van patiënten en leidt daarmee tot meer patiëntgerichte zorg (6-8). Blijkbaar heeft een aanzienlijk deel van de patiënten ook meer behoefte aan meer keuzevrijheid. Het gebruik van DTF ligt immers beduidend hoger dan op voorhand werd verwacht (9) en het lijkt te blijven stijgen. Toch kiest nog steeds een meerderheid van de patiënten er voor om eerst naar een arts te gaan met zijn of haar klachten. Belangrijke motieven hiervoor zijn dat patiënten het prettig vinden als de huisarts de diagnose stelt, onder andere omdat de huisarts een goed overzicht heeft van de bestaande klachten en aandoeningen. Ook vinden veel patiënten het belangrijk dat er iemand is die goed overzicht houdt van hun gezondheidsproblemen (4).

De werkdruk van de huisarts lijkt vooralsnog niet zo veel verminderd te zijn (10). Het aantal verwijzingen van de huisarts naar de fysiotherapeut is weliswaar gedaald, maar dit aantal valt in het niet bij het totaal aantal contacten in verband met klachten aan het bewegingsapparaat dat een huisarts heeft.

Naarmate steeds meer patiënten kiezen om zonder tussenkomst van hun huisarts naar de fysiotherapeut te gaan, is er mogelijk behoefte aan een andere manier van informatie-uitwisseling tussen huisartsen en fysiotherapeuten. De fysiotherapeut moet nu immers vaker op eigen initiatief de huisarts inlichten over de klachten van een patiënt of informatie opvragen over relevante nevenaandoeningen. Een elektronisch patiëntendossier waarbij de huisarts en de fysiotherapeut de relevante patiëntgegevens kunnen registreren en raadplegen biedt hierbij mogelijk uitkomst. De eerste stappen voor een dergelijk dossier zijn inmiddels gezet door de betrokken partijen (11).

### **Referenties**

- (1) Swinkels ICS, Leemrijse CJ, Veenhof C. Eén jaar directe toegang fysiotherapie. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 2007; 117(5):158-165.
- (2) Leemrijse CJ, Swinkels ICS, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. Physical Therapy 2008; 88(8):936-946.
- (3) Verhoeven A, Mogendorff S. De kwestie: Is directe toegankelijkheid toe te juichen? Nederlands Tijdschrift voor Voeding en Dietetiek 2008; 63(5):24-25.
- (4) Leemrijse CJ, Swinkels ICS, Pisters MF, de Bakker D, Veenhof C. Directe toegang fysiotherapie: de keus is aan de patiënt. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 2008; 118(3):62-67.
- (5) Swinkels ICS, Leemrijse CJ, Veenhof C. Veranderingen in het aantal behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar en Mensendieck tussen 2003 en 2007. Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl); NIVEL, 2008.

- (6) de Bakker DH, Polder JJ, Sluijs EM, Treurniet HF, Hoeymans N, Hingstman L et al. Op één lijn. Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020. Bilthoven/ Utrecht: RIVM/ NIVEL, 2005.
- (7) Hoogervorst H. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer. Directe toegankelijkheid fysiotherapie. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2004.
- (8) Ministerie van VWS. Memorie van toelichting Zorgverzekeringswet (Zvw). Kamerstukken II 2003-2004, 29 763. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2004.
- (9) Ooijendonk WTM, van Hespen ATH, Pronk MG, de Vries SJ. Pilot Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie. Leiden: TNO, 2004.
- (10) van Dijk C, Verheij R, de Bakker D. Huisartsenzorg in cijfers. Directe toegankelijkheid fysiotherapie. Huisarts en wetenschap 2008; 51(11):525.
- (11) Nictiz. Signaal november 2008. E-sigitaal 2008; November 2008.
- (12) Mokveld Ph, Smit M. Gevolgen invoering directe toegankelijkheid fysiotherapie. Zeist: Vektis, 2007.

LiPZ wordt uitgevoerd door het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) in nauwe samenwerking met de betrokken beroepsgroepen, te weten het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck en de Nederlandse Vereniging voor Diëtetiek, en met Zorgverzekeraars Nederland en het College voor Zorgverzekeringen. LiPZ wordt gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Voor meer informatie: mw. C. Leemrijse, tel.: 030-2729692, e-mail: [c.leemrijse@nivel.nl](mailto:c.leemrijse@nivel.nl) of mw. I. Swinkels, tel.: 030-2729771, e-mail: [i.swinkels@nivel.nl](mailto:i.swinkels@nivel.nl)

*Kijk op [www.nivel.nl/lipz](http://www.nivel.nl/lipz) voor meer informatie over het LiPZ-netwerk*

### **Verantwoording en definities**

De resultaten in deze factsheet zijn gebaseerd op gegevens uit de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ). LiPZ is een landelijk representatief netwerk van geautomatiseerde extramurale fysiotherapiepraktijken, praktijken voor oefentherapie Cesar en Mensendieck en praktijken voor diëtetiek. Therapeuten en diëtisten registreren binnen dit netwerk gegevens over de zorg die zij aan hun patiënten leveren. Wat betreft de fysiotherapie is het LiPZ-netwerk alleen representatief voor ‘reguliere’ fysiotherapeuten. Fysiotherapeuten die voornamelijk als verbijzonderd fysiotherapeut, zoals manueel therapeuten en kinderfysiotherapeuten, werkzaam zijn, zijn vooralsnog uitgesloten van het netwerk. Binnen LiPZ worden de diagnoses zoals ze door de verwijzer (huisarts of medisch specialist) gesteld worden, geregistreerd. Als patiënten gebruik maken van de rechtstreekse toegang, registreren fysiotherapeuten de klacht waarmee de patiënt binnenkomt. Op het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) worden de verwijsteksten en de klachten gecodeerd naar de International Classification of Primary Care (ICPC). De resultaten in deze factsheet zijn gebaseerd op gegevens die zijn aangeleverd door 94 fysiotherapeuten werkzaam in 43 praktijken. Zij leverden tussen 1 januari 2006 en 31 december 2007 gezamenlijk gegevens aan van ruim 200.000 behandelcontacten.

#### *Definitie DTF*

De verdeling naar verwezen patiënten en DTF-gebruikers is gebaseerd op de vraag aan de therapeuten hoe patiënten in de praktijk gekomen zijn. Antwoorδοpties zijn: 1) op advies van verwijzer; 2) op eigen initiatief, maar achteraf is een verwijfsbrief gehaald; 3) op eigen initiatief, zonder verwijfsbrief. In het huidige onderzoek zijn alleen de patiënten die zonder tussenkomst van een verwijzer bij de fysiotherapeut zijn gekomen, beschouwd als patiënten die gebruik maken van DTF. Iedere patiënt die, hetzij telefonisch, hetzij via een consult, contact heeft gehad met een arts wordt beschouwd als een patiënt die met een verwijfing bij de fysiotherapeut is gekomen, ongeacht of een verwijfsbrief is uitgeschreven.

#### *Onderzoek gebaseerd op declaratiegegevens*

Fysiotherapeuten gebruiken voor het declareren van behandelingen de zogenoemde ‘prestatiecodes’. Als patiënten via een verwijfing komen, dient de eerste behandeling gedeclareerd te worden onder de code ‘intake/ onderzoek na verwijfing’. Als patiënten zonder verwijfsbrief komen, dient het eerste behandelcontact gedeclareerd te worden onder de code ‘screening’ en het volgende contact onder de code ‘intake/ onderzoek na screening’. Tabel 2 toont de resultaten van onderzoek naar DTF-gebruik op basis van deze prestatiecodes. Zichtbaar is dat bij een grote groep patiënten geen van de genoemde prestatiecodes is gedeclareerd gedurende de behandelafperiode. De redenen hiervoor zijn niet bekend.

Het gebruik van de codes voor 'screening' of 'intake/ onderzoek na screening' is gestegen van 17,5% in 2006 naar 22,8% in 2007. Deze resultaten komen redelijk overeen met resultaten uitgebracht door Vektis in 2007 (12).

Tabel 2. Indeling naar gebruikte prestatiecodes voor fysiotherapiepatiënten aangemeld in 2006 of 2007 (% patiënten)

	Aangemeld in 2006	Aangemeld in 2007
Intake/ onderzoek na verwijzing	37,2%	38,2%
Screening of intake/ onderzoek na screening	17,5%	22,8%
Geen van deze codes gedeclareerd tijdens de behandelingsperiode	45,3%	39,0%