

Patiënten die rechtstreeks bij de fysiotherapeut komen behalen vaker de behandeldoelen *Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg, januari 2009*

Fysiotherapiepatiënten die in 2007 zonder tussenkomst van een verwijzer bij de fysiotherapeut kwamen, kregen een andere behandeling dan verwezen patiënten. Gemiddeld kregen DTF-gebruikers ruim 2 behandelingen minder vergeleken met verwezen patiënten. Ook werden andere behandeldoelen opgesteld en werden andere verrichtingen toegepast. De behandeldoelen werden bij DTF-gebruikers vaker volledig bereikt dan bij verwezen patiënten.

Achtergrond

Sinds 1 januari 2006 kunnen patiënten zonder een verwijzing van een arts bij de fysiotherapeut terecht (directe toegang fysiotherapie (DTF)). Zoals te lezen in het LiPZ-factsheet 'Steeds meer patiënten komen zonder verwijfsbrief bij de fysiotherapeut' stijgt het gebruik van deze nieuwe mogelijkheid: waar in 2006 nog 28% van de fysiotherapiepatiënten gebruik maakte van DTF, was dat in 2007 34% van de patiënten (2). Genoemd factsheet beschrijft ook de kenmerken van de patiëntenpopulaties. De belangrijkste resultaten waren dat vooral hoger opgeleide patiënten, patiënten met kortdurende klachten, patiënten met (lage) rugklachten, nekpijn en schouderklachten vaak gebruik maakten van DTF. Ouderen maakten daarentegen relatief weinig gebruik van DTF. Hoewel de stijging in het gebruik zich in alle onderzochte subpopulaties voordeed, was de stijging groter dan gemiddeld bij patiënten met klachten die voor het eerst zijn opgetreden, patiënten met lage rugklachten of knieklachten, en jongeren. Eerder onderzoek toonde aan dat de behandeling van DTF-gebruikers in het eerste jaar na invoering afweek van de behandeling van verwezen patiënten (3). Aangezien in het eerste jaar na invoering waarschijnlijk nog geen stabiele situatie is ontstaan, is het belangrijk de gevolgen van de invoering van DTF te blijven monitoren. Daarom behandelt deze factsheet de volgende vragen:

- 1a. Welk aandeel van de DTF-gebruikers kreeg in 2007 na de screening, met eventueel aansluitend een intake/ onderzoek, één of meerdere vervolgbehandelingen en welk deel van de verwezen patiënten kreeg na de eerste behandeling één of meerdere vervolgbehandelingen?
- 1b. Waren er subpopulaties te onderscheiden die vaker vervolgbehandelingen krijgen?
2. Hoe zag de behandeling van DTF-gebruikers er in 2007 uit vergeleken met die van verwezen patiënten, wat betreft behandeldoelen, aantal behandelingen en uitgevoerde verrichtingen?
3. Verschilde in 2007 de redenen waarom de zorg is beëindigd tussen DTF-gebruikers en verwezen patiënten?
4. Waren er in 2007 verschillen in het resultaat van de behandeling tussen DTF-gebruikers en verwezen patiënten?

Resultaten

Ouderen met langdurige klachten krijgen vaker een vervolg op screening

Van de patiënten die in 2007 met een verwijzing bij de fysiotherapeut kwamen, kreeg 95,7% een vervolg na de eerste behandeling (zie kader voor definities DTF en vervolg). Van de DTF-gebruikers kreeg 88,5% een vervolg op de screening/intake. Deze screening/intake bij DTF-gebruikers is qua tijd vergelijkbaar met de eerste behandeling bij verwezen patiënten. Bij vrouwen, oudere patiënten, patiënten met klachten die al langer dan één maand aanwezig waren en patiënten met recidiverende klachten werd vaker besloten een vervolg te geven op de screening/intake, dan bij mannen, jongere patiënten, patiënten met korter durende klachten en patiënten bij wie de klacht voor het eerst op was getreden. Ook bij patiënten met nekklachten of met een cervicaal syndroom werd vaker besloten een vervolg te geven op de screening/intake. Ter illustratie: van de patiënten jonger dan 19 jaar met kortdurende klachten kreeg 74,3% een vervolg op de screening/intake, terwijl bijna alle patiënten van 60 jaar en ouder met langdurige klachten een vervolg kreeg op de screening/intake (95,1%).

Kader: Definities DTF en vervolgbehandeling

Definitie DTF

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 verwijzing bij de fysiotherapeut is gekomen, ongeacht of een verwijsbrief is uitgeschreven.

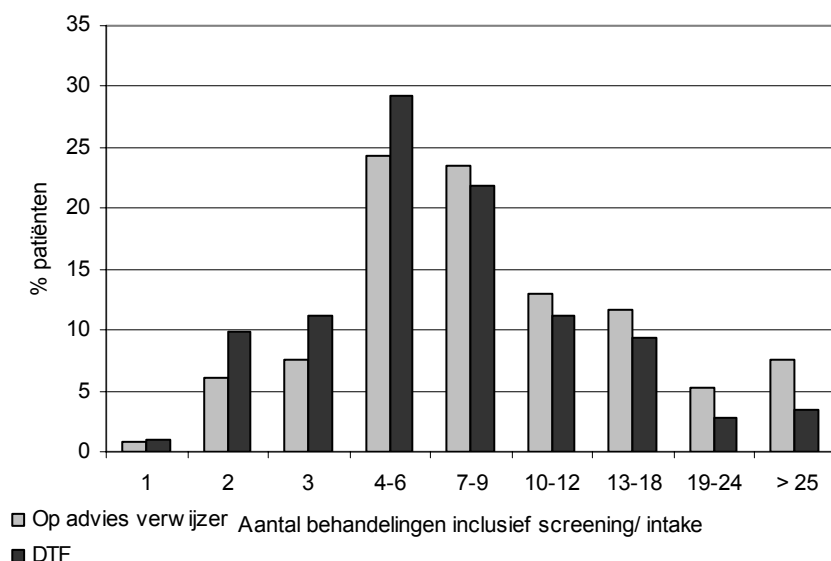
Definitie vervolgbehandeling

Patiënten die zonder tussenkomst van een verwijzer bij de fysiotherapeut komen, krijgen eerst een screening van 10 minuten waarin de fysiotherapeut slechts bepaalt of fysiotherapie geïndiceerd is. Na de screening kan een intake/onderzoek gedeclareerd worden en daarna volgen declaraties voor reguliere (of verbijzonderde) behandelingen. In het huidige onderzoek zijn screening en intake/onderzoek samen als één behandeling geteld, omdat een screening slechts 10 minuten omvat. Deze keuze heeft invloed op de resultaten met betrekking tot onderzoeksvraag 3. In 2007 kreeg 6,8% van de DTF-gebruikers alleen een screening, 4,7% kreeg een screening én een intake/onderzoek. Indien screening en intake/onderzoek als 2 afzonderlijke behandelingen worden gezien stijgt het percentage DTF-gebruikers dat een vervolgbehandeling krijgt dus van 88,5% tot 93,2%. Zie ook het factsheet 'De vergelijking met resultaten uitgebracht door Vektis' voor meer uitleg over de definitieverschillen (1).

Twee behandelingen minder voor DTF-gebruikers dan voor verwezen patiënten

DTF-gebruikers kregen in 2007 gemiddeld 8,2 (sd 7,6) behandelingen, inclusief de screening/intake. Verwezen patiënten kregen in 2007 gemiddeld 10,9 (sd 11,3) behandelingen. De mediaan was respectievelijk 6 en 8 behandelingen. Gecorrigeerd voor demografische kenmerken en kenmerken van de klacht kregen DTF-gebruikers gemiddeld 2,0 behandelingen minder per kalenderjaar dan verwezen patiënten. In figuur 1 wordt een overzicht gegeven van het aantal behandelingen in 2007 voor verwezen patiënten en DTF-gebruikers. Bij 16% van de verwezen patiënten en 14% van de DTF-gebruikers werd de behandeling het daaropvolgende jaar voortgezet. Het gemiddelde aantal behandelingen voor *de totale behandelingsperiode* was voor verwezen patiënten 13,8 (sd 16,7; mediaan 9); en voor patiënten die zonder tussenkomst van een verwijzer bij de fysiotherapeut kwamen 9,0 (sd 10,4; mediaan 6).

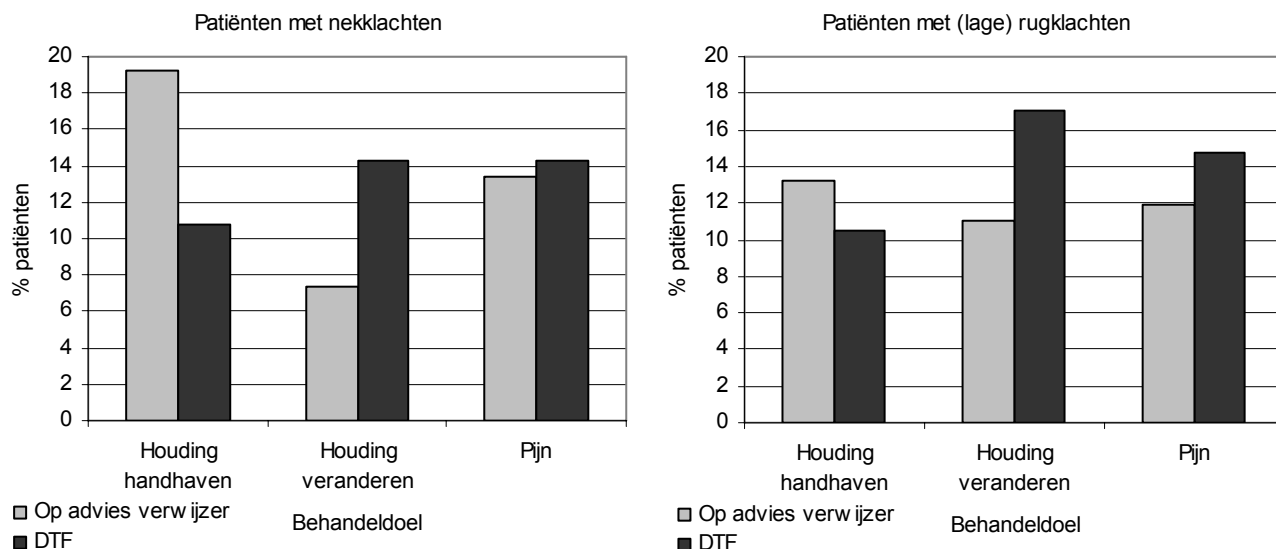
Figuur 1. Aantal fysiotherapiebehandelingen in 2007 (inclusief screening/ intake) naar wijze van toegang tot fysiotherapeut



Behandeling bij DTF-gebruikers vaker gericht op verbeteren houding tijdens bewegingen

In de twee grootste patiëntenpopulaties, te weten patiënten met (lage) rugklachten en patiënten met nekklasten, was de behandeling bij DTF-gebruikers vaker gericht op het verbeteren van de houding tijdens bewegingen (bijvoorbeeld tijdens bukken). Bij verwezen patiënten met deze klachten was de behandeling vaker gericht op het handhaven van de houding bij stilstaan of stil zitten (zie figuur 2).

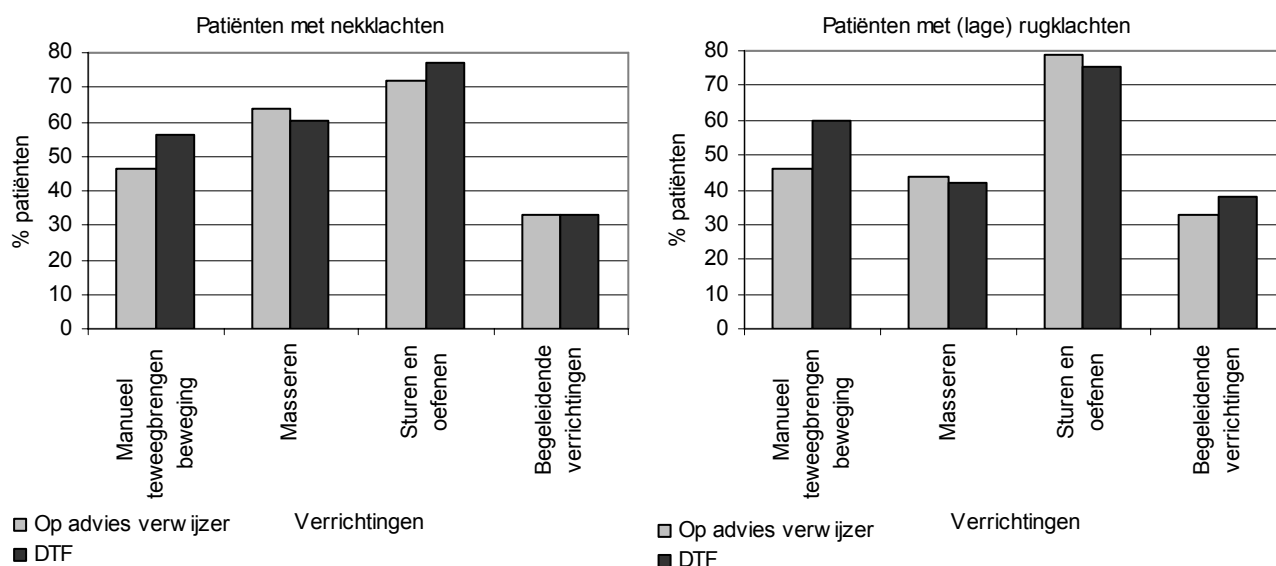
Figuur 2. Drie veel voorkomende behandeldoelen bij patiënten met nekklasten en patiënten met (lage) rugklachten naar wijze van toegang in de fysiotherapiepraktijk



Toegepaste verrichtingen afhankelijk van wijze toegang tot fysiotherapeut

Zowel bij DTF-gebruikers met nekklasten als bij DTF-gebruikers met (lage) rugklachten werden vaker manuele technieken gebruikt vergeleken met verwezen patiënten (zie figuur 3). DTF-gebruikers met (lage) rugklachten werden iets vaker geïnformeerd of geadviseerd (begeleidende verrichtingen) in vergelijking met verwezen patiënten met (lage) rugklachten.

Figuur 3. Vier meest voorkomende verrichtingen bij patiënten met nekklachten en (lage) rugklachten naar wijze van toegang in de fysiotherapiepraktijk



Verschillen in redenen voor beëindigen zorg en behaalde resultaten

Bij het afsluiten van de zorg aan een patiënt vult de fysiotherapeut voor de zorgverzekeraar de reden van het beëindigen van de zorg in. De behandeling van DTF-gebruikers werd vaker beëindigd met als reden dat de behandeling is afgerond, vergeleken met de behandeling van verwezen patiënten (respectievelijk 87,9% en 78,1%). Daarnaast beëindigde een DTF-gebruiker minder vaak zelf de behandeling dan verwezen patiënten (respectievelijk 2,1% en 5,1%). Dit was niet alleen het geval in de totale patiëntenpopulatie, maar ook in de subpopulaties van patiënten met nekklachten en patiënten met (lage) rugklachten. Fysiotherapeuten gaven bij ruim driekwart van de DTF-gebruikers aan dat de behandeldoelen na afloop van de behandeling volledig waren bereikt (77,2%), terwijl dit bij verwezen patiënten bij 67% van de patiënten het geval was. Hierbij is niet gecorrigeerd voor verschillen in de opgestelde behandeldoelen.

Beschouwing

De behandeling van DTF-gebruikers verschilde in 2007 op belangrijke punten van de behandeling van verwezen patiënten. Dit wordt ook in internationale literatuur gevonden (4;5) en de verschillen komen overeen met de gevonden verschillen bij de evaluatie over 2006 (3). Bij DTF-gebruikers worden andere behandeldoelen gesteld, andere verrichtingen uitgevoerd en er wordt korter behandeld. Ook het resultaat blijkt anders te zijn. Genoemde verschillen zijn waarschijnlijk gerelateerd aan verschillen in de patiëntenpopulaties. DTF-gebruikers zijn vaak jonger en hoger opgeleid dan verwezen patiënten. Mogelijk zijn hun klachten minder ernstig of minder complex dan de klachten van verwezen patiënten (6). Ook zijn DTF-gebruikers misschien gemotiveerder om bijvoorbeeld thuis te oefenen. Verder komen DTF-gebruikers vaak met kortdurende klachten bij de fysiotherapeut. Hierdoor zijn ze wellicht eerder op de juiste plek wat de behandelingsduur verkort. Maar tegelijkertijd waren de klachten bij een deel van deze patiënten wellicht spontaan verdwenen. Een andere mogelijke verklaring voor de gevonden verschillen is dat DTF-gebruikers vaker contact zoeken met een manueel therapeut dan met een regulier fysiotherapeut. Manueel therapeuten behandelen immers vergeleken met een reguliere fysiotherapeut meer patiënten met klachten aan de wervelkolom en bovendien zijn de patiënten van de manueel therapeut gemiddeld jonger en hoger opgeleid (7). Dit zou tevens kunnen verklaren waarom bij DTF-gebruikers vaker de verrichting 'manueel teweegbrengen beweging' wordt toegepast.

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 van Diëtisten, 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 of mw. I. Swinkels, tel.: 030-2729771, e-mail: i.swinkels@nivel.nl

Kijk op 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 meer dan 50% van hun tijd als verbijzonderd fysiotherapeut, bijvoorbeeld als manueel therapeut of kinderfysiotherapeut, 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.

Referenties

- (1) de Bakker D. De vergelijking met resultaten uitgebracht door Vektis. Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ). Utrecht: NIVEL, 2007.
- (2) Swinkels ICS, Kooijman MK, Leemrijse CJ. Steeds meer patiënten komen zonder verwijfsbrief bij de fysiotherapeut. Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, 2008.
- (3) Swinkels ICS, Leemrijse CJ, Veenhof C. Eén jaar directe toegang fysiotherapie. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 2007; 117(5):158-165.
- (4) Holdsworth LK, Webster VS. Direct access to physiotherapy in primary care: now?-and in the future? Physiotherapy 2004; 90:64-72.
- (5) Mitchell JM, de Lissovoy G. A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. Physical Therapy 1997; 77(1):10-18.
- (6) Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK, The Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group. Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GP's? Results of a national trial. Physiotherapy 2006; 92:26-33.

- (7) Berkel van DM, Oostendorp RAB, Ravensberg van CD, Scholten-Peeters GGM, Storm I, Visser de AC et al. Manuele therapie en fysiotherapie: verschil in kenmerken van patiënten. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 2002; 112(6):143-152.