



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2006. De gegevens mogen met bronvermelding (I.C.S. Swinkels, C. Leemrijse, D. de Bakker, **Jaarboek LiPZ 2004 Deel 1. Beroepsgroep fysiotherapie**, NIVEL 2005) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken. Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

Ga (terug) naar de website:
<http://www.nivel.nl/>

Jaarboek LiPZ 2004 **Deel 1. Beroepsgroep fysiotherapie**

I.C.S. Swinkels
C. Leemrijse
D. de Bakker



ISBN 90-6905-768-9

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2006 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Leeswijzer	7
Beschouwing	9
1 Inleiding	15
1.1 Inleiding	15
1.2 Wat is LiPZ?	15
1.3 Basisonderzoeksvragen	16
1.3.1 Gebruikte gegevens om onderzoeksvragen te beantwoorden	16
1.4 Werkwijze LiPZ algemeen	17
1.4.1 Kwaliteitscontrole	19
1.5 Representativiteit	20
2 Gegevens 2004	21
2.1 Patiëntkenmerken	21
2.1.1 Geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm	21
2.1.2 Opleidingsniveau	22
2.1.3 Voorkomen op VWS-lijst	23
2.2 Kenmerken verwijzing	24
2.2.1 Soort verwijzer	24
2.2.2 Verwijsdiagnosen	24
2.3 Gezondheidsprobleem	26
2.3.1 Duur van de klacht	26
2.3.2 Herhaling van de klacht	27
2.3.3 Eerdere zorg	28
2.4 Behandeling	28
2.4.1 Behandeldoelen	28
2.4.2 Omvang behandelépisode	29
2.4.3 Productie	30
2.4.4 Soort behandeling	31
2.5 Evaluatie	32
2.5.1 Reden van beëindiging zorg	32
2.5.2 Resultaat	33

3 Trendcijfers	35
3.1 Patiëntkenmerken	35
3.1.1 Geslacht en leeftijd	35
3.1.2 Opleidingsniveau	36
3.1.3 Voorkomen op VWS-lijst	37
3.2 Kenmerken verwijzing	38
3.2.1 Soort verwijzer	38
3.2.2 Verwijsdiagnosen	39
3.3 Gezondheidsprobleem	42
3.3.1 Duur van de klacht	42
3.3.2 Herhaling van de klacht	43
3.3.3 Eerdere zorg	44
3.4 Behandeling	45
3.4.1 Omvang	45
3.4.2 Productie	46
3.4.3 Soort behandeling	47
3.5 Evaluatie	48
3.5.1 Reden van beëindiging zorg	48
3.5.2 Resultaat	49
Referenties	51
Referenties	51
Bijlage 1: Representativiteit LiPZ-netwerk fysiotherapie	53
Bijlage 2: LiPZ-tabellen voor de beroepsgroep fysiotherapie	59

Voorwoord

Voor u ligt deel 1 van het derde Jaarboek LiPZ. Hierin worden de resultaten uit het LiPZ-project (Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg) beschreven voor de beroepsgroep fysiotherapie. Het LiPZ-project is tot 1 januari 2004 uitgevoerd in opdracht van en gefinancierd door het College voor Zorgverzekeringen. Vanaf 1 januari 2004 is het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de opdrachtgever en financier. Het NIVEL is uitvoerder van het project. Ten behoeve van het project is er een Stuurgroep LiPZ opgericht.

Hierin hebben zitting:

prof. dr. W.J.H.M. van den Bosch

Namens het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie:

- drs. Ph. van der Wees

- B. de Berg

Namens de Vereniging van oefentherapeuten Cesar en –Mensendieck:

- mw. M.B. Schulte

- mw. drs. H.C. Hasper

Namens Zorgverzekeraars Nederland:

- mw. drs. W. de Leeuw

Namens het College voor Zorgverzekeringen:

- drs. S. van der Scheur

Namens de Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen

Ambtenaren:

- drs. W.M. Wolter

Namens het College Tarieven Gezondheidszorg/ Zorgautoriteit i.o.:

- drs. H. van Vliet

Drs. P.S.B. Boom is als vertegenwoordiger van de opdrachtgever bij de Stuurgroepvergaderingen aanwezig.

Wij danken de therapeuten voor hun inzet en het trouw aanleveren van gegevens. Zonder hen kan dit project niet staande blijven.

NIVEL, 2006

Leeswijzer

In het eerste hoofdstuk van dit Jaarboek worden achtergrondgegevens van het LiPZ-project beschreven. Ondermeer staat beschreven wat de werkwijze is en welke onderzoeksvragen gesteld zijn. De resultaten zijn verdeeld in twee hoofdstukken: in hoofdstuk twee staan de cijfers over het jaar 2004 weergegeven, hoofdstuk drie bevat trendcijfers over de jaren 2001 tot en met 2004. Aan het begin van iedere paragraaf is een kernboodschap opgenomen. Hierin staan de belangrijkste bevindingen. Tot slot wordt in hoofdstuk vier van het Jaarboek een reflectie op de resultaten weergegeven.

Beschouwing

Onderzoekresultaten in het licht van beleid

Fysiotherapie is de laatste jaren aan verscheidene veranderingen onderhevig. Zo is fysiotherapie in 2004 grotendeels uit het ziekenfondspakket verdwenen en zijn de tarieven sinds februari 2005 vrijgegeven voor de vrijgevestigde fysiotherapeuten. Bovendien is de fysiotherapeut naar verwachting in januari 2006 vrij toegankelijk, met andere woorden patiënten kunnen vanaf 2006 zonder tussenkomst van een huisarts of medisch specialist bij de fysiotherapeut terecht. Het is niet ondenkbaar dat deze veranderingen hun effect hebben (gehad) op de patiëntenpopulatie van de fysiotherapeut of op de fysiotherapeutische behandeling. Doordat de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) continu gegevens vastlegt vanaf begin 2001 tot op heden, biedt het de mogelijkheid om gevolgen van beleidsmaatregelen te onderkennen. Onderliggend Jaarboek is het eerste Jaarboek waarin trendcijfers over verschillende jaren weergegeven worden. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen besproken in het licht van het beleid van de overheid en de beroepsgroep.

Trends gerelateerd aan de beperking in het ziekenfondspakket

Kernboodschap

Vergeleken met 2003 waren er in 2004:

- minder bezoeken aan de fysiotherapeut
- meer patiënten met een aandoening die voorkomt op de lijst met aandoeningen voor langdurige therapie
- meer patiënten bij wie de behandeling is gestopt omdat het maximum aantal vergoede zittingen bereikt was

Veranderingen in het ziekenfondspakket

Met ingang van 1 januari 1996 zijn de aanspraken op fysiotherapie in de Ziekenfondswet beperkt tot maximaal negen zittingen per indicatie per jaar (voor 1996 was de vergoeding onbeperkt). Indien de verzekerde een aan-

doening had waarvoor langdurige fysiotherapie of oefentherapie Cesar of Mensendieck noodzakelijk is, had hij het recht op het noodzakelijke aantal zittingen per jaar. Voor deze aandoeningen is een lijst met indicaties vastgesteld waarvoor langdurige fysiotherapie of oefentherapie is aangewezen. Dit wordt de “niet-limitatieve lijst met aandoeningen voor langdurige of intermitterende fysiotherapie, oefentherapie Cesar of oefentherapie Mensendieck” (VWS-lijst) genoemd. Met ingang van 1 januari 2004 zijn de aanspraken op fysiotherapie en oefentherapie Cesar en Mensendieck in de Ziekenfondswet nog verder beperkt. Uitsluitend kinderen krijgen fysiotherapie of oefentherapie vanaf de eerste zitting vergoed uit de Ziekenfondswet. Alleen volwassenen die een aandoening hebben die voorkomt op de VWS-lijst krijgen de behandeling vanaf de tiende zitting vergoed.

Effecten op de zorg

LiPZ-gegevens maken verschillende veranderingen zichtbaar die mogelijk gerelateerd zijn aan de beperkingen in het ziekenfondspakket.

Op de eerste plaats heeft er in 2004 ten opzichte van 2003 een daling plaatsgevonden in het totale aantal bezoeken aan de fysiotherapie. Echter, er bleken wel grote verschillen te zijn tussen praktijken: naast praktijken bij wie het totale aantal zittingen sterk was gedaald, waren er ook praktijken bij wie het totale aantal zittingen juist was gestegen.

Op de tweede plaats heeft er een toename plaatsgevonden in het percentage ziekenfondsverzekerde patiënten die bij de fysiotherapeut komen voor een aandoening die voorkomt op de VWS-lijst. De totale omvang van de zorg aan deze lijstpatiënten is met gemiddeld 30% gestegen. Deze stijging wordt vooral veroorzaakt door een stijging van het aantal lijstpatiënten binnen de fysiotherapiepraktijk en nauwelijks door een stijging van het gemiddelde aantal zittingen per patiënt (1). Wat betreft geslacht en leeftijd is de patiëntenpopulatie nauwelijks veranderd (2).

Ten derde blijkt dat het aandeel ziekenfondsverzekerde patiënten bij wie de behandeling is beëindigd in verband met het bereiken van het maximum aantal vergoede zittingen in 2004 bijna verdubbeld ten opzichte van 2003. Daarentegen wordt de behandeling procentueel minder vaak beëindigd met de reden dat de patiënt uitbehandeld is. Het bereiken van het resultaat van de behandeling, naar het oordeel van de fysiotherapeut, blijkt nauwelijks veranderd te zijn.

Discussie

De grote verschillen in de mate waarin het totale aantal zittingen in de fysiotherapiepraktijk veranderd is, zijn moeilijk te verklaren. Mogelijk hangen deze samen met bijvoorbeeld de sociaal economische status van de patiënten en onzekerheid omtrent de vergoeding, maar ook de mate van ondernemerschap van de therapeut en diens contact met verwijzers kunnen een rol spelen. Nader onderzoek moet uitwijzen welke factoren een rol hebben gespeeld.

De toename van het aantal patiënten met een aandoening die voorkomt op de lijst voor langdurige therapie is ook gevonden bij oefentherapeuten Cesar en Mensendieck. Therapeuten lijken bewuster bezig te zijn met het registreren van een aandoening die voorkomt op de VWS-lijst. Waarschijnlijk komt dit doordat er in de huidige situatie een groter verschil is tussen het aantal vergoede zittingen bij patiënten met een aandoening die niet voorkomt op de VWS-lijst en het aantal vergoede zittingen bij patiënten met een aandoening die wel voorkomt op de VWS-lijst. Een groot deel van de ziekenfondsverzekerden is aanvullend verzekerd. Hierdoor hadden de meeste patiënten in de oude situatie altijd recht op een vergoeding van 18 zittingen: negen zittingen vanuit het basispakket en nog eens negen zittingen in de aanvullende verzekering. In de huidige situatie hebben patiënten die aanvullend verzekerd zijn en een aandoening hebben die niet voorkomt op de VWS-lijst over het algemeen nog maar recht op een vergoeding van ongeveer negen zittingen (afhankelijk van de zorgverzekeraar). Patiënten met een aandoening die wel voorkomt op de VWS-lijst hebben bij een aanvullende verzekering recht op een vergoeding van tenminste 18 zittingen. Terwijl het voorheen bij een behandeling van een aandoening die in negen tot 18 zittingen verholpen kon zijn wat betreft financiering dus niet uitmaakte of de aandoening als chronisch werd gekenmerkt, is dat in de nieuwe situatie wel degelijk het geval. Uit gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek blijkt dat in 2004 minder ziekenfondsverzekerde patiënten contact met een fysiotherapeut hebben gehad vergeleken met 2003. Bovendien hebben de patiënten die een fysiotherapeut bezocht hebben, minder zittingen gehad. Daarentegen hebben meer particulier verzekerden een fysiotherapeut bezocht en dan ook meer zittingen gehad (3;4).

Tot slot blijken de behandelingen vaker te zijn beëindigd om financiële redenen, terwijl de behandeldoelen naar het oordeel van de fysiotherapeut in vergelijkbare mate worden bereikt. Mogelijk hangt de keuze van de behandeldoelen samen met het aantal zittingen dat bij aanvang van de be-

handelepisode ter beschikking staat. Indien de fysiotherapeut meer tijd ter beschikking heeft, zullen de behandeldoelen wellicht hoger gesteld worden vergeleken met de situatie dat er slechts een gering aantal behandelingen gegeven kan worden.

Trends in verrichtingen

Kernboodschap

Fysiotherapeuten passen steeds minder vaak fysische verrichtingen, zoals het toedienen van elektrische energie, toe. Er wordt steeds vaker geoeft met patiënten.

Beleid van de beroepsvereniging

Voor veel aandoeningen is de werking van oefentherapie aangetoond in wetenschappelijk onderzoek (5), terwijl de werking van fysische verrichtingen, zoals het toedienen van elektrische of thermische energie, in veel mindere mate of alleen in specifieke situaties is aangetoond (6). In KNGF-richtlijnen wordt dan ook vaak geadviseerd om terughoudend te zijn met het gebruik van fysische verrichtingen.

Effecten op de zorg

Uit de gegevens van het LiPZ-netwerk blijkt dat fysiotherapeuten steeds minder fysische verrichtingen toepassen bij de behandeling van hun patiënten. Daarentegen wordt het sturen en oefenen van activiteiten of functies steeds vaker toegepast, evenals het begeleiden (informer en adviseren) van patiënten.

Discussie

Doordat fysiotherapeuten fysische verrichtingen steeds minder toepassen en zich steeds vaker richten op sturen en oefenen, lijken zij steeds meer te voldoen aan kwaliteitscriteria van de beroepsvereniging KNGF. Deze kwaliteitscriteria zijn onder meer gericht op het stimuleren van therapie waarvan de werking wetenschappelijk is aangetoond.

Verwijzingen naar de fysiotherapie door bedrijfsartsen

Kernboodschap

Ondanks de formele verwijsbevoegdheid van bedrijfsartsen komen er nog geen patiënten via deze weg bij de reguliere fysiotherapeut.

Veranderingen in verwijsbevoegdheid bedrijfsartsen

Per 1 januari 2004 hebben bedrijfsartsen een formele verwijsbevoegdheid gekregen. Dat wil zeggen dat bedrijfsartsen de wettelijke bevoegdheid hebben gekregen om onder meer naar een fysiotherapeut te verwijzen. Middels deze verwijsfunctie wordt getracht de arbocuratieve samenwerking te verbeteren door de samenwerking tussen bedrijfsartsen en behandelaars in het curatieve circuit te bevorderen en door meer aandacht te vragen voor de factor 'werk' tijdens de behandeling. Door snellere, betere en efficiëntere zorg hoopt men een vermindering van de WAO instroom en het ziekteverzuim te realiseren (7;8).

Effecten op de zorg

Uit de LiPZ-gegevens blijkt dat geen van de LiPZ-therapeuten in 2004 patiënten heeft behandeld die verwezen waren door een bedrijfsarts. Overigens geldt hetzelfde voor oefentherapeuten Cesar. Oefentherapeuten Mensendieck behandelen in beperkte mate patiënten die door een bedrijfsarts verwezen zijn.

Discussie

LiPZ-therapeuten vormen een afspiegeling van de reguliere fysiotherapeuten in Nederland. Therapeuten die gespecialiseerd zijn in arbeidsrelevante aandoeningen maken hier geen deel van uit. Het is goed denkbaar dat bedrijfsartsen juist naar deze groep gespecialiseerde fysiotherapeuten verwijzen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat fysiotherapeuten die gespecialiseerd zijn in arbeidsrelevante aandoeningen vaker patiënten krijgen verwezen via een bedrijfsarts dan reguliere fysiotherapeuten (9). Uit datzelfde onderzoek bleek dat gespecialiseerde fysiotherapeuten vaker aandacht schenken aan de werksituatie en beduidend vaker werkplekonderzoek en werkplekbezoek verrichten dan reguliere therapeuten. Daarom is het wellicht ook wenselijk dat bedrijfsartsen naar gespecialiseerde fysiotherapeuten verwijzen.

Directe toegankelijkheid fysiotherapie

Fysiotherapie is vanaf januari 2006 direct toegankelijk. Dit betekent dat patiënten zonder tussenkomst van een huisarts of medisch specialist bij de fysiotherapeut terecht kunnen. In 2003 heeft TNO een pilot uitgevoerd naar directe toegankelijkheid van de fysiotherapie (DTF). Hieruit bleek dat de populatie die gebruik maakt van DTF over het algemeen jonger en hoger opgeleid is dan de populatie die door een arts wordt verwezen. Een kanttekening bij dit onderzoek was dat de groep particulier verzekerde patiënten buiten het project viel, terwijl juist deze groep veel belangstelling voor DTF heeft (10). Het LiPZ-netwerk kan de gevolgen van de invoering van DTF in 2006 voor de inhoud van fysiotherapeutische zorg in kaart brengen voor de totale patiëntenpopulatie. Zo kan onder meer inzicht verkregen worden in het percentage patiënten dat zonder verwijfsbrief komt en in de kenmerken van deze populatie. Daarnaast kan inzicht verkregen worden in mogelijke verschillen in omvang en inhoud van de fysiotherapeutische zorg tussen patiënten met en patiënten zonder verwijfing.

1 Inleiding

1.1 Inleiding

Het voorliggende Jaarboek LiPZ 2004 biedt een overzicht van de kenmerken van patiënten die in 2004 onder behandeling zijn geweest van een fysiotherapeut en van de fysiotherapeutische zorg die aan hen geleverd is. Tevens zijn relevante ontwikkelingen sinds 2001 weergegeven. De gepresenteerde resultaten zijn gebaseerd op gegevens uit de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ). Binnen dit project worden sinds 2001 continu gegevens verzameld omtrent de beroepsgroepen extramurale fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck. Resultaten betreffende oefentherapie Cesar en Mensendieck staan weergegeven in respectievelijk deel 2 en deel 3 van het Jaarboek LiPZ 2004.

Het eerste hoofdstuk geeft een kort overzicht van de achtergronden, de doelstellingen en de methode van het LiPZ-netwerk.

1.2 Wat is LiPZ?

De Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) is een netwerk van geautomatiseerde extramurale fysiotherapiepraktijken, praktijken voor oefentherapie Cesar en praktijken voor oefentherapie Mensendieck. Het doel van LiPZ is een representatieve, continue informatieverzameling van zorggerelateerde gegevens over de drie genoemde beroepsgroepen te leveren. In het LiPZ-netwerk worden gegevens verzameld rondom vijf elementen van het zorgproces, te weten patiënt, verwijzing, diagnose, behandeling en evaluatie.

Het LiPZ-netwerk is van belang voor individuele beroepsbeoefenaren, beroepsverenigingen en beleidsmakers. Een registratienetwerk biedt de mogelijkheid om de transparantie van de zorg te verhogen. Individuele beroepsbeoefenaren kunnen hun eigen handelen spiegelen aan de hand van LiPZ-gegevens. Beroepsverenigingen en beleidsmakers kunnen de gegevens gebruiken om hun beleid in de komende jaren af te stemmen.

Het continue karakter van LiPZ maakt het bovendien mogelijk om trendmatige veranderingen in de geboden zorg waar te nemen. Hierbij kan bij-

voorbeeld gedacht worden aan veranderingen ten gevolge van beleidsmaatregelen. Zo zijn inmiddels de gevolgen onderzocht van de beperkingen in de Ziekenfondswet per 1 januari 2004 (1;11). In 2006 kunnen de gevolgen van de directe toegankelijkheid fysiotherapie, welke per 1 januari 2006 in werking treedt, onderzocht worden.

Ook biedt LiPZ de mogelijkheid om onderdelen van de kwaliteit van het handelen te toetsen. Zo is onder meer onderzocht in welke mate de fysiotherapeutische zorg aan patiënten met lage rugklachten overeenkomt met de KNGF-richtlijn 'lage rugpijn' (12).

1.3 Basisonderzoeksvragen

Het primaire doel van LiPZ is inzicht verkrijgen in het zorgproces van fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck. Hiervoor zijn rond de vijf elementen van het zorgproces (patiënt, verwijzer, diagnose, behandeling en evaluatie) onderzoeksvragen opgesteld. Wat betreft fysiotherapie worden onderstaande vragen beantwoord:

1. Wat zijn de kenmerken van patiënten verwezen naar een fysiotherapeut?
2. Door welke medici en voor welke klachten/ aandoeningen worden patiënten naar een fysiotherapeut verwezen?
3. Wat is er bekend over het 'gezondheidsprobleem' van de patiënt die verwezen wordt naar een fysiotherapeut?
4. Hoe ziet een paramedisch behandelplan er uit in termen van behelddoelen, welke verrichtingen zijn uitgevoerd en wat is de werkelijke omvang van de behandelingsperiode?
5. Wat is het resultaat van de behandeling?

1.3.1 Gebruikte gegevens om onderzoeksvragen te beantwoorden

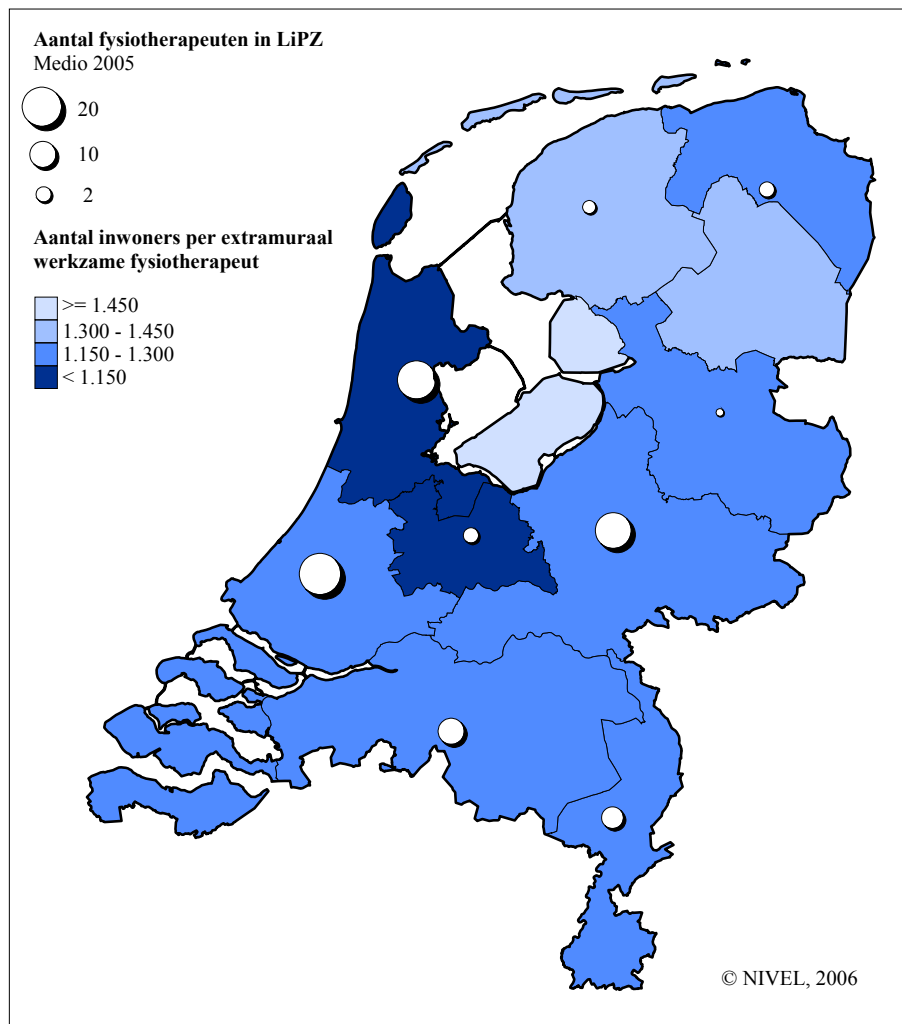
In hoofdstuk 2 van dit rapport zullen bovenstaande vragen beantwoord worden aan de hand van gegevens van patiënten die in 2004 in de fysiotherapiepraktijk zijn behandeld. In hoofdstuk 3 van het rapport worden aan de hand van bovenstaande vragen de ontwikkelingen sinds 2001 weergegeven. De vragen één tot en met drie zullen beantwoord worden aan de hand van gegevens van patiënten die in de betreffende jaren zijn aangemeld in de praktijk. Vragen vier en vijf zullen beantwoord worden aan de hand van gegevens van patiënten bij wie de behandeling in de betreffende jaren is afgerond. Om veranderingen in de behandelomvang zichtbaar te maken, zijn alle

patiënten die verwezen zijn in 2002 en 2003 gedurende één jaar gevolgd. De zittingen die in dat ene jaar hebben plaatsgevonden zijn geselecteerd. Zittingen die later plaatsvonden zijn buiten de analyses gehouden. Patiënten die in 2004 verwezen zijn, konden nog geen jaar gevolgd worden. Daarom zijn de gegevens van deze groep patiënten niet weergegeven bij de resultaten omtrent de behandelomvang. Aangezien de LiPZ-registratie zich in 2001 en een deel van 2002 beperkte tot ziekenfondsverzekerde patiënten, zullen de ontwikkelingen over de tijd voor ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten afzonderlijk besproken worden.

1.4 Werkwijze LiPZ algemeen

In de eerste helft van 2005 registreerden 85 fysiotherapeuten binnen 36 fysiotherapiepraktijken zorggerelateerde gegevens voor het LiPZ-project (zie figuur 1.1). In de huidige rapportage zijn gegevens gebruikt van therapeuten die de afgelopen jaren minimaal vier maanden aaneengesloten gegevens hebben aangeleverd. Aan dit criterium voldeden 110 therapeuten in 43 fysiotherapiepraktijken. De registratieperiode waarover gerapporteerd wordt, loopt van april 2001 tot en met december 2004. De gemiddelde duur van de registratieperiode per praktijk is drie jaar.

Figuur 1.1: Spreiding LiPZ-therapeuten voor fysiotherapie



Gedurende het eerste deel van de registratieperiode heeft een beperkte gegevensverzameling plaatsgevonden middels filtering uit het declaratieverkeer tussen de beroepsbeoefenaren en de zorgverzekeraars. Vanaf medio 2002 vindt de volledige gegevensregistratie plaats middels de LiPZ-module. Dit is een softwaremodule die speciaal voor het LiPZ-project vervaardigd is en is ingebouwd in praktijksoftwarepakketten RAAM en Intramed. Middels

de LiPZ-module kunnen gegevens verzameld worden die niet standaard in het softwarepakket aanwezig zijn. Deze gegevens sluiten aan bij het standaard verslagleggingformulier van de fysiotherapeut. Per patiënt wordt de LiPZ-module op twee momenten ingevuld door de deelnemers: eenmaal bij het begin van de behandelingsperiode en eenmaal bij de afsluiting van de behandelingsperiode.

Maandelijks worden de LiPZ-gegevens, aangevuld met de standaard declaratiegegevens, geëxtraheerd uit de praktijkregistratie zonder daarbij privacy-gevoelige informatie mee te nemen. Vervolgens worden de gegevens elektronisch of per post naar het NIVEL gestuurd. Iedere aanlevering bevat gegevens van de laatste drie maanden. Aangezien de praktijken frequent gegevens aanleveren, overlappen de gegevens van opeenvolgende aanleveringen elkaar. De kans op het ontbreken van gegevens is hierdoor minimaal.

Alle gegevens worden gecodeerd aangeleverd, met uitzondering van de verwijfsdiagnosen. De therapeut neemt in de LiPZ-module de letterlijke tekst van de verwijfsbrief over. Door onderzoeksassistenten op het NIVEL wordt deze tekst gecodeerd naar de ICPC-code (International Classification for Primary Care) (13). Na kwaliteitscontrole worden de aangeleverde gegevens opgenomen in de centrale LiPZ-database.

1.4.1 Kwaliteitscontrole

De aangeleverde LiPZ-gegevens worden twee maal gecontroleerd op kwaliteit. Een eerste controle vindt plaats voordat de gegevens in de centrale LiPZ-database worden opgenomen. Vervolgens vindt een tweede controle plaats als de gegevens in de database zijn opgenomen.

De eerste controle betreft een gestandaardiseerde kwaliteitscontrole met behulp van speciaal ontwikkelde LiPZ-software. Deze software controleert op onjuiste of niet ingevulde waarden van variabelen. Als er onjuiste of niet ingevulde waarden aangetroffen worden, vindt er feedback plaats naar de betreffende praktijk. Noodzakelijke verbeteringen kunnen door de therapeuten direct in de praktijksoftware gemaakt worden, waarna de gegevens bij de volgende aanlevering automatisch worden aangeleverd. Alleen de correcte gegevens worden opgenomen in de centrale LiPZ-database.

De tweede controle (van gegevens in de database) betreft controles op dubbele aanleveringen van gegevens uit praktijken en op het voorkomen van onterechte of dubbele waarden bij variabelen. Daarnaast wordt gecontroleerd op het doorlopen van de gegevensverzameling in de tijd. Ook wanneer bij deze tweede controle onjuistheden worden aangetroffen, vindt er feedback plaats naar de praktijk en worden onjuistheden gecorrigeerd.

1.5 Representativiteit

De representativiteit van de fysiotherapeuten in het LiPZ-netwerk is op drie niveaus bekeken: op praktijk-, therapeut- en patiëntniveau. Op alle niveaus blijkt de representativiteit voldoende te zijn. Voor een uitgebreid overzicht van de representativiteit wordt verwezen naar bijlage 1.

2 Gegevens 2004

2.1 Patiëntkenmerken

Kernboodschap

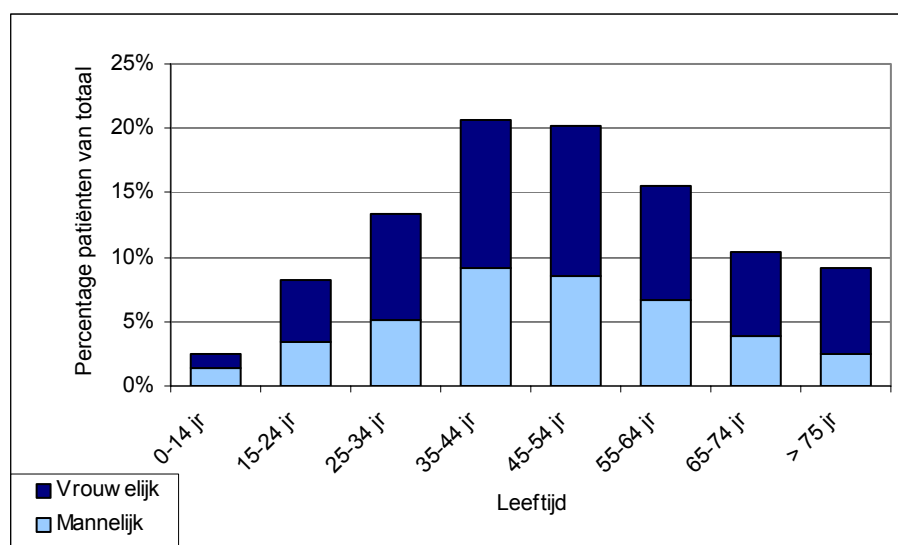
In 2004 was een groot deel van de patiënten bij de fysiotherapeut ziekenfondsverzekerd, van het vrouwelijke geslacht en tussen de 35 en 54 jaar oud. 13% van de ziekenfondsverzekerden had een aandoening die voorkomt op de lijst voor langdurige therapie. Vergeleken met alle inwoners van Nederland, zijn patiënten bij de fysiotherapeut iets lager opgeleid.

2.1.1 *Geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm*

☞ Zie ook tabel 1 in bijlage 2

Bijna zeventig procent van de patiënten die in 2004 de fysiotherapeut hebben bezocht, was ziekenfondsverzekerd. Van de ziekenfondsverzekerden was bijna tweederde van het vrouwelijke geslacht en bijna 40% was tussen de 35 en 54 jaar oud. De gemiddelde leeftijd bedroeg 48,1 jaar (sd 18,7). Van de particulier verzekerden was een kleine meerderheid van het mannelijke geslacht en 45% was tussen de 35 en 54 jaar oud. De gemiddelde leeftijd bedroeg in deze groep 47,5 jaar (sd 17,7). In figuur 2.1 is zichtbaar dat, met uitzondering van de categorie kinderen, het aandeel vrouwen in alle leeftijdsgroepen groter is dan het aandeel mannen.

Figuur 2.1: Leeftijdsoopbouw verdeeld naar geslacht van patiënten fysiotherapie die in 2004 zijn aangemeld in de praktijk (n = 13.288)



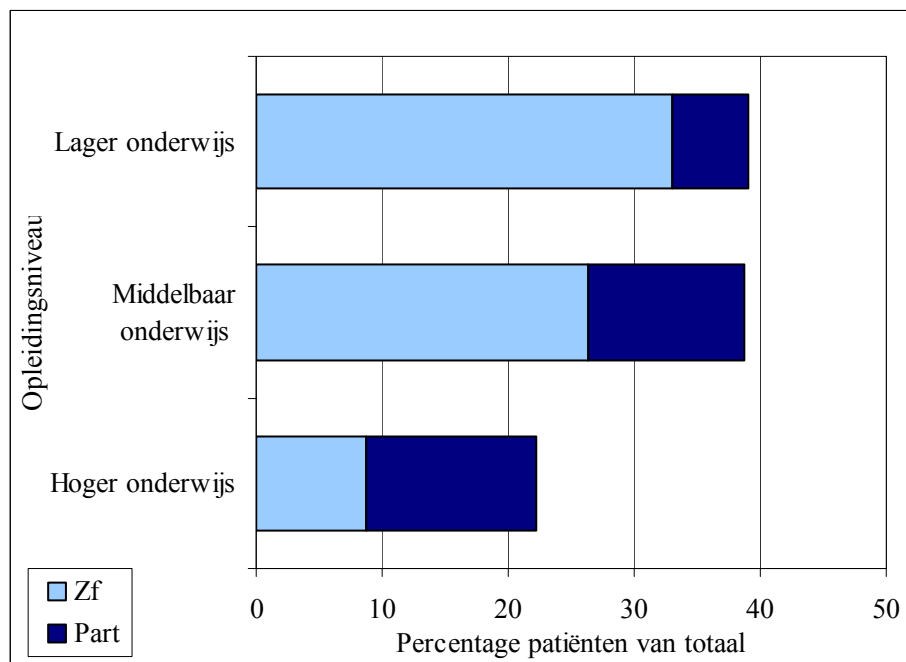
2.1.2 *Opleidingsniveau*



Zie ook tabel 2 in bijlage 2.

Veertig procent van de patiënten die zich in 2004 bij de fysiotherapeut aangemeld hebben, is lager opgeleid (basisonderwijs, speciaal onderwijs of VMBO praktijkgericht onderwijs) (zie figuur 2.2). Achtendertig procent van de patiënten heeft middelbaar onderwijs (VMBO theoretisch onderwijs, MBO, HAVO) genoten. De resterende 22% is hoger opgeleid (universitair, VWO). Vergelijken met de totale Nederlandse bevolking in 2002 (14) zijn patiënten van de fysiotherapeut over het algemeen lager opgeleid.

Figuur 2.2: Hoogst behaalde opleidingsniveau van patiënten fysiotherapie die in 2004 in de praktijk zijn aangemeld uitgesplitst naar verzekeringsvorm (Zf: n = 6.523; Part: n = 3.147)



2.1.3 Voorkomen op VWS-lijst



Zie ook tabel 1 in bijlage 2.


In 2004 had 13% van de ziekenfondsverzekerde patiënten een aandoening die voorkomt op de niet-limitatieve lijst met aandoeningen voor langdurige of intermitterende therapie (VWS-lijst). Met ingang van 1 januari 2004 zijn de aanspraken op fysiotherapie en oefentherapie Cesar en Mensendieck in de Ziekenfondswet beperkt. Uitsluitend kinderen krijgen fysiotherapie of oefentherapie Cesar of Mensendieck vanaf de eerste zitting vergoed uit de Ziekenfondswet. Alleen volwassenen die een aandoening hebben die voorkomt op de VWS-lijst krijgen de behandeling vanaf de negende zitting vergoed.

2.2 Kenmerken verwijzing

Kernboodschap


Ruim negen op de tien patiënten van de fysiotherapeut is in 2004 door een huisarts verwezen. De meest voorkomende diagnoses waarmee patiënten verwezen werden, waren ‘lage rugpijn zonder uitstraling’ en ‘symptomen of klachten aan de nek’.

2.2.1 *Soort verwijzer*

 Zie ook tabel 3 in bijlage 2.

Van de ziekenfondsverzekerde patiënten die in 2004 zijn aangemeld in de fysiotherapiepraktijk is 92% verwezen door een huisarts. Van de particulier verzekerden is dat 93%. Binnen de groep patiënten die door een medisch specialist verwezen zijn, hebben de orthopeden en de chirurgen het grootste aandeel. Er hebben geen verwijzingen plaatsgevonden door bedrijfsartsen, welke sinds 1 januari 2004 de wettelijke bevoegdheid hebben naar fysiotherapie te verwijzen. Mogelijk verwijzen bedrijfsartsen naar praktijken die gespecialiseerd zijn in arbeidsgerelateerde aandoeningen. Op dit moment zijn er geen cijfers voorhanden omtrent het aanbod van deze praktijken. Uit een onderzoek van TNO blijkt dat slechts een gering percentage fysiotherapeuten gespecialiseerd is in bedrijfsfysiotherapie of arbeidsrelevante zorg (15).

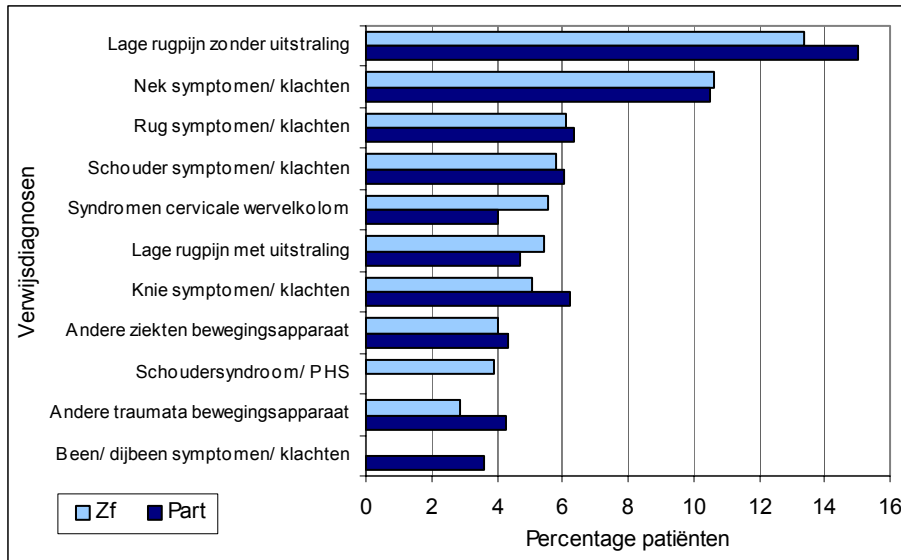
2.2.2 *Verwijsdiagnosen*

 Zie ook tabel 4 in bijlage 2.

In het LiPZ-netwerk registreren fysiotherapeuten de verwijstekst van de verwijsbrief, die zij van de huisarts of medisch specialist ontvangen. Deze tekst (de verwijsdiagnose) wordt gecodeerd naar de ICPC-codering (International Classification for Primary Care) (13). Rug- en nekklachten vormden in 2004 de belangrijkste diagnoses waarmee patiënten bij de fysiotherapeut kwamen (zie figuur 2.3). Daarnaast kwamen klachten aan de schouder en de knie voor in de top tien van meest voorkomende verwijsdiagnosen. De diagnose ‘andere ziekten van het bewegingsapparaat’ omvat ondermeer slijm-

beursontstekingen en peesontstekingen. ‘Andere traumata van het bewegingsapparaat’ omvat ondermeer zweeps slag.

Figuur 2.3: Meest voorkomende verwijfsdiagnosen, gecodeerd naar de International Classification for Primary Care (ICPC), voor patiënten verwezen naar fysiotherapie die in 2004 in de praktijk zijn aangemeld, naar verzekeringsvorm (Zf: n = 7.720; Part: n = 3.475)



2.3 Gezondheidsprobleem

Kernboodschap

Van de patiënten die in 2004 bij de fysiotherapeut kwamen, had ruim 60% relatief kortdurende klachten (< 3 maanden). Bij eenderde van de patiënten is sprake van een recidiverende klacht en iets minder dan de helft van de patiënten heeft in de twee jaar voorafgaand aan de behandelingsperiode eerder fysiotherapie gehad.

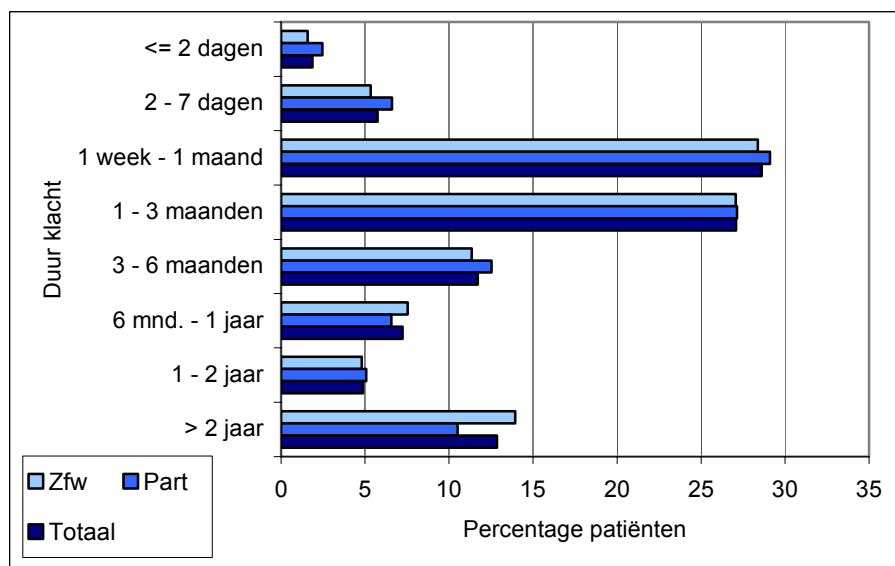
2.3.1 *Duur van de klacht*



Zie ook tabel 6 in bijlage 2.

Ruim 60% van de fysiotherapiepatiënten kwam in 2004 in de praktijk met klachten die bij aanvang van de behandelingsperiode korter dan drie maanden bestonden (figuur 2.4). Bij particulier verzekerde patiënten lag dit percentage iets hoger dan bij ziekenfondsverzekerden. Particulier verzekerden hadden procentueel minder vaak klachten die bij aanvang van de behandelingsperiode langer dan twee jaar aanwezig waren ($p < 0,01$).

Figuur 2.4: Duur klacht bij aanvang van de behandelperiode van patiënten verwezen naar fysiotherapie, die in 2004 zijn aangemeld, naar verzekeringsvorm (Zf: n = 7.944; Part: n = 3.607)




2.3.2 *Herhaling van de klacht*

☞ Zie ook tabel 7 in bijlage 2.

Bij eenderde van de patiënten die in 2004 zijn aangemeld in de fysiotherapiepraktijk is sprake van een recidiverende klacht. Onder een recidiverende klacht wordt een klacht verstaan die optreedt na een klachtenvrije periode van minimaal vier weken en maximaal twee jaar. Ziekenfondsverzekerden hebben vaker een recidiverende klacht dan particulier verzekerden (respectievelijk 35% en 31%; $p < 0,01$).

2.3.3 *Eerdere zorg*

 Zie ook tabel 8 in bijlage 2.


Door de fysiotherapeuten wordt in het LiPZ-netwerk aangegeven of de patiënt eerdere of andere zorg heeft gehad voor dezelfde of voor andere klachten in de twee jaren voorafgaand aan de behandelingsperiode. Onder eerdere of andere zorg wordt (een combinatie van) fysiotherapie, oefen-therapie Cesar en oefen-therapie Mensendieck verstaan. Een kleine meerderheid van de patiënten heeft geen eerdere of andere zorg gehad. Bij zieken-fondsverzekerden ligt dit percentage iets lager dan bij particulier verzekerden (respectievelijk 52% en 57%; $p < 0,01$). Indien er sprake is geweest van eerdere zorg, is dat in 97% van de gevallen eerdere fysiotherapie.

2.4 **Behandeling**

Kernboodschap

Behandeldoelen worden bij eenderde van de patiënten gericht op mobiliteitsfuncties, zoals de mobiliteit van gewrichten. Ruim 60% van de patiënten wordt in minder dan tien zittingen behandeld. En de behandeling wordt bij een eenderde van de patiënten gespreid over anderhalve maand tot drie maanden. Ruim 80% van de behandelingen vond in 2004 plaats in de praktijk. Met name manuele verrichtingen en sturen en oefenen werden frequent toegepast.

2.4.1 *Behandeldoelen*

 Zie ook tabel 9 in bijlage 2.

Aan het begin van de behandelingsperiode worden door deelnemende therapeuten behandeldoelen geregistreerd. Per patiënt kan één hoofddoel op activiteitsniveau en één hoofddoel op het niveau van lichaamsfuncties worden aangegeven.

Bij een kwart van de patiënten is zowel op activiteitsniveau als op lichaamsfunctieniveau een hoofdbehandeldoel gesteld. Indien er slechts op één niveau een hoofdbehandeldoel is gesteld, is dat vaker op het niveau van lichaamsfuncties dan op het niveau van activiteiten.

Op activiteitsniveau zijn de behandeldoelen over het algemeen gericht op handelingen met betrekking tot het voortbewegen, zoals lopen en rennen: bij 14% van alle patiënten; en op de houding: bij 11% van alle patiënten. Op lichaamsfunctieniveau is de behandeling vaak gericht op mobiliteitsfuncties (bij 34% van de patiënten), spierfuncties (bij 18% van de patiënten) of pijn (bij 11% van de patiënten).

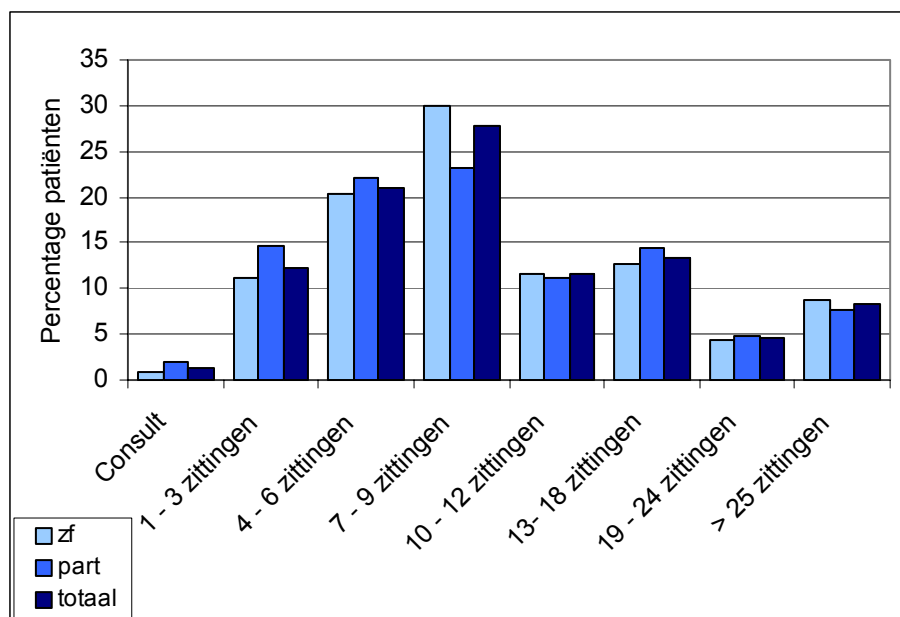
2.4.2 *Omvang behandel-episode*



Zie ook tabel 10 en 11 in bijlage 2.

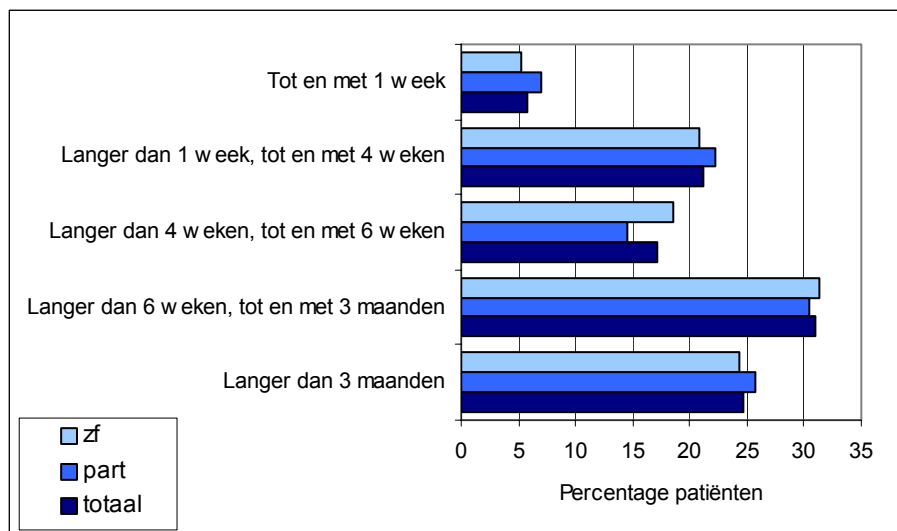
Van de patiënten bij wie de behandeling in 2004 is afgerond, is ruim 60% in minder dan tien zittingen behandeld door de fysiotherapeut (zie figuur 2.5). Zowel bij de ziekenfondsverzekerden als bij de particulier verzekerden wordt 13% van de patiënten vaker dan 18 keer behandeld.

Figuur 2.5: Aantal zittingen fysiotherapie van patiënten bij wie de behandel-episode in 2004 is afgerond naar verzekeringsvorm (Zf: n = 7.715; Part: n = 3.668)



Ongeveer eenderde van de patiënten wordt zes weken tot drie maanden behandeld (zie figuur 2.6). Nog eens bijna een kwart wordt langer dan drie maanden behandeld. Ziekenfondsverzekerden worden over het algemeen iets langer behandeld dan particulier verzekerden ($p < 0,01$).

Figuur 2.6: Behandelduur fysiotherapie van patiënten bij wie de behandel-episode in 2004 is afgerond naar verzekeringsvorm (Zf: n = 7.644; Part: n = 3.599)



2.4.3 Productie



Zie ook tabel 12 in bijlage 2.

Bij het declareren van een zitting wordt onderscheid gemaakt naar verschillende behandelvormen, zoals een reguliere zitting in de praktijk, een behandeling bij de patiënt thuis of een groepsbehandeling. Dit zijn de zogenoemde prestaties, welke zijn vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. Het merendeel van de zittingen aan patiënten fysiotherapie (84%) vond plaats in de fysiotherapiepraktijk. Ziekenfondsverzekerden werden vergeleken met particulier verzekerden procentueel vaker aan huis (respectievelijk 10,5% en 5,7%) of in een

instelling (respectievelijk 4,6% en 1,7%; $p < 0,01$) behandeld. Een zeer beperkt deel van het totale aantal gegeven zittingen was een groepsbehandeling of een fysiotherapeutisch consult. Het percentage zittingen dat gedeclareerd wordt als zijnde een zitting in een instelling is lager dan het werkelijke aantal zittingen dat in een instelling gegeven wordt. Als er namelijk meerdere patiënten achtereenvolgens bij dezelfde instelling worden behandeld, mogen fysiotherapeuten bij slechts één patiënt een toeslag rekenen.

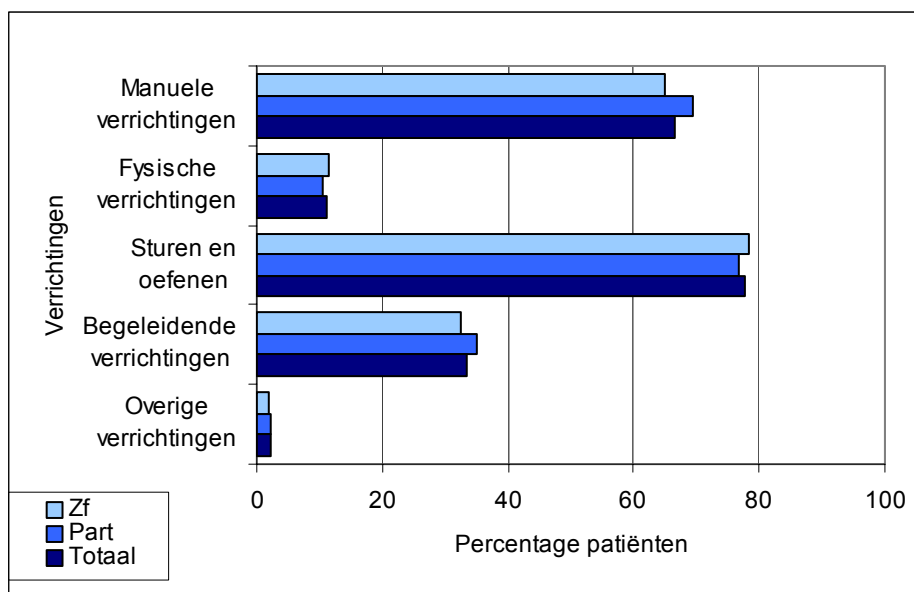
2.4.4 **Soort behandeling**



Zie ook tabel 13 in bijlage 2.

Na afloop van een behandelingsperiode registreren LiPZ-therapeuten wat zij tijdens de behandelingen gedaan hebben, dit zijn de zogenoemde verrichtingen. Deze verrichtingen zijn gebaseerd op de Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen (CVPB). Ten behoeve van de LiPZ-registratie kunnen therapeuten maximaal drie verrichtingen registreren. Bij ruim driekwart van de patiënten werd in 2004 'sturen en oefenen' als verrichting toegepast (figuur 2.7). Manuele verrichtingen, zoals masseren en het manueel teweegbrengen van beweging, werden bij 67% van de patiënten uitgevoerd. Bij ziekenfondsverzekerden was dit percentage iets lager dan bij particulier verzekerden (respectievelijk 65% en 70%; $p = 0,02$). Bij een derde van de patiënten werden begeleidende verrichtingen (zoals informatie en advies geven) toegepast. Uit eerder onderzoek is gebleken dat therapeuten vaker begeleidende verrichtingen aanwenden dan ze zelf aangeven op registratieformulieren (16). Bij het interpreteren van de resultaten dient hiermee rekening gehouden te worden.

Figuur 2.7: Verrichtingen bij patiënten fysiotherapie bij wie de behandeling in 2004 is afgerond, naar verzekeringsvorm (Zf: n = 6.664; Part: n = 3.180)



2.5 Evaluatie

Kernboodschap

In 2004 werd bij zes procent van de ziekenfondsverzekerde patiënten de zorg beëindigd omdat het maximum aantal vergoede zittingen bereikt werd. In ruim 80% van de behandelingen werden de behandeldoelen naar het oordeel van de fysiotherapeut in grote mate bereikt.

2.5.1 Reden van beëindiging zorg




Zie ook tabel 14 in bijlage 2.

In 2004 werd bij 78% van de ziekenfondsverzekerde patiënten de zorg beëindigd omdat de patiënt uitbehandeld was. Bij particulier verzekerde patiënten lag dit percentage nog iets hoger (83%). Vergeleken met particulier

verzekerden werd de zorg bij ziekenfondsverzekerden vaker beëindigd omdat het maximum aantal vergoede zittingen bereikt was of omdat de patiënt de behandeling staakte ($p < 0,01$).

2.5.2 **Resultaat**

 Zie ook tabel 15 in bijlage 2.

LiPZ-therapeuten registreren aan het einde van de behandelingsperiode de mate waarin de behandoelen volgens hen bereikt zijn. In 2004 waren de behandoelen naar het oordeel van de fysiotherapeut bij ruim 80% van de patiënten voor tenminste driekwart bereikt. Bij ongeveer vijf procent van de patiënten werden de behandoelen in het geheel niet bereikt. Behandoelen worden bij particulier verzekerde patiënten in grotere mate bereikt dan bij ziekenfondsverzekerden ($p < 0,01$).

3 Trendcijfers

3.1 Patiëntkenmerken

Kernboodschap

Er hebben zich de afgelopen jaren kleine verschuivingen voorgedaan in de kenmerken van patiënten die bij de fysiotherapeut komen. Zo zijn de patiënten in 2004 vergeleken met 2002 iets jonger en over het algemeen wat hoger opgeleid. Daarnaast waren er met name in 2004 meer patiënten met een aandoening die voorkomt op de lijst voor langdurige therapie in de fysiotherapiepraktijk.

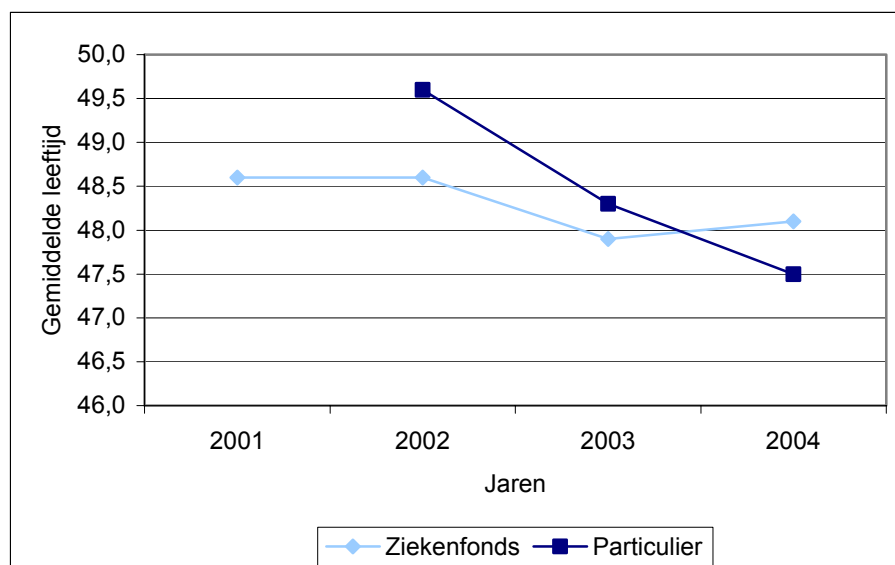
3.1.1 Geslacht en leeftijd



Zie ook tabel 1 in bijlage 2.

In de periode 2001-2004 is het aandeel mannen in de groep ziekenfondsverzekerde patiënten afgenomen van 38% naar 36% ($p=0,01$). In de groep particulier verzekerde patiënten is het aandeel vrouwen niet statistisch significant veranderd. Daarnaast is bij de particulier verzekerden het percentage patiënten 55 jaar en ouder afgenomen van 40% naar 34% ($p < 0,001$). Bij ziekenfondsverzekerden is dit percentage niet statistisch significant veranderd. In figuur 3.1 staat de gemiddelde leeftijd over de jaren heen weergegeven.

Figuur 3.1: De gemiddelde leeftijd van patiënten verwezen naar fysiotherapie naar jaar van aanmelding in de praktijk en verzekeringsvorm ($n_{2001zfw} = 4.884$; $n_{2002zfw} = 4.911$; $n_{2003zfw} = 9.360$; $n_{2004zfw} = 8.392$; $n_{2002part} = 1.675$; $n_{2003part} = 4.220$; $n_{2004part} = 3.807$)



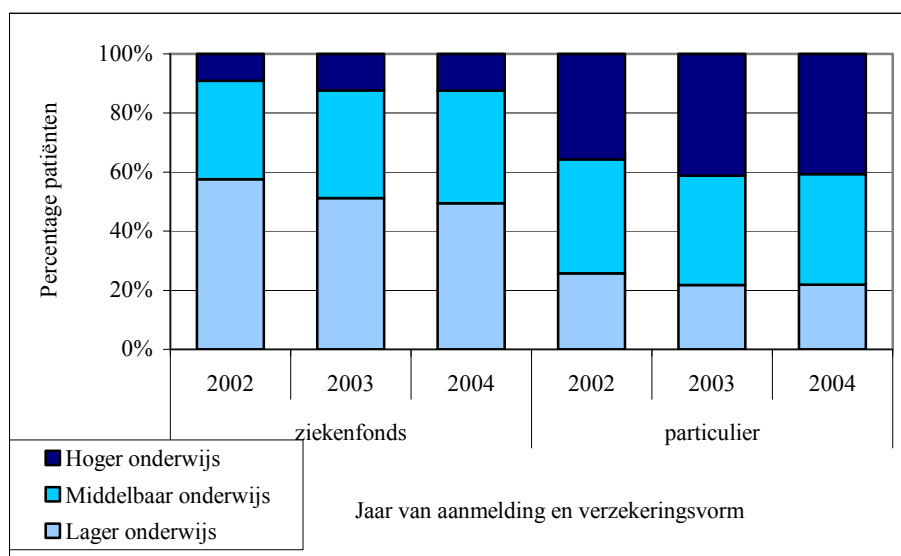
3.1.2 *Opleidingsniveau*



Zie ook tabel 2 in bijlage 2.

De afgelopen jaren is het percentage lager opgeleide patiënten (basis-onderwijs, speciaal onderwijs of VMBO-praktijkgericht onderwijs) afgenomen (zie figuur 3.2). Bij ziekenfondsverzekerden is deze afname vooral ten gunste van patiënten die zijn opgeleid op middelbaar niveau ($p < 0,001$). Bij particulier verzekerden heeft er een stijging plaatsgevonden van het aandeel patiënten dat hoger is opgeleid ($p = 0,002$).

Figuur 3.2: Hoogst behaalde opleidingsniveau voor patiënten fysiotherapie naar jaar van aanmelding en naar verzekeringsvorm ($n_{2002zfw} = 3.310$; $n_{2003zfw} = 6.937$; $n_{2004zfw} = 6.349$; $n_{2002part} = 1.424$; $n_{2003part} = 3.338$; $n_{2004part} = 2.983$)



3.1.3 Voorkomen op VWS-lijst

☞ Zie ook tabel 1 in bijlage 2

In 2004 heeft er een toename plaatsgevonden van het percentage ziekenfondsverzekerde patiënten met een aandoening die voorkomt op de, door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ingestelde, niet-limitatieve lijst met aandoeningen voor chronische of intermitterende therapie (zogenoemde lijst-patiënten) ($p < 0,001$).

3.2 Kenmerken verwijzing

Kernboodschap

Particulier verzekerde patiënten in de fysiotherapiepraktijk werden in 2004 vergeleken met 2002 vaker verwezen door een huisarts. Ziekenfondsverzekerde patiënten kwamen in 2004 procentueel vaker met klachten aan de knie en de schouder of met lage rugpijn met uitstraling vergeleken met 2002. Particulier verzekerde patiënten komen eveneens vaker met lage rugklachten met uitstraling.

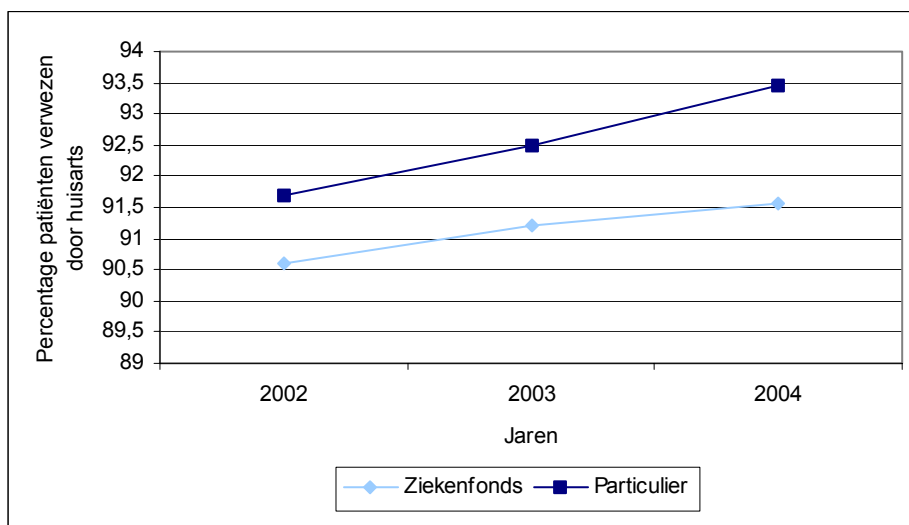
3.2.1 *Soort verwijzer*



Zie ook tabel 3 in bijlage 2.

Bij particulier verzekerden is het aandeel patiënten dat door een huisarts is verwezen toegenomen sinds 2002 ($p=0,03$). Bij ziekenfondsverzekerden is dit aandeel niet statistisch significant veranderd. Patiënten die door een medisch specialist verwezen worden, zijn in de meeste gevallen vanuit orthopedie verwezen.

Figuur 3.3: Percentage fysiotherapiepatiënten verwezen door een huisarts naar het jaar van aanmelding en naar verzekeringsvorm ($n_{2002zfw} = 4.911$; $n_{2003zfw} = 9.360$; $n_{2004zfw} = 8.392$; $n_{2002part} = 1.675$; $n_{2003part} = 4.220$; $n_{2004part} = 3.807$)



3.2.2 Verwijsdiagnosen



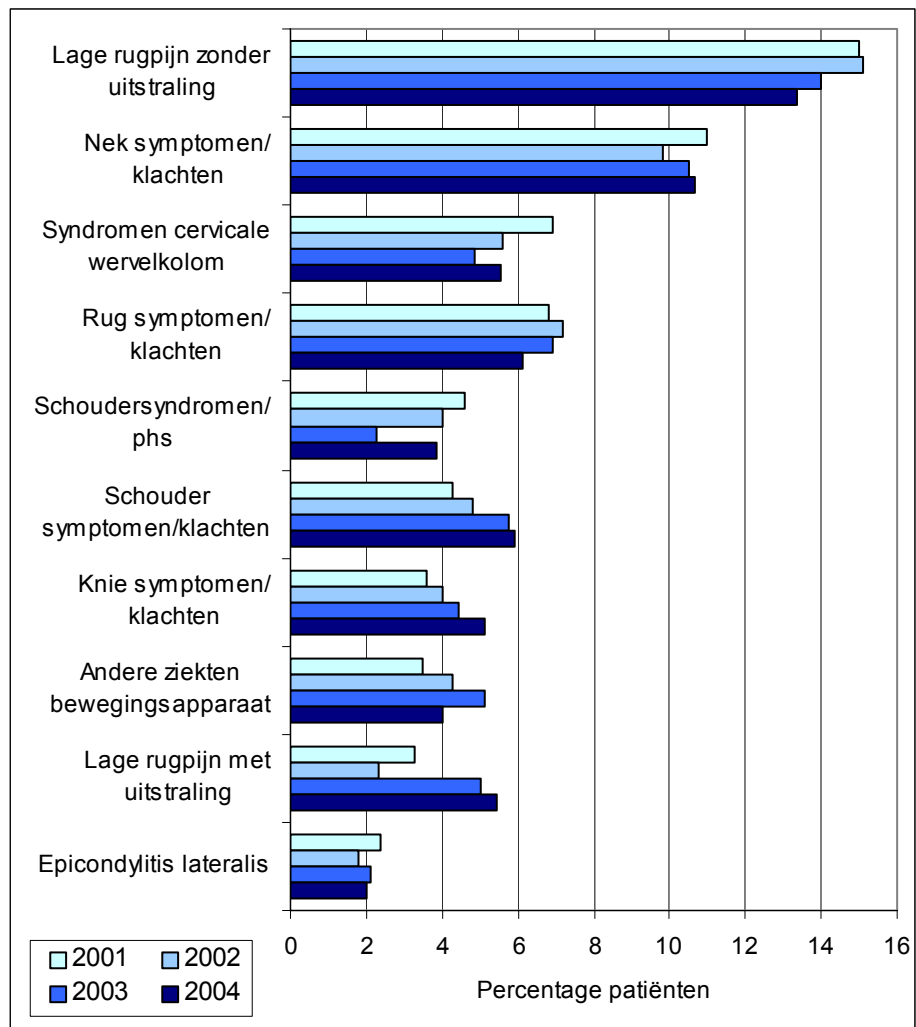
Zie ook tabel 4 en 5 in bijlage 2.

In het LiPZ-project registreren fysiotherapeuten de verwijstekst van de verwijsbrief, die zij van de huisarts of medisch specialist ontvingen. Deze tekst (de verwijsdiagnose) wordt gecodeerd naar de ICPC-codering (International Classification for Primary Care).

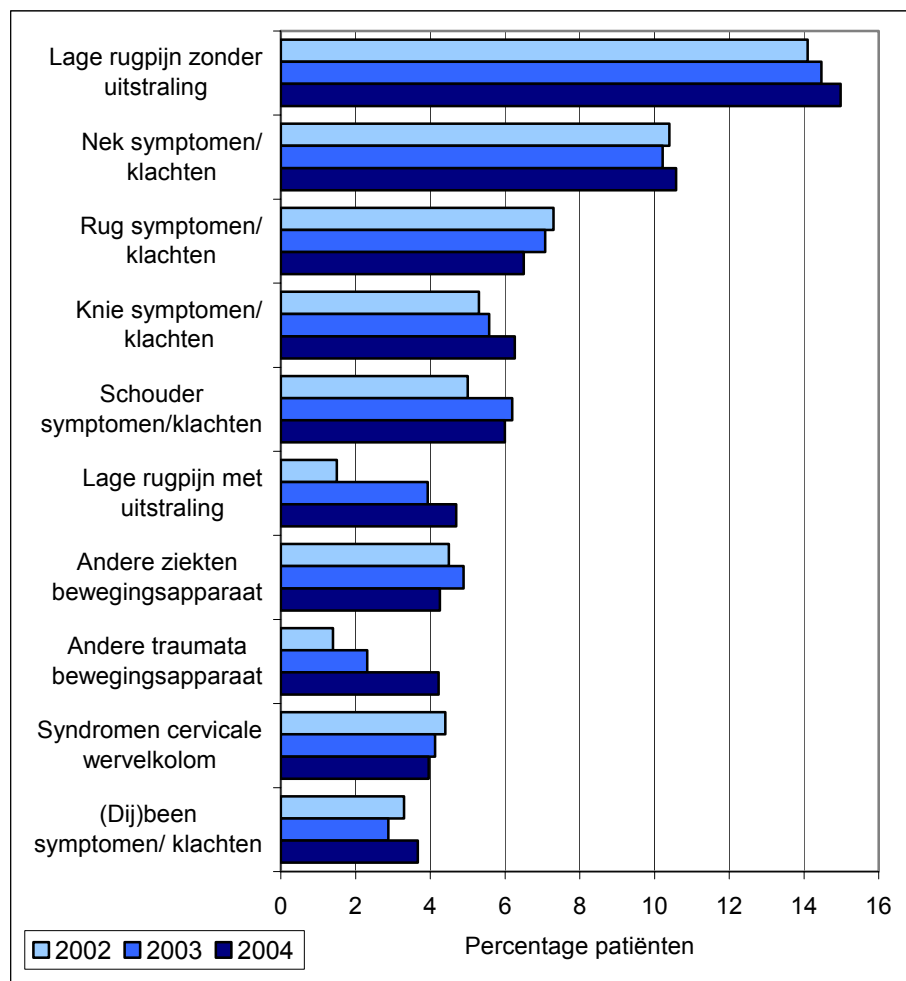
In de afgelopen jaren zijn er kleine veranderingen geweest in de diagnosen waarmee patiënten naar de fysiotherapeut worden verwezen. Figuur 3.4 toont tien verwijsdiagnosen die in de periode 2001-2004 ieder jaar in de top tien van meest voorkomende verwijsdiagnosen bij ziekenfondsverzekerde patiënten voorkwamen. Het aandeel verwijzingen van patiënten met 'symptomen en klachten aan de schouder' of 'symptomen/ klachten aan de knie' of met 'lage rugpijn met uitstraling' is de afgelopen jaren gestegen ($p = 0,009$, $p < 0,001$ en $p < 0,001$, respectievelijk). Figuur 3.5 toont over de periode 2002-2004 de verwijsdiagnosen die in 2004 in de top tien van meest voorkomende verwijsdiagnosen bij particulier verzekerden voorkwamen.

Opvallend is de toename in het aandeel patiënten verwezen met ‘lage rugpijn met uitstraling’ ($p < 0,001$) en met ‘traumata aan het bewegingsapparaat’ (o.a. zweepslag en ribcontusie) ($p < 0,001$).

Figuur 3.4: Tien veel voorkomende verwijsdiagnosen (in ICPC-coderingen) van ziekenfondsverzekerde patiënten fysiotherapie naar jaar van aanmelding ($n_{2001} = 4.253$; $n_{2002} = 4.911$; $n_{2003} = 9.004$; $n_{2004} = 7.720$)



Figuur 3.5: Tien veel voorkomende verwijfsdiagnosen (in ICPC-coderingen) van particulier verzekerde patiënten fysiotherapie naar jaar van aanmelding ($n_{2002} = 1.675$; $n_{2003} = 4.092$; $n_{2004} = 3.475$)



3.3 Gezondheidsprobleem

Kernboodschap

Patiënten komen steeds vaker met kortdurende klachten bij aanvang van de behandelingsperiode in de fysiotherapiepraktijk. De klachten zijn nauwelijks vaker recidiverend. Wel hebben patiënten al vaker eerder paramedische zorg gehad in de twee jaren voorafgaand aan de behandelingsperiode voor dezelfde of andere klachten.

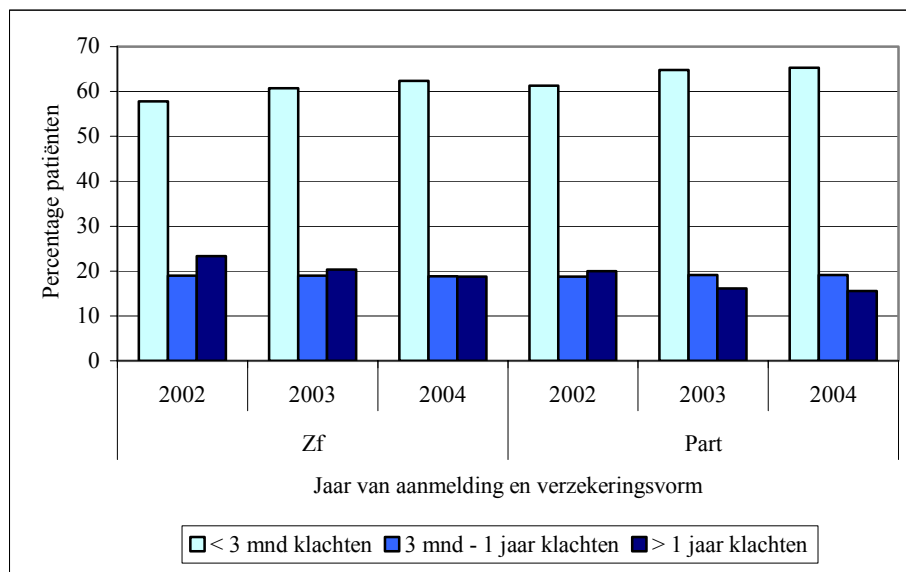
3.3.1 Duur van de klacht



Zie ook tabel 6 in bijlage 2.

De afgelopen jaren is het aandeel patiënten dat met relatief kortdurende klachten (< 3 maanden) wordt verwezen toegenomen ($p < 0,001$) (zie figuur 3.6). Het aandeel patiënten met langdurige klachten (> 1 jaar) is daarentegen afgenomen ($p < 0,001$).

Figuur 3.6: Duur klacht van patiënten verwezen naar fysiotherapie naar het jaar van aanmelding en naar verzekeringsvorm ($n_{2002zf} = 3.969$; $n_{2003zf} = 9.103$; $n_{2004zf} = 7.944$; $n_{2002part} = 1.644$; $n_{2003part} = 4.131$; $n_{2004part} = 3.607$)



3.3.2 *Herhaling van de klacht*

☞ Zie ook tabel 7 in bijlage 2.

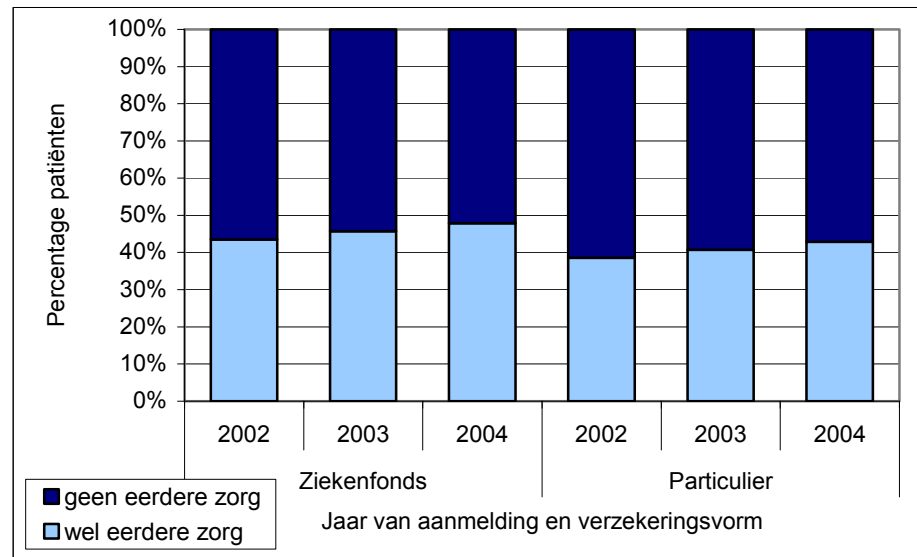
Het percentage ziekenfondsverzekerde patiënten met een recidiverende klacht heeft de afgelopen jaren geschommeld rond 35% ($p = 0,02$). Bij particulier verzekerden schommelde dit percentage in de periode 2002-2004 rond de 31% ($p = 0,64$). Onder een recidiverende klacht wordt een klacht verstaan die optreedt na een klachtenvrije periode van minimaal vier weken en maximaal twee jaar.

3.3.3 Eerdere zorg

☞ Zie ook tabel 8 in bijlage 2

LiPZ-therapeuten geven bij aanvang van een behandelingsperiode aan of de patiënt eerdere of andere zorg heeft gehad voor dezelfde of voor andere klachten in de twee jaren voorafgaand aan de behandelingsperiode. Onder eerdere zorg wordt (een combinatie van) fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck verstaan. Sinds 2002 is het percentage patiënten dat eerdere zorg heeft gehad, gestegen (zie figuur 3.7) (ziekenfondsverzekerden: $p = 0,001$; particulier verzekerden: $p = 0,048$). In alle jaren is dat vrijwel altijd eerdere fysiotherapie geweest.

Figuur 3.7: Eerder paramedisch zorggebruik voor dezelfde of andere klachten in de afgelopen twee jaar voor patiënten fysiotherapie naar jaar van aanmelding en naar verzekeringsvorm ($n_{2002zfw} = 3.736$; $n_{2003zfw} = 8.746$; $n_{2004zfw} = 7.588$; $n_{2002part} = 1.577$; $n_{2003part} = 3.950$; $n_{2004part} = 3.436$)



3.4 Behandeling

Kernboodschap

De afgelopen jaren zijn fysieke verrichtingen steeds minder toegepast door fysiotherapeuten. Daarentegen worden de verrichtingen sturen en oefenen en begeleiden vaker toegepast. In 2003 lag het gemiddeld aantal zittingen en de gemiddelde behandelduur lager dan in 2002.

3.4.1 *Omvang*



Zie ook tabel 10 en 11 in bijlage 2.

In 2003 is het gemiddeld aantal zittingen per behandelingsperiode gedaald ten opzichte van 2002. Dit geldt zowel voor ziekenfondsverzekerde patiënten (gedaald van gemiddeld 14,1 zittingen naar gemiddeld 13,0 zittingen) als voor particulier verzekerde patiënten (gedaald van gemiddeld 13,0 zittingen naar gemiddeld 11,4 zittingen). Om de ontwikkeling van het gemiddelde aantal zittingen te volgen over de tijd is er voor gekozen om patiënten in te delen naar het jaar waarin ze in de praktijk zijn aangemeld en ze vervolgens één jaar te volgen. Zittingen die na dat jaar plaatsvonden zijn buiten beschouwing gelaten, deze telden ook niet mee voor het daaropvolgende jaar. Overigens is de behandelingsperiode bij slechts een beperkt aantal patiënten niet afgerond na één jaar (3%).

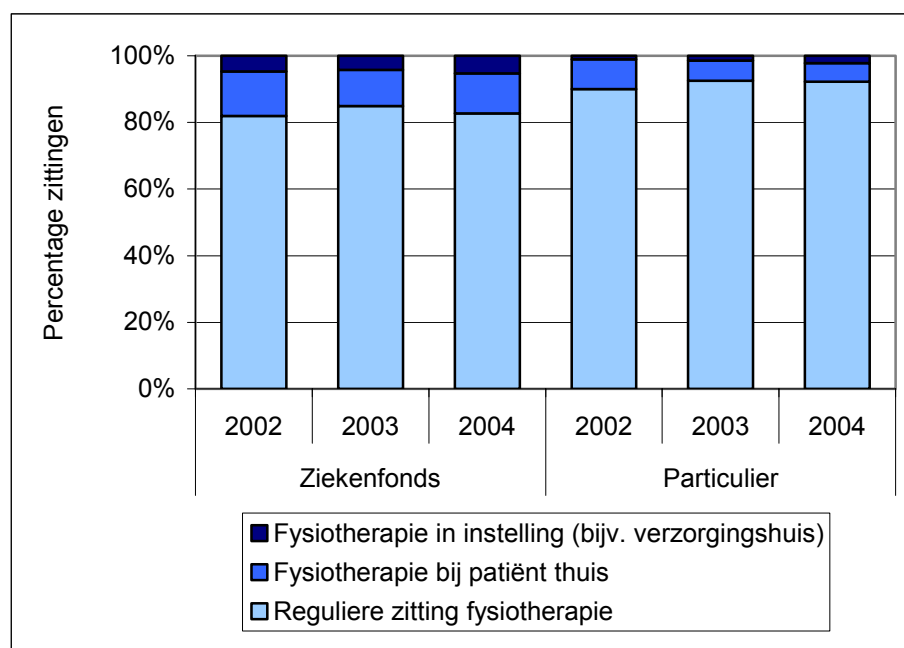
Evenals het gemiddelde aantal zittingen is ook de gemiddelde behandelduur per behandelingsperiode in 2003 lager dan in 2002. Opnieuw is dat zowel bij ziekenfondsverzekerden (gedaald van gemiddeld 12,4 weken naar gemiddeld 11,3 weken) als bij particulier verzekerden (gedaald van gemiddeld 12,5 weken naar gemiddeld 10,4 weken) het geval. Van de drie meest voorkomende verwijfsdiagnosen is de behandelduur van patiënten verwezen met lage rugpijn zonder uitstraling het minst gedaald.

3.4.2 Productie

☞ Zie ook tabel 12 in bijlage 2.

Bij het declareren van een zitting wordt onderscheid gemaakt naar verschillende behandelvormen, zoals een reguliere behandeling in de praktijk, een behandeling bij de patiënt thuis of een groepsbehandeling. Dit zijn de zogenoemde prestaties, welke zijn vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. Sinds 2002 zijn er kleine wijzigingen geweest in de verdeling over deze prestaties. In alle jaren is ruim 80% van de zittingen aan ziekenfondsverzekerden een reguliere behandeling in de fysiotherapiepraktijk. In 2003 was dit percentage het hoogst, procentueel minder zittingen werden in dat jaar aan huis gegeven ($p < 0,001$). Ruim 90% van de particulier verzekerden wordt in de praktijk behandeld (zie figuur 3.8).

Figuur 3.8: Prestatiecodes van de zittingen van patiënten fysiotherapie naar jaar van declareren en naar verzekeringsvorm ($n_{2002zf} = 80.474$; $n_{2003zf} = 128.855$; $n_{2004zf} = 128.336$; $n_{2002part} = 16.896$; $n_{2003part} = 44.401$; $n_{2004part} = 42.820$)

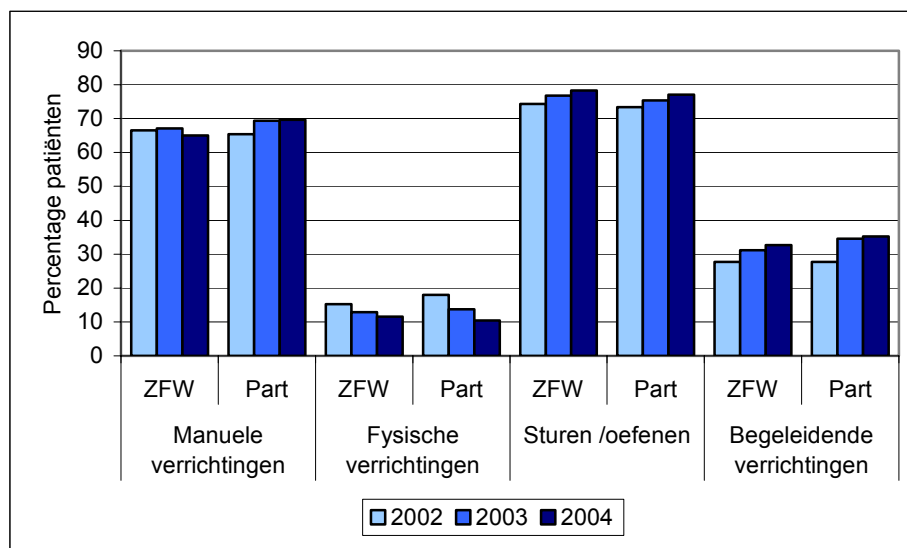


3.4.3 Soort behandeling

☞ Zie ook tabel 13 in bijlage 2.

Na afloop van een behandelingsperiode registreren LiPZ-therapeuten wat zij tijdens de behandelingen gedaan hebben, dit zijn de zogenoemde verrichtingen. Deze verrichtingen zijn gebaseerd op de Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen (CVPB). De toepassing van fysieke verrichtingen (bijvoorbeeld het toedienen van elektrische, elektromagnetische of thermische energie) is de afgelopen jaren afgenomen (zie figuur 3.9). Sturen en oefenen van functies en activiteiten en begeleidende verrichtingen (zoals adviseren en informeren) worden daarentegen vaker toegepast ($p < 0,001$).

Figuur 3.9: Verrichtingen fysiotherapie naar het jaar waarin de behandelingsperiode is afgesloten en naar verzekeringsvorm ($n_{2002zfw} = 3.273$; $n_{2003zfw} = 7.513$; $n_{2004zfw} = 6.664$; $n_{2002part} = 1.295$; $n_{2003part} = 3.340$; $n_{2004part} = 3.180$)



3.5 Evaluatie

Kernboodschap

Met name in 2004 is er een sterke groei geweest in het percentage patiënten bij wie de behandeling werd beëindigd omdat het maximum aantal vergoede zittingen bereikt werd. Er zijn nauwelijks veranderingen geweest in het resultaat van de zorg zoals dat werd beoordeeld door de fysiotherapeut.

3.5.1 Reden van beëindiging zorg



zie ook tabel 14 in bijlage 2

In de periode 2002-2004 heeft er een afname plaatsgevonden in het aandeel ziekenfondsverzekerde patiënten bij wie de behandeling is beëindigd omdat de patiënt is uitbehandeld (zie tabel 3.1) ($p < 0,001$). Het percentage patiënten bij wie de behandeling is gestopt omdat het maximaal aantal vergoede zittingen werd bereikt, is de afgelopen jaren gegroeid. Met name in 2004 is deze groei sterk geweest. Bij particulier verzekerde patiënten zijn er slechts geringe veranderingen in de reden voor het beëindigen van de zorg geweest ($p = 0,20$).

Tabel 3.1: Reden voor beëindiging van de zorg voor patiënten fysiotherapie naar het jaar waarin de behandelingsperiode is afgerond en naar verzekeringsvorm (percentage patiënten)

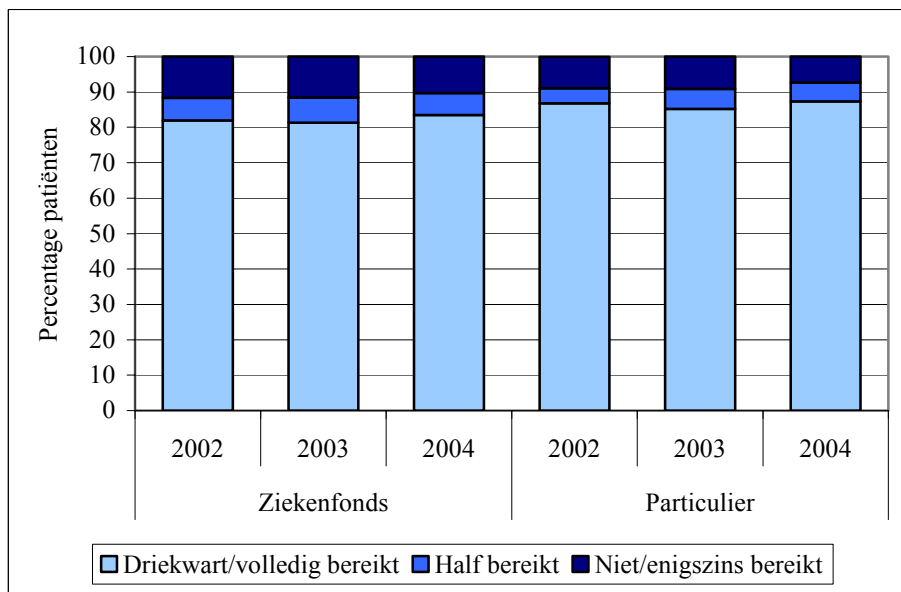
Reden einde zorg	Ziekenfonds			Particulier		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Cliënt uitbehandeld	81,4	79,6	78,2	83,1	82,7	83,1
Maximaal aantal vergoede zittingen bereikt	2,8	3,4	6,2	2,6	2,1	2,4
Gestaakt door patiënt	4,4	4,5	5,2	4,1	4,1	3,4
Gestaakt door verwijzer	1,1	1,2	0,7	1,5	0,9	1,2
Gestaakt door paramedicus	6,1	6,2	4,5	3,7	4,5	3,3
Anders	4,2	5,2	5,3	5,0	5,9	6,6
Aantal zittingen in LiPZ	3.056	5.895	4.893	1.166	2.578	2.254

3.5.2 Resultaat

☞ Zie ook tabel 15 in bijlage 2.

LiPZ-therapeuten registreren aan het einde van de behandelingsperiode de mate waarin de behandelingsdoelen bereikt zijn. In de periode 2002 – 2003 zijn er hierin kleine veranderingen geweest (zie figuur 3.10) (ziekenfondsverzekerden: $p < 0,001$; particulier verzekerden: $p < 0,001$).

Figuur 3.10: Het resultaat met betrekking tot het doel bij patiënten fysiotherapie naar het jaar waarin de behandelingsperiode is afgerond en naar verzekeringsvorm ($n_{2002zf} = 3.321$; $n_{2003zf} = 5.557$; $n_{2004zf} = 4.713$; $n_{2002part} = 1.310$; $n_{2003part} = 2.475$; $n_{2004part} = 2.169$)



Referenties

- (1) Swinkels I, de Bakker D. Meer fysiotherapeutische zorg voor chronische patiënt in 2004. Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, 2005.
- (2) van Sonsbeeck DD, Swinkels ICS, de Bakker D. De vraag naar fysiotherapie in 2004. *Fysiopraxis* 2005; 14(4):41-43.
- (3) CBS. Gebruik medische voorzieningen. <http://statline.cbs.nl/statweb/table.asp?TT=2&LA=nl&DM=SLNL&PA+7042mc&D1=282-292&D2=a,!0-19>, bezocht op 2 mei 2005. Voorburg/Heerlen: Centraal bureau voor de Statistiek, 2005.
- (4) CBS. Gebruik medische voorzieningen. <http://statline.cbs.nl/statweb/table.asp?TT=2&LA=nl&DM=SLNL&PA+7042mc&D1=260-270&D2=a,!0-19>, bezocht op 2 mei 2005. Voorburg/Heerlen: Centraal bureau voor de Statistiek, 2005.
- (5) Gezondheidsraad. Oefentherapie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003.
- (6) Gezondheidsraad. De effectiviteit van fysische therapie; elektrotherapie, lasertherapie, ultrageluidbehandeling. Den Haag: Gezondheidsraad, 1999.
- (7) Steenbeek R, Kool RB, Visser E, van Putten DJ. De juiste verwijzing: evaluatieonderzoek verwijzingsfunctie bedrijfsarts. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2004.
- (8) Rikken F, Veenstra M. Evaluatie verwijzingsfunctie bedrijfsarts. Diemen: College voor Zorgverzekeringen, 2004.
- (9) Jans MP, Heinrich J, Bongers PM. Arbeidsrelevante paramedische zorg in de regulier eerste lijn: stand van zaken. Hoofddorp: TNO, 2003.
- (10) Ooijendonk WTM, van Hespden ATH, Pronk MG, de Vries SJ. Pilot Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie. Leiden: TNO, 2004.
- (11) Swinkels I, van Sonsbeeck D, de Bakker D. Daling in de vraag naar fysiotherapie en oefentherapie in het jaar 2004. Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, 2005.
- (12) Swinkels ICS, Ende van den CHM, Bosch van den W, Dekker J, Wimmers RH. Physiotherapy management of low back pain: does practice match the Dutch guidelines? *Australian Journal of Physiotherapy* 2005; 51(1):35-41.

- (13) Gebel RS, Lamberts H. ICPC-1 met Nederlandse subtitels. 4 ed. Utrecht: Nederlands Huisarts Genootschap, 2000.
- (14) CBS. <http://www.CBS.nl/nl/statline/index.htm>, bezocht op 18 april 2005. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2005.
- (15) Jans MP, Heinrich J, Bongers PM. Arbeidsrelevante paramedische zorg in de regulier eerste lijn: stand van zaken. Hoofddorp: TNO, 2003.
- (16) Sluijs EM. Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten: Ontwikkeling van een observatieprotocol. Utrecht: NIVEL, 1988.
- (17) Kenens RJ, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten - peiling 2004. <http://www.nivel.nl/beroepeninzorg>, bezocht op 17 augustus 2005. Utrecht: NIVEL, 2005.
- (18) Verheij RA, Jabaaij L, Abrahamse H, van den Hoogen H, Braspenning J, van Althuis T. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. <http://www.linh.nl>. Utrecht: LINH, 2005.

Bijlage 1: Representativiteit LiPZ-netwerk fysiotherapie

De representativiteit van het LiPZ-netwerk voor de beroepsgroep fysiotherapie is op drie niveaus nagegaan: op praktijk-, therapeut- en patiënt-niveau. De representativiteit is bepaald voor de therapeuten die in 2004 deelnamen aan LiPZ. Gegevens over de representativiteit van praktijken die in 2001 en 2002 deelnamen staan weergegeven in respectievelijk Jaarboek LiPZ 2001 en Jaarboek LiPZ 2002.

Representativiteit van de deelnemende praktijken

De kenmerken van de LiPZ-praktijken (n = 41) die in 2004 deelnamen, zijn vergeleken met de kenmerken van de praktijken uit de Peiling Fysiotherapie eerste lijn (17), peildatum 1 januari 2004 (n = 4.811).

LiPZ-praktijken komen wat betreft het aantal werkzame therapeuten, het landsdeel en de mate van stedelijkheid goed overeen met de praktijken uit de Peiling (tabel 1). In beide populaties is een groot deel solopraktijk. Een kleine meerderheid van de LiPZ-praktijken (54%) is gevestigd in het westen van het land. In de Peiling betreft dit de helft van de praktijken. Bijna een derde van de LiPZ-praktijken is gevestigd in een matig stedelijk gebied, van de praktijken uit de Peiling is dit 21%. Geen van de verschillen is statistisch significant.

Tabel 1: Kenmerken van LiPZ-praktijken fysiotherapie versus fysiotherapiepraktijken uit de Peiling Fysiotherapie eerste lijn 2004

	LiPZ		Peiling		P
	N = 41	%	N=4811	%	
Aantal therapeuten per praktijk					
1 therapeut	10	25,6	1743	36,2	0,15
2 therapeuten	7	17,9	1004	20,9	
3 therapeuten	4	10,3	644	13,4	
4 therapeuten	8	20,5	476	9,9	
5 therapeuten of meer	10	25,6	944	19,6	
Aantal praktijken naar landsdeel					
Noord	3	7,7	406	8,5	0,98
Oost	7	17,9	961	20,0	
Zuid	8	20,5	1015	21,2	
West	21	53,8	2416	50,4	
Mate van verstedelijking					
Zeer sterk stedelijk	7	17,1	918	19,1	0,55
Sterk stedelijk	10	24,4	1307	27,2	
Matig stedelijk	13	31,7	1011	21,1	
Weinig stedelijk	6	14,6	979	20,4	
Niet stedelijk	5	12,2	583	12,2	

Representativiteit van de deelnemende therapeuten

De kenmerken van de deelnemende therapeuten (n = 100) zijn eveneens vergeleken met gegevens uit de Peiling Fysiotherapie eerste lijn 2004 (n = 13.468) (zie tabel 2) (17). Wat betreft alle kenmerken (geslacht, leeftijd, direct patiëntgebonden uren werkzaam per week en afstudeerjaar) komen de LiPZ-deelnemers goed overeen met de therapeuten uit de Peiling. Ruim tweederde van de deelnemers is tussen de 36 en 55 jaar oud, tegenover 64% van de therapeuten uit de Peiling. Negenenvijftig procent van de LiPZ-therapeuten heeft tussen de 20 en 40 uur direct patiëntgebonden uren in de week. In de peiling betreft dit 54% van de therapeuten. Tenslotte is in beide populaties het grootste deel van de therapeuten tussen 1970 en 1989 afgestudeerd.

Tabel 2: Kenmerken van LiPZ-fysiotherapeuten versus fysiotherapeuten uit de Peiling Fysiotherapie eerste lijn 2004

	LiPZ		Peiling		P
	N = 100	%	N=13.468	%	
Geslacht					
Man	52	59,8	6670	49,5	0,09
Leeftijdsklasse					
Jonger dan 26 jaar	7	7,7	746	5,5	0,46
26-35 jaar	12	13,2	2723	20,2	
36-45 jaar	32	35,2	4279	31,8	
46-55 jaar	30	33,0	4487	33,3	
Ouder dan 55 jaar	10	11,0	1233	9,2	
Direct patiëntgebonden uren/week					
0-20 uur	24	28,2	2922	31,5	0,71
21-40 uur	50	58,8	5040	54,3	
Meer dan 40 uur	11	12,9	1320	14,2	
Jaar van afstuderen					
Voor 1970	3	3,2	906	7,6	0,59
1970-1979	29	30,9	3490	29,3	
1980-1989	39	41,5	4616	38,8	
1990-1999	17	18,1	2226	18,7	
2000 of later	6	6,4	656	5,5	

Representativiteit van de patiëntenpopulatie in de LiPZ-praktijken

Op patiëntniveau is geen goede vergelijking mogelijk, aangezien er geen andere recente gegevens beschikbaar zijn. Om toch een beeld te krijgen van de representativiteit zijn de LiPZ-gegevens vergeleken met gegevens uit het Landelijke Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH). LINH is een netwerk van huisartsen waarin ondermeer verwijsggegevens verzameld worden. Daardoor kunnen LINH-gegevens inzicht geven in kenmerken van patiënten die door de huisarts naar de fysiotherapeut verwezen worden. Voor het bepalen van de representativiteit is gebruik gemaakt van de LINH-gegevens van 2004 (18) en van de gegevens van door huisarts verwezen LiPZ-patiënten.

Tabel 3 toont een overzicht van het geslacht en de leeftijd van de LiPZ-patiënten en het geslacht en de leeftijd van de patiënten binnen LINH die naar de huisarts verwezen zijn. Een vergelijking van LINH-gegevens met de LiPZ-gegevens van patiënten die door huisartsen verwezen zijn laat zien dat het geslacht en de leeftijd goed overeenkomen. Kinderen komen in het LiPZ-

netwerk minder voor vergeleken met de LINH-cijfers. Dit komt doordat het LiPZ-netwerk alleen reguliere fysiotherapeuten omvat, terwijl kinderen vaak onder behandeling zijn van een kinderfysiotherapeut.

Tabel 3: Kenmerken patiënten fysiotherapie uit het LiPZ-netwerk (verwezen door een huisarts) versus kenmerken patiënten uit het LINH-netwerk naar verzekeringsvorm (in procenten)

	LiPZ N=11.232	LINH N=16.165	p
Geslacht			
Man	40,7	40,2	0,35
Leeftijdsklasse			
0-14 jaar	2,6	4,8	<0,001
15-24 jaar	8,2	8,6	
25-44 jaar	34,6	33,3	
45-64 jaar	35,9	35,8	
65-74 jaar	10,1	9,9	
75 jaar en ouder	8,7	7,7	

In LINH worden van patiënten die verwezen worden naar fysiotherapie gegevens verzameld omtrent de diagnoses zoals die door de huisarts gesteld zijn. In tabel 4 zijn deze diagnoses vergeleken met de diagnoses van patiënten uit het LiPZ-netwerk die door een huisarts verwezen zijn. Hoewel er verschillen zijn in de mate waarin verwijstdiagnosen bij de patiënten binnen LINH dan wel de patiënten binnen LiPZ gesteld zijn, zijn de overeenkomsten redelijk groot. Binnen LiPZ komen patiënten iets vaker met lage rugpijn zonder uitstraling en wat minder vaak met rugklachten. Opgemerkt dient te worden dat bij LINH de huisartsen zelf coderen, terwijl binnen LiPZ de letterlijke teksten van de diagnoses die door de artsen gesteld worden door onderzoeksassistenten worden gecodeerd. Dit kan verschillen geven in de codering.

Tabel 4: Top 10 verwijfsdiagnosen LINH (van patiënten verwezen naar een fysiotherapeut) waarbij aangegeven wat het voorkomen in LiPZ is (bij patiënten verwezen door een huisarts) (in procenten)

	LINH N=3.235	LiPZ N=7.040
Lage rugpijn zonder uitstraling	12,0	14,8
Nek symptomen/ klachten	12,4	11,3
Rug symptomen/ klachten	8,1	6,6
Schouder symptomen/ klachten	6,4	6,1
Lage rugpijn met uitstraling	5,5	5,3
Knie symptomen/ klachten	4,5	5,1
Schouder syndromen/ PHS	4,4	3,6
Andere ziekten bewegingsapparaat	2,7	4,1
(Dij)been symptomen/ klachten	2,7	3,2
Spierpijn (incl. fibromyalgie)	2,7	0,8

Bijlage 2: LiPZ-tabellen voor de beroepsgroep fysiotherapie

In deze bijlage worden de resultaten per onderzoeksvraag in de vorm van tabellen weergegeven.

Vraag 1: Wat zijn de kenmerken van patiënten verwezen naar paramedische zorg?

☞ Zie ook de paragrafen 2.1.1, 2.1.3 en 3.1.1, 3.1.3

Tabel 1: Kenmerken van patiënten verwezen naar fysiotherapie naar jaar van aanmelding in de praktijk en verzekeringsvorm (% patiënten)

Kenmerken patiënten	Ziekenfonds				Particulier			Totaal
	2001	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2004
Geslacht								
Mannelijk	37,8	37,3	34,6	35,7	50,0	51,1	51,6	40,7
Vrouwelijk	62,2	62,7	65,4	64,3	50,0	48,9	48,4	59,3
Leeftijd								
0-14 jr	1,6	1,9	2,1	2,0	3,2	3,1	3,7	2,5
15-24 jr	7,4	7,4	8,0	8,2	7,7	7,7	8,1	8,2
25-34 jr	16,2	15,9	16,1	14,9	8,2	9,0	9,3	13,2
35-44 jr	21,8	20,4	20,0	20,3	18,5	20,5	21,3	20,6
45-54 jr	18,7	18,8	18,4	18,4	22,9	23,9	23,8	20,1
55-64 jr	13,2	14,3	14,6	15,2	18,2	18,1	16,7	15,7
65-74 jr	10,2	10,3	10,7	10,8	10,9	9,2	9,9	10,5
>75 jr	11,0	11,1	10,1	10,2	10,4	8,2	7,0	9,2
Voorkomen op VWS-lijst*								
Lijstpatiënt	10,7	11,3	10,5	12,8				12,8
Aantal patiënten in LiPZ	4.884	4.911	9.360	8.392	1.675	4.220	3.807	12.199

* Door het Ministerie van VWS ingestelde niet-limitatieve lijst met aandoeningen voor langdurige of intermitterende fysiotherapie, oefen therapie Cesar en oefen therapie Mensendieck ten behoeve van vergoeding in het kader van de ziekenfondswet.

☞ Zie ook de paragrafen 2.1.2 en 3.1.2

Tabel 2: Hoogst genoten opleidingsniveau van volwassen patiënten verwezen naar fysiotherapie naar jaar van aanmelding in de praktijk en verzekeringsvorm (% patiënten)

	Ziekenfonds			Particulier			Totaal
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2004
Speciaal onderwijs	0,7	0,7	0,8	0,1	0,1	0,2	0,6
Basisonderwijs	13,8	14,1	13,7	3,9	4,3	4,4	10,7
VMBO-praktijk	43,7	35,5	34,1	19,4	15,4	14,3	27,7
VMBO-theorie	9,7	10,0	10,2	7,0	6,4	7,0	9,2
HAVO	9,1	9,3	9,1	14,3	13,9	13,5	10,5
VWO	1,5	2,6	2,4	6,1	5,9	6,2	3,6
MBO	14,0	17,6	19,2	18,0	17,5	18,5	19,0
HBO/universitair	7,3	10,0	10,3	30,8	36,5	35,9	18,5
Anders	0,1	0,2	0,2	0,4	0,1	0,0	0,1
<i>Aantal patiënten in LiPZ</i>	<i>3.310</i>	<i>6.937</i>	<i>6.349</i>	<i>1.424</i>	<i>3.338</i>	<i>2.982</i>	<i>9.331</i>

Vraag 2: Door welke medici en voor welke klachten/ aandoeningen worden patiënten verwezen naar paramedische zorg?

☞ Zie ook de paragrafen 2.2.1 en 3.2.1

Tabel 3: Soort verwijzer van patiënten verwezen naar fysiotherapie naar jaar van aanmelding in de praktijk en verzekeringsvorm (% patiënten)

	Ziekenfonds				Particulier			Totaal
	2001	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2004
Huisarts	91,3	90,6	91,2	91,6	91,7	92,5	93,5	92,2
Medisch specialist	8,7	9,4	8,8	8,4	8,3	7,5	6,5	7,8
Bedrijfsarts	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Aantal patiënten in LiPZ</i>	<i>4.884</i>	<i>4.911</i>	<i>9.360</i>	<i>8.392</i>	<i>1.675</i>	<i>4.220</i>	<i>3.807</i>	<i>12.199</i>

☞ zie ook de paragrafen 2.2.2 en 3.2.2

Tabel 4: Tien meest voorkomende verwijsdiagnosen, gecodeerd naar de International Classification of Primary Care (ICPC) voor patiënten verwezen naar fysiotherapie en in 2004 aangemeld in de praktijk

Verwijsdiagnosen	% patiënten
L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	13,8
L01 ; Nek symptomen/ klachten	10,7
L02 ; Rug symptomen/ klachten	6,2
L08 ; Schouder symptomen/ klachten	5,9
L15 ; Knie symptomen/ klachten	5,4
L86 ; Lage rugpijn met uitstraling	5,2
L83 ; Syndromen cervicale wervelkolom	5,0
L99 ; Andere ziekten bewegingsapparaat	4,1
L92 ; Schouder syndroom/ PHS	3,4
L81 ; Andere traumata bewegingsapparaat	3,3
<i>Aantal patiënten in LiPZ</i>	<i>11.782</i>

Tabel 5: Meest voorkomende verwijsdiagnosen, gecodeerd naar de International Classification of Primary Care (ICPC), in de periode 2002-2004 naar verzekeringsvorm (% patiënten) voor de beroepsgroep fysiotherapie

Ziekenfondsverzekerden	2001	2002	2003	2004
L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	15,0	15,1	14,0	13,4
L01 ; Nek symptomen/ klachten	11,0	9,8	10,6	10,6
L83 ; Syndromen cervicale wervelkolom	6,9	5,6	4,9	5,6
L02 ; Rug symptomen/ klachten	6,8	7,2	7,0	6,1
L08 ; Schouder symptomen/klachten	4,3	4,8	5,7	5,8
<i>Aantal patiënten in LiPZ</i>	<i>4.253</i>	<i>4.977</i>	<i>9.004</i>	<i>7.720</i>

Particulier verzekerden	2002	2003	2004
L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	14,1	14,4	15,0
L01 ; Nek symptomen/ klachten	10,4	10,3	10,5
L02 ; Rug symptomen/ klachten	7,3	7,0	6,3
L15 ; Knie symptomen/ klachten	5,3	5,6	6,2
L08 ; Schouder symptomen/klachten	5,0	6,2	6,0
<i>Aantal patiënten in LiPZ</i>	<i>1.675</i>	<i>4.092</i>	<i>3.475</i>

Vraag 3: Wat is er bekend over het gezondheidsprobleem van de patiënt die verwezen wordt naar paramedische zorg?

☞ zie ook de paragrafen 2.3.1 en 3.3.1

Tabel 6: Duur van de klacht bij aanvang van de behandelingsperiode van patiënten verwezen naar fysiotherapie naar jaar van aanmelding en naar verzekeringsvorm (% patiënten)

	Ziekenfonds			Particulier			Totaal
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2004
<= 2 dagen	1,3	1,5	1,6	2,8	2,3	2,5	1,9
2 - 7 dagen	5,8	5,0	5,3	8,0	6,4	6,6	5,7
1 week - 1 maand	28,0	27,3	28,4	26,1	29,8	29,1	28,6
1 - 3 maanden	22,7	26,9	27,1	24,4	26,3	27,1	27,1
3 - 6 maanden	11,8	11,9	11,3	11,8	11,4	12,5	11,7
6 mnd. - 1 jaar	7,2	7,2	7,5	7,0	7,7	6,6	7,2
1 - 2 jaar	6,2	5,2	4,8	5,9	4,7	5,1	4,9
> 2 jaar	17,1	15,1	13,9	14,1	11,4	10,5	12,9
Aantal patiënten in LiPZ	3.969	9.103	7.944	1.644	4.131	3.607	11.551

☞ Zie ook de paragrafen 2.3.2 en 3.3.2

Tabel 7: Recidivering van de klacht van patiënten verwezen naar fysiotherapie naar jaar van aanmelding en naar verzekeringsvorm (% patiënten)

	Ziekenfonds			Particulier			Totaal
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2004
Ja	36,9	35,0	35,2	31,4	30,4	31,2	34,0
Nee	63,3	65,0	64,8	68,6	69,6	68,8	66,0
Aantal patiënten in LiPZ	3.884	8.918	7.839	1.616	4.046	3.550	11.389

☞ Zie ook de paragrafen 2.3.3 en 3.3.3

Tabel 8: Ander of eerder zorggebruik voor dezelfde of andere klachten gedurende twee jaar voorafgaand aan het begin van de behandel-episode bij patiënten verwezen naar fysiotherapie naar jaar van aanmelding en verzekeringsvorm (% patiënten)

	Ziekenfonds			Particulier			Totaal
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2004
Fysiotherapie	41,6	43,9	46,3	36,8	39,4	41,5	44,8
Oefentherapie Cesar	0,2	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4
Oefentherapie Mensendieck	0,8	0,5	0,3	0,5	0,2	0,2	0,3
Combinatie fysiotherapie en Oefentherapie Cesar of -Mensendieck	0,9	0,9	0,8	0,7	0,6	0,6	0,7
Combinatie oefentherapie Cesar en -Mensendieck	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Geen eerdere zorg	56,6	54,3	52,1	61,4	59,3	57,1	53,7
<i>Aantal patienten in LiPZ</i>	<i>3736</i>	<i>8.746</i>	<i>7.588</i>	<i>1.577</i>	<i>3.950</i>	<i>3.436</i>	<i>11.024</i>

Vraag 4: Hoe ziet een paramedisch behandelplan er uit in termen van behandeldoelen, welke verrichtingen zijn uitgevoerd en wat is de omvang van de behandel-episode?

☞ Zie ook de paragrafen 2.4.1

Tabel 9: Per niveau de vijf meest voorkomende hoofdbehandeldoelen van patiënten verwezen naar fysiotherapie naar het jaar van aanmelding en verzekeringsvorm (% patiënten)

	Ziekenfonds				Particulier			Totaal
	2001	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2004
Activiteiten niveau								
Handelingen voortbewegen (lopen)	20,4	17,4	13,5	14,0	19,8	15,3	15,1	14,3
Houding	20,1	16,3	10,8	11,1	12,9	10,3	10,2	10,8
Handelingen houding veranderen	14,5	12,2	8,2	7,1	11,4	8,5	8,8	7,6
Handelingen gebruik arm/hand	13,3	11,1	8,7	8,8	11	8,0	8,8	8,8
Overige activiteiten	13,0	5,6	3,2	3,4	7,1	6,3	4,8	3,8
Overige behandeldoelen op activiteitsniveau	16,4	11,4	7,6	7,5	9,2	7,5	8,7	7,9
Lichaamsfunctieniveau								
Mobiliteitsfuncties	35,2	31,2	36,3	33,1	30,9	40,1	36,2	34,1
Spierfuncties	26,1	18,6	18,5	18,7	16,5	17,0	15,6	17,7
Pijn	19,0	28,2	10,7	10,4	14,6	10,4	13,0	11,2
Lichaamshouding	9,1	6,3	4,1	3,0	4,8	3,7	2,5	2,8
Bewegingsfuncties	5,9	3,8	2,5	1,8	4,7	2,7	2,8	2,1
Overige behandeldoelen op lichaamsfunctieniveau	4,4	3,9	3,7	3,7	3,9	3,6	2,9	3,4
Aantal patiënten in LiPZ	4.222	7.902	9.145	7.986	1.669	4.159	3.632	11.618

☞ Zie ook paragraaf 3.4.1

Tabel 10: Gemiddeld aantal zittingen fysiotherapie (en 95%-betrouwbaarheidsinterval) per patiënt naar het jaar waarin de behandel-episode is gestart en naar verzekeringsvorm, lijst- en niet-lijstpatiënten en drie veel voorkomende verwijsdiagnosen*

Kenmerken patiënt/diagnose	2002			2003		
	gem	[95%-BI]	N	gem	[95%-BI]	N
Ziekenfonds	Totaal	14,1 [13,7 - 14,5]	5.534	13,0 [12,7 - 13,2]	8.777	
	lijst	33,1 [30,9 - 35,3]	637	31,2 [29,4 - 33,0]	909	
	niet-lijst	11,7 [11,4 - 11,9]	4.896	10,9 [10,7 - 11,0]	7.868	
Particulier		13,0 [12,4 - 13,6]	1.991	11,4 [11,1 - 11,8]	3.914	
Nek symptomen/klachten	ZFW	12,8 [11,9 - 13,6]	520	11,8 [11,1 - 12,4]	911	
	Part	13,1 [11,5 - 14,6]	187	11,8 [10,8 - 12,8]	388	
Rug symptomen/klachten	ZFW	12,3 [11,3 - 13,2]	376	12,1 [11,2 - 13,0]	575	
	Part	11,5 [10,0 - 13,0]	126	11,3 [9,8 - 12,8]	270	
Lage rugpijn zonder uitstraling	ZFW	11,2 [10,6 - 11,7]	763	10,7 [10,3 - 11,2]	1.185	
	Part	9,5 [8,6 - 10,5]	244	8,8 [8,2 - 9,4]	548	

* Voor het berekenen van het gemiddeld aantal zittingen zijn patiënten één jaar gevolgd. Zittingen die na dat jaar plaatsvonden zijn buiten beschouwing gelaten.

Tabel 11: Gemiddelde behandelduur fysiotherapie (in weken) (en 95%-betrouwbaarheidsinterval) per patiënt naar het jaar waarin de behandelingsperiode is gestart en naar verzekeringsvorm, lijst- en niet-lijstaandoeningen en drie veel voorkomende verwijfsdiagnosen*

Kenmerken patiënt/diagnose	2002			2003			
	gem	[95%-BI]	N	gem	[95%-BI]	N	
Ziekenfonds	Totaal	12,4	[12,0 - 12,8]	5.534	11,3	[11,0 - 11,6]	8.777
	lijst	25,7	[24,3 - 27,1]	637	23,5	[22,3 - 24,7]	909
	niet-lijst	10,6	[10,3 - 10,9]	4.896	9,9	[9,7 - 10,1]	7.868
Particulier		12,5	[11,9 - 13,1]	1.991	10,4	[10,0 - 10,7]	3.914
Rug symptomen/klachten	ZFW	12,9	[12,0 - 13,8]	520	11,5	[10,9 - 12,1]	911
	Part	14,1	[12,6 - 15,7]	187	12,4	[11,4 - 13,3]	388
Nek symptomen/klachten	ZFW	12,5	[11,6 - 13,4]	376	11,6	[10,7 - 12,5]	575
	Part	14,9	[13,3 - 16,4]	126	10,8	[9,3 - 12,3]	270
Lage rugpijn zonder uitstraling	ZFW	9,8	[9,3 - 10,4]	763	9,7	[9,2 - 10,1]	1.185
	Part	9,0	[8,1 - 10,0]	244	8,3	[7,7 - 8,8]	548

* Voor het berekenen van de gemiddelde behandelduur zijn patiënten één jaar gevolgd. Zittingen die na dat jaar plaatsvonden zijn buiten beschouwing gelaten.

☞ zie ook de paragrafen 2.4.3 en 3.4.2

Tabel 12: Declaraties van zittingen fysiotherapie naar de behandelvorm (prestatiecode) van patiënten fysiotherapie verdeeld naar het jaar waarin ze aangemeld zijn en naar verzekeringsvorm (% zittingen)

	Ziekenfonds			Particulier			Totaal
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2004
Reguliere zitting fysiotherapie	81,6	84,4	82,0	89,1	92,0	91,7	84,4
Fysiotherapie bij patiënt aan huis	13,1	10,8	12,1	9,3	6,2	5,6	10,5
Fysiotherapie in instelling (bijv. verzorgingshuis)	4,7	4,4	5,5	1,2	1,5	2,2	4,6
Groepsbehandeling	0,0	0,4	0,3	0,0	0,2	0,3	0,3
Consult	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
<i>Aantal zittingen in LiPZ</i>	<i>80.474</i>	<i>128.855</i>	<i>128.336</i>	<i>16.896</i>	<i>44.401</i>	<i>42.820</i>	<i>171.156</i>

☞ Zie ook de paragrafen 2.4.4 en 3.4.3

Tabel 13: Verrichtingen bij patiënten fysiotherapie naar het jaar waarin de behandelingsperiode is afgerond en naar verzekeringsvorm (% patiënten)

Verrichtingen	Ziekenfonds			Particulier			Totaal
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2004
Manuele verrichtingen	66,5	67,1	65,1	65,4	69,2	69,4	66,5
Masseren	40,8	37,5	39,8	37,1	35,6	36,0	38,6
Teweegbrengen beweging	32,9	37,0	34,6	35,8	41,9	42,6	37,1
Fysische verrichtingen	15,3	13,1	11,5	18,0	13,6	10,5	11,2
Sturen en oefenen	74,4	76,9	78,2	73,4	75,4	76,6	77,7
Individueel – functies	62,8	63,1	64,4	59,9	61,6	63,6	64,2
Individueel – vaardigheden	23,9	21,6	22,1	25,0	20,4	19,2	21,2
Groepsgewijs - functie	1,9	1,3	0,9	1,6	1,0	0,8	0,9
Groepsgewijs - vaardigheden	0,9	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5
Begeleidende verrichtingen	27,7	31,2	32,5	27,7	34,3	35,0	33,3
Overige verrichtingen	2,9	2,0	2,0	3,4	2,6	2,2	2,1
Aantal patiënten in LiPZ	3.273	7.513	6.664	1.295	3.340	3.180	9.844

Vraag 5: Wat is het resultaat van de behandeling?

☞ Zie ook de paragrafen 2.5.1 en 3.5.1

Tabel 14: Reden voor beëindiging van de zorg voor patiënten fysiotherapie naar het jaar waarin de behandelingsperiode is afgerond en naar verzekeringsvorm (% patiënten)

Reden einde zorg	Ziekenfonds			Particulier			Totaal
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2004
Cliënt uitbehandeld	81,4	79,6	78,2	83,1	82,7	83,1	79,7
Maximaal aantal vergoede zittingen bereikt	2,8	3,4	6,2	2,6	2,1	2,4	5,0
Gestaakt door patiënt	4,4	4,5	5,2	4,1	4,1	3,4	4,6
Gestaakt door verwijzer	1,1	1,2	0,7	1,5	0,9	1,2	0,9
Gestaakt door paramedicus	6,1	6,2	4,5	3,7	4,5	3,3	4,1
Anders	4,2	5,2	5,3	5,0	5,9	6,6	5,7
Aantal zittingen in LiPZ	3.056	5.895	4.893	1.166	2.578	2.254	7.147

☞ Zie ook de paragrafen 2.5.2 en 3.5.2

Tabel 15: Het resultaat met betrekking tot het doel naar het oordeel van de therapeut bij patiënten fysiotherapie naar het jaar waarin de behandelingsperiode is afgerond en naar verzekeringsvorm

	Ziekenfonds			Particulier			Totaal
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2004
Doel niet bereikt	6,3	6,3	5,5	4,8	5,0	4,2	5,1
Doel enigszins bereikt	5,4	5,3	4,8	4,0	4,2	3,1	4,3
Doel half bereikt	6,4	7,1	6,2	4,2	5,7	5,3	5,9
Doel driekwart bereikt	22,2	23,1	21,2	20,2	21,1	15,6	19,5
Doel volledig bereikt	59,8	58,2	62,3	66,6	64,2	71,7	65,3
<i>Aantal patiënten</i>	<i>3.321</i>	<i>5.557</i>	<i>4.713</i>	<i>1.310</i>	<i>2.475</i>	<i>2.169</i>	<i>6.882</i>