

Jaarboek LiPZ 2002

Deel 2: beroepsgroep oefentherapie Cesar

R. Wimmers
I. Swinkels
M. de Konink
D. de Bakker
E. van den Ende



ISBN 90-6905-632-1

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2003 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	6
Samenvatting en beschouwing	7
1 Inleiding	15
1.1 Inleiding	15
1.2 Wat is LiPZ?	15
1.3 Basisonderzoeksvragen	16
1.4 Werkwijze	17
1.4.1 Kwaliteitscontrole	18
1.5 Onderzoeksgroepen	19
1.6 Representativiteit LiPZ-netwerk oefentherapie Cesar	21
2 Patiëntkenmerken	23
2.1 Inleiding	23
2.2 Patiëntkenmerken	23
3 Verwijzing	29
3.1 Inleiding	29
3.2 Verwijzer	30
3.3 Verwijsdiagnosen	31
4 Gezondheidsprobleem	33
4.1 Inleiding	33
4.2 Beroepsspecifieke diagnosecode	33
4.3 Kenmerken klachten	36
4.4 Gebruik beroepsspecifieke richtlijnen	38
4.5 Andere of eerdere zorg	39

5 Behandeling	41
5.1 Inleiding	41
5.2 Behandeldoelen	42
5.3 Verrichtingen	46
5.4 Aantal zittingen in de algemene populatie	49
5.4.1 Aantal zittingen naar patiëntkenmerken	50
5.4.2 Aantal zittingen naar verwijdsdiagnosen	50
5.4.3 Aantal zittingen naar beroepsspecifieke diagnosecode	51
5.4.4 Aantal zittingen naar behandeldoelen	53
5.5 Aantal zittingen naar kort- en langdurige behandel episoden	54
5.5.1 Indeling aantal zittingen naar behandelduur	55
5.6 Behandelduur in de algemene populatie	56
5.6.1 Behandelduur naar patiëntkenmerken	57
5.6.2 Behandelduur naar verwijdsdiagnosen	57
5.6.3 Behandelduur naar beroepsspecifieke diagnosecode	59
5.6.4 Behandelduur naar behandeldoelen	60
5.7 Prestatiecode	61
6 Evaluatie	63
6.1 Inleiding	63
6.2 Reden einde zorg	64
6.3 Resultaat met betrekking tot doel	66
6.4 Verslag naar de verwijzer	70
Referenties	72
Bijlage 1	73
Bijlage 2	89
Bijlage 3	97

Voorwoord

Voor U ligt het tweede Jaarboek LiPZ. Hierin worden de resultaten uit het LiPZ-project beschreven voor de beroepsgroep oefentherapie Cesar. Het LiPZ-project wordt uitgevoerd door het NIVEL in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen (CvZ). Ten behoeve van het project is er een Stuurgroep opgericht. In deze Stuurgroep hebben zitting:

prof. dr. W.J.H.M. van den Bosch (voorzitter);

namens het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie:

- drs. P. van der Wees;
- dhr. B. de Berg;

namens de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck:

- mw. M.B. Schulte;

namens de Vereniging Bewegingsleer Cesar:

- mw. drs. H.C. Hasper;

namens Zorgverzekeraars Nederland:

- dhr. A.L.J.E. Martens;
- dhr. Mr. R. van der Worp.

Daarnaast zijn adviseurs aanwezig bij de bijeenkomsten van de Stuurgroep:

namens het College voor Zorgverzekeringen:

- dr. W.H. Salzmann;

namens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport:

- drs. P.S.B. Boom;
- mw. L. Venetien;

namens de Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen Ambtenaren:

- drs. W.M. Wolter;

namens het College Tarieven Gezondheidszorg:

- drs. H. van Vliet.

Wij danken de inzet van alle deelnemende therapeuten, zonder wie dit project niet tot stand was gekomen.

NIVEL, 2003

Leeswijzer

Dit jaarboek wordt voorafgegaan door een zelfstandig leesbare samenvatting, waarin de resultaten worden bediscussieerd.

Het eerste hoofdstuk van dit jaarboek beschrijft in het kort de achtergronden, doelstellingen en methode van het LiPZ-netwerk. Aangeraden wordt van dit hoofdstuk paragraaf 6 te lezen voor een juiste interpretatie van de gegevens.

Geïnteresseerden in een uitgebreide verantwoording van de opzet en data-verwerking van het LiPZ-netwerk wordt aanbevolen Jaarboek LiPZ 2001 te lezen (1).

In de hoofdstukken 2 tot en met 6 van het huidige jaarboek worden de belangrijkste resultaten beschreven aan de hand van grafische weergaven. Het jaarboek bevat drie bijlagen. In bijlage 1 wordt de inhoud van de gegevensverzameling weergegeven; een uitgebreide verantwoording van de representativiteit is weergegeven in bijlage 2; in bijlage 3 tot slot is een tabellenboek opgenomen, met daarin alle gevonden resultaten.

Samenvatting en beschouwing

In dit rapport wordt voor het eerst verslag gedaan van de volledige gegevensverzameling voor de beroepsgroep Oefentherapie Cesar. De registratieperiode waarover gerapporteerd wordt, loopt van maart 2001 tot mei 2003.

In de registratieperiode zijn er van ruim 4.400 patiënten met een reguliere behandeling oefentherapie Cesar zorggerelateerde gegevens verzameld. Het blijkt dat het merendeel van de groep patiënten, die in 2002 verwezen is naar een oefentherapeut Cesar, vrouw is (69%). Het merendeel (70%) van de patiënten is ziekenfondsverzekerd en meer dan de helft van de patiënten valt in de leeftijdrange van 15 tot 44 jaar. Opvallend is dat de groep kinderen voor ongeveer de helft uit jongens bestaat, terwijl het aandeel mannelijke patiënten in de overige categorieën veel kleiner is. Patiënten in de leeftijd van 65 jaar en ouder bezoeken weinig een oefentherapeut Cesar. De gemiddelde leeftijd is 34 jaar. Particulier verzekerde patiënten zijn hoger opgeleid en het aandeel kinderen en jong volwassenen is groter dan bij de ziekenfondsverzekerde patiënten.

De huisarts is met ongeveer 90% de meest voorkomende verwijzer naar oefentherapie Cesar. Als er sprake is van een verwijzing door een medisch specialist is dat vaak een neuroloog of orthopeed. De top 10 van verwijfsdiagnosen beslaat 75% van alle verwijzingen. De helft van de patiënten die voor een behandeling bij de oefentherapeut Cesar komt, heeft een aandoening die gerelateerd is aan de wervelkolom. 'Lage rugpijn zonder uitstraling', 'symptomen/klachten rug' en 'symptomen /klachten nek' vormen de top 3. Daarnaast komen ook klachten gerelateerd aan het psychisch functioneren (hyperventilatie, neurasthenie/surmenage en spanningshoofdpijn) voor in de top 10 van verwijfsdiagnosen. Bij particulier verzekerden neemt de diagnose 'specifiek leerprobleem' (verzamelterm voor onder meer een motorische ontwikkelingsstoornis) een opvallende plaats in. Dat deze diagnose in de top 10 staat, komt waarschijnlijk door het relatief hogere percentage kinderen bij de particulier verzekerde patiënten.

Bij 2% van de patiënten wordt aangegeven dat de aandoening of klacht van de patiënt voorkomt op de door de Minister van VWS uitgegeven lijst voor langdurige of intermitterende therapie.

Voor een beschrijving van het gezondheidsprobleem vanuit het oefentherapeutisch perspectief is gekozen voor een combinatie van 2 elementen, 'pathologie' en de 'belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling', uit de beroepsspecifieke diagnosecode. Het merendeel van de patiënten (65%) heeft een combinatie die voorkomt in de top 10. In de tien meest voorkomende combinaties neemt de combinatie met de pathologie 'degeneratieve aandoeningen' een prominente plaats in. De meest gestelde combinatie tussen pathologie en belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling is de combinatie 'orthopedische aandoening' met 'stoornis in functioneren wervelkolom', respectievelijk 9,0% bij ziekenfondsverzekerden en 11,0% bij particulier verzekerden.

Bijna eenderde van de patiënten van de oefentherapeut Cesar heeft een recidiverende klacht. Bovendien heeft meer dan de helft van de patiënten bij aanvang van de behandel-episode langer dan zes maanden klachten. Een kwart heeft zelfs langer dan twee jaar klachten bij aanvang van de behandel-episode. Bijna 45% van de patiënten is in de twee jaar voorafgaand aan de behandeling onder behandeling geweest van een fysiotherapeut en/of oefentherapeut voor dezelfde klacht of voor een andere klacht. Iets meer dan 30% van alle patiënten is eerder onder behandeling geweest van een fysiotherapeut.

Voor de oefentherapie Cesar zijn vier beroepsspecifieke richtlijnen beschikbaar. Slechts bij enkele patiënten is door de oefentherapeut aangegeven dat een beroepsspecifieke richtlijn gevolgd zal worden. Opgemerkt moet worden dat het merendeel van de richtlijnen slechts van toepassing is bij een relatief kleine groep patiënten welke een oefentherapeut Cesar in haar dagelijkse praktijk tegenkomt.

De hoofddoelen van de behandeling worden bij bijna driekwart van de patiënten op zowel activiteiten- als op functieniveau gelegd. Veel voorkomende behandel-doelen op activiteiten-niveau zijn '(gaan) liggen/zitten/staan' en 'arbeidsgerelateerde activiteiten'. Op het niveau van lichaams-functie worden de behandel-doelen 'stand/houding wervelkolom' en 'lichaamshouding' frequent genoemd. De top 10 combinaties van behandel-doelen beslaat meer dan de helft van alle combinaties van behandel-doelen.

De behandeling en het resultaat

De behandeling van een oefentherapeut Cesar bestaat voor het grootste gedeelte uit het individueel sturen en oefenen van functies en vaardigheden zonodig aangevuld met het informeren van de patiënt. Het uitvoeren van behandelingen in groepsverband komt nagenoeg niet voor.

De gemiddelde behandelingsperiode bedraagt 12,1 (sd 6,7) zittingen met een gemiddelde duur van 16 weken. Bij driekwart van alle patiënten wordt de behandelingsperiode binnen zes maanden afgesloten met maximaal 18 zittingen. De behandelingsperiode van particulier verzekerden patiënten bestaat over het algemeen uit minder zittingen en duurt iets korter. Zowel bij particulier verzekerden als bij ziekenfondsverzekerden komt het eenmalig ‘oefentherapeutisch consult’ nagenoeg niet voor.

Als reden voor het beëindigen van de zorg is bij iets meer dan de helft van de patiënten aangegeven dat de cliënt is uitbehandeld. Daarnaast wordt een aanzienlijk deel (16%) van de behandelingsperioden door de patiënt zelf beëindigd. Bij ruim 70% van de patiënten worden de behandelingsdoelen driekwart tot volledig bereikt. Het merendeel van de patiënten (70%) waarbij het behandelingsdoel niet wordt bereikt, heeft één tot zes zittingen gehad. Een evaluatieverslag naar de verwijzer vindt bij ruim de helft van de patiënten plaats binnen twee weken na de afsluiting van de behandelingsperiode.

Determinanten van de omvang van de zorg

Het gemiddelde aantal zittingen van een behandelingsperiode wordt niet significant beïnvloed door de demografische kenmerken. De gemiddelde duur van de behandelingsperiode wordt bij ziekenfondsverzekerden beïnvloed door geslacht en opleiding. Over het algemeen worden vrouwen iets langer behandeld dan mannen en de behandelingsduur loopt op naarmate het opleidingsniveau hoger wordt. Meer voorspellend voor het aantal zittingen zijn de verwijzingsdiagnosen. Het gemiddelde aantal zittingen voor de tien meest voorkomende verwijzingsdiagnosen loopt uiteen van 11,7 (sd 6,2) (lage rugpijn zonder uitstraling) tot 14,5 (sd 7,0) zittingen (lage rugpijn met uitstraling). Het meest voorspellend voor het aantal zittingen zijn de combinaties tussen de elementen ‘pathologie’ en de ‘belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling’ van de beroepsspecifieke diagnosecodering en de combinaties tussen de hoofdbehandelingsdoelen op de niveaus activiteiten en functies. Het gemiddelde aantal zittingen van de top tien meest voorkomende combinaties tussen de elementen ‘pathologie’ en de ‘belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling’ loopt uiteen van 10,8 (sd 5,2)

zittingen (de combinatie ‘symptomatologie’ met ‘stand/ houding lichaam als geheel’) tot 15,8 (sd 6,6) zittingen (de combinatie ‘degeneratieve aandoeningen’ met ‘functioneren spiergroepen extremiteiten’).

Het gemiddelde aantal zittingen van de top tien van meest voorkomende combinaties van hoofdbehandeldoelen varieert tussen 10,9 (sd 4,7) (‘ADL’- ‘stand/houding wervelkolom’) en 15,5 (sd 7,5) (‘arbeid gerelateerde activiteiten’- ‘stand houding wervelkolom’).

Kortdurende versus langdurige behandel episodes

Naast de rapportage van de “reguliere” patiënten wordt in het jaarboek ook gerapporteerd over verschillen tussen de groep patiënten met een “langdurige behandel episode” en de groep patiënten met een “kortdurende behandel episode”. De groep patiënten met een langdurige behandel episode omvat ruim een vijfde van de totale populatie. Onder langdurig wordt verstaan een behandel episode die tenminste zes maanden duurt. Over het algemeen worden klachten die langer duren dan zes maanden als “chronisch” gedefinieerd.

Wat betreft de patiëntenkenmerken zijn er weinig verschillen tussen de patiënten met kort- en langdurige behandel episodes. Een opvallend verschil is dat in de groep patiënten met een langdurige behandel episode kinderen twee maal zo vaak voorkomen.

Van de patiënten met een kortdurende behandel episode heeft ruim driekwart een verwijzing die voorkomt in de top tien. Het patroon van verwijzdiagnosen van patiënten met een langdurige behandel episode is meer gevarieerd. Het meest opvallende verschil in de top tien verwijzingen bij de patiënten met een langdurige behandel episode is de verwijzing ‘specifiek leerprobleem’ (verzamelterm voor motorische ontwikkelingsstoornis). Bij patiënten met een langdurige behandel episode is het aandeel aandoeningen dat voorkomt op de door de Minister van VWS uitgegeven lijst voor langdurige of intermitterende therapie laag (9%).

Patiënten met een langdurige behandel episode worden relatief iets vaker met een klacht verwezen die langer dan zes maanden bestond. Daarnaast hebben patiënten met een langdurige behandel episode vaker een behandeldoel alleen op lichaamsfunctieniveau. Vooral de behandeldoelen ‘ontspanning’ en ‘stabiliteit/mobiliteit’ treden op de voorgrond. Bij deze groep vindt relatief meer de verrichting ‘individueel sturen en oefenen van functies’ plaats. Behandel-

doelen op activiteitsniveau zijn bij de patiënten met een kortdurende behandel-episode relatief vaker ‘arbeid gerelateerd’ en ‘ADL’.

Conform de verwachting worden patiënten met een langdurige behandel-episode vaker behandeld dan patiënten met een kortdurende behandel-episode. Het gemiddelde aantal zittingen bedraagt respectievelijk 22,6 en 10,4 zittingen. Het gemiddelde aantal zittingen bij de patiënten met een langdurige behandel-episode is een onderschatting omdat bij ruim de helft van de patiënten de behandel-episode nog niet is afgesloten.

De behandel-episodes bij de patiënten met een kortdurende behandel-episode worden voor een aanzienlijk deel (20%) gestaakt door de patiënt zelf. Bij de patiënten met een langdurige behandel-episode is dat slechts 2%. De gestelde behandel-doelen worden bij de patiënten met een langdurige behandel-episode voor bijna 70% ‘volledig bereikt’. Bij de patiënten met een kortdurende behandel-episode is dat bij ongeveer de helft van de patiënten.

Beschouwing en Discussie

In dit rapport wordt voor de eerste maal gerapporteerd over de volledige set van gegevens die door het LiPZ-netwerk worden verzameld. De resultaten geven een genuanceerd inzicht in de inhoud van de oefentherapeutische zorg gegeven door oefentherapeuten Cesar in de extramurale gezondheidszorg. Een aantal bevindingen zijn opvallend en worden bediscussieerd.

Het zijn vooral vrouwen in de leeftijd tot 55 jaar die een oefentherapeut Cesar bezoeken. Wat de reden is dat vooral vrouwen een oefentherapeut bezoeken is onduidelijk. Uit de top 10 van verwijzingen, die ongeveer driekwart van alle verwijzingen beslaat, komt niet naar voren dat de klachten vrouwspecifiek zijn. Verder blijkt dat slechts 1 op de 20 patiënten die een oefentherapeut Cesar bezoekt ouder is dan 65 jaar. Blijkbaar bestaat er een beeld bij de verwijzers dat oefentherapie Cesar geen bijdrage kan leveren aan het opheffen van problemen in houding en bewegen bij ouderen.

De mogelijkheid om patiënten te verwijzen voor een oefentherapeutisch consult is 1 januari 2001 geïntroduceerd. Uit de gegevens van het LiPZ-netwerk blijkt dat van deze mogelijkheid slechts spaarzaam gebruik wordt gemaakt; het aantal consulten oefentherapie Cesar betreft zowel in 2001 en 2002 minder dan 1% van het totale aantal patiënten. Naast het onbekend zijn met een consult is een andere mogelijke verklaring dat artsen voldoende

vertrouwen hebben in hun eigen kennis en vaardigheden ten aanzien van een indicatiestelling tot oefentherapie Cesar. Het oefentherapeutische consult sluit aan bij de toegenomen professionaliteit van de beroepsgroep. Het verdient aanbeveling aandacht te besteden aan de verdere implementatie van deze verwijsmogelijkheid.

Uit de resultaten komt naar voren dat de oefentherapeutische zorg in omvang en duur een grote variatie kent. Bij iets minder dan 10% van de patiënten is de behandeling binnen 3 zittingen afgerond, bij een kleine 4% bestaat de behandelingsperiode uit meer dan 25 zittingen. De variatie kan niet verklaard worden door demografische kenmerken. De combinatie van de elementen 'pathologie' en de 'belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling' van de beroepsspecifieke diagnosecodering is door een grote variantie ook weinig voorspellend voor de omvang van de zorg. Dat de beroepsspecifieke diagnose weinig kan differentiëren in de omvang van de zorg is enigszins teleurstellend. Juist een beroepsspecifieke diagnose zou scherper de verschillen tussen de problemen waarmee mensen komen naar een oefentherapeut in kaart moeten kunnen brengen. In een aanvullend onderzoek zou gezocht kunnen worden naar andere combinaties van elementen van de beroepsspecifieke diagnosecodering die meer discriminerend zijn voor de omvang.

'Lijstpatiënten'¹ komen nagenoeg niet voor bij de oefentherapeut Cesar. In de huidige rapportage is een onderscheid gemaakt tussen patiënten met een langdurige behandelingsperiode (> 6 maanden) en patiënten met een kortdurende behandelingsperiode. Opmerkelijk is dat de groep patiënten die langdurige zorg behoeven niet exclusief uit zogenaamde 'lijstpatiënten' bestaat, slechts 1 op de tien patiënten is een 'lijstpatiënt'. Er zijn nagenoeg geen verschillen in de top tien verwijzdiagnosen en in de top tien beroepsspecifieke diagnosecodes tussen de patiënten met langdurige zorg en patiënten met kortdurende zorg. Hierdoor is het enigszins onduidelijk wat de motivatie is om kort of lang te

¹ Op grond van de beperkende maatregel is een indeling te maken in 'lijst' en 'niet-lijstpatiënten'. De beperkende maatregel houdt in dat het basispakket van het ziekenfonds een beperkt aantal zittingen fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck vergoedt. Patiënten die een aandoening hebben die voorkomt op een door de Minister van VWS uitgegeven lijst voor langdurige of intermitterende therapie en voldoen aan de criteria van deze lijst (ofwel 'lijstpatiënten'), worden hiervan uitgezonderd.

behandelen. De transparantie ten aanzien van de omvang zou verbeterd kunnen worden. Het is mogelijk dat een combinatie van verschillende factoren een meer voorspellende waarde heeft voor de omvang van de zorg dan het gebruik van een enkele factor. Deze veronderstelling is niet in dit rapport onderzocht.

Richtlijnen zijn belangrijke instrumenten om uniformiteit en transparantie van zorg te verkrijgen. Op dit moment zijn er vier richtlijnen beschikbaar. Uit de resultaten blijkt dat bij minder dan 5% van alle patiënten de oefentherapeut Cesar heeft aangegeven dat een bepaalde richtlijn gevolgd zal worden². Er is geen zicht op welk percentage van het patiënten aanbod in de extramurale gezondheidszorg deze richtlijnen betrekking hebben. Afgaande op de onderwerpen zijn ze bij slechts een beperkte groep van patiënten van toepassing. Nader onderzoek zal meer informatie kunnen geven bij welke verwijsdiagnose er wel gebruik gemaakt wordt van een bestaande richtlijn en welke beweegredenen er ten grondslag liggen aan het wel of niet toepassen van een richtlijn bij een bepaalde patiënt. Deze informatie is nodig om de verdere implementatie van richtlijnen te optimaliseren en bij een eventuele actualisatie van de richtlijn in de toekomst.

In de komende jaren zijn er belangrijke ontwikkelingen in de zorg te verwachten. Het LiPZ-netwerk zal het mogelijk maken de uitwerking van deze ontwikkelingen in de extramurale praktijk van fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck te volgen.

Een belangrijke ontwikkeling is de mogelijke invoering van directe toegankelijkheid tot oefentherapie Cesar. Op het ogenblik worden de mogelijkheden hiervoor verkend. De mogelijkheid van directe toegankelijkheid sluit aan bij de professionalisering van de beroepsgroep. Het LiPZ-netwerk kan de gevolgen van deze maatregel voor de inhoud van oefentherapeutische zorg in kaart brengen. Door middel van het LiPZ-netwerk kan inzicht worden verkregen in het percentage van patiënten dat zonder verwijzing van de

² Dit cijfer geeft op zeer indirecte wijze inzicht in de mate van implementatie van richtlijnen. Het gegeven dat een oefentherapeut Cesar aangeeft een bepaalde richtlijn te zullen gaan volgen, is nog geen bewijs dat hij deze daadwerkelijk toepast. Omgekeerd betekent het gegeven dat een oefentherapeut Cesar aangeeft de richtlijn bij een patiënt niet te zullen volgen niet, dat de richtlijn (op onderdelen) toegepast zou worden.

huisarts onder behandeling van de oefentherapeut Cesar komt. Daarnaast zal het LiPZ-netwerk inzicht bieden in mogelijke verschillen in omvang en de inhoud van de oefentherapeutische zorg tussen patiënten met en zonder verwijzing van de huisarts. Ook zouden de gevolgen van directe toegankelijkheid voor de huisartsenzorg onderzocht kunnen worden door LiPZ-gegevens en gegevens gegenereerd door LINH (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg) te vergelijken. Hierdoor wordt het mogelijk een eventuele verschuiving tussen de zorg geleverd door huisartsen en de zorg geleverd door oefentherapie Cesar als gevolg van directe toegankelijkheid te onderzoeken.

Ook de invloed van andere maatregelen kan door het LiPZ-netwerk gevolgd worden. Op dit moment is de discussie rond de basisverzekering weer actueel; het is onduidelijk of oefentherapie Cesar beperkt in het basispakket blijft of dat het beperkt wordt tot bepaalde groepen van patiënten, bijvoorbeeld patiënten met chronische aandoeningen. Verder krijgen bedrijfsartsen per 1 januari 2004 de mogelijkheid om patiënten naar oefentherapie Cesar te verwijzen. Tot slot kan het LiPZ-netwerk een signalerende functie hebben ten aanzien van mogelijke onderzoeksvragen in de oefentherapie Cesar (2).

Naast een continue monitor waarin ontwikkelingen op het gebied van fysiotherapeutische en oefentherapeutisch zorg gevolgd kunnen worden biedt het netwerk ook een relatief flexibele structuur voor wetenschappelijke en beleidsgerelateerde vraagstellingen. Zowel beleidsmakers als wetenschappelijke onderzoekers kunnen –mits de Stuurgroep LiPZ daarmee instemt– voor algemene en specifieke vraagstellingen gebruik maken van de gegevens gegenereerd door het LiPZ-netwerk. Vooruitlopend op de (openbare) resultaten van dit rapport zijn er diverse verzoeken geweest voor het gebruik van LiPZ-data; zo heeft de Gezondheidsraad om informatie verzocht in de voorbereiding van haar advies over oefentherapie. De komende jaren zullen uitwijzen of het LiPZ-netwerk voorziet in de informatiebehoefte over de inhoud van de oefentherapeutisch zorg door oefentherapeuten Cesar in de extramurale gezondheidszorg.

1 Inleiding

1.1 Inleiding

Voor u ligt Jaarboek LiPZ 2002. Hierin wordt voor het eerst verslag gedaan van de volledige gegevensverzameling van het project 'Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg' (LiPZ). Binnen dit project worden continu zorggerelateerde gegevens verzameld omtrent de beroepsgroepen extramurale fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck.

In dit hoofdstuk wordt een kort overzicht gegeven 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 het LiPZ-project is een representatieve, continue informatieverzameling van zorggerelateerde gegevens over de beroepsgroepen extramurale fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck. In het LiPZ-netwerk worden gegevens verzameld omtrent vijf elementen van het zorgproces, te weten patiënt, verwijzing, diagnose, behandeling en evaluatie.

Het LiPZ-netwerk is niet alleen van belang voor individuele beroepsbeoefenaren, maar ook voor beroepsverenigingen en beleidsmakers. 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.

Gezien de continuïteit van het LiPZ-netwerk is het bovendien mogelijk om trendmatige veranderingen in de geboden zorg waar te nemen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan veranderingen ten gevolge van beleidsmaatregelen, zoals wijzigingen in het basispakket en directe toegankelijkheid binnen de eerstelijns zorg.

Tot slot biedt het LiPZ-netwerk de mogelijkheid om de kwaliteit van het handelen te toetsen. Zo kan er bijvoorbeeld met behulp van LiPZ-gegevens een indicatie worden verkregen omtrent de mate van overeenstemming tussen de geleverde zorg en de genormeerde zorg, zoals beschreven in richtlijnen.

1.3 Basisonderzoeksvragen

Het doel van het LiPZ-project 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:

1. Wat zijn de kenmerken van patiënten verwezen naar paramedische zorg?
2. Door welke medici en voor welke klachten/ aandoeningen worden patiënten naar paramedische zorg verwezen?
3. Wat is er bekend over het 'gezondheidsprobleem' van de patiënt die verwezen wordt naar paramedische zorg?
4. Hoe ziet een paramedisch behandelplan er uit in termen van behandel-doelen, welke verrichting(en) is (zijn) uitgevoerd en wat is de werkelijke omvang van de behandel-episode?
5. Wat is het resultaat van de behandeling?

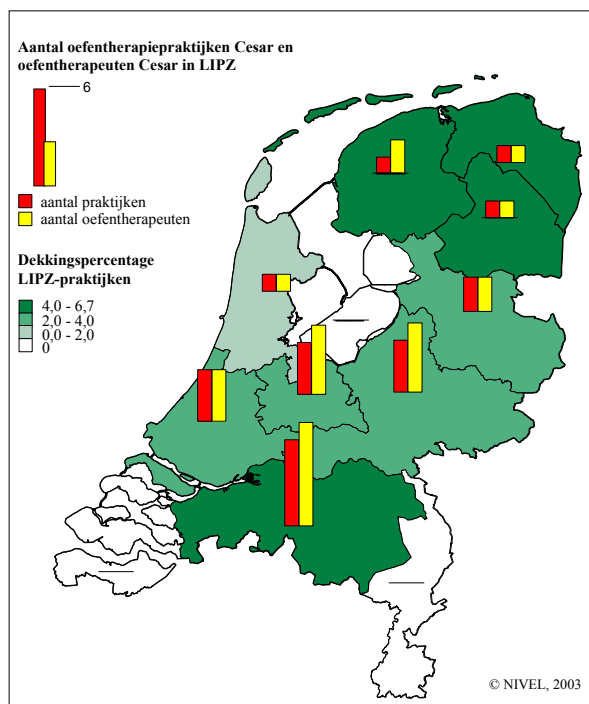
Bovenstaande vragen zullen niet alleen beantwoord worden voor de algemene populatie, maar er zal tevens een uitsplitsing gemaakt worden naar patiënten met een kortdurende behandel-episode (< zes maanden) en patiënten met een langdurige behandel-episode (≥ zes maanden). Betreffende vraag vier zal bekeken worden welke factoren van invloed zijn op het gemiddelde aantal zittingen en de duur van de behandel-episode.

De operationalisering van deze onderzoeksvragen staat weergegeven in bijlage 1.

1.4 Werkwijze

Binnen het LiPZ-project registreren op dit moment 24 oefentherapeuten Cesar verspreid over 20 praktijken zorggerelateerde gegevens. In de huidige rapportage is alleen gebruik gemaakt van de gegevens van therapeuten die minimaal vier maanden aaneengesloten gegevens hebben aangeleverd. Aan dit criterium voldoen 26 oefentherapeuten Cesar, verspreid over 21 praktijken. De registratieperiode waarover gerapporteerd wordt, loopt van maart 2001 tot mei 2003. De gemiddelde duur van de registratieperiode is 20 maanden.

Figuur 1.1: Spreiding LiPZ-praktijken voor oefentherapie Cesar over Nederland



Gedurende het eerste deel van de registratieperiode heeft er 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 -speciaal voor het LiPZ-project vervaardigde- LiPZ-module. Deze LiPZ-module is ingebouwd in de praktijksoftwarepakketten RAAM en Intramed. Middels de module kunnen gegevens verzameld worden die niet standaard in het softwarepakket aanwezig zijn. Deze gegevens sluiten aan bij het standaard verslagleggingformulier van de oefentherapeut Cesar. De oefentherapeut Cesar vult de LiPZ-module op twee momenten in: bij het begin en bij de afsluiting van de behandelingsperiode.

Maandelijks worden de LiPZ-gegevens, aangevuld met de standaard declaratiegegevens, geëxtraheerd uit de praktijkregistratie zonder daarbij privacygevoelige 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 verwijdsdiagnosen. De therapeut neemt in de LiPZ-module de letterlijke tekst van de verwijdsbrief over. Door onderzoekers van het NIVEL wordt deze tekst gecodeerd naar de ICPC-code (International Classification for Primary Care) (3). 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. Er vindt een eerste controle plaats voordat de gegevens in de centrale LiPZ-database worden opgenomen. Vervolgens vindt een tweede controle plaats in de centrale database.

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 gegevens aangetroffen worden, vindt er feedback plaats naar de betreffende praktijk. Noodzakelijke verbeteringen kunnen door de therapeuten direct in de praktijksoftware gemaakt worden, waarna de juiste 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 LiPZ-database) betreft controles op dubbele aanlevering van gegevens uit praktijken en op het voorkomen van onterechte of dubbele waarden bij variabelen. Daarnaast wordt gecontroleerd op de aanwezigheid van onterechte dubbele verwijzingen en 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 Onderzoeksgroepen

In het LiPZ-netwerk zijn, gedurende de registratieperiode (maart 2001 - mei 2003), voor de beroepsgroep oefentherapie Cesar van ruim 4.400 patiënten gegevens geregistreerd. Van bijna de helft van deze patiënten is zowel de start als het einde van de behandelingsperiode geregistreerd. Van de overige patiënten is de start en/ of het einde van de behandelingsperiode niet geregistreerd. Dit is het geval als de patiënt bij aanvang van de registratieperiode reeds onder behandeling was of als de patiënt aan het einde van de registratieperiode nog niet uitbehandeld was. De gegevens van de patiënten van wie zowel de start als het einde van de behandelingsperiode geregistreerd is, zullen worden gebruikt voor het beantwoorden van de vragen met betrekking tot de omvang van de behandelingsperiode, de verrichtingen en de evaluatie ($n = 1.955$). De behandelingsperiode van deze groep patiënten wordt aangeduid als 'afgeronde behandelingsperiode'.

De overige vragen zullen beantwoord worden aan de hand van gegevens van patiënten die in 2002 bij de praktijk zijn aangemeld ($n = 2.043$). Deze groep patiënten kan worden beschouwd als een dwarsdoorsnede van de patiëntenpopulatie van de oefentherapeut Cesar. Bovendien maakt een indeling naar aanmelddatum op eenvoudige wijze vergelijking met voorgaande jaren mogelijk.

Overigens wordt in de tabellen in de bijlage een onderscheid gemaakt tussen ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten om vergelijking met gegevens uit Jaarboek 2001 mogelijk te maken³. Bij noemenswaardige verschillen zal hier aandacht aan worden besteed. De LiPZ-database bevat, wat betreft de registratieperiode waarover gerapporteerd wordt, een oververtegenwoordiging van ziekenfondsverzekerde patiënten. Aangezien de LiPZ-module nog niet in gebruik was genomen, zijn gedurende de eerste helft van de registratieperiode van particulier verzekerde patiënten geen gegevens geregistreerd.

Naast een rapportage over gegevens van de "reguliere" patiënt, wordt er in het jaarboek ook gerapporteerd over een specifieke patiëntencategorie, namelijk de patiënten met een "langdurige behandelingsperiode". Deze groep doet aanspraak op (of heeft aanspraak gemaakt op) langdurige zorg. Over het algemeen worden klachten die langer duren dan zes maanden als 'chronisch' gedefinieerd, vandaar dat onder een langdurige behandelingsperiode een behandelingsperiode wordt verstaan die minimaal zes maanden duurt. Let wel, hierbij wordt geen rekening gehouden met het aantal zittingen dat de patiënt heeft gehad. Deze groep patiënten zal worden vergeleken met de patiënten bij wie de behandeling binnen zes maanden is afgerond. Het LiPZ-netwerk bevat in april 2003 betreffende de beroepsgroep oefen therapie Cesar 944 patiënten met een langdurige behandelingsperiode, dit is ruim een vijfde van de totale populatie, en 1.577 patiënten met een afgeronde kortdurende behandelingsperiode (35% van de totale populatie). De behandelingsperiodes van de overige patiënten zijn (nog) niet afgerond en/ of (nog) niet langdurig.

Over wie wordt gerapporteerd:

- Patiënten aangemeld in 2002	n = 2.043
- Patiënten met een afgeronde behandelingsperiode	n = 1.955
- Patiënten met een langdurige behandelingsperiode	n = 944
- Patiënten met een kortdurende behandelingsperiode	n = 1.577

³ Indien getoetst wordt of verschillen statistisch significant zijn, geldt een significantieniveau van 0,05.

Zoals vermeld in paragraaf 1.4 heeft gedurende het eerste deel van de registratieperiode een beperkte gegevensverzameling plaatsgevonden middels filtering uit het standaard softwarepakket. Hierdoor zijn de resultaten betreffende de gegevens die standaard in het softwarepakket aanwezig zijn gebaseerd op een hoger aantal patiënten dan de resultaten betreffende de gegevens die daar niet standaard in zitten.

1.6 Representativiteit LiPZ-netwerk oefentherapie Cesar

De representativiteit van het LiPZ-netwerk is op drie niveaus bekeken: op praktijk-, therapeut- en patiëntniveau. In deze paragraaf worden de belangrijkste bevindingen weergegeven. Voor een uitgebreider overzicht van de representativiteit wordt verwezen naar bijlage 2.

Zowel op praktijkniveau als op therapeutniveau kan de representativiteit goed tot zeer goed worden genoemd. Er zijn slechts minimale verschillen gevonden bij vergelijking van de LiPZ-gegevens met gegevens uit de Peiling Oefentherapie 2002 (4) (zie tabellen 1 en 2 in bijlage 2).

Op patiëntniveau is geen goede vergelijking mogelijk met recente gegevens. Om toch een beeld te krijgen van de representativiteit zijn de LiPZ-gegevens vergeleken met de gegevens uit het onderzoek naar de Beperkende Maatregel (5), welke reeds enkele jaren geleden heeft plaatsgevonden. Daarnaast zijn de gegevens vergeleken met de meest recente gegevens uit LINH (6). LINH bevat echter alleen gegevens van patiënten die door de huisarts verwezen zijn. De representativiteit op patiëntniveau is voldoende. Verschillen met gegevens omtrent patiëntkenmerken en verwijdsdiagnosen uit beide onderzoeken zijn niet groot (zie tabellen 3-5 in bijlage 2). De verwijdsdiagnosen van patiënten uit LINH komen goed overeen met de verwijdsdiagnosen van patiënten uit het LiPZ-netwerk. Wel bevat het LiPZ-netwerk relatief meer kinderen vergeleken met de cijfers uit het onderzoek naar de beperkende maatregel en LINH. Dit hogere percentage kinderen hangt samen met een hoger percentage patiënten in het basisonderwijs en het voorkomen van de verwijdsdiagnose 'specifiek leerprobleem' in de top tien verwijdsdiagnosen van het LiPZ-netwerk.

2 Patiëntkenmerken

Kernboodschap:

Er komen meer vrouwen dan mannen bij de oefentherapeut Cesar. Het merendeel van de patiënten is ziekenfondsverzekerd en de grootste groep is tussen de 25 en 34 jaar oud. Patiënten van 75 jaar en ouder komen nauwelijks bij de oefentherapeut Cesar.

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de algemene kenmerken van de patiënten die behandeld worden door de oefentherapeut Cesar besproken. Deze gegevens zijn onder meer van belang voor het verkrijgen van inzicht in de patiëntengroep die de oefentherapeut Cesar bezoekt. Gegevens met betrekking tot het geslacht, de leeftijd, het opleidingsniveau en de verzekeringsvorm staan in dit hoofdstuk weergegeven.

2.2 Patiëntkenmerken



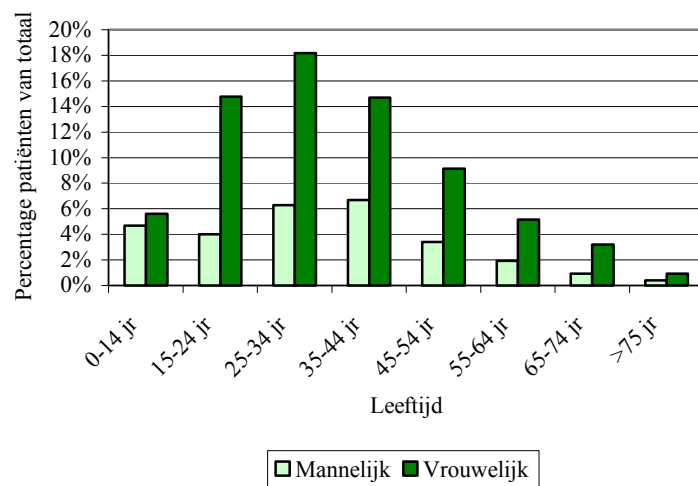
zie ook de tabellen 1 en 2 in bijlage 3

Algemene populatie

De patiënt die de oefentherapeut Cesar bezoekt, is over het algemeen van het vrouwelijke geslacht (69%). Het merendeel van de patiënten is ziekenfondsverzekerd (70%) en de grootste groep patiënten is tussen de 25 en 34 jaar oud (21%). De gemiddelde leeftijd is 33,9 jaar. Patiënten van 75 jaar en ouder komen nauwelijks bij de oefentherapeut Cesar (1%).

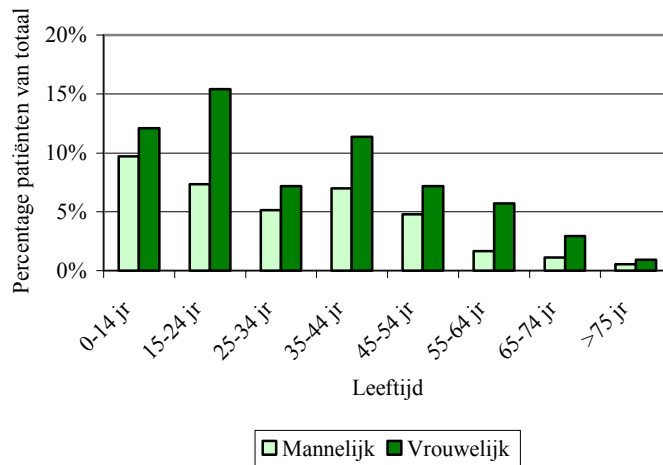
Een uitsplitsing van ziekenfondsverzekerden naar het geslacht laat qua leeftijdsverdeling weinig verschillen zien (zie figuur 2.1). Alle leeftijdscategorieën bevatten meer vrouwen dan mannen. Bij de vrouwen is de grootste groep patiënten tussen de 25 en 34 jaar, bij de mannen is de grootste groep tussen de 35 en 44 jaar oud. Opvallend is dat de groep kinderen voor ongeveer de helft uit jongens bestaat, terwijl het aandeel mannelijke patiënten in de overige categorieën veel kleiner is.

Figuur 2.1: Leeftijdsopbouw van ziekenfondsverzekerde patiënten aangemeld in 2002 oefentherapie Cesar verdeeld naar geslacht (n = 1.498)



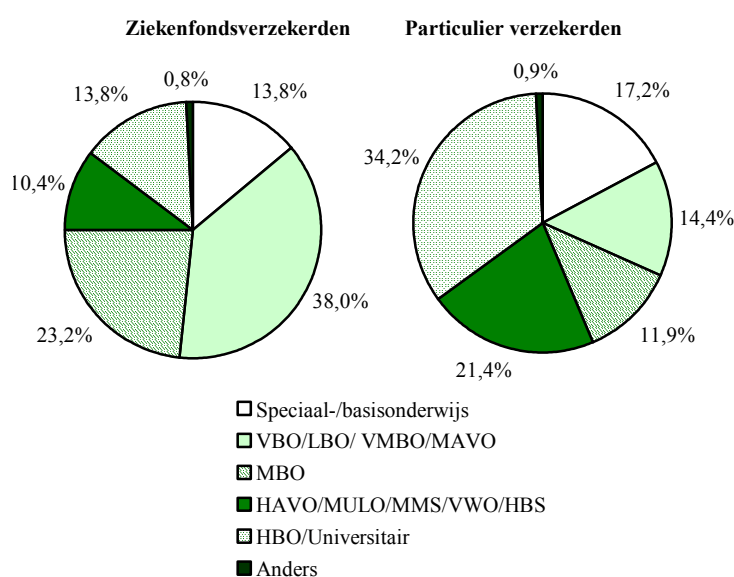
De leeftijdsverdeling van particulier verzekerde patiënten verdeeld naar het geslacht (zie figuur 2.2) laat een ander beeld zien dan de leeftijdsverdeling van ziekenfondsverzekerden. In de groep particulier verzekerden bevinden zich relatief meer kinderen en jongvolwassenen dan in de groep ziekenfondsverzekerden. Gemiddeld zijn particulier verzekerden vier jaar jonger dan ziekenfondsverzekerden (respectievelijk 31 en 35 jaar).

Figuur 2.2: Leeftijdsopbouw van particulier verzekerde patiënten oefen-therapie Cesar aangemeld in 2002 verdeeld naar geslacht (n = 545)



Ziekenfondsverzekerde patiënten zijn over het algemeen lager opgeleid dan particulier verzekerde patiënten. Overigens is dit conform de verwachting. Het merendeel van de ziekenfondsverzekerde patiënten heeft een voltooide opleiding op het niveau van VBO of VMBO (38%) (zie figuur 2.3). Van de particulier verzekerden heeft het merendeel een voltooide opleiding op uni-versitair of HBO-niveau (35%). Het aandeel patiënten met als hoogst vol-tooide opleiding het basisonderwijs is bij particulier verzekerden iets groter dan bij ziekenfondsverzekerden. Dit hangt waarschijnlijk direct samen met de leeftijd: van de particulier verzekerden is een groter deel jonger dan 14 jaar.

Figuur 2.3: Opleidingsniveau van patiënten oefentherapie Cesar aangemeld in 2002 verdeeld naar verzekeringsvorm (ziekenfonds, n = 1.291; particulier, n = 536)



Populatie naar kort- en langdurige behandelperiodes

Er zijn nauwelijks verschillen in de man-vrouwverhouding tussen patiënten met een kortdurende behandelperiode en patiënten met een langdurige behandelperiode (langer dan zes maanden). In beide groepen is 71% van de patiënten van het vrouwelijke geslacht. Verschillen in de leeftijd tussen patiënten met een kortdurende behandelperiode en patiënten met een langdurige behandelperiode zijn iets groter. Binnen de groep patiënten met een langdurige behandelperiode vormen kinderen een belangrijke categorie: 22% van de patiënten. In de groep patiënten met een kortdurende behandelperiode is dit relatief gezien slechts de helft (10%). Het hogere percentage kinderen in de groep patiënten met een langdurige behandelperiode is gerelateerd aan een hoger percentage patiënten dat (nog) geen opleiding op het voortgezet onderwijs voltooid heeft.

Minder dan tien procent van de patiënten met een langdurige behandelperiode heeft een aandoening die voorkomt op de lijst met aandoeningen voor langdurige of intermitterende therapie (VWS-lijst)⁴, dit zijn de zogenoemde 'lijstpatiënten'. Dit duidt er op dat ook niet-lijstpatiënten langdurig door de oefentherapeut Cesar worden behandeld. Overigens sluit dit aan bij het uitgangspunt van oefentherapie Cesar: het bereiken en bestendigen van een gedragsverandering (8). De gehele populatie van de oefentherapeut Cesar bestaat voor 2% uit lijstpatiënten.

⁴ Bij de invoering van de Beperkende Maatregel is vastgelegd dat de standaardpakketpolis van ziekenfondsverzekerden per jaar per indicatie 18 zittingen voor oefentherapie Cesar bevat. Patiënten met een aandoening die voorkomt op de VWS-lijst kunnen aanspraak maken op meer dan 18 zittingen (7).

3 Verwijzing

Kernboodschap:

De helft van de patiënten van de oefentherapeut Cesar wordt verwezen met een aandoening die gerelateerd is aan de wervelkolom. Lage rugpijn zonder uitstraling is de meest voorkomende verwijsdiagnose. Het merendeel van de patiënten is door de huisarts verwezen.

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden gegevens met betrekking tot de verwijzer en diens diagnose besproken. Deze informatie geeft een beeld omtrent de aandoeningen waarmee patiënten naar de oefentherapeut Cesar worden verwezen.

3.2 Verwijzer

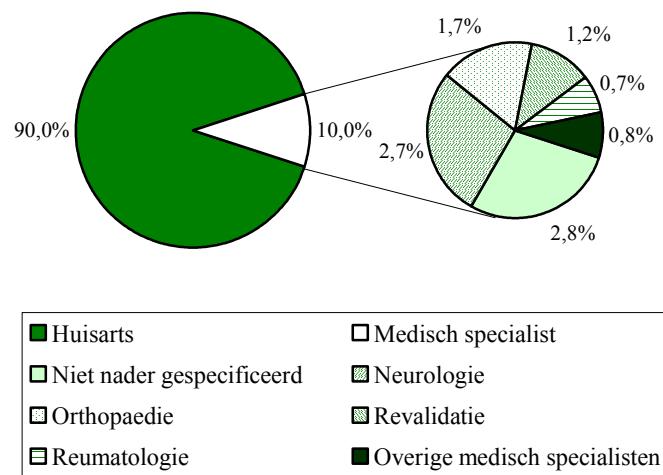


zie ook de tabellen 3 en 4 in bijlage 3

Algemene populatie

De huisarts is de meest voorkomende verwijzer naar oefentherapie Cesar: ongeveer 90% van de verwijzingen is het initiatief van de huisarts. Van de medisch specialisten verwijzen neurologen en orthopeden relatief het vaakst naar de oefentherapeut Cesar (beiden ongeveer twee procent van alle patiënten) (zie figuur 3.1). Er zijn nauwelijks verschillen tussen ziekenfondsverzekerde patiënten en particulier verzekerde patiënten.

Figuur 3.1: Verwijzer naar oefentherapie Cesar van ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten aangemeld in 2002 (n = 2.043)



Populatie naar kort- en langdurige behandelperiodes

Een uitsplitsing naar kort en langdurige behandelperiodes laat geen grote verschillen zien wat betreft de verwijzer. In beide populaties wordt 89% van de patiënten door de huisarts verwezen. Patiënten met een langdurige behandelperiode worden, conform de verwachting, relatief iets vaker door een orthopeed, reumatoloog of neuroloog verwezen dan patiënten met een kortdurende behandelperiode.

3.3 Verwijsdiagnosen



zie ook tabel 5 in bijlage 3

Algemene populatie

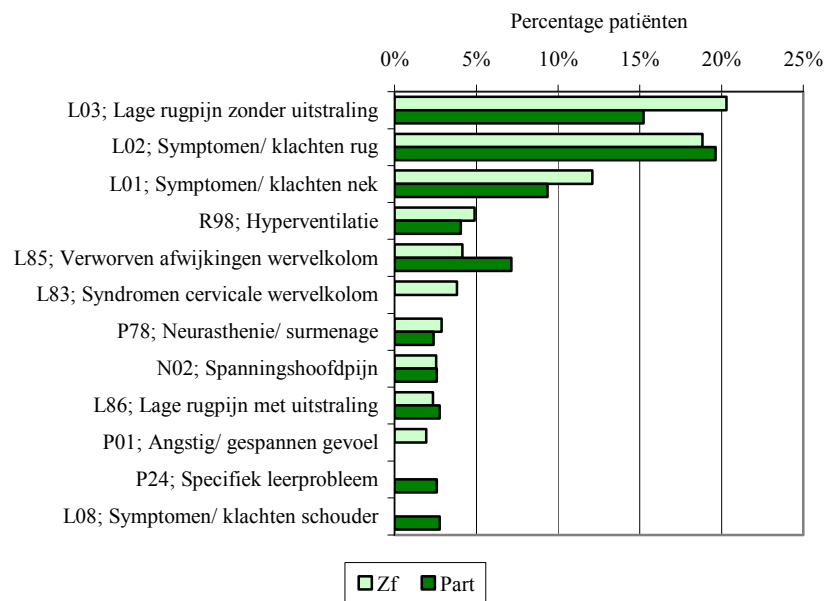
Oefentherapeuten Cesar leveren in het LiPZ-netwerk de verwijstekst van de verwijsbrief, die zij van de verwijzer ontvingen, aan het NIVEL. Deze tekst (de verwijsdiagnose) wordt vervolgens gecodeerd naar de ICPC-codering. In figuur 3.2 staan voor ziekenfondsverzekerden en voor particulier verzekerden de tien meest voorkomende verwijsdiagnosen weergegeven.

Er zijn kleine verschillen wat betreft de verwijsdiagnosen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten. In de groep patiënten met een ziekenfondsverzekering komen de verwijsdiagnosen 'lage rugpijn zonder uitstraling' en 'symptomen/ klachten rug' het meest frequent voor (respectievelijk 20% en 19%). Bij particulier verzekerde patiënten is het aandeel patiënten met de verwijsdiagnose 'symptomen/ klachten rug' vrijwel gelijk (20%), maar het aandeel patiënten met 'lage rugpijn zonder uitstraling' is kleiner (15%). Daarentegen hebben patiënten met een particuliere verzekering relatief vaker de verwijsdiagnose 'verworven afwijkingen wervelkolom' (respectievelijk 7% en 4%). Overigens komen acht verwijsdiagnosen in beide groepen patiënten in de top tien voor. De diagnosen 'syndromen cervicale wervelkolom' en 'angstig/ gespannen gevoel' komen alleen voor in de top tien van ziekenfondsverzekerde patiënten. Bij particulier verzekerde patiënten neemt de diagnose 'specifiek leerprobleem' (verzamelterm voor onder meer een motorische ontwikkelingsstoornis) een opvallende plaats in. Dit is een diagnose die vaak bij kinderen gesteld wordt. Het hogere percentage kinderen bij particulier verzekerden verklaart waarschijnlijk de plaats van deze diagnose in de top tien.

Ook opvallend is dat een redelijk groot deel van de patiënten met psychisch gerelateerde klachten (hyperventilatie, neurasthenie/ surmenage en spanningshoofdpijn) bij de oefentherapeut Cesar komt.

De groep 'overig' bestaat uit diverse verwijsdiagnosen die slechts in beperkte mate voorkomen. Tot deze groep behoren de verwijsdiagnosen van ongeveer een kwart van de patiënten.

Figuur 3.2: 10 meest voorkomende verwijsdiagnosen van patiënten met een ziekenfondsverzekering (n = 1.498) en van patiënten met een particuliere verzekering (n = 545) bij oefentherapie Cesar (aangemeld in 2002)



De helft van de patiënten die voor behandeling bij de oefentherapeut Cesar heeft een aandoening die gerelateerd is aan de wervelkolom. Dit percentage is nagenoeg gelijk vergeleken met het voorgaande jaar (49% ten opzichte van 53%).

Populatie naar kort- en langdurige behandelperiodes

De top tien verwijsdiagnosen van patiënten met een kortdurende behandelperiode komt in grote mate overeen met de top tien verwijsdiagnosen van patiënten met een langdurige behandelperiode. De top drie bevat in beide groepen patiënten de diagnosen 'lage rugpijn zonder uitstraling', 'symptomen/klachten rug' en 'symptomen/klachten nek'. 'Lage rugpijn zonder uitstraling' komt relatief vaker voor bij patiënten met een kortdurende behandelperiode dan bij patiënten met een langdurige behandelperiode (respectievelijk 21% en 14%).

4 Gezondheidsprobleem

Kernboodschap:

Ruim 30% van de patiënten van de oefentherapeut Cesar komt met een recidiverende klacht. Bovendien heeft meer dan de helft van de patiënten bij aanvang van de behandel episode langer dan zes maanden klachten. Ruim 40% heeft eerdere zorg gehad voor dezelfde of andere klachten in de afgelopen twee jaar. Klachten van de patiënten worden wat betreft de pathologie door oefentherapeuten Cesar met name als 'symptomatologie' en 'degeneratieve aandoeningen' gediagnosticeerd. Beroepsspecifieke richtlijnen worden nog nauwelijks toegepast.

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het gezondheidsprobleem van de patiënt besproken. Hierbij komen de duur van de klacht, recidivering van de klacht, gebruik van beroepsspecifieke richtlijnen en het gebruik van andere of eerdere zorg ter sprake. Middels deze gegevens wordt een beeld verkregen omtrent de klacht van de patiënt naar het oordeel van de oefentherapeut Cesar. Mogelijk zijn factoren omtrent het gezondheidsprobleem van invloed op de omvang van de behandel episode.

4.2 Beroepsspecifieke diagnosecode



zie ook de tabellen 6 en 7 in bijlage 3

Algemene populatie

De beroepsspecifieke diagnosecode bestaat binnen de beroepsgroep oefentherapie Cesar uit zes posities, waarbij een uitsplitsing is gemaakt naar lichaamslokalisatie (twee posities), pathologie (twee posities), belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling door de oefentherapeut (één positie) en complicerend beeld in termen van stoornissen en beperkingen (één positie).

Er zijn verscheidene mogelijkheden om de beroepsspecifieke diagnosecode weer te geven. In het jaarboek is gekozen om de combinatie tussen de 'pathologie' en de 'belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling door de oefentherapeut' uit te werken (zie tabel 4.1). Nader onderzoek is noodzakelijk om de meest optimale vorm van weergave te bepalen.

De tien meest voorkomende combinaties tussen de 'pathologie' en de 'belangrijkste stoornissen en/of beperkingen voor de behandeling door de oefentherapeut' bij ziekenfondsverzekerden komen redelijk overeen met de tien meest voorkomende combinaties bij particulier verzekerden. Wat betreft pathologieën bestaat bij beiden de top tien met name uit 'symptomatologie' en 'degeneratieve aandoeningen'. In beide groepen staat de combinatie 'orthopedische aandoeningen - functioneren wervelkolom' op de eerste plaats. Deze komt bij de particulier verzekerden relatief iets vaker voor dan bij ziekenfondsverzekerden (respectievelijk 11% en 9%). Ook de combinatie 'degeneratieve aandoeningen - functioneren botten bovenste extremiteit' komt bij de particulier verzekerden relatief iets vaker voor (respectievelijk 10% en 7%). Zowel in de groep ziekenfondsverzekerde patiënten als in de groep particulier verzekerde patiënten heeft het merendeel van de patiënten een combinatie die voorkomt in de top tien (65%).

Tabel 4.1: 10 meest voorkomende combinaties tussen de 'pathologie' (positie 3) en de 'belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling door de oefentherapeut' (positie 5) voor ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten oefentherapie Cesar aangemeld in 2002

Ziektenfondsverzekerden	1.282	Particulier verzekerden	534
Orthopedische aandoeningen		Orthopedische aandoeningen	
functioneren wervelkolom	9,0%	functioneren wervelkolom	11,0%
Symptomatologie		Degeneratieve aandoeningen	
stand/ houding lichaam als geheel	8,4%	functioneren botten bovenste extr.	9,9%
Degeneratieve aandoeningen		Symptomatologie	
stand/ houding lichaam als geheel	8,0%	stand/ houding lichaam als geheel	8,8%
Degeneratieve aandoeningen		Degeneratieve aandoeningen	
functioneren botten bovenste extr.	7,1%	functioneren wervelkolom	7,7%
Symptomatologie		Degeneratieve aandoeningen	
adempatroon	7,1%	stand/ houding lichaam als geheel	6,4%
Symptomatologie		Orthopedische aandoeningen	
overig	6,9%	stand/ houding lichaam als geheel	6,4%
Degeneratieve aandoeningen		Symptomatologie	
functioneren wervelkolom	6,3%	adempatroon	4,1%
Orthopedische aandoeningen		Neurologische aandoeningen	
stand/ houding lichaam als geheel	4,8%	controle willekeurig bewegen	3,6%
Degeneratieve aandoeningen		Symptomatologie	
overig	3,6%	overig	3,4%
Degeneratieve aandoeningen		Degeneratieve aandoeningen	
functioneren spiergroepen extr.	3,4%	functioneren rompmusculatuur	3,4%
Overig	35,4%	Overig	35,4%

Populatie naar kort- en langdurige behandellevissen

Evenals bij de vergelijking van verwijzdiagnosen laat ook een vergelijking van combinaties van de 'pathologie' (positie 3) en de 'belangrijkste stoornissen en/of beperkingen voor de behandeling door de therapeut' (positie 5) van patiënten met een langdurige behandellevisode met patiënten met een kortdurende behandellevisode slechts kleine verschillen zien. Bij patiënten met een kortdurende behandellevisode komt de combinatie 'symptomatologie' en 'stand/ houding lichaam als geheel' het meest frequent voor (11%). Bij patiënten met een langdurige behandellevisode is dat de combinatie 'symptomatologie' en 'overig' (12%).

4.3 Kenmerken klachten

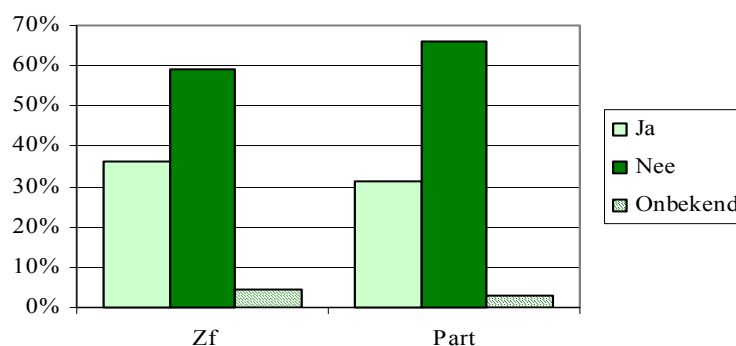


zie ook tabel 8 in bijlage 3

Algemene populatie

In het LiPZ-netwerk worden gegevens verzameld omtrent recidivering van de klachten. Een klacht wordt als recidiverend beschouwd als hij optreedt na een klachtenvrije periode van minimaal vier weken en maximaal twee jaar. Bij een aanzienlijk deel van de patiënten die door de oefentherapeut Cesar wordt behandeld, is er sprake van een recidief klacht (zie figuur 4.1). Bij ziekenfondsverzekerden is er relatief vaker sprake van een recidiverende klacht dan bij particulier verzekerden (respectievelijk 37% en 31%).

Figuur 4.1: Recidivering van klachten bij ziekenfondsverzekerde patiënten (n = 1.291) en particulier verzekerde patiënten (n = 536) oefentherapie Cesar aangemeld in 2002

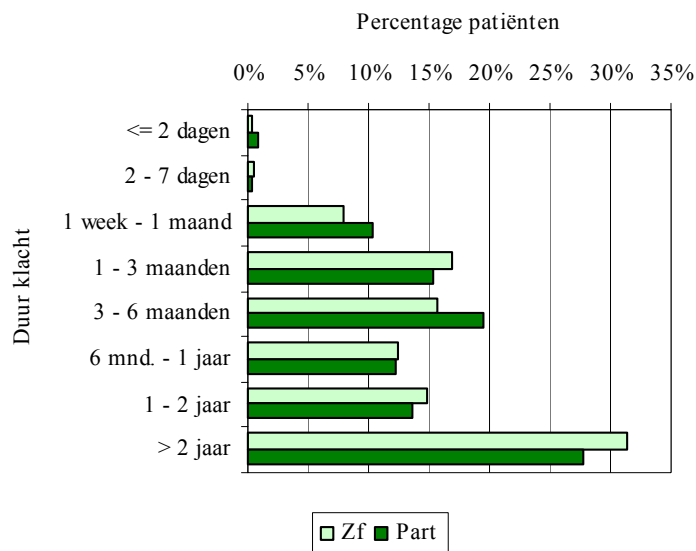


Naast informatie omtrent recidivering van klachten wordt er in het LiPZ-netwerk ook informatie verzameld omtrent de duur van de klacht bij aanvang van de behandelperiode (zie figuur 4.2).

Opvallend is dat meer dan de helft van de patiënten die door de oefentherapeut Cesar worden behandeld langer dan zes maanden klachten heeft bij aanvang van de behandelperiode. Bij ziekenfondsverzekerden ligt dit percentage iets hoger dan bij particulier verzekerden (respectievelijk 57% en 49%). Zowel bij ziekenfondsverzekerden als bij particulier verzekerden heeft ruim een

kwart zelfs langer dan twee jaar klachten bij aanvang van de behandel-episode.

Figuur 4.2: Duur van de klacht bij aanvang van de behandel-episode van ziekenfonds- (n = 1.291) en particulier verzekerde patiënten (n = 536) oefentherapie Cesar aangemeld in 2002



Populatie naar kort- en langdurige behandel-episoden

Bij patiënten met een langdurige behandel-episode is er niet vaker sprake van een recidief klacht dan bij patiënten met een kortdurende behandel-episode. In beide groepen ligt het percentage patiënten met een recidief klacht rond de 33%. Ook verschillen in de duur van de klacht zijn slechts klein. Patiënten met een langdurige behandel-episode worden relatief vaker met een klacht verwezen die al langer dan zes maanden bestaat (respectievelijk 61% en 53%).

Bij de beschrijving van de patiëntkenmerken (paragraaf 2.2) bleek dat slechts bij negen procent van de patiënten met een langdurige behandel-episode de klachten voorkomen op de lijst voor langdurige en intermitterende therapie (VWS-lijst). Blijkbaar komen de chronische klachten van patiën-

ten die de oefentherapeut Cesar bezoeken slechts in geringe mate voor op de VWS-lijst.

4.4 Gebruik beroepsspecifieke richtlijnen



zie ook de tabellen 9 en 10 in bijlage 3

Algemene populatie

Deelnemende oefentherapeuten Cesar geven in de LiPZ-module aan of er bij de behandeling gebruik wordt gemaakt van een, specifiek voor de beroepsgroep geldende, richtlijn. Binnen de oefentherapie Cesar zijn er momenteel richtlijnen gepubliceerd voor:

- spondylitis ankylopoetica (ziekte van Bechterew);
- peripartum bekkenpijn (bekkeninstabiliteit);
- ideopatische scoliose;
- osteoporose.

Bij de behandeling van patiënten wordt door de oefentherapeut Cesar (nog) nauwelijks gebruik gemaakt van een beroepsspecifieke richtlijn (< 5%). De richtlijnen die momenteel gepubliceerd zijn, zijn slechts op een beperkte groep patiënten van toepassing. Het percentage patiënten bij wie voor de behandeling een beroepsspecifieke richtlijn toegepast kan worden, is dus eveneens gering.

Indien er sprake is van richtlijngebruik, wordt bij ziekenfondsverzekerden met name de richtlijn 'peripartum bekkenpijn' toegepast, terwijl bij particulier verzekerden met name de richtlijn 'ideopatische scoliose' wordt toegepast. Deze gegevens dienen echter zeer voorzichtig geïnterpreteerd te worden, aangezien het slechts enkele tientallen patiënten betreft.

Populatie naar kort- en langdurige behandelperiodes

Wat betreft richtlijngebruik zijn er geen verschillen tussen patiënten met een kortdurende behandelperiode en patiënten met een langdurige behandelperiode. In beide populaties wordt bij 3% van de patiënten gebruik gemaakt van een richtlijn.

4.5 Andere of eerdere zorg



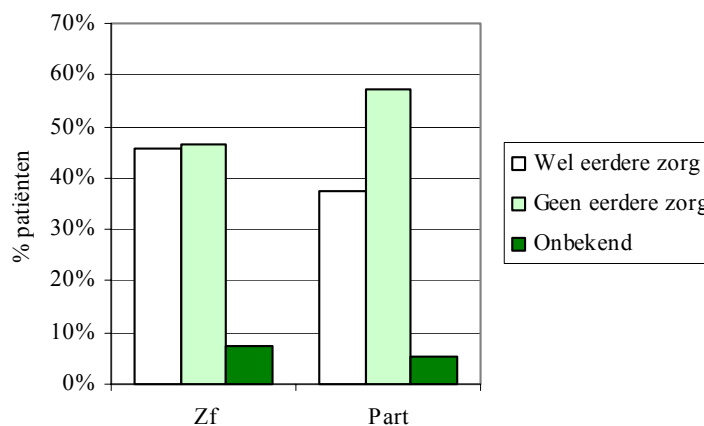
zie ook tabel 11 in bijlage 3

Algemene populatie

Door de oefentherapeut Cesar wordt in het LiPZ-netwerk aangegeven of de patiënt eerdere of andere zorg heeft gehad voor dezelfde of andere klachten in de twee jaren voorafgaand aan de behandelingsperiode. Onder eerdere of andere zorg wordt (een combinatie van) fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck verstaan.

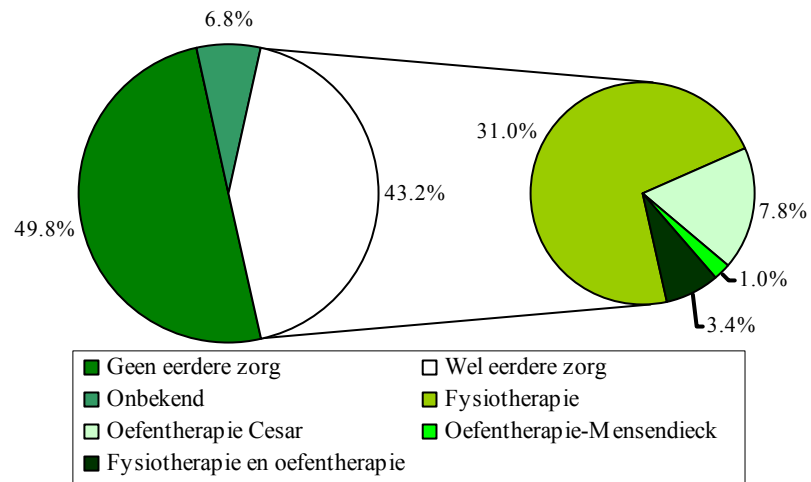
Een groot deel van de patiënten van de oefentherapeut Cesar heeft eerdere of andere zorg gehad (zie figuur 4.3). Bij de ziekenfondsverzekerden ligt het percentage op 46%. Particulier verzekerden hebben relatief iets minder vaak eerdere of andere zorg gehad (38%).

Figuur 4.3: Indeling naar wel of geen eerder zorggebruik voor dezelfde of andere klachten in de afgelopen twee jaar voor ziekenfonds- (n = 1.291) en particulier verzekerde patiënten (n = 536) oefentherapie Cesar aangemeld in 2002



Indien er sprake is van eerder zorggebruik heeft het merendeel van de patiënten reeds een fysiotherapeutische behandeling gehad (zie figuur 4.4). Dit betreft 31% van het totaal aantal patiënten. Daarnaast is 8% reeds eerder door de oefentherapeut Cesar behandeld. Er zijn nauwelijks verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten.

Figuur 4.4: Eerdere/andere zorg voor dezelfde of andere klachten in de afgelopen twee jaar bij patiënten oefentherapie Cesar aangemeld in 2002 (n = 1.827)



Populatie naar kort- en langdurige behandelperiodes

Verschillen in eerder zorggebruik tussen patiënten met een kortdurende en een langdurige behandelperiode zijn gering. In beide groepen heeft ongeveer 45% van de patiënten eerdere zorg gehad.

5 Behandeling

Kernboodschap:

Bij het merendeel van de patiënten is de behandeling zowel op activiteiten als op functies gericht. De meest toegepaste verrichtingen zijn het sturen en oefenen van functies en vaardigheden en informeren. Een behandel-episode omvat gemiddeld 12,1 zittingen in 16,5 weken. Patiënt-kenmerken hebben nauwelijks invloed op de omvang van de behandel-episode. Gegevens met betrekking tot de probleemverwoording door de verwijzer (verwijsdiagnose) en de oefentherapeut Cesar (beroepsspecifieke diagnosecode) lijken meer invloed te hebben. Verschillen zijn echter niet groot, bovendien is er sprake van een redelijk grote mate van spreiding.

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten met betrekking tot de behandeling besproken. Ten eerste worden de verrichtingen van de oefentherapeut Cesar besproken. Deze informatie geeft inzicht in de inhoud van de behandeling door de oefentherapeut Cesar. Vervolgens wordt informatie omtrent de behandel-doelen weergegeven, waardoor inzichtelijk wordt gemaakt waar de behandelingen met name op gericht zijn. Als derde komt de omvang van de behandel-episode ter sprake. Tot slot wordt besproken op welke wijze de zittingen hebben plaatsgevonden (in de praktijk, bij de patiënt, groepsbehandeling, etc.).

5.2 Behandeldoelen



zie ook de tabel 12 en 13 in bijlage 3

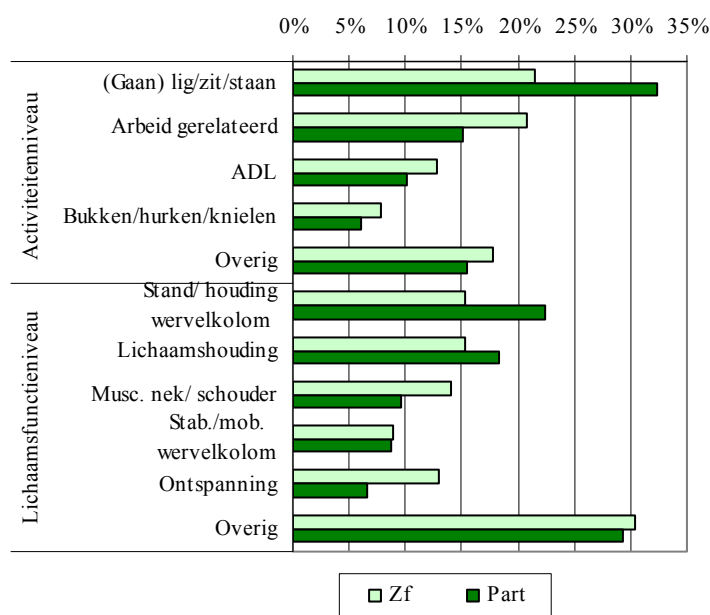
Algemene populatie

Aan het begin van de behandelperiode worden door de registrerende oefentherapeuten Cesar de behandeldoelen vastgesteld. Per patiënt kan er in het LiPZ-project één hoofddoel op activiteitsniveau en één hoofddoel op lichaamsfunctieniveau worden aangegeven. Over het algemeen wordt bij een patiënt op beide niveaus een behandeldoel vastgesteld. Bij ziekenfondsverzekerde patiënten is dit bij ruim driekwart van de patiënten het geval, bij particulier verzekerden is dit iets minder (74%). In beide groepen heeft ongeveer 20% alleen op lichaamsfunctieniveau een hoofdbehandeldoel.

Op activiteitsniveau komen de behandeldoelen '(gaan) liggen/ zitten/ staan' en 'arbeid gerelateerde activiteiten' het meest frequent voor (zie figuur 5.1). Het doel '(gaan) liggen/ zitten/ staan' komt relatief vaker voor bij particulier verzekerde patiënten dan bij ziekenfondsverzekerde patiënten (respectievelijk 32% en 22%), terwijl het doel 'arbeid gerelateerde activiteiten' relatief meer voorkomt bij patiënten met een ziekenfondsverzekering dan bij patiënten met een particuliere verzekering (respectievelijk 21% en 15%).

Op lichaamsfunctieniveau worden de behandeldoelen 'stand/ houding wervelkolom' en 'lichaamshouding' het meest genoemd. Opvallend is dat bij particulier verzekerden relatief vaker deze behandeldoelen worden aangegeven dan bij ziekenfondsverzekerden. De behandeldoelen 'functie musculatuur nek-schoudergordel/ arm' en 'ontspanning' komen relatief minder vaak voor bij particulier verzekerde patiënten.

Figuur 5.1: Behandeldoelen voor patiënten oefentherapie Cesar aangemeld in 2002 verdeeld naar verzekeringsvorm (ziekenfonds, n = 1.295; particulier n = 539)



Om een beeld te krijgen omtrent de combinaties van behandeldoelen die gesteld worden, is bij patiënten met zowel op activiteiten- als op lichaamsfunctieniveau een hoofdbehandelgoal gekeken welke combinaties het meest voorkomen. De gegevens van patiënten met slechts op één niveau een hoofdbehandelgoal zijn hieraan toegevoegd om na te gaan hoe vaak een enkel hoofdbehandelgoal in verhouding voorkomt. In tabel 5.1 staan de tien meest voorkomende 'combinaties' weergegeven.

De tien meest voorkomende combinaties bestaan wat betreft het eerste niveau met name uit de behandeldoelen 'arbeid gerelateerde activiteiten' en '(gaan) liggen/zitten/staan' (zie tabel 5.1). Op lichaamsfunctieniveau toont de top tien iets meer variatie. De combinatie '(gaan) liggen/zitten/staan' met 'lichaamshouding' komt het meest frequent voor (ziekenfonds 6%; particulier 9%).

Tabel 5.1: 10 meest voorkomende combinaties tussen hoofdbehandel-
doelen op activiteitsniveau en/of lichaamsfunctieniveau van
patiënten oefentherapie Cesar aangemeld in 2002

Zf/ aangemeld in 2002	1.295	Part/ aangemeld in 2002	539
(Gaan) liggen/ zitten/ staan		(Gaan) liggen/ zitten/ staan	
lichaamshouding	6,1%	lichaamshouding	9,1%
Geen*		Geen*	
ontspanning	6,0%	stand/ houding wervelkolom	8,2%
Arbeid gerelateerde activiteiten		(Gaan) liggen/ zitten/ staan	
functie musc. nek/schouder/ arm	5,9%	stand/ houding wervelkolom	7,4%
Geen*		(Gaan) liggen/ zitten/ staan	
stand/ houding wervelkolom	4,5%	functie rompmusculatuur	5,0%
(Gaan) liggen/ zitten/ staan		Arbeid gerelateerde activiteiten	
stand/ houding wervelkolom	3,5%	functie musc. nek/schouder/ arm	4,3%
(Gaan) liggen/ zitten/ staan		Geen*	
functie rompmusculatuur	2,7%	ontspanning	3,3%
Arbeid gerelateerde activiteiten		(Gaan) liggen/ zitten/ staan	
stand/ houding wervelkolom	2,7%	stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom	3,2%
Arbeid gerelateerde activiteiten		ADL (incl. wassen, aankleden, eten)	
lichaamshouding	2,5%	stand/ houding wervelkolom	2,4%
(Gaan) liggen/ zitten/ staan		Geen*	
stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom	2,4%	lichaamshouding	2,2%
Arbeid gerelateerde activiteiten		ADL (incl. wassen, aankleden, eten)	
stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom	2,3%	lichaamshouding	2,0%
Overig	61,4%	Overig	54,9%

* Geen = op dit niveau geen hoofdbehandeldoel.

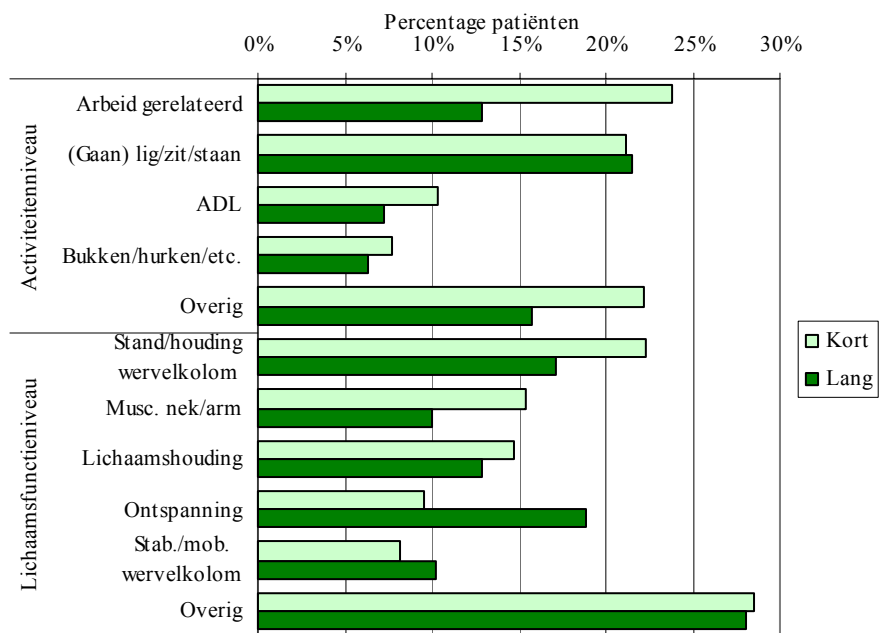
Populatie naar kort- en langdurige behandelperiodes

Bij de behandeling van patiënten met een langdurige behandelperiode wordt relatief minder vaak zowel op activiteitsniveau als op lichaamsfunctieniveau een behandeldoel gesteld dan bij de behandeling van patiënten met een kortdurende behandelperiode (respectievelijk 61% en 84%). 36% van de patiënten met een langdurige behandelperiode heeft alleen op lichaams-

functieniveau een behandelgoal, ten opzichte van 15% van de patiënten met een kortdurende behandel-episode. Blijkbaar krijgen patiënten met een langdurige behandel-episode vaker een behandeling die meer op functies en minder op activiteiten is gericht.

Op activiteitsniveau wordt bij patiënten met een kortdurende behandel-episode met name vaker een behandelgoal gesteld met betrekking tot 'arbeid gerelateerde activiteiten' en 'activiteiten met betrekking tot het dagelijks leven (ADL)' (zie figuur 5.2). Op lichaamsfunctieniveau hebben patiënten met een kortdurende behandel-episode vaker behandelgoelen met betrekking tot 'de stand of houding van de wervelkolom' en 'functies van de musculatuur van de nek-schoudergordel en de arm'. Patiënten met een langdurige behandel-episode hebben relatief vaker een behandelgoal met betrekking tot 'ontspanning' en 'stabiliteit/mobiliteit wervelkolom'.

Figuur 5.2: Behandelgoelen voor patiënten oefentherapie Cesar verdeeld naar kortdurende (n = 921) en langdurige behandel-episoden (n = 667)



Opvallend bij de top vijf van meest voorkomende 'combinaties' tussen hoofdbehandeldoelen op activiteiten- en/ of lichaamsfunctieniveau bij patiënten met een langdurige behandelperiode is dat het merendeel van de patiënten slechts op één niveau (namelijk lichaamsfunctieniveau) een behandelgoal heeft (zie tabel 5.2). 16% van de patiënten heeft alleen 'ontspanning' als hoofdbehandeldoel en 10% alleen 'stand/houding wervelkolom'. Overigens komen binnen de top vijf drie combinaties van behandelgoals zowel voor bij patiënten met een kortdurende behandelperiode als bij patiënten met een langdurige behandelperiode.

Tabel 5.2: Vijf meest voorkomende combinaties tussen hoofdbehandeldoelen op activiteitenniveau en/ of lichaamsfunctieniveau van patiënten oefentherapie Cesar naar kort- en langdurige behandelperiodes

Kortdurende behandelperiode	921	Langdurige behandelperiode	667
Arbeid gerelateerd functie musc.		Geen*	
nek/schouder/arm	7,4%	Ontspanning	15,9%
(Gaan) liggen/ zitten/staan		Geen*	
lichaamshouding	7,1%	Stand/houding wervelkolom	9,7%
Geen*		(Gaan) liggen/ zitten/staan	
stand/houding wervelkolom	6,5%	lichaamshouding	4,9%
ADL (incl. wassen, aankleden, etc.)		Arbeid gerelateerd	
stand/houding wervelkolom	3,6%	functie musc. nek/schouder/arm	3,7%
Arbeid gerelateerd		(Gaan) liggen/ zitten/staan	
stand/houding wervelkolom	3,4%	stand/houding wervelkolom	3,6%
Overig	72,1%	Overig	62,1%

* Geen = op dit niveau geen hoofdbehandeldoel.

5.3 Verrichtingen



zie ook tabel 14 in bijlage 3

Algemene populatie

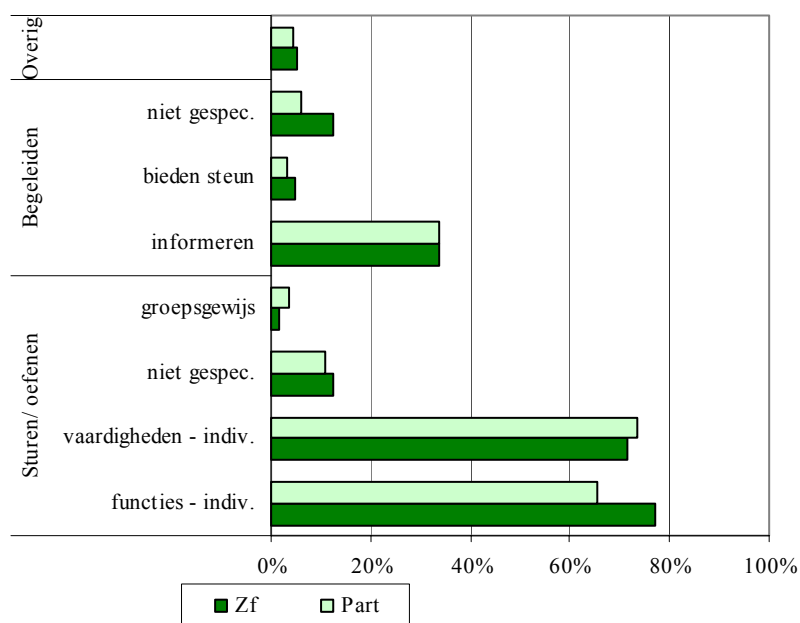
In het LiPZ-project registreren oefentherapeuten Cesar na afloop van een behandelperiode maximaal drie verrichtingen die in de behandelperiode in minimaal de helft van de gegeven zittingen zijn voorgekomen. Bij 41% van

de ziekenfondsverzekerden is het maximale aantal verrichtingen aangegeven, bij particulier verzekerden ligt dit percentage lager, namelijk op 34%. Ook het percentage patiënten met twee verrichtingen ligt bij particulier verzekerden lager dan bij ziekenfondsverzekerden.

De behandeling van een oefentherapeut Cesar bestaat met name uit het individueel sturen en oefenen van functies en vaardigheden (zie figuur 5.3). Beide verrichtingen worden bij ruim 70% van de patiënten toegepast. Ook de verrichting informeren wordt bij een grote groep patiënten toegepast (33%).

Bij vergelijking van ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten valt op dat bij particulier verzekerden relatief minder vaak de verrichting 'individueel sturen en oefenen van functies' wordt toegepast (respectievelijk 77% en 65%).

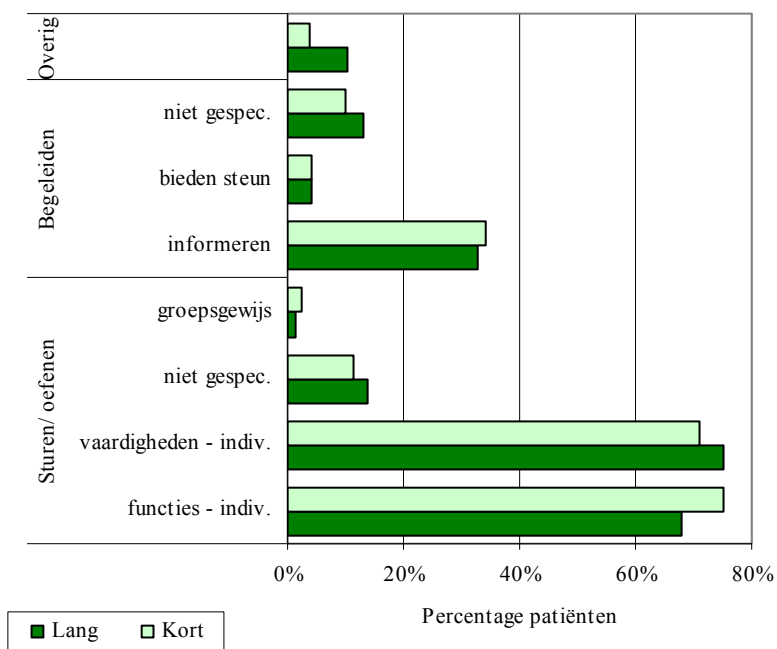
Figuur 5.3: Verrichtingen bij patiënten oefentherapie Cesar met een afgeronde behandelperiode verdeeld naar ziekenfonds- (n = 596) en particulier verzekerde patiënten (n = 214)



Populatie naar kort- en langdurige behandelperiodes

Bij patiënten met een langdurige behandelperiode worden over het algemeen meer verrichtingen aangegeven dan bij patiënten met een kortdurende behandelperiode. Bij patiënten met een langdurige behandelperiode worden bij bijna de helft van de patiënten drie verrichtingen aangegeven. Bij patiënten met een kortdurende behandelperiode ligt dit percentage op 37%. Verschillen in de verrichtingsvormen tussen patiënten met een kortdurende behandelperiode en patiënten met een langdurige behandelperiode zijn niet groot (zie figuur 5.4). Het opvallendste verschil is dat bij patiënten met een kortdurende behandelperiode de behandelvorm 'sturen en oefenen van functies' het meest frequent wordt toegepast (75%), terwijl dat bij patiënten met een langdurige behandelperiode de behandelvorm 'sturen en oefenen van vaardigheden' is (eveneens 75%).

Figuur 5.4: Verrichtingen bij patiënten oefentherapie Cesar naar patiënten met een kortdurende behandelperiode (n = 859) en een langdurige behandelperiode (n = 234) en een afgeronde behandelperiode



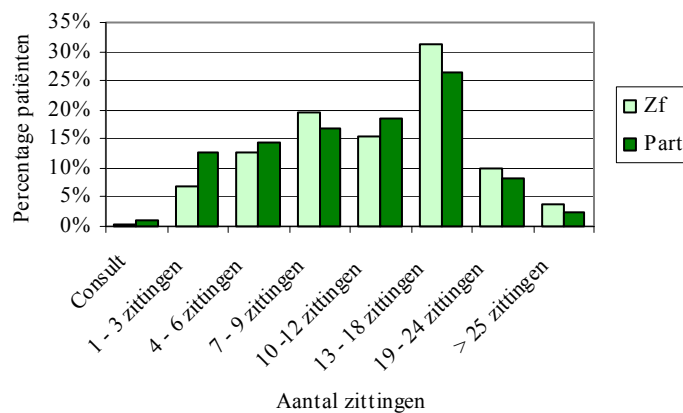
5.4 Aantal zittingen in de algemene populatie



zie ook tabel 15 in bijlage 3

Gemiddeld worden patiënten 12,1 (standaarddeviatie: 6,7) keer door de oefentherapeut Cesar behandeld. Zowel bij ziekenfondsverzekerden als bij particulier verzekerden heeft het grootste deel van de patiënten 13 tot 18 zittingen gehad (in totaal 30%) (zie figuur 5.5). Daarnaast heeft 19% zeven tot negen zittingen ontvangen. Patiënten komen nauwelijks voor een consult bij de oefentherapeut Cesar.

Figuur 5.5: Aantal zittingen oefentherapie Cesar van patiënten met een afgeronde behandelperiode naar ziekenfonds- (n = 1.612) en particulier verzekerde patiënten (n = 343)



Evenals in het vorige jaarboek is ook nu sprake van een hoog percentage patiënten met één tot drie zittingen. Zoals verwacht is dit percentage voor ziekenfondsverzekerde patiënten iets afgenomen (van 9,8% naar 7,0%), over particulier verzekerden waren in het vorige jaarboek geen gegevens beschikbaar. De daling heeft mogelijk te maken met de langere registratieduur van het LiPZ-project (gemiddeld zeven maanden langer), waardoor de oververtegenwoordiging van patiënten met een korte behandelperiode is afgenomen.

5.4.1 Aantal zittingen naar patiëntkenmerken



zie ook de tabellen 17 en 18 in bijlage 3

Patiëntkenmerken zijn zowel bij ziekenfondsverzekerden als bij particulier verzekerden niet statistisch significant van invloed op het gemiddeld aantal zittingen. Tevens zijn er in de omvang van de behandelperiode geen significante verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten. In het onderzoek naar de Beperkende Maatregel waren er eveneens geen verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten. Wel bleek leeftijd statistisch significant samen te hangen met het aantal zittingen (5).

5.4.2 Aantal zittingen naar verwijdsdiagnosen



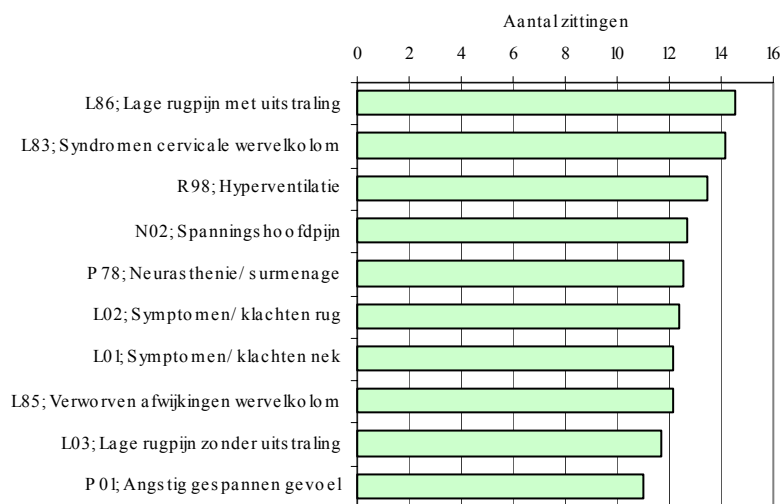
zie ook tabel 19 in bijlage 3

Binnen de top tien van verwijdsdiagnosen zijn wel verschillen gevonden in het gemiddeld aantal zittingen bij ziekenfondsverzekerde patiënten (zie figuur 5.6). Gezien het geringe aantal patiënten met een particuliere verzekering en een afgeronde behandelperiode per verwijdsdiagnose is hier geen uitsplitsing naar gemaakt.

Het gemiddeld aantal zittingen voor ziekenfondsverzekerden loopt uiteen van 11,7 (lage rugpijn zonder uitstraling) tot 14,5 zittingen (lage rugpijn met uitstraling).

Het resultaat lijkt te wijzen op een hogere voorspellende waarde van gegevens met betrekking tot de verwijdsdiagnose dan gegevens met betrekking tot patiëntkenmerken. Overigens dient hierbij opgemerkt te worden dat de standaarddeviatie binnen alle categorieën vrij hoog is. Mogelijk zijn er indelingen naar meer specifieke patiëntcategorieën te maken, bijvoorbeeld aan de hand van combinaties tussen verwijdsdiagnosen en patiëntkenmerken. Hiervoor is uitgebreider onderzoek noodzakelijk.

Figuur 5.6: Aantal zittingen oefentherapie Cesar naar de 10 meest voorkomende verwijdsdiagnosen voor ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelperiode (n = 1.198)



5.4.3 Aantal zittingen naar beroepsspecifieke diagnosecode



zie ook tabel 20 in bijlage 3

Verschillen in het gemiddeld aantal zittingen binnen de top tien van meest voorkomende combinaties tussen de 'pathologie' en de 'belangrijkste stoornissen en/of beperkingen voor de behandeling door de oefentherapeut' van de beroepsspecifieke diagnosecode bij ziekenfondsverzekerde patiënten zijn vergelijkbaar met de verschillen in de verwijdsdiagnose. Het gemiddeld aantal

zittingen loopt uiteen van 10,8 (symptomatologie - stand/houding lichaam als geheel) tot 15,8 zittingen (degeneratieve zittingen - functioneren spiergroepen extremiteiten). Hoewel de standaarddeviatie ook bij deze indeling vrij hoog is, lijkt deze lager te liggen dan bij een indeling naar de verwijstdiagnosen.

Tabel 5.3: Aantal zittingen oefentherapie Cesar naar de tien meest voorkomende combinaties van tussen de 'pathologie' en de 'belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling door de oefentherapeut' van de beroepsspecifieke diagnosecode bij ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandel-episode

	N	Ziekenfonds		
		gem.	st.dev.	med.
Degeneratieve aandoeningen				
functioneren spiergroepen extr.	24	15,8	6,6	16,0
Orthopedische aandoeningen				
stand/ houding lichaam als geheel	27	15,0	7,2	15,0
Orthopedische aandoeningen				
functioneren wervelkolom	61	13,4	5,0	14,0
Symptomatologie				
adempatroon	43	13,1	6,3	12,0
Degeneratieve aandoeningen				
functioneren botten bovenste extr.	61	12,9	6,0	14,0
Symptomatologie				
overig	32	12,8	6,9	12,0
Degeneratieve aandoeningen				
functioneren wervelkolom	47	12,8	4,7	13,0
Degeneratieve aandoeningen				
overig	23	12,5	6,3	12,0
Degeneratieve aandoeningen				
stand/ houding lichaam als geheel	49	12,2	5,0	12,0
Symptomatologie				
stand/ houding lichaam als geheel	67	10,8	5,2	10,0

5.4.4 Aantal zittingen naar behandeldoelen

 zie ook tabel 21 in bijlage 3

Evenals een indeling naar de beroepsspecifieke diagnosecode laat ook een indeling van het gemiddeld aantal zittingen naar de tien meest voorkomende 'combinaties' tussen hoofdbehandeldoelen op activiteiten- en lichaamsfunctieniveau verschillen zien bij ziekenfondsverzekerde patiënten. Patiënten met de combinatie 'arbeid gerelateerde activiteiten' - 'stand/houding wervelkolom' hebben gemiddeld het hoogste aantal zittingen (15,2), terwijl patiënten met de combinatie 'arbeid gerelateerde activiteiten' - 'stabiliteit/mobiliteit wervelkolom' gemiddeld het laagste aantal zittingen hebben (12,3).

Tabel 5.4: Aantal zittingen oefentherapie Cesar naar de tien meest voorkomende combinaties tussen hoofdbehandeldoelen op activiteiten- en lichaamsfunctieniveau voor ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelperiode

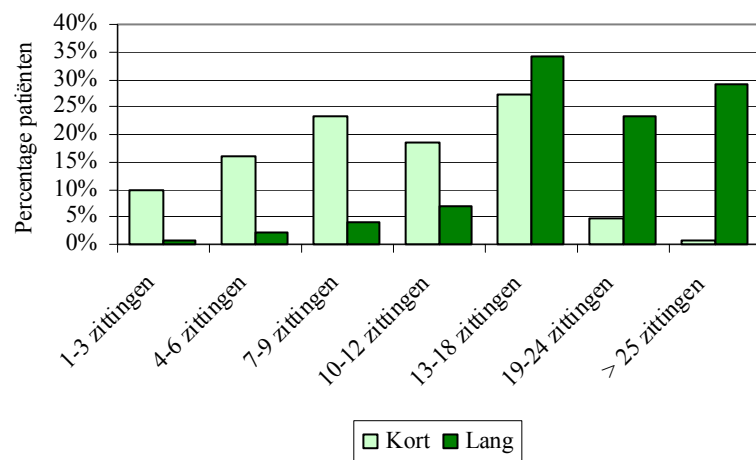
	Ziekenfondsverzekerden			
	N	gem.	st.dev.	med.
Arbeid gerelateerde activiteiten stand/ houding wervelkolom	24	15,2	6,3	15,0
Geen* stand/ houding wervelkolom	38	14,6	4,8	17,0
Geen* ontspanning	24	14,7	8,5	13,5
(Gaan) liggen/ zitten/ staan stand/ houding wervelkolom	18	13,6	5,0	14,0
(Gaan) liggen/ zitten/ staan functie rompmusculatuur	18	13,4	5,6	13,5
(Gaan) liggen/ zitten/ staan stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom	17	13,4	7,3	13,0
Arbeid gerelateerde activiteiten lichaamshouding	22	13,2	5,5	12,0
(Gaan) liggen/ zitten/ staan lichaamshouding	45	13,0	4,9	13,0
Arbeid gerelateerde activiteiten functie musc. nek/schouder/ arm	51	13,0	6,3	14,0
Arbeid gerelateerde activiteiten stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom	17	12,3	4,6	14,0

en = geen hoofdbehandeldoel op dit niveau.

5.5 Aantal zittingen naar kort- en langdurige behandelperioden

Conform de verwachting worden patiënten met een langdurige behandel-episode vaker behandeld dan patiënten met een kortdurende behandel-episode. Het gemiddeld aantal zittingen van patiënten met een kortdurende behandel-episode is 10,4. Patiënten met een langdurige behandel-episode worden gemiddeld 22,6 keer behandeld. Ruim de helft van de patiënten met een langdurige behandel-episode heeft meer dan 18 zittingen gehad (zie figuur 5.7). In de groep patiënten met een kortdurende behandel-episode heeft een aanzienlijk kleiner deel meer dan 18 zittingen ontvangen (5%).

Figuur 5.7: Aantal zittingen oefentherapie Cesar naar kortdurende en langdurige behandelperioden (n = 2.513)



Voor een goede interpretatie van deze cijfers dient een kanttekening gemaakt te worden. Bij ruim de helft van de patiënten met een langdurige behandel-episode is er sprake van een behandel-episode die nog niet is afgerond. Van deze patiënten is nog niet duidelijk uit hoeveel zittingen de behandel-episode uiteindelijk zal bestaan. Dit betekent dat het gemiddeld aantal zittingen van 22,6 een onderschatting is van het werkelijke gemiddelde.

5.5.1 Indeling aantal zittingen naar behandelduur



zie ook tabel 16 in bijlage 3

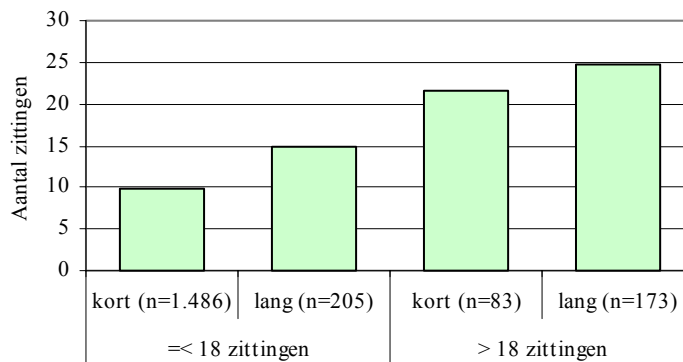
Bij ruim driekwart van alle patiënten wordt de behandelperiode binnen zes maanden afgesloten met maximaal 18 zittingen. In het vorige jaarboek lag dit percentage voor ziekenfondsverzekerde patiënten nog op 83%. Deze daling wordt mogelijk veroorzaakt door de langere registratieduur van de deelnemende praktijken voor de huidige rapportage.

Bijna 20% van de patiënten is langer dan zes maanden onder behandeling. Ruim de helft van deze groep ontvangt minder dan 19 zittingen. Dit betekent dat de zittingen over een langere periode gespreid worden. Dit is vaak noodzakelijk om de doelstelling van oefentherapeuten Cesar -bewegingsgewoonten verbeteren en gezond(er) motorisch (bewegings)gedrag bevorderen (8)-te kunnen bereiken.

In figuur 5.8 zijn vier groepen patiënten onderscheiden: patiënten met een korte behandelperiode en minder of meer dan 18 zittingen en patiënten met een langdurige behandelperiode en minder of meer dan 18 zittingen. In deze figuur is inzichtelijk gemaakt dat de patiëntenpopulatie met name bestaat uit patiënten met weinig zittingen in een relatief korte periode. Het gemiddeld aantal zittingen van deze groep bedraagt 9,8. Daarnaast is er een grote groep patiënten met een langdurige behandelperiode en weinig zittingen (gemiddeld 15) of juist veel zittingen (gemiddeld 25).

Figuur 5.8: Gemiddeld aantal zittingen oefentherapie Cesar voor patiënten met een kortdurende behandelperiode en patiënten met een langdurige behandelperiode naar het aantal zittingen (≤ 18 of > 18 zittingen)

5.6



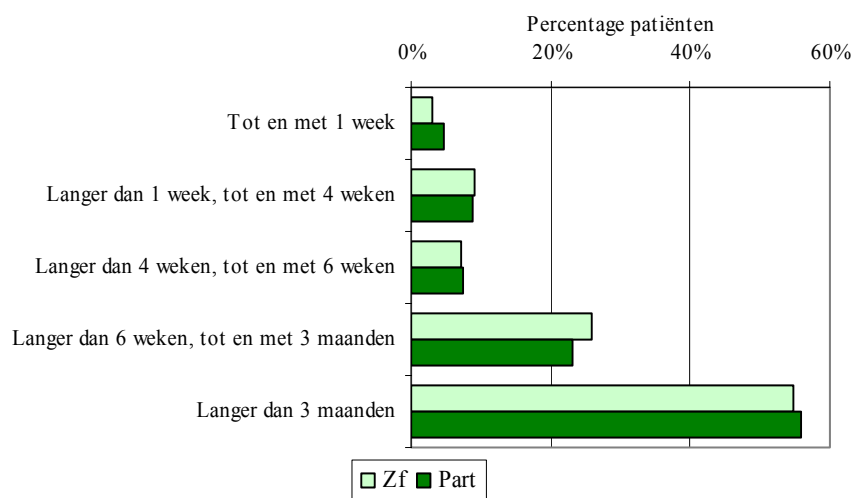
Behandelduur in de algemene populatie



zie ook tabel 23 in bijlage 3

Ruim de helft van de patiënten is langer dan drie maanden onder behandeling van een oefentherapeut Cesar (zie figuur 5.9). Daarnaast is ongeveer een kwart tussen de zes weken en drie maanden onder behandeling. De behandelduur van ziekenfondsverzekerden wijkt niet significant af van de behandelduur van particulier verzekerde patiënten. Gemiddeld worden patiënten 16,5 weken (standaarddeviatie = 11,9) door de oefentherapeut Cesar behandeld.

Figuur 5.9: Behandelduur oefentherapie Cesar naar ziekenfonds- (n = 1.607) en particulier verzekerde patiënten (n = 340) met een afgeronde behandelperiode



5.6.1 *Behandelduur naar patiëntkenmerken*



zie ook de tabellen 24 en 25 in bijlage 3

Patiëntkenmerken lijken bij ziekenfondsverzekerden iets meer invloed te hebben op de behandelduur dan op het aantal zittingen: de leeftijd is significant van invloed op de behandelduur. Kinderen worden gemiddeld het langst behandeld. Ook de duur van de klacht is van invloed op de behandelduur. Patiënten met een langere klachtenduur bij aanvang van de behandel-episode worden gemiddeld iets langer behandeld dan patiënten met een kortere behandelduur.

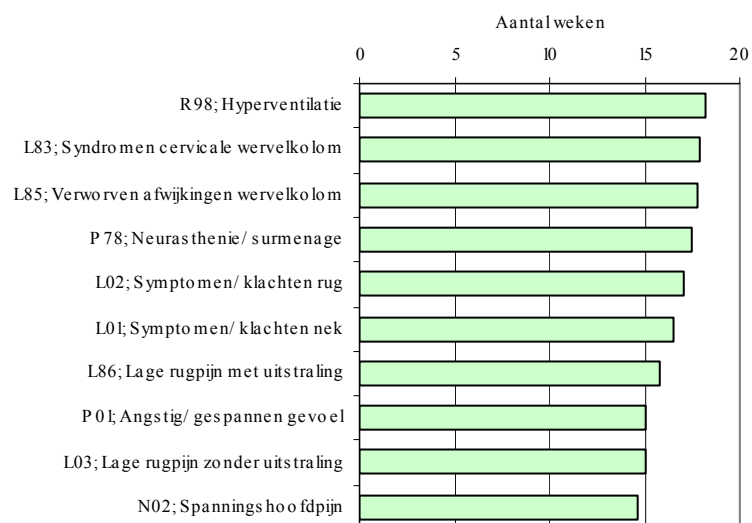
5.6.2 *Behandelduur naar verwijdsdiagnosen*



zie ook tabel 26 in bijlage 3

Binnen de top tien van meest voorkomende verwijdsdiagnosen voor ziekenfondsverzekerde patiënten verschilt de behandelduur maximaal vier weken (zie figuur 5.10). Patiënten met de verwijdsdiagnose 'hyperventilatie' hebben gemiddeld de langste behandelduur (18,2 weken). Patiënten met 'spanningshoofdpijn' hebben gemiddeld de kortste behandelduur (14,6 weken). Bij het interpreteren van deze resultaten dient rekening te worden gehouden met een hoge standaarddeviatie.

Figuur 5.10: Gemiddelde behandelduur oefentherapie Cesar (in weken)
naar verwijfsdiagnosen voor ziekenfondsverzekerde patiënten
met een afgeronde behandelersode (n = 1.198)



5.6.3 Behandelduur naar beroepsspecifieke diagnosecode



zie ook tabel 27 in bijlage 3

Wat betreft de combinaties tussen de 'pathologie' en 'belangrijkste stoornissen en/of beperkingen voor de behandeling door de oefentherapeut' loopt de behandelduur bij ziekenfondsverzekerden uiteen van 14,7 weken (symptomatologie - stand/ houding lichaam als geheel) tot 21,5 (degeneratieve aandoeningen - functioneren spiergroepen extremiteiten) (zie tabel 5.5). Evenals bij het gemiddeld aantal zittingen lijkt ook nu de standaarddeviatie lager te liggen dan bij een indeling naar de verwijdsdiagnosen.

Tabel 5.5: Behandelduur oefentherapie Cesar (in weken) naar de tien meest voorkomende combinaties tussen 'pathologie' en 'belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling door de oefentherapeut' van de beroepsspecifieke diagnosecode voor patiënten met een afgeronde behandelperiode

	Ziekenfondsverzekerden			
	N	gem.	st.dev.	med.
Degeneratieve aandoeningen functioneren spiergroepen extr.	24	21,5	11,9	21,4
Orthopedische aandoeningen stand/ houding lichaam als geheel	27	21,3	14,0	19,0
Orthopedische aandoeningen functioneren wervelkolom	61	20,5	9,2	21,9
Symptomatologie overig	32	18,6	13,1	18,1
Degeneratieve aandoeningen functioneren wervelkolom	47	17,8	9,3	17,1
Degeneratieve aandoeningen functioneren botten bovenste extr.	61	16,6	10,3	17,0
Degeneratieve aandoeningen overig	23	16,6	14,0	14,6
Symptomatologie adempatroon	43	16,7	10,5	16,3
Degeneratieve aandoeningen stand/ houding lichaam als geheel	49	15,1	9,4	13,0
Symptomatologie stand/ houding lichaam als geheel	67	14,7	9,3	13,3

5.6.4 Behandelduur naar behandeldoelen



zie ook tabel 28 in bijlage 3

Verschillen in de behandelduur tussen combinaties van hoofdbehandeldoelen op activiteitsniveau en lichaamsfunctieniveau zijn bij ziekenfondsverzekerde patiënten iets kleiner dan verschillen met betrekking tot de diagnosecode. De combinatie '(gaan) liggen/zitten/staan' - 'stand/houding wervelkolom' heeft gemiddeld de langste behandelduur (22,4 weken), terwijl de combinatie 'arbeid gerelateerde activiteiten' - 'stabiliteit/mobiliteit wervelkolom' gemiddeld de kortste behandelduur heeft (16,7 weken) (zie tabel 5.6).

Tabel 5.6: Behandelduur oefentherapie Cesar (in weken) naar de tien meest voorkomende combinaties tussen hoofdbehandeldoelen op activiteiten- en lichaamsfunctieniveau voor patiënten met een afgeronde behandelperiode

	Ziekenfondsverzekerden			
	N	gem.	st.dev.	med.
(Gaan) liggen/ zitten/ staan stand/ houding wervelkolom	18	22,4	17,5	18,6
(Gaan) liggen/ zitten/ staan functie rompmusculatuur	18	21,6	12,3	21,4
Geen* ontspanning	24	21,4	16,3	18,6
Arbeid gerelateerde activiteiten lichaamshouding	22	20,6	8,8	19,0
Arbeid gerelateerde activiteiten stand/ houding wervelkolom	24	20,2	9,9	20,5
(Gaan) liggen/ zitten/ staan stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom	17	19,4	12,5	16,4
Geen* stand/ houding wervelkolom	38	19,1	10,9	17,1
Arbeid gerelateerde activiteiten functie musc. nek/schouder/ arm	51	18,0	9,4	20,0
(Gaan) liggen/ zitten/ staan lichaamshouding	45	17,7	9,3	17,9
Arbeid gerelateerde activiteiten stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom	17	16,7	9,0	18,9

en = geen hoofdbehandelgoal op dit niveau.

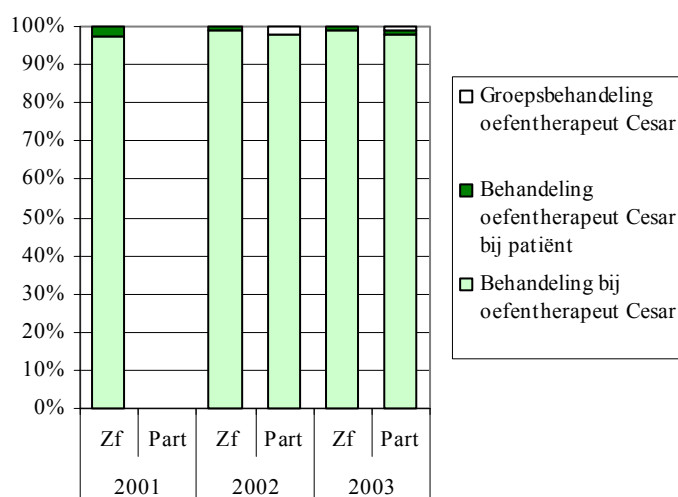
5.7 Prestatiecode

☞ zie ook tabel 30 in bijlage 3

Algemene populatie

Het merendeel van de zittingen wordt door de oefentherapeut Cesar gedeclareerd als zijnde een reguliere behandeling bij de oefentherapeut. Bij ziekenfondsverzekerde patiënten ligt dit percentage op 99%, bij particulier verzekerden iets lager (97,0%). Bij deze laatste groep wordt 2,2% van de zittingen gedeclareerd als groepsbehandeling. Dit komt overeen met het gevonden resultaat dat groepsgewijs sturen en oefenen bij particulier verzekerde patiënten vaker als verrichting gegeven wordt (zie paragraaf 5.4). Bij een verdeling van de declaraties naar het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgehad, zijn er nauwelijks verschillen in de verhoudingen tussen declaraties voor behandeling in de praktijk, behandeling bij de patiënt en groepsbehandeling (zie figuur 5.13).

Figuur 5.13: Prestatiecode van patiënten oefentherapie Cesar aangemeld in 2002 naar jaar van declareren en naar verzekeringsvorm



Populatie naar kort- en langdurige behandelperiodes

Er zijn nauwelijks verschillen wat betreft de prestatiecode tussen patiënten met een kortdurende behandelperiode en patiënten met een langdurige behandelperiode. In beide groepen wordt ruim 98% van de zittingen gedeclareerd als een reguliere zitting bij de oefentherapeut Cesar.

6 Evaluatie

Kernboodschap:

De reden voor het beëindigen van de zorg is over het algemeen het bereiken van een gunstig resultaat. Behandeldoelen worden bij ruim 70% van de patiënten driekwart tot volledig bereikt. Bij ruim de helft van de patiënten wordt binnen twee weken na afronding van de behandelingsperiode het evaluatieverslag naar de verwijzer gestuurd.

6.1 Inleiding

In deze paragraaf worden de gegevens met betrekking tot het resultaat van de behandeling besproken. Dit wordt gedaan aan de hand van gegevens omtrent de reden voor beëindiging van de zorg, het resultaat met betrekking tot het doel en de datum waarop het verslag naar de verwijzer is gestuurd.

6.2 Reden einde zorg

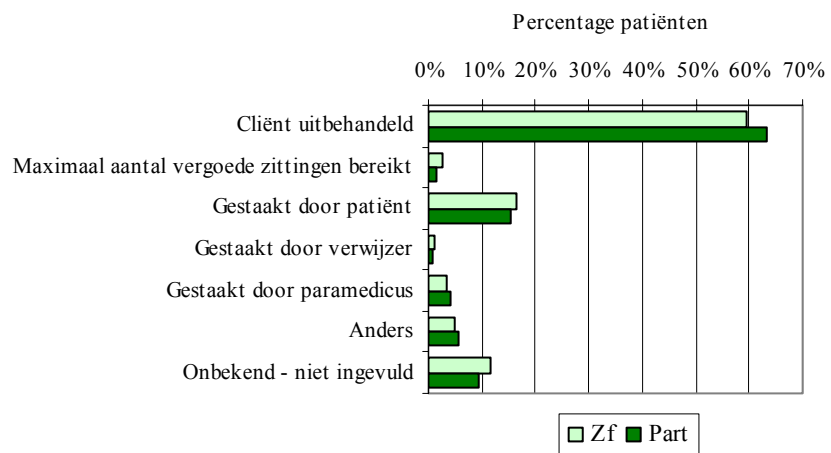


zie ook tabel 31 in bijlage 3

Algemene populatie

Bij ruim de helft van de patiënten is de reden voor afsluiting van de behandelingsperiode 'cliënt uitbehandeld' (zie figuur 6.1). Bij particulier verzekerden ligt dit percentage iets hoger dan bij ziekenfondsverzekerde patiënten (respectievelijk 63% en 60%). Daarnaast wordt een aanzienlijk deel van de behandelingsperiodes door de patiënt zelf beëindigd (bij beide verzekeringsvormen bij 16% van de patiënten). Bij minder dan drie procent van de behandelingsperiodes is de reden voor het beëindigen van de zorg het bereiken van het maximale aantal zittingen.

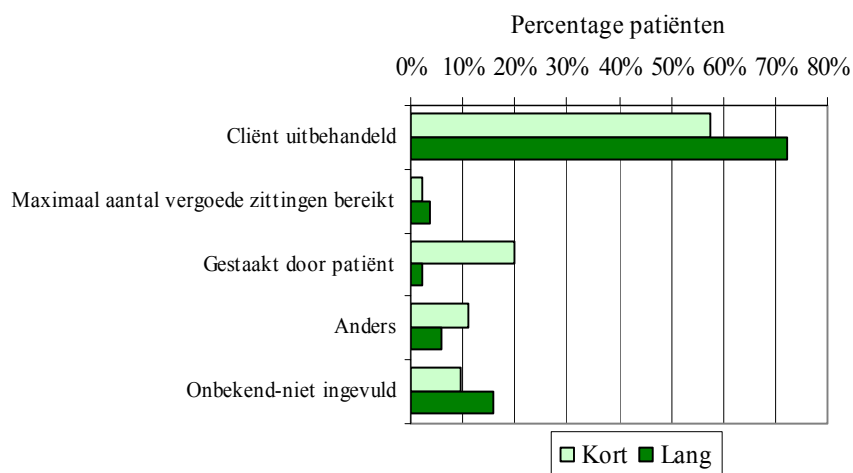
Figuur 6.1: Reden voor beëindiging van de zorg bij patiënten oefentherapie Cesar met een ziekenfondsverzekering (n = 838) of een particuliere verzekering (n = 336) met een afgeronde behandelingsperiode



Populatie naar kort- en langdurige behandelperiodes

Bij patiënten met een langdurige behandelperiode is de opgegeven reden voor beëindiging van de zorg vaker 'cliënt uitbehandeld' dan bij patiënten met een kortdurende behandelperiode (respectievelijk 72% en 57%) (zie figuur 6.2). Daarnaast is er een aanzienlijk verschil in de mate waarin patiënten zelf de behandelperiode beëindigen. Bij patiënten met een langdurige behandelperiode komt dit nauwelijks voor (2%). Van de patiënten met een kortdurende behandelperiode beëindigt een vijfde zelf de behandelperiode.

Figuur 6.2: Reden voor beëindiging van de zorg bij patiënten oefentherapie Cesar met een afgeronde behandelperiode naar kortdurende (n = 918) en langdurige behandelperiodes (n = 256)



6.3 Resultaat met betrekking tot doel

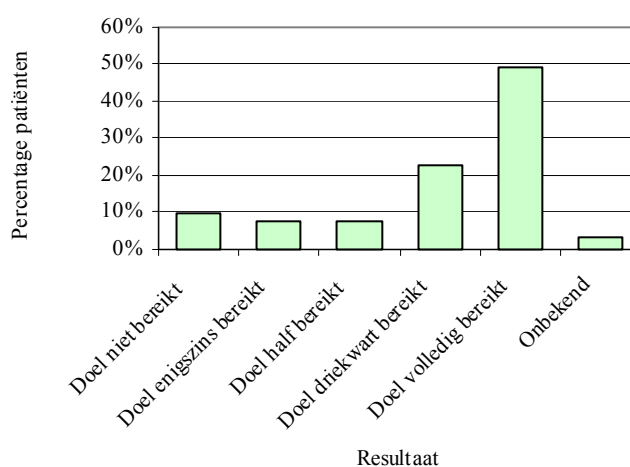


zie ook tabel 32 in bijlage 3

Algemene populatie

Na afloop van een behandelingsperiode wordt door de oefentherapeut Cesar een oordeel gegeven omtrent het bereiken van de behandeldoelen. Bij het merendeel van de patiënten (ruim 70%) wordt aangegeven dat de behandeldoelen driekwart tot volledig bereikt zijn (zie figuur 6.3). Desondanks is het aandeel patiënten bij wie de behandeldoelen niet zijn bereikt ook vrij hoog (10%).

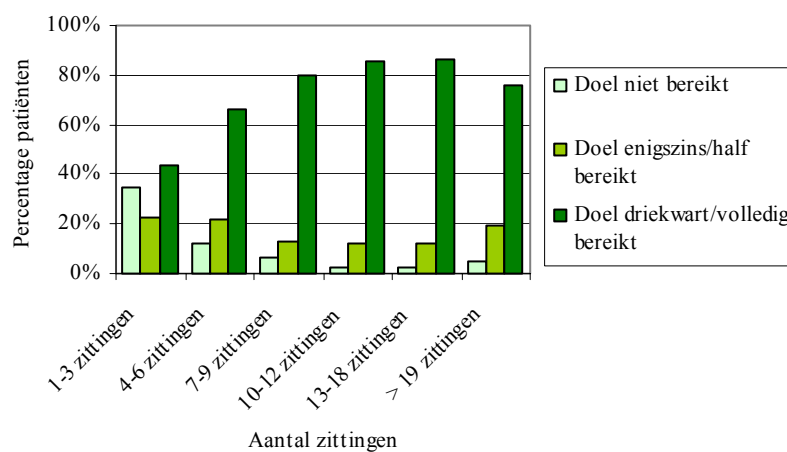
Figuur 6.3: Het resultaat met betrekking tot het doel bij patiënten oefentherapie Cesar met een afgeronde behandelingsperiode (n = 1.166)



In figuur 6.4 is het resultaat van de behandeling uitgesplitst naar het aantal zittingen voor patiënten oefentherapie Cesar. Per categorie van het aantal zittingen is zichtbaar in welke mate de behandeldoelen behaald zijn. In de groep patiënten met maximaal drie zittingen zijn bij ruim 40% van de patiënten de behandeldoelen voor minstens driekwart bereikt. Blijkbaar kan bij deze groep patiënten met een beperkt aantal zittingen een gunstig resultaat behaald worden. Daarnaast zijn bij een groot deel van deze patiënten de behandeldoelen niet bereikt (34%).

Het aandeel van het driekwart tot volledig bereiken van de behandeldoelen stijgt, naarmate het aantal zittingen toeneemt en er is een optimum bij 13 tot 18 zittingen.

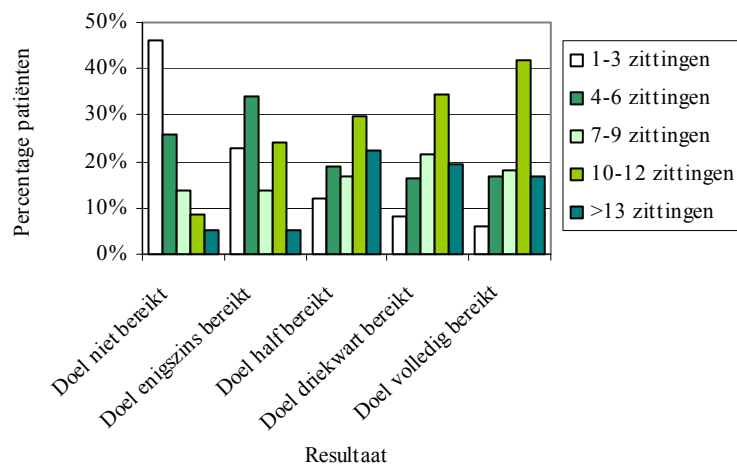
Figuur 6.4: Het resultaat met betrekking tot het doel uitgesplitst naar het aantal zittingen oefentherapie Cesar voor patiënten met een afgeronde behandelperiode (n = 1.084)



In figuur 6.5 is vanuit een ander perspectief naar de relatie tussen het aantal zittingen en het resultaat van de zorg gekeken. Per categorie van het resultaat is inzichtelijk gemaakt hoeveel zittingen hebben plaatsgevonden per behandel-episode.

Ruim 70% van de patiënten bij wie het behandelgoal niet bereikt is, heeft minder dan zeven zittingen gehad. Het aandeel patiënten met tien tot 12 zittingen stijgt, naarmate de doelen in hogere mate bereikt zijn. Het percentage vier tot zes zittingen daarentegen neemt af.

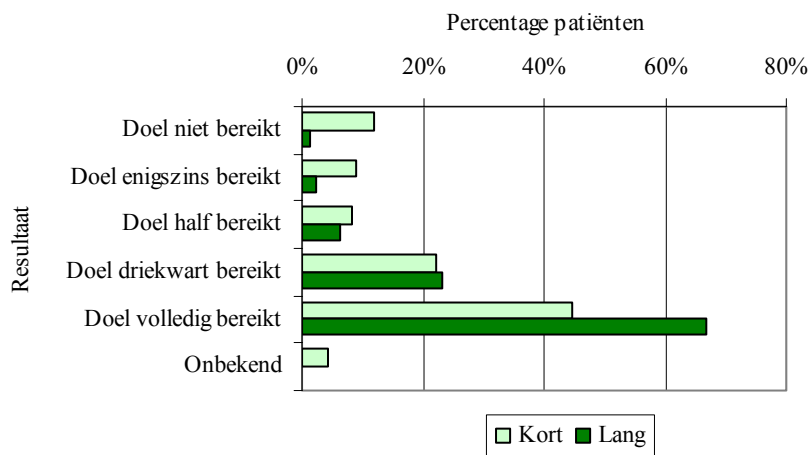
Figuur 6.5: Het aantal zittingen oefentherapie Cesar uitgesplitst naar het resultaat van de zorg voor patiënten met een afgeronde behandel-episode (n = 1.084)



Populatie naar kort- en langdurige behandelperiodes

De behandelperiodes van patiënten met een langdurige behandelperiode worden over het algemeen met een gunstiger resultaat afgesloten dan de behandelperiodes van patiënten met een kortdurende behandelperiode (zie figuur 6.6). Bij 67% van de patiënten met een langdurige behandelperiode worden de behandeldoelen volledig bereikt. Bij patiënten met een kortdurende behandelperiode is dit bij 45% van de patiënten. Wellicht wordt het resultaat van de behandelperiode bij patiënten met een korte behandelperiode negatief beïnvloed door de groep patiënten die zelf de behandeling beëindigd heeft. Zoals in paragraaf 6.3 staat weergegeven, heeft een vijfde van de patiënten met een korte behandelperiode deze zelf gestaakt.

Figuur 6.6: Het resultaat met betrekking tot het doel van patiënten oefentherapie Cesar naar kortdurende (n = 910) en langdurige behandelperiodes (n = 256) met een afgeronde behandelperiodes



6.4 Verslag naar de verwijzer

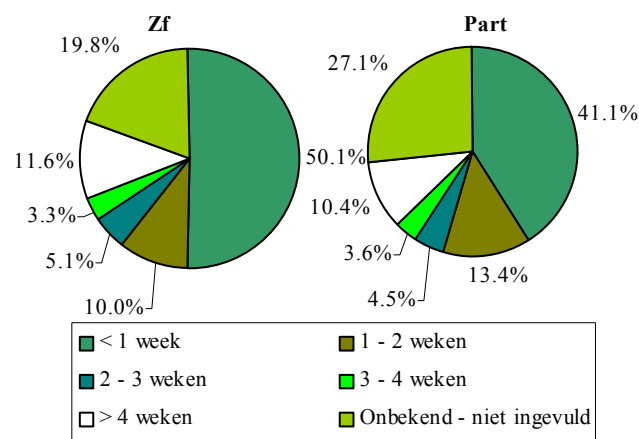


zie ook tabel 33 in bijlage 3

Algemene populatie

Na het afronden van een behandelperiode stuurt de oefentherapeut Cesar een evaluatieverslag omtrent de behandelperiode naar de verwijzer. Over het algemeen wordt dit verslag binnen twee weken verstuurd (zie figuur 6.7). Bij ziekenfondsverzekerde patiënten bedraagt het percentage bij wie binnen twee weken een verslag naar de verwijzer is gestuurd 60%. Het merendeel hiervan wordt binnen één week verzonden. Bij particulier verzekerde patiënten ligt het percentage verslagen die binnen twee weken verstuurd zijn lager, maar nog altijd op ruim 50%.

Figuur 6.7: Periode tussen het laatste behandelcontact en het versturen van het evaluatieverslag naar de verwijzer voor patiënten oefentherapie Cesar met een ziekenfondsverzekering (n = 838) of een particuliere zorgverzekering (n = 336) en een afgeronde behandelperiode



Populatie naar kort- en langdurige behandelperiodes

Verschillen tussen patiënten met een kortdurende behandelperiode en patiënten met een langdurige behandelperiode zijn wat betreft het versturen van het evaluatieverslag naar de verwijzer slechts klein. In beide groepen wordt bij bijna de helft van de afgeronde behandelperiodes binnen één week na afsluiting van de behandelperiode het verslag naar de verwijzer verstuurd. Bij nog eens tien procent wordt dat tussen één en twee weken gedaan.

Referenties

- (1) Wimmers R, Swinkels I, Visser I, Bakker de D, Ende van den E. Jaarboek LiPZ 2001. Deel 2: Beroepsgroep oefentherapie Cesar. Utrecht: NIVEL, 2002.
- (2) RGO. Advies Onderzoek Fysiotherapie. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek, 2003.
- (3) Gebel RS, Lamberts H. ICPC-1 met Nederlandse subtitels. 4 ed. Utrecht: Nederlands Huisarts Genootschap, 2000.
- (4) Vugts C, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten Cesar. Peiling 2002. Utrecht: NIVEL, 2003.
- (5) Pijnenborg A, Berkel van L, Ende van den E, Ravensberg van D, Oostendorp R, Dekker J. De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck: resultaten van het evaluatie-onderzoek. Deelrapport 1. Amersfoort/Utrecht: NPi/NIVEL, 1998.
- (6) Verheij R, Jabaaij L, Bakker de D, Abrahamse H, Hoogen van den H, Braspenning J et al. LINH jaarrapport 2001 cijfers uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg: contacten, verwijzingen en voorschrijven in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NIVEL, 2002.
- (7) Dekker J, Ravensberg van D, Ende van den E, Oostendorp R. De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck en het Amsterdams Dienstenmodel: samenvatting van het evaluatie-onderzoek. Deelrapport 4. Utrecht: NIVEL/Npi, 1998.
- (8) Hasper HS. Beroepsprofiel oefentherapeut-Cesar. Utrecht: Vereniging Bewegingsleer Cesar, 1994.

Bijlage 1

Operationalisering variabelen LiPZ-project voor oefentherapie Cesar

Per basisonderzoeksvraag wordt vermeld van welke variabelen in het LiPZ-project gebruik is gemaakt om de betreffende onderzoeksvraag te beantwoorden. Bij elke variabele wordt de volgende informatie vermeld:

- Omschrijving van de variabele
- Mogelijke waarden
De waarden worden aangegeven zoals die in de praktijksoftware pakketten voorkomen. Deze waarden komen voor in de Vektis standaard of in een door de stuurgroep vastgestelde keuzelijst. De therapeuten kiezen uit een van de aangegeven mogelijkheden.
- Verwijzing naar Vektis
Indien de variabele voorkomt in de Vektis standaard wordt het rubrieknummer aangegeven.
- LiPZ
De relevantie van de variabele wordt aangegeven d.m.v. een S of een R. De S staat voor sleutel en de R voor rapport. Sleutel betekent dat de variabele een sleutelvariabele is voor de centrale database. Registratie is dan noodzakelijk vanwege technische redenen. Rapport betekent dat de variabele in het LiPZ-rapport zal voorkomen. Aangegeven wordt welke waarden de variabele in het LiPZ-rapport kan hebben.

1. Wat zijn de kenmerken van patiënten verwezen voor paramedische zorg?

Variabele:	Geboortedatum patiënt
Omschrijving:	Datum waarop de patiënt geboren is.
Mogelijke waarden:	EEJJMMDD
Vektis-rapport:	Rubriek 208 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: DATUM GEBOORTE VERZEKERDE
LiPZ:	R 0-14 jaar 15-24 jaar 25-34 jaar 35-44 jaar 45-54 jaar 55-64 jaar 65-74 jaar 75+ jaar
Variabele:	Geslacht patiënt
Omschrijving:	Unieke aanduiding van de sekse van de patiënt, of het niet bekend zijn daarvan.
Mogelijke waarden:	0 Onbekend 1 Mannelijk 2 Vrouwelijk 9 Niet gespecificeerd
Vektis-rapport:	Rubriek 209 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: CODE GESLACHT
LiPZ	R Man Vrouw Onbekend

Variabele:	Code zorgverzekering
Omschrijving:	Aanduiding ten laste van welke verzekering de paramedische hulp is verstrekt.
Mogelijke waarden:	00 Niet van toepassing 10 Particulier 20 Particulier en aanvullend verzekerd 30 Ziekenfonds 40 Ziekenfonds en aanvullend verzekerd 50 Publiekrechtelijk verzekerd 60 Publiekrechtelijk en aanvullend verzekerd 99 Onbekend
Vektis-rapport:	Niet
Opmerking:	In rubriek 217 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: VERZEKERINGSBASIS wordt weliswaar ook een codering voor soorten zorgverzekeringen vastgelegd, maar in verband met het ontbreken van een codering voor publiekrechtelijke verzekeringsmaatschappijen is gekozen voor een eigen code-set
LiPZ:	R Idem mogelijke waarden

Variabele:	Opleidingsniveau patiënt
Omschrijving:	Identificerende aanduiding voor het hoogst behaalde schoolniveau van de patiënt.
Mogelijke waarden:	01 Speciaal onderwijs 02 Basisonderwijs 03 VBO/LBO/VMBO (beroepsgerichte leerweg) 04 MAVO/VMBO (theoretische leerweg) 05 HAVO/MULO/MMS 06 VWO/HBS/GYMNASIUM 07 MBO 08 HBO/Universitair 09 Anders 99 Onbekend
Vektis-rapport:	Niet
LiPZ:	R Idem mogelijke waarden
Variabele:	Patiëntnummer
Omschrijving:	Unieke identificerende aanduiding van een persoon per paramedische praktijk. Dit nummer wordt bepaald door de praktijk.
Mogelijke waarden:	Vrij
Vektis-rapport:	Rubriek 205 (bij afwezigheid 404) van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2, d.d. 01-10-2001 PATIENTIDENTIFICATIE ZORGVERLENER
LiPZ:	S

Variabele:	Postcode Patiënt
Omschrijving:	De eerste vier cijfers van de postcode van het adres van de patiënt.
Mogelijke waarden:	De codering bestaat uit vier cijfers.
Vektis-rapport:	Rubriek 214 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: POSTCODE (HUISADRES) VERZEKERDE
LiPZ-rapport:	R Stedelijkheid (indeling CBS) Zeer stedelijk Sterk stedelijk Matig stedelijk Weinig stedelijk Niet stedelijk

2 *Door welke medici en voor welke klachten/aandoeningen worden patiënten voor paramedische zorg verwezen?*

Variabele:	Code soort indicatie VWS-lijst
Omschrijving:	Unieke identificerende code die aangeeft van welke soort indicatie paramedische hulp sprake is n.a.v. de Regeling Paramedische Hulp.
Mogelijke waarden:	001 Eerste aandoening lijst langdurige/intermitterende therapie 002 Tweede of vervolgaandoening lijst 006 Eerste indicatie oefentherapie Cesar, niet op lijst 007 Eerste vervolgindicatie oefentherapie Cesar, niet op lijst 009 Behandelingen die niet onder de regeling Paramedische hulp vallen
Vektis-rapport:	Rubriek 418 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: CODE SOORT INDICATIE PARAMEDISCHE HULP
LiPZ:	R Lijstpatiënten Niet-lijstpatiënten

Variabele:	Datum verwijzing
Omschrijving:	Datum waarop de verwijzing van de patiënt naar de paramedicus heeft plaatsgevonden.
Mogelijke waarden:	EEJJMMDD
Vektis-rapport:	Rubriek 408 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: VERWIJSDATUM
LiPZ:	S
Variabele:	Soort verwijzer
Omschrijving:	Nadere verbijzondering van de verwijzende zorgverlener per soort/beroepsgroep.
Mogelijke waarden:	Zie hiervoor Vektis-codering COD016-VNZ Zorgverlenerspecificatie
Vektis-rapport:	Rubriek 407 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: ZORGVERLENERSPECIFICATIE VERWIJZER
LiPZ:	R Top 10 verwijzer
Variabele:	Verwijsdiagnose verwijsbrief
Omschrijving:	Unieke identificatie van de diagnosecodering zoals deze door de verwijzer wordt gehanteerd (ICPC-code).
Mogelijke waarden:	Zie hiervoor ICPC codering.
Vektis-rapport:	Niet
LiPZ:	R Per beroepsgroep de Top 10 verwijsdiagnoses volgens de ICPC

3. *Wat is er bekend over het 'gezondheidsprobleem' van de patiënt die verwezen wordt naar paramedische zorg?*

Variabele:	Beroepsspecifieke diagnosecode
Omschrijving:	Gecodeerde aanduiding van de diagnose die de paramedicus voor de patiënt opstelt na aanmelding, anamnese, onderzoek en analyse.
Mogelijke waarden:	Conform de paramedische diagnoselijst voor oefentherapie Cesar.
Vektis-rapport:	Rubriek 415 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: PARAMEDISCHE DIAGNOSECODE
LIPZ:	R Per beroepsgroep de Top 10 Beroepsspecifieke diagnosecodes

Variabele:	Recidief klacht
Omschrijving:	Een zelfde klacht die optreedt na een klachtenvrije periode van minimaal vier weken en maximaal twee jaar.
Mogelijke waarden:	J Ja N Nee O Onbekend
Vektis-rapport:	Niet
LiPZ:	R Idem mogelijke waarden

Variabele:	Duur klacht
Omschrijving:	Indicatie die aangeeft hoe lang de klacht reeds bestaat.
Mogelijke waarden:	01 2 dagen of minder 02 Meer dan 2 dagen en maximaal 7 dagen 03 Meer dan 1 week en maximaal 1 maand 04 Meer dan 1 maand en maximaal 3 maanden 05 Meer dan 3 maanden en maximaal 6 maanden 06 Meer dan 6 maanden en maximaal 1 jaar 07 Meer dan 1 jaar en maximaal 2 jaar 08 Meer dan 2 jaar 99 Onbekend
Vektis-rapport:	Niet
LiPZ:	R Idem mogelijke waarden

Variabele:	Beroepsspecifieke richtlijn
Omschrijving:	Indicatie die aangeeft of de specifiek voor de beroepsgroep geldende richtlijn van behandeling van toepassing is.
Mogelijke waarden:	01 Spondylitis Ankylopoetica (ziekte van Bechterew) 02 Peripartum bekkenpijn (bekkeninstabiliteit) 03 Ideopatische scoliose 04 Osteoporose
Vektis-rapport:	Niet
LiPZ:	R Idem mogelijke waarden

Variabele:	Eerder therapie
Omschrijving:	Indicatie die aangeeft of de patiënt al eerder fysiotherapie en/ of oefentherapie Cesar en/ of oefentherapie-Mensendieck heeft gehad voor deze of andere klachten gedurende de afgelopen 2 jaar.
Mogelijke waarden:	01 Fysiotherapie 02 Oefentherapie Cesar 03 Oefentherapie-Mensendieck 04 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar en/ of oefentherapie-Mensendieck 05 Oefentherapie Cesar en/ of oefentherapie-Mensendieck 10 Geen 99 Onbekend
Vektis-rapport:	Niet
LiPZ:	R
	Idem mogelijke waarden

4. *Hoe ziet een paramedisch behandelplan er uit in termen van behandel-doelen, welke verrichting(en) zijn er uitgevoerd en wat is werkelijke om-vang van de behandel-episode?*

Variabele:	Code behandeldoel
Omschrijving:	De unieke codering waarmee een behandeldoel kan worden geïdentificeerd.
Mogelijke waarden:	Op het niveau van activiteiten en lichaamsfuncties (ICF) mag er één hoofd- en één subdoel aangegeven worden. <i>Activiteiten</i> 01 (gaan) liggen; (gaan) zitten; (gaan) staan 02 overige motorische vaardigheden 03 bukken/hurken/knielen/optillen/ grijpen/ springen/vangen/gooien/klimmen 04 ADL (incl. wassen, aankleden, etc.) 05 huishoudelijke vaardigheden 06 zich verplaatsen binnenshuis, incl. traplopen 07 zich verplaatsen buitenshuis, incl. fietsen

- 08 sport gerelateerde activiteiten
- 09 arbeid gerelateerde activiteiten
- 10 andere activiteiten

Lichaamsfuncties

- 20 controle willekeurige bewegingen
- 21 adempatroon
- 22 stand/ houding wervelkolom
- 23 stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom
- 24 lichaamshouding
- 25 ontspanning
- 26 functie rompmusculatuur
- 27 functie musculatuur nek-schoudergordel & arm
- 28 functie musculatuur bekkengordel & heup
- 29 functie musculatuur been & voet
- 30 spierkracht algemeen
- 31 tonusregulatie
- 32 stabiliteit/ mobiliteit gewrichten schoudergordel & arm
- 33 stabiliteit/ mobiliteit gewrichten bekkengordel & heup
- 34 stabiliteit/ mobiliteit been, enkel & voet
- 35 angst/ vertrouwen (in eigen motoriek)
- 36 lichaamsbesef/ lichaamsbeeld
- 37 pijn
- 38 fysieke conditie/ vermoeidheid
- 39 andere functies

Vektis-rapport:

Niet

LiPZ:

R

Idem mogelijke waarden

Variabele:	Code verrichting
Omschrijving:	Unieke identificatie van de verrichting van een paramedicus welke 50 % of meer gedurende de behandelperiode is gebruikt.
Mogelijke waarden:	707 Manuele verrichting - Manueel teweegbrengen beweging 708 Manuele verrichting - Manueel masseren 709 Manuele verrichting - Niet gespecificeerd 716 Sturen en oefenen - Individueel sturen/oefenen van functies 717 Sturen en oefenen - Groepsgewijs sturen/oefenen van functies 718 Sturen en oefenen - Individueel sturen/oefenen van vaardigheden 719 Sturen en oefenen - Groepsgewijs sturen/oefenen van vaardigheden 720 Sturen en oefenen - Niet gespecificeerd 721 Begeleidende verrichtingen - Informeren/adviseren 722 Begeleidende verrichtingen - Bieden van steun 723 Begeleidende verrichtingen - Niet gespecificeerd 732 Overige verrichtingen
Vektis-rapport:	Niet
Opmerking:	De therapeut registreert de verrichting die in een behandelperiode 50 % of meer voorkomt. In totaal kunnen er per behandelplan in afnemende mate van belangrijkheid drie verrichtingen aangegeven worden.
LiPZ:	R Idem mogelijke waarden

Variabele:	Datum behandelcontact
Omschrijving:	Datum waarop het behandelcontact (sessie) heeft plaatsgevonden.
Mogelijke waarden:	EEJJMMDD
Vektis-rapport:	Rubriek 421 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: BEHANDELINGSDATUM
LiPZ:	R
	0-3 zittingen
	4-6 zittingen
	7-9 zittingen
	10-12 zittingen
	13-18 zittingen
	19-24 zittingen
	>24 zittingen
	Totaal Gemiddeld
	Totaal SD

Variabele:	Prestatiecode
Omschrijving:	De gecodeerde aanduiding van de behandeling van de paramedicus, welk onderdeel is van de uitvoering van een behandelplan.
Mogelijke waarden:	Conform Vektis Codelijst COD192
	2000 Behandeling ten huize van de oefentherapeut Cesar of op zijn praktijkadres
	2001 Behandeling oefentherapie Cesar ten huize van de patiënt
	2002 Behandeling oefentherapie Cesar in een instelling waar de patiënt verblijft
	2100 Groepsbehandeling oefentherapie Cesar
	2200 Consult onderzoek Cesar
Vektis-rapport:	Rubriek 423 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: PRESTATIE-CODE PARAMEDISCHE HULP
LiPZ-rapport:	Behandeling ten huize van de oefentherapeut Cesar of op zijn praktijkadres Groepsbehandeling Consult
	In praktijk Buiten praktijk

5. Wat is het resultaat van de behandeling?

Variabele:	Reden einde zorg
Omschrijving:	De reden waarom de behandeling is beëindigd.
Mogelijke waarden:	01 Behandeling is nog niet beëindigd 02 Patiënt uitbehandeld - behandel doel bereikt 03 Geen machtiging voor verlenging behandeling 04 Patiënt is opgenomen in een instelling 05 Niet-chronisch is chronisch geworden 06 Chronisch is niet-chronisch geworden 10 Patiënt is op eigen initiatief gestopt 11 Patiënt is verhuisd 12 Patiënt is overleden 20 Patiënt is niet meer verzekerd voor deze zorg 21 Patiënt is overgegaan naar andere zorgverzekeraar 30 Verwijzer stopte de behandeling 40 Paramedicus stopte de behandeling 41 Patiënt is overgegaan naar andere behandelaar 50 Eenmalig onderzoek 99 Onbekend
Vektis-rapport:	Rubriek 428 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: REDEN EINDE ZORG
LiPZ:	R Gunstig resultaat Max. aantal vergoede zitting bereikt Gestaakt door patiënt Gestaakt door verwijzer Gestaakt door paramedicus Anders Onbekend

Variabele: Resultaat m.b.t. doel

Omschrijving:	De mate waarin de behandeldoelen zijn bereikt.
Mogelijke waarden:	01 De behandeldoelen zijn niet bereikt
	02 De behandeldoelen zijn enigszins bereikt
	03 De behandeldoelen zijn voor de helft bereikt
	04 De behandeldoelen zijn voor driekwart bereikt
	05 De behandeldoelen zijn volledig bereikt
	99 Onbekend
Vektis-rapport:	Niet
LiPZ:	R
	Idem mogelijke waarden

Variabele: Datum verslag verwijzer

Omschrijving:	De datum waarop het evaluatieverslag van de behandeling naar de verwijzer is gestuurd.
Mogelijke waarden:	EEJJMMDD
Vektis-rapport:	Niet
LiPZ:	R
	Weken na laatste behandeling:
	< 1 week
	1 - 2 weken
	2 - 3 weken
	3 - 4 weken
	> 4 weken
	Onbekend

Bijlage 2

Representativiteit LiPZ-netwerk oefentherapie Cesar

De representativiteit van het LiPZ-project voor de beroepsgroep oefentherapie Cesar is op drie niveau's nagegaan: op praktijk-, therapeut- en patiënt-niveau.

Representativiteit van de deelnemende praktijken

De kenmerken van de LiPZ-praktijken oefentherapie Cesar (n=21) zijn vergeleken met de kenmerken van de praktijken uit de Peiling Oefentherapie 2002 (n=609) (4). In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van een aantal kenmerken van de praktijken. Aangezien het aantal LiPZ-praktijken relatief laag is, dienen vergelijkingen tussen beide groepen met enige voorzichtigheid plaats te vinden. Met de chi-kwadraattoets is bekeken of verschillen statistisch significant zijn. Er is sprake van een significant verschil als de p-waarde kleiner is dan 0,05.

LiPZ-praktijken komen wat betreft alle kenmerken goed overeen met de praktijken uit de Peiling Oefentherapie.

In beide groepen is het merendeel van de praktijken solopraktijk (57,1% van de LiPZ-praktijken en 64,5% van de praktijken uit de peiling).

De LiPZ-praktijken liggen goed verdeeld over Nederland. De provincie Noord-Brabant bevat de meeste LiPZ-praktijken voor oefentherapie Cesar, eveneens bevinden zich volgens de peiling daar de meeste praktijken. Ook de verdeling van LiPZ-praktijken over de verschillende regio's komt goed overeen met de peiling. In het westen van het land bevinden zich volgens de peiling de meeste praktijken voor oefentherapeuten Cesar (39,9%). In het LiPZ-netwerk bevindt zich daar eenderde van de praktijken voor oefentherapie Cesar.

Over het algemeen zijn LiPZ-praktijken gevestigd in matig of weinig stedelijke gebieden (ieder eenderde van de praktijken). Ook dit komt goed overeen met de peiling oefentherapie (respectievelijk 24,1 en 28,7%). LiPZ-

praktijken bevinden zich relatief iets minder vaak in sterk stedelijke en zeer stedelijke gebieden.

Geconcludeerd kan worden dat de representativiteit van het LiPZ-netwerk goed is.

Tabel 1: Kenmerken van LiPZ-praktijken oefentherapie Cesar versus praktijken oefentherapie Cesar uit de Peiling Oefentherapie 2002

	LiPZ		Peiling		p
	N	%	N	%	
Aantal therapeuten per praktijk	21		609		
1 therapeut	12	57,1%	393	64,5%	0,81
2 therapeuten	7	33,3%	148	24,3%	
3 therapeuten	1	4,8%	47	7,7%	
4 therapeuten	1	4,8%	16	2,6%	
> 5 therapeuten	0	0,0%	5	0,8%	
Aantal praktijk per provincie	21		609		
Groningen	1	4,8%	15	2,5%	0,98
Friesland	1	4,8%	19	3,1%	
Drenthe	1	4,8%	18	3,0%	
Overijssel	2	9,5%	48	7,9%	
Flevoland	0	0,0%	8	1,3%	
Gelderland	3	14,3%	112	18,4%	
Utrecht	3	14,3%	81	13,3%	
Noord-Holland	1	4,8%	57	9,4%	
Zuid-Holland	3	14,3%	105	17,2%	
Zeeland	1	4,8%	17	2,8%	
Noord-Brabant	5	23,8%	107	17,6%	
Limburg	0	0,0%	22	3,6%	
Aantal praktijken per regio	21		609		
Noord	3	14,3%	52	8,5%	0,74
Oost	5	23,8%	168	27,6%	
West	7	33,3%	243	39,9%	
Zuid	6	28,6%	146	24,0%	
Mate van verstedelijking	21		609		
Zeer stedelijk	2	9,5%	81	13,3%	0,59
Sterk stedelijk	2	9,5%	138	22,7%	
Matig stedelijk	7	33,3%	147	24,1%	
Weinig stedelijk	7	33,3%	175	28,7%	
Niet stedelijk	3	14,3%	68	11,2%	

Representativiteit van de deelnemende therapeuten

De kenmerken van oefentherapeuten Cesar uit het LiPZ-netwerk (n=26) zijn eveneens vergeleken met gegevens uit de Peiling Oefentherapie 2002 (n=739). In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van deze kenmerken. Ook hier dienen de gegevens met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Met behulp van de chi-kwadraattoets is getoetst of verschillen statistisch significant zijn. Er is sprake van een significant verschil als de p-waarde kleiner is dan 0,05.

De verhouding tussen mannelijke en vrouwelijke oefentherapeuten Cesar wijkt in het LiPZ-netwerk licht (niet significant) af van de verhouding in de Peiling Oefentherapie. In het LiPZ-netwerk zitten relatief gezien meer mannen (respectievelijk 15% en 7%). Wat betreft de overige kenmerken (leeftijd, direct patiëntgebonden uren per week en jaar van afstuderen) komen de oefentherapeuten Cesar uit het LiPZ-netwerk zeer goed overeen met de therapeuten uit de peiling. 40% procent van de oefentherapeuten Cesar is tussen de 36 en 45 jaar oud. Het merendeel werkt 21 tot 40 uur (64%) en driekwart is tussen 1980 en 1999 afgestudeerd.

Geconcludeerd kan worden dat de representativiteit op therapeutniveau goed is.

Tabel 2: Kenmerken LiPZ oefentherapeuten Cesar versus oefentherapeuten Cesar uit de Peiling Oefentherapie 2002

	LiPZ		Peiling		p
	N	%	N	%	
Geslacht	26		739		
Man	4	15,4%	52	7,0%	0,11
Vrouw	22	84,6%	687	93,0%	
Leeftijdsklasse	26		738		
Jonger dan 26 jaar	3	11,5%	62	8,4%	0,80
26-35 jaar	7	26,9%	231	31,3%	
36-45 jaar	11	42,3%	289	39,2%	
46-55 jaar	5	19,2%	126	17,1%	
Ouder dan 55 jaar	0	0,0%	30	4,1%	
Direct patiëntgebonden uren/ week	25		668		
0-20 uur	7	28,0%	250	37,4%	0,61
21-40 uur	17	68,0%	389	58,2%	
Meer dan 40 uur	1	4,0%	29	4,3%	
Jaar van afstuderen	26		739		
Voor 1970	0	0,0%	28	3,8%	0,81
1970-1979	5	19,2%	108	14,6%	
1980-1989	10	38,5%	287	38,8%	
1990-1999	9	34,6%	275	37,2%	
2000 of later	2	7,7%	41	5,5%	

Representativiteit van de patiëntenpopulatie uit de LiPZ-praktijken

Om de representativiteit van de patiëntenpopulatie te kunnen bepalen, zijn er landelijke gegevens nodig. Er zijn echter geen recente gegevens voorhanden. Om toch een idee te krijgen omtrent de representativiteit zijn de LiPZ-gegevens vergeleken met de gegevens uit het onderzoek naar de Beperkende Maatregel (5). In dit onderzoek zijn door de oefentherapeut Cesar gegevens geregistreerd over hun patiënten en de aan hen ontleende zorg. Deze registratie heeft echter reeds enkele jaren geleden plaatsgevonden. In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van de patiëntkenmerken van beide groepen. Verschillen zijn op significantie getoetst met de chi-kwadraattoets ($p < 0,05$).

Wat betreft het geslacht komen zowel ziekenfondsverzekerde patiënten als particulier verzekerde patiënten uit het LiPZ-netwerk goed overeen met de patiënten uit het onderzoek naar de Beperkende Maatregel. Wat betreft

leeftijd zijn LiPZ-patiënten relatief jonger dan patiënten uit het onderzoek naar de Beperkende Maatregel. Het verschil in leeftijd uit zich in lichte mate in het opleidingsniveau: LiPZ-patiënten hebben relatief iets vaker geen vervolgopleiding gehad. Ook het percentage patiënten met een opleiding op Mavo-niveau is bij LiPZ-patiënten hoger. Tot slot worden LiPZ-patiënten relatief vaker door de huisarts verwezen naar oefentherapie Cesar dan patiënten uit het onderzoek naar de Beperkende Maatregel.

Tabel 3: Kenmerken patiënten oefentherapie Cesar uit het LiPZ-netwerk versus kenmerken patiënten oefentherapie Cesar uit het onderzoek naar de Beperkende Maatregel (BM) naar verzekeringsvorm

		Ziekenfonds			Particulier		
		LiPZ	BM	p	LiPZ	BM	p
		3.572	1.010		896	424	
Geslacht	Man	27,6%	30,1%	0,12	36,7%	37,6%	0,76
	Vrouw	72,4%	69,9%		63,3%	62,4%	
Leeftijd	0-14 jr	12,0%	8,7%	0,11	22,5%	17,9%	0,04
	15-24 jr	18,1%	19,4%		19,9%	16,3%	
	25-34 jr	24,9%	27,0%		13,2%	11,5%	
	35-44 jr	20,1%	20,0%		19,8%	25,4%	
	45-54 jr	12,9%	13,0%		11,5%	14,6%	
	55-64 jr	6,8%	7,3%		7,5%	9,3%	
	> 65 jr	5,2%	4,5%		5,7%	5,0%	
Opleidings-niveau	Geen/ spec./basisonderwijs	13,8%	13,0%	0,00	17,0%	15,3%	0,00
	LBO/VBO/Mavo	39,4%	35,7%		15,8%	15,3%	
	MBO	22,2%	31,8%		11,2%	21,1%	
	Havo/VWO	11,3%	9,3%		22,6%	18,6%	
	HBO/Universitair	13,2%	10,2%		33,4%	29,6%	
Verwijzer	Huisarts	89,7%	79,8%	0,00	89,5%	81,2%	0,00
	Medisch specialist	10,3%	20,2%		10,5%	18,8%	

Naast een vergelijking van de LiPZ-gegevens met gegevens uit het onderzoek naar de Beperkende Maatregel, zijn de LiPZ-gegevens vergeleken met gegevens uit het Landelijke Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Door LINH worden jaarlijks gegevens verzameld omtrent de door huisartsen verleende zorg (6). Hierbij worden onder meer gegevens geregistreerd over verwijzingen door de huisarts. LINH-gegevens met betrekking tot verwijzin-

gen naar de oefentherapie Cesar zijn wat betreft geslacht, leeftijd en diagnose vergeleken met de LiPZ-gegevens van patiënten die zijn verwezen door de huisarts. In tabel 4 staat een overzicht van het geslacht en de leeftijd naar de verzekeringsvorm, verschillen zijn getoetst met de chi-kwadraattoets ($p < 0,05$).

Zowel bij ziekenfondsverzekerde patiënten als bij particulier verzekerde patiënten bevat het LiPZ-netwerk relatief iets meer vrouwen, dit is echter geen significant verschil. De leeftijdsverdeling van LiPZ-patiënten wijkt wel significant af van de LINH-patiënten. Evenals bij de vergelijking met gegevens uit de Beperkende Maatregel is het percentage jongeren in het LiPZ-netwerk hoger.

Tabel 4: Kenmerken patiënten oefentherapie Cesar uit het LiPZ-netwerk (verwezen door de huisarts) versus kenmerken patiënten uit het LINH-netwerk naar verzekeringsvorm

		Ziekenfonds			Particulier		
		LiPZ	LINH	p	LiPZ	LINH	p
		3.210	848		805	296	
Geslacht	Man	27,6%	31,6%	0,06	37,8%	41,2%	0,30
	Vrouw	72,4%	68,4%		62,2%	58,8%	
Leeftijd	0-14 jr	12,6%	9,4%	0,05	23,2%	20,3%	0,00
	15-24 jr	19,0%	19,0%		20,4%	18,2%	
	25-34 jr	25,0%	26,9%		13,5%	11,1%	
	35-44 jr	20,2%	18,3%		20,6%	17,2%	
	45-54 jr	12,4%	15,1%		10,7%	18,9%	
	55-64 jr	6,0%	7,0%		6,7%	6,1%	
	> 65 jr	4,7%	4,4%		4,8%	8,1%	

In LINH worden van patiënten die verwezen worden naar oefentherapie Cesar gegevens verzameld omtrent de diagnoses, zoals die door de huisarts gesteld zijn. In tabel 5 zijn deze diagnoses vergeleken met de diagnoses van patiënten uit het LiPZ-netwerk die verwezen zijn door de huisarts.

Wat betreft de ziekenfondsverzekerde patiënten komen acht verwijfsdiagnosen zowel voor in de top tien van LINH als in de top tien van LiPZ. De top drie van LiPZ komt overeen met die van LINH. Bij particulier verzekerden komen zes verwijfsdiagnosen zowel voor in de top tien van LiPZ als in de top

tien van LINH. De top drie bevat in beide populaties de verwijsdiagnosen 'lage rugpijn zonder uitstraling', 'symptomen/klachten rug' en 'symptomen/klachten nek'. De volgorde van voorkomen is echter niet hetzelfde.

Tabel 5: Top 10 verwijsdiagnosen van LiPZ (van patiënten verwezen door de huisarts) versus top 10 verwijsdiagnosen van LINH voor oefen-therapie Cesar naar verzekeringsvorm

Zf-LiPZ	3.210	Zf-LINH	820
L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	19,8%	L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	23,3%
L02; Symptomen/klachten rug	19,3%	L02; Symptomen/ klachten rug	15,2%
L01; Symptomen/klachten nek	11,3%	L01; Symptomen/ klachten nek	11,2%
R98; Hyperventilatie	5,3%	L86; Lage rugpijn met uitstraling	5,1%
L85; Verworven afw. wervelkolom	5,3%	L08; Symptomen/ klachten schouder	4,0%
L83; Syndr. cervicale wervelkolom	4,1%	R98; Hyperventilatie	3,2%
P78; Neurasthenie/ surmenage	3,1%	L18; Spierpijn (incl. fibromyalgie)	2,6%
P24; Specifiek leerprobleem	2,3%	L85; Verworven afw. wervelkolom	2,6%
L08; Symptomen/klachten schouder	2,2%	L83; Syndromen cervicale wervelkolom	2,4%
N02; Spanningshoofdpijn	2,1%	N02; Spanningshoofdpijn	2,4%
Overig	25,4%	Overig	27,9%
Part-LiPZ	805	Part-LINH	283
L02; Symptomen/klachten rug	20,4%	L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	23,0%
L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	14,5%	L02; Symptomen/ klachten rug	18,0%
L01; Symptomen/klachten nek	11,2%	L01; Symptomen/ klachten nek	8,5%
P78; Neurasthenie/ surmenage	3,9%	L86; Lage rugpijn met uitstraling	6,7%
R98; Hyperventilatie	3,9%	L08; Symptomen/ klachten schouder	4,2%
P24; Specifiek leerprobleem	3,5%	L29; Andere klachten bewegingsapp.	3,5%
L08; Symptomen/klachten schouder	2,4%	L85; Verworven afw. wervelkolom	3,5%
L83; Syndr. cervicale wervelkolom	2,1%	R98; Hyperventilatie	2,8%
L86; Lage rugpijn met uitstraling	1,9%	L13; Symptomen/ klachten heup	2,1%
N02; Spanningshoofdpijn	1,9%	L18; Spierpijn (incl. fibromyalgie)	2,1%
Overig	36,4%	Overig	25,4%

Geconcludeerd kan worden dat de representativiteit op patiëntniveau voldoende is. De gevonden verschillen zijn niet groot en bovendien hebben ze geen invloed op de omvang van de zorg.

Bijlage 3

Tabellenboek gegevens LiPZ oefentherapie Cesar april 2001 - mei 2003

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

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



zie ook hoofdstuk 2: patiëntkenmerken

Tabel 1: Patiëntkenmerken voor patiënten oefentherapie Cesar met een reguliere behandeling, groepsbehandeling of consult verdeeld naar het jaar waarin ze aangemeld zijn en naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

		Aangemeld in 2001	Aangemeld in 2002	
		Zf	Zf	Part
		1.532	1.498	545
Geslacht	Mannelijk	25,6%	28,3%	37,2%
	Vrouwelijk	74,4%	71,6%	62,8%
	Onbekend	0,0%	0,1%	0,0%
Leeftijd	0-14 jr	10,7%	10,3%	21,8%
	15-24 jr	18,5%	18,8%	22,8%
	25-34 jr	26,9%	24,5%	12,3%
	35-44 jr	20,4%	21,4%	18,3%
	45-54 jr	12,4%	12,6%	11,9%
	55-64 jr	6,4%	7,1%	7,3%
	65-74 jr	3,5%	4,1%	4,0%
	>75 jr	1,2%	1,3%	1,5%
Voorkomen op VWS-lijst	Lijstpatiënten	4,4%	1,9%	
	Niet-lijstpatiënten	95,6%	98,1%	
			1.291	536
Opleidings-niveau	Speciaal onderwijs		1,9%	0,6%
	Basis onderwijs		8,3%	13,2%
	VBO/LBO/VMBO			
	praktijkgerichte leerweg		20,5%	7,5%
	MAVO/VMBO			
	theoretische leerweg		7,4%	4,1%
	HAVO/MULO/MMS		6,4%	9,3%
	VWO/HBS/GYMNASIUM		1,3%	7,8%
	MBO		17,1%	9,5%
	HBO/Universitair		10,1%	27,4%
	Anders		0,6%	0,7%
	Onbekend		26,3%	19,8%

Tabel 2: Patiëntkenmerken voor patiënten oefentherapie Cesar met een reguliere behandeling, groepsbehandeling of consult verdeeld naar afgeronde en langdurige behandelperiodes en naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

		Afgerond		Langdurig	
		Zf	Part	Zf	Part
		1,612	343	743	201
Geslacht	Mannelijk	27,6%	33,5%	27,6%	34,3%
	Vrouwelijk	72,3%	66,5%	72,4%	65,7%
Leeftijd	0-14 jr	9,9%	21,0%	20,5%	27,4%
	15-24 jr	18,9%	17,5%	14,9%	19,9%
	25-34 jr	25,7%	16,3%	20,9%	11,9%
	35-44 jr	21,1%	17,8%	19,0%	18,9%
	45-54 jr	12,5%	10,5%	11,6%	9,5%
	55-64 jr	6,3%	9,0%	7,8%	7,0%
	65-74 jr	4,3%	6,4%	4,0%	5,0%
	>75 jr	1,4%	1,5%	1,3%	0,5%
Voorkomen op VWS-lijst	Lijstpatiënten	1,9%		8,9%	
	Niet-lijstpatiënten	98,1%		91,1%	
		838	336	467	199
Opleidingsniveau	Speciaal onderwijs	1,8%	0,0%	4,7%	2,0%
	Basis onderwijs	8,2%	12,5%	8,4%	15,1%
	VBO/LBO/VMBO				
	praktijkgerichte leerweg	24,6%	7,7%	16,3%	8,5%
	MAVO/VMBO				
	theoretische leerweg	8,2%	3,3%	7,1%	3,5%
	HAVO/MULO/MMS	6,3%	9,2%	6,4%	5,5%
	VWO/HBS/GYMNASIUM	1,4%	8,0%	2,1%	9,5%
	MBO	15,3%	6,5%	16,7%	6,5%
	HBO/Universitair	9,5%	28,9%	10,5%	28,1%
	Anders	0,7%	0,6%	0,4%	0,0%
	Onbekend	23,9%	23,2%	27,4%	21,1%

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

zie ook hoofdstuk 3: verwijzing

Tabel 3: Meest voorkomende medisch specialisten voor patiënten oefentherapie Cesar met een reguliere behandeling, groepsbehandeling of consult verdeeld naar het jaar waarin ze aangemeld zijn en naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

	Aangemeld in 2001		Aangemeld in 2002	
	Zf		Zf	Part
	1.532		1.498	545
Huisarts	90,2%		90,1%	89,9%
Medisch specialist	9,7%		9,9%	10,1%
Niet nader gespecificeerd		5,2%		3,1%
Neurologie		2,1%		2,8%
Orthopaëdie		0,9%		1,3%
Revalidatie		0,7%		1,3%
Reumatologie		0,5%		0,7%
Overige medisch specialisten		0,3%		0,7%
Onbekend	0,1%		0,0%	0,0%

Tabel 4: Meest voorkomende medisch specialisten voor patiënten oefentherapie Cesar met een reguliere behandeling, groepsbehandeling of consult verdeeld naar afgeronde en langdurige behandelingsvormen en naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

	Afgerond		Langdurig	
	Zf	Part	Zf	Part
	1.612	343	743	201
Huisarts	89,1%	90,7%	89,6%	86,6%
Medisch specialist	10,9%	9,3%	10,4%	13,4%
Niet nader gespecificeerd		4,5%		1,7%
Neurologie		2,7%		2,0%
Orthopaëdie		1,7%		2,0%
Revalidatie		0,9%		1,2%
Reumatologie		0,6%		0,9%
Overige specialisten		0,5%		1,5%
Onbekend	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Tabel 5: 10 meest voorkomende verwijfsdiagnosen (in ICPC-coderingen) van patiënten oefentherapie Cesar aangemeld in 2001, 2002 en/ of met een langdurige behandelperiode verdeeld naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

Zf/ aangemeld in 2001	1.518	Zf/ aangemeld in 2002	1.498
L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	20,0%	L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	20,3%
L02 ; Symptomen/klachten rug	19,3%	L02 ; Symptomen/ klachten rug	18,8%
L01 ; Symptomen/klachten nek	9,9%	L01 ; Symptomen/ klachten nek	12,1%
L83 ; Syndr. cervicale wervelkolom	6,0%	R98 ; Hyperventilatie	4,9%
R98 ; Hyperventilatie	5,0%	L85 ; Verworven afw. wervelkolom	4,1%
L85 ; Verworven afw. wervelkolom	4,7%	L83 ; Syndr. cervicale wervelkolom	3,8%
P78 ; Neurasthenie/ surmenage	3,5%	P78 ; Neurasthenie/ surmenage	2,9%
L08 ; Symptomen/klachten schouder	3,0%	N02 ; Spanningshoofdpijn	2,5%
L86 ; Lage rugpijn met uitstraling	2,6%	L86 ; Lage rugpijn met uitstraling	2,3%
L18 ; Spierpijn (incl. fibromyalgie)	2,2%	P01 ; Angstig/ gespannen gevoel	1,9%
Overig	23,1%	Overig	26,3%
		Part/ aangemeld in 2002	545
		L02 ; Symptomen/ klachten rug	19,6%
		L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	15,2%
		L01 ; Symptomen/ klachten nek	9,4%
		L85 ; Verworven afw. wervelkolom	7,2%
		R98 ; Hyperventilatie	4,0%
		L08 ; Symptomen/ klachten schouder	2,8%
		L86 ; Lage rugpijn met uitstraling	2,8%
		N02 ; Spanningshoofdpijn	2,6%
		P24 ; Specifiek leerprobleem	2,6%
		P78 ; Neurasthenie/ surmenage	2,4%
		Overig	31,6%
Zf/ langdurig	743	Part/ langdurig	201
L02 ; Symptomen/ klachten rug	17,8%	L02 ; Symptomen/ klachten rug	16,4%
L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	14,8%	L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	10,9%
L01 ; Symptomen/ klachten nek	9,6%	L85 ; Verworven afw. wervelkolom	10,0%
L85 ; Verworven afw. wervelkolom	7,5%	L01 ; Symptomen/ klachten nek	8,5%
R98 ; Hyperventilatie	5,8%	P01 ; Angstig/ gespannen gevoel	4,0%
L83 ; Syndr. cervicale wervelkolom	4,8%	R98 ; Hyperventilatie	3,5%
P24 ; Specifiek leerprobleem	4,4%	L08 ; Symptomen/ klachten schouder	3,0%
P78 ; Neurasthenie/ surmenage	3,2%	L83 ; Syndr. cervicale wervelkolom	3,0%
P01 ; Angstig/ gespannen gevoel	2,2%	P24 ; Specifiek leerprobleem	3,0%
N01 ; Hoofdpijn	1,7%	P78 ; Neurasthenie/ surmenage	3,0%
Overig	28,1%	Overig	34,8%

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

zie ook hoofdstuk 4: gezondheidsprobleem

Tabel 6: 10 meest voorkomende combinaties tussen de 'pathologie' en 'belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling door de oefentherapeut' uit de beroepsspecifieke diagnosecode van patiënten oefentherapie Cesar verdeeld naar de aanmelddatum en de verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier) ¹

Zf/ aangemeld in 2001	1.496	Zf/ aangemeld in 2002	1.282
Orthopedische aandoeningen		Orthopedische aandoeningen	
functioneren wervelkolom	9,8%	functioneren wervelkolom	9,0%
Degeneratieve aandoening		Symptomatologie	
functioneren botten bovenste extr.	8,6%	stand/ houding lichaam als geheel	8,4%
Degeneratieve aandoening		Degeneratieve aandoeningen	
functioneren wervelkolom	7,4%	stand/ houding lichaam als geheel	8,0%
Symptomatologie		Degeneratieve aandoeningen	
adempatroon	6,3%	functioneren botten bovenste extr.	7,1%
Degeneratieve aandoening		Symptomatologie	
functioneren rompmusculatuur	5,5%	adempatroon	7,1%
Degeneratieve aandoening		Symptomatologie	
stand/ houding lichaam als geheel	5,0%	overig	6,9%
Orthopedische aandoening		Degeneratieve aandoeningen	
functioneren botten bovenste extr.	4,4%	functioneren wervelkolom	6,3%
Symptomatologie		Orthopedische aandoeningen	
stand/ houding lichaam als geheel	4,3%	stand/ houding lichaam als geheel	4,8%
Symptomatologie		Degeneratieve aandoeningen	
overig	4,2%	overig	3,6%
Orthopedische aandoening		Degeneratieve aandoeningen	
stand/houding lichaam als geheel	3,9%	functioneren spiergroepen extr.	3,4%
Overig	40,7%	Overig	35,4%
		Part/ aangemeld in 2002	534
		Orthopedische aandoeningen	
		functioneren wervelkolom	11,0%
		Symptomatologie	
		stand/ houding lichaam als geheel	9,9%
		Degeneratieve aandoeningen	
		functioneren botten bovenste extr.	8,8%
		Degeneratieve aandoeningen	
		stand/ houding lichaam als geheel	7,7%
		Orthopedische aandoeningen	
		stand/ houding lichaam als geheel	6,4%
		Degeneratieve aandoeningen	
		functioneren wervelkolom	6,4%
		Symptomatologie	
		adempatroon	4,1%
		Symptomatologie	
		overig	3,6%
		Neurologische aandoeningen	
		controle willekeurig bewegen	3,4%
		Degeneratieve aandoeningen	
		functioneren rompmusculatuur	3,4%
		Overig	35,4%

¹ Van niet alle patiënten is de diagnosecode bekend.

Tabel 7: 10 meest voorkomende combinaties tussen de posities 'pathologie' en 'belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling door de oefentherapeut' van de beroepsspecifieke diagnose-code van patiënten oefentherapie Cesar met een langdurige behandelingsperiode verdeeld naar de verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

Zf/ langdurig	304	Part/ langdurig	135
Symptomatologie overig	11,5%	Orthopedische aandoeningen functioneren wervelkolom	14,1%
Degeneratieve aandoeningen functioneren botten bovenste extr.	8,2%	Degeneratieve aandoeningen functioneren botten bovenste extr.	8,9%
Orthopedische aandoeningen functioneren wervelkolom	8,2%	Symptomatologie stand/ houding lichaam als geheel	7,4%
Orthopedische aandoeningen stand/ houding lichaam als geheel	6,3%	Symptomatologie overig	7,4%
Degeneratieve aandoeningen functioneren wervelkolom	5,3%	Symptomatologie adempatroon	5,9%
Symptomatologie adempatroon	5,3%	Degeneratieve aandoeningen stand/ houding lichaam als geheel	5,9%
Symptomatologie stand/ houding lichaam als geheel	4,3%	Degeneratieve aandoeningen functioneren wervelkolom	5,9%
Degeneratieve aandoeningen stand/ houding lichaam als geheel	4,3%	Orthopedische aandoeningen stand/ houding lichaam als geheel	5,2%
Orthopedische aandoeningen functioneren botten bovenste extr.	3,6%	Degeneratieve aandoeningen functioneren spiergroepen extr.	4,4%
Degeneratieve aandoeningen overig	3,6%	Orthopedische aandoeningen functioneren botten bovenste extr.	3,7%
Overig	39,5%	Overig	31,1%

Tabel 8: Kenmerken klachten voor patiënten oefentherapie Cesar verdeeld naar aanmelddatum, afgeronde behandelperiodes en/ of langdurige behandelperiodes en naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)¹

		Aangemeld in 2002		Afgerond		Langdurig	
		Zf	Part	Zf	Part	Zf	Part
		1.291	536	838	336	467	199
Recidief	Ja	36,5%	31,2%	33,5%	31,3%	34,5%	31,2%
	Nee	59,3%	65,9%	62,6%	65,2%	61,0%	64,8%
	Onbekend	4,3%	3,0%	3,8%	3,6%	4,5%	4,0%
Duur klacht	<= 2 dagen	0,4%	0,7%	0,4%	0,3%	0,4%	0,5%
	2 - 7 dagen	0,5%	0,4%	0,7%	0,6%	0,0%	0,0%
	1 week - 1 maand	7,6%	9,5%	8,6%	10,7%	6,2%	7,5%
	1 - 3 maanden	16,3%	14,2%	17,5%	15,5%	13,3%	13,6%
	3 - 6 maanden	15,2%	17,9%	15,8%	17,6%	13,7%	17,1%
	6 mnd. - 1 jaar	12,1%	11,2%	12,2%	14,6%	15,2%	10,6%
	1 - 2 jaar	14,4%	12,5%	14,8%	11,9%	12,8%	10,1%
	> 2 jaar	30,3%	25,6%	27,4%	23,5%	34,9%	34,7%
	Onbekend	3,3%	8,0%	2,6%	5,4%	3,4%	6,0%

¹ Onder een recidief wordt verstaan: een zelfde klacht die optreedt na een klachtenvrije periode van minimaal 4 weken en maximaal 2 jaar.

Tabel 9: Verdeling naar het wel of niet gebruik maken van een specifiek voor de beroepsgroep geldende richtlijn voor patiënten oefentherapie Cesar ingedeeld naar de aanmelddatum, afgeronde behandelperiodes, langdurige behandelperiodes en naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

	Aangemeld in 2002		Afgerond		Langdurig	
	Zf	Part	Zf	Part	Zf	Part
	1.291	536	838	336	467	199
Geen richtlijn gebruikt	97,0%	95,9%	96,9%	95,5%	96,6%	97,5%
Wel richtlijn gebruikt	3,0%	4,1%	3,1%	4,5%	3,4%	2,5%

Tabel 10: Verdeling van patiënten oefentherapie Cesar, bij wie bij de behandeling gebruik is gemaakt van een beroepsspecifieke richtlijn, over de verschillende richtlijnen en naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

	Aangemeld in 2002		Afgerond		Langdurig	
	Zf	Part	Zf	Part	Zf	Part
	39	22	26	15	16	5
Reuma/Spondylitis Ankylopoetica (ziekte van Bechterew)	12,8%	31,8%	11,5%	26,7%	12,5%	20,0%
Peripartum bekkenpijn (bekkeninstabiliteit)	46,2%	18,2%	57,7%	20,0%	50,0%	0,0%
Ideopatische scoliose	30,8%	36,4%	19,2%	40,0%	31,3%	60,0%
Osteoporose	10,3%	13,6%	11,5%	13,3%	6,3%	20,0%

Tabel 11: Andere of eerdere zorg voor dezelfde of andere klachten gedurende de afgelopen 2 jaar bij patiënten oefentherapie Cesar naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

	Aangemeld in 2002		Afgerond		Langdurig	
	Zf	Part	Zf	Part	Zf	Part
	1.291	536	838	336	467	199
Fysiotherapie	32,5%	27,2%	34,6%	33,9%	30,8%	29,1%
Oefentherapie Cesar	8,5%	6,2%	7,4%	5,1%	10,3%	5,0%
Oefentherapie-Mensendieck	0,9%	1,1%	0,7%	0,9%	1,1%	1,0%
Fysiotherapie en oefentherapie Cesar en/ of -Mensendieck	3,6%	2,8%	3,7%	1,8%	4,5%	2,0%
Oefentherapie Cesar en oefentherapie- Mensendieck	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%	0,5%
Geen	46,7%	57,3%	48,9%	53,6%	45,2%	58,8%
Onbekend	7,5%	5,2%	4,4%	4,8%	7,9%	3,5%

Vraag 4: Hoe ziet een paramedisch behandelplan er uit in termen van behandeldoelen, welke verrichting(en) is (zijn) uitgevoerd en wat is de werkelijke omvang van de behandelaflevering?

☞ zie ook hoofdstuk 5: behandeling

Tabel 12: Per niveau de 5 meest voorkomende hoofdbehandelgoals van patiënten oefentherapie Cesar verdeeld naar het jaar waarin ze aangemeld zijn, naar langdurige behandelafleveringen en naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)¹

	Aangemeld in 2002		Langdurig	
	Zf	Part	Zf	Part
	1.295	539	467	200
(Gaan) liggen/ zitten/ staan	21,5%	32,3%	20,1%	24,5%
Arbeid gerelateerde activiteiten	20,8%	15,0%	13,5%	11,5%
ADL (incl. Wassen, aankleden, etc.)	12,7%	10,2%	8,1%	5,0%
Bukken/ hurken/ knielen/ optillen/ grijpen/ springen/ vangen/ gooien/ klimmen	7,9%	6,1%	6,4%	6,0%
Andere activiteiten	5,6%	3,3%	2,1%	1,0%
Overige behandelgoals op activiteitsniveau	12,1%	12,1%	9,6%	6,5%
Stand/ houding wervelkolom	15,2%	22,4%	15,4%	21,0%
Lichaamshouding	15,3%	18,4%	11,3%	16,5%
Functie musculatuur nek-schoudergordel & arm	14,1%	9,6%	11,3%	7,0%
Ontspanning	13,1%	6,5%	20,3%	15,5%
Stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom	8,9%	8,7%	10,3%	10,0%
Overige behandelgoals op lichaamsfunctieniveau	30,3%	29,3%	28,9%	26,0%

¹ Van niet alle patiënten zijn de behandelgoals bekend.

Tabel 13: 10 meest voorkomende combinaties tussen hoofdbehandeldoelen op activiteitsniveau en lichaamsfunctieniveau van patiënten oefentherapie Cesar naar jaar van aanmelding, langdurige behandelperiodes en verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

Zf/ aangemeld in 2002	1.295	Part/ aangemeld in 2002	539
(Gaan) liggen/ zitten/ staan lichaamshouding	6,1%	(Gaan) liggen/ zitten/ staan lichaamshouding	9,1%
Geen*		Geen*	
ontspanning	6,0%	stand/ houding wervelkolom	8,2%
Arbeid gerelateerde activiteiten functie musc. nek/schouder/ arm	5,9%	(Gaan) liggen/ zitten/ staan stand/ houding wervelkolom	7,4%
Geen*		(Gaan) liggen/ zitten/ staan functie rompmusculatuur	5,0%
stand/ houding wervelkolom	4,5%	Arbeid gerelateerde activiteiten functie musc. nek/schouder/ arm	4,3%
(Gaan) liggen/ zitten/ staan stand/ houding wervelkolom	3,5%	Geen*	
(Gaan) liggen/ zitten/ staan functie rompmusculatuur	2,7%	ontspanning	3,3%
Arbeid gerelateerde activiteiten stand/ houding wervelkolom	2,7%	(Gaan) liggen/ zitten/ staan stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom	3,2%
Arbeid gerelateerde activiteiten lichaamshouding	2,5%	ADL (incl. wassen, aankleden, eten) stand/ houding wervelkolom	2,4%
(Gaan) liggen/ zitten/ staan stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom	2,4%	Geen*	
Arbeid gerelateerde activiteiten stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom	2,3%	lichaamshouding	2,2%
Overig	61,4%	ADL (incl. wassen, aankleden, eten) lichaamshouding	2,0%
		Overig	54,9%
Zf/ langdurig	467	Part/ langdurig	200
Geen*		Geen*	
ontspanning	17,1%	stand/ houding wervelkolom	14,5%
Geen*		Geen*	
stand/ houding wervelkolom	7,7%	ontspanning	13,0%
(Gaan) liggen/ zitten/ staan lichaamshouding	4,7%	(Gaan) liggen/ zitten/ staan lichaamshouding	5,5%
Arbeid gerelateerde activiteiten functie musc. nek/schouder/ arm	4,1%	(Gaan) liggen/ zitten/ staan stand/ houding wervelkolom	5,5%
(Gaan) liggen/ zitten/ staan functie rompmusculatuur	3,2%	(Gaan) liggen/ zitten/ staan functie rompmusculatuur	4,0%
(Gaan) liggen/ zitten/ staan stand/ houding wervelkolom	2,8%	(Gaan) liggen/ zitten/ staan stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom	3,5%
(Gaan) liggen/ zitten/ staan stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom	2,6%	Arbeid gerelateerde activiteiten lichaamshouding	3,0%
Overige mot. vaardigheden tonusregulatie	2,6%	Geen*	
Geen*		stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom	3,0%
functie musc. nek/schouder/ arm	2,6%	Geen*	
Arbeid gerelateerde activiteiten stand/ houding wervelkolom	1,9%	lichaamshouding	3,0%
Overig	50,7%	Arbeid gerelateerde activiteiten functie musc. nek/schouder/ arm	3,0%
		Overig	42,0%

* Geen = geen hoofdbehandeldoel op dit niveau.

Tabel 14: Verrichtingen bij patiënten oefentherapie Cesar met een afgeronde behandelingsperiode verdeeld naar verzekeringsvorm (per patiënt maximaal 3 verrichtingen, percentage is hoger dan 100)¹

	Zf	Part
	784	309
Manuele verrichtingen	1,9%	1,3%
manueel masseren	1,7%	1,3%
manueel teweegbrengen beweging	0,3%	0,0%
Sturen/ oefenen	99,1%	98,1%
individueel sturen en oefenen van functies	76,9%	65,4%
individueel sturen en oefenen van vaardigheden	71,3%	73,5%
groepsgewijs sturen en oefenen van vaardigheden	0,8%	2,3%
groepsgewijs sturen en oefenen van functies	0,8%	1,3%
niet gespecificeerd	12,4%	11,0%
Begeleidende verrichtingen	49,4%	41,1%
informerend/ adviseren	33,8%	33,7%
bieden van steun	4,7%	3,2%
niet gespecificeerd	12,6%	5,8%
Overige verrichtingen	3,6%	3,2%

¹ Van niet alle patiënten zijn de verrichtingen bekend.

Tabel 15: Aantal zittingen oefentherapie Cesar bij patiënten met een afgeronde behandelingsperiode uitgesplitst naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

	Zf	Part
	1.612	343
Consult	0,3%	0,9%
1 - 3 zittingen	7,0%	12,5%
4 - 6 zittingen	12,7%	14,3%
7 - 9 zittingen	19,7%	16,9%
10 -12 zittingen	15,4%	18,4%
13 - 18 zittingen	31,3%	26,5%
19 - 24 zittingen	10,0%	8,2%
> 25 zittingen	3,7%	2,3%

Tabel 16: Het aantal zittingen oefentherapie Cesar uitgesplitst naar de behandelduur, per groep staat het percentage van voorkomen, het gemiddelde aantal zittingen $\pm$ standaarddeviatie weergegeven van patiënten met een afgeronde behandelperiode¹

Ziekenfonds n=1.607	< 6 maanden			> 6 maanden			Totaal		
	%	gem. $\pm$	sd.	%	gem. $\pm$	sd.	%	gem. $\pm$	sd.
≤ 18 zittingen	76,2%	10,0 $\pm$	4,6	10,1%	15,1 $\pm$	2,8	86,3%	10,6 $\pm$	4,4
> 18 zittingen	4,5%	21,5 $\pm$	2,5	9,2%	25,0 $\pm$	6,7	13,7%	23,9 $\pm$	5,3
Totaal	80,6%	10,6 $\pm$	4,5	19,4%	19,8 $\pm$	4,7	100,0%	12,4 $\pm$	6,7
Particulier n=340	< 6 maanden			> 6 maanden			Totaal		
	%	gem. $\pm$	sd.	%	gem. $\pm$	sd.	%	gem. $\pm$	sd.
≤ 18 zittingen	77,1%	8,9 $\pm$	4,6	12,4%	13,9 $\pm$	3,8	89,4%	9,6 $\pm$	4,5
> 18 zittingen	3,2%	22,5 $\pm$	3,8	7,4%	23,2 $\pm$	6,2	10,6%	23,0 $\pm$	5,5
Totaal	80,3%	9,5 $\pm$	4,6	19,7%	17,4 $\pm$	4,7	100,0%	11,0 $\pm$	6,4

¹ Patiënten met een consult zijn uit de analyse gelaten.

Tabel 17: Gemiddeld aantal zittingen oefentherapie Cesar voor patiënt-kenmerken van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelingsperiode

		N	gem.	st.dev.	med.	p
Afgeronde behandelingsperiode		1.607	12,4	6,7	12,0	
Geslacht	Mannelijk	441	11,9	6,4	11,0	0,08
	Vrouwelijk	1.165	12,6	6,8	12,0	
Leeftijd	0-14 jaar	156	12,8	7,0	12,5	0,33
	15-24 jaar	305	12,6	6,8	12,0	
	25-34 jaar	414	11,6	6,9	11,0	
	35-44 jaar	340	12,5	6,2	12,0	
	45-54 jaar	201	12,7	6,5	12,0	
	55-64 jaar	101	13,1	6,7	13,0	
	65-74 jaar	69	12,6	7,4	11,0	
	> 75 jaar	21	11,9	9,3	9,0	
Opleidings-niveau	Speciaal onderwijs	14	13,1	6,4	12,0	0,52
	Basisonderwijs	67	12,1	5,9	12,0	
	VBO/LBO/VMBO					
	praktijkgerichte leerweg	206	13,3	6,5	12,5	
	MAVO/VMBO					
	theoretische leerweg	69	13,4	8,6	12,0	
	HAVO/MULO/MMS	53	12,4	5,7	10,0	
	VWO/HBS/GYMNASIUM	12	12,2	5,5	13,0	
	MBO	128	13,8	5,9	14,0	
	HBO/Universitair	80	12,2	6,1	12,0	
	Anders	6	9,8	10,3	6,0	
Verwijzer	Huisarts	1.431	12,3	6,8	12,0	0,54
	Medisch specialist	176	12,7	6,5	11,0	
Duur klacht	≤ 2 dagen	2	20,5	0,7	20,5	0,09
	2-7 dagen	6	8,3	4,8	8,0	
	1 week - 1 maand	72	12,1	6,8	11,0	
	1-3 maanden	147	12,5	6,8	12,0	
	3-6 maanden	131	14,0	7,2	14,0	
	6 maanden - 1 jaar	101	14,1	7,7	13,0	
	1-2 jaar	123	13,0	6,5	12,0	
	> 2 jaar	229	13,4	6,7	12,0	
Recidief klacht	Ja	280	13,1	6,7	12,0	0,75
	Nee	521	13,3	7,1	13,0	
Andere of eerdere zorg	Fysiotherapie	288	13,8	6,8	14,0	0,22
	Oefentherapie Cesar	62	13,6	5,8	12,5	
	Oefentherapie-Mensendieck	6	8,7	6,0	8,0	
	Fysiotherapie en oefentherapie	31	14,0	9,7	13,0	
	Oefentherapie Cesar en -Mensendieck	2	12,0	1,4	12,0	
	Geen	408	12,7	6,9	12,0	

Tabel 18: Gemiddeld aantal zittingen oefentherapie Cesar voor patiëntkenmerken van particulier verzekerde patiënten met een afgeronde behandelaflevering

		N	gem.	st.dev.	med.	p
Afgeronde behandelaflevering		340	11,0	6,4	10,5	
Geslacht	Mannelijk	113	11,6	7,0	11,0	0,21
	Vrouwelijk	227	10,7	6,1	10,0	
Leeftijd	0-14 jaar	70	11,4	6,8	11,0	0,99
	15-24 jaar	60	11,0	6,4	11,0	
	25-34 jaar	55	10,8	6,4	10,0	
	35-44 jaar	61	10,8	7,5	10,0	
	45-54 jaar	36	11,3	6,2	11,5	
	55-64 jaar	31	10,7	5,1	10,0	
	65-74 jaar	22	11,7	5,1	12,5	
	> 75 jaar	5	8,8	4,6	10,0	
Opleidingsniveau	Speciaal onderwijs	0				0,63
	Basisonderwijs	40	10,4	5,4	11,0	
	VBO/LBO/VMBO	25	11,8	6,4	11,0	
	praktijkgerichte leerweg					
	MAVO/VMBO	11	9,0	6,6	9,0	
	theoretische leerweg					
	HAVO/MULO/MMS	31	11,5	4,9	12,0	
	VWO/HBS/GYMNASIUM	27	9,3	5,7	9,0	
	MBO	22	11,0	4,8	10,0	
	HBO/Universitair	97	11,7	7,3	11,0	
	Anders	2	9,5	2,1	9,5	
Verwijzer	Huisarts	308	11,0	6,5	10,5	0,87
	Medisch specialist	32	10,8	5,3	10,5	
Duur klacht	≤ 2 dagen	1	12,0		12,0	0,43
	2-7 dagen	2	15,5	0,7	15,5	
	1 week - 1 maand	36	10,4	6,5	10,0	
	1-3 maanden	52	9,8	6,8	9,0	
	3-6 maanden	59	11,8	6,8	12,0	
	6 maanden - 1 jaar	49	12,3	6,3	11,0	
	1-2 jaar	39	12,2	6,8	12,0	
	> 2 jaar	78	10,9	5,8	10,5	
Recidief klacht	Ja	103	11,3	7,2	10,0	0,90
	Nee	218	11,2	6,0	11,0	
Andere of eerdere zorg	Fysiotherapie	112	11,6	6,7	11,5	0,06
	Oefentherapie Cesar	17	7,5	3,8	7,0	
	Oefentherapie-Mensendieck	3	8,7	2,5	9,0	
	Fysiotherapie en oefentherapie	6	7,7	6,3	6,0	
	Oefentherapie Cesar en -Mensendieck	0				
	Geen	179	11,5	6,4	11,0	

Tabel 19: Het gemiddelde aantal zittingen oefentherapie Cesar voor de 10 meestvoorkomende verwijdsdiagnosen van patiënten met een afgeronde behandelperiode verdeeld naar verzekeringsvorm

	Ziekenfondsverzekerden			
	N	gem.	st.dev.	med.
L86 ; Lage rugpijn met uitstraling	43	14.5	7.0	16.0
L83 ; Syndromen cervicale wervelkolom	76	14.1	7.3	13.5
R98 ; Hyperventilatie	76	13.4	7.4	12.0
N02 ; Spanningshoofdpijn	32	12.7	6.1	12.5
P78 ; Neurasthenie/ surmenage	45	12.5	6.1	12.0
L02 ; Symptomen/klachten rug	294	12.4	6.4	11.5
L01 ; Symptomen/ klachten nek	196	12.2	5.7	12.0
L85 ; Verworven afwijkingen wervelkolom	71	12.2	6.4	11.0
L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	349	11.7	6.2	11.0
P01 ; Angstig gespannen gevoel	16	11.0	5.9	12.0

	Particulier verzekerden			
	N	gem.	st.dev.	med.
L08 ; Symptomen/ klachten schouder	7	14.4	6.3	12.0
P78 ; Neurasthenie/ surmenage	10	12.5	10.7	10.5
R98 ; Hyperventilatie	13	11.7	9.3	7.0
L02 ; Symptomen/klachten rug	58	11.6	5.0	11.5
L01 ; Symptomen/ klachten nek	46	11.5	5.5	11.5
N02 ; Spanningshoofdpijn	8	11.3	9.2	9.0
P24 ; Specifiek leerprobleem	4	11.3	4.9	13.5
L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	49	10.9	5.1	11.0
L85 ; Verworven afwijkingen wervelkolom	21	9.5	5.0	10.0
L86 ; Lage rugpijn met uitstraling	9	9.3	5.3	9.0

Tabel 20: Het gemiddelde aantal zittingen oefentherapie Cesar voor de 10 meest voorkomende combinaties tussen de posities 'pathologie' en 'belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling door de oefentherapeut' van de beroepsspecifieke diagnosecode van patiënten met een afgeronde behandelperiode verdeeld naar verzekeringsvorm

	Ziekenfonds			
	N	gem.	st.dev.	med.
Degeneratieve aandoeningen				
functioneren spiergroepen extr.	24	15,8	6,6	16,0
Orthopedische aandoeningen				
stand/ houding lichaam als geheel	27	15,0	7,2	15,0
Orthopedische aandoeningen				
functioneren wervelkolom	61	13,4	5,0	14,0
Symptomatologie				
adempatroon	43	13,1	6,3	12,0
Degeneratieve aandoeningen				
functioneren botten bovenste extr.	61	12,9	6,0	14,0
Symptomatologie				
overig	32	12,8	6,9	12,0
Degeneratieve aandoeningen				
functioneren wervelkolom	47	12,8	4,7	13,0
Degeneratieve aandoeningen				
overig	23	12,5	6,3	12,0
Degeneratieve aandoeningen				
stand/ houding lichaam als geheel	49	12,2	5,0	12,0
Symptomatologie				
stand/ houding lichaam als geheel	67	10,8	5,2	10,0
	Particulier			
	N	gem.	st.dev.	med.
Degeneratieve aandoeningen				
functioneren botten bovenste extr.	29	14,1	6,2	15,0
Symptomatologie				
adempatroon	10	13,1	10,3	9,5
Neurologische aandoeningen				
controle willekeurig bewegen	6	12,3	4,1	8,0
Degeneratieve aandoeningen				
functioneren wervelkolom	15	11,9	5,1	13,0
Symptomatologie				
stand/ houding lichaam als geheel	28	11,4	4,5	10,5
Orthopedische aandoeningen				
functioneren wervelkolom	28	9,9	5,9	10,0
Symptomatologie				
overig	8	9,8	4,7	10,5
Degeneratieve aandoeningen				
functioneren rompmusculatuur	9	9,8	5,3	13,0
Degeneratieve aandoeningen				
stand/ houding lichaam als geheel	20	9,7	4,6	9,0
Orthopedische aandoeningen				
stand/ houding lichaam als geheel	13	8,9	5,6	8,0

Tabel 21: Het gemiddelde aantal zittingen oefentherapie Cesar voor de 10 meest voorkomende combinaties tussen hoofdbehandeldoelen op activiteitsniveau en lichaamsfunctieniveau van patiënten met een afgeronde behandelperiode

	Ziekenfondsverzekerden			
	N	gem.	st.dev.	med.
Arbeid gerelateerde activiteiten				
stand/ houding wervelkolom	24	15,2	6,3	15,0
Geen*				
stand/ houding wervelkolom	38	14,6	4,8	17,0
Geen*				
ontspanning	24	14,7	8,5	13,5
(Gaan) liggen/ zitten/ staan				
stand/ houding wervelkolom	18	13,6	5,0	14,0
(Gaan) liggen/ zitten/ staan				
functie rompmusculatuur	18	13,4	5,6	13,5
(Gaan) liggen/ zitten/ staan				
stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom	17	13,4	7,3	13,0
Arbeid gerelateerde activiteiten				
lichaamshouding	22	13,2	5,5	12,0
(Gaan) liggen/ zitten/ staan				
lichaamshouding	45	13,0	4,9	13,0
Arbeid gerelateerde activiteiten				
functie musc. nek/schouder/ arm	51	13,0	6,3	14,0
Arbeid gerelateerde activiteiten				
stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom	17	12,3	4,6	14,0
	Particulier verzekerden			
	N	gem.	st.dev.	med.
Geen*				
lichaamshouding	3	14,7	3,2	16,0
Geen*				
stand/ houding wervelkolom	25	14,2	6,9	15,0
Geen*				
ontspanning	5	13,6	9,5	12,0
(Gaan) liggen/ zitten/ staan				
functie rompmusculatuur	5	12,8	4,4	10,0
(Gaan) liggen/ zitten/ staan				
stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom	7	12,4	4,8	11,0
Arbeid gerelateerde activiteiten				
functie musc. nek/schouder/ arm	10	12,3	5,9	12,5
(Gaan) liggen/ zitten/ staan				
stand/ houding wervelkolom	24	11,2	5,3	12,0
(Gaan) liggen/ zitten/ staan				
lichaamshouding	24	10,4	4,7	11,0
ADL (incl. wassen, aankleden, eten)				
stand/ houding wervelkolom	8	7,0	3,7	8,0
ADL (incl. wassen, aankleden, eten)				
lichaamshouding	0			

en = geen hoofdbehandeldoel op dit niveau.

Tabel 22: Het gemiddelde aantal zittingen oefentherapie Cesar per richtlijn van patiënten met een afgeronde behandelperiode verdeeld naar verzekeringsvorm

	Ziekenfonds				Particulier			
	N	gem.	st. dev.	med.	N	gem.	st.dev.	med.
Reuma/ Spodylitis Ankylopoetica (ziekte van Bechterew)	2	8,0	1,4	8,0	4	10,8	4,6	10,5
Peripartum bekkenpijn (bekkeninstabiliteit)	15	10,7	5,7	8,0	3	8,3	3,5	8,0
Ideopatische scoliose	5	12,4	5,3	13,0	6	7,2	5,1	6,0
Osteoporose	3	12,3	3,1	13,0	2	11,5	3,5	11,5

Tabel 23: Behandelduur oefentherapie Cesar bij patiënten met een afgeronde behandelperiode uitgesplitst naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

	Zf	Part
	1.607	340
Tot en met 1 week	3,1%	4,7%
Langer dan 1 week, tot en met 4 weken	9,1%	8,8%
Langer dan 4 weken, tot en met 6 weken	7,0%	7,4%
Langer dan 6 weken, tot en met 3 maanden	25,9%	23,2%
Langer dan 3 maanden	54,8%	55,9%

Tabel 24: Gemiddelde behandelduur oefentherapie Cesar (in weken) uit gesplitst voor patiëntkenmerken van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelaflevering

		N	gem.	st.dev.	med.	p
Afgeronde behandelaflevering		1.607	16,4	11,6	14,0	
Geslacht	Mannelijk	441	15,5	11,2	13,1	0,06
	Vrouwelijk	1.165	16,7	11,8	14,4	
Leeftijd	0-14 jaar	156	19,4	12,8	17,6	0,04
	15-24 jaar	305	16,4	10,7	15,0	
	25-34 jaar	414	15,6	11,8	13,1	
	35-44 jaar	340	15,8	10,5	14,0	
	45-54 jaar	201	16,1	11,1	13,1	
	55-64 jaar	101	17,3	12,3	15,0	
	65-74 jaar	69	17,0	16,0	12,0	
	> 75 jaar	21	14,1	12,0	14,1	
Opleidings-niveau	Speciaal onderwijs	14	17,8	9,5	15,7	0,26
	Basisonderwijs	67	17,0	11,6	15,0	
	VBO/LBO/VMBO					
	praktijkgerichte leerweg	206	16,6	11,4	14,5	
	MAVO/VMBO					
	theoretische leerweg	69	16,6	12,1	14,0	
	HAVO/MULO/MMS	53	16,4	9,5	13,7	
	VWO/HBS/GYMNASIUM	12	19,9	11,0	22,1	
	MBO	128	19,5	11,3	18,8	
	HBO/Universitair	80	19,2	12,4	18,6	
	Anders	6	11,4	11,1	7,7	
	Huisarts	1.431	16,6	11,7	14,1	
Verwijzer	Medisch specialist	176	15,1	10,9	12,3	0,13
Duur klacht	≤ 2 dagen	2	52,0	18,4	52,0	0,00
	2-7 dagen	6	7,2	3,9	7,7	
	1 week - 1 maand	72	17,6	12,4	15,0	
	1-3 maanden	147	17,2	12,0	14,7	
	3-6 maanden	131	18,8	12,3	16,9	
	6 maanden - 1 jaar	101	18,8	12,1	18,9	
	1-2 jaar	123	18,0	12,4	16,0	
	> 2 jaar	229	18,8	12,5	15,7	
Recidief klacht	Ja	280	18,6	13,0	14,9	0,62
	Nee	521	18,1	12,1	17,0	
Andere of eerdere zorg	Fysiotherapie	288	18,4	12,2	15,9	0,14
	Oefentherapie Cesar	62	22,0	14,8	17,9	
	Oefentherapie-Mensendieck	6	11,9	13,1	9,3	
	Fysiotherapie en oefentherapie	31	18,8	12,8	15,7	
	Oefentherapie Cesar en -Mensendieck	2	21,4	9,5	21,4	
	Geen	408	17,6	12,1	15,7	

Tabel 25: Gemiddelde behandelduur oefentherapie Cesar (in weken) uitgesplitst voor patiëntkenmerken van particulier verzekerde patiënten met een afgeronde behandelperiode

		N	gem.	st.dev.	med.	p
Afgeronde behandelperiode		340	17,2	13,1	14,3	
Geslacht	Mannelijk	113	18,1	13,1	16,6	0,38
	Vrouwelijk	227	16,7	13,1	13,0	
Leeftijd	0-14 jaar	70	18,4	13,6	16,5	0,93
	15-24 jaar	60	16,9	11,4	14,7	
	25-34 jaar	55	18,5	14,7	14,7	
	35-44 jaar	61	16,0	13,7	13,0	
	45-54 jaar	36	16,2	10,3	15,0	
	55-64 jaar	31	16,3	15,5	11,1	
	65-74 jaar	22	17,7	11,9	15,6	
	> 75 jaar	5	13,3	8,4	13,6	
Opleidingsniveau	Speciaal onderwijs	0				0,94
	Basisonderwijs	40	16,7	12,3	14,8	
	VBO/LBO/VMBO	25	15,2	13,6	12,3	
	praktijkgerichte leerweg					
	MAVO/VMBO	11	15,3	13,2	17,0	
	theoretische leerweg					
	HAVO/MULO/MMS	31	15,8	9,1	15,3	
	VWO/HBS/GYMNASIUM	27	16,7	13,9	13,0	
	MBO	22	16,2	11,8	13,3	
	HBO/Universitair	97	18,3	13,5	14,6	
	Anders	2	12,8	14,4	12,8	
Verwijzer	Huisarts	308	17,2	13,2	14,1	0,89
	Medisch specialist	32	16,9	11,8	14,5	
Duur klacht	≤ 2 dagen	1	13,0		13,0	0,15
	2-7 dagen	2	15,1	2,0	15,1	
	1 week - 1 maand	36	16,0	12,1	12,0	
	1-3 maanden	52	16,2	12,3	13,0	
	3-6 maanden	59	17,0	13,2	14,4	
	6 maanden - 1 jaar	49	22,7	17,1	17,1	
	1-2 jaar	39	17,5	10,7	14,6	
	> 2 jaar	78	15,6	11,4	12,0	
Recidief klacht	Ja	103	17,1	14,3	12,6	0,82
	Nee	218	17,5	12,5	15,6	
Andere of eerdere zorg	Fysiotherapie	112	17,0	13,9	13,5	0,24
	Oefentherapie Cesar	17	15,7	11,4	13,9	
	Oefentherapie-Mensendieck	3	7,2	1,5	6,4	
	Fysiotherapie en oefentherapie	6	9,0	9,0	6,5	
	Oefentherapie Cesar en –Mensendieck	0				
	Geen	179	18,3	12,8	16,0	

Tabel 26: De gemiddelde behandelduur van oefentherapie Cesar (in weken) voor de 10 meest voorkomende verwijsdiagnosen van patiënten met een afgeronde behandelperiode verdeeld naar verzekeringsvorm

	Ziekenfondsverzekerden			
	N	gem.	st.dev.	med.
R98 ; Hyperventilatie	76	18.2	12.8	17.3
L83 ; Syndromen cervicale wervelkolom	76	17.9	12.0	16.6
L85 ; Verworven afwijkingen wervelkolom	71	17.8	11.8	14.7
P78 ; Neurasthenie/ surmenage	45	17.5	12.2	15.0
L02 ; Symptomen/klachten rug	294	17.1	11.5	15.0
L01 ; Symptomen/ klachten nek	196	16.5	11.3	14.0
L86 ; Lage rugpijn met uitstraling	43	15.8	10.5	15.0
P01 ; Angstig/ gespannen gevoel	16	15.1	12.0	15.0
L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	349	15.0	11.0	12.1
N02 ; Spanningshoofdpijn	32	14.6	9.5	14.5

	Particulier verzekerden			
	N	gem.	st.dev.	med.
L08 ; Symptomen/ klachten schouder	7	22.9	10.3	22.9
P78 ; Neurasthenie/ surmenage	10	20.6	15.0	13.2
N02 ; Spanningshoofdpijn	8	19.8	16.0	18.9
L85 ; Verworven afwijkingen wervelkolom	21	18.3	12.1	17.1
L01 ; Symptomen/ klachten nek	46	17.6	13.3	13.1
L02 ; Symptomen/klachten rug	58	17.2	10.4	13.1
R98 ; Hyperventilatie	13	17.2	17.2	13.1
L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	49	15.8	12.5	11.9
L86 ; Lage rugpijn met uitstraling	9	12.1	7.8	9.0
P24 ; Specifiek leerprobleem	4	10.5	2.4	11.5

Tabel 27: De gemiddelde behandelduur oefentherapie Cesar (in weken) voor de 10 meest voorkomende combinaties tussen de posities 'pathologie' en 'belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling door de oefentherapeut' van de beroepsspecifieke diagnosecode van patiënten met een afgeronde behandel-episode verdeeld naar verzekeringsvorm

	Ziekenfondsverzekerden			
	N	gem.	st.dev.	med.
Degeneratieve aandoeningen				
functioneren spiergroepen extr.	24	21,5	11,9	21,4
Orthopedische aandoeningen				
stand/ houding lichaam als geheel	27	21,3	14,0	19,0
Orthopedische aandoeningen				
functioneren wervelkolom	61	20,5	9,2	21,9
Symptomatologie				
overig	32	18,6	13,1	18,1
Degeneratieve aandoeningen				
functioneren wervelkolom	47	17,8	9,3	17,1
Degeneratieve aandoeningen				
functioneren botten bovenste extr.	61	16,6	10,3	17,0
Degeneratieve aandoeningen				
overig	23	16,6	14,0	14,6
Symptomatologie				
adempatroon	43	16,7	10,5	16,3
Degeneratieve aandoeningen				
stand/ houding lichaam als geheel	49	15,1	9,4	13,0
Symptomatologie				
stand/ houding lichaam als geheel	67	14,7	9,3	13,3
	Particulier			
	N	gem.	st.dev.	med.
Degeneratieve aandoeningen				
functioneren wervelkolom	15	19,6	11,7	19,7
Degeneratieve aandoeningen				
functioneren botten bovenste extr.	29	19,2	11,0	18,4
Symptomatologie				
stand/ houding lichaam als geheel	28	18,5	11,0	16,4
Symptomatologie				
adempatroon	10	18,1	19,2	13,1
Symptomatologie				
overig	8	17,6	12,8	16,2
Orthopedische aandoeningen				
functioneren wervelkolom	28	17,1	14,3	14,1
Degeneratieve aandoeningen				
stand/ houding lichaam als geheel	20	14,2	9,8	12,1
Orthopedische aandoeningen				
stand/ houding lichaam als geheel	13	11,4	7,1	11,3
Neurologische aandoeningen				
controle willekeurig bewegen	6	11,0	2,0	12,0
Degeneratieve aandoeningen				
functioneren rompmusculatuur	9	10,9	7,2	10,6

Tabel 28: De gemiddelde behandelduur (in weken) voor de 10 meest voorkomende combinaties tussen hoofdbehandeldoelen op activiteitsniveau en lichaamsfunctieniveau van patiënten met een afgeronde behandelperiode

	Ziekenfondsverzekerden			
	N	gem.	st.dev.	med.
(Gaan) liggen/ zitten/ staan stand/ houding wervelkolom	18	22,4	17,5	18,6
(Gaan) liggen/ zitten/ staan functie rompmusculatuur	18	21,6	12,3	21,4
Geen* ontspanning	24	21,4	16,3	18,6
Arbeid gerelateerde activiteiten lichaamshouding	22	20,6	8,8	19,0
Arbeid gerelateerde activiteiten stand/ houding wervelkolom	24	20,2	9,9	20,5
(Gaan) liggen/ zitten/ staan stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom	17	19,4	12,5	16,4
Geen* stand/ houding wervelkolom	38	19,1	10,9	17,1
Arbeid gerelateerde activiteiten functie musc. nek/schouder/ arm	51	18,0	9,4	20,0
(Gaan) liggen/ zitten/ staan lichaamshouding	45	17,7	9,3	17,9
Arbeid gerelateerde activiteiten stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom	17	16,7	9,0	18,9
	Particulier verzekerden			
	N	gem.	st.dev.	med.
(Gaan) liggen/ zitten/ staan stabiliteit/ mobiliteit wervelkolom	7	26,3	19,3	23,0
Geen* ontspanning	5	25,8	24,7	14,3
(Gaan) liggen/ zitten/ staan functie rompmusculatuur	5	24,3	11,7	24,3
Geen* stand/ houding wervelkolom	25	19,7	12,0	21,0
Arbeid gerelateerde activiteiten functie musc. nek/schouder/ arm	10	18,1	8,3	16,6
(Gaan) liggen/ zitten/ staan lichaamshouding	24	16,1	10,3	14,7
(Gaan) liggen/ zitten/ staan stand/ houding wervelkolom	24	15,2	10,2	14,7
Geen* lichaamshouding	3	14,3	4,1	15,9
ADL (incl. wassen, aankleden, eten) stand/ houding wervelkolom	8	10,0	8,1	9,0
ADL (incl. wassen, aankleden, eten) lichaamshouding	0			

* Geen = geen hoofdbehandeldoel op dit niveau.

Tabel 29: De gemiddelde behandelduur van oefentherapie Cesar (in weken) per richtlijn van patiënten met een afgeronde behandelperiode verdeeld naar verzekeringsvorm

	Ziekenfonds				Particulier			
	N	gem.	st. dev.	med.	N	gem.	st.dev.	med.
Reuma/ Spodylitis Ankylopoetica (ziekte van Bechterew)	2	10,0	5,7	10,0	4	13,5	10,2	14,6
Peripartum bekkenpijn (bekkeninstabiliteit)	15	15,9	13,6	8,4	3	15,4	10,3	18,1
Ideopatische scoliose	5	17,6	9,3	16,4	6	15,6	13,6	9,9
Osteoporose	3	18,0	5,8	15,1	2	24,9	16,9	24,9

Tabel 30: Het aantal declaraties van reguliere zittingen (inclusief consulten en groepsbehandelingen) onderverdeeld naar de behandelvorm van patiënten oefentherapie Cesar verdeeld naar het jaar waarin ze aangemeld zijn, naar afgeronde en langdurige behandelperiodes en naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

	Aangemeld in 2001		Aangemeld in 2002	
	Zf	Part	Zf	Part
	19.696		19.449	6.902
Behandeling bij oefentherapeut Cesar	97,7%		99,0%	97,1%
Behandeling oefentherapeut Cesar bij patiënt	2,3%		0,7%	0,1%
Behandeling oefentherapeut Cesar in instelling	0,0%		0,0%	0,0%
Groepsbehandeling oefentherapeut Cesar	0,0%		0,2%	2,2%
Consult oefentherapie Cesar	0,0%		0,0%	0,0%
Onbekend	0,0%		0,0%	0,7%
	Afgerond		Langdurig	
	Zf	Part	Zf	Part
	19.907	3.752	17.339	3.982
Behandeling bij oefentherapeut Cesar	98,9%	96,9%	98,5%	97,4%
Behandeling oefentherapeut Cesar bij patiënt	0,8%	0,3%	1,5%	0,1%
Behandeling oefentherapeut Cesar in instelling	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Groepsbehandeling oefentherapeut Cesar	0,2%	1,8%	0,0%	2,0%
Consult oefentherapie Cesar	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Onbekend	0,0%	1,0%	0,0%	0,5%

Vraag 5: Wat is het resultaat van de behandeling?

☞ zie ook hoofdstuk 6: evaluatie

Tabel 31: Reden voor beëindiging van de zorg voor patiënten oefentherapie Cesar met een afgeronde behandelperiode uitgesplitst naar de verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

	Zf	Part
	838	336
Cliënt uitbehandeld	59,7%	63,1%
Maximaal aantal vergoede zittingen bereikt	2,7%	1,5%
Gestaakt door patiënt	16,3%	15,5%
Gestaakt door verwijzer	1,2%	0,6%
Gestaakt door paramedicus	3,3%	4,2%
Anders	5,0%	5,7%
Onbekend - niet ingevuld	11,7%	9,5%

Tabel 32: Het resultaat met betrekking tot het doel voor patiënten oefentherapie Cesar met een afgeronde behandelperiode uitgesplitst naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)¹

	Zf	Part
	833	333
Doel niet bereikt	9,8%	8,7%
Doel enigszins bereikt	8,3%	5,1%
Doel half bereikt	7,9%	7,5%
Doel driekwart bereikt	23,0%	21,0%
Doel volledig bereikt	47,1%	55,3%
Onbekend	3,8%	2,4%

¹ Patiënten met een consult zijn uit de analyse gelaten.

Tabel 33: Aantal weken tussen het laatste behandelcontact en het versturen van het evaluatieverslag naar de verwijzer voor patiënten oefentherapie Cesar met een afgeronde behandelperiode uitgesplitst naar de verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

	Zf	Part
	838	336
< 1 week	50,1%	41,1%
1 - 2 weken	10,0%	13,4%
2 - 3 weken	5,1%	4,5%
3 - 4 weken	3,3%	3,6%
> 4 weken	11,6%	10,4%
Onbekend - niet ingevuld	19,8%	27,1%