

Niv ibc/a
134780

BASISGEGEVENS EXTRAMURALE FYSIOTHERAPIE 1989
**Gegevens uit het project 'Beleidsgericht evaluatie- en effect-
onderzoek fysiotherapie (BEEF)'**

E.Chr.Curfs
H.Kool van Langenberghe
J.J.Kerssens
J.Dekker

September 1991

ISBN 90-6905-156-7

VOORWOORD

Voor u ligt het eerste verslag over basisgegevens uit het project BEEF (Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek fysiotherapie) met de resultaten van gegevens over de fysiotherapeutische hulpverlening aan patiënten in de eerstelijnsgezondheidszorg. De gegevens zijn verzameld door middel van het 'registratieformulier fysiotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg' (bijlage 1) en hebben betrekking op het jaar 1989. De presentatie van de resultaten van de verzamelde gegevens vindt in dit verslag, in hoofdzaak, plaats in de vorm van tabellen met begeleidende tekst.

De registratie is onderdeel van het onderzoeksproject BEEF. Dit onderzoek wordt door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) uitgevoerd en door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) gesubsidieerd.

Het Ministerie van WVC heeft ten behoeve van dit onderzoeksproject een begeleidingscommissie ingesteld. Deze is samengesteld uit leden die de volgende instanties en organisaties vertegenwoordigen: de Geneeskundige Hoofdinspectie, het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, de Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten, de Landelijke Vereniging van Fysiotherapeuten in Dienstverband, de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie, de Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars, het Kontaktorgaan Landelijke Organisatie van Ziektekostenverzekeraars, de Ziekenfondsraad, de opleidingen tot fysiotherapeut en de Directie VTA en AGZ van het Ministerie van WVC. Voor hun inbreng in de voorbereiding en uitvoering van dit project gaat naar al deze leden van de begeleidingscommissie onze dank uit.

Zonder de medewerking en inzet van de registrerende fysiotherapeuten, de secretariële inzet van Rinie de Groot en de hulp bij de verwerking van de programma's door Jeroen Heijning zou dit jaarverslag niet mogelijk zijn geweest. Derhalve gaat naar hen in het bijzonder, zonder anderen die behulpzaam zijn geweest bij de totstandkoming van dit jaarverslag te kort te doen, onze dank uit.

INHOUD

pag.

1.	INLEIDING	1
1.1.	Probleemstelling	1
1.2.	Doelstelling en vraagstellingen	1
1.3.	Doelgroep	3
2.	METHODE	5
2.1.	Fysiotherapiepraktijken	5
2.2.	Patiëntregistratieformulier	10
3.	RESULTATEN	15
3.1.	Patiëntkenmerken	15
3.1.1.	Leeftijd	16
3.1.2.	Geslacht	18
3.1.3.	Verzekeringsvorm	18
3.1.4.	Woonvorm en woonsituatie	18
3.1.5.	Opleiding en beroep	19
3.1.6.	Conclusie	21
3.2.	Klachten en verwijscindicaties	22
3.2.1.	Classificatie van klachten en verwijscindicaties	22
3.2.2.	Klachten van patiënten	22
3.2.3.	Verwijzers en verwijscindicaties	26
3.2.4.	Conclusie	29
3.3.	Resultaten fysiotherapeutische onderzoek	30
3.3.1.	Stoornissen en beperkingen	31
3.3.2.	Aanvullend fysiotherapeutisch onderzoek	42
3.3.3.	Conclusie	48
3.4.	Behandelplan	49
3.4.1.	Aantal zittingen per behandeling	50
3.4.2.	Frequentie van de zittingen	51
3.4.3.	Behandelduur	52
3.4.4.	Behandelvormen	52
3.4.5.	Behandeldoelen	54
3.4.6.	Relatie tussen behandelvormen en behandeldoelen	57
3.4.7.	Plaats van behandeling	61
3.4.8.	Redenen van aan huis behandeling	61
3.4.9.	Redenen waarom de behandeling is beëindigd	61
3.4.10.	Conclusie	62
4.	NASCHRIFT	65

Vervolg inhoud pag.

5. OVERZICHT TABELLEN 67

6. LITERATUUR 71

BIJLAGEN

Bijlage 1: registratieformulier 'fysiotherapie in de eerstelijns-
gezondheidszorg'

Bijlage 2: vertaalsleutel ICPC-codes naar indicatieclusters

1. INLEIDING

1.1. Probleemstelling

De behoefte aan epidemiologische informatie betreffende de fysiotherapeutische zorgverlening in Nederland is groot. Epidemiologische informatie wordt in dit verband opgevat als de beschrijving van het voorkomen van (gevolgen van) ziekten of aandoeningen van patiënten die onder fysiotherapeutische behandeling zijn. Het aanbod van deze informatie is schaars. Dat geldt voornamelijk voor informatie die van toepassing is op de fysiotherapie in de extramurale eerstelijnsgezondheidszorg. Weliswaar zijn er op verschillende plaatsen initiatieven ontwikkeld die ten doel hebben informatie te verzamelen omtrent de fysiotherapeutische behandeling, doch deze zijn niet direct gericht op de werving van epidemiologische informatie of zijn hiervoor te kleinschalig of te regionaal (Knie-registratieproject 'Zwolle', Telkamp e.a., 1986; Basisregistratiesysteem Heino, WCC, 1987; Registratiesysteem Tegelen, van Bergen e.a., 1986).

De probleemstelling van het huidige onderzoek kan als volgt worden samengevat: welke (gevolgen van) aandoeningen komen in welke mate voor onder patiënten die in fysiotherapeutische behandeling zijn in de extramurale gezondheidszorg, welke kenmerken hebben deze patiënten en hoe is de fysiotherapeutische behandeling van deze patiënten opgebouwd?

1.2. Doelstelling en vraagstellingen

De primaire doelstelling van dit onderzoek is, inzicht geven in de normale gang van zaken in de fysiotherapeutische hulpverlening in de eerstelijnsgezondheidszorg. Daartoe worden (epidemiologische) basisgegevens van de fysiotherapeutische hulpverlening verzameld en beschreven.

De gegevens die in dit onderzoek worden verzameld, hebben in eerste instantie betrekking op kenmerken van de patiënten en klachten waarvoor zij de hulp van de fysiotherapeut inroepen. De volgende vragen worden beantwoord:

1. Hoe is de verdeling van kenmerken als leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, woonsituatie, beroep en opleiding onder de patiënten?
2. Voor welke klachten roepen patiënten de hulp van fysiotherapeuten in?

3. Door wie zijn de patiënten voor fysiotherapie verwezen?
4. Welke aspecten onderscheidt de fysiotherapeut (werkdiagnose (in termen van stoornissen en beperkingen) en overige aspecten) aan de klacht?
5. Voor welke verwijfsindicatie zijn de patiënten voor fysiotherapie verwezen?

In deze rapportage wordt vooral aandacht geschonken aan de aspecten die de fysiotherapeut aan de klacht van de patiënt onderscheidt. Kennisneming van de interpretatie van de klacht door de fysiotherapeut is belangrijk. Immers, al enige tijd bestaat het besef dat er niet altijd een verband bestaat tussen de verwijfsindicaties en de uitgevoerde fysiotherapeutische behandeling, maar dat de fysiotherapeutische behandeling voor een belangrijk deel afhangt van de resultaten van het onderzoek dat de fysiotherapeut aan de patiënt uitvoert (Rose, 1989).

De resultaten van het fysiotherapeutische onderzoek worden ook wel aangeduid als de fysiotherapeutische werkdiagnose. De fysiotherapeut let in zijn onderzoek vooral op gevolgen en oorzaken van aandoeningen voor het bewegingsapparaat van de patiënt (Sahrmann, 1988, Granger e.a., 1987). (Deze specifieke kennis van de fysiotherapeut kan er toe leiden dat hij tevens een bijdrage levert aan de vaststelling van de medische diagnose.)

De gevolgen van aandoeningen of ziekten kunnen worden ingedeeld in stoornissen, beperkingen en handicaps (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICDH, 1980). De Nationale Raad voor de volksgezondheid (1987) beveelt het gebruik van deze classificatie aan bij wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de fysiotherapie. De (gevolgen van) aandoeningen kunnen dan in termen van stoornissen en beperkingen worden geclassificeerd (Zwezerijnen-Halbertsma, 1988, van Gorkum, 1986). In het verlengde van deze aanbevelingen wordt in dit onderzoek nagegaan in hoeverre de deelnemende fysiotherapeuten de gevolgen van aandoeningen in termen van stoornissen en beperkingen in het gehanteerde BEEF-registratieformulier weergeven. De beschrijving van de resultaten hiervan kan zeer uitvoerig zijn. In dit verslag wordt echter slechts een eerste stap gezet op weg naar meer inzicht in deze materie. Dit betekent dat de resultaten hoofdzakelijk in de vorm van rechte tellingen worden weergegeven.

De vraag die in dit verband in dit onderzoek wordt beantwoord, is:

6. Biedt het BEEF-formulier aan de deelnemende fysiotherapeuten voldoende mogelijkheden om de gevolgen van aandoeningen in termen van stoornissen en beperkingen te kunnen vermelden?

Op basis van de fysiotherapeutische werkdiagnose stelt de fysiotherapeut zijn behandeling in. Ook over de fysiotherapeutische behandeling van de patiënt zijn in het BEEF-formulier gegevens verzameld. In de beschrijving

van de fysiotherapeutische behandeling, met name bij de omschrijving van de behandeldoelen, wordt nadruk gelegd op de weergave van de gevolgen van aandoeningen in termen van stoornissen en beperkingen.

Met deze gegevens worden de volgende vragen beantwoord:

7. Hoe is de fysiotherapeutische behandeling van de patiënten, in de vorm van behandeldoelen (in termen van stoornissen en beperkingen) opgebouwd?
8. Hoe is de fysiotherapeutische behandeling in de vorm van behandelvormen, aantal zittingen en behandelplaats opgebouwd?
9. Wat is de samenhang tussen stoornissen en beperkingen (als behandel-doel) enerzijds en de aard (behandelvormen) van de behandeling anderzijds?

In de hoofdstukken en paragrafen waarin de bovengenoemde (ruime) vraagstellingen worden besproken, zullen deze nader worden toegelicht. Derhalve is hier volstaan met een globale omschrijving van de vraagstellingen.

1.3. Doelgroep

Overheid

De resultaten van dit onderzoek zijn, uiteraard, belangrijk voor de opdrachtgever van dit onderzoek, het Ministerie van WVC. Niet alleen wordt een overzicht gegeven van de praktijk van alledag in de fysiotherapeutische praktijk, maar ook kan een antwoord worden geformuleerd op de vraag hoe bepaalde patiëntencategorieën (ouderen, chronische patiënten, patiënten met sportletsels, bewoners van verzorgingstehuizen etc.) fysiotherapeutisch in de eerstelijnsgezondheidszorg worden benaderd. Het onderzoek draagt bij aan de invulling van de informatiebehoefte van het beleid inzake de fysiotherapie. Daarnaast wordt inzicht verstrekt in de gevolgen van het invoeren van overheidsmaatregelen met betrekking tot de fysiotherapeutische hulpverlening. Ook trends in de fysiotherapeutische behandeling (andere behandelvormen, andere frequenties, andere behandelplaats, andere verwijsindicaties etc.) worden bij deze doorlopende vorm van patiëntregistratie geconstateerd en gerapporteerd.

Fysiotherapeuten

Een tweede doelgroep wordt gevormd door de fysiotherapeuten. Ook zij hebben belang bij zowel de evaluatie van overheidsmaatregelen als bij de vaststelling van trends in de fysiotherapeutische hulpverlening. Trends, maar ook de confrontatie met een beschrijving van de praktijk van alledag kunnen aanleiding geven tot bijvoorbeeld aanpassing in bij- en nascholingsacti-

viteiten, het (her)oriënteren van beleidslijnen ten aanzien van overheid en financierende instanties. De resultaten kunnen aanleiding geven tot het instellen van (nieuw of voortgezet) onderzoek. De basisgegevens zijn voor ander wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de fysiotherapie een referentiepunt.

De registratie zoals die in dit onderzoek wordt gehanteerd, draagt bij aan het onderzoek naar de ontwikkeling van een registratiesysteem dat meer specifiek op de fysiotherapeutische hulpverlening is toegesneden. De fysiotherapeutische hulpverlening is immers gericht op de gevolgen van aandoeningen voor de patiënt (zie paragraaf 1.2). Indien derhalve blijkt dat met behulp van het BEEF-registratieformulier deze belangrijke aspecten van het fysiotherapeutische onderzoek en de fysiotherapeutische behandeling (behandeldoelen) in de vorm van stoornissen en beperkingen kunnen worden vastgelegd, is een belangrijke stap op weg naar een adequate registratie voor fysiotherapeuten gezet.

Patiënten

Indien de gang van zaken, zoals geschetst bij de vorige doelgroepen, gestalte krijgt, zullen patiënten daarvan zeker de vruchten plukken in de vorm van bijvoorbeeld een meer efficiënte en effectieve behandeling. Dat maakt, dat ook zij een, zij het indirecte, doelgroep vormen.

Verwijzers

Een goede beschrijving van het fysiotherapeutische handelen geeft, zeker op den duur, een overzicht van de mogelijkheden (indicaties) en onmogelijkheden van dit handelen. In dit opzicht is de rapportage van de resultaten van dit onderzoek evenzeer voor verwijzers van belang.

2. METHODE

Als middel om de hiervoor beschreven vraagstellingen te beantwoorden, is gekozen voor een patiëntenregistratie (zie paragraaf 2.2.) door fysiotherapeuten die zijn verbonden aan fysiotherapiepraktijken in de eerstelijnsgezondheidszorg (zie paragraaf 2.1).

De voorbereidingen voor het BEEF-registratieproject zijn in februari 1988 gestart. De eerste registratieformulieren werden door de deelnemende fysiotherapeuten in februari 1989 ingevuld. De registratie duurt op zijn minst voort tot en met december 1992.

2.1. Fysiotherapiepraktijken

De informatie die door middel van het BEEF-project wordt verzameld moet een representatief beeld geven van de patiënten die gebruik maken van fysiotherapeutische zorg. Anders dan bij bijvoorbeeld de huisarts is de patiëntenpopulatie bij een fysiotherapeut niet vast omschreven, er is namelijk sprake van een fluctuerend patiëntenbestand. De representativiteit van de verzamelde gegevens kan dus niet worden bevorderd door vooraf representatieve patiëntenpopulaties te selecteren. Om toch te bewerkstelligen dat de patiënten een representatieve groep vormen, werd gestreefd naar een groep deelnemende fysiotherapiepraktijken en fysiotherapeuten die een afspiegeling vormen van de landelijke situatie. Het is immers denkbaar dat een aantal kenmerken van de fysiotherapeuten hun weerslag vindt in de wijze waarop zij de patiënt en zijn klacht benaderen en interpreteren. Dit kan de beeldvorming die het BEEF-project oplevert beïnvloeden. Ook is het niet denkbeeldig dat de patiëntenpopulatie in een praktijk samenhangt met praktijkkenmerken, zoals omvang en plaats van vestiging.

Hierna zal aandacht worden besteed aan de werving en selectie van praktijken, enkele kenmerken van de deelnemende fysiotherapeuten en aan enkele kenmerken van de deelnemende praktijken.

Selectie van praktijken

Om te bereiken dat de registratiegegevens de extramurale fysiotherapeutische behandeling weergeven bij een representatieve groep patiënten, zijn ongeveer 20 praktijken nodig, verspreid over Nederland (Vooronderzoek Registratie, BCBEEF. 88.1.4). Omdat grote praktijken door hun relatief grote

aantallen patiënten te veel het beeld zouden bepalen dat verkregen wordt uit het project, zou in de selectie maar een enkele praktijk mogen behoren met 4 vaste fysiotherapeuten en geen enkele die groter is. Wel werd er naar gestreefd dat de verhouding solo-, duo- en triopraktijken dusdanig zou zijn dat het een afspiegeling vormt van de situatie in het werkveld.

Bij het Nivel wordt een registratie van beroepsbeoefenaren in de eerstelijnsgezondheidszorg bijgehouden. Deze registratie omvat de praktijkadressen van nagenoeg alle extramuraal werkende fysiotherapeuten. Uit dit bestand zijn a-select praktijkadressen gelicht.

Werving van fysiotherapiepraktijken

Volgend op de selectie van de praktijken werden de eigenaren van alle solo-, duo- en triopraktijken aangeschreven met informatie over het BEEF-project en het verzoek participatie te overwegen. Na enige weken zijn de praktijkeigenaren telefonisch benaderd en indien belangstelling bestond werd een afspraak gemaakt ter nadere, mondelinge oriëntatie. Tijdens dit gesprek werd gedetailleerd besproken hoe het BEEF-registratieformulier moest worden ingevuld. Indien de praktijkeigenaren en de eventuele overige vaste medewerkers vervolgens besloten tot deelname, begonnen in beginsel alle tot de praktijk behorende fysiotherapeuten aan registratie van alle nieuw verwezen patiënten. Tot deze fysiotherapeuten behoren ook eventuele (tijdelijke) waarnemers. Wat betreft viermanspraktijken werd dezelfde procedure gevolgd, met dien verstande dat telkens één zo'n praktijk werd benaderd totdat er één besloot tot deelneming. Tijdens het eerste registratiejaar van het project (1989) werden gegevens verzameld bij 18 praktijken.

Enquête fysiotherapeuten

Door middel van een enquête onder de deelnemende fysiotherapeuten werden enkele kenmerken van hen onderzocht.

Uit de verzamelde gegevens zullen een aantal kenmerken worden beschreven van de fysiotherapeuten die formulieren hebben ingestuurd met betrekking tot patiënten wiens behandeling aanving in 1989. Deze kenmerken zijn: geslacht, leeftijd, aantal jaren in bezit van diploma, het al of niet hebben van een persoonsgebonden ziekenfondsovereenkomst en aantal gevolgde na/bijbscholingscursussen. Teneinde een indruk te krijgen van de bereikte representativiteit zullen de gegevens vergeleken worden met die uit de beroepenregistratie van in de eerste lijn werkzame fysiotherapeuten met als peildatum 1 januari 1989 (Pool en Hingstman, 1991).

Kenmerken deelnemende fysiotherapeuten

Van 39 fysiotherapeuten werden registratieformulieren ontvangen met betrekking tot patiënten van wie de behandeling begon in 1989. Van 37 van de 39 fysiotherapeuten werd een enquêteformulier terugontvangen. Bij de responderende deelnemers ging het om 32 vaste praktijkmedewerkers en 5

waarnemers. De twee ontbrekende enquêtes betroffen waarnemers die niet meer te achterhalen vielen.

In tabel 1 worden geslacht en leeftijdsverdeling vergeleken met overeenkomstige gegevens uit de beroepenregistratie per 1 januari 1989. Het percentage mannelijke fysiotherapeuten dat deelneemt aan BEEF ligt iets hoger dan het percentage vrouwen (51.3 versus 48.7 %). Deze percentages wijken nauwelijks af van de verhoudingen bij de totale populatie van extramuraal werkzame fysiotherapeuten in Nederland (52.7% mannen versus 47.3% vrouwen). De gemiddelde leeftijd van de deelnemende fysiotherapeuten is 32.7 jaar (standaarddeviatie 7.4). De leeftijdsverdeling suggereert dat de groep jonger dan 25 jaar oververtegenwoordigd is. Alle vijf responderende waarnemers behoren tot deze groep.

Tabel 1: Geslacht en leeftijdsverdeling van, in 1989, aan BEEF deelnemende fysiotherapeuten, vergeleken met extramuraal werkzame fysiotherapeuten in Nederland per 1 januari 1989

	BEEF		Nederland	
	abs	%	abs	%
geslacht				
mannen	20	51,3	5077	52,7
vrouwen	19	48,7	4563	47,3
totaal	39	100,0	9640**	100,0
leeftijdsverdeling				
< 25	6	16,2	231	2,5
25-34	19	51,4	4438	47,2
35-44	10	27,0	3600	38,2
45-54	2	5,4	887	9,4
55-64	-	-	212	2,3
> 65	-	-	52	0,4
totaal	37*	100,0	9420**	100,0

* Van twee fysiotherapeuten was geen leeftijd bekend.

** Aantallen verschillen door ontbrekende gegevens.

In tabel 2 staat een aantal gegevens betreffende het aantal jaren sinds afstuderen, het al of niet bezitten van een persoonsgebonden ziekenfonds-overeenkomst en de verdeling naar het aantal na/bijscholingscursussen dat men heeft gevolgd. Waar mogelijk werd weer vergeleken met gegevens uit de beroepenregistratie. Uit deze tabel blijkt dat bij de aan BEEF deelnemende fysiotherapeuten relatief veel recent afgestudeerden zaten. Alle 5 responderende waarnemers behoren tot deze groep. Gecorrigeerd hiervoor blijken de BEEF-fysiotherapeuten met 18.6 % ($6/32 \cdot 100$ %) in de meest recent afgestudeerde groep nog iets hoger te liggen dan de controlegroep. Geke-

ken naar het aantal fysiotherapeuten met een ziekenfondsovereenkomst blijkt de BEEF-groep iets vaker zo'n overeenkomst te bezitten (namelijk 76 versus 71 %). Alle deelnemers bleken tenminste één na/bijscholingscursus te hebben gevolgd. Dit laatste komt overeen met bevindingen uit het onderzoek 'Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg' (Kerssens e.a., 1986), waar werd gevonden dat nagenoeg alle daaraan deelnemende fysiotherapeuten tenminste één cursus hadden gevolgd.

Tabel 2: Aantal jaren sinds afstuderen, bezit ziekenfondsovereenkomst en aantal gevolgde na/bijscholingscursussen van, in 1989, aan BEEF deelnemende fysiotherapeuten, vergeleken met extramuraal werkzame fysiotherapeuten in Nederland per 1 januari 1989

	BEEF		Nederland	
	abs	%	abs	%
Jaren sinds afstuderen				
0- 4	11	29,7	1425	14,7
5- 9	9	24,3	3058	31,8
10-14	11	29,7	2762	28,7
15-19	4	10,8	1527	15,9
> 20	2	5,7	858	8,9
totaal	37*	100,0	9620**	100,0
Ziekenfondsovereenkomst				
wel	28	75,7	6704	70,8
niet	9	24,3	2770	29,2
totaal	37*	100,0	9474**	100,0
Aantal na/bijscholingscursussen***				
0	-	-		
1-2	9	24,3		
3-4	18	48,6		
> 5	10	27,0		
totaal	37*	100,0		

* Van 2 fysiotherapeuten waren geen gegevens bekend.

** Aantallen verschillen door ontbrekende gegevens.

*** Gegevens over het aantal na/bijscholingscursussen onder extramuraal werkende fysiotherapeuten in Nederland zijn niet op vergelijkbare wijze voorhanden.

Kenmerken van deelnemende praktijken

Van de tijdens 1989 aan BEEF deelnemende praktijken komen twee kenmerken aan de orde: het aantal vaste fysiotherapeuten per praktijk en de urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging. Tabel 3 toont de verdeling van het aantal deelnemende praktijken naar het aantal vaste fysiotherapeuten dat daar in dienst was. Dit betreft zowel eigenaren als maatschaps-

houders, als mensen in dienstverband. Hoewel een vergelijking met gegevens uit de beroepenregistratie door het relatief geringe aantal praktijken (namelijk 18) met zeer veel voorbehoud moet gebeuren, lijkt het aantal praktijken met drie vaste fysiotherapeuten oververtegenwoordigd. Zoals werd nagestreefd, doet slechts één viermanspraktijk mee en geen enkele grotere praktijk.

Tabel 3: Aantal, in 1989, aan het BEEF-project deelnemende praktijken naar het aantal vaste fysiotherapeuten, vergeleken met gegevens uit de beroepenregistratie per 1 januari 1989

Aantal fysiotherapeuten per praktijk	BEEF		Nederland	
	abs	%	abs	%
1	7	38,9	1326	37,5
2	4	22,2	721	20,5
3	6	33,3	527	15,0
4	1	5,6	336	9,5
> 5	-	-	615	17,4
totaal	18	100,0	3525	100,0

In tabel 4 wordt de verspreiding getoond naar urbanisatiegraad van de fysiotherapiepraktijken die deelnamen tijdens 1989. Voor de typologie van verstedelijking werd de indeling gebruikt die in de beroepenregistratie werd gehanteerd (Pool en Hingstman, 1991). Het blijkt dat de achttien praktijken redelijk verspreid zijn over de gebruikte zes graden van urbanisatie. Ook laat een vergelijking met gegevens uit de beroepenregistratie (Pool en Hingstman, 1991) zien dat de spreiding redelijke overeenkomsten vertoont met de landelijke situatie. Dit is van belang daar bevolkingskenmerken - en dus eventueel kenmerken van patiënten- kunnen verschillen tussen gebieden met een verschillende urbanisatiegraad.

Tabel 4: Aantal, in 1989, aan BEEF deelnemende fysiotherapiepraktijken naar urbanisatiegraad, vergeleken met extramurale praktijken in Nederland per 1 januari 1989

Urbanisatiegraad*	BEEF		Nederland	
	abs	%	abs	%
landelijk gebied	1	5,6	331	9,4
verstedelijkt landelijk gebied	3	16,7	727	20,6
forensengemeente	2	11,1	631	17,9
kleine steden	2	11,1	354	10,0
middelgrote steden	4	22,2	565	16,0
grote steden	6	33,3	917	26,0
totaal	18	100,0	3525	100,0

* Zie Pool en Hingstman 1991 voor een beschrijving van de typologie van gemeenten waarin de mate van verstedelijking is weergegeven.

Conclusie

Uit de hierboven gepresenteerde gegevens valt af te leiden dat bij de deelnemende fysiotherapeuten de lagere leeftijdsgroepen zijn oververtegenwoordigd en daarmee samenhangend ook de recent afgestudeerden. Dit is voornamelijk toe te schrijven aan de waarnemers. Dat deze oververtegenwoordiging een storende invloed uitoefent op het beeld dat verkregen wordt van de patiëntenpopulatie die extramuraal fysiotherapie ontvangt, lijkt niet waarschijnlijk, omdat waarnemers in verhouding weinig patiëntenformulieren zullen insturen. De verdeling naar ziekenfondsovereenkomsten komt overeen met de landelijke cijfers. Voorts zijn de grotere praktijken, welbewust, oververtegenwoordigd, zodat ook hun relatief grote patiëntengroepen niet teveel gewicht in de schaal leggen. Van groot belang is het gegeven dat de urbanisatiegraad goed overeenkomt met de landelijke situatie. Het voorgaande in aanmerking genomen, bestaat er weinig aanleiding te vermoeden dat de gezamenlijke aan BEEF deelnemende fysiotherapeuten een patiëntenpopulatie hebben die substantieel afwijkt van die bij alle praktijken in Nederland samengenomen.

2.2. Patiëntregistratieformulier

De registratie van gegevens over de fysiotherapeutische hulpverlening vindt, zoals vermeld, plaats met behulp van het 'registratieformulier fysiotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg'.¹

Met dit formulier worden gegevens verzameld over vier aspecten van de fysiotherapeutische hulpverlening:

1. Sociaal-demografische gegevens van de patiënten (leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, woonvorm, woonsituatie, opleiding en beroep).
2. Klachten en aandoeningen van de patiënten (verwijsindicaties van huisartsen en medisch-specialisten, klachten van de patiënten, pijnklachten, oorzaken van de klachten, eerdere fysiotherapeutische behandelingen van de klachten, medische interventies en andere hulpverlening voor de klachten en psychosociale aspecten van de klachten).
3. Het resultaat van het fysiotherapeutische onderzoek in termen van stoornissen en beperkingen.
4. Het fysiotherapeutische behandelplan (beschrijving van behandelvormen en bijbehorende behandeldoelen in de vorm van stoornissen en beperkingen, alsmede de plaats van behandeling, de behandelende fysiotherapeut, de datum en rangorde van de zitting, redenen voor beëindi-

¹ Als voorbeeld voor de beschrijving van de werkdiagnose van de fysiotherapeut in dit registratieformulier werd gebruik gemaakt van het BRSPZ-registratieformulier, zoals dat aanvankelijk door de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie is ontworpen voor hun project 'Fysiotherapie Ontwikkelingsnetwerk'.

ging behandeling, redenen voor aan huis behandelingen en wenselijkheid van voortzetting van de behandeling).

De samenstelling van het registratieformulier 'fysiotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg' is meer uitgebreid beschreven in 'Epidemiologische basisgegevens fysiotherapie' (Curfs en Kerssens, 1989, pagina 9-21).

De deelnemende fysiotherapeuten zijn allen mondeling (huisbezoek en telefonische ondersteuning) en schriftelijk (handleiding) geïnstrueerd over de wijze waarop zij het registratieformulier moeten invullen. Bovendien kunnen de fysiotherapeuten bij problemen contact opnemen met leden van het onderzoeksteam. Daarnaast verschijnt op gezette tijden een Nieuwsbrief, een informatieblad van het onderzoeksteam aan alle fysiotherapeuten waarin (oplossingen van) algemene problemen bij de invulling van het registratieformulier worden besproken. In de Nieuwsbrief wordt ook bericht over de voortgang van het onderzoek. Voortgang van het onderzoek is ook het onderwerp van de terugrapportage die de deelnemende fysiotherapiepraktijken jaarlijks ontvangen.

Het verwerken (maar niet het invoeren in het geautomatiseerde gegevensbestand) van de gegevens uit het registratieformulier (coderen etc.) wordt door één onderzoeksassistente uitgevoerd.

Met name aan het coderen van de verschillende gegevens, waaronder de verwijfsindicaties, en de indeling in verschillende subgroepen (van bijvoorbeeld stoornissen) is veel trainingstijd besteed. Bovendien is aantekening gemaakt van beslissingen over het toewijzen van codes en resultaten van controles op in- en uitvoer van de computerbestanden alsmede van de inhoud van de (telefonische) gesprekken met deelnemende fysiotherapeuten. Er wordt regelmatig gecontroleerd of de invoer van de gegevens op correcte wijze plaatsvindt.

Met betrekking tot de kwaliteit van de gegevens die met het registratieformulier worden verzameld, is het onderzoek van van Triet e.a. 'Reliability of the assessment of impairments and disabilities in survey research in the field of physical therapy' (1990) van belang. In dit onderzoek is onderzocht hoe betrouwbaar de gegevens zijn die fysiotherapeuten registreren betreffende het voorkomen van stoornissen en beperkingen bij patiënten. De stoornissen en beperkingen die in het onderzoek van van Triet werden onderzocht, waren afgeleid van rubrieken uit de ICDH.

De vaststelling van beperkingen was in grote lijnen betrouwbaar. Slechts van drie van de 26 beperkingen die in de evaluatie konden worden meegenomen, was de betrouwbaarheid zwak.

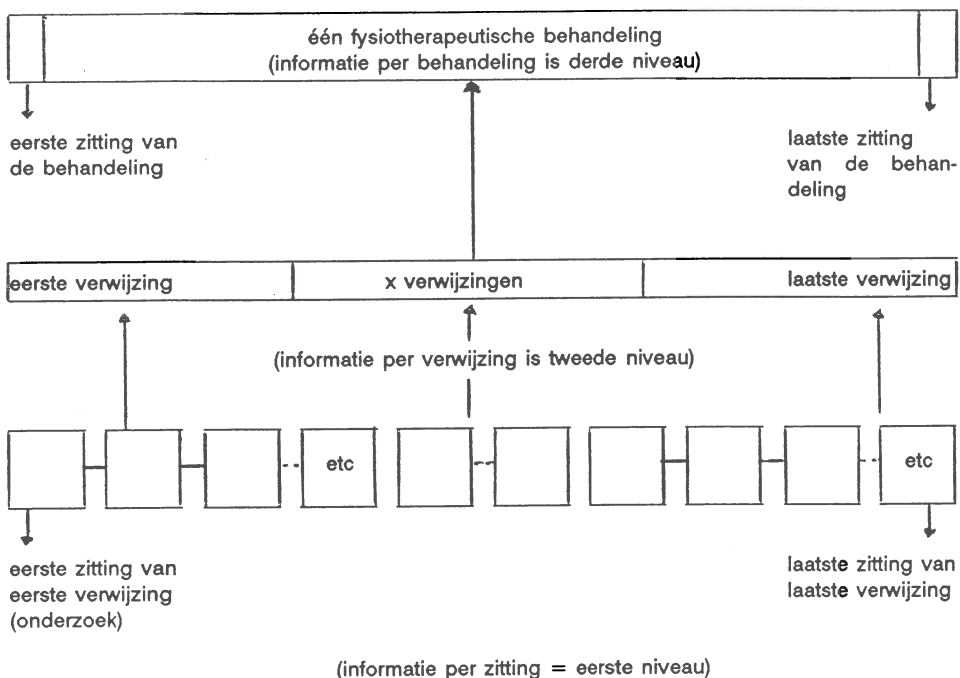
De betrouwbaarheid met betrekking tot het vaststellen van stoornissen varieerde meer. Zo was de vaststelling van bepaalde aspecten van pijn als stoornis niet betrouwbaar. Omdat fysiotherapeuten gewend zijn om pijn te zien in samenhang met andere stoornissen, is de registratie van pijn nu gekoppeld aan het optreden van andere stoornissen zoals verminderde bewegingsuitslag, verminderde spierkracht of veranderde spiertonus.

De conclusie van dit onderzoek was dat de betrouwbaarheid van een groot deel van de verzamelde gegevens als voldoende beschouwd kan worden. Bij gegevens die niet voldoende betrouwbaar bleken, zijn zodanige wijzigingen in de registratie aangebracht dat de registratie naar verwachting nu wel betrouwbaar is.

Niveaus van gegevensverzameling

De verwijzing van een patiënt voor fysiotherapie resulteert in het toepassen van een fysiotherapeutische behandeling gedurende één of meer sessies (zogenoemde zittingen). Een zitting is een onafgebroken tijdsspanne waarin de fysiotherapeut de patiënt voor zijn aandoening(en) behandelt. In één zitting kunnen meerdere behandelvormen (bijvoorbeeld oefentherapie, massagetherapie en ultrageluidstherapie) worden toegepast. In het algemeen is het zo dat aan elke verwijzing, door de verwijzer (voorgeschreven) of door de verzekering (gemachtigd), een bepaald aantal (meestal 12) zittingen is verbonden. Na afloop van dit aantal zittingen (einde van de verwijzing) is het mogelijk dat de patiënt, op grond van een vervolgv verwijzing, voor dezelfde klachten nogmaals wordt behandeld. De fysiotherapeutische behandeling bestaat in het algemeen dan ook meestal uit meer dan één zitting en die zittingen zijn verbonden aan één of meer verwijzingen (zie figuur 1).

Figuur 1: Schematische voorstelling van de fysiotherapeutische behandeling, in drie niveaus



De behandeling is beëindigd indien geen zitting meer voor een patiënt wordt gereserveerd.

De gegevensverzameling met behulp van het registratieformulier heeft betrekking op drie niveau's.

De zitting is het eerste niveau waarop gegevensverzameling plaatsvindt. Van elke zitting zijn de toegepaste behandelvormen, gekozen behandeldoelen, plaats van behandeling, behandeldatum, rangorde van de zitting en behandelende fysiotherapeut vastgelegd. Deze gegevens die in deze registratie per zitting worden verzameld, hebben betrekking op het fysiotherapeutische behandelplan.

De registratie van het tweede niveau vindt, hoofdzakelijk, tijdens het fysiotherapeutische onderzoek aan de patiënt in de eerste zitting van elke verwijzing plaats. Naast de klachten zoals die door de patiënt zelf zijn omschreven, zijn ook de diagnoses (verwijsindicaties) zoals die door de verwijzers aan de klachten zijn verbonden en het resultaat van het onderzoek van de

fysiotherapeuten, in termen van stoornissen, beperkingen en anderszins, vastgelegd. Deze gegevens worden in beginsel één keer per verwijzing (of per nieuw registratieformulier) geregistreerd en geven derhalve informatie op het niveau van de verwijzing.

Op het derde niveau is, vaak ook in de eerste zitting, informatie gegeneerd over de (kenmerken van de) patiënt, zoals leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm. Deze gegevens zijn van toepassing op de gehele fysiotherapeutische behandeling van de patiënt en geven informatie op het niveau van de behandeling. Indien één of meerdere van deze gegevens tijdens de behandeling veranderen, wordt de laatste wijziging als geldend voor de gehele behandeling beschouwd. Maar nog steeds gelden deze gegevens dan voor de gehele behandeling.

3. RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de gegevens die met behulp van het registratieformulier over verschillende aspecten van de fysiotherapeutische hulpverlening zijn verzameld, weergegeven. In paragraaf 3.1 zijn de patiëntkenmerken (welke patiënten roepen de hulp van de fysiotherapeut in?) onderwerp van bespreking en in paragraaf 3.2 komen de klachten van de patiënt en de verwijsindicaties (voor welke klachten en aandoeningen worden patiënten door wie voor fysiotherapie verwezen?) aan bod. Paragraaf 3.3 is gereserveerd voor de werkdiagnose (wat onderscheidt de fysiotherapeut in termen van stoornissen en beperkingen aan de klacht van de patiënt?) van de fysiotherapeut en in paragraaf 3.4 wordt ingegaan op de fysiotherapeutische behandeling van de patiënten (welke behandeldoelen worden nagestreefd, welke behandelvormen worden gekozen etc.?).

De resultaten hebben betrekking op de gegevens in registratieformulieren waarvan de (registratie van de) eerste zitting in de periode van 1 februari 1989 tot 1 januari 1990 heeft plaatsgevonden. In deze periode is de gegevensverzameling langzaam op gang gekomen. Immers, niet alle fysiotherapie-praktijken zijn tegelijk, op 1 februari 1989, begonnen. Omdat de gegevens slechts betrekking hebben op een periode van elf maanden, zullen in totaliteit derhalve minder gegevens verzameld zijn dan over de volgende jaren.

In totaal zijn 3155 formulieren, die betrekking hebben op 2760 patiënten, over 1989 ingeleverd.

3.1. Patiëntkenmerken

De vraag 'welke patiënten worden verwezen?' wordt beantwoord met behulp van sociaal-demografische gegevens van de patiënt als geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm, gegevens over de woonsituatie en woonvorm en de resultaten van de registratierubrieken beroep, huishouden, niet werkend door, dienstverband en opleiding.

De patiëntkenmerken worden in deze paragraaf weergegeven in percentages. De noemer in deze percentages wordt gevormd door het aantal patiënten dat is behandeld (N = 2760). Heeft het percentage betrekking op een kleiner aantal patiënten, dan is er sprake van missing values. Het juiste aantal patiënten wordt dan vermeld.

Geslacht verandert niet tijdens een behandeling, de leeftijd zeker wel en de verzekeringsvorm, de opleiding, de woonsituatie en het beroep soms. Zoals gezegd hebben alle gegevens betreffende de kenmerken van de patiënten, tenzij uitdrukkelijk het tegendeel wordt vermeld, uitsluitend betrekking hebben op de situatie zoals die bestond bij invulling van het laatste registratieformulier van de betreffende patiënt.

De patiëntkenmerken geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm worden in tabel 5 afzonderlijk en in grafiek 1 (volgende pagina) te zamen gepresenteerd.

3.1.1. Leeftijd

De leeftijd wordt, op twee uitzonderingen na, ingedeeld in decennia. Deze uitzonderingen zijn de leeftijdsgroep van 0 tot en met 14-jarigen en de mensen van 75 jaar en ouder. Deze indeling maakt een vergelijking mogelijk met leeftijdsgegevens uit de statistische overzichten van het CBS.

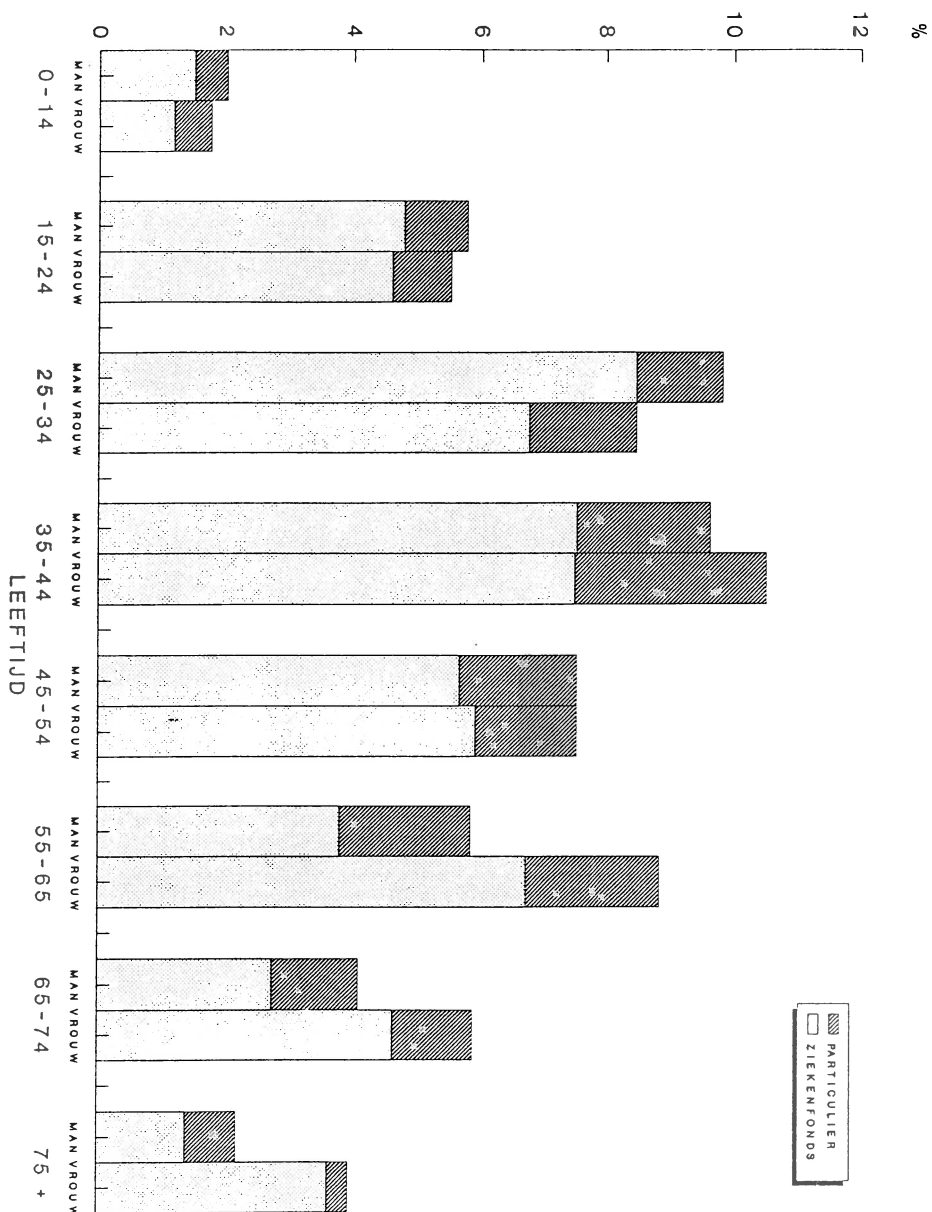
Vergeleken met de gegevens over de leeftijdsopbouw uit het project 'Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg' worden in het Beef-project meer patiënten tot 34 jaar verwezen (33.6 tegenover 29.6%), is er nauwelijks verschil in verwijzing van patiënten in de leeftijd van 35 tot 44 jaar en ouder dan 54 jaar, maar worden minder patiënten uit de leeftijdscategorie van 45 tot 54 jaar verwezen (15.1 tegenover 18.3%).

Tabel 5: Leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm van patiënten in BEEF-praktijken, over het registratiejaar 1989

	%
Leeftijd	
0-14	3,8
15-24	11,3
25-34	18,5
35-44	20,2
45-54	15,1
55-64	14,8
65-74	10,0
75 ⁺	6,3
geslacht	
man	47,7
vrouw	52,3
verzekeringsvorm	
ziekenfonds	76,7
particulier	22,7
niet verzekerd/onbekend	0,6
Totaal	100,0

N (patiënten) = 2760

Grafiek 1: Leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm van patiënten, bij aanvang van hun behandeling in BEEF-praktijken, over het registratiejaar 1989 (N = 2760)



3.1.2. Geslacht

Evenals in het onderzoek 'Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg' (FNG) worden in deze Beef-registratie (ook als gelet wordt op de samenstelling van de Nederlandse bevolking) meer vrouwen dan mannen in fysiotherapeutische behandeling genomen. De percentages vertonen grote overeenkomst (53.6% vrouwen in FNG-registratie tegenover 52.3% in Beef-registratie). De resultaten zijn in overeenstemming met CBS-cijfers over de jaren 1986 tot en met 1988, die aangeven dat vrouwen meer gebruik maken van de fysiotherapeutische hulpverlening dan mannen (CBS, 1990). Grafiek 1 laat zien dat niet in elke leeftijdsgroep meer vrouwelijke patiënten onder behandeling zijn. Vooral in de hogere leeftijdscategorieën (met een leeftijd van 55 jaar en ouder) zijn wel meer vrouwen in behandeling, maar tot 35 jaar zijn relatief meer mannen geregistreerd.

3.1.3. Verzekeringsvorm

Ruim 76% van de patiënten uit de Beef-registratie is aangesloten bij een ziekenfonds. Dit percentage is hoger dan op grond van de verzekeringsgegevens van het CBS kan worden verwacht. Ruim 61.5% van de bevolking was in 1988 aangesloten bij een ziekenfonds. Ziekenfondsverzekerden hebben meer contact met een fysiotherapeut dan particulieverzekerden (12.4% ziekenfondsverzekerden tegenover 10.2% patiënten die bij een particuliere verzekering waren aangesloten, CBS, 1990). Maar ook als met dit verhoogde contact rekening wordt gehouden, is het percentage ziekenfondsverzekerden dat in dit onderzoek in fysiotherapeutische behandeling is, relatief hoog te noemen.

3.1.4. Woonvorm en woonsituatie

De meeste patiënten (97.2%) die in behandeling zijn bij de fysiotherapeuten die in dit onderzoek participeren, wonen gewoon thuis, in een huis zonder aanpassingen. Een klein deel (1.6%) van de patiënten woont in een verzorgingstehuis. Deze patiënten worden, zo blijkt uit ons onderzoek, ook meestal (in meer dan 95% van de behandelingen) thuis, in het verzorgingstehuis, behandeld. Patiënten in een huis met speciale voorzieningen worden ook nog veel thuis (ruim 60%) behandeld, dit in tegenstelling tot de mensen die 'gewoon' thuis wonen, waarvan minder dan 7% thuis wordt behandeld.

Het merendeel (ruim 83%) van de patiënten onder fysiotherapeutische behandeling (zie tabel 6) woont samen met hun kinderen, partner, ouders of anderen, 16% is alleenstaand.

Tabel 6: Woonsituatie van patiënten, onder fysiotherapeutische behandeling in BEEF-praktijken

Woonsituatie	%
Alleenstaand	16,0
Samenwonend met ouders	9,5
kinderen	4,8
partner	35,3
kinderen en partner	30,3
Overige (combinaties)	3,5
Onbekend	0,7
Totaal	100,0

N = 2760

3.1.5. Opleiding en beroep

Het merendeel van de patiënten die onder fysiotherapeutische behandeling zijn, heeft een relatief lage opleiding genoten (zie tabel 7 op de volgende pagina, in deze tabel is alleen de hoogste opleiding die is gemeten, genoteerd). Ruim 21% heeft (gedeeltelijk) lager onderwijs genoten, ruim 36% heeft een opleiding op lager beroepsonderwijsniveau gevolgd en 9% heeft een studie op VWO, HBO of universiteit-niveau achter de rug.

Tabel 7: Opleiding van patiënten, onder fysiotherapeutische behandeling in BEEF-praktijken

Opleiding	%
Lager onderwijs	20,8
LBO	36,6
MAVO	11,8
HAVO	2,6
MBO	16,2
VWO	1,6
HBO	5,7
universiteit	1,7
geen	0,9
onbekend	2,0
Totaal	100,0

N (patiënten) = 2760

Evenals de opleidingsgraad is het beroep een indicator voor de sociaal-economische klasse van de patiënt. Daarnaast geeft een weergave van het beroep van patiënten enig zicht op (beroeps)activiteiten die klachten opleveren waarvoor de hulp van de fysiotherapeut wordt ingeroepen.

Tabel 8 geeft een overzicht van de tien meest genoemde beroepen van patiënten onder fysiotherapeutische behandeling. Bijna een kwart van de patiënten is huisvrouw of oefent een beroep uit in de huishoudelijke sfeer. De tien meest voorkomende beroepen vertegenwoordigen te zamen ruim 53% van alle patiënten. Het zijn meestal beroepen die geen hoge opleiding vereisen, maar waarin meestal wel forse eisen worden gesteld aan het bewegingsapparaat. Zo vergen bijvoorbeeld bouwvakkers, verpleegkundigen, laders en huisvrouwen in het algemeen veel van hun rug door de bewegingen en activiteiten die zij moeten uitvoeren.

Tabel 8: De tien meest voorkomende beroepen van patiënten onder fysiotherapeutische behandeling

Beroepen	%
1. huishoudelijk (en verzorgend) personeel, huisvrouw	24,3
2. (lage) administratieve functies	5,8
3. bouwvakarbeiders	3,7
4. horecapersoneel	3,3
5. arbeiders	3,0
6. monteurs	2,8
7. winkelbedienden	2,8
8. havenpersoneel, inpakkers, laders etc.	2,8
9. verpleegkundigen (peri-/paramedisch personeel)	2,7
10. schoonmakers	2,6
11. overige beroepen	46,2
Totaal	100,0

N (patiënten) = 2760

De cijfers in tabel 8 zijn slechts van relatieve waarde. Feitelijk moeten deze cijfers vergeleken worden met bijvoorbeeld een overzicht van de beroepssamenstelling van de Nederlandse bevolking. Deze vergelijking is moeilijk omdat de Enquête Beroepsbevolking (CBS, 1989) van de beroepssamenstelling een ander beeld geeft. Zo wordt in deze Enquête 'huisvrouw' niet als een beroep aangemerkt. Als in de BEEF-registratie de huisvrouwen worden weggelaten, blijkt na vergelijking met de gegevens uit de Beroepsenquête, dat, in de BEEF-registratie, relatief veel verpleegkundigen, winkelbedienden en lager administratief personeel de hulp van de fysiotherapeut inroepen.

Een ander aspect van het beroep van de patiënten heeft betrekking op de taak in het huishouden. Ruim de helft (55%) van de patiënten vervult, naar eigen zeggen, een belangrijke rol in de huishouding. Ruim 81% van deze patiënten behoort tot het vrouwelijke geslacht.

Meer dan de helft (51%) van de patiëntenpopulatie werkt, op het moment dat de fysiotherapeutische behandeling begint, niet. Tabel 9 geeft een overzicht van de redenen daarvan.

Tabel 9: Overzicht van de redenen waarom patiënten, onder fysiotherapeutische behandeling in BEEF-praktijken, niet werken

Niet werkend door	%
AOW/VUT/Pensioen	25,0
werkloos	6,1
arbeidsongeschikt (AWW/WAO)	15,5
tijdelijk ziek	35,3
scholing/studie	11,9
anders	6,2
Totaal	100,0

N = 1415

Een kwart van de patiënten uit tabel 9 werkt niet meer vanwege (vervroegde) pensionering. Meer dan de helft van de niet-werkenden, dat is ruim 26% van de hele patiëntenpopulatie van de fysiotherapeuten werkt niet als gevolg van ziekte, die al of niet langdurig is (AWW/WAO en tijdelijk ziek). Het merendeel van de patiënten, onder fysiotherapeutische behandeling, dat aangeeft te werken, verricht deze werkzaamheden in loondienstverband (ruim 85%). Bijna 15% van de patiënten is werkzaam als zelfstandige.

3.1.6. Conclusie

Als antwoord op de vraag welke patiënten voor fysiotherapie worden verwezen kan, op grond van bovenstaande resultaten, worden geconcludeerd dat in het algemeen meer vrouwen dan mannen worden behandeld, maar dat deze uitspraak meer specifiek betrekking heeft op de leeftijdscategorieën vanaf 55 jaar. Bovendien zijn er relatief meer oudere dan jongere mensen onder fysiotherapeutische behandeling. Ook doen relatief meer mensen die bij een ziekenfonds zijn aangesloten een beroep op de fysiotherapeut.

Het merendeel van de patiënten woont thuis, samen met partner en/of kinderen. Patiënten in dit onderzoek die fysiotherapeutisch worden behandeld en in een verzorgingstehuis wonen, worden meestal in het verzorgingstehuis behandeld.

De meeste patiënten hebben een relatief laag opleidingsniveau en zijn in loondienst werkzaam.

Ruim de helft van de patiënten heeft een belangrijke taak in het huishouden, maar het zijn toch vooral vrouwen die aangeven deze taak te vervullen.

Meer dan een kwart (50.8% van 51%) van de patiënten kan, door (langdurige) ziekte, niet deelnemen aan het arbeidsproces en het is aannemelijk dat

Door patiënt genoemde klachten

Van elke patiënt zijn telkens maximaal vier klachten (per verwijzing of feitelijk per registratieformulier) genoteerd. Zo zijn in totaal 6591 klachten geregistreerd in 3155 formulieren, een gemiddelde van 2.1 klacht per formulier.

Zoals verwacht, hebben de meeste klachten van patiënten (ruim 87%) betrekking op het bewegingsapparaat (L-code van de ICPC). Bijna 7.5% van de klachten is te rangschikken in de N-code van de ICPC en dat is het hoofdstuk dat betrekking heeft op het zenuwstelsel maar ook, in deze registratie, op hoofdpijklachten. Ruim 2% van de klachten is toegeschreven aan ademhalingsproblematiek en nog eens 2% aan klachten van algemene aard. De overige klachten (ongeveer 1.5%) zijn verdeeld over de andere hoofdstukken van de ICPC.

De tien klachten (afzonderlijke ICPC-codes) die het meest frequent door de patiënten worden geuit, omvatten te zamen ruim de helft (51%) van alle klachten (tabel 10). Acht van de tien klachten in tabel 10 geven aan dat de patiënt wegens pijnklachten de hulp van de fysiotherapeut inroept. In tabel 14 zal op de pijn als klacht van de patiënt nogmaals worden ingegaan.

Twee klachten (10,5% van alle klachten!) hebben betrekking op beperkingen in het lopen of anderszins.

Opvallend is dat de meeste klachten waarmee de patiënt zich tot de fysiotherapeut wendt, duidelijk worden toegeschreven aan een lichaamsregio: rug, nek, schouder etc. De lokalisatie is derhalve bij de indeling van klachten van de patiënt een faktor van betekenis. Derhalve worden in tabel 11 alle klachten nogmaals gepresenteerd, maar nu ingedeeld naar lokalisatie.

Tabel 10: De tien meest frequent voorkomende ICPC-coderingen (klachten) waarvoor patiënten de hulp inroepen van fysiotherapeuten

Omschrijving klacht	ICPC-code	%
1. pijn rug	L022	7,5
2. pijn nek	L013	6,4
3. pijn schouder	L081	6,1
4. overige beperkingen	L282	5,6
5. pijn knie	L151	5,0
6. problemen met lopen	L287	4,9
7. pijn arm	L091	4,7
8. hoofdpijn	N01	4,1
9. overige pijn been	L145	4,0
10. pijn lage rug, zonder uitstraling	L031	3,2
Totaal		51,5
Overige		48,5
Totaal		100,0

N = 6591

Tabel 11 laat zien dat patiënten de meeste klachten situeren in de onderste extremiteiten (29%), direct gevolgd door de rug (bijna 26%) en de armen (ruim 19%).

In de tabellen 10 en 11 zijn alle door de patiënten genoemde klachten uit de registratie vertegenwoordigd (dus ook de klachten die als tweede, derde of vierde klacht werden genoemd). Daarmee geven de tabellen een goed overzicht van wat er zo al aan klachten wordt gepresenteerd. Sommige klachten interverenieren met andere. Zo hangt pijn in de benen vaak samen met een beperking in het lopen. Dit betekent dat door de presentatie van alle klachten van alle patiënten per patiënt een zekere vertroebeling, onder andere door dubbeltelling van klachten, kan optreden. Derhalve is in dit onderzoek tevens gekeken naar de klacht van elke patiënt die als eerste is geregistreerd. Impliciet wordt hier uitgegaan van de veronderstelling dat wat het eerste wordt genoemd, vaak ook als het meest belangrijk wordt beschouwd en als eerste is geregistreerd.

Tabel 11: Klachten van patiënten onder fysiotherapeutische behandeling, ingedeeld naar lichaamsregio's (lokalisatie)

Lichaamsregio	%	%
Hoofd	5,5	5,5
nek en hals	9,2	
rug, neg*	12,7	
lage rug	3,9	
Rug totaal, inclusief nek en hals		25,8
schouderstreek	7,6	
elleboog	1,6	
pols, hand, vingers	3,8	
armen, neg*	6,2	
Armen totaal		19,2
heupstreek, billen	2,9	
knie	7,8	
enkel, voet, tenen	3,9	
benen, neg*	14,5	
Benen totaal		29,1
overige	4,5	
onbekend	15,9	
		20,4
Totaal	100,0	100,0

N = 6421

* neg betekent niet elders geclassificeerd.

Indien tabellen 10 en 11 nogmaals worden gepresenteerd, maar nu alleen voor de eerstgenoemde klachten (tabel 12 en 13), dan valt het op dat

klachten die in de rug zijn gesitueerd, meer worden genoemd. De volgorde wat betreft de frequentie van voorkomen blijft echter in grote trekken gelijk.

Tabel 12: De tien meest frequent voorkomende eerstgenoemde klachten waarvoor patiënten de hulp inroepen van fysiotherapeuten

Omschrijving klacht	ICPC-code	%
1. pijn rug	L022	11,0
2. pijn nek	L013	8,7
3. pijn schouder	L081	5,6
4. overige beperkingen	L282	4,8
5. pijn knie	L151	6,1
6. problemen met lopen	L287	5,4
7. pijn arm	L091	4,0
8. hoofdpijn	N01	3,6
9. overige pijn been	L145	2,7
10. pijn lage rug, zonder uitstraling	L031	5,3
Totaal		57,2
Overige		42,8
Totaal		100,0

N = 6591

Tabel 13: Eerstgenoemde klachten van patiënten onder fysiotherapeutische behandeling, ingedeeld naar lichaamsregio's (lokalisatie)

Lichaamsregio	%	%
hoofd	4,5	4,5
nek en hals	11,4	
rug, neg*	18,2	
lage rug	6,0	
Rug totaal, inclusief nek en hals		35,6
schouderstreek	6,4	
elleboog	2,1	
pols, hand, vingers	2,9	
armen, neg*	5,2	
Armen totaal		16,6
heupstreek, billen	3,0	
knie	8,6	
enkel, voet, tenen	3,8	
benen, neg*	12,3	
Benen totaal	27,7	
overige	3,9	
onbekend	11,7	
		15,6
Totaal	100,0	100,0

N = 3126

* neg betekent niet elders geclassificeerd.

De meeste patiënten wenden zich met pijnklachten tot de fysiotherapeut. Uit het aantal antwoorden op de vraag naar het optreden van pijn (N = 2843, zie tabel 14), kan worden afgeleid dat tenminste 90% van de patiënten klaagt over pijn. Meestal (bijna 58%) zijn die pijnklachten wisselend aanwezig, maar patiënten hebben toch ook vaak constant last van pijn.

Tabel 14: Optreden van pijnklachten van patiënten onder fysiotherapeutische behandeling, ingedeeld naar activiteit

Activiteit	N	optreden van pijn	
		wisselend %	constant %
pijn in rust	1557	54,7	45,3
pijn bij beweging	2450	56,4	43,6
pijn overgang rust-beweging	1083	50,9	49,1
Totaal van pijnklachten, onafhankelijk van activiteit	2843	57,8	42,2
Totaal	N (formulieren) = 3155		

Pijnklachten die gelijktijdig met (de registratie van) stoornissen optreden, worden in paragraaf 3.3.1 besproken.

Indeling van de klachten naar hoofdgroepen zoals die in de ICPC zijn weergegeven (gecodeerd door één letter gevolgd door twee cijfers) houdt in dat verschillende klachten worden samengevoegd tot één hoofdgroep van klachten. De tien hoofdgroepen die de meeste klachten verenigen, omvatten dan 75% van alle klachten (niet afgebeeld in een tabel). Opvallend is dat één hoofdgroep (L28), die betrekking heeft op beperkingen van activiteiten (lopen, zitten, staan etc.) ruim 18% van alle klachten herbergt.

3.2.3. Verwijzers en verwijsindicaties

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de verwijsindicaties die artsen aan de klachten van de patiënten hebben verbonden en waarvoor fysiotherapie is aangevraagd.

Evenals bij de klachten konden per patiënt vier verwijsindicaties worden geregistreerd. Tevens is genoteerd door welke verwijzers de patiënten zijn verwezen. Indien de verwijzing door een medisch-specialist werd verzorgd, is ook het medisch-specialisme van deze arts genoteerd.

Verwijzers

Het merendeel van de patiënten (ruim 79%) is door een huisarts verwezen, ruim 20% is afkomstig van een medisch-specialist en nog geen procent is door een andere arts verwezen of kwam op eigen initiatief naar de fysiotherapeut.

Tabel 15 laat de verdeling in medisch-specialismen zien van de medisch-specialisten die patiënten voor fysiotherapie hebben verwezen.

Tabel 15: Verdeling van medisch-specialismen van medisch-specialisten die verwijzen voor fysiotherapie

Medisch-specialismen	%
orthopaedie	42,1
neurologie	16,7
heelkunde/chirurgie	16,2
reumatologie	9,7
revalidatiegeneeskunde	3,3
interne geneeskunde	2,2
kindergeneeskunde	2,1
neurochirurgie	2,1
pulmonologie	1,7
overige	3,9
Totaal	100,0

N = 629

Zoals verwacht ontvangen fysiotherapeuten de meeste patiënten van medisch-specialisten die gespecialiseerd zijn in de behandeling van mensen met aandoeningen aan het bewegingsapparaat, namelijk orthopaeden, neurologen, heelkundigen en reumatologen.

Verwijsindicaties gerelateerd aan verwijzers

In totaal zijn in 3155 formulieren 4687 verwijsindicaties genoteerd, een gemiddelde van ongeveer 1.5 verwijsindicatie per formulier.

De verwijsindicaties zijn in de ICPC meer gedetailleerd omschreven dan de klachten van de patiënten. Dit betekent dat er meer ICPC-codes zijn en dus meer mogelijkheden om aandoeningen in te delen en dat dientengevolge de tien meest frequent genoemde verwijsindicaties, van zowel huisartsen als medisch-specialisten, een relatief gering percentage bestrijken van alle verwijsindicaties. Zo omvat de top-10 (niet afgebeeld) van alle geregistreerde huisarts-verwijsindicaties ruim 27% en van de medisch-specialisten bijna 24% (vergelijk: top-10 van de klachten van de patiënt is 51.5%).

Terwille van nadere analyses waarbij bijvoorbeeld (gevolgen van) indicaties worden betrokken op andere variabelen van de fysiotherapeutische hulpverlening, is het wenselijk om een overzicht te krijgen van een beperkt aantal (categorieën van) indicaties die desalniettemin te zamen een relatief groot percentage verwijsindicaties omvatten. Daartoe is overgegaan tot de vorming van indicatieclusters. Een indicatiecluster is een groep van op elkaar lijkende verwijsindicaties op grond waarvan patiënten voor fysiotherapie zijn verwezen. In totaal zijn in dit onderzoek alle verwijsindicaties 'verwerkt' tot

52 clusters. Bijlage 2 geeft een overzicht van de vertaalsleutel van ICPC-code tot indicatiecluster.

De clusters zijn in beginsel gevormd op basis van de indeling in hoofdgroepen zoals die in de ICPC wordt gehanteerd. Dit wil zeggen dat codes die in de ICPC onder één hoofdgroep ressorteren, ook zoveel mogelijk in één cluster worden samengevoegd of dat enkele hoofdgroepen te zamen één cluster vormen. 38 van de 52 clusters zijn op deze wijze tot stand gekomen. Voorbeelden hiervan zijn: Discusdegeneratie met uitstraling, exclusief cervicale wervelkolom (cluster 3 in bijlage 2), die vrijwel overeenkomt met hoofdgroep L86, distorsie kniegewricht (cluster 14) komt overeen met L78 en misvormingen of verkrommingen van de wervelkolom (cluster 5) komt overeen met L85.

Daarnaast speelt bij de clustering een rol dat de meeste indicaties zijn ingedeeld in het L-hoofdstuk (bewegingsapparaat) van de ICPC. Dit L-hoofdstuk met veel indicaties is derhalve ingedeeld in meerdere clusters (42 clusters) terwijl hoofdstukken die beduidend minder indicaties voor fysiotherapie herbergen, zijn samengevoegd tot slechts één of enkele clusters (10 clusters). Een volgend indelingscriterium is dat het mogelijk moet zijn om met behulp van de clusters verschillen in verwijzingen tussen huisartsen en medisch-specialisten aan te tonen. Dit betekent bijvoorbeeld dat postoperatieve en posttraumatische situaties als zodanig, in de vorm van (7) clusters, zijn ingedeeld. Immers, dit zijn de verwijsindicaties die relatief vaak door medisch-specialisten in verwijzingen voor fysiotherapie worden genoemd.

Tenslotte blijkt dat artsen ook klachten zoals patiënten die uiten, als verwijsindicaties noemen. Derhalve zijn de coderingen uit de RFE-mode van de ICPC ook ingedeeld in de gevormde clusters.

Tabel 16 geeft een overzicht van deze clusters, die samengesteld zijn uit de eerstgenoemde verwijsindicaties.

Bij de indicatieclusters van de huisartsen zijn vooral de klachten die gelokaliseerd zijn in de rug en de nek-schouderstreek ruim vertegenwoordigd. Opmerkelijk is het voorkomen in deze top-10 van de epicondylitis humeri lateralis en hoofdpijnklaarten.

Tabel 16: Overzicht van de meest frequent voorkomende clusters van eerstgenoemde verwijsindicaties voor fysiotherapie van achter-eenvolgens huisartsen en medisch-specialisten

Huisartsen	%
Omschrijving indicatiecluster	
1. aandoeningen rug	15,8
2. lage rugklachten, zonder uitstraling	14,7
3. aandoeningen schouderstreek	8,5
4. discopathieën	6,0
5. status na trauma	5,3
6. aandoeningen cervicale wervelkolom	3,8
7. aandoeningen overig bewegingsapparaat	3,7
8. epicondylitis humeri lateralis	3,3
9. dérangement interne knie	3,2
10. hoofdpijn	2,9
	67,2
Overige verwijsindicaties	32,8
Totaal	100,0

Medisch-specialist	%
Omschrijving cluster	
1. dérangement interne knie	6,1
2. discopathieën	5,3
3/4. prothese heup, status na heupoperatie	4,9
status na fracturen bovenste extremiteiten	4,9
5/6. status na	4,8
status na fractuur onderste extremiteiten	4,8
7. status na trauma	4,6
8/9. aandoeningen rug	4,5
status na operatie, neg	4,5
10. overige aandoeningen zenuwstelsel	4,2
	48,6
Overige verwijsindicaties	51,4
Totaal	100,0

Bij de indicatiecluster-top-10 van de medisch-specialisten zijn, zoals verwacht, relatief veel indicaties aanwezig die betrekking hebben op situaties na operaties en traumata. De rugaandoeningen zijn, hoewel nog vertegenwoordigd in de top-10, van relatief minder belang. De verschillen in verwijspercentages van de verwijsindicaties in de top-10 van de medisch-specialisten zijn zo gering dat de rangorde van de indicatieclusters met voorzichtigheid moet worden bekeken.

3.2.4. Conclusie

Patiënten roepen meestal de hulp van de fysiotherapeut in omdat ze pijnklachten hebben die gelokaliseerd zijn in het bewegingsapparaat. Daarnaast

is de hulp van de fysiotherapeut gewenst bij beperkingen in activiteiten, vooral in het lopen.

Patiënten geven meestal in de vorm van een lichaamsregio aan waarin ze de pijnklachten voelen. Relatief vaak worden de lichaamsregio's rug en nek (ruim 35%) genoemd.

Pijn is voor patiënten een belangrijk argument om de fysiotherapeut te bezoeken. Indien patiënten pijn als klacht verwoorden, is deze klacht in de meeste gevallen (bijna 58%) wisselend aanwezig en in de andere gevallen constant (ruim 42%).

Het merendeel van de patiënten (79%) wordt door een huisarts verwezen, 20% van de patiënten is afkomstig van medisch-specialisten. Onder de medisch-specialisten zijn het vooral orthopaeden (ruim 42%) en, in mindere mate, neurologen (bijna 17%), heekkundigen (ruim 16%) en reumatologen (bijna 10%) die de verwijzingen voor fysiotherapie voor hun rekening nemen.

Als alleen naar de afzonderlijke (eerstgenoemde) verwijsindicaties van artsen wordt gekeken, worden 'lumbago', 'pijn in de rug' en 'epicondylitis humeri lateralis' relatief vaak door de huisarts genoemd, terwijl de medisch-specialist relatief vaak indicaties als 'status na heupoperatie' en 'reumatoïde artritis' verwijst.

Indien meerdere, gelijksoortige of op elkaar lijkende verwijsindicaties tot clusters worden gevormd, blijkt dat huisartsen vooral verwijsindicaties noemen die van toepassing zijn op de rug en de nek-schouderstreek. Maar ook verwijsindicaties als 'epicondylitis humeri lateralis (tenniselleboog)' en hoofdpijnklachten komen voor in de top-10 van de clusters (die meer dan 67% van alle verwijsindicaties omvat). De verwijsindicaties van de medisch-specialist hebben vaak betrekking op de situatie na operaties en traumata, maar rugaandoeningen, in de vorm van discopathieën en aanverwante aandoeningen, komen ook nog veel voor.

3.3. Resultaten fysiotherapeutisch onderzoek

Het fysiotherapeutisch onderzoek aan de patiënt die fysiotherapeutische hulp inroept, onderscheidt zich in het algemeen van het medisch onderzoek van de arts.

Fysiotherapeuten kijken, anders dan de artsen meer naar de gevolgen van de aandoeningen voor het bewegingsapparaat. In de BEEF-registratie wordt getracht deze gevolgen van aandoeningen te formuleren in termen van stoornissen en beperkingen. Fysiotherapeuten lijken ook meer specifiek te werk te gaan wat betreft lokalisatie van de problematiek. Daarnaast ver-

zamelen fysiotherapeuten in hun onderzoek aanvullende gegevens betreffende de aandoening van de patiënt. Hierbij kan worden gedacht aan vragen naar eerdere (fysiotherapeutische) behandeling van de klachten, al of niet interfererende medische interventies, oorzaak van de klachten, duur van de klachten, andere hulpverlening, psychosociale en somatische aspecten van de klachten en omstandigheden die van invloed zijn op de behandeling.

In deze paragraaf wordt met behulp van de gegevens uit het registratieformulier (tweede niveau van gegevensverzameling) in 3.3.1 antwoord gegeven op de volgende vragen betreffende de gevolgen van de aandoeningen. Welke stoornissen registreert de fysiotherapeut na onderzoek van de patiënt, in welke gewrichten en spieren worden deze stoornissen gelokaliseerd, zijn de geconstateerde stoornissen ernstig of matig te noemen en ondervindt de patiënt pijn in samenhang met stoornissen als verminderde bewegingsuitslag, afwijkende spiertonus en krachtsvermindering? Welke beperkingen registreert de fysiotherapeut en hoe schat hij de ernst van deze beperkingen in?

In 3.3.2 worden vragen beantwoord betreffende het aanvullend onderzoek van de fysiotherapeuten. Werden patiënten al eerder fysiotherapeutisch behandeld, hebben er in het recente verleden andere medische interventies ten behoeve van de klacht van de patiënt plaatsgevonden, wat is volgens de fysiotherapeut de (waarschijnlijke) oorzaak van de klachten, hoe lang bestaan de klachten en aandoening waarvoor de patiënt de fysiotherapeut bezoekt, ontvangt de patiënt nog gelijktijdig andere hulp voor zijn klacht, zijn er omstandigheden die van invloed zijn op de behandeling en welke rol spelen psychosociale en somatische aspecten bij de klachten van de patiënt een rol?

3.3.1. Stoornissen en beperkingen

In het BEEF-registratieformulier is een poging gedaan om de fysiotherapeuten het resultaat van hun onderzoek aan de patiënt te laten registreren in termen van stoornissen en beperkingen. Niet altijd verliep dit proces even eenvoudig. Dat vindt zijn oorzaak zowel in het gegeven dat fysiotherapeuten niet gewend zijn aan het op deze wijze vastleggen van onderzoeksgegevens, als ook in het feit dat de resultaten van de werkdiagnose niet altijd (in zijn geheel) in stoornissen en beperkingen, zoals die in het registratieformulier zijn gepresenteerd, kunnen worden geregistreerd. Een voorbeeld van dit laatste is de beëindiging van de registratie in een praktijk voor fysiotherapie die vrijwel uitsluitend is gericht op de behandeling van kinderen. Het bleek moeilijk om sensomotorische en/of ontwikkelingsstoornissen te 'vertalen' in stoornissen als verminderde bewegingsuitslag etc. De kinderfysiotherapeuten konden te weinig van hun werkdiagnose in termen van stoornissen en beperkingen kwijt. Hetzelfde probleem doet zich voor bij behandeling van

mensen met spastische aandoeningen of in die gevallen waarbij fysiotherapeuten zich bedienen van enigszins afwijkende therapievormen zoals osteopathie. De gegevens die benodigd zijn voor een dergelijke vorm van therapie komen voort uit een onderzoek aan de patiënt dat afwijkend is van het normale fysiotherapeutische onderzoek. Dit houdt in dat ook de resultaten van dergelijk onderzoek zeer moeilijk in de aangeboden vorm van stoornissen en beperkingen kan worden uitgedrukt.

Dit alles neemt niet weg dat het gros van de fysiotherapeuten in staat is om het resultaat van hun onderzoek in de vorm van stoornissen en beperkingen, zoals bedoeld, weer te geven.

Stoornissen

Een stoornis wordt als volgt gedefinieerd: iedere afwezigheid of afwijking van een psychologische, fysiologische of anatomische structuur of functie (NRV, 1988). In het registratieformulier zijn zeven rubrieken met stoornissen met name genoemd. De fysiotherapeuten kunnen daarnaast ook andere stoornissen invullen. Telkens wordt gevraagd naar de ernst van de geconstateerde stoornis (in de gradaties matig en ernstig) en vrijwel altijd wordt de fysiotherapeut verzocht, nadere gegevens omtrent lokalisatie, gewricht of musculatuur waarin de stoornis is aangetroffen, te verstrekken.

In het hiernavolgende worden de stoornissen meestal aangegeven in percentages. De noemer in deze percentages zijn alle ingevulde registratieformulieren van alle patiënten (N = 3155). Is een kleiner aantal formulieren in de noemer vertegenwoordigd, dan is er sprake van missing values. Het juiste aantal formulieren wordt dan vermeld.

Zwelling

In totaal zijn 775 zwellingen door de fysiotherapeuten geregistreerd, 611 keer is slechts één zwelling genoteerd, 82 maal zijn twee zwellingen vastgelegd. Dit betekent dat in 22% (in $611 + 82 =$) 693 van alle (3155) formulieren één of twee zwellingen zijn genoteerd. Bijna 73% van de geconstateerde zwellingen krijgt de kwalificatie matig, de overige zijn ernstig van aard.

Het kniegewricht is de lokatie waar de meeste zwellingen worden waargenomen (29.4%), op enige afstand gevolgd door het enkelgewricht (16.6%) (zie tabel 17 op de volgende pagina).

Zwellingen van matige aard worden vooral waargenomen aan de elleboog, de rug, de voet, het nek-schoudergebied en de heup.

Relatief veel ernstige zwellingen worden genoteerd aan de hand, de overige armlocaties, het enkelgewricht en bij overige lokaties.

In tabel 17 zijn voor elke lokalisatie drie percentages weergegeven. Het eerste en het tweede percentage hebben betrekking op de verdeling van de ernst van de zwellingen per lokalisatie in matig en ernstig. Zo is 70.2% van de zwellingen die in het kniegewricht worden geconstateerd, volgens

de fysiotherapeuten, van matige ernst. Voor elke lokalisatie tellen deze beide percentages derhalve op tot 100%. Het derde percentage laat zien hoe alle geregistreerde zwellingen zijn verdeeld over de verschillende lokalisaties. Zo zijn 29.4% van alle zwellingen gelokaliseerd in het kniegewricht. Dit betekent dat de som van de percentages van alle lokalisaties te zamen 100% is.

Tabel 17: Zwellingen bij patiënten onder fysiotherapeutische behandeling in BEEF-praktijken

Lokalisatie	ernst		% van de lokalisaties
	matig	ernstig	
kniegewricht	70,2	29,8	29,4
enkelgewricht	67,4	32,6	16,6
overige beenlokalisaties	74,4	25,6	10,1
hand	62,3	37,7	8,9
elleboog	85,0	15,0	5,2
rug (inclusief wervelkolom)	92,1	7,9	4,9
schouder	78,8	21,2	4,3
pols	78,1	21,9	4,1
voet	86,7	13,3	3,9
overige armlokalisaties	66,7	33,3	3,9
nek-schoudergebied	90,9	9,1	2,8
heup	87,5	12,5	2,1
overige	56,7	43,3	3,9
Totaal	72,9	27,1	100,0

N = 775

Verminderde bewegingsuitslag

De stoornis 'verminderde bewegingsuitslag' is op twee manieren onderzocht: actief en passief. Voorts is vastgesteld of de verminderde bewegingsuitslag gepaard gaat met pijn, in welke mate de beweging is verminderd (matig of ernstig) en in welk gewricht de verminderde bewegingsuitslag is vastgesteld. Per patiënt kunnen voor zowel de actieve als passieve verminderde bewegingsuitslagen drie gewrichten worden genoemd.

In totaal is 5855 keer een verminderde bewegingsuitslag (actief of passief) genoteerd, een gemiddelde van 1.86 per formulier. Meestal (80.6%) is deze stoornis volgens de fysiotherapeuten matig te noemen, 19.4% van deze stoornissen is ernstig (niet weergegeven in een tabel).

Een actieve verminderde bewegingsuitslag is in 71.5% van alle (3155) formulieren vastgesteld. In 1488 formulieren is niet meer dan één verminderde actieve bewegingsuitslag vastgesteld, in 583 formulieren is een actieve bewegingsuitslag in twee gewrichten geconstateerd en in 186 formulieren is melding gemaakt van een actieve bewegingsstoornis in drie gewrichten.

Een passieve bewegingsstoornis is wat minder vaak (57.6% van alle formulieren) vastgesteld: 1162 werd slechts een gewricht genoemd; 484 keer werden twee en 171 maal drie gewrichten genoemd.

Tabel 18 laat zien dat de stoornis het meest wordt waargenomen in de gewrichten van de wervelkolom/rug (50.5%), maar ook schouder- en kniegewrichten worden als lokalisatie veel genoemd.

Tabel 18: Lokalisatie naar gewrichten waarin verminderde bewegingsuitlagen door fysiotherapeuten zijn geconstateerd, met aanduiding van pijn

Lokalisatie	ernst		% van de lokalisaties
	matig	pijn	
thoracale wervelkolom	58,5	41,5	7,1
lumbale wervelkolom	88,1	11,9	18,8
sacrale/sacro-iliacale w.k	81,7	18,3	3,5
multipele gewrichten w.k	84,3	15,7	3,3
overige gewrichten w.k	50,0	50,0	0,0
Totaal wervelkolom			50,5
schoudergewrichten	86,2	13,8	12,2
ellebooggewrichten	78,8	21,2	3,0
polsgewrichten	73,8	26,3	2,2
handgewrichten	75,6	24,4	2,4
meerdere armgewrichten	66,0	34,0	0,7
Totaal bovenste extremiteiten			20,5
heupgewricht	71,6	28,4	8,7
kniegewrichten	80,6	19,4	11,8
enkelgewrichten	80,8	19,4	5,9
voetgewrichten	75,6	24,4	1,2
meerdere beengewrichten	40,0	60,0	0,3
Totaal onderste extremiteiten			27,9
overige/meerdere/alle gewrichten	67,9	32,1	1,1
Totaal	80,6	19,4	100,0

N = 5855

In tabel 18 wordt per lokalisatie aangegeven in welke mate er sprake is van de aan- danwel afwezigheid van pijn. Per lokalisatie is de som van deze twee percentages derhalve 100%. Bovendien is aangegeven hoe de verdeling van de verminderde bewegingsuitlagen over de lokalisaties is. In dit geval is de som van de percentages van alle lokalisaties te zamen 100%. Tenslotte is de verdeling van deze stoornis aangegeven, verdeeld over rug, onderste en bovenste extremiteiten. Het totaal van de percentages van deze drie lokalisaties is ook 100%.

Meestal is melding gemaakt van de aan- of afwezigheid van pijn, slechts 54 keer is dat niet gebeurd. Bezien over alle lokalisaties is bij de constatering van een verminderde bewegingsomvang bij ruim 80% hiervan sprake van pijnklachten. De pijnklachten zijn niet over alle gewrichten gelijk verdeeld. In de lumbale wervelkolom is bij verminderde bewegingsuitslag relatief vaak sprake van pijn (88.1%) en indien meerdere gewrichten van de rug, armen of benen worden aangeduid als lokalisaties van de verminderde bewegingsuitslag, dan wordt minder pijn vastgesteld (40 tot 66%).

Afwijkende tonus musculatuur

In het registratieformulier is onderscheid gemaakt tussen een hypo- en een hypertonus van de musculatuur. Begeleidende pijn en de lokalisatie van de betreffende hypo- of hypertone musculatuur worden eveneens genoteerd. Per formulier kunnen maximaal drie spiergroepen worden ingevuld.

In 56.9% van alle formulieren is melding gemaakt van hypertone musculatuur. 179 maal zijn drie spiergroepen als hypertoon aangeduid, 399 keer zijn twee spiergroepen genoemd en 1216 is niet meer dan een spiergroep genoteerd.

Zonder dit in een tabel weer te geven kan worden vermeld dat bijna 66% van de stoornis 'hypertone musculatuur' als matig wordt beschouwd en ruim 34% als ernstig. Naarmate meer spiergroepen worden genoemd, wordt de stoornis in afnemende mate als ernstig beoordeeld.

Uit de verzamelde gegevens blijkt dat indien een spier(groep) als hypertoon wordt aangeduid, dit meestal betekent dat er sprake is van pijnklachten. Indien de hypertonus van de musculatuur als ernstig wordt beschouwd, gaat deze stoornis zelfs voor 95% gepaard met pijnklachten.

Hypotone musculatuur is in 9.1% van de formulieren genoemd. Zonder dit in een tabel weer te geven kan worden opgemerkt dat bijna 70% van de gevallen waarin een hypotonus wordt genoemd, deze stoornis als matig van aard wordt beschouwd. Bij hypotone musculatuur is meestal geen sprake van pijn (82.6%) en daarbij is het in tegenstelling tot bij de hypertone musculatuur nauwelijks van belang of de hypotonus als matig of als ernstig wordt beschouwd.

Tabel 19 toont de spiergroepen die genoemd zijn als lokalisatie van de hypertonus, waarbij tevens per spiergroep is vermeld in welke mate de hypertonus vergezeld gaat met pijn. De betekenis van de percentages is gelijk aan die van de vorige tabel.

Tabel 19 laat zien dat vooral in de nek- en rugmusculatuur (te zamen bijna 60%) de stoornis hypertonus wordt geconstateerd en dat hier ook het meest frequent pijn wordt aangegeven.

Tabel 19: Lokalisatie en begeleidende pijn bij de stoornis hypertonus van musculatuur

Lokalisatie	pijn		% van de lokalisaties
	ja %	neen %	
nek/neksschouder/halsmusculatuur	92,7	7,3	30,9
rugmusculatuur	89,1	10,9	28,4
buikmusculatuur	84,4	15,6	2,4
thorax/costamusculatuur	83,1	16,9	2,4
schoudergordelmusculatuur	86,9	13,1	6,5
bovenarmmusculatuur	83,3	16,7	0,9
onderarm/handmusculatuur	87,6	12,4	4,5
heupmusculatuur	94,4	5,6	9,3
bovenbeenmusculatuur	65,2	34,8	6,8
onderbeen/voetmusculatuur	80,0	20,0	5,6
overige armmusculatuur	70,0	30,0	0,4
overige beenmusculatuur	51,6	48,4	1,2
overige musculatuur	25,0	75,0	0,6
Totaal	87,1	12,9	100,0

N = 2688

Verminderde spierkracht

Tabel 20 geeft een overzicht van de musculatuur waarin verminderde spierkracht is waargenomen, alsmede van de ernst van de stoornis.

Verminderde spierkracht wordt vermeld in 40.6% van alle formulieren. Bijna 74% van de waargenomen verminderingen in spierkracht is van matige aard, ruim 26% is ernstig.

Uit analyse van de gegevens van dit onderzoek blijkt dat indien sprake is van een ernstige spierkrachtvermindering, er meer pijnklachten aanwezig zijn (44.9% van de patiënten geeft dan pijn aan) dan bij een matige spierkrachtafname van spieren (38.7% geeft pijn aan).

Tabel 20 laat zien dat bijna een kwart van de verminderde spierkracht in de bovenbenen is gesitueerd. Ook de lokaties buik (11.1%), schouder (10.7%) en onderbeen/voet (10%) zijn getalsmatig van belang. Als we het oordeel van de fysiotherapeuten volgen dan is het niet best gesteld met de spierkracht van de buikmusculatuur van de patiënten (31.1% wordt als ernstig beoordeeld). In dit opzicht scoren ook hand- en onderarmmusculatuur laag. Verminderde spierkracht van de rugmusculatuur wordt relatief weinig geregistreerd (5.8%). Bovendien wordt deze verminderde spierkracht van de rugmusculatuur meestal (83.3%) als matig aangeduid.

Diverse stoornissen

In het registratieformulier worden de volgende diverse stoornissen genoemd: hartfunctiestoornissen, doorbloedingsstoornissen, sensibele stoornissen, stoornissen in de proprioceptie, zenuwreepijn en zenuwcompressiepijn. Tabel 22 geeft een overzicht van de diverse stoornissen, in aantallen en percentages (de noemer van deze percentages wordt gevormd door alle formulieren, 3155) waarin deze stoornissen in de registratie zijn genoteerd.

Tabel 22: Overzicht van de registratie van diverse stoornissen

Diverse stoornissen	aantal	%
hartfunctiestoornissen	76	2,4
doorbloedingsstoornissen	123	3,9
sensibele stoornissen	256	8,1
stoornis proprioceptie	69	2,2
zenuwreepijn	173	5,9
zenuwcompressiepijn	99	3,1
Totaal	796	n.v.t

Overige stoornissen

De fysiotherapeuten kunnen onder deze titel stoornissen vermelden die ze elders niet kunnen registreren. In totaal zijn in bijna 22% van de formulieren (691) 514 overige stoornissen vermeld. Van dit grote aantal stoornissen zijn, door op elkaar lijkende stoornissen samen te voegen, enkele groepen gevormd die in tabel 23 zijn afgebeeld. Tabel 23 geeft een indicatie van stoornissen, symptomen en andere gegevens die de fysiotherapeuten van belang vinden maar niet in de overige rubrieken van het registratieformulier kunnen noteren. Duidelijk blijkt dat een aantal aspecten van de pijnklachten (onder andere hoofdpijn) van de patiënt niet elders geregistreerd kunnen worden. Er blijkt althans behoefte te bestaan om pijn nogmaals te vermelden. Hiermee dient in (toekomstige) registratieformulieren rekening te worden gehouden. Stoornissen als instabiliteit en hypermobiliteit worden ook nog relatief vaak vermeld, maar niet meer dan stoornissen die tot de diverse stoornissen in de voorgaande rubriek kunnen worden gerekend. Aangezien een registratieformulier beperkt van omvang moet zijn, is uitbreiding van het huidige formulier op basis van de overige stoornissen af te raden. De percentages in tabel 23 laten de verdeling van de overige stoornissen zien. Zo is 11,1% van alle geregistreerde overige stoornissen te rangschikken onder pijn/drukpijn etc. De som van de percentages van alle overige stoornissen te zamen is derhalve 100%.

Tabel 23: Overzicht van overige stoornissen

Overige stoornissen	%
pijn, drukpijn etc.	11,1
instabiliteit	6,7
hoofdpijn	3,8
algemene spierzwakte, conditiegebrek etc.	3,6
gestoord bewegingspatroon, coördinatieprob	3,5
verklevingen, adhaesies	3,2
hypermobiliteit	3,0
(pseudo)radiculaire problematiek	2,3
misvormingen, houdingsafwijkingen	1,9
evenwichtsproblematiek	1,9
duizeligheid	1,7
adipositas, te dik	1,4
overige (elk kleiner dan 1,3%)	55,9
Totaal	100,0

N = 691

Beperkingen

Beperkingen zijn als volgt gedefinieerd: iedere vermindering of afwezigheid (ten gevolge van een stoornis) van de mogelijkheid tot een voor de mens normale activiteit zowel wat betreft de wijze als de reikwijdte van de uitvoering. In het registratieformulier zijn zes rubrieken van beperkingen onderscheiden: zelfverzorging, lichaamsbeheersing, verplaatsing, huishoudelijke en overige beroepsactiviteiten, sport/hobby en andere activiteiten. Elke rubriek omvat een aantal activiteiten waarin een beperking door de fysiotherapeuten kan worden aangegeven. Zowel de rubrieken als de activiteiten zijn afgeleid van de ICDH (zie paragraaf 1.2).

Tabel 24 geeft een overzicht van de beperkte activiteiten zoals die in het registratieformulier zijn genoteerd. De beperkingen zijn ingedeeld naar ernst: voor elke activiteit is aangegeven of de beperking matig of ernstig is. Tevens is aangegeven, onder het kopje 'voorkomen', in welk percentage van de formulieren de beperking is geregistreerd. Zo is een beperking in het wassen in 15.1% van alle formulieren geregistreerd. De som van deze percentages is derhalve hoger dan 100%.

Tabel 24: Overzicht van de beperkte activiteiten bij patiënten onder behandeling van fysiotherapeuten die deelnemen aan het BEEF-onderzoek

Beperkte activiteiten	matig %	ernstig %	voorkomen %
zelfverzorging			
wassen	76,1	23,9	15,1
kleden	77,0	23,0	18,0
toiletgebruik	72,0	28,0	7,4
eten	76,6	23,4	4,1
lichaamsbeheersing			
zitten	77,2	22,8	17,0
staan	74,4	25,6	24,1
knielen	45,4	54,6	26,0
bukken	51,5	48,5	18,0
evenwicht bewaren	70,9	29,1	14,9
verplaatsing			
in en uit bed	73,4	26,6	22,4
lopen	67,6	32,4	37,8
traplopen	52,9	47,1	34,4
fietsen	57,1	42,9	19,4
auto besturen	69,9	30,1	15,6
huishoudelijke en overige beroepsactiviteiten			
boodschappen doen	66,1	33,9	24,0
verzorgen maaltijd	73,7	26,3	11,0
bedden verschonen	64,7	35,3	20,4
schoonmaken	64,8	35,2	25,8
verzorgen huisgenoten	70,7	29,3	10,3
gebruik telefoon	70,3	29,7	2,0
langere tijd staan	56,9	43,1	39,1
langere tijd zitten	56,2	43,8	30,8
tillen	53,6	46,4	45,1
handhaven normaal tempo			
beroep	55,8	44,2	51,3
stressbestendigheid	63,5	36,5	19,2
sport/hobby			
sport	41,6	58,4	23,5
hobby	64,3	35,7	12,7
anders	42,9	57,1	0,9

In vergelijking met eerder onderzoek (Kerssens e.a., 1987) registreren de fysiotherapeuten in dit onderzoeksproject veel beperkte activiteiten. De verklaring daarvan is hoogstwaarschijnlijk gelegen in de vorm van het registratieformulier. In het BEEF-registratieformulier worden een groot aantal activiteiten genoemd die beperkt kunnen zijn. Bij een dergelijke presentatie van activiteiten zullen ook die activiteiten waar normaliter niet naar wordt gekeken in het onderzoek worden betrokken en er zullen dan ook meer onderzoeksresultaten worden geregistreerd dan bijvoorbeeld in het onderzoek van Kerssens e.a. waar sprake was van een open vraag. Fysiotherapeuten

noteerden in dat onderzoek slechts de beperkingen die zij van belang achtten.

Beperkingen in handhaven van het normale tempo in het beroep, tillen, langere tijd staan, lopen en traplopen worden relatief vaak geregistreerd. Beperkingen in het knielen, bukken, langere tijd staan, tillen en handhaven van het normale tempo in het beroep, traplopen, fietsen en sporten worden relatief als meer ernstig beoordeeld door de fysiotherapeuten dan de overige beperkingen.

3.3.2. Aanvullend fysiotherapeutisch onderzoek

Eerdere fysiotherapeutische behandeling

Voor de behandeling van de patiënt is het voor de fysiotherapeut belangrijk te weten of de patiënt al eerder, al of niet voor dezelfde klachten met fysiotherapie is behandeld. Tabel 25 laat zien dat in 41% van de formulieren de patiënten al eerder voor dezelfde klachten zijn behandeld. Daarnaast is nog eens 23% voor andere klachten al eerder fysiotherapeutisch behandeld. De meeste patiënten zijn derhalve bekend met fysiotherapeutische hulpverlening.

Tabel 25: Overzicht van het percentage van formulieren waarin sprake is van eerdere fysiotherapeutische behandelingen van patiënten

Eerdere behandeling	%	%
Eerder behandeld voor dezelfde klacht	32,5	
Eerder behandeld voor dezelfde en andere klachten	8,5	
Totaal eerder behandeld voor dezelfde klacht		41,0
Eerder behandeld voor andere klachten	23,0	
Totaal eerder behandeld	64,0	
Niet eerder behandeld	36,0	
Totaal	100,0	

N = 3155

Medische interventies

Behalve met fysiotherapie kunnen patiënten ook anderszins zijn behandeld. In het kader van het aanvullend onderzoek zal de fysiotherapeut echter vooral zijn geïnteresseerd in de behandeling van de huidige klacht waarvoor de patiënt fysiotherapeutische hulp inroept. Hoe meer een mens moet teruggrijpen in zijn herinnering, des te minder betrouwbaar de feitelijke opsomming hiervan wordt. Derhalve is de vraag naar medische interventies betreffende de klacht waarvoor de patiënt zich tot de fysiotherapeut wendt, aan een retrospectieve limiet van een half jaar gebonden. Tabel 26 laat de voornaamste resultaten van deze vraag zien.

Tabel 26: Medische interventies, gedurende het afgelopen halfjaar, betreffende de klachten van patiënten waarvoor zij fysiotherapeutische hulp inroepen

Omschrijving medische interventie	%
Medicatie	40,6
Röntgenopnamen	31,8
Operaties	8,3
Gipsverband, corsetten etc.	3,0
Bloedonderzoek	2,6
Injecties in gewrichten	2,0
Artroscopie	1,5
	90,1
Overige medische interventies	9,9
Totaal	100,0

N = 2438

In totaal zijn 2438 medische interventies genoteerd. Daarvan heeft meer dan 40% betrekking op medicamenten en bijna 32% op het laten vervaardigen van röntgenopnamen. Ruim 8% van de medische interventies heeft betrekking op operaties die samenhangen met de klachten waarvoor de patiënt fysiotherapeutisch wordt behandeld. Het voorkomen van medische interventies hangt af van de aard van de verwijzer. Zonder dat in een tabel weer te geven, blijkt dat bij verwijzing door een medisch-specialist er relatief meer (factor 2.3) medische interventies zijn genoteerd. Patiënten afkomstig van medisch-specialisten (20% van de verwijzers) zijn namelijk verantwoordelijk voor 37% van alle medische interventies. De medisch-specialistische interventies hebben voornamelijk betrekking op operaties, gipsverbanden, röntgenopnamen en artroscopieën. Het aandeel van medicatie-voorschrift in de medische interventies van de medisch-specialist is daarentegen minder dan bij de huisarts.

Oorzaken van de klachten

De (waarschijnlijke) oorzaak van de klachten van de patiënt is voor de behandeling van de fysiotherapeut van belang. Zo vereisen klachten als gevolg van (acute) traumata een andere (fysiotherapeutische) aanpak dan klachten door (meer chronische) overbelasting. Tabel 27 geeft een overzicht van de eerstgenoemde (waarschijnlijke) oorzaken van de klachten van patiënten onder fysiotherapeutische behandeling zoals die door de fysiotherapeuten zijn geregistreerd.

In het rijtje oorzaken als 'traumata' en 'overbelasting' hoort de categorie 'sporten, trainen', bekeken vanuit indelingscriteria, eigenlijk niet thuis. Immers de oorzaken van het sportletsel kunnen zowel van traumatische als van overbelastingsaard zijn. Niettemin is deze categorie onderscheiden op

grond van de belangstelling die alom in de medische, dus ook fysiotherapeutische, wereld bestaat voor deze oorzaak van klachten.

Tabel 27: Overzicht van de (waarschijnlijke) oorzaken van de eerstgenoemde klachten van patiënten onder fysiotherapeutische behandeling in BEEF-praktijken

Omschrijving oorzaken	%	%
onbekend		35,4
overbelasting	20,0	
traumata	16,3	
degeneratieve aandoeningen	12,5	
sporten, trainen	6,4	
postoperatieve situaties	2,4	
psychische oorzaken	2,3	
houdingsafwijkingen	1,6	
aangeboren afwijkingen	1,3	
overige	1,9	
bekend		64,7
Totaal		100,0

N = 3155

Uiteraard sluiten deze categorieën (volgens instructie bij de verwerking van de gegevens) elkaar wel uit. Dit betekent dat één oorzaak niet tegelijkertijd onder trauma en sporten kan worden gerangschikt.

Fysiotherapeuten kunnen in de BEEF-registratie meer dan één oorzaak voor de klachten van de patiënten noemen. De oorzaak krijgt het predikaat 'onbekend' indien de fysiotherapeuten de oorzaak als zodanig aangeven of als ze geen oorzaak noemen. Indien de fysiotherapeuten een bekende oorzaak hebben geregistreerd, dan heeft bijna 31% daarvan betrekking op 'overbelastingsverschijnselen', en bijna een kwart van deze oorzaken is te rangschikken onder 'traumata'. Ook 'degeneratieve aandoeningen' (ruim 19%) en 'sporten/trainen' (bijna 10%) komen nog vaak voor.

In 18 registratieformulieren zijn drie en in 268 formulieren twee oorzaken genoteerd. 'Traumata' en 'sporten/trainen' worden relatief weinig als tweede oorzaak genoemd, 'degeneratieve aandoeningen' relatief meer.

Duur van de aandoening

Naast kennis over de oorzaak van een klacht is het voor de behandeling van de klacht eveneens van belang inzicht te hebben in de duur van de aandoening of ziekte. Een chronische aandoening zal immers waarschijnlijk anders fysiotherapeutisch worden benaderd dan een meer acute aandoening.

Tabel 28 geeft een overzicht van de duur van de aandoening bij aanvang van de fysiotherapeutische behandeling.

Tabel 28: Duur van de aandoening bij de aanvang van de behandeling van patiënten in BEEF-praktijken

Tijdsduur aandoeningen	%
0 tot en met 7 dagen	2,7
langer dan 1 week tot en met 6 weken	11,8
langer dan 6 weken tot en met 3 maanden	17,7
langer dan 3 maanden tot en met 1 jaar	16,4
langer dan een jaar	47,9
onbekend	3,5
Totaal	100,0

N = 3155

Bijna de helft van de patiënten zegt al langer dan een jaar te lijden aan de aandoening waarvoor fysiotherapeutische hulp is aangevraagd. In dit opzicht kan hier worden gesproken over chronische aandoeningen. Acute aandoeningen, waarvan het ontstaan niet langer dan een week in het verleden ligt, zijn relatief weinig voorkomend.

Duur van de klacht

Er is in de BEEF-registratie een onderscheid gemaakt tussen de duur van de aandoening en de duur van de huidige klachten. Een aandoening kan immers al langere tijd bestaan maar nauwelijks aanleiding geven tot het inroepen van fysiotherapeutische behandeling. Het is derhalve tevens van belang te weten hoe lang de huidige klachten waarvoor de hulp van de fysiotherapeut werd ingeroepen, bestaan. Daarvan geeft tabel 29 een overzicht.

Tabel 29: Overzicht van de duur van de huidige klachten van de patiënten onder fysiotherapeutische behandeling in BEEF-praktijken

Tijdsduur klachten	%
0 tot en met 7 dagen	4,7
langer dan 1 week tot en met 6 weken	22,7
langer dan 6 weken tot en met 3 maanden	32,8
langer dan 3 maanden tot en met 1 jaar	21,5
langer dan 1 jaar	15,3
onbekend	3,1
Totaal	100,0

N = 3155

Ten opzichte van de tijdsduur van de aandoeningen (tabel 27) laat tabel 28 een duidelijke verkorting van de tijdsduur van de klachten zien. Tegenover bijna de helft van de aandoeningen is 'slechts' 15% van de klachten chronisch (bestaansduur van langer dan een jaar). Overigens is het aandeel van de acute klachten (tijdsduur korter dan een week) ook in tabel 28 relatief gering.

Andere hulpverlening

Voor de behandeling van de patiënt is het, in verband met onder andere afstemming van behandelmethodes en overlegsituaties, van belang een overzicht te hebben van andere hulpverlening die, gelijktijdig, ten behoeve van de klachten van de patiënt wordt verstrekt. In het registratieformulier is een aantal vormen van hulpverlening met name genoemd, terwijl tevens de mogelijkheid bestaat ook andere hulpverlening te noemen. Niet altijd is slechts één vorm van hulpverlening genoemd. Tabel 30 geeft een overzicht van de hulpverlening in volgorde van voorkomen. Zo wordt medisch-specialistische hulp het meest frequent genoemd, namelijk in 32.6% van de gevallen waarin sprake is van andere hulpverlening.

Tabel 30: Overzicht van hulpverlening, anders dan fysiotherapie, die ten behoeve van de klacht waarvoor de patiënt onder fysiotherapeutische behandeling is, wordt verstrekt

Omschrijving hulpverlening	%
medisch-specialistische hulp	32,6
huishoudelijke hulp	22,5
huisartshulp	12,8
gezinshulp	7,4
wijkverpleging	5,4
alternatieve geneeskunst	4,1
maatschappelijk dienstverlening	1,4
andere hulp	14,0
Totaal	100,0

N = 516

De deelnemende fysiotherapeuten krijgen de duidelijke instructie dat ze alleen de hulpverlening mogen noteren die in het afgelopen half jaar (tot het moment waarop de fysiotherapeutische behandeling een aanvang neemt) is verstrekt en die bovendien gericht is op de klachten waarvoor de patiënt onder fysiotherapeutische behandeling is. Desondanks is er in de registratie enige verwarring ontstaan, vooral ten aanzien van de hulpverlening die door artsen is verstrekt. Niet geheel duidelijk is of bijvoorbeeld de huisarts als hulpverlener is geregistreerd terwijl hij alleen voor de verwijzing zorg heeft gedragen of dat slechts registratie plaats heeft gevonden indien de patiënt tegelijkertijd werkelijk door de huisarts is behandeld. Met andere

woorden, de resultaten van deze gegevens moeten, zeker ten aanzien van de verwijzende artsen, met enige voorzichtigheid worden betracht.

Medisch-specialistische hulp wordt overigens vaker genoemd dan huisarts-hulp.

Onder 'andere hulp' in tabel 30 wordt onder andere verloskundige hulp, podologische hulp, mantelzorg en de hulp van een orthopedische schoenmaker genoemd.

De frequentie waarmee andere hulpverlening is toegepast, varieert en is afhankelijk van de aard van de hulpverlening. Huishoudelijke hulp wordt meestal (bijna 76%) met een frequentie van 4 tot 11 keer per maand toegepast. Gezinshulp ook (50%), maar 3 tot en met 7 keer per week komt bij deze vorm van hulpverlening toch ook vaak voor (31.6%). Wijkverpleging wordt even vaak 3 tot en met 7 keer per week toegepast (35.7%) als 4 tot en met 11 keer per maand. Maatschappelijk werk kent een duidelijk lagere frequentie, 1 tot 3 keer per maand (85.7%). Datzelfde geldt ook min of meer voor de hulpverlening door huisarts (57.6%), medisch-specialist (49.4%) en alternatieve gezegers (47.6%).

Omstandigheden van invloed op de behandeling

Op de vraag of er bijzondere omstandigheden aanwezig zijn die van invloed zijn op de behandeling, heeft bijna 27% van de fysiotherapeuten bevestigend geantwoord (niet in tabelvorm afgebeeld). Een klein deel (1.5%) heeft twee beïnvloedende omstandigheden genoteerd. Ruim 11% van de fysiotherapeuten onderkent omstandigheden die duiden op psychosociale problematiek, bijna 4% acht begeleidende aandoening(en) van invloed op het verloop van de behandeling en ruim 5% denkt dat fysieke risicofactoren het behandelproces beïnvloeden. Opmerkelijk is dat niet alleen negatieve omstandigheden worden genoemd, zo wordt in 4.5% van de formulieren melding gemaakt van een positieve instelling van de patiënten. Van de omstandigheden die als tweede worden genoemd, heeft meer dan de helft betrekking op psychosociale problematiek.

Psychosociale en somatische aspecten

Het oordeel van de fysiotherapeut over de rol die psychosociale en somatische aspecten spelen bij de klachten van de patiënt is in tabel 31 weergegeven.

De resultaten uit tabel 31 vertonen grote overeenkomst met de gegevens die zijn verkregen in het onderzoek 'Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg', waarin dezelfde vraag werd gesteld. Slechts een gering percentage (1.4%) van de klachten wordt door de fysiotherapeuten als puur psychosociaal beschouwd. Meer dan de helft van de klachten is volgens de fysiotherapeuten puur somatisch.

Tabel 31: Overzicht van het oordeel van fysiotherapeuten over de rol die psychosociale en somatische aspecten spelen bij de klachten van patiënten

Omschrijving hulpverlening	%
puur somatische klacht	54,9
somatische klacht die psychosociale problemen met zich meebrengt	22,7
somatische klacht, waarachter psychosociale problemen worden vermoed	15,8
psychosociale klachten, waarachter somatische problemen worden vermoed	1,0
psychosociale klacht die somatische problemen met zich meebrengt	4,0
puur psychosociale klacht	1,4
onbekend	0,2
Totaal	100,0

N = 3155

3.3.3. Conclusie

De resultaten van het fysiotherapeutische onderzoek worden in deze paragraaf onderscheiden in enerzijds gegevens die een overzicht bieden van de gevolgen van de aandoeningen van de patiënten in de vorm van stoornissen en beperkingen en anderzijds gegevens betreffende het aanvullende onderzoek van de fysiotherapeut.

Stoornissen en beperkingen

In het algemeen kan worden vastgesteld dat fysiotherapeuten in de eerste lijnsgezondheidszorg in staat zijn om de gevolgen van aandoeningen die van belang zijn voor de fysiotherapeutische behandeling weer te geven in de vorm van stoornissen en beperkingen zoals in de registratieformulieren omschreven. Voor specifieke patiëntencategorieën en voor specifieke behandelingsmethoden blijkt het BEEF-registratieformulier nog niet toereikend.

De meest voorkomende stoornissen zijn 'actief (71.5%) en passief (57.6%) verminderde bewegingsuitslagen', hypertonus van musculatuur (56.9%), en spierkrachtvermindering (40.6%). Zwellingen komen in 22% van de formulieren voor. Houdingsafwijkingen (bij 14% van de patiënten is sprake van een, afwijkende, kyfose, bij 12% van de patiënten hebben de fysiotherapeuten een lordose geregistreerd, in bijna 9% is sprake van een scoliose en bij ruim 16% worden andere houdingsstoornissen genoteerd), ademhalingsstoornissen (1.8 tot 5.2%), diverse stoornissen (zenuwrek- en compressiepijn worden in 9% van de formulieren genoteerd, sensibele stoornissen in 8% en andere diverse stoornissen in 2.2% tot 3.9% van de formulieren) en overige stoornissen (alle minder dan 2.5%) komen minder vaak voor.

Zwellingen komen het meest voor in knie- en enkelgewrichten. Meer dan de helft van de verminderde bewegingsuitslagen wordt gelokaliseerd in de gewrichten van de rug. Hypertonus van musculatuur wordt in bijna 60% van

alle gevallen gelokaliseerd in nek- en rugmusculatuur. Een kwart van de spierkrachtvermindering heeft betrekking op de musculatuur van de bovenbenen. Houdingsstoornissen worden, uiteraard, het meest frequent gesignaleerd in de rug (of wervelkolom).

Hypertonus van musculatuur gaat veelal gepaard met pijnklachten in deze musculatuur, zeker als de hypertonus als ernstig wordt omschreven. Ook verminderde bewegingsuitslag gaat veelal samen met pijnklachten, vooral als de verminderde bewegingsuitslag in de lumbale rug of de schoudergewrichten wordt gelokaliseerd. Bij verminderde spierkracht zijn meer pijnklachten geregistreerd indien deze stoornis als ernstig wordt beoordeeld. Uit de antwoorden op de open vraag naar andere stoornissen blijkt dat redelijk veel fysiotherapeuten de opvatting huldigen dat pijn een stoornis is.

Aanvullend onderzoek

Het merendeel (64%) van de patiënten is al eerder middels fysiotherapie behandeld, ruim 40% van de patiënten zelfs voor dezelfde klachten. Ten behoeve van de klachten van de patiënten zijn vaak ook andere medische interventies toegepast. Van de toegepaste medische interventies bestaat ruim 40% uit het voorschrijven van medicijnen, in 32% van de gevallen zijn röntgenfoto's gemaakt en in 9% gaat het om operaties.

In 65% van de behandelingen zeggen fysiotherapeuten de (waarschijnlijke) oorzaak van de klachten aan te kunnen geven. Ruim 30% van de bekende oorzaken heeft betrekking op overbelasting, ruim 27% is terug te voeren op traumata en bijna 21% van de bekende oorzaken is te herleiden naar degeneratieve aandoeningen. Bijna de helft van de patiënten die de fysiotherapeut raadpleegt, heeft al meer dan een jaar last van de aandoening. Als naar de klachten wordt gekeken, dan heeft 14.5% van de patiënten langer dan een jaar last van de klachten veroorzaakt door de aandoening. Ruim 27% heeft korter dan zes weken last van klachten en dat is bijna het dubbele van de patiënten (14.5%) waarbij de aandoening minder dan zes weken bestaat.

Bijna 55% van de klachten waarmee patiënten de fysiotherapeut bezoeken, worden door deze als puur somatisch beschouwd. In meer dan 22% van de klachten spelen psychosociale componenten een belangrijke rol.

3.4. Behandelplan

Op basis van de klacht van de patiënt, de verwijsindicatie en vooral de resultaten van het fysiotherapeutische onderzoek stelt de fysiotherapeut een behandelplan op. Van het behandelplan zijn in de BEEF-patiëntregistratie de volgende elementen van de fysiotherapeutische hulpverlening verzameld:

het aantal zittingen waaruit de behandeling is opgebouwd, de duur van de behandeling, de plaats waar fysiotherapie is toegepast (in de praktijk of ten huize van de patiënt), de reden van de eventuele aan huis behandeling, de toegepaste behandelvormen, de keuze van de behandeldoelen, de reden voor beëindiging van de behandeling, de wenselijkheid van voortzetting van de behandeling en het aantal fysiotherapeuten dat de behandeling van de patiënt voor zijn rekening nam.

De instructie aan de deelnemende fysiotherapeuten luidt dat ze maximaal vier (verschillende) behandelvormen per zitting mogen invullen. Elke behandelvorm mogen ze slechts eenmaal kiezen. Voor elke behandelvorm kan een behandeldoel worden aangegeven zowel op het niveau van stoornissen als in termen van beperkingen. Worden met één behandelvorm meerdere behandeldoelen nagestreefd, dan wordt slechts het behandeldoel geregistreerd dat naar het oordeel van de fysiotherapeut het meest van belang is. Dit betekent dat per zitting maximaal vier behandelvormen kunnen worden aangegeven en acht behandeldoelen (voor elke behandelvorm zowel een stoornis als een beperking als doel).

3.4.1. Aantal zittingen per behandeling

Een behandeling van een patiënt kan worden beschreven op één of meer registratieformulieren. In de BEEF-registratie is als regel gesteld dat als een behandeling langer duurt dan drie maanden de fysiotherapeut het registratieformulier moet terugzenden naar het NIVEL. Het vervolg van de behandeling wordt dan op een nieuw formulier geregistreerd. Meerdere formulieren worden ook gebruikt indien een behandeling naar het oordeel van de fysiotherapeut is beëindigd, maar de patiënt na enige tijd toch weer in behandeling komt. In het hierna volgende overzicht in tabel 32 is het aantal zittingen vermeld dat per patiënt in het registratiejaar 1989 is verricht. Het aantal zittingen met meer dan 24 zittingen zal in dit eerste registratiejaar waarschijnlijk ondervertegenwoordigd zijn. Immers, de voortgezette behandelingen in 1990 zijn niet in dit jaarverslag opgenomen en de registratie loopt niet over een vol kalenderjaar.

Tabel 32: Overzicht van het aantal zittingen dat aan één behandeling kan worden toegeschreven

Aantal zittingen	%
tot en met 6	21,7
7 tot en met 12	42,1
13 tot en met 18	13,4
19 tot en met 24	11,4
meer dan 24	11,3
Totaal	100,0

N = 2738 patiënten
N zittingen = 37963

Het merendeel van de fysiotherapeutische behandelingen heeft twaalf of minder zittingen (ruim 63%). Het aantal zittingen dat artsen het meest noemen in hun verwijsbrieven voor fysiotherapie is twaalf. In 17.5% van de behandelingen zijn er ook exakt twaalf zittingen toegepast.

3.4.2. Frequentie van de zittingen

De frequentie van de zittingen in een behandeling wordt in dit verslag gelijkgesteld aan het quotiënt van het aantal zittingen in de behandeling (teller) en het aantal dagen waarover de behandeling zich uitstrekt (noemer). Er is derhalve sprake van een gemiddelde frequentie van zittingen in een behandeling.

Tabel 33 geeft een overzicht van de frequenties van de zittingen.

Tabel 33: Frequentie van de zittingen in de fysiotherapeutische behandeling van patiënten

Frequentie	%
dagelijks	1,0
3 tot en met 6 maal per week	8,1
10 of 11 maal per maand	8,2
8 of 9 maal per maand	14,9
6 of 7 maal per maand	28,1
4 of 5 maal per maand	21,5
1 tot en met 3 maal per maand	13,9
1 tot en met 11 maal per jaar	4,3
Totaal	100,0

N = 2679

Bijna de helft van de patiënten wordt behandeld met een gemiddelde frequentie van 4 tot 7 maal per maand, of anders gezegd 1 tot 2 keer per week. Bijna een kwart van de patiënten wordt gemiddeld 2 tot 3 maal per week behandeld. Ruim 18% van de behandelingen lijkt, door de frequentie van minder dan een keer per week, op de toepassing van 'onderhouds-therapie'.

De veronderstelling is dat naarmate de fysiotherapeutische behandeling langer duurt, de gemiddelde frequentie van de zittingen afneemt. Dit betekent dat de gemiddelde frequentie van de eerste zes zittingen derhalve hoger is dan van de overige zittingen. Dit wordt in tabel 34 bevestigd. Drie of meer keer per week behandelen komt in de eerste zes zittingen vaker voor.

Tabel 34: Frequentie van de eerste zes zittingen in de fysiotherapeutische behandeling van patiënten

Frequentie	%
dagelijks	2,6
3 tot en met 6 maal per week	30,0
10 of 11 maal per maand	25,1
8 of 9 maal per maand	17,1
6 of 7 maal per maand	9,4
4 of 5 maal per maand	10,0
1 tot en met 3 maal per maand	4,5
1 tot en met 11 maal per jaar	1,2
Totaal	100,0

N = 2598

3.4.3. Behandelduur

Tabel 35 laat zien dat de meeste behandelingen een tijdsduur kennen van 3 weken tot 3 maanden. Toch is het aantal behandelingen dat langer dan drie maanden duurt toch nog aanzienlijk (18%). In ruim 16% van de behandelingen is sprake van een behandelduur van drie weken of korter.

Tabel 35: Behandelduur van patiënten onder fysiotherapeutische behandeling

Behandelduur	%
tot en met 1 week	4,0
langer dan 1 week tot en met 3 weken	12,4
langer dan 3 weken tot en met 6 weken	29,8
langer dan 6 weken tot en met 3 maanden	35,8
langer dan 3 maanden	18,0
Totaal	100,0

N = 2680

3.4.4. Behandelvormen

In de BEEF-registratie worden niet alleen de behandelvormen die door de ziekenfondsen worden vergoed of die genoemd zijn in de Wet op de paramedische beroepen geregistreerd, maar ook andere behandelvormen die door de deelnemende fysiotherapeuten worden genoemd. Voorbeelden hiervan zijn het verrichten van een fysiotherapeutisch onderzoek aan de patiënt, praten met de patiënt, bandageren en het geven van advies.

In totaal zijn 79563 behandelvormen geregistreerd. In tabel 36 zijn de meest voorkomende behandelvormen weergegeven. In deze tabel is voor elke behandelvorm het percentage weergegeven dat de verhouding weergeeft tussen het aantal keren dat deze behandelvorm is gekozen en het totaal van alle behandelvormen. Zo is de behandelvorm massagetherapie het meest genoemd als behandelvorm, van elke honderd behandelvormen die gere-

gistreerd zijn, zijn er gemiddeld 23.8 te rangschikken onder massagetherapie. De som van de percentages van alle behandelvormen te zamen is derhalve 100%. In tabel 36 is, in de tweede kolom, tevens weergegeven in welk percentage van de behandelingen de behandelvormen tenminste één keer werden geregistreerd. Zo is bewegingstherapie in 54.8% van alle behandelingen tenminste eenmaal genoteerd. Uiteraard is de som van deze percentages voor alle behandelvormen groter dan 100%. Immers per behandeling kunnen meerdere behandelvormen worden gekozen.

Niet alle toegepaste behandelvormen zijn geregistreerd (enkel de vier belangrijkste) en er is geen dubbeltelling per zitting toegestaan (elke behandelvorm mocht slechts een keer per zitting worden geregistreerd). Derhalve geeft tabel 36 een overzicht van de toepassing van de, naar het oordeel van de fysiotherapeuten, belangrijkste behandelvormen. De 'klassieke' behandelvormen, massagetherapie, bewegingstherapie en fysieke therapie in engere zin, worden, zoals verwacht, veel gekozen. Toch worden ook de overige behandelvormen relatief vaak toegepast. Opmerkelijk is het dat instrueren bij het uitvoeren van (thuis)oefeningen als een aparte behandelvorm wordt gezien naast bewegingstherapie. Ook manuele therapie en het geven van advies worden relatief vaak toegepast. Het uitvoeren van onderzoek is ondergewaardeerd. Oorspronkelijk stond deze 'behandel vorm' niet op de lijst van behandelvormen die de fysiotherapeuten in het kader van de registratie is uitgereikt. Op aandrang van een aantal fysiotherapeuten is alsnog, later in het registratiejaar, de mogelijkheid gegeven om ook onderzoek als behandelvorm te registreren.

Tabel 36: Overzicht van de toepassing van behandelvormen in de fysiotherapeutische behandeling, het relatieve aandeel van de afzonderlijke behandelvormen en het voorkomen van de behandelvormen per zitting

Behandelvormen	relatieve voorkomen %	voorkomen per behandeling %
massagetherapie	23,8	58,3
bronchiaal toilet	1,5	2,3
overige massagetherapie	1,1	3,2
Totaal massagetherapie	26,4	
bewegingstherapie	20,9	54,8
overige bewegingstherapie	0,7	1,4
Totaal bewegingstherapie	21,6	
interferentietherapie	7,3	22,9
ultrageluidstherapie	7,1	20,9
hoogfrequente elektrotherapie	5,8	15,5
warmtetherapie	4,6	11,3
diadynamische stroomvormen	1,6	4,3
overige fysische therapie i.e.z.	0,7	2,3
Totaal fysische therapie i.e.z.	27,1	
instructie oefeningen	8,2	39,8
adviseren leefregels	4,0	22,4
Totaal instructie en advies	12,2	
manuele therapie	7,2	27,0
bandageren	0,5	4,0
onderzoeken	2,3	50,0
overige	2,6	6,9
Totaal overige	12,6	
Totaal	100,0	100,0
		n.v.t.

N = 79563

3.4.5. Behandeldoelen

Elke behandelvorm wordt toegepast om één of meerdere doelstellingen te bereiken. Om meer nauwkeurig een verband te kunnen leggen tussen enerzijds de behandelvormen en anderzijds de behandeldoelen, is afgesproken dat de fysiotherapeuten per behandeldoel alleen het naar hun oordeel belangrijkste behandeldoel registreren. Belangrijk is tevens dat in deze BEEF-registratie de deelnemende fysiotherapeuten behalve de resultaten van het fysiotherapeutische onderzoek aan de patiënt ook de behandeldoelen in termen van stoornissen en beperkingen hebben weergegeven. Tabel 37 geeft een overzicht van de 74371 behandeldoelen die tijdens de fysiotherapeutische behandeling in 3155 formulieren zijn gekozen. Er is een verschil tussen het aantal behandelvormen (79563) en het aantal behandeldoelen (74371). Daaruit kan worden afgeleid dat bij 6.5% van de behandelvormen

geen behandeldoel in termen van stoornissen en beperkingen is gekozen. In tegenstelling tot de behandelvormen kunnen behandeldoelen wel meerdere keren per zitting zijn genoemd.

In tabel 37 is in de tweede kolom weergegeven in welk percentage van de fysiotherapeutische behandelingen de behandeldoelen, in termen van stoornissen, tenminste één keer zijn gekozen. Zo is het behandeldoel 'pijnbestrijden' in 68.1% van alle behandelingen tenminste één keer genoemd. In kolom 1 is, in percentages, weergegeven hoe vaak elk behandeldoel in vergelijking met de andere behandeldoelen is geregistreerd. Zo wordt op elke honderd keer dat een behandeldoel wordt geregistreerd, gemiddeld 38.1 keer het behandeldoel pijnvermindering genoemd. De som van alle percentages in kolom 1 is derhalve 100%, de som van de percentages in kolom 2 is groter dan 100% omdat per behandeling meerdere behandeldoelen zijn genoemd.

Vermindering van ademhalingsproblematiek blijft als behandeldoel beperkt tot een betrekkelijk gering aantal behandelingen, 3.6%.

Tabel 37: Overzicht van de keuze van behandeldoelen, in termen van stoornissen, in de fysiotherapeutische behandeling

Behandeldoelen stoornisniveau	relatieve voorkomen %	voorkomen per behandeling %
pijn bestrijden	38,7	68,1
herstel verminderde bewegingsuitslag	19,8	49,8
regulering spiertonus	15,1	36,4
verbetering spierkracht	8,2	25,0
verbeteren van overige stoornissen	7,4	17,7
verbeteren van houdingsstoornis	4,1	15,7
doen afnemen van zwelling	4,1	11,4
vermindering ademhalingsproblematiek	2,5	3,6
Totaal	100,0	n.v.t.

N = 74371

Uit de gegevens van tabel 37, tabel 14 (optreden van pijnklachten) en paragraaf 2.3.1 (stoornissen en beperkingen) blijkt dat de aanwezigheid van bepaalde stoornissen of pijn niet direct leidt tot het bestrijden daarvan met fysiotherapeutische middelen. Zo speelt pijn in meer dan 90% van de klachten van de patiënten een rol, terwijl 'slechts' in bijna 70% van de behandelingen pijnbestrijding als een belangrijk behandeldoel is gekozen en leidt het voorkomen van een verminderde bewegingsomvang (71.5%) in bijna 50% van de behandelingen tot de keuze van het behandeldoel 'herstel van een verminderde bewegingsomvang'. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat per behandelvorm slechts één behandeldoel kon worden vermeld.

Tabel 38 geeft een overzicht van de behandeldoelen in termen van beperkingen zoals die door de deelnemende fysiotherapeuten zijn geregistreerd. Evenals in tabel 37 zijn in tabel 38 twee kolommen weergegeven. Uit kolom 1 is af te leiden dat beperkingen in het lopen en in het handhaven van het normale tempo in het beroep verreweg het meest frequent zijn gekozen. Indien beperkingen worden genoemd als behandeldoel, is de kans dat één van deze beide beperkte activiteiten hieronder wordt verstaan, bijna één op twee. Uit de gegevens van kolom twee blijkt dat in 54% van de behandelingen tenminste één keer de behandeling gericht is op een beperking in het handhaven van het normale tempo in het beroep en in 35,5% van de behandelingen op beperkingen in het lopen. Ook beperkingen in het tillen, het sporten en het langere tijd zitten of staan worden nog redelijk vaak genoemd als behandeldoel.

Tabel 38: Overzicht van de keuze van behandeldoelen, in termen van beperkingen, in de fysiotherapeutische behandeling

Behandeldoelen stoornisniveau	relatieve voorkomen %	voorkomen per behandeling %
zelfverzorging	3,6	*
lichaamsbeheersing		
staan	1,9	5,9
bukken	3,1	9,8
overige	3,3	*
verplaatsing		
lopen	19,8	35,5
traplopen	2,6	6,9
overige	2,5	*
huishoudelijke en overige beroepsactiviteiten		
schoonmaken	2,1	5,8
langere tijd zitten	3,3	12,4
langere tijd staan	3,7	10,6
tillen	5,6	18,4
handhaven normaal tempo beroep	27,0	54,0
stressbestendigheid	3,5	9,4
sport/hobby		
sport	6,3	15,5
overige	4,0	*
andere activiteiten	7,9	*
Totaal	100,0	n.v.t.

N = 55315

legenda: * percentage kan hier niet worden berekend omdat de genoemde beperking een verzameling is van meerdere beperkte activiteiten

Hetgeen hiervoor is opgemerkt over de keuze van behandeldoelen in termen van stoornissen geldt in minstens even grote mate voor behandel­doelen in termen van beperkingen (zie ook tabel 24). Er zijn in het onder­zoek redelijk veel beperkingen vastgesteld die vervolgens niet als behan­del­doelen zijn gekozen.

3.4.6. Relatie tussen behandelvormen en behandel­doelen

De wijze van registratie staat toe om een direct verband te leggen tussen de toegepaste behandel­vormen en de daarbij gekozen behandel­doelen. Tabel 39 geeft de relatie tussen behandel­vormen en behandel­doelen in termen van stoornissen weer. Voor elk behandel­doel is aangegeven hoe de verhouding is tussen de toegepaste behandel­vormen. Voor elk behandel­doel is de som van de toegepaste behandel­vormen derhalve 100%. De kolommen, bijvoorbeeld de verschillende percentages van massagetherapie voor de diverse behandel­doelen, kunnen niet worden opgeteld in deze tabel. Ze hebben geen gelijke noemers.

In tabel 39 zijn enkele duidelijke relaties tussen behandel­vormen en behan­del­doelen in termen van stoornissen vast te stellen. Uitgaande van be­handel­doelen blijkt dat pijnvermindering vooral wordt nagestreefd met be­hulp van massagetherapie en, in mindere mate, met ultrageluidstherapie en interferentietherapie. Voor het vermindering van zwellingen wordt voornamel­ijk fysische therapie in engere zin, met name ultrageluidstherapie, hoog­frequente elektrotherapietherapie en, in mindere mate, interferentietherapie, toegepast.

Herstel van de bewegingsomvang wordt voornamelijk nagestreefd met be­hulp van bewegingstherapie en manuele therapie. Bewegingstherapie is ook een veel toegepaste behandel­vorm om de behandel­doelen verbetering van de spierkracht en verbetering van houdingsstoornissen te bereiken. Daar­naast wordt ten behoeve van deze behandel­doelen relatief vaak instructie als behandel­vorm gekozen. Massagetherapie is weer belangrijk in verband met het bereiken van het behandel­doel regulering van de spierkracht. Ook warmtetherapie wordt bij dit behandel­doel relatief vaak toegepast. Het ver­minderen van ademhalingsproblematiek wordt voornamelijk bewerkstelligd door het toepassen van massagetherapie (bronchiaal toilet) en bewegings­therapie. Vrijwel alle behandel­doelen worden hoofdzakelijk nagestreefd met behulp van twee of drie behandel­vormen.

Tabel 39 toont aan dat fysiotherapeuten in de keuze van hun behandel­vor­men geleid worden door de aard van de gestelde behandel­doelen in ter­men van stoornissen. Van polypragmatie is in dit opzicht dan ook geen sprake.

Tabel 39: Behandeldoelen in termen van stoornissen en de hiervoor toegepaste behandelvormen

Behandelvormen	ms	bw	ma	us	if	hf	wa	ad	in	dd	ov	% kol	tot rij %
Behandeldoelen	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
pijnvermindering	42	4	2	11	16	7	6	3	1	4	3	39	100
verminderen zwelling	9*	3	0	31	12	31	6	1	2	2	4	4	100
herstel verminderde bew.uitslag	3	46	32	2	1	1	1	1	8	0	6	20	100
regulering tonus	54	9	1	4	4	7	14	2	4	0	1	15	100
verbetering spierkracht	1	66	0	1	1	1	0	2	27	0	2	8	100
verminderen ademhalingsprobl.	66**	23	0	0	1	0	0	2	8	0	1	3	100
verbeteren houdingsstoornis	1	50	3	0	0	0	0	11	34	0	1	4	100
verbeteren overige stoornissen	15***	31****	1	16	4	12	2	3	9	1	8	7	100
Totaal kolommen %	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	100
Gemiddeld % waarin genoemde behandelvormen zijn toegepast	28	23	8	8	8	6	5	3	7	2	3	nvt	nvt

Legenda bij tabel 39

- mas = massagetherapie
- bew = bewegingstherapie
- ma = manuele therapie
- us = ultrageluidstherapie
- if = interferentietherapie
- hf = hoogfrequente elektrotherapie
- wa = warmte en koudetherapie
- ad = adviseren
- in = instrueren
- dd = diadynamische stroomvormen
- ov = alle overige behandelvormen
- % kol = (kolom)percentage van het behandeldoel ten opzichte van alle behandeldoelen tezamen
- tot rij % = totaal (rij)percentage van alle toegepaste behandelvormen voor ieder behandeldoel (is derhalve altijd 100)
- * waarvan 4% manuele lymfedrainage
- ** waarvan 64% bronchiaal toilet
- *** waarvan 4% bindweefselmassage
- **** waarvan 5% specifieke neurologische methoden

De relatie tussen behandelvormen en behandeldoelen in termen van beperkingen is (zie tabel 40) minder duidelijk.

Niettemin zijn er enkele opvallende relaties uit tabel 40 af te leiden. Zo wordt instructie vaak toegepast bij beperkingen in het toiletgebruik, wordt er relatief veel massagetherapie toegepast bij beperkingen in zitten, boodschappen doen en het verzorgen van huisgenoten en bewegingstherapie wordt relatief vaak gekozen bij beperkingen in het lopen, knielen, kleden en evenwicht bewaren. Bij deze laatste beperking wordt veel gebruik ge-

maakt van specifieke neurologische oefenmethoden. Ultrageluidstherapie wordt vaak gekozen bij beperkingen in sportactiviteiten, maar ook bij beperkingen in het eten! Opmerkelijk is ook het gebruik van warmte (en koude) therapie bij beperkingen in het gebruik van de telefoon en de toepassing van diadynamische stromen bij beperkte activiteiten betreffende het verzorgen van maaltijden. De keuzes van behandelvormen bij het nastreven van bepaalde behandeldoelen in de vorm van beperkingen zijn niet altijd zoals verwacht en de gemaakte keuzes zijn niet altijd eenvoudig te verklaren. Dit komt waarschijnlijk omdat er lang niet altijd een directe samenhang tussen een behandelvorm en zulk een behandeldoel is. De behandelvormen zijn wellicht veel meer direct gericht op behandeldoelen op stoornisniveau (zie tabel 39 en Granger e.a., 1987) en vervolgens (indirect) op behandeldoelen op beperkingenniveau.

De toepassing van massagetherapie bij beperkingen in het boodschappen doen kan worden verklaard vanuit het gegeven dat deze beperkte activiteit veelal in combinatie wordt gezien met het behandeldoel pijnvermindering (niet afgebeeld) en om pijnvermindering te bereiken wordt relatief vaak (zie tabel 39) gebruik gemaakt van massagetherapie. Bewegingstherapie wordt relatief vaak toegepast bij beperkingen in het kleden, een behandeldoel dat relatief vaak wordt gezien in combinatie met het behandeldoel herstel van een verminderde bewegingsomvang, een doel waarvoor frequent bewegingstherapie wordt toegepast. Beperkte sportactiviteiten gaan vaak gepaard met het behandeldoel doen afnemen van een zwelling. Om dit doel te verwezenlijken wordt relatief vaak ultrageluidstherapie toegepast. Tenslotte het laatste voorbeeld uit deze reeks: beperkte activiteiten betreffende het telefoongebruik hangen kennelijk nauw samen met een deregulering van de spiertonus. Fysiotherapeuten kiezen in dit geval relatief vaak voor de behandelvorm warmtetherapie, een verklaring voor het op het eerste gezicht merkwaardige gebruik van deze behandelvorm bij de genoemde beperking.

Tabel 40: Behandeldoelen in termen van beperkingen en de hiervoor toegepaste behandelvormen

Behandelvormen	ms	bw	ma	us	if	hf	wa	ad	in	dd	ov	% kol	tot rij %
Behandeldoelen	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
wassen	25	27	1	6	10	6	8	10	7	2	1	1	100
kleden	15	43	2	11	5	4	5	6	6	1	3	2	100
toiletgebruik	22	29	0	0	0	0	0	0	48	0	0	0	100
eten	17	14	0	45	0	1	12	10	2	0	0	0	100
zitten	36	19	9	3	8	2	11	4	4	1	4	2	100
staan	20	28	9	4	6	2	15	5	7	2	3	2	100
knielen	11	36	2	11	11	5	8	9	4	0	2	1	100
bukken	25	13	10	3	10	3	11	11	8	0	5	3	100
evenwicht bewaren	13	46*	1	0	1	3	8	13	14	0	1	1	100
in en uit bed	31	14**	6	5	18	0	9	15	3	0	0	1	100
lopen	20	36	5	5	8	6	3	2	10	1	3	20	100
traplopen	12	30	2	15	7	13	3	6	10	1	3	3	100
fietsen	26	15	4	7	3	15	5	6	10	5	5	1	100
auto besturen	19	17	5	10	6	5	17	5	11	0	5	1	100
boodschappen doen	42	11	0	2	2	8	15	12	7	0	0	1	100
verzorgen maaltijd	16	17	0	0	0	12	21	17	3	12	3	0	100
bedden verschonen	23	21	1	10	13	0	19	11	2	0	1	1	100
schoonmaken	19	16	1	9	5	5	14	13	9	2	7	2	100
verzorgen huisgenoten	37***	26	1	5	10	1	4	4	5	1	7	1	100
gebruik telefoon	14	0	0	0	0	0	79	7	0	0	0	0	100
langere tijd zitten	36	18	5	5	10	5	8	4	5	2	3	3	100
langere tijd staan	22	27	3	6	11	6	7	6	10	1	2	4	100
tillen	26	20	2	12	8	5	8	8	8	2	1	6	100
handhaven normaal tempo	24	17	20	6	11	5	2	3	9	1	3	27	100
stressbestendigheid	29	21	1	1	7	1	14	9	9	0	7	4	100
sport	24	18	4	19	7	4	2	6	12	1	4	6	100
hobby	30	16	6	9	6	5	6	10	11	0	2	1	100
andere activiteiten	35****	20	9	4	6	4	2	3	7	1	8	8	100
Totaal	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	100
Gemiddeld % waarin behandelvormen zijn toegepast	24	23	9	7	8	5	5	5	9	1	3	nvt	nvt

Legenda bij tabel 40

- ms = massagetherapie
- bw = bewegingstherapie
- ma = manuele therapie
- us = ultrageluidstherapie
- if = interferentietherapie
- hf = hoogfrequente elektrotherapie
- wa = warmte en koudetherapie
- ad = adviseren
- in = instrueren
- dd = diadynamische stroomvormen
- ov = alle overige behandelvormen
- % kol = (kolom)percentage van het behandeldoel ten opzichte van alle behandeldoelen tezamen
- tot rij % = totaal (rij)percentage van alle toegepaste behandelvormen voor ieder behandeldoel (is derhalve altijd 100)
- * waarvan 8% specifieke neurologische oefenmethoden
- ** waarvan 4% specifieke neurologische oefenmethoden
- *** waarvan 16% bindweefselmassage
- **** waarvan 12% bronchiaal toilet

3.4.7. Plaats van behandeling

Tabel 41 geeft een overzicht van de plaats waar de patiënten door de fysiotherapeuten worden behandeld. Zoals verwacht worden de patiënten meestal in de praktijk van de fysiotherapeut behandeld. Eerder is opgemerkt dat de plaats van behandeling een sterke samenhang vertoont met de woonvorm van de patiënt (paragraaf 2.1).

Tabel 41: Behandelplaats van patiënten door fysiotherapeuten

Behandelplaats	%
praktijk fysiotherapeut	90,5
ten huize van de patiënt	6,9
in een verzorgingstehuis	2,6
Totaal	100,0

N zittingen = 37963

3.4.8. Redenen van aan huis behandeling

In de registratie zijn ook de redenen vastgelegd die aangeven waarom patiënten niet in de praktijk, maar elders zijn behandeld. Bijna 39% van de patiënten kon de praktijk van de fysiotherapeut niet bereiken omdat er beperkingen in het lopen aanwezig waren. Ruim 42% kon niet naar de praktijk van de fysiotherapeut vanwege de aandoening waarvoor de patiënt behandeld moest worden of vanwege interfererende aandoeningen. Ruim 9% van de patiënten wordt alleen maar thuis behandeld omdat ze in een verzorgingstehuis wonen en ruim 5% wordt op eigen verzoek thuis behandeld.

3.4.9. Redenen waarom de behandeling is beëindigd

De antwoorden op de vraag aan de fysiotherapeuten waarom de behandeling is beëindigd, geeft op bescheiden wijze inzicht in het oordeel van de fysiotherapeuten over het resultaat van de fysiotherapeutische behandeling. Uit tabel 42, die een overzicht geeft van de antwoorden van de fysiotherapeuten op bovengenoemde vraag, is af te leiden dat meer dan driekwart van de behandelingen door de fysiotherapeuten zelf als succesvol wordt beoordeeld. Ruim 10% van de behandelingen is beëindigd vanwege te geringe resultaten.

Tabel 42: Overzicht van de redenen waarom de fysiotherapeutische behandeling is beëindigd

Redenen	%
gunstig resultaat van de behandeling	75,9
te gering resultaat van de behandeling	10,6
gestaakt door de patiënt	8,8
gestaakt door de verwijzer	1,8
onbekend	2,9
Totaal	100,0

N = 2469

Als resultaat van de antwoorden op de vraag aan de fysiotherapeuten of de behandeling naar hun oordeel moet worden gecontinueerd, kan worden afgeleid dat alleen indien sprake is van een beëindiging van de behandeling anders dan door een gunstig of een te gering resultaat, dus bij staken van de behandeling door de patiënt of door de verwijzer, de fysiotherapeuten van mening zijn dat de behandeling beter gecontinueerd had kunnen worden.

3.4.10. Conclusie

Vrijwel alle behandeldoelen in termen van stoornissen worden meestal nagestreefd door de toepassing van slechts twee of drie behandelvormen. Massagetherapie wordt het meest frequent gekozen en is een belangrijke behandelvorm om pijnvermindering, regulering van de spiertonus en vermindering van ademhalingsproblematiek na te streven. Ook bewegingstherapie wordt vaak gekozen en wordt vooral toegepast bij de behandeldoelen herstel van een verminderde bewegingsuitslag, het verbeteren van spierkracht, het verminderen van ademhalingsproblematiek en het verbeteren van houdingsstoornissen. Manuele therapie speelt een belangrijke rol bij het herstel van een verminderde bewegingsuitslag. Ultrageluidstherapie, hoogfrequente elektro-therapie en interferentietherapie worden relatief vaak gekozen bij het verminderen van een zwelling terwijl interferentie-therapie tevens van belang is bij pijnvermindering. Warmtetherapie wordt vaak toegepast bij regulering van de spiertonus en instructie wordt frequent toegepast bij verbeteren van de spierkracht en verbeteren van houdingsstoornissen. Een relatie tussen behandelvormen en behandeldoelen in termen van beperkingen is minder direct. Desalniettemin kunnen enige opmerkelijke relaties worden geconstateerd, zoals het relatief vaak toepassen van bewegingstherapie bij beperkingen in het lopen en het evenwicht bewaren, het toepassen van ultrageluidstherapie bij beperkte sportactiviteiten en de toepassing van instructies bij een beperking in het toiletgebruik.

Een voorzichtige conclusie is dat fysiotherapeuten zich in hun behandeling richten op behandeldoelen op stoornissenniveau. Behandeldoelen op beperkingenniveau zijn vaak een afgeleide van deze behandeldoelen op stoornissenniveau. In dit verband kan geen uitspraak worden gedaan of dit een wenselijk aspect is in de fysiotherapeutische behandeling.

De meeste behandelingen bestaan uit twaalf of minder zittingen en de gemiddelde frequentie daarvan ligt meestentijds tussen de 4 en 7 keer per maand. De gemiddelde frequentie van de eerste zes zittingen daarentegen ligt tussen 10 en 24 keer per maand. De gemiddelde behandelduur van een fysiotherapeutische behandeling varieert van 3 weken tot 3 maanden.

De meeste patiënten worden in de praktijk van de fysiotherapeut en als de patiënten thuis worden behandeld is dat omdat ze de praktijk van de fysiotherapeut niet kunnen bereiken, omdat ze niet kunnen lopen ofwel omdat ze door interfererende aandoeningen aan huis zijn gekluisterd.

Ruim driekwart van de fysiotherapeuten geeft aan de behandeling af te sluiten vanwege het bereiken van een gunstig resultaat.

4. NASCHRIFT

In dit rapport is verslag gedaan van de resultaten van het eerste registratiejaar in het BEEF-onderzoek. In dit eerste rapport is de nadruk gelegd op de verslaglegging van de algemene gang van zaken in de fysiotherapeutische hulpverlening zoals die in de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland plaats vindt. Een belangrijk onderdeel is de constatering dat fysiotherapeuten een belangrijk gedeelte van hun fysiotherapeutische hulpverlening kunnen registreren in de vorm van stoornissen en beperkingen. Dit geldt voor zowel de vastlegging van de resultaten van hun onderzoek aan de patiënt als voor de omschrijving van de behandeldoelen.

Met behulp van het registratieformulier zijn een groot aantal gegevens verzameld. Deze gegevens kunnen zeer uitgebreid worden besproken, dwarsverbanden kunnen worden gelegd en diepgravende analyses kunnen worden uitgevoerd. In dit eerste rapport is als eerste stap gekozen voor een relatief eenvoudige manier om de situatie van de fysiotherapeutische hulpverlening in Nederland in beeld te brengen, in de vorm van rechte tellingen en een weergave van eenvoudige relaties tussen gegevens. Niettemin levert deze wijze van presenteren al een groot arsenaal aan resultaten op. Deze resultaten geven vaak al een duidelijk beeld van de fysiotherapeutische hulpverlening. Met name de relatie tussen behandeldoelen en behandelvormen is hiervan een opmerkelijk voorbeeld. Daarnaast vormen de resultaten een tweeledige voedingsbodem voor verder onderzoek. Enerzijds rijzen tijdens het lezen van het verslag bijna als vanzelf nieuwe vragen op inzake de fysiotherapeutische behandeling en anderzijds is er dusdanig veel materiaal verzameld dat daarmee een groot aantal van deze vragen in de komende tijd beantwoord kunnen worden. Dit leidt ertoe dat een volgend verslag geen vanzelfsprekende copie zal zijn van dit eerste verslag, maar dat, weliswaar met behoud van de rapportage van kerngegevens, andere accenten zullen worden belicht.

5. OVERZICHT VAN TABELLEN

pag.

Tabel 1:	Geslacht en leeftijdsverdeling van, in 1989, aan BEEF deelnemende fysiotherapeuten, vergeleken met extramuraal werkzame fysiotherapeuten in Nederland per 1 januari 1989	7
Tabel 2:	Aantal jaren sinds afstuderen, bezit ziekenfonds-overeenkomst en aantal gevolgde na/bijcholingscursussen van, in 1989, aan BEEF deelnemende fysiotherapeuten, vergeleken met extramuraal werkzame fysiotherapeuten in Nederland per 1 januari 1989	8
Tabel 3:	Aantal, in 1989, aan het BEEF-project deelnemende praktijken naar het aantal vaste fysiotherapeuten, vergeleken met gegevens uit de beroepenregistratie per 1 januari 1989	9
Tabel 4:	Aantal, in 1989, aan BEEF deelnemende fysiotherapiepraktijken naar urbanisatiegraad, vergeleken met extramuraal werkzame praktijken in Nederland per 1 januari 1989	9
Tabel 5:	Leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm van patiënten in BEEF-praktijken, over het registratiejaar 1989	16
Tabel 6:	Woonsituatie van patiënten, onder fysiotherapeutische behandeling in BEEF-praktijken	19
Tabel 7:	Opleiding van patiënten, onder fysiotherapeutische behandeling in BEEF-praktijken	19
Tabel 8:	De tien meest voorkomende beroepen van patiënten onder fysiotherapeutische behandeling	20
Tabel 9:	Overzicht van de redenen waarom patiënten, onder fysiotherapeutische behandeling in BEEF-praktijken, niet werken	21

	pag.
Tabel 10: De tien meest frequent voorkomende ICPC-coderingen (klachten) waarvoor patiënten de hulp inroepen van fysiotherapeuten	23
Tabel 11: Klachten van patiënten onder fysiotherapeutische behandeling, ingedeeld naar lichaamsregio's (lokalisatie)	24
Tabel 12: De tien meest frequent voorkomende eerstgenoemde klachten waarvoor patiënten de hulp inroepen van fysiotherapeuten	25
Tabel 13: Eerstgenoemde klachten van patiënten onder fysiotherapeutische behandeling, ingedeeld naar lichaamsregio's (lokalisatie)	25
Tabel 14: Optreden van pijnklachten van patiënten onder fysiotherapeutische behandeling, ingedeeld naar activiteit	26
Tabel 15: Verdeling van medisch-specialismen van medisch-specialisten die verwijzen voor fysiotherapeuten	27
Tabel 16: Overzicht van de meest frequent voorkomende clusters van eerstgenoemde verwijsindicaties voor fysiotherapie van achtereenvolgens huisartsen en medisch-specialisten	29
Tabel 17: Zwellingen bij patiënten onder fysiotherapeutische behandeling in BEEF-praktijken	33
Tabel 18: Lokalisatie naar gewrichten waarin verminderde bewegingsuitslagen door fysiotherapeuten zijn geconstateerd, met aanduiding van pijn	34
Tabel 19: Lokalisatie en begeleidende pijn bij de stoornis hypertonus van musculatuur	36
Tabel 20: Lokalisatie, in spiergroepen, en mate van ernst van de stoornis 'verminderde spierkracht'	37

	pag.
Tabel 21: Overzicht van houdingsstoornissen, ingedeeld naar scoliose, lordose, kyfose en overige houdingsstoornissen, waarbij tevens de ernst van de stoornissen is aangegeven	38
Tabel 22: Overzicht van de registratie van diverse stoornissen	39
Tabel 23: Overzicht van overige stoornissen	40
Tabel 24: Overzicht van de beperkte activiteiten bij patiënten onder behandeling van fysiotherapeuten die deelnemen aan het BEEF-onderzoek	41
Tabel 25: Overzicht van het percentage van formulieren waarin sprake is van eerdere fysiotherapeutische behandelingen van patiënten	42
Tabel 26: Medische interventies, gedurende het afgelopen halfjaar, betreffende de klachten van patiënten waarvoor zij fysiotherapeutische hulp inroepen	43
Tabel 27: Overzicht van de (waarschijnlijke) oorzaken van de eerstgenoemde klachten van patiënten onder fysiotherapeutische behandeling in BEEF-praktijken	44
Tabel 28: Duur van de aandoening bij de aanvang van de behandeling van patiënten in BEEF-praktijken	45
Tabel 29: Overzicht van de duur van de huidige klachten van de patiënten onder fysiotherapeutische behandeling in BEEF-praktijken	45
Tabel 30: Overzicht van hulpverlening, anders dan fysiotherapie, die ten behoeve van de klachten waarvoor de patiënt onder fysiotherapeutische behandeling is, wordt verstrekt	46

	pag.
Tabel 31: Overzicht van het oordeel van fysiotherapeuten over over de rol die psychosociale en somatische aspecten spelen bij de klachten van patiënten	48
Tabel 32: Overzicht van het aantal zittingen dat aan één behandeling kan worden toegeschreven	50
Tabel 33: Frequentie van de zittingen in de fysiotherapeutische behandeling van patiënten	51
Tabel 34: Frequentie van de eerste zes zittingen in de fysiotherapeutische behandeling van patiënten	52
Tabel 35: Behandelduur van patiënten onder fysiotherapeutische behandeling	52
Tabel 36: Overzicht van de toepassing van behandelvormen in de fysiotherapeutische behandeling, het relatieve aandeel van de afzonderlijke behandelvormen en het voorkomen van de behandelvormen per zitting	54
Tabel 37: Overzicht van de keuze van behandeldoelen, in termen van stoornissen, in de fysiotherapeutische behandeling	55
Tabel 38: Overzicht van de keuze van behandeldoelen, in termen van beperkingen, in de fysiotherapeutische behandeling	56
Tabel 39: Behandeldoelen in termen van stoornissen en de hiervoor toegepaste behandelvormen	58
Tabel 40: Behandeldoelen in termen van beperkingen en de hiervoor toegepaste behandelvormen	60
Tabel 41: Behandelplaats van patiënten door fysiotherapeuten	61
Tabel 42: Overzicht van de redenen waarom de fysiotherapeutische behandeling is beëindigd	62

LITERATUUROVERZICHT

- BASISREGISTRATIE HEINO, H.J.M. PAAUW, in 'Vooronderzoek Fysiotherapie en classificatie' van de Werkgroep Classificatie en Coderingen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, 1987
- BERGEN, A. VAN, J. DEREIJKE, A. VINCK. Toetsbare Fysiotherapie, S.W.S.F., 1986
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Enquête beroepsbevolking 's-Gravenhage, 1989
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK, Statistisch zakboek, 's-Gravenhage, 1990
- CURFS, E.CHR, J.J. KERSSSENS. Epidemiologische basisgegevens fysiotherapie, NIVEL, Utrecht, 1989
- GORKUM, J.A. VAN. De bruikbaarheid van de ICDH voor de fysiotherapie. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie;96, 1986, 7/8, p.152-156
- GRANGER, C.V., G.B. SELTZER, C.F. FISHBEIN. Primary Care of the functionally Disabled, Assessment and Management, Philadelphia, 1987
- HALBERSTMA, J. Fysiotherapie en Classificatie. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 98, p.163-165, 1988
- INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR PRIMARY CARE. Nederlandse vertaling, concept Mei 1988 van RUL/UVA
- KERSSSENS, J.J., E.Chr. CURFS, P.P. GROENEWEGEN. Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg: De hulpverleners huisarts en fysiotherapeut. NIVEL, Utrecht, 1985
- KERSSSENS, J.J., E.Chr. CURFS, P.P. GROENEWEGEN. Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg: Klachten van patiënten, indicatiestelling van (huis)artsen en fysiotherapeutische behandelingen. NIVEL, Utrecht, 1987
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. De ICDH. Een classificatie van de gevolgen van ziekten en aandoeningen. Werkgroep Classificatie en Coderingen. Zoetermeer, 1988
- NIVEL. Vooronderzoek Registratie, BCBEF.88.1.4, Utrecht, 1988
- POOL, J.B., L. HINGSTMAN. Statistische gegevens over fysiotherapeuten per 1 januari 1989. NIVEL, Utrecht, 1991
- ROSE, S. Physical Therapy Diagnosis: Role and Function. Physical Therapy/Volume 69, Nr.7/july, p.535-537, 1989
- SAHRMANN, S.A. Diagnosis by the physical therapist. A prerequisite for treatment: A special communication. Physical Therapy, Volume 68, p. 1703-1706, 1988
- TELKAMP, I.H.K, H.J.M. PAAUW, R.A.A. BOTS. Knieregistratieproject 'Zwolle', Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, volume 96, no 7/8, juli/augustus 1986. p. 166-169.
- TRIET, E.F VAN, J. DEKKER, J.J. KERSSSENS, E.CHR. CURFS. Reliability of the assesement of impairments and disabilities in survey research in the field of physical therapy. International Disability Studies, 12, p.61-65, 1990
- WHO. International Classification of Impairments, Disabilities and handicaps, 1980. ICDH, een classificatie van de gevolgen van ziekten en aandoeningen. Werkgroep Classificatie en Coderingen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, 1988.

BIJLAGE 1: Registratieformulier



nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

registratieformulier

fysiotherapie in de
eerstelijnsgezondheidszorg

ALGEMENE GEGEVENS	
Fysiotherapeut	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Datum registratie	<input type="text"/> <input type="text"/> dag <input type="text"/> <input type="text"/> maand <input type="text"/> <input type="text"/> jaar
Patiëntgegevens	
Personalia	
Naam	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (eerste drie letters)
Voorletters	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/> <input type="text"/> dag <input type="text"/> <input type="text"/> maand <input type="text"/> <input type="text"/> jaar
Postcode	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Woonvorm	Woonsituatie
<input type="checkbox"/> Thuiswonend <input type="checkbox"/> Idem, woning met speciale voorzieningen <input type="checkbox"/> Verzorgingstehuis <input type="checkbox"/> Verpleegkliniek <input type="checkbox"/> Anders, te weten:	<input type="checkbox"/> Alleenstaand <input type="checkbox"/> Samenwonend met: <input type="checkbox"/> Ouder(s) <input type="checkbox"/> Kind(eren) <input type="checkbox"/> Partner/echtgenoot <input type="checkbox"/> Ander(en)
Opleiding	
<input type="checkbox"/> Lager Onderwijs <input type="checkbox"/> Lagere beroepsopleiding <input type="checkbox"/> MAVO <input type="checkbox"/> HAVO <input type="checkbox"/> Middelbare beroepsopleiding <input type="checkbox"/> VWO <input type="checkbox"/> Hogere beroepsopleiding <input type="checkbox"/> Universiteit	
Beroep	
Heeft de patiënt een belangrijke taak in de huishouding? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Welk beroep oefent de patiënt uit? (beroep) <input type="checkbox"/> Loondienst <input type="checkbox"/> Zelfstandig Niet werkend door: <input type="checkbox"/> AOW/VUT/Pensioen <input type="checkbox"/> Werkloos <input type="checkbox"/> Arbeidsongeschikt (AWW/WAO) <input type="checkbox"/> Tijdelijk ziek <input type="checkbox"/> Scholing/studie <input type="checkbox"/> Anders, te weten:	

KLACHTEN**Verwijzer**

- Huisarts
 Medisch specialist: (specialisme)
 Ander, te weten:
 Geen verwijzer (bijvoorbeeld eigen initiatief)

Verwijsindicatie(s), zoals door verwijzer omschreven:

Klachten van de patiënt, in diens eigen bewoordingen (in volgorde van belang voor patiënt):

Indien de patiënt als klacht pijn aangeeft, treedt de pijn dan op:

- In rust
 Bij beweging
 Bij overgang rust-beweging (bijvoorbeeld startpijn)

Het optreden van de pijn is dan:

- Wisselend
 Altijd aanwezig

Is de patiënt eerder met fysiotherapie behandeld voor:

- Dezelfde klacht(en)
 Andere klacht(en)

Medische interventies voor deze klacht(en)/aandoening (operaties, injecties, X foto's, medicamenten etc.) in het afgelopen halfjaar:

Oorzaak/ontstaan

. (specificeer)

Aandoening/ziekte sinds:
 Huidige klachten sinds :
 Verwijsdatum
 dag maand jaar

Andere hulpverlening

	frequentie per maand	sedert maand	jaar
<input type="checkbox"/> Huishoudelijke hulp	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gezins hulp	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wijkverpleging/zorg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maatschappelijk werk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Alternatieve geneeskunde	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Huisarts	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medisch specialist	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anders, te weten:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

WERKDIAGNOSE					
STOORNISSEN					Omschrijving ernst 0 = geen zwelling 1 = matige zwelling 2 = ernstige zwelling
Zwelling	Ernst 0-2	Localisatie			
	<input type="checkbox"/>	_____			
	<input type="checkbox"/>	_____			
Verminderde bewegingsuitslag	Ernst 0-2	Pijn Ja Neen	Gewricht		0 = geen 1 = matig 2 = ernstig
Actief	<input type="checkbox"/>	0 0	_____		
	<input type="checkbox"/>	0 0	_____		
	<input type="checkbox"/>	0 0	_____		
Passief	<input type="checkbox"/>	0 0	_____		
	<input type="checkbox"/>	0 0	_____		
	<input type="checkbox"/>	0 0	_____		
Afwijkende tonus musculatuur	Ernst hyper-tonus 0-2	Ernst hypo-tonus 0-2	Pijn Ja Neen	Musculatuur	0 = geen 1 = matig 2 = ernstig
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 0	_____	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 0	_____	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 0	_____	
Krachtenvermindering	Ernst 0-2	Pijn Ja Neen	Musculatuur		0 = geen 1 = matig 2 = ernstig
	<input type="checkbox"/>	0 0	_____		
	<input type="checkbox"/>	0 0	_____		
	<input type="checkbox"/>	0 0	_____		
Ademhalingsproblematiek	Ernst 0-2	Omschrijving			0 = geen 1 = matig 2 = ernstig
Sputumretentie	<input type="checkbox"/>	_____			
Benauwdheid	<input type="checkbox"/>	_____			
Overige	<input type="checkbox"/>	_____			
Houdingsstoornissen	Ernst 0-2	Omschrijving			0 = geen 1 = matig 2 = ernstig
Kyfose	<input type="checkbox"/>	_____			
Lordose	<input type="checkbox"/>	_____			
Scoliose	<input type="checkbox"/>	_____			
Overige houdingsstoornissen (bijv. pijn ontwijkende houding)	<input type="checkbox"/>	_____			
Diverse stoornissen	Ernst 0-2	Omschrijving			0 = geen 1 = matig 2 = ernstig
Hartfunctiestoornissen	<input type="checkbox"/>	_____			
Doorbloedingsstoornissen	<input type="checkbox"/>	_____			
Sensibele stoornissen (anal- gesie, paraesthesie, tem- peratuurzin etc.)	<input type="checkbox"/>	_____			
Stoornis in de proprioceptie	<input type="checkbox"/>	_____			
Zenuwrekpijn	<input type="checkbox"/>	_____			
Zenuwcompressiepijn	<input type="checkbox"/>	_____			
Overige stoornissen	<input type="checkbox"/>	_____			

WERKDIAGNOSE

BEPERKINGEN			
Zelfverzorging	Ernst 0-2		Omschrijving ernst
Wassen	<input type="checkbox"/>		0 = geen beperking
Kleden	<input type="checkbox"/>		1 = matig beperkt
Toiletgebruik	<input type="checkbox"/>		2 = ernstig beperkt
Eten	<input type="checkbox"/>		
Lichaamsbeheersing	Ernst 0-2		
Zitten	<input type="checkbox"/>		0 = geen beperking
Staan	<input type="checkbox"/>		1 = matig beperkt
Knielen	<input type="checkbox"/>		2 = ernstig beperkt
Bukken	<input type="checkbox"/>		
Evenwicht bewaren	<input type="checkbox"/>		
Verplaatsing	Ernst 0-2		
In en uit bed	<input type="checkbox"/>		0 = geen beperking
Lopen	<input type="checkbox"/>		1 = matig beperkt
Traplopen	<input type="checkbox"/>		2 = ernstig beperkt
Fietsen	<input type="checkbox"/>		
Auto besturen	<input type="checkbox"/>		
Huishoudelijke en overige beroepsactiviteiten	Ernst 0-2		
Boodschappen doen	<input type="checkbox"/>		0 = geen beperking
Verzorgen maaltijd	<input type="checkbox"/>		1 = matig beperkt
Bedden verschonen	<input type="checkbox"/>		2 = ernstig beperkt
Schoonmaken	<input type="checkbox"/>		
Verzorgen huisgenoten	<input type="checkbox"/>		
Gebruik telefoon	<input type="checkbox"/>		
Langere tijd zitten	<input type="checkbox"/>		
Langere tijd staan	<input type="checkbox"/>		
Tillen	<input type="checkbox"/>		
Handhaven normaal tempo beroep	<input type="checkbox"/>		
Stress-bestendigheid	<input type="checkbox"/>		
Sport/Hobby	Ernst 0-2		
Sport	<input type="checkbox"/>		0 = geen beperking
Hobby	<input type="checkbox"/>		1 = matig beperkt
Anders	<input type="checkbox"/>		2 = ernstig beperkt
Andere activiteiten	Ernst 0-2	Omschrijving	
	<input type="checkbox"/>	_____	0 = geen beperking
	<input type="checkbox"/>	_____	1 = matig beperkt
			2 = ernstig beperkt

OVERIGE

Omstandigheden die van invloed zijn op het behandelresultaat (bijvoorbeeld motivatie patiënt, zwangerschap):

.....
.....

In welke mate spelen, naar Uw oordeel, **somatische en/of psycho-sociale aspecten** bij bovengenoemde klachten een rol?

- puur somatische klacht
- somatische klacht die psycho-sociale problemen met zich meebrengt
- somatische klacht waarachter ik psycho-sociale problemen vermoed
- psycho-sociale klacht waarachter ik somatische problemen vermoed
- psycho-sociale klacht die somatische problemen met zich meebrengt
- puur psycho-sociale klacht

Behandelplan

zitting	Datum zitting	Fysiotherapeut nummer	Behandelvormen	Behandeldoel (van behandelvorm) is gericht op/afgeleid van		Plaats behandeling
				Stoornis	Beperking	
1			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
2			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
3			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
4			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
5			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	

Ruimte voor het invullen van het behandelplan vanaf de zesde zitting is gereserveerd op de laatste twee pagina's in dit formulier.

Indien van toepassing, wat was de reden voor aan huis behandeling?

.....

Is de behandeling beëindigd?

- Ja
- Neen

Reden voor beëindiging behandeling

- Gunstig resultaat bereikt
- (Te) gering resultaat bereikt
- Gestaaft door patiënt
- Gestaaft door verwijzer
- Anders, te weten:

Is naar Uw mening vervolgbehandeling gewenst?

- Ja
- Neen

Behandelplan

zitting	Datum zitting	Fysiotherapeut nummer	Behandelvormen	Behandeldoel (van behandelvorm) is gericht op/afgeleid van		Plaats behandeling
				Stoornis	Beperking	
6			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
7			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
8			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
9			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
10			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
11			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
12			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
13			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
14			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
15			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	

Behandelplan

zitting	Datum zitting	Fysiotherapeut nummer	Behandelvormen	Behandeldoel (van behandelvorm) is gericht op/afgeleid van		Plaats behandeling
				Stoornis	Beperking	
16			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
17			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
18			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
19			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
20			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
21			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
22			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
23			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
24			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
25			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	

BIJLAGE 2: Vertaalsleutel ICPC-codes naar indicatie-clusters

1. Fracturen bovenste extremiteiten
L722-724-726-7299-741-742-744-7499-762-764-7699
2. Postoperatieve status kniegewricht
L960-9610-9611
3. Discusdegeneratie met uitstraling, exclusief 4
L861-863-864-866-867-868-869-8610-8611-8612-8614-8615-8619
4. Syndromen en symptomen samenhangend met cervicale wervelkolom, exclusief 5
L831-832-833-834-835-836-837-838-839
5. Spondylose
L8310-8311-840-841-845-847-848-8499
6. Fracturen onderste extremiteiten
L731-732-733-734-7399-743-745-746-751-752-753-754-766
7. Lage rugklachten, zonder uitstraling
L025-031-033-034-035-036-0397-885-9976
8. Gonartrosis deformans
L90
9. Dérangement interne van de knie
L1599-961-9612-962-963-964-965-966-967-968-9699-970-9701-9702-9703-9704-9705-971-972-973-974-975-976-978-9799
10. Aandoeningen schouderstreek, exclusief traumata en postoperatieve status
L061-068-0699-081-082-083-088-0899-921-922-923-924-925-926-928-929-9210-9211
11. Aandoeningen van de ademhalingswegen
Alle R (R01 tot en met R99), exclusief R06-07-08-09-98

12. Postoperatieve status wervelkolom (na HNP, na chemonucleolyse)
L8618
13. Status na heupoperatie
L9991
14. Distorsie kniegewricht
L78
15. Misvormingen of verkrommingen wervelkolom
L850-851-853-854-855-8599
16. Myogene en overige aandoeningen rug en nek, niet elders geregistreerd
L011-012-013-014-015-016-017-018-0199-021-022-023-024-026-028-0299
17. Reumatoïde artritis, inclusief M. Bechterew
L881-882-884-886-8899
18. Postoperatieve status enkelgewricht en voet
L9992
19. Distorsie enkelgewricht
L771-772-773
20. Coxartrosis deformans
L89
21. Epicondylitis humeri lateralis/medialis
L931-933
22. Hoofdpijn
N01-02-03-89-90-92
23. Hyperventilatie
R98
24. Status na traumata, exclusief fracturen, niet elders geregistreerd
L791-792-796-797-798-799-7910-7911-7912-7913-7914-7915-7916-7917-7918-801-802-803-804-805-806-807-808-809-8010-8011-811-812-815-8199-S12-13-14-15-16-17-18-19-Y80-L9910-9913-9922-9923-9979-N792-793-80-81-U80

25. Aandoeningen en symptomen van de heup en bekkenstreek, niet elders geregistreerd, exclusief traumata en postoperatieve status
L131-132-133-1399-9967-9988
26. Aandoeningen en symptomen van de knie, niet elders geregistreerd, exclusief 14 en exclusief traumata en postoperatieve status
L151-152-154-156-157-158-9955-9956-9989
27. Aandoeningen en symptomen van de enkel, niet elders geregistreerd, exclusief traumata en operatieve status
L9948-9958-9989-161-162-163-168-1699
28. Infectieziekten van het bewegingsapparaat
L701-702-705-706-707-708-709-7010-7011-7012-7013
29. Neoplasmata
L71-N74-75-76-S77-78-79-80-81-Y77-78-79-85-X74-76-77-78-79-80-81-W72-73-U75-76-77-78-79-T71-72-73
30. Fracturen, niet elders geregistreerd
L761-763-765-767-768-769-7610-7612-9911-9912
31. Aangeboren afwijkingen bewegingsapparaat
L821-822-823-824-825-826-827-828-829-8210-8211-8212-8213-8214-8299
32. Artrositis deformans, niet elders geregistreerd
L911-914-915-916-917-918
33. Osteochondrositis en aanverwante aandoeningen
L94
34. Osteoporosis, osteoporose
L95
35. Verworven misvormingen van het bewegingsapparaat
L981-983-985-986-987-988-989-9810-9811-9899
36. Symptomen en klachten borstkas, niet elders geregistreerd
L041-042-043-044-0499-995-9920
37. Symptomen en klachten flank, niet elders geregistreerd
L051-052-0599

38. Symptomen en klachten kaak, niet elders geregistreerd
L071-072-9797-0799
39. Symptomen en klachten arm, inclusief elleboog, pols, hand en vingers, niet elders geregistreerd
L091-092-093-0999-101-102-103-1099-111-112-113-118-1199-121-122-123-124-125-126-127-128-1299-120-9968-9971
40. Symptomen en klachten been, inclusief voet en tenen, niet elders geregistreerd
L141-142-143-145-146-147-148-149-1491-1499-171-172-173-174-175-176-177-178-179-1797-9963-9965-9970
41. Overige spierpijn, fibrositis en aanverwante aandoeningen spieren, niet elders geregistreerd
L181-182-183-186-187-188-1810-1811-1814-1816-191-193-194-196-1999-296-297-2940-9941
42. Overige symptomen en aandoeningen van gewrichten, niet elders geregistreerd
L87-201-203-204-205-207
43. Beperkingen (inclusief pijn bij of na het uitvoeren van activiteiten)
L282-283-284-285-286-287-288-289-280-2811-2812-2813-2814-2815-2816-2817-2818-2819-2820-2821-2823-N291
44. Pijn, niet elders geregistreerd
L292-293-295-298-2999-A01-011-012-013-014-D01-02-04-06-F01-H01-K01-03S01-011-X01-03-Y01-02-U01
45. Status na operatie, niet elders geregistreerd
A87-L991-9993, maar ook A9933-D9993-K9993 etc. (dus alle 9993)
46. Overige symptomen van het bewegingsapparaat, niet elders geregistreerd
L291-294-290-2909-002-994-996-997-998-999-9914-9916-9919-9924-9929-9930-9933-9935-9937-9938-9939-9942-9943-9945-9946-9947-9949-9952-9953-9954-9957-9959-9960-9961-9962-9964-9974-9977-9978-9980-9986-9990-9995-9999-A29-K71-712-718-T92
47. Angst voor aandoening bewegingsapparaat, angst voor het mislukken van het uitvoeren van bewegingen
L271-277-278-2799

48. Overige symptomen en aandoeningen, niet elders geregistreerd (niet betrekking hebbend op bewegingsapparaat)
A02-03-04-05-06-07-081-082-083-084-09-10-12-13-14-15-16-17-20-25-26-27-281-282-283-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-84-85-86-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-99, geheel B, geheel D, behalve D01-02-04-06, geheel F, behalve F01, geheel H, behalve H01, geheel K, behalve K01-03-712-718-9019, geheel P, R06-07-09, geheel S, behalve S01-011-012-013-014-02-12-13-14-15-16-17-18-10, geheel T, behalve T71-72-73-92, geheel U, behalve U01-75-76-77-78-79-80, geheel W, behalve W72-73, geheel X, behalve X74-76-77-78-79-80-81, geheel Y, behalve Y01-02-77-78-79-80-85, geheel Z
49. Cerebrovasculair accident (CVA), late gevolgen CVA, parese of paralyse na CVA
K89-90-9019
50. Tintelingen, hyperaesthesieën, paraesthesieën, prikkelingen, andere sensibele stoornissen
N04-051-055-0599-062-063-065-066-067-0699-S02-012-013-014
51. Paralyse, krachtverlies, hemiplegie, hemiparese etc., niet elders geregistreerd
N181-182-185-186-1899-997-9927-9928-9929-9930
52. Overige stoornissen zenuwstelsel
N0610-064-968-07-16-17-19-26-27-28-292-293-70-71-72-73-85-86-87-88-91-93-94-991-993-999-9914-9915-9917-9918-9931

