

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

12 SEP. 1986

FYSIOTHERAPIE IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG
De hulpverleners huisarts en fysiotherapeut

J.J. Kerssens
P.P. Groenewegen
E.Chr. Curfs
juli 1986

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT - Telefoon: 030-319946



CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Kerssens, J.J.

Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg : de hulpverleners huisarts en fysiotherapeut / J.J. Kerssens, P.P. Groenewegen, E.Chr. Curfs. - Utrecht : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL. - Ill.

ISBN 90-6905-027-7

SISO 601.51 UDC 615.82(492)

Trefw.: fysiotherapie ; Nederland.

VOORWOORD

Het initiatief tot het onderzoek 'Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg' is ontstaan uit een gesprek dat twee beroepsorganisaties, het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie en de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten hebben gevoerd met de staatssecretaris van Volksgezondheid over het niet doorgaan van een evaluatie-onderzoek van fysiotherapeutische applicaties. Daarin is de wens naar voren gekomen om breder gericht evaluatief onderzoek met betrekking tot de fysiotherapie op te zetten. Duidelijk was echter dat de basisgegevens voor evaluatief onderzoek nog ontbreken. Het toenmalige Nederlands Huisartsen Instituut, nu NIVEL, is toen genoemd als mogelijke uitvoerder van een explorerend onderzoek dat tot doel heeft basisgegevens te verzamelen en dat zou kunnen uitmonden in een voorstel voor evaluatief gericht onderzoek.

Tegelijk zijn door het departement van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Geneeskundige Hoofdinspectie initiatieven in deze richting ondernomen. Het onderzoeksvoorstel is voorbereid in een serie gesprekken waarbij aanwezig waren: Het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten, de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten, de Geneeskundige Hoofdinspectie en het Ministerie van WVC. Deze organisaties, alsmede de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie, de Vereniging van Opleidingsinstituten voor Fysiotherapie, de Ziekenfondsraad en de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen hebben representanten afgevaardigd voor de Begeleidingscommissie van dit onderzoek. ||

Het onderzoek is gefinancierd door de Ziekenfondsraad en gaat voor het grootste gedeelte over de fysiotherapie in de eerste lijn. Dit betreft de huisartspraktijk, de vrijgevestigde fysiotherapiepraktijk en patiënten die in deze praktijken respectievelijk verwezen en behandeld worden. Een klein (aanvullend) gedeelte van het onderzoek gaat over de fysiotherapie in klinische- en poli-klinische situaties.

INHOUD	pag
1. INLEIDING	1
1.1. Globale opzet van het onderzoek	2
1.2. Situering van dit rapport in het onderzoek	4
2. VRAAGSTELLING	6
3. ACHTERGRONDEN BIJ DE VRAAGSTELLING	7
3.1. Huisarts	7
3.2. Fysiotherapeut	10
3.3. Invloed van het ziekenfonds	13
3.4. Samenvatting	14
4. MATERIAALVERZAMELING	15
4.1. Inleiding	15
4.2. Constructie van de vragenlijsten	17
4.2.1. huisartsenquête	17
4.2.2. fysiotherapeuten enquête	20
4.3. Onderzoekspopulatie	23
4.4. Respons	24
4.5. Samenvatting	27
5. RESULTATEN VAN DE GEGEVENS UIT DE HUISARTSENENQUÊTE	29
5.1. Aantal verwezen patiënten	29
5.2. Determinanten van verwijscijfers	31
5.2.1. indicatiebreedte	31
5.2.2. samenwerking huisarts-fysiotherapeut	34
5.2.3. kennis van de fysiotherapie	42
5.2.4. de invloed van het ziekenfonds	42
5.2.5. attituden van huisartsen	43
5.3. Effecten van determinanten op de verwijscijfers	45
5.4. Samenvatting	54
6. RESULTATEN VAN DE GEGEVENS UIT DE FYSIOTHERAPEUTEN ENQUÊTE	57
6.1. Aantal patiënten dat per week in behandeling wordt genomen	58
6.2. Samenwerking tussen fysiotherapeut en huisarts	58

	pag
6.3. Indicatiebreedte en taakopvatting van fysiotherapeuten	65
6.4. De invloed van het ziekenfonds	70
6.5. Overige variabelen in de fysiotherapeuten enquête	71
6.6. Samenvatting	72
7. SLOTBESCHOUWING	75
7.1. Samenvatting van de belangrijkste resultaten	75
7.2. Beperkingen van het onderhavige onderzoek	77
7.3. Enkele aandachtspunten voor de gedachtenvorming van beleidsvoerende instanties	78
LITERATUUR	80
BIJLAGE I	
Enquête relatie huisarts-fysiotherapeut	
BIJLAGE II	
Enquête relatie fysiotherapeut-huisarts	
BIJLAGE III	
Correlatiematrix van verwijscijfers en enkele determinanten van verwijscijfers	

1. INLEIDING

Het gebruik van fysiotherapeutische zorg is in de afgelopen decennia flink toegenomen. Alhoewel de ontwikkeling van het beroep (eerst heilgymnastiek/massage, daarna fysiotherapie) al in de 19de eeuw is ingezet (Kortenhoeven, 1983) heeft het pas in het midden van de jaren zestig een stevige, wettelijke fundering gekregen (Wet op de Paramedische Beroepen 1963, Fysiotherapeutenbesluit 1965).

Het fysiotherapeutenbesluit is op 1 juli 1977 bijgesteld. In dat besluit wordt onder het beroep van fysiotherapeut verstaan:

Het beroepsmatig ingevolge verwijzing door een praktijk uitoefenende geneeskundige toepassen van één of meer van de volgende vormen van therapie:

- a. De bewegingstherapie (oefentherapie), als hoedanig wordt aange-merkt het tot een geneeskundig doel aan de patiënt uitvoeren, of door de patiënt doen uitvoeren van bewegingen.
- b. De massagetherapie, oftewel het tot een geneeskundig doel toepassen van massagetechnieken op de patiënt.
- c. De fysische therapie in engere zin, gedefinieerd als het tot een geneeskundig doel de patiënt toedienen van fysische prikkels, niet zijnde ioniserende stralen (fysiotherapeutische applicatie).

Door verschillende partijen wordt het gebruik van de fysiotherapeutische zorg beïnvloed. In de eerste plaats zijn de patiënten en de aard van hun gezondheidsproblemen van belang. In de tweede plaats is de aanwezigheid van fysiotherapeuten, als aanbieders van de zorg, van belang. Aangezien fysiotherapeuten niet rechtstreeks toegankelijk zijn, zijn ook de verwijzende artsen (huisartsen en medische specialisten) van invloed op het gebruik. De aanspraken die patiënten kunnen maken zijn voor een deel vastgelegd door het verzekeringsstelsel (bijvoorbeeld de ziekenfondswet), terwijl de onderlinge relaties tussen patiënten, huisartsen en fysiotherapeuten gestalte krijgen binnen de ruimte, die hun door het beleid van de overheid en de ziekenfondsen gegeven wordt.

Het beleid van de overheid is er, door volumebeperkende maatregelen die getroffen zijn, op gericht de groei van de fysiotherapeutische zorg te beperken. De beperkende maatregelen volgden op de wijziging in de honoreringsstructuur die in oktober 1979 in de overeenkomst tussen fysiotherapeuten en ziekenfondsen vastgelegd was. De eerste beperkende maatregel was de maximering van het aantal gecombineerde

behandelingen tot 12 (de zogenaamde 1-4 maatregel). Een gecombineerde behandeling is het toepassen van één fysiotherapeutische applicatie naast massage/bewegingstherapie. Een latere volumebeperkende maatregel was het toelatingsbeleid van nieuwe medewerkers in het kader van artikel 47 lid 3 van de ziekenfondswet (Hamilton, 1985). Naar aanleiding van de voorstellen tot beperking van het aantal fysiotherapeutische behandelingen werd de vraag gesteld naar de werkzaamheid van fysiotherapeutische applicaties.

Om verschillende redenen is dergelijk onderzoek nooit van start gegaan (verg. ook Mackenbach, 1984). Eén van de redenen is dat voor het beleid op het gebied van de gezondheidszorg effectonderzoek van afzonderlijke applicaties minder interessant is. Voor het beleid op het gebied van de gezondheidszorg (zowel uitgaande van de overheid als van de beroepsorganisaties) is onderzoek van belang dat basisgegevens aandraagt om verder beleidsgericht onderzoek mogelijk te maken.

Basisgegevens zijn ook van belang om de 'impact' van evaluatief onderzoek vast te stellen. Evaluatief onderzoek naar het effect van fysiotherapeutische behandelingen is vooral belangrijk voor de verdere vakinhoudelijke ontwikkeling van de fysiotherapie, basisgegevens zijn nodig om vast te stellen welke fysiotherapeutische behandelingen vanuit maatschappelijk oogpunt het meest relevant zijn. Het onderhavige onderzoek is erop gericht deze basisgegevens te beschrijven.

1.1. Globale opzet van het onderzoek

Het onderzoek 'Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg' waarvan dit interimrapport de eerste neerslag vormt, valt uiteen in twee delen: één deel dat betrekking heeft op de fysiotherapie in extramurale, vrijgevestigde praktijken en één deel over fysiotherapie in klinische en poliklinische situaties. Het accent van het onderzoek ligt op het eerste deel. Het tweede deel, waarover in 1987 apart gerapporteerd zal worden, zal vooral een inventarisatie zijn van de mogelijkheden voor nader onderzoek naar de rol van de fysiotherapie bij verschuivingen van tweede- naar eerstelijnsgezondheidszorg.

Binnen het deel van het onderzoek dat gewijd is aan wat we maar even noemen de eerstelijnsfysiotherapie, valt een onderscheid te maken tussen de vraagstellingen die betrekking hebben op de patiënten, hun klachten en de behandeling die zij gekregen hebben, en de vraagstel-

lingen die over de beide groepen hulpverleners, huisartsen en fysiotherapeuten, gaan.

Gezien de huidige stand van kennis op het terrein van onderzoek zijn de vraagstellingen vooral gericht op inventarisatie. Zij luiden aldus:

1. Welke patiënten worden bij welk soort klachten of diagnose door huisartsen verwezen en wat doet de fysiotherapeut met deze patiënten?
2. Waardoor wordt de hoogte van het verwijscijfer van huisartsen naar fysiotherapeuten beïnvloed en hoe kunnen de grote verschillen tussen huisartsen op dit gebied verklaard worden?
3. Hoe zijn de relaties tussen huisartsen en de fysiotherapeuten naar wie zij verwijzen?

Om vraagstelling 1 te beantwoorden zijn gegevens over patiënten verzameld in een aantal huisartspraktijken en in de praktijken van de fysiotherapeuten waarop zij in hoofdzaak georiënteerd zijn.

Voor wat betreft de registratie in de huisartspraktijk is aangesloten bij de 'Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations' (een gezamenlijke project van NIVEL, Ministerie van WVC en Geneeskundige Hoofdinspectie). De voordelen van de peilstationsartsen als ingang voor het onderzoek zijn dat het een relatief groot aantal locaties (45 praktijken met 59 registrerende huisartsen) betreft die goed gespreid zijn over Nederland en dat de samenstelling van de praktijken naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm bekend is.

Dit biedt de mogelijkheid om verwijscijfers naar fysiotherapie te corrigeren voor eventuele verschillen in de samenstelling van praktijken (in verband met vraagstelling 2).

Er is voor gekozen om de selectie van de fysiotherapeuten te laten afhangen van de oriëntatie van de huisartsen die in het peilstationsproject participeren. Daarbij kunnen twee kanttekeningen gemaakt worden. De eerste is dat ook een steekproef fysiotherapeuten getrokken had kunnen worden en vervolgens de huisartsen die veel naar hen verwijzen. De praktische nadelen van die werkwijze zijn dat er geen goede gegevens bestaan op grond waarvan een steekproef fysiotherapeuten getrokken kan worden en dat er dan geen gebruik van de peilstationsregistratie gemaakt zou kunnen worden (wel is het achteraf mogelijk een vergelijking van de geselecteerde fysiotherapeuten en het totaal te maken, aangezien per 1-1-1985 het Registratieproject Fysiotherapie, een informatiesysteem van de mankracht in de fysiotherapie, van start is gegaan). De tweede kanttekening is

dat het ook mogelijk zou zijn om te kiezen voor een onderzoek onder alle huisartsen en fysiotherapeuten, het volledige netwerk, in een beperkte regio.

Als de verwijtsrelaties het enige onderwerp van het onderzoek zouden zijn, zou dat voordelen hebben; in dit verkennend onderzoek waarin ook patiëntenkenmerken en klachtenpatronen van belang zijn, lijkt een beperking tot één regio niet verstandig.

1.2. Situering van dit rapport in het onderzoek

Om de vraagstellingen over de verschillen in verwijscijfers en de samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten te beantwoorden zijn gegevens over huisartsen en fysiotherapeuten verzameld door middel van een schriftelijke enquête.

De fysiotherapeuten en huisartsen die patiënten- en behandelingsgegevens geregistreerd hebben, is een aantal vragen voorgelegd vooral met betrekking tot het verwijtproces. Aangezien de registrerende fysiotherapeuten én huisartsen een selectie vormen uit alle Nederlandse fysiotherapeuten en huisartsen, een selectie die bereid is gedurende langere tijd gegevens ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek vast te leggen, wijken beide groepen mogelijk af van de doorsnee Nederlandse huisarts en fysiotherapeut.

Om te voorkomen dat er een selectief beeld geschetst wordt en om na te gaan hoe groot eventuele afwijkingen zijn, is de onderzoekspopulatie voor de gegevensverzameling op het niveau van de hulpverleners uitgebreid met een aselechte steekproef huisartsen en fysiotherapeuten.

Naast het vergelijken van de registrerende huisartsen en fysiotherapeuten met beroepsgenoten uit een landelijke steekproef stelt de aselechte steekproef ons in staat met meer betrouwbaarheid uitspraken te doen over het verwijzen door huisartsen en de samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten.

Kort samengevat:

Om na te gaan welke patiënten bij welk soort klachten of diagnose door huisartsen verwezen worden en wat de fysiotherapeuten met deze patiënten doen, zijn gegevens verzameld op het nivo van patiënten in de huisarts- en fysiotherapiepraktijk. Om na te gaan hoe de relaties tussen huisartsen en fysiotherapeuten naar wie zij verwijzen zijn, en om een verklaring te vinden voor de onderlinge verschillen tussen huisartsen in hun verwijscijfers, zijn gegevens verzameld over huisartsen en fysiotherapeuten. Deze laatste gegevens staan in dit in-

terimrapport centraal. Gegevens over patiënten blijven buiten beschouwing en we presenteren de constructie en de resultaten van de schriftelijke enquête aan de hulpverleners: huisarts en fysiotherapeut.

Het rapport is als volgt opgebouwd: in hoofdstuk twee worden de voor dit rapport relevante vraagstellingen van het onderzoek gerecapituleerd en in hoofdstuk drie wordt een literatuuroverzicht gegeven dat betrekking heeft op deze vraagstellingen. De wijze waarop de gegevens verzameld zijn, wordt in hoofdstuk vier besproken. De resultaten van de schriftelijke enquête worden in twee hoofdstukken weergegeven, hoofdstuk vijf heeft betrekking op de huisartsen en hoofdstuk zes op de fysiotherapeuten. In het hoofdstuk over de fysiotherapeuten wordt, waar mogelijk, een vergelijking gemaakt met de antwoorden van de huisartsen. In hoofdstuk zeven volgt tenslotte een samenvatting van de belangrijkste resultaten.

Vooruitlopend op de resultaten van de schriftelijke enquête stellen we vast dat er in de beantwoording van de vragen slechts zeer geringe verschillen zijn gevonden tussen registrerende huisartsen en fysiotherapeuten en hun beroepsgenoten uit de aselechte steekproef. Dit vormt de reden dat registrerende huisartsen en huisartsen uit de aselechte steekproef bij elkaar gevoegd zijn. Dit geldt ook voor de registrerende fysiotherapeuten en de fysiotherapeuten uit de aselechte steekproef. Daar waar er verschillen gevonden zijn worden zij gerapporteerd.

2. VRAAGSTELLING

In de vraagstellingen op het niveau van de hulpverleners zijn twee centrale thema's die met elkaar verband houden. Het ene thema is de samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten en het andere thema is de huisarts als verwijzer. Startpunt van de samenwerking tussen beide beroepsbeoefenaren vormt de verwijzing van een patiënt door de huisarts naar de fysiotherapeut. De aard van de samenwerking die daarop volgt kan wellicht de individuele verschillen in verwijzingen door huisartsen mede verklaren.

De twee vraagstellingen luiden aldus:

- Hoe zijn de relaties tussen huisartsen en fysiotherapeuten naar wie zij verwijzen?
- Waardoor wordt de hoogte van de verwijzingscijfers van huisartsen naar fysiotherapeuten beïnvloed en hoe kunnen de grote verschillen tussen huisartsen op dit gebied verklaard worden.

De beantwoording van de eerste vraagstelling vereist een inventarisatie van relaties tussen huisarts en fysiotherapeut. Tussen de huisarts en fysiotherapeut is de patiënt de verbindende schakel en de verwijzing is het startpunt van eventuele samenwerking. De samenwerking kan op dit niveau blijven maar kan zich ook verder ontwikkelen. Er kunnen regelmatig patiëntbesprekingen zijn ontstaan waar nader kan worden ingegaan op het verloop van de behandeling. De fysiotherapeut kan vragen om meer medisch-technische achtergrondinformatie etcetera.

In de beantwoording van de tweede vraagstelling pogen we een verklarend model te vinden met als afhankelijke variabele het aantal verwijzingen en als onafhankelijke variabelen mogelijke determinanten van het verwijzingscijfer (zie pag 7 t/m 10).

Elementen van beide vraagstellingen zijn in enquêtes opgenomen die naar huisartsen en fysiotherapeuten zijn gestuurd.

3. ACHTERGRONDEN BIJ DE VRAAGSTELLING

In de inleiding is al geschetst dat verschillende partijen het gebruik van de fysiotherapeutische zorg beïnvloeden. In het kader van ons onderzoek blijven de patiënten, de gebruikers van de zorg, buiten beschouwing en richten we ons op de huisarts en de fysiotherapeut. Omdat de huisarts en fysiotherapeut moeten werken binnen de beperkingen die het ziekenfonds hen oplegt, is ook het beleid van het ziekenfonds van belang.

Hierna volgend zullen we de kant van de huisartsen, de kant van de fysiotherapeuten en het ziekenfondsbeleid bespreken. Bij deze bespreking maken we gebruik van een literatuuroverzicht van Groenewegen (1985).

3.1. Huisarts

Van een rechtstreekse vraag van patiënten naar fysiotherapeutische zorg is in principe geen sprake omdat slechts na verwijzing door een arts de zorg toegankelijk is. Zowel medisch specialist als huisarts verwijzen patiënten naar de fysiotherapeut. In het kader van ons onderzoek is onze belangstelling primair op de huisarts gericht. Over het aantal verwijzingen door huisartsen naar fysiotherapeuten zijn gegevens bekend van een drietal onderzoeken die in de afgelopen 10 jaar zijn uitgevoerd. Buyten et al. (1977) hebben verwijzingen geïventariseerd in het wijkgezondheidscentrum Ommoord te Rotterdam en zij rapporteren op jaarbasis per huisarts gemiddeld 50 verwijzingen per 1000 patiënten. Crebolder (1983) heeft verwijzingen geïventariseerd in gezondheidscentrum Withuis te Venlo en komt op jaarbasis per huisarts op gemiddeld 32 verwijzingen per 1000 patiënten. Kerkhoff en Groenewegen (1985) analyseerden gegevens van het ziekenfonds Westelijk Zuid-Hollandse eilanden en zij vermelden per huisarts gemiddeld 52 verwijzingen per 1000 ingeschreven ziekenfondspatiënten. Uit deze onderzoeken blijkt ook dat huisartsen sterk variëren in het verwijscijfer naar de fysiotherapie.

Wanneer we op zoek gaan naar determinanten van verwijscijfers door huisartsen naar fysiotherapeuten, nemen we in ogenschouw dat een aantal zaken rond de verwijzing en fysiotherapeutische behandeling wettelijk geregeld is. Bij verwijzing tussen arts en fysiotherapeut is er sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid op basis van wederzijds aanwezig geachte bekwaamheden. Ongeacht de werkrelatie is

steeds een schriftelijke opdracht van de arts nodig alvorens met de behandeling kan worden begonnen. De arts is verantwoordelijk voor de indicatiestelling en wordt geacht op de hoogte te zijn van het totale ziektebeeld van de patiënt. De fysiotherapeut is verantwoordelijk voor de therapie en het is zijn taak de opdrachtgever op de hoogte te houden over het verloop van de behandeling. Dit impliceert dat een arts anders (wellicht ook meer) samenwerkt met de fysiotherapeut dan met bijvoorbeeld een medisch specialist.

De aard van de samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten is mogelijk van invloed op de hoogte van het verwijscijfer. Uit onderzoek van Bertels (1985) blijkt dat de huisartsen die werkzaam zijn in Amsterdamse gezondheidscentra minder verwijzen dan de gemiddelde Amsterdamse huisarts, maar daarbij dient opgemerkt dat deze verwijscijfers niet zonder meer vergeleken kunnen worden omdat de patiëntenpopulatie van de gezondheidscentra qua leeftijdsverdeling niet overeenkomt met de leeftijdsverdeling van de stad Amsterdam. In de patiëntenpopulatie van de gezondheidscentra is de bevolking in de leeftijdscategorie 50 jaar en ouder ondervertegenwoordigd.

Uit eerder onderzoek blijkt (Wijkkel, 1984) dat gestructureerd patiëntenoverleg van huisartsen met fysiotherapeuten bij bijna de helft van de huisartsen voorkomt en gemiddeld besteden de huisartsen ongeveer $1 \frac{1}{2}$ uur per maand aan dat overleg. De invloed van samenwerking van huisarts en fysiotherapeut op de verwijscijfers naar fysiotherapie bleef in dit onderzoek buiten beschouwing.

De verwijzing tussen huisarts en fysiotherapeut is anders dan de verwijzing tussen huisarts en medisch specialist. Hierboven is al iets gezegd over de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut. Maar naast verschillen bestaan er ook overeenkomsten tussen de verwijzing naar fysiotherapie en de verwijzing naar de medisch specialisten. Vandaar dat we ook de rijke onderzoekstraditie hebben geraadpleegd over de determinanten van verwijscijfers van huisartsen naar medisch specialisten. Uit een literatuuroverzicht (Dopheide, 1985) komt de invloed van de volgende determinanten naar voren:

- praktijksamenstelling en -omvang (leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm);
- structurele kenmerken van het aanbod van tweedelijnszorg (specialisten dichtheid, afstand tot het ziekenhuis);
- kenmerken van huisartsen en hun praktijkvoering (taakopvatting, gebruik van diagnostische hulpmiddelen, consultatie tussen medisch specialist en huisarts);
- de opvattingen en wensen van de patiënt (opvatting over ziekte, gezondheid, medisch specialist en huisarts, de wens van de patiënt

om verwezen te worden).

Enige determinanten zijn voor de verwijzingen naar de fysiotherapie onderzocht. Naast de eerder geciteerde onderzoeken over het aantal verwijzingen zijn de gegevens uit de CBS-gezondheidsenquête 1981/1982 hiervoor van belang (Frenken, 1983). Wat betreft de mogelijke invloed van de praktijksamenstelling zijn de volgende resultaten bekend. De samenstelling naar geslacht blijkt niet van groot belang. Bij erg grote steekproeven (Kerkhoff en Groenewegen, 1985, N=6.631 en Frenken, 1983, N=19.973) blijkt dat 49% van de verwijzingen (gebruikers) mannen betreft en 51% vrouwen. Dit is opvallend omdat vrouwen de huisarts frequenter bezoeken dan mannen. Ook de samenstelling naar verzekeringsvorm is niet van groot belang. Uit de gezondheidsenquête 1981/1982 blijkt 6.8% van de ziekenfondsverzekerden en 6.1% van de particulier verzekerden een gebruiker van fysiotherapeutische zorg te zijn.

Natuurlijk is de praktijksamenstelling naar leeftijd wel van belang. Uit de twee hier bovengenoemde onderzoeken blijkt dat tot 15 jaar het percentage gebruikers van fysiotherapie zeer laag en ongeveer constant is (1 à 2%) tot ongeveer 50 jaar gaat het percentage omhoog (het stijgt tot 10 à 12%). Na de 50 lijkt het percentage gebruikers weer licht af te nemen (het percentage schommelt tussen de 8 à 10%). Dit betekent dat in een vergrijsde praktijk meer verwijzingen zullen zijn dan in een praktijk met een normale leeftijdsopbouw van de patiëntenpopulatie.

Over de invloed van de aanbodfactoren - de beschikbaarheid van fysiotherapeuten en de capaciteit van hun praktijken - op de hoogte van de verwijscijfers zijn tot op heden geen gegevens beschikbaar. Nu de spreiding van fysiotherapeuten over ons land bekend is (Hingstman en Boon, 1986a) zullen we in dit onderzoek het aanbod als variabele opnemen om het effect ervan te kwantificeren. In de volgende paragraaf zullen we dieper ingaan op variabelen aan de kant van de fysiotherapeut die mogelijk van invloed zijn op het verwijsp proces.

Wat betreft de invloed van kenmerken van huisartsen en hun praktijk op het verwijzen naar fysiotherapeuten zijn evenmin gegevens bekend, maar enkele indicaties zijn wel af te leiden uit een tweetal scripties (Hommel, 1982 en Nijns, 1984) en het omvangrijke onderzoek van Bertels (1985) in Amsterdamse gezondheidscentra. Een aanknopingspunt uit de scripties van Hommel (1982) en Nijns (1984) vormt de conclusie dat jongere huisartsen meer kennis en informatie hebben over fysiotherapie dan oudere huisartsen. In welke mate en richting kennis over fysiotherapie het aantal verwijzingen beïnvloed is onbekend,

omdat in deze scripties het aantal verwijzingen buiten beeld blijft. Een ander aanknopingspunt is dat verschillen in verwijscijfers wellicht samenhangen met verschillen in het aantal aandoeningen waarbij huisartsen een verwijzing naar de fysiotherapeut geïndiceerd achten. De verschillen in het aantal aandoeningen, welke zij geïndiceerd achten, zullen op hun beurt weer samenhangen met de resultaten van de fysiotherapeutische behandeling zoals die door de huisarts worden ervaren. In de scriptie van Hommes (1982) werd aan huisartsen gevraagd wat zij vonden van de resultaten van de fysiotherapeutische behandelingen. Van een tiental aandoeningen zijn de gegevens gerapporteerd. Helaas ontbreken de individuele huisartsgegevens evenals spreidingsmaten voor de hele groep (43 huisartsen).

Bij de determinanten van het verwijscijfer van huisartsen naar specialisten is ook het gebruik van diagnostieke hulpmiddelen genoemd. Voor het verwijzen naar fysiotherapeuten is het in dit verband van belang na te gaan in hoeverre huisartsen de specifieke kundigheid van de fysiotherapeut bij het vaststellen van bepaalde aandoeningen (bewegingsapparaat, zenuwstelsel) aanwenden. Dit kan onder de noemer consultatie tussen huisarts en fysiotherapeut gebracht worden. Gegevens hierover zijn in de literatuur nauwelijks te vinden. Bertels (1985) maakt van dergelijke consultatie wel gewag (8% van de verwijzingen betreft een vraag aan de fysiotherapeut om advies), maar het betreft wel een zeer specifieke onderzoekssituatie in gezondheidscentra. Uit onderzoek van verwijzingen naar de medisch specialist blijkt dat in 7% van de verwijzingen de huisarts louter verwijst ter diagnose (Dopheide, 1986). Vermoedelijk zal het percentage verwijzingen naar de fysiotherapeut voor het stellen van een diagnose lager zijn dan deze 7% voor huisartsen die niet in gezondheidscentra werkzaam zijn.

Opvattingen en wensen van de patiënt blijven in het bestek van dit rapport buiten beschouwing, het gaat hier immers om gegevens op het niveau van de hulpverleners.

3.2. Fysiotherapeut

Kunnen we ons wat betreft de plaats van de huisarts met betrekking tot de fysiotherapie nog gedeeltelijk laten leiden door een lange onderzoekstraditie over verwijzingen door huisartsen (zij het naar medisch-specialisten maar dit terzijde), bij de fysiotherapie betreden we braakliggend terrein. De volgende variabelen spelen mogelijk een rol in het verwijsproces en de behandeling:

- capaciteit van de praktijk (het aantal werkzame fysiotherapeuten en het aantal uren dat zij werkzaam zijn);
- praktijkvorm en -organisatie (bijvoorbeeld of de fysiotherapiepraktijk deel uitmaakt van een gezondheidscentrum);
- bereikbaarheid van de praktijk (ligging van de praktijk t.o.v. bevolkingscentra);
- samenwerking tussen fysiotherapeuten en artsen;
- specifieke kennis en kunde van fysiotherapeuten (verbijzonderingen);
- inrichting van de praktijk (bijvoorbeeld beschikking over oefenruimte);
- takenpakket van de fysiotherapeuten.

Een inhoudelijke tweedeling van de aanbodzijde vormt een eerste stap voor de afbakening van het terrein. Onderscheiden worden aanbodfactoren die geen relatie hebben met de inhoud van de behandeling (de eerste drie uit bovenstaand rijtje) en aanbodfactoren waarvan we denken dat die relatie wel bestaat (de overige). De omvang, samenstelling en spreiding van de beroepsgroep is lange tijd een kwestie van schatten geweest, maar sinds het onderzoek van Hingstman en Boon (1986a) beschikken we over betere cijfers. Een kanttekening bij dit onderzoek is dat het gaat over extra-muraal werkende fysiotherapeuten terwijl ook intra-muraal werkzame fysiotherapeuten patiënten behandelen die tot de eerste lijn kunnen worden gerekend (patiënten die ambulantly behandeld worden na verwijzing door de huisarts). Wat betreft de extra-muraal werkzame fysiotherapeuten het volgende: Op 1 januari 1985 zijn er 8952 fysiotherapeuten (inclusief heilgymnasten/masseurs) in Nederland werkzaam van wie 48% van het vrouwelijke geslacht. Van deze groep is 81% jonger dan 40 jaar wat aangeeft dat het om een betrekkelijk jonge beroepsgroep gaat. Deze fysiotherapeuten zijn werkzaam in 2892 praktijken (Hingstman en Boon, 1986a). De fysiotherapeutendichtheid per WVG subregio varieert van 1142 tot 3333, het gemiddelde is 2178 en de standaardafwijking 485 (aantal inwoners per fysiotherapeut in geschatte full-time equivalent). Onderzoek naar de achtergrond van deze spreiding is juist begonnen (Hingstman en Boon, 1986b). Extramuraal werkzame fysiotherapeuten kunnen in verschillende praktijksituaties werkzaam zijn: als zelfstandig gevestigd beroepsbeoefenaar (al of niet in maatschap); op nota-basis in de praktijk van een zelfstandig beroepsbeoefenaar (een verdwijnende groep); of in dienstverband van een stichting of instelling of van een andere fysiotherapeut. Over de bereikbaarheid van de praktijk zijn geen gegevens bekend.

De samenwerking tussen fysiotherapeuten en artsen is al in paragraaf 3.1 belicht. Onderzoek over deze samenwerking met als uitgangspunt de fysiotherapeut is niet gedaan.

De opleiding tot fysiotherapeut is momenteel een vierjarige hogere beroepsopleiding die aan een twintigtal academies kan worden gevolgd. Het behalen van het diploma is een basisvoorwaarde om het beroep uit te oefenen, maar na de opleiding tot fysiotherapeut zijn er mogelijkheden om specifieke kundigheden en vaardigheden aan te leren. In het idioom van de fysiotherapie zijn dit 'verbijzonderingen'. Enkele van deze verbijzonderingen zijn: bobath, manuele therapie en cyriax. Cijfers over deelname van fysiotherapeuten aan deze verbijzonderingen zijn niet bekend maar verondersteld kan worden dat zij een deel van de behandelingen zullen beïnvloeden, en ook een effect hebben op de verwijzingen.

Naar gegevens over de uitrusting van de fysiotherapiepraktijken (beschikbare apparatuur en oppervlakte van de praktijkruimte) is wel onderzoek gedaan (Smal, 1972), maar dit betrof de situatie voor de verandering van de inrichtingseisen in 1973 en is daarom minder van belang. De uitrusting van de praktijk is relevant wanneer het gaat om behandelingen die kapitaal-intensieve apparatuur vereist zoals vlinderbaden en loopbaden. Patiënten die met behulp van dergelijke apparatuur worden behandeld zijn vaak aangewezen op de ruimer geoutilleerde praktijken in ziekenhuizen.

Het takenpakket van de fysiotherapeuten is de laatste variabele waarvan we een relatie veronderstellen met de inhoud van de behandeling die we hier bespreken. Uit het eerder geciteerde onderzoek van Bertels (1985) blijkt dat van de feitelijke uitgevoerde taken de directe hulpverlening en de daaraan gebonden samenwerking verreweg de meeste tijd in beslag neemt. Bij de beschrijving van de directe werkzaamheden wordt aandacht besteed aan het begin van de behandeling (wat zijn de klachten, spelen psycho-sociale aspecten daarbij en rol en komen die ook ter sprake, wat is het behandeldoel en het behandelplan), het verloop van de behandeling (uitgevoerde therapie, wijzigingen tijdens de behandeling, informatie en consultatie tijdens de behandeling) en de afsluiting van de behandeling. Uit de beschrijving van de gehanteerde therapieën blijkt dat er vrij veel aandacht wordt besteed aan het geven van uitleg en advies met betrekking tot het ontstaan van de klachten, de relatie tussen de klachten en de werk- en leefomstandigheden en over de oefeningen die gedaan worden. Al deze taakaspecten spelen zich af op patiënten niveau maar wanneer er aspecten zijn die voor alle patiënten in gelijke mate gelden kunnen zij als een kenmerk van de fysiotherapeut gel-

den. De indirecte werkzaamheden van het takenpakket bestaan voor een belangrijke gedeelte uit werkzaamheden die te maken hebben met de verwijzende artsen (consultatie, patiëntenoverleg en rapportage over resultaat en verloop van de behandeling). Hoewel de taakopvattingen van fysiotherapeuten slechts zijdelings van invloed zullen zijn op het verwijsproces, zijn de taakopvattingen met betrekking tot samenwerking met verwijzende artsen relevant in dit verband.

3.3. Invloed van het ziekenfonds- en overheidsbeleid

De kostenstijging van de post uitwendige geneeswijzen waaronder de fysiotherapie valt bedroeg in de periode 1970-1976 362%. De kosten per verzekerde van deze post waren in 1976 3.1% van de totale kosten per verzekerde (in 1970 was dit 2.3%, Lammers, 1977; zie ook Soons, 1985). Deze kostenstijging heeft geleid tot overheidsingrijpen in de ontwikkeling. Naast een wijziging in de tariefstructuur zijn de volgende beperkende maatregelen getroffen:

- Het aantal applicaties per zitting werd beperkt tot één. Het aantal gecombineerde behandelingen, dat wil zeggen: massage- en oefentherapie gecombineerd met een applicatie, werd tot twaalf gemaximeerd. Voor gecombineerde vervolgbehandelingen werd een wachttijd van 90 dagen ingesteld. Dit is de zogenaamde 1-4 maatregel uit 1980;
- daarna werden gecombineerde vervolgbehandelingen zonder wachttijd weer wel mogelijk maar pas na een schriftelijke motivatie van de verwijzend arts en toestemming van het ziekenfonds. Dit is de zogenaamde 1-6 maatregel uit 1980;
- In 1982 kwam er voor fysiotherapeuten een toelatingsbeleid ex artikel 47 lid 3 van de ziekenfondswet. Hierdoor zijn ziekenfondsen niet meer verplicht overeenkomsten aan te gaan met fysiotherapeuten zodra een bepaalde ratio van fysiotherapeuten ten opzichte van de bevolking bereikt is.

Vooral de invloed van de 1-4 en 1-6 maatregel uit 1980 kunnen van invloed zijn op het aantal en de aard van behandeling die door fysiotherapeuten aan hun patiënten kunnen worden gegeven. Omdat de individuele ziekenfondsen gestalte aan de maatregelen moeten geven en dit wellicht op een verschillende wijze doen, kan de invloed van het ziekenfonds een determinant zijn van het aantal verwijzingen van de onder hun resorterende huisartsen, en van de aard van de behandeling die door de onder hun resorterende fysiotherapeuten gegeven wordt.

Over de wijze waarop de ziekenfondsen gestalte geven aan de beper-

kende maatregelen is geen onderzoek gedaan. Wel is door Van der Maas e.a. (1984) in hun onderzoek naar kostenverschillen tussen ziekenfondsen gesuggereerd dat een deel van de verschillen tussen ziekenfondsen in de gemiddelde kosten per verzekerde voor fysiotherapie zou kunnen samenhangen met het beleid van de ziekenfondsen.

3.4. Samenvatting

Fysiotherapie is een relatief nieuw veld van onderzoek. Literatuur die betrekking heeft op de relaties tussen huisartsen en fysiotherapeuten en op het verwijsproces, is dan ook schaars. Wat het verwijsproces betreft, is van belang dat er een grote variatie is tussen huisartsen en het aantal patiënten dat zij naar fysiotherapeuten verwijzen. Over de oorzaken daarvan is minder duidelijkheid. Enige richting bij het zoeken daarnaar wordt gegeven door het analyseren van de wettelijke bepalingen omtrent de verwijzing tussen een arts en een fysiotherapeut en het onderzoek naar het verwijzen door huisartsen naar medisch specialisten. We hebben dan ook ons literatuuroverzicht vooral gericht op die factoren waarvan gebleken is dat ze van invloed zijn op het verwijzen naar specialisten.

Wat betreft de samenstelling van de huisartspraktijken is gebleken uit eerder onderzoek dat de leeftijdssamenstelling van de patiënten van de praktijken van invloed zal zijn op het aantal verwijzingen naar fysiotherapeuten. Over kenmerken van de huisartsen die van invloed zouden kunnen zijn op het verwijscijfer is minder duidelijkheid. Er zijn echter aanwijzingen dat huisartsen verschillende opvattingen hebben over wat indicaties zijn voor fysiotherapie en over de resultaten die met fysiotherapie te behalen zijn. Uit onderzoek in de Amsterdamse gezondheidscentra komt naar voren dat gestructureerde samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten van invloed kan zijn op het verwijsproces door huisartsen.

Aan de kant van de fysiotherapeuten en hun praktijkvoering verwachten we dat de capaciteit en organisatie van de praktijk, samenwerkingsrelaties met huisartsen, uitrusting van de praktijk, specifieke kennis en kunde en taakopvattingen van de fysiotherapeuten mogelijk van invloed zijn op het verwijsproces. Directe aanwijzingen zijn daarvoor in de literatuur echter niet te vinden.

De speelruimte van fysiotherapeuten en verwijzende artsen wordt beperkt door het overheids- en ziekenfondsenbeleid. Voor zover dit beleid op regionaal niveau verschillend ingevuld wordt, zal het ook relevant zijn voor de verklaring van verschillen tussen huisartsen.

4. MATERIAALVERZAMELING

4.1. Inleiding

Om de vragen die in hoofdstuk twee genoemd zijn te beantwoorden staan in principe twee wegen open. De eerste is de rechtstreekse observatie van het gedrag van huisartsen en fysiotherapeuten; de tweede is de ondervraging van huisartsen en fysiotherapeuten over hun onderlinge relaties en over het verwijzingsproces. Rechtstreekse observatie is een zo tijdrovende, kostbare en indringende methode van materiaalverzameling dat die alleen gebruikt wordt wanneer de benodigde gegevens op geen andere manier verzameld kunnen worden of wanneer gegevensverzameling op een andere manier het verschijnsel dat men wil bestuderen, beïnvloedt. Gegeven onze vraagstelling is rechtstreekse observatie niet nodig en kan gebruik gemaakt worden van ondervraging als methode van dataverzameling. In aanmerking komen mondelinge, schriftelijke en telefonische ondervraging.

Wanneer men kijkt naar de respons, de hoeveelheid antwoorden die men mag verwachten, dan wordt over het algemeen mondelinge en telefonische ondervraging geprefereerd boven schriftelijke. Echter naarmate het opleidingsniveau van de te ondervragen personen hoger is, is de respons op een schriftelijke enquête hoger. In het geval waarin men artsen en fysiotherapeuten ondervraagt speelt deze overweging dus minder sterk mee. De volledigheid en de kwaliteit van de gegevens is bij mondelinge ondervraging groter dan bij telefonische ondervraging en bij deze laatste weer hoger dan bij schriftelijke ondervraging. Bij schriftelijke ondervraging heeft men er geen invloed op of de vragenlijst in zijn geheel ingevuld wordt en of alle vragen goed begrepen worden. Door grote aandacht aan de lay-out te besteden en door de vragen duidelijk te formuleren en te voorzien van voldoende, elkaar uitsluitende antwoordcategorieën kan men dit bezwaar ondervangen. In de handboeken wordt wel gesteld dat de hoeveelheid informatie die men kan verzamelen bij een mondelinge ondervraging groter is dan bij schriftelijke en bij deze laatste weer groter dan bij telefonische. Dit hangt ons inziens sterk af van de groep die men benadert en van de manier waarop men de respondenten benadert. Wat het eerste betreft: het is onze ervaring dat men huisartsen het best schriftelijk kan benaderen, omdat een ongestoord gesprek veelal moeilijk te arrangeren is. Wat het tweede punt betreft: wanneer te voren een afspraak gemaakt wordt, kan men ook uitgebreide telefoni-

sche interviews houden.

De drie methoden van ondervraging verschillen duidelijk in de hoeveelheid tijd en geld die ze kosten. Gegeven eenzelfde lengte van de vragenlijst is schriftelijke ondervraging goedkoper en kost minder tijd. Telefonische ondervraging is niet veel duurder maar kost meer tijd en mondelinge ondervraging kost nog meer tijd en is duurder. Deze laatste overweging heeft het zwaarst gewogen in dit onderzoek.

Het totaal aantal te ondervragen huisartsen en fysiotherapeuten bedraagt circa 900. De hoeveelheid tijd en geld die mondelinge of telefonische ondervraging van een zo grote groep zou vergen, heeft ons doen besluiten met schriftelijke vragenlijsten te werken.

De constructie van de vragenlijsten wordt hierna in paragraaf 4.1 besproken.

We noemden al het totaal aantal te ondervragen huisartsen en fysiotherapeuten. Om duidelijk te maken hoe we aan dat aantal gekomen zijn en hoe het samengesteld is, moet iets meer verteld worden over de gegevensverzameling van het totale onderzoek. In de inleiding is al gesteld dat in het kader van het onderzoek gegevens verzameld zijn over door de huisartsen verwezen patiënten en over door fysiotherapeuten behandelde patiënten. Deze gegevens zijn verzameld door registratie door respectievelijk een groep huisartsen en een groep fysiotherapeuten. Een groep huisartsen heeft gedurende een jaar enkele gegevens vastgelegd over elke verwezen patiënt. Deze groep huisartsen wordt gevormd door de artsen die deelnemen aan de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations - een project van het NIVEL, het ministerie van WVC en de Geneeskundige Hoofdinspectie. De fysiotherapeuten naar wie deze huisartsen gewoonlijk hun patiënten verwijzen, zijn benaderd om te registreren wat er gebeurt in de behandeling van naar de fysiotherapeut verwezen patiënten.

Beide groepen vormen een selectie uit respectievelijk alle huisartsen en alle fysiotherapeuten in Nederland, maar deze selectie is niet willekeurig. Beide registraties zijn immers op vrijwilligheid gebaseerd.

Om na te gaan in hoeverre de registrerende huisartsen en fysiotherapeuten afwijken van een willekeurige steekproef uit het totale bestand en om ook representatieve gegevens over verwijsproces en relaties tussen huisartsen en fysiotherapeuten te verkrijgen, zijn twee aselechte steekproeven getrokken van circa 350 huisartsen en eenzelfde aantal fysiotherapeuten.

De enquêtes zijn dus toegestuurd aan:

- a. de registrerende peilstationsartsen (57)
- b. de registrerende fysiotherapeuten (163)
- c. de aselechte steekproef huisartsen (355)
- d. de aselechte steekproef fysiotherapeuten (353)

Een nadere beschrijving van de onderzoekspopulatie en de respons wordt in de paragrafen 4.3 en 4.4 gegeven.

4.2. Constructie van de vragenlijsten

Bij de achtergrond van de vraagstelling is aangegeven wat de belangrijkste onderwerpen zijn die in de enquêtes een plaats vinden. Voor de huisarts zijn dat onderwerpen waarin de verwijzing centraal staat, bij de fysiotherapeut gaat het over de dagelijkse praktijkvoering. De samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut en de invloed van het ziekenfonds zijn onderwerpen die in beide enquêtes behandeld worden. De vragen aan de ene beroepsgroep zijn wat deze onderwerpen betreft het spiegelbeeld van de vragen aan de andere beroepsgroep. Hieronder zullen we in het kort de inhoud van de beide enquêtes bespreken en we beginnen met de enquête aan de huisarts en eindigen met de gemeenschappelijke onderwerpen. Beide enquêtes zijn als bijlagen I en II opgenomen.

4.2.1. huisartsenquête

Het verwijzen.

allereerst stelden we twee vragen naar het aantal patiënten dat de huisarts naar de fysiotherapeut én de medisch-specialist gemiddeld per week verwijst. In paragraaf 5.1. zullen we ingaan op de betrouwbaarheid van deze gerapporteerde verwijscijfers. Niet alleen de hoogte van het verwijscijfer maar ook de aard van de verwijzing wordt geïnventariseerd. Hierbij dient gedacht te worden aan:

- verschillende soorten hulpvragen op grond waarvan men eventueel naar de fysiotherapeut verwijst;
- de keuze van de fysiotherapeut naar wie men verwijst;
- de honorering van verzoeken om vervolghandelingen (initiatief fysiotherapeut of patiënt);
- verschillende soorten verwijzingen (consultatief-voorlichting-behandeling);
- het invullen van de verwijskaart (behandelingsvoorstel).

Verklaren van verschillen in verwijscijfers tussen huisartsen:

Met de volgende (klassen van) variabelen pogen we de verschillen tussen de huisartsen in het aantal verwijzingen te verklaren. Deels

komen deze variabelen voort uit de literatuur (pag. 7-10) over verwijzingen, deels berust de keuze op gezondverstand-redeneringen:

- indicatiebreedte;
- perceptie van resultaten van fysiotherapeutische behandelingen;
- opleiding/kennis;
- aanbodkenmerken;
- demografische kenmerken;
- attitude ten aanzien van de kosten van behandelingen;
- de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut.

indicatiebreedte

Om vast te stellen of huisartsen variëren in de mate waarin ze bepaalde klachten of symptomen een indicatie achten voor verwijzing naar een fysiotherapeut, is een meetinstrument ontwikkeld om wat we genoemd hebben de 'indicatiebreedte' van huisartsen vast te stellen. Het uiteindelijke resultaat van deze instrumentontwikkeling is een lijst van twintig korte casusbeschrijvingen. Een voorbeeld van zo'n casusbeschrijving is de volgende:

Een vrouw van 45 jaar heeft rechtszijdig een **carpaal tunnel syndroom** met bijbehorende sensibiliteitsstoornissen in haar rechterhand, nachtelijke pijnen en een atrofische duimmuis rechts. Zij is rechtshandig.

De verwachting is dat hoe meer aandoeningen de huisarts een indicatie acht voor doorverwijzing naar de fysiotherapeut, des te meer patiënten hij naar de fysiotherapeut verwijst (onder constanthouding van de overige variabelen die een relatie met het aantal verwijzingen hebben).

De keuze van de aandoeningen verliep als volgt.

De klachten- en symptomenlijst uit Van Es et al. (1983) diende als uitgangspunt voor de eerste selectie van de klachten en symptomen die mogelijkerwijs als indicatie voor fysiotherapeutische behandeling konden fungeren. Deze eerste schifting telde ongeveer 120 klachten en symptomen. Bij een aantal daarvan was sprake van overlapping. Andere bestreken een te groot gebied (bv. arthrosis deformans).

Door ondermeer uitsluiting van overlappingen kon het aantal van 120 verder worden gereduceerd tot 75 zonder dat de totale indicatiebreedte geweld werd aangedaan.

De overblijvende 75 klachten en symptomen werden in blokken van 20 voorgelegd aan vijftien artsen, deskundigen op het gebied van de huisartsgeneeskunde. Elke klacht of symptoom werd derhalve beoordeeld door vier verschillende deskundigen.

De beoordeling bestond hierin dat genoemde deskundigen de klachten of symptomen aanstreepten die zij rekenden tot de indicaties voor fysiotherapie.

Het grootste probleem bij de beoordeling bleek het gemis aan nadere informatie omtrent de klacht of het symptoom.

Desondanks leidden de antwoorden tot een indeling van de klachten en symptomen in vijf groepen, aangeduid met de cijfers 0, 1, 2, 3, en 4. Groep 0 bevat de klachten en symptomen die in zijn algemeenheid niet tot de indicaties voor fysiotherapie worden gerekend. De klachten en symptomen in groep 1 zijn eerder niet dan wel een indicatie, die in groep 2 worden even vaak wel als niet als indicatie aangeduid. Groep 3 is het spiegelbeeld van groep 1, terwijl groep 4 de tegenpool van groep 0 is.

In verband met het voornoemde bezwaar inzake het gemis aan nadere informatie omtrent de klachten en symptomen zijn er 30 (zes van elke groep) "verpakt" in een kleine casus. De casusbeschrijvingen werden vervolgens, als onderdeel van de totale proefenquête, gestuurd naar elf huisartsen en veertien fysiotherapeuten. Dezen werden verzocht om naast het invullen van een proefenquête tevens kritische opmerkingen te plaatsen daar waar zij dat nuttig achtten.

Naar aanleiding daarvan is het totale aantal casusbeschrijvingen teruggebracht tot 20 (vier per groep). Dat gaf de gelegenheid om de minder geschikte alsnog te verwijderen en bovendien leek 20 het maximaal te hanteren aantal voor deze enquête. Net lang genoeg om de indicatiebreedte wéér te geven en hopelijk niet te veel om de te enquêteren huisartsen te ontmoedigen.

In de uiteindelijke enquête zijn de casusbeschrijvingen in een willekeurige volgorde geplaatst zodat de indeling naar indicatiegroep niet zonder meer (voor de ondervraagden) duidelijk is.

De serie van 20 casus wordt driemaal aan de ondervraagde huisartsen voorgelegd. De eerste keer voorafgegaan door de vraag of zij een patiënt met dergelijke symptomen in zijn algemeenheid verwijzen naar de fysiotherapeut (wel-geen indicatie). De tweede keer met de vraag welke actie zij als eerste zouden ondernemen (afwachten, zelf-behandelen, verwijzen naar de fysiotherapeut of verwijzen naar de medisch-specialist) wanneer zij geconfronteerd worden met een dergelijke patiënt. Tenslotte worden de casusbeschrijvingen voorgelegd met de vraag hoe, in het algemeen, de ervaring van de huisarts is met de resultaten van fysiotherapeutische behandeling met betrekking tot de gepresenteerde ziektebeelden.

overige variabelen

De kennis die de huisarts heeft over de fysiotherapie is mogelijk van invloed op het aantal verwijzingen naar fysiotherapeuten. Het is niet zonder meer duidelijk of deze invloed groot is en in welke richting de kennis de verwijscijfers beïnvloedt. Huisartsen kunnen hun kennis uit verschillende bronnen hebben: opleiding, nascholing, contacten met fysiotherapeuten en vakliteratuur. In de basisopleiding tot huisarts wordt een aantal vakken onderwezen die raakvlakken hebben met de fysiotherapie. Neurologisch onderzoek betreft het zenuwstelsel, functionele anatomie en orthopaedie betreffen het bewegingsapparaat en deze vakken vormen de basiskennis waarna de huisarts zijn kennis over de fysiotherapie kan uitdiepen. Gevraagd is naar een beoordeling (in termen van voldoende/onvoldoende tijd die er aan is besteed) van deze vakken.

Gegevens over de plaats van vestiging alsmede leeftijd, geslacht, praktijkvorm en jaar van beroepsaanvang zijn in de enquête niet gevraagd, omdat deze gegevens in het kader van de registratie-huisartsen bij het NIVEL aanwezig zijn. Uit het Registratie project Fysiotherapie kan de beschikbaarheid van fysiotherapeuten in de vestigingsplaats van de huisarts afgeleid worden. De verhouding tussen het aantal fysiotherapeuten en het aantal inwoners per gemeente kan dienen als indicatie voor het aanbod van fysiotherapeutische zorg in de directe omgeving van de huisarts. Het aanbod van deze zorg kan niet precies bepaald worden omdat niet bekend is hoeveel uren per week de fysiotherapeuten werken. Bovendien is geen gebruik gemaakt van gegevens over de spreiding van de fysiotherapiepraktijken binnen een gemeente.

Wat betreft de houding ten aanzien van de kosten van de behandeling hebben we een attitude-vragenlijstje ontworpen (Likert-schaal).

Tot slot inventariseren we de taken die de huisarts aan de fysiotherapeut toeschrijft. De taken zijn een deelverzameling van de taken die aan de fysiotherapeut worden gepresenteerd (zie paragraaf 4.2.2) Hiermee meten we de discrepantie tussen de taken die de huisarts aan de fysiotherapeut toeschrijft en het takenpakket zoals de fysiotherapeut dat zelf ziet.

4.2.2. fysiotherapeuten enquête

Meer dan de enquête voor de huisartsen heeft die voor de fysiotherapeuten een explorerend karakter. Immers, de enquête voor de huisartsen beoogt gegevens te verzamelen met behulp waarvan de variatie in verwijscijfers verklaard kan worden; zo'n duidelijk te verklaren verschijnsel is er met betrekking tot de fysiotherapeuten niet.

Vanwege dit explorerende karakter zijn er, naast vragen over de relatie tussen fysiotherapeut en huisarts en over het verwijzproces, vragen opgesteld over de taakopvattingen, taakuitoefening en prioriteitstelling van fysiotherapeuten, over door fysiotherapeuten genoten nascholing en specialisatie en over enkele aspecten van de praktijk. Helemaal los van de relatie met de arts en het verwijzproces staan deze onderwerpen echter niet. Immers, het cluster vragen over taken en dergelijke besteedt ook aandacht aan taken met betrekking tot overleg met de verwijzer; gevolgde nascholing en specialisatie kan leiden tot verwijzingen die het gevolg zijn van het feit dat de fysiotherapeut zich een specifieke deskundigheid heeft eigen gemaakt. Hetzelfde geldt voor de uitrusting van de praktijk.

taakopvatting van de fysiotherapeut

Het artikel Beroepsomschrijving Fysiotherapie van de 'projectgroep beroepsinhoudelijke zaken' van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (1984) heeft als leidraad gediend voor het samenstellen van een taakopvattingsschaal.

Het doel van de projectgroep was een model te maken voor de beroepsomschrijving van de fysiotherapeut met een zo volledig mogelijk takenpakket. Het artikel geeft een goed overzicht van de taken waarop de fysiotherapie aanspreekbaar is en van de gebieden/processen waarvan deze taken zijn afgeleid:

- Taken afgeleid van het hulpverleningsproces. Hierin worden weer onderscheiden de taken bij de anamnese, het onderzoek, het behandelplan en de evaluatie om de behandelingsdoelstelling bij te stellen.
- Taken afgeleid van de relatie tussen fysiotherapeut en praktijkuitoefenende geneeskundigen. Bijvoorbeeld: Overleggen met de verwijzer bij wijziging van doelstelling van de behandeling.
- Taken afgeleid van de praktijkvoering. Dit zijn voorwaarde schepende taken die indirect van toepassing zijn op het hulpverleningsproces, zoals samenwerken met collega's en andere hulpverleners.
- Taken afgeleid van de maatschappelijke betekenis van de fysiotherapie. Deze taken zijn veelal ondergebracht in een bepaalde functie zoals bedrijfstherapeut of fysiotherapie-docent. Dit gebied blijft met betrekking tot het onderzoek in de praktijk van de vrijgevestigde fysiotherapeut buiten beschouwing.

Van alle taken die op deze terreinen genoemd zijn, zijn er achttien gekozen om deel uit te maken van een schaal die de taakopvatting van fysiotherapeuten meet. Deze achttien taken zijn aangevuld met twee

taken die betrekking hebben op psycho-sociale problematiek.

Bij elk van de twintig aspecten van het werk van fysiotherapeuten is de vraag gesteld in hoeverre de fysiotherapeut deze onderdelen tot zijn taak acht (vijfpuntschaal). Niet alleen wat de fysiotherapeut tot zijn taak rekent wordt geïnventariseerd, ook aan welke onderdelen hij toekomt in de dagelijkse praktijkuitoefening en welke onderdelen hij erg (on)belangrijk vindt. De taakopvattingsschaal kan gezien worden als een attitudeschaal die uit drie componenten bestaat; een cognitieve component, een evaluatieve component en een gedragscomponent. Deze onderscheiden componenten proberen we door de bovengenoemde vragen terug te vinden. De vraag naar wat een fysiotherapeut tot zijn taak rekent is de cognitieve component, de vraag naar het belang van elke taak is de evaluatie component en de vraag aan welke taken de fysiotherapeut toekomt kan worden opgevat als de gedragscomponent.

overige variabelen

Aan de huisartsen is de vraag gesteld welke ziektebeelden/symptomen indicaties zijn voor doorverwijzing naar de fysiotherapeut (indicatiebreedte). Aan de fysiotherapeut is deze vraag ook gesteld met als doel te inventariseren in welke ziektebeelden/symptomen de fysiotherapeut nog behandelbare aspecten herkent. Verschillen tussen de mening van fysiotherapeuten en huisartsen over de fysiotherapeutische behandelbaarheid van bepaalde ziektebeelden/symptomen kunnen worden gerelateerd aan de aard van het ziektebeeld/symptoom.

Opleiding, nascholing en verbijzonderingen zijn kenmerken van de fysiotherapeut die van invloed kunnen zijn op de relatie met huisartsen waarmee hij samenwerkt en op het aantal patiënten dat een medisch specialist naar hem verwijst. Het deel van de patiënten dat zich via de medisch specialist bij de praktijk aandient wordt door de fysiotherapeut geschat.

Ook demografische gegevens (leeftijd, geslacht, vestigingsplaats, aard en omvang van de praktijk) en de uitrusting van de praktijk worden in kaart gebracht. Tevens vragen we of de fysiotherapeut behandelingsvormen zou willen toepassen die niet mogelijk zijn door het ontbreken van apparatuur of beperking van de ruimte. Daarnaast zijn er enkele aanvullende vragen over het lezen van literatuur, lidmaatschap van verenigingen en verdeling van de patiënten binnen de praktijk.

gemeenschappelijke onderwerpen in beide enquêtes

Samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten en de invloed van

het ziekenfondsbeleid zijn onderwerpen die in beide enquêtes een plaats hebben. Vragen hierover aan de fysiotherapeuten zijn veelal het spiegelbeeld van de vragen aan de huisartsen.

Vragen met betrekking tot de samenwerking gaan over het overleg dat men voert naar aanleiding van de verwijzing en de behandeling, het aantal huisartsen van wie men te behandelen patiënten krijgt respectievelijk het aantal fysiotherapiepraktijken naar wie men patiënten verwijst en het bezoek aan patiënten besprekingen tussen huisartsen en fysiotherapeuten. Daarnaast zijn er nog enkele vragen over de wenselijkheid om de samenwerking uit te breiden.

Vragen met betrekking tot de invloed van het ziekenfonds gaan over: betrokkenheid van het ziekenfonds bij overleg tussen huisartsen en/of fysiotherapeuten en de frequentie waarmee het ziekenfonds aangevraagde machtigingen afwijst.

procedure om de enquête te testen

Na het opstellen van de concept enquêtes zijn verbeteringen en aanvullingen van de Begeleidingscommissie verwerkt. Daarna zijn de enquêtes getest in een kleine groep huisartsen (elf) en fysiotherapeuten (veertien) en naar aanleiding van deze test zijn opnieuw wijzigingen aangebracht.

4.3. Onderzoekspopulatie

Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk aangegeven is, zijn vier groepen huisartsen en fysiotherapeuten benaderd: twee groepen registrerenden en twee aselechte steekproeven.

De onderzoekspopulatie waaruit de aselechte steekproef fysiotherapeuten getrokken is, wordt gevormd door alle fysiotherapeuten die werkzaam zijn in een vrijgevestigde fysiotherapiepraktijk in Nederland. Dit zijn dus praktijkhouders en medewerkers; in tabel 4.1 (zie volgende bladzijde) is het aantal beroepsbeoefenaren weergegeven.

Wat betreft de huisartsen wordt de onderzoekspopulatie waaruit de aselechte steekproef getrokken is, gevormd door alle in Nederland zelfstandig gevestigde huisartsen. Tabel 4.2 (zie volgende bladzijde) geeft het aantal beroepsbeoefenaren weer.

Tabel 4.1.: percentage extramuraal werkende fysiotherapeuten naar functie en geslacht per 1-1-85

	fysiotherapeuten		
	mannen	vrouwen	totaal
praktijkhouders	57	26	42
praktijkmedewerker	43	74	58
totaal %	100,0	100,0	100,0
abs	4365	4094	8459

Bron: Hingstman en Boon, 1986a

Tabel 4.2.: aantal zelfstandig gevestigde huisartsen naar geslacht per 1-1-85

	huisartsen	
	abs	%
mannen	5444	92
vrouwen	474	8
totaal	5918	100

Bron: Hingstman, 1985

4.4. Respons

Uit het registratie bestand van de fysiotherapeuten is een systematische steekproef met aselekt begin getrokken. Personen die zonder naam in het bestand staan zijn uit de steekproef verwijderd. Om de onderlinge onafhankelijkheid van de observaties te waarborgen is er van elke praktijk maximaal één fysiotherapeut aangeschreven. De totale aselecte steekproef bestond uit 353 fysiotherapeuten.

De fysiotherapeuten zijn op hun huisadres aangeschreven om te garanderen dat de aangeschrevene de enquête zelf invult. Nadeel van deze

wijze van aanschrijven is de onbetrouwbaarheid van de huisadressen. Dit vloeit voort uit het feit dat het fysiotherapeuten bestand nog (gedeeltelijk) in opbouw is en dat vooral de pas afgestudeerde fysiotherapeuten een mobiele bevolkingsgroep zijn. In tabel 4.3 is de respons van de steekproef fysiotherapeuten weergegeven. De categorie verhuisd/niet meer werkzaam betreft fysiotherapeuten die naar het buitenland zijn verhuisd en fysiotherapeuten die in januari 1986 niet meer werkzaam zijn. Zij zijn ten onrechte in de steekproef opgenomen. Het percentage respondenten van de 'geschoonde' steekproef is $214/(353-32) = 67\%$.

Tabel 4.3.: respons op de enquête aan fysiotherapeuten uit de aselecte steekproef

totaal	respondenten	verhuisd/ niet meer werkzaam	weigeraars/ non-respondent
353	214	32	107
100%	61%	9%	30%

Met de (demografische) gegevens die in het registratie-bestand van de fysiotherapeuten zijn opgenomen kunnen we verschillen traceren tussen respondenten en non-respondenten. Verschillen blijken niet te bestaan voor het aantal collega's (als indicatie voor de grootte van de praktijk) en voor het feit of iemand praktijkhouder of medewerker is. Wel blijkt dat de respondenten gemiddeld 2,5 jaar jonger zijn dan de non-respondenten ($p < .05$). Ook blijkt er een verschil te zijn wat het geslacht betreft: 72% van de aangeschreven mannen en 59% van de aangeschreven vrouwen behoren tot de respondenten ($p < .05$). Er is geen interactie effect tussen leeftijd en geslacht, dat wil zeggen zowel bij mannen als bij vrouwen is het zo dat respondenten (gemiddeld) jonger zijn dan non-respondenten. Een verklaring van het verschil in respons tussen mannen en vrouwen is wellicht gelegen in het feit dat vrouwen vaker part-time werken dan mannen. Part-timers zouden meer dan full-timers van mening kunnen zijn dat zij niet representatief zijn voor de beroepsgroep. Gegevens om deze hypothese te toetsen ontbreken omdat we niet beschikken over een volledige urenregistratie van fysiotherapeuten.

Uit het registratie bestand van huisartsen is ook een systematische steekproef met aselect begin getrokken. De totale aselecte steek-

Tabel 4.4.: respons op de enquête aan huisartsen van de aselechte steekproef

totaal	respons	niet meer werkzaam	weigeringen/ non-respons
355	204	4	147
100%	58%	1%	41%

proef bestaat uit 355 huisartsen. Tabel 4.4 (zie volgende bladzijde) geeft de respons van deze steekproef weer.

De categorie 'niet meer werkzaam' betreft huisartsen die hun praktijken hebben overgedragen. Het percentage respondent bedraagt voor de steekproef huisartsen $204/(355-4) = 58\%$.

Met de (demografische) gegevens die in het registratiebestand van huisartsen zijn opgenomen kunnen we verschillen traceren tussen respondenten en non-respondenten. Deze verschillen blijken niet te bestaan voor sexe, vestigingswijze, al of niet apotheekhoudend, provincie en urbanisatiegraad. De leeftijd van de non-respondent ligt gemiddeld hoger dan die van de respondenten en ook blijkt de wijze van praktijkvoering samen te hangen met de hoogte van de respons. Tabel 4.5. (zie volgende bladzijde) geeft het aantal (non)-respondenten per wijze van praktijkvoering. Tevens is de gemiddelde leeftijd van deze respondenten weergegeven.

Uit de tabel is af te lezen dat huisartsen in solo- en groepspraktijken minder geneigd zijn te responderen dan huisartsen in associaties en gezondheidscentra. Wanneer we het effect van leeftijd en wijze van praktijkvoering op de kans op respons vaststellen, blijkt dat leeftijd en praktijkvoering maar een klein gedeelte van de variantie in de respons verklaren. Voorts blijkt dat bij een leeftijds-toename van 1.5 jaar (het verschil tussen gemiddelde leeftijd van respondenten en non-respondenten) de kans op respons met 3% afneemt. Het feit dat in de groepspraktijken de gemiddelde leeftijd van de respondenten hoger is dan die van de non-respondenten kan worden toegeschreven aan het toeval.

Ook aan de huisartsen die verwijzingen hebben geregistreerd en aan fysiotherapeuten die behandelingen hebben geregistreerd, zijn de enquêtes toegezonden.

Zoals in de inleiding al is gesteld kunnen we deze deelverzamelingen

vergelijken met de huisartsen en fysiotherapeuten uit de landelijke steekproeven. De vergelijking tussen registrerende huisartsen en huisartsen uit de landelijke steekproef vindt plaats in hoofdstuk vijf, de vergelijking tussen de registrerende fysiotherapeuten en de fysiotherapeuten uit de landelijke steekproef vindt plaats in hoofdstuk zes. De respons van de registrerende huisartsen op de enquête is 90%, de respons van de registrerende fysiotherapeuten op de enquête is 74%.

Tabel 4.5.: verschillen tussen aantallen respondenten en non-respondenten en hun gemiddelde leeftijd per wijze van praktijkvoering van de aselechte steekproef huisartsen

wijze van praktijkvoering	respondenten		non-respondenten		totaal	
	aantal	gemiddelde leeftijd	aantal	gemiddelde leeftijd	aantal	gemiddelde leeftijd
solo	100 50%	41.6	101 50%	42.7	201 100%	42.2
associaties	75 68%	40.4	36 32%	44.7	111 100%	41.8
groepspraktijk	9 53%	36.0	8 47%	34.8	17 100%	35.4
gezondheidscentrum	17 77%	34.1	5 23%	42.6	22 100%	36.0
totaal	201 58%	40.3	150 42%	42.8	351 100%	41.3

4.5. Samenvatting

In dit hoofdstuk is beschreven hoe de gegevens verzameld zijn, die nodig zijn voor de beantwoording van de vraagstelling. De gegevens

zijn verzameld door middel van schriftelijke enquêtes.

De enquête voor de huisartsen bevat vragen over het geschatte aantal verwijzingen, het verwijsproces, de indicatiebreedte, de relaties met fysiotherapeuten, kennis omtrent de fysiotherapie en het beleid van het ziekenfonds. Het meetinstrument om de indicatiebreedte vast te stellen is speciaal voor dit onderzoek ontwikkeld en uitgetest. Het bestaat uit twintig korte casusbeschrijvingen.

Aan de fysiotherapeuten zijn vragen gesteld over het verwijsproces, taakopvatting, relatie met huisartsen, nascholing en specialisatie, het beleid van de ziekenfondsen en enkele aspecten van de praktijk. Taakopvattingen zijn gemeten door de fysiotherapeuten een lijst met aspecten van hun werk voor te leggen met de vraag in hoeverre zij deze aspecten hun taak achten, welk belang zij er aan hechten en of ze er in de dagelijkse praktijk aan toekomen. De aspecten van het werk van fysiotherapeuten zijn ontleend aan de Beroepsomschrijving Fysiotherapie.

De enquêtes zijn toegezonden aan vier groepen respondenten:

Een aselechte steekproef uit het bestand van alle huisartsen, een aselechte steekproef uit het bestand van alle fysiotherapeuten, de huisartsen die een jaar lang alle verwijzingen geregistreerd hebben en de fysiotherapeuten die de behandelingen geregistreerd hebben. De respons (voor de vier groepen respectievelijk 58%, 67%, 90% en 74%) is voor een schriftelijke vragenlijst over het geheel genomen bevredigend te noemen, maar toch lager dan we gehoopt hadden (op basis van ervaring uit het verleden hadden we een gemiddelde respons van 70% verwacht). Gelukkig zijn er geen grote verschillen tussen de groep die wel en de groep die niet op de enquête gereageerd heeft. Zowel bij de huisartsen als bij de fysiotherapeuten blijken de respondenten gemiddeld wat jonger te zijn, terwijl bij de fysiotherapeuten de response van de vrouwen lager is. Bij de huisartsen die in solo- of groepspraktijken werken is de respons wat lager dan bij degenen die in een associatie of een gezondheidscentrum werken.

5. RESULTATEN VAN DE GEGEVENS UIT DE HUISARTSENQUÊTE

In dit hoofdstuk zullen de belangrijkste resultaten van de enquête onder de huisartsen weergegeven worden. In deze eerste beschrijving van de gegevens zijn de resultaten van de enquêtes van de huisartsen uit de aselecte steekproef en de de huisartsen die de verwijzingen geregistreerd hebben tezamen genomen. Dit is gedaan omdat er tussen deze twee groepen geen verschillen zijn in de beantwoording van de centrale vragen (alle variabelen die in paragraaf twee de revue passeren) met uitzondering van slechts één enkele: de registrerende huisartsen bleken een iets positievere attitude te hebben over de plaats van de fysiotherapie ten opzichte van de tweede lijn. Het hoofdstuk is opgebouwd uit vier paragrafen. In de eerste paragraaf zullen we het geschatte aantal verwijzingen en de betrouwbaarheid van deze schattingen bespreken. De tweede paragraaf gaat over de determinanten van het aantal verwijzingen en in de derde paragraaf beschrijven we het effect van die determinanten op de hoogte van de verwijscijfers. In paragraaf vier tenslotte volgen de conclusies.

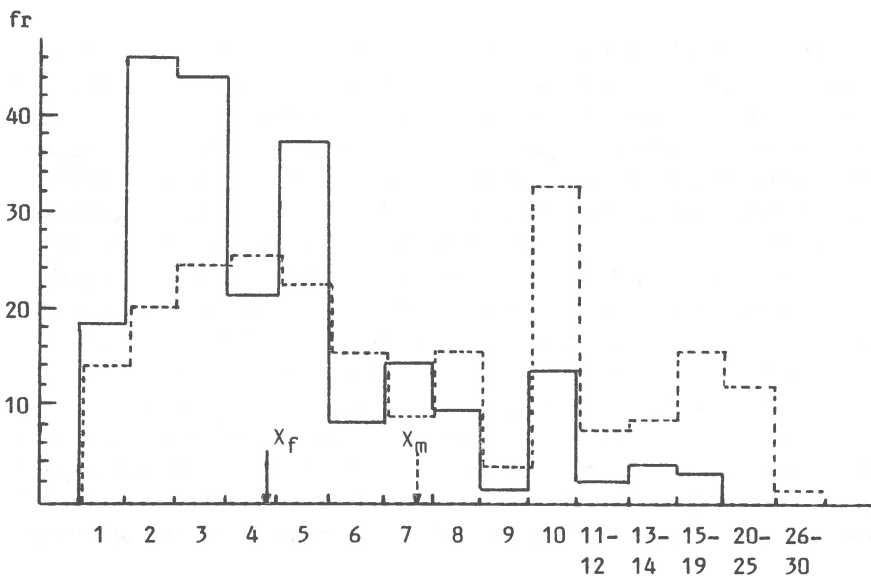
5.1. Aantal verwezen patiënten

In de enquête is gevraagd naar het aantal patiënten dat de huisarts gemiddeld per week verwijst naar de fysiotherapeut. Ook is de vraag gesteld naar het aantal patiënten dat de huisarts gemiddeld per week verwijst naar de medisch specialist. Beide vragen hadden een open antwoord mogelijkheid. Figuur 5.1 (zie volgende bladzijde) geeft de frequentieverdeling weer van de antwoorden op beide vragen.

Zoals de figuur duidelijk maakt is het aantal verwijzingen naar fysiotherapie minder dan het aantal verwijzingen naar de medisch specialist, (het gemiddelde voor fysiotherapie is 4.4 verwijzingen per week, het gemiddelde voor de medisch specialist is 7.2 verwijzingen per week) en de spreiding in de verwijzingen naar de medisch specialist ($s.d._m = 5.7$) is groter dan de spreiding in de verwijzingen naar de fysiotherapeut ($s.d._f = 3.0$).

Met de gegevens uit de verwijsregistratie van de registrerende huisartsen kunnen we iets zeggen over de betrouwbaarheid van de antwoorden op de enquêtevragen. Uit de verwijscijfers van de registrerende huisartsen blijkt dat zij 47 nieuwe patiënten per jaar per 1000 pa-

Figuur 5.1.: frequentieverdeling van het aantal verwijzingen door huisartsen



——— aantal verwijzingen naar fysiotherapie
 ----- aantal verwijzingen naar medisch specialist

tiënten naar de fysiotherapeut verwijzen. Het antwoord op de vraag 'hoeveel patiënten verwijst u (gemiddeld) per week naar de fysiotherapie?' blijkt .83 te correleren met de registratie die zij een jaar lang hebben bijgehouden van hun verwijzingen naar de fysiotherapie. De gegevens uit de verwijsregistratie naar medisch specialisten correleert .65 met de antwoorden op de vraag 'hoeveel patiënten verwijst u gemiddeld per week naar de medisch specialist?'

Ook kunnen we van de verwijsregistratie gebruik maken bij het omrekenen van de gegevens uit de enquête naar het aantal verwijzingen op jaarbasis. Hieruit blijkt dat de antwoorden die betrekking hebben op aantal verwijzingen per week met de factor 30 vermenigvuldigd moeten worden om een schatting van het aantal verwijzingen per jaar te maken. Deze factor heeft weinig inhoudelijke betekenis omdat extrapolatie van verwijzingen over een korte periode naar een langere periode geen rekening houdt met seizoensinvloeden en dergelijke. Aan de andere kant wijzen ervaringen in het verleden erop dat er in

registratieprojecten sprake kan zijn van onderreportage van het aantal verwijzingen (zie bijvoorbeeld Bensing en Verhaak, 1980, Dopheide et al., 1986 en Van der Zee, 1986).

5.2. Determinanten van verwijcijfers

5.2.1. indicatiebreedte

Twintig ziektebeelden/symptomen verpakt in kleine casus zijn aan de huisartsen driemaal voorgelegd. Een keer voorafgegaan door de vraag of het ziektebeeld in zijn algemeenheid een indicatie is voor doorverwijzing naar de fysiotherapie, een keer voorafgegaan door de vraag wat de volgorde van ingrijpen betreft (afwachten, zelf behandelen, verwijzen naar fysiotherapeut of medisch-specialist) en tenslotte nog een keer voorafgegaan door de vraag wat de ervaring is van de huisarts in vergelijkbare gevallen van de fysiotherapeutische behandelingen van dergelijke ziektebeelden/symptomen.

Enerzijds zijn we geïnteresseerd in de beantwoording van deze vragen per ziektebeeld, anderzijds pogen we een schaal te construeren waarmee de verschillen tussen huisartsen aangegeven kan worden in hun 'indicatiebreedte' ten opzichte van de fysiotherapie.

Tabel 5.1. (zie volgende bladzijde) geeft de belangrijkste resultaten weer wanneer we als uitgangspunt de ziektebeelden nemen.

Uit de tabel blijkt een eensluidend oordeel van de huisartsen over de ziektebeelden 'multiple sclerose', 'cervico-brachiaal syndroom', 'kyfoscoliose', 'ischialgie', 'frozen shoulder' (duidelijke indicatie voor doorverwijzing) en 'krampen', 'psoriasis', 'M. Raynaud', 'ulcus cruris' en 'acne vulgaris' (duidelijk geen indicatie voor doorverwijzing). De oordelen over de overige ziektebeelden lopen uiteen.

De antwoorden op de tweede presentatie van de ziektebeelden (met de vraag naar de volgorde van ingrijpen; afwachten, zelf behandelen, verwijzen naar fysiotherapie of medisch specialist) komen overeen met het oordeel of het ziektebeeld een indicatie geacht wordt voor doorverwijzing, zij het dat de percentages op een iets lager niveau liggen dan de percentages uit de eerste kolom. Bij de ziektebeelden die duidelijk een indicatie geacht worden (1 t/m 6), wordt ook de behandeling aan de fysiotherapeut overgelaten.

28% van de huisartsen behandelt 'ischialgie' in eerste instantie liever zelf, en een aantal huisartsen laat de behandeling van 'kyfoscoliose' en 'CVA' over aan de medisch specialist (respectievelijk 22 en 16%). Bij de ziektebeelden die duidelijk geen indicatie geacht

Tabel 5.1.: twintig ziektebeelden en percentage artsen dat deze ziektebeelden volgens drie criteria heeft beoordeeld (N=250)

	% artsen dat ziektebeeld indicatie acht	% artsen dat ziekte- beeld door- verwijst naar fysio- therapie*	% artsen dat goede ervaringen heeft met fysiotherap. behandelen van dergelijke ziektebeelden
1 multiple sclerose	97	87	30
2 cervico-brach. syn.	97	85	54
3 CVA	95	75	38
4 kyfoscoliose	94	74	34
5 ischialgie	92	68	54
6 frozen shoulder	92	82	45
7 hyperventilatie	77	50	30
8 epicondylitis	71	42	14
9 spanningshoofdpijn	70	28	36
10 acute torticollis	58	35	60
11 lymfoedeem	52	28	10
12 contusie rechterenkel	48	34	42
13 acute bronchitis	40	18	34
14 herpes zoster	32	19	12
15 carpaal tunnel syn.	15	6	2
16 krampen	10	6	3
17 psoriasis	6	1	2
18 M. Raynaud	5	2	0
19 ulcus cruris	4	2	2
20 acne vulgaris	2	0	2

*Bij het percentage artsen dat het ziektebeeld doorverwijst naar de fysiotherapie zijn ook die artsen gerekend waarbij doorverwijzing naar de fysiotherapie één van de aangekruiste alternatieven is (maximaal 6%).

worden (16 t/m 20) behandelen de huisartsen liever zelf. Alleen 'M. Raynaud' wordt door een aantal (36%) naar de medisch specialist ver-

wezen. 'Carpaal tunnel syndroom' wordt door 90% van de artsen naar de medisch specialist verwezen. 'Acute torticollis' en 'lymfoedeem' wordt naast doorverwijzing naar de fysiotherapie ook doorverwezen naar de medisch specialist (respectievelijk 55 en 45% van de huisartsen geven hier de voorkeur aan).

De overige ziektebeelden worden door een aantal artsen zelf behandeld ('hyperventilatie' 44%, 'epicondylitis' 52%, 'spanningshoofdpijn' 55%, 'contusie rechterenkel' 49%, 'acute bronchitis' 77% en 'herpes zoster' 68%). De antwoordcategorie 'afwachten' wordt slechts door een klein aantal (maximaal 14% bij 'contusie rechterenkel') huisartsen aangekruist.

De derde keer dat de ziektebeelden werden gepresenteerd, met de vraag hoe de ervaring van de huisarts is met betrekking tot de resultaten van de fysiotherapeutische behandeling, levert antwoorden op die vergelijkbaar zijn met de antwoorden op de vraag naar de volgorde van ingrijpen.

De antwoorden op de vraag met betrekking tot de twintig ziektebeelden (al of niet een indicatie voor doorverwijzing naar de fysiotherapie) karakteriseren de indicatiebreedte van de huisartsen. Door schaal-analyse is nagegaan of de antwoorden van de huisartsen voor de afzonderlijke symptomen/ziektebeelden zinvol gereduceerd kunnen worden tot één score per huisarts. Deze score kan dan (in paragraaf 5.3) in verband gebracht worden met het aantal patiënten dat de huisarts naar eigen schatting per week naar een fysiotherapeut verwijst. Onderzocht is of de twintig items een Guttman schaal vormen. De items worden gesorteerd op 'moeilijkheid' (dit wordt gekenmerkt door het percentage artsen dat het ziektebeeld een indicatie acht voor doorverwijzing). Zo is bijvoorbeeld 'acne vulgaris' een moeilijk en 'multiple sclerose' een makkelijk item. De huisartsen worden gesorteerd op hun score op de schaal (de som van alle items die een indicatie worden geacht). Een perfecte Guttman schaal wordt gekarakteriseerd door het volgende: Alle huisartsen met bijvoorbeeld de score 10 achten de ziektebeelden 1 t/m 10 een indicatie voor doorverwijzing naar de fysiotherapie en de ziektebeelden 11 t/m 20 juist geen indicatie. Een fout treedt op wanneer een huisarts met de score 10 een van de items 11 t/m 20 een indicatie acht. Deze procedure wordt herhaald voor elke huisarts. Het percentage fouten - in het onderhavige geval 13% - zegt iets over de kwaliteit van de schaal en het criterium voor een goede schaal is minder dan 10% fouten. De schaal die gevormd wordt door de twintig ziektebeelden is dus bijna een goede schaal, de terminologie hiervoor is een 'quasi scale' (Torgerson, 1958). Overigens blijkt de betrouwbaarheid van de schaal

(Cronbach's alfa=.61) niet erg hoog. Over de validiteit van deze schaal kunnen we iets zeggen als bekend is met welke klachten patiënten naar de fysiotherapie worden doorverwezen door de registrerende huisartsen.

Een schaalmodel dat rekening houdt met toevalsfouten is de 'Mokken schaal'. Deze schaaltechniek is gebruikt als heuristisch model om te toetsen of er wellicht sprake is van een schaal met meer dimensies (dat wil zeggen dat niet alle items dezelfde onderliggende eigenschappen meten). Uit deze analyse blijkt dat er een groot aantal subschalen is van niet meer dan drie items. 'M. Raynaud' en 'acne vulgaris' vormen een schaal; 'ischialgie', 'cervico-brachiaal-syndroom' en 'epicondylitis' vormen een tweede schaal; 'contusie rechterenkel' en 'torticollis' vormen een derde schaal en de schalen die daarna nog gevormd worden zijn zwak tot zeer zwak. Deze analyse vormt een aanwijzing dat de schaal niet één-dimensionaal is. Desondanks houden we het er voorlopig op dat de resultaten van de Guttman schaal analyse voldoende zijn om een score te verkrijgen door optelling van de twintig items.

De scores van de huisartsen op de schaal van twintig ziektebeelden loopt van 5 t/m 19. Het gemiddelde van de schaal bedraagt 10. Dit impliceert dat de huisartsen gemiddeld tien van de beschreven casus een indicatie voor fysiotherapie achten. De standaarddeviatie, die aangeeft hoezeer de scores van de huisartsen rond dit gemiddelde gespreid zijn, bedraagt 2.4

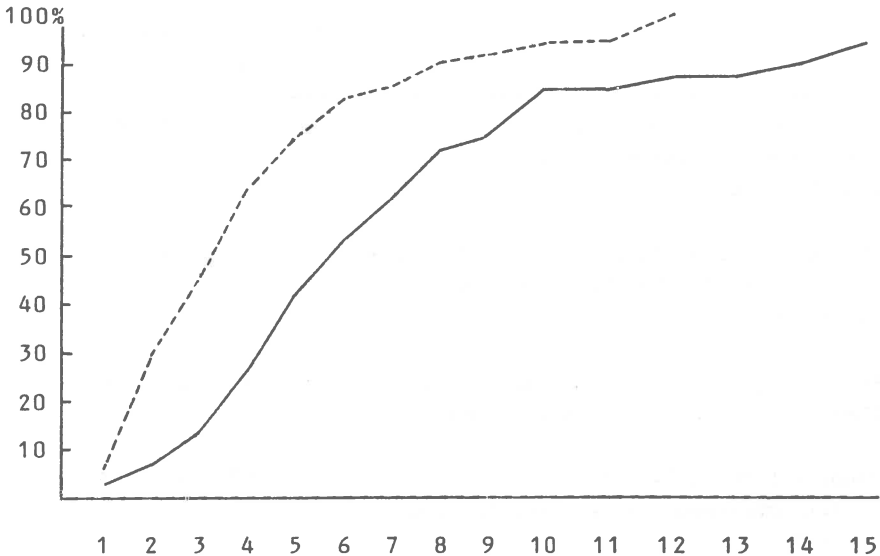
5.2.2. samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten

Het eerste punt van (minimale) samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten is de verwijzing. Het aantal verschillende fysiotherapiepraktijken waarnaar de huisartsen hun patiënten verwijzen, loopt sterk uiteen. Naarmate het aantal praktijken waarnaar verwezen wordt groter is, zal samenwerking minder intensief zijn of beperkt zijn tot een geringer aantal fysiotherapiepraktijken. Samenwerking kost immers tijd die maar een keer gebruikt kan worden.

In figuur 5.2. (zie volgende bladzijde) is de cumulatieve verdeling weergegeven van het aantal fysiotherapiepraktijken waarnaar de huisartsen hun patiënten verwijzen (de doorgetrokken lijn) en het aantal daarvan waarmee regelmatig overlegd wordt (de stippellijn).

60% van de huisartsen verwijst naar drie of minder verschillende praktijken, maar er is ook nog een klein percentage dat naar meer dan tien verschillende fysiotherapiepraktijken verwijst. Gemiddeld wordt er naar vier praktijken verwezen.

Figuur 5.2.: cumulatieve verdeling van het aantal praktijken waarnaar verwezen wordt (doorgetrokken lijn) en van het aantal waarmee regelmatig overlegd wordt (stippellijn)



deel over overleg afbeeldt (zie 60) aantal huisartsen

siotherapiepraktijk regelmatig te overleggen, terwijl 35% slechts met een praktijk overleg heeft. Over het algemeen ontvangen huisartsen van de praktijken waarnaar zij verwijzen schriftelijke rapportage. De correlatie-coëfficiënt tussen het aantal praktijken waarnaar zij verwijzen en het aantal van wie zij schriftelijke rapportage ontvangen bedraagt .83. Ook is er een lichte samenhang tussen het aantal praktijken waarnaar verwezen wordt en aantal praktijken waarmee zij overleggen ($r=.40$). Wanneer we een kruistabel maken van het aantal praktijken waarnaar huisartsen verwijzen en het aantal praktijken waarmee huisartsen overleggen, ontstaat een driehoekige tabel. Dit komt omdat huisartsen niet met meer praktijken overleggen dan het aantal waarnaar zij verwijzen. Uit de associatiemaat van deze driehoekige tabel ($\chi^2=45$, $df=36$, $p<.20$) blijkt, dat er geen verband bestaat tussen het aantal praktijken waarnaar huisartsen verwijzen en het aantal praktijken waarmee huisartsen overleggen.

In tabel 5.2. (zie volgende bladzijden) staan de antwoorden van de huisartsen op een aantal vragen die betrekking hebben of communicatie en samenwerking rond de verwijzing.

Tabel 5.2.: verwijzing als uitgangspunt voor samenwerking. Percentage huisartsen in elk van de vijf antwoordcategorieën (N=250)

	% nooit	% zel- den	% soms	% vaak	% al- tijd
Indien U een patiënt naar de fysiotherapeut verwijst, beveelt U dan een bepaalde fysiotherapeut aan?	3	10	29	43	15
Laat U een aanbeveling naar een bepaalde fysiotherapeut afhangen van de aard van de stoornis van de patiënt?	7	14	33	34	12
Vult U bij de verwijzing naar de fysiotherapeut een behandelingsvoorstel in?	10	21	30	28	11
Honoreert U het (telefonisch) verzoek van de fysiotherapeut om een vervolgbehandeling?	2	10	21	53	14
Honoreert U het verzoek van de patiënt om een vervolgbehandeling?	2	6	48	43	2
Ziet U de patiënt op het spreekuur, alvorens U een verzoek om vervolgbehandeling honoreert?	0	5	33	44	18
Maakt U weleens gebruik van de kennis van een fysiotherapeut bij het stellen van een diagnose?	2	13	60	24	1
Verwijst U patiënten naar de fysiotherapeut als U vindt dat iemand alleen voorlichting behoeft over zijn/haar lichaamshouding in de werksituatie?	19	37	37	6	1
Verwijst U patiënten voor poliklinische fysiotherapeutische behandeling naar een ziekenhuis of verpleeghuis?	54	34	11	1	0

Vervolg tabel 5.2.

	% nooit	% zel- den	% soms	% vaak	% al- tijd
Verwijst U patiënten naar een fysiotherapeut bij herhaald terugkerende hulpvragen waarbij U geen duidelijke somatische diagnose kunt stellen?	18	52	29	1	0
Verwijst U patiënten naar een fysiotherapeut omdat deze patiënten meer aandacht vragen dan U hun, als huisarts, kunt geven?	36	39	23	2	0

In de regel bevelen huisartsen hun patiënten een fysiotherapeut (of fysiotherapiepraktijk) aan. De aanbeveling naar een bepaalde fysiotherapeut hangt veelal af van de aard van de stoornis van de patiënt. Overigens blijkt uit andere vragen dat bij 58% van de onderzochte huisartsen in hun werkgebied fysiotherapeuten zijn die specifiek deskundig zijn in het behandelen van speciale patiëntcategorieën (bijvoorbeeld hartpatiënten) en wanneer dit het geval is verwijzen de meeste huisartsen (90%) om reden van die deskundigheid weleens patiënten naar deze fysiotherapeuten. Bij 90% van de onderzochte huisartsen zijn er in hun werkgebied fysiotherapeuten die specifiek deskundig zijn in bepaalde behandelwijzen (voor het overgrote deel 'manuele therapie') en wanneer dit het geval is verwijzen bijna alle huisartsen (96%) om deze reden weleens patiënten naar die fysiotherapeuten.

De vraag over verwijzingen naar de polikliniek van zieken- of verpleeghuis is gesteld met het oog op speciale patiëntcategorieën en specifieke mogelijkheden van de daar werkzame fysiotherapeuten. Uit beantwoording van deze vraag blijkt dat dit zelden of nooit voorkomt.

Het (telefonisch) verzoek van de fysiotherapeut om een vervolgbehandeling wordt vaak gehonoreerd, eenzelfde verzoek van de patiënt zegt het merendeel van de huisartsen soms of vaak te honoreren. Wanneer er een verzoek om een vervolgbehandeling gedaan wordt, ziet de huisarts de patiënt vaak weer op het spreekuur. Een behandelingsvoorstel aan de fysiotherapeut wordt door een derde van de huisartsen zelden of nooit gegeven.

Huisartsen maken soms gebruik van de kennis van de fysiotherapeut bij het stellen van een diagnose en voor het merendeel (73%) vinden zij dat het wenselijk is de mogelijkheden tot consultatieve verwijzingen uit te breiden. Degene die een dergelijke uitbreiding niet wenselijk vinden, maken minder gebruik van de fysiotherapeut bij het stellen van een diagnose (Cramer's $V=,28$).

Huisartsen verwijzen zelden/soms een patiënt naar de fysiotherapie wanneer zij vinden dat zo iemand alleen voorlichting behoeft over de lichaamshouding in de werksituatie terwijl zij wel voor het merendeel (61%) vinden dat het wenselijk is om de mogelijkheden hiertoe uit te breiden. Ook voor deze vraag geldt dat degene die een uitbreiding voor de mogelijkheden tot voorlichting niet wenselijk achten, minder patiënten voor voorlichting naar de fysiotherapeut verwijzen. Uit de laatste twee vragen van de tabel blijkt dat huisartsen over het algemeen zelden patiënten naar de fysiotherapie verwijzen bij herhaald terugkerende vragen waarbij zij geen duidelijke somatische diagnose kunnen stellen en zelden of nooit patiënten verwijzen die meer aandacht vragen dan de huisarts hun kan geven. Wanneer zij dit toch doen wordt de fysiotherapeut daar vaak/altijd over ingelicht.

Tabel 5.3 geeft de antwoorden weer op enkele vragen met betrekking tot het geven van achtergrondinformatie en het opnemen van contact door de huisarts met de fysiotherapeut. Uit de antwoorden op de eerste twee vragen blijkt dat de huisarts soms contact opneemt met de fysiotherapeut vóór de behandeling en soms tijdens de behandeling. Medisch-technische achtergrondinformatie wordt soms/vaak gegeven en psycho-sociale achtergrondinformatie iets vaker. Wanneer de fysiotherapeut om dergelijke achtergrondinformatie vraagt wordt zij vaak/altijd door de huisarts gegeven. Huisartsen die vaak op eigen initiatief medisch-technische achtergrondinformatie geven, geven dit altijd wanneer de fysiotherapeut hierom verzoekt. Ditzelfde verband bestaat als het gaat om psycho-sociale achtergrondinformatie.

In de enquête zijn er ook vragen gesteld over (het bezoek van) bijeenkomsten met fysiotherapeuten waarop patiënten besproken kunnen worden of algemene informatie uitgewisseld kan worden. Bij de helft (48%) van het aantal huisartsen zijn er in de buurt regelmatig bijeenkomsten met fysiotherapeuten waarop patiënten kunnen worden besproken. Als dergelijke bijeenkomsten er zijn, worden ze (gemiddeld) twee maal per maand gehouden en vaak (22%) of altijd (65%) door de huisarts bezocht. Bij iets meer dan een kwart (28%) van het aantal huisartsen zijn er in de buurt regelmatig bijeenkomsten waarop alge-

Tabel 5.3.: initiatief tot contact met fysiotherapeuten. Percentage huisartsen in elk van de vijf antwoordcategorieën (N=250)

	% nooit	% zel- den	% soms	% vaak	% al- tijd
Neemt U (afgezien van de verwijfs- brief) contact op met fysiotherapeu- ten vóór U een patiënt naar hen ver- wijst?	3	22	53	16	6
Neemt U contact op met fysiotherapeu- ten in de loop van de behandeling?	3	23	46	18	10
Geeft U op eigen initiatief medisch- technische achtergrondinformatie door aan de fysiotherapeut (bijvoor- beeld over medicatie)?	1	6	30	53	10
En als de fysiotherapeut daarom ver- zoekt?			6	22	72
Geeft U op eigen initiatief psycho- sociale achtergrondinformatie door aan de fysiotherapeut?	3	9	51	30	7
En als de fysiotherapeut daarom ver- zoekt?		3	12	35	50

mene informatie uitgewisseld kan worden. Als dergelijke bijeenkomsten er zijn, worden ze (gemiddeld) één maal per maaand gehouden en door de huisarts vaak (23%) of altijd (58%) bezocht. Overigens zal het op bijeenkomsten waarop patiënten kunnen worden besproken niet ongebruikelijk zijn ook algemene informatie uit te wisselen: Bij 90% van de huisartsen waarbij in de buurt bijeenkomsten zijn waarop algemene informatie uitgewisseld kan worden, zijn dit ook bijeenkomsten waarop patiënten kunnen worden besproken.

Tenslotte willen we hier bespreken welke prioriteit de huisarts aan-

geeft als het gaat om samenwerking tussen de huisarts en andere disciplines in de eerste lijn. Huisartsen blijken aan samenwerking met de wijkverpleging meer belang te hechten dan aan samenwerking met enig andere discipline. Aan samenwerking met fysiotherapeuten en maatschappelijk werkenden wordt eenzelfde belang gehecht (minder dan aan samenwerking met wijkverpleegkundigen). Aan samenwerking met gezinszorg wordt het minste belang gehecht, het belang van samenwerking met apothekers ligt zo'n beetje tussen maatschappelijk werkenden en de gezinszorg in. Tabel 5.4 geeft de antwoorden op de vragen naar de prioriteit van samenwerking tussen huisarts en andere disciplines gedetailleerd weer. De prioriteit die de huisarts toekent aan samenwerking met de wijkverpleegkundigen in vergelijking met de fysiotherapeuten kan wellicht worden toegeschreven aan een aantal factoren. De aard van de gezondheidsproblemen van de patiënt naar aanleiding waarvan de huisarts samenwerkt met de wijkverpleegkundige of de fysiotherapeut kan van belang zijn. met de wijkverpleegkundige zal intensiever worden samengewerkt omdat de patiënten die aan haar zorg zijn toevertrouwd ernstiger gezondheidsproblemen hebben dan de patiënten waarvan de behandeling door de fysiotherapeut geschiedt. Daarnaast heeft de fysiotherapeut, in vergelijking met de wijkverpleegkundige, een grotere zelfstandigheid ten opzichte van de huisarts. Tenslotte zou een rol kunnen spelen dat de overlap van de werkgebieden van de huisarts en de wijkverpleging groter is dan die van de huisarts en de fysiotherapeut.

Tabel 5.4.: prioriteit van samenwerking van huisarts met andere eerstelijns disciplines (N=250)

	%hoogste prioriteit			%laagste prioriteit	
wijkverpleging	51	21	13	9	6
fysiotherapeuten	14	35	27	15	9
maatschappelijk werk	22	22	25	23	8
apothekers	19	18	17	19	27
gezinszorg	7	9	15	27	42

Aan het begin van deze paragraaf hebben we gesteld dat het aantal fysiotherapiepraktijken waarnaar huisartsen verwijzen, van invloed zou kunnen zijn op de communicatie en samenwerking rond het verwijzen. Of dit inderdaad het geval is, is nagegaan door de antwoorden uit de bovenstaande tabellen eens afzonderlijk te bekijken voor de huisartsen die hun patiënten slechts naar één of twee fysiotherapiepraktijken verwijzen en de huisartsen die hun patiënten naar meer dan twee verschillende praktijken verwijzen. In tabel 5.5 is deze uitsplitsing gemaakt voor een selectie uit de vragen die in de eerste tabellen weergegeven zijn.

Ofschoon we hier slechts een selectie weergegeven van de vragen, is het beeld duidelijk. Door huisartsen die een verwijsrelatie hebben met een gering aantal verschillende fysiotherapiepraktijken, is de antwoordcategorie 'vaak/altijd' duidelijk vaker aangekruist dan door de huisartsen die hun patiënten naar een groter aantal praktijken verwijzen. Het duidelijkst is dit wel bij de vraag of de huisartsen in de loop van de behandeling contact opnemen met de fysiotherapeut. De helft van de huisartsen die hun patiënten naar één of twee praktijken verwijzen, zeggen dat vaak of altijd te doen; voor de huisartsen die naar meer dan twee verschillende praktijken verwijzen, is het overeenkomstige percentage 16.

Tabel 5.5.: aspecten van samenwerking en communicatie rond de verwijzing uitgesplitst naar huisartsen die naar één of twee praktijken verwijzen (N=162) en huisartsen die naar meer dan twee praktijken verwijzen (N=88)

verkorte omschrijving van de vraag	verwijzingen naar 1 of 2 praktijken			verwijzingen naar 3 of meer praktijken		
	%		%	%		%
	zelden/ nooit	% soms	vaak/ altijd	zelden/ nooit	% soms	vaak/ altijd
- aanbeveling bepaalde fysiotherapeut	15	17	68	12	35	53
- aanbeveling afhankelijk van stoornis patiënt	29	24	47	18	39	43
- gebruik kennis van fysiotherapeut bij stellen van diagnose	16	54	30	14	63	23

Vervolg tabel 5.5.

verkorte omschrijving van de vraag	verwijzingen naar 1 of 2 praktijken			verwijzingen naar 3 of meer praktijken		
	zelden/ nooit	soms	vaak/ zelden	zelden/ nooit	soms	vaak/ zelden
- contact voor de verwijzing	19	48	33	28	56	16
- contact tijdens behandel.	17	32	51	30	54	16
- geven van medisch-technische achtergrondinformatie	5	25	70	10	30	60
- geven van psychosociale achtergrondinformatie	10	47	43	12	54	34
- bezoek patiëntenbespreking	10	7	83	22	12	66

5.2.3. kennis van de fysiotherapie

Bijna alle huisartsen (93%) vinden dat er in de basisopleiding voldoende tijd aan neurologisch onderzoek is besteed. Aan functionele anatomie en orthopaedisch onderzoek is volgens 33% van de huisartsen voldoende tijd besteed. Tijdens de stage periode in de huisartsenopleiding heeft 32% samengewerkt met fysiotherapeuten. De kennis van fysiotherapie die huisartsen hebben na hun opleiding wordt door 14% als voldoende beoordeeld. Nascholingscursussen die betrekking hebben op de fysiotherapie zijn door 33% van de huisartsen gevolgd. De cursus 'Cyriax' is daarbij het meest populair (38%). De huidige kennis van de fysiotherapie wordt door 63% als voldoende beoordeeld en als belangrijkste bronnen van kennis worden aangemerkt: de fysiotherapeut (49%), cursus (10%) en het resultaat van de behandeling (10%). Huisartsen zijn voor iets meer dan de helft (53%) zelf onder fysiotherapeutische behandeling geweest. De zelf ondergane behandeling kan op zich een bron van kennis zijn of motiverend zijn voor de belangstelling voor de fysiotherapie.

5.2.4. de invloed van het ziekenfonds

In de enquête is gevraagd of het ziekenfonds weleens statistische gegevens presenteert waarin de plaats van de betreffende huisarts wordt geschetst ten opzichte van zijn beroepsgenoten die bij hetzelfde ziekenfonds zijn aangesloten.

Het ziekenfonds presenteert bij meer dan de helft (54%) van de huis-

artsen periodieke overzichten per huisarts van het aantal verwijzingen naar de fysiotherapie. Dit kan zijn in de vorm van aangevraagde machtigingen (28%), gedeclareerde behandelingen (26%) of anderszins. 26% van de huisartsen verwijzen meer dan gemiddeld, 18% gemiddeld en 28% minder dan gemiddeld. De overigen kunnen het zich niet meer herinneren.

Dat het ziekenfonds in het algemeen een streng beleid met betrekking tot het machtigen van een fysiotherapeutische behandeling voert, meent 36% van de huisartsen. Bij 5% van de huisartsen is het ziekenfonds betrokken bij overleg tussen huisartsen en fysiotherapeuten en 15% van de huisartsen heeft weleens een individueel gesprek gehad met het ziekenfonds over het aantal verwijzingen naar de fysiotherapie.

Het komt volgens de geënquêteerde huisartsen nooit (40%) of zelden (43%) voor dat de adviserend geneeskundige/fysiotherapeut van het ziekenfonds een patiënt, voor wie een machtiging is aangevraagd, oproept voor onderzoek. Het komt ook nooit (35%) of zelden (39%) voor dat een aangevraagde machtiging voor fysiotherapie afgewezen wordt. In de gevallen dat het voorkomt is de reden voor afwijzing een voortgezette gecombineerde behandeling (35%) of een te langdurige behandeling (44%).

We kunnen hierbij de volgende kanttekening plaatsen. Door het beleid van het ziekenfonds kan de huisarts ontmoedigd zijn machtigingen aan te vragen voor voortgezette gecombineerde behandelingen, ondanks zijn mening dat een gecombineerde behandeling wenselijk is. Het beleid van het ziekenfonds wordt dan weliswaar op dit moment niet meer als streng ervaren, terwijl het dat in wezen wel is. Dezelfde vraag zou vlak na het invoeren van de 1-4 maatregel ons inziens andere antwoorden opgeleverd hebben.

5.2.5. attitudes van huisartsen

De attitudes van de huisartsen ten aanzien van het nut van de fysiotherapie ten opzichte van de tweede lijn, kosten in de gezondheidszorg en klachten waarmee de huisarts geconfronteerd wordt, wordt weergegeven in tabel 5.6. De antwoordcategorieën helemaal mee eens en mee eens enerzijds en helemaal mee oneens en mee oneens anderzijds zijn onder een noemer gebracht.

Een minderheid van de huisartsen is het eens met de stelling dat de kosten van fysiotherapie veel sterker zijn gestegen dan de overige kosten van de gezondheidszorg en dat bij verwijzing naar een medisch-specialist de kans op iatrogene schade groter is dan de kans op schade bij verwijzing naar de fysiotherapeut (respectievelijk 35%

Tabel 5.6.: attitudes van huisartsen (N=250)

	%(helemaal) mee eens	%neutraal	%(helemaal) mee oneens
Bij verwijzing naar een medisch-specialist is de kans op iatrogene schade groter dan schade bij verwijzing naar de fysiotherapeut	36	35	29
Verwijzing naar een fysiotherapeut is in veel gevallen een alternatief voor behandeling in de tweede lijn	50	15	35
De huisarts heeft, door middel van zijn verwijsgedrag, in zijn algemeenheid een grote invloed op de kosten in de gezondheidszorg	73	12	15
Fysiotherapeutische behandeling in de eerste lijn kan opname in een verpleeghuis uitstellen of voorkomen	69	22	9
De kosten van fysiotherapie zijn veel sterker gestegen dan de overige kosten van de gezondheidszorg	35	47	18
Een huisarts moet altijd de beste behandeling voor zijn patiënt voorschrijven, ongeacht de kosten	46	16	38
De meeste klachten waarmee een huisarts geconfronteerd wordt gaan vanzelf over ('self limiting disease')	75	11	14

en 37%). Iets minder dan de helft van de huisartsen is het met de stelling eens dat een huisarts altijd de beste behandeling voor zijn patiënt moet voorschrijven, ongeacht de kosten (46%). De helft van de huisartsen is het eens met de stelling dat verwijzing naar een fysiotherapeut in veel gevallen een alternatief is voor behandeling

in de tweede lijn (50%). Iets meer dan de helft van de huisartsen is het eens met de stelling dat de meeste klachten waarmee een huisarts geconfronteerd wordt vanzelf over gaan (56%). Een meerderheid van de huisartsen is het eens met de stelling dat fysiotherapeutische behandeling in de eerste lijn opname in verpleeg- of ziekenhuis kan uitstellen of voorkomen en dat de huisarts, door middel van zijn verwijsgedrag, in zijn algemeenheid een grote invloed heeft op de kosten in de gezondheidszorg (respectievelijk 69% en 73%).

5.3. Effect van determinanten op de verwijscijfers

We willen hier nagaan wat het effect is van de tot dusver besproken variabelen op het verwijscijfer van de huisarts door middel van een multiple regressie analyse.

De verwijscijfers zoals ze gerapporteerd staan in paragraaf 5.1 (gemiddeld aantal per week) zijn voor dit doel niet goed bruikbaar omdat het aantal patiënten, dat aan de zorg van de huisarts is toevertrouwd, buiten beeld blijft. Om het verwijscijfer voor het aantal patiënten te corrigeren hebben we het week-cijfer gedeeld door het aantal patiënten en vermenigvuldigd met 1.000. In de literatuur wordt het verwijscijfer per jaar bepaald en om aan deze conventie te voldoen hebben we het week-cijfer vermenigvuldigd met 30, het getal dat bij de vergelijking van het geschatte weekcijfer en de verwijsgeregistratie als vermenigvuldigingsfactor uit de bus kwam. De op deze wijze verkregen verwijscijfers dienen zeer voorzichtig geïnterpreteerd te worden als het gaat om de vraag 'wat is het gemiddelde verwijscijfer per jaar?', maar zijn wel bruikbaar om de samenhang van de verwijscijfers met de andere variabelen vast te stellen.

Allereerst zullen we een overzicht geven van de variabelen waarvan we het effect op de verwijscijfers zullen kwantificeren. Dan zullen we variabelen die betrekking hebben op één onderwerp (bijvoorbeeld de enquêtevragen over attitude van de huisartsen ten opzichte van de fysiotherapie) zoveel mogelijk reduceren tot één of twee variabelen. Dit doen we omdat de multiple regressie analyse nogal gevoelig is voor het aantal variabelen waarvan het effect gelijktijdig op het verwijscijfer wordt bepaald. Daarna geven we de enkelvoudige correlaties weer van de onafhankelijke variabelen met het verwijscijfer. Tenslotte stellen we het gelijktijdige effect vast van alle variabelen op het verwijscijfer waarna variabelen zonder noemenswaardig effect uit de regressie analyse verwijderd zullen worden ('backward elimination').

Overzicht van onafhankelijke variabelen.

De volgende variabelen komen in aanmerking om als onafhankelijke variabelen in de regressie vergelijking te worden opgenomen:

- samenwerking/relatie tussen huisarts en fysiotherapeut; verwijzing als uitgangspunt voor samenwerking (de enquêtevragen uit tabel 5.2);
- initiatief tot contact met fysiotherapeuten (de enquêtevragen uit tabel 5.3);
- prioriteit die de huisarts geeft aan samenwerking met fysiotherapeuten (tabel 5.4);
- al of niet bezoeken van patiëntbesprekingen;
- indicatiebreedte van de huisarts;
- kennis van de huisarts omtrent fysiotherapie (in termen van voldoende/onvoldoende);
- invloed van het ziekenfonds (is het beleid van het ziekenfonds al of niet 'streng');
- attitude van huisarts ten opzichte van de fysiotherapie;
- wijze van praktijkvoering van de huisarts (zie tabel 4.5);
- urbanisatiegraad van de plaats waarin de huisarts werkzaam is;
- aanbod van fysiotherapeuten in de plaats waarin de huisarts werkzaam is;
- aanwezigheid van fysiotherapeut in de kennissen- of vriendenkring van de huisarts.
- leeftijdssamenstelling van de praktijkpopulatie (in termen van jong, normaal, vergrijsd).

Reductie van enquêtevragen over één onderwerp naar één of twee variabelen.

In paragraaf 5.2.1 is een analyse-techniek gebruikt om te laten zien dat we de 'indicatiebreedte' van de huisarts kunnen samenvatten als een score zodat de twintig ziektebeelden/symptomen kunnen worden beschreven als één variabele. Deze techniek is niet goed bruikbaar om de vragen over de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut (en dan vooral de vragen die in tabel 5.2 en 5.3 beschreven zijn) samen te vatten in één of enkele variabele(n). Factoranalyse lijkt hiervoor een beter geschikte methode.

In een poging de vragen uit tabel 5.2 (pagina 33) te reduceren naar (twee) onderliggende factoren blijkt dat deze (twee) factoren niet zo geschikt zijn om de vragen/antwoorden samen te vatten (percentage verklaarde variantie is 34%) en dat zij moeilijk zijn te benoemen. Dit wijst erop dat teveel verschillende aspecten van de verwijzing gevraagd worden om de data op deze manier te kunnen reduceren. Wan-

neer we afzien van de vragen over vervolgbehandeling krijgen we een redelijke tweefactor oplossing (50% verklaarde variantie) waarbij de factoren benoemd kunnen worden als 'niet-somatische aspecten' en consultatieve verwijzingen.

Door middel van deze tweefactor oplossing kunnen we elke huisarts karakteriseren met twee factorscores. De factorscores zijn de gewogen som van alle vragen uit tabel 5.2 uitgezonderd de vragen over vervolgbehandelingen. De vragen over het verwijzen van patiënten, waarbij niet-somatische aspecten een rol spelen, wegen zwaar in de eerste factorscore, de vragen over de consultatieve verwijzingen naar een fysiotherapeut wegen zwaar in de tweede factorscore.

Ook bij de vragen uit tabel 5.3 (pagina 36) is een tweefactor oplossing gezocht en die blijkt redelijk te voldoen (percentage verklaarde variantie is 61%). De factoren zijn te benoemen als 'achtergrondinformatie' en 'initiatief tot het opnemen van contact'. Bijvoorbeeld de vraag: 'geeft U op eigen initiatief medisch-technische achtergrondinformatie door?' scoort op beide factoren hoog.

Tenslotte zijn de vragen naar de attitudes van huisartsen (zie tabel 5.5 op pagina 38) met deze techniek geanalyseerd. Een twee factoroplossing voldoet niet helemaal (percentage verklaarde variantie is 38%). De eerste factor kan benoemd worden als 'fysiotherapie en tweede lijn' en de tweede factor als 'kosten'. De volgende tabel (tabel 5.7) geeft een overzicht van de resultaten van de factoranalyses.

Tabel 5.7: Resultaten van factoranalyses van drie groepen enquêtevragen ; aspecten rond de verwijzing, contact tussen huisarts en fysiotherapeut en attitudes van huisartsen (Componenten analyse na varimax-rotatie met twee factoren)

verkorte omschrijving van enquêtevraag	naam, coëfficiënt van eerste factor	naam, coëfficiënt van tweede factor
Aspecten rond de verwijzing	'niet-somatisch'	'consultatieve verwijzingen'
- aanbevelen bepaalde fysiotherapeut	.15	.29
- aanbevelen afhankelijk van stoornis	-.01	.34
- gebruik kennis fysiotherapie voor diagnose	-.09	.55
- verwijzing ter voorlichting patiënt	.24	.50
- verwijzing zonder duidelijk somatische diagnose	.56	.12
- verwijzing van patiënten die meer aandacht vragen	.67	.11
Contact tussen huisarts en fysiotherapeut	'achtergrond info'	'initiatief'
- contact voor verwijzing	.02	.55
- contact tijdens behandeling	.04	.58
- med.techn.achtergrondinfo op eigen initiatief	.35	.49
- med.techn.achtergrondinfo op eigen verzoek	.58	.13
- psycho-soc. info op eigen initiatief	.46	.50
- psycho-soc. info op eigen verzoek	.89	.00

Tabel 5.7 vervolg

verkorte omschrijving van enquêtevraag	naam, coëfficiënt van eerste factor	naam, coëfficiënt van tweede factor
Attitude van huisartsen	'fysiotherapie en de tweede lijn'	'kosten'
- iatrogene schade	.65	.04
- fysiotherapeut alterna- tief voor tweede lijn	.21	.10
- huisarts heeft grote invloed op de kosten	.04	.08
- fysiotherapeut kan op- namen in ziekenhuis uitstellen	.07	.01
- kosten van fysiothera- peut veel sterker ge- stegen	-.10	.64
- huisarts moet beste be- handeling voorschrijven	.06	-.04
- meeste klachten gaan vanzelf over	.04	.12

De hierboven beschreven schaalanalyse en factoranalyses vormen een eerste voorbereidende stap voor de multiple regressie analyse.

Enkelvoudige samenhang van de onafhankelijke variabelen met het verwijscijfer.

Voordat we overgaan tot de presentatie van de enkelvoudige correlatie van de onafhankelijke variabelen met het verwijscijfer, willen we eerst een kanttekening plaatsen bij het aanbod van fysiotherapeuten in de plaats waarin de huisarts zijn praktijk voert. In de beroepenregistratie van de eerstelijnsgezondheidszorg is het aantal fysiotherapeuten per gemeente bekend maar niet bekend is hoeveel uren deze fysiotherapeuten per week werken.

Het aanbod, het aantal fysiotherapeuten per 10.000 inwoners per gemeente, is daarom een wat ruwe maat. Toch nemen we deze maat omdat er op dit moment geen exacte gegevens over het aanbod van fysiotherapie, per gemeente bekend zijn.

De volgende tabel geeft de enkelvoudige correlaties weer van de con-

tinue, onafhankelijke variabelen met het verwijscijfer. In bijlage III is de volledige correlatiematrix van deze variabelen opgenomen.

Tabel 5.8.: correlatie coëfficiënten van determinanten van verwijscijfers met verwijscijfers

determinant	r	
factorscore 'niet somatisch'	.12	
factorscore 'consultatieve verwijzingen'	.17	
factorscore 'geven van achtergrondinfo'	-.01	n.s.
factorscore 'initiatief contact opnemen'	.06	n.s.
factorscore attitude 'fysiotherapie en tweede lijn'	.13	
factorscore attitude 'kosten van gezondheidszorg'	.08	n.s.
prioriteit samenwerking met fysiotherapeuten	.18	
indicatiebreedte	.14	
aanbod van fysiotherapeutische zorg	.19	

Uit de tabel blijkt dat de correlatie coëfficiënten zonder uitzondering laag tot zeer laag zijn, wat wil zeggen dat de 'determinanten' van de verwijscijfers niet of nauwelijks samenhangen met de verwijscijfers.

De overige determinanten van verwijscijfers (invloed ziekenfonds, het al of niet bezoeken van patiëntbesprekingen, de kennis van de huisarts omtrent de fysiotherapie, de wijze van praktijkvoering van de huisarts, de urbanisatiegraad van de plaats waarin de huisarts werkzaam is, het feit of er in de kennissen- of vriendenkring van de huisarts een fysiotherapeut is en de leeftijdssamenstelling van de praktijkpopulatie) zijn discrete variabelen en hun invloed bepalen we door middel van variantie analyse. Er zijn twee variabelen die effect op de verwijscijfers lijken te hebben (significant met $\alpha = .10$). Dit zijn de wijze van praktijkvoering en het feit dat er in de kennissen- of vriendenkring van de huisarts een fysiotherapeut is. Tabel 5.9 geeft deze effecten weer.

Huisartsen die menen dat het ziekenfonds een streng beleid voert verwijzen niet minder patiënten naar de fysiotherapie dan zij die dat niet menen. Huisartsen die regelmatig patiëntbesprekingen met fysiotherapeuten bijwonen, verwijzen ook niet meer patiënten naar de fysiotherapie dan zij die deze besprekingen niet bijwonen. De kennis

Tabel 5.9.: afwijking van het gemiddelde verwijscijfer per 1.000 patiënten per jaar naar wijze van praktijkvoering en naar aanwezigheid van fysiotherapeut in kennissen- of vriendenkring

variabele	afwijking van gemiddelde	N
wijze van praktijkvoering		
solo	- 4.1	105
associatie	- 0.5	74
groepspraktijk	+ 9.9	12
gezondheidscentra	+16.6	28
fysiotherapeut als kennis of vriend		
ja	+ 5.4	128
nee	- 8.2	84

van huisartsen omtrent de fysiotherapie heeft ook geen effect op het aantal verwijzingen en evenmin doet het er iets toe wat de urbanisatiegraad is van de gemeente waarin de huisarts zijn praktijk voert. Ook de vraag naar de leeftijdssamenstelling van de patiënten in de praktijk (in termen van jong, normaal, vergrijsd) heeft geen effect op het verwijscijfer.

Multiple regressie analyse.

De beschrijving van de enkelvoudige samenhang van het verwijscijfer met alle variabelen die aan het begin van deze paragraaf zijn genoemd, vormt de tweede en laatste voorbereidende stap voor de multiple regressie analyse.

Allereerst zullen we nu alle onafhankelijke variabelen, los van het feit of hun enkelvoudige samenhang met het verwijscijfer significant is of niet, in de multiple regressie analyse opnemen. Zo stellen we de 'bovengrens' van het verklarende model vast.

De variantie van de verwijscijfers wordt voor 20% verklaard door de gelijktijdige invloed van alle onafhankelijke variabelen samen; 20% verklaarde variantie is weinig, te meer daar dit de bovengrens van het model is. Als we de onafhankelijke variabelen die niet significant bijdragen aan het percentage verklaarde variantie uit het model verwijderen, zal dit percentage minder worden. Een analyse van de bijdragen van onafhankelijke variabelen aan de verklaarde variantie

in samenhang met de significantie van hun regressie gewichten noopt ons het model af te slanken tot we slechts vier onafhankelijke variabelen overhouden. In tabel 5.10 staan de resultaten van dit afgeslankte model.

Tabel 5.10: resultaten van de regressie analyse van vier onafhankelijke variabelen op het verwijzingscijfer (verklaarde variantie $R^2=,12$)

variabele	regressiecoëfficiënt	T-waarde
prioriteit samenwerking met fysiotherapeuten	4.39	2.17
aanbod van fysiotherapeutische zorg	2.51	2.71
fysiotherapeut als kennis of vriend*	12.2	2.58
wijze van praktijkvoering		
associatie*	1.07	0.21
groepspraktijk*	8.68	0.86
gezondheidscentrum*	19.5	2.48
constante	16.8	1.78
*dummy variabele		

De variantie die door de vier overgebleven variabelen wordt verklaard is 12%. Dit betekent dat het model erg weinig variantie verklaard, zo weinig dat nauwelijks van een verklarend model kan worden gesproken. Het model kan als volgt worden geïnterpreteerd. Wanneer we rekening houden met de gelijktijdige invloed van de vier onafhankelijke variabelen, dan geldt:

- als de rangordening van de prioriteit van samenwerking één hoger is, is het aantal verwijzingen per 1.000 patiënten per jaar 4.4 hoger;
- als het aanbod van fysiotherapeutische zorg in de directe omgeving van de huisarts één fysiotherapeut per 10.000 inwoners hoger is, is het aantal verwijzingen per 1.000 patiënten per jaar 2.5 hoger;
- wanneer een huisarts in zijn kennis- of vriendenkring een fysiotherapeut heeft, verwijst hij meer (12.2) per 1.000 patiënten per jaar dan wanneer dit niet zo is;
- als een huisarts in een gezondheidscentrum gevestigd is, verwijst

hij meer (19.3) per 1.000 patiënten per jaar dan wanneer hij als solist is gevestigd.

Deze laatste bevinding is opmerkelijk wanneer wij dit in het licht houden van het resultaat van Wijkel (1986) die vindt dat huisartsen in gezondheidscentra minder patiënten naar de specialist verwijzen dan huisartsen in solopraktijken. Blijkbaar is er door middel van de gezondheidscentra een structuur geschapen waarbinnen het beleid van de overheid, als het gaat om substitutie van tweedelijns- door eerstelijnsgezondheidszorg, gestalte kan krijgen.

Ook opmerkelijk is het feit dat huisartsen in gezondheidscentra meer verwijzen terwijl Bertels et al. (1985) rapporteren dat huisartsen in Amsterdamse gezondheidscentra minder verwijzen dan de gemiddelde Amsterdamse huisarts. Blijkbaar wijkt de situatie in Amsterdam toch wel enigszins af van de landelijke situatie.

Hierboven is de multiple regressie analyse beschreven waarbij de eerste voorbereidende stap bestond uit een samenvatting van verschillende enquêtevragen over één onderwerp door middel van twee factorscores. Nadeel van deze methode (los gezien van het feit dat geen enkele factorscore in het afgeslankte regressiemodel kon worden gehandhaafd) is dat de interpretatie van deze factorscores niet eenvoudig is. Voordeel van deze methode is dat de informatie van een aantal enquêtevragen in een variabele wordt gebundeld. Omdat de uiteindelijke resultaten van de multiple regressie analyse wat teleurstellend zijn, verlaten we deze methode en gaan zonder eerste voorbereidende stap over tot het vormen van een iets ander multiple regressie model.

De enquêtevragen waarmee de factoranalyses zijn uitgevoerd, zijn in dit model als afzonderlijke variabelen opgenomen. Hierbij bleek dat twee enquêtevragen een significante bijdrage leveren aan het verhogen van de verklaarde variantie van het model van tabel 5.10. Deze twee enquêtevragen betreffen het verwijzen van patiënten voor voorlichting over de lichaamshouding in de werksituatie en de attitude dat fysiotherapeutische behandeling in veel gevallen een alternatief vormt voor behandeling in de tweede lijn. Toevoegen van deze variabelen aan het model van tabel 5.10 levert een verklaarde variantie van 17% op. De regressie coëfficiënten van de vier onafhankelijke variabelen uit tabel 5.10 veranderen nauwelijks. De voorlichtingsvraag heeft een regressie coëfficiënt van 5.79 (T-waarde 2.21) de attitude vraag heeft een regressie coëfficiënt van 3.99 (T-waarde 1.79). Uit ander onderzoek (Dopheide, 1982) blijkt dat het percentage verklaarde variantie in verwijscijfers van huisartsen naar me-

disch specialisten op het platteland en in forensengemeenten ongeveer 25% bedraagt. Het verklaarde percentage wat hier gevonden is wijkt daar niet veel van af.

5.4. Samenvatting

We hebben in dit hoofdstuk de antwoorden van huisartsen weergegeven op een aantal vragen die betrekking hebben op het verwijzen van patiënten naar fysiotherapeuten, op de klachten/symptomen waarbij verwijzing geïndiceerd is en op de samenwerking en communicatie tussen huisartsen en fysiotherapeuten. Het hoofdstuk heeft voor het grootste deel een beschrijvend karakter, maar waar dat zinvol is hebben we afzonderlijke antwoorden samengevoegd tot totaalscores, bijvoorbeeld om de breedte van het indicatiegebied voor verwijzing naar fysiotherapie te karakteriseren. De laatste paragraaf van het hoofdstuk heeft een meer analyserend karakter, omdat daarin het aantal verwijzingen naar fysiotherapeuten in verband gebracht is met andere variabelen die mogelijk van invloed zijn op het aantal verwijzingen. Om met het aantal verwijzingen te beginnen: aan de huisartsen is gevraagd een schatting te maken van het aantal patiënten dat ze per week naar een fysiotherapeut verwijzen. Dat aantal bedraagt gemiddeld net iets meer dan vier patiënten. Omdat het hier om een schatting gaat moet zo'n cijfer niet al te absoluut genomen worden. Voor de peilstationsartsen die een jaar lang hun verwijzingen geturfd hebben en die ook de enquête ingevuld hebben, is na gegaan in hoeverre de schatting met de (geturfde) werkelijkheid overeenkomt. De correlatie tussen beide grootheden bleek zeer groot te zijn (.83). Als mogelijke determinanten van het verwijscijfer is een aantal variabelen besproken. De eerste is de indicatiebreedte, samengesteld op basis van de antwoorden op de vraag of men twintig kort beschreven klachten/symptomen een indicatie voor verwijzing naar een fysiotherapeut acht. Het bleek dat de causbeschrijvingen duidelijk te ordenen zijn van gevallen die door bijna alle huisartsen een indicatie voor fysiotherapie geacht worden (zoals multiple sclerose, cervicobrachiaal syndroom, CVA), naar gevallen die het gros van de huisartsen geen indicatie vindt (zoals ulcus cruris en acne vulgaris). De antwoorden zijn per huisarts samengevoegd tot een totaalscore die de indicatiebreedte indiceert. De gemiddelde score bedraagt tien, ofwel: gemiddeld vinden de huisartsen de helft van de voorgelegde casus een indicatie voor fysiotherapie. Om na te gaan of de scores op de schaal voor indicatiebreedte samen-

hangen met het verwijscijfer (na weging voor verschillen in praktijkgrootte tussen de huisartsen) is de correlatie tussen beide berekend. Deze bedraagt .14, een zwakke, maar wel statistisch significante samenhang.

De tweede groep variabelen die in dit hoofdstuk besproken is, heeft betrekking op samenwerking en communicatie tussen huisartsen en fysiotherapeuten met name rond de verwijzing. Een opvallend gegeven is dat er nogal wat huisartsen zijn die hun patiënten naar een groot aantal praktijken verwijzen (of misschien is het beter om te zeggen: die de keuze van een fysiotherapeut vooral aan hun patiënten overlaten). Het is gebleken dat de huisartsen die hun patiënten naar een groter aantal fysiotherapiepraktijken verwijzen, de vragen over samenwerking en communicatie rond de verwijzing anders ingevuld hebben dan de huisartsen die verwijsrelaties met een beperkt aantal fysiotherapiepraktijken hebben. De laatstgenoemden hebben bijvoorbeeld vaker contact met de fysiotherapeut vóór zij een patiënt verwijzen en veel vaker contact in de loop van de behandeling.

Door factor-analyse is een aantal van de vragen over samenwerking en communicatie rond de verwijzing, samengevoegd tot samengestelde scores die weer in verband gebracht zijn met de verwijscijfers. Twee van dergelijke samengestelde scores - een waarin de vragen over het aanbevelen van een fysiotherapeut bij de verwijzing zwaar wegen en een waarin de vragen over het verwijzen bij niet-somatische klachten zwaar wegen - blijken een zwakke, doch significante samenhang met het verwijscijfer te vertonen.

Gevraagd naar de prioriteit die zij aan samenwerking met andere eerstelijns hulpverleners toekennen, blijkt dat huisartsen de hoogste prioriteit aan samenwerking met de wijkverpleging toekennen, terwijl de samenwerking met fysiotherapeuten en maatschappelijk werkenden een gedeelte tweede plaats inneemt. Uit de analyse van de verwijscijfers blijkt dat huisartsen die een hogere prioriteit toekennen aan samenwerking met fysiotherapeuten, een hoger verwijscijfer hebben.

Slechts 14% van de huisartsen beoordeelt zijn kennis van de fysiotherapie aan het einde van de opleiding als voldoende. De huidige kennis over fysiotherapie wordt door bijna twee derde voldoende geacht. Door contacten met fysiotherapeuten, nascholing en door wat men aan resultaten van fysiotherapeutische behandeling ziet, neemt de kennis blijkbaar toe. Overigens blijkt de beoordeling van de kennis die men heeft van de fysiotherapie noch positief noch negatief samen te hangen met het aantal verwijzingen.

Een derde van de huisartsen heeft het idee dat het beleid van het

ziekenfonds met betrekking tot het machtigen van fysiotherapeutische behandelingen streng is, maar de antwoorden op de vragen hieromtrent hangen niet samen met het verwijscijfer.

Aan de huisartsen zijn enkele vragen voorgelegd waarin hun mening gevraagd wordt over het nut van fysiotherapie ten opzichte van behandeling in de tweede lijn en de kosten in de gezondheidszorg. Uit de beantwoording van de vragen blijkt dat de huisarts zich bewust is van zijn invloed op de kosten van de gezondheidszorg en van mening is dat fysiotherapie in veel gevallen een alternatief is voor behandeling in de tweede lijn. Uit de beantwoording van alle vragen zijn twee samengestelde scores berekend. De samengestelde score die betrekking heeft op het nut van fysiotherapie ten opzichte van behandeling in de tweede lijn vertoont een zwakke, significante samenhang met het verwijscijfer. De wijze waarop de vraagstelling met betrekking tot de substitutie van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg beantwoord kan worden, zal centraal staan in het deel van het onderzoek naar fysiotherapie in poli-klinische en klinische situaties. De beschikbaarheid van fysiotherapeuten in het gebied waar de geëquëteerde huisartsen praktiseren, vertoont een positieve samenhang met de hoogte van het verwijscijfer: huisartsen die in een gebied werkzaam zijn waar een groter aantal fysiotherapeuten (in verhouding tot de bevolkingsomvang) werken, verwijzen meer patiënten naar fysiotherapeuten.

Wanneer we de gelijktijdige invloed van al de determinanten van verwijscijfers op de verwijscijfers bepalen, blijkt het multiple regressie model zeer weinig verklarende kracht te hebben. Ook blijkt de invloed van de meeste determinanten niet noemenswaardig te zijn. De determinanten waarvan het duidelijk is dat zij wel invloed hebben op de verwijscijfers zijn: het aanbod van fysiotherapeutische zorg in de plaats waarin de huisarts werkzaam is, de prioriteit die de huisarts toekent aan samenwerking met fysiotherapeuten, de wijze waarop de huisarts praktijk voert en de aanwezigheid van een fysiotherapeut in de kennissen- of vriendenkring van de huisarts.

6. RESULTATEN VAN DE GEGEVENS UIT DE FYSIOTHERAPEUTENENQUETE

Dit hoofdstuk is opgebouwd uit zes paragrafen. In de eerste paragraaf komt het aantal patiënten dat gemiddeld per week in de praktijk in behandeling wordt genomen aan bod. De tweede paragraaf gaat over de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut op praktijk niveau en de derde paragraaf gaat over de taakopvatting van de individuele fysiotherapeut en de indicatiestelling voor doorverwijzing naar de fysiotherapie. In paragraaf vier wordt de invloed van het ziekenfonds beschreven en in paragraaf vijf komen de overige variabelen uit de enquête aan bod. Waar mogelijk zullen we de mening van de fysiotherapeut vergelijken met de mening van de huisarts. Overigens moeten we hierbij aantekenen dat het onderzoek niet plaats gevonden heeft bij paren van naar elkaar verwijzende of samenwerkende huisartsen en fysiotherapeuten, zodat een zekere discrepantie tussen de antwoorden te verwachten is. De antwoorden van de fysiotherapeuten uit de aselechte steekproef en de registrerende fysiotherapeuten zijn tezamen genomen, met dien verstande dat in de meeste gevallen de gegevens van één, willekeurig gekozen fysiotherapeut per registrerende praktijk zijn opgenomen. Dit is gedaan om te voorkomen dat een betrekkelijk klein aantal registrerende praktijken waar veel therapeuten werkzaam zijn een te groot gewicht in de antwoorden zou krijgen. Bij zaken als taakopvattingen die vooral individueel bepaald zullen zijn, is dat niet zo'n probleem en zijn de antwoorden van alle fysiotherapeuten meegeteld. Waar het gaat om communicatie en samenwerking rond de verwijzing zijn de antwoorden van verschillende fysiotherapeuten uit één praktijk echter niet onafhankelijk van elkaar. Of we alle fysiotherapeuten hebben meegerekend of van de registrerende praktijken slechts één per praktijk, is te zien in het aantal respondenten, zoals vermeld in de koppen van de tabellen (respectievelijk 334 en 257).

De steekproef is getrokken uit de populatie van alle in Nederland werkzame fysiotherapeuten. Wanneer we uitspraken willen doen over de praktijken waarin de fysiotherapeuten werken (het aantal in behandeling genomen patiënten is hiervan een voorbeeld) moeten we corrigeren voor de grootte van de praktijk, in termen van het aantal fysiotherapeuten dat daar werkzaam is, omdat de kans dat een bepaalde praktijk in de steekproef zit evenredig is aan het aantal fysiotherapeuten dat in die praktijk werkt. De resultaten die beschreven

worden in paragraaf 1 en 2 zijn daarom gewogen voor het aantal fysiotherapeuten dat in de praktijk werkzaam is.

De antwoorden van de fysiotherapeuten uit de aselechte steekproef bleken (met uitzondering van één) niet te verschillen van de antwoorden van de registrerende fysiotherapeuten. Deze uitzondering betreft de vraag over verwijzingen alleen voor voorlichting; dit werd door de registrerende fysiotherapeuten iets vaker signaleerd. Het ontbreken van verschillen tussen registrerende fysiotherapeuten en hun beroepsgenoten uit de aselechte steekproef vormt de motivatie om de resultaten gezamenlijk te beschrijven.

6.1. Aantal patiënten dat per week in behandeling wordt genomen

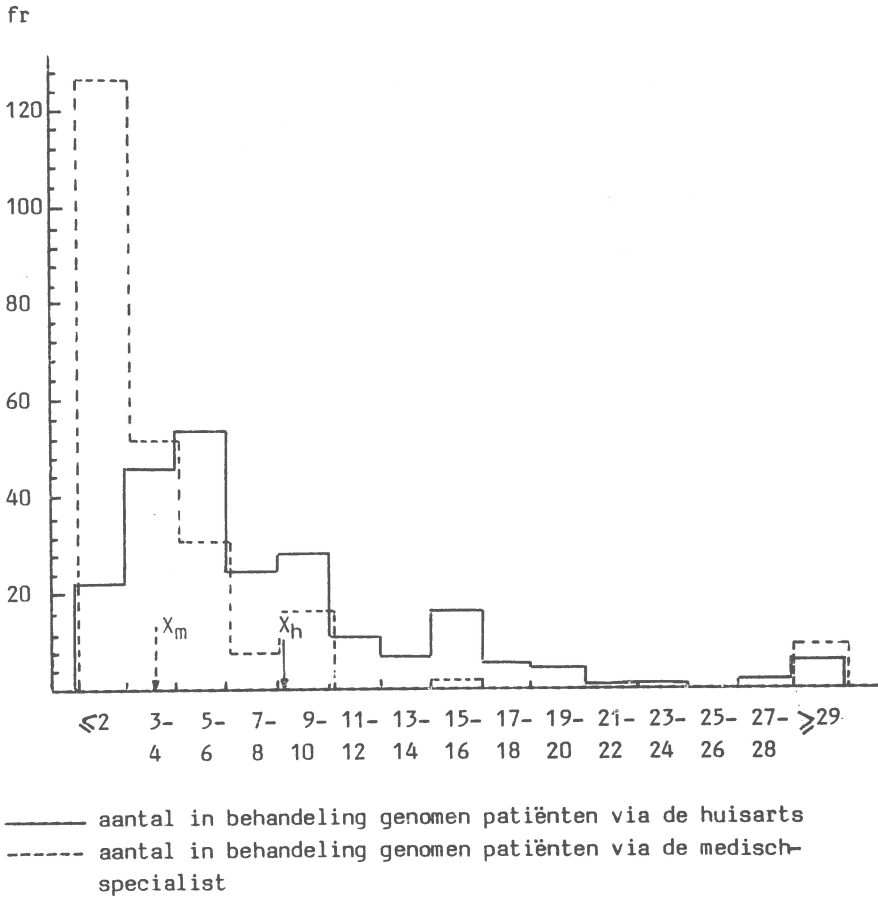
In de enquête is gevraagd naar het aantal nieuwe patiënten dat (gemiddeld) per week in de praktijk in behandeling wordt genomen via de huisarts en via de medisch-specialist, beide vragen gevolgd door een open antwoordcategorie. Een nieuwe patiënt is een patiënt die voor het eerst in behandeling wordt genomen of al eerder onder behandeling is geweest maar in ieder geval een tijdje klachtenvrij was. Dit in tegenstelling tot een chronische patiënt die al of niet regelmatig wordt behandeld maar nooit geheel klachtenvrij is. Het aantal nieuwe patiënten dat per week via doorverwijzing van de huisarts in behandeling wordt genomen bedraagt gemiddeld 8.5 (minimum is .5, maximum is 45 en de standaarddeviatie is 7.0). Het aantal nieuwe patiënten dat per week via doorverwijzing van de medisch-specialist in behandeling wordt genomen bedraagt gemiddeld 3.4 (minimum is 0, maximum is 35 en de standaarddeviatie is 4.0).

In dit stadium van het onderzoek kunnen we de antwoorden van de registrerende fysiotherapiepraktijken niet vergelijken met hun registratie van nieuwe patiënten omdat deze registratie nog niet geheel is afgesloten.

6.2. Samenwerking tussen fysiotherapeut en huisarts

Fysiotherapiepraktijken krijgen hun patiënten binnen via meerdere medisch-specialisten (gemiddeld zeven) en huisartsen (gemiddeld acht). Het aantal huisartsen waarmee regelmatig overleg gevoerd wordt bedraagt gemiddeld vier. Met een huisarts die incidenteel pa-

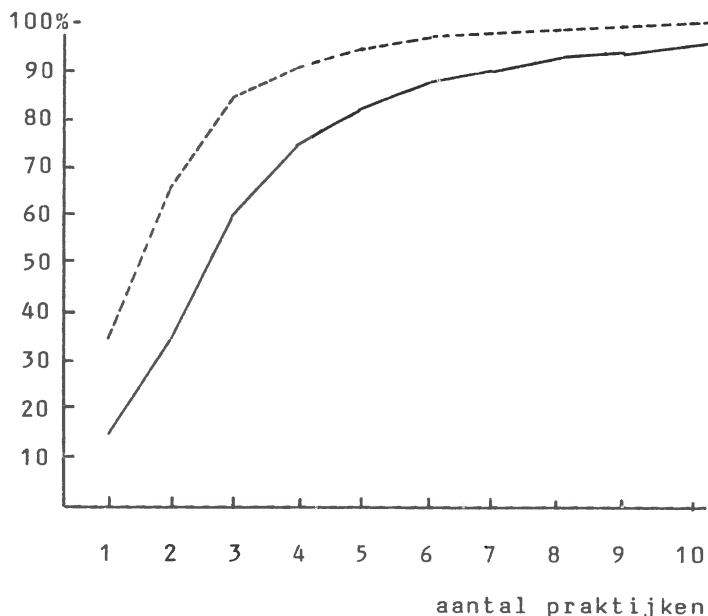
Figuur 6.1.: frequentieverdeling van het aantal in behandeling genomen patiënten door fysiotherapiepraktijken (N=258)



tiënten verwijst zal geen regelmatig overleg gevoerd worden. Analoog aan de figuur die in hoofdstuk vijf gegeven is voor het aantal praktijken waarnaar huisartsen hun patiënten verwijzen, geven we in figuur 6.2 (zie volgende bladzijde) de cumulatieve verdeling van het aantal huisartsen van wie fysiotherapeuten hun patiënten ontvangen (doorgetrokken lijn) en het aantal waarmee zij regelmatig overleggen (stippellijn).

De helft van de fysiotherapeuten ontvangt zijn patiënten van minder dan zes verschillende huisartsen. Slechts 4% van de fysiotherapeuten heeft met geen van de huisartsen regelmatig overleg, terwijl bijna 40% overleg heeft met een tot drie huisartsen. Overigens werkt een kwart van de fysiotherapeuten in een gestructureerd samenwerkingsverband waarvan ook huisartsen deel uitmaken. Voor een deel betreft dit de fysiotherapeuten die in gezondheidscentra werken (7% van de totale steekproef) en fysiotherapeuten die deel uitmaken van een hometeam (6% van het totaal).

Figuur 6.2.: cumulatieve verdeling van het aantal huisartsen van wie fysiotherapeuten hun patiënten ontvangen en van het aantal waarmee zij regelmatig overleg hebben (N=258)



Tabel 6.1 beschrijft enkele aspecten van het overleg dat tussen fysiotherapeut en huisarts wordt gevoerd.

Tabel 6.1.: communicatie tussen fysiotherapeut en huisarts (N=257)

	% nooit	% zel- den	% soms	% vaak	% al- tijd
Neemt de huisarts afgezien van de verwijsbrief contact met U op als hij een patiënt naar U verwijst?	1	26	60	10	3
Neemt de huisarts contact met U op in de loop van de behandeling?	21	47	29	3	0
Neemt U (telefonisch) contact op met huisartsen in de loop van de behandeling?	0	7	71	19	3
Geeft U de huisarts schriftelijke rapportage van het resultaat van de behandeling?	3	7	13	24	53
Ook als de patiënt klachtenvrij is?	7	13	16	21	43
Worden Uw verzoeken om een vervolgbehandeling in te stellen door huisartsen gehonoreerd?	0	0	1	42	57
Vraagt U weleens aan de behandelend arts om röntgenfoto's te laten maken (als de klachten daartoe aanleiding geven)?	3	10	57	19	11
Krijgt U ongevraagd medisch-technische achtergrondinformatie van de (huis)arts? (b.v. over medicatie)?	10	27	34	24	5
En op Uw verzoek?	0	2	9	16	73
Krijgt U ongevraagd psycho-sociale achtergrondinformatie van de huisarts?	10	28	44	15	3
En op Uw verzoek?	1	2	11	25	62

Met de fysiotherapeut wordt door de huisarts soms contact opgenomen (afgezien van de verwijsbrief) bij verwijzing van een patiënt, en zelden/soms in de loop van de behandeling. De mening van de fysiotherapeuten stemt duidelijk overeen met de mening van de huisartsen (zie tabel 5.3). Fysiotherapeuten nemen ook soms contact op met de huisarts in de loop van de behandeling. Schriftelijke rapportage wordt door het merendeel van de fysiotherapeuten vaak/altijd gegeven en dit gebeurt ook, zij het in iets mindere mate, als de patiënt klachtenvrij is. Het verzoek van de fysiotherapeut om een vervolgbehandeling wordt vaak/altijd gehonoreerd. Het beeld dat de fysiotherapeut hier omtrent schetst is iets positiever dan de mening van de huisarts die zegt dergelijke verzoeken soms/ vaak te honoreren (zie tabel 5.2). De fysiotherapeut krijgt soms ongevraagd medisch-technische achtergrondinformatie en op verzoek wordt dit altijd gegeven. Uit tabel 5.3 blijkt dat de huisarts van mening is dat hij soms/ vaak medisch-technische achtergrondinformatie geeft en wanneer de fysiotherapeut erom verzoekt: vaak. Er bestaat dus een klein verschil van mening omtrent het geven van medisch-technische achtergrondinformatie tussen fysiotherapeut en huisarts. De fysiotherapeut krijgt ook soms psycho-sociale achtergrondinformatie van de huisarts en op verzoek vaak/altijd. De mening van de huisarts stemt hiermee overeen (zie tabel 5.3). Wanneer de klachten daartoe aanleiding geven vraagt de fysiotherapeut soms aan de behandelend arts om röntgenfoto's te laten maken en uit de huisartsenquête blijkt dat deze vraag vaak gehonoreerd wordt.

De fysiotherapeut is van mening dat de huisarts zelden/soms hun hulp inroept voor het stellen van een diagnose terwijl de huisarts van mening is dat dit soms/ vaak is. Verwijzingen alleen voor voorlichting over de lichaamshouding in de werksituatie worden volgens de fysiotherapeut nooit/zelden gedaan en volgens de huisarts zelden/soms. Verwijzingen van patiënten zonder duidelijke somatische diagnose worden volgens de fysiotherapeut soms gedaan terwijl de huisarts van mening is dat dit zelden gebeurt.

Ook in de enquête aan fysiotherapeuten zijn vragen gesteld omtrent (het bijwonen van) bijeenkomsten met huisartsen waarop patiënten kunnen worden besproken of algemene informatie uitgewisseld kan worden.

Bij iets minder dan de helft (43%) van de fysiotherapeuten zijn regelmatig bijeenkomsten met huisartsen waarop patiënten kunnen worden besproken en wanneer zij er zijn worden zij gemiddeld twee maal per

maand gehouden en door de fysiotherapeuten vaak (13%) of altijd (70%) bezocht. Op dergelijke bijeenkomsten zijn fysiotherapeuten iets vaker aanwezig dan huisartsen (zie pagina 30). Bijeenkomsten waarop patiënten kunnen worden besproken worden ook gebruikt om algemene informatie uit te wisselen. Slechts in 10% van de bijeenkomsten waarop algemene informatie uitgewisseld wordt, worden geen patiënten besproken. Ditzelfde beeld vinden we bij de huisartsen.

Net zo goed als dat het voor huisartsen die hun patiënten naar veel verschillende fysiotherapiepraktijken verwijzen, moeilijk is met alle praktijken intensief samen te werken, zal het voor fysiotherapeuten die hun verwijzingen van een groter aantal verschillende huisartsen krijgen, moeilijk zijn intensief met hen samen te werken. We hebben ook hier een aantal van de eerder besproken vragen uitgesplitst naar fysiotherapeuten die met veel huisartsen (meer dan zes) een verwijsrelatie hebben en degenen die hun patiënten van een geringer aantal huisartsen ontvangen (zes of minder).

Het beeld dat uit tabel 6.2 (zie volgende bladzijde) naar voren komt is in grote lijnen hetzelfde als bij de uitsplitsing van de huisartsen in hoofdstuk 5, zij het dat de verschillen tussen de twee groepen fysiotherapeuten kleiner zijn dan de verschillen tussen de twee groepen huisartsen.

Een afwijking van het patroon is te zien bij het percentage fysiotherapeuten dat zegt vaak of altijd een schriftelijk verslag na afloop van de behandeling te geven. Dit percentage is lager onder de fysiotherapeuten die hun patiënten van een kleiner aantal verschillende huisartsen ontvangen. Daar staat echter tegenover dat deze fysiotherapeuten vaker mondeling verslag doen aan het eind van de behandeling dan hun collega's die met een groter aantal huisartsen te maken hebben.

Tabel 6.2.: aspecten van de samenwerking en communicatie tussen fysiotherapeuten en huisartsen, uitgesplitst naar fysiotherapeuten die hun patiënten van zes of minder huisartsen ontvangen (N=132) en fysiotherapeuten die hun patiënten van meer dan zes huisartsen ontvangen (N=124)

korte omschrijving van de vraag	patiënten van zes of minder huisartsen			patiënten van zeven of meer huisartsen		
	%	%	%	%	%	%
	zelden/ nooit	soms	vaak/ altijd	zelden/ nooit	soms	vaak/ altijd
- vragen huisartsen hulp bij diagnose	56	34	10	52	40	8
- contact door huisarts vóór verwijzen	25	58	17	31	60	9
- contact door huisarts tijdens behandeling	64	33	3	72	25	3
- zelf contact met huisarts tijdens behandeling	7	70	23	7	74	19
- krijgt medisch-technische achtergrondinformatie	35	34	31	39	34	27
- krijgt psycho-sociale achtergrondinformatie	38	42	20	38	47	15
- geeft schriftelijk verslag na behandeling	15	18	67	4	7	89
- geeft mondeling verslag na behandeling	11	46	43	28	42	30
- bijwonen patiënten besprekingen	13	10	79	14	11	75

6.3. Indicatiebreedte en taakopvatting van fysiotherapeuten

Analoog aan de indicatiebreedte van de huisartsen (zie 5.2.1) zijn de twintig ziektebeelden ook aan de fysiotherapeut gepresenteerd met de vraag aan te geven welk ziektebeeld een indicatie geacht wordt voor doorverwijzing naar de fysiotherapie. In strikte zin heeft het weinig betekenis om bij de fysiotherapeut van 'indicatiebreedte' te spreken (de fysiotherapeut is immers geen verwijzer). Veeleer betreft het de vraag of de fysiotherapeut nog behandelbare aspecten aan de gepresenteerde ziektebeelden onderscheidt.

Uit tabel 6.3 blijkt dat met uitzondering van 'lymfoedeem' (86%),

Tabel 6.3.: twintig ziektebeelden en het percentage fysiotherapeuten dat deze ziektebeelden een indicatie acht voor doorverwijzing (N=334). Ter vergelijking zijn ook de antwoorden van de huisartsen gepresenteerd.

	% fysiotherapeuten dat ziektebeeld indicatie acht	% huisartsen dat ziektebeeld indi- catie acht
1 multiple sclerose	96	97
2 cervico-brach. syn.	100	97
3 CVA	99	95
4 kyfoscoliose	100	94
5 ischialgie	99	92
6 frozen shoulder	99	92
7 hyperventilatie	94	77
8 epicondylitis	99	71
9 spanningshoofdpijn	95	70
10 acute torticollis	97	58
11 lymfoedeem	86	52
12 contusie rechterenkel	93	48
13 acute bronchitis	70	40
14 herpes zoster	90	32
15 carpaal tunnel syn.	70	15
16 krampen	64	10
17 psoriasis	47	6
18 M. Raynaud	60	5
19 ulcus cruris	66	4
20 acne vulgaris	35	2

'acute bronchitis' (71%), 'carpaal tunnel syndroom' (70%), 'krampen' (64%), 'M. Raynaud' (61%), 'psoriasis' (47%) en 'acne vulgaris' (35%), alle ziektebeelden door het overgrote deel van de fysiotherapeuten een indicatie geacht wordt voor doorverwijzing naar fysiotherapie. Alleen voor 'psoriasis' en 'acne vulgaris' geldt dat minder dan de helft van het aantal fysiotherapeuten deze ziektebeelden een indicatie acht voor doorverwijzing naar de fysiotherapie. Uit de vergelijking van de antwoorden van de fysiotherapeuten met die van de huisartsen moge duidelijk zijn dat de fysiotherapeut nog behandelbare aspecten aan de gepresenteerde ziektebeelden onderscheidt, ook al is de arts van mening dat een ziektebeeld geen indicatie is voor doorverwijzing naar de fysiotherapeut.

Taakopvatting van de fysiotherapeut

Een groot deel van de enquête aan de fysiotherapeuten betreft de taakopvatting die zij hebben, alleen al omdat de lijst driemaal is voorgelegd. De eerste maal voorafgegaan door de vraag in hoeverre de fysiotherapeut de opgesomde onderdelen van het werk tot zijn taak acht, de tweede maal voorafgegaan door de vraag in welke mate de fysiotherapeut in zijn dagelijkse praktijk aan de opgesomde delen toekomt, en de derde maal tenslotte voorafgegaan door de vraag welk belang de fysiotherapeut toekent aan de onderscheiden aspecten.

Wanneer we de opgesomde onderdelen en de beantwoording van de vraag welk van die onderdelen de fysiotherapeut een taak acht, als uitgangspunt nemen blijkt het volgende: Driekwart of meer van de fysiotherapeuten vindt zeker wel een taak: Inzicht verschaffen in de aard en omvang van de hulp die hij kan bieden, inzicht krijgen in de verwachting van de patiënt in relatie tot de klachten, overleggen met de patiënt bij wijziging van de doelstelling van de behandeling, de zelfzorg van de patiënt stimuleren, de patiënt voorlichten over mogelijkheden om hernieuwd optreden van de klachten te voorkomen, de verwijzer en de patiënt op de hoogte stellen van de (on)mogelijkheden van de fysiotherapie, een deugdelijke registratie van patiënten en hun behandeling bijhouden en samenwerken met huisarts en medisch-specialist.

In iets mindere mate vinden zij hun taak (meer dan de helft vindt het zeker wel); de problemen van de patiënt inventariseren, het eigen handelen (met collega's ter discussie stellen, de patiënt betrekken bij het opstellen van het behandelplan, psycho-sociale achtergronden van de patiënt betrekken bij de opstelling van het behandelplan, grenzen van de fysiotherapie vaststellen om psycho-sociale aspecten in de behandeling te betrekken, overleggen met de verwijzer

bij wijziging van de doelstelling(en) van de behandeling en samenwerking met collega's.

De overige opgesomde onderdelen van hun werk vindt minder dan de helft van de fysiotherapeuten zeker wel een taak. Deze onderdelen zijn: onderlinge organisatie van bereikbaarheid tijdens avond, nacht en weekend, bij de keuze van de behandeling van de patiënt rekening houden met de kosten voor deze patiënt of zijn/haar verzekering, het behandelplan opstellen in afstemming met andere hulpverleners, alleen die therapieën toepassen waarvan het effect aangetoond is en samenwerken met maatschappelijk werk, wijkverpleegkundigen en gezinszorg. Tabel 6.4 geeft de resultaten in detail weer.

Tabel 6.4.: taakopvatting van fysiotherapeuten over onderdelen van hun werk (N=334)

	% zeker geen taak			% zeker een taak	
Inzicht verschaffen in de aard en omvang van de hulp die hij kan bieden	0	2	5	16	77
De problemen van de patiënt inventariseren	1	3	13	24	59
Onderlinge organisatie van bereikbaarheid tijdens avond, nacht en weekend	9	12	18	16	45
Bij de keuze van de behandeling van de patiënt rekening houden met de kosten voor deze patiënt of zijn/haar verzekering	26	16	19	13	26
Het eigen handelen (met collega's) ter discussie stellen (bv. intercollegiale toetsing)	2	2	13	23	60
Inzicht krijgen in de verwachtingen van de patiënt in relatie tot de klachten	1	1	4	18	76

Vervolg tabel 6.4.

	% zeker geen taak			% zeker een taak	
De patiënt betrekken bij de opstel- ling van het behandelplan	2	4	12	23	59
Het behandelplan opstellen in af- stemming met andere hulpverleners	2	4	18	28	48
Psycho-sociale achtergronden van de patiënt in zijn/haar klachten betrek- ken bij de opstelling van het behan- delplan	1	4	12	26	57
Grenzen van de fysiotherapie vast- stellen om psycho-sociale aspecten in de behandeling te betrekken	1	4	15	23	57
Overleggen met de patiënt bij wij- ziging van de doelstelling(en) van de behandeling	1	2	4	21	72
Overleggen met de verwijzer bij wijziging van de doelstelling(en) van de behandeling	1	5	14	20	60
De zelfzorg van de patiënt stimuleren	0	0	1	7	92
De patiënt voorlichten over mogelijk- heden om hernieuwd optreden van de klacht te voorkomen	0	0	0	3	97
De verwijzer op de hoogte stellen van de (on)mogelijkheden van de fysiotherapie	0	2	6	12	80
De patiënt op de hoogte stellen van de (on)mogelijkheden van de fysiotherapie	0	1	3	11	85

Vervolg tabel 6.4.

	% zeker geen taak			% zeker een taak	
Samenwerken met collega's	0	1	9	15	75
Alleen die therapieën toepassen waarvan het effect aangetoond is	18	12	33	18	19
Een deugdelijke registratie van patiënten en hun behandeling(en) bijhouden	0	1	2	11	86
Samenwerken met andere hulpverleners, zoals:					
huisarts	0	0	2	3	95
medisch specialist	0	0	6	12	82
maatschappelijk werk	3	8	30	23	36
wijkverpleegkundigen	3	7	26	25	39
gezinszorg	6	16	27	18	33

Zoals gezegd zijn de 24 onderdelen van het werk van fysiotherapeuten nog tweemaal gepresenteerd. Het antwoordpatroon op de vraag welke onderdelen zij belangrijk vinden lijkt sterk op het antwoordpatroon dat in tabel 6.4 te zien is, zij het de percentages in de extreme woordcategorie (belangrijk) wat lager zijn. Het zelfde geldt in iets sterkere mate voor het antwoordpatroon op de derde vraag (aan welke onderdelen komt U in de dagelijkse praktijkuitoefening toe).

Omdat de antwoorden op de vraag in hoeverre de fysiotherapeut in de dagelijkse praktijk aan de verschillende onderdelen toekomt, de meeste variatie vertonen hebben we deze antwoorden als uitgangspunt genomen voor een factoranalyse en een Guttman schaalanalyse. Door middel van een drie-factor analyse hebben we gepoogd of de drie gebieden waarvan de taken zijn afgeleid (hulpverleningsproces, relatie tussen fysiotherapeut en (huis)arts en samenwerking met andere hulpverleners) in het antwoordpatroon zijn terug te vinden. Twee factoren blijken duidelijk benoembaar: De eerste factor kan omschreven worden als 'samenwerking met andere hulpverleners en collega's'. De relatie tussen fysiotherapeut en (huis)arts, in de beroepsomschrij-

ving (zie pag. 21) een apart gebied waarvan taken afgeleid zijn, valt ook onder deze factor. De tweede en derde factor betreffen taken die zijn afgeleid van het hulpverleningsproces. Beide factoren kunnen worden omschreven als 'directe hulpverlening'. Een erg duidelijk onderscheid tussen de tweede en derde factor is er niet, al lijkt de tweede factor meer het 'agogische' aspect van de hulpverlening te representeren (inzicht krijgen in verwachtingen, psychosociale aspecten in behandeling betrekken) en de derde factor het 'informatieve' aspect van de hulpverlening (voorlichting, overleg en dergelijke). De drie factoren samen verklaren ongeveer 42% van de variantie in de vragen. De vragen over het toepassen van therapieën waarvan het effect is aangetoond, rekening houdend met de kosten en het bijhouden van een deugdelijke registratie blijken niet goed te passen in de drie factoroplossing.

Uit de resultaten van de Guttman schaalanalyse blijkt dat het percentage fouten (22) te hoog uitvalt om van een goede schaal te spreken. De 'moeilijke' items, dat wil in dit geval zeggen dat de fysiotherapeut niet of niet altijd aan deze onderdelen toekomt, bleken allemaal met samenwerking te maken te hebben. Met als enige uitzondering de samenwerking tussen fysiotherapeut en huisarts wat een 'makkelijk' item bleek. Alle onderdelen die te maken hebben met het hulpverleningsproces bleken 'makkelijke' items, dat wil zeggen dat de fysiotherapeut in zijn dagelijkse praktijk altijd aan deze onderdelen zegt toe te komen. De reden dat de Guttman schaal niet helemaal bevredigend is, is misschien gelegen in het feit dat de samenwerking en het hulpverleningsproces twee verschillende dimensies zijn. De betrouwbaarheid van de schaal, verkregen door de som van de antwoorden op alle taakuitoefeningsaspecten, is wel voldoende (Cronbach's alfa = .85). Over gegevens om iets te zeggen over de validiteit van de schaal beschikken we niet.

6.4. De invloed van het ziekenfonds

Net zoals in de enquête aan de huisartsen is ook aan de fysiotherapeuten gevraagd naar de invloed van het ziekenfonds. 57% van de fysiotherapeuten meent dat het ziekenfonds in het algemeen een streng beleid voert met betrekking tot het machtigen van een fysiotherapeutische behandeling (36% van de huisartsen deelt deze mening). Bij 7% van de fysiotherapeuten is het ziekenfonds betrokken bij overleg tussen fysiotherapeuten en huisartsen (bij 5% van de huisartsen is dit ook het geval). Regelmatig overleg tussen het ziekenfonds en de

Het komt volgens de geënquêteerde fysiotherapeuten nooit (31%) of zelden (41%) voor dat de adviserend geneeskundige/fysiotherapeut van het ziekenfonds een patiënt, voor wie een machtiging is aangevraagd, oproept voor onderzoek. Dit stemt overeen met de mening van de huisarts hierover. Het komt soms (36%) tot regelmatig (26%) voor dat het ziekenfonds een aangevraagde machtiging voor fysiotherapie afwijst. In vergelijking met de huisarts schetsen de fysiotherapeuten een ietwat strenger beleid hieromtrent. De reden voor afwijzing is voortgezette gecombineerde behandelingen (46%), te langdurige behandeling (15%) of het verkeerd invullen van de machtigingsaanvraag (15%). Net zoals bij de huisartsen (zie pag. 43) geldt ook hier dat het aanvragen van machtigingen voor voortgezette gecombineerde behandelingen misschien minder vaak voorkomt dan de fysiotherapeut nodig vindt, zodat het beleid van het ziekenfonds als minder streng ervaren wordt dan het in werkelijkheid is.

6.5. Overige variabelen in de fysiotherapeutenenquête

Meer dan de helft (63%) van de huisartsen beoordelen hun kennis van de fysiotherapie als voldoende. De mening van de fysiotherapeuten verschilt daar duidelijk van want slechts 20% van de fysiotherapeuten heeft vertrouwen in de fysiotherapeutische kennis van de huisarts.

Indien de huisarts, naar de mening van de fysiotherapeut, een minder adequaat behandelingsvoorstel doet, neemt het merendeel van de fysiotherapeuten (80%) contact op met de huisarts. 43% negeert het behandelingsvoorstel en geeft een andere behandeling. Er zijn dus fysiotherapeuten die contact opnemen en (alvast) een andere behandeling geven. Bij 55% van de fysiotherapeuten is de keuze die zij maken (contact opnemen of andere behandeling geven) afhankelijk van de huisarts die het behandelingsvoorstel doet. We hebben overigens niet gevraagd hoe vaak het voorkomt dat fysiotherapeuten geconfronteerd worden met een naar hun idee minder adequaat behandelvoorstel.

Bij (bijna) alle fysiotherapeuten (90%) komen weleens 'patiënten' zonder dat zij door een arts zijn verwezen. Het gaat hierbij vooral om sportletsels (30%) of recidieven (13%). 86% van de fysiotherapeuten verwijst deze patiënten naar hun huisarts, 16% neemt de patiënt in behandeling als de klachten daartoe aanleiding geven en 30% overlegt met de huisarts van de patiënt. Ook hier sluiten de alternatieven elkaar niet uit. Naar de frequentie van voorkomen van rechtstreekse contacten is niet gevraagd in de enquête.

Nascholingscursussen en verbijzonderingen

Nascholingscursussen en verbijzonderingen zijn door nagenoeg alle fysiotherapeuten gevolgd. Manuele therapie is, met ongeveer een kwart van de fysiotherapeuten, de meest genoemde verbijzondering/nascholing. Indien de fysiotherapeut in meer of minder mate gespecialiseerd is (zich heeft verbijzonderd) worden door huisartsen soms (46%) om die reden patiënten naar hen verwezen. Ook krijgen zij soms (39%) patiënten van collega-fysiotherapeuten om die reden.

Vakliteratuur

De vakliteratuur op het gebied van de fysiotherapie hebben we als volgt ingedeeld: De ledeninformatie van de beide beroepsverenigingen (Fysiovisie van het NGvF en Fysioscoop van de NVVF), Nederlands tijdschrift voor Fysiotherapie, Issue (een periodiek van de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie) en buitenlandse vakliteratuur. 20% van de fysiotherapeuten is lid van de NVVF en 19% leest Fysioscoop vaak of altijd. 60% van de fysiotherapeuten is lid van het NGvF en 83% leest Fysiovisie vaak of altijd. Het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie wordt door 80% van de fysiotherapeuten vaak of altijd gelezen. Issue wordt door minder fysiotherapeuten gelezen (48% vaak/altijd) en de buitenlandse vakliteratuur scoort met 21% vaak/altijd het laagst.

6.6. Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de gegevens gerapporteerd die verzameld zijn met behulp van enquêtes onder fysiotherapeuten. Het vorige hoofdstuk waarin de gegevens over de huisartsen gepresenteerd werden, kon gestructureerd worden rond (verwachte) determinanten van het aantal verwijzingen naar fysiotherapeuten. Bij de beschrijving van de gegevens in dit hoofdstuk is een dergelijke structurering niet mogelijk om de eenvoudige reden dat er niet zo duidelijk een te verklaren verschijnsel centraal staat.

In de beschrijving in dit hoofdstuk staan twee onderwerpen centraal: de samenwerking en communicatie tussen fysiotherapeuten en huisartsen en de taakopvatting en -uitoefening van fysiotherapeuten. In het vorige hoofdstuk is gebleken dat de (antwoorden op vragen over) aspecten van communicatie en samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten beïnvloed worden door het aantal fysiotherapiepraktijken waarmee huisartsen verwijzrelaties hebben. De andere kant van de medaille is dat fysiotherapeuten hun patiënten van een uiteenlopend

aantal huisartsen ontvangen. De helft van de fysiotherapeuten ontvangt zijn patiënten van zeven of meer verschillende huisartsen. Het blijkt dat er ook in dit geval verschillen in beantwoording zijn tussen fysiotherapeuten die hun patiënten van een geringer aantal huisartsen krijgen en degenen die ze via een groter aantal huisartsen krijgen. De verschillen zijn echter kleiner dan die in het hoofdstuk over de huisartsen geconstateerd werden. Opvallend is dat de fysiotherapeuten die verwijsrelaties met een kleiner aantal huisartsen hebben, vaker mondeling rapporteren over het resultaat van de behandeling en minder vaak schriftelijk. Bij de fysiotherapeuten die met een groter aantal huisartsen te maken hebben, ligt dit precies andersom.

Een aantal vragen omtrent samenwerking en communicatie met betrekking tot het verwijsproces is zowel aan de fysiotherapeuten als aan de huisartsen gesteld. In dit hoofdstuk zijn de antwoorden van beide groepen waar mogelijk vergeleken met elkaar. Een zekere discrepantie tussen de antwoorden mocht verwacht worden, omdat de gegevens niet afkomstig zijn van paren huisartsen en fysiotherapeuten die met elkaar een verwijsrelatie hebben, maar van twee onafhankelijke steekproeven. Toch zijn er enkele verschillen die erop wijzen dat de huisartsen een positiever beeld hebben van de communicatie en samenwerking dan de fysiotherapeuten waarnemen. Zo geeft ruim een kwart van de huisartsen aan dat ze vaak of altijd in de loop van de behandeling contact opnemen met de fysiotherapeut, terwijl een veel lager percentage van de fysiotherapeuten zegt dat de huisarts vaak of altijd contact opneemt gedurende de behandeling.

Een soortgelijk verschil in perceptie is er waar het gaat om het verstrekken/ontvangen van medisch-technische of psychosociale achtergrondinformatie. Hier speelt uiteraard een rol dat de huisarts naar zijn idee relevante informatie slecteert en doorgeeft, terwijl de fysiotherapeut in het ongewisse blijft of hij alle relevante informatie heeft.

Aan de fysiotherapeuten is een aantal aspecten van hun werk voorgelegd met de vraag of zij deze tot hun taak rekenen, of zij ze belangrijk vinden en of zij er in de dagelijkse praktijk aan toe komen. Bij deze aspecten van het werk is een aantal dat betrekking heeft op de relaties met de verwijzende artsen. Zo vindt de helft van de ondervraagde fysiotherapeuten het zeker een taak om het behandelplan op te stellen in afstemming met andere hulpverleners. Meer dan de helft van de fysiotherapeuten rekent het zeker tot zijn taak om te overleggen met de verwijzer bij wijziging van de doelstellingen van de behandeling. In zijn algemeenheid vindt 95% van de

fysiotherapeuten samenwerking met huisartsen zeker een taak. De fysiotherapeuten zijn vaker dan de huisartsen van mening dat het ziekenfonds een streng beleid voert met betrekking tot het machtigen van een fysiotherapeutische behandeling. Het is mogelijk dat door de administratieve procedures die door de ziekenfondsen gehanteerd worden (en die waarschijnlijk niet in het hele land hetzelfde zijn), fysiotherapeuten vaker met het beleid van de ziekenfondsen in deze geconfronteerd worden dan de huisartsen.

De meningen van huisartsen en fysiotherapeuten over de kennis van de fysiotherapie van de eerstgenoemde groep lopen uiteen. Meer dan de helft van de huisartsen beoordeelt zijn huidige kennis van de fysiotherapie als voldoende, terwijl slechts een vijfde van de fysiotherapeuten vertrouwen heeft in de fysiotherapeutische kennis van de huisarts.

7. SLOTBESCHOUWING

Als afsluiting van dit rapport zullen wij achtereenvolgens drie onderwerpen aan de orde stellen. Eerst vatten we de belangrijkste resultaten die in dit rapport gepresenteerd zijn samen, aan de hand van de twee onderzoeksvragen die in hoofdstuk 2 geformuleerd zijn. Dan zullen we ingaan op enkele beperkingen van het onderzoek dat in dit rapport beschreven is. Ofschoon we in deze fase van het onderzoek geen beleidsaanbevelingen hoeven en willen geven, sluiten we dit hoofdstuk af met enkele punten die in dit onderzoek naar voren gekomen zijn en die zich in principe lenen voor nadere discussie en gedachtenvorming door beleidsvoerende instanties en organisaties.

7.1. Samenvatting van de belangrijkste resultaten

De verschillende hoofdstukken zijn afgesloten met korte samenvattingen, zodat een uitgebreide samenvatting overbodig is. Toch is het goed om hier aan het eind van het rapport nog eens terug te grijpen op de vraagstelling zoals die in hoofdstuk twee geformuleerd is en te pogen een samenvattend antwoord te geven.

De eerste vraag uit hoofdstuk twee is die naar de relaties tussen huisartsen en fysiotherapeuten. Onze indruk na het analyseren van de gegevens is dat er behoorlijk veel contact is tussen huisartsen en fysiotherapeuten rond het verwijsproces. Rond een kwart van de huisartsen zegt vaak of altijd contact op te nemen voor de verwijzing of in de loop van de behandeling. De perceptie van de fysiotherapeuten wijkt daar wel van af. Hun indruk is dat de huisartsen veel minder vaak contact opnemen. Zelf zeggen de fysiotherapeuten in bijna een vijfde van de gevallen vaak of altijd contact op te nemen in de loop van de behandeling.

Uit de gegevens blijkt dat de hoeveelheid contact en samenwerking beïnvloed wordt door het aantal fysiotherapiepraktijken waarnaar huisartsen hun patiënten verwijzen en omgekeerd door het aantal huisartsen van wie fysiotherapeuten hun patiënten ontvangen. Samenwerking en overleg kost tijd en op het moment dat het aantal hulpverleners met wie verwijsrelaties bestaan groter is, zal de intensiteit van de samenwerking geringer zijn of zal slechts met een beperkt aantal samengewerkt worden.

Op zich neemt samenwerking met huisartsen een belangrijke plaats in

in het takenpakket van fysiotherapeuten. Bijna alle fysiotherapeuten vinden samenwerking met huisartsen zeker een taak.

Aan de huisartsen is gevraagd naar de prioriteit die zij toekennen aan de samenwerking met andere hulpverleners. Daarbij blijkt dat de hoogste prioriteit gegeven wordt aan samenwerking met de wijkverpleging. Samenwerking met fysiotherapeuten en maatschappelijk werkenden heeft een gedeelde tweede plaats. Bij de helft van het aantal huisartsen en fysiotherapeuten worden bijeenkomsten georganiseerd waarop patiënten kunnen worden besproken. Als dergelijke bijeenkomsten er zijn, worden zij gemiddeld eens per veertien dagen gehouden en door zowel huisarts als fysiotherapeut vaak of altijd bezocht.

De tweede vraag die in hoofdstuk twee gesteld is heeft betrekking op de variabelen die samenhangen met de hoogte van het verwijscijfer van huisartsen. Als verwijscijfer is hierbij gebruikt de schatting die de huisartsen gegeven hebben als antwoord op de vraag hoeveel patiënten zij gemiddeld per week naar een fysiotherapeut verwijzen. Dit aantal is gewogen voor de omvang van de praktijken. In een volgende fase van het onderzoek zal gebruik gemaakt worden van het aantal verwijzingen zoals dat door de registrerende huisartsen gedurende één jaar geturfd is.

Uit de analyse in hoofdstuk vijf, waar de gelijktijdige invloed van een heel scala van variabelen op het verwijscijfer is onderzocht, kan geconcludeerd worden dat slechts enkele variabelen een samenhang vertonen met de hoogte van het verwijscijfer en dat de samenhang bovendien niet erg sterk is. Er is een duidelijke samenhang met een met een variabele die de beschikbaarheid van fysiotherapeuten in het werkgebied van de huisarts indiceert. Naarmate er in een gebied meer fysiotherapeuten werkzaam zijn (in verhouding tot de bevolkingsomvang), worden door de huisartsen in dat gebied meer patiënten verwezen. Ook huisartsen die een hogere prioriteit toekennen aan samenwerking met fysiotherapeut, hebben gemiddeld een wat hoger verwijscijfer. Ditzelfde geldt voor huisartsen die in gezondheidscentra werken en voor hen die een fysiotherapeut in de kennissen- of vriendenkring hebben. Wanneer we onze bevindingen dat huisartsen in gezondheidscentra meer verwijzen naar de fysiotherapie, in het licht zien van het feit dat huisartsen in gezondheidscentra minder verwijzen naar de medisch specialist (Wijkkel, 1986) en vaststellen dat huisartsen van mening zijn dat fysiotherapie in veel gevallen een alternatief kan zijn voor behandeling in de tweede lijn, zou men als hypothese kunnen formuleren dat substitutie van tweedelijns- door eerstelijnszorg juist in gezondheidscentra gematerialiseerd wordt. De onderbouwing van een dergelijke hypothese vraagt uitgebreid on-

derzoek naar de praktijkvoering van huisartsen in en buiten gezondheidscentra.

Een belangrijke verklarende variabele, de feitelijke leeftijdssamenstelling van de patiënten van de huisartspraktijken is vooralsnog buiten beschouwing gebleven (alleen het antwoord op de vraag 'is uw praktijk te karakteriseren als jong, gemiddeld of vergrijsd?' is in de analyse gebruikt, maar dit leverde geen eigen bijdrage aan de verklaarde variantie in het verwijscijfer). Deze variabele die naar schatting $\pm 10\%$ van de variatie in de verwijscijfers verklaart, is alleen beschikbaar voor de groep huisartsen die de patiëntenregistratie heeft bijgehouden.

Wij verwachten dat een multivariate analyse van het verwijscijfer waarin de leeftijdssamenstelling van de praktijkpopulatie is opgenomen, zal resulteren in een verklaarde variantie van $\pm 30\%$. Hoewel dit absoluut gezien laag is, verhoudt het zich tot hetgeen andere onderzoekers vonden bij een analyse op individueel niveau van het verwijscijfer van huisartsen naar medisch specialisten.

7.2. Beperkingen van het onderhavige onderzoek

Twee beperkingen van het onderzoek voor zover het in dit rapport beschreven is, zijn hierboven reeds genoemd. In hoofdstuk 1 is aangegeven dat we ons in dit rapport beperkt hebben tot de gegevens die op het niveau van de hulpverleners verzameld zijn. Bij de beantwoording van de vraag naar de determinanten van het verwijscijfer is hierboven aangegeven dat er nog geen multivariate analyse uitgevoerd is waarbij de leeftijdssamenstelling van de patiënten van de huisartspraktijken als verklarende variabele is opgenomen. Deze analyses zullen in een latere fase van het onderzoek uitgevoerd worden.

Een andere beperking van het onderzoek heeft betrekking op de beantwoording van de vraagstelling over de relaties tussen huisartsen en fysiotherapeuten. De vragen over samenwerking en communicatie rond het verwijsproces zijn tamelijk globaal gesteld. De onderzoekspopulatie is zodanig samengesteld dat er geen paren van huisartsen en fysiotherapeuten met onderlinge verwijsrelaties ondervraagd zijn, maar willekeurig gekozen hulpverleners uit beide groepen. De meeste huisartsen hebben te maken met meerdere fysiotherapeuten en de meeste fysiotherapeuten met meerdere huisartsen. De antwoorden op onze vragen zijn daardoor een samenstelling van de ervaringen met verschillende huisartsen cq fysiotherapeuten. De registrerende fysiotherapeuten zijn gekozen op grond van de verwijsrelaties met de re-

- ken. In: De eerste lijn onderzocht; onder redactie van W.G.W. Boerma en L. Hingstman. Deventer, van Loghum Slaterus, p.102-111
- TORGERSON, W.S. - 1958. Theory and methods of scaling, New York, Wiley
- WET OP DE PARAMEDISCHE BEROEPEN; Wet van 21 maart 1963: Stb 113, houdende de regelen betreffende de uitoefening van paramedische beroepen, vijfde druk, 1981, W.J.E. Tjeenk Willink, Zwolle
- WIJKEL, D. - 1984. Samenwerken en verwijzen. Deel II: Samenwerking buiten gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- WIJKEL, D. - 1986. Samenwerken en verwijzen. Utrecht, NIVEL. Proefschrift
- ZEE, J. VAN DER - 1986. Verwijzingen bij de peilstations. Utrecht, NIVEL (in druk)

BIJLAGE I
Enquête aan huisartsen



nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon 030 319946
datum

kenmerk

Enquête Relatie Huisarts – Fysiotherapeut

Hoeveel patiënten verwijst U naar de fysiotherapeut?
Bij welke ziektebeelden/symptomen heeft u goede resultaten gezien van fysiotherapeutische behandelingen? Op welke wijze werkt U samen met de fysiotherapeut? Deze en andere vragen willen wij met deze enquête beantwoorden.

Dit onderzoek is een onderdeel van het project 'Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg' dat tot stand is gekomen op initiatief van de beroepsverenigingen van fysiotherapeuten, de Geneeskundige Hoofdinspectie en het Ministerie van WVC en wordt uitgevoerd door de Stichting NIVEL

het NIVEL is de voortzetting
van de afdeling wetenschappelijk
onderzoek van het nederlands
huisartsen instituut

Hoeveel patiënten verwijst U naar schatting (gemiddeld over de laatste paar maanden) per week naar de fysiotherapie?

_____ (aantal per week)

Hoeveel patiënten verwijst U naar schatting (gemiddeld over de laatste paar maanden) per week naar de medisch-specialist?

_____ (aantal per week)

	nooit	zelden	soms	vaak	altijd
Indien U een patiënt naar de fysiotherapeut verwijst, beveelt U dan een bepaalde fysiotherapeut aan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laat U een aanbeveling naar een bepaalde fysiotherapeut afhangen van de aard van de stoornis van de patiënt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vult U bij de verwijzing naar de fysiotherapeut een behandelingsvoorstel in?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Honoreert U het (telefonisch) verzoek van de fysiotherapeut om een vervolgbehandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Honoreert U het verzoek van de patiënt om een vervolgbehandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziet U de patiënt op het spreekuur, alvorens U een verzoek om vervolgbehandeling honoreert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maakt U weleens gebruik van de kennis van een fysiotherapeut bij het stellen van een diagnose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwijst U patiënten naar de fysiotherapeut als U vindt dat iemand alleen voorlichting behoeft over zijn/haar lichaamshouding in de werksituatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwijst U patiënten voor poliklinische fysiotherapeutische behandeling naar een ziekenhuis of verpleeghuis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwijst U patiënten naar een fysiotherapeut bij herhaald terugkerende hulpvragen waarbij U geen duidelijke somatische diagnose kunt stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, licht U de fysiotherapeut daarover in?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nooit	zelden	soms	vaak	altijd
Verwijst U patiënten naar een fysiotherapeut omdat deze patiënten meer aandacht vragen dan U hun, als huisarts, kunt geven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, licht U de fysiotherapeut daarover in?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

We willen U nu enkele vragen stellen over specifieke deskundigheden van de fysiotherapeuten in Uw praktijkgebied. We onderscheiden daarbij specifieke deskundigheid in de behandeling van speciale **patiëntcategorieën** en deskundigheid in specifieke **behandelwijzen**.

Zijn er in Uw werkgebied fysiotherapeuten die specifiek deskundig zijn in het behandelen van speciale patiëntcategorieën (bijvoorbeeld hartpatiënten, sportlieden)?

nee ja, te weten: _____

Zo ja, verwijst U dan weleens patiënten om die redenen naar hen?	ja	nee
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zijn er in Uw werkgebied fysiotherapeuten die deskundig zijn in specifieke behandelwijze (b.v. manuele therapie)?

nee ja, te weten: _____

Zo ja, verwijst U dan weleens patiënten naar hen om die redenen?	ja	nee
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De ziekenfondshonorering voor fysiotherapie kent slechts een beperkt aantal declareerbare therapieën.

Zouden er mogelijkheden moeten komen voor een 'consultatieve' verwijzing naar fysiotherapeuten?	ja	nee
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zouden de mogelijkheden uitgebreid moeten worden om iemand naar een fysiotherapeut te verwijzen alleen voor voorlichting, advies en leefregels?	ja	nee
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nooit	zelden	soms	vaak	altijd
Neemt U (afgezien van de verwijsbrief) contact op met fysiotherapeuten vóór U een patiënt naar hen verwijst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neemt U contact op met fysiotherapeuten in de loop van de behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Krijgt U weleens verzoeken van fysiotherapeuten om röntgenfoto's te laten maken?

nee ja

	nooit	zelden	soms	vaak	altijd
Zo ja, honoreert U deze verzoeken dan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geeft U op eigen initiatief medisch-technische achtergrondinformatie door aan de fysiotherapeut (b.v. over medicatie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En als de fysiotherapeut daarom verzoekt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geeft U op eigen initiatief psycho-sociale achtergrondinformatie door aan de fysiotherapeut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En als de fysiotherapeut daarom verzoekt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Naar hoeveel verschillende **fysiotherapiepraktijken** verwijst U in de regel Uw patiënten?

_____ (aantal)

Met hoeveel van hen heeft U regelmatig overleg?

_____ (aantal)

Van hoeveel van hen ontvangt U regelmatig schriftelijke rapportage?

_____ (aantal)

	ja	nee
Zijn er fysiotherapeuten in Uw kennissen- of vriendenkring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zijn er fysiotherapeuten in uw naaste familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zijn er bij U in de buurt regelmatig bijeenkomsten met fysiotherapeuten waarop **patiënten** kunnen worden besproken? ja nee

Zo ja, hoe vaak? _____ (frequentie per maand)

Zijn er bij U in de buurt regelmatig bijeenkomsten met fysiotherapeuten waarop **algemene informatie** kan worden uitgewisseld? ja neen

Zo ja, hoe vaak? _____ (frequentie per maand)

Indien er bijeenkomsten met fysiotherapeuten zijn waarop **patiënten** kunnen worden besproken, bezoekt U die dan? nooit zelden soms vaak altijd

Indien er bijeenkomsten met fysiotherapeuten zijn waarop **algemene informatie** wordt uitgewisseld, bezoekt U die dan? nooit zelden soms vaak altijd

Vindt U (telefonisch) overleg met fysiotherapeuten voordat U een patiënt naar hen verwijst wenselijk? ja neen

Zou U in de regel schriftelijke rapportage willen ontvangen over het resultaat van een fysiotherapeutische behandeling? ja neen

Zou U het wenselijk vinden dat er regelmatig bijeenkomsten met fysiotherapeuten zijn waarop patiënten kunnen worden besproken? ja neen

Huisartsen werken in toenemende mate samen met andere hulpverleners in de eerste lijn. Kunt U in volgorde van prioriteit aangeven welke samenwerking U het belangrijkste vindt (d.m.v. de cijfers 1 t/m 5, waarbij 1 staat voor de **hoogste** prioriteit)?

wijkverpleging _____ (cijfer)

fysiotherapeuten _____ (cijfer)

maatschappelijk werk _____ (cijfer)

gezinszorg _____ (cijfer)

apothekers _____ (cijfer)

Wij leggen U nu een aantal ziektebeelden/symptomen voor, waarover we U drie vragen stellen. De eerste vraag is of U een patiënt met dergelijke symptomen in zijn algemeenheid verwijst naar een fysiotherapeut. De tweede vraag betreft de volgorde van Uw ingrijpen (afwachten, zelf behandelen, verwijzen) terwijl de laatste vraag gaat over het resultaat van fysiotherapeutische behandeling in dergelijke gevallen.

Hieronder staat een aantal ziektebeelden/symptomen. Wilt U per geval aangeven of het (in z'n algemeenheid) een indicatie is voor doorverwijzing naar een fysiotherapeut?

ziektebeeld/symptoom	is wel een indicatie	is geen indicatie
1. Een vrouw van 24 jaar vertoont sinds haar zeventiende jaar exantheem dat terecht gekwalificeerd is als psoriasis .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Een vrouw van 65 jaar heeft sedert haar dertigste multiple sclerose . Zo heeft tal van bewegingsproblemen. Vooral de A.D.L. zijn moeilijk uitvoerbaar. Ze woont in een verzorgingstehuis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Een 40-jarige vrouw ontwikkelde 2 jaar na een rechtszijdige mastectomie een lymfoedeem van haar rechterarm. Behalve pijn en een lichte bewegingsbeperking (in het schoudergewricht) past ook haar kleding niet meer zo best. Zij maakt zich zorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Een beambte van 47 jaar heeft last van een acute torticollis . Bovendien de scheefstand van het hoofd is de nekschoudermusculatuur, met name de m. trapezius en de m. sternocleidomastoideus hypertoon en drukgevoelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Een man van 65 jaar, een straffe roker, is sedert ongeveer een half jaar bekend met M. Raunaud . Met name tijdens lopen ondervindt hij herhaaldelijk pijscheuten in beide (onder-)benen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Een meisje van 12 jaar heeft een kyfoscoliose waarbij (nog) geen benige contacturen zijn te constateren. De houdingsmusculatuur is verzwakt, het houdingsgevoel onvoldoende aanwezig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Een man van 74 jaar heeft een acute (drie dagen) bronchitis van bacteriële herkomst. Hij heeft koorts, krijgt medicijnen en is kortademig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Een 35-jarige huisvrouw, rechtshandig, heeft sedert enige maanden een epicondylitis lateralis humeri . De pijnklachten traden voornamelijk op bij grijpbewegingen, wringen en in zijn algemeenheid bij strekking van het polsgewricht (aktief).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ziektebeeld/symptoom	is wel een indicatie	is geen indicatie
9. Een man van 30 jaar lijdt sedert 2 jaar aan hyper-ventilatie . Naast de gebruikelijke symptomen is ook de hulpademhalingsmusculatuur hypertoon. Er zijn géén longafwijkingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Een man van 55 jaar heeft sedert 3 maanden toenemen- de nek-schouderklachten die zijn arts getypeerd heeft als een cervico-brachiaalsyndroom . De man heeft pijn en bovendien zijn de bewegingen van nek en schouder- gewricht beperkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Een man van 57 jaar heeft een halfzijdige verlamming rechts na een C.V.A.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Een meisje van 13 heeft sedert 1 ¹ / ₂ jaar last van acne vulgaris . De meeste puistjes heeft ze in haar gelaat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Een man van 23 jaar kreeg bij het voetballen een contusie van zijn rechterenkel (Eén dag geleden). Hij wil persé de volgende week weer voetballen. Bovendien wil hij niet op zijn werk verzuimen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Een patiënt heeft sedert 2 dagen een manifeste herpes zoster (blaasjes zichtbaar) linkszijdig, TH V-VII segmenten. Hij heeft veel pijn vooral 's nachts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Man van middelbare leeftijd heeft sedert ongeveer 1 jaar regelmatig last van krampen in beide mm. gastrocnemiï, voornamelijk 's nachts. Hij slikt géén diuretica. Hij fietst en wandelt elke dag. Er zijn géén aanwijsbare vaataandoeningen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Een vrouw van 45 jaar heeft rechtszijdig een carpaal tunnel syndroom met bijbehorende sensibiliteitsstoornissen in haar rechterhand, nachtelijke pijnen en een atrofische duimuis rechts. Zij is rechtshandig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Een pas gescheiden 38 jarige vrouw heeft herhaalde- lijk spanningshoofdpijn met aanwijsbare hypertone cervicaal musculatuur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Een mevrouw van 71 jaar met overgewicht heeft sinds drie maanden een ulcus cruris aan de voorzijde van haar rechter onderbeen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Patiënt heeft een frozen shoulder (sedert ongeveer 2 maanden manifest beperkt). De bewegingen worden niet alleen beperkt door pijn, er is sprake van (niet-benige) contractuurvorming.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Een huisvrouw van 43 jaar heeft een ischialgie links sedert plusminus 6 weken. Er is géén radriculaire prikkeling. Pijn is gedurende de gehele dag constant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Een verwijzing naar de fysiotherapeut is niet altijd het eerste dat U als arts zult ondernemen; vaak wordt eerst afgewacht hoe het natuurlijk verloop van de ziekte is of wordt zelf een (b.v. medicamenteuze) behandeling ingesteld. In sommige gevallen wordt een verwijzing naar een fysiotherapie pas overwogen nadat verwijzing naar een specialist niet het gewenste resultaat heeft. Als U nu geconfronteerd wordt met een van de onderstaande ziektebeelden of symptomen, wat is dan van de vier Uw eerste reactie?

- 1 = afwachten
 2 = zelf behandelen
 3 = verwijzen naar fysiotherapeut
 4 = verwijzen naar medisch specialist

ziektebeeld/symptoom

	1	2	3	4
1. Een vrouw van 24 jaar vertoont sinds haar zeventiende jaar exantheem dat terecht gekwalificeerd is als psoriasis .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Een vrouw van 65 jaar heeft sedert haar dertigste multiple sclerose . Zo heeft tal van bewegingsproblemen. Vooral de A.D.L. zijn moeilijk uitvoerbaar. Ze woont in een verzorgingstehuis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Een 40-jarige vrouw ontwikkelde 2 jaar na een rechtszijdige mastectomie een lymfoedeem van haar rechterarm. Behalve pijn en een lichte bewegingsbeperking (in het schoudergewricht) past ook haar kleding niet meer zo best. Zij maakt zich zorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Een beambte van 47 jaar heeft last van een acute torticollis . Benevens de scheefstand van het hoofd is de nekschoudermusculatuur, met name de m. trapezius en de m. sternocleidomastoideus hypertoon en drukgevoelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Een man van 65 jaar, een straffe roker, is sedert ongeveer een half jaar bekend met M. Raunaud . Met name tijdens lopen ondervindt hij herhaaldelijk pijscheuten in beide (onder-)benen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Een meisje van 12 jaar heeft een kyfoscoliose waarbij (nog) geen benige contacturen zijn te constateren. De houdingsmusculatuur is verzwakt, het houdingsgevoel onvoldoende aanwezig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Een man van 74 jaar heeft een acute (drie dagen) bronchitis van bacteriële herkomst. Hij heeft koorts, krijgt medicijnen en is kortademig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Een 35-jarige huisvrouw, rechtshandig, heeft sedert enige maanden een epicondylitis lateralis humeri . De pijnklachten traden voornamelijk op bij grijpbewegingen, wringen en in zijn algemeenheid bij strekking van het polsgewricht (aktief).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ziektebeeld/symptoom

- | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Een man van 30 jaar lijdt sedert 2 jaar aan hyper-ventilatie . Naast de gebruikelijke symptomen is ook de hulpademhalingsmusculatuur hypertoon. Er zijn géén longafwijkingen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Een man van 55 jaar heeft sedert 3 maanden toenemende nek-schouderklachten die zijn arts getypeerd heeft als een cervico-brachiaalsyndroom . De man heeft pijn en bovendien zijn de bewegingen van nek en schoudergewricht beperkt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Een man van 57 jaar heeft een halfzijdige verlamming rechts na een C.V.A. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Een meisje van 13 heeft sedert 1 ¹ / ₂ jaar last van acne vulgaris . De meeste puistjes heeft ze in haar gelaat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Een man van 23 jaar kreeg bij het voetballen een contusie van zijn rechterenkel (Eén dag geleden). Hij wil persé de volgende week weer voetballen. Bovendien wil hij niet op zijn werk verzuimen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Een patiënt heeft sedert 2 dagen een manifeste herpes zoster (blaasjes zichtbaar) linkszijdig, TH V-VII segmenten. Hij heeft veel pijn vooral 's nachts. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Man van middelbare leeftijd heeft sedert ongeveer 1 jaar regelmatig last van krampen in beide mm. gastrocnemii, voornamelijk 's nachts. Hij slikt géén diuretica. Hij fietst en wandelt elke dag. Er zijn géén aanwijsbare vaataandoeningen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Een vrouw van 45 jaar heeft rechtszijdig een carpaal tunnel syndroom met bijbehorende sensibiliteitsstoornissen in haar rechterhand, nachtelijke pijnen en een atrofische duimuis rechts. Zij is rechtshandig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Een pas gescheiden 38 jarige vrouw heeft herhaaldelijk spanningshoofdpijn met aanwijsbare hypertone cervicaal musculatuur. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Een mevrouw van 71 jaar met overgewicht heeft sinds drie maanden een ulcus cruris aan de voorzijde van haar rechter onderbeen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Patiënt heeft een frozen shoulder (sedert ongeveer 2 maanden manifest beperkt). De bewegingen worden niet alleen beperkt door pijn, er is sprake van (niet-benige) contractuurvorming. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Een huisvrouw van 43 jaar heeft een ischialgie links sedert plusminus 6 weken. Er is géén radiculaire prikkeling. Pijn is gedurende de gehele dag constant. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hoe zijn, naar Uw ervaring, in vergelijkbare gevallen de resultaten van de fysiotherapeutische behandeling bij onderstaande ziektebeelden/symptomen?

1 = goed

2 = matig

3 = slecht

4 = n.v.t.: verwijs ik niet naar fysiotherapie, heb ik geen ervaring mee

ziektebeeld/symptoom	resultaat			
	1	2	3	4
1. Een vrouw van 24 jaar vertoont sinds haar zeventiende jaar exantheem dat terecht gekwalificeerd is als psoriasis .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Een vrouw van 65 jaar heeft sedert haar dertigste multiple sclerose . Zo heeft tal van bewegingsproblemen. Vooral de A.D.L. zijn moeilijk uitvoerbaar. Ze woont in een verzorgingstehuis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Een 40-jarige vrouw ontwikkelde 2 jaar na een rechtszijdige mastectomie een lyfsoedeem van haar rechterarm. Behalve pijn en een lichte bewegingsbeperking (in het schoudergewricht) past ook haar kleding niet meer zo best. Zij maakt zich zorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Een beampte van 47 jaar heeft last van een acute torticollis . Benevens de scheefstand van het hoofd is de nekshoudermusculatuur, met name de m. trapezius en de m. sternocleidomastoideus hypertoon en drukgevoelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Een man van 65 jaar, een straffe roker, is sedert ongeveer een half jaar bekend met M. Raunaud . Met name tijdens lopen ondervindt hij herhaaldelijk pijscheuten in beide (onder-)benen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Een meisje van 12 jaar heeft een kyfoscoliose waarbij (nog) geen benige contacturen zijn te constateren. De houdingsmusculatuur is verzwakt, het houdingsgevoel onvoldoende aanwezig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Een man van 74 jaar heeft een acute (drie dagen) bronchitis van bacteriële herkomst. Hij heeft koorts, krijgt medicijnen en is kortademig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Een 35-jarige huisvrouw, rechtshandig, heeft sedert enige maanden een epicondylitis lateralis humeri . De pijnklachten traden voornamelijk op bij grijpbewegingen, wringen en in zijn algemeenheid bij strekking van het polsgewricht (actief).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ziektebeeld/symptoom	resultaat				nvt
	1	2	3	4	
9. Een man van 30 jaar lijdt sedert 2 jaar aan hyper-ventilatie . Naast de gebruikelijke symptomen is ook de hulpademhalingsmusculatuur hypertoon. Er zijn géén longafwijkingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Een man van 55 jaar heeft sedert 3 maanden toenemende nek-schouderklachten die zijn arts getypeerd heeft als een cervico-brachiaalsyndroom . De man heeft pijn en bovendien zijn de bewegingen van nek en schoudergewricht beperkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Een man van 57 jaar heeft een halfzijdige verlamming rechts na een C.V.A.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Een meisje van 13 heeft sedert 1 ¹ / ₂ jaar last van acne vulgaris . De meeste puistjes heeft ze in haar gelaat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Een man van 23 jaar kreeg bij het voetballen een contusie van zijn rechterenkel (Eén dag geleden). Hij wil persé de volgende week weer voetballen. Bovendien wil hij niet op zijn werk verzuimen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Een patiënt heeft sedert 2 dagen een manifeste herpes zoster (blaasjes zichtbaar) linkszijdig, TH V-VII segmenten. Hij heeft veel pijn vooral 's nachts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Man van middelbare leeftijd heeft sedert ongeveer 1 jaar regelmatig last van krampen in beide mm. gastrocnemii, voornamelijk 's nachts. Hij slikt géén diuretica. Hij fietst en wandelt elke dag. Er zijn géén aanwijsbare vaataandoeningen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Een vrouw van 45 jaar heeft rechtszijdig een carpaal tunnel syndroom met bijbehorende sensibiliteitsstoornissen in haar rechterhand, nachtelijke pijnen en een atrofische duimmuis rechts. Zij is rechtshandig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Een pas gescheiden 38 jarige vrouw heeft herhaaldelijk spanningshoofdpijn met aanwijsbare hypertone cervicaal musculatuur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Een mevrouw van 71 jaar met overgewicht heeft sinds drie maanden een ulcus cruris aan de voorzijde van haar rechter onderbeen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Patiënt heeft een frozen shoulder (sedert ongeveer 2 maanden manifest beperkt). De bewegingen worden niet alleen beperkt door pijn, er is sprake van (niet-benige) contractuurvorming.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Een huisvrouw van 43 jaar heeft een ischialgie links sedert plusminus 6 weken. Er is géén radriculaire prikkeling. Pijn is gedurende de gehele dag constant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ja	nee
Is er in Uw (basis) opleiding voldoende tijd besteed aan 'anatomie in vivo'?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er in Uw (basis) opleiding voldoende tijd besteed aan orthopaedisch onderzoek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er in Uw (basis) opleiding voldoende tijd besteed aan neurologisch onderzoek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indien U de huisartsen opleiding heeft gevolgd, heeft U in het stage gedeelte met fysiotherapeuten samengewerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft U na Uw opleiding cursussen gevolgd die betrekking hebben op de fysiotherapie? Zo ja, welke? _____ (cursus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bent U weleens onder fysiotherapeutische behandeling geweest?

	vol- doende	onvol- doende
Heeft U, naar Uw idee, voldoende kennis opgedaan over de fysiotherapie tijdens Uw opleiding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe beoordeelt U nu Uw kennis over de fysiotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt U aangeven welke voor U de belangrijkste bron van kennis is omtrent de fysiotherapie? _____ (bron)		

Hieronder volgt een aantal uitspraken. Kunt U aangeven in hoeverre U het met deze uitspraak eens bent?

helemaal mee eens	mee eens	neu- traal	mee on- eens	helemaal mee on- eens
----------------------	-------------	---------------	--------------------	-----------------------------

Bij verwijzing naar een medisch-specialist is de kans op iatrogene schade groter dan schade bij verwijzing naar de fysiotherapeut

	helemaal mee	mee eens	neu- traal	mee on- eens	helemaal mee on- eens
Verwijzing naar een fysiotherapeut is in veel gevallen een alternatief voor behandeling in de tweede lijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De huisarts heeft, door middel van zijn verwijsgedrag, in zijn algemeenheid een grote invloed op de kosten in de gezondheidszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysiotherapeutische behandeling in de eerste lijn kan opname in een verpleeghuis uitstellen of voorkomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De kosten van fysiotherapie zijn veel sterker gestegen dan de overige kosten van de gezondheidszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een huisarts moet altijd de beste behandeling voor zijn patiënt voorschrijven, ongeacht de kosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De meeste klachten waarmee een huisarts geconfronteerd wordt gaan vanzelf over ('self limiting disease')	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hieronder volgt een aantal taken. Kunt U aangeven in hoeverre deze taken volgens U in z'n algemeenheid taken voor de **fysiotherapeut** zijn?

	zeker geen taak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeker een taak
Inzicht krijgen in de verwachtingen van de patiënt in relatie tot de klachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De bevindingen van fysiotherapeutisch onderzoek aan de patiënt voorleggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Het behandelplan opstellen in afstemming met andere hulpverleners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Overleggen met de verwijzer bij wijziging van de doelstelling(en) van de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

nooit zelden soms regelmatig vaak

Hoe vaak komt het voor dat het ziekenfonds een door U aangevraagde machtiging om fysiotherapie afwijst.

Als dit weleens voorkomt, kunt U de belangrijkste redenen hiervan noemen?

_____ (redenen)

Maakt U deel uit van een gestructureerd samenwerkingsverband waarvan ook fysiotherapeuten deel uitmaken?

Met "gestructureerd" bedoelen we hier de samenwerking die regelmatig en op vaste tijdstippen plaats vindt en dus niet het individueel overleg naar aanleiding van bijvoorbeeld een verwijzing.

- ja, in hometeam
- ja, in gezondheidscentrum
- ja, anderzins, te weten: _____
- nee

Hoe zou U de leeftijdsopbouw van Uw praktijkpopulatie karakteriseren?

- jong
- normaal
- vergrijsd

Uit hoeveel patiënten bestaat Uw praktijk?

(Bij een gemeenschappelijke praktijk het aantal patiënten dat aan Uw zorg is toevertrouwd.)

_____ (aantal)

Hoeveel van deze patiënten zijn ziekenfondsverzekerden?

_____ (aantal)

Een gestructureerde vragenlijst als deze leidt er toe dat U mogelijk niet alle nuances in Uw antwoorden kwijt kunt. Heeft U misschien aspecten gemist omtrent de relatie tussen huisarts en fysiotherapeut, of heeft U commentaar dat belangrijk kan zijn voor ons onderzoek? Gebruik hiervoor dan deze laatste bladzijde.

Wij danken U hartelijk voor Uw medewerking aan dit onderzoek. Wij zullen U een samenvatting van de resultaten toesturen.



Bijlage II
Enquête aan fysiotherapeuten



nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946
datum

kenmerk

Enquête Relatie Fysiotherapeut- Huisarts

Hoe is Uw (verwijs)relatie met de huisarts? Wat rekent U tot het takenpakket van de fysiotherapeut? Welke ziektenbeelden/symptomen vindt U indicaties voor fysiotherapeutische behandelingen? Deze en andere vragen willen wij met deze enquête beantwoorden.

Dit onderzoek is een onderdeel van het project 'Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg' dat tot stand is gekomen op initiatief van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten, de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten, de Geneeskundige Hoofdinspectie en het Ministerie van WVC en wordt uitgevoerd door de Stichting NIVEL.

het NIVEL is de voortzetting
van de afdeling wetenschappelijk
onderzoek van het nederlands
huisartsen instituut

Hoeveel **nieuwe patiënten** komen er in de praktijk waar U werkzaam bent per week (gemiddeld) in behandeling?

Een nieuwe patiënt betekent niet dat de patiënt niet eerder voor dezelfde klachten onder Uw behandeling geweest is, maar wil zeggen dat de patiënt in ieder geval aan het eind van de vorige behandeling, naar Uw idee klachtenvrij was, hoe kort dat ook uiteindelijk geweest is.

via de huisarts: _____ (aantal)

via de medisch-specialist: _____ (aantal)

Kunt U ongeveer aangeven van hoeveel verschillende **huisartsen** U regelmatig Uw patiënten krijgt?

_____ (aantal)

Met hoeveel van hen heeft U regelmatig overleg? _____ (aantal)

Kunt U ongeveer aangeven van hoeveel verschillende **medisch-specialisten** U regelmatig Uw patiënten krijgt?

_____ (aantal)

	nooit	zelden	soms	vaak	altijd
Neemt de huisarts afgezien van de verwijfsbrief contact met U op als hij een patiënt naar U verwijst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neemt de huisarts contact met U op in de loop van behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neemt U (telefonisch) contact op met huisartsen in de loop van de behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vraagt U weleens aan de behandelend arts om röntgenfoto's te laten maken (als de klachten daartoe aanleiding geven)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krijgt U ongevraagd medisch-technische achtergrond informatie van de (huis)arts? (b.v. over medicatie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En op Uw verzoek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krijgt U ongevraagd psycho-sociale achtergrond informatie van de huisarts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En op Uw verzoek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nooit	zelden	soms	vaak	altijd
Geeft U de huisarts schriftelijke rapportage van het resultaat van de behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ook als de patiënt klachtenvrij is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geeft u de huisarts mondelijke rapportage van het resultaat van de behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ook als de patiënt klachtenvrij is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wordt Uw hulp ingeroepen door huisartsen, alleen voor het stellen van een diagnose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Worden Uw verzoeken om een vervolgbehandeling in te stellen door huisartsen gehonoreerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwijzen de huisartsen patiënten naar U alleen voor voorlichting over de lichaamshouding in de werksituatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwijst de huisarts weleens patiënten naar U bij herhaald terugkerende hulpvragen waarbij de huisarts geen duidelijke somatische diagnose kan stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nee
Zijn er bij U in de buurt regelmatig bijeenkomsten met huisartsen waarop patiënten kunnen worden besproken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zo ja, hoe vaak? _____ (frequentie per maand)

	ja	nee
Zijn er bij U in de buurt regelmatig bijeenkomsten met huisartsen waarop algemene informatie kan worden uitgewisseld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zo ja, hoe vaak? _____ (frequentie per maand)

	nooit	zelden	soms	vaak	altijd
Indien er bijeenkomsten met huisartsen zijn waarop patiënten kunnen worden besproken, bezoekt U die dan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indien er bijeenkomsten met huisartsen zijn waarop algemene informatie wordt uitgewisseld, bezoekt U die dan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nee
Zou U in de regel (telefonisch) overleg willen hebben met de huisarts voordat U een nieuwe patiënt in behandeling neemt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zou U in de regel (telefonisch) overleg willen hebben met de huisarts in de loop van de behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zou U het wenselijk vinden dat er regelmatig bijeenkomsten zijn met huisartsen waarop patiënten kunnen worden besproken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zouden er mogelijkheden voor 'consultatieve' verwijzingen door huisartsen naar fysiotherapeuten moeten komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zouden de mogelijkheden van huisartsen om iemand naar een fysiotherapeut te verwijzen alleen voor voorlichting, advies en leefregels uitgebreid moeten worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft U vertrouwen in de fysiotherapeutische kennis van de huisartsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indien de huisarts een naar Uw mening minder adequaat behandelingsvoorstel doet, welke actie onderneemt U dan?		
<input type="checkbox"/> uitvoeren van gevraagde behandeling		
<input type="checkbox"/> contact opnemen met de huisarts		
<input type="checkbox"/> behandelingsvoorstel negeren en een andere behandeling geven		
<input type="checkbox"/> anders te weten: _____ (specificeer)		
Hangt Uw keuze af van welke huisarts dit behandelingsvoorstel doet?		
<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja		
	ja	nee
Zijn er (huis)artsen in Uw naaste familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zijn er (huis)artsen in Uw vrienden- of kennissenkring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er zijn regelmatig discussies over de vrije toegankelijkheid van fysiotherapeuten voor patiënten. In deze discussies is onduidelijk hoe de feitelijke praktijk op dit moment is. Komen er wel eens patiënten rechtstreeks naar de fysiotherapeut en wat doe je in zo'n geval als fysiotherapeut? Dat zijn, ondanks de beperkingen die de wet op de Paramedische Beroepen oplegt, interessante vragen.

	ja	nee
Komen er bij U weleens patiënten zonder dat zij door een arts zijn verwezen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zo ja, wat doet U dan?

- Ik neem de patiënt in behandeling als de klachten daar aanleiding toe geven
- Ik overleg met de huisarts van de patiënt
- Ik verwijs de patiënt naar zijn huisarts

Zo ja, betreft het specifieke patiëntcategorieën of specifieke klachten?

_____ (specificeer)

	ja	nee
Is het ziekenfonds betrokken bij overleg tussen huisartsen en fysiotherapeuten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Is er regelmatig overleg tussen het ziekenfonds en Uw praktijk naar aanleiding van machtigingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Voert het ziekenfonds in het algemeen een streng beleid met betrekking tot het machtigen van een fysiotherapeutische behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

nooit zelden soms regelmatig vaak

Hoe vaak komt het voor dat de adviserend geneeskundige/fysiotherapeut van het ziekenfonds een patiënt voor wie een machtiging is aangevraagd, oproept voor onderzoek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Hoe vaak komt het voor dat het ziekenfonds een aangevraagde machtiging voor fysiotherapie afwijst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als dit weleens voorkomt, wat zijn hiervan de belangrijkste redenen?					

_____ (redenen)

Hieronder staat een aantal ziektebeelden/symptomen. Wilt U per geval aangeven of het (in z'n algemeenheid) een indicatie is voor doorverwijzing naar een fysiotherapeut?

ziektebeeld/symptoom	is wel een indicatie	is geen indicatie
1. Een vrouw van 24 jaar vertoont sinds haar zeventiende jaar exantheem dat terecht gekwalificeerd is als psoriasis .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Een vrouw van 65 jaar heeft sedert haar dertigste multiple sclerose . Zo heeft tal van bewegingsproblemen. Vooral de A.D.L. zijn moeilijk uitvoerbaar. Ze woont in een verzorgingstehuis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Een 40-jarige vrouw ontwikkelde 2 jaar na een rechtszijdige mastectomie een lymfedeem van haar rechterarm. Behalve pijn en een lichte bewegingsbeperking (in het schoudergewricht) past ook haar kleding niet meer zo best. Zij maakt zich zorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Een beambte van 47 jaar heeft last van een acute torticollis . Benevens de scheefstand van het hoofd is de nekschoudermusculatuur, met name de m. trapezius en de m. sternocleidomastoideus hypertoon en drukgevoelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Een man van 65 jaar, een straffe roker, is sedert ongeveer een half jaar bekend met M. Raunaud . Met name tijdens lopen ondervindt hij herhaaldelijk pijscheuten in beide (onder-)benen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Een meisje van 12 jaar heeft een kyfoscoliose waarbij (nog) geen benige contacturen zijn te constateren. De houdingsmusculatuur is verzwakt, het houdingsgevoel onvoldoende aanwezig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Een man van 74 jaar heeft een acute (drie dagen) bronchitis van bacteriële herkomst. Hij heeft koorts, krijgt medicijnen en is kortademig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Een 35-jarige huisvrouw, rechtshandig, heeft sedert enige maanden een epicondylitis lateralis humeri . De pijnklachten traden voornamelijk op bij grijpbewegingen, wringen en in zijn algemeenheid bij strekking van het polsgewricht (aktief).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ziektebeeld/symptoom	is wel een indicatie	is geen indicatie
9. Een man van 30 jaar lijdt sedert 2 jaar aan hyper-ventilatie . Naast de gebruikelijke symptomen is ook de hulpademhalingsmusculatuur hypertoon. Er zijn géén longafwijkingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Een man van 55 jaar heeft sedert 3 maanden toenemende nek-schouderklachten die zijn arts getypeerd heeft als een cervico-brachiaalsyndroom . De man heeft pijn en bovendien zijn de bewegingen van nek en schoudergewricht beperkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Een man van 57 jaar heeft een halfzijdige verlamming rechts na een C.V.A.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Een meisje van 13 heeft sedert 1 ¹ / ₂ jaar last van acne vulgaris . De meeste puistjes heeft ze in haar gelaat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Een man van 23 jaar kreeg bij het voetballen een contusie van zijn rechterenkel (Eén dag geleden). Hij wil persé de volgende week weer voetballen. Bovendien wil hij niet op zijn werk verzuimen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Een patiënt heeft sedert 2 dagen een manifeste herpes zoster (blaasjes zichtbaar) linkszijdig, TH V-VII segmenten. Hij heeft veel pijn vooral 's nachts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Man van middelbare leeftijd heeft sedert ongeveer 1 jaar regelmatig last van krampen in beide mm. gastrocnemii, voornamelijk 's nachts. Hij slikt géén diuretica. Hij fietst en wandelt elke dag. Er zijn géén aanwijsbare vaataandoeningen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Een vrouw van 45 jaar heeft rechtszijdig een carpaal tunnel syndroom met bijbehorende sensibiliteitsstoornissen in haar rechterhand, nachtelijke pijnen en een atrofische duimmuis rechts. Zij is rechtshandig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Een pas gescheiden 38 jarige vrouw heeft herhaaldelijk spanningshoofdpijn met aanwijsbare hypertone cervicaal musculatuur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Een mevrouw van 71 jaar met overgewicht heeft sinds drie maanden een ulcus cruris aan de voorzijde van haar rechter onderbeen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Patiënt heeft een frozen shoulder (sedert ongeveer 2 maanden manifest beperkt). De bewegingen worden niet alleen beperkt door pijn, er is sprake van (niet-benige) contractuurvorming.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Een huisvrouw van 43 jaar heeft een ischialgie links sedert plusminus 6 weken. Er is géén radicaulaire prikkeling. Pijn is gedurende de gehele dag constant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In welk jaar heeft U Uw opleiding afgerond? _____ (jaar)

In welk jaar bent U voor het eerst gaan werken? _____ (jaar)

Heeft U na Uw opleiding nog (voor de uitoefening van Uw vak relevante) cursussen gevolgd?

nee ja Zo ja, welke cursus(sen)?

_____ (specificeer)

Heeft U zich na Uw opleiding gespecialiseerd?
(of zoals dat in de fysiotherapie heet: verbijzonderd)

nee ja Zo ja, welke richting(en)?

_____ (specificeer)

nooit	zelden	soms	vaak	altijd
-------	--------	------	------	--------

Indien U (in meer of mindere mate) gespecialiseerd bent, verwijzen **artsen** weleens patiënten naar U vanwege die verbijzondering?

Indien U (in meer of mindere mate) gespecialiseerd bent, verwijzen collega **fysiotherapeuten** weleens patiënten naar U vanwege die verbijzondering?

Bent U lid van een beroepsvereniging?

ja, te weten _____

nee

Leest U de volgende tijdschriften?	nooit	zelden	vaak	altijd	n.v.t.
Fysiovisie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nederlandse Tijdschrift voor Fysiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioscoop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buitenlandse vakliteratuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Issue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bent U werkzaam als:

- vrijgevestigd fysiotherapeut in solopraktijk
- vrijgevestigd fysiotherapeut in maatschap
- medewerker in loondienst
- medewerker op notabasis

Maakt U deel uit van een gestructureerd samenwerkingsverband waarvan ook huisartsen deel uitmaken?

Met "gestructureerd" bedoelen we hier de samenwerking die regelmatig en op vaste tijdstippen plaats vindt en dus niet het individueel overleg naar aanleiding van bijvoorbeeld een verwijzing.

- ja, in een hometeam
- ja, in een gezondheidscentrum
- ja, anderzins te weten: _____
- nee

Welke vormen van behandeling zijn er, naast bewegings- en massage therapie in Uw praktijk mogelijk?

_____ (specificeer)

Welke vormen van behandeling zou U willen toepassen, maar zijn niet mogelijk door het ontbreken van apparatuur of beperkingen van de ruimte?

_____ (specificeer)

In welke plaats werkt U? _____ (plaats)

Hoeveel fysiotherapeuten, inclusief Uzelf, zijn er in Uw praktijk werkzaam?

_____ (aantal)

Hoeveel uur werken deze personen (inclusief stagiaires) gemiddeld per week?

_____ personen à 50 uur of meer

_____ personen à 40-49 uur

_____ personen à 30-39 uur

_____ personen à 20-29 uur

_____ personen à 10-19 uur

_____ personen minder dan 10 uur

Als er in Uw praktijk meerdere fysiotherapeuten werkzaam zijn, hoe vindt dan de verdeling van de binnenkomende patiënten plaats (U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen)?

- Huisarts verwijst naar specifieke therapeut
 Hangt af van welke fysiotherapeut er tijd heeft
 Hangt af van de klachten van de patiënt
 Hangt af van de specialisatie van de fysiotherapeut
 Hangt af van wie de patiënt eerder heeft behandeld
 Hangt af van de voorkeur van de patiënt
 Hangt af van: _____ (specificeer)

In welk jaar bent U geboren? _____ (jaar)

Bent U man of vrouw?

man vrouw

Het laatste onderwerp dat we in deze enquête aan de orde willen stellen betreft wat wel genoemd wordt de 'taakopvattingen' van fysiotherapeuten. Het invullen van de vragen hierover zal enige moeite kosten omdat er zoveel onderdelen van het werk van fysiotherapeuten te onderscheiden zijn (we hebben daar al een selectie uit gemaakt, maar het blijft een lange lijst). Om het nog ingewikkelder te maken zijn aan de taken van fysiotherapeuten verschillende dimensies te onderscheiden.

De eerste is in hoeverre U de hieronder opgesomde onderdelen van het werk van fysiotherapeuten Uw taak acht; de tweede dimensie is in welke mate U in de dagelijkse praktijk aan de onderscheiden aspecten toekomt; de derde tenslotte heeft betrekking op het belang dat U aan de verschillende aspecten toekent.

We beginnen met de vraag in hoeverre U de onderstaande aspecten van het werk van fysiotherapeuten tot Uw taak rekent. Daarna stellen we de vragen over de beide andere dimensies aan de hand van dezelfde lijst van aspecten van het werk van fysiotherapeuten.

	zeker geen taak					zeker wel taak				
Inzicht verschaffen in de aard en omvang van de hulp die hij kan bieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De problemen van de patiënt inventariseren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onderlinge organisatie van bereikbaarheid tijdens avond, nacht en weekend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij de keuze van de behandeling van de patiënt rekening houden met de kosten voor deze patiënt of zijn/haar verzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het eigen handelen (met collega's) ter discussie stellen (bv. intercollegiale toetsing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inzicht krijgen in de verwachtingen van de patiënt in relatie tot de klachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De patiënt betrekken bij de opstelling van het behandelplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het behandelplan opstellen in afstemming met andere hulpverleners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psycho-sociale achtergronden van de patiënt in zijn/haar klachten betrekken bij de opstelling van het behandelplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grenzen van de fysiotherapie vaststellen om psychosociale aspecten in de behandeling te betrekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overleggen met de patiënt bij wijziging van de doelstelling(en) van de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overleggen met de verwijzer bij wijziging van de doelstelling(en) van de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De zelfzorg van de patiënt stimuleren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De patiënt voorlichten over mogelijkheden om hernieuwd optreden van de klacht te voorkomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De verwijzer op de hoogte stellen van de (on)mogelijkheden van de fysiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De patiënt op de hoogte stellen van de (on)mogelijkheden van de fysiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samenwerken met collega's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alleen die therapieën toepassen waarvan het effect aangetoond is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	zeker geen taak			zeker wel taak	
Een deugdelijke registratie van patiënten en hun behandeling(en) bijhouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samenwerken met andere hulpverleners, zoals:					
huisarts	<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"/>
maatschappelijk werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wijkverpleegkundigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gezinszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De ene taak zal in Uw praktijkuitoefening centraler staan dan de andere, al is het alleen maar omdat Uw tijd beperkt is en niet alles tegelijk kan. Wilt U in het hokje van Uw keuze aankruisen hoe belangrijk deze taken zijn in Uw praktijkuitoefening?

	onbelangrijk			belangrijk	
Inzicht verschaffen in de aard en omvang van de hulp die hij kan bieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De problemen van de patiënt inventariseren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onderlinge organisatie van bereikbaarheid tijdens avond, nacht en weekend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij de keuze van de behandeling van de patiënt rekening houden met de kosten voor deze patiënt of zijn/haar verzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het eigen handelen (met collega's) ter discussie stellen (bv. intercollegiale toetsing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inzicht krijgen in de verwachtingen van de patiënt in relatie tot de klachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De patiënt betrekken bij de opstelling van het behandelplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het behandelplan opstellen in afstemming met andere hulpverleners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psycho-sociale achtergronden van de patiënt in zijn/haar klachten betrekken bij de opstelling van het behandelplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grenzen van de fysiotherapie vaststellen om psycho-sociale aspecten in de behandeling te betrekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	onbelangrijk				belangrijk
Overleggen met de patiënt bij wijziging van de doelstelling(en) van de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overleggen met de verwijzer bij wijziging van de doelstelling(en) van de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De zelfzorg van de patiënt stimuleren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De patiënt voorlichten over mogelijkheden om hernieuwd optreden van de klacht te voorkomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De verwijzer op de hoogte stellen van de (on)-mogelijkheden van de fysiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De patiënt op de hoogte stellen van de (on)-mogelijkheden van de fysiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samenwerken met collega's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alleen die therapieën toepassen waarvan het effect aangetoond is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een deugdelijke registratie van patiënten en hun behandeling(en) bijhouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samenwerken met andere hulpverleners, zoals:					
huisarts	<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"/>
maatschappelijk werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wijkverpleegkundigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gezinszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hieronder volgen dezelfde onderdelen van het werk van fysiotherapeuten. Wilt U in het hokje van Uw keuze aankruisen in hoeverre U in de dagelijkse praktijk aan deze onderdelen toekomt.

	kom ik nooit aan toe			kom ik altijd aan toe		
Inzicht verschaffen in de aard en omvang van de hulp die hij kan bieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De problemen van de patiënt inventariseren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onderlinge organisatie van bereikbaarheid tijdens avond, nacht en weekend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij de keuze van de behandeling van de patiënt rekening houden met de kosten voor deze patiënt of zijn/haar verzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het eigen handelen (met collega's) ter discussie stellen (bv. intercollegiale toetsing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inzicht krijgen in de verwachtingen van de patiënt in relatie tot de klachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De patiënt betrekken bij de opstelling van het behandelplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het behandelplan opstellen in afstemming met andere hulpverleners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psycho-sociale achtergronden van de patiënt in zijn/haar klachten betrekken bij de opstelling van het behandelplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grenzen van de fysiotherapie vaststellen om psycho-sociale aspecten in de behandeling te betrekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overleggen met de patiënt bij wijziging van de doelstelling(en) van de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overleggen met de verwijzer bij wijziging van de doelstelling(en) van de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De zelfzorg van de patiënt stimuleren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De patiënt voorlichten over mogelijkheden om hernieuwd optreden van de klacht te voorkomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De verwijzer op de hoogte stellen van de (on)mogelijkheden van de fysiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De patiënt op de hoogte stellen van de (on)mogelijkheden van de fysiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samenwerken met collega's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	kom ik nooit aan toe		kom ik altijd aan toe		
Alleen die therapieën toepassen waarvan het effect aangetoond is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een deugdelijke registratie van patiënten en hun behandeling(en) bijhouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samenwerken met andera hulpverleners, zoals:					
huisarts	<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"/>
maatschappelijk werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wijkverpleegkundigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gezinszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Een gestructureerde vragenlijst als deze leidt er toe dat U mogelijk niet alle nuances in Uw antwoorden kwijt kunt. Heeft U misschien aspecten gemist omtrent de relatie tussen fysiotherapeut en huisarts, of heeft U commentaar dat belangrijk kan zijn voor ons onderzoek? Gebruik hiervoor dan deze laatste bladzijde.

Wij danken U hartelijk voor Uw medewerking aan dit onderzoek. Wij zullen U een samenvatting van de resultaten toesturen.



Bijlage III correlatie coëfficiënten matrix van determinanten van verwijscijfers en verwijscijfers, significante correlaties zijn onderstreept ($\alpha < .05$).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1.00									
2	<u>.12</u>	1.00								
3	<u>.17</u>	<u>.20</u>	1.00							
4	-.01	<u>.22</u>	.02	1.00						
5	.06	.08	.09	.08	1.00					
6	<u>.13</u>	<u>.25</u>	<u>.14</u>	.04	<u>.12</u>	1.00				
7	.08	-.08	.01	-.09	.07	.03	1.00			
8	<u>.18</u>	<u>.11</u>	<u>.21</u>	.10	<u>.12</u>	<u>.13</u>	.05	1.00		
9	<u>.14</u>	<u>.31</u>	.10	<u>.11</u>	<u>.13</u>	<u>.19</u>	.06	<u>.27</u>	1.00	
10	<u>.19</u>	.10	-.01	-.05	.10	<u>.18</u>	.08	.07	.02	1.00

legenda :

- 1 = verwijscijfer
- 2 = factorscore 'niet somatisch'
- 3 = factorscore 'consultatieve verwijzingen'
- 4 = factorscore 'geven van achtergrondinfo'
- 5 = factorscore 'initiatief tot het opnemen van contact'
- 6 = factorscore attitude 'fysiotherapie en tweede lijn'
- 7 = factorscore attitude 'kosten gezondheidszorg'
- 8 = prioriteit samenwerking met fysiotherapeuten
- 9 = indicatie breedte
- 10 = aanbod van fysiotherapeutische zorg.

