

EVALUATIE VAN HET 'CONSULTATIEF FYSIOTHERAPEUTISCH ONDERZOEK' (CFO) IN DE EERSTE LIJN

Resultaten van een veldexperiment

**H.J.M. Hendriks
C. Wagner
J. Dekker
J.W. Brandsma**

December, 1994



drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 319946 fax 030 319290

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg -
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon 030 - 319946

Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie SWSF - Postbus 1161 -
3800 BD Amersfoort - Telefoon 033 - 622980

Verslag van het project 'Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek (CFO)' in de eerste lijn (Fase 2). Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door financiële steun van het Ministerie van WVC. Tevens hebben de volgende zorgverzekeraars een financiële en materiële bijdrage aan het project gegeven: CZ-groep, VGZ en Zorg en Zekerheid. Het CFO-project werd uitgevoerd door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) en de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie (SWSF).

Januari 1992 - december 1993

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Evaluatie

Evaluatie van het 'Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek' in de eerste lijn / H.J.M. Hendriks [et al.].

Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL). Amersfoort: Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie (SWSF).

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-252-0

Trefw.: fysiotherapie / huisartsgeneeskunde.

INHOUD

pag.

VOORWOORD

1.	ACHTERGROND EN DOEL VAN HET ONDERZOEK	1
1.1.	Inleiding	1
1.2.	Achtergrond en probleemstelling	3
1.3.	Het begrip 'consultatie' en de definitie van het CFO	6
1.4.	Doelstelling en vraagstellingen	8
1.5.	Opbouw van het rapport	12
2.	HET VERWIJSCIJFER EN DETERMINANTEN VAN VERWIJZEN	13
2.1.	Inleiding	13
2.2.	Het verwijscijfer	14
2.3.	Determinanten van verwijzen	15
2.4.	Samenvatting	19
3.	ONDERZOEKSOPZET EN METHODE	20
3.1.	Inleiding	20
3.2.	Opzet van het onderzoek	20
3.3.	De procedure van het CFO	23
3.4.	De meetinstrumenten	26
3.5.	Metingen	28
3.6.	De steekproeftrekking	30
3.7.	Analyse	34
4.	BESCHRIJVING VAN DE ONDERZOEKSGROEP	36
4.1.	Respons op de steekproeftrekking	36
4.2.	Beschrijving van huisartsen en fysiotherapeuten	37
4.2.1.	Kenmerken van de huisartsen	37
4.2.2.	Kenmerken van de fysiotherapeuten	45
4.3.	Samenvatting en bespreking	51
5.	RESULTATEN	53
5.1.	Het gebruik van het CFO	53
5.1.1.	Het aantal verwijzingen voor een CFO en de verwijsoedenen	53
5.1.2.	Patiëntkenmerken	56
5.1.3.	Factoren die samenhangen met het verwijscijfer voor een CFO	64

	pag.
5.2. De kwaliteit van het CFO	68
5.2.1. Het oordeel over de functionaliteit	68
5.2.2. Factoren die samenhangen met het oordeel over de functionaliteit	71
5.2.3. Het oordeel over de formulieren, de procedure en de inpasbaarheid	77
5.3. Het CFO en het beleid van de huisarts	83
5.3.1. Het advies van de fysiotherapeut	83
5.3.2. Het beleid van de huisarts	85
5.4. De effecten van het CFO op verwijzingen	88
5.4.1. Het effect van het CFO op het verwijsbeleid van de huisarts: ziekenfondsgegevens	88
5.4.2. Het effect van het CFO op het verwijsbeleid van de huisarts: fictief en feitelijk beleid	92
5.4.3. Het aantal zittingen en de duur van de fysiotherapeutische behandeling	94
5.5. Overwegingen ten aanzien van de kosten	96
5.5.1. Tijdsinvestering van huisartsen	97
5.5.2. Tijdsinvestering van fysiotherapeuten	97
5.5.3. Verwijzingen naar fysiotherapeuten, medisch specialisten en anderen	98
5.5.4. Het aantal zittingen in een fysiotherapeutische behandeling	99
5.5.5. De kosten van het CFO	101
6. SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN	103
6.1. Probleem- en doelstelling	103
6.2. Methode	103
6.3. Resultaten en beschouwing	104
6.3.1. De consulten: aantal en aard	104
6.3.2. Oordeel van huisartsen over de kwaliteit van het CFO	105
6.3.3. De fysiotherapeut en het CFO	107
6.3.4. Het beleid van de huisarts na het CFO	107
6.3.5. Veranderingen in verwijscijfers	108
6.3.6. Kosten van het CFO	109
6.4. Conclusies	110
6.5. Aanbevelingen	112
7. LITERATUUR	113

BIJLAGEN

- Bijlage 1 : Consultaanvraagformulier en argumentatie van de huisarts
- Bijlage 2 : Formulier voor het vastleggen van persoons- en sociaal-demografische kenmerken
- Bijlage 3 : Registratieformulier voor het registreren van stoornissen en beperkingen
- Bijlage 4 : Rapportageformulier van de fysiotherapeut en evaluatieformulier per CFO voor de huisarts
- Bijlage 5 : Formulier voor het vastleggen van het resultaat en het verloop van de behandeling
- Bijlage 6 : Vragenlijst (voorafgaande aan het veldexperiment) voor huisartsen en fysiotherapeuten ter inventarisatie
- Bijlage 7 : Vragenlijst (volgend op het veldexperiment) voor huisartsen en fysiotherapeuten ter evaluatie
- Bijlage 8 : Aanbevelingsbrief KNGF
- Bijlage 9 : Aanbevelingsbrief NHG
- Bijlage 10: De enkelvoudige samenhang van de predictorvariabelen met het aantal verwijzingen voor een CFO (gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten)
- Bijlage 11: Het verwijsbeleid van huisartsen uitgesplitst naar medisch specialisme voor en na introductie van het CFO

VOORWOORD

In dit rapport wordt verslag gedaan van de resultaten van het project 'Het Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek in de eerste lijn' (CFO-project). Middels een veldexperiment werd nagegaan welke effecten optreden als huisartsen niet alleen naar fysiotherapeuten kunnen verwijzen voor een behandeling maar ook voor consultatie. In een voorfase zijn de formulieren, de procedure en de meetinstrumenten ontwikkeld en in een pilot-studie getest (Hendriks e.a., 1992b). Het CFO-project is uitgevoerd in een samenwerkingsverband tussen het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg en de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie (SWSF). In overleg met bovengenoemde instanties, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) is het projectvoorstel totstandgekomen. Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) heeft het project gesubsidieerd. Gezien het belang van het project voor de beroepsorganisaties en de financiers van de gezondheidszorg is in opdracht van het Ministerie van WVC een begeleidingscommissie samengesteld. In deze begeleidingscommissie hadden zitting:

Prof.Dr. C.A. de Geus	Emeritus Hoogleraar Huisartsgeneeskunde (voorzitter)
Mw.mr. G.L.M. Romijn-Liem	Ziekenfondsraad
Dhr. G.J. Bloemendal	Vereniging Nederlandse Zorgverzekeraars
Dhr. K.A. Klom en	Ministerie van WVC, Directie Algemene Gezondheidszorg en Beroepen
Dhr. T. Zengerink	
Dr. A.W. Chavannes	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Mw. K. Droogleever Fortuyn	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Mw. H. Smit	Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF)
Dhr. Th.A.G. Koekenbier	Inspecteur Paramedische Beroepen (WVC)
Dr. P.F.M. Verhaak	NIVEL
Dhr. A.G. Tournier	SWSF, Wetenschappelijke Adviesraad (WAR)
Mw. H.W.A. Wams	SWSF, algemeen directeur
Prof.Dr. R.A.B. Oostendorp	SWSF, wetenschappelijk directeur

De auteurs danken de leden van de begeleidingscommissie voor hun constructieve bijdrage aan het CFO-project en de totstandkoming van dit rapport. Eveneens is een woord van dank verschuldigd aan de betrokken regionale zorgverzekeraars voor hun deelname aan het project. In het bijzonder aan mw. L. van der Aar, drs. P. Meijs en mw. drs. M. Hartevelt van

zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid, de heren drs. A. van Son en E. van Boxel van de Centraal Ziekenfonds-groep, de heren G. Storm en A. Vesters van zorgverzekeraar VGZ Midden Brabant en de heren A. Creemers en R. Mulder van zorgverzekeraar VGZ/BAZ Nijmegen.

Verder zijn wij dr. J. Kerssens en drs. P. Spreeuwenberg zeer erkentelijk voor hun assistentie bij de statistische analyses. Ook zijn wij dank verschuldigd aan drs. L.J. Stokx voor zijn adviezen bij de analyse van de ziekenfondsverwijscijfers die in dit onderzoek zijn gebruikt. Als laatsten maar zeker niet de minst belangrijken danken wij de fysiotherapeuten en huisartsen die aan het project hebben meegewerkt.

Utrecht, februari 1994.

1. ACHTERGROND EN DOEL VAN HET ONDERZOEK

In Hoofdstuk 1 wordt na een korte inleiding (paragraaf 1.1) de achtergrond en probleemstelling van het onderzoek geschetst (paragraaf 1.2). Vervolgens wordt in paragraaf 1.3 ingegaan op het begrip 'consultatie' en de definitie van het CFO. In paragraaf 1.4 worden de doel- en vraagstellingen van het onderzoek beschreven en tenslotte wordt in paragraaf 1.5 de opbouw van het rapport gegeven.

1.1. Inleiding

Het huidige beleid in de Nederlandse gezondheidszorg is gericht op het realiseren van een toegankelijke en kwalitatief goede zorg die doeltreffend en doelmatig is. Beleidsinitiatieven zijn vooral gericht op de beheersbaarheid van de kosten (Kwaliteit van zorg, 1990 en 1991). De beleidsmaatregelen hebben consequenties voor de fysiotherapeutische zorgverlening in de eerste lijn. Enerzijds wordt er een trendmatige toename van het gebruik van fysiotherapeutische zorg verwacht (Groenewegen e.a., 1990), anderzijds wordt door het huidige volumebeleid (in de ziekenfondssector) de fysiotherapeutische zorgverlening beperkt. Deze situatie leidt tot de noodzaak om keuzes te maken in het verlenen van de zorg en om maatregelen te nemen ter bevordering van de doelmatigheid van de fysiotherapeutische zorg.

Binnen de eerstelijnsgezondheidszorg neemt de huisarts als poortwachter tot de gezondheidszorg een sleutelpositie in. Huisartsen hebben via hun verwijlsbeleid een grote invloed op het aantal patiënten dat onder fysiotherapeutische behandeling is en ook op de aard van de problematiek waarmee de fysiotherapeut wordt geconfronteerd. Huisartsen bepalen op basis van hun eigen deskundigheid en kennis van de verwijsmogelijkheden (inclusief de fysiotherapeutische mogelijkheden), in overleg met de patiënt, het te voeren beleid.

Ongeveer tachtig procent van de patiënten die door fysiotherapeuten in de eerste lijn worden behandeld, is verwezen door de huisarts (Kerssens e.a. 1986; Kerssens en Curfs, 1993). Aandoeningen van het bewegingssysteem behoren tot de meest voorkomende gezondheidsproblemen van de Nederlandse bevolking. Zij behoren dan ook tot de aandoeningen waarmee de huisarts het meest wordt geconfronteerd (Grundmeijer en Brouwer, 1988; Uunk e.a., 1991, Kerssens en Curfs, 1993). Uit de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartsenpraktijk blijkt dat bij aandoeningen

van het bewegingssysteem de huisarts vaker naar de fysiotherapeut verwijst dan naar andere zorgverleners; bij 16% van alle klachten/episodes¹ met betrekking tot het bewegingssysteem verwijst de huisarts naar de fysiotherapeut; bij ruim 8% van deze episodes verwijst de huisarts naar een medisch specialist; en bij slechts 1% van deze episodes verwijst de huisarts naar een andere hulpverlener. Voor andere aandoeningen ligt die relatie geheel anders; daarbij verwijst de huisarts relatief (veel) minder naar een fysiotherapeut dan naar een medisch specialist (Uunk e.a., 1991). De fysiotherapeut vervult bij aandoeningen van het bewegingssysteem dus een belangrijke (therapeutische) rol.

Fysiotherapie is binnen de eerste lijn de discipline waarnaar het meest frequent wordt verwezen. Deze gegevens bevestigen de positie van de fysiotherapeut in de eerste lijn, namelijk die van een belangrijke behandelaar van patiënten met klachten van het bewegingsapparaat en zijn sturende systemen.

Voor de extramuraal werkende fysiotherapeut is de huisarts in kwantitatieve zin dan ook de belangrijkste samenwerkingspartner in de eerste lijn. In de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut worden echter problemen gesignaleerd op het gebied van communicatie en indicatiestelling en is er sprake van onduidelijkheid over de mogelijkheden van de fysiotherapie (Grundmeijer en Brouwer, 1989; Van der Rijdt e.a., 1990).

Een belangrijk aandachtspunt in het overheidsbeleid ten aanzien van de fysiotherapeutische zorgverlening is het bevorderen van de communicatie en de samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten in de eerste lijn (WVC, 1989).

Uit onderzoek is gebleken dat er tussen huisartsen onderling grote verschillen bestaan in het aantal en de aard van de verwijzingen voor fysiotherapie (Grundmeijer en Brouwer, 1988; Uunk e.a., 1991; Kerssens en Curfs, 1993) en in bepaalde gevallen bestaat twijfel over het nut van fysiotherapie (Post en Van Zanten, 1992). Een oplossing is wellicht dat de huisarts in die gevallen waarin hij niet overtuigd is van de juistheid van de indicatie voor fysiotherapie en/of van de fysiotherapeutische mogelijkheden, de fysiotherapeut formeel consulteert voorafgaande aan een (eventuele) verwijzing voor behandeling. Gesteld kan worden dat de huisarts er voor zijn beleid bij gebaat kan zijn om voor bepaalde patiënten een fysiotherapeut (eerst) te consulteren voordat hij overgaat tot een verwijzing. Deze stelling wordt ondersteund door het onderzoek 'Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg' (Kerssens e.a., 1986 en 1987a). Uit dit onderzoek blijkt dat huis-

¹ Een episode is gedefinieerd als een periode van ziek-zijn bij een patiënt over de hele periode van het ontstaan tot de oplossing daarvan (WONCA, Classification Committee, 1981).

artsen soms gebruik maken van de kennis van de fysiotherapeut voor het stellen van een diagnose. Voor het merendeel (73% van de 250 huisartsen) achten zij het wenselijk de mogelijkheden tot consultatieve verwijzingen naar fysiotherapeuten uit te breiden.

Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) heeft in 1990 aan de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie (SWSF) en het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) de opdracht gegeven om de effecten van een consultatieve verwijzing te onderzoeken. Door middel van het project 'Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek' (CFO) wordt bij een aantal huisartsen en fysiotherapeuten een nieuw element in het overleg tussen huisartsen en fysiotherapeuten ingevoerd en vervolgens geëvalueerd.

1.2. Achtergrond en probleemstelling

De verhouding tussen arts en fysiotherapeut wordt sinds 1976 geregeld middels de Wet op de Paramedische Beroepen. Bij een verwijzing van een patiënt door een arts naar een fysiotherapeut is er sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid op basis van wederzijds aanwezig geachte bekwaamheden. Alvorens de fysiotherapeut met de behandeling kan beginnen is steeds een schriftelijke verwijzing van de arts nodig. Door de schriftelijke verwijzing van arts naar fysiotherapeut is de arts verantwoordelijk voor de indicatiestelling. Volgens de Ziekenfondswet (1966) wordt een indicatie aanwezig geacht indien van de behandeling kan worden verwacht: 'genezing, althans een verbetering (waaronder mede te verstaan een vermindering van pijn, dan wel bij ziekte of gebreke behoud van een zo goed mogelijke lichamelijke toestand'.

Kenmerkend voor de ontwikkeling van de relatie tussen arts en fysiotherapeut is de verandering van een 'voorschrijvende' naar een 'open' verwijzing (Bernards, 1990). Deze ontwikkeling geeft niet alleen aan dat de verhoudingen tussen arts en fysiotherapeut zijn veranderd, maar is ook typerend voor een inhoudelijke verandering die zich heeft voltrokken binnen de fysiotherapie. De voorschrijvende verwijzing had de betekenis van een recept en veronderstelde dat de arts voldoende kennis had van de fysiotherapie om een keuze te maken uit de fysiotherapeutische middelen. De open verwijzing impliceert deskundigheid bij de fysiotherapeut, om op grond van zijn bevindingen uit anamnese en lichamelijk onderzoek een behandelplan op te stellen met een eigen verantwoordelijkheid voor de keuze van de op dat moment noodzakelijk geachte fysiotherapeutische middelen. Bij toepassing van deze middelen dient een keuze gemaakt te worden in de karakteristieken van het toe te passen middel die afgestemd is op de actuele toestand

van het aangedane weefsel en/of van de persoon. Een 'open' verwijzing betekent echter niet dat de duur van fysiotherapeutische behandeling hierdoor ongelimiteerd is.

De arts wordt in deze situatie wel geacht op de hoogte te zijn van het te verwachten/beoogde effect van de therapie, maar niet van de inhoudelijke aspecten van de toe te passen therapie. De arts moet er van uit kunnen gaan dat de fysiotherapeut een zodanige deskundigheid bezit, dat de toe te passen behandeling kan worden bepaald door de fysiotherapeut. De uitvoering van de fysiotherapeutische behandeling (en de keuze van de middelen) is onder verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut.

Het fysiotherapeutisch zorgverleningsproces heeft zich ontwikkeld van louter uitvoerend naar onderzoekend/behandelend/begeleidend. Momenteel wordt in het Fysiotherapeutenbesluit (1977) nog alleen gesproken over verwijzing naar de fysiotherapeut voor behandeling, dus niet formeel voor consultatie. Zonder indicatiestelling kan er (formeel) niet worden verwezen. In de huidige gang van zaken stellen huisartsen een diagnose/werkhypothese en besluiten huisartsen op basis van deze diagnose/werkhypothese of er een indicatie is voor fysiotherapeutische interventie.

De ontwikkeling van het vakgebied van de fysiotherapie maakt het voor huisartsen en medische specialisten niet gemakkelijk om op de hoogte te blijven van de specifieke mogelijkheden van de fysiotherapie. Bertels e.a. (1985) hebben aangegeven dat de fysiotherapie doelgerichter kan worden ingezet als in het contact tussen arts en patiënt de fysiotherapeutische deskundigheid eerder wordt benut. Kerssens e.a. (1986, 1987a, 1993) hebben vastgesteld dat huisartsen een beter inzicht krijgen in de mogelijkheden van de fysiotherapie door intensieve samenwerking met fysiotherapeuten. Uit de resultaten van het project 'Samenwerking huisarts-fysiotherapeut' (Van der Rijdt e.a., 1990) is gebleken dat de geringe bekendheid van de huisarts met de uitgangspunten en de inhoud van het fysiotherapeutisch handelen een adequate verwijzing vaak bemoeilijkt. Een verkennend onderzoek dat uitgevoerd werd door het Ziekenfonds 'Het Groene Land' (Zwolle/Meppel) betreffende de "noodzaak voor fysiotherapie" laat een groot verschil zien in de beoordeling van de indicatiestelling fysiotherapie tussen huisartsen en fysiotherapeuten (Post en Van Zanten, 1992). In deze studie was er in 43% van de casussen sprake van eenzelfde beoordeling voor de verwijzing fysiotherapie. De auteurs concluderen dat het aan te bevelen zou zijn dat er tussen huisartsen en fysiotherapeuten een gesprek op gang komt om de noodzaak van een fysiotherapeutische verwijzing beter te formuleren en met elkaar opnieuw in contact te treden zodra de patiënt door de fysiotherapeut is onderzocht.

Fysiotherapeuten beschikken over een beroepseigen specifieke deskundigheid waarmee zij, in relatie tot de medische verwijsdiagnose, hun fysiotherapeutische diagnose kunnen stellen (Rose, 1987; Sahrman, 1988; Mischner-van Ravensberg e.a., 1988; Kerssens e.a. 1986 en 1993; Heerkens e.a., 1993). De fysiotherapeutische diagnose kan omschreven worden als: "Een beroepsspecifiek oordeel over de gezondheidstoestand van de patiënt gerelateerd aan het onderliggend lijden, verkregen op basis van gegevens uit verwijzing, anamnese, lichamelijk onderzoek, aangevuld met medische en psychosociale gegevens" (Heerkens e.a., 1993). Een fysiotherapeutisch onderzoek, voorafgaande aan een behandeling, behoort normaliter tot het fysiotherapeutisch methodisch handelen (KNGF, 1992). Een fysiotherapeutisch onderzoek is nodig omdat in de praktijk is gebleken dat de medische verwijsgegevens vaak niet specifiek genoeg zijn om het fysiotherapeutisch handelen te sturen. Uiteraard wordt bij het fysiotherapeutisch onderzoek uitgegaan en gebruikgemaakt van de medische diagnose en/of van verwijsgegevens. Het fysiotherapeutisch handelen richt zich echter niet zo zeer op de aandoening of ziekte zelf als wel op de gevolgen van de aandoening of ziekte in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps (de gezondheidstoestand van de patiënt). Het inventariseren van de soort en de ernst van deze gevolgen is een voorwaarde voor het inschatten van het gezondheidsprobleem van de patiënt. Het vaststellen van deze gevolgen en belangrijker nog, het vaststellen van de daaraan te onderscheiden beïnvloedbare componenten en het formuleren van behandeldoelen behoort tot de deskundigheid van de fysiotherapeut.

In de paramedische beroepsgroepen wordt, evenals in de revalidatie-geneeskunde, steeds meer aansluiting gezocht bij het concept en de terminologie van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH; 1980, 1981). De klachten van de patiënt en de bevindingen uit het fysiotherapeutisch onderzoek, die met behulp van de ICIDH worden geklasseerd, zijn van groot belang bij het formuleren van de fysiotherapeutische diagnose. Andere relevante gegevens bij het formuleren van de fysiotherapeutische diagnose zijn de medische diagnose en de sociaal-maatschappelijke gegevens. Ook kunnen de uit de fysiotherapeutische diagnose voortvloeiende behandeldoelen (indirect) met de termen van de ICIDH worden geklasseerd, evenals de behandelresultaten (het verschil in gezondheidstoestand na afloop en voorafgaande aan de behandeling).

Uit het voorafgaande mag duidelijk zijn dat de fysiotherapie zich heeft ontwikkeld tot een discipline met specifieke (beroepseigen) diagnostische en therapeutische kennis van het bewegingssysteem.

De fysiotherapie speelt in kwantitatieve zin een belangrijke rol in het therapeutisch beleid van de huisarts, maar de kwaliteit van de samenwerking en het overleg tussen huisartsen en fysiotherapeuten is vaak marginaal (Van

der Rijdt e.a., 1990). In veel gevallen ontbreken basale, voorwaardenscheppende elementen voor een goede samenwerking, zoals afspraken over (telefonische) bereikbaarheid, een adequate verwijscorrespondentie, een (gemeenschappelijk) behandelplan, rapportage en een zorgvuldige evaluatie van het resultaat door beide hulpverleners.

Deze problemen zijn ook door de overheid geconstateerd. In de beleidsnotitie van WVC 'Ontwikkeling van de fysiotherapeutische hulpverlening' (1989) wordt opgemerkt dat er knelpunten zijn in de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut. Deze knelpunten hangen onder meer samen met het verschil in werkdomain en taakstelling en de daarbij behorende werkwijze tussen huisarts en fysiotherapeut en daarnaast met verschillen in werkwijze tussen fysiotherapeuten. Aangekondigd wordt dat het beleid zal worden gericht op het stimuleren van projecten die een bijdrage kunnen leveren aan het beter structureren van overleg, informatie-uitwisseling en consultatie tussen huisarts en fysiotherapeut.

Met het project 'Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek' (CFO) wordt ingespeeld op dat beleid. Het introduceren van de mogelijkheid tot een, in eerste instantie op zichzelf staand, fysiotherapeutisch consult geeft de huisarts een instrument in handen, waarmee deze een beroep kan doen op de fysiotherapeut, zodanig dat de huisarts aanvullende informatie krijgt voor het vaststellen van het beleid. De invoering van de mogelijkheid om de fysiotherapeut te consulteren in de eerste lijn biedt aangrijpingspunten om de bi-disciplinaire samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut te bevorderen, de communicatie over de patiënt te verbeteren en verantwoordelijkheid voor het welzijn van de patiënt gemeenschappelijk te dragen (Van der Rijdt, 1990; Hendriks e.a., 1992b en 1993a).

1.3. Het begrip 'consultatie' en de definitie van het CFO

Het begrip 'consultatie' als synoniem voor verschillende vormen van overleg tussen hulpverleners en voor het contact tussen hulpverlener en patiënt is vaak verwarrend. Verschil in interpretatie van het begrip 'consultatie' kan tot onterechte verwachtingen en teleurstellingen leiden bij zowel consultvrager als consultgever. Met consultatie wordt beoogd 'de specifieke deskundigheid van een consultgever ter beschikking te stellen aan de consultvrager' (Ten Have en Kolker, 1990).

De consultvrager kan door consultatie aanvullende informatie krijgen voor diagnostiek en/of over therapeutische mogelijkheden bij de patiënt, om een weloverwogen en doelmatig beleid te bepalen, waardoor de kwaliteit van de zorg kan toenemen. Zowel aan de consultvrager als aan de consultgever

moeten voorwaarden worden gesteld om de consultatie optimaal te kunnen gebruiken.

Basisvoorwaarden die in de onderzoeksliteratuur over verwijzingen van huisartsen naar medische specialisten worden genoemd zijn een duidelijke afbakening van verantwoordelijkheden, een gemotiveerde houding, een goede organisatie ten aanzien van de berichtgeving en de verslaglegging, onderling vertrouwen, openheid en betrokkenheid (Ten Have en Kolker, 1990; Hendriks e.a., 1992b). De consultvrager moet zijn consultvraag duidelijk formuleren en schriftelijk informatie verstrekken over de problemen van de patiënt aan de consultgever. Deze informatie moet inzicht geven in de problemen van de patiënt en in het gevoerde beleid. Kersten (1992) heeft het belang aangetoond van het formuleren van een procedurevoorstel in een verwijsbrief. Het doel van de verwijsbrief wordt omschreven als: de huisarts invloed te laten uitoefenen op het verloop, de aard en de omvang van de verdere behandeling. Jacobs e.a. (1983) onderscheiden in dit verband verschillende verwijsopties naar medische specialisten, waarvan 'consultatie' en 'gezamenlijke behandeling' de belangrijkste zijn. Wanneer bijvoorbeeld huisartsen niet heel nadrukkelijk aangeven dat het om een consultatieve verwijzing gaat, gaan medisch specialisten zelden als zodanig met de verwijzing om. Wanneer de huisarts nadrukkelijk om een consultatieve verwijzing heeft verzocht leidt dit daarentegen zelden tot overname van de behandeling (Kersten, 1992). Het belang van een goede verwijsbrief naar een medisch specialist wordt overigens ook door de beroepsgroep onderkend, gezien het feit dat er een NHG-standaard voor is (NHG, 1989). Ook in het basistakenpakket is dit belang onderkend en wordt gesteld dat de huisarts de verantwoordelijkheid voor de verwezen patiënt dient te behouden (LHV, 1987).

De verwijssituatie tussen huisarts en fysiotherapeut is niet geheel vergelijkbaar met de verwijssituatie tussen huisarts en medisch specialist, omdat bij deze laatste bijvoorbeeld sprake is van overdracht van verantwoordelijkheid voor de gehele verdere behandeling. Het CFO heeft echter ook duidelijke overeenkomsten met de verwijssituatie tussen huisarts en medisch specialist. De hierboven gerapporteerde bevindingen uit de onderzoeksliteratuur over verwijzingen van huisartsen naar medische specialisten hebben om deze reden model gestaan voor de ontwikkeling van de procedure en het verwijsformulier voor een CFO (Hendriks e.a., 1992a).

Daarnaast is voor een adequate consultatieve verwijzing van belang dat de consultgever ruime ervaring heeft met de betreffende patiëntencategorie waarbij het wenselijk is dat de consultgever geen financieel belang heeft bij een verwijzing voor behandeling (Ten Have en Kolker, 1990).

Consultatie in het CFO-project houdt in dat de huisarts de fysiotherapeut kan raadplegen over een specifiek probleem van één patiënt. De vraag van

de huisarts kan zowel diagnostische informatie als therapeutische mogelijkheden betreffen. De consultvrager i.c. de huisarts maakt gebruik van de deskundigheid van de consultgever i.c. de fysiotherapeut, waarbij de consultvrager de verantwoordelijkheid ten aanzien van zijn therapeutisch - beleid voor de patiënt behoudt. Dit lijkt voor de huisarts als bewaker van de toegangspoort tot de gezondheidszorg van essentieel belang.

In de huidige situatie verwijzen huisartsen vrijwel altijd naar de fysiotherapeut voor behandeling op basis van een omschreven werkhypothese/medische diagnose, vaak zonder dat de reden voor een verwijzing voor fysiotherapie expliciet is medegedeeld en zonder dat de verwachtingen over de effecten van de fysiotherapeutische behandeling duidelijk zijn gemaakt. Verwijzen is afhankelijk van o.a. persoonlijke visie en ervaring. Met het CFO wordt beoogd dat de huisarts de specifieke deskundigheid van de fysiotherapeut ten aanzien van het bewegingssysteem beter benut, om langs deze weg aanvullende informatie te verzamelen over de fysiotherapeutische behandelmogelijkheden in de eerste lijn. De huisarts kan hierdoor in geval van twijfel gerichter verwijzen en zijn beleid beter afstemmen op de problemen van de patiënt.

In het kader van dit project is het CFO als volgt gedefinieerd: Het CFO is een schriftelijk verzoek van een huisarts aan een fysiotherapeut om bij een bepaalde patiënt een fysiotherapeutisch onderzoek te verrichten met als doel het genereren van informatie ten behoeve van diagnose en prognose met het oog op het door de arts vast te stellen beleid, dit waar het de fysiotherapeutische mogelijkheden bij een patiënt betreft.

Uit de definitie blijkt dat het niet de bedoeling is door middel van het CFO een vrij toegankelijk spreekuur van de fysiotherapeut te creëren. Het fysiotherapeutisch onderzoek van een patiënt vindt immers alleen plaats op uitdrukkelijk verzoek van de huisarts. Dit betekent tevens dat de huisarts de verantwoordelijkheid blijft dragen voor het therapeutisch beleid. Verder dient opgemerkt te worden dat de geconsulteerde fysiotherapeut niet automatisch ook de behandelend fysiotherapeut hoeft te zijn indien de huisarts besluit de patiënt naar een fysiotherapeut te verwijzen.

1.4. Doelstelling en vraagstellingen

In deze paragraaf wordt de doelstelling van het CFO-project beschreven en daarmee samenhangend de centrale vraagstelling. De centrale vraagstelling wordt vervolgens uitgewerkt in een aantal deelvragen.

De hoofddoelstelling van het CFO-project is het vaststellen van het effect van de invoering van de mogelijkheid tot het CFO in de eerstelijnsgezondheidszorg op de 'kwaliteit' van de zorgverlening. De nevendoelelstelling van het project is het vaststellen van het effect van de invoering van het CFO op het aantal verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten en medische specialisten bij aandoeningen van het bewegingssysteem.

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV, 1990) hanteert de volgende definitie voor 'kwaliteit': 'Het geheel van eigenschappen en kenmerken van een produkt, proces of dienst dat van belang is voor het voldoen aan vastgestelde of vanzelfsprekende behoeften'. Sluijs e.a. (1994) onderscheiden bij de definitie van 'kwaliteit' twee aspecten:

1. het produkt dient te voldoen aan de gestelde normen en
2. het produkt dient te voldoen aan de behoefte en verwachtingen van de gebruikers.

In het CFO-project, is het tweede aspect van 'kwaliteit' het onderwerp van onderzoek. Het gaat hierbij met name over de mate van tevredenheid over het gebruik van het CFO door zowel huisartsen als fysiotherapeuten.

De centrale vraagstelling - zoals verwoord in het projectvoorstel - luidt: "Bij welke en bij hoeveel patiënten verandert het (behandel-)beleid van de huisarts als de huisarts met het CFO gebruik kan maken van de fysiotherapeutische deskundigheid; welke extra effecten treden op als gevolg van het CFO en aan welke randvoorwaarden moet zijn voldaan om het CFO in te voeren?"

Uit de centrale vraagstelling kunnen een aantal deelvragen afgeleid worden.

- 1a. Hoe vaak vragen huisartsen een CFO aan?
- 1b. Bij welke patiënten vragen huisartsen een CFO aan?
- 1c. In hoeverre zijn huisartsgebonden kenmerken, zoals werkervaring en nascholing van invloed op het aantal en de aard van de patiënten voor wie een CFO wordt aangevraagd?
- 1d. In hoeverre is de kwaliteit van de samenwerking en het overleg tussen huisartsen en fysiotherapeuten van invloed op het aantal patiënten voor wie een CFO wordt aangevraagd?

De tweede vraag heeft betrekking op het oordeel van huisartsen over de kwaliteit van het CFO. Tevens heeft de vraag betrekking op factoren die mogelijk van invloed zijn op het oordeel over de kwaliteit van het CFO, zoals werkervaring en bij- en nascholing van de fysiotherapeut, de aard van de klachten van de patiënt en de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut. De vraagstelling luidt:

- 2a. Welk oordeel geven huisartsen over de kwaliteit van het CFO?

- 2b. In hoeverre zijn fysiotherapeutgebonden kenmerken zoals werkervaring en bij- en nascholing van invloed op het oordeel van huisartsen over de functionaliteit van het CFO?
- 2c. In hoeverre zijn de aard van de klachten en sociaal-demografische kenmerken van patiënten van invloed op het oordeel van huisartsen over de functionaliteit van het CFO?
- 2d. In hoeverre is de kwaliteit van de samenwerking/het overleg tussen huisartsen en fysiotherapeuten van invloed op het oordeel van huisartsen over de functionaliteit van het CFO?

Het gaat hierbij enerzijds om het oordeel over de functionaliteit van het CFO: in welke mate is de consultvraag beantwoord, hoe duidelijk is het advies van de fysiotherapeut, in welke mate wordt bepaalde informatie gemist, in hoeverre is het advies onderbouwd e.d.; anderzijds gaat het om het oordeel over de procedure van het CFO: in hoeverre is het CFO inpasbaar in de dagelijkse praktijk van de huisarts, hoeveel tijd is nodig voor het aanvragen van een CFO, zijn de formulieren duidelijk, enzovoort.

De derde vraag heeft betrekking op het beleid van huisartsen volgend op het CFO. De vraag wordt gesteld om zicht te krijgen op de aard van de zorgverlening aan patiënten, nadat zij voor een CFO zijn ingestuurd. De vraag luidt:

3. Welk beleid volgen huisartsen nadat de fysiotherapeut over de bevindingen van het CFO gerapporteerd heeft?

Het gaat hier om de vraag welk deel van de patiënten die voor een CFO zijn verwezen, verwezen wordt voor fysiotherapeutische behandeling, welk deel verwezen wordt naar medische specialisten, welk deel uitsluitend bij de huisarts in behandeling blijft en welk deel naar 'elders' wordt verwezen. Bij de verwijzingen naar 'elders' gaat het met name om de verwijzingen naar oefentherapeuten Cesar, -Mensendieck en podotherapeuten.

De vierde vraag heeft betrekking op de effecten van de invoering van de mogelijkheid tot een CFO op het aantal verwijzingen naar fysiotherapeuten voor behandeling, het aantal verwijzingen naar bepaalde specialismen en het aantal verwijzingen naar andere paramedici in de eerste lijn. Het antwoord op deze vraag laat zien of er een verschuiving plaatsvindt van de tweede naar de eerste lijn. Deze vraagstelling is beperkt tot een aantal specialismen die van belang zijn bij de behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat en zijn sturende systemen: het analyseren van verwijzingen naar alle specialismen is onnodig en zou een overbodige verzwarende van het onderzoek tot gevolg hebben. Maar het belangrijkste argument om de verwijzingen naar de overige (niet relevante) medische specialismen niet

op te nemen is dat eventuele verschillen in het aantal verwijzingen tussen controle- en experimentele periode voor de wel relevante specialismen aan het oog zouden worden onttrokken (de verwachting is dat het verwijsbeleid naar andere specialisten niet verandert).

Het antwoord op deze vraag laat tevens zien of er binnen de eerste lijn veranderingen in het aantal verwijzingen naar paramedici plaatsvinden.

- 4a. Welk effect heeft het invoeren van de mogelijkheid tot een CFO op het aantal verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten voor behandeling?
- 4b. Uit hoeveel zittingen bestaat de behandeling van patiënten die - volgend op een CFO - de facto voor fysiotherapie verwezen worden?
- 4c. Welk effect heeft het invoeren van de mogelijkheid tot een CFO op het aantal verwijzingen van huisartsen naar medisch specialisten, met name reumatologen, orthopeden en neurologen?
- 4d. Welk effect heeft het invoeren van de mogelijkheid tot een CFO op het aantal verwijzingen van huisartsen naar andere paramedici in de eerste lijn, met name oefentherapeuten Cesar, -Mensendieck en podotherapeuten.

De verwachting is dat het CFO zal bijdragen aan een doelmatige fysiotherapeutische zorg. De behandeldoelen en de wijze waarop deze nagestreefd worden zijn expliciet geformuleerd en schriftelijk door de fysiotherapeut vastgelegd. Het is echter van belang om na te gaan of dit inderdaad het geval is. De indicatiestelling voor fysiotherapie (door huisartsen) bij patiënten die voor een CFO verwezen worden is op voorhand immers aan twijfel onderhevig: juist vanwege de onduidelijkheid en onzekerheid over het te volgen (therapeutische) beleid heeft de huisarts de patiënt voor een CFO ingestuurd. Gevreesd kan worden dat de aanvankelijke onduidelijkheid omtrent de indicatie gepaard kan gaan met een weinig doelmatige (fysiotherapeutische) zorgverlening. Om zicht te krijgen op de doelmatigheid van de behandeling wordt - conform vraag 4b - nagegaan uit hoeveel zittingen de behandeling en de duur van de behandelperiode bestaat van patiënten die na een CFO voor fysiotherapie verwezen worden. Deze gegevens zullen worden vergeleken met landelijke referentiegegevens over de fysiotherapeutische behandeling (Basisgegevens extramurale fysiotherapie 1989-1992. Van der Valk e.a., in voorbereiding).

De deelvragen 1a t/m 1d, 2a t/m 2d en 3 hebben betrekking op de hoofdoelstelling van het CFO-project. De deelvragen 4a t/m 4d hebben betrekking op de nevendoelestelling. Om inzicht te krijgen in mogelijke verschillen - in aantal en aard van de patiënten waarvoor een CFO is aangevraagd - tussen huisartsen is vraag 1c en 1d toegevoegd. Op basis van de resultaten van het CFO-project kan mogelijk inzicht worden verkregen in de kosten

die met structurele invoering van het CFO zijn gemoeid. In paragraaf 5.5 (Resultaten) zal hierop nader worden ingegaan.

1.5. Opbouw van het rapport

In dit rapport wordt verslag gedaan van het CFO-project. Het rapport bestaat uit zes hoofdstukken. In Hoofdstuk 2 wordt ingegaan op het begrip 'verwijzen' en de voor dit onderzoek van belang geachte determinanten van verwijzen door de huisarts. In Hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de methode van onderzoek, de selectie van de onderzoeksgroep en de gebruikte meetinstrumenten en CFO-formulieren. In Hoofdstuk 4 worden de deelnemende huisartsen en fysiotherapeuten beschreven en vergeleken met landelijke referentiegegevens. De resultaten worden in Hoofdstuk 5 per vraagstelling gepresenteerd. Tenslotte worden in het laatste hoofdstuk de resultaten samengevat en worden aanbevelingen gedaan voor het beleid.

Er zijn enkele onderwerpen die niet in dit eindrapport worden beschreven, zoals het onderzoek naar de betrouwbaarheid van de registratieformulieren, casuïstiek en de inhoud van de fysiotherapeutische zorgverlening na een CFO. Deze zullen in de vorm van artikelen aan vaktijdschriften worden aangeboden.

2. HET VERWIJSCIJFER EN DETERMINANTEN VAN VERWIJZEN

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het 'verwijscijfer' (paragraaf 2.2) en een aantal van belang geachte 'determinanten' van het verwijsgedrag van huisartsen (paragraaf 2.3). In paragraaf 2.4 worden de belangrijkste conclusies kort samengevat.

2.1. Inleiding

Uit onderzoeksliteratuur is bekend dat er in het algemeen een grote variatie bestaat in het verwijsgedrag van huisartsen. In het onderhavige onderzoek wordt nagegaan welke factoren van invloed kunnen zijn op het al dan niet verwijzen door de huisarts voor een Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek. In Nederland speelt de huisarts een belangrijke rol bij het verwijzen van patiënten naar fysiotherapeuten. Ongeveer 80% van de patiënten die voor extramurale fysiotherapie worden verwezen zijn verwezen door de huisarts (Kerssens en Curfs, 1993). Uit eerder onderzoek is gebleken dat de mate waarin huisartsen naar fysiotherapeuten verwijzen sterk varieert (Buyten, 1977; Kerkhoff, 1982; Crebolder, 1983; Kerkhoff en Groenewegen, 1985; Kerssens e.a., 1987b, 1993). Onderzoek naar mogelijke factoren of determinanten die de verschillen in het verwijsgedrag tussen huisartsen naar fysiotherapeuten kunnen verklaren is schaars. Om deze reden is ook gekeken naar de onderzoeksliteratuur over het verwijsgedrag van huisartsen naar medische specialisten. Opgemerkt dient te worden dat de bevindingen daarover niet zo maar zijn te extrapoleren naar het verwijsgedrag van huisartsen naar fysiotherapeuten. De uitgangspunten voor een medisch specialistisch diagnostisch onderzoek (het in- of uitsluiten van een medisch te klasseren aandoening) zijn ook wezenlijk anders dan de uitgangspunten voor fysiotherapeutische diagnostiek. De fysiotherapeutische diagnostiek betreft naast het vaststellen van de lokalisatie van het aangedane weefsel/orgaan, met name het inventariseren van de gevolgen van een aandoening in soort en ernst van stoornissen en beperkingen (en handicaps) in relatie tot de verhouding 'belasting-belastbaarheid' van weefsel, orgaan en patiënt in zijn sociale omgeving. Dit betreft dus zowel het fysiologisch en het pathofysiologisch verloop van het herstelproces als het vaststellen van factoren die de verhouding 'belasting-belastbaarheid' bedreigen. De fysio-

therapeutische diagnostiek geeft een arts aanvullende informatie over de gezondheidstoestand van een patiënt.

Een belangrijk literatuuroverzicht van factoren die mogelijk van invloed zijn op het verwijsgedrag van huisartsen naar medisch specialisten is reeds door Gloerich en Van der Zee (1992) gepubliceerd. De determinanten van het verwijsgedrag zijn geselecteerd op basis van het werk van bovengenoemde auteurs ('Determinanten van verwijzen door de huisarts naar de tweedelijns') en het onderzoek naar het verwijsgedrag van huisartsen naar fysiotherapeuten door Kerssens e.a. (1987b), Kerssens en Curfs (1993) en Uunk e.a. (1991, 1992). Voordat deze determinanten van het verwijscijfer worden besproken zal eerst worden ingegaan op de betekenis van het verwijscijfer.

2.2. Het verwijscijfer

Het verwijscijfer, als maat voor de omvang van de zorg, speelt een belangrijke rol in gezondheidszorgonderzoek en is van belang bij discussies over het gezondheidszorgbeleid (bijv. bij substitutie van zorg). In Nederland hebben verwijscijfers betrekking op ziekenfondsverzekerden, doordat verwijsggegevens van particulier verzekerden niet beschikbaar zijn. Het verwijscijfer van uitsluitend ziekenfondsverzekerden is voor het onderzoek echter maar beperkt bruikbaar doordat het percentage ziekenfondsverzekerden tot ca. 60% van de Nederlandse bevolking (CBS, 1993) is gedaald. Dit betekent namelijk dat het generaliseren van de resultaten niet zonder meer mogelijk is.

Het 'overall' verwijscijfer wordt veelal uitgedrukt in het aantal verwijzingen per 1000 patiënten per jaar. Verschillende onderzoekers op dit gebied rapporteren dat het bij het opsporen van variatie in verwijscijfers zinvol is verwijscijfers mede uit te drukken in aantallen verwijzingen per 1000 huisartscontacten (Dopheide, 1985; Wilkin, 1986; Gloerich en van der Zee, 1992). De verwijfsbeslissing van de huisarts komt namelijk meestal tot stand tijdens het contact huisarts-patiënt.

In onderzoek naar het verwijsgedrag wordt een onderscheid gemaakt in de zogenoemde actieve en passieve verwijzingen. Actieve verwijzingen zijn de verwijzingen die tot stand komen onder directe invloed van de huisarts. Onder passieve verwijzingen worden de verlengingsverwijzingen en verwijzingen die pas achteraf worden uitgeschreven verstaan (buiten de invloedssfeer van de huisarts). In het overzicht van Gloerich en Van der Zee wordt eveneens aangegeven dat het van belang is om de verwijzingen te onder-

scheiden naar het motief van de verwijzing (de verwijfsreden) en naar het initiatief (van de verwijzer of van de patiënt) tot de verwijzing.

2.3. Determinanten van verwijzen

In deze paragraaf zullen de belangrijkste determinanten van verwijzen, waarover door o.a. bovengenoemde onderzoekers is gerapporteerd, worden weergegeven. De te onderscheiden determinanten kunnen ingedeeld worden in drie groepen, nl. in praktijkgebonden kenmerken, huisartsgebonden kenmerken en patiëntgebonden kenmerken. In dit kader worden alleen die determinanten besproken die voor dit onderzoek van belang zouden kunnen zijn.

Praktijkgebonden kenmerken

Van de praktijkgebonden kenmerken van de huisarts worden de urbanisatiegraad, praktijkgrootte en praktijkvorm besproken. De praktijkgebonden determinanten 'regio' en 'afstand tot het ziekenhuis' hangen nauw samen met 'urbanisatiegraad'. In het onderzoek naar de effecten van het CFO is gekozen voor urbanisatiegraad als stratificatievariabele bij de steekproef vanwege het feit dat deze variabele het eenvoudigst was te operationaliseren. Om deze reden zal de invloed van urbanisatiegraad als praktijkgebonden kenmerk op het verwijfsgedrag van huisartsen worden besproken.

Urbanisatiegraad

Uit het overzicht van Gloerich en Van der Zee blijkt dat medische consumptie in stedelijke gebieden voor een deel verklaard kan worden door de ruimere beschikbaarheid van voorzieningen. Volgens Wijkel (1986) is er zelfs sprake van een bijna hiërarchische relatie tussen de door hem te onderscheiden urbanisatie-categorieën: hoe stedelijker een gebied des te meer wordt er verwezen naar medische specialisten. Kerssens en Curfs (1993) rapporteren eveneens een samenhang tussen de mate van urbanisatie en het aantal verwijzingen voor fysiotherapie. Een iets sterkere relatie wordt gevonden tussen het aanbod van fysiotherapeutische zorg (aantal extramuraal werkende fysiotherapeuten per 1000 inwoners) en het verwijfs-cijfer.

Praktijkvorm

Ten aanzien van de praktijk zijn vier organisatievormen te onderscheiden: solopraktijk, duopraktijk, groepspraktijk en gezondheidscentrum. Verschillende auteurs geven aan dat huisartsen die werkzaam zijn in meermanspraktijken minder vaak verwijzen dan huisartsen in solopraktijken

(Pesch en Collaris, 1982; Wijkkel, 1983, 1984 en 1986). Volgens Wijkkel is samenwerking van huisartsen met andere disciplines een belangrijke determinant, hoewel samenwerking op zich geen garantie is voor een lager verwijscijfer. Huisartsen die vinden dat samenwerken met collegae van groot belang is hebben vaker overleg en verwijzen minder. Echter, bij huisartsen in solopraktijken, die ook veel belang hechten aan overleg en samenwerking, voert overleg met collegae vaak tot een hoger verwijscijfer. De relatie tussen de praktijkvorm en het verwijscijfer voor fysiotherapie wordt ook door Kerssens en Curfs (1993) aangetoond, doch de invloed is tegengesteld. Naarmate de huisarts meer collegae heeft, verwijst hij meer patiënten naar de fysiotherapeut. Dit geldt het sterkst voor huisartsen die werkzaam zijn in een gezondheidscentrum. De bevinding dat huisartsen in solopraktijken relatief minder snel verwijzen dan huisartsen in meermanspraktijken wordt door Uunk e.a. (1992) bevestigd. De Veer en De Bakker (1993) rapporteren, op basis van hun onderzoek naar de invloed van praktijkvorm op het handelen van de huisarts, dat er geen relatie werd gevonden tussen enerzijds het aantal huisartsen in de praktijk en anderzijds de hoeveelheid externe diagnostiek, de prescriptie, de behandelingen en de verwijscijfers naar medische specialismen. Monodisciplinair samenwerkende huisartsen bleken meer diagnostische handelingen te verrichten in de eigen praktijk en vaker te verwijzen naar de fysiotherapeut dan solisten.

Praktijkgrootte

De onderzoeksliteratuur over de invloed van praktijkgrootte op het aantal verwijzingen laat geen eenduidig beeld zien. Uit het overzicht van Gloerich en Van der Zee blijkt dat in kleinere praktijken sprake is van minder verwijzingen per huisartsencontact. In grotere praktijken is het aantal contacten per patiënt lager, maar het aantal verwijzingen per contact neemt toe. Geconcludeerd wordt dat de invloed van de praktijkgrootte op het verwijscijfer indirect verloopt via het aantal huisartsencontacten.

Huisartsgebonden kenmerken

Van de huisartsgebonden kenmerken worden in het kort de volgende determinanten besproken: leeftijd en ervaring, geslacht en persoonlijke mogelijkheden en attitude van huisartsen.

Leeftijd en ervaring

Over de invloed van leeftijd bestaat geen eensluidende mening. Boots (1984) meldt in Nederland hogere verwijscijfers naar medisch specialisten voor huisartsen met minder ervaring dan voor huisartsen met meer ervaring.

Geslacht

Gloerich en Van der Zee melden dat over de invloed van geslacht op het verwijspatroon geen studies bekend zijn. Zij stellen dat er geen reden is om aan te nemen dat het geslacht van de huisarts een belangrijke rol speelt bij de verwijzing.

Persoonlijke mogelijkheden en attitude

Het is bekend dat de persoonlijke mogelijkheden en attitude van huisartsen van invloed kunnen zijn op hun verwijsgedrag. Een aantal van de in de literatuur genoemde factoren zijn:

- het omgaan met onzekerheid; hoe en in welke mate proberen huisartsen de onzekerheid in hun werk te verkleinen (Foets en Van der Velden, 1990; Kerssens en Curfs, 1993);
- de mate van samenwerking en overleg (Wijkel, 1986; Kerssens en Curfs 1993). Huisartsen die veel belang hechten aan de samenwerking met fysiotherapeuten verwijzen meer patiënten naar de fysiotherapeut;
- kennis van en oordeel over fysiotherapie (Kerssens en Curfs, 1993, Uunk, 1992);
- na- en bijscholing (Foets en van der Velden, 1990).

Patiëntgebonden kenmerken

Van de patiëntgebonden kenmerken worden respectievelijk leeftijd en geslacht, verzekeringsvorm, burgerlijke status, opleiding en aard van de aandoening besproken.

Leeftijd en geslacht

Leeftijd heeft een duidelijk effect op het verwijscijfer naar medische specialisten. De kans op een huisartscontact en een verwijzing naar de tweedelijng stijgt met de leeftijd van de patiënt (Gloerich en van der Zee, 1992). Geslacht heeft eveneens invloed op de verwijzing. Vrouwen tussen de 15 en 65 jaar hebben een grotere kans verwezen te worden dan hun mannelijke leeftijdsgenoten. Meekes e.a. (1989) geven in hun onderzoek aan dat, als sexe-specifieke specialismen buiten beschouwing worden gelaten, het aantal uitgeschreven verwijskaarten voor mannen en vrouwen nagenoeg gelijk is. Het aantal verrichtingen en opnamen ligt daarentegen voor mannen ca. 30% hoger. Eenmaal verwezen maken mannen intensiever gebruik van de tweede lijn dan vrouwen. Gloerich en van der Zee rapporteren op basis van de literatuur dat er een duidelijke interactie is tussen leeftijd en geslacht.

Uit het onderzoek van Kerssens en Curfs (1993) naar de invloed van leeftijd en geslacht op het verwijscijfer naar fysiotherapeuten blijkt dat leeftijd van patiënten eveneens van invloed is op het verwijscijfer van huisartsen naar fysiotherapeuten. Het verwijscijfer neemt toe met het stijgen van de leeftijd van de patiënt tot aan de middelbare leeftijd en blijft daarna min of meer

constant. Vrouwen worden vaker verwezen dan mannen, al is de samenhang tussen geslacht en het aantal verwijzingen minder sterk dan die tussen de leeftijd en het aantal verwijzingen. Deze bevindingen worden ondersteund door Uunk e.a. (1991).

Verzekering

In het algemeen wordt gerapporteerd dat patiënten met een particuliere verzekering minder frequent een huisarts consulteren. Ziekenfondsverzekerden blijken een veel hogere kans te hebben verwezen te worden voor fysiotherapie dan particulier verzekerden (Kerssens en Curfs, 1993; Uunk e.a., 1991). In het overzicht van Gloerich en van der Zee wordt aangegeven dat verschillen in medische consumptie tussen particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden aan verschillen in gezondheidstoestand moeten worden toegeschreven en niet aan verschillen in verzekeringsdekking.

Burgerlijke staat

Hierbij wordt vaak een onderscheid gemaakt tussen samenwonenden (ongehuwden, gehuwden) en alleenstaanden. Volgens Van der Zee (1982, 1992) is het onduidelijk of burgerlijke staat van invloed is op de gezondheidstoestand. De verwachting is dat mensen die, bijvoorbeeld door het overlijden van een partner, alleen zijn komen te staan eerder naar de huisarts gaan dan samenwonenden.

Opleiding

Het effect van opleiding is eveneens onduidelijk. Van Vliet en De Vries (1989) rapporteren dat er bij hoger opgeleiden een grotere kans is op een specialistisch consult. Jansen (1989) vindt een dergelijke samenhang tussen opleiding en een eerste specialistenconsult.

Uit het onderzoek van Uunk e.a. (1992) naar verschillen in verwijsgedrag van huisartsen naar fysiotherapeuten blijkt dat huisartsen bij klachten-episodes van hoog opgeleide patiënten relatief vaker verwijzen dan bij episodes van laag opgeleide patiënten. Een verklaring die zij hiervoor geven is dat hoger opgeleiden als gevolg van een grotere medische kennis mogelijk eerder aandringen op een verwijzing naar een fysiotherapeut en ze daarnaast beter in staat zijn hun doelen aan de huisarts over te brengen.

Aard van de aandoening

Uit recent onderzoek naar morbiditeitsspecifieke verwijspersentages is gebleken dat de variatie in het verwijscijfer naar fysiotherapeuten voor een belangrijk deel verklaard kan worden door de aard van de aandoening (Uunk e.a., 1991). De aard van de aandoening blijkt een belangrijke determinant voor het gebruik van fysiotherapeutische zorg te zijn. De bevinding dat de aard van de aandoening van invloed is op het verwijscijfer is in over-

eenstemming met de conclusie van Hulka en Wheat (1985) ten aanzien van het gebruik van de gezondheidszorg in het algemeen.

Ook de mate waarin de aandoening invalideert (vanuit de perceptie van de huisarts) blijkt samen te hangen met het verwijsgedrag van huisartsen naar fysiotherapeuten (Uunk e.a., 1992).

2.4. Samenvatting

Ten behoeve van het onderzoek naar de effecten van het CFO zou het wenselijk zijn om voor de duur van het veldexperiment alle contacten van de huisarts met de patiënt en alle paramedische en medische verwijzingen van de huisartsen te registreren. Het registreren van al deze gegevens betekent een enorme belasting voor de huisarts en zou de bereidheid van huisartsen om aan het onderzoek deel te nemen negatief hebben beïnvloed. Om deze reden is gebruik gemaakt van ziekenfondscijfers ondanks de beperkte generaliseerbaarheid. Derhalve kunnen geen verwijsgedrag gegevens worden berekend op het niveau van het aantal contacten van de huisarts met de patiënt. Het is ook niet mogelijk op basis van de ziekenfondscijfers een onderscheid te maken in actieve en passieve verwijzingen. In het onderzoek naar de effecten van het CFO is echter duidelijk dat het vrijwel uitsluitend om de actieve verwijzingen gaat, waarbij de huisarts het initiatief neemt voor de verwijzing. De reden voor een consultatieve verwijzing zal per contact worden vastgelegd.

Op basis van de onderzoeksliteratuur naar determinanten van verwijzen door de huisarts zijn drie groepen te onderscheiden, nl. patiëntgebonden, praktijkgebonden en huisartsgebonden kenmerken. Opgemerkt dient te worden dat de gegevens vooral ontleend zijn aan het onderzoek naar het verwijsgedrag van huisartsen naar medische specialisten, deels aangevuld met gegevens uit de schaarse onderzoeksliteratuur naar het verwijsgedrag van huisartsen naar fysiotherapeuten.

3. ONDERZOEKSOPZET EN METHODE

Na een korte inleiding wordt in paragraaf 3.2 de opzet van het onderzoek beschreven. In paragraaf 3.3 wordt ingegaan op de procedure van het CFO en in paragraaf 3.4. worden de meetinstrumenten beschreven. Vervolgens worden de metingen toegelicht die noodzakelijk zijn om de vraagstellingen van het CFO-project te beantwoorden (paragraaf 3.5). In paragraaf 3.6 wordt de steekproeftrekking beschreven en tenslotte wordt in paragraaf 3.7 de analyse-methode besproken.

3.1. Inleiding

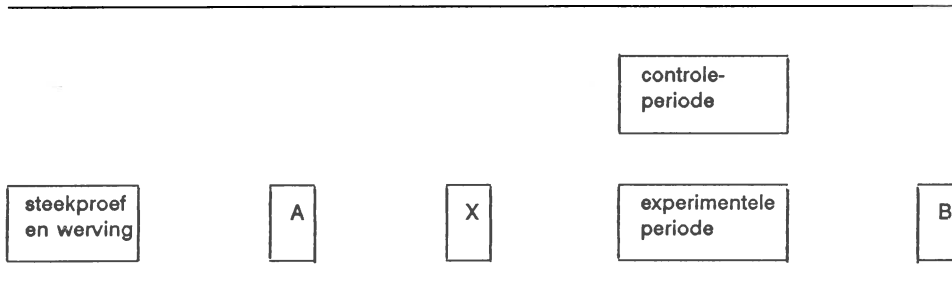
Een belangrijk uitgangspunt bij aanvang van de studie was dat het CFO getest zou worden bij een representatieve groep van huisartsen en fysiotherapeuten. Dit betekent o.a. dat het onderzoek niet uitgevoerd zou worden bij een geselecteerde groep van zeer gemotiveerde huisartsen en fysiotherapeuten. Om deze reden was het van groot belang dat de procedure van het CFO goed inpasbaar zou zijn in de dagelijkse praktijkvoering van huisartsen en fysiotherapeuten en de dagelijkse praktijksituatie niet te zeer zou verstoren, bijv. door een tijdrovende registratie van gegevens. In overeenstemming met deze uitgangspunten zijn voorafgaande aan het veldexperiment, de procedure van het CFO, de meetinstrumenten en de verwijs- en rapportageformulieren voor huisarts en fysiotherapeut ontwikkeld (Hendriks e.a., 1992a, 1993b).

3.2. Opzet van het onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met de Zorgverzekeraars Zorg & Zekerheid (regio Leiden), VGZ Midden Brabant te Tilburg, VGZ/BAZ (regio Nijmegen) en de CZ-groep uit Tilburg. In de opzet van het veldexperiment werd gekozen voor een groep van 60 koppels 'huisarts en fysiotherapeut'. De resultaten van het veldexperiment zijn uiteindelijk gebaseerd op een groep van 59 huisartsen en 59 fysiotherapeuten (zie de paragrafen 3.6 en 4.1). Door middel van een aselechte steekproef van fysiotherapeuten en huisartsen werd de onderzoeksgroep samengesteld (paragraaf 3.6). In Fig. 3.1 is de opzet van het veldexperiment weergegeven. Bij de deelnemende huisartsen en fysiotherapeuten werd gedurende zeven maanden de

mogelijkheid voor een CFO geïntroduceerd (experimentele periode). Afgaande op de gegevens uit de pilot-studie werd verondersteld dat gedurende zeven maanden circa 800 patiënten voor een CFO zouden worden verwezen (Hendriks e.a., 1992a, 1993b).

Figuur 3.1.: Opzet van het veldexperiment



A : voormeting: achtergrondgegevens
 B : nameting: evaluatie en verwijscijfers
 X : introductie CFO en try-out periode van 6 weken
 controleperiode : 1 september 1991 - 1 april 1992
 experimentele periode: 1 september 1992 - 1 april 1993

Gedurende de experimentele periode zijn gegevens verzameld met behulp van de ontwikkelde consultaanvraag- en rapportageformulieren. Deze gegevens zijn gebruikt voor het beantwoorden van de vraagstellingen 1 tot en met 3 (de vraagstellingen zijn samengevat in Tabel 3.1). Voor het vaststellen van achtergrondgegevens hebben de huisartsen en fysiotherapeuten voorafgaand aan het veldexperiment (inventarisatie) en na afloop van het veldexperiment (ter evaluatie) vragenlijsten ingevuld. Verder zijn over elk CFO en over een eventueel op het CFO volgende fysiotherapeutische behandeling gegevens verzameld.

Voor het beantwoorden van vraagstelling 4 (zie Tabel 3.1) is gebruikgemaakt van twee soorten gegevens. Enerzijds is gebruikgemaakt van ziekenfondscijfers over aantal verwijzingen van huisartsen naar eerste- en tweedelij. Het gaat hierbij om verwijzingen van huisartsen naar medische specialisten (orthopeden, reumatologen, neurologen en revalidatie-artsen), fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar en -Mensendieck. Om inzicht te krijgen in de effecten van het CFO is een vergelijking gemaakt tussen het aantal verwijzingen in de zeven maanden van de experimentele periode en het aantal verwijzingen in dezelfde periode in het jaar voorafgaand aan het veldexperiment (controleperiode). Deze studie-opzet is quasi-experimenteel van karakter (Cook en Campbell, 1979). Een probleem van deze opzet is dat trendmatige verschuivingen in het aantal verwijzingen ten on-

rechte aan de introductie van het CFO toegeschreven zouden kunnen worden. Dit probleem kan voor een deel ondervangen worden door de samenhang in de veranderingen in de verwijzingen te onderzoeken: er is nagegaan of het feitelijk gebruik van het CFO samenhangt met veranderingen in de verwijzingen naar eerste- c.q. tweedelijfn.

Het gebruik van alleen ziekenfondscijfers is een beperking (Stokx, 1992ab). Desondanks is hiervoor gekozen omdat hierdoor de huisartsen het minst zouden worden belast.

Anderzijds is voor het beantwoorden van vraagstelling 4 een vergelijking gemaakt tussen het 'fictieve' beleid van de huisarts voorafgaand aan het CFO en het feitelijke beleid van de huisarts na het CFO. Aan huisartsen is gevraagd welk beleid zij bij een patiënt gevolgd zouden hebben indien de mogelijkheid voor een CFO niet bestaan zou hebben: dit is het fictieve beleid van de huisarts. Dit fictieve beleid is vergeleken met het werkelijke beleid volgend op het CFO. Deze vergelijking maakt het mogelijk de veranderingen in het beleid van de huisarts met meer detail te beschrijven dan mogelijk is op basis van de ziekenfondscijfers over verwijzingen.

Bij de opzet van het onderzoek is overwogen een experimentele in plaats van een quasi-experimentele opzet te kiezen. Uiteraard dient vanuit methodologisch perspectief aan een experimentele opzet de voorkeur gegeven te worden. Uiteindelijk is daarvoor niet gekozen, op basis van de volgende overweging: Bij een experimentele opzet is het nodig relatief grote aantallen huisartsen in zowel de experimentele als de controlegroep te hebben, omdat er zeer grote verschillen tussen huisartsen bestaan in het aantal patiënten dat zij naar specialisten of fysiotherapeuten verwijzen. Een eventuele verschuiving in verwijscijfers als gevolg van het CFO zou dan alleen zichtbaar gemaakt kunnen worden als grote aantallen huisartsen bij het onderzoek betrokken zouden worden.

Een power-analyse liet zien dat - bij een opzet met twee groepen huisartsen - het aantal huisartsen in het onderzoek bijna vier keer zo groot zou moeten zijn dan in de uiteindelijk gekozen studie-opzet om een effect op het aantal verwijzingen naar fysiotherapeuten zichtbaar te kunnen maken. Het onderzoek met twee aparte groepen zou daardoor zeer omvangrijk en kostbaar zijn geworden.

Tabel 3.1.: Vraagstellingen van het CFO-project

-
- 1.a* Hoe vaak vragen huisartsen een CFO aan?
 - 1.b* Bij welke patiënten vragen huisartsen een CFO aan?
 - 1.c In hoeverre zijn huisartsgebonden kenmerken, zoals werkervaring en na- en bijscholing van huisartsen van invloed op het aantal en de aard van de patiënten voor wie een CFO wordt aangevraagd?
 - 1.d In hoeverre is de kwaliteit van de samenwerking en het overleg tussen huisartsen en fysiotherapeuten van invloed op het aantal en de aard van de patiënten voor wie een CFO wordt aangevraagd?
 - 2a.* Welk oordeel geven huisartsen over de kwaliteit van het CFO?
 - 2b.* In hoeverre is de werkervaring en de bij- en nascholing van fysiotherapeuten van invloed op het oordeel van huisartsen over de functionaliteit van het CFO?
 - 2c.* In hoeverre zijn de aard van de klachten en sociaal-demografische kenmerken van patiënten van invloed op het oordeel van huisartsen over de functionaliteit van het CFO?
 - 2d.* In hoeverre is de kwaliteit van de samenwerking/overleg tussen huisartsen en fysiotherapeuten van invloed op het oordeel van huisartsen over de functionaliteit van het CFO?
 - 3.* Welk beleid volgen huisartsen nadat de fysiotherapeut over de bevindingen van het CFO heeft gerapporteerd?
 - 4a.# Welk effect heeft het invoeren van de mogelijkheid tot een CFO op het aantal verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten voor behandeling?
 - 4b.# Uit hoeveel zittingen bestaat de behandeling van patiënten die - volgend op een CFO - de facto voor fysiotherapie verwezen worden?
 - 4c.# Welk effect heeft het invoeren van de mogelijkheid tot een CFO op het aantal verwijzingen van huisartsen naar medisch specialisten, met name reumatologen, orthopeden en neurologen?
 - 4d.# Welk effect heeft het invoeren van de mogelijkheid tot een CFO op het aantal verwijzingen van huisartsen naar andere paramedici in de eerste lijn, met name oefentherapeuten-Cesar, -Mensendieck en podotherapeuten.
-

De deelvragen 1a, 1b, 2a t/m 2d en 3 (*) hebben betrekking op de hoofddoelstelling van het CFO-project. De deelvragen 4a t/m 4d (#) hebben betrekking op de nevendoelstelling. Om inzicht te krijgen in mogelijke verschillen tussen huisartsen - in aantal en aard van de patiënten waarvoor een CFO is aangevraagd - is vraag 1c en 1d toegevoegd.

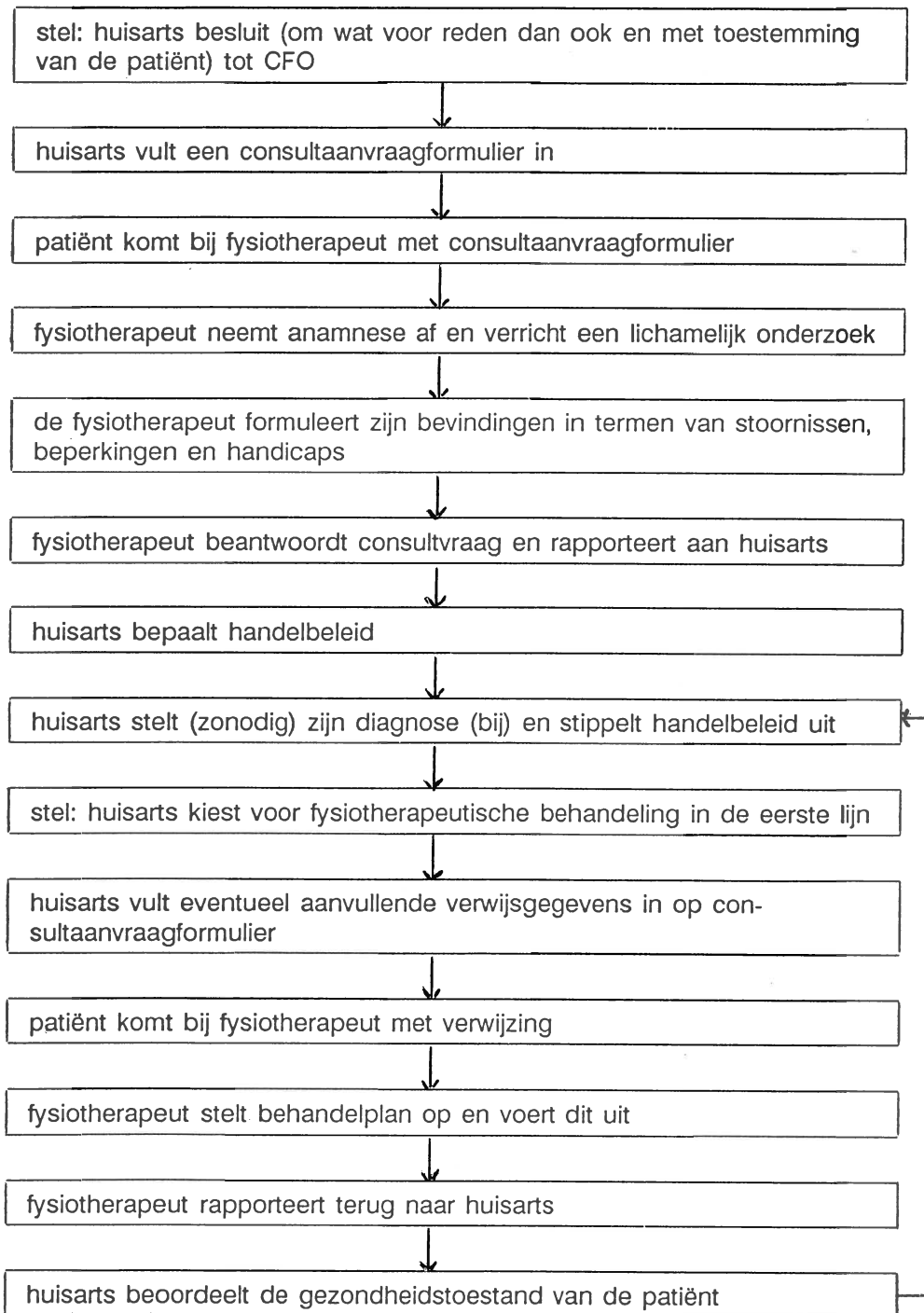
3.3. De procedure van het CFO

In deze paragraaf wordt de procedure van het CFO beschreven. Op het moment dat de patiënt bij de huisarts komt, probeert de huisarts samen met de patiënt de hulpvraag te verhelderen en het probleem te definiëren. Deze activiteiten resulteren in een werkhypothese waarop de huisarts zich baseert voor het te voeren beleid. De huisarts heeft in principe de mogelijkheid een patiënt zelf te behandelen, een patiënt naar de tweede lijn te verwijzen (voor behandeling of voor consultatie) of een patiënt binnen de eerste lijn te verwijzen naar een andere hulpverlener. Tot nu toe kan de huisarts een patiënt formeel alleen voor behandeling naar de fysiotherapeut verwijzen. De indicatie moet dan (formeel gezien) duidelijk zijn. Met het CFO krijgt de huisarts de mogelijkheid de patiënt eerst voor een consult naar de fysiotherapeut te verwijzen voor bijvoorbeeld aanvullende diagnostische informatie of om meer duidelijkheid te krijgen over de indicatie fysiotherapie.

In de praktijk is de werkwijze van het CFO als volgt voorgesteld (Fig. 3.2, zie volgende pagina). De huisarts besluit tot een CFO en vult voor de patiënt een standaard consultaanvraagformulier in, inclusief een argumentatie voor de consultaanvraag en een weergave van zijn beleid indien de mogelijkheid van het CFO niet had bestaan (Bijlage 1). De patiënt komt met het consultaanvraagformulier (exclusief de argumentatie van de huisarts) bij de fysiotherapeut. De fysiotherapeut neemt een anamnese af, voert een lichamelijk onderzoek uit en analyseert het gezondheidsprobleem van de patiënt in termen van stoornissen (ingedeeld naar weefsel/orgaan, plaats, ernst) en beperkingen. De fysiotherapeut legt zijn bevindingen vast op een registratieformulier voor persoons- en sociaaldemografische kenmerken van de patiënt (Bijlage 2). Tevens worden de geconstateerde stoornissen en beperkingen op een speciaal hiervoor ontwikkeld formulier vastgelegd (Bijlage 3).

De fysiotherapeut beantwoordt de consultvraag binnen de door de huisarts aangegeven tijd en rapporteert zijn bevindingen en zijn advies aan de huisarts (bij indicatie fysiotherapie ook behandeldoelen, behandelplan en prognose) schriftelijk aan de huisarts (Bijlage 4). De huisarts beoordeelt de rapportage en geeft zijn beleid volgend op het CFO aan op een bij de rapportage bijgevoegd evaluatieformulier (ook Bijlage 4).

Figuur 3.2.: Procedure van het CFO



3.4. De meetinstrumenten

In Tabel 3.2 (zie volgende pagina) wordt een overzicht gegeven van de in het onderzoek gebruikte meetinstrumenten en metingen. Met betrekking tot de ontwikkeling van de formulieren zijn een aantal criteria opgesteld: de formulieren moesten duidelijk, overzichtelijk en in de dagelijkse praktijk gemakkelijk hanteerbaar zijn.

Het consultaanvraagformulier (Bijlage 1) heeft tot doel de fysiotherapeut inzicht te geven in de problemen van de patiënt, in diens ziektegeschiedenis en in het gevoerde beleid. Behalve de medische gegevens van de patiënt heeft de huisarts de mogelijkheid relevante psycho-sociale gegevens op het formulier te vermelden. De huisarts wordt gevraagd, na het invullen van het consultaanvraagformulier, de reden voor het consult te vermelden en aan te geven wat hij zonder de mogelijkheid van een CFO zou hebben gedaan (fictief beleid). Het consultaanvraagformulier is ontwikkeld met behulp van richtlijnen volgens de NHG-standaard 'De verwijfsbrief naar de Tweede Lijn' (1989).

De fysiotherapeut registreert de persoons- en sociaaldemografische gegevens van de patiënt (Bijlage 2) en analyseert de gezondheidstoestand van de patiënt in stoornissen en beperkingen (Bijlage 3) (Van Triet e.a., 1990; Bekkering e.a., 1993). Het rapportageformulier van de fysiotherapeut (Bijlage 4) heeft tot doel de huisarts te informeren over de onderzoeksbevindingen van de fysiotherapeut, diens conclusies, aanbevelingen en een prognose van het resultaat van de behandeling.

Indien de huisarts na het CFO besluit de patiënt te verwijzen voor fysiotherapie wordt door de fysiotherapeut het aantal zittingen, de duur van de behandelperiode en het resultaat van de behandeling vastgelegd. Hiervoor is een registratieformulier ontwikkeld op basis van de formulieren van de projecten "Beleidsgericht evaluatie en effectonderzoek extramurale fysiotherapie" (BEEF, Curfs e.a., 1991; Van der Valk e.a., in voorbereiding) en het Fysiotherapie Ontwikkelings Netwerk' (FON, Leemrijse e.a., 1992) (Bijlage 5). De bovengenoemde formulieren zijn in een voorfase van het onderzoek ontwikkeld en in een pilot-studie getest (Hendriks, 1992a en 1993b). Uit de pilot-studie bleek dat de formulieren bruikbaar zijn.

Tabel 3.2.: Overzicht van de meetinstrumenten en metingen

consultaanvraagformulier	Bijlage 1 consultvraag en argumentatie voor CFO patiëntgegevens fictief beleid indien de mogelijkheid voor een CFO niet had bestaan
registratieformulier voor persoons- en sociaal-demografische kenmerken	Bijlage 2 niet medische gegevens van de patiënt
registratieformulier voor stoornissen en beperkingen	Bijlage 3 stoornissen, inclusief ernst, lokalisatie van de klacht en aangedane structuren beperkingen, inclusief ernst advies fysiotherapeut aangrijpingspunten voor behandeling
rapportageformulier	Bijlage 4 advies fysiotherapeut over indicatie en informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt bij indicatie fysiotherapie: behandeldoelen, behandelplan en prognose
registratieformulier van het resultaat van de fysiotherapeutische behandeling	Bijlage 5 duur van de behandeling aantal zittingen fysiologische herstel functioneel herstel
voormeting d.m.v. vragenlijst	Bijlage 6 achtergrondgegevens van huisartsen en fysiotherapeuten
nameting d.m.v. vragenlijst	Bijlage 7 evaluatie van het veldexperiment door huisartsen en fysiotherapeuten

Om de vraagstellingen te kunnen beantwoorden zijn eveneens achtergrondgegevens noodzakelijk van een aantal van belang geachte kenmerken van huisartsen en fysiotherapeuten. Deze gegevens zijn ook van belang om na te kunnen gaan in hoeverre de deelnemende huisartsen en fysiotherapeuten representatief zijn voor beide beroepsgroepen in Nederland. Een deel van deze achtergrondgegevens, zoals leeftijd en geslacht, was reeds beschikbaar via de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg (Pool en Hingstman, 1992, 1993). Een ander deel is verzameld middels schriftelijke vragenlijsten voor huisartsen en fysiotherapeuten.

De schriftelijke vragenlijsten die voorafgaande aan het veldexperiment werden ingevuld zijn opgebouwd uit een aantal blokken die elk een aantal vragen bevatten over een bepaald onderwerp. Deze blokken van vragen hebben betrekking op de persoonsgegevens, de praktijkorganisatie, de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut, kennis van elkaars vakgebied, persoonlijke mogelijkheden en attitude, de (geschatte) praktijkgrootte en verwijscijfers van huisartsen (Bijlage 6).

De persoonsgegevens betreffen gegevens over opleiding, na- en bijscholing en aantal jaren ervaring in de eerste lijn. Het blok over de praktijkorganisatie heeft o.a. betrekking op de praktijkvorm en het aantal uren dat men werkzaam is en de praktijkgrootte. Het onderwerp 'samenwerken en verwijzen' betreft aspecten van de aard van de verwijzingen voor fysiotherapie, het niveau en de frequentie van overleg tussen beide hulpverleners en de wijze en frequentie van rapportage of informatieoverdracht. In het laatste blok worden vragen gesteld over kennis van en oordeel over elkaars vakgebied.

De vragenlijsten die direct na het veldexperiment zijn afgenomen zijn evaluerend van aard en hebben betrekking op de (ervaren) kwaliteit van het CFO, de bruikbaarheid van de procedure en de gestandaardiseerde CFO-formulieren, veranderingen in de samenwerking en de behoefte aan een CFO in de toekomst. Betreffende het oordeel over de kwaliteit van het CFO is een onderscheid gemaakt tussen enerzijds de door de huisarts ervaren functionaliteit voor het beleid en anderzijds het oordeel over de procedure en de formulieren. Het oordeel van huisartsen over de kwaliteit van het CFO heeft onder meer betrekking op de volgende aspecten: de mate waarin de consultvraag is beantwoord (dit is de kernvraag betreffende het oordeel over de kwaliteit), de duidelijkheid van het advies, het missen van informatie en de onderbouwing van het advies (Bijlage 7).

3.5. Metingen

In deze paragraaf worden de metingen toegelicht die nodig waren om de eerder genoemde vraagstellingen te kunnen beantwoorden.

Vraagstelling 1, heeft betrekking op het aantal en de aard van de patiënten voor wie een CFO is aangevraagd.

Met behulp van het consultaanvraagformulier van de huisarts en het rapportageformulier van de fysiotherapeut is elk CFO geregistreerd. Onder meer worden de sociaal-demografische kenmerken, de klachten van de patiënten en de fysiotherapeutische bevindingen vastgelegd. Bij het registreren van de medische verwijsdiagnose is gebruikgemaakt van de Inter-

national Classification of Primary Care (ICPC; Lamberts en Woods, 1987). De gegevens over de aard van de klachten/verwijsgegevens zijn verzameld middels een open vraag. Deze gegevens zijn achteraf geklasseerd naar hoofdstukken (lettercode) en hoofdgroepen van de ICPC (cijfercode). Klachten van het bewegingsapparaat kunnen geklasseerd worden met lettercode "L" en de lokalisatie van de klachten kan verder gepreciseerd worden met een cijfercode, bijvoorbeeld nekklachten L01.

Voor het registreren van de fysiotherapeutische diagnose is gebruik gemaakt van het begrippenkader van de ICDH en het voorstel voor aanpassing van de ICDH voor de paramedische bewegingsberoepen (Heerkens e.a. 1991, 1992ab). De gezondheidstoestand van de patiënt kan met behulp van deze classificatie in kaart worden gebracht. Tevens geeft de fysiotherapeut aan ten aanzien van welke stoornissen en beperkingen in de fysiotherapeutische diagnose behandeldoelen worden genoemd voor het behandelplan.

Factoren die mogelijk van invloed zijn op het aantal en de aard van de patiënten die voor een CFO zijn verwezen zijn bepaald met een vragenlijst voor huisartsen, die voorafgaande aan het veldexperiment is afgenomen (vraag 1c en 1d). Met deze vragenlijst is o.a. de werkervaring en na- en bijscholing van huisartsen nagegaan. Tevens is de kwaliteit van de samenwerking en het overleg tussen huisartsen en fysiotherapeuten bepaald; het gaat hierbij om de kwaliteit zoals deze door huisartsen en fysiotherapeuten zelf wordt ervaren.

Vraagstelling 2, heeft betrekking op het oordeel van huisartsen over de kwaliteit van het CFO en factoren die op dit oordeel van invloed zijn.

De huisartsen gaven een oordeel over de kwaliteit van elk consult. Aan het einde van de experimentele periode gaven de huisartsen tevens een totaaloordeel over de kwaliteit van het CFO. Zowel het oordeel per CFO (middels een bijgevoegd registratieformulier bij de fysiotherapeutische rapportage) als het totaaloordeel (middels een vragenlijst) is vastgelegd. Het oordeel over de kwaliteit van het CFO had onder meer betrekking op de volgende aspecten: de mate waarin de consultvraag beantwoord is, de duidelijkheid van het advies van de fysiotherapeut, het missen van informatie en de onderbouwing van het advies (vraag 2a). Factoren die mogelijk van invloed waren op de (ervaren) kwaliteit van het CFO zijn bepaald middels een vragenlijst voor huisartsen en een vragenlijst voor fysiotherapeuten. Met deze vragenlijsten zijn onder meer gegevens vastgelegd over de werkervaring en de na- en bijscholing van fysiotherapeuten (vraag 2b) en over de kwaliteit van de samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten (vraag 2d). De aard van de klachten en de sociaal-demografische kenmerken van patiënten

(vraag 2c) zijn middels de consultaanvraagformulieren van de huisarts en de rapportageformulieren van de fysiotherapeut vastgelegd.

Vraagstelling 3, heeft betrekking op het beleid van huisartsen volgend op het CFO en de eventuele fysiotherapeutische behandeling volgend op het CFO.

Het beleid van de huisartsen volgend op het CFO is door de huisarts vastgelegd op een bijgevoegd registratieformulier dat tezamen met de fysiotherapeutische rapportage naar de huisarts is verstuurd.

Vraagstelling 4, heeft betrekking op het effect van het invoeren van het CFO op het aantal verwijzingen naar fysiotherapeuten, andere paramedici en specialisten.

In de controle-periode en in de experimentele periode zijn ziekenfondsgegevens gebruikt over het aantal verwijzingen naar fysiotherapeuten, andere paramedici (oefentherapeuten Cesar, -Mensendieck en podotherapeuten) en de voor dit onderzoek meest relevante medische specialisten: orthopeden, neurologen, reumatologen en revalidatie-artsen.

In het geval de huisarts na een CFO een patiënt verwees voor fysiotherapie, registreert de fysiotherapeut het aantal zittingen, de duur van de behandelperiode en het verloop van de behandeling (vraag 4b).

Vraagstelling 4 is ook beantwoord op basis van het fictieve beleid van de huisarts (het beleid dat gevolgd zou zijn, indien de mogelijkheid voor een CFO niet bestaan zou hebben) en het feitelijke beleid. Deze gegevens zijn verzameld met behulp van de consult-aanvraagformulieren.

3.6. De steekproeftrekking

Principes en uitgangspunten van de steekproeftrekking

Op basis van de resultaten van de pilot-studie was bepaald dat voor het onderzoek naar de 'effecten van het CFO in de eerste lijn' een groep van ongeveer 60 samenwerkende koppels 'huisarts en fysiotherapeut' nodig was. Bij het samenstellen van de steekproef van samenwerkende fysiotherapeuten en huisartsen speelden drie overwegingen een rol. Ten eerste diende het CFO getest te worden bij een representatieve groep fysiotherapeuten en huisartsen. Ten tweede was het van belang dat er een directe werkrelatie bestond tussen de geselecteerde fysiotherapeuten en huisartsen, die niet vertroebeld werd door eventuele samenwerkingsproblemen. Ten derde was het op grond van logistieke overwegingen van belang dat er een aantal samenwerkingsverbanden tussen fysiotherapeut en huisarts die aan het CFO-project deelnemen in dezelfde regio werkzaam was.

Gezien de verwachting dat de fysiotherapeuten per CFO veel tijd zouden moeten investeren is besloten in eerste instantie de fysiotherapeuten te selecteren en vervolgens de huisartsen. Per fysiotherapeut is slechts één huisarts geselecteerd. Het onderzoek was zo opgezet dat de huisarts bij slechts één van de fysiotherapeuten naar wie hij/zij regelmatig verwijst een CFO kon aanvragen.

Om de onderzoeksresultaten te kunnen generaliseren was een aselechte steekproef nodig. Daarom moesten potentieel verklarende variabelen goed vertegenwoordigd zijn in de steekproef. In Hoofdstuk 2 zijn een aantal factoren beschreven die van invloed (kunnen) zijn op het verwijzbeleid van huisartsen naar fysiotherapeuten, namelijk praktijkgebonden kenmerken zoals de mate van urbanisatie en de praktijk(organisatie)², huisartsgebonden kenmerken en patiëntgebonden kenmerken. Uit pragmatische overwegingen is de mate van urbanisatie als stratificatie-variabele opgenomen. De kans dat bij een steekproef van deze grootte de te onderscheiden urbanisatie-categorieën geen afspiegeling zouden zijn van de totale populatie was niet denkbeeldig. Door middel van een gestratificeerde steekproef was het mogelijk een steekproef te trekken met een gelijke verdeling over de cellen van huisartsen en fysiotherapeuten naar de urbanisatie-categorieën. Om deze reden is gekozen voor een aselechte, niet proportioneel gestratificeerde steekproef.

De stratificatieprocedure

De urbanisatie-categorieën zijn bij de steekproeftrekking opgenomen als stratificatie-variabele. Op basis van de CBS-indeling zijn 3 groepen te onderscheiden:

- Groep 1: Omvat de CBS-categorieën A1, A2, A3, A4, B1, C1, en C2: hierin zitten plattelandsgemeenten, kleine verstedelijkte plattelandsgemeenten en kleine steden (tot 30.000 inwoners in de woonkern).
- Groep 2: Omvat de CBS-categorieën B2, B3, en C3: hierin zitten de wat grotere verstedelijkte plattelandsgemeenten, de forensengemeenten en de wat grotere steden (tot 50.000 inwoners in de woonkern).
- Groep 3: omvat de CBS-categorieën C4 en C5, dat zijn de grote steden met meer dan 50.000 inwoners in de woonkern.

² Uit de literatuur blijkt dat huisartsen die werkzaam zijn in gezondheidscentra vaker naar fysiotherapie verwijzen (Bertels e.a., 1985; Wijkkel, 1986; Kerssens en Curfs, 1993). Het aantal huisartsen en fysiotherapeuten die in gezondheidscentra werkzaam zijn is gering (8,6% voor huisartsen resp. 2% voor fysiotherapeuten, Pool en Hingstman, 1992 en 1993). Vanwege dit kleine aantal is besloten hierop niet te stratificeren.

In Tabel 3.3 worden het aantal en het percentage van de huisartsen en fysiotherapeuten in Nederland per urbanisatie-categorie weergegeven. De overige mogelijk belangrijke variabelen zijn niet voor stratificatie in aanmerking genomen omdat een te groot aantal stratificatievariabelen bij een steekproeftrekking van deze omvang tot een te lage bezetting van de steekproefcellen leidt. Per ziekenfondsregio is een gelijk aantal huisartsen en fysiotherapeuten naar urbanisatiecategorie geselecteerd (n=15). De vier aan dit project deelnemende ziekenfondsen waren de CZ-groep Tilburg, Zorg en Zekerheid Leiden en de Verenigde Gezamenlijke Zorgverzekeraars (BAZ/Nijmegen en Zorgverzekeraar Midden Brabant). Dit betekent dat er 4 * 3 = 12 steekproefcellen zijn gevormd.

Tabel 3.3. Aantal in de eerste lijn werkzame huisartsen en fysiotherapeuten naar urbanisatiecategorieën*

Indeling huisartsen en fysiotherapeuten naar urbanisatiecategorie	totaal aantal huisartsen in Nederland		totaal aantal fysiotherapeuten in Nederland	
	N	%	N	%
Platteland	1963	30,0	2647	26,0
Verstedelijkt platteland	2283	34,8	3595	35,3
Steden	2302	35,2	3945	38,7
Totaal	6548	100,0	10187	100,0

* Peildatum NIVEL-bestand 1 januari 1992.

De samenstelling van het steekproefkader en de steekproeftrekking

Uitgangspunt bij de samenstelling van de steekproeftrekking was het fysiotherapeutenbestand per 01-01-1992, op basis van de NIVEL-registratie, waarin nagenoeg alle extramuraal werkende fysiotherapeuten zijn opgenomen. Dit bestand bevat onder meer een registratienummer, de gemeente-code, de urbanisatiegraad en het praktijkadres³. De aselecte steekproef van fysiotherapeuten is getrokken uit het bestand van alle praktizerende fysiotherapeuten die een contract hadden met één van de vier participerende ziekenfondsen. Tevens was van belang dat het aantal ingeschreven ziekenfondsverzekerden van het bij het onderzoek betrokken ziekenfonds en/of bij overlap van de betrokken ziekenfondsen bij de deelnemende huisartsen, groter was dan 80%. Deze voorwaarden dienden om te voorkomen dat de verwezen ziekenfondspatiënten niet geregistreerd zouden kunnen worden. Het hierdoor gevormde steekproefkader bestond uit 1533 fysiotherapeuten.

³ Indien een fysiotherapeut op meerdere lokaties werkzaam is dan wordt die lokatie genomen waar hij/zij de meeste arbeid verricht.

Met het oog op de te verwachten non-respons werd besloten om een steekproef (zonder teruglegging) te trekken die 2 keer zo groot was als noodzakelijk, dus bestond uit 120 fysiotherapeuten. Op deze manier is een gemacht reservebestand naar urbanisatiecategorie en ziekenfondsregio aangelegd dat gebruikt kon worden bij weigering van de eerst benaderde fysiotherapeut om deel te nemen aan het CFO-project. Door de steekproef-trekking uit te voeren zonder teruglegging werd voorkomen dat fysiotherapeuten meer dan een keer zouden worden getrokken. Via een computer-programma zijn de fysiotherapeuten gegroepeerd over de 12 steekproefcellen. De verdeling van het aantal benodigde fysiotherapeuten en huisartsen per cel wordt in Tabel 3.4 weergegeven.

Tabel 3.4.: De populatiegrootte en het benodigd aantal huisartsen en fysiotherapeuten per categorie

Indeling huisartsen naar urbanisatie-categorie CBS-indeling	Nederland		verdeling van het benodigd aantal HA en FT (%)	
	% HA	% FT		
Platteland	30,0	26,0	20	(33,3%)
Verstedelijkt platteland	34,8	35,3	20	(33,3%)
Steden	35,2	38,7	20	(33,3%)
Totaal	100,0	100,0	60	(100%)

De werving van fysiotherapeuten en huisartsen

De geselecteerde fysiotherapeuten zijn verzocht deel te nemen aan het onderzoek. De wervingsbrief en enige achtergrondinformatie zijn te zamen met een aanbevelingsbrief van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie verstuurd (Bijlage 8). In dezelfde periode is een artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie verschenen over het CFO-project waarin het doel, de opzet en de methode van het onderzoek werden toegelicht (Hendriks, 1992b). Het artikel is tezamen met een positief redactioneel commentaar geplaatst.

Daarnaast zijn de betrokken Regionale Verenigingen van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten geïnformeerd over het project; deze hebben toegezegd het onderzoek naar de effecten van het CFO te steunen.

Wanneer een fysiotherapeut te kennen gaf deel te willen nemen aan het onderzoek werd vervolgens aselekt, uit een lijst van de vijf meest naar zijn/haar praktijk verwijzende huisartsen één huisarts geselecteerd. Deze huisarts werd zowel telefonisch geïnformeerd als schriftelijk door middel van een wervingsbrief tezamen met een aanbevelingsbrief van het Nederlands Huisartsen Genootschap (Bijlage 9). Bovendien zijn de betrokken Districts

Huisartsen Verenigingen geïnformeerd met het verzoek om het project te ondersteunen, hetgeen zij deden. Indien de geselecteerde huisarts niet wilde deelnemen aan het onderzoek, werd volgens dezelfde procedure opnieuw een huisarts geselecteerd en werd deze verzocht deel te nemen aan het onderzoek.

Om een indruk te krijgen van de representativiteit van de steekproef zijn de gegevens vergeleken met de beroepenregistratie met als peildatum 1 januari 1991 van de in de eerste lijn werkzame fysiotherapeuten (Pool en Hingstman, 1993) en huisartsen (Pool en Hingstman, 1992).

Instructie van huisartsen en fysiotherapeuten

De deelnemende huisartsen en fysiotherapeuten zijn zowel persoonlijk als schriftelijk (middels een handleiding) geïnstrueerd over de procedure van het CFO en de wijze waarop zij de registratieformulieren moesten invullen. De procedure van het CFO en de wijze van registreren is getest in de praktijk (try-out periode van zes weken voor het begin van het veldexperiment). Verder zijn er voor de fysiotherapeuten drie instructie-avonden gehouden zodat de problemen konden worden besproken.

3.7. Analyse

De gegevens uit de registratieformulieren zijn met behulp van een hiervoor ontwikkeld codeboek en Data-Entry (SPSS, 1991) ingevoerd. Met het oog op de vergelijkbaarheid van de gegevens zijn voor het coderen van de klachten van de patiënt dezelfde beslisregels gebruikt als bij het BEEF-project (Curfs e.a., 1991; Van der Valk e.a., in voorbereiding). In het codeboek zijn per variabele het meetbereik, de eenheid en de betekenis van de code weergegeven. De gegevens van zowel de patiënt als de deelnemers zijn geanonimiseerd. Voorafgaande aan de analyse zijn de data 'geschoond' en vervolgens gecontroleerd op volledigheid van de afzonderlijke cases (de volledige CFO-gegevens van één patiënt per koppel) door middel van rechte tellingen, frequentietabellen en frequentieverdelingen. Indien er sprake was van onvolledige cases is geprobeerd deze gegevens alsnog te achterhalen en vervolgens na te gaan of er sprake was van echte 'missings'. De geselecteerde variabele(n) die bij verdere analyses werden gebruikt zijn per vraagstelling beschreven.

De resultaten van het CFO zijn weergegeven met behulp van de beschrijvende statistiek. Voor het verklarende deel is gebruikgemaakt van enkelvoudige en multivariate analysetechnieken (Armitage en Berry, 1987). Bij de analyse van de afzonderlijke vraagstellingen is steeds een onder-

scheid gemaakt in de afhankelijke variabele (ofwel criterium-variabele) en de onafhankelijke variabelen (predictor-variabelen).

In eerste instantie is univariaat nagegaan welke (predictor-)variabelen samenhangen met de criterium-variabele. De variabelen die samenhangen zijn vervolgens multivariaat geanalyseerd. Per vraagstelling zijn de criterium-variabele en de te gebruiken predictor-variabelen nader toegelicht en beschreven. De gegevens zijn geanalyseerd met behulp van SPSS (versie 4.0, 1991).

Aangezien de data van vraagstelling 2 worden gekenmerkt door een hiërarchische ordening, nl. door kenmerken van patiënten en achtergrondgegevens van huisartsen en fysiotherapeuten is deze vraag beantwoord met behulp van multi-level analyse (Prosser e.a., 1991; Bryk en Raudenbusch, 1992; Jones en Moon, 1991).

Bij toetsing van verschillen tussen de gegevens van het veldexperiment en de referentiegroep is de χ^2 - of de t-toets voor gepaarde waarnemingen gebruikt, afhankelijk van het meetniveau van de variabele.

Alle bovenbeschreven analyses zijn uitgevoerd met een α van 0,05. Dit betekent dat een p-waarde $\leq 0,05$ statistisch significant is.

4. BESCHRIJVING VAN DE ONDERZOEKSGROEP

In dit hoofdstuk worden de aan het veldexperiment deelnemende huisartsen en fysiotherapeuten beschreven. In paragraaf 4.1 wordt de respons van de deelnemers op de aselechte steekproef weergegeven. In paragraaf 4.2 worden een aantal kenmerken van achtereenvolgens de huisartsen en de fysiotherapeuten beschreven. Deze kenmerken worden vergeleken met landelijke referentiecijfers. In paragraaf 4.3 worden de resultaten besproken en kort samengevat.

4.1. Respons op de steekproeftrekking

Zoals in de methode-sectie is aangegeven is een groep van ongeveer 60 samenwerkende koppels van 'huisarts en fysiotherapeut' nodig. Door middel van een aselechte niet-proportioneel gestratificeerde steekproef zijn eerst de fysiotherapeuten benaderd en vervolgens via de fysiotherapeuten de huisartsen. Het steekproefkader waaruit de aselechte steekproef van fysiotherapeuten is getrokken bestond uit 1533 fysiotherapeuten. Van de totale aselechte steekproef van 120 fysiotherapeuten zijn 75 fysiotherapeuten (25 fysiotherapeuten per stratum) benaderd. Van deze groep hebben 62 fysiotherapeuten toegezegd aan het onderzoek te willen deelnemen (percentage deelnemers is 82%). In Tabel 4.1 is de respons van fysiotherapeuten weergegeven.

Aan elke fysiotherapeut is gevraagd een lijst van de vijf meest naar zijn/haar praktijk verwijzende huisartsen op te stellen. Op basis van deze lijst is aselekt een huisarts benaderd met het verzoek aan het CFO-project te willen deelnemen. Indien een huisarts niet aan het onderzoek wilde deelnemen is volgens dezelfde procedure opnieuw een huisarts geselecteerd ($n=+22$). In totaal is op deze wijze aan 84 huisartsen verzocht deel te nemen (percentage deelnemers is 74%, Tabel 4.1).

Tabel 4.1.: Het aantal en percentage fysiotherapeuten en huisartsen naar respons op het verzoek om aan het CFO-project deel te nemen

Deelnemers CFO-project	totale steekproef		respondenten	
	n		n	%
Fysiotherapeuten	75		62	82
Huisartsen	84		62	74

Van de 62 koppels 'fysiotherapeut-huisarts' die per 1 september 1992 gezamenlijk aan het onderzoek zouden deelnemen hebben drie huisartsen binnen een maand hun deelname beëindigd in verband met respectievelijk een praktijkreorganisatie, praktijkverhuizing en maatschapsproblemen. Eén huisarts behoorde tot de urbanisatiecategorïe 'platteland' en twee huisartsen behoorden bij de categorïe 'steden'. Dit betekent dat aan het veldexperiment uiteindelijk 59 koppels hebben deelgenomen. De verzamelde data van het veldexperiment hebben betrekking op 59 samenwerkende koppels 'huisarts en fysiotherapeut'. In Tabel 4.2 is de verdeling van de koppels per urbanisatiecategorïe weergegeven.

Tabel 4.2.: Verdeling van het aantal koppels 'huisarts - fysiotherapeut' naar urbanisatiecategorïe

Urbanisatiecategorïeën	samenwerkende koppels 'huisarts - fysiotherapeut'	
	n	%
Platteland	19	32,2
Verstedelijkt platteland	23	39,0
Steden	17	28,8
Totaal	59	100,0

4.2. Beschrijving van huisartsen en fysiotherapeuten

4.2.1. Kenmerken van huisartsen

Persoons- en praktijkgegevens

Aan het veldexperiment hebben 56 mannelijke en 3 vrouwelijke huisartsen deelgenomen. De gemiddelde leeftijd van de deelnemende huisartsen was 43,5 jaar (standaarddeviatie 7,0) en varieerde van 29 tot 60 jaar. In Tabel 4.3 worden het geslacht en de leeftijdsverdeling vergeleken met de overeenkomstige gegevens uit de beroepenregistratie per 1 januari 1991 (Pool en Hingstman, 1992).

Tabel 4.3.: Persoons- en praktijkgegevens van de deelnemende huisartsen, vergeleken met de Nederlandse huisartsenpopulatie¹

	CFO-project		Nederland
	n	%	%
Geslacht			
Mannen	56	94,9	86,8
Vrouwen	3	5,1	13,2
Totaal	59	100,0	100,0
Leeftijdverdeling			
< 34	3	5,0	10,0
34-44	31	52,5	54,1
45-54	19	32,3	22,7
55-64	6	10,2	12,4
> 65	-	-	0,8
Totaal	59	100,0	100,0
Praktijkervaring			
1-2 jaar	1	1,7	
3-4 jaar	5	8,5	
5-7 jaar	7	11,9	
8-9 jaar	11	18,6	
> 10 jaar	35	59,3	
Totaal	59	100,0	
Praktijkvorm			
Solo	28	47,4	53,6
Duo	19	32,2	30,5
Groeps	9	15,3	15,6
Gezondheidscentrum ²	3	5,1	-
Totaal	59	100,0	100,0
Praktijkomvang			
< 2000	7	10,2	
2000-2350	13	22,0	
2351-2700	21	35,6	
2701-3050	13	22,0	
> 3050	5	10,2	
Totaal	59	100,0	

1. Pool JB, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht; NIVEL, 1992.

2. Vanaf 1990 wordt géén onderscheid meer gemaakt naar gezondheidscentrum.

* χ^2 -toets; $p \leq 0,05$.

Uit de geslachtsverdeling van de huisartsen blijkt dat vrouwelijke huisartsen waren ondervertegenwoordigd in vergelijking met de landelijke verdeling, doch niet significant (5,1% versus 13,2%).

Meer dan de helft van de deelnemende huisartsen is jonger dan 45 jaar; bij de Nederlandse huisartsenpopulatie was dit 64%. Een klein aantal huisartsen (10%) had vrij recent de opleiding voor huisartsgeneeskunde voltooid en 59% van de huisartsen hadden meer dan 10 jaar ervaring in de eerste lijn.

Van de 59 huisartsen werkte bijna de helft solo. Uit Tabel 4.3 blijkt dat de verdeling van de huisartsen naar praktijkvorm overeenkomt met die van de Nederlandse huisartsenpopulatie. Opgemerkt dient te worden dat bij de referentiegegevens van de Nederlandse huisartsenpopulatie géén onderscheid wordt gemaakt naar huisartsen die werkzaam zijn in een gezondheidscentrum (8,6%). Vrijwel alle huisartsen die werkzaam zijn in een gezondheidscentrum werken samen met twee (17,2%) of meer (81%) collega's (Pool en Hingstman, 1992).

De omvang van de huisartsenpraktijk varieerde van 250 tot 4500 patiënten. Het merendeel van de huisartsen (80%) had een praktijkomvang tussen de 2000 en 3150 patiënten (de gemiddelde praktijkomvang in deze studie is 2516 ingeschreven patiënten, de normpraktijk is 2350 patiënten).

De resultaten laten zien dat de huisartsen op bovengenoemde kenmerken representatief waren voor de beroepsgroep in Nederland.

Informatie over samenwerking en verwijzing

In deze paragraaf worden een aantal aspecten betreffende de samenwerking 'huisarts-fysiotherapeut' besproken vanuit het perspectief van de huisarts. Een basale vorm van samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten begint bij de verwijzing. Om inzicht te krijgen in de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut rondom de verwijzing en de aard van de verwijzingen naar de fysiotherapeut zijn een aantal vragen opgenomen in de vragenlijst. De antwoorden op deze vragen zijn in Tabel 4.4 weergegeven.

Het aantal fysiotherapeuten naar wie de huisartsen verwijzen varieerde van 2 tot 35. Deze variatie komt overeen met hetgeen uit de literatuur bekend is (Kerssens e.a., 1986; Kerssens en Curfs, 1993). De helft van de huisartsen adviseert hun patiënten 'regelmatig tot zeer vaak' (bij een verwijzing voor fysiotherapie) naar een bepaalde fysiotherapeut te gaan vanwege zijn specifieke deskundigheid op een bepaald gebied van de fysiotherapie.

Tabel 4.4.: De verdeling van de antwoorden op de vragen over samenwerking en verwijzing

	(%) nooit	(%) zelden	(%) regel- matig	(%) vaak	(%) zeer vaak
Adviseert u uw patiënten (in relatie met de klacht) naar een bepaalde fysiotherapeut te gaan vanwege zijn of haar specifieke deskundigheid?	20,3	28,8	30,5	13,6	6,8
Geeft u bij de verwijzing naar de fysiotherapeut een behandelvoorstel aan? (missings = 1,7%)	11,9	52,5	25,4	8,5	-
Verwijst u patiënten naar de fysiotherapeut ook als u géén zekerheid heeft omtrent de indicatie fysiotherapie	6,8	62,7	27,1	1,7	1,7
Verwijst u patiënten naar de fysiotherapeut omdat u zekerheid wilt krijgen over de indicatiestelling voor fysiotherapie?	16,9	42,4	35,6	5,1	-
Vraagt u de fysiotherapeut telefonisch om advies over patiënten met klachten van het bewegingssysteem?	15,3	49,1	33,9	1,7	-
Verwijst u patiënten éénmalig voor voorlichting/advies naar de fysiotherapeut?	39,0	39,0	18,6	3,4	-
Heeft u éénmalig overleg met collegae huisartsen over patiënten met klachten van het bewegingssysteem?	44,1	52,5	3,4	-	-

(59 huisartsen).

Uit de literatuur is bekend dat er geen verband bestaat tussen het aantal fysiotherapeuten of praktijken waarnaar de huisarts verwijst en het aantal fysiotherapeuten waarmee de huisarts overleg heeft (Kerssens e.a., 1986; Kerssens en Groenewegen, 1987). Het merendeel van de huisartsen (65%) geeft bij de verwijzing 'nooit of zelden' een concreet behandelvoorstel aan. Wanneer huisartsen onzeker zijn over de indicatie fysiotherapie verwijst 70% van de huisartsen 'nooit of zelden'. Veertig procent van de huisartsen verzoekt de fysiotherapeut 'regelmatig of vaak' om de indicatie te bevestigen voorafgaande aan een eventuele behandeling.

Uit Tabel 4.4 blijkt dat één op de drie huisartsen de fysiotherapeut 'regelmatig' om telefonisch advies vraagt over de fysiotherapeutische behandel mogelijkheden bij patiënten met klachten van het bewegingssysteem. De deelnemende huisartsen verwijzen hun patiënten vrijwel nooit voor een éénmalig advies of voor alleen voorlichting naar de fysiotherapeut.

Uit de antwoorden in Tabel 4.4 blijkt verder dat de huisartsen 'zelden of nooit' overleg hebben met collegae huisartsen over patiënten met klachten van het bewegingssysteem, maar vaker interdisciplinair overleggen met (bekende) fysiotherapeuten.

Gezien het feit dat huisartsen naar veel verschillende fysiotherapeuten en/of praktijken verwijzen is de huisarts gevraagd een oordeel te geven over de mate en de aard van de samenwerking en het overleg met de fysiotherapeut met wie zij in dit project samenwerken. Uit het antwoord op de vraag hoe de huisarts in het algemeen de samenwerking met de fysiotherapeut ervaart, blijkt dat de huisarts de samenwerking in 29% van de koppels 'huisarts-fysiotherapeut' als 'uitstekend' ervaart, in 54% als 'voldoende' en in 17% 'als matig of slecht' (niet in tabel).

Samenwerken kan gedefinieerd worden als 'gemeenschappelijk aan een zelfde taak werken' (Van Dale, 1989). Dit betekent dat men niet alleen een gemeenschappelijk doel heeft, maar ook in onderlinge afstemming werkt. Het doel moet betrekking hebben op de inhoud van de hulpverlening of het moet van voorwaarde-scheppend belang zijn. Een wezenlijk onderdeel om tot onderlinge afstemming te komen is het voeren van regelmatig en structureel overleg. Wanneer hulpverleners willen samenwerken dient behalve de vorm daarvan ook vastgesteld te worden op welk niveau dit overleg plaatsvindt (Hendriks e.a., 1993a).

In Tabel 4.5 is weergegeven op welk niveau het overleg tussen huisarts en fysiotherapeut plaatsvindt. In de meeste gevallen (71%) is er overleg op het niveau van patiëntbesprekingen, van het uitwisselen van informatie over gezamenlijke patiënten en van het maken van vaste afspraken.

Tabel 4.5.: Overleg tussen huisarts en fysiotherapeut¹

	%	%	% frequentie van overleg ≥ 1 per maand
Overleg op het niveau van:			
- patiëntenbesprekingen	71,2		32,2
telefonisch		71,2	
schriftelijk		40,7	
- hulpverleners gerichte besprekingen	16,9		15,5
- beleidsgerichte besprekingen	8,5		3,4
- anders ²	28,8		

1. Aangezien de aard van het overleg tussen huisarts en fysiotherapeut in meer dan één categorie kan voorkomen is het totale percentage meer dan 100%.
2. Participatie in hometeams en eerstelijns-overleg.

Bij een aantal koppels (17%) was dit overleg ook op het niveau van de hulpverlener (het vergroten van de mogelijkheden van de individuele hulpverlener door het geven van informatie en bespreken van elkaars werkwijze) en bij een klein aantal koppels (8,5%) op het niveau van het beleid (het ontwikkelen en vaststellen van een gezamenlijke beleidslijn ten aanzien van hulpvragen). Daarnaast participeren een aantal koppels (29%) in gestructureerde bijeenkomsten zoals eerstelijns-overleg en hometeams.

Het overleg op het niveau van de patiënt vindt veelvuldig telefonisch plaats (71%) en in mindere mate schriftelijk (41%). Bij ongeveer eenderde van de koppels vindt het overleg plaats tijdens structurele bijeenkomsten.

In het algemeen nemen huisartsen als fysiotherapeuten even vaak het initiatief tot patiëntenoverleg. Om de mogelijkheid tot overleg te bevorderen hebben 21 huisartsen (36%) duidelijke afspraken met de fysiotherapeut omtrent telefonische bereikbaarheid.

Feitelijke verwijscijfers van huisartsen

In begin 1991 is de verwijssystematiek naar medische specialisten gewijzigd. Huisartsen kunnen sindsdien drie typen verwij斯卡arten uitschrijven. Dit zijn de korte kaart (korte geldigheid), de jaarkaart en de aanvullende kaart die de geldigheidsduur van de korte kaart verlengt tot één jaar. Daarnaast is de 'oude' verwij斯卡art naar academische specialismen gehandhaafd (één jaar geldig). De in Tabel 4.6 (zie volgende pagina) weergegeven verwijscijfers naar medische specialisten hebben betrekking op het aantal verwijzingen middels de korte verwij斯卡art en op het totaal aantal verwijzingen (korte kaart, lange kaart en academische kaart) van huisarts naar medische specialisten. In Tabel 4.6 worden de ziekenfondsverwijsgegevens van huisartsen naar fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar, -Mensendieck en de vier voor dit project relevante medische specialisten gepresenteerd. De verwijscijfers zijn uitgedrukt in het aantal verwijzingen per 1000 ingeschreven ziekenfondspatiënten per jaar. Uit de tabel blijkt dat de spreiding van de verwijscijfers erg groot is. Er is dus sprake van grote verschillen in het aantal verwijzingen tussen huisartsen. Verder zijn in absolute zin de verwijscijfers hoog in vergelijking met landelijke referentiecijfers (Stokx e.a., 1992ab; Kerssens en Curfs, 1993). Uit deze gegevens blijkt dat een grote groep van de huisartsen die aan het veldexperiment deelnamen meer dan gemiddeld naar zowel paramedici als medische specialisten verwijst. Dit heeft voor een belangrijk deel te maken met de wijze waarop de huisartsen zijn geselecteerd. De bevinding dat huisartsen die meer dan gemiddeld naar fysiotherapeuten verwijzen, ook meer verwijzen naar de vier bovengenoemde medische specialismen wordt ook door De Bakker gerapporteerd (in voorbereiding).

Tabel 4.6.: Ziekenfondsverwijscijfers van huisartsen

Verwijzingen ¹	controleperiode	
	gemiddelde	sd
Paramedisch		
Fysiotherapie	188,5	84,9
Cesar/Mensendieck	10,2	11,2
Medische specialismen		
Totaal: korte kaart²	39,2	16,7
Orthopedie	19,7	11,0
Neurologie	14,2	6,7
Reumatologie	2,2	1,7
Revalidatiegeneeskunde	3,1	3,1
Totaal aantal verwijzingen³	80,2	20,7
Orthopedie	38,6	13,3
Neurologie	29,7	9,0
Reumatologie	7,4	3,8
Revalidatiegeneeskunde	4,5	4,0

1. Per 1000 ziekenfondspatiënten per jaar.

2. n=41; door één ziekenfonds is geen uitsplitsing gemaakt in het aantal verwijzingen met de 'korte kaart'.

3. n=52; totaal aantal verwijzingen van de drie typen verwijzingen (korte, lange en academische verwijskaart).

Uit het onderzoek van De Bakker blijkt dat in het algemeen het aantal verwijzingen voor fysiotherapie positief samenhangt met het aantal verwijzingen voor de specialismen orthopedie en algemene chirurgie. Deze samenhang blijft bestaan na correctie voor praktijkvorm.

Het oordeel van de huisarts over de informatie van de fysiotherapeut

In de vragenlijst zijn aan de huisartsen vragen gesteld over de fysiotherapeutische rapportage. Deze vragen hebben o.a. betrekking op de ervaren kwaliteit van de aangeboden informatie en de frequentie van de rapportage. De meerderheid van de huisartsen (69%) ontvangt na het beëindigen van de behandeling 'vaak of zeer vaak' een schriftelijke rapportage over het behandelverloop en behandelresultaat van de fysiotherapeut. In 26% van de koppels 'huisarts-fysiotherapeut' gebeurt dit 'regelmatig' en in 5% vrijwel nooit. In het algemeen ontvangt de huisarts de rapportage van de fysiotherapeut na beëindiging van de behandeling binnen de door de huisarts gwenste tijd.

De huisarts is tevens gevraagd zijn mening te geven over de fysiotherapeutische onderzoeksbevindingen, de prognose, het resultaat van de behandeling en de adviezen/instructies die aan de patiënt zijn gegeven. In Tabel 4.7 worden de antwoorden weergegeven.

De mening van de huisarts over de ontvangen fysiotherapeutische onderzoeksbevindingen (anamnese, lichamelijk onderzoek en behandeldoelen) is in het algemeen positief. Het oordeel 'voldoende of uitstekend' varieerde van 85% tot 92%. De prognose van de fysiotherapeut ten aanzien van het herstel wordt door 75% van de huisartsen 'voldoende of uitstekend' beoordeeld.

Tabel 4.7.: Oordeel van de huisarts over de fysiotherapeutische onderzoeksbevindingen en het resultaat van de behandeling (%)

	(%) slecht	(%) onvoldoende	(%) matig	(%) voldoende	(%) uitstekend
Het fysiotherapeutisch onderzoek (missings = 5,1%)					
- anamnese	-	-	6,8	71,2	16,9
- lichamelijk onderzoek	-	-	3,4	61,0	30,5
- behandeldoel	-	-	10,2	71,2	13,6
De prognose (missings = 5,1%)	-	8,5	11,9	66,1	8,5
De adviezen/instructie aan de patiënt (missings = 6,8%)	-	1,7	25,4	55,9	10,2
Het resultaat van de behandeling (missings = 6,8%)	-	-	10,2	69,5	13,6

(59 huisartsen)

Het oordeel van de huisartsen over de resultaten van de fysiotherapeutische interventie is volgens 83% van de huisartsen 'voldoende of uitstekend'. De instructies en/of adviezen van de fysiotherapeut aan de patiënt worden door tweederde van de huisartsen als 'voldoende of uitstekend' beoordeeld.

Kennis over fysiotherapie

Huisartsen verwijzen in verband met veel verschillende aandoeningen patiënten naar de fysiotherapeut. Verwijzingen voor fysiotherapie is een belangrijk onderdeel van het therapeutisch arsenaal van de huisarts. Naar aanleiding van de vraag hoe huisartsen hun kennis over de indicatie voor fysiotherapie beoordelen blijkt dat bijna 40% van de huisartsen deze kennis als 'onvoldoende of matig' beoordeelt.

Bijna de helft van de huisartsen (49%) meent 'voldoende' inzicht te hebben in de werkwijze van fysiotherapeuten. De overige huisartsen vinden hun inzicht in de werkwijze van fysiotherapeuten 'onvoldoende of matig'.

Van de 59 huisartsen vindt 61% dat hun kennis over indicaties en contra-indicaties voor fysiotherapie, verkregen in hun opleiding tot arts, niet aansluit bij de dagelijkse praktijk.

Als belangrijke bronnen van hun huidige kennis over fysiotherapie worden genoemd: samenwerking met fysiotherapeuten (73%), nascholingscursussen (60%), huisartsenopleiding (39%), casusbesprekingen (37%), het lezen van vakliteratuur en publikaties over fysiotherapie (17%) en in geringe mate door kennissen en/of familie (3%). Daarnaast is er bij een grote groep huisartsen een duidelijke interesse voor het gebied van het bewegingssysteem. Dit blijkt vooral uit het aantal gevolgde na- en bijscholingscursussen op dit gebied. Ongeveer 80% van de huisartsen heeft één of meerdere cursussen op dit gebied gevolgd.

4.2.2. Kenmerken van de fysiotherapeuten

Persoons- en praktijkgegevens

In Tabel 4.8 worden het geslacht en de leeftijdsverdeling van de deelnemende fysiotherapeuten vergeleken met de overeenkomstige gegevens uit de beroepenregistratie per 1 januari 1991 Pool en Hingstman, 1993).

Tabel 4.8.: Geslacht en leeftijdsverdeling van de deelnemende fysiotherapeuten, vergeleken met die van de extramuraal werkzame fysiotherapeuten in Nederland¹

	CFO-project		Nederland
	n	%	%
Geslacht			
Mannen	37	62,7	52,2
Vrouwen	22	37,3	47,8
Totaal	59	100,0	100,0
Leeftijdsverdeling			
< 25	-	-	2,3
25-34	24	40,7	40,2
35-44	28	47,4	41,8
45-54	6	10,2	12,4
55-64	1	1,7	2,5
> 65	-	-	0,8
Totaal	59	100,0	100,0

1. Pool JB, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Statistische cijfers per 1 januari 1991 over fysiotherapeuten. Utrecht; NIVEL, 1993.

Aan het CFO-project hebben meer mannelijke dan vrouwelijke fysiotherapeuten deelgenomen (62,7% versus 37,3%). Deze geslachtsverdeling wijkt

enigszins af van de landelijke verhouding extramuraal werkende fysiotherapeuten, doch niet significant (52,2% versus 47,8%). De gemiddelde leeftijd van de deelnemende fysiotherapeuten was 36,7 jaar (standaarddeviatie 6,1). De grootste groep deelnemende fysiotherapeuten (88%) bevond zich in de leeftijdsklasse van 25 - 45 jaar. Wanneer de leeftijdsverdeling wordt vergeleken met de landelijke verhouding blijkt dat de leeftijdscategorieën jonger dan 25 jaar of ouder dan 65 jaar niet vertegenwoordigd waren en dat de leeftijdscategorie van 35-44 jaar enigszins was oververtegenwoordigd. De verdeling naar leeftijd was, met uitzondering van de categorieën jonger dan 25 jaar en ouder dan 65, representatief voor de beroepsgroep.

In Tabel 4.9 (zie volgende pagina) worden gegevens gepresenteerd betreffende het aantal jaren sinds afstuderen, aantal jaren praktijkervaring in de eerste lijn, de praktijkvorm, het aantal uren dat men per week aan directe patiëntenzorg besteedt en het aantal gevolgde na- en bijscholingscursussen. Ten aanzien van na- en bijscholing zijn alleen de door het KNGF erkende verbijzonderingen weergegeven. Waar mogelijk zijn deze gegevens vergeleken met landelijke referentiegegevens (Tabel 4.9 en 4.10). Uit Tabel 4.9 blijkt dat een meerderheid van de aan het CFO-project deelnemende fysiotherapeuten over ruime praktijkervaring beschikte (59,4% meer dan 10 jaar) en dat een klein aantal fysiotherapeuten recent was afgestudeerd (6,8% minder dan 5 jaar). In vergelijking met landelijke gegevens betekent dit dat er een significante ondervertegenwoordiging was van fysiotherapeuten met minder dan 5 jaar werkervaring en een oververtegenwoordiging van fysiotherapeuten met meer dan 5 jaar werkervaring.

De verdeling van het aantal deelnemende praktijken naar het aantal vaste fysiotherapeuten (praktijkvorm) die daar werkzaam zijn (dit betreft zowel eigenaren, maatschapsleden als fysiotherapeuten in dienstverband) laat zien dat groepspraktijken sterk waren oververtegenwoordigd en solopraktijken sterk waren ondervertegenwoordigd ($p \leq 0,05$).

De CFO-fysiotherapeuten besteden gemiddeld 36,7 uur aan de directe patiëntenzorg (standaarddeviatie 9,7). In vergelijking met de landelijke gegevens blijkt hieruit dat de CFO-fysiotherapeuten minder in deeltijd werkten. Vrijwel alle deelnemers bleken tenminste één na- of bijscholingscursus te hebben gevolgd, het meest voorkomende aantal gevolgde cursussen bedroeg drie per fysiotherapeut. Dit is conform de bevindingen met een inventariserend onderzoek naar de omvang van het aantal na- en bijscholingscursussen waaraan fysiotherapeuten deelnemen (Brink-Muinen en Dekker, 1992).

Tabel 4.9.: Aantal jaren sinds afstuderen, aantal jaren praktijkervaring in de eerste lijn, praktijkvorm, aantal uren dat men aan directe patiëntenzorg besteedt en de gevolgde na- en bijscholing van de deelnemende fysiotherapeuten, vergeleken met de extramuraal werkzame fysiotherapeuten in Nederland¹

	CFO-project		Nederland
	n	%	%
Jaren sinds afstuderen			
0-4	3	5,1	13,5
5-9	15	25,4	24,5
10-14	17	28,8	26,3
15-19	18	30,5	17,9
≥ 20	6	10,2	17,8
Totaal	59	100,0	100,0
Jaren praktijkervaring*			
0-4	4	6,8	34,4
5-9	20	33,8	23,6
≥ 10	35	59,4	40,0
Totaal	59	100,0	100,0
Praktijkvorm*			
Solo-praktijk	5	8,5	34,9
Duo-praktijk	7	11,9	21,2
Groepspraktijk	45	76,2	43,9
Gezondheidscentrum ²	2	3,4	
Totaal	59	100,0	100,0
Aantal uren per week*			
0-8	-		2,9
9-16	2	3,4	11,3
17-24	5	8,5	15,7
25-32	14	23,7	15,9
33-40	19	32,2	34,5
> 40	19	32,2	19,2
Totaal	59	100,0	100,0
Aantal na- en bijscholingscursussen³			
0	4	6,8	4,9
1-2	17	28,8	29,2
3-4	20	33,9	35,0
≥ 5	18	30,5	30,9
Totaal	59	100,0	100,0

1. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. JB Pool en L Hingstman. Nivel: Utrecht, januari 1993.

2. 469 fysiotherapeuten zijn in 124 gezondheidscentra werkzaam (Pool en Hingstman, 1992).

3. Na- en bijscholing van fysiotherapeuten in de eerste lijn. A van den Brink-Muinen en J Dekker, 1991.

* CHI²-toets; p ≤ 0,05.

In Tabel 4.10 is eveneens een overzicht gegeven van de door het KNGF erkende verbijzonderingen. Het aantal fysiotherapeuten met de erkende verbijzondering manuele therapie kwam overeen met de landelijke gegevens. Fysiotherapeuten met de verbijzondering 'sportfysiotherapie' waren oververtegenwoordigd ($p \leq 0,05$). De overige vormen van na- en bijscholing zijn niet nader gespecificeerd.

Tabel 4.10.: Door het KNGF erkende verbijzonderingen

	CFO-project		Nederland ¹
	n	%	%
Manuele therapie	17	28,8	24,6
Fysiotherapie in de sportgezondheidszorg*	15	25,4	15,4
Fysiotherapie in de pre- en postnatale gezondheidszorg	3	5,1	4,5
Fysiotherapie en geriatrie	-	-	#
Kinderfysiotherapie	6	10,2	#

1. Na- en bijscholing van fysiotherapeuten in de eerste lijn. A van den Brink-Muinen en J Dekker, 1991.

Van deze erkende verbijzonderingen zijn geen vergelijkbare gegevens bekend.

* χ^2 -toets; $p \leq 0,05$.

Samenwerking en verwijzing

In deze paragraaf worden een aantal aspecten betreffende de samenwerking 'huisarts-fysiotherapeut' besproken vanuit het perspectief van de fysiotherapeut.

De fysiotherapeuten ontvangen hun patiënten van meerdere huisartsen. Eén fysiotherapeut ontvangt de patiënten van twee huisartsen maar een meerderheid ontvangt hun patiënten van meer dan 6 huisartsen. Dit is conform de gegevens uit de vragenlijst van de huisartsen en de eerder genoemde onderzoeksliteratuur (Kerssens e.a., 1986 en 1993).

Overleg heeft de huisarts met een beperkt aantal fysiotherapeuten. Om een indruk te krijgen van de mate van overleg en/of samenwerking tussen de koppels 'huisarts-fysiotherapeut' zijn een aantal vragen over dit onderwerp gesteld. In Tabel 4.11 zijn de antwoorden op deze vragen weergegeven.

Iets meer dan de helft van de huisartsen (52,6%) nam 'nooit of zelden' voorafgaande aan of in de loop van de behandeling contact op met de behandelend fysiotherapeut. Ongeveer 10 procent van de huisartsen deed dit 'vaak tot zeer vaak'. Meer dan de helft van de fysiotherapeuten nam 'regelmatig of vaak' in de loop van de behandeling het initiatief voor tussentijds overleg met de huisarts.

Tabel 4.11.: De verdeling van de antwoorden op de vragen over samenwerking en verwijzing (%)

	(%) nooit	(%) zelden	(%) regel- matig	(%) vaak	(%) zeer vaak
Neemt de huisarts voorafgaande aan of in de loop van de behandeling contact met u op?	3,4	49,2	37,2	5,1	5,1
Neemt u contact op met de huisarts in de loop van de behandeling?	-	32,2	61,0	6,8	-
Geeft de huisarts op eigen initiatief voldoende relevante medische verwijsgegevens?	-	42,4	28,8	25,4	3,4
Geeft de huisarts op uw verzoek voldoende relevante medische verwijsgegevens?	-	1,7	18,6	42,4	37,3
Geeft de huisarts op eigen initiatief voldoende relevante psycho-sociale gegevens?	5,1	40,7	32,2	18,6	3,4
Geeft de huisarts op uw verzoek voldoende relevante psycho-sociale gegevens?	1,7	5,1	25,4	33,9	33,9
Verwijst de huisarts patiënten naar u vanwege uw bijzondere kennis en vaardigheden op een bepaald gebied?	13,6	23,7	39,0	16,9	6,8
Vraagt de huisarts u om advies t.a.v. indicatie voor fysiotherapie of behandelbeleid bij een patiënt?	8,5	37,2	39,0	13,6	1,7
Verwijst de huisarts patiënten naar u voor éénmalig advies of instructie?	28,8	47,5	22,0	1,7	-

(59 fysiotherapeuten)

Het merendeel van de huisartsen verstrekte de fysiotherapeut op eigen initiatief 'regelmatig tot zeer vaak' medisch-technische en psychosociale achtergrondinformatie. Wanneer een fysiotherapeut de huisarts om deze gewenste medisch-technische en/of psychosociale achtergrondinformatie verzocht werd deze vrijwel altijd door de huisarts gegeven.

Een groot aantal fysiotherapeuten (62,7%) heeft de indruk dat de huisarts 'regelmatig tot zeer vaak' patiënten verwees vanwege hun specifieke deskundigheid op een bepaald gebied van de fysiotherapie (volgens het antwoord van de huisartsen op deze vraag: 51%). Uit deze vragenlijst blijkt verder dat iets minder dan de helft van de huisartsen 'nooit of zelden' de fysiotherapeut om advies vroeg ten aanzien van de indicatie voor fysiotherapie of het behandelbeleid bij een patiënt. Eén op de zeven huisartsen (14,3%) vroeg de fysiotherapeut 'vaak tot zeer vaak' om een dergelijk ad-

vies. Ongeveer de helft van de fysiotherapeuten (47,5%) werd minimaal één keer per maand om een dergelijk advies gevraagd (niet in tabel).

Ongeveer driekwart van de huisartsen verwees vrijwel nooit naar de fysiotherapeut voor een éénmalig advies of instructie.

In de vragenlijst voor fysiotherapeuten zijn eveneens een aantal vragen opgenomen over het niveau en de frequentie van overleg/samenwerking tussen de koppels 'huisarts-fysiotherapeut'.

Hieruit blijkt dat alle koppels tenminste telefonisch overleg met elkaar hadden over de directe patiëntenzorg en meer dan driekwart (79,7%) van de 'koppels' hadden verder nog een schriftelijke vorm van patiëntenoverleg. Bij 39% van de koppels nam de fysiotherapeut het initiatief voor een dergelijke patiëntenbespreking. In bijna de helft (46%) van de koppels werd het initiatief door 'beide even vaak' genomen.

Bij 11 koppels (18,6%) was er sprake van vaste structurele bijeenkomsten waarin patiënten worden besproken of meer algemene informatie wordt uitgewisseld. Voor 7 fysiotherapeuten (11,9%) was er een andere mogelijkheid voor overleg door structurele participatie in home-teams en eerstelijns-bijeenkomsten.

Bij iets meer dan de helft van de koppels (52,5%) was het overleg op het niveau van de patiënt minimaal één keer maand.

Van de 59 fysiotherapeuten gaven 22 fysiotherapeuten (38%) aan dat ze met de voor het CFO-project gekoppelde huisarts duidelijke afspraken hadden over telefonische bereikbaarheid.

Op het niveau van het intradisciplinaire overleg tussen fysiotherapeuten over diagnostiek en/of behandeling gaven 35 fysiotherapeuten (59%) aan 'zelden of nooit' geconsulteerd te worden door een collega over diagnostiek en 31 fysiotherapeuten (53%) ontvingen 'zelden of nooit' patiënten van een collega met betrekking tot de (verdere) behandeling van de patiënt. Daarnaast heeft een groot aantal fysiotherapeuten (81%) aangegeven 'regelmatig tot zeer vaak' met collegae te overleggen over zowel de bevindingen van het fysiotherapeutisch onderzoek als de behandeling.

De samenwerking tussen fysiotherapeut en huisarts werd door 42 van de 59 (88%) fysiotherapeuten als 'voldoende' (59,3%) of uitstekend (28,8%) ervaren (volgens de huisartsen 81%). Deze samenwerking was bij 52 koppels (88%) vrijwel uitsluitend op het niveau van patiëntenoverleg, 7 koppels (12%) voerden overleg op het niveau van de hulpverlener en 5 koppels (5,1%) hadden besprekingen op het niveau van het formuleren en uitvoeren van een gezamenlijk beleid. Het oordeel van fysiotherapeuten over samenwerking stemde in grote mate overeen met het oordeel van huisartsen. De

fysiotherapeuten beoordeelden in het algemeen de kennis van de huisarts over fysiotherapie als 'voldoende of uitstekend'.

Als mogelijke activiteiten om de samenwerking met de huisarts te verbeteren, zijn genoemd het opzetten van gestructureerde patiëntenbesprekingen (10%), een wekelijks overleg (8,5%) en afspraken over telefonische bereikbaarheid (5%).

Rapportage

Ongeveer 80% van de fysiotherapeuten gaf aan 'regelmatig of vaak' het eindresultaat van de behandeling schriftelijk te rapporteren aan de huisarts; 42 procent van de fysiotherapeuten gaf aan 'regelmatig' ook tussentijds te rapporteren. Bijna 40% van de fysiotherapeuten maakte voor een schriftelijke rapportage naar de huisarts gebruik van een standaard-rapportageformulier. Voor het registreren van zowel persoons- als zorginhoudelijke gegevens maakte 80% van de fysiotherapeuten gebruik van standaard-onderzoeksformulieren (de patiëntenkaart). Ongeveer 40% van de fysiotherapeuten (hoofdzakelijk fysiotherapeuten in groepspraktijken) maakte voor zijn dagelijkse patiënten-registratie/administratie gebruik van hiervoor bestaande software-pakketten .

4.3. Samenvatting en bespreking

Aan het onderzoek naar de effecten van het CFO hebben 59 koppels 'huisarts en fysiotherapeut' deelgenomen. De respons op het verzoek om deel te nemen was voor beide beroepsgroepen hoog (huisartsen 74%; fysiotherapeuten 82%). Uit de beschrijving van de persoons- en praktijkkenmerken van de huisartsen blijkt dat de huisartsen representatief waren voor de beroeps populatie. Opgemerkt dient te worden dat de geselecteerde huisartsen meer dan gemiddeld verwezen voor fysiotherapeutische behandeling en naar de vier (voor dit onderzoek) van belang geachte medische specialisten. Uit de beschrijving van de kenmerken van de fysiotherapeuten is het waarschijnlijk dat enige selectie is opgetreden. De geselecteerde fysiotherapeuten beschikten over meer praktijkervaring in de eerste lijn en fysiotherapeuten die werkzaam waren in een groepspraktijk waren oververtegenwoordigd. De fysiotherapeuten waren wel representatief voor wat betreft de persoonskenmerken leeftijd en geslacht, het aantal jaren na afstuderen en de gevolgde na- en bijscholing.

Uit de beschrijving van de achtergrondgegevens van de onderzoeksgroep blijkt dat een grote groep huisartsen (70%) niet naar fysiotherapeuten verwees indien ze onzeker waren over de indicatie voor fysiotherapie. Ook blijkt dat een aantal huisartsen (ruim eenderde) de fysiotherapeut al regel-

matig om advies vroeg over de indicatiestelling en de fysiotherapeutische behandelmogelijkheden. Een belangrijke voorwaarde voor deelname aan het project was dat men bereid was om samen te werken. Uit het oordeel van zowel huisartsen als fysiotherapeuten over de ervaren samenwerking bleek dat ruim de meerderheid hierover tevreden is. Daarnaast was het opmerkelijk dat de fysiotherapeuten in het algemeen van mening waren dat de kennis van de huisarts over de mogelijkheden van en indicatiestelling voor fysiotherapie 'voldoende of uitstekend' was, terwijl een grote groep van huisartsen (40%) deze kennis 'onvoldoende of matig' vond.

5. RESULTATEN

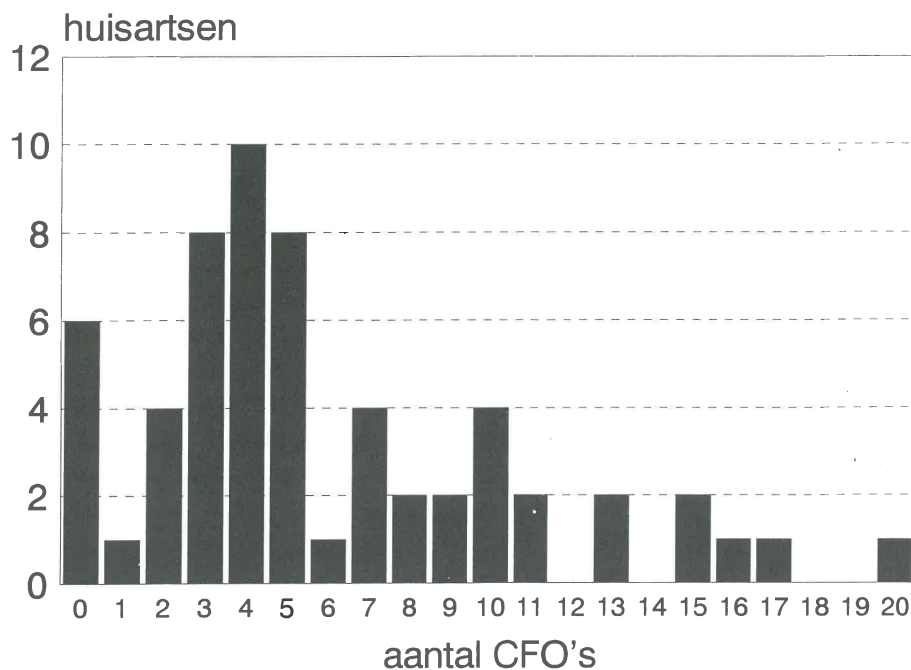
In dit hoofdstuk worden de resultaten van het veldexperiment per vraagstelling weergegeven. In paragraaf 5.1 wordt ingegaan op het gebruik van het CFO en factoren die daarmee samenhangen. Daarnaast worden een aantal kenmerken van de patiënten beschreven die zijn verwezen voor een CFO. De gegevens van patiënten die zijn verwezen voor een CFO worden vergeleken met landelijke verwijsgegevens voor fysiotherapeutische behandeling. In paragraaf 5.2 wordt ingegaan op de 'kwaliteit' van het CFO en factoren die daarmee samenhangen. In paragraaf 5.3 en 5.4 wordt de invloed van het CFO op het beleid van de huisarts beschreven en wordt ingegaan op de invloed van het CFO op de (ziekenfonds)verwijscijfers van huisartsen naar fysiotherapeuten en medische specialisten. Daarnaast wordt in paragraaf 5.4 van de patiënten die volgend op een CFO zijn verwezen voor fysiotherapie de duur en het aantal zittingen van de behandeling weergegeven in vergelijking met landelijke gegevens hierover. Tenslotte worden in paragraaf 5.5 de kosten geschat indien het CFO structureel zou worden ingevoerd.

5.1. Het gebruik van het CFO

5.1.1. Het aantal verwijzingen voor een CFO en de verwijsredenen

De resultaten van het 7 maanden durende veldexperiment zijn verkregen op basis van de gegevens die verzameld zijn in de periode van 1 september 1992 tot en met 31 maart 1993. In totaal zijn in deze periode 352 patiënten verwezen voor een CFO. Dit is minder dan op basis van de pilot-studie werd verwacht. Het aantal consultaanvragen per huisarts varieerde van 0 tot 20. In Figuur 5.1 is de frequentieverdeling van het aantal CFO's per huisarts weergegeven. In de vragenlijst die voorafgaande aan het onderzoek is afgenomen (Bijlage 6) is naar de (geschatte) praktijkgrootte van de huisarts gevraagd. Van deze gegevens is gebruikgemaakt om het aantal verwijzingen voor een CFO per 1000 ingeschreven patiënten per jaar te berekenen. Het gemiddeld aantal verwijzingen voor een CFO was 4,7 per 1000 patiënten per jaar (spreiding: 0-22 per 1000 patiënten).

Figuur 5.1.: Frequentieverdeling van het aantal CFO's per huisarts



In Tabel 5.1 is het 'overall' verwijscijfer en het gemiddeld aantal verwijzingen per 1000 patiënten per urbanisatie-categorie weergegeven. Uit deze tabel blijkt dat huisartsen die werkzaam zijn in de stad (groep 3) vaker voor een CFO verwijzen dan huisartsen die werkzaam zijn op het platteland of verstedelijk platteland (groep 1 en 2). Het verwijscijfer van groep 3 is significant verschillend van het verwijscijfer van groep 1.

De gegevens van deze studie zijn afkomstig van een niet-proportioneel gestratificeerde steekproef. Om een uitspraak te doen over een landelijk representatief verwijscijfer voor een CFO was het noodzakelijk deze gegevens te 'wegen'. Dat wil zeggen dat het gemiddelde verwijscijfer per urbanisatie-categorie van de steekproefpopulatie gecorrigeerd moest worden voor de landelijke verdeling van huisartsen naar urbanisatiecategorie. Per stratificatieel is het aantal huisartsen dat aan het CFO-project heeft meegewerkt gerelateerd aan het aantal huisartsen in Nederland (zie ook paragraaf 3.6). In Tabel 5.1 zijn de weegfactoren vermeld. Het op deze wijze gecorrigeerde verwijscijfer voor een CFO was 4,9 per 1000 patiënten per jaar.

Tabel 5.1.: Verdeling van het gemiddeld aantal CFO's naar urbanisatie-categorie

	n	gemiddelde (sd)	weegfactor	gemiddelde (sd)
1. Platteland	19	3,9* (3,1)	.89	4,2* (3,2)
2. Verstedelijk platteland	23	4,1 (4,7)	.93	4,1 (4,7)
3. Stad	17	6,2* (5,9)	1.22	6,2* (5,9)
Totaal	59	4,7 (4,8)		4,9 (4,8)

* $p \leq 0.05$; groep 3 t.o.v. groep 1.

Het is interessant om dit verwijscijfer voor een éénmalig fysiotherapeutisch consult te vergelijken met gegevens over éénmalige consultatieve verwijzingen naar medische specialisten. Referentiegegevens over éénmalige verwijzingen naar medische specialisten kunnen worden afgeleid uit het project 'Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering' (Stokx e.a., 1992ab). In dit project is de reden voor een verwijzing naar een medisch specialist nader onderzocht (Stokx e.a., 1992ab). In dit project zijn bij 110 huisartsen gegevens verzameld over het motief voor een verwijzing naar een medisch specialist. Zij konden daarbij kiezen uit drie mogelijkheden:

1. Een éénmalig consult.
2. Overname van de behandeling door de specialist.
3. Gezamenlijke behandeling van huisarts en specialist.

In dit onderzoek is het aantal verwijzingen naar medische specialisten, waarbij de huisarts een éénmalig consult wenst, weergegeven in percentages van het totaal aantal verwijzingen. Een heranalyse van het bestand maakte het mogelijk op basis van deze gegevens het aantal verwijzingen voor een éénmalig consult per 1000 patiënten te presenteren. In Tabel 5.2 zijn de gegevens van de vier voor dit project meest relevante specialismen weergegeven. Hieruit blijkt dat huisartsen bijna twee keer zo vaak naar neurologen en orthopeden verwijzen voor een (in principe) éénmalig consult dan naar fysiotherapeuten voor een CFO en dat huisartsen ongeveer twee keer zo vaak verwezen voor een fysiotherapeutisch consult als voor een éénmalig consult naar reumatologen en revalidatiegeneeskundigen.

Daarnaast zijn de motieven van de huisarts voor een verwijzing voor een CFO in kaart gebracht. Door middel van de door de huisarts geformuleerde consultvraag, is nagegaan of de consultvraag diagnostisch van aard was en/of betrekking had op de indicatiestelling. In 25% van de gevallen bleek dat de consultvraag alleen gericht was op aanvullende diagnostische informatie, in 29% van de gevallen vroeg de huisarts zich af of fysiotherapie was geïndiceerd en in de overige gevallen wilde de huisarts zowel diagnostische informatie als informatie over de indicatiestelling.

Tabel 5.2.: Overzicht van het aantal éénmalige verwijzingen naar medische specialismen¹

	gemiddelde ²
Neurologie	9,7
Orthopedie	9,4
Reumatologie	2,3
Revalidatie geneeskunde	1,4

1. Bron: Nivel/HGL (gemodificeerd overgenomen uit: Stokx e.a., 1992ab).

2. Gemiddeld aantal verwijzingen per 1000 patiënten.

Het cijfer van 4,9 verwijzingen voor een CFO per 1000 patiënten per jaar kan ook vergeleken worden met het cijfer voor reguliere verwijzingen door huisartsen voor fysiotherapie. Kerssens en Curfs (1993) rapporteren op basis van gegevens uit 1985 een verwijscijfer van 80,7 per 1000 patiënten per jaar voor wat betreft de verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten. Dit cijfer dient gecorrigeerd te worden voor de toename in het gebruik van fysiotherapie tussen 1985 en 1992 (het jaar waarin het experiment met het CFO gedaan is). Uit de Gezondheidsenquête blijkt dat het aantal personen dat contact met een fysiotherapeut gehad heeft gestegen is van 9,7% in 1985 naar 13,5% in 1992 (CBS, 1987, 1993; Groenewegen et al., 1990). Correctie op basis van deze gegevens leidt tot een geschat verwijscijfer van 114 per 1000 patiënten per jaar wat betreft verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten. Het verwijscijfer voor een CFO is dus klein ten opzichte van het verwijscijfer voor fysiotherapie.

5.1.2. Patiëntkenmerken

In deze paragraaf worden een aantal kenmerken weergegeven van de patiënten die zijn verwezen voor een CFO. Elf van de 352 patiënten hebben zich na de verwijzing van de huisarts voor een CFO om onbekende redenen niet bij één van de fysiotherapeuten die aan het onderzoek hebben deelgenomen, gemeld. Van deze 11 patiënten zijn alleen de consultaanvraaggegevens van de huisarts bekend. Dit betekent dat de betrokken fysiotherapeuten 341 patiënten hebben onderzocht en vervolgens de consultvraag hebben beantwoord. De patiëntkenmerken worden beschreven op basis van de gegevens van de 341 patiënten. De patiëntkenmerken worden in deze paragraaf weergegeven in percentages waarvan de noemer betrekking heeft op het aantal patiënten dat is verwezen voor een CFO en door de fysiotherapeut is onderzocht (N=341). Indien er sprake is van 'missing values' wordt het juiste aantal patiënten vermeld. De gegevens over de patiënten die zijn verwezen voor een CFO worden, waar mogelijk, vergeleken met landelijke referentiegegevens over verwijzingen van huisartsen voor

fysiotherapeutische behandeling (Eindrapportage BEEF-project, Van der Valk e.a., in voorbereiding)

Geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm

In Tabel 5.3 worden de patiëntkenmerken geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm gepresenteerd. Uit deze tabel blijkt dat er iets meer vrouwen dan mannen zijn verwezen voor een fysiotherapeutisch consult. De percentages zijn vrijwel gelijk aan die van de referentiegroep.

De leeftijd van de patiënten varieerde van 1 tot 86 jaar. De gemiddelde leeftijd was 36,2 jaar (sd 16,2). In vergelijking met landelijke referentiegegevens (BEEF-project) worden voor een CFO meer patiënten verwezen in de leeftijdscategorie jonger dan 35 jaar (50,4% versus 32,7%) en minder patiënten ouder dan 54 jaar (14,0% versus 29,3%). Gemiddeld zijn de patiënten die zijn verwezen voor een CFO wat jonger.

Tabel 5.3.: Geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm

	CFO-project ¹ %	BEEF-project ² %
Geslacht		
Man	46,8	45,6
Vrouw	53,2	54,4
Totaal	100,0	100,0
Leeftijd*		
0-14	7,0	2,7
15-24	19,7	11,3
25-34	23,7	18,7
35-44	17,8	20,5
45-54	17,8	17,5
55-64	7,0	13,2
65-74	5,0	9,6
75+	2,0	6,5
Totaal	100,0	100,0
Verzekeringsvorm		
Ziekenfonds	74,6	73,5
Particulier	25,1	25,8
Onbekend	0,3	0,7
Totaal	100,0	100,0

1. n= 341 patiënten.

2. n= 17201 patiënten.

* χ^2 -toets; $p \leq 0,05$.

Driekwart van de patiënten (74,6%) was ziekenfonds verzekerd. Dit percentage komt overeen met de verwijzingsgegevens van de referentiegroep. Dit percentage was hoger dan op grond van de verzekeringsgegevens van het CBS kon worden verwacht (CBS, 1993). In 1991 was ongeveer 60% van de Nederlandse bevolking aangesloten bij een ziekenfonds.

Opleiding

Ongeveer 14% van de voor een CFO verwezen patiënten heeft (gedeeltelijk) lager onderwijs genoten, 28% heeft een opleiding op lager beroepsniveau gevolgd en 15% heeft een opleiding op VWO-, HBO- of universitair niveau. Als de (hoogst genoten) opleiding van de patiënten wordt vergeleken met de verwijzingsgegevens voor fysiotherapie blijkt dat patiënten die zijn verwezen voor een CFO hoger zijn opgeleid (Tabel 5.4).

Tabel 5.4.: Frequentieverdeling van (hoogst genoten) opleiding (%)

Opleiding*	CFO-project ¹ %	BEEF-project ² %
Lager onderwijs	13,9	19,5
LBO	28,4	35,7
MAVO	14,3	10,7
HAVO	9,2	3,4
MBO	17,3	17,4
VWO	2,6	1,8
HBO	9,1	6,6
Universitair onderwijs	3,2	2,6
Geen	0,6	0,6
Onbekend	1,4	1,7
Totaal	100,0	100,0

1. n= 341 patiënten.

2. n= 17201 patiënten.

* χ^2 -toets; $p \leq 0,05$.

Er is tevens een onderscheid gemaakt in wel of niet werkzaam. Ongeveer 49% van de patiënten was niet werkzaam, bij de referentiegroep is dat eveneens 49%. In Tabel 5.5 wordt een overzicht gegeven van de redenen waarom patiënten op het moment van de verwijzing voor een consult niet werkzaam waren.

Tabel 5.5.: Overzicht van de redenen waarom patiënten niet (betaald) werken

Niet werkzaam door:	CFO-project ¹ %	BEEF-project ² %
AOW/VUT/pensioen	5,3	12,6
Werkloos	1,8	2,2
Arbeidsongeschikt (AAW/WAO)	2,3	5,9
Tijdelijk ziek	7,3	18,0
Scholing/studie	7,0	6,2
Anders	24,9	4,2
Totaal	48,6	49,1

1. n= 341 patiënten.

2. n= 17201 patiënten.

Samenlevingsvorm

Van de patiënten die zijn verwezen voor een fysiotherapeutisch consult leven de meeste patiënten (87%) in gezinsverband (samenwonend met partner, kinderen of ouders). Een klein deel (9%) is alleenstaand. In vergelijking met de referentiegroep blijkt dat patiënten die verwezen zijn voor een CFO vaker in gezinsverband samenleven. Dit is te verklaren door het gegeven dat meer jongeren zijn verwezen voor een CFO in vergelijking met de referentiegroep (Tabel 5.6).

Tabel 5.6.: Frequentieverdeling van samenlevingsvorm

Woonsituatie*	CFO-project ¹ %	BEEF-project ² %
Alleenstaand	9,4	14,9
Gezinsverband	87,1	80,9
Ouders	21,4	9,1
Kinderen	3,5	3,8
Partner	32,7	35,6
Kinderen en partner	29,5	32,4
Overige combinaties	1,2	3,5
Onbekend	2,3	0,7
Totaal	100,0	100,0

1. n= 341 patiënten.

2. n= 17201 patiënten.

* χ^2 -toets; $p \leq 0,05$.

Klachten van patiënten

In het CFO-project zijn de klachten van de patiënt, zoals aangegeven door de huisarts, geklasseerd met behulp van de International Classification for Primary Care (ICPC, 1987). Deze classificatie is gericht op de eerstelijnsgezondheidszorg. De klachten zijn geklasseerd naar hoofdgroepen van de ICPC en naar lokalisatie.

In Tabel 5.7 zijn de hoofdstukken uit de ICPC weergegeven. Deze tabel laat zien dat de klachten in vrijwel alle gevallen (97,5%) betrekking hadden op het bewegingsapparaat (L-code). In de referentiegroep (BEEF-project) was dit 87,5%. Uit het deelproject (Verwijzingen naar fysiotherapeuten, Uunk e.a., 1991) van de 'Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk' en het project 'Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg' is het percentage verwijzingen betreffende het bewegingsapparaat resp. 85,5% en 84,4%. Het valt op dat, gezien het indicatiegebied voor cq. werkdomein van de fysiotherapie, weinig werd verwezen voor een CFO voor andere aandoeningen (zoals aandoeningen van het Ademhalingsstelsel [R-code] en Zenuwstelsel [N-code]). De klachten van patiënten die voor een CFO verwezen werden bestonden vooral uit knieklachten, rugklachten, beenklachten en schouderklachten (zie Tabel 5.8).

Tabel 5.7.: Verdeling van de klachten naar hoofdstukken van de ICPC

Hoofdstukken ICPC	CFO-project (%)	BEEF-project (%)	Nationale Studie ¹ (%)	Extramurale fysiotherapie ² (%)
A Algemeen	-	1,2	1,6	1,0
D Spijsvertering	-	0,2	0,3	1,0
C Hart/ vaat	-	-	1,1	-
L Bewegingsapparaat	97,5	87,5	85,5	84,4
N Zenuwstelsel	2,5	7,8	3,1	5,0
P Psyche	-	0,3	4,0	0,8
R Ademhaling	-	1,7	2,5	4,2
S Huid	-	0,2	0,8	0,7
Overige	-	1,1	1,1	2,9
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

1. Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten. Deelproject van Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartsenpraktijk, Uunk e.a., 1991.

2. Extramurale Fysiotherapie, Kerssens en Curfs, 1993.

De 10 meest voorkomende klachten omvatten ongeveer 70% van alle verwijsindicaties (referentiegroep 39,6%). Wanneer deze gegevens worden vergeleken met de verwijsindicaties naar lokalisatie van de referentiegroep blijken de verwijsindicaties voor een CFO aanzienlijk te verschillen (Tabel 5.8).

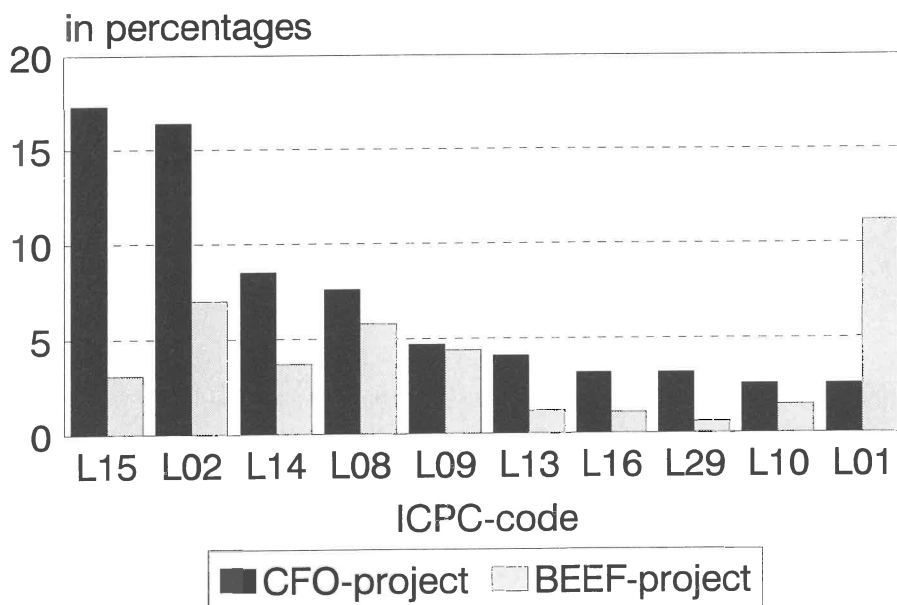
Tabel 5.8.: De tien meest frequent voorkomende klachten van patiënten die voor een fysiotherapeutisch consult zijn verwezen

ICPC-code	lokalisatie van de klachten	CFO-project ¹ (%)	BEEF-project ² (%)
1. L15	Pijn knie	17,3	3,1
2. L02	Pijn rug	16,4	7,0
3. L14	Overige pijn been	8,5	3,7
4. L08	Pijn schouder	7,6	5,8
5. L09	Pijn arm	4,7	4,4
6. L13	Pijn heup	4,1	1,2
7. L16	Pijn enkel	3,2	1,1
8. L29	Pijn lies	3,2	0,6
9. L10	Pijn elleboog	2,6	1,5
10. L01	Pijn nek	2,6	11,2
Subtotaal		70,2	39,6
Overig		29,8	60,4
Totaal		100,0	100,0

1. n= 341 patiënten.

2. n= 17201 patiënten. De referentiegroep bestaat uit de verwijsoindicaties van huisartsen, exclusief de verwijsoindicaties van medisch specialisten.

Figuur 5.2.: Staafdiagram van de tien meest voorkomende klachten vergeleken met de referentiegroep¹



1. Zie voor de betekenis van de ICPC-codes tabel 5.8.

Medische interventies en andere hulpverlening

Om een goed advies te kunnen geven aan de huisarts is het van belang dat de fysiotherapeut door de huisarts zo volledig mogelijk wordt geïnformeerd. Het beleid van de huisarts varieerde van rust, instructies (zoals leefregels, afwachten), medicatie, (para-)medische behandelingen tot het consulteren van een specialist. In Tabel 5.9 is een overzicht gegeven van de belangrijkste (para-)medische verrichtingen/interventies die betrekking hebben op de klachten van de verwezen patiënten, voorafgaande aan het CFO. In ongeveer 30% van de gevallen zijn er röntgenopnamen vervaardigd. In 17% van de gevallen zijn de patiënten behandeld met medicatie per os of per injectie.

Voor de geconsulteerde fysiotherapeut is het belangrijk om te weten of de patiënt voor dezelfde klacht eerder is behandeld door een fysiotherapeut. Tabel 5.9 laat zien dat in 16% van de gevallen de patiënt al eerder voor dezelfde klacht(en) fysiotherapeutisch was behandeld. Een deel van de patiënten (5,6%) was voor deze klachtenepisode voorafgaande aan de consultatieve verwijzing 'elders' onder behandeling.

Tabel 5.9.: Overzicht van de (para)medische verrichtingen voorafgaande het CFO vergeleken met de referentiegroep

(Para)medische verrichtingen ³	CFO-project ¹ %	BEEF-project ² %
Röntgenopnamen	29,3	32,9
Laboratorium-onderzoek*	6,2	1,1
Operatie (incl. arthroscopie)*	3,8	10,3
Medicatie (incl. injectie in gewrichten)*	16,7	41,7
Gipsverbanden, corsetten, tape etc.*	3,8	4,2
Overige*	3,8	9,9

1. n= 341 patiënten.

2. n= 17201 patiënten.

3. Meerdere verrichtingen bij dezelfde patiënt is mogelijk.

* CHI^2 -toets; $p \leq 0,05$.

Uit Tabel 5.9 blijkt dat er aanzienlijke verschillen zijn met de referentiegroep. Deze verschillen betreffen met name medicatie, laboratoriumonderzoek en operaties. In het CFO-project waren de patiënten voor de klachten waarvoor een CFO is aangevraagd, minder vaak eerder fysiotherapeutisch behandeld dan in de referentiegroep (16,1% vs 36,4%, niet in tabel).

Voor de eventuele behandeling van de patiënt is het, in verband met onder andere afstemming van behandelmethodes en overlegsituaties, eveneens van belang een overzicht te hebben van de andere hulpverlening die gelijktijdig aan de patiënt wordt verstrekt. Aan de patiënten van het CFO-project

werd, in tegenstelling tot de referentiegroep, vrijwel geen andere hulp verleend (3% vs 16%, niet in tabel).

Duur van de klachten

Een aandoening kan al geruime tijd bestaan maar voor de patiënt nauwelijks aanleiding geven voor een contact met de huisarts. Om deze reden is het van belang te weten hoe lang de klachten, op het moment van een consultatieve verwijzing, inmiddels bestonden. In Tabel 5.10 wordt een overzicht gegeven van de duur van de klachten. Uit deze tabel blijkt dat in 54% van de gevallen de klachten langer dan 3 maanden bestonden. In deze tabel wordt eveneens een overzicht gegeven van de duur van de klachten van patiënten die worden verwezen voor fysiotherapie. Hieruit blijkt dat er voor een CFO meer patiënten worden verwezen bij langdurig (langer dan 3 maanden) bestaande klachten. Voor de kortdurende klachten (korter dan één week) werden veel minder patiënten verwezen voor een CFO in vergelijking met de referentiegroep.

Tabel 5.10.: Overzicht van de duur van de klacht(en) van patiënten die voor een CFO zijn verwezen vergeleken met de referentiegroep (%)

Duur van de klacht*	CFO-project ¹ %	BEEF-project ² %
Minder dan 1 week*	4,4	15,1
Langer dan 1 week tot en met 3 maanden*	39,5	55,2
Langer dan 3 maanden tot en met 1 jaar*	27,3	18,7
Meer dan 1 jaar*	26,7	9,1
Onbekend	2,1	1,9
Totaal	100,0	100,0

1. n = 341 patiënten.

2. n = 17201 patiënten.

* χ^2 -toets; $p \leq 0,05$.

Conclusie

De patiënten die voor een fysiotherapeutische consultatie zijn verwezen waren in vergelijking met patiënten die werden verwezen voor fysiotherapeutische behandeling, gemiddeld jonger en hoger opgeleid. De klachten van de patiënten hadden in vrijwel alle gevallen betrekking op het bewegingsapparaat (L-code ICPC). Er werden weinig consulten aangevraagd voor andere aandoeningen dan aandoeningen van het bewegingssysteem. In vergelijking met de referentiegegevens was er vaker sprake van een verwijzing voor knie- of rugklachten en werd er minder frequent verwezen voor

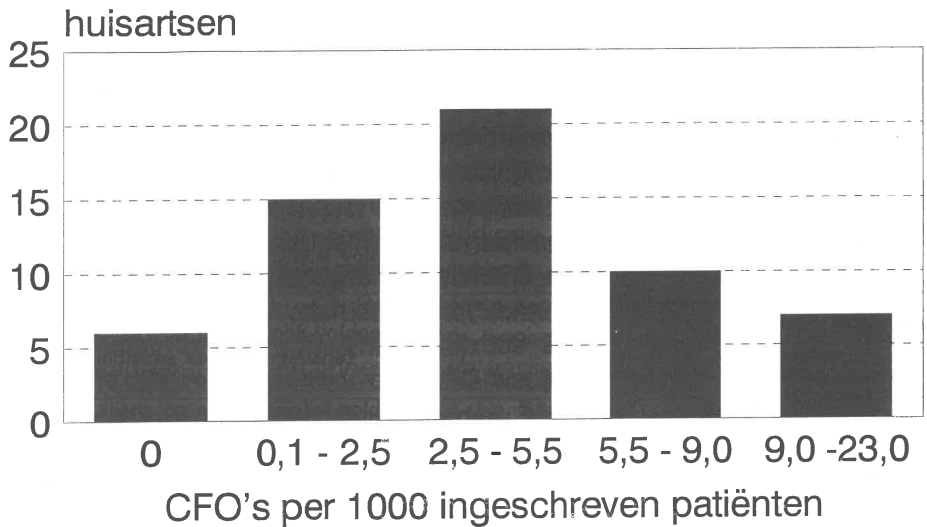
neklachten. De patiënten hadden vaker langdurig aanwezige klachten (meer chronische klachten in vergelijking met de referentiegroep). Daarnaast werd er bij deze patiënten voorafgaande een verwijzing voor een CFO minder medicatie voorgeschreven en minder vaak operatief ingegrepen, werd er vaker laboratoriumonderzoek aangevraagd en zijn de patiënten in vergelijking met landelijke verwijsgegevens voor fysiotherapeutische behandeling, minder vaak eerder fysiotherapeutisch behandeld.

5.1.3. Factoren die samenhangen met het verwijscijfer voor een CFO

Uit paragraaf 5.1.1 is gebleken dat er tussen huisartsen grote verschillen bestonden tussen het aantal verwijzingen voor een CFO (spreiding van 0 tot 22 per 1000 patiënten). De vraag is welke factoren van invloed waren op het aantal verwijzingen voor een CFO. In deze paragraaf zal nader worden ingegaan op de invloed van de in vraag 1c en 1d genoemde huisartsgebonden kenmerken, namelijk na- en bijscholing, werkervaring en de ervaren samenwerking met de betrokken fysiotherapeut, op het verwijscijfer. Op basis van de onderzoeksliteratuur op dit gebied (zie Hoofdstuk 2) is het mogelijk een aantal determinanten van het verwijsgedrag van huisartsen te onderscheiden. Deze determinanten kunnen onderverdeeld worden in patiënt-, praktijk- en huisartsgebonden kenmerken. Daarnaast is er nog een vierde groep te onderscheiden, nl. kenmerken van de fysiotherapeut. De fysiotherapeutgebonden kenmerken die bij de analyse zijn betrokken zijn het aantal jaren ervaring in de eerste lijn, de na- en bijscholing (in het bijzonder de door het KNGF erkende verbijzonderingen), afspraken over (telefonische) bereikbaarheid met de huisarts voor overleg over patiënten en ervaring in het geven van (informele) eenmalige adviezen aan de huisarts over zowel diagnostiek als indicatiestelling.

De invloed van de hierboven genoemde determinanten op het verwijscijfer is statistisch (zowel bivariaat als multivariaat) geanalyseerd. Om het effect van huisartsgebonden kenmerken te kunnen bepalen was het noodzakelijk dat de gegevens van de patiënten die voor een CFO werden verwezen, werden geaggregeerd op het niveau van de huisarts. De criterium variabele was het aantal verwijzingen voor een CFO per 1000 patiënten per jaar. Uit de frequentieverdeling van het aantal verwijzingen per jaar blijkt dat deze niet 'normaal' is verdeeld. Om deze reden is voor de analyse de frequentieverdeling getransformeerd in vijf categorieën. Het resultaat van deze transformatie is in Figuur 5.3 weergegeven. De predictor-variabelen, de operationalisatie en de waarden van deze variabelen zijn weergegeven in Tabel 5.11 (zie volgende pagina).

Figuur 5.3.: Frequentieverdeling van het aantal CFO's per 1000 ingeschreven patiënten na transformatie in vijf categorieën



Multiple regressie-analyse is gevoelig voor het aantal (predictor-)variabelen, waarvan het effect gelijktijdig op het verwijscijfer wordt bepaald. Om deze reden is in eerste instantie met lineaire regressie de enkelvoudige samenhang bepaald tussen de predictor-variabelen en het verwijscijfer voor een CFO. Vervolgens zijn de variabelen die significant samenhangen opgenomen in een multiple-regressie model (Armitage en Berry, 1987).

Tabel 5.11.: Overzicht van de predictor-variabelen en de gemeten waarden

Determinanten	Waarden
Praktijkgebonden kenmerken	
Urbanisatiegraad	1-3
Praktijkvorm	solo-, duo-, groepspraktijk
Praktijkomvang	aantal ingeschreven patiënten
Huisartsgebonden kenmerken	
ervaring	aantal jaren
Na- en bijscholing ¹	geen/wel
Verwijsgedrag en attitude	
* verwijzen zonder zekerheid over de indicatie	nee/ja
* verwijzen om zekerheid te verkrijgen over de indicatie	nee/ja
* telefonisch om advies vragen over mogelijkheden en indicatie	nee/ja
* verwijzingen fysiotherapie	aantal per 1000 patiënten
* verwijzingen naar medisch specialisten	aantal per 1000 patiënten
Kennissen van en oordeel over fysiotherapie	
* indicatiegebied	1-5 (slecht-uitstekend)
* werkwijze van fysiotherapie	1-5 (slecht-uitstekend)
* fysiotherapeutische diagnostiek	1-5 (slecht-uitstekend)
* resultaat van behandeling	1-5 (slecht-uitstekend)
Bidisciplinaire samenwerking	
* oordeel over de samenwerking	1-5 (slecht-uitstekend)
* frequentie van overleg	aantal keer per maand
* samenwerken op meerdere niveaus	1-4
Fysiotherapeutgebonden kenmerken	
Ervaring eerstelijns	aantal jaar
Ervaring in (informeel) advies	nee/ja
Na- en bijscholing	
* aantal cursussen	aantal
* erkende verbijzonderingen ^{2a}	0-1
Telefonische bereikbaarheid	nee/ja
Patiëntgebonden kenmerken	
Geslacht	% vrouw
Leeftijd	gemiddelde
Verzekering	% ziekenfonds
Samenlevingsvorm	% alleenstaand
Duur van de klachten ^{2b}	3 categorieën
Medische verrichtingen	gemiddelde

1. Op het gebied van het bewegingsapparaat.

2a. Dummy variabelen 0 = ja; 1 = nee

2b. Vergelijkingsgroep \leq 3 mnd.

Bespreking van de resultaten

De enkelvoudige samenhang tussen predictor-variabelen en criterium-variabele is in Tabel 5.12 weergegeven. Alleen van de significante predictor-variabelen zijn de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (beta's) weergegeven. Voor een totaaloverzicht zie ook bijlage 10.

Tabel 5.12.: De enkelvoudige samenhang van de significante predictor-variabelen met het aantal verwijzingen voor een CFO (gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt)

Predictor-variabelen	beta	R ²
Praktijkomvang huisarts	-,43	,18
Ervaring in het geven van éénmalige adviezen	,25	,06
Duur van de klacht: > 3 mnd en < 1 jaar	-,29	,08

p ≤ 0,05.

R² = verklaarde variantie.

Uit deze tabel blijkt dat het aantal verwijzingen voor een CFO per 1000 patiënten samenhangt met de praktijkgrootte, met de ervaring die de fysiotherapeut had in het geven van éénmalige adviezen over zowel diagnostiek als indicatiestelling en met de duur van de klachten (langer dan 3 maanden en korter dan één jaar).

De predictor-variabelen die samenhangen met het verwijscijfer voor een CFO zijn vervolgens gelijktijdig opgenomen in een multiple regressie-model. De resultaten staan in Tabel 5.13 weergegeven. Van de geselecteerde predictor-variabelen was in het multiple regressie-model alleen de variabele 'praktijkomvang' van invloed op het verwijscijfer. De variantie die door de in dit model opgenomen predictor-variabelen wordt verklaard, bedroeg 22%. De verklaarde variantie zonder de niet significante variabelen bedraagt 18%.

Tabel 5.13.: Resultaten van multiple regressie-analyse van praktijkomvang, ervaring van de fysiotherapeut in het geven van éénmalige adviezen en de duur van de klachten. Aangegeven zijn: regressiegewicht (b), gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt (beta) en t-waarden

Predictor-variabelen	b	beta	t	p
Praktijkomvang	-0,006	-0,34	-2,61	≤ 0,05
Ervaring met éénmalige adviezen	0,15	0,13	1,01	ns
Duur klachten > 3 mnd en > 1 jaar	-0,007	-0,20	-1,53	ns
Constante	4,5		7,6	

R² = 0,22

ns: niet significant.

R² = verklaarde variantie.

Conclusie

Op basis van de resultaten kan nauwelijks van een verklarend model worden gesproken. De gegevens in Tabel 5.13 kunnen als volgt geïnterpreteerd worden: het aantal verwijzingen voor een CFO neemt af bij een toenemen-

de praktijkomvang. Indien bij een huisarts 1000 patiënten meer zijn ingeschreven dan bij een andere huisarts, bedraagt het aantal verwijzingen voor een CFO zes minder. De van belang geachte huisartsgebonden kenmerken, zoals na- en bijscholing op het gebied van het bewegingsapparaat, het aantal jaren ervaring in de eerste lijn en de (door de huisarts ervaren) samenwerking met de fysiotherapeut, zijn niet van invloed geweest op het aantal verwijzingen voor een CFO. Evenmin is de urbanisatiegraad (als ordinale variabele) van invloed op het verwijscijfer. Ook de (geaggregeerde) patiëntgebonden kenmerken hadden geen effect op het verwijscijfer voor een CFO.

5.2. De kwaliteit van het CFO

In deze paragraaf wordt ingegaan op het oordeel van huisartsen over de kwaliteit van het CFO en factoren die op dit oordeel van invloed zijn. Hierbij is een onderscheid gemaakt in enerzijds het oordeel van de huisarts over de ervaren functionaliteit van het CFO en anderzijds het oordeel van de huisarts over de procedure, de formulieren en de inpasbaarheid van het CFO in de dagelijkse praktijk. In paragraaf 5.2.1 wordt ingegaan op de functionaliteit van het CFO. In paragraaf 5.2.2 wordt de invloed nagegaan van zowel patiënt-, huisarts- en enkele van belang geachte fysiotherapeutgebonden kenmerken op het oordeel van de huisarts over de kwaliteit van het CFO. Tenslotte wordt in paragraaf 5.2.3 het oordeel van de huisarts over de inpasbaarheid van de procedure en de formulieren van het CFO in de praktijk besproken.

5.2.1. Het oordeel over de functionaliteit

Het oordeel over de functionaliteit van het CFO heeft betrekking op de volgende aspecten:

- de mate waarin de consultvraag (volgens de huisarts) door de fysiotherapeut is beantwoord,
- het oordeel van de huisarts over de duidelijkheid van het advies van de fysiotherapeut en
- het oordeel van de huisarts over de onderbouwing van het advies en het ontbreken van (relevante) informatie in de fysiotherapeutische rapportage.

De mate waarin de consultvraag is beantwoord, is de kernvraag betreffende het oordeel over de functionaliteit van het CFO. Per CFO geven de huisartsen een oordeel over de mate waarin de consultvraag is beantwoord. Uit Tabel 5.14 blijkt dat in 64% van het totaal aantal consultaanvragen de consultvraag 'volledig' is beantwoord en in 30% 'voldoende'. In een gering aan-

tal gevallen is door de huisarts aangegeven dat de consultvraag 'onvoldoende of matig' (6%) was beantwoord.

Tabel 5.14.: Het oordeel van de huisarts¹ over de mate waarin de consultvraag is beantwoord

	%
Volledig	64
Voldoende	30
Matig	3
Onvoldoende	3
Nauwelijks	-
Totaal	100

1. n=341.

Door middel van een vragenlijst is aan het einde van de interventieperiode het 'overall' oordeel van de huisartsen over de overige aspecten van de functionaliteit van het CFO nagegaan. De antwoorden van de over dit onderwerp gestelde vragen zijn in Tabel 5.15 weergegeven.

Tabel 5.15.: Het oordeel van huisartsen over de functionaliteit van het CFO

	nooit	zelden	regelmatig	vaak	altijd
Hoe vaak is uw consultvraag beantwoord?	-	-	7,5	17,0	75,5
Was de onderbouwing van de conclusies/aanbevelingen van de fysiotherapeut voldoende?	-	1,9	3,8	49,0	45,3
Heeft u relevante informatie gemist? (missings = 5,7%)	41,5	49,0	1,9	1,9	-
Waren de behandeldoelen van de fysiotherapeut voldoende duidelijk en concreet geformuleerd?	-	1,9	11,3	30,2	56,6
Waren de conclusies/aanbevelingen van de fysiotherapeut nuttig bij het bepalen van uw beleid?	5,6	18,9	30,2	28,3	17,0
Heeft het CFO geleid tot een beter inzicht in de indicatiestelling voor fysiotherapie bij de betreffende klachten van de patiënt?	15,1	20,8	52,8	9,4	1,9

Gegevens in de tabel hebben betrekking op 53 huisartsen, 6 huisartsen hebben geen CFO aangevraagd.

Uit de tabel blijkt dat 92,5% van de huisartsen van mening is dat de consultvraag 'vaak of altijd' is beantwoord. Vrijwel alle huisartsen zijn van mening dat de conclusies en aanbevelingen 'vaak of altijd' in voldoende

mate waren onderbouwd en hebben 'nooit of zelden' relevante informatie gemist.

Indien de fysiotherapeut van mening was dat fysiotherapie was geïndiceerd, werden in de conclusies en aanbevelingen van de rapportage de (fysiotherapeutische) behandeldoelen geformuleerd. Het merendeel van de huisartsen (86,8%) is van mening dat de behandeldoelen 'vaak of altijd' voldoende duidelijk en concreet zijn geformuleerd. Op de samenvattende vraag of het CFO een belangrijke aanvulling is bij het bepalen van het beleid werd door 30% van de huisartsen aangegeven dat het CFO 'regelmatig' een aanvulling was voor hun keuze van het te voeren beleid. Door 45% van de huisartsen werd aangegeven dat het CFO 'vaak tot altijd' een aanvulling was voor het te voeren beleid bij die betreffende patiënt. Ongeveer een kwart van de huisartsen (24,5%) gaf aan dat dit 'zelden of nooit' het geval was.

Een ander belangrijk aspect van het CFO is het bevorderen van het inzicht in de indicatiestelling voor fysiotherapie. Eenderde van de huisartsen (35,9%) gaf aan dat het CFO 'zelden of nooit' heeft bijgedragen tot een beter inzicht in de indicatiestelling bij de betreffende klachten van de patiënt. Tweederde van de huisartsen heeft aangegeven dat het CFO 'regelmatig tot altijd' heeft bijgedragen tot een beter inzicht in de indicatiestelling bij de betreffende patiënt voor fysiotherapie.

Met behulp van de bovenstaande gegevens uit de vragenlijst is het mogelijk iets te zeggen over de validiteit van de antwoorden op de vragen over de functionaliteit van het CFO. In Tabel 5.16a en 5.16b is de enkelvoudige samenhang weergegeven tussen de twee criterium-variabelen: 'Hoe vaak is de consultvraag door de schriftelijke rapportage van de fysiotherapeut beantwoord?' en het gemiddelde oordeel van huisartsen over de mate waarin de consultvraag is beantwoord en de predictor-variabelen over het oordeel van de huisarts over de mate van onderbouwing van het advies, het ontbreken van relevante informatie en de mate waarin de behandeldoelen duidelijk en concreet zijn geformuleerd.

Tabel 5.16a: De enkelvoudige samenhang tussen de vraag 'Hoe vaak is uw consultvraag beantwoord?' en de overige aspecten van de functionaliteit van het CFO

	r^1	p-waarde
Was de onderbouwing van de conclusies/aanbevelingen van de fysiotherapeut voldoende?	0,83	0,0001
Waren de behandeldoelen van de fysiotherapeut voldoende duidelijk en concreet geformuleerd?	0,22	0,05
Heeft u relevante informatie gemist? (missing = 5,7%)	0,36	0,01

1. Pearson correlatiecoëfficiënt.

Tabel 5.16b: De enkelvoudige samenhang tussen het gemiddelde oordeel van de huisarts over de mate waarin de consultvraag is beantwoord en de overige aspecten van de functionaliteit van het CFO

	r ¹	p-waarde
Was de onderbouwing van de conclusies/aanbevelingen van de fysiotherapeut voldoende?	0,64	0,0001
Waren de behandeldoelen van de fysiotherapeut voldoende duidelijk en concreet geformuleerd?	0,37	0,006
Heeft u relevante informatie gemist? (missing = 5,7%)	0,20	0,15

1. Pearson correlatiecoëfficiënt.

Uit de tabellen blijkt dat de mate waarin de consultvraag is beantwoord sterk samenhangt met de onderbouwing van het advies en de mate waarin de behandeldoelen duidelijk en concreet zijn geformuleerd. De samenhang met de mate waarin informatie werd gemist is minder sterk.

5.2.2. Factoren die samenhangen met het oordeel over de functionaliteit

In deze paragraaf wordt ingegaan op een verklaring van de verschillen tussen huisartsen in hun oordeel over de kwaliteit van het CFO. Het oordeel van huisartsen over de mate, waarin de consultvraag is beantwoord, is mogelijk beïnvloed door de gezondheidstoestand van de patiënt en de reden voor een verwijzing voor een CFO. Daarnaast kan het oordeel van de huisarts ook beïnvloed zijn door zowel huisarts- als fysiotherapeutgebonden kenmerken. In de data van het CFO-project zijn twee verschillende niveaus van gegevens te onderscheiden, nl. de patiëntgegevens per consultatieve verwijzing (variabelen op het niveau van de patiënt) en de gegevens op het niveau van de huisarts en de fysiotherapeut. Om recht te doen aan de twee niveaus in de verzamelde data is gebruikgemaakt van een multi-niveau analyse (vergelijk voor een recente toepassing Uunk e.a., 1992 en Kerssens & Curfs, 1993). Door gebruik te maken van deze techniek is het niet nodig de gegevens te aggregeren op het niveau van de huisarts, waardoor veel informatieverlies zou optreden, of om de gegevens op het laagste niveau te analyseren waardoor het probleem van de onderlinge afhankelijkheid van de waarnemingen niet wordt opgelost en de betrouwbaarheid van de coëfficiënten van de variabelen op huisarts-niveau wordt overschat (Bryk & Raudenbusch, 1992; Jones e.a., 1991).

In het onderstaande volgt eerst een technische bespreking van de analyse-methode en de resultaten hiervan. Vervolgens worden de belangrijkste resultaten kort samengevat.

Een voorwaarde voor een multi-niveau analyse is een hiërarchische data-structuur. Een andere voorwaarde is het creëren van een volledige dataset voor alle te gebruiken variabelen. Dit betekent dat door het ontbreken van gegevens het uiteindelijk te analyseren bestand uit 322 niveau-1 variabelen (de CFO-patiënten) en 53 niveau-2 variabelen (de 53 koppels 'huisarts [6 huisartsen hebben geen CFO aangevraagd] en fysiotherapeut') bestaat. De criterium-variabele is het oordeel van de huisarts per consult c.q. de mate waarin de consultvraag is beantwoord (zie paragraaf 5.2.1). De ordinale 5-puntsschaal is vanwege een niet-normale verdeling gedichotomiseerd (0=volledig, 1=niet volledig). Omdat door deze transformatie de criterium-variabele een binaire verdeling heeft is een logistische multi-niveau analyse uitgevoerd ofwel een multi-niveau analyse met binaire respons data (Prosser, 1991). In Tabel 5.17 wordt een overzicht gegeven van de criterium- en predictor-variabelen.

Tabel 5.17.: Een overzicht van de criterium- en predictorvariabelen op het niveau van de patiënt en het niveau van de huisarts en fysiotherapeut (gemiddelden of proportie, range en aantal)

Variabele (waarde)	gemiddelde	proportie	range	n
Criteriumvariabele:				
Oordeel CFO (0,1)		0,64		322
Predictorvariabelen op:				
Niveau-1: Patiëntniveau				
1. Vrouw (man)		0,53		322
2. Leeftijd (jr)	36,2		1-81	322
3. Alleenstaand (samenwonend)		0,09		322
4. Opleiding (3 categorieën)	1,72		laag-hoog	322
5. Ziekenfonds (particulier)		0,75		322
6. Duur klacht (4 categorieën)	2,84		<1wk->1jr	322
7. Consultvraag 1 (diagnostiek)		0,25		322
8. Consultvraag 2 (indicatie)		0,29		322
Niveau 2: Huisartsniveau				
9. Samenwerking ¹ (1-5)	3,07		1-5	53
10. Niveaus van samenwerking ¹ (1-5)	1,64		1-4	53
11. Frequentie van overleg ² (0,1)		0,67		53
12. Ervaring (jr, 5 categorieën)	3,33		1-5	53
13. Na- en bijscholing BA (0,1)		0,78		53
14. Verw om zekerheid indicatie ³ (1-5)	1,48		1-5	53
15. Verw om duidelijkheid indicatie ³ (1-5)	1,82		1-5	53
16. Telefonisch advies ³ (1-5)	2,34		1-4	53
17. Oordeel ft diagnostiek ¹ (1-5)	3,87		3-5	53
18. Kennis indicatie ft ¹ (1-5)	2,51		1-3	53
Fysiotherapeutniveau				
19. Ervaring [informeel] consult ¹ (1-5)	2,74		1-5	53
20. Ervaring (jr, 3 categorieën)	2,45		1-3	53
21. Na- en bijscholing (aantal)	2,71		0-6	53
22. Manuele therapie (0,1)		0,30		53
23. Sportfysiotherapie (0,1)		0,24		53

1. Ordinale 5-puntsschaal (slecht-uitstekend).

2. Dichotome variabele; minder dan 2 keer vs. twee of meer dan 2 keer per maand.

3. Ordinale 5-puntsschaal (nooit-altijd).

BA = Bewegingsapparaat.

Verw = Verwijzen.

ft = fysiotherapeut.

Bespreking van de resultaten

In Tabel 5.18 (zie volgende pagina) worden de resultaten van de verschillende multi-niveau modellen gepresenteerd. In deze tabel worden per model de regressiecoëfficiënten en de daarbij behorende t-waarden weergegeven.

Tabel 5.18.: Ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (en t-waarden) van een aantal multi-niveau modellen ter verklaring van verschillen tussen huisartsen betreffende het oordeel over de kwaliteit van het CFO

	Model			
	A	B	C	D
FIXED TERMS				
constante	0,59 (3,03)*			
Patiëntgebonden kenmerken				
1. (vrouw)		-0,116 (0,45)	-0,246 (0,87)	-0,248 (0,81)
2. (leeftijd)		-0,102 (0,45)	-0,013 (0,16)	-0,120 (0,52)
3. (alleenstaand)		0,104 (0,24)	0,007 (0,01)	0,004 (0,07)
4. (opleiding)		0,131 (0,68)	0,133 (0,61)	0,106 (0,24)
5. (ziekenfonds)		-0,025 (0,08)	-0,042 (0,13)	-0,095 (0,27)
6. (duur klacht)		-0,169 (1,20)	-0,153 (0,98)	-0,143 (0,88)
7. (consultvr:diagnostiek)		-0,765 (2,08)*	-0,876 (2,23)*	-1,093 (2,65)*
8. (consultvr:indicatie)		-0,554 (0,66)	-0,655 (1,73)	-0,742 (1,80)
Huisartsgebonden kenmerken				
9. (samenwerking)			-0,876 (2,22)*	-0,874 (3,15)*
10. (niveau samenwerking)			0,718 (2,04)*	0,643 (1,29)
11. (frequentie overleg)			-0,426 (0,78)	-0,184 (0,32)
12. (ervaring)			0,011 (0,05)	0,096 (0,38)
13. (scholing)			-0,646 (1,12)	0,593 (0,97)
14. (verw om zekerheid indicatie)			-0,156 (0,26)	-0,147 (0,32)
15. (verw om duidelijkheid indi)			0,118 (1,07)	0,198 (0,53)
16. (telefonisch advies)			-0,107 (0,27)	-0,167 (0,76)
17. (oordeel diagnostiek FT)			1,105 (2,15)*	1,208 (2,42)*
18. (kennis indicatie FT)			-0,423 (1,09)	-1,012 (2,34)*
Fysiotherapeutgebonden kenmerken				
19. (ervaring)				0,078 (0,35)
20. (ervaring [informeel consult])				0,773 (2,43)*
21. (scholing)				2,734 (2,49)*
22. (MT)				1,645 (2,77)*
23. (sportt)				0,245 (0,43)
RANDOM TERMS				
level 2: huisarts en fysiotherapeut	1,15 (2,97)	1,14 (2,95)	0,95 (2,60)	0,74 (2,12)
constante	396,704	391,622	396,745	315,928
log likelihood				

322 niveau-1 variabelen (CFO-patiënten) en 53 niveau-2 variabelen (huisartsen en fysiotherapeuten).
* p<0,05 (t-waarde > 2,0).

De t-waarde is de ratio tussen de regressie-coëfficiënt en de standaard meetfout. Indien dit verhoudingsgetal groter is dan 2,0 is er een significante relatie met het oordeel ($\alpha \leq 0,05$). De predictor-variabelen, die significant samenhangen met het oordeel, zijn aangegeven met een asterisk.

Bij ieder model wordt steeds een onderscheid gemaakt in een 'fixed' en een 'random' deel. Het eerste, meest eenvoudige model (model A; ook wel 0-model genoemd) bestaat uit slechts één constante in het 'fixed' gedeelte van het model. In de modellen B, C en D wordt het model stapsgewijs opgebouwd door eerst de patiëntgebonden kenmerken, vervolgens de huisartsgebonden kenmerken en tenslotte de fysiotherapeutgebonden kenmerken op te nemen in het 'fixed' deel van het model.

In model A is de gemiddelde kans berekend dat de consultvraag volgens de huisarts 'volledig' is beantwoord door de fysiotherapeut. De waarde van de constante bedraagt 0,59 (de 'grand mean' of intercept). Omgerekend betekent deze waarde dat in 64% van alle consultaanvragen de consultvraag volledig is beantwoord (zie ook paragraaf 5.2.1.). Indien dit percentage bij alle huisartsen hetzelfde zou zijn betekent dit dat de variantie op het niveau van de huisarts (niveau-2 variantie) ongeveer gelijk is aan nul. De t-waarde van 3,02 betekent dus dat er nog substantiële verschillen zijn tussen huisartsen. Er is dus sprake van variatie in het oordeel van huisartsen over de mate waarin de consultvraag is beantwoord. De standaardafwijking van het oordeel (de wortel van de niveau-2 variantie) is 1,07 hetgeen betekent dat het oordeel van de huisarts (de intercept) varieert tussen $(0,59 - [2 \cdot 1,07] =) -1,53$ en $(0,59 + [2 \cdot 1,07] =) 2,71$. Omgerekend naar verwijsperecentages ligt de intercept tussen 18% en 94%.

In model B zijn in het 'fixed' deel van het model de patiëntkenmerken opgenomen. De in model B gepresenteerde variantie op niveau-2 is de potentieel maximaal te verklaren variantie tussen huisartsen. Deze variantie tussen huisartsen kan mogelijk afnemen indien de patiëntgebonden kenmerken per huisarts substantieel verschillen. Uit Tabel 5.18 blijkt dat de patiëntgebonden kenmerken nauwelijks van invloed zijn op het oordeel van huisartsen. De variantie op niveau-2 is niet veranderd. Dit blijkt ook uit de niet significante vermindering van de 'log likelihood' tussen model A en model B (ook wel 'deviance' genoemd; de 'deviance' is Chi^2 verdeeld). Van de niveau-1 variabelen is alleen de consultreden enigszins van invloed op het oordeel. Als de huisarts door het CFO alleen om diagnostische informatie vraagt dan is de huisarts vaker van mening dat de consultvraag niet volledig is beantwoord.

In model C is het model verder uitgebreid met huisartsgebonden kenmerken (gegevens op het niveau van de huisartsen). De geschatte regressie-coëfficiënten op het niveau van de patiënt (niveau-1) veranderen enigszins

door de toegevoegde huisartsvariabelen. Ook in dit model is van de patiëntgebonden variabelen alleen de consultreden significant van invloed op het oordeel. Door de huisartsgebonden kenmerken op te nemen in het model is de variantie op niveau-2 verminderd met 16,6% (afname van niveau-2 variantie van 1,14 naar 0,95). De variantie tussen huisartsen is nog steeds significant verschillend van nul (t-waarde van 2,60). Door de kenmerken van de huisarts op te nemen in het model worden de verschillen tussen huisartsen, betreffende het oordeel over het CFO, deels verklaard. Van de opgenomen huisartsgebonden kenmerken blijkt de door de huisarts ervaren samenwerking met de fysiotherapeut en het oordeel over de fysiotherapeutische diagnostiek van invloed op het oordeel over de kwaliteit van het CFO. Huisartsen die voorafgaande aan het veldexperiment minder positief zijn over de samenwerking zijn vaker van mening dat de consultvraag volledig is beantwoord. Verder zijn huisartsen die positiever oordelen over de fysiotherapeutische diagnostische deskundigheid eveneens vaker van mening dat de consultvraag volledig is beantwoord. Het verschil in de waarden van de 'log likelihood' (de 'deviance') tussen model B en model C is significant (54.877 bij 10 vrijheidsgraden, $p < 0,01$), hetgeen wijst op een beter passend model.

Tenslotte zijn in model D ook de fysiotherapeutgebonden kenmerken opgenomen, hetgeen in dit multi-niveau model opnieuw tot een vermindering van de variantie op niveau-2 heeft geleid. Verschillen in fysiotherapeutgebonden kenmerken verklaren voor een niet onaanzienlijk deel de verschillen tussen huisartsen in het oordeel over de mate waarin de consultvraag is beantwoord. De niveau-2 variantie neemt ten opzichte van model C met 22% af (afname van niveau-2 variantie van 0,95 naar 0,74). Uit dit model blijkt dat het oordeel van huisartsen wordt beïnvloed door de ervaring die een fysiotherapeut heeft in het geven van éénmalige (consultatieve) adviezen. Daarnaast is de na- en bijscholing van de fysiotherapeut van invloed op het oordeel van huisartsen. Dit geldt met name voor fysiotherapeuten met de erkende verbijzondering manuele therapie. Door de fysiotherapeutgebonden kenmerken op te nemen in het model kunnen de regressiecoëfficiënten en de standaard meetfouten van de andere variabelen enigszins veranderen. De regressiecoëfficiënten blijven redelijk stabiel en de eerder significante predictor-variabelen zijn ook in model D significant van invloed op het oordeel van de huisarts. Uit de resultaten van model D blijkt dat het oordeel van de huisarts over de diagnostische deskundigheid van de fysiotherapeut van invloed is op de criterium-variabele: 'de mate waarin de consultvraag is beantwoord'. Daarnaast is de huisartsgebonden variabele 'inzicht in de indicatie voor fysiotherapie' in model D significant van invloed op de mate waarin de consultvraag is beantwoord. Huisartsen die positiever oordelen over de diagnostische deskundigheid van de fysiotherapeut zijn

vaker van mening dat de consultvraag volledig is beantwoord, en huisartsen die van mening zijn minder kennis te hebben over de indicatiestelling voor fysiotherapie zijn vaker van mening dat de consultvraag volledig is beantwoord. De 'deviance' ten opzichte van model C is statistisch significant (20.817 bij 5 vrijheidsgraden).

Conclusies

Geconcludeerd kan worden dat de verschillen tussen huisartsen in hun oordeel over de mate waarin de consultvraag is beantwoord, vooral worden beïnvloed door fysiotherapeutgebonden kenmerken. De consultvraag van de huisarts is vaker volledig beantwoord door fysiotherapeuten met meer ervaring in het geven van (informele) eenmalige adviezen en door fysiotherapeuten met meer na- en bijscholing.

De in het model opgenomen huisartsgebonden kenmerken, te weten de ervaren samenwerking met fysiotherapeuten, het oordeel over de diagnostische deskundigheid van de fysiotherapeut en de mate van inzicht in de indicatiestelling voor fysiotherapie, zijn in iets mindere mate dan de fysiotherapeutgebonden kenmerken van invloed op het oordeel over de mate waarin de consultvraag is beantwoord. Huisartsen die voorafgaande aan het veldexperiment hebben aangegeven minder met de (gekoppelde) fysiotherapeut samen te werken, zijn vaker van mening dat de consultvraag volledig is beantwoord. Huisartsen die positiever oordelen over de diagnostische deskundigheid van de fysiotherapeut en meer inzicht hebben in de indicatiestelling voor fysiotherapie zijn vaker van mening dat de consultvraag volledig is beantwoord.

De in het multi-niveau model opgenomen patiëntgebonden kenmerken kunnen de verschillen tussen huisartsen niet verklaren. De totaal verklaarde variantie door de in model D opgenomen variabelen is ten opzichte van model A ongeveer 35%.

5.2.3. Het oordeel over de formulieren, de procedure en de inpasbaarheid

Om inzicht te krijgen in de bruikbaarheid van zowel de formulieren, als de procedure en de inpasbaarheid van het CFO zijn in de vragenlijst (ter evaluatie van het veldexperiment) voor huisartsen en fysiotherapeuten vragen over deze onderwerpen opgenomen. De resultaten worden per beroepsgroep besproken.

Huisartsen

Oordeel over het consultaanvraagformulier en de procedure

Volgens het merendeel van de huisartsen (86%) is het mogelijk het CFO (inclusief de consultaanvraag, het beoordelen van de rapportage en het eventueel terugzien van de patiënt) in de dagelijkse praktijk in te passen.

Vijf huisartsen (8,4%) konden het CFO onvoldoende in hun dagelijks handelen integreren (5,1% van de huisartsen hebben hierover geen mening). Bij de vraag over de inpasbaarheid van het CFO in de praktijk is in de vragenlijst bij huisartsen een onderscheid gemaakt in vragen betreffende:

- de bruikbaarheid van het standaard-consultaanvraagformulier en
- de praktische uitvoering van de vervolgactie van de huisarts volgend op de fysiotherapeutische rapportage.

In Tabel 5.19 zijn de antwoorden weergegeven betreffende het oordeel van huisartsen over het consultaanvraagformulier. De percentages hebben betrekking op de 53 huisartsen die gebruik hebben gemaakt van het CFO. Vrijwel alle huisartsen vonden het consultaanvraagformulier bruikbaar in de dagelijkse praktijk. Twee huisartsen vonden het consultaanvraagformulier niet bruikbaar in de dagelijkse praktijk. De huisartsen zijn in het algemeen van mening dat het consultaanvraagformulier geschikt is om de fysiotherapeut inzicht te geven in de problematiek van de patiënt en het gevoerde beleid. Op één huisarts na zijn alle huisartsen van mening dat de indeling van het consultaanvraagformulier overzichtelijk en duidelijk is. Twee huisartsen zijn van mening dat een item toegevoegd diende te worden, nl. het item werkverzuim.

Tabel 5.19.: Percentage huisartsen naar oordeel over het consultaanvraagformulier¹

	ja %	nee %
Kan het invullen van het consultaanvraagformulier in de dagelijkse praktijk worden ingepast?	96,2	3,8
Vond u het consultaanvraagformulier geschikt om de fysiotherapeut inzicht te geven in de problematiek van de patiënt en het gevoerde beleid?	98,1	1,9
Vond u de indeling van het consultaanvraagformulier duidelijk en overzichtelijk?	98,1	1,9
Heeft u items op het consultaanvraagformulier gemist?	3,8	96,2

1. Tabel heeft betrekking op 53 huisartsen; 6 huisartsen hebben geen CFO aangevraagd.

Om de bruikbaarheid van het standaard-consultaanvraagformulier te kunnen bepalen is het van belang zicht te hebben op de tijd die de huisarts nodig heeft om het formulier in te vullen. In de vragenlijst is helaas geen onderscheid gemaakt in de tijd die nodig is voor het consultaanvraagformulier met o.a. de vragen over de consultreden en het beleid indien de mogelijkheid voor een fysiotherapeutisch consult niet had bestaan (fictief beleid). Uit

Tabel 5.20 blijkt dat driekwart van de huisartsen minder dan 5 minuten besteedt aan het invullen van het consultaanvraagformulier (inclusief de onderzoeksvragen).

Tabel 5.20.: Percentage huisartsen naar benodigde tijd om het consultaanvraagformulier in te vullen (inclusief de onderzoeksvragen)

Invultijd	%
≤ 2 minuten	28,3
3-4 minuten	47,2
5-6 minuten	20,7
≥ 7 minuten	3,8
Totaal	100,0

Om inzicht te krijgen in de uitvoerbaarheid van de procedure van het CFO en de eventuele toename van het aantal contacten van de huisarts met de patiënt door de procedure van het CFO (het 'terugbestellen' van de patiënt bij de huisarts) is de huisarts gevraagd aan te geven welke afspraken hij maakte, in afwachting van de fysiotherapeutische rapportage, met de patiënt. De meerderheid van de huisartsen (81%) is van mening dat het maken van een vervolgspraak met de patiënt na een CFO 'voldoende of goed' is in te passen in de dagelijkse praktijkvoering.

In Tabel 5.21 is weergegeven welke soort vervolgspraak de huisarts in het algemeen met de patiënt maakte. Uit de tabel blijkt dat een klein aantal huisartsen (9,4%) direct een vervolgspraak met de patiënt maakte om het te volgen beleid te bespreken. Ongeveer 45% van de huisartsen maakte de afspraak dat de patiënt telefonisch contact met de huisarts (of assistente) zou opnemen over het te volgen beleid en een paar huisartsen (3,8%) namen zelf het initiatief om met de patiënt het beleid te bespreken. Ongeveer 40% van de huisartsen had (nog) geen uniform beleid voor de vervolgspraak na het CFO, maar maakte 'ad hoc' een afspraak met de patiënt.

Op het consultaanvraagformulier konden de huisartsen aangeven binnen welke tijd de huisarts de rapportage wilde terugontvangen. In 60% van de gevallen heeft de huisarts geen concrete tijdlimiet aangegeven. In die gevallen waarbij de huisarts wel een tijdlimiet heeft aangegeven, is de fysiotherapeut in staat geweest de rapportage binnen de gewenste tijd terug te sturen.

Tabel 5.21.: Percentage huisartsen naar vervolgactie in afwachting van de rapportage over het CFO

Vervolgactie huisarts	%
Huisarts maakt direct een vervolgspraak	9,4
Huisarts neemt (telefonisch) contact op	3,8
Patiënt neemt contact op de met de huisarts	45,3
Geen uniforme afspraken	41,5
Totaal	100,0

Een ander belangrijk aspect betreffende de bruikbaarheid van het CFO is de instemming van de patiënt met de CFO-procedure. Gedurende de experimentele periode zijn vijf patiënten niet accoord gegaan met de door de huisarts voorgestelde procedure van het CFO. Deze patiënten wilden rechtstreeks verwezen worden naar een medisch specialist of voor een behandeling fysiotherapie (niet in tabel).

Rapportageformulier

Ten aanzien van het standaard-rapportageformulier van de fysiotherapeut vond het merendeel van de huisartsen dat het overzichtelijk en bruikbaar was. Vrijwel alle huisartsen vonden de omschrijving van de klachten van de patiënt en de onderzoeksbevindingen van de fysiotherapeut in termen van 'stoornissen en beperkingen' duidelijk (niet in tabel).

Wenselijkheid van het CFO in de samenwerking met fysiotherapeuten

Ruim tweederde van de huisartsen (71%) gaf aan in de toekomst gebruik te willen maken van de mogelijkheid van een CFO. Ongeveer eenderde van de huisartsen (37%) heeft een voorkeur voor een schriftelijke vorm van consultatie (conform het CFO), een kwart van de huisartsen geeft de voorkeur aan een mondelinge (telefonische) consultatiemogelijkheid (niet in tabel).

Fysiotherapeuten

Het oordeel over de procedure

Het CFO als geheel (inplannen van de patiënt, het fysiotherapeutisch onderzoek en de rapportage) is volgens vrijwel alle fysiotherapeuten (95%) te integreren in de dagelijkse praktijk. Ongeveer 70% van de fysiotherapeuten is van mening dat het inplannen van het CFO in de dagelijkse praktijk binnen de door de huisarts gewenste tijd 'voldoende of goed' inpasbaar is.

Om de door de fysiotherapeuten werkelijk bestede tijd voor het verrichten van het fysiotherapeutisch onderzoek en het schrijven van de rapportage te achterhalen waren hierover een aantal vragen (ter evaluatie van het veld-experiment) in de vragenlijst opgenomen (Tabel 5.22). De fysiotherapeuten

besteedden gemiddeld tussen de 50-70 minuten per fysiotherapeutisch consult (het fysiotherapeutisch onderzoek en de rapportage). Bijna driekwart van de fysiotherapeuten had in het algemeen minder dan 40 minuten nodig voor anamnese en lichamelijk onderzoek. Twee fysiotherapeuten (3,8%) gaven aan meer dan 50 minuten te besteden aan de anamnese en het lichamelijk onderzoek.

Tabel 5.22.: De benodigde tijd voor het fysiotherapeutisch onderzoek (anamnese en lichamelijk onderzoek)

Benodigde tijd voor een CFO	%
≤ 20 minuten	-
21-30 minuten	32,1
31-40 minuten	39,6
41-50 minuten	24,5
≥ 51 minuten	3,8
Totaal	100,0

De helft van de fysiotherapeuten besteedde gemiddeld tussen de 10 en 20 minuten aan het schrijven van de rapportage (Tabel 5.23). De meerderheid van de fysiotherapeuten besteedde minder dan 30 minuten aan de rapportage. Door eenderde van de fysiotherapeuten werd aangegeven dat in de loop van het veldexperiment het schrijven van de rapportage steeds minder tijd kostte.

Tabel 5.23.: De benodigde tijd voor het schrijven van de fysiotherapeutische rapportage

Benodigde tijd voor een rapportage	%
≤ 10 minuten	1,9
11-20 minuten	49,2
21-30 minuten	28,2
≥ 30 minuten	20,7
Totaal	100,0

Ten behoeve van het onderzoek werd de gezondheidstoestand van de patiënt geregistreerd (inclusief de ernst, de lokalisatie en een omschrijving van de aangedane structuren) door middel van de geconstateerde stoornissen en beperkingen. Ongeveer 80% van de fysiotherapeuten besteedde minder dan 30 minuten aan het invullen van het registratieformulier (Tabel 5.24).

Tabel 5.24.: De benodigde tijd voor het invullen van het formulier om de gezondheidstoestand van de patiënt te bepalen

Benodigde tijd om de gezondheidstoestand te registreren	%
≤ 10 minuten	7,5
11-20 minuten	32,1
21-30 minuten	43,4
≥ 30 minuten	17,0
Totaal	100,0

Consultaanvraagformulier

De antwoordcategorieën op de vragen uit de vragenlijst zijn gedichotomiseerd. Fysiotherapeuten die het eerste, tweede of derde alternatief van de 5-puntsschaal (nooit-zeer vaak) invulden, krijgen dan een negatieve score. Een score van het vierde of vijfde alternatief wordt opgevat als een positieve score. In Tabel 5.25 is het oordeel van fysiotherapeuten over het consultaanvraag-formulier weergegeven.

Tabel 5.25.: Percentage fysiotherapeuten naar het oordeel over het consultaanvraagformulier¹

	ja	nee
Kan het invullen van het consultaanvraagformulier in de dagelijkse worden ingepast?	94,3	5,7
Vond u het consultaanvraagformulier geschikt om de fysiotherapeut inzicht te geven in de problematiek van de patiënt en het gevoerde beleid?	94,3	5,7
Vond u de consultaanvraag van de huisarts duidelijk omschreven?	77,4	21,6
Heeft u via het consultaanvraagformulier voldoende informatie verkregen om de consultvraag te kunnen beantwoorden?	96,2	3,8
Kreeg u overbodige informatie van de huisarts?	1,9	98,1
Vond u de indeling van het consultaanvraagformulier duidelijk en overzichtelijk?	96,2	3,8
Heeft u items op het consultaanvraagformulier gemist?	7,5	92,5

1. Tabel heeft betrekking op 53 fysiotherapeuten; 6 fysiotherapeuten hebben geen consultaanvraag ontvangen.

De fysiotherapeuten zijn in het algemeen van mening dat het consultaanvraagformulier bruikbaar (inpasbaar) is in de dagelijkse praktijk. Vrijwel alle fysiotherapeuten vonden het consultaanvraagformulier geschikt om inzicht te

krijgen in de problematiek van de patiënt en in het gevoerde beleid van de huisarts. Ruim driekwart van de fysiotherapeuten vond dat de consultvraag duidelijk was geformuleerd. De overige fysiotherapeuten waren van mening dat de consultvraag niet duidelijk werd omschreven.

De fysiotherapeuten gaven aan dat zij door het consultaanvraagformulier voldoende informatie (en zelden overbodige informatie) verkregen om de consultvraag te kunnen beantwoorden. In het algemeen vinden de fysiotherapeuten het consultaanvraagformulier duidelijk en overzichtelijk en hebben zij nauwelijks of geen items op het formulier gemist.

Rapportageformulier

Het rapportageformulier is een formulier met vrije tekstruimte, A-4 formaat, waarop de fysiotherapeut zijn bevindingen aan de hand van een aantal items kan vermelden. Vrijwel alle fysiotherapeuten (92%) vonden de indeling van het rapportageformulier overzichtelijk en het bood hun voldoende ruimte om alle relevante informatie systematisch te rapporteren aan de huisarts.

Wenselijkheid van het CFO in de samenwerking met huisartsen

De fysiotherapeuten zeggen vrijwel unaniem (98,3%) dat zij het in de toekomst belangrijk vinden dat huisartsen fysiotherapeuten kunnen consulteren voorafgaande aan een eventuele verwijzing (niet in tabel).

Conclusie

De ontwikkelde procedure en formulieren voor het CFO worden door zowel de huisartsen als de fysiotherapeuten als adequaat beoordeeld. Een andere belangrijke bevinding is dat zowel de huisartsen als fysiotherapeuten in de toekomst gebruik willen blijven maken van de mogelijkheid voor een consultatief fysiotherapeutisch onderzoek.

5.3. Het CFO en het beleid van de huisarts

In deze paragraaf wordt ingegaan op het beleid van de huisarts volgend op het CFO. In paragraaf 5.3.1 wordt beschreven welke adviezen de fysiotherapeuten aan de huisartsen hebben gegeven en wordt ingegaan op het beleid van de huisarts na een consultatieve verwijzing (paragraaf 5.3.2).

5.3.1. Het advies van de fysiotherapeut

De vraag 'Welk beleid volgen huisartsen nadat de fysiotherapeut over de bevindingen van het CFO heeft gerapporteerd?' werd gesteld om zicht te krijgen op de aard van de zorgverlening na een consultatieve verwijzing.

Welk deel van de patiënten die zijn verwezen voor een CFO, is verwezen voor fysiotherapeutische zorgverlening, welk deel is verwezen naar medisch specialisten, welk deel is uitsluitend bij de huisarts in behandeling gebleven en welk deel is naar 'elders' verwezen? Bij de verwijzing 'elders' gaat het met name om de verwijzingen naar oefentherapeuten-Cesar, -Mensendieck en podotherapeuten.

De fysiotherapeuten hebben in totaal 341 verwijzingen voor een CFO ontvangen. Elf van de 352 patiënten hebben zich niet bij één van de fysiotherapeuten gemeld. Het advies van de fysiotherapeut werd in alle gevallen met een schriftelijke rapportage aan de huisarts afgesloten. In vrijwel alle gevallen (96%) heeft de fysiotherapeut de consultvraag van de huisarts beantwoord. In de resterende gevallen heeft de fysiotherapeut aangegeven meer informatie nodig te hebben om de consultvraag (naar zijn eigen tevredenheid) te kunnen beantwoorden. In een enkel geval heeft de fysiotherapeut zijn bevindingen eerst telefonisch aan de huisarts doorgegeven (omdat de huisarts op korte termijn een antwoord wilde hebben) en vervolgens de fysiotherapeutische bevindingen schriftelijk gerapporteerd.

Uit de resultaten blijkt dat de fysiotherapeut in 17% van de consulten heeft aangegeven dat fysiotherapie niet zinvol is. Van deze groep was er bij vier patiënten (1%) sprake van een contra-indicatie voor fysiotherapie. In 79% van de consultaanvragen heeft de fysiotherapeut het advies 'indicatie voor fysiotherapie' gegeven. Bij één patiënt achtte de fysiotherapeut het noodzakelijk dat een fysiotherapeut met de verbijzondering manuele therapie de gezondheidstoestand van de patiënt diende te beoordelen.

Aan de advisering van de fysiotherapeut kan men twee aspecten onderscheiden, namelijk het aantal adviezen en de aard van de adviezen. In 87% van de gevallen heeft de fysiotherapeut één advies gegeven, bijvoorbeeld indicatie fysiotherapie. In de overige gevallen heeft de fysiotherapeut twee of meer adviezen gegeven. In de aard van het advies voor het te voeren beleid zijn globaal drie vormen te onderscheiden (Hendriks e.a., 1993a), namelijk:

- twee of meer disciplines hebben op dezelfde tijd een overlap in taken (parallel beleid);
- acties van de ene discipline liggen in het verlengde van de andere discipline (vervolgtijdelijk beleid);
- hulpverlening van verschillende disciplines vullen elkaar aan (complementair beleid).

Bij 43 patiënten (13%) heeft de fysiotherapeut twee adviezen gegeven; bijvoorbeeld aanvullend diagnostisch onderzoek door huisarts of specialist en fysiotherapie (complementair beleid), of in eerste instantie een verwijzing

podotherapie en vervolgens fysiotherapie (vervolgtijdelijk beleid). In 3% van de gevallen betrof dit een 'vervolgtijdelijk' advies. Het onderscheid tussen een 'complementair' of 'parallel' advies is niet zo duidelijk. In 10% van de gevallen betrof het een 'parallel' of 'complementair' advies over het te voeren beleid. Het totaal aantal adviezen bij de 341 patiënten die zijn verwezen voor een CFO bedraagt 384. In Tabel 5.26 zijn de adviezen van de fysiotherapeut weergegeven. In ongeveer 8% van het totaal aantal gevallen vond de fysiotherapeut het niet noodzakelijk dat de huisarts de patiënt zou verwijzen voor fysiotherapeutische behandeling of nadere diagnostiek. In deze gevallen gaf de fysiotherapeut de huisarts het advies 'zelf behandelen cq begeleiden' van de patiënt. Bij ongeveer 12% van de patiënten die zijn verwezen voor een CFO heeft de fysiotherapeut geadviseerd te verwijzen naar een medisch-specialisme. Het merendeel van de adviezen (76%) betrof een indicatie voor paramedische verwijzing. In 72% van de gevallen was het advies indicatie voor fysiotherapie en in 4% van de gevallen heeft de fysiotherapeut het advies podotherapie of oefentherapie-Cesar/-Mensendieck gegeven.

Tabel 5.26.: Het advies van de fysiotherapeut

Advies		%
Zelf behandelen/begeleiden door huisarts		8,3
Verwijzing naar medisch specialisme voor behandeling	5,7	11,7
voor advies	6,0	
Paramedische verwijzingen		76,0
fysiotherapie	71,8	
oefentherapie/Cesar/Mensendieck	2,6	
podotherapie	1,6	
Geen advies ¹		4,0
Totaal ²		100,0

1. Consult niet afgerond omdat aanvullende informatie werd gewenst.
2. Tabel heeft betrekking op 384 adviezen bij 341 CFO's.

5.3.2. Het beleid van de huisarts

In deze paragraaf wordt ingegaan op de vraag 'Wat is het beleid van de huisarts na het CFO?' en 'Hoe vaak neemt de huisarts het advies van de fysiotherapeut over?'.

Het beleid van de huisarts kan men onderscheiden naar het aantal acties na een CFO. In 91% van de gevallen bestond het beleid uit één actie, bijvoorbeeld een verwijzing naar een medisch specialist voor behandeling. In de overige gevallen (9%) bestond het beleid uit twee acties. Het totaal aan-

tal aangegeven acties na een CFO is om deze reden 371. In Tabel 5.27 wordt het beleid van de huisarts na een CFO weergegeven. In ongeveer 11% van de gevallen heeft de huisarts de patiënt zelf behandeld of begeleid. In 68% van de gevallen heeft de huisarts de patiënt verwezen voor fysiotherapie en in 2% naar de overige paramedische disciplines. In 15% van de gevallen heeft de huisarts de patiënt verwezen naar een medisch specialist. In de meeste van deze gevallen werden de patiënten verwezen naar een orthopeed, een röntgenoloog of een neuroloog (zie bijlage 11).

Tabel 5.27.: Het beleid van de huisarts na een CFO

Beleid ¹		%
Zelf behandelen door huisarts		10,6
Verwijzing naar medisch specialisme voor behandeling	3,9	14,9
Verwijzing naar medisch specialisme voor advies	10,9	
Verwijzing fysiotherapeut		68,4
Verwijzing:		
oefentherapie/Cesar/Mensendieck		1,1
podotherapie		1,1
Anders		3,0
Onbekend		0,9
Totaal ¹		100,0

1. Tabel heeft betrekking op 371 acties volgend op het CFO.

Als het beleid van de huisarts na een CFO wordt vergeleken met het advies van de fysiotherapeut dan blijkt dat de huisarts in 89% van de gevallen het advies van de fysiotherapeut geheel of gedeeltelijk (één van de twee adviezen) heeft opgevolgd (Tabel 5.28). Bij 32 patiënten (9%) heeft de huisarts het advies van de fysiotherapeut niet opgevolgd.

Tabel 5.28.: De mate waarin de huisarts het advies van de fysiotherapeut opvolgt

Beleid	n	%
Advies fysiotherapeut volledig opgevolgd	267	78
Eén advies opgevolgd	36	11
Geheel ander beleid	32	9
Onbekend	6	2
Totaal	341	100

Het beleid van de huisarts na het CFO kan eveneens worden vergeleken met het beleid dat de huisarts gevoerd zou hebben als de mogelijkheid voor een CFO niet zou hebben bestaan (fictief beleid). In Tabel 5.29 wordt

een overzicht gegeven van dit fictieve beleid van de huisarts. Bij 33 patiënten (9,5%) heeft de huisarts twee of meerdere beleidssporen aangegeven. Het totaal is dus om deze reden meer dan 341, namelijk 380.

Tabel 5.29.: Het fictieve beleid van de huisarts

Beleid ¹	%
Zelf behandelen door huisarts	11,1
Verwijzing naar medisch specialisme	29,4
voor behandeling	14,1
voor advies/consult	15,3
Verwijzing fysiotherapeut	56,3
behandeling	35,8
(informeel) consult	20,5
Anders	1,6
Onbekend	1,6
	100,0

1. Deze tabel heeft betrekking op in totaal 380 vormen van beleid.

2. De term 'informeel' verwijst naar het thans niet-wettelijk mogelijk zijn van een consult.

In Tabel 5.30 wordt aangegeven in welke mate het beleid van de huisarts na een CFO is veranderd. Wanneer het beleid van de huisarts na een CFO wordt vergeleken met het fictieve beleid, blijkt dat bij 62% van de patiënten het beleid geheel is veranderd ten opzichte van het fictieve beleid. Bij 9% van de patiënten is het beleid ten dele veranderd en bij ruim een kwart van de patiënten is het fictieve beleid niet veranderd. Uit de tabel blijkt dat bij ruim tweederde van de patiënten die voor een CFO zijn verwezen het beleid van de huisarts geheel of gedeeltelijk is veranderd.

Tabel 5.30.: De invloed van het CFO op het beleid van de huisarts

Invloed op het fictieve beleid	%
Beleid onveranderd	27
Beleid gedeeltelijk veranderd	9
Beleid geheel veranderd	62
Onbekend	2
Totaal	100

Conclusie

Het beleid van de huisarts wordt in hoge mate door de informatie uit het CFO bepaald.

5.4. De effecten van het CFO op verwijzingen

In paragraaf 5.4.1 wordt ingegaan op het effect van het CFO op het aantal (para-) medische verwijzingen van huisartsen: het gaat hierbij om de analyses op basis van de gegevens van ziekenfondsen over het aantal verwijzingen. In paragraaf 5.4.2 wordt nogmaals op de effecten van het CFO ingegaan: deze keer gaat het om de vergelijking tussen het fictieve en het feitelijke beleid van de huisarts. Tenslotte wordt in paragraaf 5.4.3 de duur en het aantal zittingen van de fysiotherapeutische behandeling beschreven: het gaat hier uiteraard alleen om patiënten die na het CFO voor fysiotherapie verwezen zijn. Deze gegevens worden vergeleken met landelijke referentiecijfers.

5.4.1. Het effect van het CFO op het verwijsbeleid van de huisarts: ziekenfondsgegevens

Vraag 4 heeft betrekking op het effect van het CFO op het aantal verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten, andere paramedici in de eerste lijn en het aantal verwijzingen naar bepaalde medische specialismen. De vraagstelling is beperkt tot die specialismen die van belang zijn bij de behandeling van aandoeningen van het bewegingssysteem, nl. de specialismen orthopedie, neurologie, reumatologie en de revalidatiegeneeskunde. Opgemerkt dient te worden dat het een quasi-experimentele studie betreft. Aangezien het geen experimentele studie-opzet is kunnen andere, onbekende omstandigheden eventuele effecten van het CFO maskeren. En omgekeerd is het mogelijk dat veranderingen in het verwijsbeleid ten onrechte aan de invoering van het CFO toegeschreven worden. Om dit probleem - althans ten dele - te ondervangen is de samenhang tussen het aantal CFO-aanvragen en veranderingen in het verwijsbeleid van de huisarts nagegaan: als bijvoorbeeld het aantal CFO-aanvragen samen zou hangen met een daling van het aantal verwijzingen naar de tweedelij, is dit een aanwijzing dat het CFO leidt tot een vermindering van het aantal verwijzingen naar de tweedelij.

Bij het beantwoorden van de vraagstelling is gebruikgemaakt van de verwijscijfers van de huisarts, die door de bij het project betrokken ziekenfondsen werden verstrekt. Alleen de verwijsgegevens van de huisarts waarvoor de huisarts schriftelijk toestemming heeft verleend voor het gebruik ervan, zijn door de ziekenfondsen verstrekt. Drie huisartsen hebben geen toestemming gegeven de ziekenfondsgegevens te gebruiken voor het onderzoek. Van vier huisartsen zijn de verwijscijfers vanwege grote veranderingen in het patiëntenbestand door associatie of praktijkovername niet

te interpreteren. De analyse is uitgevoerd met behulp van de verwijsggegevens van 52 van de 59 huisartsen.

Het verwijscijfer is gedefinieerd als het aantal patiënten dat één of meerdere keren is verwezen door de huisarts in de betreffende periode. Het aantal paramedische en medische verwijzingen wordt per huisarts weergegeven in het aantal verwijzingen per 1000 ingeschreven ziekenfondsverzekerden per jaar. De verwijscijfers naar medische specialisten zijn in dit onderzoek onderscheiden in verwijscijfers die betrekking hebben op de 'korte verwijskaart' en op het totaal aantal verwijzingen naar de vier medische specialisten. Het totaal aantal verwijzingen bestaat uit de korte verwijskaart, de jaarkaart nieuwe stijl (inclusief de jaarkaart academisch specialist) en de aanvullende kaart.

De ziekenfondsverwijscijfers hebben betrekking op de periode van 1 september 1991 tot en met 30 april 1992 (controle-periode) en op de periode van 1 september 1992 tot en met 30 april 1993 (experimentele periode). In deze periode hebben zich geen beleidsmatige wijzigingen voorgedaan. Dit bevordert de vergelijkbaarheid tussen de controle-periode en experimentele periode. Bij de berekening van het verwijscijfer is gecontroleerd voor veranderingen in het patiëntenbestand van de huisartsen (peildatum 1 september 1991 en 1 september 1992).

De eerste analyse betreft een vergelijking tussen de controle- en experimentele periode van de verwijscijfers voor fysiotherapie, oefentherapeuten-Cesar, -Mensendieck en het totale verwijscijfer van de vier van belang geachte medische specialismen. In de tweede analyse is de samenhang nagegaan tussen de verandering in verwijscijfers van de controle- en experimentele periode per huisarts en het aantal consultaanvragen per huisarts.

Bespreking van de resultaten

De eerste analyse betreft de verschillen in verwijscijfers tussen de controle- en experimentele periode. In Tabel 5.31 zijn de resultaten weergegeven.

Tabel 5.31.: Het CFO en het ziekenfondsverwijscijfer: vergelijkingen tussen controle- en experimentele periode

Verwijzingen ¹	controleperiode		experimentele periode		verschil	p-waarde
	gem.	sd	gem.	sd		
Paramedisch						
Fysiotherapie	188,5	84,9	200,3	116,9	+ 11,8	0,37 ns
Cesar/Mensendieck	10,2	11,2	12,4	9,8	+ 2,2	0,08 ns
Medische specialismen						
Korte kaart ²	39,2	16,7	40,6	19,5	+ 1,4	0,44 ns
Totaal aantal verwijzingen ³	80,2	20,7	78,3	22,1	- 1,9	0,40 ns

1. Per 1000 patiënten per jaar.

2. N=41; één ziekenfonds heeft het aantal verwijzingen niet opgesplitst naar verwijzingen met de korte kaart.

3. N=52; drie huisartsen hebben geen toestemming gegeven en van vier huisartsen zijn de ziekenfondscijfers niet betrouwbaar.

ns : niet significant (gepaarde t-toets).

gem.: gemiddelde.

sd : standaarddeviatie.

Een eerste beschouwing van de tabel laat zien dat er een enorme variatie is in het verwijscijfer van huisartsen naar paramedici en medisch specialisten. We beperken ons echter tot een globale indicatie van de invloed van het CFO op de verwijscijfers en gaan niet in op de verschillen in verwijscijfers tussen huisartsen. De verschillen in de gemiddelde verwijscijfers van de 52 huisartsen naar fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar/-Mensendieck zijn niet significant. De verschillen in verwijscijfers naar medische specialisten -zowel met betrekking tot de korte verwijskaart als het totaal - zijn evenmin significant.

Vervolgens is de samenhang nagegaan tussen het aantal consultaanvragen per huisarts en de verandering in verwijscijfers tussen de beide perioden. In Tabel 5.32 worden de correlatie-coëfficiënten en hun p-waarde weergegeven. Uit de tabel blijkt dat er geen significante samenhang is tussen het aantal consultaanvragen en de verandering in het verwijscijfer naar paramedici. Verder blijkt dat hoe groter het aantal consultaanvragen, des te kleiner is het aantal verwijzingen met een korte kaart naar medisch specialisten; de correlatie-coëfficiënt is echter net niet significant.

Tabel 5.32.: Samenhang tussen de verandering in het ziekenfondsverwijscijfer en het aantal consultaanvragen per huisarts

	r ¹	p-waarde
Paramedisch		
Fysiotherapie	-0,046	0,74 ns
Cesar/Mensendieck	-0,076	0,59 ns
Medische specialismen		
Korte kaart	-0,29	0,06 ns
Totaal aantal verwijzingen	-0,19	0,18 ns

1. Pearson correlatiecoëfficiënt.

ns: niet significant.

De eerste analyse laat geen effecten van de introductie van het CFO op het aantal verwijzingen zien. De tweede analyse geeft een zwakke aanwijzing dat de introductie van het CFO leidt tot een vermindering van het aantal verwijzingen naar de tweedelij.

Bij deze resultaten dient nogmaals gewezen te worden op de grote spreiding tussen huisartsen in het aantal verwijzingen. Een zo grote spreiding bemoeilijkt het zichtbaar maken van het effect van een interventie: het effect van de interventie kan in het niet vallen bij de grote verschillen tussen huisartsen. In een dergelijke situatie dient men zeer voorzichtig te zijn met conclusies: de kans is groot dat ten onrechte de conclusie 'geen effect' getrokken wordt.

Men kan deze gedachtengang ook in statistische zin onderbouwen. Bij de eerste analyse bedraagt, achteraf gezien, de kans dat een significant verschil gevonden wordt (de power; Cohen, 1988) 22%, 15% en 15% voor respectievelijk de veranderingen in verwijzingen naar fysiotherapeuten, korte kaart-verwijzingen naar specialisten en totaal aantal verwijzingen naar specialisten. Bij de tweede analyse bedraagt de kans dat een significante correlatie gevonden wordt < 10%, 50% en 30% voor respectievelijk de verwijzingen naar fysiotherapeuten, korte kaart-verwijzingen naar specialisten en het totaal aantal verwijzingen naar specialisten. In het algemeen wordt een kans van tenminste 80% als criterium genomen om inderdaad te mogen concluderen dat er geen effect is. In het huidige onderzoek ligt deze kans (de power) daar ver onder. Dit betekent dat - gezien de tamelijk kleine effecten en de grote spreiding - er achteraf gezien weinig kans was effecten aan te tonen.

Het bovenstaande betekent dat men niet zondermeer kan concluderen dat er geen effect is geweest: mogelijkwerwijs is er wel een effect, maar dit effect is in de 'ruis' van de grote verschillen tussen huisartsen niet aantoonbaar. Om deze reden zijn de effecten van het CFO ook onderzocht door het feitelijk beleid volgend op het CFO te vergelijken met het fictieve beleid, dat de

huisarts gevolgd zou hebben als de mogelijkheid voor een CFO niet bestaan zou hebben. De grote variatie in het verwijsgedrag van huisartsen wordt op deze wijze omzeild en een meer verfijnde analyse wordt mogelijk. Bij deze aanpak dient men wel een belangrijke kanttekening te maken. De huisarts is gevraagd naar zijn/haar fictieve beleid, nadat hij/zij gekozen had voor een consult. Het is mogelijk dat - als er echt geen CFO mogelijk was geweest - de huisarts toch iets anders gedaan zou hebben dan hij/zij nu aangeeft als fictief beleid. Met andere woorden: de validiteit van het fictieve beleid is beperkt. In de paragraaf 5.4.2 worden het fictieve en het feitelijk beleid met elkaar vergeleken: bij de interpretatie van deze gegevens dient men met bovengenoemde kanttekening rekening te houden.

5.4.2. Het effect van het CFO op het verwijfsbeleid van de huisarts: fictief en feitelijk beleid

In Tabel 5.33 is het fictieve beleid van de huisarts (dat wil zeggen: het beleid dat de huisarts gevoerd zou hebben indien de mogelijkheid voor een CFO niet bestaan zou hebben) en het feitelijk beleid na het CFO vermeld. Het betreft de gegevens die eerder al in Tabel 5.27 en Tabel 5.29 gepresenteerd zijn. Het percentage verwijzingen naar medisch specialisten - als percentage van alle vormen van beleid die de huisartsen vermeld hebben - daalde na de introductie van het CFO van ruim 29% naar bijna 15%. (Voor een uitsplitsing naar de verschillende specialismen wordt verwezen naar bijlage 11.) Verhoudingsgewijs werden de patiënten na het CFO meer voor een consult dan voor behandeling verwezen naar de medisch specialist. Het percentage verwijzingen naar fysiotherapeuten - als percentage van alle vormen van beleid die de huisartsen vermeld hebben - steeg van ruim 56% naar ruim 68%.

Tabel 5.33: Het fictieve en het feitelijk beleid van de huisarts

	fictief beleid ¹	feitelijk beleid ²
Zelf behandelen door huisarts	11,1	10,6
Verwijzing naar medisch specialisme	29,4	14,9
voor behandeling	14,1	3,9
voor advies/consult	15,3	10,9
Verwijzing fysiotherapeut	56,3	68,4
voor behandeling	35,8	
voor (informeel) consult	20,5	
Anders (inclusief verwijzing oefentherapie-Cesar, -Mensendieck)	1,6	5,2
Onbekend	1,6	0,9

1. Percentages hebben betrekking op in totaal 380 vormen van beleid.

2. Percentages hebben betrekking op in totaal 371 vormen van beleid.

3. De term 'informeel' verwijst naar het thans niet wettelijk mogelijk zijn van het consult.

Deze gegevens suggereren dat het CFO geleid heeft tot een verschuiving van medisch specialistische verwijzingen naar verwijzingen voor extramurale fysiotherapie. Het is echter mogelijk dat de verschuivingen tussen fictief en feitelijk beleid veel complexer zijn dan Tabel 5.33 doet vermoeden. In Tabel 5.34 is het fictieve en feitelijke beleid daarom direct met elkaar in verband gebracht. De percentages aan de randen van Tabel 5.34 vertonen enkele geringe verschillen met de percentages in Tabel 5.33. Deze verschillen worden veroorzaakt enerzijds door ontbrekende waarden (N=20) en anderzijds doordat de huisarts in een aantal gevallen (N=11) meer dan één vorm van beleid heeft aangegeven; in die gevallen is op basis van consensus binnen het onderzoeksteam een keuze gemaakt voor een bepaalde vorm van beleid als vermoedelijk de meest belangrijke.

Tabel 5.34 laat zien dat van de 237 patiënten die feitelijk naar de fysiotherapeut verwezen zijn, er 66 (=36+30) in het fictieve beleid naar de medisch specialist verwezen zouden zijn. De feitelijke verwijzingen voor fysiotherapie zijn verder patiënten die fictief door de huisarts zelf behandeld zouden zijn en patiënten die ook fictief naar de fysiotherapeut verwezen zouden zijn.

Tabel 5.34: De relatie tussen het fictieve en het feitelijke beleid van de huisarts: absolute aantallen (en percentages tussen haakjes)

	Feitelijk beleid						Totaal
	zelf behan- delen	verwijzing medisch specialist		verwijzing fysiothera- peut		anders	
		behandeling	consult	behandeling	consult		
Fictief beleid							
Zelf behandelen	7	1	2	27	-	-	37 (11,1)
Verwijzing me- disch specialisme							
behandeling	4	9	2	30	-	2	46 (13,9)
consult	6		8	36	-	4	54 (16,3)
Verwijzing fysio- therapeut							
behandeling	11	11	5	84	-	6	117 (35,2)
consult	5	3	2	57	-	5	73 (21,9)
Anders	1	1	-	3	-	-	5 (1,5)
Totaal	34 (10,2)	19 (5,7)	25 (7,5)	237 (71,4)		17 (5,1)	332

Verder laat Tabel 5.34 zien dat 100 (=54+46) patiënten die in het fictieve beleid naar de medisch specialist verwezen zouden zijn, er feitelijk 19 (=8+2+9) naar de medisch specialist verwezen worden. De patiënten die

fictief naar de medisch specialist verwezen zouden zijn, worden verder feitelijk door de huisarts zelf of door de fysiotherapeut behandeld.

Uit deze gegevens kan men enerzijds concluderen dat er aanwijzingen zijn dat er na een CFO inderdaad een verschuiving van medisch specialistische verwijzingen naar fysiotherapeutische verwijzingen optreedt. Deze bevinding stemt overeen met de eerder gevonden zwakke aanwijzing dat de introductie van het CFO tot een vermindering van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn leidt (zie paragraaf 5.4.1). Anderzijds blijkt opnieuw - evenals in paragraaf 5.3.2 - dat het beleid van de huisarts onder invloed van het CFO verandert. Kennelijk leidt het CFO tot een meer gerichte inzet van de zorg door de huisarts, de medisch specialist en de fysiotherapeut. Deze meer gerichte inzet van de beschikbare middelen betekent dat de doelmatigheid van de zorg toeneemt.

5.4.3. Het aantal zittingen en de duur van de fysiotherapeutische behandeling

In deze paragraaf wordt ingegaan op de duur van de behandeling en het aantal zittingen bij patiënten die volgend op het CFO zijn verwezen voor fysiotherapeutische behandeling. Deze gegevens worden vergeleken met landelijke referentiegegevens (Van der Valk e.a., in voorbereiding).

In Tabel 5.35 is een overzicht gegeven van de duur van de fysiotherapeutische behandeling.

Tabel 5.35: Overzicht van de behandelduur van patiënten onder fysiotherapeutische behandeling na een CFO in vergelijking met landelijke referentiegegevens

Behandelduur	CFO-project ¹ %	BEEF-project ² %
Tot en met 1 week	7	7,3
Langer dan 1 week tot en met 3 weken	18	17,9
Langer dan 3 weken tot en met 6 weken	36	29,2
Langer dan 6 weken tot en met 3 maanden	31	33,3
Langer dan 3 maanden	8	12,3
Totaal	100	100,0

1. n= 341 patiënten.

2. n= 17201 patiënten.

Uit de tabel blijkt dat bij ongeveer 61% van de patiënten uit het CFO-project de behandelperiode korter is dan of gelijk is aan 6 weken. Acht procent van de patiënten wordt langer dan 3 maanden behandeld. Wanneer de gegevens van de totale groep patiënten die na een CFO zijn verwezen

worden vergeleken met de landelijke gegevens blijken er geen significante verschillen te bestaan in de duur van de behandeling. In het hierna komende overzicht is in Tabel 5.36 het aantal zittingen van de behandelperiode vermeld.

Tabel 5.36: Overzicht van het aantal zittingen van de fysiotherapeutische behandeling na een CFO in vergelijking met landelijke referentiegegevens

Aantal zittingen	CFO-project ¹ %	BEEF-project ² %
1 tot en met 3	10	8,8
4 tot en met 6	17	19,5
7 tot en met 12	47	42,7
13 tot en met 18	9	13,1
19 tot en met 24	11	8,1
meer dan 24	6	7,8
Totaal	100	100,0

1. n = 341 patiënten.

2. n = 17201 patiënten.

Bijna driekwart van de patiënten in het CFO-project wordt in twaalf of minder zittingen behandeld. Bij 6% van de patiënten was sprake van meer dan 24 zittingen. Ook het aantal zittingen blijkt in vergelijking met de landelijke gegevens niet significant te verschillen. Uit de beschrijving van de duur en het aantal zittingen van de fysiotherapeutische behandeling blijkt dat na een CFO de behandelperiode en/of het aantal zittingen niet meer of minder is dan volgens landelijke referentiegegevens over verwijzingen voor fysiotherapeutische behandeling.

Uit recent onderzoek blijkt dat de behandelduur en het aantal zittingen fysiotherapie samenhangt met kenmerken van de patiënt en zijn of haar klacht. Uit gegevens van het BEEF-project blijkt ondermeer dat de behandeling langer duurt naarmate de patiënt ouder is en naarmate de klacht van de patiënt langer bestaat. Dezelfde samenhang is gevonden voor het aantal zittingen (Zuijderduin en Dekker, in voorbereiding). In paragraaf 5.1.2 is beschreven dat de patiënten in het CFO-project relatief jong zijn en relatief langdurige klachten hebben. Dit betekent dat de vergelijking tussen het CFO-project en het BEEF-project wat betreft de behandelduur en het aantal zittingen misleidend zou kunnen zijn: voor het verschil in leeftijd en duur van de klachten dient gecorrigeerd te worden om een juiste vergelijking te maken. Om deze correctie uit te voeren zijn de patiënten in het CFO-project 'gewogen': de wegingsfactoren zijn zo gekozen dat de verdeling van de patiënten in het CFO-project wat betreft leeftijd en duur van de klachten

vergelijkbaar wordt met die in het BEEF-project. Na deze wegingsprocedure is de behandelduur en het aantal zittingen in het CFO-project opnieuw vergeleken met die in het BEEF-project. Opnieuw werd géén significant verschil in behandelduur ($p < 0.30$) en het aantal zittingen ($p < 0.50$) gevonden. Ook bij een meer verfijnde analyse blijkt dus geen verschil tussen de behandelduur en het aantal zittingen bij patiënten die na een CFO voor fysiotherapie verwezen worden en landelijke referentiegegevens over fysiotherapeutische behandelingen.

Bij dit resultaat kan ten eerste opgemerkt worden dat - in tegenstelling tot de situatie bij het aantal verwijzingen (zie paragraaf 5.4.1 en 5.4.2) - het ontbreken van een effect niet toegeschreven kan worden aan de onderzoeksopzet. De kans op het aantonen van een verschil in aantal zittingen c.q. behandelduur (de power) ligt ver boven het criterium van 80% (de precieze waarde is niet bekend: de combinatie van een zeer klein effect en een zeer grote N is niet vermeld in de betreffende tabel (Cohen, 1988); extrapolatie laat zien dat de kans circa 99% is).

Ten tweede kan bij dit resultaat opgemerkt worden dat - ondanks de uitgevoerde correcties - het mogelijk blijft dat de vergelijking tussen de patiënten in het CFO-project en het BEEF-project mank gaat. Indien de patiënten in de twee projecten verschillen op een aspect dat sterk van invloed is op de behandelduur c.q. het aantal zittingen, kan de vergelijking tussen de twee projecten misleidend zijn. Het blijft in die zin mogelijk dat er toch een verschil is in de behandelduur c.q. het aantal zittingen; in het huidige onderzoek is - ook na correctie voor twee belangrijke 'versturende' variabelen en met een grote zekerheid (power) omtrent de bevindingen - het echter niet mogelijk geweest een dergelijk verschil aan te tonen.

5.5. Overwegingen ten aanzien van de kosten

In de kosten, die met structurele invoering van het CFO gemoeid zijn, is een aantal componenten te onderscheiden: de tijdsinvestering van huisartsen, de tijdsinvestering van fysiotherapeuten, de verandering in het aantal verwijzingen naar fysiotherapeuten en medisch specialisten, en het aantal zittingen waaruit de behandeling van de naar de fysiotherapeut verwezen patiënten bestaat. De opzet van het onderzoek laat het niet toe een overvallschatting van de kosten van de invoering van het CFO te maken: het quasi-experimentele karakter en het ontbreken van een deel van de benodigde gegevens staan dit niet toe. Wel kan, op basis van de resultaten van het

onderzoek, een aantal overwegingen geformuleerd worden ten aanzien van de bovengenoemde componenten in de kosten.

5.5.1. Tijdsinvestering van huisartsen

Ten aanzien van de tijdsinvestering van huisartsen is in het onderzoek het volgende gevonden:

- Huisartsen besteedden in het algemeen minder dan vijf minuten aan het invullen van de consultaanvraagformulieren; om de uitslag van het consult te vernemen nam in het merendeel van de gevallen de patiënt telefonisch contact op met de huisarts of dienst assistente (zie paragraaf 5.2.3).
- Zonder de mogelijkheid voor een CFO zouden de huisartsen vermoedelijk een min of meer vergelijkbare hoeveelheid tijd geïnvesteerd hebben, aangezien zij de patiënt in dit geval in het merendeel van de gevallen naar een medisch specialist of een fysiotherapeut (voor behandeling of informeel consult) verwezen zouden hebben (zie paragraaf 5.3.2).

Op grond van deze bevindingen is de conclusie verdedigbaar dat structurele invoering van het CFO niet met een extra tijdsinvestering van huisartsen gepaard gaat.

5.5.2. Tijdsinvestering van fysiotherapeuten

De tijdsinvestering van fysiotherapeuten bij het op landelijke schaal structureel invoeren van de mogelijkheid voor een CFO kunnen als volgt geschat worden:

- Het aantal verwijzingen voor een CFO bedraagt 4,9 per 1000 ingeschreven patiënten per jaar. Gegeven de gemiddelde praktijkomvang in 1992 van 2315 personen per huisarts¹ en het totaal aantal praktizerende huisartsen in 1992 van 6548 (Pool en Hingstman, 1992), betekent dit landelijk gezien 74.277 verwijzingen voor een CFO per jaar.
- Per CFO besteden fysiotherapeuten gemiddeld 60 minuten (zie paragraaf 5.2.3). Indien de kosten van een CFO vergoed worden volgens het door het COTG vastgestelde tarief van 1992 voor de ziekenfondssector van f 1,201 per rekenminuut en f 1,279 per rekenminuut voor de particuliere sector (COTG, 1992), betekent dat een vergoeding per CFO van f 72,06 respectievelijk f 76,74 (de hier gehanteerde rekenminuten zijn de door het COTG vastgestelde structurele vergoedingen per sector exclusief de opgelegde kortingen en nacalculaties voor het jaar 1992).
- De verwijfsratio ziekenfonds/particulier verzekerden in het CFO-project bedraagt ongeveer 75:25 en is vergelijkbaar met de ratio verwijzingen voor

¹ Gegevens over de gemiddelde praktijkomvang van huisartsen zijn niet bekend. Om deze reden is bij de berekening uitgegaan van het begrip 'huisartsendichtheid' (gemiddeld aantal inwoners per zelfstandig gevestigde huisarts).

fysiotherapeutische behandeling (zie paragraaf 5.1.2). De kosten van de tijdsinvestering van fysiotherapeuten voor het uitvoeren van de CFO's kunnen, op basis van gegevens over 1992, zodoende geschat worden op f 5.438.362 [(55.707 * f 72,06) = f 4.014.313 voor de ziekenfondssector en (18.569 * f 76,74) = f 1.424.049 voor de particuliere sector].

- Huisartsen gaven echter aan dat - indien de mogelijkheid voor een CFO niet bestaan zou hebben - zij een éénmalig advies bij de fysiotherapeut gevraagd zouden hebben: huisartsen gaven dit bij 20,5% van de verwijzingen voor een CFO aan. Bij formele invoering van het CFO komen dit soort adviezen, en de kosten daarvan, te vervallen.

Het is niet bekend welke vergoeding fysiotherapeuten voor dergelijke eenmalige adviezen kregen. Indien echter uitgegaan wordt van een vergoeding voor één zitting voor ziekenfondsverzekerden van f 32,85 en een vergoeding voor één bezoek van particulier verzekerden van f 28,85² dan is hiermee volgens analoge berekeningen als hierboven gepresenteerd een bedrag van circa f 484.973 gemoeid [$0,205 * 0,75 * 74.277 = 11.420 * f 32,85 = f 375.150$ (betreffende de ziekenfondssector)] en [$0,205 * 0,25 * 74.277 = 3.806 * f 28,85 = f 109.823$ (betreffende de particuliere sector)].

Dit bedrag kan in mindering gebracht worden op het eerder uitgerekende bedrag. De kosten van de tijdsinvestering van fysiotherapeuten voor het uitvoeren van de CFO's kunnen zodoende geschat worden op f 4.953.389.

5.5.3. Verwijzingen naar fysiotherapeuten, medisch specialisten en anderen

Ten aanzien van veranderingen in de verwijzingen van huisartsen is in het onderzoek het volgende gevonden:

- Bij vergelijking van het fictieve beleid van de huisarts (het beleid dat deze gevolgd zou hebben indien de mogelijkheid voor een CFO niet bestaan zou hebben) en het feitelijk beleid zijn verschuivingen in het verwijzgedrag gevonden: het aantal verwijzingen voor fysiotherapie neemt toe en het aantal verwijzingen naar medisch specialisten neemt af. Binnen de medisch specialistische verwijzingen is een verschuiving waarneembaar in de richting van verwijzing voor een consult in plaats van behandeling (zie paragraaf 5.4.2).

² Samengesteld tarief op basis van het tarief voor massage en/of oefentherapie [f 23,75 + tijdelijke toeslag van f 1,35] vermeerderd per bezoek met een toeslag voor de vaste begeleidingstijd [f 3,55 + tijdelijke toeslag van f 0,20] (Tariefbeschikking COTG voor 1992).

- Bij vergelijking van de ziekenfondscijfers over het aantal verwijzingen in de experimentele en de controle-periode zijn - op een zwakke aanwijzing voor een daling van het aantal verwijzingen naar medisch specialisten na - geen aanwijzingen gevonden voor een verandering in het aantal verwijzingen naar fysiotherapeuten, medisch specialisten en anderen (zie paragraaf 5.4.1).

Een plausibele verklaring voor deze (schijnbaar) tegenstrijdige resultaten luidt als volgt (zie paragraaf 5.4.1): Er zijn grote verschillen tussen huisartsen in het aantal verwijzingen. Tegen deze 'achtergrondruis' is het effect van het CFO niet aantoonbaar: verschuivingen in de verwijzingen vallen in het niet bij de variatie tussen huisartsen.

Bij extrapolatie naar de landelijke situatie doen zich twee mogelijkheden voor. Enerzijds is het mogelijk dat ook op landelijke schaal er geen effecten van invoering van het CFO op de verwijzingen waarneembaar zullen zijn. In dat geval verdwijnen ook op landelijke schaal de kleine effecten van het CFO op de verwijzingen in de grote variatie tussen huisartsen bij het verwijzen naar fysiotherapeuten en medisch specialisten. Anderzijds is het mogelijk dat bij extrapolatie naar de landelijke situatie een uitvergroting optreedt waardoor wel verschuivingen in de verwijzingen (meer naar fysiotherapie, minder naar medisch specialisten) waarneembaar zullen zijn. Als men er verder vanuit gaat dat de behandeling bij de fysiotherapeut goedkoper is dan bij de medisch specialist zou dit tot een besparing leiden. Gezien de onzekerheid over de effecten op de verwijzingen en gezien het ontbreken van gegevens over de kosten van de behandeling van patiënten die na een CFO naar een medisch specialist verwezen zijn, wordt een nadere berekening van de hoogte hiervan achterwege gelaten.

5.5.4. Het aantal zittingen in een fysiotherapeutische behandeling

Bij ziekenfondspatiënten zijn de kosten van een fysiotherapeutische behandeling direct gerelateerd aan het aantal zittingen. Bij particuliere patiënten zijn de kosten afhankelijk van de aard van de toegepaste behandelvormen. Omdat over de aard van de behandeling geen informatie beschikbaar is wordt ook bij particuliere patiënten het aantal zittingen als een indicator voor de kosten beschouwd.

Men zou kunnen veronderstellen dat een patiënt die na een CFO naar dezelfde fysiotherapeut voor behandeling verwezen wordt, niet opnieuw door de fysiotherapeut diagnostisch onderzocht hoeft te worden. Het uitvoerig onderzoek naar de klachten in het consult vormt in dat geval de basis voor de behandeling van de patiënt. Als men aanneemt dat in een behandeling normaliter één zitting (de eerste) grotendeels besteed wordt aan het onderzoek van de klachten leidt dit tot het inkorten van de behandeling met één zitting. Op basis van een berekening, die analoog is aan de berekening in

paragraaf 5.5.2, leidt dit tot een besparing van circa f 1.850.000,-.³ Als de behandeling bij de fysiotherapeut inderdaad een zitting korter zou zijn, kan dit bedrag in mindering gebracht worden op de hierboven berekende kosten van de tijdsinvestering van fysiotherapeuten.

In het onderzoek is geen verschil gevonden wat betreft het aantal zittingen fysiotherapie tussen patiënten die na een CFO voor behandeling naar de fysiotherapeut verwezen werden en patiënten die op de gangbare wijze (dat wil zeggen zonder CFO) naar een fysiotherapeut verwezen werden. Dit betekent dat er geen aanwijzingen zijn gevonden dat de behandeling bij de fysiotherapeut na een CFO veel langer en dus veel duurder is; dat er geen aanwijzingen gevonden zijn dat de behandeling bij de fysiotherapeut veel korter en dus veel goedkoper is; en dat er ook geen aanwijzingen zijn dat de behandeling na een CFO één zitting korter is.

Bij dit resultaat dient een kanttekening gemaakt te worden. Zoals in paragraaf 5.1.2 beschreven is zijn er verschillen tussen patiënten die voor een CFO verwezen worden en patiënten die voor een behandeling naar een fysiotherapeut verwezen worden: de CFO-patiënten hebben ondermeer andere klachten (in termen van verwijzindicaties), zij hebben klachten van langere duur, zij zijn jonger, hoger opgeleid en minder vaak eerder fysiotherapeutisch behandeld. Uit recent onderzoek is bekend dat deze variabelen verband houden met het aantal zittingen waaruit een behandeling bestaat (zie Zuijderduin en Dekker, in voorbereiding). Om deze reden is bij de vergelijking tussen patiënten die wel respectievelijk niet na een CFO voor behandeling verwezen werden, gecorrigeerd voor de duur van de klachten en de leeftijd van de patiënt. Voor de aard van de klachten (in termen van stoornissen en beperkingen)⁴ is niet gecorrigeerd omdat deze uitsplitsing tot te kleine aantallen patiënten zou leiden. Voor andere variabelen is even-

³ - In paragraaf 5.5.2 is geschat dat er landelijk 74.277 verwijzingen voor een CFO plaats zullen vinden.
- Zoals vermeld in paragraaf 5.3.2 worden 68,4% van de patiënten na een CFO verwezen naar de fysiotherapeut voor behandeling.
- Driekwart van deze patiënten is verzekerd bij een ziekenfonds. Uitgaande van dezelfde bedragen als in paragraaf 5.5.2 en een duur van één zitting van 30 minuten betekent dit een berekende vergoeding in de ziekenfondssector van f 36,03 per zitting. Eén kwart van de patiënten is particulier verzekerd. Volgens een analoge berekening leidt dit tot een berekende vergoeding van f 38,37 per zitting in de particuliere sector.
- In totaal leidt dit tot een bedrag van $[74.277 * 68,4\% * 3/4 * f 36,03] + [74.277 * 68,4\% * 1/4 * f 38,37] = f 1.860.242,-$.

⁴ Men zou kunnen corrigeren voor de aard van de klachten in termen van verwijzindicaties. Dit heeft echter geen zin omdat het aantal zittingen fysiotherapie vooral bepaald wordt door de klachten in termen van stoornissen en beperkingen; de klachten in termen van verwijzindicaties zijn slechts in geringe mate bepalend voor het aantal zittingen fysiotherapie (zie Zuijderduin en Dekker, in voorbereiding).

eens niet gecorrigeerd omdat het om kleine effecten gaat en ook hier het argument van de kleine aantallen patiënten speelt. Vanwege de verschillen in de aard van klachten dient de mogelijkheid open gehouden te worden dat de vergelijking tussen patiënten die wel respectievelijk niet na een CFO voor behandeling verwezen werden, mank gaat: het is mogelijk dat de CFO-patiënten dermate specifieke klachten hebben dat vergelijking met patiënten zonder CFO voor behandeling verwezen zijn, niet zinvol is zonder te corrigeren voor de aard van de klachten.

De conclusie uit het bovenstaande is dat er geen verschil gevonden is wat betreft aantal zittingen en dus kosten van de behandeling tussen patiënten die wel respectievelijk niet na een CFO voor fysiotherapeutische behandeling verwezen zijn; echter, het is niet zeker dat bij de vergelijking voor alle relevante factoren gecorrigeerd is.

5.5.5. De kosten van het CFO

Uit het bovenstaande moge duidelijk zijn dat er een aantal (onzekere) factoren zijn die bij de schatting van de kosten van invoering van de mogelijkheid voor een CFO een rol spelen.

- Als alleen naar de tijdsinvestering van fysiotherapeuten gekeken wordt bedragen de kosten circa f 5.000.000,-.
- Eventuele kosten danwel baten van verschuivingen in het verwijzen door huisartsen zijn op basis van het huidige onderzoek niet goed te schatten. Er zijn aanwijzingen gevonden dat het aantal verwijzingen naar medisch specialisten afneemt door het CFO; binnen de verwijzingen naar specialisten is een verschuiving waarneembaar in de richting van verwijzing van een consult in plaats van behandeling. Het aantal verwijzingen voor fysiotherapie lijkt door invoering van het CFO toe te nemen. Bij zowel de medisch specialisten als de fysiotherapeutische verwijzingen gaat het om zwakke effecten die in verwijscijfers, die veel 'achtergrondruis' bevatten, niet terug te vinden zijn.
- Op goede gronden is er vanuit gegaan dat het CFO geen extra tijdsinvestering voor huisartsen betekent.
- Als er vanuit gegaan wordt dat bij patiënten die na een CFO voor fysiotherapie verwezen worden geen onderzoek van de klachten meer nodig is, leidt dit tot een besparing van f 1.850.000,-. Er zijn echter geen verschillen gevonden in het aantal zittingen fysiotherapie en dus de kosten van behandeling, tussen patiënten die wel respectievelijk niet via een CFO voor fysiotherapie verwezen zijn; daarbij dient echter de kanttekening gemaakt te worden dat het niet zeker is dat bij deze vergelijking voor alle relevante factoren gecorrigeerd is.
- Tenslotte dient opgemerkt te worden dat bovenstaande overwegingen gebaseerd zijn op een extrapolatie van de gegevens uit het onderzoek. Ge-

zien het representatieve karakter van de steekproef van huisartsen in het onderzoek, is deze extrapolatie verdedigbaar. Er is echter geen garantie dat, buiten het kader van het onderzoek, huisartsen in dezelfde mate gebruik zullen maken van de mogelijkheid van een consult. Het gebruik van het consult zal in sterke mate afhankelijk zijn van de wijze van implementatie van de mogelijkheid voor het consult. Daarom dienen deze overwegingen ten aanzien van de kosten nadrukkelijk van een 'ceteris paribus' clause voorzien te worden.

6. SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN

6.1. Probleem- en doelstelling

In de beleidsnotitie van het Ministerie van WVC 'Ontwikkeling van de fysiotherapeutische hulpverlening' (1989), wordt opgemerkt dat er knelpunten zijn in de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut. Deze knelpunten hangen ondermeer samen met het verschil in de patiëntenpopulatie, en de daarbij behorende werkwijze, tussen huisarts en fysiotherapeut. Er wordt aangekondigd dat het beleid zal worden gericht op het stimuleren van projecten die kunnen bijdragen aan het beter structureren van overleg, informatie-uitwisseling en consultatie tussen huisarts en fysiotherapeut. Het project 'Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek (CFO)' vloeit voort uit dat beleid. In dit project wordt een nieuw element - het consultatief fysiotherapeutisch onderzoek - in het overleg tussen huisartsen en fysiotherapeuten ingevoerd en vervolgens geëvalueerd.

De hoofddoelstelling van het CFO-project is het vaststellen van het effect van de invoering van de mogelijkheid tot het CFO in de eerstelijnsgezondheidszorg op de kwaliteit van de zorgverlening (kwaliteit is hier gedefinieerd als het voldoen aan de behoeften en verwachtingen van de gebruikers). De neven-doelstelling van het project is het vaststellen van het effect van de invoering van het CFO op het aantal verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten en medisch specialisten.

6.2. Methode

Om inzicht te krijgen in de effecten van het CFO is een veldexperiment uitgevoerd. Bij 59 koppels van huisartsen en fysiotherapeuten werd gedurende 7 maanden de mogelijkheid ingevoerd voor het aanvragen van een CFO door de huisarts bij de fysiotherapeut. De huisarts en fysiotherapeut maakten daarbij gebruik van tevoren ontwikkelde aanvraag- en rapportageformulieren, waarin de procedure voor het CFO vastgelegd is.

De respons op het verzoek om aan het onderzoek deel te nemen was hoog (74% en 82% voor respectievelijk huisartsen en fysiotherapeuten). Wat betreft persoons- en praktijkkenmerken waren de deelnemende huisartsen representatief voor de beroepspopulatie. De deelnemende huisartsen onderscheidden zich van de beroepspopulatie in een meer dan gemiddeld verwijzen naar fysiotherapeuten en naar medisch specialisten. Bij de fysiothera-

peuten lijkt ook enige selectie opgetreden te zijn; de deelnemende fysiotherapeuten beschikten over meer praktijkervaring in de eerste lijn dan gemiddeld; en er was een oververtegenwoordiging van fysiotherapeuten die werkzaam waren in een groepspraktijk. De fysiotherapeuten waren wel representatief wat betreft leeftijd, geslacht, het aantal jaren na afstuderen en gevolgde na- en bijscholing. In het algemeen waren de huisartsen en fysiotherapeuten tevreden over hun onderlinge samenwerking.

De gegevens voor het onderzoek zijn verzameld via:

- de consultaanvraag- en rapportageformulieren;
- een enquête onder huisartsen en fysiotherapeuten aan het begin en aan het eind van de periode waarin consulten aangevraagd konden worden;
- ziekenfondscijfers over het aantal verwijzingen naar fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck, en medisch specialisten (orthopeden, reumatologen, neurologen en revalidatie-artsen); deze verwijscijfers betroffen de periode waarin consulten aangevraagd konden worden en de vergelijkbare periode in het daaraan voorafgaande jaar.

6.3. Resultaten en beschouwing

6.3.1. De consulten: aantal en aard

Een belangrijke conclusie van het CFO-project is dat de huisartsen daadwerkelijk gebruikmaken van de mogelijkheid voor een CFO als deze mogelijkheid expliciet wordt geboden.

Het **aantal** consultaanvragen in een periode van 7 maanden (1 september 1992 tot en met 31 maart 1993) bedroeg 352. Dit betekent een verwijscijfer van 4,9 verwijzingen per 1000 ingeschreven patiënten per jaar. Het gebruik van het CFO is laag ten opzichte van het landelijk verwijscijfer voor fysiotherapeutische behandeling, maar is vergelijkbaar met het aantal verwijzingen van huisartsen naar medisch specialisten (neurologen, orthopeden, reumatologen en revalidatie-artsen) voor een (in principe) eenmalig consult. De **aard** van de klachten waarvoor een consult wordt aangevraagd verschilt duidelijk van de klachten waarvoor normaliter patiënten voor fysiotherapeutische behandeling verwezen worden. Hierin is inzicht verkregen door de verwijfsindicaties voor een fysiotherapeutisch consult te vergelijken met de verwijfsindicaties voor fysiotherapeutische behandeling. Het CFO werd vrijwel zonder uitzondering gebruikt bij patiënten met klachten van het bewegingsapparaat (L-code) en niet voor patiënten met bijvoorbeeld klachten van het zenuwstelsel (N-code), ademhalingstelsel (R-code) en urinewegen (U-code). Het CFO werd relatief veel aangevraagd voor ondermeer knieklachten, rugpijn en 'overige pijn' in het been. De verschillen met de verwijzingen naar fysiotherapeutische behandeling betreffen eveneens enkele patiënt-kenmer-

ken zoals leeftijd, opleiding en de duur van de klachten. De patiënten die zijn verwezen voor een CFO zijn in het algemeen jonger, hoger opgeleid en hebben meer langdurige klachten. Het CFO werd nauwelijks gebruikt voor patiënten met kortdurende (acute) klachten. Kennelijk heeft de huisarts juist bij acute klachten minder of geen behoefte aan een CFO.

De huisarts vroeg het consult in 25% van de gevallen aan om meer diagnostische informatie te verkrijgen; in 29% van de gevallen ging het om duidelijkheid te krijgen over de indicatiestelling voor fysiotherapie en in de overige gevallen om beide redenen.

Er is onderzocht welke factoren samenhangen met het aantal consultaanvragen. Het aantal verwijzingen neemt af naarmate de praktijkomvang van de huisarts groter is. Het zijn vooral de huisartsen in de kleinere praktijken die frequenter gebruikmaken van de mogelijkheid voor een CFO. Men zou kunnen veronderstellen dat dit te maken heeft met de werkdruk van huisartsen die werkzaam zijn in praktijken met een grotere praktijkomvang. Andere huisartsgebonden kenmerken, zoals na- en bijscholing op het gebied van het bewegingsapparaat, ervaring in de eerste lijn en de (door de huisarts) ervaren kwaliteit van de samenwerking met de fysiotherapeut, zijn niet van invloed op het verwijscijfer voor een consult.

6.3.2. Oordeel van huisartsen over de kwaliteit van het CFO

Bij het oordeel over de kwaliteit is een onderscheid gemaakt in enerzijds het oordeel van de huisarts over de functionaliteit en anderzijds het oordeel van de huisarts over de procedure van het CFO.

Wat betreft het oordeel over de functionaliteit zijn de volgende gegevens van belang:

- In 64% van de consulten gaf de huisarts aan dat de consultvraag volledig beantwoord was, in 30% was de consultvraag voldoende beantwoord en in 6% was de beantwoording onvoldoende of matig.
- In de enquête na afloop van de periode waarin consulten aangevraagd konden worden gaf 45% van de huisartsen aan dat het consult vaak of altijd nuttig was bij het bepalen van het beleid, 30% gaf aan dat dit regelmatig het geval was en 25% gaf aan dat dit zelden of nooit het geval was.
- In deze enquête gaf 94% van de huisarts aan dat de conclusies en aanbevelingen van de fysiotherapeut vaak of altijd voldoende onderbouwd waren, 4% gaf aan dat dit regelmatig het geval was en 2% zei dat het zelden het geval was.

Wat betreft de **procedure** van het CFO zijn de volgende gegevens van belang:

- Het CFO (inclusief de aanvraag, het beoordelen van de rapportage en het eventueel terugzien van de patiënt) is volgens 86% van de huisartsen in te passen in de dagelijkse praktijk; 8% van de huisartsen vindt het CFO onvoldoende in te passen en 5% heeft hierover geen mening.
- De consultaanvraagformulieren worden door 98% van de huisartsen geschikt geacht om de fysiotherapeut inzicht te geven in de problematiek van de patiënt en het gevoerde beleid.

Wat betreft het toekomstig gebruik van het CFO, gaf ruim tweederde van de huisartsen (71%) aan in de toekomst gebruik te willen maken van de mogelijkheid van een CFO.

Er is onderzocht **welke factoren samenhangen met het oordeel van de huisarts** over het beantwoorden van de consultvraag. Het oordeel van huisartsen over de mate waarin de consultvraag werd beantwoord, wordt vooral beïnvloed door kenmerken van fysiotherapeuten en in mindere mate door kenmerken van huisartsen. Ervaring van fysiotherapeuten met het geven van eenmalige adviezen en het aantal gevolgde na- en bijscholingscursussen laten een positieve samenhang zien met het oordeel van huisartsen over het consult. Verder is het oordeel van huisartsen over de mate waarin de consultvraag werd beantwoord positiever over consulten van fysiotherapeuten met de erkende verbijzondering 'manuele therapie'. Van de kenmerken van huisartsen is het oordeel over de ervaren samenwerking met de fysiotherapeut, de diagnostische deskundigheid van de fysiotherapeut en de mate van inzicht in de indicatiestelling voor fysiotherapie van invloed op de mate waarin de consultvraag werd beantwoord. Huisartsen die voorafgaande aan het veldexperiment met de fysiotherapeut een minder goede samenwerking hadden zijn vaker van mening dat de consultvraag 'volledig' is beantwoord. De huisartsen die niet gewoon zijn om op deze manier gebruik te maken van de deskundigheid van de fysiotherapeut vinden het CFO een belangrijke aanvulling om het beleid te bepalen. Huisartsen die positiever oordelen over de diagnostische deskundigheid van de fysiotherapeut en meer inzicht hebben in de indicatiestelling voor fysiotherapie zijn vaker van mening dat de consultvraag volledig is beantwoord.

Uit het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat huisartsen in het merendeel van de gevallen positief oordelen over de kwaliteit van het CFO. Deze conclusie heeft betrekking op het oordeel van huisartsen over het beantwoorden van de consultvraag, het nut van het consult bij het bepalen van het beleid, de onderbouwing van de conclusies en aanbevelingen door de fysiotherapeut en de procedure van het CFO.

Verschillen in het oordeel over het beantwoorden van de consultvraag hangen vooral samen met kenmerken van fysiotherapeuten: het oordeel van de huisarts is positiever als het consult gegeven is door fysiotherapeuten die ervaring hebben met het geven van eenmalige adviezen, door fysiotherapeuten die meer na- en bijscholing gevolgd hebben en door fysiotherapeuten met de verbijzondering 'manuele therapie'.

6.3.3. De fysiotherapeut en het CFO

Vrijwel alle fysiotherapeuten (95%) achtten het CFO als geheel (inplannen van de patiënt, het eigenlijke onderzoek en de rapportage) te integreren in de dagelijkse praktijk. Over het consultaanvraagformulier oordeelden de fysiotherapeuten positief: 94% acht het formulier geschikt om de fysiotherapeut inzicht te geven in de problematiek van de patiënt en het gevoerde beleid.

Vrijwel alle fysiotherapeuten (96%) vonden dat zij voldoende informatie van de huisarts hadden gekregen om de consultvraag te kunnen beantwoorden. Het oordeel over de duidelijkheid van de consultvraag is positief, zij het iets minder: 77% van de fysiotherapeuten vond de consultvraag door de huisarts duidelijk omschreven.

Fysiotherapeuten besteedden aan het consult (eigenlijk onderzoek en rapportage) gemiddeld 50 tot 70 minuten. Ruim 70% van de fysiotherapeuten besteedden tussen de 20 en 40 minuten aan het eigenlijke onderzoek; bijna 80% van de fysiotherapeuten besteedden tussen de 10 en 30 minuten aan de rapportage.

6.3.4. Het beleid van de huisarts na het CFO

Er is nagegaan welk beleid de huisarts na het CFO heeft gevoerd. Bij 11% van de patiënten heeft de huisarts de patiënt zelf behandeld of begeleid. In 15% van de gevallen heeft de huisarts de patiënt verwezen naar een medisch specialist, in 68% van de gevallen heeft de huisarts de patiënt verwezen naar een fysiotherapeut en in 2% naar overige paramedische disciplines.

Als het beleid van de huisarts wordt vergeleken met het advies van de fysiotherapeut dan blijkt dat de huisarts in de meeste gevallen het advies geheel of gedeeltelijk heeft opgevolgd (89%); in 9% heeft de huisarts een ander beleid gevolgd en in 2% is het beleid onbekend.

Het beleid van de huisarts na het CFO kan eveneens worden vergeleken met het beleid dat de huisarts gevoerd zou hebben als de mogelijkheid voor een CFO niet zou hebben bestaan (fictief beleid). Bij ongeveer 70% van de patiënten die voor een CFO werden verwezen is het beleid van de huisarts geheel (62%) of gedeeltelijk (9%) gewijzigd op basis van de aanvullende informatie van de fysiotherapeut; in 27% is het beleid onveranderd

en in 2% is het onbekend. Deze gegevens wijzen erop dat het beleid van de huisarts door de aanvullende informatie van de fysiotherapeut vaak is veranderd c.q. bijgesteld. Het CFO leidt kennelijk tot een meer gerichte inzet van de zorg door de huisarts, medisch specialist en fysiotherapeut, dat wil zeggen tot een meer doelmatige inzet van de beschikbare middelen.

6.3.5. Veranderingen in verwijscijfers

Hier dienen allereerst drie kanttekeningen bij de onderzoeksopzet gemaakt te worden. (a) De veranderingen in de verwijscijfers zijn alleen onderzocht bij de huisartsen die een consult aan konden vragen; er is geen onderzoek gedaan naar eventuele veranderingen in verwijscijfers bij huisartsen die geen consult aan konden vragen. Hierdoor is het mogelijk dat andere (onbekende) factoren eventuele effecten van het CFO maskeren (of omgekeerd: dat eventuele veranderingen ten onrechte aan het CFO toegeschreven worden). Deze beperking van het onderzoek is echter ten dele ondervangen door de samenhang te onderzoeken tussen het aantal consultaanvragen per huisarts en veranderingen in het verwijscijfer: indien het aanvragen van een consult zou leiden tot bijvoorbeeld een toename in het aantal verwijzingen voor fysiotherapie, zou men een samenhang tussen deze twee variabelen verwachten. Op deze wijze is het ongecontroleerde karakter van het onderzoek tot op zekere hoogte ondervangen. (b) Het onderzoek naar de veranderingen in verwijscijfers heeft uitsluitend betrekking op ziekenfondspatiënten; eventuele, afwijkende, veranderingen bij particuliere patiënten zijn niet onderzocht (maar a priori zijn er geen redenen om aan te nemen dat de huisarts hier een ander beleid zou volgen dan bij ziekenfondspatiënten). (c) De variatie tussen huisartsen in het aantal verwijzingen is zo groot dat eventuele veranderingen in de verwijzingen tengevolge van de invoering van het CFO moeilijk aantoonbaar zijn. Deze veranderingen vallen in het niet tegen de grote 'achtergrondruis' van de verschillen tussen huisartsen in het aantal verwijzingen. Om die reden is, behalve van gegevens van ziekenfondsen over het aantal verwijzingen, gebruikgemaakt van gegevens over het fictieve beleid van de huisarts (dat wil zeggen het beleid dat hij/zij gevoerd zou hebben als de mogelijkheid voor een CFO niet bestaan zou hebben) in vergelijking met het feitelijke beleid van een CFO: op deze wijze zijn de grote verschillen tussen huisartsen als het ware omzeild en is een beschrijving gegeven van meer subtiele veranderingen in het verwijzen.

Er zijn geen significante veranderingen gevonden in het aantal verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten, medisch specialisten (orthopeden, neurologen, reumatologen en revalidatie-artsen) of andere paramedici. Op één uitzondering na is er geen verband gevonden tussen het aantal consultaanvragen en het aantal verwijzingen; de uitzondering betreft een

zwakke aanwijzing voor daling van het aantal verwijzingen met een korte kaart naar medisch specialisten.

Bij een vergelijking van het fictieve beleid en het feitelijke beleid van de huisarts is gevonden dat het aantal verwijzingen naar fysiotherapeuten toeneemt en het aantal verwijzingen naar medisch specialisten afneemt. Binnen de medisch specialistische verwijzingen is een verschuiving geconstateerd in de richting van verwijzing voor een consult in plaats van voor behandeling.

Deze gegevens doen vermoeden dat het verwijsgedrag van huisartsen onder invloed van het CFO wel verandert, maar dat de veranderingen zo klein zijn dat zij in verwijscijfers niet makkelijk aantoonbaar zijn.

6.3.6. Kosten van het CFO

In de kosten, die met structurele invoering van het CFO gemoeid zijn, is een aantal componenten te onderscheiden: de tijdsinvestering van huisartsen, de tijdsinvestering van fysiotherapeuten, de verandering in het aantal verwijzingen naar fysiotherapeuten en naar medisch specialisten, en het aantal zittingen waaruit de behandeling van de naar de fysiotherapeut verwezen patiënten bestaat. De opzet van het onderzoek laat het niet toe een overall schatting van de kosten van de invoering van het CFO te maken: het quasi-experimentele karakter en het ontbreken van een deel van de benodigde gegevens staan dit niet toe. Wel kan, op basis van de resultaten van het onderzoek, een aantal overwegingen geformuleerd worden ten aanzien van de bovengenoemde componenten in de kosten.

- De gegevens uit het onderzoek maken aannemelijk dat invoering van het CFO niet tot een extra tijdsinvestering van huisartsen leidt.
- De kosten van de tijdsinvestering van fysiotherapeuten voor het uitvoeren van consulten zijn geraamd op circa f 5.000.000,-.
- Eventuele kosten danwel baten van verschuivingen in het verwijzen door huisartsen zijn op basis van het huidige onderzoek niet goed te schatten. Er zijn aanwijzingen gevonden dat het aantal verwijzingen naar medisch specialisten afneemt door het CFO; binnen de verwijzingen naar specialisten is een verschuiving waarneembaar in de richting van verwijzing van een consult in plaats van behandeling. Het aantal verwijzingen voor fysiotherapie lijkt door invoering van het CFO toe te nemen. Bij zowel de medisch specialisten als de fysiotherapeutische verwijzingen gaat het om zwakke effecten die in verwijscijfers, die veel 'achtergrondruis' bevatten, niet terug te vinden zijn.
- Als aangenomen wordt dat bij patiënten die na een CFO voor fysiotherapie verwezen worden niet opnieuw een onderzoek van de klachten nodig is, leidt dit tot een besparing van f 1.850.000,-. Tussen patiënten die wel

respectievelijk niet via een CFO voor fysiotherapeutische behandeling verwezen zijn, zijn echter geen verschillen gevonden wat betreft het aantal zittingen fysiotherapie en dus de kosten van de behandeling. Daarbij dient men echter in gedachten te houden dat niet zeker is dat bij deze vergelijking voor alle relevante factoren gecorrigeerd is; met name als gevolg van verschillen in de aard van de klachten zou deze vergelijking mank kunnen gaan.

- Tenslotte dient opgemerkt te worden dat de kosten die met invoering van het CFO gemoeid zullen zijn, afhankelijk zijn van de wijze van implementatie van de mogelijkheid voor het CFO.

6.4. Conclusies

Op grond van bovenstaande resultaten kan een viertal conclusies geformuleerd worden:

- I. Het invoeren van de mogelijkheid voor een CFO leidt tot een verbetering van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg. Deze conclusie is gebaseerd op de volgende bevindingen:
 - Huisartsen maakten daadwerkelijk gebruik van de mogelijkheid voor het aanvragen van een CFO. De samenstelling van de groep patiënten die verwezen werden voor een CFO wijkt af van de samenstelling van de groep patiënten die voor fysiotherapeutische behandeling verwezen wordt; relatief veel voorkomende indicaties voor een CFO waren knieklachten, rugpijn en 'overige pijn' in het been.
 - Huisartsen achtten hun consultvraag in de meeste gevallen beantwoord en zij volgden het advies van de fysiotherapeut op. Huisartsen achtten het consult nuttig bij het bepalen van hun beleid.
 - Huisartsen voerden na een consult een ander beleid dan zij gevoerd zouden hebben in het geval de mogelijkheid voor een consult niet bestaan zou hebben.
 - Huisartsen gaven aan in de toekomst gebruik te willen maken van de mogelijkheid van een CFO.
- II. De bij het CFO gevolgde procedure en de daarbij gebruikte formulieren zijn adequaat. Deze conclusie is gebaseerd op de volgende bevindingen:
 - Zowel huisartsen als fysiotherapeuten waren van mening dat het CFO in te passen is in de dagelijkse praktijk.
 - Zowel huisartsen als fysiotherapeuten achtten de formulieren geschikt om inzicht te geven in de problematiek van de patiënt.

Uit ander onderzoek is bekend dat een welomschreven procedure een belangrijke randvoorwaarde is voor het slagen van consultatie (Kersten, 1992). De ontwikkelde procedure en formulieren voor het CFO zijn derhalve belangrijke randvoorwaarden voor het goed verlopen van het consult.

- III. De consultvraag van de huisartsen wordt beter beantwoord door fysiotherapeuten met meer ervaring en/of scholing. Deze conclusie is gebaseerd op de volgende bevindingen:
- Het oordeel van de huisarts over het beantwoorden van de consultvraag was positiever bij fysiotherapeuten die ervaring hadden met het geven van eenmalige consulten en bij fysiotherapeuten die meer na-en bijscholing gevolgd hadden.
 - Fysiotherapeuten met relatief weinig praktijkervaring in de eerste lijn lieten het verzoek om mee te doen aan het project vaker aan zich voorbij gaan dan fysiotherapeuten met meer ervaring.
- IV. Het is niet mogelijk een overall conclusie ten aanzien van de kosten van invoering van het CFO te trekken. Wel kunnen ten aanzien van componenten in de kosten een aantal overwegingen geformuleerd worden:
- De gegevens uit het onderzoek maken aannemelijk dat invoering van het CFO niet tot een extra tijdsinvestering van huisartsen leidt.
 - De kosten van de tijdsinvestering van fysiotherapeuten voor het uitvoeren van consulten zijn geraamd op circa f 5.000.000,-.
 - Eventuele kosten danwel baten van verschuivingen in het verwijzen door huisartsen zijn op basis van het huidige onderzoek niet goed te schatten. Er zijn aanwijzingen gevonden dat het aantal verwijzingen naar medisch specialisten afneemt door het CFO; binnen de verwijzingen naar specialisten is een verschuiving waarneembaar in de richting van verwijzing van een consult in plaats van behandeling. Het aantal verwijzingen voor fysiotherapie lijkt door invoering van het CFO toe te nemen. Bij zowel de medisch specialisten als de fysiotherapeutische verwijzingen gaat het om zwakke effecten die in verwijscijfers, die veel 'achtergrondruis' bevatten, niet terug te vinden zijn.
 - Als aangenomen wordt dat bij patiënten die na een CFO voor fysiotherapie verwezen worden niet opnieuw een onderzoek van de klachten nodig is, leidt dit tot een besparing van f 1.850.000,-. Tussen patiënten die wel respectievelijk niet via een CFO voor fysiotherapeutische behandeling verwezen zijn, zijn echter geen verschillen gevonden wat betreft het aantal zittingen fysiotherapie en dus de kosten van de behandeling. Daarbij dient men echter in gedachten te houden dat niet zeker is dat bij deze vergelijking voor alle relevante

factoren gecorrigeerd is; met name als gevolg van verschillen in de aard van de klachten zou deze vergelijking mank kunnen gaan.

- Tenslotte dient opgemerkt te worden dat de kosten die met invoering van het CFO gemoeid zullen zijn, afhankelijk zijn van de wijze van implementatie van de mogelijkheid voor het CFO.

6.5. Aanbevelingen

Op grond van het bovenstaande kunnen de volgende aanbevelingen gedaan worden:

- Het is zinvol de consultatieve verwijzing door de huisarts naar de fysiotherapeut formeel mogelijk te maken. Deze formalisering dient zowel in de wet als in de overeenkomsten tussen partijen neergelegd te worden.
- Als randvoorwaarden voor het invoeren van een dergelijk consultatieve verwijzing zijn de volgende zaken van belang:
 - * Het maken van duidelijke afspraken tussen huisartsen en fysiotherapeuten over de procedure bij een consultatieve verwijzing.
 - * Het formuleren van kwaliteitscriteria door de beroepsgroep van fysiotherapeuten ten aanzien van de ervaring en/of scholing van fysiotherapeuten die consultatie geven.
- Er dienen afspraken gemaakt te worden over een redelijke vergoeding voor het consult.

7. LITERATUUR

- Armitage P, Berry G. *Statistical methods in medical research* (2nd ed). Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1987.
- Bakker DH de. *Substitutie van tweedelijnszorg door fysiotherapeuten en eerstelijnsamenwerking*. Utrecht: Nivel (in voorbereiding).
- Bernards ATM. *Schets voor een theoretisch kader fysiotherapie*. Lustrum-symposium. Utrecht: SWSF, 1990.
- Bertels M, Brummeler L ten, Dijkum C van, Giebels R, Mannen J van der. *Tijd voor kwaliteit: evaluatie-onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam*. Amsterdam: SISWO, 1985.
- Brink-Muinen A, Dekker J. *Na- en bijscholing van fysiotherapeuten in de eerste lijn. Een onderzoek naar het aanbod van zorg*. Utrecht: Nivel, 1991.
- Bryk AS, Raudenbusch SW. *Hierarchical Linear Models*. Newbury Park: Sage, 1992.
- Buyten NT, Hoogen R van den, Monteny AE, Veld HO, Lamberts H. *Fysiotherapie vierde in eerstelijnskwartel: verslag over een jaar fysiotherapie in wijkgezondheidscentrum Ommoord*. Ned T Fysiotherapie, 1977;87:374-380.
- Boots J. *Verkleining van de huisartsenpraktijk*. *Gezondheid & Samenleving*; 1984;5(1):11-20.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Statistisch jaarboek 1993*. s'-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1993.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1992*. 's Gravenhage: SDV, 1992.
- Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.
- Classification Committee Wonca. *An international glossary for primary care*. *Huisarts en Wetenschap*, 1981;24:342-346.
- Cook TD, Campbell DT. *Quasi-experimentation. Design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mufflin Company, 1979.
- Crebolder HFJM. *Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandelingen. een inventariserend onderzoek*. *Huisarts en Wetenschap*, 1985; 26(2):42-48.
- Curfs EChr, Kool van Langenberghe HV, Kerssens JJ, Dekker J. *Basisgegevens extramurale fysiotherapie 1989*. Utrecht: Nivel, 1991.
- Dekker J, Baar ME, Curfs EChr, Kerssens JJ. *Diagnosis and treatment in physical therapy: an empirical investigation of their relationship*. *Physical Therapy*, 1993;73:568-577.
- Dopheide JP. *Relatie tussen eerste- en tweedelijns van de gezondheidszorg*. In: EM Sluijs, JP Dopheide, J van der Zee (eds.): *Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns*. Utrecht: Nivel, 1985.
- Dopheide JP. *Verwijzingen door de huisarts. Enkele determinanten van het verwijscijfer van solo-huisartsen op het verstedelijkt platteland en forensengemeenten*. Utecht: NHI, 1982.
- Foets M, Velden J van der. *Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Basisrapport: Meetinstrumenten en procedures*. Utrecht: Nivel, 1990.
- Fysiotherapeutenbesluit*. In: *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden*, 1977 no.432: Besluit van 1 juli 1977 tot vaststelling van nieuwe regelen inzake het beroep van fysiotherapeut.
- Gloerich ABM, Zee J van der. *Determinanten van verwijzen door de huisarts naar de tweedelijns deelproject van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartsenpraktijk*. Utrecht: Nivel, 1992.
- Groenewegen PP, Kerssens JJ, Curfs EChr. *Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg*. *Ned T Fysiotherapie*, 1989;99:22-32.

- Groenewegen PP, Hingstman L, Dekker J. Gebruik en beschikbaarheid van fysiotherapeutische zorg in de toekomst. *Ned T Fysiotherapie*, 1990;100:84-91.
- Grundmeijer HGLM, Brouwer HJ. De betekenis van fysiotherapie bij aandoeningen van het bewegingsapparaat. *Huisarts en Wetenschap*, 1988;31:44-50.
- Have JJM ten, Kolker L. Consultatievormen tussen huisarts en specialist. Utrecht: Stichting O&O, 1990.
- Heerkens YF, Brandsma JW, Lakerveld-Heyl K, Mischner-van Ravensberg CD. Classificaties voor de paramedische beroepen. *Ned T Fysiotherapie*, 1991;2:24-30.
- Heerkens YF, Brandsma JW, Lakerveld-Heyl K, Mischner van Ravensberg CD. Voorstel voor de aanpassing van de classificatie stoornissen en de classificatie beperkingen van de ICDH (fase 1). Amersfoort: SWSF, 1992.
- Heerkens YF, Brandsma JW, Lakerveld-Heyl K, Mischner-van Ravensberg CD. Voorstel voor aanpassing van de classificaties 'stoornissen' en 'beperkingen' uit de ICDH. *Ned T Fysiotherapie*, 1992;3:60-70.
- Heerkens Y, Brandsma W, Bernards A, Hendriks H, Lakerveld-Heyl K, Ravensberg D van, Wams H, Oostendorp R, Helders P. Zin en onzin van het gebruik van de ICDH. *Fysiopraxis*, 1993 18(2): 18-21.
- Hendriks HJM, Brandsma JW, Wagner C, Dekker J. Consultatie van de fysiotherapeut in de eerste lijn. *De Huisarts*, 1991;2:12-14.
- Hendriks HJM, Wagner C, Brandsma JW, Dekker J, Wams R, Oostendorp RAB. Consultatief fysiotherapeutisch onderzoek (CFO) in de eerste lijn. Introductie van het CFO-project en informatie uit de literatuur. *Ned T Fysiotherapie*, 1992a;6:176-183.
- Hendriks HJM, Brandsma JW, Wagner C, Dekker J. Het 'Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek (CFO)' in de eerste lijn. Eindverslag Fase 1. Amersfoort: SWSF, 1992b.
- Hendriks HJM. Consultatie van de fysiotherapeut. Een middel voor een betere samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten. *Jaarboek Fysiotherapie 1993*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum, 1993a.
- Hendriks HJM, Wagner C, Brandsma JW, Dekker J. Eerste ervaringen met het consultatief fysiotherapeutisch onderzoek. Resultaten van een pilot-studie. *Ned T Fysiotherapie*, 1993b; 5:190-200.
- Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization. *Medical Care* 1985; 23:438-460.
- ICIDH, International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva: World Health Organization, 1980.
- ICIDH. Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps. (Vertaling van de Internationale Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps, WHO, Geneva, 1980) Voorburg: TNO-raad voor Gezondheidsresearch, Werkgroep Classificatie en Coderingen, COG-gehandicapten, 1981.
- Jacobs HM, Melker RA de, Touw-Otten FWMM. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten (I+II). *Medisch Contact*, 1983;38:1599-1601 en 1629-1632.
- Janssen R. Effecten van tijdsprijzen op medische consumptie en gezondheid. Dissertatie. Delft: Uitgeverij Eburon, 1989.
- Jones K, Moon G. Multilevel assessment of immunisation uptake as a performance measure in general practice. *British Medical Journal*, 1991; 303:28-31; 303(6793):28-31.
- Kerkhoff AMM. Huisarts en fysiotherapeut: het verwijsgedrag van huisartsen in het licht van art.47-3 Ziekenfondswet. *Medisch Contact*, 1982; 37:991-997; 37(33):991-997.
- Kerkhoff AHM, Groenewegen PP. Enige gegevens over het gebruik van fysiotherapeutische zorg. In: Boerma WGW, Hingstman L (red). *De eerste lijn onderzocht*. Deventer: van Loghum-Slaterus, 1985.
- Kerssens JJ, Curfs EChr, Groenewegen PP. Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg, de hulpverleners huisarts en fysiotherapeut. Utrecht: Nivel, 1986.
- Kerssens JJ, Curfs EChr, Groenewegen PP. Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg, Onderzoek naar (poli)klinische fysiotherapie. Utrecht: Nivel, 1987a

- Kerssens JJ, Groenewegen P, Curfs EChr. Determinanten van het aantal verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten. *T Soc Gezondheidszorg*, 1987b; 65:455-461.
- Kerssens JJ, Curfs EChr. Extramuraal fysiotherapie. Utrecht: Nivel, 1993 (Dissertatie Rijksuniversiteit Utrecht).
- Kersten TJJMT. De invloed van de huisarts op de specialist. Een theoretische analyse getoetst aan de opvattingen van huisartsen. *T Soc Gezondheidszorg*, 1992; 70:171-179.
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Beroepsomschrijving fysiotherapeut. Amersfoort: Centraal Bureau Fysiotherapie, 1992.
- Kwaliteit van zorg. Verhandelingen van de Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991, 22 113, nrs. 1-2.
- Lamberts H, Wood M. International Classification of Primary Care. Oxford University Press, Oxford, 1987.
- Landelijke Huisartsen Vereniging. Het basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: LHV Vademecum, 1987.
- Leemrijse C, Mischner-van Ravensberg CD, Oostendorp RAB. Een brede inventarisatie van het fysiotherapeutisch zorgverleningsproces in de eerstelijnsgezondheidszorg. *Ned T Fysiotherapie*, 1992; 102:208-218.
- Logopedistenbesluit: Besluit van 2 augustus 1980, stb 497, houdende regelen inzake het beroep van logopedist.
- Meekes JWAM, Mekkink HGA, Eijk JTM van. Sekseverschillen in gebruik van tweedelijnszorg: verwijzingen, verrichtingen en opnamen. *T Soc Gezondheidszorg*, 1989; 67:291-296.
- Melker RA de. Samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut binnen de eerstelijns gezondheidszorg. *Ned T Fysiotherapie*, 1981; 9:254-60.
- Ministerie van WVC. Notitie Ontwikkeling Fysiotherapeutische Hulpverlening. Rijswijk, 1989.
- Mischner-van Ravensberg CD, Paauw HJM, Gestel JLM van. De fysiotherapeutische werkdiaagnose in relatie tot de medische diagnose. *Ned T Fysiotherapie*, 1988;5:104-07.
- Mokkink HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen. Dissertatie, Nijmegen: KUN, 1986.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Discussienota Begrippenkader kwaliteit beroepsuitoefening. Zoetermeer, 1986.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Discussienota 'Algemeen begrippenkader kwaliteitsbevordering'. Zoetermeer, 1990.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. De verwijsbrief naar de Tweede Lijn - standaard 001. Huisarts en Wetenschap, 1989; 32:102-105.
- Pesch-Weenink CAW, Collaris JWM, LISZ-cijfers 1981. Verrichtingen minder meer, verpleegdagen meer minder. *Inzet*, 1982; 6:41-43; 6(11):41-43.
- Pool JB, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg 1991. Statistische gegevens per 1 januari 1991 over in de eerste lijn werkzame fysiotherapeuten Utrecht: Nivel, 1993.
- Pool JB, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Statistische gegevens per 1 januari 1991 over huisartsen en verloskundigen. Utrecht: Nivel, 1992.
- Post D, Zanten van A. Hoe nodig is fysiotherapie? *Medisch Contact* 1992; 19:590-593.
- Prosser R, Rasbash J, Goldstein H. ML3 Software for three-level analysis. User's guide for V.2. London: University of London, Institute of education, 1991.
- Rose S. Physical therapy diagnosis: role and function. *Physical Therapy*, 1987; 7:535-537.
- Rijdt van der T, Lubbers M, Kolker L. Het verbeteren van samenwerking. Eindverslag van het project Samenwerking huisarts en fysiotherapeut. Utrecht: Stichting O&O, 1990.
- Sahrmann SA. Diagnosis and classification by physical therapist: a special communication. *Physical Therapy*, 1988; 11:1703-1706.
- Sluijs EM, Bakker DH de, Dronkers J. Kwaliteitssystemen in uitvoering. Utrecht: Nivel, 1994.
- Smit G, Lubbers MAI. Samenwerking huisarts-fysiotherapeut. Basisboek 1989 (alsmede 5 werkboeken) Utrecht, Stichting O&O, 1989/1990.

- Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie. Studiedag "Fysiotherapie en classificaties" te Utrecht. Amersfoort: SWSF, 1987.
- Stokx LJ, Gloerich ABM, Kersten TJJMT. Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering. Utrecht: Nivel, 1992.
- Stokx LJ, Bakker DH de, Delnoy DMJ, Gloerich ABM, Groenewegen PP. Verwijscijfers belicht. Utrecht: Nivel, 1992.
- Triet EF van, Dekker J, Kerssens JJ, Curfs EChr. Reliability of the assessment of impairments and disabilities in survey research in the field of physical therapy. *International Disabilities Studies*, 1990; 12(2):61-65.
- Uunk W, Dekker J, Groenewegen P. Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: morbiditeitspecifieke verwijzpercentages. Deelproject Huisarts en fysiotherapeutische zorg; Basisgegevens uit de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartsenpraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- Uunk WJG, Groenewegen PP, Dekker J. verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: een verklaring en analyse van verschillen tussen huisartsen. *Mens en Maatschappij*, 1992; 67(4):389-411; 67:389-411.
- Van Dale: Groot woordenboek der Nederlandse taal. Van Dale Lexicografie, 1993.
- Valk R van der, e.a. Basisgegevens extramurale fysiotherapie 1989-1992. Gegevens uit het project "beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek fysiotherapie (BEEF)". Utrecht: Nivel (in voorbereiding).
- Veer A de, Bakker D de. Praktijkvorm en het handelen van de huisarts. *T Soc Gezondheidszorg*, 1993; 71:278-287.
- Vliet RCJA van, Vries T de. Vraag naar aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen in Zuid-Holland: specialistische hulp en ziekenhuishulp. Provinciale raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland/Nederlands Economisch Instituut, 1989.
- Werken aan zorgvernieuwing: actieprogramma van het beleid voor de zorgsector in de jaren negentig; met als bijlage: Notitie inzake stelselwijzingen zorgsector. Tweede Kamer, vergaderjaar 1989-1990, 21 545 nrs. 1-2.
- Wet op de Paramedische Beroepen: Wet van 21 mrt 1963 stb.113, laatstelijk gewijzigd bij de Wet van 23 juni 1976, stb.377.
- Wijkkel D. Samenwerken en verwijzen: praktijkvorm en productiecijfers. Deel 1. Utrecht: NHI, 1983.
- Wijkkel D. Samenwerken en verwijzen: samenwerking buiten gezondheidscentra en groepspraktijken. Deel 2. Utrecht: NHI, 1984.
- Wijkkel D. Samenwerken en verwijzen (Dissertatie). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1986.
- Wilkin D. Outcomes research in general practice. *Journal of Roy Coll of Gen Practit*. 1986;36:4-5.
- Zee J van der. De vraag naar de diensten van de huisarts. Dissertatie. Utrecht: NHI, 1982.
- Ziekenfondswet: Tekst van de wet van 15 okt. 1964, houdende regelen met betrekking tot de geneeskundige verzorging door middel van Ziekenfondsverzekering, stb.392.
- Zuijderduin W. en Dekker J. De omvang van de fysiotherapeutische behandeling (in voorbereiding).

BIJLAGEN

- Bijlage 1 : Consultaanvraagformulier en argumentatie van de huisarts
- Bijlage 2 : Formulier voor het vastleggen van persoons- en sociaal-demografische kenmerken
- Bijlage 3 : Registratieformulier voor het registeren van stoornissen en beperkingen
- Bijlage 4 : Rapportageformulier van de fysiotherapeut en evaluatieformulier per CFO voor de huisarts
- Bijlage 5 : Formulier voor het vastleggen van het resultaat en het verloop van de behandeling
- Bijlage 6 : Vragenlijst (voorafgaande aan het veldexperiment) voor huisartsen en fysiotherapeuten ter inventarisatie
- Bijlage 7 : Vragenlijst (volgend op het veldexperiment) voor huisartsen en fysiotherapeuten ter evaluatie
- Bijlage 8 : Aanbevelingsbrief KNGF
- Bijlage 9 : Aanbevelingsbrief NHG
- Bijlage 10: De enkelvoudige samenhang van de predictorvariabelen met het aantal verwijzingen voor een CFO (gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten)
- Bijlage 11: Het verwijsbeleid van huisartsen uitgesplitst naar medisch specialisme voor en na introductie van het CFO



landelijk ondersteuningsinstituut

STICHTING WETENSCHAP EN SCHOLING FYSIOTHERAPIE

CONSULTAANVRAAGFORMULIER

CODE 0301

Telefonisch overleg gewenst? O ja O nee

MEDISCHE GEGEVENS

1. Hulpvraag van de patiënt/voornaamste klachten:

.....

2. Klachten sinds:.....

- Klachten O constant O intermitterend

- recidiverend O ja O nee

- progressief O ja O nee

- trauma O ja O nee

3. Aanvullende relevante medische gegevens:

O niet van toepassing

O voorgeschiedenis:.....

O lichamelijk onderzoek:.....

O röntgen:.....

O laboratorium:.....

O medicatie/injectie:.....

O operaties:.....

O risicofactoren/comorbiditeit:.....

O anders:.....

4. Op dit moment elders onder behandeling voor dezelfde aandoening?

O ja O fysiotherapie

O anders:.....

O nee

Elders onder behandeling geweest voor dezelfde aandoening?

O ja O fysiotherapie

O anders:.....

O nee

5. Andere relevante aspecten van het beleid tot op heden

.....

6. Andere hulpverlening: O ja O huishoudelijke hulp

O gezinshulp

O wijkverpleging

O maatschappelijk werk

O RIAGG

O

O nee

7. Relevante psychosociale informatie:

.....

8. (Voorlopige) diagnose/hypothese:

.....

9. Vraagstelling ten behoeve van het consult:

.....

10. Rapportage gewenst binnen.....dagen

datum: getekend: stempel



PATIËNTGEGEVENS

CODE:.....

Naam:..... Voortletters:.....
 Geboortedatum:..... Geslacht O V O M
 Adres:.....
 Woonplaats:..... Postcode:.....
 Tel:.....

Woonsituatie: O alleenstaand O ouders
 O samenwonend met O kind(eren)
 O partner/echtgeno(o)t(e)
 O anders

Hoogste opleiding: O Basisonderwijs O HAVO
 O LBO O HBO
 O MAVO O VWO
 O MBO O Universiteit

Beroep en/of functie:

Werkzaam: O ja O AOW/VUT
 O nee O NWW
 O AA/WAO
 O Ziektewet
 O Anders:

Verzekeringsvorm: O Particulier (incl. Publiekrechtelijk)
 O Ziektenfonds
 O geen

copyright SWF

Argumentatie voor het Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek

het vaststellen van de indicatie voor fysiotherapie
 het verkrijgen van meer informatie t.a.v. de klachten
 second opinion ter geruststelling van de patiënt
 ter ondersteuning eigen beleid
 ter voorkoming van een verwijzing naar een medisch specialisme
 anders:.....

Indien de mogelijkheid van een CFO niet had bestaan hoe zou u dan vermoedelijk gehandeld hebben?

behandelen/begeleiden door de huisarts zelf
 consullaanvraag
 collega huisarts
 fysiotherapeut
 medisch specialisme
 orthopedie
 neurologie
 reumatologie
 röntgenologie

verwijzing naar een medisch specialisme
 orthopedie
 neurologie
 reumatologie
 röntgenologie

verwijzing naar een paramedicus
 fysiotherapie
 oefentherapie Cesar
 oefentherapie Mensendieck

gezamenlijk onderzoek huisarts/fysiotherapeut
 anders:.....



landelijk ondersteuningsinstituut
STICHTING WETENSCHAP EN SCHOLING FYSIOTHERAPIE

**REGISTRATIEFORMULIER VOOR STOORNISSEN EN BEPERKINGEN VAN DE
 Patiënt**

CODE FYSIOTHERAPEUT

CODE PATIËNT

Indien u vragen heeft over dit registratieformulier kunt u contact opnemen met het projectteam CFO:

STICHTING WETENSCHAP EN SCHOLING FYSIOTHERAPIE (SWSF)
 Postbus 1161 - 3800 BD Amersfoort - Telefoon: 033-622980

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR ONDERZOEK VAN DE
 EERSTELINGSGEZONDHEIDSZORG (NIVEL)
 Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030-319946



Geconstateerde stoornissen (A), ernst van de stoornis (B) en aangrijpingspunt van de fysiotherapeut (C).	A°	B°	C°
Pijn	ja / nee		ja / nee
pijn na bewegen	ja / nee		
pijn tijdens bewegen (dynamische belasting)	ja / nee		
pijn in rust	ja / nee		
pijn bij statische belasting (verminderd bij bewegen)	ja / nee		
pijboleving (chagrijnig, bezwaard, beangstigd)	ja / nee		
pijlnedrag (afwijkende houding, zuchten, kreunen)	ja / nee		
Stoornissen van het bewegingsstelsel en in het bewegen			
afname bewegingsruimte	ja / nee		ja / nee
toename bewegingsruimte	ja / nee		ja / nee
gang (snelheid, patroon)	ja / nee		ja / nee
verminderde actieve stabiliteit	ja / nee		ja / nee
verminderde passieve stabiliteit	ja / nee		ja / nee
coördinatiestoornis	ja / nee		ja / nee
verhoogde spiertonus	ja / nee		ja / nee
verlaagde spiertonus	ja / nee		ja / nee
houdingsgevoel	ja / nee		ja / nee
bewingsgevoel	ja / nee		ja / nee
verminderde spierkracht	ja / nee		ja / nee
trofische stoornis	ja / nee		ja / nee
houdingsafwijking	ja / nee		ja / nee
standsafwijking (knie, bekken, wervelkolom)	ja / nee		ja / nee
Huid- en sensibilitiestoornissen			
verschuifbaarheid, plooibaarheid	ja / nee		ja / nee
sensibiliteit (drupperceptie, pijn-, temperatuurzin)	ja / nee		ja / nee
Inwendige stoornissen			
circulatie-/doorloedingsstoornis	ja / nee		ja / nee
zwellingsgevoel	ja / nee		ja / nee
verhoogde slijmproductie/bemoeilijkt transport	ja / nee		ja / nee
ademhaling (dyspnoe/hyperventilatie)	ja / nee		ja / nee
incontinentie (urine, feces)	ja / nee		ja / nee
Intellectuele en andere psychische stoornissen	ja / nee		ja / nee
slapeloosheid	ja / nee		ja / nee
gehoorstoornis	ja / nee		ja / nee
angst	ja / nee		ja / nee
depressie	ja / nee		ja / nee

- A. oncijferen wat van toepassing is (a.u.b. voor elke stoornis aangeven).
- B. ernst van de stoornis(aan) aangeven met: 1 = matig, 2 = ernstig, 3 = zeer ernstig.
- C. bij elke stoornis aangeven of deze aangrijpingspunt is voor de behandeling.

Geconstateerde stoornissen (A), ernst van de stoornis (B) en aangrijpingspunt van de fysiotherapeut (C).	A*	B*	C*
concentratiestoornis	ja / nee		ja / nee
Oog- en visiestoornissen			
verminderde gezichtscherpte (wazig zien)			ja / nee
Oor-, gehoor- en evenwichtsstoornissen			
verminderde gehoorschermte	ja / nee		ja / nee
duizeligheid (bij het opkomen, omkijken, lopen)	ja / nee		ja / nee
evenwichtsstoornis (bij het gaan, staan, zitten, draaien)	ja / nee		ja / nee
Algemene stoornissen			
vermoeidheid	ja / nee		ja / nee
Andere niet vermelde stoornissen, nl.	ja / nee		ja / nee

Aangedaan lichaamsregio	D*	Aangedaan orgaan/orgaandeel	D*
hoofd	ja / nee	Bot	ja / nee
gelaat	ja / nee	.....
nek (incl. hals)	ja / nee	Gewricht	ja / nee
borst/horst	ja / nee	.....
abdomen	ja / nee	.....
rug/thoracal	ja / nee	Spier	ja / nee
rug/lumbaal	ja / nee	.....
bekken	ja / nee	.....
Bovenste extremiteit		.....
schouder	ja / nee	Bloedvat	ja / nee
bovenarm	ja / nee	.....
ellehoog	ja / nee	.....
onderarm	ja / nee	.....
polz	ja / nee	.....
hand	ja / nee	Zenuw	ja / nee
.....		
Onderste extremiteit		.....
bil	ja / nee	.....
heup	ja / nee	.....
bovenbeen	ja / nee	.....
.....		
knie	ja / nee	Huid	ja / nee
onderbeen	ja / nee	.....
entel	ja / nee	.....
voet	ja / nee	.....

- * A. omcirkelen wat van toepassing is (a.u.b. voor elke stoornis aangeven).
- * B. ernst van de stoornis(en) aangeven met: 1 = matig, 2 = ernstig, 3 = zeer ernstig.
- * C. bij elke stoornis aangeven of deze aangrijpingspunt is voor de behandeling.
- * D. omcirkelen wat van toepassing is (a.u.b. voor elke lichaamsregio en orgaan/orgaandeel aangeven).

Geconstateerde beperkingen (A), ernst van de beperkingen (B) en aangrijpingspunt van de fysiotherapeut (C).	A*	B*	C*
Beperkingen in sensorische basisvaardigheden			
beperking in het handhaven van een lichaamshouding (lig, zit, staan)	ja / nee		ja / nee
beperking in het veranderen van een lichaamshouding (gaan liggen, zitten, staan)	ja / nee		ja / nee
beperking in het dragen	ja / nee		ja / nee
beperking in het tillen	ja / nee		ja / nee
beperking in het oprapen/oppakken	ja / nee		ja / nee
beperking in het reiken	ja / nee		ja / nee
beperking in het verplaatsen van voorwerpen	ja / nee		ja / nee
beperking in het omgaan met voorwerpen	ja / nee		ja / nee
beperking in het grijpen	ja / nee		ja / nee
beperking in het herten	ja / nee		ja / nee
beperking in het knielen	ja / nee		ja / nee
beperking in het bukken	ja / nee		ja / nee
beperking in het truijen	ja / nee		ja / nee
Beperkingen in het verplaatsen			
beperking in het gaan	ja / nee		ja / nee
beperking in het traplopen	ja / nee		ja / nee
beperking in het fietsen	ja / nee		ja / nee
Beperkingen in de persoonlijke verzorging			
Beperkingen in huishoudelijke bezigheden	ja / nee		ja / nee
Beperkingen met betrekking tot werk/arbeid	ja / nee		ja / nee
Beperkingen in recreatieve bezigheden	ja / nee		ja / nee
Beperkingen in psychosociale vaardigheden	ja / nee		ja / nee
Beperkingen in communicatieve vaardigheden	ja / nee		ja / nee
Andere niet aangegeven beperkingen, nl.	ja / nee		ja / nee

- * A. omcirkelen wat van toepassing is (a.u.b. voor elke beperking aangeven).
- * B. ernst van de beperking(en) aangeven met: 1 = matig, 2 = ernstig, 3 = zeer ernstig.
- * C. bij elke beperking aangeven of deze aangrijpingspunt is voor de behandeling.

Aanvullende gegevens:

CONCLUSIE FYSIOTHERAPEUT

- 1. Consult niet afgerond, vanwege:
- 2. Is fysiotherapie getoedeeft?
 - ja
 - nee (exclusief contra-indicatie)
 - contra-indicatie

3. AANBEVELING FYSIOTHERAPEUT

begeleiden/behandelen door de huisarts zelf

consult van specialisme, nl.

verwijzing naar specialisme, nl.

consult fysiotherapeut met bijzondere bevoorwaarden

verwijzing naar paramediscus, nl.

gezamenlijk onderzoek huisarts/fysiotherapeut

anders, nl.

- orthopedie
- neurologie
- reumatologie
- nefrologie
-
- manuele therapie
- fysiotherapie in de sportgezondheidszorg
- fysiotherapie in de pre- en postnatale gezondheidszorg
- fysiotherapie en geriatrie
- fysiotherapie in de kinder- en jeugdgezondheidszorg
-
- fysiotherapie
- oefentherapie
- Mensendieck
- oefentherapie Cesar
-

4. Is de belasting en/of de belastbaarheid van de patiënt veranderd?

- a. de algemene belasting (bijv. werkdruk, beroep, hobby, thuisituatie)
 - hoog
 - normaal voor die persoon
 - laag
- b. de regionale belasting (bijv. verandering in de lichamelijke belasting)
 - hoog
 - normaal voor die persoon
 - laag
- c. de algemene belastbaarheid (bijv. griep, prikkelbaarheid, concentratiestoornis)
 - hoog
 - normaal voor die persoon
 - laag
- d. de regionale belastbaarheid (bijv. eerder letsel in dezelfde regio)
 - hoog
 - normaal voor die persoon
 - laag

5. Wilt u een prognose geven over het fysiologisch herstelproces van de stoornissen van de patiënt?

- volledig herstel
- gedeeltelijk herstel
- stabiliseren functieniveau
- niet in te schatten
- anders, nl.

6. Wilt u een prognose geven over het functioneel herstelproces van de beperkingen van de patiënt?

- volledig herstel
- gedeeltelijk herstel
- stabiliseren functieniveau
- niet in te schatten
- anders, nl.

7. Wilt u een prognose geven van het aantal noodzakelijke behandelingen?

- Duur van de behandelperiode:
- 1 - 3 behandelingen
 - 4 - 6 behandelingen
 - 7 - 12 behandelingen
 - 13 - 18 behandelingen
 - 19 - 24 behandelingen
 - > 24 behandelingen
 - niet in te schatten
 - anders, nl.

OPMERKINGEN:

.....

FYSIOTHERAPEUTISCHE RAPPORTAGE

CODE:.....

Naam patiënt:..... Geboortedatum:.....

Adres:.....

CONSULTVRAAG VAN DE HUISARTS:

FYSIOTHERAPEUTISCHE BEVINDINGEN

Hulpvraag van de patiënt:

Anamnestiche gegevens:

Onderzoeksbevindingen:

Betekenis in termen van stoornis(sen) en beperking(en):

CONCLUSIES/AANBEVELINGEN: (Indien advies fysiotherapie: einddoelen formuleren, verwachte aantal behandelingen aangeven en prognose vermelden)

copyright SWSF

getekend:

Evaluatie CFO door de huisarts

CODE:.....

Handelbeleid van de arts volgend op de fysiotherapeutische rapportage

behandelen/begeleiden door de huisarts zelf, namelijk:

consultaanvraag

collega huisarts

medisch specialisme

- orthopedie
- neurologie
- reumatologie
- röntgenologie
- O

consult fysiotherapeut

met bijzondere
bekwaamheden

manuele therapie

- ft in de sportgezondheidszorg
- ft in de pre- en postnatale gezondheidszorg
- ft en geriatrie
- ft in de kinder- en jeugdgezondheidszorg
- O

verwijzing naar een
medisch specialisme

- orthopedie
- neurologie
- reumatologie
- röntgenologie
- O

- korte kaart
- lange kaart

verwijzing naar een
paramedicus

- fysiotherapie
- oefentherapie Cesar
- oefentherapie Mensendieck
- O

gezamenlijk onderzoek huisarts/fysiotherapeut

anders:.....

Beoordeling consult

In welke mate heeft het CFO antwoord gegeven op uw consultvraag?

- volledig
- voldoende
- matig
- onvoldoende
- nauwelijks

Opmerkingen

bijlage 5

9. Registratie van het aantal zittingen van de patiënt die volgend op een CFO voor behandeling is verwezen

1. Code patiënt:
2. Verwijsdiagnose huisarts:
3. Behandelperiode vantot
4. Totaal aantal zittingen:
5. Wilt u aangeven wat het eindresultaat van de behandeling is?
 - klachtenvrij
 - voldoende resultaat, niet geheel klachtenvrij
 - voortzetten therapie niet zinvol (terugverwijzen huisarts)
 - toename klachten
 - anders, nl.
 - n.v.t., nl.
6. Wilt u aangeven door wie de behandeling is gestopt?
 - door patiënt
 - door huisarts
 - door fysiotherapeut
 - door specialist
 - anders, nl.
 - n.v.t.

Indien de behandeling nog niet is afgerond:
Wilt u een prognose geven van het aantal nog benodigde zittingen?

- | | |
|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1-3 zittingen | Duur van de behandelperiode |
| <input type="checkbox"/> 4-6 zittingen | ..... |
| <input type="checkbox"/> 7-12 zittingen | ..... |
| <input type="checkbox"/> 13-18 zittingen | ..... |
| <input type="checkbox"/> 19-24 zittingen | ..... |
| <input type="checkbox"/> > 24 zittingen | ..... |
| <input type="checkbox"/> niet in te schatten | ..... |
| <input type="checkbox"/> anders, nl. .... | ..... |

10. Acht u het nodig dat de patiënt nog door een andere hulpverlener wordt behandeld?
 - ja, namelijk
 - nee

7. Wilt u aangeven wat het eindresultaat van de behandeling is op de geconstateerde stoornissen (fysiologisch herstelproces)?

- volledig herstel
- gedeeltelijk herstel
- stabiliseren functieniveau
- verslechtering
- anders, nl.

8. Wilt u aangeven wat het eindresultaat van de behandeling is op de geconstateerde beperkingen (functioneel herstelproces)?

- volledig herstel
- gedeeltelijk herstel
- stabiliseren functieniveau
- verslechtering
- anders, nl.



VRAGENLIJST VOOR HUISARTSEN



De ingevulde vragen zijn vertrouwelijk en komen de betrokken fysiotherapeut niet onder ogen.
 Het invullen van de vragenlijst duurt +/- 10 minuten.

Indien u vragen heeft over deze vragenlijst kunt u contact opnemen met het projectteam CFO:

STICHTING WETENSCHAP EN SCHOLING FYSIOTHERAPIE (SWSF)
 Postbus 1161 - 3800 BD Amersfoort - Telefoon: 033-622980

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR ONDERZOEK VAN DE
 EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG (NIVEL)
 Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030-319946



nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg

GEGEVENS HUISARTS

Geslacht: man / vrouw (doorhalen wat niet van toepassing is)
Geboortjaar:
Praktijkadres:
Tel:
Diploma behaald in:

ALGEMEEN

- Jaren ervaring in huisartsenpraktijk:

- 0 1-2 jaren
- 0 3-4 jaren
- 0 5-7 jaren
- 0 8-10 jaren
- 0 > 10 jaren

- Type praktijk:

- 0 solopraktijk
- 0 duopraktijk
- 0 praktijk met totaalhuisartsen
- 0 gezondheidscentrum

- Totale praktijkomvang:

- Bij- en nascholing op het gebied van het bewegingssysteem sinds afstuderen:

VERWIJZING

1. Hoeveel patiënten (nieuwe en vervolgvrijzingen) verwijst u gemiddeld per week voor fysiotherapie?
 patiënten per week
2. Hoeveel patiënten (nieuwe en vervolgvrijzingen) verwijst u gemiddeld per week naar de fysiotherapeut met wie u tijdens het CFO-project samenwerkt?
 patiënten per week
3. Hoeveel patiënten met klachten van het bewegingssysteem verwijst u gemiddeld per week naar medische specialisten?
 patiënten per week

bijlage 6

4. Met hoeveel fysiotherapeuten werkt u samen?

De vragen 5 t/m 22 hebben betrekking op de fysiotherapeut met wie u tijdens het CFO-project samenwerkt.

	nooit	zelden	regelmatig	vaak	zeer vaak
5. Adviseert u patiënten naar die fysiotherapeut te gaan vanwege zijn/haar specifieke deskundigheid in relatie met de klacht(en) van de patiënt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Geeft u bij de verwijzing naar de fysiotherapeut een behandelvoorstel aan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Verwijst u patiënten naar de fysiotherapeut ook als u geen zekerheid heeft omtrent de indicatie voor fysiotherapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Verwijst u patiënten éénmalig voor voorlichting/ advies naar de fysiotherapeut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Heeft u éénmalig overleg met collega's huisartsen over een patiënt met klachten van het bewegingssysteem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Verwijst u patiënten naar de fysiotherapeut omdat u duidelijkheid wilt krijgen over de indicatiestelling voor fysiotherapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Vraagt u de fysiotherapeut telefonisch om advies over patiënten met klachten van het bewegingssysteem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OVERLEG HUISARTS EN FYSIOTHERAPEUT

12. Hoe ervaart u op dit moment de samenwerking met de fysiotherapeut?

- uitstekend
- voldoende
- matig
- onvoldoende
- slecht

13. Op welk niveau vindt de samenwerking plaats? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- patiëntenbespreking; (zie vraag 14)
- uitwisselen van informatie over gezamenlijke patiënten
- hulpverlenersgerichte besprekingen; frequentie:
- onderzoeken van elkaars werkwijze
- beleidsgerichte besprekingen; frequentie:
- gezamenlijk ontwerpen van protocollen
- anders, nl.

14. Heeft u voorstellen om de samenwerking met de fysiotherapeut te verbeteren?

- nee
- ja, nl.

15. Houdt u regelmatig patiëntenbesprekingen over één of meerdere patiënten met de fysiotherapeut?

- 1 keer per week
- 1 keer per twee weken
- 1 keer per maand
- < 1 keer per maand
- nooit
- anders, nl.

Toelichting:

16. Welke vorm(en) van patiëntenbespreking heeft u met de fysiotherapeut? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- geen
- telefonisch
- schriftelijk
- bij informele bijeenkomsten
- vaste bijeenkomst huisarts en fysiotherapeut
- anders, nl.

17. Op wiens initiatief vindt de patiëntenbespreking meestal plaats?

- huisarts
- fysiotherapeut
- van beiden even vaak
- n.v.t., bestaan al vaste afspraken

18. Heeft u afspraken met de fysiotherapeut omtrent telefonische bereikbaarheid?

- ja
- nee

19. Heeft u gezamenlijke activiteiten met de fysiotherapeut? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
- O refereeravonden
 - O cursussen
 - O gezamenlijk spreekuur
 - O geen
 - O anders (toelichting)

Toelichting:.....

RAPPORTAGE

20. Ontvangt u een rapportage van de fysiotherapeut?
- O nooit
 - O zelden
 - O regelmatig
 - O vaak
 - O zeer vaak
21. Ontvangt u naar uw mening de rapportage na beëindiging van de behandelsessies binnen de door u gewenste tijd?
- O nooit
 - O zelden
 - O regelmatig
 - O vaak
 - O zeer vaak

22. Wat is uw mening over de informatie die u van de fysiotherapeut ontvangt over:
- a) de bevindingen van het fysiotherapeutische onderzoek?
- | Anamnese | Onderzoek | Behandeldoel | Prognose |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> O uitstekend | <input type="radio"/> O uitstekend | <input type="radio"/> O uitstekend | <input type="radio"/> O uitstekend |
| <input type="radio"/> O voldoende | <input type="radio"/> O voldoende | <input type="radio"/> O voldoende | <input type="radio"/> O voldoende |
| <input type="radio"/> O matig | <input type="radio"/> O matig | <input type="radio"/> O matig | <input type="radio"/> O matig |
| <input type="radio"/> O onvoldoende | <input type="radio"/> O onvoldoende | <input type="radio"/> O onvoldoende | <input type="radio"/> O onvoldoende |
| <input type="radio"/> O slecht | <input type="radio"/> O slecht | <input type="radio"/> O slecht | <input type="radio"/> O slecht |
- b) de resultaten van de fysiotherapeutische interventie op het gezondheidsprobleem van de patiënt?
- O uitstekend
 - O voldoende
 - O matig
 - O onvoldoende
 - O slecht

- Wat is uw mening over de informatie die u van de fysiotherapeut ontvangt over:
- c) de adviezen/instructies die aan de patiënt gegeven zijn?
- O uitstekend
 - O voldoende
 - O matig
 - O onvoldoende
 - O slecht

KENNIS EN ERVARING MET FYSIOTHERAPIE

23. Hoe beoordeelt u uw kennis over indicaties voor fysiotherapie?
- O uitstekend
 - O voldoende
 - O matig
 - O onvoldoende
 - O slecht
 - O geen mening
24. Hoe beoordeelt u uw inzicht in de werkwijze van fysiotherapeuten?
- O uitstekend
 - O voldoende
 - O matig
 - O onvoldoende
 - O slecht
 - O geen mening
25. Vindt u dat uw kennis over indicaties en contra-indicaties voor fysiotherapie die u tijdens uw opleiding tot arts verkregen heeft aansluit bij de praktijk?
- O uitstekend
 - O voldoende
 - O matig
 - O onvoldoende
 - O slecht
 - O geen mening
26. Kunt u aangeven hoe u uw kennis over indicaties en contra-indicaties voor fysiotherapie heeft opgedaan? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
- O tijdens de opleiding tot huisarts
 - O bij casusbesprekingen
 - O door nascholingscursussen
 - O door middel van publicaties
 - O door middel van samenwerking met fysiotherapeuten
 - O bij kennissen, vrienden, familieleden
 - O anders, nl.



landelijkondersteuningsinstituut

STICHTING WETENSCHAP EN SCHOLING FYSIOTHERAPIE

VRAGENLIJST VOOR FYSIOTHERAPEUTEN

F [] []

De ingevulde vragen zijn vertrouwelijk en komen de betrokken huisarts niet onder ogen.
Het invullen van de vragenlijst duurt +/- 10 minuten.

Indien u vragen heeft over deze vragenlijst kunt u contact opnemen met het projectteam CFO:

STICHTING WETENSCHAP EN SCHOLING FYSIOTHERAPIE (SWSF)
Postbus 1161 - 3800 BD Amersfoort - Telefoon: 033-622980

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR ONDERZOEK VAN DE
EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG (NIVEL)
Postbus 568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030-319946



nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg

GEGEVENS FYSIOTHERAPEUT

Geslacht: man / vrouw (doorhalen wat niet van toepassing is)	.....
Geboortjaar: .....	.....
Praktijkadres:	Tel:
Diploma behaald in: .....	.....

ALGEMEEN

- Aantal jaren ervaring in de eerste lijn:
 - 1-2 jaren
 - 3-4 jaren
 - 5-7 jaren
 - 8-10 jaren
 - > 10 jaren
- Ervaring elders:
 - ziekenhuis
 - revalidatiecentrum
 - verpleeghuis
 - anders, nl.
- Heeft u een na- en bijscholing gevolgd die leidt tot de door het KNGF erkende verbijzondering?
 - manuele therapie
 - fysiotherapie in de sportgezondheidszorg
 - fysiotherapie in de pre- en postnatale gezondheidszorg
 - fysiotherapie en geriatric
 - fysiotherapie in de kinder- en jeugdgezondheidszorg
- Heeft u een door de lidvereniging erkende opleiding gevolgd?
 - fysiotherapie bij hart- en vaatandoeningen
- Heeft u andere na- en bijscholingscursus(sen) gevolgd?
-
-
- Heeft uw aandeel van de praktijkpopulatie bijzondere kenmerken (sporters, ouderen)?
-
-
- Praktijkvorm:
 - solopraktijk
 - duo-praktijk
 - groepspraktijk met totaal.....fysiotherapeuten
 - gezondheidscentrum
 - anders, nl.

- Hoeveel uur besteedt u per week aan directe patiëntenzorg?

..... uur per week

- Bent u bekend met de begrippen 'stoornissen' en 'beperkingen' van de ICD10?

- bekend, ik gebruik de terminologie voor de registratie van mijn gegevens in de praktijk
- van gehoord, maar nog niet voor registratie in de praktijk gebruikt
- niet bekend

SAMENWERKING EN VERWIJZING HUISARTS

1. Hoeveel huisartsen verwijzen regelmatig naar uw praktijk?.....

De vragen 2 t/m 20 hebben betrekking op de huisarts waar u tijdens het CFO-project mee samenwerkt.

	nooit	zelden	regelmatig	vaak	zeer vaak
2. Neemt de huisarts voortgaand aan of in de loop van de behandeling contact met u op?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Neemt u (telefonisch) contact op met de huisarts in de loop van de behandelperiode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Geeft de huisarts op eigen initiatief voldoende relevante medische verwijsgegevens? (bijv. over medicatie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Geeft de huisarts op uw verzoek voldoende relevante medische verwijsgegevens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Geeft de huisarts op eigen initiatief voldoende relevante psycho-sociale gegevens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Geeft de huisarts op uw verzoek voldoende relevante psycho-sociale gegevens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Verwijst de huisarts patiënten naar u vanwege uw bijzondere kennis en vaardigheden op een bepaald gebied?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vraagt de huisarts u om advies t.a.v. indicatie voor fysiotherapie of handelbeleid bij een patiënt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Verwijst de huisarts patiënten naar u voor éénmalig advies of instructie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Welke vorm(en) van patiëntenbespreking heeft u met de huisarts? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- geen
- telefonisch
- schriftelijk
- bij informele bijeenkomsten
- vaste bijeenkomst huisarts en fysiotherapeut
- anders, nl.

12. Op wiens initiatief vindt de patiëntenbespreking meestal plaats?

- huisarts
- fysiotherapeut
- van beiden even vaak
- n.v.t., er bestaan al vaste afspraken

13. Hoe vaak houdt u patiëntenbesprekingen met de huisarts? (over één of meerdere patiënten)

- 0 1 keer per week
- 0 1 keer per twee weken
- 0 1 keer per maand
- 0 < 1 keer per maand
- 0 nooit
- 0 anders, nl.

14. Heeft u afspraken met de huisarts omtrent telefonische bereikbaarheid?

- ja
- nee

15. Heeft u gezamenlijke activiteiten met de huisarts? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- refereravonden
- cursussen
- gezamenlijk spreekuur
- geen
- anders, nl.

16. Als u behoefte heeft aan aanvullende informatie hoe vraagt u die dan? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- telefonisch
- schriftelijk
- anders, nl.

17. Hoe beoordeelt u de kennis van de huisarts over de indicaties voor fysiotherapie?

- uitstekend
- voldoende
- matig
- onvoldoende
- slecht

18. Hoeervaart u op dit moment in het algemeen de samenwerking met de huisarts?

- uitstekend
- voldoende
- matig
- onvoldoende
- slecht

19. Op welk niveau vindt samenwerking plaats? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Op het niveau van:
 - patiëntenbespreking; (zie vraag 13)
 - uitwisselen van informatie over patiënten
 - hulpverleningsgerichte besprekingen;
 - onderzoeken van elkaars werkwijze
 - beleidsgerichte besprekingen;
 - gezamenlijk ontwerpen van protocollen
 - anders, nl.
- frequentie:
- frequentie:

20. Heeft u voorstellen om de samenwerking met de huisarts te verbeteren?

- nee
- ja, nl.

SAMENWERKING EN VERWIJZING FYSIOTHERAPEUTEN

21. Verwijzen uw collega's wel eens probleempatiënten naar u vanwege uw bijzondere kennis en vaardigheden op een bepaald gebied?

- a. voor onderzoek
- b. voor behandeling

	nooit	zelden	regelmatig	vaak	zeer vaak
a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Heeft u overleg met uw collega's over onderzoek en behandeling van uw patiënten?

- nooit
- zelden
- regelmatig
- vaak
- zeer vaak

CONSULT

De vragen 23 en 25 hebben betrekking op de huisarts met wie u tijdens het CFO-project samenwerkt.

23. Hoe vaak wordt u door de huisarts om advies gevraagd betreffende een indicatie voor fysiotherapie?

- 0-1 keer per week
- 1 keer per twee weken
- 1 keer per maand
- < 1 keer per maand
- nooit
- anders, nl.

24. Hoe vaak wordt u door medisch-specialisten om advies gevraagd betreffende een indicatie voor fysiotherapie?

- 0-1 keer per week
- 1 keer per twee weken
- 1 keer per maand
- < 1 keer per maand
- nooit
- anders, nl.

RAPPORTAGE

25. Geeft u de huisarts een schriftelijke rapportage van het resultaat van de behandeling?

- Tijdens de behandeling
 - nooit
 - zelden
 - regelmatig
 - vaak
 - zeer vaak
- Bij afronding van de behandeling
 - nooit
 - zelden
 - regelmatig
 - vaak
 - zeer vaak

26. Maakt u bij uw dagelijkse patiëntenregistratie gebruik van standaardformulieren?

- voor persoonsgegevens
- patiëntenkaart
- voor de rapportage naar de huisarts
- anders, nl.
- nee

27. Maakt u bij uw dagelijkse patiëntenregistratie gebruik van een softwarepakket?

- ja, nl.
- nee

EVALUATIE CFO DOOR HUISARTSEN

CODE HUISARTS:

datum:.....

1. Hoeveel weken van de experimentele periode van het CFO-project (1 september 1992 tot 1 april 1993) heeft u door vakantie(s), ziekte en verhuizing e.d. geen gebruik kunnen maken van het CFO?

aantal weken:

VRAGENLIJST VOOR HUISARTSEN

TER EVALUATIE

VAN HET CFO-PROJECT

HUISARTS CODE:

ORDEEL OVER HET CONSULTAANVRAAGFORMULIER

2. Vindt u de indeling van het consultaanvraagformulier overzichtelijk?

- nee
 ja

Indien nee, kunt u dan aangeven wat u niet overzichtelijk vindt?

.....
.....

De vragenlijsten zullen vertrouwelijk worden behandeld en de gegevens anoniem verwerkt. Indien vragen heeft over de vragenlijst kunt u contact opnemen met het projectteam.

STICHTING WETENSCHAP EN SCHOLING FYSIOTHERAPIE (SWSF)
Postbus 1161 - 3800 BD Amersfoort - Telefoon: 033-622980

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR ONDERZOEK VAN DE
EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG (NIVEL)
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030-319946

3. Heeft u items op het consultaanvraagformulier gemist?

- nee
 ja

Indien ja, kunt u dan aangeven welke items u heeft gemist?

.....
.....

4. Vindt u het consultaanvraagformulier geschikt om de fysiotherapeut inzicht te geven in de problematiek van de patiënt?

- ja
- nee

Toelichting:.....
.....

OORDEEL OVER DE PROCEDURE VAN HET CFO

5. Hoeveel tijd besteedde u in de meeste gevallen aan het invullen van het consultaanvraagformulier?

- 0 1-2 minuten
- 0 3-4 minuten
- 0 5-6 minuten
- 0 7 of meer minuten

6. Is het volgens u mogelijk het CFO in de dagelijkse praktijk van de huisarts in te passen?

- ja
- nee

a) het invullen van het consultaanvraagformulier:

- 0 nauwelijks
- 0 onvoldoende
- 0 matig
- 0 voldoende
- 0 goed

b) het maken van een vervolgafspraak met de patiënt en het lezen van de fysiotherapeutische rapportage:

- 0 nauwelijks
- 0 onvoldoende
- 0 matig
- 0 voldoende
- 0 goed

7. Welke soorten vervolgafspraken maakte u met de patiënt in afwachting van de rapportage van de fysiotherapeut? (meerdere antwoorden mogelijk)

- 0 Ik maakte direct een vervolgafspraak.
- 0 Ik heb de patiënt gevraagd telefonisch contact met mij op te nemen.
 - 0 om een nieuwe afspraak te maken
 - 0 om de uitslag te vernemen
- 0 Ik heb met de patiënt afgesproken dat ik contact met de patiënt zou opnemen.
 - 0 om een nieuwe afspraak te maken
 - 0 om de uitslag van de rapportage mee te delen
- 0 Ik maakte geen afspraken.
- 0 Anders nl.

8. Van welke mogelijkheid heeft u het meest gebruik gemaakt?

- 0 Ik maakte direct een vervolgafspraak.
- 0 Ik heb de patiënt gevraagd telefonisch contact met mij op te nemen.
 - 0 om een nieuwe afspraak te maken
 - 0 om de uitslag te vernemen
- 0 Ik heb met de patiënt afgesproken dat ik contact met de patiënt zou opnemen.
 - 0 om een nieuwe afspraak te maken
 - 0 om de uitslag van de rapportage mee te delen
- 0 Ik maakte geen afspraken.
- 0 Anders nl.

9. Is het voorgekomen dat u patiënten heeft willen verwijzen voor een CFO die daarmee niet accoord gingen?

- 0 nee
- 0 ja

Indien ja, hoeveel patiënten wilden niet worden verwezen voor een CFO?.....

Om welke reden(en) wilden deze patiënt(en) niet verwezen worden?

10. Heeft u de rapportage van de fysiotherapeut binnen de door u aangegeven tijd ontvangen?

- 0 nooit
- 0 zelden
- 0 regelmatig
- 0 vaak
- 0 altijd

Toelichting:.....

11. Indien u de patiënt na het CFO heeft verwezen voor fysiotherapie maar naar een andere fysiotherapeut dan de CFO-fysiotherapeut, heeft u de rapportage van de CFO-fysiotherapeut dan meegegeven?

- 0 ja
- 0 nee
- 0 nvt

Toelichting:.....

OORDEEL OVER HET RAPPORTAGEFORMULIER EN DE RAPPORTAGE VAN DE FYSIOTHERAPEUT

12. Vindt u de indeling van het rapportageformulier van de fysiotherapeut overzichtelijk?
 nee
 ja

Indien nee, kunt u dan aangeven wat u niet overzichtelijk vindt?
.....
.....

13. Wat vindt u van de terminologie die de fysiotherapeut in de rapportage gebruikt?
a) duidelijk ja nee
b) bruikbaar ja nee

Toelichting:.....
.....

14. Hoe vaak heeft u relevante informatie met betrekking tot de consultvraag gemist?
 nooit
 zelden
 regelmatig
 vaak
 altijd

Toelichting:.....
.....

15. Hoe vaak kreeg u overbodige informatie van de fysiotherapeut?
 nooit
 zelden
 regelmatig
 vaak
 altijd

Toelichting:.....
.....

16. Hoe vaak is uw consultvraag door de schriftelijke rapportage van de fysiotherapeut beantwoord?
 nooit
 zelden
 regelmatig
 vaak
 altijd

Toelichting:.....
.....

17. Hoe vaak waren de conclusies/aanbevelingen van de fysiotherapeut een bevestiging van uw handeldoel?

- nooit
 zelden
 regelmatig
 vaak
 altijd

Toelichting:.....
.....

18. Hoe vaak hebben de conclusies/aanbevelingen van de fysiotherapeut aanleiding gegeven tot wijzingen van uw handeldoel?

- nooit
 zelden
 regelmatig
 vaak
 altijd

Toelichting:.....
.....

19. Hoe vaak waren de behandeldoelen voldoende duidelijk en concreet geformuleerd wanneer de fysiotherapeut het advies gaf dat fysiotherapie getuicoerd was?

- nooit
 zelden
 regelmatig
 vaak
 altijd

Toelichting:.....
.....

20. Vond u de onderbouwing van de conclusies/aanbevelingen van de fysiotherapeut voldoende?
 nooit
 zelden
 regelmatig
 vaak
 altijd
 Toelichting:.....

ALGEMENE EVALUATIE
 21. Hoe vaak vond u het CFO een aanvulling voor het bepalen van uw beleid?
 nooit
 zelden
 regelmatig
 vaak
 altijd
 Toelichting:.....

22. Heeft het CFO geleid tot een beter inzicht in de indicatiestelling voor fysiotherapie?
 zeer weinig
 weinig
 enigszins
 veel
 zeer veel
 Toelichting:.....

23. Kunt u aangeven bij welke klachten/patiëntencategorieën het CFO u geholpen heeft bij het bepalen van uw handelbeleid/therapiekeuze?
 nee
 ja
 Indien ja, wilt u dan de patiëntencategorieën/klachten noemen?

24. Kunt u aan de hand van uw ervaringen met het CFO aangeven wanneer u van de mogelijkheid van een CFO gebruik zou willen blijven maken?
 nee
 ja
 Indien ja, wilt u dan aangeven in welke gevallen?

25. Zijn er patiënten geweest bij wie u geen consult heeft aangevraagd, terwijl u dat achteraf eigenlijk wel had willen doen?
 nee
 ja, geschatte aantal....
 Kunt u de redenen hiervoor aangeven?

SAMENWERKING/OVERLEG
 26. Heeft het CFO geleid tot veranderingen in samenwerking/overleg met de CFO-fysiotherapeut.
 nee
 ja
 Indien ja, welk aspect van de samenwerking en/of het overleg is veranderd?
 afspraken omtrent bereikbaarheid
 afspraken omtrent de rapportage van de fysiotherapeut
 vorm/frequentie van patiëntenoverleg
 afspraken omtrent het behandelbeleid bij bepaalde patiëntencategorieën
 anders, nl.

27. Heeft het CFO geleid tot het maken van afspraken over het 'patiëntenoverleg' met deze fysiotherapeut?
 nee, afspraken waren er al
 nee, geen behoefte
 nog niet, ligt in de bedoeling
 ja
 Toelichting:.....

BEHOEFTE AAN DE MOGELIJKHEID TOT CONSULTATIE VAN DE FYSIOTHERAPEUT

28. Wilt u in de toekomst gebruik maken van een in de regelgeving vastgelegde mogelijkheid een fysiotherapeut te kunnen consulteren voorafgaande aan een eventuele behandeling?

nee; zou u de reden(en) willen aangeven?

ja; zou u de reden(en) willen aangeven?

29. Welke vorm van consultatie met fysiotherapeuten heeft uw voorkeur?

- gezamenlijk spreekuur waar in overleg met elkaar een aantal probleempatiënten onderzocht en besproken worden
- schriftelijk consult: gestructureerd zoals bijvoorbeeld CFO ongestructureerd
- mondeling consult
- anders nl.

30. Heeft u voorkeur voor een mondelinge of schriftelijke vorm van consultatie?

mondeling
schriftelijk
Kunt u uw antwoord toelichten?

31. Had u meer achtergrondinformatie gewenst voorafgaande aan het veldexperiment?

nee
 ja
Indien ja, zou u aan kunnen geven welke informatie?

32. Hoe vaak heeft u de handleiding geraadpleegd?

- nooit
 - zelden
 - regelmatig
 - vaak
 - altijd
- Toelichting:.....

33. Vond u de handleiding voor het gebruik van de formulieren en de procedure van praktisch belang?

- nee
 - ja
- Indien nee, zou u de reden(en) willen aangeven?

34. Heeft u de deelname aan de experimentele periode als belastend ervaren?

- ja
 - nee
- Toelichting:.....

35. Heeft u de deelname aan de experimentele periode als stimulerend ervaren?

- ja
 - nee
- Toelichting:.....

Algemeen commentaar:



landelijk ondersteuningsinstituut

STICHTING WETENSCHAP EN SCHOLING FYSIOTHERAPIE

VRAGENLIJST VOOR FYSIOTHERAPEUTEN

TER EVALUATIE

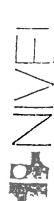
VAN HET CFO-PROJECT

FYSIOTHERAPEUT CODE:

De vragenlijsten zullen vertrouwelijk worden behandeld en de gegevens anoniem verwerkt. Indien u vragen heeft over de vragenlijst kunt u contact opnemen met het projectteam.

STICHTING WETENSCHAP EN SCHOLING FYSIOTHERAPIE (SWSF)
Postbus 1161 - 3800 BD Amersfoort - Telefoon: 033-622980

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR ONDERZOEK VAN DE
EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG (NIVEL)
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030-319946



Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg

datum:.....

ORDEEL OVER HET CONSULTAANVRAAGFORMULIER VAN DE HUISARTS

1. Vindt u de indeling van het consultaanvraagformulier overzichtelijk?

- nee
- ja

Indien nee, zou u de reden(en) willen aangeven?

.....

2. Hoe vaak was de consultvraag van de huisarts duidelijk omschreven?

- nooit
- zelden
- regelmatig
- vaak
- altijd

Toelichting:.....

.....

3. Heeft u via het consultaanvraagformulier voldoende informatie verkregen om de consultvraag te kunnen beantwoorden?

- nee
- ja

Indien nee, zou u aan kunnen geven welke informatie u heeft gemist?

.....

4. Vindt u de items op het consultaanvraagformulier geschikt om inzicht te krijgen in de problematiek van de patiënt?

- ja
- nee

Toelichting:.....

.....

5. Heeft u items op het consultaanvraagformulier gemist?

- nee
- ja

Indien ja, zou u aan kunnen geven welke items u heeft gemist?

.....
.....

6. Hoe vaak kreeg u naar uw mening overbodige informatie van de huisarts?

- nooit
- zelden
- regelmatig
- vaak
- altijd

Toelichting:.....
.....

OORDEEL OVER DE PROCEDURE VAN HET CFO

7. Hoeveel tijd besteedde u gemiddeld aan de anamnese en het lichamenlijk onderzoek bij die patiënten die voor een consult werden verwezen?

- < 20 minuten
- 20-30 minuten
- 30-40 minuten
- 40-50 minuten
- > 50 minuten

8. Hoe vaak besteedde u meer dan 50 minuten aan de anamnese en het lichamenlijk onderzoek?

- nooit
- zelden
- regelmatig
- vaak
- altijd

Toelichting:.....
.....

9. Hoeveel tijd besteedde u in de meeste gevallen aan het beantwoorden van de consultvraag en het schrijven van de rapportage aan de huisarts?

- < 10 minuten
- 10-20 minuten
- 20-30 minuten
- > 30 minuten

10. Hoe vaak besteedde u meer dan 30 minuten aan het schrijven van de rapportage aan de huisarts?

- nooit
- zelden
- regelmatig
- vaak
- altijd

Toelichting:.....
.....

11. Is de tijd die u nodig heeft gehad voor het schrijven van de rapportage gedurende het veldexperiment veranderd?

- nee, ik besteedde steeds ongeveer dezelfde tijd aan de rapportage
- ja, in het begin besteedde ik meer tijd aan de rapportage
- ja, ik besteedde later meer tijd aan de rapportage

Toelichting:.....
.....

12. Hoe vaak was het voor u mogelijk de consultvraag binnen de door de arts aangegeven tijd te beantwoorden?

- nooit
- zelden
- regelmatig
- vaak
- altijd

Toelichting:.....
.....

13. Vindt u het moeilijk concrete aanbevelingen te doen / adviezen te geven aan de huisarts?
 nee
 ja

Indien ja, kunt u de reden(en) aangeven?

.....

14. Hoe vaak vond u het moeilijk een uitspraak te doen over de prognose t.a.v. het herstel van de patiënt?

- nooit
 zelden
 regelmatig
 vaak
 altijd

Toelichting:.....

.....

15. Is het volgens u mogelijk het CFO in de dagelijkse praktijk van de fysiotherapeut te integreren?

- ja nee

a) het implannen van het CFO binnen

de door de huisarts gewenste tijd:

- nauwelijks
 onvoldoende
 matig
 voldoende
 goed

Toelichting:.....

OORDEEL OVER HET RAPPORTAGEFORMULIER VAN DE FYSIOTHERAPEUT

16. Vindt u de indeling van het rapportageformulier overzichtelijk?

- nee
 ja

Indien nee, zou u dan kunnen aangeven wat u niet overzichtelijk vindt?

.....

.....

17. Hoe vaak was het voor u mogelijk alle relevante informatie op dit formulier te vermelden?
 nooit
 zelden
 regelmatig
 vaak
 altijd

Toelichting:.....

.....

18. Kunt u aangeven voor welke items van het rapportageformulier u meer of minder ruimte noodzakelijk acht?

schrijfruimte	meer	voldoende	minder
Hulpvraag van de patiënt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anamnestiche gegevens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onderzoeksbevindingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betekenis in termen van stoornissen en beperkingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conclusies/ aanbevelingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Vindt u het inventarisatieformulier van stoornissen en beperkingen overzichtelijk?

- nee
 ja

Indien nee, kunt u dan aangeven wat u niet overzichtelijk vindt?

.....

.....

20. Hoeveel tijd besteedde u gemiddeld aan het invullen van het inventarisatieformulier van stoornissen en beperkingen inclusief uw conclusies en aanbevelingen aan de huisarts?

- < 10 minuten
 10-20 minuten
 20-30 minuten
 > 30 minuten

21. Hoe vaak besteedde u meer dan 30 minuten aan het invullen van het inventarisatie-formulier van stoornissen en beperkingen inclusief uw conclusies en aanbevelingen aan de huisarts?
- nooit
 zelden
 regelmatig
 vaak
 altijd
- Toelichting:.....

ALGEMENE EVALUATIE

22. Heeft u patiënten verwezen gekregen die problemen hadden met de procedure van het CFO?
- nee
 ja
- Indien ja, kunt u dan de reden(en) aangeven?
-
- Hoeveel patiënten waren ontevreden over de procedure van het CFO?
- patiënten

23. Bent u van mening dat u de consultvraag naar tevredenheid kon beantwoorden?
- nooit
 zelden
 regelmatig
 vaak
 altijd
- Toelichting:.....

24. Zijn er gebieden binnen de fysiotherapie waarin u zich niet voldoende deskundig voelt om een consult uit te voeren?
- nee
 ja
- Indien ja, kunt u aangeven op welk gebied?
-

25. Heeft u de deelname aan de experimentele periode van het CFO-project als belastend ervaren?
- ja
 nee
- Toelichting:.....
26. Heeft u de deelname aan de experimentele periode als stimulerend ervaren?
- ja
 nee
- Toelichting:.....

SAMENWERKING/OVERLEG

27. Heeft het CFO geleid tot veranderingen in de mate van samenwerking/overleg met deze huisarts?
- nee
 ja
- Indien ja, welk aspect van samenwerking/overleg is veranderd?
- afspraken omtrent bereikbaarheid
 afspraken omtrent de rapportage van de fysiotherapeut
 vorm/frequentie van patiëntenoverleg
 afspraken omtrent het handbeleid bij bepaalde patiëntencategorieën
 anders, nl.
- Toelichting:.....

28. Heeft het CFO geleid tot het maken van afspraken betreffende patiëntenoverleg met deze huisarts?
 nee, afspraken waren er al
 nee, geen behoefte
 nog niet, ligt in de bedoeling
 ja
Toelichting:.....
.....

32. Vond u de handleiding over het gebruik van de formulieren voldoende duidelijk?
 nee
 ja
Indien nee, wilt u dan de reden(en) aangeven?
.....
.....

BEHOEFTE AAN FYSIOTHERAPEUTISCHE CONSULTATIE

29. Vindt u het belangrijk dat huisartsen fysiotherapeuten kunnen consulteren voorafgaande aan een eventuele verwijzing?
 nee
 ja
Wilt u uw antwoord toelichten?
.....
.....

33. Heeft u de handleiding voor het gebruik van de formulieren geraadpleegd?
 nee
 ja
Indien nee, kunt u dan de reden(en) aangeven?
.....
.....

30. Welke vorm van consultatie met de huisarts geniet uw voorkeur?
 gezamenlijk spreekuur waar in overleg met elkaar een aantal probleempatiënten onderzocht en besproken worden
 schriftelijk consult: gestructureerd zoals bijvoorbeeld CFO ongestructureerd
 mondeling consult
 anders nl.
.....

34. Heeft u tijdens het veldexperiment de behoefte gehad aan meer gerichte begeleiding?
 nee
 ja
 t.a.v. de rapportage
 t.a.v. de procedure
 t.a.v. van de formulering van de fysiotherapeutische werkdiagnose in termen van stoornissen en beperkingen
 t.a.v. de samenwerking met de betreffende huisarts in het kader van dit project
 anders, nl.
Toelichting:.....
.....

OPZET VAN HET CFO PROJECT

31. Had u meer achtergrondinformatie gewenst voorafgaande aan de experimentele periode?
 nee
 ja
Indien ja, kunt u dan aangeven welke informatie u had gewenst?
.....
.....

Algemeen commentaar:



Postbus 246
3900 AE Amersfoort
Van Hogendorpstraat 6
Telefoon 033-6224100
Telefax 033-616462
Postbank 6333

Aan geadresseerde

Ref. 9213144/JD/W Amersfoort, 31 maart 1992

Betreft

Geachte collega,

U heeft een verzoek ontvangen van de Stichting Wetenschap en Scholing (SWSF) en het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) om mee te werken aan een onderzoek naar de effecten van het Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek in de eerste lijn.

Door deze brief beveelt het bestuur van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) dit, voor de beroepsgroep belangrijkste, onderzoek bij u aan.

Het Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek wil de aanwezige deskundigheid in de extramurale zorg beter aanwenden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Het huidige overheidsbeleid benadrukt het belang van multidisciplinaire samenwerking en een adequate integrale zorg. Het introduceren van een geformaliseerde consultatieve functie is één van de mogelijkheden om de deskundigheid van de fysiotherapeut in de eerste lijn beter te benutten en de samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten te verbeteren.

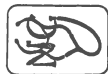
Het beleid van het KNGF is (mede) gericht op bewaking en/of bevordering van de kwaliteit van de fysiotherapeutische hulpverlening. Vanuit de fysiotherapeutische beroepsgroep is in 1987 het voorstel naar voren gekomen de mogelijkheid voor consult of advies te introduceren in de relatie tussen verwijzend arts en fysiotherapeut. Deze consultatiemogelijkheid beoogt het inbrengen van de fysiotherapeutische deskundigheid in het diagnostisch proces van de verwijzend arts en daardoor duidelijkheid te verschaffen of fysiotherapie wel of niet geïndiceerd is. De hypothese is dat door de consultatie een adequate verwijzing en daardoor doelmatige behandeling van de patiënt tot stand komt (Nota KNGF, 1989). Volgens de letter van het Fysiotherapeutenbesluit (1977) is de fysiotherapeut momenteel slechts gerechtigd tot het "toepassen van (...) vormen van therapie". Ook krachtens de uitvoeringsbesluiten van de Ziekenfondswet wordt slechts de therapeutische behandeling vergoed. Dit besluit voorziet momenteel niet in de mogelijkheid van een eigen fysiotherapeutisch-diagnostisch onderzoek.

Een andere reden u te verzoeken heeft te maken met de professionalisering van de beroepsgroep. We achten het voor de beroepsgroep van belang dat de fysiotherapeutische diagnostische deskundigheid van het bewegingsstelsel zichtbaar wordt gemaakt. De resultaten van dit onderzoek kunnen de basis vormen voor zowel het overheidsbeleid als het beleid van het KNGF dat erop gericht is om de kwaliteit van de fysiotherapie te waarborgen en te bevorderen.

Om deze redenen willen wij dit onderzoek van harte bij u aanbevelen en verzoeken wij u uw medewerking te verlenen.

Namens het Koninklijk Nederlands
Genootschap voor Fysiotherapie,

Mw. J. B. van Duyn-van der Pol
Voorzitter



NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

DOMUS MEDICA - IOMANLAAN 103 - POSTBUS 3231 - 3502 GE UTRICHT
TELEFOON (030) 88 17 00 - POSTGIRO 39 43 48 - Fax (030) - 87 06 58

Aanbevelingsbrief NHC.

Utrecht, 29 april 1992

Betree: Effecten van het "Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek" in de eerste lijn, fase 2.

Geachte collega,

U heeft een verzoek ontvangen van het Nederlands Instituut Voor onderzoek van de Eerstelijnsgesondheidszorg (NIVEI) en de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie (SWSP) om mee te werken aan een onderzoek naar de effecten van het Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek in de eerste lijn.

Door deze brief beveelt het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHC) dit onderzoek bij u aan.

Doel van een Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek (CFO) is om de aanwezige deskundigheid van fysiotherapeuten in de extramurale zorg adequater aan te wenden. Het huidige overtuigsbeleid benadrukt het belang van multidisciplinaire samenwerking en van integrale zorg. Het introduceren van een getrainde consultatieve functie is een manier om de mogelijkheden van de fysiotherapie in de eerste lijn beter te benutten, in goede samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten. De huisarts krijgt hiermee de mogelijkheid de fysiotherapeut te consulteren nog voor er van een volledige verwijzing sprake is.

Tijdens het CFO stelt de fysiotherapeut een fysiotherapeutische diagnose, onderzoekt of fysiotherapie zin heeft en stelt een behandelplan voor. Daarna kan de huisarts beslissen wat er wordt gedaan. Hypothese is dat door een dergelijke consultatie een adequate verwijzing en daardoor een doeltreffende behandeling van de patiënt tot stand komt. Het CFO past daarmee geheel in het huidige overtuigsbeleid dat gericht is op een efficiënt gebruik van beperkte middelen.

Om deze reden willen wij dit onderzoek van harte bij u aanbevelen en verzoeken wij u uw medewerking te verlenen.

Namens het Nederlands Huisartsen Genootschap,

A.W. Chavannes, huisarts.

bijlage 10

Bijlage 10. De enkelvoudige samenhang van de predictor-variabelen met het aantal verwijzingen voor een CFO (gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt).

predictor-variabelen	beta	p-waarde
praktijkgebonden kenmerken		
urbanisatiegraad	0,09	0,48
praktijkvorm	0,07	0,61
praktijkomvang*	-0,43	0,00
huisartsgebonden kenmerken		
ervaring	-0,13	0,93
na- en bijscholing	0,02	0,89
verwijsgedrag en attitude	-0,04	0,77
verw zonder zekerheid over de indicatie	0,12	0,39
verw om zekerheid te verkrijgen	0,08	0,53
telefonisch om advies vragen	-0,08	0,52
aantal verwijzingen fysiotherapie	0,07	0,60
aantal verwijzingen medische specialismen	-0,13	0,33
kennis van en oordeel over fysiotherapie	-0,18	0,53
indicatiegebied	-0,11	0,41
werkwijze fysiotherapeut	0,05	0,71
fysiotherapeutische diagnostiek	-0,09	0,47
resultaat van de behandeling	0,08	0,55
bidisciplinaire samenwerking	0,03	0,81
oordeel over samenwerking	0,14	0,31
frequentie van overleg	0,25	0,04
samenwerken op meerdere niveaus	-0,22	0,08
fysiotherapeutengebonden kenmerken		
ervaring in eerste lijn	0,09	0,50
ervaring in het geven van éénmalige adviezen*	-0,10	0,45
na- en bijscholing	-0,12	0,10
aantal cursussen	0,06	0,24
erkende verbijzonderingen (ref. overig)	-0,10	0,08
manuele therapie	0,05	0,39
sportfysiotherapie	-0,29	0,04
patiëntgebonden kenmerken¹		
geslacht	0,22	0,08
leeftijd	0,00	0,95
verzekeringsvorm		
samenlevingsvorm		
duur van de klachten (ref. ≤ 3 mnd)		
langer dan 3 mnd - kleiner dan 1 jr *		
langer of gelijk dan 1 jr		
medische verrichtingen		

¹ patiëntgebonden kenmerken geaggregeerd op huissartsniveau

* significant ($p \leq 0,05$)

Het beleid van huisartsen uitgesplitst naar medisch specialisme voor en na Introductie van het CFO

	fictief beleid ¹	feitelijk beleid ²
Zelf behandelen door huisarts	11,1	10,6
Verwijzing naar medisch specialisme voor behandeling	29,4	14,9
* orthopedie	14,1	3,9
* neurologie	8,5	1,5
* reumatologie	2,6	1,2
* rontgenoloog	0,3	0,0
* anders	1,5	1,2
	1,2	0,0
voor advies/consult	15,3	10,9
* orthopedie	8,8	4,7
* neurologie	3,2	1,5
* reumatologie	0,3	0,0
* rontgenoloog	1,2	4,7
* anders	1,8	0,0
Verwijzing fysiotherapeut voor behandeling voor (informeel) consult	55,3	68,4
	35,8	
	20,5	
Anders (inclusief verwijzing oefentherapie-Cesar, -Menseendieck)	1,6	5,2
Onbekend	1,6	0,9

1. Percentages hebben betrekking op in totaal 380 vormen van beleid.
2. Percentages hebben betrekking op in totaal 371 vormen van beleid.

