

**FYSIOTHERAPIE IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG  
ONDERZOEK NAAR (POLI)KLINISCHE FYSIOTHERAPIE**

**J.J. Kerssens  
E.Chr. Curfs  
P.P. Groenewegen**

**December 1987**

 **NIVEL**  
**bibliotheek** drieharingstraat 3  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319940

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Kerssens, J.J.

Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg. - Utrecht : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL

Onderzoek naar (poli)klinische fysiotherapie / J.J. Kerssens, E.Chr. Curfs, P.P. Groenewegen

Onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. - Met lit. opg.

ISBN 90-6905-067-6

SISO 612.3 UDC 615.8:614.2 (492)

Trefw.: fysiotherapie Nederland.

Typewerk : M. van Geelkerken-Van Wijk

Vormgeving: M. Cornelius

## VOORWOORD

Dit rapport is een onderdeel van het project 'Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg' en beschrijft de fysiotherapeutische behandeling van patiënten in ziekenhuizen en verpleeghuizen, teneinde na te gaan in hoeverre eerstelijnsfysiotherapeuten van tweedelijnsfysiotherapie verschilt met betrekking tot het soort patiënten dat behandeld wordt en de therapeutische middelen die hiertoe worden aangewend. Onze dank gaat uit naar de fysiotherapeuten die hun medewerking verleenden om de gegevens te verzamelen en de directies die hiertoe toestemming verleenden.

In dit rapport wordt veelvuldig verwezen naar het rapport 'Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg: klachten van patiënten, indicatiestelling van (huis)artsen en fysiotherapeutische behandelingen'. Dit komt omdat de gegevens uit verpleeg- en ziekenhuizen worden vergeleken met gegevens uit de eerstelijnsfysiotherapie, en deze gegevens zijn in bovengenoemd rapport beschreven.

Bij de voorbereiding van het onderzoeksvoorstel 'Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg' waren, naast het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (het toenmalige Nederlands Huisartsen Instituut), de volgende organisaties betrokken: het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten, de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten, de Geneeskundige Hoofdinspectie en het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Deze organisaties, alsmede de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie, de Vereniging van Opleidingsinstituten Fysiotherapie, de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, de Ziekenfondsraad en de Landelijke Vereniging van Fysiotherapeuten in Dienstverband, hebben representanten afgevaardigd voor de begeleidingscommissie van dit onderzoek.

Het onderzoek naar (poli)klinische fysiotherapie is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en is gefinancierd uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.



**VOORWOORD**

<b>1. INLEIDING</b>	<b>1</b>
<b>2. KORT HISTORISCH OVERZICHT</b>	<b>3</b>
<b>3. PROBLEEMSTELLING EN ACHTERGRONDEN DAARVAN</b>	<b>6</b>
<b>4. ONDERZOEKSOPZET EN MATERIAALVERZAMELING</b>	<b>14</b>
4.1. Onderzoeksopzet	14
4.2. Materiaalverzameling	16
4.2.1. Demografische gegevens van patiënten	16
4.2.2. Klachten van patiënten	16
4.2.3. De verwijzer en diens indicatiestelling	17
4.2.4. De behandelvormen	17
4.2.5. Setting	17
4.2.6. Reden dat de patiënt in de polikliniek behandeld wordt	18
<b>5. RESULTATEN IN VERPLEEGHUIZEN</b>	<b>19</b>
5.1. De verhouding tussen klinische en poliklinische werkzaamheden	19
5.2. Patiënten op de afdeling fysiotherapie in verpleeghuizen	22
5.3. Poliklinische fysiotherapie in verpleeghuizen in vergelijking met de eerstelijnsfysiotherapie	29
<b>6. RESULTATEN IN ZIEKENHUIZEN</b>	<b>34</b>
6.1. De verhouding tussen klinische en poliklinische werkzaamheden	34
6.2. Patiënten op de afdeling fysiotherapie in ziekenhuizen	36
6.3. Poliklinische fysiotherapie in ziekenhuizen in vergelijking met de eerste lijn	40
<b>7. SAMENVATTING EN CONCLUSIE</b>	<b>44</b>
<b>LITERATUUR</b>	<b>48</b>



## 1. INLEIDING

Over het algemeen heeft het principe van de echelonnering in het medisch zorgveld duidelijk gestalte gekregen. In het Nederlandse gezondheidszorgstelsel heeft zich een duidelijke eerste lijn ontwikkeld waar generalistische zorg geleverd wordt en waarlangs de toegang tot meer gespecialiseerde zorg geregeld is (NIVEL, 1987). Ten aanzien van de fysiotherapie is daarentegen het onderscheid in termen van gezondheidszorgsectoren - eerste en tweede lijn - veel minder expliciet. In de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg (WVC, 1980) wordt een aantal kenmerkende verschillen tussen de eerste- en de tweede lijn genoemd: generalistisch versus specialistisch, vrije toegankelijkheid versus niet-vrije toegankelijkheid, dichtbij doelpopulatie versus op enige afstand van doelpopulatie, gericht op de mens in de thuissituatie versus niet gericht op de mens in de thuissituatie en tenslotte ambulante wijze van hulpverlening versus klinische wijze van hulpverlening. Het verschil tussen eerstelijns- en tweedelijnsfysiotherapie kenmerkt zich niet door de vrije toegankelijkheid van de eerste lijn ten opzichte van de tweede lijn. Evenmin is er sprake van generalistische zorg in de eerste lijn ten opzichte van gespecialiseerde zorg in de tweedelijnsfysiotherapie. De verschillen zijn voornamelijk gebaseerd op de locatie waarbinnen fysiotherapeutische zorg geleverd wordt.

Eerstelijnsfysiotherapie vindt plaats in (kleinschalige) fysiotherapiepraktijken, gesitueerd te midden van de zorgpopulatie. Deze fysiotherapeuten zijn veelal als vrije beroepsbeoefenaren werkzaam en krijgen van de ziektekostenverzekeraars een vergoeding per verrichting. Tweedelijnsfysiotherapie vindt plaats op afdelingen of diensten fysiotherapie van verpleeghuizen en ziekenhuizen, instellingen die door hun regionale functie wat verder van de zorgpopulatie zijn afgelegen. Over het algemeen werken deze fysiotherapeuten in dienstverband van het verpleeghuis of ziekenhuis.

De vage grens tussen de twee gezondheidszorgsectoren vormt de reden dat de tweedelijnsfysiotherapie onderzocht wordt, nadat dit eerder voor de eerstelijnsfysiotherapie is gebeurd. Dit vanuit de opvatting dat een compleet beeld van de fysiotherapie in de eerste lijn niet volledig kan zijn zonder inzicht in de fysiotherapie in de tweede lijn. En dan gaat het met name om het inzicht in hoeverre tweedelijnsfysiotherapeuten patiënten behandelen die 'eigenlijk' voorbehouden zouden moeten blijven aan eerstelijnsfysiotherapeuten. De

discussie hierover vindt zijn oorsprong in het financieringsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg (zie pagina 4).

In dit onderzoek worden patiënten beschreven die in vijf algemene ziekenhuizen en zes verpleeghuizen gebruik maken van fysiotherapeutische zorg. De beschrijving richt zich op leeftijd, geslacht en aandoening van deze patiënten. In een eerder onderzoek zijn patiënten beschreven die behandeld worden in de eerstelijnsfysiotherapie (Kerssens e.a., 1987). De vergelijking van deze twee beschrijvingen levert het antwoord op de vraag in hoeverre patiënten in de eerste en de tweede lijn van elkaar verschillen. Ook vindt er een beschrijving plaats van de behandelvormen die fysiotherapeuten in ziekenhuizen en verpleeghuizen toepassen. Door deze te vergelijken met de behandelvormen die eerstelijnsfysiotherapeuten toepassen, kan een indicatie verkregen worden in hoeverre de locatie waarbinnen de fysiotherapeutische zorg geleverd wordt, van invloed is op de beroepsuitoefening van fysiotherapeuten. Daarbij ligt het accent op de verschillen met betrekking tot het soort patiënten (klachten/diagnoses) en de therapeutische middelen die worden aangewend ter behandeling van deze patiënten. Daarnaast wordt enige aandacht besteed aan de ontwikkelingen van de tweedelijnsfysiotherapie gedurende de laatste twee decenna. Hierbij lijkt vooral van belang dat het toepassen van fysische therapie in engere zin, tot 1970 alleen vergoed door het ziekenfonds aan tweedelijnsfysiotherapeuten, is deel uit gaan maken van het behandelpakket van eerstelijnsfysiotherapeuten. Dit heeft ertoe geleid dat (poli)klinische fysiotherapie in ziekenhuizen en verpleeghuizen aan betekenis heeft ingeboet. Daarnaast is ook van belang dat in de eerste helft van de tachtiger jaren een ander financieringsstelsel in de intramurale gezondheidszorg zijn beslag heeft gekregen. Met de beschrijving van deze ontwikkelingen hopen we een kader aan te geven.

Dit rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 bespreken we de structuur waarin de tweedelijnsfysiotherapie is ingekaderd. In hoofdstuk 3 zal worden ingegaan op de probleemstelling van het onderzoek en de achtergronden daarvan. In hoofdstuk 4 wordt de materiaalverzameling besproken en in de hoofdstukken 5 en 6 wordt ingegaan op de resultaten van het onderzoek. De samenvatting en conclusie, tenslotte, zijn beschreven in hoofdstuk 7.



## 2. KORT HISTORISCH OVERZICHT

De Wet op de paramedische beroepen (1963) en het fysiotherapeutenbesluit (1965) vormden de wettelijke basis voor de uitoefening van het beroep van fysiotherapeut. Een bevoegd fysiotherapeut mocht de volgende behandelingen verrichten: heilgymnastiek, massage en fysieke therapie in engere zin. Echter niet elke bevoegde fysiotherapeut kwam in aanmerking voor een vergoeding van elke behandelvorm. De vergoeding voor het toepassen van fysieke therapie in engere zin bleef voorbehouden aan 'inrichtingen' hetgeen er in de praktijk op neerkwam dat voornamelijk in ziekenhuizen fysieke therapie in engere zin werd toegepast. Fysiotherapie in inrichtingen (ziekenhuizen) onderscheidde zich destijds in dat opzicht duidelijk van fysiotherapie in de eerste lijn.

Het spreekt voor zich dat de georganiseerde eerstelijnsfysiotherapeuten deze situatie als onrechtvaardig beschouwden. Zij waren immers bevoegd tot het uitvoeren van fysieke therapie in engere zin maar werden in hun beroepsuitoefening belemmerd door een beschikking in de Ziekenfondswet. Hun protesten leidden eind 1967 tot een nieuwe Beschikking Fysiotherapie.

Het verschil met de vorige beschikking was tamelijk subtiel maar kwam er op neer dat eerstelijnsfysiotherapeuten een erkenning als inrichting konden verkrijgen. Daartoe moest hun praktijkruimte wel aan bepaalde inrichtingseisen voldoen (Besluit Inrichtingseisen, 1970). Enkele behandelingen bleven, uit het oogpunt van kostenbewaking, aan ziekenhuizen voorbehouden: elektrische volbaden, hydrotherapie met behulp van vlinderbaden en balneotherapie. Sinds 1968 passen fysiotherapeuten in de eerste lijn ook fysieke therapie in engere zin toe en dit heeft verstrekkende gevolgen gehad voor de groei van de fysiotherapeutische hulpverlening (Kortenhoeven, 1983).

Door de groei van het aantal in de eerste lijn werkzame fysiotherapeuten in 1972 werd dit aantal op ongeveer 1500 geschat (Smal, 1972), terwijl het in 1985 ± 9000 was (Hingstman en Boon, 1986), heeft de poliklinische functie van verpleeghuizen en ziekenhuizen langzaam maar zeker aan betekenis ingeboet. De geneesheer-directeur van één voor het onderzoek geselecteerde verpleeghuizen stelt "Vroeger, door de relatieve schaarste aan fysiotherapeuten, moest de afdeling fysiotherapie aantrekkelijk gemaakt worden door de poliklinische functie op peil te houden. Naarmate er in de eerste lijn meer

fysiotherapeuten gingen werken en de positie van fysiotherapeuten op de arbeidsmarkt verslechterde, verdween een belangrijke reden om de polikliniek in stand te houden". Het aantal fysiotherapeuten heeft in de zeventiger jaren zo'n grote omvang bereikt dat de ziekenfondsen sinds 1982 ontheven zijn van de verplichting contracten aan te gaan met fysiotherapeuten indien aanspraken van verzekerden reeds in voldoende mate tot gelding zijn gebracht (Hamilton, 1985).

Een ander belangrijk punt in de ontwikkeling van de poliklinische functie van verpleeghuizen en ziekenhuizen is de verandering van de financiële structuur in de tweedelijnsgezondheidszorg.

Sinds 1976 worden de kosten van de gezondheidszorg voor een groot gedeelte geplaatst in de besluitvorming over de collectieve bestedingen van de overheid. De gezondheidszorg wordt daardoor door de overheid in haar bezuinigingsbeleid betrokken. Het toen vigerende financieringsstelsel ten behoeve van de gezondheidszorg bleek, uit financieel-economisch oogpunt, een aantal manco's te bevatten. Dat financieringsstelsel was voor wat betreft de ziekenhuizen in hoge mate output-georiënteerd. Door de productie-omvang te vergroten konden ziekenhuizen meer opbrengsten verwerven en dit was vooral aantrekkelijk omdat de meerkosten van een extra-productie vrij gering zijn. In het geval van de afdeling fysiotherapie betekende dit dat het vergroten van de productie-omvang via poliklinische activiteiten economisch aantrekkelijk was. Als de afdeling eenmaal was ingericht bleven de kosten hiervoor constant. De kosten voor het betalen van extra mankracht werd ruimschoots vergoed door de extra-productie van deze mensen. Het moge duidelijk zijn dat de discussie over de afbakening van de eerstelijns- en tweedelijnsfysiotherapie mede zijn oorsprong vindt in de mogelijkheden die de ziekenhuizen hadden om hun productie-omvang te vergroten. In andere sectoren, bijvoorbeeld in de verpleeghuizen, bestond er veel minder dynamiek en variatie in verrichtingen en verpleegdagen. De financiering van verpleeghuizen was dan ook veel meer input-georiënteerd.

De input-oriëntatie werd, voor de afdeling fysiotherapie, geïllustreerd door de bepaling dat het aantal fysiotherapeuten gebonden was aan het aantal erkende bedden. Voor verpleeghuizen gold één fysiotherapeut per 35 bedden. Daarnaast konden in verpleeghuizen de opbrengsten die voortvloeiden uit de poliklinische productie, niet vrij worden besteed. Deze gelden konden (voor 70%) slechts benut worden voor het aantrekken van extra paramedische krachten (COTG, 1985).

In 1983 is het financieringsstelsel voor algemene ziekenhuizen ingrijpend gewijzigd. Dit stelsel wordt aangeduid als budgetfinanciering of budgettering. Het output-georiënteerde stelsel is vervangen door een input-georiënteerd stelsel. Budgettering geeft een taakstellend financieel kader voor het ziekenhuis. Taakstellend wordt niet in termen van produktie-omvang gedefinieerd maar in termen van de functies die een ziekenhuis in een regionaal kader zijn toegewezen ten behoeve van een bepaalde bevolkingsgroep. Men financieert dus niet meer het gerealiseerde produktiepakket maar het functiepakket. Het wordt aan de instellingsleiding overgelaten op welke wijze zij, gezien de eigen situatie, het functiepakket in termen van het eigen produktiepakket ten uitvoer legt (Van Montfoort, 1983).

In het geval van de afdeling fysiotherapie betekent dit dat het vergroten van de produktie-omvang via poliklinische activiteiten geen geld oplevert. Wel mogen middelen die voortvloeien uit de poliklinische activiteiten voor de helft gebruikt worden voor formatieplaatsen fysiotherapie. Dat dit voor ziekenhuizen economisch gezien niet aantrekkelijk is blijkt uit een afname van de poliklinische activiteiten. In 1982 vond 36% van de fysiotherapeutische activiteiten in het ziekenhuis plaats in de polikliniek terwijl dat in 1985 32% was (NZI, 1986).

Overigens is het bepalen van het functiepakket voor elke instelling nog niet gerealiseerd. Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg heeft daarom de produktie-omvang van 1982 als taakstelling voor elke instelling genomen (COTG, 1983). In 1985 is de budgetfinanciering ook ingevoerd voor verpleeghuizen. In die sector zijn de gevolgen veel minder ingrijpend omdat daar, zoals eerder vermeld, al een soort input gerichte financiering bestond.

### 3. PROBLEEMSTELLING EN ACHTERGRONDEN DAARVAN

Doel van dit onderzoek is na te gaan in hoeverre eerstelijnsfysiotherapie en tweedelijnsfysiotherapie verschillen met betrekking tot het klachtenaanbod van patiënten en de therapeutische middelen die worden aangewend ter behandeling van deze patiënten. Daarbij is de volgende kanttekening van belang. Fysiotherapeuten in de eerste lijn houden zich, over het algemeen, bezig met de behandeling van ambulante patiënten. Slechts een deel van hun werkzaamheden (15%) is gericht op de behandeling van niet-ambulante patiënten (Ziekenfondsraad, 1984). Dit deel valt onder de noemer 'huisbehandeling' en wordt gegeven ten huize van de patiënt of in bejaardenhuizen/verzorgingstehuizen. Fysiotherapeuten in de tweede lijn daarentegen houden zich, voor een deel, bezig met opgenomen patiënten en voor een deel met ambulante patiënten. In de terminologie die daarvoor gebruikelijk is wordt de tweedelijnsfysiotherapie als volgt ingedeeld:

- Klinische behandeling: fysiotherapeutische behandeling van patiënten die in een ziekenhuis of verpleeghuis zijn opgenomen.
- Dagbehandeling/dagverpleging: fysiotherapeutische behandeling van patiënten die in het verpleeghuis dagbehandeling of in een ziekenhuis dagverpleging krijgen. Dagbehandeling is altijd een multidisciplinaire aangelegenheid

Bij de klinische behandeling en bij de dagbehandeling vormt fysiotherapie een onderdeel van het behandelingspakket van een verpleeghuisarts of een medisch specialist. De reden waarom een patiënt is opgenomen valt niet noodzakelijkerwijs samen met de reden waarom hij fysiotherapeutisch behandeld wordt.

- Poliklinische behandeling: fysiotherapeutische behandeling van patiënten die niet zijn opgenomen noch in dagbehandeling zijn. Het betreft behandeling van ambulante patiënten, meestal op verwijzing van een aan het ziekenhuis verbonden medisch-specialist.

Poliklinische behandelingen worden echter ook aan patiënten gegeven die door anderen (bijvoorbeeld huisartsen) zijn verwezen. We zullen daar later op terug komen. Binnen de poliklinische behandelingen kan voorts nog een onderscheid gemaakt worden tussen preklinische, postklinische en 'gewone' poliklinische fysiotherapie. Preklinische fysiotherapie wordt gegeven aan patiënten met een indicatie voor opname in een ziekenhuis en heeft als doel een leereffect te creëren om de revalidatie na een operatieve ingreep te bespoedigen (zie bij-

voorbeeld Paterson, 1987 en Oomkes, 1988). Vooral nog lijkt preklinische fysiotherapie van ondergeschikt belang. Postklinische fysiotherapie wordt gegeven aan patiënten die pas uit het ziekenhuis zijn ontslagen en wordt ook wel met de term nabehandeling aangeduid. Postklinische fysiotherapie richt zich op de revalidatie van patiënten bijvoorbeeld na een operatieve ingreep of na een cardiovasculair accident. In deze onderscheiding blijft de term poliklinische fysiotherapie dus voorbehouden aan de behandeling van ambulante patiënten die pré- noch postklinisch behandeld worden.

De polikliniek neemt in dit onderzoek een centrale plaats in. Dit komt omdat de tweedelijfsfysiotherapie in de polikliniek overeenkomsten vertoont met de eerstelijfsfysiotherapie. Het gaat namelijk om de behandeling van ambulante patiënten. Aan de andere kant maakt de polikliniek deel uit van een intramurale instelling en dit betekent dat fysiotherapie in de polikliniek van bepaalde behandelvormen gebruik kan maken die in de eerste lijn veelal ontbreken. Zo kunnen vlinderbaden en uitgebreide mogelijkheden voor looptrainingen in verpleeghuizen en ziekenhuizen meestal toegepast worden, terwijl dat in de eerstelijfsfysiotherapie moeilijker ligt.

Het onderscheid tussen eerste- en tweedelijfsfysiotherapie is niet expliciet afgebakend in de regelgeving van de overheid. Toch is er, als er gelet wordt op patiënten, wel een soort natuurlijke aansluiting bij het medisch zorgveld. Huisartsen zijn de 'natuurlijke' verwijzers naar eerstelijfsfysiotherapeuten. Ongeveer 80% van de patiënten die door eerstelijfsfysiotherapeuten behandeld worden is afkomstig van de huisarts terwijl 18% van hen via de medisch-specialist in de behandelkamer komt (Kerssens e.a., 1987). Het aandeel van de medisch-specialist in de tweedelijfsfysiotherapie is veel groter, al ontbreken hieromtrent exacte cijfers.

In ziekenhuizen vinden de klinische behandelingen altijd plaats op verwijzing van de medisch-specialist en ook zal het merendeel van de poliklinische behandelingen op hun verwijzing plaatsvinden. In 1985 is de verhouding tussen het aantal klinische en poliklinische verrichtingen 2:1 (NZI, 1986). De situatie ligt in verpleeghuizen weer anders omdat verpleeghuisartsen geen poliklinische patiënten behandelen (uitgezonderd de nabehandeling van ontslagen patiënten). Daarbij komt nog dat sommige ziekenfondsen de verpleeghuisarts niet als verwijzer willen aanmerken, als het gaat om de vergoeding van de behandeling. Wanneer de verpleeghuisarts poliklinische fysiotherapie indiceert loopt de verwijzing formeel via de huisarts. Dit impli-

ceert dat in verpleeghuizen het aandeel van verpleeghuisarts als verwijzer voor (poliklinische) fysiotherapie kleiner is dan het aandeel van medisch-specialisten in de poliklinische fysiotherapie in ziekenhuizen (zie Bartels et.al, 198.).

Klinische behandelingen vormen dus een groot deel van het werk van de tweedelijnsfysiotherapeut en alhoewel de polikliniek in dit onderzoek centraal staat, besteden we enige aandacht aan de klachtenproblematiek van patiënten in ziekenhuizen en verpleeghuizen.

Niet alle patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen komen in aanmerking voor een fysiotherapeutische behandeling. Gezien de specifieke deskundigheid van de fysiotherapeut met betrekking tot het menselijk bewegingsapparaat werkt de fysiotherapeut samen met orthopaed, chirurg, neuroloog en reumatoloog. Daarnaast zijn er tegenwoordig revalidatieprogramma's voor patiënten met een hartinfarct die op de afdeling fysiotherapie plaatsvinden. De fysiotherapeut werkt dan ook regelmatig samen met de cardioloog of revalidatiearts. Het rapport van de plancommissie arbeidsplaatsen (LFVD, 1987) geeft een overzicht van een twintigtal diagnosegroepen die op een afdeling fysiotherapie vaak voorkomen. In figuur 2.1 (zie volgende pagina) staan deze diagnosegroepen afgebeeld. De relatieve frequenties van het voorkomen van de diagnoses is niet gegeven, wel wordt aangenomen dat 80% van de patiënten die onder fysiotherapeutische behandeling is een aandoening in een van deze diagnose-categorieën heeft.

Uit figuur 2.1 blijken duidelijke verschillen tussen de polikliniek en de kliniek in algemene ziekenhuizen. Opmerkelijk is dat longproblematiek bij klinische patiënten wel en bij poliklinische patiënten niet voorkomt. Dit geldt ook voor multiple sclerose, hemiplegie en reumatoïde artritis. Daarnaast zijn er overeenkomsten die meestal betrekking hebben op patiënten die zijn geopereerd. Dit zijn patiënten die na ontslag uit het ziekenhuis poliklinisch nabehandeld worden (post-klinische zorg). Figuur 2.1 illustreert verschillen en overeenkomsten in aangeboden morbiditeit in de kliniek en de polikliniek. In hoofdstuk 6 komen we hierop terug en daar zal ook de polikliniek met de eerstelijnsfysiotherapie vergeleken worden.

Figuur 3.1.: Diagnosegroepen met betrekking tot patiënten die gerekend kunnen worden tot gebruikers van fysiotherapeutische zorg in algemene ziekenhuizen

Kliniek	Polikliniek
Maligne neoplasmata	
Multiple sclerose	Psychische stoornissen (overige) aandoeningen centraal zenuwstelsel
Ischemische hartaandoeningen	Ischemische hartaandoeningen
Hemiplegie	
Pneumonie en influenza	Ziekte van arteriën etc.
Chronische obstructieve longziekten	
Pneumoconiosen en andere longziekten	
Longinsufficiëntie na trauma	
Reumatoïde artritis	
Artropathieën	Artropathieën
Dorsopathieën	Dorsopathieën Reuma (exclusief rug) Osteopathieën chondropathieën
Perinatale aandoeningen	Perinatale aandoeningen
Sympt/onvol. omschreven ziektebeelden	Sympt/onvol. omschreven ziektebeelden
Fractuur van het femur	Status na ongevalletsels
Brandwonden	
Operaties hart/vaatstelsel	Operaties hart/vaatstelsel Operaties hand inclusief pols
Operaties thorax, wervelkolom en bekken	
Hernia-operaties	Hernia-operaties
Chemonucleolysis	
(overige) Operaties heupgewricht	(overige) Operaties heupgewricht
Operatie femur	
Knie-operatie	Knie-operatie
Voet-operatie	Voet inclusief enkel-operatie
Amputatie been	

Bron: Landelijke Vereniging van Fysiotherapeuten in Dienstverband, Plancommissie Arbeidsplaatsen, Amersfoort, 1986

Tabel 2.1.: De tien meest voorkomende medische diagnosegroepen voor somatische patiënten bij de eerste opname in verpleeghuizen alsmede de relatieve frequentie van deze diagnosegroepen in percentages

Diagnose	%
Cerebro-vasculair accident	22
Status na heupoperatie	8
Overige aandoeningen centraal zenuwstelsel	6
Collum fractuur	6
Overige fracturen	5
Parkinson	4
Decompensatio cordis	4
Artrose exclusief wervelkolom	3
Status na amputatie	3
Overige aandoeningen bewegingsstelsel	3
Totaal	64%

Bron: SIVIS, jaarboek 1985

We beschikken niet over vergelijkbare gegevens in verpleeghuizen. Toch kan, met enige slagen om de arm, wel iets gezegd worden over het klachtenaanbod van de klinische fysiotherapie in verpleeghuizen. Een groot deel van de patiënten in somatische verpleeghuizen en de 'somatische' patiënten in gecombineerde verpleeghuizen maken gebruik van fysiotherapeutische zorg. In tabel 2.1 staan de opname-diagnoses van patiënten in somatische verpleeghuizen. In vergelijking met ziekenhuizen valt het grote aandeel van cerebro-vasculaire accidenten op. Een belangrijk deel van het werk van fysiotherapeuten zal dan ook te maken hebben met het reactiveren van patiënten met een cerebro-vasculair accident.

Na deze korte blik in de klinische fysiotherapie, vertalen we de centrale doelstelling van het onderzoek naar de volgende specifieke vraagstellingen:

- a) Wat is de verhouding tussen het aantal klinische en poliklinische behandelingen door afdelingen fysiotherapie van algemene ziekenhuizen en verpleeghuizen?
- b) Wat zijn de klachten en diagnoses van patiënten die (poli)klinisch behandeld worden in afdelingen fysiotherapie van algemene



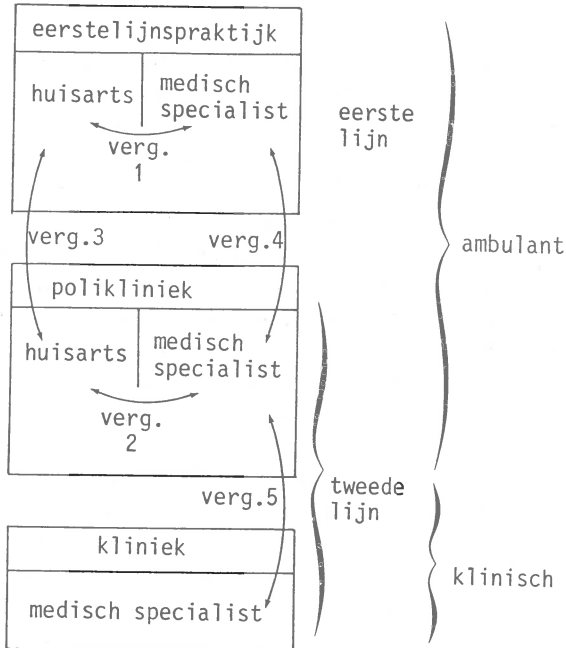
ziekenhuizen en verpleeghuizen, op welke wijze worden deze patiënten behandeld en door wie zijn zij verwezen?

- c) Hoe verhouden de klachten, diagnoses en behandelingen van patiënten die poliklinisch behandeld worden in afdelingen fysiotherapie van algemene ziekenhuizen en verpleeghuizen zich tot de klachten, diagnoses en behandelingen van patiënten die in de eerste lijn behandeld worden?

In het project 'Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg' zijn de werkzaamheden van eerstelijnsfysiotherapeuten in kaart gebracht. Materiaal is verzameld over sociaal-demografische kenmerken en klachten van patiënten, omtrent verwijstdiagnoses van huisarts en medisch-specialist en over de fysiotherapeutische behandeling van deze patiënten. Voor het onderhavige onderzoek is het van belang te weten dat de indicatiestelling van huisarts en medisch specialist verschilt. Medisch-specialisten blijken bijvoorbeeld meer ongevalletsels en (natuurlijk) post-operatieve aandoeningen naar eerstelijns-fysiotherapeuten te verwijzen dan huisartsen. Om een duidelijk inzicht in de plaats van de polikliniek te krijgen is een onderscheid naar de verwijzer - huisarts of medisch specialist - dus van belang.

Een eerste verschil, wat geen verdere toelichting behoeft, tussen huisarts en medisch-specialist is dat eerstgenoemde geen patiënten voor klinische fysiotherapie verwijst. Beiden verwijzen wel naar eerstelijns- en poliklinisch werkende fysiotherapeuten. Op grond van de resultaten van het onderzoek naar de eerstelijns-fysiotherapie kunnen verschillen worden verwacht tussen patiënten die door huisarts of medisch-specialist voor poliklinische fysiotherapie worden verwezen. In schema 1, dat de verschillende vergelijkingen tussen eerstelijns-, poliklinische en klinische fysiotherapie in beeld brengt, is deze vergelijking, ter onderscheiding van de andere vergelijkingen, aangeduid met een 2. Vergelijking 1 verwijst naar de verschillen tussen patiënten afkomstig van huisartsen en medisch specialist in de eerstelijnspraktijk, zoals die in eerder onderzoek (Kerssens e.a, 1987) geconstateerd zijn.

Schema 1: Afbeelding van de vergelijkingen die aan de orde komen bij het onderzoek naar fysiotherapeutische behandeling van patiënten afkomstig van huisarts en medisch specialist, respectievelijk in vrijgevestigde, poliklinische en klinische settings



Poliklinische behandeling kan mogelijk door huisartsen worden verkozen boven extramurale behandeling op grond van de aanwezigheid van ruimere behandelingsmogelijkheden in de polikliniek (schema 1, vergelijking 3).

Hierbij kan gedacht worden aan verschil in materiële middelen, bijvoorbeeld de aanwezigheid van vlinder- en loopbaden, maar ook aan de specifieke deskundigheid van fysiotherapeuten die in verpleeghuis of ziekenhuis werkzaam zijn. Medisch-specialisten kunnen poliklinische fysiotherapie aanbevelen omdat de samenwerking met de aan de instelling verbonden fysiotherapeuten mogelijk minder tijd en moeite kost dan met de extramuraal werkende fysiotherapeuten (schema 1, vergelijking 4).

Schema 1, vergelijking 5, geeft aan dat tevens een vergelijking mogelijk is tussen de patiënten die door de medisch specialist verwezen zijn voor klinische dan wel poliklinische fysiotherapie.

## 4. ONDERZOEKSOPZET EN MATERIAALVERZAMELING

### 4.1. Onderzoeksopzet

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen is gekozen voor een registratie van patiënten op afdelingen fysiotherapie in zes algemene ziekenhuizen en zes verpleeghuizen. Om de polikliniek te kunnen vergelijken met enerzijds de kliniek en anderzijds de eerste lijn, is poliklinische activiteit van verpleeghuizen en ziekenhuizen een noodzakelijke voorwaarde voor deelname aan het onderzoek. In algemene ziekenhuizen wordt aan deze voorwaarde overal voldaan. In verpleeghuizen ligt dit anders omdat niet elk verpleeghuis een 'open' polikliniek heeft. Selectie van verpleeghuizen is tot stand gekomen door gebruik te maken van nog ongepubliceerd materiaal (Baard en Bijlsma, in voorbereiding). Dit materiaal betreft een enquête aan verpleeghuizen in 1983 waarin gevraagd werd naar poliklinische activiteiten. Van de 46 ondervraagde verpleeghuizen bleek de mate van poliklinische activiteiten nogal te verschillen. In 12 (ruim een kwart van de) verpleeghuizen werden geen poliklinische activiteiten ontplooid; 16 (een derde van de) verpleeghuizen gaven aan een 'gesloten' polikliniek te hebben. 'Gesloten' betekent in dit verband dat slechts patiënten worden behandeld die in dag- of nabehandeling zijn of tot het personeelsbestand van het verpleeghuis behoren. In 12 verpleeghuizen stond de polikliniek open voor patiënten uit de omgeving en in zes verpleeghuizen werden patiënten behandeld die aan bepaalde voorwaarden voldeden (doelgroepen).

Van de 12 verpleeghuizen met een open polikliniek zijn door ons zes verpleeghuizen geselecteerd die, uit praktische overwegingen in de Randstad zijn gelocaliseerd. Het zijn drie somatische- en drie gecombineerde verpleeghuizen. Van de zes geselecteerde wenste één verpleeghuis niet aan het onderzoek deel te nemen; daarvoor is een vervangend verpleeghuis gevonden.

Gezien het kleine aantal en de selecte wijze waarop de verpleeghuizen in het onderzoek zijn betrokken kan zeker niet gesteld worden dat de onderzoeksgegevens een zuiver en representatief beeld zullen geven van de situatie in alle Nederlandse verpleeghuizen. De resultaten zijn daarom ook niet zonder meer te generaliseren naar alle verpleeghuizen.

Naast zes verpleeghuizen zijn ook zes algemene ziekenhuizen in het onderzoek betrokken. In de tweedelijnsgezondheidszorg worden algeme-

ne ziekenhuizen onderscheiden van academische-, psychiatrische- en categorale ziekenhuizen. Gezien het kleine aantal instellingen dat in het onderzoek betrokken kan worden, blijven academische en categorale ziekenhuizen buiten beschouwing. Dit geldt ook voor psychiatrische ziekenhuizen, een categorie die met betrekking tot de fysiotherapeutische behandeling van patiënten toch al van onderschikt belang lijkt, al zijn er ontwikkelingen in de fysiotherapie te constateren waarbij behandeling van psychiatrische patiënten tot de mogelijkheden behoort (zie bijvoorbeeld Kabelá e.a, 1987).

Algemene ziekenhuizen worden onderscheiden in basis- en centrumziekenhuizen. Kenmerken van dit onderscheid in het aantal bedden en het aantal specialismen welke in het ziekenhuis aanwezig. In basisziekenhuizen (minder dan 500 bedden) zijn doorgaans de volgende specialismen aanwezig: interne geneeskunde, chirurgie, verloskunde, gynaecologie, oogheelkunde, KNO, kindergeneeskunde en eventueel dermatologie. In de, qua beddenaantal, wat grotere centrumziekenhuizen zijn daarnaast ook, voor de fysiotherapie relevante specialismen zoals orthopedie, neurologie en longziekten aanwezig. In het onderzoek zullen drie basisziekenhuizen en drie centrumziekenhuizen betrokken worden.

De selectie van de ziekenhuizen is afhankelijk gesteld van het informatiesysteem waarmee patiëntgegevens worden geregistreerd. In de loop van het onderzoek bleek dat een aantal ziekenhuizen gebruik maakt van een informatiesysteem dat geschikt is om de belangrijkste onderzoeksvraagstellingen te beantwoorden. Deze ziekenhuizen werden daarom in het onderzoek betrokken.

De opmerking over de representativiteit van verpleeghuizen is ook geldig voor de algemene ziekenhuizen. Gelet op het aantal instellingen kan ook hier geen representatief beeld verkregen worden van de situatie in de Nederlandse ziekenhuizen.

In het onderzoek naar de patiënten in de eerstelijnsfysiotherapie (Kerssens e.a., 1987) zijn klachten, diagnoses etc. van nieuwe patiënten geïventariseerd. In ziekenhuizen is dit op dezelfde wijze gebeurd. Alle patiënten die in de maand oktober onder behandeling kwamen zijn geregistreerd. In verpleeghuizen bleek deze aanpak niet haalbaar, zodat daar een dwarsdoorsnede is gemaakt van alle patiënten die op het moment van registreren in behandeling waren, dus registratie op één peildatum.

## **4.2. Materiaalverzameling**

Gelet op de onderzoeksvragen is een aantal gegevens op het niveau van de fysiotherapeutisch behandelde patiënten geregistreerd. Deze gegevens kunnen onder de volgende noemers gebracht worden:

1. Demografische gegevens van patiënten;
2. Klachten van patiënten;
3. Gegevens met betrekking tot de verwijzer en diens indicatiestelling;
4. Behandelvormen;
5. De setting (kliniek of polikliniek) waarbinnen de patiënt wordt behandeld;
6. De specifieke redenen waarom patiënten in de polikliniek behandeld worden (en niet bijvoorbeeld in de eerstelijnsfysiotherapie).

Deze categorieën zijn gekozen om de fysiotherapie in de tweede lijn te kunnen vergelijken met de fysiotherapie in de eerste lijn. Dat wil zeggen dat in dit onderzoek gegevens worden verzameld die vergelijkbaar zijn met gegevens die in het onderzoek naar de eerstelijnsfysiotherapie verzameld zijn, al is het wel zo dat de hoeveelheid informatie veel bescheidener is dan in dat onderzoek. Met name blijven de werkdiagnose van de fysiotherapeut en de behandeldoelen van de therapie achterwege. In de verpleeghuizen is de informatie afkomstig van één of meerdere fysiotherapeuten die op de afdeling werkzaam zijn. De informatie uit de ziekenhuizen is afkomstig van de geautomatiseerde administratie, met uitzondering van de informatie omtrent de specifieke reden. De informatie hieromtrent is afkomstig van de hoofden van de afdeling fysiotherapie.

Achtereenvolgens zullen de hierboven onderscheiden categorieën worden besproken.

### **4.2.1. Demografische gegevens van patiënten**

Leeftijd en geslacht vormen de demografische gegevens waarmee de in behandeling genomen patiënten worden gekarakteriseerd. Dit is vooral van belang uit epidemiologisch gezichtspunt. Ook is gevraagd naar de verzekeringsvorm van de patiënten.

### **4.2.2. Klachten van patiënten**

Gegevens over de klachten van de patiënten zijn, althans in de verpleeghuizen, verzameld door een open vraag. In de ziekenhuizen zijn de klachten van de patiënten als zodanig niet geïnventariseerd (omdat dit geen onderdeel uitmaakt van het gebruikte informatie-

systeem). De klachten zijn geclassificeerd in de ICPC. In de verpleeghuizen is ook gevraagd naar de duur van de klachten en of de klacht al of niet recidiverend is. In de ziekenhuizen zijn deze aspecten achterwege gebleven om dezelfde reden als genoemd bij de klachten.

#### **4.2.3. De verwijzer en diens indicatiestelling**

Door middel van de verwijzer wordt de aansluiting van de fysiotherapie bij het medisch zorgveld in kaart gebracht. De verwijzer is in termen van specialisme, huisarts of verpleeghuisarts uitgedrukt. Meestal wordt de indicatiestelling voor behandeling fysiotherapie in termen van een medische diagnose verwoord. In verpleeghuizen is naar de diagnose een open vraag gesteld, in ziekenhuizen vonden we de diagnoses terug in het informatiesysteem als coderingen binnen de ICD-9-CM. De Stichting Landelijke Medische Registratie maakt een onderscheid tussen operatieve en niet-operatieve 'aandoeningen', los van de ICD-9-CM. In deze onderscheiding vindt allereerst een indeling naar operatief versus niet-operatief plaats waarna de diagnose alsnog in de ICD-9-CM geclasseerd wordt. Ook in het onderzoek naar de eerstelijnsfysiotherapie is gebruik gemaakt van de ICD-9-CM (zie Curfs e.a., 1987).

#### **4.2.4. De behandelvormen**

Fysiotherapeuten beschikken over een uitgebreid scala van behandelvormen. De meeste daarvan vallen in één van de drie groepen: bewegingstherapie, massagetherapie en fysische therapie in engere zin. Deze laatste behandelvorm, fysische therapie in engere zin, wordt vervolgens onderscheiden naar de aard van de fysische prikkel bijvoorbeeld: Ultra Korte Golf en thermotherapie. Ook bewegingstherapie is een verzamelnaam voor velerlei verschillende therapievormen. De behandelend fysiotherapeut kan, desgewenst, bewegingstherapie nader specificeren. Sommige behandelvormen kunnen echter niet tot een van de drie bovengenoemde groepen gerekend worden (bijvoorbeeld bandageren) en andere vinden geen plaats binnen het therapeutisch technisch kader (bijvoorbeeld preventie door het geven van adviezen of uitleg en het leren accepteren van de klacht). Een aantal behandelvormen is expliciet genoemd, de overige kunnen vrijelijk worden ingevuld. Met name geldt dit voor de nadere specificatie van de bewegingstherapie en fysische therapie in engere zin.

#### **4.2.5. Setting**

Met de 'setting' wordt bedoeld onder welke omstandigheden de patiënt wordt behandeld. Van belang is vooral of de patiënt klinisch danwel poliklinisch of in het kader van een dagbehandeling fysiotherapie krijgt. Daarnaast is van belang of het een nabehandeling betreft. Tenslotte wordt geïventariseerd of de behandeling individueel danwel in groepen wordt gegeven. Wanneer de patiënten in groepen worden behandeld is tevens gevraagd naar de grootte van de groep.

#### **4.2.6. Reden dat de patiënt in de polikliniek behandeld wordt**

Een belangrijk onderdeel van het onderzoek betreft de reden waarom een ambulante patiënt poliklinisch in verpleeghuis of ziekenhuis wordt behandeld en niet door een eerstelijnsfysiotherapeut. Er is een open vraag gesteld naar de specifieke redenen. Deze kunnen onder meer betrekking hebben op: continuïteit van zorg, specifieke deskundigheid van fysiotherapeuten of aanwezigheid van bepaalde behandel-mogelijkheden. De vraag wordt beantwoord door de behandelend fysiotherapeut. Er is geen onafhankelijk onderzoek aan de patiënt uitgevoerd om vast te stellen of deze ook elders behandeld had kunnen worden.



## 5. RESULTATEN IN VERPLEEGHUIZEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken van de registratie van patiënten die met fysiotherapie behandeld worden in verpleeghuizen.

In de eerste paragraaf wordt de verhouding tussen klinische en poliklinische werkzaamheden besproken, waarbij ook patiënten in dagbehandeling worden beschreven. Daarna worden in de tweede paragraaf de gegevens van de patiënten beschreven. Ook in deze paragraaf worden patiënten uitgesplitst naar de setting waarin zij behandeld worden. De nadruk zal vallen op verschillen en overeenkomsten tussen poliklinisch behandelde patiënten en klinisch behandelde patiënten.

Paragraaf 3 tenslotte toont het verschil tussen de polikliniek fysiotherapie van het verpleeghuis en de eerstelijnsfysiotherapie. De eerstelijnsfysiotherapie is beschreven in het rapport 'Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg: klachten van patiënten, indicatiestelling van (huis)artsen en fysiotherapeutische behandelingen' (Kerssens e.a., 1987). In deze paragraaf worden de gegevens die in het kader van dit onderzoek zijn verzameld vergeleken met de gegevens die in de verpleeg- en ziekenhuizen zijn verzameld.

### 5.1. De verhouding tussen klinische en poliklinische werkzaamheden

In zes verpleeghuizen waren op het moment van registreren in totaal 1024 patiënten onder fysiotherapeutische behandeling. Tabel 5.1 geeft de verdeling weer van de patiënten.

Tabel 5.1.: Verdeling van patiënten naar setting in zes verpleeghuizen. Getallen geven absolute aantallen weer. (N=1004)\*

	Verpleeghuis					
	somatisch			gecombineerd		
Polikliniek	22	9	58	42	16	5
Kliniek	127	75	117	104	125	107
Dagbehandeling	47	34	39	31	-	46

\* 20 missing values

Bij een beschouwing van het aantal erkende bedden geeft dit tevens het aantal opgenomen patiënten weer omdat de bezettingspercentages van alle onderzochte verpleeghuizen dichtbij de 100% liggen. Van de drie somatische verpleeghuizen blijkt dat ongeveer 63 tot 69% van de opgenomen patiënten onder behandeling van de fysiotherapeut is. In de gecombineerde verpleeghuizen liggen de percentages opgenomen patiënten die met fysiotherapie behandeld worden in twee gevallen beduidend lager (iets boven de 40%), terwijl in het derde gecombineerde verpleeghuis het percentage in de buurt van de 60% ligt. Het aantal poliklinisch behandelde patiënten blijkt nogal te variëren tussen de verpleeghuizen. Twee verpleeghuizen hebben een kleine polikliniek, twee een middelgrote en twee hebben een grote polikliniek.

In hoofdstuk 2 is opgemerkt dat ambulante patiënten in verpleeghuizen worden behandeld omdat daar behandelmogelijkheden zijn die in de eerste lijn ontbreken. De vraag rijst hoeveel van die patiënten vanwege die specifieke mogelijkheden behandeld worden. Van de in totaal 152 poliklinisch behandelde patiënten bleek bij 70 de reden aangegeven te zijn waarom zij poliklinisch worden behandeld, bij de overige 82 bleek geen specifieke reden aangegeven te kunnen worden. Tabel 5.2 geeft hiervan een overzicht.

Tabel 5.2.: Globale redenen waarom ambulante patiënten in poliklinieken van verpleeghuizen behandeld worden, in absolute aantallen en percentages

Reden	aantal	
Geen specifieke reden	82	54,1%
Specifieke behandelmogelijkheden/deskundigheid	36	23,6%
Continuïteit van zorg	24	15,7%
Pragmatische redenen	9	5,9%
Samenwerking specialist	1	0,7%
Totaal	152	100,0%

Indien de registrerende fysiotherapeut geen specifieke reden heeft ingevuld kan het zijn dat de patiënt zelf de voorkeur geeft aan een fysiotherapeutische behandeling in het verpleeghuis. In de Nederlandse gezondheidszorg heeft de patiënt de vrijheid van keuze van hulpverlener. Dit komt ook tot uiting in enkele gevallen waarbij met

redenen omkleed de keuze op de polikliniek viel. Dit zijn met name de redenen dat de partner van de patiënt in het verpleeghuis is opgenomen en de patiënt zelf een bezoek aan de partner combineert met een fysiotherapeutische behandeling (1). Een ander geval betreft de situatie waarin de patiënt al van een deel van de voorzieningen van het verpleeghuis (de keuken) gebruik maakt en daarom ook voor een fysiotherapeutische behandeling ter plekke kiest. Tenslotte hebben ook personeelsleden van het verpleeghuis duidelijk pragmatische redenen om te kiezen voor de polikliniek (5).

Een ander type reden vinden we bij patiënten die voor de polikliniek kiezen omdat zij ooit in het verpleeghuis waren opgenomen (16) of omdat zij de fysiotherapeut kennen (7). Een andere patiënt heeft al een verpleeghuisindicatie en dit wijst op preklinische zorg. In deze gevallen kan de reden omschreven worden als betrekking hebbend op de continuïteit van de fysiotherapeutische zorg.

Naast de patiënt kan ook de verwijzer zijn invloed doen gelden op de keuze voor de polikliniek. Dit is bij één patiënt zeer duidelijk: de revalidatie-arts van het verpleeghuis behandelt hem/haar en ook fysiotherapie maakt deel uit van die behandeling. Dit is vergelijkbaar met een specialistische behandeling in een ziekenhuis waar ook fysiotherapie deel uitmaakt van de behandeling.

Ook redenen die betrekking hebben op de specifieke kennis van de fysiotherapeut (bij vier patiënten genoemd) kunnen wijzen op de invloed van de verwijzer, al is het ook mogelijk dat de patiënt omwille daarvan voor behandeling in de polikliniek heeft gekozen.

Tenslotte kan de vraag naar het aantal patiënten dat naar de polikliniek komt vanwege bepaalde behandelmogelijkheden die daar aanwezig zijn beantwoord worden. Achttien patiënten komen vanwege de aanwezigheid van het vlinderbad. Negen patiënten maken gebruik van de mogelijkheid van de polikliniek om uitgebreide loopoefeningen te kunnen geven. Bij twee patiënten is aangegeven dat behandelmogelijkheden meer op het terrein van de ergotherapie liggen.

Bij meer dan de helft van het aantal poliklinische patiënten is geen specifieke reden aangegeven waarom zij juist in de polikliniek behandeld worden. Per verpleeghuis verschillen deze aantallen nogal. In twee verpleeghuizen is bij alle patiënten een reden aangegeven; en in nog eens twee verpleeghuizen is bij één patiënt de reden niet omschreven. In de overblijvende twee verpleeghuizen is bij respectievelijk 25 en 54 patiënten geen specifieke reden vermeld waarom de patiënt juist in de polikliniek is behandeld.

In gesprekken met de hoofden van de fysiotherapeutische afdelingen bleek dat het beleid van vier verpleeghuizen erop gericht is om de poliklinische behandelingen te beperken tot die patiënten die ergens anders niet behandeld kunnen worden. Deze beleidslijn heeft geresulteerd in afspraken met belanghebbende partijen (huisartsen, eerstelijnsfysiotherapeuten, plaatselijke ziekenfondsen). Op het niveau van de patiënt wordt dit beleid weerspiegeld door het feit dat in deze verpleeghuizen specifieke redenen wel omschreven zijn.

In twee andere verpleeghuizen verschilt het beleid aangaande de polikliniek van de overige in die zin dat daar meer activiteiten ontplooid worden. Dit laatste vanuit de idee dat het verpleeghuis gebaat is bij een lage drempel om meer met de omgeving in contact te komen en dat het goed is dat fysiotherapeuten een gemêleerd patiëntaanbod kunnen behandelen. Op het niveau van de patiënt wordt dit beleid weerspiegeld in het feit dat bij 25 respectievelijk 54 specifieke redenen niet omschreven kunnen worden.

## **5.2. Patiënten op de afdeling fysiotherapie in verpleeghuizen**

In deze paragraaf worden de patiënten besproken die behandeld worden in afdelingen fysiotherapie van somatische en gecombineerde verpleeghuizen. Achtereenvolgens komen de volgende zaken aan de orde: leeftijd en geslacht van de patiënten, de verwijzer (vooral van belang voor poliklinisch behandelde patiënten), de klachten van de patiënten en diagnoses van de verwijzende artsen en de wijze waarop de patiënten behandeld worden. In deze paragraaf blijven we binnen de verpleeghuizen, in de volgende paragraaf verruimen we onze blik om te onderzoeken in hoeverre poliklinisch behandelde patiënten verschillen of overeenkomen met patiënten in de eerste lijn.

### **Leeftijd en geslacht van de patiënten**

Verpleeghuizen worden bevolkt door zeer oude patiënten en het merendeel behoort tot het vrouwelijk geslacht. De gemiddelde leeftijd is 77 jaar en ruim 70% is van het vrouwelijk geslacht (SIVIS, 1985). Natuurlijk hangen die zaken samen, vrouwen bereiken gemiddeld, althans in onze maatschappij, een hogere leeftijd. Van de klinisch behandelde patiënten is 72% vrouw, van de poliklinisch behandelde patiënten 66%. Van patiënten die fysiotherapie krijgen in het kader van een dagbehandeling is slechts 40% van het vrouwelijk geslacht. De leeftijdsverdeling van de onderscheiden patiënten is gegeven in tabel 5.3.

Tabel 5.3.: Leeftijdverdeling van gebruikers van fysiotherapeutische zorg in verpleeghuizen naar setting. Getallen geven percentages per setting weer (N=1004)

Leeftijd	kliniek (N=655)	dagbehandeling (N=197)	polikliniek (N=152)
0-14	-	-	0,7%
15-24	0,2%	0,5%	7,9%
25-34	1,1%	1,0%	11,8%
35-44	1,2%	4,6%	17,1%
45-54	2,5%	5,6%	17,1%
55-64	5,9%	14,4%	16,4%
65-74	20,6%	34,4%	17,8%
75-84	39,7%	35,9%	9,2%
85-94	27,0%	3,6%	2,0%
95+	1,8%		
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

De leeftijdsverdeling van klinische patiënten en patiënten die dagbehandeling krijgen ontloopt elkaar niet veel. De meeste patiënten vallen in de categorie van 75-84 jaar en de gemiddelden zijn respectievelijk 79 en 76 jaar. De leeftijdsverdeling van poliklinische patiënten wijkt hier duidelijk vanaf. Niet alleen is het gemiddelde lager (60 jaar) ook is de verdeling meer gespreid over de leeftijds-categorieën.

### De verwijzer

In een verpleeghuis overleggen fysiotherapeuten met verpleeghuisartsen en met verpleegkundigen of ziekenverzorgenden, teneinde te beoordelen of het zinnig is een opgenomen patiënt te behandelen met fysiotherapie. Hoewel de verpleeghuisarts hierin een belangrijke stem heeft wijkt deze situatie nogal af van hetgeen in de eerste lijn gebruikelijk is. Daar immers neemt de huisarts de verwijzbeslissing meestal zonder vooroverleg met enige andere hulpverlener. Met betrekking tot klinische behandeling en dagbehandeling is spreken over 'de verwijzer' een simplificatie van een multidisciplinaire beslissing, hetgeen alleen omwille van de stilering wordt volgehouden. De werkelijkheid moet iets genuanceerder worden beschouwd. De situatie in de polikliniek lijkt meer op die in de

eerste lijn. Tabel 5.4 geeft de resultaten weer ten aanzien van de verwijzer.

Tabel 5.4.: Verdeling van gebruikers van fysiotherapeutische zorg in verpleeghuizen naar verwijzer en setting. Getallen geven percentages per setting weer (N=1004)

Verwijzer	kliniek (N=655)	dagbehandeling (N=197)	polikliniek (N=152)
Verpleeghuisarts	75,1%	33,7%	4,0%
Huisarts	2,2%	60,8%	86,7%
Medisch-specialist	22,7%	5,5%	9,3%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Allereerst dient opgemerkt dat de gegevens in de tabel nogal vervuld zijn. Dit komt door de volgende begripsverwarring. Gevraagd is naar de verwijzer waarbij niet expliciet is aangegeven dat het ons om de verwijzer voor fysiotherapie ging. Dan zou immers voor de klinische- en dagbehandelingen de huisarts niet gekozen kunnen zijn. Voor de medisch-specialist ligt dit iets anders omdat medisch-specialisten ook spreekuren houden in verpleeghuizen. In zo'n geval kan de specialist klinische patiënten en patiënten in dagbehandeling verwijzen. Door sommige is klaarblijkelijk de vraag begrepen als zou het om de verwijzer voor opname in het verpleeghuis gaan (dan komt ook de huisarts als verwijzer in aanmerking).

Voor poliklinische behandelingen is een dergelijke begripsverwarring niet mogelijk en uit tabel 5.4 blijkt dat verreweg het grootste deel van de patiënten verwezen is door de huisarts (87%). Een klein gedeelte is afkomstig van de medisch-specialist (9%) en een nog kleiner deel stroomt binnen via de verpleeghuisarts. Dit betreft dan de zogenoemde nabehandeling van (pas) ontslagen patiënten.

De meeste nabehandelingen verlopen echter via de huisarts en dit komt omdat sommige ziekenfondsen de verpleeghuisarts niet als verwijzer willen aanmerken. Dit is een uitvloeisel van de versnipperde financiering van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem.

### De klachten

Gecodeerd in de hoofdstukken van de International Classification of Primary Care (ICPC) is de verdeling van de klachten van patiënten

die met fysiotherapie behandeld worden in verpleeghuizen zoals in tabel 5.5.

Tabel 5.5.: Overzicht van klachten, ingedeeld in ICPC hoofdstukken, van gebruikers van fysiotherapeutische zorg in verpleeghuizen naar setting. Getallen geven percentages per setting weer (N=1004)

Hoofdstukken ICPC	Kliniek (N=655)	Dagbehandeling (N=197)	Polikliniek (N=152)
A Algemeen en niet gespecificeerd	11,6%	9,2%	0,7%
B Bloed (vormende organen), lymfe	0,2%		
F Oog	0,6%	0,5%	
K Hart-Vaatstelsel	11,1%	8,7%	0,7%
L Bewegingsapparaat	62,4%	67,7%	91,4%
N Zenuwstelsel	9,7%	10,3%	3,9%
P Psyche	2,0%	2,1%	3,3%
R Ademhaling	0,9%	1,0%	
S Huid	1,1%		
U Urologie	0,2%	0,5%	
Z Sociale problemen	0,2%		
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Opgenomen patiënten en patiënten in dagbehandeling komen, qua verdeling van het klachtenaanbod, op de afdeling fysiotherapie met elkaar overeen. Opvallend is dat in de polikliniek patiënten relatief meer klachten hebben met betrekking tot het bewegingsapparaat en minder met betrekking tot het hart-vaatstelsel, zenuwstelsel en ongespecificeerde klachten. Binnen de klachten van het bewegingsapparaat spelen beperkingen en handicaps de grootste rol. Dit geldt voor patiënten in al de drie settings.

Klachten met betrekking tot hart-vaatstelsel zijn bijna allemaal klachten die voortkomen uit een CVA. Zoals gezegd komt deze aandoening bij poliklinische patiënten nauwelijks voor, omdat de ernst van de aandoening van dien aard is dat deze patiënten zijn opgenomen. Klachten die betrekking hebben op het zenuwstelsel hebben te maken met uitvalsverschijnselen en de ziekte van Parkinson.

Het merendeel van de patiënten heeft al langer dan één jaar last van de klachten die aanleiding vormen voor behandeling met fysiotherapie. Alleen de patiënten in de polikliniek vormen hierop een uitzondering, daar heeft ongeveer 40% van de patiënten al langer dan één jaar klachten. In de kliniek en in dagbehandeling vindt dus over het algemeen behandeling van patiënten met chronische klachten plaats, een constatering die weinig verbazing zal wekken.

### Diagnoses

De informatie die naar voren komt uit de classificatie van de klachten in de ICPC is, zeker ten aanzien van de polikliniek, weinig specifiek. Meer specifieke informatie kan worden ontleend aan de aandoeeningen, in termen van de medische diagnoses, die een indicatie zijn voor de behandeling fysiotherapie van patiënten in een verpleeghuis. Uit de indeling van de medische diagnoses in termen van samenhangende hoofdstukken en paragrafen van de ICD-9-CM, een gangbaar classificatiesysteem in de intramurale gezondheidszorgsector, komt dan ook een geheel ander beeld naar voren dan bij gebruikmaking van de ICPC. Tabel 5.6 geeft dit beeld.

Tabel 5.6.: Overzicht van medische diagnoses, ingedeeld naar 'clusters', van gebruikers van fysiotherapeutische zorg in verpleeghuizen naar setting. Getallen geven percentages naar setting weer

ICD-9-CM clusters	Kliniek (N=655)	Dagbehandeling (N=197)	Polikliniek (N=152)
1. Status na operatie	3,4%	0,5%	4,6%
2. Overige	10,0%	8,7%	7,3%
3. Psychisch	3,5%	-	6,6%
4. Zenuwstelsel	46,9%	66,2%	10,6%
5. Ademhaling	1,5%	1,5%	0,7%
6. Artropathieën	8,6%	8,2%	9,3%
7. Dorsopathieën	1,2%	1,0%	29,1%
8. Reuma	4,1%	4,1%	17,2%
9. Osteopathieën	4,1%	6,2%	9,3%
10. Posttraumata	16,7%	3,6%	5,3%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%



De grote verschillen die aangetroffen worden tussen de indeling van de klachten en de aandoeningen in termen van een medische diagnose, vinden hun oorsprong in de relatie tussen ziekte en gevolg van ziekte. Centraal in de aandoening staat de pathologie, bijvoorbeeld cerebro-vasculair accident (CVA), terwijl in de klacht veel duidelijker het gevolg spreekt - bijvoorbeeld uitvalsverschijnselen van de rechterarm. Dit, niet toevallig, gekozen voorbeeld maakt duidelijk dat de aandoening gerubriceerd wordt onder het centraal zenuwstelsel terwijl de klacht op het bewegingsapparaat betrekking heeft.

In verpleeghuizen hebben aandoeningen van patiënten vaak betrekking op het zenuwstelsel (CVA, Multiple Sclerose en M. Parkinson). Dit geldt voor klinische patiënten en nog meer voor patiënten die dagbehandeling krijgen. In de polikliniek ligt de nadruk meer op aandoeningen van het bewegingsapparaat, met name op dorsopathieën en reuma.

### Behandelvormen

Bewegingstherapie is, in verpleeghuizen, de meest gekozen behandelvorm. Het overgrote deel van alle patiënten in verpleeghuizen wordt met bewegingstherapie behandeld. In ongeveer 95% van klinische behandelingen en dagbehandelingen komt deze behandelvorm voor. Tabel 5.7 geeft de precieze weergave van de onderscheiden behandelvormen.

Tabel 5.7.: Behandelvormen met betrekking tot gebruikers van fysiotherapeutische zorg in verpleeghuizen naar setting. Getallen geven percentages per setting weer. Omdat meer dan één behandelvorm gekozen kan worden tellen percentages op tot meer dan 100%

Behandelvormen	kliniek (N=655)	dagbehandeling (N=197)	polikliniek (N=152)
massagetherapie	3,5%	5,1%	24,8%
bewegingstherapie	92,7%	95,9%	71,2%
manuele therapie	1,4%	4,1%	22,2%
bandageren	0,9%	-	-
advies, instructie	22,1%	32,0%	36,6%
accepteren klacht	10,7%	10,7%	7,8%
tractie	0,6%	0,5%	2,0%
fysische therapie	15,7%	10,7%	22,9%

Een nadere specificatie van bewegingstherapie toont dat met name loopoefeningen regelmatig (23%) voorkomen. Een ander belangrijk item is het mobiliseren van gewrichten (22%) en voorts wordt ook een combinatie van loopoefeningen en mobilisatie-oefeningen niet zelden (11%) gekozen. Ook worden loopoefeningen soms gecombineerd met respectievelijk spierversterking (4%), coördinatieverbetering (4%) of conditieverbetering (ook 4%). Loopoefeningen maken in bijna 60% van de gevallen waarbij bewegingstherapie wordt toegepast deel uit van de behandeling.

Uit tabel 5.7 komt ook duidelijk naar voren dat andere behandelvormen veelal in combinatie met bewegingstherapie gekozen worden. Het meest gekozen wordt de combinatie van bewegingstherapie met het geven van advies en/of instructies.

In de polikliniek neemt het relatieve belang van bewegingstherapie enigszins af en dit komt voornamelijk ten goede aan massage en manuele therapie (respectievelijk 25% en 22%) en in mindere mate aan fysieke therapie in engere zin. Bandageren en tractie zijn, zoals verwacht, behandelvormen die slechts zelden in verpleeghuizen worden toegepast. Uit de som van de percentages, per setting, blijkt dat fysiotherapeuten in verpleeghuizen over het algemeen één à twee behandelvormen kiezen.

### **5.3. Poliklinische fysiotherapie in verpleeghuizen in vergelijking met de eerstelijnsfysiotherapie**

Deze paragraaf bespreekt de verschillen en overeenkomsten tussen fysiotherapie in de polikliniek van verpleeghuizen en fysiotherapie in de eerste lijn. Teneinde de vergelijking zo zuiver mogelijk te houden worden alleen door de huisarts verwezen patiënten in de beschouwing betrokken. In de polikliniek bedraagt dit aantal 130 - ruim 85% van alle patiënten in de polikliniek.

Patiënten die in de polikliniek van een verpleeghuis worden behandeld zijn gemiddeld ouder dan patiënten die in de eerste lijn behandeld worden. Ongeveer 30% van de poliklinische patiënten is 65 jaar of ouder, terwijl dat in de eerste lijn nog geen 16% is. Samenhangend met de gemiddelde hogere leeftijd is het groter aandeel vrouwelijke patiënten (66%) in de polikliniek, vergeleken met de eerste lijn (53%). Ook vinden we in de polikliniek van het verpleeghuis relatief meer ziekenfondsverzekerden (85%) dan in de vrijgevestigde praktijk (72%). Wellicht brengt de huisarts de functie van een

polikliniek van de verpleeghuis in verband met de behandeling van bejaarde patiënten.

De klachten van de poliklinisch behandelde patiënten zijn verdeeld over de hoofdstukken van de ICPC van dezelfde orde als klachten van patiënten in de eerste lijn. Het hoofdstuk bewegingsapparaat herbergt ongeveer 90% van de klachten, terwijl klachten in ongeveer 4% tot het zenuwstelsel zijn te herleiden. In verpleeghuizen lijken de patiënten wel iets meer klachten van psychische oorsprong te vertonen dan in de eerste lijn (3% versus 1,5%). Uit dergelijke overeenkomsten op hoofdstukniveau kan echter niet afgeleid worden dat het klachtenpatroon identiek is. Daarvoor is de indeling te grof.

Een iets verfijndere indeling is te maken met behulp van de diagnoses in clusters van de ICD-9-CM. Tabel 5.8 geeft gedetailleerd de vergelijking weer tussen poliklinische patiënten op de afdeling fysiotherapie in het verpleeghuis met de resultaten van de registratie van patiënten in de eerste lijn.

Tabel 5.8.: Frequentieverdeling van in de ICD-9-CM ingedeelde diagnoses van poliklinisch behandelde patiënten in verpleeghuizen en patiënten in de eerste lijn. Getallen geven percentages weer en hebben alleen betrekking op door de huisarts verwezen patiënten

ICD-clusters	poli (N=130)	eerste lijn (N=5370)
status na operatie	4,6%	1,3%
psychisch	6,6%	3,2%
zenuwstelsel	10,6%	2,0%
ademhalingswegen	0,7%	2,4%
arthropathieën	9,3%	12,8%
dorsopathieën	29,1%	26,7%
reuma	17,2%	36,9%
osteopathieën	9,3%	4,0%
posttraumata	5,3%	8,7%
overige	7,3%	2,0%
Totaal	100,0%	100,0%

In de polikliniek zijn er, absoluut gezien, weinig patiënten zodat de betrouwbaarheidsintervallen rond de percentages groot zijn. Het 95% betrouwbaarheidsinterval varieert van  $\pm 7\%$  bij dorsopathieën tot  $\pm 3\%$  bij minder voorkomende diagnosegroepen zoals status na operatie. Indien de percentages tussen de twee patiëntgroepen wordt getoetst domineert de grote N van de eerstelijnspatiënten de statistische toets. Beter kunnen we de verschillen indicatief opvatten, dus niet toetsen en uitsluitend afgaan op de omvang van het verschil.

Opvallend is dat patiënten in de polikliniek meer aandoeningen hebben met betrekking tot het zenuwstelsel. Dit spreekt bij de diagnoses sterker dan bij de klachten. De achtergrond hiervan is al belicht in de vorige paragraaf. Opvallend veel minder vertonen patiënten in de polikliniek allerlei aandoeningen van de rug (dorsopathieën), 34 versus 46%. Dit geldt nog meer voor patiënten met aandoeningen van de ademhalingswegen. Die patiënten vinden we hoege-naamd niet in de polikliniek. Artropathieën komen in de polikliniek iets meer voor en dit is in overeenstemming met de resultaten in de eerste lijn. Daar werd immers een relatie aangetroffen tussen leeftijd en artropathieën. Op grond van de hogere leeftijd in de polikliniek verwachtten we dat deze aandoeningen frequenter zouden voorkomen. Aandoeningen van posttraumatische aard komen in de polikliniek iets minder voor en deze bevinding past ook in het licht van het onderzoek in de eerste lijn. Posttraumatische aandoeningen bleken een negatieve relatie met leeftijd te vertonen.

In paragraaf 5.1 zijn de redenen besproken waarom patiënten juist in de polikliniek van het verpleeghuis worden behandeld. Daar werd geconstateerd dat bij een aantal patiënten deze specifieke reden niet kan worden aangegeven. Ook is vastgesteld dat het aantal patiënten waarbij deze reden niet kan worden omschreven, samenhangt met het beleid van het verpleeghuis de polikliniek wat meer open te stellen. Op deze plaats onderzoeken we of de patiënten waarbij de specifieke reden niet kan worden aangegeven meer lijken op de patiënten in de eerste lijn dan de patiënten waarbij die reden wel kan worden vermeld. Daarbij concentreren we ons op de aandoeningen van het zenuwstelsel, artropathieën, dorsopathieën, reuma en osteopathieën, omdat alleen die aandoeningen frequent worden aangetroffen. Tabel 5.9 geeft de resultaten weer.

Voor wat betreft aandoeningen van het zenuwstelsel, artropathieën en osteopathieën lijken patiënten, voor wie geen duidelijke specifieke reden zijn gegeven, meer op patiënten in de eerste lijn. Ten aanzien

van dorsopathieën en reuma is echter de overeenkomst met de eerste lijn zeker niet groter.

Tabel 5.9.: Frequentieverdeling van diagnose van poliklinisch behandelde patiënten in verpleeghuizen uitgesplitst naar al of geen specifieke reden. Getallen geven percentages weer en hebben alle betrekking op door de huisarts verwezen patiënten

ICD-clusters	polikliniek		eerste lijn (N=5370)
	redenen (N=50)	geen redenen (N=78)	
zenuwstelsel	22,0%	2,6%	2,0%
artropathieën	6,0%	12,8%	12,8%
dorsopathieën	16,0%	46,2%	26,7%
reuma	16,0%	17,9%	36,9%
osteopathieën	10,0%	3,8%	4,0%

Als laatste onderdeel van deze paragraaf bespreken we de verschillen en overeenkomsten tussen de wijze waarop patiënten worden behandeld in de polikliniek van het verpleeghuis en de eerste lijn. Ook deze gegevens zullen in tabelvorm gepresenteerd worden (zie tabel 5.10 volgende pagina). In het project Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg zijn combinaties van behandelvormen in ogenschouw genomen. Deze aanpak is voor patiënten in de polikliniek niet haalbaar omdat er absoluut gezien weinig patiënten zijn behandeld. Daarom zal slechts de frequentie van behandelvormen gepresenteerd worden, ongeacht de combinatie met andere behandelvormen.

Door optelling van de percentages blijkt dat in de polikliniek gemiddeld zo'n twee behandelvormen per patiënt worden gekozen, in de eerste lijn is dit met 2,6 iets meer.

Vooraf het gebruik van massagetherapie en fysieke therapie in engere zin komt in de polikliniek veel minder voor dan in de eerste lijn. In verpleeghuizen worden de massagetherapie en fysieke therapie in engere zin in een kwart van de patiënten gekozen, in de eerste lijn bedragen de percentages respectievelijk 74% en 62%. De verdeling van fysieke therapie naar aard van de fysieke prikkel verschilt ook.

Tabel 5.10.: Frequentieverdeling van behandelvormen bij poliklinische patiënten in verpleeghuizen en bij patiënten in de eerste lijn. Getallen geven percentages weer en hebben alleen betrekking op door de huisarts verwezen patiënten

behandelvorm	polikliniek (N=130)	eerste lijn (N=5370)
massagetherapie	26,2%	74%
bewegingstherapie	69,6%	58%
fysische therapie in engere zin	26,4%	62%
advies, instructie	36,8%	34%
manuele therapie	27,2%	15%
tractie	0,8%	8%
bandageren	0,8%	2%
accepteren	7,2%	4%

Hoogfrequente electrotherapie wordt in de polikliniek meer toegepast dan in de eerste lijn (51% versus 26% van het aantal patiënten waarbij fysische therapie is gekozen) terwijl laagfrequente electrotherapie minder wordt toegepast (11% versus 25%). Ook thermotherapie wordt in de poli minder vaak gekozen (11%) dan in de eerste lijn (20%). Ultrageluid-therapie wordt in beide situaties even vaak toegepast (19%).

Bewegingstherapie wordt in de polikliniek vaker gekozen dan in de eerste lijn (zie tabel 5.10) en dit geldt ook voor manuele therapie en het leren accepteren van de klacht. Het geven van instructies en adviezen komt in beide situaties ongeveer even vaak voor.

Het verschil in gekozen behandelvormen ligt duidelijk in het toepassen van massagetherapie en fysische therapie in engere zin. In de eerste lijn gebeurt dit vaker dan in de polikliniek van het verpleeghuis.

Eerder zagen we dat, naar mate verpleeghuizen de polikliniek meer openstellen, hun patiënten iets meer lijken op de patiënten die in de eerste lijn worden behandeld. Zou een dergelijke verschuiving ook ten aanzien van de behandelvormen, massagetherapie en fysische therapie in engere zin worden aangetroffen? Uit het materiaal blijkt dat massagetherapie bij patiënten met wel omschreven redenen vaker wordt toegepast dan bij patiënten zonder specifieke redenen (34,3% versus 16,9%). Voor fysische therapie in engere zin geldt echter het

omgekeerde (15,7% versus 28,9%).

Fysiotherapeuten in de eerste lijn passen fysieke therapie in engere zin vaker toe dan hun collega's in de tweede lijn. Dit is voor een deel toe te schrijven aan het gegeven dat de patiënten in de eerste lijn verschillen van patiënten in de tweede lijn. Gedeeltelijk moeten de verschillen echter toegeschreven worden aan andere factoren.

## 6. RESULTATEN IN ZIEKENHUIZEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken van de registratie van patiënten die fysiotherapeutisch behandeld worden in ziekenhuizen. Van de zes geselecteerde ziekenhuizen hebben er uiteindelijk vijf deelgenomen aan de registratie van nieuwe patiënten. Eén ziekenhuis wenste niet aan het onderzoek deel te nemen, een vervangende instelling kon niet worden gevonden. Twee van de vijf ziekenhuizen zijn zogenaamde middelgrote ziekenhuizen (200 tot 400 bedden), de drie andere zijn grote ziekenhuizen (400 en meer bedden).

Dit hoofdstuk heeft dezelfde opbouw als het vorige. In de eerste paragraaf wordt de verhouding tussen klinische en poliklinische werkzaamheden besproken. Daarna worden in de tweede paragraaf de gegevens van de patiënten besproken, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen patiënten in de polikliniek en opgenomen patiënten. De laatste paragraaf heeft betrekking op het verschil tussen de polikliniek van een ziekenhuis en de eerstelijnsfysiotherapie.

### 6.1. De verhouding tussen klinische en poliklinische werkzaamheden

In vijf ziekenhuizen zijn, in de maand oktober 1973 nieuwe patiënten geregistreerd. Tabel 6.1 geeft de verdeling van de patiënten weer per ziekenhuis.

Tabel 6.1.: Verdeling van patiënten naar setting en ziekenhuis

Setting	ziekenhuis				
	groot		middelgroot		
polikliniek	99	129	58	44	146
kliniek	212	354	363	137	197

Anders dan in verpleeghuizen geeft het aantal erkende bedden niet zonder meer het aantal opgenomen patiënten weer. De bezettingspercentages van ziekenhuizen zijn niet gelijk aan 100%. Ook is niet gedurende één moment geregistreerd, maar gedurende een maand. Het aan-



tal opgenomen patiënten gedurende die maand kan geschat worden door (aantal registratiedagen/gemiddelde opnameduur) x bezettingspercentage x aantal erkende bedden. Aldus wordt verkegen dat respectievelijk 21%, 27%, 30%, 25% en 37% van de opgenomen patiënten met fysiotherapie wordt behandeld.

Het aantal poliklinisch behandelde patiënten, in verhouding tot het aantal klinisch behandelde patiënten, blijkt tussen ziekenhuizen nogal te variëren (respectievelijk 32%, 27%, 14%, 24% en 43%). Ook in ziekenhuizen is gevraagd naar de reden waarom patiënten juist in de polikliniek behandeld worden. Tabel 6.2 somt deze redenen op, globaal ingedeeld in zes categorieën.

Tabel 6.2.: Globale redenen waarom ambulante patiënten in poliklinieken van algemene ziekenhuizen behandeld worden in absolute aantallen en percentages

reden	aantal	
geen specifieke reden	59	12,8%
samenwerking specialist nabehandeling	163	35,4%
specifieke behandelmogelijkheden/deskundigheid	113	24,6%
continuïteit van zorg (geen nabehandeling)	22	4,8%
pragmatische reden	11	2,4%
<b>Totaal</b>	<b>460</b>	<b>100,0%</b>

De samenwerking met fysiotherapeuten vormt voor de specialist een belangrijke reden om patiënten, die hij poliklinisch behandelt, naar de polikliniek van het ziekenhuis te verwijzen. 35% van de poliklinische patiënten wordt om deze reden behandeld. Een iets minder groot deel (20%) wordt onmiddellijk na ontslag uit het ziekenhuis door de afdeling fysiotherapie nabehandeld, de zogenaamde postklinische zorg. Voor 25% van de poliklinische patiënten is de reden gelegen in de behandelmogelijkheden of de specifieke deskundigheid van de fysiotherapeut die in het ziekenhuis aanwezig is. Autogene training (16 patiënten) en revalidatie na hartaanval (39 patiënten) vormen hierbij de grootste groepen. De patiënten krijgen deze behandelingen in groepen van 4-8 personen en dit geldt ook voor patiënten in een oefenschool voor revalidatie van knie-operatie (tien patiënten) en patiënten in een cara-groep (zeven patiënten). Hartrevalida-

tie wordt in vier van de vijf ziekenhuizen gegeven. Twee van de vier ziekenhuizen hebben een officiële erkenning voor hun hartrevalidatieprogramma. De twee andere hebben dat niet, daar valt het programma onder de noemer van fysieke reconditionering of resocialisering van hartpatiënten. De andere hierboven genoemde behandelvormen komen slechts in enkele ziekenhuizen voor. Daarnaast worden de lymfapress (vijf patiënten) en het vlinderbad (zeven patiënten) als specifieke behandelmogelijkheden genoemd. Bandageren (drie patiënten) is een behandelvorm die ook in de eerste lijn toegepast kan worden. Dit geldt ook voor sensomotorische training van kinderen met ontwikkelingsstoornissen (15 patiënten). In de betreffende ziekenhuizen wordt desalniettemin aangenomen dat de eigen fysiotherapeuten op deze gebieden een specifieke deskundigheid hebben opgebouwd. Acht patiënten krijgen een haptonomische behandeling. Het aanbod van haptonomisch opgeleide fysiotherapeuten in de eerste lijn is in die gevallen ontoereikend. Drie patiënten krijgen manuele therapie, omdat een medisch specialist ook manueel therapeut is en deze patiënten graag onder eigen hoede wil houden. Dertien patiënten krijgen manuele therapie omdat in de nabijheid van een der ziekenhuizen een wachtlijst voor manueel-therapeuten is.

De laatste twee categorieën van tabel 6.2 zijn wat betreft het aantal patiënten van ondergeschikt belang. Tweeëntwintig patiënten worden in de polikliniek vanwege hun (jarenlange) bekendheid met de fysiotherapeut behandeld en elf patiënten worden om pragmatische redenen in het ziekenhuis behandeld. In dit laatste geval gaat het om acht personeelsleden, één patiënt die in de buurt werkzaam is en twee patiënten die een nierdialyse behandeling combineren met een behandeling fysiotherapie. In 59 gevallen kon geen specifieke reden worden aangegeven waarom de patiënten juist in de polikliniek behandeld worden.

Uit gesprekken met de hoofden van de afdeling fysiotherapie bleek dat het beleid van de afdelingen erop is gericht alleen die patiënten te behandelen die niet in de eerste lijn behandeld kunnen worden. Op het niveau van de patiënten wordt deze beleidslijn weer spiegeld in het feit dat bij 87% er een duidelijke reden is dat de patiënt poliklinisch behandeld wordt.

## **6.2. Patiënten op de afdeling fysiotherapie in ziekenhuizen**

In deze paragraaf worden patiënten besproken die fysiotherapeutisch behandeld worden in ziekenhuizen. Daarbij is telkens een onderscheid

gemaakt tussen ambulante patiënten en opgenomen patiënten. De klinische behandeling van patiënten verloopt altijd via de medisch-specialist. Bij een vergelijking van de opgenomen patiënten met de ambulante patiënten, ligt het voor de hand ook alleen die patiënten te beschouwen die door de medisch specialist zijn verwezen. Achtereenvolgens komen aan de orde: verwijzer, leeftijd, geslacht en diagnoses van de patiënten die door verwijzer zijn gesteld. Zoals reeds opgemerkt in hoofdstuk 4 is bij de materiaalverzameling in ziekenhuizen gebruik gemaakt van een bestaand administratief informatie-systeem. Daardoor ontbreken de klachten van de patiënten en de behandelvormen van de opgenomen patiënten. De behandelvormen blijven daarom in deze paragraaf buiten beschouwing. In de volgende paragraaf, waar poliklinisch behandelde patiënten worden vergeleken met patiënten in de eerste lijn komen de behandelvormen wel aan de orde. In paragraaf 6.1 bleek een der ziekenhuizen autogene training te geven aan psychiatrische patiënten. Onder de veronderstelling dat dit toch wel een heel speciale behandelvorm voor een afwijkende groep patiënten is, zijn deze patiënten verder buiten beschouwing gelaten.

### **De verwijzer**

Medisch-specialisten zijn de verwijzers voor fysiotherapie bij klinisch behandelde patiënten. Daarnaast verwijzen medisch-specialisten natuurlijk ook poliklinische patiënten en kunnen ook andere artsen (waaronder huisartsen) patiënten naar de polikliniek van de afdeling fysiotherapie verwijzen. Tabel 6.3 (zie volgende pagina) geeft de verdelingen weer van het aantal patiënten dat door een aantal verschillende specialisten verwezen wordt.

Chirurgen en orthopeden verwijzen het meest voor fysiotherapie en dit is, gezien de aandoeningen die binnen hun specialisme vallen niet verwonderlijk. Deze specialismen hebben samen een aandeel van zo'n 60% in de kliniek en 43% in de polikliniek.

Orthopeden hebben een groter aandeel in de polikliniek dan chirurgen. Omgekeerd hebben chirurgen in de kliniek een groter aandeel dan orthopeden. Dit komt omdat chirurgen veel meer patiënten (kunnen) opnemen dan orthopeden. Over alle grote en middelgrote ziekenhuizen samen beschikken chirurgen over 2,5 keer zo veel bedden als orthopeden (LMR, 1986).

Tabel 6.3.: Verdeling van patiënten op de afdeling fysiotherapie van algemene ziekenhuizen naar verwijzer en setting. Getallen geven percentages weer

Verwijzer	kliniek (N=1260)	polikliniek (N=460)
orthopeed	23,5%	26,1%
chirurg	37,8%	17,0%
longarts	6,6%	4,1%
neuroloog	6,6%	3,7%
cardioloog	5,5%	6,3%
internist	4,4%	1,5%
kinderarts	2,8%	5,2%
reumatoloog	0,2%	7,6%
overige	12,6%	7,7%
huisarts	-	20,8%
Totaal	100,0%	100,0%

Neurologen, longartsen en internisten leveren een beperkt aandeel in de kliniek, en een nog kleiner aandeel in de polikliniek. Voor cardiologen en kinderartsen geldt dit omgekeerd. Reumatologen verwijzen praktisch alleen naar de polikliniek, dit vindt mede zijn oorzaak in het feit dat reumatologen nauwelijks over bedden beschikken en weinig patiënten (kunnen) opnemen.

Patiënten die door de huisarts zijn verwezen vormen ongeveer 20% van de patiënten op de poliklinische afdeling fysiotherapie. In het vervolg van deze paragraaf worden deze patiënten buiten beschouwing gelaten. In paragraaf 6.3 worden zij wel besproken.

### **Leeftijd en geslacht van de patiënten**

Gebruikers van fysiotherapeutische zorg in algemene ziekenhuizen zijn gemiddeld 50 jaar oud. Klinisch behandelde patiënten zijn gemiddeld 12 jaar ouder (53 jaar) dan poliklinisch behandelde patiënten (41 jaar). Tabel 6.4 (volgende pagina) geeft de precieze verdeling weer en daaruit blijkt dat de leeftijdsverdeling van klinische patiënten duidelijk afwijkt van die van de poliklinische patiënten.

De leeftijdsverdeling van klinische patiënten is scheef, met als top de categorie van 65 tot en met 74 jaar. Ook de verdeling van de

leeftijd van poliklinische patiënten is scheef maar de top ligt aan de andere kant, de categorie van 15-24 jaar.

Op de afdeling fysiotherapie worden iets meer mannen dan vrouwen aangetroffen 51 respectievelijk 49% en dit geldt zowel voor de polikliniek als voor de kliniek. De verschillen tussen polikliniek en kliniek met betrekking tot het aantal mannen en vrouwen kunnen aan het toeval worden toegeschreven. Het is wel opmerkelijk dat de verdeling van het aantal mannen en vrouwen in ziekenhuizen zo afwijkt van de verdeling in verpleeghuizen en ook van de eerstelijnsfysiotherapie waar immers meer vrouwen dan mannen worden behandeld. In de volgende paragraaf zullen we hierop terugkomen.

Tabel 6.4.: Leeftijdsverdeling van patiënten (verwezen door de medisch-specialist) op afdelingen fysiotherapie in algemene ziekenhuizen naar setting. Getallen geven percentages weer

Leeftijd	kliniek (N=1260)	polikliniek (N=364)
0-14	5,7%	10,4%
15-24	9,4%	18,5%
25-34	9,2%	11,5%
35-44	12,2%	15,1%
45-54	11,9%	14,6%
55-64	14,4%	16,2%
65-74	18,7%	9,9%
75-84	14,6%	3,8%
85+	3,9%	-
Totaal	100,0%	100,0%

### Diagnoses

De aandoeningen, in termen van diagnoses kunnen naar verschillende criteria worden ingedeeld. In deze subparagraaf worden aandoeningen ingedeeld naar hoofdstukken en paragrafen van de ICD-9-CM, zogenoemde clusters.

Zoals te verwachten valt uit het feit dat patiënten van de snijdende specialismen - chirurgie en orthopedie - een groot aandeel leveren in het gebruik van de fysiotherapeutische zorg, vallen veel aandoeningen onder status na operatie. Tabel 6.5 (zie volgende pagina) geeft de verdeling naar setting weer.

Tabel 6.5.: Verdeling van medische diagnoses in clusters van de ICD-9-CM in algemene ziekenhuizen naar setting. Diagnoses hebben betrekking op patiënten die zijn verwezen door de medisch specialist. Getallen geven percentages weer

Cluster	Kliniek ((N=1260)	Polikliniek (N=364)
1. status na operatie	32,9%	16,4%
2. overige	16,7%	20,4%
3. psychisch	1,0%	1,6%
4. zenuwstelsel	4,2%	3,8%
5. ademhalingswegen	23,7%	6,0%
6. artropathieën	3,9%	2,8%
7. dorsopathieën	3,6%	11,9%
8. reuma	1,9%	11,0%
9. osteopathieën	0,4%	2,5%
10. posttraumata	11,7%	23,6%
Totaal	100%	100%

In de kliniek zijn, nog duidelijker dan in de polikliniek, aandoeningen te rangschikken onder status na operatie (45% versus 27%). Ook lijden opgenomen patiënten veel meer aan aandoeningen van de ademhalingswegen dan poliklinisch behandelde patiënten. Verder vinden we in de polikliniek aanmerkelijk meer aandoeningen van posttraumatische aard dan in de kliniek en dit geldt ook voor dorsopathieën. Posttraumata komen relatief wat meer voor bij jongere patiënten; het feit dat patiënten in de polikliniek jonger zijn dan in de kliniek kan hiermee in verband worden gebracht.

### 6.3. Poliklinische fysiotherapie in ziekenhuizen in vergelijking met de eerste lijn

In de vorige paragraaf is naar voren gekomen dat ongeveer een vijfde deel van de patiënten die poliklinisch behandeld worden met fysiotherapie in ziekenhuizen verwezen is door de huisarts. Dit geeft een gespiegeld beeld van de verhouding in de eerstelijnsfysiotherapie. Daar wordt ongeveer een vijfde deel van de patiënten verwezen door de medisch specialist. In het rapport over de eerstelijnsfysiotherapie

(Kerssens e.a.) zijn de verschillende patiënten (afkomstig van de huisarts of de medisch-specialist) apart getabelleerd. In deze paragraaf wordt een vergelijking gemaakt tussen het materiaal dat in de polikliniek is verzameld en de patiënten in de eerste lijn. Om het beeld zo zuiver mogelijk te houden worden de patiënten onderverdeeld naar verwijzer.

Nagegaan wordt in hoeverre patiënten in de polikliniek verschillen van patiënten in de eerste lijn. Dit is zowel onderzocht voor de patiënten die door een medisch-specialist zijn verwezen alsook voor die welke door een huisarts zijn verwezen.

In de polikliniek zijn patiënten, door de medisch-specialist verwezen, jonger dan in de eerste lijn. Het aandeel van 65-plussers in de polikliniek is 13% terwijl dit in de eerste lijn 20% is. Patiënten die door de huisarts zijn verwezen komen wat betreft het aantal 65-plussers in de polikliniek overeen met de eerste lijn. In beide settings bedraagt dit percentage 16.

In de polikliniek bedraagt het percentage mannen 51%, in de eerste lijn is dit 44%, voor zover het patiënten betreft die door de medisch-specialist zijn verwezen. In de polikliniek bedraagt het percentage mannen 53% en in de eerste lijn is dit 47% en we spreken dan over patiënten die afkomstig zijn van de huisarts. Ten aanzien van leeftijd en geslacht is het niet duidelijk dat de invloed van de verwijzer groter of kleiner is dan de invloed van de setting.

De aandoeningen van de patiënten geven hieromtrent wel een duidelijk beeld. De verdeling van diagnoses ingedeeld naar clusters van de ICD-9-CM wordt weergegeven in tabel 6.6 (zie volgende pagina).

De teneur die uit tabel 6.6 naar voren komt wijst erop dat de invloed van de verwijzer groter is dan de invloed van de setting. Met andere woorden: Patiënten die verwezen worden door de specialist lijken op elkaar, ongeacht of die patiënten in de polikliniek van een algemeen ziekenhuis of in de eerste lijn worden behandeld. Ditzelfde geldt voor patiënten die verwezen zijn door de huisarts. Patiënten die fysiotherapeutisch behandeld worden, ten gevolge van een operatie bijvoorbeeld, maken 16% van de patiënten uit binnen de polikliniek en 20% van de patiënten binnen de eerste lijn. Vooropgesteld dat het gaat om patiënten die door de medisch-specialist zijn verwezen. Van de patiënten die door de huisarts zijn verwezen maken deze aandoeningen slechts 3% uit van het totaal in de polikliniek en 1% van het totaal in de eerste lijn.

Naast de geconstateerde globale overeenkomsten zijn er natuurlijk ook verschillen. Bij de door de medisch-specialist verwezen patiën-

Tabel 6.6.: Verdeling van diagnoses naar clusters van de ICD-9-CM voor patiënten in de polikliniek van ziekenhuizen en de eerste lijn

Verwijzer	specialist		huisarts	
	poli	eerste lijn	poli	eerste lijn
ICD-9-CM cluster				
status na operatie	16,4%	20,1%	2,7%	1,2%
psychisch	1,6%	1,0%	9,3%	2,4%
zenuwstelsel	3,8%	4,1%	4,0%	1,5%
ademhalingswegen	6,0%	2,9%	2,7%	3,7%
artropathieën	2,8%	12,6%	5,3%	8,1%
dorsopathieën	11,9%	16,9%	42,6%	45,9%
reuma	11,0%	9,7%	12,0%	20,8%
osteopathieën	2,5%	3,5%	2,7%	2,6%
posttraumata	23,6%	22,1%	8,0%	9,6%
overige	20,4%	6,9%	10,7%	4,2%
totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

ten wordt in de polikliniek een groter aantal longaandoeningen aangetroffen dan in de eerste lijn. Voor artropathieën geldt het omgekeerde en voor dorsopathieën ook, zij het in mindere mate.

Bij de patiënten afkomstig van de huisarts valt voornamelijk het grotere aandeel van de psychische aandoeningen in de polikliniek op, in vergelijking met de eerste lijn. Ten overvloede wellicht zij vermeld dat psychiatrische aandoeningen hierbij niet zijn inbegrepen. Uit het relatieve aandeel van de categorie overige in de polikliniek blijkt dat de diversiteit van de aandoeningen hier groter is. Dit geldt ongeacht de verwijzer.

Tot slot gaan we in op de behandelvormen die in de polikliniek worden toegepast en vergelijken die met behandelvormen die in de eerste lijn worden toegepast. Het betreft patiënten die door de medisch-specialist zijn verwezen. Massagetherapie wordt in de eerste lijn bij iets minder dan de helft (45%) van de patiënten toegepast. In de polikliniek wordt deze behandelvorm veel minder gekozen; slechts bij 7%. Bewegingstherapie wordt in de eerste lijn veel toegepast - bij 79% van de patiënten - en in de polikliniek is dit iets minder (69%).

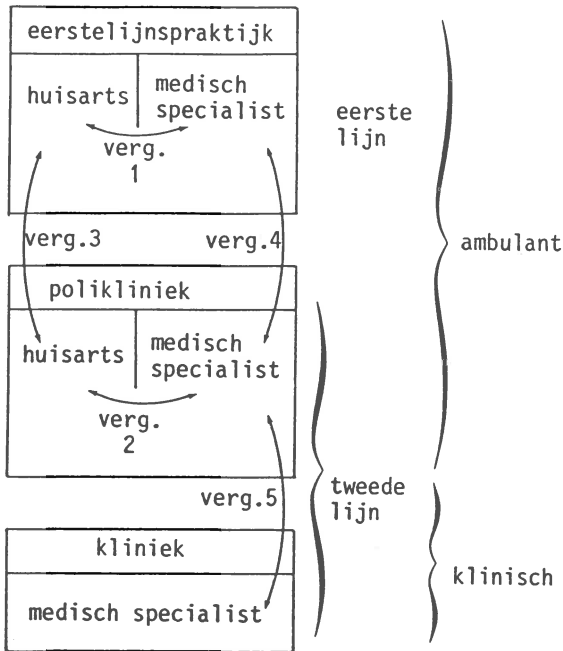


Fysische therapie in engere zin wordt bijna altijd in combinatie met bewegingstherapie en/of massage gegeven. Dit geldt voor de eerste lijn en ook voor de polikliniek. Wel is het zo dat in de polikliniek fysische therapie in engere zin bij 17% van de patiënten wordt gekozen, terwijl deze behandelvorm in de eerste lijn bij 50% van alle patiënten die door een medisch specialist verwezen zijn, gekozen wordt. We zien hier, wat betreft de fysische therapie in engere zin, hetzelfde beeld als in de vergelijking van de eerste lijn met de polikliniek van het verpleeghuis. In de tweede lijn wordt fysische therapie veel minder toegepast dan in de eerste lijn.

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk is ingegaan op de specifieke behandelmogelijkheden die fysiotherapeuten in de tweede lijn ter beschikking staan, in vergelijking met fysiotherapeuten in de eerste lijn. We zien dan ook dat in ongeveer 20% van de poliklinische behandelingen, behandelvormen worden toegepast die in de eerste lijn ontbreken. Dit betreft dan in enkele gevallen behandelvormen die afhangen van kostbare apparatuur (vlinderbad). Veel meer gaat het om groepsgewijze revalidatie na een hartinfarct (al of niet als zodanig erkend) en oefenscholen van patiënten die aan de knie zijn geopereerd.

## SAMENVATTING EN CONCLUSIE

In dit hoofdstuk wordt eerst een samenvatting van de onderzoeksresultaten gegeven waarna het hoofdstuk en daarmee het rapport wordt afgesloten met een conclusie. De samenvatting gaat in op de verschillende vergelijkingen die op de pagina's zeven en acht zijn opgesomd. Om die reden wordt schema 1 nogmaals gepresenteerd:



De eerste vergelijking betreft patiënten die in de eerstelijnsfysiotherapie worden behandeld. Enerzijds zijn zij verwezen door de huisarts en anderzijds door de medisch specialist. Deze vergelijking staat beschreven in het rapport Fysiotherapie in de Nederlandse ge-

zondheidszorg (Kerssens e.a., 1987). Alhoewel niet gebaseerd op materiaal dat binnen het kader van het (poli)klinische onderzoek is verzameld, worden, terwille van het complete overzicht, de belangrijkste punten van verschil gepresenteerd. Patiënten verwezen door de huisarts zijn over het algemeen iets jonger dan zij die verwezen zijn door de medisch-specialist. De aandoeningen van patiënten afkomstig van de huisarts kunnen voor het merendeel worden ondergebracht onder de categorieën reuma, artropathieën en dorsopathieën. Patiënten afkomstig van de medisch-specialist daarentegen worden vaker behandeld voor een 'status na operatie' en posttraumatische aandoeningen.

De tweede vergelijking betreft patiënten die in de polikliniek van een algemeen ziekenhuis worden behandeld. Patiënten van de medisch-specialist blijken jonger dan patiënten van de huisarts. De huisarts verwijst, relatief gezien, meer patiënten met dorsopathieën en psychische aandoeningen. De medisch-specialist verwijst naar 'zijn eigen' polikliniek meer patiënten met posttraumatische aandoeningen en, natuurlijk, meer patiënten die de gevolgen van een operatie ondervinden.

De derde vergelijking betreft patiënten die zijn verwezen door de huisarts. Het gaat hierbij om het verschil tussen de polikliniek en de eerste lijn. In de polikliniek van het **verpleeghuis** zijn deze patiënten ouder. De aandoeningen van deze patiënten hebben relatief meer betrekking op het zenuwstelsel en de psyche. Reumatische aandoeningen worden weer vaker aangetroffen in de eerstelijnsfysiotherapie dan in de polikliniek van het verpleeghuis. Fysische therapie in engere zin wordt als behandelvorm in de eerste lijn veel meer toegepast dan in de polikliniek van het verpleeghuis.

In de polikliniek van het **ziekenhuis** verschilt de leeftijd van de patiënten (verwezen door de huisarts) niet veel van die in de eerste lijn. De aard van de aandoeningen vertonen wel kleine verschillen. Psychische aandoeningen worden meer aangetroffen in de polikliniek dan in de eerste lijn. Artropathieën en reumatische aandoeningen worden minder poliklinisch behandeld. Deze aandoeningen worden vaker in de eerste lijn aangetroffen.

De vierde vergelijking betreft patiënten die zijn verwezen door de medisch-specialist. In de polikliniek zijn deze patiënten jonger dan in de eerste lijn. Zij hebben meer aandoeningen van posttraumatische aard. Aandoeningen van de luchtwegen worden in de polikliniek ook meer dan in de eerste lijn aangetroffen. Andersom komen artropathieën en posttraumatische aandoeningen weer vaker in de eerste lijn voor.

De vijfde en laatste vergelijking gaat over de patiënten van de medisch specialist, nu echter over het verschil tussen klinische en poliklinische patiënten. Qua leeftijd verschillen deze patiënten niet veel. In de kliniek komt de status na operatie veel meer voor dan in de polikliniek en dit geldt evenzeer voor aandoeningen van de luchtwegen. Psychische en posttraumatische aandoeningen, dorso-pathieën en reuma komen bij klinische patiënten nauwelijks voor terwijl deze aandoeningen bij poliklinische patiënten wat meer worden aangetroffen.

Uitgaande van deze vergelijkingen luidt de conclusie dat het verschil tussen patiënten die klinisch worden behandeld en de patiënten die poliklinisch worden behandeld groot is. Het verschil tussen de polikliniek en de eerste lijn is duidelijk te constateren als het gaat om de leeftijd en de aandoeningen van de patiënten die in de twee verschillende settings worden behandeld. Echter wanneer de verwijzer in de vergelijking wordt betrokken blijken poliklinische patiënten veel op patiënten in de eerste lijn te lijken. Met andere woorden de invloed van de setting is wel aanwezig maar de invloed van de verwijzer is aanzienlijk groter. Deze conclusie is gebaseerd op de vergelijking van patiënten als die gekarakteriseerd wordt door de aandoeningen van deze patiënten in termen van medische diagnoses. Diagnoses die door ons (in verpleeghuizen) of door de behandelende fysiotherapeuten (in ziekenhuizen) zijn geclassificeerd in de International Classification of Diseases - 9<sup>th</sup> revision - Clinical Modification. Nu valt er op dit door ons gekozen concept wel wat af te dingen. De Werkgroep Classificatie en Coderingen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid is in haar vooronderzoek fysiotherapie en classificatie tot de conclusie gekomen dat, inhoudelijk gezien, de Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen en Handicaps (ICIDH) de meeste aanknopingspunten biedt voor de fysiotherapie (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1988). Een vergelijking van de patiënten zoals die gerakteriseerd wordt door het concept van de ICIDH zou dus meer recht doen aan de (poli)klinische fysiotherapie. Er zijn echter twee omstandigheden die het gebruik van de ICIDH (vooralsnog) in de weg staan. Ten eerste is de ICIDH nog niet klaar voor gebruik in de fysiotherapie (NRV, 1988). Ten tweede is de (poli)klinische fysiotherapie ingekaderd in de intramurale gezondheidszorgsector, een sector waar de ICD-9-CM een duidelijke plaats heeft verworven. Gebruik maken van de ICIDH zou wellicht betekenen dat de aansluiting van de (poli)klinische fysiotherapie met het medische zorgveld verloren gaat, en dat

nu er ontwikkelingen zijn waarbij deze aansluiting juist als uitgangspunt wordt genomen (LVFD, 1987).

In een poging de zwakke kanten van het gekozen concept - de medische diagnose - te ondervangen is een inventarisatie gemaakt van de specifieke redenen waarom patiënten in de polikliniek terecht komen. Daaruit blijkt dat huisartsen en medisch-specialisten zich, bij hun keuze of zij een patiënt naar de polikliniek of naar de eerste lijn zullen verwijzen, laten leiden door motieven die niet uitsluitend tot uiting kunnen komen in aandoeningen en de daarbij gestelde medische diagnoses. Dat blijkt althans uit de perceptie van de behandelende fysiotherapeuten, waaruit naar voren komt dat er over het algemeen duidelijke redenen zijn waarom iemand juist in de polikliniek behandeld wordt en niet in de eerste lijn. In twee verpleeghuizen met een duidelijk open beleid ten aanzien van de polikliniek, konden deze redenen echter niet expliciet gemaakt worden. Daarbij kunnen twee kanttekeningen gemaakt worden. Ten eerste is de selectie van verpleeghuizen afhankelijk gesteld van het feit dat de polikliniek open is. Dit geldt voor een kwart van de verpleeghuizen (Baard en Bijlsma, in voorbereiding). Wanneer we indicatief stellen dat eenderde van deze verpleeghuizen werkelijk een open polikliniek heeft, kan gesteld worden dat minder dan 10% van de verpleeghuizen in Nederland op dit moment een open polikliniek heeft. Bij de rest zijn er duidelijke beperkingen ten aanzien van poliklinische activiteiten. Overigens moet de generalisatie van de onderzoeksresultaten zeer beperkt gehouden worden doordat het aantal verpleeghuizen van zo'n bescheiden omvang is.

Ten tweede is het specificeren van een duidelijke reden een creatief proces waarbij ook variatie tussen fysiotherapeuten zal bestaan. De ene fysiotherapeut zal dan ook eerder een specifieke reden onderkennen dan de andere.

Een steeds terugkerend thema in het overheidsbeleid wordt gevormd door versterking van de eerste lijn. In het kader hiervan is ook substitutie van tweedelijnsgezondheidszorg door eerstelijnsgezondheidszorg een belangrijk aspect. Een belangrijke motiverende reden voor de substitutie is het kostenaspect. Ten aanzien van het medische zorgveld lijkt de aanname gerechtvaardigd dat de hulpverlening door de medisch-specialist over het algemeen duurder is dan de hulpverlening door de huisarts. Dit houdt verband met het gegeven dat een medisch-specialist, vaker dan de huisarts, gebruik maakt van een groot arsenaal aan diagnostische middelen en dat de behandeling van opgenomen patiënten meer kosten genereert dan de behandeling van

ambulante patiënten. In het geval van de fysiotherapie ligt dit anders. Weliswaar zal de inrichting van de afdeling een fysiotherapie in ziekenhuis/verpleeghuis meer kosten dan de inrichting van fysiotherapiepraktijk in de eerste lijn, gegeven eenzelfde aantal fysiotherapeuten. In de inrichtingen wordt meestal meer kostbare apparatuur aangeschaft. Met het toepassen van enkele behandelvormen gaat men in de tweede lijn echter spaarzamer om dan in de eerste lijn. Dit geldt met name voor het toepassen van fysieke therapie in engere zin. Een ander aspect dat van belang is bij substitutie, namelijk behandeling in de onmiddellijke omgeving van de patiënt, is ten aanzien van de fysiotherapie evenzeer geldig als voor medische hulpverlening.

Ten aanzien van het verschil tussen eerstelijns- en tweedelijns-fysiotherapie valt op dat in de tweede lijn bepaalde patiëntcategorieën groepsgewijs behandeld worden. Dit is in de eerste lijn niet mogelijk en gezien de aard van de aandoeningen in de eerste lijn vaak niet haalbaar. Ziekenfondsen vergoeden groepsgewijze behandeling niet. Daarnaast zijn in de eerste lijn de voorzieningen kleinschalig en fysiotherapeuten hebben in verschillende praktijken geen overzicht van elkaars patiëntenpopulatie. Dit maakt het groeperen van patiënten uit verschillende praktijken in een 'oefenschool' problematisch. In ziekenhuizen is zoiets veel beter mogelijk.

Dit onderzoek, hoe bescheiden van opzet en uitvoering ook, vult een duidelijke lacune in de informatievoorziening binnen de intramurale gezondheidszorg. De Landelijke Medische Registratie van de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg inventariseert wel een aantal medische gegevens van patiënten in ziekenhuizen, maar laat de paramedische kant geheel onbesproken. Aan de andere kant inventariseert het Nationaal Ziekenhuis Instituut met de Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen wel enkele paramedische verrichtingen (behandelvormen) maar de patiënten blijven voor de rest achterwege. De aard van de materiaalverzameling van de Jaarcijfers is zodanig dat materiaal over patiënten niet gevraagd kan worden. Dit betekent dat, wanneer er meer behoefte is aan de in dit onderzoek gepresenteerde gegevens, de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg een Landelijke Paramedische Registratie zou kunnen opzetten.

Dit onderzoek naar de poliklinische fysiotherapie in ziekenhuizen en verpleeghuizen laat een aantal interessante kanten van de fysiotherapie in de tweede lijn onbesproken. Met name is het van belang na te gaan hoe de overdracht van informatie van specialist naar eerste-

lijnsfysiotherapeuten (en andersom) in de praktijk geregeld is en hoe zich dit verhoudt tot de informatie-overdracht van medisch specialist naar klinisch werkzame fysiotherapeut. Dit is van belang omdat, door de budgetfinanciering, de afdeling fysiotherapie aan een produktie-omvang gebonden is, terwijl de belangrijkste verwijzer, de medisch specialist, niet onder een dergelijk regiem staat.

## LITERATUUR

- BAARD, R., H. BIJLSMA. Fysiotherapie als eerstelijnsvoorziening in verpleeghuizen. Utrecht, z.m., in voorbereiding
- BARTELS, M., L. SCHEEPMAKER. Het patiëntaanbod in zes fysiotherapiepraktijken; een inventariserend onderzoek. Utrecht, Stichting Utrechtse Paramedische Academie, 1983. Scriptie
- BESLUIT INRICHTINGSEISEN. 's-Gravenhage, Staatsblad 287, 1980
- CENTRAAL ORGAAN TARIEVEN GEZONDHEIDSZORG. Vademecum, deel I, band 1. Alphen aan den Rijn, Samsom Uitgeverij/Stafleu, 1983
- CENTRAAL ORGAAN TARIEVEN GEZONDHEIDSZORG. Jaarverslag 1983. Utrecht, COTG, z.j.
- CURFS, E.Chr., P.P. GROENEWEGEN, J.J. KERSSSENS. Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg. Classificatie van gegevens in onderzoek op het gebied van de fysiotherapie. Utrecht, NIVEL, 1987
- FYSIOTHERAPEUTENBESLUIT (1979). In: Wet op de paramedische beroepen; wet van 21 maart 1963: Stb. 113, houdende de regelen betreffende de uitoefening van paramedische beroepen. Vijfde druk. Zwolle, W.J.E. Tjeenk-Willink, 1981
- HAMILTON, G.J.A. Vestigingsbeleid op basis van ontheffing van de plicht tot het aangaan van overeenkomsten van ziekenfondsen. Zeist, Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, 1985
- HINGSTMAN, L., H. BOON. Studies uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Fysiotherapeuten in de Eerstelijnsgezondheidszorg: Aantallen, Samenstelling en Geografische Spreiding. Utrecht, NIVEL, 1986
- ICD-9-CM. Classificatie van ziekten - systematisch. Utrecht, Stichting Medische Registratie, 1980
- ICIDH. Werkgroep Classificatie en Coderingen Classificatie Ontwikkeling - groep gehandicapten. Voorburg, Raad voor de Gezondheidsresearch, TNO, 1980
- ICPC. International Classification of Primary Care. Instituut voor huisartsgeneeskunde. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, 1985
- KABELA, M., T. POT. Autogene training. Een samenwerkingsproject in een algemeen ziekenhuis. Medisch Contact, 42 (40) p.1274-1279, 1987
- KERSSSENS, J.J., E.Chr. CURFS, P.P. GROENEWEGEN. Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg. Klachten van patiënten, indicatie-



- stelling van (huis)artsen en fysiotherapeutische behandelingen. Utrecht, NIVEL, 1987
- KORTENHOEVEN, D. Van bijverdienste tot broodwinning: de ontwikkeling van het economisch kader van het beroep van fysiotherapeut. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1983
- LANDELIJKE VERENIGING VAN FYSIOTHERAPEUTEN IN DIENSTVERBAND. Plancommissie Arbeidsplaatsen. Eindverslag vormgevingsfase. Amersfoort, LVFD, 1987
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg. 's-Gravenhage, Staatsuigeverij, 1980
- MONTFOORT, A.P.W.P. VAN. Budgettering, financiering en planning in de ziekenhuissector. Voorstel voor een geïntegreerd budgetstelsel. Het Ziekenhuis (8) p.319-327, 1983
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Werkgroep Classificatie en Coderingen. Vooronderzoek Fysiotherapie en Classificatie. Zoetermeer, 1987
- NEDERLANDS INSTITUUT VOOR ONDERZOEK VAN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG. Naar een sterkere eerste lijn? Deel 1: het overheidsbeleid. Utrecht, NIVEL, 1987
- NEDERLANDS ZIEKENHUIS INSTITUUT. Productie statistiek 1985; soort en omvang van functies, producties. Algemene Ziekenhuizen, Landelijke tabellen. Utrecht, NZI, 1986
- OOMKES, S. Pre- en postoperatieve fysiotherapeutische begeleiding bij de totale heupprothese. Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Themacongres 27 april 1988
- PATERSON, W.J., R.F. PETERS, M.L. SIMOONS. Fysiotherapie en harttransplantatie. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 96 (4) p.84-89, 1987
- SIVIS JAARBOEK 1985. SIG verpleeghuis informatiesysteem. Utrecht, Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg, z.j.
- SMAL, J.C.A. Verslag van een onderzoek naar de arbeidsmarkt voor fysiotherapeuten. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, 1972
- WET OP DE PARAMEDISCHE BEROEPEN. Wet van 21 maart 1963: Stb. 113, houdende de regelen betreffende de uitoefening van paramedische beroepen. Vijfde druk. Zwolle, W.J.E. Tjeenk-Willink, 1981
- ZIEKENFONDSRAAD. Jaarverslag 1984. Amstelveen, z.n., z.j.





